

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

HEMŞİRELERİN YÖNETSEL KARARLARA
KATILIMLARININ İŞ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Refika ÇOLAK COŞKUN

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Esra UĞUR

İSTANBUL, 2016

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

HEMŞİRELERİN YÖNETSEL KARARLARA
KATILIMLARININ İŞ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Refika ÇOLAK COŞKUN

122038006

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Esra UĞUR

İSTANBUL, 2016

TEZ ONAYI

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S TEZ SAVUNMA TUTANAĞI


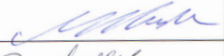

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Refika Çolak Coşkun Öğrenci No : 122038006
Anabilim/Bilim Dalı : 122038006 Tez Savunma Tarihi : 09.03.2016
Danışman : Yard.Doç.Dr. Esra UĞUR Tez Savunma Saati : 13.30

Tez Konusu : "Hemşirelerin Yönetmelik Kararlara Katılımlarının İş Yaşam Kalitesine Etkisi"

1- Düzeltme ve Red durumlarında jüri üyelerinin ortak öneri ve görüşleri:

KABUL DÜZELTME RED

JÜRİ ÜYESİ	KARAR	İMZA	ORTAK KANAAT
Yard.Doç.Dr. Esra UĞUR	Kabul		Kabul
Prof. Dr. Mithat KIYAK	Kabul		
Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN	Kabul		
YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KARAR	İMZA	
Yard.Doç.Dr. Onur YARAR			

2- Jüri Üyelerinin kişisel olumsuz öneri ve görüşleri:

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KİŞİSEL GÖRÜŞ
Yard.Doç.Dr. Esra UĞUR		
Prof. Dr. Mithat KIYAK		
Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN		

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	
Yard.Doç.Dr. Onur YARAR		

- * Oybirliği durumunda "düzeltme" veya "red" kararı veren jüri üyeleri ittifak ettikleri öneri ve görüşlerini burada kendilerine ayrılan yere yazarlar.
- ** Oyçokluğu veya oybirliği durumlarında "düzeltme" veya "red" kararı veren jüri üyeleri ittifak hali dışında kişisel öneri ve görüşlerini burada kendilerine ayrılan yere yazarlar.
Belirtilecek açıklamalar için ayrılan yerlerin yeterli olmaması durumunda formun arka yüzü veya ek bir kâğıt da kullanılabilir.

ÖZET

Bu çalışma, özel bir hastanede çalışan hemşirelerin yönetsel kararlara katılım durumlarının iş yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, özel bir hastanede çalışan 230 hemşire, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 180 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri 15 Şubat-15 Haziran 2014 tarihleri arasında, Tanıtıcı Bilgiler Formu, Kararlara Katılım Ölçeği (KKÖ) ve Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ölçekleri ile toplanmıştır.

Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ölçeği (HİYKÖ) alt boyut ve toplam puanlarının değerlendirilmesinde çalıştığı pozisyon değişkenliği, çalışmayı düşündükleri maksimum süre değişkenleri için yapılan istatistiksel değerlendirmelerde anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (KKÖ) alt boyut ve toplam puanlarının değerlendirilmesinde pozisyon değişkeni, çalışma düzenlerine ilişkin değişkenler, kişisel gelişimi ile ilgili kurs eğitim ve sertifika programına katılma, çalışma pozisyonları için yapılan istatistiksel değerlendirmelerde anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Hemşirelerde kararlara katılım düzeyleri ile iş yaşam kalitesi arasında ki istatistiksel değerlendirmeye bakıldığında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur.

Elde edilen bulgular ışığında hemşirelerin iş yaşam kalitesini geliştirmek üzere iş/çalışma ortamı, yöneticilerle iletişim, iş koşulları, iş algısı ve destek hizmetleri gibi iş yaşamının kalitesini belirleyen faktörlerin iyileştirilmesine yönelik kurumsal düzenlemelerin yapılması ve hemşirelerin kendi faaliyetlerini ilgilendiren konularda alınacak yönetsel kararlara katılımlarını destekleyecek mekanizmaların geliştirilmesi gerekliliği önerilmiş olup ayrıca çıkan sonuçlara göre çalışmanın farklı kültürdeki toplumlarda ve değişik matriks yapıda ki kurumlarda tekrarlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İş Yaşam kalitesi, Hemşirelik, Kararlara katılım

ABSTRACT

This descriptive and cross-sectional study aims to determine whether the participation of the nurses in the managerial decision process in a private hospital affects the quality of their work environment. The population of the environment consists of 230 nurses who are working in private hospital whereas the sample of the study is formed from the 180 nurses who agreed to participate in the study.

The data for this study is collected via an Initiatory Information Form, a Decision Participation Scale (KKÖ) and a Nurse's Work Environment Quality Scale(HİYKÖ) between 15 February 2014 and 15 June 2014.

In the statistical evaluation of the results of Nurse's Work Environment Quality Scale (HİYKÖ), the variation of the working position and the volatility of the maximum working hours shows significant results. Moreover in the statistical evaluation of the results of Decision Participation Scale (KKÖ), position variable, variables regarding work environment, participation in personal development programs shows statistically significant results. The statistical correlation between nurses' participation in the decision making process and the quality of their working life is found negative.

With these results, in order to enhance the quality of the nurses' work environment, it is suggested that the factors that determines the quality of the work environment like communication with the managerial staff, working conditions, work perception and the supporting services should be improved. Also the mechanisms that support the participation of the nurses in the decision making process that are about their work activities should be promoted. Moreover, it is suggested that this study should be conducted in different cultures and societies.

Keywords: Work Environment Quality, Nursing, Participation in Decision-Making

ÖNSÖZ

Bu çalışma, hemşirelerin iş yaşamında yönetsel kararlara katılım durumlarının iş yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamı yaparken bana destek olan, bilgi ve tecrübeleri ile araştırmama ışık tutan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Esra UĞUR' a,

Varlıkları benim için en büyük ilham ve mutluluk kaynağı olan, her zaman ve her konuda bana büyük fedakârlıklarda bulunarak beni sabırla destekleyen aileme ve özellikle eşim Tansel COŞKUN 'a,

Çalışmam da istatistiksel açıdan emeği geçen sevgili Mustafa OTRAR'a

Ayrıca çalışmam sırasında her türlü yardımı ve manevi desteğini esirgemeyen çalışma arkadaşım Belkıs GÜLLÜ GÜCÜYENER' e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Refika Çolak COŞKUN

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Refika olak COŞKUN



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO,

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	6
2.2. İş Yaşamı Kalitesi ve Tanımı.....	8
2.3. İş Yaşamı Kalitesini Etkileyen Etmenler.....	9
2.3.1. Çevresel Etmenler.....	9
2.3.2. Kurumsal Etmenler.....	10
2.3.3. Bireysel Etmenler.....	10
2.3.4. İdari Etmenler.....	11
2.4. Hemşirelikte İş Yaşamı Kalitesi.....	11
2.5. Karar ve Kararlara Katılım.....	13
2.5.1. Katılımcı Karar Verme.....	15
2.5.2. Hemşirelikte Kararlara Katılım.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Modeli.....	18
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.3. Veri Toplama Araçları.....	18
3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	20

4. BULGULAR.....	22
4.1. Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeğine Ait Bulgular.....	24
4.2. Kararlara Katılım Ölçeğine Ait Bulgular.....	34
4.3. Kararlara Katılım Düzeylerinin, İş Yaşamı Kalitesi Üzerindeki	
Etkisine İlişkin Bulgular.....	57
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
KAYNAKÇA.....	76
EKLER.....	81



TABLolar LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. Hemşirelere Ait Tanıtıcı Değişkenler.....	22
Tablo2. Hemşirelerin Çalışma Koşullarına İlişkin Değişkenler.....	23
Tablo 3. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Hemşirelikte İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği Ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	24
Tablo 4. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Hiykö'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	25
Tablo 5. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Hiykö'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	26
Tablo 6. Hemşirelerin Devam Etmekte Oldukları Öğretim Programlarına Göre Hiykö'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	27
Tablo 7. Hemşirelerin Çalıştıkları Pozisyonlara Göre Hiykö'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	28
Tablo 8. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Hiykö'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	29
Tablo 9. Hemşirelerin Çalışma Düzenlerine Göre Hiykö'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	30
Tablo 10. Hemşirelerin Mesleği İle İlgili Eğitim Programlarına Katılma Durumlarına Göre Hiykö'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	31
Tablo 11. Hemşirelerin Kişisel Gelişimi İle İlgili Eğitim Programlarına Katılma Durumuna Göre Hiykö'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	32
Tablo 12. Hemşirelerin Hastanede Çalışmayı Düşündüğü Maksimum Süreye Göre Hiykö'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	33

Tablo 13. Kararlara Katılım Ölçeği (Karar Veren) Alt Boyutlarına Ait Aritmetik Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri.....	34
Tablo 14. Kararlara Katılım Ölçeği (Karar Vermesi Beklenen) Alt Boyutlarına Ait Aritmetik Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri.....	35
Tablo 15. Hemşirelerin Kararlara Katılım Ölçeği Alt Boyut Puanlarının (Mevcut Durum Ve İstenen) Karşılaştırılması.....	36
Tablo 16. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Aldıkları Mevcut Durum (Karar Veren) Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 17. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Aldıkları Mevcut Durum (Karar Veren) Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 18. Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Aldıkları Mevcut Durum (Karar Veren) Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 19. Hemşirelerin Devam Ettiği Öğretim Programına Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Aldıkları Mevcut Durum (Karar Veren) Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 20. Hemşirelerin Çalıştıkları Pozisyon Durumlarına Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Aldıkları Mevcut Durum (Karar Veren) Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 21. Hemşirelerin Çalışma Düzenlerine Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Aldıkları Mevcut Durum (Karar Veren) Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 22. Hemşirelerin Mesleği İle İlgili Eğitim Programlarına Katılma Durumlarına Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Aldıkları Mevcut Durum (Karar Veren) Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 23. Hemşirelerin Kişisel Gelişimi İle İlgili Eğitim Programlarına Katılma Durumlarına Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Aldıkları Mevcut Durum (Karar Veren) Puanlarının Karşılaştırılması.....	44

Tablo 24. Hemşirelerin Hastanede Çalışmayı Düşündüğü Maksimum Sürelere Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Aldıkları Mevcut Durum (Karar Veren) Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 25. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Aldıkları İstenen Durum (Karar Vermesi Gereken) Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 26. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Aldıkları İstenen Durum (Karar Vermesi Gereken) Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 27. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden İstenen Durum (Karar Vermesi Gereken) Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 28. Hemşirelerin Devem Etmekte Olduğu Öğrenim Programı Olması Durumuna Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Almış Olduğu İstenen Durum (Karar Vermesi Gereken) Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 29. . Hemşirelerin Çalıştıkları Pozisyonlara Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Almış Olduğu İstenen Durum (Karar Vermesi Gereken) Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 30. Hemşirelerin Çalıştıkları Kıdemlerine Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Almış Oldukları İstenen Durum (Karar Vermesi Gereken) Anova Testi Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 31. Hemşirelerin Çalıştıkları Kıdemlerine Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Almış Oldukları İstenen Durum (Karar Vermesi Gereken) Scheff Testi Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 32. Hemşirelerin Çalışma Düzenlerine Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Almış Oldukları İstenen Durum (Karar Vermesi Gereken) Puanlarının Karşılaştırılması.....	53

Tablo 33. Hemşirelerin mesleği ile ilgili eğitim programlarına katılma durumlarına göre kararlara katılım ölçeğinden almış oldukları istenen durum (karar vermesi gereken) puanlarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 34. Hemşirelerin kişisel gelişimi ile ilgili eğitim programlarına katılma durumlarına göre kararlara katılım ölçeğinden almış oldukları istenen durum (karar vermesi gereken) puanlarının karşılaştırılması.....	55
Tablo 35. Hemşirelerin Hastanede Çalışmayı Düşündüğü Maksimum Süreye Göre Kararlara Katılım Ölçeğinden Almış Oldukları İstenen Durum (Karar Vermesi Gereken) Puanlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 36. HİYKÖ İş/Çalışma Ortamı Alt Boyutu İle Hemşirelerin Kararlara Katılım Ölçeği (Karar Veren Ve Vermesi Gereken) Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler.....	57
Tablo 37. HİYKÖ yöneticilerle ilişkiler alt boyutu ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasındaki ilişkiler.....	58
Tablo 38. HİYKÖ İş Koşulları alt boyutu ile Hemşirelerin Kararlara Katılım Ölçeği (Karar Veren ve vermesi gereken) Alt boyutları arasındaki ilişkiler..	59
Tablo 39. HİYKÖ İş Algısı alt boyutu ile Hemşirelerin Kararlara Katılım Ölçeği (Karar Veren ve vermesi gereken) Alt boyutları arasındaki ilişkiler.....	60
Tablo 40. HİYKÖ Destek Hizmetler alt boyutu ile Hemşirelerin Kararlara Katılım Ölçeği (Karar Veren ve vermesi gereken) Alt boyutları arasındaki ilişkiler..	61
Tablo 41. HİYKÖ Toplam Puan ile Hemşirelerin Kararlara Katılım Ölçeği (Karar Veren ve vermesi gereken) Alt boyutları arasındaki ilişkiler.....	62

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HİYKÖ	: Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ölçeği
KKÖ	: Kararlara Katılım Ölçeği
s.	: Sayfa
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğerleri

1. GİRİŞ

Sağlık, kişinin çevresi ile bir bütün halinde, mevcut sorunları ile baş edebilir düzeyde sağlıklı olması - yaşam kalitesi ile ele alınmaktadır. Genel olarak yaşam kalitesi, “iyilik hali” nin bir sınıfı olarak ifade edilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise bireyin sağlık durumunu göstermekten daha geniş bir durumu işaret eder. Sağlığa bağlı yaşam kalitesinin “fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok yönlü bir kavram” olduğu kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesinin; “Her insanın yaşamında maddesel, fiziksel (örn: beden sağlığı kalitesi), sosyal (örn: iş yaşamı kalitesi), duygusal (örn: aile yaşamı kalitesi) ve ruhsal sağlığını içinde bulunduran , yani insanın hayat gerçekliğinin etrafında dönen bir anlamı ifade etmekte olduğunu savunur (1).

Yaşam kalitesi belirlenmesi zor bir tanımdır. Çünkü farklı birçok boyutta incelenebildiğinden zamana, mekana ve kişiye göre farklılık gösterebilir. Bu nedenle, yaşam kalitesi göreceli olmakla birlikte öznel bir kavram sayılır. Ancak, yaşam kalitesini “insanların birey ve topluluk olarak isteklerini gerçekleştirebilmeleri” olarak tanımlamak bu göreceliliği ve özneliği de içinde barındırmaktadır. Çünkü insanoğlu her zaman bulduğuna yetinmeyip, daha iyisine özlem duymaktadır (1). Jacobs, kişisel yaşam kalitesini etkileyen etmenlerden bazılarını gelir - gider, fiziksel - ruhsal sağlık, aile - arkadaşlık ilişkileri, kişisel özerklik ve gelişim, iyilik kişisel haline katkıda bulunan sosyal araçlar olarak ifade etmiştir. Jacobs’un ifade ettiği bu etmenlerin çoğunun doğrudan ya da dolaylı şekilde iş yaşamının kalitesi ile ilgili olduğu açıktır (2).

Çalışma yaşamı, insanların içinde oldukları yaşamlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri vakittir. Vakit diliminin kaliteli ve çalışanlar tarafından üretken bir şekilde geçirilmesi, çalışmanın sonucunda ortaya çıkan emeklerin verimliliğini de pozitif bir şekilde etkilemektedir. Sağlık sektöründe çalışanlar için konu daha hassas olmasından dolayı diğer çalışma alanlarına nazaran daha önemlidir. Çünkü sağlık alan çalışanları insan hayatı ile iş yaptıklarından hatayı kaldıramayan ve hata sonucunda telafisi her zaman mümkün olmayan bir alanda faaliyette bulunmaktadırlar (3).

Günümüzdeki teknolojik gelişmelere rağmen halen bir kurumun başarılı olabilmesine, bu başarıyı koruyabilmesine ve alanında yeterliğinin devamına en büyük etken yeterli ve yetişmiş çalışan bireylerdir. Buna karşın kurumların en büyük

sorunlarından birinin yetişmiş, verimli çalışan bireyleri elinde tutamamak olduğu gözlenmektedir. Özellikle son yıllarda örgütten ayrılma ve kurum değiştirme hızları, iş dünyasının gündeminde daha fazla yer almaktadır. Temel işleyişinde tedavi ve bakım hizmeti vermek olan hastanelerde en büyük iş gücünü hemşirelerin oluşturduğu düşünüldüğünde bu iş gücü sirkülasyonuna neden olan gelişmelerden ilk önce ve en fazla hemşirelik hizmetlerinin etkilenmesi kaçınılmaz görülmektedir. Bu durumda sağlık kuruluşlarında, boş kalan pozisyonlara yeni hemşire alımı çalışmaları düzenlenmekte, personeli yeterli hale getirmek için harcanan emek ve güç artmaktadır (4). Yapılan bir araştırma da çalışanların işte kalma niyetlerinde iş yaşamı kalitesinin etkisi olduğu ve bu iki faktörün işe devamsızlık davranışını etkilediği bulgusuna ulaşılmıştır (5). Bu nedenlerle yetişmiş personelin iş yaşam kalitelerinin artırılmasının önem kazandığı gözlenmektedir.

Genel anlamda çalışanın çalıştığı kurum için hissettiklerini ifade ettiği insanca çalışma anlayışının, yani iş yaşamı kalitesinin yalnızca bedensel olarak değil multidisipliner olarak dikkate alınmasıyla çalışma koşullarının iyileştirilmesini kapsamaktadır (2). Martel ve Dupuis (2006) İş yaşamı kalitesini; çalışma koşullarının değerlendirilmesi, çalışanın memnuniyeti ve memnuniyetsizlikleri, verimlilik, örgütteki sosyal çevre, yönetim tarzı, iş yaşamının ve iş dışı yaşamın birbiriyle ilişkisi; kısaca iş çevresinin tamamındaki güçlü ve güçsüz yönleri içine alan bir kavram olarak tanımlamışlardır (3)

İş yaşamı kalitesinin değerlendirilmesinin temel amacı, çalışanlara verimli ve güven duyacakları aynı zamanda sağlıklı bir şekilde eylemde bulunacakları ortam ve koşulları sağlamaktır (7). Ancak bu sayede çalışanlar iş yaşantıları aracılığı ile önemli kişisel ihtiyaçlarını üst seviyelerde doyurabilme imkânı bulacaklardır (8). Tahmin edileceği gibi, iş yaşam kalitesi yalnızca iş tatminini etkilememektedir, aynı zamanda sağlık, aile hayatı, çalışma yaşamı dışındaki boş zamanlar, kültürel ve sosyal yaşam, ekonomik durum, eğitim, arkadaşlık ve çevre ilişkileri, maneviyat gibi diğer yaşam boyutları üzerinde de etkiye sahiptir. Çünkü bir yaşam düzeyinde doyum sağlanması, diğer yaşam düzeyindeki doyumunu etkilemektedir. Bu sebeple, iş yaşamı kalitesi bunun dışında kalan yaşam kalitesinin sağlanması bakımından önemli bir unsur olarak kabul edilebilir (9).

İş yaşamı kalitesinin temelini pozitif iş ortamları oluşturur. “Herkes Sağık Stratejileri” doğırtusunda Dünya Sağık Asamblesi’nde hemşirelik personelinin önemi vurgulanarak, hemşirelik personelinin görevde kalması, sürekli motive olması ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi bakımından uygun çalışma koşullarının sağlanması gerektiğı vurgulanmıştır (10).

İş yaşamı kalitesinin genel olarak istenen sonuçları (8):

- İnsan ve sosyal ihtiyaçlar arasında işin engel olarak görülmemesi orantılı olarak ilerlemesi,
- Bireysel yapılabilen aktivitelerden yüksek düzeyde yararlanmak için işlerin, süreçlerin ve alınacak yönetimsel kararların sıralanması,
- Yaratıcılıkların artırılması ve işten çok kısa zamanlar da ayrılmaların azaltılması,
- İş hayatında daha motive edici davranışların olması, işe emek verenlerin işle ilgili gelecek endişe düzeylerinin azaltılması ve ilgili alınacak kararlara yüksek oranda katılmaya cesaretlendirilmesi olarak ifade edilebilir (11).

İş yaşamının kalitesini etkileyen faktörler idari, kurumsal, fiziksel/çevresel ve bireysel kaynaklı olarak sınıflandırılabilir (12)

Çalışma ortamının şekil yapısı, iletişim şeklinin bölümler arasında ve çalışanlar nasıl olduğu, çalışan kişilerin sayısının ve yetkinliğinin yeterliliğı, iş engeli fiziksel / çevresel kaynaklı belirleyicilerdir. Kurumsal belirleyiciler; iş akti, hizmet içi eğitim, çalışanın gelişimi, ücretlendirme tarzı, sosyal olanaklar, fazla mesai ücretleri, görev tanımları, oryantasyon ve eğitim programları olarak sıralanabilir. İdari belirleyiciler olarak; yönetim politika ve prosedürleri, yöneticilerin ve liderlerin yetkinliğı, çalışanlara karşı adalet yönetimi, yönetim tarzı ve çalışanların kararlara katılım düzeylerinin iş yaşamı üzerindeki etkisi ele alınabilir. Çalışanın özerkliğı, çalışanın yöneticilerinden aldığı destek, çalışanın bireysel yetkinliğı, aile ve sosyal yaşantısından sebep olabilecek stres düzeyi, iş yerinde yükselme beklentisi gibi çalışan kaynaklı bireysel belirleyicilerden ve söz edilmektedir (12).

Sağıkta her geçen gün gerçekleşen yeni değışiklikler ve ilerlemelerle hastaların gereksinimlerinde meydana gelen değışimler, hastalara verilen bakım konusunda sağık çalışanın sorumluluklarının artmasına sebep olmaktadır. Bu durumun bir sonucu

olarak hemşireler, iş yaşamında otonomiye ve karar verme sürecine daha etkin katılıma ihtiyaç duymaktadırlar (13). Hastalara verilen bakım ile ilgili konular, kurumsal olay ve mesleki konular, hemşirelerin günlük rutin iş yaşamlarında karar vermelerini gerektirecek birçok durum ve konuyu ortaya koymaktadır. Birebir bakımın yöneticisi ve uygulayıcısı olarak hemşireler, en fazla vaki ti hastayla harcayan ve hastaya en yakın grup olduğundan, günlük çalışma yaşamları içerisinde kararlara katılım anlamında önemli gelişmelerle karşı karşıyadırlar. Mevcut durum karşısında karar verme süreci, otonomi tartışılmasında önemli bir yer tutar. Alınacak karara ulaşmak için gönüllülük ve isteklilik, yetenek ve sorumluluk sahibi olmak, profesyonel ve akılcı hemşireliğin önemli niteliklerindendir (12).

Mevcut alınacak kararlara katılım, hemşirelik alanında verilecek kararlara ve yapılacak uygulamalara ilişkin yetki ve sorumlulukları içinde barındıran bir kavramdır. Hemşirelerin daha etkin biçimde gösterdikleri katılım süreçleri, alınan sonuçların daha kaliteli elde edilmesi ile beraber, hemşirelerin yönetsel olarak farklı faktörlerle katılımı sağlanabilmektedir.(13).

Eğitim şeklinin geçmişe göre daha etkin ve donanımlı olduğunu düşünürsek, hemşirelerin mezun olduktan sonra, çalışma hayatındaki bağımsız rolleri artarak ağırlık kazanırken bu artışın gereği olarak ayrıca sorumluluklarının da arttığı söylenebilmektedir (14). Ancak günümüz hemşirelik mesleğinin işleyişindeki durum incelendiğinde sağlık bakım zinciri içinde hemşirelerin karar verme süreçlerine yeterince katılmadıkları, hatta mesleki kararların alınması sürecinde negatif yönde engelleyici sorunlarla karşılaştıkları görülmektedir. Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini neden bıraktıklarına ilişkin yapılan araştırma raporları sonuçlarında, konunun birincil nedeninin hemşirelerin, otonomilerini ve kendi klinik alanlarındaki otoritelerini engelleyen çalışma şartları olduğu ortaya çıkmıştır (15).

Bu sonuçlardan yola çıkarsak karar vermenin ve kararlara katılımın iş yaşamı kalitesinde öneminin yüksek derecede yer tuttuğunu çıkarılabilir. İş yaşamında yönetsel kararlara katılımlara olanak verilmesi, birden fazla insanın aynı konu üzerinde uzmanlık bilgilerini, becerilerini ve yeteneklerini kullanmalarına imkân sağlayabilir. Bu nedenden dolayı alınan kararların ve işin kalitesini artıracığından aynı zamanda görüşlerine başvurulmuş insanların beklentilerini karşılamaya imkân sağladığından ve doğrudan iletişim kurabilmeyi kolaylaştırdığından daha iyi bir örgüt iklimi yaratılmasına neden

olabilir. Sonucunda kalite, performans ve motivasyonun artması ile örgüte duyulan güveni sağlamlaştırır ve hemşirenin iş yaşamı kalitesinde büyük bir artışı olduğu düşünülmektedir (13).

Klinik alanlarda çalışan hemşirelerin bağlı bulunduğu yönetimin hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının iş yaşamı kalitelerine etkilerini belirlemeleri ve bu konu hakkındaki farkındalıkları, çalışanın memnuniyeti ve kaliteli iş yaşamı sürdürmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Yurt dışında bu konunun farklı yönleri ile araştırmalar yapılmış olup ülkemizde de yapıldığı gözlemlenmiştir.

Bu çalışma, hemşirelerin çalıştıkları alanlarda verdikleri hasta bakım kalitesini artırmayı ve örgütsel bağlılığı maksimum seviyede tutmayı hedefleyen yönetici hemşireler için iş yaşamı kalitesini etkileyen faktörler arasında önemli yer tutan yönetsel kararlara katılımın iş yaşamı kaliteleri üzerindeki etkisini inceleyecektir. Bu çalışma özel bir hastanede çalışan hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının iş yaşamı kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Bu genel amaç doğrultusunda aşağıda yer alan sorulara yanıt arandı:

1. Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ne düzeydedir?
2. Hemşirelerin mevcut kararlara katılımları ne düzeydedir?
3. Hemşirelerin istenen kararlara katılımları ne düzeydedir?
4. Hemşirelerin mevcut ve istenen kararlara katılım düzeyleri ile iş yaşamı kalitesi düzeyleri arasında bir ilişki mevcut mudur?
5. Hemşirelerin yaş, medeni hali, eğitim durumu, çalışma süresi değişkenleri ile iş yaşamı kalitesi ve katılım düzeyleri arasında bir ilişki mevcut mudur?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kavramı Aristo'ya kadar dayanan günümüz de farklı bazı çevrelerin bu konu üzerinde ilgilendikleri alan olarak dikkat çekmekte, felsefe, sosyoloji, sinema, mimarlık, psikoloji ve politikanın yanı sıra sağlık alanında da giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır (16).

Yaşam kalitesiyle ilgili literatür çalışmaları 1960'lı yıllarda ABD da halkın genel yaşam kalitesinin daha iyi bir düzeye taşınması ve devlet tarafından daha iyi maddi kazanımlar, daha iyi eğitim, daha iyi bir yaşam alanları ve sağlık koşulları gibi elle tutulur göstergeleri içeren reform paketi hayata geçirilmiştir. Kişinin kendi hayatına ilişkin tatmin ve mutluluk düzeyi ile bağlantılı olduğunu bir çok psikolog vurgulamıştır (16, 17). Günümüzde birçok tanım bulunmasına rağmen, yaşam kalitesinin evrensel olarak kabul görmüş bir tanımı yoktur. Elde ki tanımların da mutluluk, memnuniyet, yaşam doyumu, pozitif etki, negatif etki, sağlık ve ruhsal iyilik hali, sosyal yararlılık, duygusal ve ekonomik statü gibi birçok alandan kaynağını aldığı görülmektedir (16, 18, 19). Bu nedenle yaşam kalitesini etkileyeceği düşünülen alanlar da birbiriyle ilişkili olsun ya da olmasın incelenmek durumundadır.

İyilik durumuna bağlı bazı sağlık alanı değerlendirilmelerin yapılabilmesi yaşam kalitesi kavramının benimsenmesi ile gerçekleştirilebilir. Yaşam kalitesi kişinin bireysel ve fiziksel işlevlerini, sosyolojik durumunu, çevre tarafından etkilenmişlik düzeylerini içine alır ve bu durumun kişinin işlevselliğini ne derece etkilediğini gösterebilmektedir (20).

DSÖ'nün 21.yy hedefleri arasında çalışabilen yaş nüfusunun sağlık durumunu yenilemeye yönelik politikaların yer aldığı gözlenmektedir. Sağlık çalışanlarının kendilerini pozitif yönde geliştirerek performanslarını arttırmaları sonucunda, sağlık sisteminin etkin ve verimli çalışması beklenmektedir. Sağlıkta gelişimin ana maddesi olarak, pozitif sağlık önemli unsur olarak değerlendirilebilir. Pozitif sağlık, yaşam kalitesinin sağlıklı, fiziksel, toplumsal ve sosyal ortamda sürdürülen yaşam biçimleriyle artırılması anlamını taşımaktadır. 'Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması' gereği DSÖ'nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (21).

Yaşam kalitesi ile ilgili uzun süre klinik araştırmacılar araştırma yapmışlardır. Araştırmaların çoğu yaşam kalitesini; mutluluk, doyum ve uyum olarak belirlemiş ve bu konular üzerine yenilikler katarak geliştirmiştir ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eşanlamlı olarak kullanılmıştır (22). Yaşam kalitesi kavramı, yapılan çalışmalara göre aralarında çokta değişiklik olmasa da

farklılıklar göstermektedir. Yaşam kalitesi kavramı duygusal fonksiyon, sosyal- rol fonksiyon, günlük yaşam etkinliklerine katılım ve eğlenme veya depresyon, özsaygı, yaşam memnuniyeti, yaşam doyumu olarak da bir çok çalışmada tanımlanmaktadır (23).

Tanımların ana temasına ve ortak noktalarına bakıldığında yaşam kalitesi “kişinin kendi yaşamını nasıl algılayıp bunu nasıl etrafına yansıtabildiğidir, yaşam kalitesi de bir çok algı gibi bireye özel ve subjektiftir bir olgudur”, “bireyin mevcut durumda sahip oldukları ile gelecekte ki yada içinde bulunduğu hayal ettikleri arasındaki dengedir”, “mutluluk, doyum ve uyumdur”, “bireyin kendini iyi hissetmesidir” ve “bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumu ve içinde bulunduğu mutluluk durumudur” (16).

Yapılan bazı araştırmalarda genel anlamda yaşam kalitesi üzerinde nelerin etkili rol oynadığından bahsedilmiştir (2).

Örneğin;

1. Gelir ve gider durumları

2. Sağlık;

- Fiziksel sağlık
- Ruhsal sağlık

3. İlişkiler;

- Aile ilişkileri
- Arkadaşlık ilişkileri

4. Memnuniyet;

- Olumlu İş hayatı
- Kaliteli boş zaman
- Maddi durum, iş memnuniyeti
- Güvenli çalışma koşulları (Sosyal hakların korunması, iş güvencesi vb.)

5. Bireysel otonomi;

- Kişisel zaman
- Yaşamsal kararlar ve tercihler

6. Kişisel gelişim

7. İyi bir toplum oluşturmaya katkı sağlayan sosyal etkenler;

- Çevresel
- Kültürel
- Etik
- Yönetimsel olabilir (4).

Yaşam kalitesini etkileyen unsurlara bakıldığında çoğunun doğrudan ya da dolaylı olarak iş yaşamı ile ilgili olduğu gözlemlenmektedir. Çalışan bireylerin günlük olarak yaptıkları aktivitelere ayırdıkları zaman dilimleri incelendiğinde ortalama 1/3 lük kısmını iş yaşamına harcadıkları anlaşılmaktadır (4).

İş kavramı, yaşamın sürekliliğini sağlayan sosyal bir faaliyet olarak, insanlığın varoluşuna kadar uzanan bir etkinliktir.

İş, çaba gerektiren, üretken bir faaliyet olup hizmet alanlarında ortaya bir şey çıkarmak için yapılır, aynı zamanda kurumların oluşum sebepleri arasındadır. Çünkü kurumlar iş üretmek ve sunmak amacıyla kurulurlar. İş belirli görevlerden oluşur ve bu görevler belirli bir zaman aralığında yerine getirilir.

Her toplumun kendi kültürel kalıplarına göre işe bakış açısı farklılık göstermektedir. Çağımızda iş yaşamımızın en saygın yoludur. Hayat boyunca yaptığımız işle güven ve gurur duymuş veya mutsuz olmuşuzdur (24).

Pozisyon veya statüye bağlı olarak iş yaşamından memnun olmama durumu hemen hemen tüm çalışanları, iş yaşamlarının herhangi bir döneminde de olsa etkileyen bir problemdir. Bu memnuniyetsizliğin sonuçlarından hem çalışan ve hem de örgüt etkilenmektedir. İşinden memnun olmayan bir çalışan her koşulda uyumsuzdur. Bu uyumsuzluğun sonuçlarının vereceği olumsuzluklar nedeniyle birçok yönetici memnuniyeti artırma yollarını araştırmaktadır. Bu karmaşık bir sorun olup daha da ilerisi, iş yaşamının kalitesini etkileyen tüm etmenleri ayırt etmek ve de tanımlamak zordur (4).

2.2. İş Yaşamı Kalitesi ve Tanımı

Bilim ve teknolojiye her geçen günkü değişim ve gelişmeler, örgüt ikliminde çok sayıda sosyal kavramı gündeme getirmiştir. Bu kavramlardan biri de iş yaşamı kalitesidir. Aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde iş yaşamı kalitesinin artırılması ve olumlu yönde değişmesi için neler yapılabileceği sıklıkla akla gelen sorulardandır.

İş yaşamı kalitesi kendi içerisinde motivasyon, bireysel tecrübe, çalışma hayatında ki tatmin düzeyi gibi iş yaşamına ait önemli kavramları içerir. Örgütler çalışanlarına açık ve destekleyici tarzda davranmaya, her durumda iletişim kanallarını açık tutmaya, kararlara katılım sağlama konularında fırsat tanımaya ve görevleri yerine

getirme konusunda yetki vermeye çalışırlar. Genel olarak, iş yaşamı kalitesi; kişinin iş yaşamındaki fark edilebilen akılsal zindelik ve vücut mekaniğinin aktifliği sonucunda elde edebildiği doyum ve motivasyon düzeyidir. İş yaşamı kalitesine katkıda bulunanlar arasında kişisel pozitiflik ve mutluluk, bireyin bağımsızlığını aktif kullanabilmesi ile kendi üzerine düşen görevleri yapması sonucunda iş yaşamının tadını çıkarabileceği söylenebilir. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? sorusu; iş yaşamı kalitesini, dolaylı olarak anlamamızı sağlayabilir. (25).

İş yaşamı kalitesi ile ilgili olarak birçok tanım söylenebilir. İş yaşamı kalitesi, çalışanla iş veren ve idari yönetim arasında karşılıklı olarak değer yargısının oluşturulması ve bu yönde işbirliğinin sağlanması ile çalışanların idari yönetimdeki alınan kararlara katılma süreci ya da çalışanların, mevcut sistemdeki sürdürdükleri yaşantıları vasıtası ile önemli kişisel gereksinimlerini doyumlama derecesi olarak da tanımlanabilir (26).

İş yaşamı kalitesi; çalışmayı doğrudan ya da dolaylı etkileyen, iş (yapısı, organizasyonu), ücretler, kazançlar, çalışma ortamı ve şartları, işlerin yönetim ve organizasyonu, işte kullanılan teknoloji, çalışan tatmini ve motivasyonu, endüstriyel ilişkiler, yönetsel kararlara katılım, kadro güvencesi, adaletli bir yönetim anlayışı ve güvenlik gibi faktörleri içinde barındıran bir kavramdır (27).

2.3. İş Yaşamı Kalitesini Etkileyen Etmenler

2.3.1. Çevresel Etmenler

İş yaşamı kalitesini etkileyen çevresel etmenler, çalışma sırasında olsun ya da olmasın fiziki çalışma koşullarının yaşamı tehlikeye arz edecek nitelikte olup olmadığı ve çalışmayla ilgili koruyucu sağlık hizmetlerinin verilip verilmediği ile ilgilidir. Yasalar, kurumsal faaliyetler ve işverenlerin bu konuya verdikleri önem, işyerindeki çalışma koşullarının giderek iyileştirilmesini sağlamaktadır (27).

Çalışan bireyler arasındaki etkili ve sağlam bir iletişim yaptığınız işin kalitesini arttırmada göz ardı edilemez. Etkili bir iletişimin örgüt içindeki uygulanmak istenen tutum ve değişikliği sağlamada ortak bir anlayış oluşturmaktadır.

Ayrıca iş ortamının ısı, uygunsuz ışıklandırma, kirlilik ve gürültü gibi çevresel koşullarda da iş gücünü etkileyici, yaralanma veya ölümlerle sonuçlanabilecek kazalara yatkınlığı artırıcı etkileriyle iş yaşamında rahatsızlık verici olabilmektedir (4).

2.3.2. Kurumsal Etmenler

Mevcut örgütün kültür anlayışının etkisi, iş yaşamı kalitesini belirlemede ayrıcalıklı olarak etkili olduğu öne sürülmektedir (28, 29). İdari ve çalışan arasındaki ilişkilerin, örgütsel hedefleri mevcut yaşama geçirebilme ve örgüt içi iletişimi kolaylaştırma özelliği ile iş yaşamı kalitesinin pozitif yönde oluşturulmasında çalışanları isteklendirebildiği söylenebilir. İş yerinde maaş, prim vb. maddi ödemelerle ilişkili olarak ücret modeli, yaratıcılık ve özerklik formatıyla değerlendirilen işin içeriği, sosyal adalet, iş teminatı ile belirli bir zamanda ve kalitede yapılması gereken miktar olarak iş yükü, iş yaşamı kalitesinin önemli unsurları arasında yer almakta ve çalışanların işten ayrılma ya da işte kalma eğilimleri üzerinde etki yaratabileceği söylenebilmektedir (30, 31).

İş yaşamında, çalışanların ekonomik ve sosyal haklarının korunması ve geliştirilmesi için faaliyette bulunan kurumların iş yaşamı kalitesi üzerinde etkisinin olduğu bilinen bir gerçektir. Bu kurumlar, çalışanların yönetime katılmaları konusunda destek vererek mevcut sorunların çözümü için büyük katkı sağlamaktadır (31).

2.3.3. Bireysel Etmenler

Bireyin iş nedeniyle sık aralıklarla şehir değiştiriyor olması içinde bulunduğu durumların olumlu veya olumsuz deneyimleri, aile bireyleri ile olan ilişkilerini de etkiler ve kişinin sosyal yaşamından uzaklaşmasına neden olabilir. Bu durum bireyin iş yaşamı kalitesini, aile ilişkilerini sosyal boyuttan etkileyebilir. Uzun süre ve sık aralıklarla meydana gelen fazla çalışma saatlerinin aile yaşamı üzerindeki olumsuz etkisi de ciddi boyutlardadır. İş ve yaşam arasındaki denge kavramı çalışanın çalışma saatlerini, kariyer beklentilerini ve sürekli olarak taşınmasını gerektirmeyen ilerleme ve terfi olanakları yansıtır (4) .

Çalışanın özerklik kavramı sağlık alanında henüz tam anlamıyla yaşama aktif geçirilememiş ve çoğunlukla teorik düzeyde incelenen bir kavram durumundadır. Özerk davranabilmek bağımsızca karar vermeyi, duruma göre otoriter olabilmeyi ve

sorumluluk almayı bunları sahada da kullanmayı gerektirmektedir. Özerk olmak bir anlamda güçlü olmak anlamına da gelmektedir. Bu nedenle çalışanın iş yaşamında bağımsız ve özgür davranışlar sergileyebilmesi, uygulanan işin neticesinde daha verimli ve kaliteli işler yapabileceğinin bir göstergesi olabilmektedir. Çalışanların özerklik kavramı içinde kendine yer bulamaması ve bu konuda problem yaşaması kimi zaman kişinin çalıştığı iş yerindeki yönetsel işleyişin yetersizliği veya aksamaları nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Bu duruma örnekler verecek olursak, kaliteli hemşirelik hizmetlerine olanak tanımayan kadro düzeyleri; etkili ve güvenli hizmete engel olan görev tanımı karışıklığı ya da yokluğu durumları, çalışanların özerk profesyoneller olarak hareket etmesini sağlayamayan hatta engelleyen problemler sayılabilir (14, 32).

Ayrıca çalışanın kariyer gelişimini sağlamada eğitim gereksinimlerinin ayrıntılı olarak belirlenmesi gereklidir çünkü iş yaşamı kalitesiyle kariyer planlaması doğru orantılıdır (4, 27).

2.3.4. İdari Etmenler

Çalışanların bireysel dokunulmazlık, düşüncelerini özgürce ifade edebilme ve eşitlik haklarının çalıştığı kurum tarafından korunmasını bireyin iş yaşamı kalitesi açısından önemli bir unsurdur. Ayrıca yöneticinin çalışanlara karşı adaletli davranışları da kurumda çalışan bireylerin iş yaşamlarının kalitesini etkiler (4).

Çalışanın geleceğe yönelik kariyer planlamasını yapmak, iş doyumunu artırmak üzere gereksinimlerin belirlenmesini sağlayabilir ve çalışanın uzun dönemli gelişimi için yetiştirilmesini gerektirir. Bunun sonucunda iş yaşam kalitesinde artma söz konusu olur. Çünkü bu durum çalışanların kurumda devam etme sebepleri arasında yer almaktadır (4, 27).

Yöneticilerin liderlik tarzları çalışanlarının yöneticilerinden aldığı manevi destek, çalışanların yönetsel kararlara katılımlarının sağlanması etkileyici unsurlardan sayılabilir. Kurumda liderlerin yeterlilik özellikleri önemli olduğu gibi yönetim tarzının da çalışanın iş yaşamı kalitesini oldukça etkilediği düşünülmektedir (27).

2.4. Hemşirelikte İş Yaşamı Kalitesi

Sağlık alanında iyileştirilmesi ve sağlığın sürdürülmesinin devamının sağlanması istenen unsur insandır. Sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerine olumlu yönde etki

etmeye çalışan bir sistemdir. Temel amacı, insanların ihtiyaç duyduğu sağlık gereksinimlerini karşılamaktır. Bu gereksinimleri karşılayacak olan ise sağlık çalışanlarıdır ve özellikle bakım alanında insana en çok dokunan el ve hizmet aldığı sağlık ekip üyesi hemşirelerdir. Sağlık sektörünün her zaman bilindiği gibi odak noktası insan hayatı olduğu için hemşirelerin, diğer sektörlerdeki çalışanlara göre daha fazla özel ve farklı olması olağandır (33).

Hemşirelerin iş yaşamları birçok özellikte olan ekip üyelerinin de içinde bulunduğu matriks bir organizasyondan oluşmaktadır. Bu durum hemşirelerin iş yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir. Hemşirelik, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme, asosyal bir yaşam biçimi, meslek hastalıkları ve fiziksel olumsuz iş koşulları gibi faktörleri içinde bulunduran bir meslektir. Hizmet yoğunluğuna göre değişmekle birlikte uzun süre ayakta kalma, nöbetler nedeniyle uykusuzluk, beslenmede yaşanan düzensizlikler ve son yıllarda sağlık çalışanlarının karşılaştığı artan şiddet olayları sonucunda kalitenin hasta memnuniyetine yansımaları düşünüldüğünde hemşirelerin yaşam kalitesinin önemi üzerinde durulması gereken bir hal almaktadır (34).

Hemşireler verimli çalışabilmek için profesyonel uygulamaları destekleyecek bir iş çevresine gereksinim duymaktadırlar. Çünkü iş çevresi hemşirelerin kaliteli bakım hizmeti sunabilmelerinde kritik bir etkiye sahiptir (35). İş yaşamının zayıflığı hemşirelerin yaptıkları işten memnun olma durumlarını ve verilen hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (4). Hemşireler için kaliteli iş ortamını Donald, “birey olarak hemşirelerin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılandığı, aynı zamanda hastaların da kendi sağlıklarıyla ilgili hedeflerine ulaştığı bir yer” olarak tanımlamıştır (36).

Tüm sağlık çalışanları gibi hemşirelerin, diğer sektör çalışanlarına göre daha özverili çalışmaları gerekmektedir. Çünkü hizmet verilen kişi direk insan olduğundan sebep olunabilecek bir hata, telafisi olmayan sonuçlar doğurabilir. Sağlık çalışanlarının ve özellikle hastayla en fazla zaman geçiren hemşirelerin iş yaşamlarının kalitesini bilmek ve kaliteyi artırıcı koşulları sağlamak bu hususta büyük önem arz edebilir. Bu kadar önemli bir konumda çalışan hemşirelerin daha sağlıklı ve güvenli bir ortamda hizmet sunmaları gerekmektedir. Bu da, öncelikli olarak iş yaşamı kalitelerinin yükseltilmesi ile mümkün olabilmektedir (33).

İnsan ilişkilerinin temel alındığı kurum kültüründe hemşirelerin iş yaşamı kaliteleri, iş doyumları ve kurumsal güvenleri yüksek gözlenirken çalışma ortamındaki çatışmalar, tükenmişlikler, işten ayrılma niyetleri daha düşük olduğu biliniyor (37). Genel olarak; yeterli destek hizmetler, hasta bakımı kararlarında otonomi gücü, katılımlı karar verme özellikleri, hekimler ile hemşireler arasında pozitif ilişkiler, kurumsal güven, dürüstlük, sorumluluk verme, iletişim, olumlu ekip çalışması ve yenilikçilik gibi iş ortamını şekillendiren kurum kültürü değişkenleri hemşirelerin iş yaşamı kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (37).

Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin yapılan bir çalışmada hemşirelerin üçte biri iş yaşamı kalitelerini kötü olarak değerlendirmiş ve kötü olarak değerlendiren bu hemşirelerin % 31.4'ü buldukları hastanede 1 yıldan az ya da en fazla 1 yıl çalışmayı hedeflediği belirlenmiştir (4).

Önceki yıllarda iş yaşamı kalitesinin temel özellikleri arasında işe duyulan yakın ilişki, ileriye yönelik kariyer hedeflerine ulaşabilme imkânları, iş ile ilgili alakadar kararlarda söz sahibi olabilme, kazanılmış başarılarla göre yükselme imkânları, idari yönetime duyulan güven, bireysel olarak gösterilen saygı, yoğun iş stresinin olmaması, yeterli ücret, uygun fiziki çalışma ortamı, yöneticilerle uyumlu ilişkiler, işin kişisel yaşam üzerindeki etkisi, sendikalar ile işveren ilişkilerinde uyum olarak belirlenen değişik araştırma sonuçları ortaya konmuştur. Bu unsurlar hemşirelerin çalışma alanında sık karşılaştıkları unsurlar arasında yer almaktadırlar (38).

Sağlık sektöründe verilen hizmet- kalite anlayışının geliştirilmesi için, kaliteyi prensip edinmiş ve benimsemiş bir yönetim anlayışı, kaliteli hemşirelerin ve kaliteli iş yaşamı çevresinin oluşmasına bağlıdır (39). Sonuç olarak, sağlık bakımı hizmetlerinde hedeflenen dinamikliliğe ve verimliliğe ulaşmak, hemşirelere daha nitelikli, incelikli bir iş yaşamının sunulması ve dolayısıyla hemşirelerin iş yaşamı kalitelerinin değerlendirilmesi bunun yanı sıra iyileştirme programlarının uygulanması ile mümkün olabilmektedir.

2.5. Karar ve Kararlara Katılım

Karar, kelime anlamı itibariyle “bir iş veya sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargı” anlamına gelmektedir (40). Başka bir deyişle de iki ya da daha fazla davranış biçiminden birinin seçimi olarak da düşünülebilir.

Karar verme, zihinsel süreçlerin sonucunda, çeşitli alternatifler arasında birinin seçilmesi sürecidir. Her karar verme süreci, nihai bir karar ile sonuçlanır. Sonucunda bir eylem veya kabul edilen bir fikir olabilir (41).

Karar verme mekanizmasının işleyiş olarak sistematik hale getirilmesi amacıyla yapılan çalışmalar, kurumların yönetim çalışmalarında "çalışanın da karara katılması" anlayışını doğurmuştur. Bu anlayışı destekleyecek çalışmalardan en çok bilineni, L. Coch ve John R. P. French'in çalışmasıdır. Araştırmacılar öncelikle iş yerinde uygulanacak değişmelerden yalnızca sözel olarak haberdar edilmiş bir grup oluşturulurken diğer grup değişikliğinin nedenleri, zorunlulukları ve özellikleri hakkında detaylı bilgilendirilmiştir, değişiklikleri düzeltmeye vekalet edenler aracılığı ile katılmaları sağlanmış, üçüncü gruba ise değişikliğin detaylı olarak ayrıntılarının anlatılmasının yanı sıra, yeni değişikliklerin ve planlanacak işlerin hazırlanmasında grup olarak katılmaları sağlanmış üç grup oluşturmuştur. Bütün bunların sonucunda katılımın olanak verilmediği ilk grupta üretimin düştüğü, işten ayrılmaların ve memnuniyetsizlik olaylarının arttığı gözlemlenmiştir. Kararlara katılmalarına izin verilen diğer iki grupta ise, üretim pozitif yönde yükselirken, işten ayrılma düşüncesinin ve memnuniyetsizliklerin etkileyici oranda azaldığı gözlemlenmiştir. Kısacası çalışan kişilerin yönetsel anlamda alınan kararlarda söz sahibi olmaları işin üretkenliği ve çalışan memnuniyeti artışında ne denli önemli olduğunu ortaya koyduğu söylenebilir (42).

Kararlara katılma sürecinin bireylere sağladığı bazı yararları (42);

- Çalışanın moral motivasyonu arttırılabilir. İşine ve iş çevresine karşı olumlu duygu ve davranışlar geliştirilebilir.
- Görüşlerinin saygı ve kabul gördüğünü kavrayan çalışanın, kendini yenilemek ve geliştirmek doğrultusunda daha çok çaba harcaması beklenir.
- Çalışanın ön yargılarını test etme fırsatı vereceğinden gelişmesini engelleyen bazı önyargılardan kurtulmasına da yardım edebilir.

Kurum açısından ise;

- Katılımlı kararlarda sorunun farklı açılardan ele alınması, daha fazla bilgi toplanması, daha çok seçeneğin gözden geçirilmesi sonucunda daha isabetli kararlar verilmesi olasılığı yüksektir.

- Çalışanın da içinde bulunarak alınmış kararların uygulama sürecinde sorun çıkarmayacağından, kararların kabul ettirilmesinde daha az enerji harcanacağı için tasarruf edilmiş olunacaktır (42).

Kararlara katılmanın bu olumlu yönlerinin yanı sıra bazı olumsuz önleri olduğunu da unutmamak gerekir.

- Çalışanlar ile alınacak kararlarda bireysel kararlara göre sayı fazla olduğundan karar verme süreci uzayabilir ve zaman alabilir. Bu durum da kurum için kararlara katılım sürecinde olumsuz etkilenebilir.
- Kalabalık olarak alınacak kararlarda kişisel farklılıklar olacağından tartışmalar çıkabileceği gibi sonucunda çatışmalar da olabilir.

Alınacak kararlara, çalışanın katılım konusundaki fikirlerinin olumlu ve olumsuz yönlerinin bilinerek dahil edilmesi, oluşabilecek olumsuzlukların en alt düzeyde tutulmasını sağlayacaktır. Ayrıca buna yönelik önlemlerin alınması da yönetsel bir sorumluluk sayılır (42, 43).

2.5.1. Katılımcı Karar Verme

İngilizce'de "Participation" olarak kullanılan ifade Türkçe de ise katılma (veya katılım, katılımcılık) olarak kullanılmaktadır. (40).

Ekonomik anlamıyla katılma, bir işletmenin çalışanlarından bir veya daha fazlasına işletmenin kararları üzerinden bir pay verilmesinin taahhüt edilmesidir.

Yönetsel kararlara katılma, kararları ortak vermek üzere hiyerarşik yönden yetki seviyeleri aynı veya farklı olan bireylerin içinde bulunduğu bir grup yönetimi türüdür. İdari anlamda katılım çalışan ve işveren açısından pozitif yönde bir davranıştır. Çalışanlar açısından bireysel anlamda kararlara katılma olanağının verilmesi ile kişisel gereksinimlerin tatmin edilebileceği söylenebilir. Kurum açısından çalışanların fikirlerinden yarar sağlayan yönetim daha anlamlı kararlar vererek yönetsel etkinliği pozitif yönde artırma olanaklarına sahip olmaktadır (40).

Yönetsel anlamda katılım anlayışının değişik çeşitleri bulunmaktadır ve bir çok alanda faaliyet gösterebilirler, Bunlar;

- Hedef belirleme,
- Sorun çözme,
- İş ile ilgili kararlarda aracısız katılım,
- Temsil edilme ve işe alınacak çalışanların seçimi gibi.(43).

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) gibi benze yaklaşımların önemli özellikleri çalışanların önerilerinin ve kararlarının dikkatli incelenerek. Kurumsal kararlara katılımlarına olanak veren anlayışlar olmalarıdır ki bu literatürde “katılımcı karar verme” olarak isimlendirilmektedir (43).

Yöneticilerin çalışanlarına kararlara katılma fırsatı tanıdığı karar verme biçimi katılımcı karar verme olarak ifade edilebilir (44).

Benzer şekilde Singer (1974), katılımcı karar vermeyi iki veya daha fazla grubun herhangi bir konuda iş, planlama yaparken veyayeni kararlar alırken, aralarında kararları etkilemeleri süreci olarak tanımlamaktadır (45). McGregor da (1960) katılımcı karar vermenin çizgilerini sorumluluk ile ilişkilendirerek çalışanlara üzerinde ki sorumluluklara bağlı olarak daha etkin kontrol ve seçenekler arasında tercih yapma özgürlüğü tanıyan özel bir yetki olarak özetlemiştir (46).

2.5.2. Hemşirelikte Kararlara Katılım

Sağlık hizmetlerinde değişim de diğer alanlarda olduğu gibi değişim konusunda özellikli yerini almaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkin bir parçasını oluşturan hemşirelik hizmetleri de değişen ve sürekli yenilenen teknolojik gelişmeler ve içinde bulunduğu yoğun insan ilişkilerinin yer alması önemli yönetsel sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum sonucunda hemşirelik hizmetlerinin sorumluluk, yetki ve bunlara bağlı etki alanlarının genişlemesi söz konusu olmaktadır. Buradaki başarı ve belirlenen hedeflere ulaşma güdüsü ya da hemşirelik hizmetlerindeki etkinlik ve verimlilik- liderlik davranışları, alınan yönetsel kararlar ile yakından alakalıdır (47).

Hemşirelik uygulamalarında kararlara katılım çalışma ortamında kararlara ve uygulamalara ilişkin yetki dağılımını ifade eden bir kavram olarak tanımlanmıştır (15).

Hemşire yöneticilerin, çalışanlarını izlemesi, yeteneklerine göre ve ihtiyaç doğrultusunda yönlendirip geliştirmesi, başarıyı büyük ölçüde etkilemektedir. Hemşire liderler, öncelikle çalışanlarının kurumsal kimliği benimsemesini sağlayıp, onlara profesyonel hemşirelik durumunu kazandırmalıdır. Her bir ekip üyesinin, zaman içerisindeki gelişimini izlerken, karşılıklı görüş alış verişinin önemini bilerek, bireysel görüşmeler yapabilirler (48).

Hasta bakımı ile ilgili verilmesi gereken kararlar, kurumsal ve mesleki konular, hemşirelerin günlük uygulamalarında karar vermelerini gerektiren birçok durumu içinde barındırmaktadır. Bakımın doğrudan uygulayıcıları olarak sayılan hemşireler, hastaya

en yakın çalışma grubu olduklarından, gün içerisinde işlerini icra ettikleri sırada kararlara katılma konusunda önemli fırsatlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (13).

Hemşirelikte otonomi, sağlık bakımının gerçekleştirildiği ortamlarda hemşirenin kendi kararlarını verme yetisi ve bireyin kendi uygulamaları içindeki özgürlüğü olarak ifade edilebilmektedir. Kişisel otonomi sahibi birey, kendi aldığı karar ve davranışlarından mesul olan kişidir. Yüksek öğrenimler görerek kaliteli deneyimler kazanan hemşireler, mesleğin zaman içinde gelişimiyle birlikte sorumluluklarının ve bağımsız rollerinin artması ile ilişkilidir (14). Günümüz sağlık sistemi çerçevesinde, çalıştıkları birimlerde diğer sağlık ekip üyeleriyle iş birliği içinde bulduklarından ve bu durumun bir gereği olarak sorumluluklarının artması gündeme gelmektedir bu da otonomiye gündeme getirmektedir (42). Bunun nedeni, hemşirelik uygulamalarındaki karar verme mekanizmaları üzerindeki kısıtlamaların hastaya verilen bakımın sonuçlarını etkilemesidir. Hemşirelerdeki yönetim ve karar verme gücünün eksikliği, hasta gereksinimlerine doğrudan cevap verilmemesine, sağlık ekip üyeleri arasındaki sorunların artmasına neden olmaktadır (13).

Yönetici hemşireler, hemşirelerin otonomilerinin güçlendirilmesinde önemli bir konumda bulunmaktadır. Bu da, katılımcı yönetim anlayışını uygulayarak, hemşirelerin karar verme yeteneklerine inanarak ve hemşirelerin karar verme yetki ve sorumluluklarını aktararak mümkün olabilir (13, 49).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma; özel bir hastanede çalışan hemşirelerin yönetsel kararlara katılım durumlarının iş yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, özel bir hastanede çalışan 230 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler örnekleme oluşturmuştur. Evreni oluşturan 230 hemşire arasında yıllık izinde (22), doğum izninde (13), radyasyon izninde (1) ve ücretsiz izinde (14) bulunan hemşireler dışında kalan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 180 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Hastaneye yeni başlamış henüz 6 ayını doldurmamış hemşireler çalışmaya alınmamıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri 15 Şubat-15 Haziran 2014 tarihleri arasında, 2 bölümden oluşan anket formları ile toplanmıştır. Birinci bölümde hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini içeren, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik verilerin bulunduğu 19 sorudan oluşan tanıtıcı bilgilere yönelik anket formu, ikinci bölümde; 21 maddeden oluşan, 6 alt boyutu olan Kararlara Katılım Ölçeği ile 42 sorudan oluşan 5 alt boyutu olan Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ölçekleri bulunmaktadır (Ek-2).

Tanıtıcı Bilgilere Yönelik Anket Formu: Bu bölümde, hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile kararlara katılım ve iş yaşamına ilişkin görüşlerine yönelik 19 soru bulunmaktadır(4).

Kararlara Katılım Ölçeği (KKÖ):Havens ve Vasey (2003) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek, 21 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. KKÖ, hemşirelerin karar verme sürecine ne kadar katıldıklarını ve ne kadar katılmak istediklerini ölçmektedir. Bu ölçek daha önce ülkemizde Özülke ve Vatan'ın (2006) araştırmalarında kullanılarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olup, cronbach alfa değerleri; şu an karar veren grup için 0.80, karar vermesi gereken grup için 0.88 olarak

belirlenmiştir. Bu çalışmada ise, KKÖ' ne ilişkin genel cronbach alfa değerleri şu an kararı veren grup için 0,91, karar vermesi gereken grup için 0,94 olarak belirlenmiştir. Alt boyutların cronbach alfa değerleri ise karar veren grup için 0,70 ile 0,90 arasında, karar vermesi gereken grup için ise 0,78 ile 0,90 arasında bulunmuştur (Ek tablo-1).

“Kararlara Katılım Ölçeği”ndeki (KKÖ) 21 madde, birimde hangi kararların hemşirelere, hangilerinin yöneticilere ait olduğunu saptamak için 5’li Likert ile değerlendirilmektedir.

Bu puanlama şu şekildedir:

- 1- Sadece yönetim (klinik sorumlusu, hastane başhemşiresi)
- 2- Öncelikle yönetim – bazen klinik hemşirelerinin katkısı
- 3- Klinik hemşireleri ve yönetim tarafından eşit bir biçimde
- 4- Öncelikle klinik hemşireleri – bazen yönetim
- 5- Yalnız klinik hemşireleri (13).

Hemşirelerden her bir maddeyi, hem şu anda kararı veren grup, hem de aslında kararı vermesi gereken grup olmak üzere iki yönlü değerlendirmeleri istenmiştir. Böylece KKÖ, hemşirelerin “destek personelin uygulama kalitesi”, “Profesyonel işe alma”, “Birim yönetimi ve liderlik”, “İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları”, “Profesyonel uygulama kalitesi”, “Birim personelinin dağılımı” alt boyutlarında gerçekte kararların kim tarafından verildiğini ve bu kararları kimlerin vermesi gerektiğini düşündüklerini değerlendirmeyi sağlamaktadır (13).

Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği (Quality of Nursing Work Life Survey)

Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği (Quality of Nursing Work Life Survey QNWL) hemşirelerin iş yaşamının kalitesini ölçmek amacıyla Brooks tarafından 2001 yılında ABD’de geliştirilmiştir. Daha sonra bu ölçek ABD, Yunanistan, Estonya, Kanada, Hindistan, İran, Avustralya ve Malezya’da görevli hemşireler üzerinde kullanılmıştır. Ölçek Şirin (2011) tarafından geçerlilik –güvenirlilik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanmış olup cronbach alfa değeri 0,83 olarak belirlenmiş olup alt boyutlarının cronbach alfa değerleri 0,45 ile 0,60 arasında değişmektedir. Bu çalışmada ise, HİYKÖ’ ne ilişkin genel cronbach alfa değerleri 0,88 olup alt boyutların cronbach alfa değerleri ise 0,72 ile 0,86 arasında bulunmuştur (Ek tablo-2).

Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği'nin (HIYKÖ) orijinali 42 maddeden ve Ev Yaşamı/İş Yaşamı, İş Tasarımı/İş Dizaynı, İş Koşulları/İş İçeriği ve İş Dünyası olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ev Yaşamı/İş Yaşamı : Hemşirelerin çalışma alanı ve yaşantıları arasındaki çatışmaları tanımlamaktadır. İş Tasarımı/İş Dizaynı:Hemşirelik işlevinin niteliği olarak tanımlanan ve hemşirelerin rutin yaptıkları işleri tarif etmektedir. İş Koşulları/İş İçeriği: Hemşirelerin çalıştığı uygulama alanı olarak tanımlanan ve çalışma alanının hemşireler ve hasta sistemleri üzerine etkisini açıklamaktadır. İş Dünyası: Dünyadaki değişim ve gelişmelerin hemşirelik uygulamaları üzerine etkilerini ve uygulamalarda meydana getirdiği farklılıkları tanımlamaktadır.

Orijinal ölçeğin her bir maddesi “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) ile “kesinlikle katılıyorum” (6 puan) arasında değişen 6’lı likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçekte sadece bir madde (20. madde) ters kodlanmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 42, en yüksek puan ise 252’dir.

Ölçekte, hemşirelerin iş yaşam kalitesini ölçmek için sorular en az seviyeden en çok seviyeye “kesinlikle katılmıyorum-1”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum-5” yanıtlarından oluşan 5’li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin, 3.,11., 16. ve 20. maddeleri ters puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek toplam puanın artması hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu, toplam puanın azalması hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin düşük olduğunu göstermektedir (62).

3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Anket formları, hemşirelerin çalışma işleyişlerini engellemeyecek şekilde, çalışmayı uygulayıcı tarafından, mola ve yemek saatlerinde hemşirelere verilerek doldurmaları sözel olarak istenmiş ve bitirmeleri beklenip bizzat uygulayıcı tarafından teslim alınmıştır. Anketi uygulayanlar en kısa ortalama 30 dakika, en uzun süre ortalama45 dakikada anketi tamamlayıp teslim etmişlerdir.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical PackageforSocialSciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin

karşılaştırılmasında Tek yönlü (Oneway) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın etik boyutu: Anadolu sağlık merkezi hastanesi etik kurulunun 29 Mayıs 2014 tarihli onayı (EK-1) ve hastane yönetiminden alınan izin ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aşamasında tüm hemşirelere çalışmanın amacı hakkında sözel bilgi verilerek araştırmaya katılmaya isteklilik gönüllülük ilkesine özen gösterilerek çalışmaya katılan hemşirelerin sözel onayları alınmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 1: Hemşirelere ait tanıtıcı değişkenler

N=180		
	n	%
Yaş		
25 ve altı	48	26,7
26-30	63	35,0
31-35	46	25,6
36-40	20	11,1
41-45	3	1,7
Medeni durum		
Evli	94	52,2
Bekar	86	47,8
İlk Mezun Olduğu Öğretim Programı		
Sağlık Meslek Lisesi	34	18,9
Ön lisans	4	2,2
Lisans	142	78,9
Son Aldığı Eğitim Programı		
Sağlık Meslek Lisesi	16	8,9
Ön Lisans	4	2,2
Lisans	130	72,2
AÖF	2	1,1
Lisansüstü	28	15,6
Devam Etmekte Olduğu Eğitim Programı Olması		
Evet	37	20,6
Hayır	143	79,4
Hastanede Çalışma Pozisyonu		
Hemşire	153	85,0
Sorumlu Hemşire	8	4,4
Yönetici Hemşire	3	1,7
Eğitim Hemşiresi	6	3,3
Diğer	10	5,6
Hemşire Olarak Çalışma Süresi		
< 5yıl	80	44,4
6 -10 yıl	62	34,4
11 -15 yıl	30	16,7
16 -20 yıl	6	3,3
21 yıl <	2	1,1
TOPLAM	180	100

Tablo 1.de Hemşirelere ait tanıtıcı değişkenlerin bulunduğu evren ve yüzde değerleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, hemşirelerin 63'ü (%35,0) 26-30 yaş grubunda,94'ü (%52,2) evli,142'sinin (%78,9) ilk hemşirelik programı lisans,130'unun (%72,2) son eğitim programı da lisans olup,143'ü (%79,4) halen bir eğitim programına devam etmemektedir, 153'ü (%85,0) hemşire, 8'i (%4,4) sorumlu hemşire, 3'ü (%1,7) yönetici hemşire, 6'sı (%3,3) eğitim hemşiresi pozisyonunda, 10'u (%5,6) diğer pozisyonlarda çalışmaktadır, 80'i (%44,4) 5 yıl ve altı süreyle çalıştığı görülmektedir.

**Tablo 2.Hemşirelerin çalışma koşullarına ilişkin değişkenler
N=180**

	n	%
Haftalık Toplam Çalışma Saati		
35-39	35	19,4
40 -49	107	59,4
50 <	38	21,1
Çalışma Düzeni		
Sabit Gündüz Vardiyası	40	22,2
Dönüşümlü Vardiyalar	140	77,8
Ayda Ortalama Fazla Mesai Süresi		
10-20 saat	86	47,8
21- 30 saat	59	32,8
31- 40 saat	28	15,6
41- 50 saat	6	3,3
51saat ve üstü	1	0,6
Mesleği ile ilgili Eğitim ,Kurs Sertifika Programına Katılma Durumu		
Evet	72	40,0
Hayır	108	60,0
Kişisel Gelişimi İle İlgili Eğitim ,Kurs Sertifika Programına Katılma Durumu		
Evet	75	41,7
Hayır	105	58,3
Bölüm Değişikliği Yapma Durumu		
Evet	34	18,9
Hayır	146	81,1
Hastanede Çalışmayı Düşündüğü Maksimum Süre		
1 yıl ve altı	50	27,8
2- 5 yıl	75	41,7
6 -10 yıl	44	24,4
11 yıl ve üstü	11	6,1
TOPLAM	180	100

Tablo 2.de Hemşirelerin çalışma koşullarına ilişkin değişkenlerin bulunduğu evren ve yüzde değerleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, hemşirelerin140'ı (%77,8) dönüşümlü vardiyalarda çalışmakta, 86'sı (%47,8) 10-20 saat arası fazla mesai yapmakta olup,108'i (%60,0) mesleği ile ilgili herhangi bir kurs, eğitim ve sertifika programına katılmamıştır,105'i de (%58,3)kişisel gelişimi ile ilgili bir kurs, eğitim ve sertifika programına katılmamıştır,146'sı (%81,1) bölüm değişikliği yapmadığını belirtirken,50'si (%27,8) 1 yıl ve altı daha bu hastanede çalışmayı düşündüğünü ifade etmiştir.

4.1. Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeğine Ait Bulgular

Tablo 3. Hemşirelerin yaş gruplarına göre HİYKÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

N=180

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	P
İş/çalışma ortamı	25 ve altı	48	88,33	,74	3	,863
	26-10	63	90,76			
	31-35	46	95,24			
	36 ve üzeri	23	84,83			
Yöneticiler ile ilişkiler	25 ve altı	48	89,28	,68	3	,879
	26-10	63	92,26			
	31-35	46	86,46			
	36 ve üzeri	23	96,30			
İş koşulları	25 ve altı	48	87,01	,65	3	,084
	26-10	63	80,49			
	31-35	46	98,41			
	36 ve üzeri	23	109,37			
İş Algısı	25 ve altı	48	84,99	1,18	3	,757
	26-10	63	89,38			
	31-35	46	95,08			
	36 ve üzeri	23	95,91			
Destek hizmetler	25 ve altı	48	93,18	2,01	3	,570
	26-10	63	84,85			
	31-35	46	97,83			
	36 ve üzeri	23	85,74			
Toplam	25 ve altı	48	91,02	1,25	3	,741
	26-10	63	85,21			
	31-35	46	96,30			
	36 ve üzeri	23	92,28			

Tablo 3.da Hemşirelik iş yaşamı kalitesi ölçeği(HİYKÖ) alt boyut ve toplam puanlarının yaş değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, iş/çalışma ortamı ($x^2=,74$; $p>,05$); yöneticiler ile ilişkiler ($x^2=,68$; $p>,05$); iş koşulları ($x^2=,65$; $p>,05$); iş algısı ($x^2=1,18$; $p>,05$);destek hizmetler ($x^2=2,01$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($x^2=1,25$; $p>,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.Hemşirelerin medeni durumlarına göre HİYKÖ' den aldıkları puanların karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
İş/çalışma ortamı	Evli	94	3,53	,686	,071	-,193	178	,847
	Bekâr	86	3,54	,543	,059			
Yöneticiler ile ilişkiler	Evli	94	3,84	,641	,066	1,463	178	,145
	Bekâr	86	3,68	,775	,084			
İş koşulları	Evli	94	3,17	,434	,045	1,473	178	,142
	Bekâr	86	3,07	,472	,051			
İş Algısı	Evli	94	3,87	,488	,050	1,423	178	,157
	Bekâr	86	3,76	,548	,059			
Destek hizmetler	Evli	94	3,99	,644	,066	-,026	178	,980
	Bekâr	86	4,00	,614	,066			
HİYKÖ Toplam	Evli	94	3,68	,439	,045	1,016	178	,311
	Bekâr	86	3,61	,468	,050			

Tablo 4.'de Hemşirelik iş yaşamı kalitesi ölçeği(HİYKÖ) alt boyut ve toplam puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde,iş/çalışma ortamı ($t=-,193$; $p>,05$); yöneticiler ile ilişkiler ($t=1,463$; $p>,05$); iş koşulları ($t=1,473$; $p>,05$); iş algısı ($t=1,423$; $p>,05$);destek hizmetler ($t=-,026$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($t=1,016$; $p>,05$) için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5.Hemşirelerin eğitim durumlarına göre HIYKÖ'nden aldıkları puanların karşılaştırılması
N=180

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	p	Mann
İş/çalışma ortamı	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans	20	62,05	9,18	2	,010	3>1
	Lisans	132	91,11				
	Lisansüstü	28	107,96				
Yöneticiler ile ilişkiler	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans	20	56,25	11,30	2	,004	3>1
	Lisans	132	92,59				
	Lisansüstü	28	105,11				
İş koşulları	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans	20	70,85	6,90	2	,032	3>1
	Lisans	132	89,33				
	Lisansüstü	28	110,07				
İş Algısı	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans	20	74,58	2,13	2	,345	-
	Lisans	132	92,38				
	Lisansüstü	28	93,02				
Destek hizmetler	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans	20	73,58	2,54	2	,281	-
	Lisans	132	91,98				
	Lisansüstü	28	95,61				
Toplam	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans	20	60,10	9,41	2	,009	3>1
	Lisans	132	91,79				
	Lisansüstü	28	106,14				

Tablo 5. de Hemşirelik iş yaşamı kalitesi ölçeği (HIYKÖ) alt boyut ve toplam puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, iş/çalışma ortamı ($x^2=9,18$; $p<,01$); yöneticiler ile ilişkiler ($x^2=11,30$; $p<,01$); iş koşulları ($x^2=6,90$; $p<,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($x^2=9,41$; $p<,01$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; iş algısı ($x^2=2,13$; $p>,05$); destek hizmetler ($x^2=2,54$; $p>,05$) alt boyutları içinse farklar anlamlı bulunmamıştır.

Farklıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan MannWhitney-U analizi sonucunda, iş/çalışma ortamı alt boyutu için lisansüstü grubunun ortalamasının önlisans ve altı grubun ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu($p<0,05$); yöneticiler ile ilişkiler alt boyutu için lisansüstü grubunun ortalamasının önlisans ve altı grubun ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu($p<0,05$); iş koşulları alt boyutu için lisansüstü grubunun ortalamasının önlisans ve altı grubun ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu($p<0,05$); ölçek toplam puanı için lisansüstü grubunun ortalamasının önlisans ve altı grubun ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır($p<0,05$).

Tablo 6.Hemşirelerin devam etmekte oldukları öğretim programlarına göre HİYKÖ'nden aldıkları puanların karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
İş/çalışma ortamı	Devam eden	37	3,42	,74	,12	-1,22	178	,222
	Devam etmeyen	143	3,56	,59	,05			
Yöneticiler ile ilişkiler	Devam eden	37	3,63	,91	,15	-1,32	178	,188
	Devam etmeyen	143	3,80	,65	,05			
İş koşulları	Devam eden	37	3,15	,48	,08	,42	178	,674
	Devam etmeyen	143	3,11	,45	,04			
İş Algısı	Devam eden	37	3,64	,64	,10	-2,33	178	,021
	Devam etmeyen	143	3,87	,48	,04			
Destek hizmetler	Devam eden	37	3,92	,69	,11	-,84	178	,405
	Devam etmeyen	143	4,02	,61	,05			
HİYKÖ Toplam	Devam eden	37	3,55	,59	,10	-1,43	178	,155
	Devam etmeyen	143	3,67	,41	,03			

Tablo 6. de Hemşirelik iş yaşamı kalitesi ölçeği (HİYKÖ) alt boyut ve toplam puanlarının devam ettiği bir öğretim programının bulunup bulunmaması değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, iş algısı ($t=-2,33$; $p<,05$) alt boyutu için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; iş/çalışma ortamı ($t=9,18$; $p>,05$); yöneticiler ile ilişkiler ($t=-1,32$; $p>,05$); iş koşulları ($t=,42$; $p>,05$); destek hizmetler ($t=-,84$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($t=-1,43$; $p>,05$) içinse farklar anlamlı bulunmamıştır. İş algısı alt boyutu için devam ettiği bir öğretim programı bulunmayanlar, bulunanlardan anlamlı şekilde yüksek puan almışlardır($p<0,05$).

Tablo 7.Hemşirelerin çalıştıkları pozisyonlara göre HİYKÖ'nden aldıkları puanların karşılaştırılması

N=180

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	P
İş/çalışma ortamı	Servis Hemşiresi	153	85,47	13077,50	1296,50	-3,09	,002
	Diğer	27	118,98	3212,50			
Yöneticiler ile ilişkiler	Servis Hemşiresi	153	84,76	12969,00	1188,00	-3,55	,000
	Diğer	27	123,00	3321,00			
İş koşulları	Servis Hemşiresi	153	82,62	12641,50	860,50	-4,84	,000
	Diğer	27	135,13	3648,50			
İş Algısı	Servis Hemşiresi	153	84,93	12995,00	1214,00	-3,43	,001
	Diğer	27	122,04	3295,00			
Destek hizmetler	Servis Hemşiresi	153	86,96	13305,00	1524,00	-2,19	,028
	Diğer	27	110,56	2985,00			
Toplam	Servis Hemşiresi	153	83,92	12839,00	1058,00	-4,04	,000
	Diğer	27	127,81	3451,00			

Tablo 7.de Hemşirelik iş yaşam kalitesi ölçeği(HİYKÖ) alt boyut puanlarının pozisyon değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları yer almaktadır tablo incelendiğinde, iş/çalışma ortamı ($z=-3,09$; $p<,01$); yöneticiler ile ilişkiler ($z=-3,55$; $p<,001$); iş koşulları ($z=-4,84$; $p<,001$); iş algısı ($z=-3,41$; $p<,01$); destek hizmetler ($z=-2,19$; $p<,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($z=-4,04$; $p<,001$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur. Tüm alt boyutlar için diğer pozisyonlarda bulunan grubun ortalamaları hemşirelerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 8. Hemşirelerin çalışma yıllarına göre HİYKÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması

<i>f</i> , \bar{x} ve <i>ss</i> Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	<i>N</i>	\bar{x}	<i>ss</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
İş/çalışma ortamı	5 yıl ve altı	80	3,57	,552	G.Arası	,314	2	,157	,405	,667
	6-10 yıl	62	3,54	,594	G.İçi	68,594	177	,388		
	11 yıl ve üstü	38	3,46	,789	Toplam	68,908	179			
	Toplam	180	3,53	,620						
Yöneticiler ile ilişkiler	5 yıl ve altı	80	3,77	,711	G.Arası	,001	2	,001	,001	,999
	6-10 yıl	62	3,76	,668	G.İçi	90,331	177	,510		
	11 yıl ve üstü	38	3,76	,792	Toplam	90,332	179			
	Toplam	180	3,76	,710						
İş koşulları	5 yıl ve altı	80	3,07	,441	G.Arası	,576	2	,288	1,404	,248
	6-10 yıl	62	3,13	,452	G.İçi	36,318	177	,205		
	11 yıl ve üstü	38	3,22	,479	Toplam	36,894	179			
	Toplam	180	3,12	,454						
İş Algısı	5 yıl ve altı	80	3,81	,503	G.Arası	,153	2	,076	,281	,755
	6-10 yıl	62	3,80	,493	G.İçi	48,066	177	,272		
	11 yıl ve üstü	38	3,88	,599	Toplam	48,219	179			
	Toplam	180	3,82	,519						
Destek hizmetler	5 yıl ve altı	80	3,97	,639	G.Arası	,261	2	,131	,328	,721
	6-10 yıl	62	4,05	,571	G.İçi	70,423	177	,398		
	11 yıl ve üstü	38	3,97	,703	Toplam	70,684	179			
	Toplam	180	4,00	,628						
HİYKÖ Toplam	5 yıl ve altı	80	3,64	,441	G.Arası	,017	2	,009	,042	,959
	6-10 yıl	62	3,66	,431	G.İçi	36,742	177	,208		
	11 yıl ve üstü	38	3,66	,521	Toplam	36,759	179			
	Toplam	180	3,65	,453						

Tablo 8. de Hemşirelik iş yaşam kalitesi ölçeği HİYKÖ' nin alt boyut ve toplam puanlarının hemşirelik kıdemi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, iş/çalışma ortamı ($F=,405$; $p>,05$); yöneticiler ile ilişkiler ($F=,001$; $p>,05$); iş koşulları ($F=1,404$; $p>,05$); iş algısı ($F=,281$; $p>,05$); destek hizmetler ($F=,328$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($F=,42$; $p>,05$) için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 9.Hemşirelerin çalışma düzenlerine göre HIYKÖ ‘ den aldıkları puanların karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	P
İş/çalışma ortamı	Gündüz	40	3,63	,73	,12	1,11	178	,268
	Dönüşümlü	140	3,51	,58	,05			
Yöneticiler ile ilişkiler	Gündüz	40	4,07	,50	,08	3,11	178	,002
	Dönüşümlü	140	3,68	,74	,06			
İş koşulları	Gündüz	40	3,36	,45	,07	3,84	178	,000
	Dönüşümlü	140	3,05	,43	,04			
İş Algısı	Gündüz	40	3,94	,41	,07	1,71	178	,089
	Dönüşümlü	140	3,78	,54	,05			
Destek hizmetler	Gündüz	40	4,04	,58	,09	,47	178	,636
	Dönüşümlü	140	3,98	,64	,05			
HIYKÖ Toplam	Gündüz	40	3,81	,46	,07	2,56	178	,011
	Dönüşümlü	140	3,60	,44	,04			

Tablo 9. De Hemşirelik iş yaşamı kalitesi ölçeği (HIYKÖ) alt boyut puanlarının çalışma düzeni değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, yöneticiler ile ilişkiler ($t=3,11$; $p<,01$);iş koşulları ($t=3,84$; $p<,001$) alt boyutu ve ölçek toplam puanı ($t=2,56$; $p<,05$) için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; iş/çalışma ortamı ($t=1,11$; $p>,05$); iş algısı ($t=1,71$; $p>,05$) ve destek hizmetler ($t=,47$; $p>,05$) alt boyutları içinse farklar anlamlı bulunmamıştır. Yöneticiler ile ilişkiler, iş koşulları alt boyutları ve ölçek toplam puanı için gündüz sabit çalışanlar dönüşümlü (vardiyalı) çalışanlardan anlamlı şekilde yüksek puan almışlardır.

Tablo 10.Hemşirelerin mesleği ile ilgili eğitim programlarına katılma durumlarına göre HİYKÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
İş/çalışma ortamı	Katılan	72	3,53	,71	,08	-,09	178	,926
	Katılmayan	108	3,54	,55	,05			
Yöneticiler ile ilişkiler	Katılan	72	3,91	,63	,07	2,20	178	,029
	Katılmayan	108	3,67	,75	,07			
İş koşulları	Katılan	72	3,17	,49	,06	1,28	178	,201
	Katılmayan	108	3,09	,43	,04			
İş Algısı	Katılan	72	3,88	,52	,06	1,38	178	,170
	Katılmayan	108	3,78	,52	,05			
Destek hizmetler	Katılan	72	4,00	,62	,07	,01	178	,990
	Katılmayan	108	4,00	,63	,06			
HİYKÖ Toplam	Katılan	72	3,70	,45	,05	1,23	178	,219
	Katılmayan	108	3,61	,45	,04			

Tablo 10. De Hemşirelik iş yaşam kalitesi ölçeği(HİYKÖ) alt boyut ve toplam puanlarının mesleği ile ilgili kurs, eğitim ve sertifika programına katılma durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, yöneticiler ile ilişkiler ($t=2,20$; $p<,05$) alt boyutu için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; iş/çalışma ortamı ($t=-,09$; $p>,05$); iş koşulları ($t=1,28$; $p>,05$); iş algısı ($t=1,38$; $p>,05$); destek hizmetler ($t=,01$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($t=1,23$; $p>,05$) içinse farklar anlamlı bulunmamıştır. Yöneticiler ile ilişkiler alt boyutu için mesleği ile ilgili kurs, eğitim ve sertifika programına katılanların ortalamaları katılmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek puan almışlardır ($p<0,05$).

Tablo 11.Hemşirelerin kişisel gelişimi ile ilgili eğitim programlarına katılma durumuna göre HİYKÖ 'den aldıkları puanların karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
İş/çalışma ortamı	Katılan	75	3,44	,62	,07	-1,82	178	,070
	Katılmayan	105	3,61	,61	,06			
Yöneticiler ile ilişkiler	Katılan	75	3,73	,73	,08	-,50	178	,621
	Katılmayan	105	3,79	,70	,07			
İş koşulları	Katılan	75	3,08	,42	,05	-1,11	178	,267
	Katılmayan	105	3,15	,47	,05			
İş Algısı	Katılan	75	3,79	,51	,06	-,68	178	,496
	Katılmayan	105	3,84	,53	,05			
Destek hizmetler	Katılan	75	3,91	,68	,08	-1,49	178	,137
	Katılmayan	105	4,05	,58	,06			
HİYKÖ Toplam	Katılan	75	3,59	,46	,05	-1,45	178	,149
	Katılmayan	105	3,69	,45	,04			

Tablo 11. De Hemşirelik iş yaşam kalitesi ölçeği(HİYKÖ) alt boyut ve toplam puanlarının kişisel gelişimi ile ilgili kurs, eğitim ve sertifika programına katılma durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, iş/çalışma ortamı ($t=-1,82$; $p>,05$); yöneticiler ile ilişkiler ($t=-,50$; $p>,05$); iş koşulları ($t=-1,11$; $p>,05$); iş algısı ($t=-,68$; $p>,05$); destek hizmetler ($t=-1,49$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($t=-1,45$; $p>,05$) için grupların aritmetik arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 12. Hemşirelerin hastanede çalışmayı düşündüğü maksimum süreye göre HİYKÖ 'den aldıkları puanların karşılaştırılması N=180

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	p	Mann
İş/çalışma ortamı	1 yıl ve altı	50	80,35	7,99	3	,046	3>1
	2-5 yıl	75	85,85				
	6-10 yıl	44	108,65				
	11 ve üstü	11	95,73				
Yöneticiler ile ilişkiler	1 yıl ve altı	50	82,92	5,46	3	,141	-
	2-5 yıl	75	86,24				
	6-10 yıl	44	100,67				
	11 ve üstü	11	113,32				
İş koşulları	1 yıl ve altı	50	66,02	22,26	3	,000	3>1 4>1
	2-5 yıl	75	89,67				
	6-10 yıl	44	114,20				
	11 ve üstü	11	112,64				
İş Algısı	1 yıl ve altı	50	84,01	6,96	3	,073	-
	2-5 yıl	75	83,64				
	6-10 yıl	44	106,81				
	11 ve üstü	11	101,55				
Destek hizmetler	1 yıl ve altı	50	70,64	14,14	3	,003	4>1
	2-5 yıl	75	90,69				
	6-10 yıl	44	106,89				
	11 ve üstü	11	113,91				
Toplam	1 yıl ve altı	50	72,35	14,28	3	,003	4>1
	2-5 yıl	75	88,01				
	6-10 yıl	44	109,82				
	11 ve üstü	11	112,68				

Tablo 12. De Hemşirelik iş yaşam kalitesi (HİYKÖ) alt boyut ve toplam puanlarının hastanede çalışmayı düşündüğü maksimum süre değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, iş/çalışma ortamı ($x^2=7,99$; $p<,05$); iş koşulları ($x^2=22,26$; $p<,001$); destek hizmetler ($x^2=14,14$; $p<,01$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($x^2=14,28$; $p<,01$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; yöneticilerle ilişkiler ($x^2=5,46$; $p>,05$) ve iş algısı ($x^2=6,96$; $p>,05$) alt boyutları içinse farklar anlamlı bulunmamıştır.

Farklıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan MannWhitney-U analizi sonucunda, iş/çalışma ortamı alt boyutu için 6-10 yıl çalışmayı düşünenlerin ortalamasının 1 yıl ve altı çalışmayı düşünenlerin ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu; iş koşulları alt boyutu için 6-10 yıl ve 11 yıl ve üstü çalışmayı düşünenlerin ortalamasının 1 yıl ve altı çalışmayı düşünenlerin ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu; destek hizmetler alt boyutu için 6-10 yıl çalışmayı düşünenlerin ortalamasının 1 yıl ve altı çalışmayı düşünenlerin ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu; ölçek toplam puanı için de 6-10 yıl çalışmayı düşünenlerin ortalamasının 1 yıl ve altı çalışmayı düşünenlerin ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

4.2. Kararlara Katılım Ölçeğine Ait Bulgular

Tablo 13. Kararlara katılım ölçeği (karar veren) alt boyutlarına ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri.

Boyutlar	N	Min	Max	$\bar{x} \pm ss$
Birim Personelinin Dağılımı	180	1,00	5,00	1,72 \pm ,827
Profesyonel Uygulama Kalitesi	180	1,00	4,25	1,70 \pm ,740
Profesyonel İşe Alma	180	1,00	4,00	1,49 \pm ,678
Birim Yönetimi Ve Liderlik	180	1,00	4,00	1,55 \pm ,601
Destek Personelin Uygulama Kalitesi	180	1,00	4,00	1,72 \pm ,699
İşbirliği/Yardımlaşma Uygulamaları	180	1,00	5,00	2,51 \pm ,837
Toplam	180	1,00	4,00	1,78 \pm ,518

Tablo 13.'de Hemşirelerin Kararlara Katılım Ölçeği (Karar Veren) birim personelinin dağılımı alt boyutu aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, 1,72 \pm ,827 olarak; profesyonel uygulama kalitesi alt boyutu aritmetik ortalaması 1,70 \pm ,740 olarak; profesyonel işe alma alt boyutu aritmetik ortalaması 1,49 \pm ,678 olarak; birim yönetimi ve liderlik alt boyutu aritmetik ortalaması 1,55 \pm ,601 olarak; destek personelin uygulama kalitesi alt boyutu aritmetik ortalaması 1,72 \pm ,699 olarak; işbirliği/yardımlaşma uygulamaları alt boyutu aritmetik ortalaması 2,51 \pm ,837 olarak; ölçek toplam puanının aritmetik ortalaması \bar{x} =1,78 \pm ,518 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 14. Kararlara katılım ölçeği (karar vermesi beklenen) alt boyutlarına ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri.

Boyutlar	N	Min	Max	$\bar{x} \pm ss$
Birim Personelinin Dağılımı	180	1,00	5,00	2,68 \pm ,936
Profesyonel Uygulama Kalitesi	180	1,00	5,00	2,51 \pm ,813
Profesyonel İŖe Alma	180	1,00	5,00	2,41 \pm ,866
Birim Yönetimi Ve Liderlik	180	1,00	5,00	2,50 \pm ,757
Destek Personelin Uygulama Kalitesi	180	1,00	5,00	2,53 \pm ,765
İŖbirliđi/YardımlaŖma Uygulamaları	180	1,00	5,00	2,99 \pm ,589
Toplam	180	1,0	5,00	2,60 \pm ,627

Tablo 14.'de HemŖirelerin Kararlara Katılım Ölçeği (Karar Vermesi Beklenen) birim personelinin dağılımı alt boyutu aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelin aritmetik ortalaması 2,68 \pm 939olarak;profesyonel uygulama kalitesi alt boyutu aritmetik ortalaması 2,51 \pm ,813 olarak; profesyonel iŖe alma alt boyutu aritmetik ortalaması 2,41 \pm ,866 olarak; birim yönetimi ve liderlik alt boyutu aritmetik ortalaması 2,50 \pm ,757 olarak; destek personelin uygulama kalitesi alt boyutu aritmetik ortalaması 2,53 \pm ,765 olarak; iŖbirliđi/yardımlaŖma uygulamaları alt boyutu aritmetik ortalaması 2,99 \pm ,589 olarak; ölçek toplam puanının aritmetik ortalaması 2,60 \pm ,627 olarak hesaplanmıŖtır.

Tablo 15.Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği alt boyut puanlarının (mevcut durum ve istenen) karşılaştırılması.

Puan	Gruplar	Ort.	\bar{x}	ss	Sh \bar{x}	t Testi		
						t	Sd	p
Birim personelinin dağılımı	Mevcut	1,72	180	,827	,062	-12,10	179	,000
	İstenen	2,68	180	,936	,070			
Profesyonel uygulama kalitesi	Mevcut	1,70	180	,740	,055	-12,26	179	,000
	İstenen	2,51	180	,813	,061			
Profesyonel işe alma	Mevcut	1,49	180	,678	,051	-14,44	179	,000
	İstenen	2,41	180	,866	,065			
Birim yönetimi ve liderlik	Mevcut	1,55	180	,601	,045	-15,19	179	,000
	İstenen	2,50	180	,757	,056			
Destek personelin uygulama kalitesi	Mevcut	1,72	180	,699	,052	-11,54	179	,000
	İstenen	2,53	180	,765	,057			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Mevcut	2,51	180	,837	,062	-7,05	179	,000
	İstenen	2,99	180	,589	,044			
Toplam Puanlar	Mevcut	1,78	180	,518	,039	-15,07	179	,000
	İstenen	2,60	180	,627	,047			

Tabloda 15.'da Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği karar veren ve vermesi gereken formlarının alt boyut ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı ($t=-12,10$; $p<,001$); profesyonel uygulama kalitesi ($t=-12,26$; $p<,001$); profesyonel işe alma ($t=-14,44$; $p<,001$); birim yönetimi ve liderlik ($t=-15,19$; $p<,001$); destek personelin uygulama kalitesi ($t=-11,54$; $p<,001$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($t=-7,05$; $p<,001$) alt boyutları ve toplam puanlar için ($t=-15,07$; $p<,001$) ortalamalar arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur. Karar vermesi gereken grubundaki alt boyut puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 16. Hemşirelerin yaş gruplarına göre kararlara katılım ölçeğinden aldıkları mevcut durum (karar veren) puanlarının karşılaştırılması **N=180**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	p
Birim personelinin dağılımı (karar veren)	25 ve altı	48	98,89	3,03	3	,387
	26-10	63	87,51			
	31-35	46	91,96			
	36 ve üzeri	23	78,28			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Veren)	25 ve altı	48	93,34	1,93	3	,586
	26-10	63	89,44			
	31-35	46	95,12			
	36 ve üzeri	23	78,22			
Profesyonel işe alma (karar veren)	25 ve altı	48	91,94	1,07	3	,785
	26-10	63	91,36			
	31-35	46	84,78			
	36 ve üzeri	23	96,59			
Birim yönetimi ve liderlik (karar veren)	25 ve altı	48	89,77	1,29	3	,731
	26-10	63	94,52			
	31-35	46	83,86			
	36 ve üzeri	23	94,28			
Destek personelin uygulama kalitesi (karar veren)	25 ve altı	48	92,47	2,26	3	,521
	26-10	63	83,94			
	31-35	46	91,89			
	36 ve üzeri	23	101,59			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	25 ve altı	48	87,64	3,70	3	,296
	26-10	63	100,25			
	31-35	46	84,30			
	36 ve üzeri	23	82,15			
Toplam	25 ve altı	48	94,23	,46	3	,928
	26-10	63	90,05			
	31-35	46	89,61			
	36 ve üzeri	23	85,74			

Tablo 16. da Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren) alt boyut ve toplam puanlarının yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar veren) ($x^2=3,03$; $p>,05$); profesyonel uygulama kalitesi (karar veren) ($x^2=1,93$; $p>,05$); profesyonel işe alma (karar veren) ($x^2=1,07$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar veren) ($x^2=1,29$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar veren) ($x^2=2,26$; $p>,05$) alt boyutları ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($x^2=3,70$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($x^2=,46$; $p>,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 17. Hemşirelerin medeni durumlarına göre kararlara katılım ölçeğinden aldıkları mevcut durum (karar veren) puanlarının karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Birim personelinin dağılımı (karar veren)	Evli	94	1,77	,870	,090	,925	178	,356
	Bekâr	86	1,66	,779	,084			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Veren)	Evli	94	1,74	,753	,078	,796	178	,427
	Bekâr	86	1,65	,727	,078			
Profesyonel işe alma (karar veren)	Evli	94	1,46	,702	,072	-,726	178	,469
	Bekâr	86	1,53	,654	,070			
Birim yönetimi ve liderlik (karar veren)	Evli	94	1,53	,603	,062	-,506	178	,614
	Bekâr	86	1,58	,602	,065			
Destek personelin uygulama kalitesi (karar veren)	Evli	94	1,67	,705	,073	-1,003	178	,317
	Bekâr	86	1,77	,692	,075			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Evli	94	2,45	,857	,088	-1,049	178	,295
	Bekâr	86	2,58	,814	,088			

Tablo 17.da Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren) alt boyut puanlarının medeni durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar veren) ($t=,925$; $p>,05$); profesyonel uygulama kalitesi (karar veren) ($t=,796$; $p<,05$); profesyonel işe alma (karar veren) ($t=-,726$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar veren) ($t=-,506$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar veren) ($t=-1,003$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($t=-1,049$; $p>,05$) alt boyutları için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 18. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre kararlara katılım ölçeğinden aldıkları mevcut durum (karar veren) puanlarının karşılaştırılması

N=180

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	P
Birim personelinin dağılımı (karar veren)	Ön Lisans ve altı	20	82,33	,80	2	,669
	Lisans	132	90,73			
	Lisansüstü	28	95,27			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Veren)	Ön Lisans ve altı	20	96,58	3,98	2	,137
	Lisans	132	93,25			
	Lisansüstü	28	73,21			
Profesyonel işe alma (karar veren)	Ön Lisans ve altı	20	96,85	,93	2	,627
	Lisans	132	91,01			
	Lisansüstü	28	83,55			
Birim yönetimi ve liderlik (karar veren)	Ön Lisans ve altı	20	68,93	4,42	2	,110
	Lisans	132	94,44			
	Lisansüstü	28	87,34			
Destek personelin uygulama kalitesi (karar veren)	Ön Lisans ve altı	20	77,95	1,38	2	,503
	Lisans	132	92,11			
	Lisansüstü	28	91,86			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Ön Lisans ve altı	20	77,93	1,93	2	,381
	Lisans	132	90,64			
	Lisansüstü	28	98,80			
Toplam	Ön Lisans ve altı	20	75,75	1,82	2	,403
	Lisans	132	92,13			
	Lisansüstü	28	93,34			

Tablo 18.'da Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren) alt boyut ve toplam puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar veren) ($x^2=,80$; $p>,05$); profesyonel uygulama kalitesi (karar veren) ($x^2=3,98$; $p>,05$); profesyonel işe alma (karar veren) ($x^2=,93$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar veren) ($x^2=4,42$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar veren) ($x^2=1,38$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($x^2=1,93$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($x^2=1,82$; $p>,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 19. Hemşirelerin devam ettiği öğretim programına göre kararlara katılım ölçeğinden aldıkları mevcut durum (karar veren) puanlarının karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	P
Birim personelinin dağılımı (karar veren)	Var	37	1,72	,91	,15	-,00	178	,997
	Yok	143	1,72	,81	,07			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Veren)	Var	37	1,57	,69	,11	-1,16	178	,247
	Yok	143	1,73	,75	,06			
Profesyonel işe alma (karar veren)	Var	37	1,52	,72	,12	,30	178	,764
	Yok	143	1,48	,67	,06			
Birim yönetimi ve liderlik (karar veren)	Var	37	1,47	,61	,10	-,95	178	,345
	Yok	143	1,57	,60	,05			
Destek personelin uygulama kalitesi (karar veren)	Var	37	1,57	,66	,11	-1,46	178	,146
	Yok	143	1,76	,71	,06			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Var	37	2,47	,94	,15	-,36	178	,718
	Yok	143	2,52	,81	,07			
Toplam	Var	37	1,72	,540	,089	-,82	178	,414
	Yok	143	1,80	,513	,043			

Tablo 19’ de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren) alt boyut ve toplam puanlarının devam ettiği bir öğretim programının bulunup bulunmaması değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar veren) ($t=,00$; $p>,05$); profesyonel uygulama kalitesi (karar veren) ($t=-1,16$; $p>,05$); profesyonel işe alma (karar veren) ($t=,30$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar veren) ($t=-,95$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar veren) ($t=-1,46$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($t=,36$; $p>,05$) alt boyutları ölçek toplam puanı ($t=,82$; $p>,05$) için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 20. Hemşirelerin çalıştıkları pozisyon durumlarına göre kararlara katılım ölçeğinden aldıkları mevcut durum (karar veren) puanlarının karşılaştırılması

N=180

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Birim personelinin dağılımı (karar veren)	Hemşire	153	94,59	14472,50	1439,50	-2,63	,009
	Diğer	27	67,31	1817,50			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Veren)	Hemşire	153	94,41	14445,00	1467,00	-2,48	,013
	Diğer	27	68,33	1845,00			
Profesyonel işe alma (karar veren)	Hemşire	153	92,21	14108,50	1803,50	-1,13	,259
	Diğer	27	80,80	2181,50			
Birim yönetimi ve liderlik (karar veren)	Hemşire	153	90,14	13791,50	2010,50	-,22	,823
	Diğer	27	92,54	2498,50			
Destek personelin uygulama kalitesi (karar veren)	Hemşire	153	90,21	13801,50	2020,50	-,19	,853
	Diğer	27	92,17	2488,50			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Hemşire	153	92,11	14092,50	1819,50	-1,00	,317
	Diğer	27	81,39	2197,50			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Hemşire	153	153	92,73	1724,000	-1,37	,171
	Diğer	27	27	77,85			

Tablo 20. de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren) alt boyut ve toplam puanlarının pozisyon değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar veren) ($z=2,63$; $p<,01$); profesyonel uygulama kalitesi (karar veren) ($z=2,48$; $p<,05$) alt boyutları için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; profesyonel işe alma (karar veren) ($z=-1,13$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar veren) ($z=-,22$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar veren) ($z=-,19$; $p>,05$) alt boyutları ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($z=1,00$; $p>,05$) alt boyutları ölçek toplam puanı ($z=-1,37$; $p>,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır. Birim personelinin dağılımı (karar veren) ve profesyonel uygulama kalitesi (karar veren) alt boyutları için hemşirelerin sıralama ortalamaları diğer pozisyonda olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 21. Hemşirelerin çalışma düzenlerine göre kararlara katılım ölçeğinden aldıkları mevcut durum (karar veren) puanlarının karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{X}	SS	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	P
Birim personelinin dağılımı (karar veren)	Gündüz	40	1,39	,76	,12	-2,91	178	,004
	Dönüşümlü	140	1,81	,83	,07			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Veren)	Gündüz	40	1,49	,64	,10	-2,02	178	,045
	Dönüşümlü	140	1,76	,76	,06			
Profesyonel işe alma (karar veren)	Gündüz	40	1,60	,83	,13	1,14	178	,257
	Dönüşümlü	140	1,46	,63	,05			
Birim yönetimi ve liderlik (karar veren)	Gündüz	40	1,66	,70	,11	1,32	178	,187
	Dönüşümlü	140	1,52	,57	,05			
Destek personelin uygulama kalitesi (karar veren)	Gündüz	40	1,72	,74	,12	,00	178	1,000
	Dönüşümlü	140	1,72	,69	,06			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Gündüz	40	2,51	,68	,11	-,04	178	,968
	Dönüşümlü	140	2,51	,88	,07			
Toplam	Gündüz	40	1,73	,515	,082	-,74	178	,459
	Dönüşümlü	140	1,80	,520	,044			

Tablo 21. de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren) alt boyut ve toplam puanlarının çalışma düzeni değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar veren) ($t=-2,91$; $p<,01$); profesyonel uygulama kalitesi (karar veren) ($t=-2,02$; $p<,05$) alt boyutları için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; profesyonel işe alma (karar veren) ($t=1,14$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar veren) ($t=1,32$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar veren) ($t=,00$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($t=-,04$; $p>,05$) alt boyutları ölçek toplam puanı ($t=-,74$; $p>,05$) içingrupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır. Birim personelinin dağılımı ve profesyonel uygulama kalitesi alt boyutlarında dönüşümlü vardiyalı çalışanların ortalaması gündüzlü sabit olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 22. Hemşirelerin mesleği ile ilgili eğitim programlarına katılma durumlarına göre kararlara katılım ölçeğinden aldıkları mevcut durum (karar veren) puanlarının karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	P
Birim personelinin dağılımı (karar veren)	Katılan	72	1,54	,83	,10	-2,35	178	,020
	Katılmayan	108	1,83	,81	,08			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Veren)	Katılan	72	1,67	,72	,08	-,39	178	,697
	Katılmayan	108	1,72	,76	,07			
Profesyonel işe alma (karar veren)	Katılan	72	1,44	,77	,09	-,85	178	,395
	Katılmayan	108	1,53	,61	,06			
Birim yönetimi ve liderlik (karar veren)	Katılan	72	1,56	,67	,08	,07	178	,946
	Katılmayan	108	1,55	,55	,05			
Destek personelin uygulama kalitesi (karar veren)	Katılan	72	1,75	,75	,09	,45	178	,654
	Katılmayan	108	1,70	,67	,06			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Katılan	72	2,44	,82	,10	-1,02	178	,310
	Katılmayan	108	2,56	,85	,08			
Toplam	Katılan	72	72	1,73	,572	-1,06	178	,293
	Katılmayan	108	108	1,82	,479			

Tablo 22’de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren) alt boyut ve toplam puanlarının mesleği ile ilgili kurs, eğitim ve sertifika programına katılma durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar veren) ($t=-2,35$; $p<,05$) alt boyutu için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; profesyonel uygulama kalitesi (karar veren) ($t=-,39$; $p>,05$); profesyonel işe alma (karar veren) ($t=-,85$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar veren) ($t=,07$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar veren) ($t=,45$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($t=-1,02$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($t=-1,06$; $p>,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır. Birim personelinin dağılımı alt boyutunda mesleği ile ilgili kurs, eğitim ve sertifika programına katılmayanların ortalaması katılanların ortalamasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 23. Hemşirelerin kişisel gelişimi ile ilgili eğitim programlarına katılma durumlarına göre kararlara katılım ölçeğinden aldıkları mevcut durum (karar veren)puanlarının karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	P
Birim personelinin dağılımı (karar veren)	Katılan	75	1,83	,98	,11	1,51	178	,132
	Katılmayan	105	1,64	,70	,07			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Veren)	Katılan	75	1,86	,80	,09	2,44	178	,016
	Katılmayan	105	1,59	,68	,07			
Profesyonel işe alma (karar veren)	Katılan	75	1,55	,76	,09	,90	178	,367
	Katılmayan	105	1,45	,61	,06			
Birim yönetimi ve liderlik (karar veren)	Katılan	75	1,61	,68	,08	1,16	178	,247
	Katılmayan	105	1,51	,53	,05			
Destek personelin uygulama kalitesi (karar veren)	Katılan	75	1,80	,79	,09	1,28	178	,201
	Katılmayan	105	1,66	,62	,06			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Katılan	75	2,62	,79	,09	1,49	178	,139
	Katılmayan	105	2,43	,87	,08			
Toplam	Katılan	75	1,88	,583	,067	2,10	178	,037
	Katılmayan	105	1,71	,458	,045			

Tablo 23’ de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren) alt boyut ve toplam puanlarının kişisel gelişimi ile ilgili kurs, eğitim ve sertifika programına katılma durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, profesyonel uygulama kalitesi (karar veren) ($t=2,44$; $p<,05$) alt boyutu ve ölçek toplam puanı ($t=2,10$; $p<,05$) için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; birim personelinin dağılımı (karar veren) ($t=1,51$; $p>,05$); profesyonel işe alma (karar veren) ($t=,90$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar veren) ($t=1,16$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar veren) ($t=1,28$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($t=-1,49$; $p>,05$) alt boyutları için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır. Profesyonel uygulama kalitesi alt boyutu ve ölçek toplam puanında kişisel gelişimi ile ilgili kurs, eğitim ve sertifika programına katılanların ortalaması katılmayanların ortalamasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 24. Hemşirelerin hastanede çalışmayı düşündüğü maksimum sürele göre kararlara katılım ölçeğinden aldıkları mevcut durum (karar veren) puanlarının karşılaştırılması N=180

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	p	Mann
Birim personelinin dağılımı (karar veren)	1 yıl ve altı	50	95,21	,71	3	,871	-
	2-5 yıl	75	87,72				
	6-10 yıl	44	90,50				
	11 ve üstü	11	88,05				
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Veren)	1 yıl ve altı	50	93,36	1,30	3	,728	-
	2-5 yıl	75	87,30				
	6-10 yıl	44	95,25				
	11 ve üstü	11	80,32				
Profesyonel işe alma (karar veren)	1 yıl ve altı	50	84,86	,98	3	,805	-
	2-5 yıl	75	93,34				
	6-10 yıl	44	92,11				
	11 ve üstü	11	90,32				
Birim yönetimi ve liderlik (karar veren)	1 yıl ve altı	50	81,01	3,45	3	,327	-
	2-5 yıl	75	90,35				
	6-10 yıl	44	98,17				
	11 ve üstü	11	103,95				
Destek personelinin uygulama kalitesi (karar veren)	1 yıl ve altı	50	75,20	9,86	3	,020	3>1 3>4
	2-5 yıl	75	94,08				
	6-10 yıl	44	105,66				
	11 ve üstü	11	75,00				
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	1 yıl ve altı	50	101,25	5,98	3	,112	-
	2-5 yıl	75	82,53				
	6-10 yıl	44	96,44				
	11 ve üstü	11	72,18				
Toplam	1 yıl ve altı	50	88,72	1,48	3	,688	-
	2-5 yıl	75	87,39				
	6-10 yıl	44	98,73				
	11 ve üstü	11	86,86				

Tablo 24’de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren) alt boyut ve toplam puanlarının hastanede çalışmayı düşündüğü maksimum süre değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, destek personelinin uygulama kalitesi (karar veren) ($x^2=9,86$; $p<,05$) alt boyutu için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; birim personelinin dağılımı (karar veren) ($x^2=,71$; $p>,05$); profesyonel uygulama kalitesi (karar veren) ($x^2=1,30$; $p>,05$); profesyonel işe alma (karar veren) ($x^2=,98$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar veren) ($x^2=3,45$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($x^2=5,98$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($x^2=1,48$; $p>,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır. Farklıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan MannWhitney-U analizi sonucunda, destek personelinin uygulama kalitesi (karar veren) alt boyutu için 6-10 yıl çalışmayı düşünenlerin ortalamasınının 1 yıl ve altı yıl ve 11 yıl ve üstü çalışmayı düşünenlerin ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 25. Hemşirelerin yaş gruplarına göre kararlara katılım ölçeğinden aldıkları istenen durum (karar vermesi gereken) puanlarının karşılaştırılması N=180

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	χ^2	sd	p	Mann
Birim personelinin dağılımı (Karar Vermesi Gereken)	25 ve altı	48	95,18	9,50	3	,023	2>4
	26-30	63	99,64				
	31-35	46	86,86				
	36 ve üzeri	23	62,98				
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	25 ve altı	48	100,92	9,22	3	,027	1>4
	26-30	63	97,68				
	31-35	46	80,68				
	36 ve üzeri	23	68,72				
Profesyonel işe alma (Karar Vermesi Gereken)	25 ve altı	48	95,20	1,75	3	,626	-
	26-30	63	92,60				
	31-35	46	88,50				
	36 ve üzeri	23	78,93				
Birim yönetimi ve liderlik (Karar Vermesi Gereken)	25 ve altı	48	96,83	1,98	3	,576	-
	26-30	63	92,52				
	31-35	46	86,03				
	36 ve üzeri	23	80,67				
Destek personelin uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	25 ve altı	48	94,97	1,67	3	,644	-
	26-30	63	91,52				
	31-35	46	82,54				
	36 ve üzeri	23	94,30				
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	25 ve altı	48	93,11	5,79	3	,122	-
	26-30	63	100,04				
	31-35	46	81,93				
	36 ve üzeri	23	76,04				
Toplam	25 ve altı	48	97,50	6,16	3	,104	-
	26-30	63	97,25				
	31-35	46	84,21				
	36 ve üzeri	23	70,00				

Tablo 25’da Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar vermesi gereken) alt boyut ve toplam puanlarının yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken) ($\chi^2=9,50$; $p<,05$); profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($\chi^2=9,22$; $p<,05$) alt boyutları için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; profesyonel işe alma (karar vermesi gereken) ($\chi^2=1,75$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar vermesi gereken) ($\chi^2=1,98$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($\chi^2=1,67$; $p>,05$) alt boyutları ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($\chi^2=5,79$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($\chi^2=6,16$; $p>,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır. Farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan MannWhitney-U analizi sonucunda, birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken) 26-30 yaş grubunun ortalaması 36 yıl ve üzeri grubundan; profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) 25 ve altı yaş grubunun ortalaması 36 yıl ve üzeri grubundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 26. Hemşirelerin medeni durumlarına göre kararlara katılım ölçeğinden aldıkları istenen durum (karar vermesi gereken) puanlarının karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Birim personelinin dağılımı (karar V.Gereken)	Evli	94	2,64	,960	,099	-,632	178	,528
	Bekâr	86	2,73	,913	,098			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar V.Gereken)	Evli	94	2,44	,864	,089	-1,198	178	,232
	Bekâr	86	2,58	,752	,081			
Profesyonel işe alma (karar V.Gereken)	Evli	94	2,36	,919	,095	-,709	178	,479
	Bekâr	86	2,45	,807	,087			
Birim yönetimi ve liderlik (karar V.Gereken)	Evli	94	2,46	,795	,082	-,890	178	,375
	Bekâr	86	2,56	,714	,077			
Destek personelin uygulama kalitesi (karar V.Gereken)	Evli	94	2,48	,802	,083	-1,066	178	,288
	Bekâr	86	2,60	,722	,078			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları V.Gereken	Evli	94	2,91	,643	,066	-1,908	178	,058
	Bekâr	86	3,08	,514	,055			

Tablo 26’de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar vermesi gereken) alt boyut puanlarının medeni durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken) ($t=-,632$; $p>,05$); profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($t=1,198$; $p<,05$); profesyonel işe alma (karar vermesi gereken) ($t=-,709$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar vermesi gereken) ($t=-,890$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($t=-1,066$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($t=-1,908$; $p>,05$) alt boyutları için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 27. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre kararlara katılım ölçeğinden istenen durum (karar vermesi gereken) puanlarının karşılaştırılması N=180

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	p	Mann
Birim personelinin dağılımı (Karar Vermesi Gereken)	Ön Lisans ve altı	20	91,90	2,94	2	,230	-
	Lisans	132	93,47				
	Lisansüstü	28	75,48				
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Ön Lisans ve altı	20	98,03	7,66	2	,022	1>3
	Lisans	132	94,51				
	Lisansüstü	28	66,21				
Profesyonel işe alma (Karar Vermesi Gereken)	Ön Lisans ve altı	20	99,63	3,59	2	,166	-
	Lisans	132	92,53				
	Lisansüstü	28	74,43				
Birim yönetimi ve liderlik (Karar Vermesi Gereken)	Ön Lisans ve altı	20	95,68	4,46	2	,107	-
	Lisans	132	93,74				
	Lisansüstü	28	71,54				
Destek personelin uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Ön Lisans ve altı	20	101,53	5,85	2	,054	-
	Lisans	132	93,15				
	Lisansüstü	28	70,13				
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Ön Lisans ve altı	20	84,43	4,21	2	,122	-
	Lisans	132	94,81				
	Lisansüstü	28	74,50				
Toplam	Ön Lisans ve altı	20	99,28	7,59	2	,022	1>3
	Lisans	132	94,41				
	Lisansüstü	28	65,82				

Tablo 27’de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar vermesi gereken) alt boyut ve toplam puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($x^2=7,66$; $p<,05$) alt boyutu ve ölçek toplam puanı ($x^2=7,59$; $p<,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken) ($x^2=2,94$; $p>,05$); profesyonel işe alma (karar vermesi gereken) ($x^2=3,59$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar vermesi gereken) ($x^2=4,46$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($x^2=5,85$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($x^2=4,21$; $p>,05$) alt boyutları için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır. Farklıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan MannWhitney-U analizi sonucunda, profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) alt boyutu ve ölçek toplam puanı için önlisans ve altı grubun ortalaması lisansüstü grubun ortalamasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 28. Hemşirelerin devam etmekte olduğu öğrenim programı olması durumuna göre kararlara katılım ölçeğinden almış olduğu istenen durum (karar vermesi gereken) puanlarının karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Birim personelinin dağılımı (Karar Vermesi Gereken)	Devam eden	37	2,66	1,04	,17	-,13	178	,894
	Devam etmeyen	143	2,69	,91	,08			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Devam eden	37	2,41	,92	,15	-,84	178	,402
	Devam etmeyen	143	2,53	,79	,07			
Profesyonel işe alma (Karar Vermesi Gereken)	Devam eden	37	2,38	,89	,15	-,21	178	,831
	Devam etmeyen	143	2,41	,86	,07			
Birim yönetimi ve liderlik (Karar Vermesi Gereken)	Devam eden	37	2,45	,87	,14	-,48	178	,632
	Devam etmeyen	143	2,52	,73	,06			
Destek personelin uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Devam eden	37	2,33	,87	,14	-1,80	178	,074
	Devam etmeyen	143	2,59	,73	,06			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Devam eden	37	2,91	,54	,09	-,98	178	,329
	Devam etmeyen	143	3,02	,60	,05			
Toplam	Devam eden	37	2,52	,728	,120	-,88	178	,382
	Devam etmeyen	143	2,62	,599	,050			

Tablo 28’de hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar vermesi gereken) alt boyut ve toplam puanlarının devam ettiği bir öğretim programının bulunup bulunmaması değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken) ($t=-,13$; $p>,05$); profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($t=-,84$; $p>,05$); profesyonel işe alma (karar vermesi gereken) ($t=-,21$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar vermesi gereken) ($t=-,48$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($t=-1,80$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($t=-,98$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($t=-,88$; $p>,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 29. Hemşirelerin çalıştıkları pozisyonlara göre kararlara katılım ölçeğinden almış olduğu istenen durum (karar vermesi gereken) puanlarının karşılaştırılması N=180

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	P
Birim personelinin dağılımı (Karar Vermesi Gereken)	Hemşire	153	99,29	15192,00	720,00	-5,55	,000
	Diğer	27	40,67	1098,00			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Hemşire	153	99,30	15193,50	718,50	-5,53	,000
	Diğer	27	40,61	1096,50			
Profesyonel işe alma (Karar Vermesi Gereken)	Hemşire	153	97,61	14934,00	978,00	-4,43	,000
	Diğer	27	50,22	1356,00			
Birim yönetimi ve liderlik (Karar Vermesi Gereken)	Hemşire	153	97,95	14986,50	925,50	-4,59	,000
	Diğer	27	48,28	1303,50			
Destek personelin uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Hemşire	153	95,26	14575,50	1336,50	-3,01	,003
	Diğer	27	63,50	1714,50			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Hemşire	153	95,16	14559,50	1352,50	-3,00	,003
	Diğer	27	64,09	1730,50			
Toplam	Hemşire	40	56,80	2272,00	1452,00	-4,64	,000
	Diğer	140	100,13	14018,00			

Tablo 29’da Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar vermesi gereken) alt boyut ve toplam puanlarının çalıştıkları pozisyon değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken) ($z=-5,55$; $p<,001$); profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($z=-5,53$; $p<,001$); profesyonel işe alma (karar vermesi gereken) ($z=-4,43$; $p<,001$); birim yönetimi ve liderlik (karar vermesi gereken) ($z=-4,59$; $p<,001$); destek personelin uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($z=-3,01$; $p<,01$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($z=-3,00$; $p<,01$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($z=-4,64$; $p<,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur. Tüm alt boyutlar ve toplam puan için hemşirelerin sıralama ortalamaları diğer pozisyonda olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 30. Hemşirelerin çalıştıkları kıdemlerine göre kararlara katılım ölçeğinden almış oldukları istenen durum (karar vermesi gereken) ANOVA testi puanlarının karşılaştırılması

f , \bar{X} ve SS Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	\bar{X}	SS	Var. K.	KT	Sd	KO	F	P
Birim personelinin dağılımı (karar v.gereken)	5 yıl ve altı	80	2,87	,766	G.Arası	9,464	2	4,732	5,682	,004
	6-10 yıl	62	2,69	,960	G.İçi	147,418	177	,833		
	11 yıl ve üstü	38	2,26	1,101	Toplam	156,882	179			
	Toplam	180	2,68	,936						
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar v.gereken)	5 yıl ve altı	80	2,65	,671	G.Arası	4,361	2	2,180	3,385	,036
	6-10 yıl	62	2,49	,830	G.İçi	114,009	177	,644		
	11 yıl ve üstü	38	2,24	,991	Toplam	118,369	179			
	Toplam	180	2,51	,813						
Profesyonel işe alma (karar v.gereken)	5 yıl ve altı	80	2,45	,739	G.Arası	,890	2	,445	,591	,555
	6-10 yıl	62	2,42	,898	G.İçi	133,393	177	,754		
	11 yıl ve üstü	38	2,27	1,054	Toplam	134,283	179			
	Toplam	180	2,41	,866						
Birim yönetimi ve liderlik (karar v.gereken)	5 yıl ve altı	80	2,58	,636	G.Arası	1,554	2	,777	1,362	,259
	6-10 yıl	62	2,50	,777	G.İçi	100,999	177	,571		
	11 yıl ve üstü	38	2,34	,933	Toplam	102,553	179			
	Toplam	180	2,50	,757						
Destek personelinin uygulama kalitesi (karar v.gereken)	5 yıl ve altı	80	2,59	,720	G.Arası	,600	2	,300	,510	,601
	6-10 yıl	62	2,46	,725	G.İçi	104,200	177	,589		
	11 yıl ve üstü	38	2,54	,918	Toplam	104,800	179			
	Toplam	180	2,53	,765						
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları (karar v.gereken)	5 yıl ve altı	80	3,05	,537	G.Arası	,679	2	,339	,978	,378
	6-10 yıl	62	2,98	,467	G.İçi	61,427	177	,347		
	11 yıl ve üstü	38	2,89	,828	Toplam	62,106	179			
	Toplam	180	2,99	,589						

Tablo 30.de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar vermesi gereken) alt boyut ve toplam puanlarının hemşirelik kıdemi değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken) ($F=5,682$; $p<,01$);profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($F=3,385$; $p<,05$)için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; profesyonel işe alma (karar vermesi gereken) ($F=,591$; $p>,05$);birim yönetimi ve liderlik (karar vermesi gereken) ($F=1,362$; $p>,05$);destek personelinin uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($F=,510$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($F=,978$; $p>,05$)için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 31. Hemşirelerin çalıştıkları kıdemlerine göre kararlara katılım ölçeğinden almış oldukları istenen durum (karar vermesi gereken) SCHEFFE testi puanlarının karşılaştırılması

	Gruplar (i)	Gruplar (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	Sh \bar{x}	P
Birim personelinin dağılımı (karar v.gereken)	5 yıl ve altı	6-10 yıl	,175	,154	,527
		11 yıl ve üstü	,606	,180	,004
	6-10 yıl	5 yıl ve altı	-,175	,154	,527
		11 yıl ve üstü	,430	,188	,076
	11 yıl ve üstü	5 yıl ve altı	-,606	,180	,004
		6-10 yıl	-,430	,188	,076
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar v.gereken)	5 yıl ve altı	6-10 yıl	,159	,136	,505
		11 yıl ve üstü	,410	,158	,037
	6-10 yıl	5 yıl ve altı	-,159	,136	,505
		11 yıl ve üstü	,251	,165	,318
	11 yıl ve üstü	5 yıl ve altı	-,410	,158	,037
		6-10 yıl	-,251	,165	,318

Tablo 31’de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar vermesi gereken) alt boyut puanlarının hemşirelik kıdemi değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, söz konusu farklılığın birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken) alt boyutu için 5 yıl ve altı kıdemi olanlarla 11 yıl ve üstü kıdemi olanlar arasında 5 yıl ve altı kıdemi olanlar lehine $p < ,01$ düzeyinde; profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) alt boyutu için 5 yıl ve altı kıdemi olanlarla 11 yıl ve üstü kıdemi olanlar arasında 5 yıl ve altı kıdemi olanlar lehine $p < ,01$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır ($p > ,05$).

Tablo 32. Hemşirelerin çalışma düzenlerine göre kararlara katılım ölçęinden almış oldukları istenen durum (karar vermesi gereken) puanlarının karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{X}	SS	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	P
Birim personelinin dağılımı (Karar Vermesi Gereken)	Gündüz	40	2,03	1,03	,16	-5,40	178	,000
	Dönüşümlü	140	2,87	,82	,07			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Gündüz	40	1,86	,81	,13	-6,32	178	,000
	Dönüşümlü	140	2,69	,72	,06			
Profesyonel işe alma (Karar Vermesi Gereken)	Gündüz	40	2,00	,94	,15	-3,46	178	,001
	Dönüşümlü	140	2,52	,81	,07			
Birim yönetimi ve liderlik (Karar Vermesi Gereken)	Gündüz	40	2,11	,72	,11	-3,85	178	,000
	Dönüşümlü	140	2,62	,73	,06			
Destek personelin uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Gündüz	40	2,24	,77	,12	-2,79	178	,006
	Dönüşümlü	140	2,62	,75	,06			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Gündüz	40	2,79	,61	,10	-2,51	178	,013
	Dönüşümlü	140	3,05	,57	,05			
Toplam	Gündüz	40	2,17	,637	,10	-5,31	178	,000
	Dönüşümlü	140	2,73	,568	,05			

Tablo 32’de Hemşirelerin kararlara katılım ölçęi (karar vermesi gereken) alt boyut ve toplam puanlarının çalışma düzeni değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken) ($t=-5,40$; $p<,001$); profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($t=-6,32$; $p<,001$); profesyonel işe alma (karar vermesi gereken) ($t=-3,46$; $p<,01$); birim yönetimi ve liderlik (karar vermesi gereken) ($t=-3,85$; $p<,001$); destek personelin uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($t=-2,79$; $p<,01$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($t=-2,51$; $p<,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($t=-5,31$; $p<,001$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur. Tüm alt boyutlar ve toplam puan için dönüşümlü vardiya gruplarının ortalamaları gündüz sabit grubundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 33. Hemşirelerin mesleği ile ilgili eğitim programlarına katılma durumlarına göre kararlara katılım ölçeğinden almış oldukları istenen durum (karar vermesi gereken) puanlarının karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	P
Birim personelinin dağılımı (Karar Vermesi Gereken)	Katılan	72	2,47	1,06	,12	-2,56	178	,011
	Katılmayan	108	2,82	,82	,08			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Katılan	72	2,33	,90	,11	-2,45	178	,015
	Katılmayan	108	2,63	,73	,07			
Profesyonel işe alma (Karar Vermesi Gereken)	Katılan	72	2,16	,95	,11	-3,22	178	,002
	Katılmayan	108	2,57	,77	,07			
Birim yönetimi ve liderlik (Karar Vermesi Gereken)	Katılan	72	2,35	,82	,10	-2,26	178	,025
	Katılmayan	108	2,61	,70	,07			
Destek personelin uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Katılan	72	2,43	,78	,09	-1,54	178	,124
	Katılmayan	108	2,60	,75	,07			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Katılan	72	2,98	,67	,08	-,33	178	,745
	Katılmayan	108	3,01	,53	,05			
Toplam	Katılan	72	2,45	,713	,084	-2,73	178	,007
	Katılmayan	108	2,71	,542	,052			

Tablo 33.da Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar vermesi gereken) alt boyut ve toplam puanlarının mesleği ile ilgili kurs, eğitim ve sertifika programına katılma durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken) ($t=-2,56$; $p<,05$); profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($t=-2,45$; $p<,05$); profesyonel işe alma (karar vermesi gereken) ($t=-3,22$; $p<,01$); birim yönetimi ve liderlik (karar vermesi gereken) ($t=-2,26$; $p<,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($t=-2,73$; $p<,01$) için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; destek personelin uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($t=-1,56$; $p>,06$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($t=-,33$; $p>,05$) alt boyutları için grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır. Birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken), profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken), birim yönetimi ve liderlik (karar vermesi gereken), profesyonel işe alma (karar vermesi gereken) alt boyutlarında ve ölçek toplam puanlarında mesleği ile ilgili kurs, eğitim ve sertifika programına katılmayanların ortalaması katılanların ortalamasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 34. Hemşirelerin kişisel gelişimi ile ilgili eğitim programlarına katılma durumlarına göre kararlara katılım ölçeğinden almış oldukları istenen durum (karar vermesi gereken) puanlarının karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	P
Birim personelinin dağılımı (Karar Vermesi Gereken)	Evet	75	2,84	,92	,11	1,95	178	,053
	Hayır	105	2,57	,94	,09			
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Evet	75	2,56	,80	,09	,71	178	,478
	Hayır	105	2,47	,82	,08			
Profesyonel işe alma (Karar Vermesi Gereken)	Evet	75	2,46	,86	,10	,74	178	,460
	Hayır	105	2,37	,88	,09			
Birim yönetimi ve liderlik (Karar Vermesi Gereken)	Evet	75	2,57	,74	,09	1,04	178	,298
	Hayır	105	2,45	,77	,07			
Destek personelin uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	Evet	75	2,55	,82	,09	,26	178	,793
	Hayır	105	2,52	,73	,07			
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	Evet	75	2,98	,57	,07	-,32	178	,749
	Hayır	105	3,01	,61	,06			
Toplam	Evet	75	2,66	,604	,070	1,02	178	,309
	Hayır	105	2,56	,642	,063			

Tablo 34’de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar vermesi gereken) alt boyut ve toplam puanlarının kişisel gelişimi ile ilgili kurs, eğitim ve sertifika programına katılma durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, birim persone linin dağılımı (karar vermesi gereken) ($t=1,95$; $p>,05$); profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($t=,71$; $p>,05$); profesyonel işe alma (karar vermesi gereken) ($t=,74$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar vermesi gereken) ($t=1,04$; $p>,05$); destek personelin uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($t=,26$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($t=-,32$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($t=1,02$; $p>,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 35. Hemşirelerin hastanede çalışmayı düşündüğü maksimum süreye göre kararlara katılım ölçeğinden almış oldukları istenen durum (karar vermesi gereken) puanlarının karşılaştırılması

N=180

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	p	Mann
Birim personelinin dağılımı (Karar Vermesi Gereken)	1 yıl ve altı	50	88,79	7,26	3	,064	
	2-5 yıl	75	100,11				
	6-10 yıl	44	83,33				
	11 ve üstü	11	61,45				
Profesyonel uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	1 yıl ve altı	50	94,00	3,07	3	,381	
	2-5 yıl	75	95,41				
	6-10 yıl	44	81,38				
	11 ve üstü	11	77,59				
Profesyonel işe alma (Karar Vermesi Gereken)	1 yıl ve altı	50	84,32	3,94	3	,268	
	2-5 yıl	75	98,06				
	6-10 yıl	44	89,48				
	11 ve üstü	11	71,14				
Birim yönetimi ve liderlik (Karar Vermesi Gereken)	1 yıl ve altı	50	87,31	4,43	3	,218	
	2-5 yıl	75	99,29				
	6-10 yıl	44	83,60				
	11 ve üstü	11	72,64				
Destek personelin uygulama kalitesi (Karar Vermesi Gereken)	1 yıl ve altı	50	86,61	8,77	3	,033	2>4
	2-5 yıl	75	98,67				
	6-10 yıl	44	90,74				
	11 ve üstü	11	51,55				
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	1 yıl ve altı	50	96,53	2,77	3	,429	
	2-5 yıl	75	91,07				
	6-10 yıl	44	87,81				
	11 ve üstü	11	69,95				
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	1 yıl ve altı	50	90,37	6,30	3	,098	-
	2-5 yıl	75	98,81				
	6-10 yıl	44	84,06				
	11 ve üstü	11	60,23				

Tablo 35’de Hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar vermesi gereken) alt boyut ve toplam puanlarının hastanede çalışmayı düşündüğü maksimum süre değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, destek personelin uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($x^2=7,77$; $p<,05$) alt boyutu için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken; birim personelinin dağılımı (karar vermesi gereken) ($x^2=7,26$; $p>,05$); profesyonel uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) ($x^2=3,07$; $p>,05$); profesyonel işe alma (karar vermesi gereken) ($x^2=3,94$; $p>,05$); birim yönetimi ve liderlik (karar vermesi gereken) ($x^2=4,43$; $p>,05$) ve işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($x^2=2,77$; $p>,05$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($x^2=6,30$; $p>,05$) için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır. Farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan MannWhitney-U analizi sonucunda, destek personelin uygulama kalitesi (karar vermesi gereken) alt boyutu için 2-5 yıl çalışmayı düşünenlerin ortalamasının 11 yıl ve üstü çalışmayı düşünenlerin ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

4.3 Kararlara Katılım Düzeylerinin, İş Yaşamı Kalitesi Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 36. HİYKÖ toplam puan ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasındaki ilişkiler.

HKKÖ Alt Boyutları	Toplam Puan				
	N	Karar Veren		Vermesi Gereken	
		r	p	R	P
Birim personelinin dağılımı	180	,058	,437	-,288	,000
Profesyonel uygulama kalitesi	180	,023	,760	-,357	,000
Profesyonel işe alma	180	,072	,334	-,237	,001
Birim yönetimi ve liderlik	180	,073	,331	-,282	,000
Destek personelin uygulama kalitesi	180	,115	,124	-,304	,000
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	180	,138	,064	-,058	,443
Toplam	180	,114	,128	-,331	,000

Tablo 36’de HİYKÖ toplam puanı ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, HİYKÖ toplam puanı ile karar vermesi gereken formu birim personelinin dağılımı ($r=-,288$; $p<,001$); profesyonel uygulama kalitesi ($r=-,357$; $p<,001$); profesyonel işe alma ($r=-,237$; $p<,01$); birim yönetimi ve liderlik ($r=-,282$; $p<,001$); destek personelin uygulama kalitesi ($r=-,304$; $p<,001$); toplam puan ($r=-,331$; $p<,001$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlar için ilişkiler anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$).

Tablo 37. HİYKÖ iş/çalışma ortamı alt boyutu ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasındaki ilişkiler.

	İş/çalışma ortamı alt boyutu				
	N	Karar Veren		Vermesi Gereken	
		r	p	r	P
Birim personelinin dağılımı	180	,049	,510	-,200	,007
Profesyonel uygulama kalitesi	180	- ,039	,602	-,267	,000
Profesyonel işe alma	180	,073	,328	-,144	,054
Birim yönetimi ve liderlik	180	,055	,460	-,204	,006
Destek personelin uygulama kalitesi	180	,096	,200	-,239	,001
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	180	,156	,037	-,007	,930
Toplam	180	,094	,210	-,231	,002

Tablo 37’de HİYKÖ iş/çalışma ortamı alt boyutu ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, HİYKÖ iş/çalışma ortamı alt boyutu ile karar veren formu işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($r=,156$; $p<,05$) arasında pozitif yönlü; karar vermesi gereken formu birim personelinin dağılımı ($r=-,200$; $p<,01$); profesyonel uygulama kalitesi ($r=-,267$; $p<,001$); birim yönetimi ve liderlik ($r=-,204$; $p<,01$); destek personelin uygulama kalitesi ($r=-,239$; $p<,01$); toplam puan ($r=-,231$; $p<,01$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlar için ilişkiler anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$).

Tablo 38. HİYKÖ yöneticilerle ilişkiler alt boyutu ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasındaki ilişkiler.

	Yöneticilerle İlişkiler alt boyutu				
	N	Karar Veren		Vermesi Gereken	
		r	P	R	P
Birim personelinin dağılımı	180	,058	,440	-,231	,002
Profesyonel uygulama kalitesi	180	,102	,171	-,287	,000
Profesyonel işe alma	180	,038	,612	-,269	,000
Birim yönetimi ve liderlik	180	,076	,308	-,248	,001
Destek personelin uygulama kalitesi	180	,099	,187	-,231	,002
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	180	,160	,032	-,043	,565
Toplam	180	,128	,087	-,285	,000

Tablo 38’da HİYKÖ yöneticilerle ilişkiler alt boyutu ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, HİYKÖ yöneticilerle ilişkiler alt boyutu ile karar veren formu işbirliği/yardımlaşma uygulamaları ($r=,160$; $p<,05$) arasında pozitif yönlü; karar vermesi gereken formu birim personelinin dağılımı ($r=-,231$; $p<,01$); profesyonel uygulama kalitesi ($r=-,287$; $p<,01$); profesyonel işe alma ($r=-,269$; $p<,01$); birim yönetimi ve liderlik ($r=-,248$; $p<,01$); destek personelin uygulama kalitesi toplam puan ($r=-,285$; $p<,01$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlar için ilişkiler anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$).

Tablo 39. HİYKÖ iş koşulları alt boyutu ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasındaki ilişkiler.

	İş Koşulları alt boyutu				
	N	Karar Veren		Vermesi Gereken	
		r	P	r	P
Birim personelinin dağılımı	180	,041	,586	-,341	,000
Profesyonel uygulama kalitesi	180	-,117	,119	-,427	,000
Profesyonel işe alma	180	,135	,071	-,166	,026
Birim yönetimi ve liderlik	180	,121	,105	-,275	,000
Destek personelin uygulama kalitesi	180	,197	,008	-,197	,008
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	180	,026	,734	-,172	,021
Toplam	180	,087	,244	-,338	,000

Tablo 39’da HİYKÖ iş koşulları alt boyutu ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, HİYKÖ iş koşulları alt boyutu ile karar veren formu destek personelin uygulama kalitesi ($r=,197$; $p<,01$) arasında pozitif yönlü; karar vermesi gereken formu birim personelinin dağılımı ($r=-,341$; $p<,001$); profesyonel uygulama kalitesi ($r=-,427$; $p<,001$); profesyonel işe alma ($r=-,166$; $p<,05$); birim yönetimi ve liderlik ($r=-,275$; $p<,001$); destek personelin uygulama kalitesi ($r=-,197$; $p<,05$); toplam puan ($r=-,338$; $p<,001$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlar için ilişkiler anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$).

Tablo 40. HİYKÖ iş algısı alt boyutu ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasındaki ilişkiler.

	İş Algısıalt boyutu				
	N	Karar Veren		Vermesi Gereken	
		R	P	R	P
Birim personelinin dağılımı	180	,109	,145	-,182	,014
Profesyonel uygulama kalitesi	180	,152	,042	-,189	,011
Profesyonel işe alma	180	,051	,497	-,184	,013
Birim yönetimi ve liderlik	180	,095	,205	-,152	,041
Destek personelin uygulama kalitesi	180	,043	,570	-,193	,010
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	180	,225	,002	,050	,507
Toplam	180	,165	,027	-,191	,010

Tablo 40’de HİYKÖ iş algısı alt boyutu ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearsonkorelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, HİYKÖ iş algısı alt boyutu ile karar veren formu destek personelin uygulama kalitesi ($r=,152$; $p<,05$); İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları($r=,225$; $p<,01$); toplam puan ($r=,165$; $p<,05$) arasında pozitif yönlü; karar vermesi gereken formu birim personelinin dağılımı ($r=-,182$; $p<,05$); profesyonel uygulama kalitesi ($r=-,189$; $p<,05$); profesyonel işe alma ($r=-,184$; $p<,05$); birim yönetimi ve liderlik ($r=-,152$; $p<,05$); destek personelin uygulama kalitesi ($r=-,193$; $p<,05$); toplam puan ($r=-,191$; $p<,05$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlar için ilişkiler anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$).

Tablo 41. HİYKÖ destek hizmetler alt boyutu ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasındaki ilişkiler.

HKKÖ Alt Boyutları	Destek Hizmetler alt boyutu				
	N	Karar Veren		Vermesi Gereken	
		r	p	r	P
Birim personelinin dağılımı	180	-,024	,751	-,183	,014
Profesyonel uygulama kalitesi	180	-,036	,634	-,183	,014
Profesyonel işe alma	180	,006	,937	-,234	,002
Birim yönetimi ve liderlik	180	-,044	,554	-,137	,066
Destek personelin uygulama kalitesi	180	,030	,688	-,210	,005
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	180	,030	,688	-,298	,000
Toplam	180	-,026	,727	-,069	,356

Tablo 41’de HİYKÖ destek hizmetler alt boyutu ile hemşirelerin kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearsonkorelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, HİYKÖ destek hizmetler alt boyutu ile karar vermesi gereken formu birim personelinin dağılımı ($r=-,183$; $p<,05$); profesyonel uygulama kalitesi ($r=-,183$; $p<,05$); profesyonel işe alma ($r=-,234$; $p<,01$); destek personelin uygulama kalitesi ($r=-,210$; $p<,01$); toplam puan ($r=-,298$; $p<,001$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlar için ilişkiler anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$).

5. TARTIŞMA

İş yaşamı kalitesi, çalışanla yönetim arasında karşılıklı saygının oluşturulması, işbirliğinin olumlu yönde sağlanması ve çalışanlarının yönetimdeki kararlara katılma süreci ya da çalışanların, organizasyondaki durumları vasıtası ile önemli kişisel ihtiyaçlarını doyurabilme süreci olarak tanımlanmaktadır (26).

İş Yaşamı Kalitesine Ait Bulguların Tartışılması:

Araştırmada hemşirelerin buldukları yaş grubuna göre iş yaşamı kalitesine ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum araştırmaya katılan hemşirelerin %26,7' si 25 ve altı ,%35'nin 26-30 yaş aralığında, çoğunluğu yeni mezun veya ilk iş deneyimleri olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yeni mezun hemşireler, henüz kariyer planlaması aşamasındadırlar ve kariyer planlamalarına katkı sağlayacak fırsatları değerlendirmek amacıyla sık kurum değiştirme potansiyellerinin olduğu düşünülmektedir. İlk iş deneyimi yaşayan hemşireler ise kıyaslama yapamadıklarından daha iyisini bulma düşüncesinde oldukları düşünülebilir. Çalışanın iş doyumunu etkileyen iş yaşamı kalitesi faktörlerine ilişkin Blegen'in (50)yaptığı çalışmada, yaş ile iş doyumunu arasında olumlu yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Uğur ve Abaan' ın(4) çalışmasında tüm yaş gruplarının içinde bulunduğu hemşirelerin, yarısından fazlası iş yaşamı kalitelerinin iyi olduğunu ifade etmişlerdir. Başka bir çalışmada ebe ve hemşirelerin iş doyumunu ve yaşam kalitelerinin yaş, çalışma süresi, çalışma şekli ve sigara içme durumlarından etkilediğini bildirmiştir (51).

Hemşirelerin %52,2 si evli iken %47,8 i bekaardır. Hemşirelerin medeni durumlarına göre iş yaşamı kalitesine ilişkin analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) .Benzer şekilde Uğur ve Abaan'ın(4) çalışmalarında da medeni durumun iş yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı gözlenmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %78,9 unun ilk mezun olduğu eğitim programı lisans düzeyindedir. Araştırmada hemşirelerin almış oldukları eğitim derecesinin, iş algısı ve destek hizmetler alt boyutları dışındaki diğer alt boyutları için iş yaşam kalitesini anlamlı derecede etkilediği gözlenmiştir. Farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığına bakıldığında lisansüstü eğitim alan hemşirelerin ön lisans ve altı eğitimli olan hemşirelere göre iş yaşam kalitelerinde anlamlı derecede yüksek olduğu

saptanmıştır ($p<0,05$). Bu sonuç lisansüstü eğitim alan hemşirelerin yönetici, eğitici gibi pozisyonlarda görev yapmalarından kaynaklanabilir. Çalışmada halen bir öğretim programına devam eden hemşirelerin iş algısı alt boyutundan aldıkları puanlar, devam etmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşirelerin mesleklerine yönelik ileri eğitim almalarının meslek bilincini artırması beklenen bir sonuçtur. Diğer taraftan öğrenimine devam eden hemşirelerin aldıkları eğitimle ilişkili kariyer beklentilerinin olması da algılarını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Hemşirelerin %85 i servis hemşiresi olarak çalışırken kalan %15 lik kısmı sorumlu hemşire, yönetici hemşire, eğitim hemşiresi ve diğer (aferez ünitesi hemşireliği, ağrı yönetimi hemşireliği, stoma bakımı hemşireliği) bölümlerde çalışan hemşirelerden oluşmaktadır. Diğer bölümlerde çalışan hemşire grubunun iş yaşam kalitesi, servis hemşiresi olarak çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durum hemşirelerin çalışma koşullarının ve şartlarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu ünitelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinin düzenli olması, iş ve aile hayatını dengeleyebilme kolaylığı, özel bazı yetkinlikler geliştirmeleri ve alanıyla ilgili daha fazla eğitim –gelişim fırsatlarına sahip olmaları işe ait değişkenleri daha olumlu değerlendirmelerine neden olabilir. Uğur ve Abaan'ın (4) çalışmasında ise hemşirelerin çalıştıkları servislere göre iş yaşamının kalitesine ilişkin görüşleri arasında bir fark bulunmamıştır. Hemşirelerin %44,4 ü hastanede 5 yıl ve daha kısa süredir çalışmakta olup, bu oran 6-10 yıl arası çalışan hemşireler için %34,4, 11-15 yıl arası çalışanlar için %16,7'dir. Soru kâğıtları cevaplanırken çalışmaya katılan hemşireler kurumlarında uzun yıllar çalışmak istediklerini ifade etmişlerdir fakat hemşirelerin çalışma yıllarına göre iş yaşam kalitesi düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmamaktadır.

Hasta bakımının belirli saat aralıklarıyla sınırlandırılmaması nedeniyle hemşirelerin çalışma düzenlerinin dönüşümlü vardiyalardan oluşması kaçınılmazdır. Ancak bu dönüşümlü çalışma sistemi hemşirelerin fiziksel, psikolojik ve sosyal dengesini koruyacağı şekilde düzenlenmediği takdirde sistem içindeki hemşirelerin hem sergiledikleri performansları açısından hem de genel açıdan etkilenmemeleri olanaksızdır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %77,8 i dönüşümlü vardiya düzeninde çalıştığı görülmektedir. Yalnızca gündüz sabit vardiya düzeninde çalışan hemşirelerin iş yaşam kaliteleri dönüşümlü vardiya düzeninde çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitelerine göre özellikle yönetici ile ilişkiler ve iş koşulları için gündüz sabit vardiyada çalışan

hemşireler açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum yöneticiler ile aynı saatler arasında kurumda bulunulmasından dolayı, yöneticilere daha kolay ulaşılabilirlik sağlanması nedeniyle sorun çözme kolaylığı ve düzenli çalışma saatleri ile iş dışındaki yaşamın düzenli olması bakımından anlamlı derecede yüksek olduğu düşünülmektedir.

Baba ve Jamal (60) yaptıkları çalışmada sabit vardiyalarda çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin, dönüşümlü vardiyalarda çalışan hemşirelere oranla daha yüksek olduğunu ve sabit vardiyalarda çalışmanın iş yaşamı kalitesini olumlu şekilde etkilediğini göstermişlerdir. Bulgular, bu araştırma sonucunu destekler niteliktedir. Dönüşümlü vardiyada çalışanların iş yükünün çok olduğunu, iş stresi ve işten ayrılma isteklerinin sabit gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere oranla daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Uğur ve Abaan'ın çalışmasında ise araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma düzenleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Türkiye'de bir üniversite hastanesinde, dönüşümlü vardiyalarda çalışmanın yoğun bakım hemşireleri üzerindeki etkisi araştırılmış ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%87.1) mesai saatlerinin uyku problemine neden olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca sürekli gündüz veya gece çalışan hemşirelere göre, dönüşümlü vardiya sisteminde çalışan hemşirelerin %72.3 ünün önüne geçilemeyen uyku bozuklukları yaşadıkları belirlenmiştir (4). Çalışma koşullarına bağlı olarak hemşirelerin yaşadıkları bu sorunlar hemşirelerin iş yaşamlarının kalitesine ilişkin değerlendirmelerini olumsuz yönde etkileyebilir.

Hemşirelerin kendilerini mesleki açıdan geliştirmeleri yaptıkların işin kalitesi ile de yakından ilgilidir (2). Araştırmada hemşirelerin %60 ı meslekleri ile herhangi bir eğitim programına katılmadıkları görülmektedir. Araştırmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin meslekleri ile ilgili herhangi kurs eğitim ve sertifika programlarına katılma durumları ile hemşirelerin iş yaşam kalitelerine ilişkin değerlendirmesinde, aralarında yalnızca yöneticiler ile ilişkiler alt boyutu için anlamlı derecede fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu durumun sonucu olumlu etkilediği söylenebilir. Araştırmanın diğer alt boyutları için anlamlı farklar bulunmamıştır. Bu durum eğitim programlarına çoğunlukla çalışma saatlerinin uygunluğu nedeni ile yönetici hemşirelerin katılmasına olanak tanınması düşünülebilir. Kurumlarda eğitim ve gelişime yöneltecek durumların olmaması teşvik edilmemesi yöneticilerin ve eğitim hemşirelerin nitelikleriyle de ilgili

olabileceği düşünülebilir. Uğur ve Abaan'ın (4) çalışmasında ise kurumun desteği ile mesleklerini ilgilendiren sertifika programına katılma durumuna göre hemşirelerin iş yaşamı kalitesine ilişkin değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Sonuçlar, bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Mesleki açıdan kişisel gelişim adına kurum dışı eğitimler, kurslar, seminer ve sertifika programlarına hemşirelerin katılımının sağlanması çalışanın iş yaşamının kalitesine ilişkin bakış açısını etkileyeceği düşünülebilir. Buna karşın araştırma kapsamına alınan hemşirelerin kişisel gelişimleri ile ilgili eğitim programlarına katılma durumları ve iş yaşam kaliteleri arasında değerlendirme yapıldığında anlamlı farklar bulunmamıştır ($p < 0.05$). Araştırmada kişisel gelişimleri ile ilgili eğitim programlarına katılan hemşireler araştırma örnekleminin %41,7 sini oluşturmaktadır. Hemşirelerin çoğu kişisel gelişimleri için herhangi bir eğitim programına katılmamıştır. Bu durumun araştırmaya katılan hemşirelerinin çoğunlukla (%77,8) dönüşümlü vardiyalarda çalışan hemşireler oluşturduğu için çalışma düzeninin elverişsizliği ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

Kuruma bağlılık çalışanlar için önemli bir unsur olup çalışma sürelerini de etkilemektedir. Hemşirelerin çalışma süreleri ile iş yaşam kalitelerini arasında bir fark olup olmadığı değerlendirildiğinde anlamlı farklar bulunmamıştır ($p > 0.05$). Araştırmada hemşirelerin %41,7 si 2-5 yıl arası çalışmayı düşünürken, %24,4 ü 6-10 yıl arası kurumda çalışmaya devam etmeyi düşünmektedir. Araştırmada hemşirelerin çalışmayı düşündükleri yıl ile iş yaşam kalitesi arasında ki ilişkiye bakıldığında, yönetici ile ilişkiler alt boyutu dışındaki diğer alt boyutlar için sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur. Bu farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığına bakıldığında ise 6-10 yıl arası çalışmayı düşünen hemşirelerin ortalaması, 1yıl ve altı çalışmayı düşünen hemşirelerin ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu durum çalışan hemşirelerin örgütsel bağlılıklarının yüksek olduğu düşünülebilir. Amerika'da yedi ayrı hastanede 276 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada iş yaşamı kalitesi değişkenleri olan; örgütsel bağlılık, yetki verme, iş tatmini, kararlara katılım ve çalışan devir hızı faktörleri ile insan ilişkileri modeli arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Kararlara Katılım Durumuna Ait Bulguların Tartışılması:

Hemşirelikte yönetsel kararlara katılım, çalışma ortamında kararlara ve uygulamalara ilişkin yetki dağılımını ifade eden bir kavramdır (14). Araştırmada hemşirelerin kararlara katılım konusundaki değerlendirmede karar veren taraf açısından değerler düşük bulunmuştur (Tablo.13). Bunun yanında karar vermesi beklenen (arzu edilen) grup için de durum düşük bulunmuştur (Tablo. 14). Paylaşılan liderlik olarak da tabir edilebilecek olan kararlara katılım kavramı ülkemiz için oldukça yenidir. Bu nedenle çalışanların yönetsel kararlara katılım anlayışı, kararlara katılımın gerekliliği ve bu anlayışın çalışma alanında uygulanması, gerek yönetici hemşireler gerekse çalışanlar tarafından henüz tam olarak anlaşılmış olmadığı düşünülebilir. Ayrıca kurumların yönetim anlayışının da etkisi olacağı söylenebilir. Uyguladıkları iş üzerinde otonomi kuramayan hemşirelerin görevlerini profesyonel şekilde yerine getirmelerinde zorluklar olması kaçınılmazdır.

Yapılan bir araştırmada araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yarısından fazlası (%60.1) hastanelerinde kendilerini ilgilendiren kararları kendilerinin veremediğini belirtmektedirler. Hemşirelerin genel düşüncesi olumsuz olmakla beraber üniversite hastanelerinde çalışan hemşireler, diğer hastanelerde çalışan hemşirelere oranla kendileri ile ilgili kararlara daha fazla katıldıklarını belirtmişler ayrıca bu durum araştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmuştur ($p<0.05$) (4).

Havens ve Vasey' in (60) aynı ölçekle yaptığı araştırmasındaki bulgular da bu sonuçlarla benzerdir. Yirmi bir maddenin çoğunda otorite yöneticilere dayanmakta ve bu konularda çok az hemşire katılımı bulunmaktadır. Hiçbir alanda hemşirelerin birincil olarak otoriteye sahip olmadığı, hatta çok az yönetim katılımı ile birlikte otoriteye sahip buldukları alan olmadığı saptanmıştır (15). Özülke ve Vatan'ın (13) aynı ölçekle ülkemizde yaptıkları araştırmalarında ise bulgular Havens ve Vasey in 2003' te yapmış olduğu araştırma sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir.

Mrayyan' ın (49) yaptığı çalışmanın sonucunda hemşireler, çalışma ortamıyla ilgili kararlarda, vardiya değişimi yaparken, yemek ve dinlenme molası verirken, hastanın kliniğe kabul edilmesi sırasında, birimle ilgili gruplarda görev üstlenirken ve bölüm hizmet planlamasını sunarken daha çok otonom olduklarını belirtmişlerdir. Aksine hemşireler, yeni personel seçilmesi, birim bütçe değişimlerinin belirlenmesi ve yıllık bütçe planlamasının yapılması ile ilgili görüşmelerde daha düşük otonomiye sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bakan ve arkadaşlarının (52) yaptığı çalışmada ise kararlara katılım ve yönetimin başarısını etkileyen boyutların hepsi (yönetimden memnuniyet, yönetimin çalışanları yönlendirmesi, işbirliği, değişime uyumu, denetim, çalışma ortamı ve güven) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durumda yöneticiler çalışan personeli ile ilgili kararları alırken personelinin fikirlerini, isteklerini ve yapmayı düşündükleri projeleri dikkate almalı kurumda ben kavramından kurtulup biz kavramını aşlayarak bu düşüncenin herkes tarafından benimsenmesini sağlamalıdır. Ayrıca Bakan ve Büyükeşe' nin (43) yaptığı çalışma sonuçlarına göre çalışanlar, kendi işlerini ve kendi bölümlerini ilgilendiren sorunlar hakkındaki kararlara daha çok, kurumun belirlemiş

olduğu kurallar, sabit uygulanan işler ve geleceğe yönelik belirlenmiş stratejiler ile ilgili olarak daha az kararlara katılmaları gerektiği yönünde görüş bildirmişlerdir. Diğer bir araştırmada elde edilen bulgulara göre işle veya çalışanlarla ilgili her türlü kararın astların katılımıyla birlikte alınmasının iş doyumunu oldukça olumlu etkilediğini, buna karşın yöneticinin astları dışlayıp kararları kendi başına vermesinin iş doyumunu olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (43).

Hemşirelerin kararlara katılım durumları sosyo-demografik değişkenler açısından incelendiğinde, karar veren grup açısından yaş ile ilişkisine bakıldığında araştırma sonuçlarına göre anlamlı farklar bulunmamıştır (Tablo.15). Mevcut durumu karar vermesi gereken grup açısından değerlendirildiğinde ise yaş grupları arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu farklılıklar kararlara katılım ölçeği alt boyutlarından birim personelin dağılımı ve profesyonel uygulama kalitesi için, 26-30 yaş grup ortalamasının 36 yıl ve üzeri yaş grup ortalamasından anlamlı şekilde ($p<0,05$) yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo.25). Bu sonuçların ileri yaştaki bireylerde işlerini daha ciddiye aldıkları, otonomilerinin yüksek olabileceği ayrıca deneyimlerinin fazla olmasından kaynaklanan özgüvenlerinin yüksek olabileceği düşünülebilir. Bu sonucu destekleyen bir çalışmada da (Vatan ve Argon 2006) 40 yaş ve üzeri olan hemşirelerin az düzeyde de olsa “profesyonel uygulama kalitesi” alt boyutu ile ilgili kararlara diğer gruplara göre daha çok katıldıklarını söylemişlerdir (13). Literatürde yaş ile otonomi düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirten araştırmacılar da vardır (54, 53, 55).

Hemşirelerin karar veren grup açısından medeni durumları ile çalıştıkları kurumda kararlara katılım durumlarının aralarındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo.17). Karar vermesi gereken grup açısından da medeni durum kararlara katılım konusunda anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p<0.05$) (Tablo. 26).

Hemşirelik eğitimi meslek üyelerine otonomi kazandırılması açısından önemli bir unsur olmalıdır. Araştırmada hemşirelerin eğitim düzeylerinin karar veren grup açısından alınan kararlara katılımın arasındaki değerlendirmeye bakıldığında farklılıklar anlamlı bulunmamıştır ($p<0.05$) (Tablo 18). Bu durum karar vermesi gereken grup açısından değerlendirildiğinde ise farklılıklar arasında değişiklikler görülmüştür. Profesyonel uygulama kalitesi alt boyutu ile ölçek toplam puanı için grupların sıralama ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunurken ($p<0,05$) diğer alt gruplar için farklılıklar anlamlı bulunmamıştır (Tablo. 27). Bu farklılıklar incelendiğinde ön lisans ve altı grubun, lisansüstü grubun ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu

görülmektedir. Bunun sebebi olarak ön lisans ve altı mezunların küçük yaşlarda iş yaşamına atıldıkları ve edindikleri mevcut iş tecrübeleri ile özgüvenlerinin daha yüksek olabileceği gibi eğitim seviyesi arttıkça hemşirelerin eleştirel düşünme kapasitelerinin artması sonucu profesyonel uygulama kalitesinin ne olması gerektiğine dair kararlara katılma konusunda tereddüt yaşıyor olabilirler. Ayrıca hemşirelerin halen devam etmekte olduğu bir öğretim programının olup olmaması da kararlara katılımda her iki grup (karar veren-vermesi gereken) içinde anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo.19, Tablo.28).

Yapılan çalışmalar, eğitim düzeyi yükseldikçe karar verme düzeyinin de yükseldiğini göstermektedir (54, 56, 49, 53). Ancak Vatan ve Argon'un çalışmasında, hemşirelerin kararlara katılımları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (13). Uğur, Scherb ve Specht (2015) de hemşirelerin eğitim düzeylerinin mevcut ve arzu edilen yönetsel kararlara katılımları konusunda fark oluşturmadığını, sadece lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerin hemşire ve yardımcı personelin uygulama standartlarının belirlenmesi ve personel alımı konularında daha fazla kararlara katılma arzusunda olduklarını belirlemiştir.

Hemşirelerin hastanedeki çalışma alanları ve buna bağlı olarak yaptıkları işlerde farklılık göstermektedir. Araştırmamızda örneklem grubunun büyük çoğunluğunu servislerde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada karar veren grup açısından çalışma pozisyonları arasındaki ilişkiye bakıldığında birim personelin dağılımı, profesyonel uygulama kalitesi alt boyutları için hemşire olarak çalışanların diğer pozisyon adı altında çalışan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durum özel alanlarda çalışan hemşirelerin sürekli servislerde bulunmaması ve buradaki işleyişe hâkim olmamalarından kaynaklanıyor olabilir. Diğer taraftan yönetici ve özel alan hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin lisans ve lisansüstü eğitim grubunu oluşturuyor olması, ön lisans ve altı eğitim düzeyini oluşturan servis hemşirelerine göre bu konuya daha eleştirel yaklaşımlarından kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelerin çalışma pozisyonları ve karar vermesi gereken gruba ilişkin değerlendirmeler incelendiğinde ise tüm alt boyutlar açısından hemşire olarak çalışanların aldıkları puanlar diğer grup kapsamında çalışan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.01$) (Tablo 29). Hasta bakımında bire bir aktif olan hemşireler, diğer grupta çalışan ve hastalara dolaylı yünden ulaşan

hemşirelerden işlerini yaparken daha fazla karar sahibi oldukları göz önüne alınabilir. Bu durumun aksine sonuçların bulunduğu çalışmalarda görülmektedir. Seren (54) ve Kangalli'nın (53) çalışmalarında kurumdaki konumun otonomiye etkilemediği saptanmıştır. Saraçoğlu'nun (55) çalışmasında ise, araştırmamıza benzer şekilde, hemşirelerin çalıştıkları pozisyonun kararlara katılımı etkilediği belirlenmiştir. Vatan ve Argon'un çalışmalarında da hemşirelerin, KKÖ'nün karar vermesi gereken gruba ilişkin puan ortalamaları ile ilişkisi saptanan sosyo-demografik değişkenler arasında kurumda çalışma yılı ile İş birliği/yardımlaşma uygulamaları alt boyut puan ortalaması arasında ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelerin, profesyonel işe alma, birim personelinin dağılımı alt boyut puan ortalamaları, buldukları konuma göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$) (13).

Hemşire olarak çalışanların %77,8'i dönüşümlü vardiyalarda çalışmaktadırlar ve bu vardiyalarda çalışan hemşireler genellikle yatan hasta servislerinde bire bir hasta ile yakından ilgilenen, bakım ve tedavi yapan hemşirelerdir. Araştırmada karar veren grubun kararlara katılım durumları çalışma düzenlerine göre incelendiğinde; vardiya usulü çalışan hemşirelerin birim personelin dağılımı ve profesyonel uygulama kalitesi alt boyutlarında dönüşümlü vardiyalarda çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla kararlara katılım gösterdikleri bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumda vardiyalı çalışan hemşireler gündüz mesai saatleri dışında yönetici hemşirenin yetkilerini de üstlenmeleri ve işlerini yaparken iş ve personel dağılımını gerçekleştirmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Gündüz sabit vardiyada çalışan hemşireler ise bu tür kararların yönetici hemşire tarafından alınıyor olması nedeniyle kararlarda etkin olarak katılım göstermiyor olabilirler. Ayrıca karar vermesi gereken grupta bu ilişki incelendiğinde vardiya usulü çalışan hemşirelerin sabit vardiyalarda çalışan hemşirelere oranla daha fazla kararlara katılmayı arzu ettikleri görülmektedir. Araştırmada bu fark tüm alt boyutları ile anlamlı bulunmuştur (Tablo 32).

Düzensiz dönüşümlü vardiyalarda çalışmanın en önemli etkisi hasta bakımının güvenliğini sağlamada olası yaşanması beklenen güçlüklerdir. Dönüşümlü vardiyalarda çalışmak hemşireleri fiziki yönden etkileyeceği gibi kişilerin otonomi ve karar mekanizmalarını da etkileyebileceği söylenebilir (34).

Hemşirelerin çalıştıkları alanlarda kararlara katılımları karar veren grup açısından herhangi bir mesleki kurs seminer ve sertifika programına katılım

durumlarına göre incelendiğinde karar veren grup için birim personelin dağılımı alt boyutunda, anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo. 22). Karar vermesi istenen grup içinse, destek personelin uygulama kalitesi ve yardımlaşma uygulamaları alt boyutları dışında diğer tüm alt boyutlarda mesleği ile ilgili eğitim programına katılan hemşireler ile katılmayanlar arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur ($p<0,05$) (Tablo. 33). Bu sonuçlar hemşirelerin özel alanlarda yetkinlik geliştirici eğitimlerde edindikleri bilgi ve deneyimleri alanda kullanmak istemeleri ancak hemşirelerin aldıkları eğitimleri çalışma alanında kullanabilecekleri fırsatların olmaması da alınan eğitimlerin kariyer gelişimleri ile ilgili faydalı olmadığını düşünmelerine neden olmuş olabilir. Uğur, Scherb ve Specht (2015) in çalışması da eğitim düzeyi ve özel bir alanda sertifikaya sahip olmanın hemşirelerin mevcut ya da arzulanan kararlara katılım durumlarında fark yaratmadığını göstermektedir. Çalışma sonuçlarına göre sertifika programına katılmak yalnızca karar vermesi grupta ünite yönetimi ve işe alım süreçlerinde kararlara katılım konusunda fark oluşturmuştur (57).

Ayrıca araştırmada hemşirelerin kişisel gelişimleri içinde herhangi bir eğitim programına katılıp katılmadıklarına göre yönetsel kararlara katılım durumları incelenmiştir. Sonuçlara göre karar veren grup için profesyonel uygulama kalitesi alt boyutunda ve ölçek toplam puanında kişisel gelişim eğitim programına katılan hemşirelerin, katılmayanlara oranlara daha fazla kararlara katılımında rol aldıklarını belirlenmiştir (Tablo. 23). Öte yandan karar vermesi gereken grup için herhangi bir kişisel gelişimi ile ilgili eğitim programına katılmış olmak kararlara katılımı etkilemesi konusunda anlamlı bulunmamıştır ($p<0,05$) (Tablo.33).

Hemşirelerin kurumda çalışma yılları ile kararlara katılma konusundaki ilişkiye bakıldığında karar veren grup için destek personelin uygulama kalitesi alt boyutu için farklar anlamlı bulunurken ($p<0,05$), diğer alt boyutlar için herhangi bir anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Aralarındaki ilişkide anlamlı farkların bulunduğu destek personelin uygulama kalitesi alt boyutu için 6-10 yıl arasında çalışmayı düşünen hemşireler, 1 yıl ve altı ile 11 yıl ve üstü arasında çalışmayı düşünen hemşirelerden daha fazla kararlara katıldıkları söylenebilir. Aynı durum karar vermesi gereken hemşire grubu için bakıldığında yine aynı durum görülmektedir. Hemşireler destek personelin uygulama kalitesi alt boyutu için farklılıklar anlamlı bulunurken ($p<0,05$) diğer alt gruplar için anlamlı bulunmamıştır (Tablo. 35). Bu farklılıkların kaynağına bakıldığında

ise destek personelin uygulama kalitesi alt boyutu için 2-5 yıl arası çalışmayı düşünen hemşireler karar vermesi gerek grup için 11 yıl ve üstü çalışmayı düşünen hemşirelerden daha fazla kararlara katılmaları gerektiği sonuçlarına ulaşılabilir (Tablo. 35). Araştırmaya katılan hemşire örneklem grubunun yaş ortalamasının genç nüfus olması ve yeni mezun lisans düzeyinde eğitim almış hemşirelerin idealist olabileceklerinden, kendine olan özgüvenlerin yüksek olabileceği söylenebilir.

Kararlara katılım düzeylerinin iş yaşamı kalitesi üzerindeki etkisinin tartışılması:

Hemşirelerin mesleklerini uygulamaları sırasında amaçlarını açık şekilde ifade etmeleri ve bunun diğer kurum çalışanları tarafından bilinmesi ile yönetsel kararların alınmasında artış olacağı ifade edilir. Çalışanların kurum amaçlarını öğrenmede kararlara katılım faktörü göz ardı edilmez. Bu durum kurum çalışanlarının davranışlarında pozitif değişiklik sağlarken iş yaşam kalitesi içinde önemli rol oluşturmaktadır (43).

Araştırmada HİYKÖ ile kararlara katılım ölçeği (karar veren ve vermesi gereken) arasında bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde, HİYKÖ toplam puanı karar vermesi gereken yani istenen durum formu birim personelin dağılımı, profesyonel uygulama kalitesi profesyonel işe alma, birim yönetimi ve liderlik, destek personelin uygulama kalitesi, toplam puan arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlar için ilişkiler anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$) (Tablo.36). Bu durumda hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının artması iş yaşam kalitelerinde pozitif yönde bir artışa neden olmayacağı söylenebilir. Bunun nedeni olarak da hemşirelerin henüz kendi farkındalıklarının olmaması, ne kadar kararlara katıldıklarını bilmemeleri, kararlara katılım kavramının Türkiye deki hemşirelik uygulamaları için çok yeni bir kavram olması, yöneticilerin çalışanlarını bu konuda cesaretlendirmemesi, kurum içinde çalışanların kararlara katılımlarının sağlanabileceği platformların oluşturulmaması neden olabileceği düşünülebilir. Hemşirelerin çalıştıkları bölgelerde örgüt kültür anlayışının, çalışanların karar verme yetkisini sınırlayan aşırı hiyerarşik düzenin hakim olduğu kurumların bulunabileceği düşünülebilir. Hemşireler, karar verme süreçlerinde aktif olarak yer alamamaktadırlar (Kangallı 2005) (34).

Dargahi ve arkadaşları (61) İran'da sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada ile iş yaşam kalitesi araştırma sonuçlarına göre, ücret ve ödüllendirme

sistemlerinin uygun ve yetersiz olduğundan, iş yüklerinin fazla olduğundan, çalışma ortamlarının iyileştirilmesi gerektiğinden, çalışma güvencelerinin bulunmamasından, kurumsal kararlara katılamamaktan, kariyer olanaklarının yetersizliğini ifade etmişlerdir (3). Bu durumda kültürel farklılıklardan, örneklem grubunun demografik özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Bearfield'in Avustralya'da sağlık alanında uyguladığı çalışmada, % 20'si doktor ve hemşireden oluşan 1032 sağlık çalışanına iş yaşam kalitesi sınıflarının nasıl geliştirilebileceği sorulmuştur. Sağlık çalışanları, daha iyi ücret, daha insancıl çalışma saatleri, daha iyi bir yönetim ve daha iyi tanınma olduğunu belirtmiştir(58).

Krairiksh ve Anthony'nin (59) 2001 yılında yaptıkları çalışmanın bulguları göstermiştir ki hemşireler, hasta bakımını ilgilendiren konulardaki karar verme süreçlerine, çalışma ortamına ilişkin olanlardan daha fazla katılım sağlamaktadırlar.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu kapsamda araştırma sonuçları doğrultusunda elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibi özetlenebilir ;

- Hemşirelerin İş yaşam kaliteleri, iş yerlerinde çalıştıkları pozisyon ve çalışma düzenlerinden etkilenmektedir.
- Hastanelerde uzun süre çalışmayı düşünen hemşirelerin iş yaşam kalitesi hakkındaki düşüncelerinin olumlu olduğu söylenebilir.
- Hemşirelerin mesleği ile ilgili eğitim almış olmaları iş yaşam kaliteleri üzerinde etkili değildir
- Hemşirelerin mevcut yönetsel alınan kararlara katılım oranları yüksek değildir.
- Hemşirelerin olması gerektiğini düşündükleri kararlara katılım oranları yüksek değildir.
- Karar vermesini düşündükleri grup, daha fazla kararlara katılmanın bireysel faydası olacağını farkında ve alınan kararlar içerisinde daha fazla yer almayı istemektedirler.
- Mevcut karar veren grup için kararlara katılım düzeylerini, hemşirelerin mesleki deneyimleri, çalıştıkları pozisyon ve çalışma düzenleri etkilemektedir.
- Karar vermesini düşündükleri grup ile hemşirelerin iş yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Dönüşümlü vardiya da çalışan hemşirelerin kararlara katılma konusunda daha istekli oldukları söylenebilir.

Bu kapsamda araştırma sonuçları doğrultusunda öneriler aşağıdaki gibi özetlenebilir;

- Hemşirelerin görev yerleri belirlenirken bilgi, beceri, eğitim ve isteklilik göz önünde bulundurulmalıdır.
- Yöneticiler kurumlarındaki işbirliği güven ve uyumu sağlayarak iş yaşam kalitesine olumlu etkisi olacak olan ekip çalışmasını desteklemelidirler.
- Vardiyalı çalışan hemşirelerin çalışma çizelgeleri hazırlanırken iş yaşam kaliteleri göz önünde bulundurularak sosyal yaşamlarını etkilemeden yapılmasıyla pozitif iş ortamı sağlanmalıdır.

- Hemşirelerin çalıştıkları iş yerlerinde iş yaşam kalitesine yönelik uygulamalar planlanmalıdır.
- Hemşirelerin eğitim ihtiyaçları yöneticileri tarafından belirlenmeli ve mesleklerinde uygun statü sahibi olmaları desteklenecek şekilde iş yaşamlarında daha çok yönetsel anlamda söz sahibi olmaları sağlanmalıdır.
- Hemşirelerin kişisel gelişim ile ilgili kurs ve sertifika programlarına katılma olanakları sağlanmalıdır.
- Hemşireler özellikle kendi çalışma alanlarına yönelik konularda kararlara katılımları konusunda bölüm yöneticileri tarafından cesaretlendirilmelidirler.
- Dönüşümlü vardiyalarda çalışan hemşirelere daha çok sorumluluk alabilecekleri ve karar verebilecekleri ortamlar yöneticileri tarafından sağlanmalıdır.
- Kararlara katılımın amacına yönelik hemşirelere kullanım alanlarında uygulama sonucunda sağlayabileceği avantaj ve dezavantajlar konusunda bilgilendirici eğitimler planlanmalıdır.
- Araştırmanın farklı kültürlerde ve popülasyonlarda tekrar uygulanması önerilebilir.

KAYNAKÇA

1. Yılmaz A. *Yaşam Kalitesi*. Dünya Gazetesi, 31 Aralık (2000).
2. WEB_2. Paşa M. *Yaşam Kalitesini Yükselten Temel Unsur Olarak İşin İnsancıllaştırılması*, <http://www.isguc.org/muammer1.htm>, Erişim tarihi: 24 Haziran 2015.(2003).
3. Keklik B, Kılıç R. *Sağlık Çalışanlarında İş yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma*.Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi.(2012).
4. Uğur E, AbaanS.*Hemşirelerin İş Yaşamının Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri*, 3. Uluslararası Hemşirelikte Yönetim Kongresi, 11 Kasım 2006, Aydın, Türkiye. (2006).
5. Demir M. *İşgörenlerin Çalışma Yaşamı Kalitesi Algılamalarının İşte Kalma Niyeti ve İşe Devamsızlık ile İlişkisi*. Ege Akademik Barış Dergisi, 11 (3): 453-464.(2011).
6. Şahan ÖN, Akbulut Y. *Hemşirelerin İş Gücü Verimliliğini Etkileyen Örgütsel Faktörler Konusundaki Tutumlarının Belirlenmesi*.Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 10 (1): 19-30.(2011).
7. Danford A, Richardson M, Stewart P, TailbyS,Upchurch M. *High PerformanceWorkSystemsandQuality of Working Life*. New TechnologyWorkandEmployment; 23 (3): 151-165.(2008).
8. Solmuş T. *İş Yaşamında Kalite ve Kaliteyi Artırmaya Yönelik Programlar*. Türk Psikoloji Bülteni; 18(6): 37-41.(2000).
9. Aydın İ. Çelik Y. Uğurluoğlu Ö.*Sağlık Personeli Çalışma Yaşam Kalitesi Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenilirliği*. Toplum ve Sosyal Hizmet; 22(2): 79-91.(2011).
10. Ülker S.*Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem*. Ankara: Aydoğdu Ofset.(1995).
11. Dikmetaş E.*Hastane Personelinin Çalışma/ İş Yaşam Kalitesine Yönelik Bir Araştırma* Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; 15 (2): 169-182.(2006).
12. Beaudoin L E, Edgar L,*TheirImportancetoNurses' Quality of Work Life*, Nurs. Econ., 21 (3): 106-113.(2003).
13. Argon G, Binbir H, Çiçek A, Dursun E M, Vatan F. *Hemşirelerin Yönetimsel Kararlara Katılımlarının İncelenmesi*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28 (3): 13-24.(2012).

14. Taylan S. *Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Rollerini, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniv., Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye.*(2009).
15. Havens DS, Vasey J. *Measuring staff nurse decisional involvement - the decisional involvement scale.* JONA 331-336.(2003).
16. Pınar R. *“Türkiye’ de Hemşirelik Alanında Yaşam Kalitesi” Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 4 Mayıs 2012, Manisa, Türkiye, 5-7.*(2012).
17. Flanagan JC. *Measurement of quality of life: Current state of the art.* Arch Phys Med Rehabil.(1982).
18. Hörnquist JO. *Quality of life: Concept and assessment.* Scan J Soc Med, 18:69-79.(1989).
19. Moons P, Budts W, Geest S. *Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches.* Int J Nurs Stud, 43:891-901.(2006).
20. Testa M A, Simonson DC. *Assessment of quality-of-life outcomes.* N Engl J Med; 334:835-40.(1996).
21. Şahin N. *“Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.*(2001).
22. Kızılcı S. *“Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.*(1997).
23. Pınar R. *“Tedavisine Devam Eden Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Durumluluk Kaybı Düzeyleri”, Çınar Dergisi, 2(2):50-52.*(1996).
24. Özalp E. WEB_3. *Örgütlerde işin çalışanlar için anlamı ve iş dizaynı,* <http://www.kamu-is.org.tr/pdf/7213.pdf>, Erişim tarihi: 26 Haziran 2015.(1991).
25. Çiçek D. *Örgütlerde Motivasyon ve İş Yaşam Kalitesi: Bir kamu kuruluşundaki yönetici personelin motivasyon seviyelerinin tespit edilerek iş yaşam kalitesinin geliştirilmesi üzerine bir çalışma, Doktora Tezi, Çukurova Üniv. Adana, Türkiye.*(2005).
26. Yücel Ö. *Ege Üniversitesi Bayındır Meslek Yüksekokulu Tekstil Teknolojisi Programı,* <http://www.izmir.com.tr/Pages/ArticlesDetails.aspx?x=58>, Erişim tarihi: 03 Temmuz 2015.

27. Dikmetaş E. *Hastane Personelinin çalışma / İş Yaşam Kalitesine Yönelik Bir Araştırma* Ç. Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15 (2): 169-182.(2006).
28. Gillespie M A, Denison D R, Haaland S, Smerek R, Neale WS. “*Linking Organizational Culture and Customer Satisfaction: Results from Two Companies in Different Industries*” European Journal of Work and Organizational Psychology, 17(1): 112-132.(2008).
29. Nichols LT. “*Parsons and Simmel at Harvard: Scientific Paradigms and Organizational Culture*” in *Talcott Parsons Today: His Theory and Legacy in Contemporary Sociology* (ed. A. Javier Trevino and Neil J. Smelser), 1-28, USA, Rowman & Littlefield.(2001).
30. Carmeli A, Elizur D, Yaniv E. “*The Theory of Work Commitment: A Facet Analysis*” Personnel Review, 36(4): 638-649. (2007)
31. Bayazıt Ö. “*Toplam Kalite Yönetiminin Yürütülmesinde Önemli Bir Araç: Kalite Çemberleri*” Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 53(1): 95-105.(1998).
32. Mac DC. *Nurse Autonomy as Relational*, Nursing Ethics, 9(2): 194-201.(2002).
33. Aba G. *İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Akdeniz Üniv., Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, Türkiye.(2009).
34. Demirler S, Koca K A, Baydur H. *Yönetici Hemşirelerin Yaşam Kaliteleri İle İş Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi*. Ege Üniv. Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30 (2): 26-39.(2014).
35. Mackay G, Risk M. *Building Quality Practice Settings: An Attributes Model*, Canadian Journal of Nursing Leadership, 14:3.(2001).
36. Donald J. *What makes your day? A study of the quality of work life of OR nurses*. Can Oper Room Nurs J. 17: 17-27.(1999).
37. Gifford BD. *The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life*. J Healthc Manag; 47 (1): 13-25.(2002).
38. Türk Y Z, Çetin M, Fedai T. *Genç Hekimlerde Çalışma Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri*, Sağlık Bilimleri Dergisi, (Journal of Health Sciences), 21(3) 172-181.(2012).
39. Ovayolu N, Bahar A. *Hemşirelik ve Kalite*. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 9 (1): 104-110.(2006).
40. Eren E. *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Beta Yayınları, 5. Baskı, İstanbul, Türkiye.(1998).

41. WEB_5. ReasonJ.KararVerme,http://tr.wikipedia.org/wiki/Karar_verme, Erişim tarihi: 05 Temmuz 2015.(1990).
42. Uras M.Örgütlerde Kararlara Katılmanın Koşulları, Kavram ve UygulamadaEğitim Yönetimi Dergisi, c.1,s2 :1-7.(1995).
43. Bakan İ, Büyükbeşe T.Katılımcı Karar Verme: Kararlara Katılım Konusunda Çalışanların Düşüncelerine Yönelik Bir Alan Çalışması, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, C.13, S.1 s.29-56.(2008).
- 44.MulderM, WilkeH.“ParticipationandPowerEqualization”,OrganizationalBehaviourand Human Performance, 5(5), p.432.(1970).
45. Singer J N. “ParticipativeDecisionMakingAboutWork: An OverdueLook At VariablesWhichMediateItsEffects”, Sociology of WorkandOccupations, 1, p.348.(1974).
46. McGregor D. *The Human Side of Enterprise*, New York McGrawHill, p.130.(1960).
47. Velioglu S, Vatan F.Yönetici Hemşirelerin Liderlik Davranış Boyutlarının İncelenmesi, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/278>,Erişim tarihi: 08 Temmuz 2015.
48. Uyer G.*Hemşirelik ve Yönetim*, Hürbilek Matbaacılık, Ankara.(1993).
49. Mrayyan M T, *Nursesautonomy: influence of nursemanagersactions*. Journal of Advanced Nursing, 326- 336.(2004).
50. Blegen M A, Nurses’ JobSatisfaction : A Meta- Analysis of RelatedVariables, NursingResearch, 42 (1), s 36-41.(1993).
51. Aksungur A. *Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*: Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 109-111.(2009).
52. Bakan İ. *Çağdaş Yönetim Yaklaşımları (İlkeler, Kavramlar Ve Yaklaşımlar)*, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul 2004.
53. Kangallı P. *Sivas ili hastanelerinde çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri ve otonomiye etkileyen mesleki ve kurumsal faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*.Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2005: [http:// tez2.yok.gov.tr/](http://tez2.yok.gov.tr/), Erişim Tarihi: 19.10.2015.

54. Seren Ş. *Hemşirelerin otonomi düzeylerinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.* İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 1998.
55. Saraçoğlu E. *Hemşirelerin mesleki otonomi ve profesyonel uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.* İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2010
56. Tosun N. *Sağlık ekibinin karar verme sürecinde hemşirenin rolü.* 2002, <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/kitaplar/102.pdf>, Erişim Tarihi: 19.10.2015.
57. UgurE, Scherb C A, Specht JK. *Decisional Involvement Among Staff Nurses Based on Educational Level and Certification Status.* Western Journal of Nursing Research. 37(5) 619–633. 2015
58. Bearfield S. *“Quality of Working Life: Comparing the Perceptions of Professionals and Clerical Sales and Service Workers”*, Acirrt Working Paper-86, September, pp. 1-22. 2003
59. Krairiksh M, Anthony MK. *Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making.* JONA, 31(1): 16-23. 2001
60. Baba VV, Jamal M. *Routinization of Job Content as Related to Employees' Quality of Working Life: A Study of Canadian Nurses,* Journal of Organizational Behavior 12, s 379-386. 1991
61. Saraji GN, Dargahi H. *Study of quality of work life (QWL).* Iranian J Publ Health. 35(4):8-14. 2006
62. Şirin M. *Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik güvenirlik çalışması.* Erzurum: Atatürk üniversitesi hemşirelikte yönetim ana bilim dalı. 2011
63. Erat Ş, Korkmaz M, Çimen V, Yahyaoğlu G. *Hemşirelerin iş yaşam kalitesinin motivasyona etkisi.* Uluslararası hakemli akademik spor sağlık ve tıp bilimler dergisi. 1 (1) 45-66. 2011
64. Ergen S. *Hemşirelerin hastane enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin bilgi düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi.* İstanbul: Okan Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Türkiye. 2015

EKLER

Ek 1: Anket İzni.

Andolu Sağlık Merkezi Özel Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı

29.5.2014

Sayın Refika Çolak Coşkun,

"Hemşirelerin Yönetmelik Kararlara Katılımının İş Yaşam Kalitesine Etkilerinin İncelenmesi" başlıklı araştırmanın yapılabilmesine ilişkin görüş oluşturmak için Etik Kurulumuz toplanmış bulunmaktadır.

Araştırmanın yapılabileceğine karar verilmiştir.

Saygılarımla

Prof Dr Fatih Ağalar

Başkan


Prof. Dr. Fatih Ağalar
Genel Cerrahi
Diy. Tescil No: 44/56
Uzman Tıbbi No: 35831 / 44458
Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi

Ek 2. Anket Formu

HEMŞİRELERİN YÖNETSEL KARARLARA KATILIMLARININ İŞ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

İş Yaşam Kalitesi; genel anlamda toplam iş çevresindeki güçler ve zayıflıklar olarak tanımlanır. Ayrıca, çalışanlara verimli ve güven duyacakları, aynı zamanda sağlıklı bir şekilde eylemde bulunacakları ortamların bulunmasıyla ilişkili bir kavramdır. İş yaşam kalitesi unsurlarından olan ve önemli bir yer kaplayan Kararlara katılım, hemşirelik uygulamalarında verilen hüküm ve yürütümlere ilişkin yetki ve görev dağılımını gösteren bir kavram olarak açıklanmaktadır.

Değerli meslektaşımız;

Bu çalışma, hemşirelerin iş yaşamında yönetsel kararlarda ne ölçüde olanak verilerek katılımının sağlandığını belirleyerek, bunun sonucunda iş yaşam kalitesinin ne derece etkileneceğinin incelenmesi ile elde edilen sonuçlar doğrultusunda çalışma hayatında daha kaliteli ve daha verimli iş ortamlarının oluşturulması amacıyla, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı tez çalışması olarak planlanmıştır. Çalışmanın evrenini, özel bir hastanede çalışan hemşirelerin tümü oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde ise gönüllülük esas alınacaktır.

Çalışmanın yapılması için kurum yönetiminden ve etik kurulundan izin alınmıştır. Veri toplama amacıyla, Hemşire Sosyo-demografik Bilgiler Formu, Hemşirelik İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kararlara Katılım Ölçeği kullanılacak olup toplanan veriler yalnızca araştırmanın amacına uygun olarak değerlendirilecektir. Veri toplama araçlarında belirtilen bilgiler gizli tutulacak ve araştırma raporunda isim kullanılmayacaktır. Formları tam ve eksiksiz olarak doldurmanız çalışmanın geçerlilik-güvenilirliği açısından son derece önemlidir. Araştırmacının iletişim bilgileri aşağıda belirtilmiş olup çalışma ile ilgili her konuda ulaşabilirsiniz. Çalışmamıza vermiş olduğunuz değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

Refika Çolak Coşkun

Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur

Okan.Üniv.Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Danışmanı

Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

İletişim Bilgileri:

Tel: 0505 918 53 75

e-posta: refikacolakesk@hotmail.com

**HEMŞİRELERİN YÖNETSEL KARARLARA KATILIMLARININ İŞ
YAŞAMI KALİTESİNE ETKİSİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİ
BELİRLEMEYE YÖNELİK**

I. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

- 1) Kaç yaşındasınız?.....
- 2) Medeni haliniz nedir?
() Evli () Bekar
- 3) İlk mezun olduğunuz hemşirelik programı nedir?
() Sağlık Meslek Lisesi () Önlisans () Lisans
- 4) En son aldığınız hemşirelik eğitimi nedir?
() Sağlık Meslek Lisesi () Önlisans (Sağlık Hizmetleri MYO)
() Lisans () AÖF (Hemşirelikte Önlisans)
() Yüksek lisans veya Doktora
- 5) Halen devam etmekte olduğunuz bir öğretim programı var mı?
() Evet (Yazınız.....) () Hayır
- 6) Hastanedeki çalışma pozisyonunuz nedir?
() Hemşire () Sorumlu Hemşire () Yönetici Hemşire () Eğitim Hemşiresi
() Diğer.....
- 7) Hemşire olarak çalışma süreniz nedir? :yıl
- 8) Haftalık toplam çalışma saatiniz ortalama nedir?
() 35-39 saat arası () 40-49 saat arası () 50 ve üzeri saat
- 9) Çalışma düzeniniz nedir?
() Genellikle sabit gündüz vardiyasında çalışıyorum.
() Genellikle dönüşümlü vardiyalarda çalışıyorum.
() Genellikle sabit gece vardiyasında çalışıyorum.
() Part-time vardiyada çalışıyorum,
- 10) Ayda ortalama kaç saat fazla mesai yapıyorsunuz?
() 10-20 saat () 20-30 saat () 30-40 saat () 40-50 saat () 50 saat ve üzeri
- 11) Bu hastanede çalıştığınız süre içerisinde kurumunuzun desteğiyle kurumunuz dışında verilen mesleğinizle ilgili herhangi bir kurs, eğitim veya sertifika programına katıldınız mı?
() Evet (Hangi konuda?.....) () Hayır
- 17) Bu kurumda çalıştığınız süre içinde kendinizi geliştirmek için herhangi bir kurs, eğitim yada sertifika programına ihtiyaç duyduunuz mu ?
() Evet (Hangi konuda?.....)
() Hayır
- 18) Bu hastanede çalıştığınız süre içinde hiç bölüm değişikliği yaptınız mı ?
() Evet (Kaç kez?...../ Sebebi?.....)
() Hayır
- 19) Bu hastanede en fazla kaç yıl daha çalışmayı umuyorsunuz?
() yıl

Kararlara Katılım Ölçeği

Aşağıda yer alan sorularda hem A hem de B bölümlerinde birer seçeneği işaretleyiniz.

A Bölümünde her bir ifadede tanımlanmış olan aktiviteyi şu an yürüten veya bu konuda karar veren gruba ilgili en uygun seçeneği işaretleyiniz. **B Bölümünde** ise her bir ifadede tanımlanmış olan aktiviteyi yürütmesi gerektiğine ya da bu konuda karar vermesi gerektiğine inandığınız gruba ilgili en uygun seçeneği işaretleyiniz. Soruları yanıtlamak için aşağıdaki ölçeği kullanınız:

- 1- Sadece yönetim (klinik sorumlusu, hastane başhemşiresi)
- 2- Öncelikle yönetim – bazen klinik hemşirelerinin katkısı
- 3- Klinik hemşireleri ve yönetim tarafından eşit bir biçimde
- 4- Öncelikle klinik hemşireleri – bazen yönetim
- 5- Yalnız klinik hemşireleri

	A					B				
	Şu an karar veren grup					Karar vermesi gereken grup				
1. Çalışma çizelgesi hazırlama	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Gerekli hemşire sayısını belirleme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Uygulama standartlarını geliştirme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Uygulama alanının sorumluluklarını belirleme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Hemşire uygulama standartlarını izleme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Hemşire uygulamalarını değerlendirme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Birimde çalışacak hemşireleri işe alma	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Birimde çalışacak hemşirelerle görüşme yapma	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Birimde çalışacak hemşireleri seçmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Hemşirelere ilişkin disiplin kararlarını alma	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Birim liderini seçme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Birim liderinin performansını inceleme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Hemşirelerin yükselmeleri/ terfileri için öneride bulunma	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Birimin bütçe gereksinimlerini belirleme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Ekipman/ malzeme gereksinimini belirleme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Hemşire destek (yardımcı) personeli için standart geliştirme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Destek (yardımcı) personel tipini/ sayısını belirleme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Destek personelin standartlarını izleme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Diğer birimlerle ilişki (irtibat) kurma (örn; Hasta bakımı)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Hekimlerle ilişkiler (örn; Hasta bakımı)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Birimde hemşireler arasındaki çatışmaları çözümü	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

HEMŞİRELİK İŞ YAŞAMI KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra, o cümlenin sizin iş yaşamınızı ne ölçüde tanımladığını değerlendirin ve yandaki uygun yeri işaretleyin.

No		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Destek hizmetler personelinden (yemek, temizlik ve bakım destek personeli) <u>yeterli miktarda</u> yardım alıyorum.	1	2	3	4	5
2	İşimden memnunum.	1	2	3	4	5
3	İş yüküm çok ağır.**	5	4	3	2	1
4	Toplumda hemşirelerle ilgili olumlu bakış açısı var.	1	2	3	4	5
5	İşimi ailemin gereksinimleri ile birlikte dengeli şekilde yürütebiliyorum.	1	2	3	4	5
6	Hasta bakımı ile ilgili konularda karar verirken otonomiye (yetkinliğe) sahibim.	1	2	3	4	5
7	Yönetici/gözetmen hemşirem ile iyi iletişim kurabiliyorum.	1	2	3	4	5
8	Hasta bakımı için yeterli malzeme ve ekipmana sahibim.	1	2	3	4	5
9	Yönetici/gözetmen hemşirem yeterli gözetim/denetim sağlıyor.	1	2	3	4	5
10	Hastanenin, çalışanlarına çocukları için kreş hizmeti sağlaması önemlidir.*	1	2	3	4	5
11	Hemşirelik ile ilgili olmayan birçok iş yapıyorum.**	5	4	3	2	1
12	İş çıkışında da enerjim kalıyor.	1	2	3	4	5
13	İş arkadaşlarım ile arkadaşlık ilişkilerim benim için önemlidir.*	1	2	3	4	5
14	Çalıştığım kurum, mesleğimde ilerleme fırsatları sağlıyor.	1	2	3	4	5
15	Çalıştığım birimde ekip çalışması var.	1	2	3	4	5
16	Günlük işlerim, sık sık kesintiye uğruyor.**	5	4	3	2	1
17	İşimi iyi yapabilmek için yeterli zamanım var.	1	2	3	4	5
18	Çalıştığım birimde hemşire sayısı yeterlidir.	1	2	3	4	5
19	İş yerime ait olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5
20	Vardiyalı/nöbetli çalışma programları yaşamımı olumsuz etkiliyor.**	5	4	3	2	1
21	Fizyoterapist ve solunum terapisti gibi diğer ekip üyeleri ile iletişim kurabiliyorum.	1	2	3	4	5

22	Yönetici/gözetmen hemşiremden, performansıyla ilgili geri bildirim alıyorum.	1	2	3	4	5
23	Kaliteli hasta bakımı verebiliyorum.	1	2	3	4	5
24	Bugünkü şartlarda yaptığım iş için, aldığım maaş yeterlidir.	1	2	3	4	5
25	Kurumumun, aileme zaman ayırma konusundaki politikası uygundur.	1	2	3	4	5
26	Yönetici /gözetmen hemşirem, bir karar verirken fikrimizi soruyor.	1	2	3	4	5
27	Hastanenin, çalışanlarına yaşlı ebeveynleri için iş yerinde günlük bakım hizmeti sağlaması önemlidir.*	1	2	3	4	5
28	İş ortamımda, hekimler tarafından kabul gördüğümü hissediyorum.	1	2	3	4	5
29	Hemşireler için, özel dinlenme yerlerinin bulunması önemlidir.*	1	2	3	4	5
30	Hastanemde, hemşirelik uzmanlık/sertifika programları olması benim için önemlidir.*	1	2	3	4	5
31	Hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim programlarına katılmak için destek alıyorum.	1	2	3	4	5
32	İş ortamımda, hekimlerle iyi iletişim kuruyorum.	1	2	3	4	5
33	Başarılarımdan dolayı yönetici/gözetmen hemşirem tarafından takdir ediliyorum.	1	2	3	4	5
34	Hemşirelik politika, prosedür ve talimatları işimi kolaylaştırıyor.	1	2	3	4	5
35	Güvenlik birimi güvenli bir çevre sağlıyor.	1	2	3	4	5
36	Hastanenin, çocuğu hasta olan çalışanlarına iş yerinde çocukları için bakım hizmetleri sağlaması önemlidir.*	1	2	3	4	5
37	Aynı maaş ve imkanlarla aynı işi başka bir kurumda bulabilirim.*	1	2	3	4	5
38	İş yerinde, kişisel zararlara karşı (fiziksel, duygusal, sözlü) kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
39	İşimin, güvenli olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5
40	Üst yönetim, hemşireliğe saygı duyuyor.	1	2	3	4	5
41	İşim, hastaların ve ailelerinin yaşamları üzerinde etkiye sahiptir.	1	2	3	4	5
42	Destek hizmetler personelinden (yemek, temizlik ve bakım destek personeli) <u>nitelikli</u> yardım alıyorum.	1	2	3	4	5

Katılımınız için teşekkür ediyorum.

Ek 3: Cronbach Alfa Değerleri.

Tablo 2:

HİYKÖ alt boyutlar	C. Alfa
İş/çalışma ortamı	,764
Yöneticiler ile ilişkiler	,867
İş koşulları	,784
İş Algısı	,768
Destek hizmetler	,721
Toplam	,889

Tablo 1:

KARAR alt boyutlar	C. Alfa	
	Kararı Veren	Kararı Vermesi Gereken
Birim personelinin dağılımı	,713	,790
Profesyonel uygulama kalitesi	,850	,902
Profesyonel işe alma	,908	,884
Birim yönetimi ve liderlik	,876	,880
Destek personelin uygulama kalitesi	,844	,874
İşbirliği/yardımlaşma uygulamaları	,701	,781
Toplam	,915	,946

Ek 3: Özgeçmiş.

Kişisel Bilgiler

Adı	Refika	Soyadı	ÇolakCoşkun
Doğum yeri	Eskişehir	Doğum tarihi	29,07,1983
Uyruğu	T.C	Telefon	5059185375
e-mail	refikacolakesk@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora		
Yüksek Lisans	Okan Üniversitesi	
Lisans	Trakya Üniversitesi	2006
Lise	H. Ahmet Kanatlı Lisesi	1999

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	International Diyaliz Merkezi	2006
Hemşire	Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi	2006-2007
Hemşire	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	2007-2010
Hemşire	Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi	2010-

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	Yds Puan	Diğer puan
İNGİLİZCE	Orta	Orta	Orta		
	Sayısal	Eşit ağırlık	Sözel		
ALES puanı	55.869	56.285	60.717		

Bilgisayar Bilgisi: İyi

Yayımları/Tebliğleri/Sertifikalari/Ödülleri: Kemoterapi Uygulama Sertifikası.

Özel İlgi Alanları: Dans, Sinema, Seyahat.