



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK  
DÜZEYLERİNİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM  
ALGILARI ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Esra DANACI**

**Samsun  
Ocak-2018**





T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK  
DÜZEYLERİNİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM  
ALGILARI ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Esra DANACI**

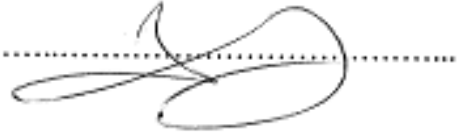
**Danışman  
Doç.Dr.Zeliha KOÇ**

**Samsun  
Ocak-2018**

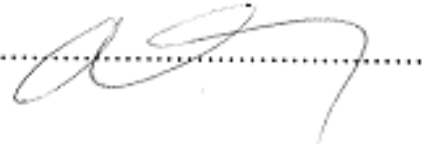
T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Esra DANACI tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Alguları Üzerine Etkisi başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 04/01/2018 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

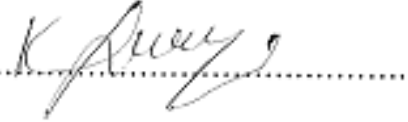
Başkan: Doç. Dr. Zeliha KOÇ.....  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü



Üye: Yrd.Doç.Dr. Seval AĞAÇDİKEN ALKAN.....  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü



Üye: Yrd. Doç. Dr. Kevser Sevgi ÜNAL ASLAN.....  
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi  
Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.. /.. / 2018

Prof.Dr. Ahmet UZUN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyeleri Yrd. Doç. Dr. Seval AĞAÇDİKEN ALKAN ve Öğr. Gör. Zeynep SAĞLAM'a,

Çok kıymetli hocam Yrd. Doç. Dr. Serap TOPATAN'a,

Desteğini her zaman hissettiğim Öğr. Gör. Tuğba ÇINARLI'ya,

Eğitimim sırasında sonsuz sevgi ve sabır gösteren eşim Hasan DANACI'ya,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan, yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan annem Aynur ESEN, babam Süleyman ESEN, kardeşlerim Recep ESEN ve Hakan ESEN'e,

Yüksek lisans arkadaşlarım Cennet Büşra ALICI, Sevil MASAT, Tuğba KAVALALI ERDOĞAN, Ebru AYDIN ve Tuğçe AYAR'a,

Sonsuz teşekkür ediyorum...

Bu tez Ondokuz Mayıs Üniversitesi BAP Komisyonu tarafından PYO.SBF.1904.17.002 proje numarası ile desteklenmiştir.

## ÖZET

### HEMŞİRELERİN İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGILARI ÜZERİNE ETKİSİ

**Amaç:** Bu çalışma hemşirelerin iş doyum ve tükenmişlik düzeylerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak yürütüldü.

**Materyal ve Metot:** Araştırma 15.02.2017-15.08.2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde çalışmakta olan 419 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirildi. Veriler hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu, Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde Shapiro Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hemşirelerin %92,1'ini kadınların, %7,9'unu erkeklerin oluşturduğu, %66,8'inin evli, %81,1'inin lisans mezunu olduğu belirlenmiş olup yaş ortalamaları  $31,6 \pm 5,7$ 'dir. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması  $3,9 \pm 0,7$ , Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması  $4,1 \pm 0,6$ , Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum puan ortalaması  $2,8 \pm 0,6$ , Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme puan ortalaması  $23,2 \pm 6,7$ , Duyarsızlaşma puan ortalaması  $7,2 \pm 4,3$  ve Kişisel Başarı puan ortalaması  $11,0 \pm 4,6$  olarak belirlendi.

**Sonuç:** Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanı arttıkça, Minesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum puanının arttığı, buna karşın Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanının azaldığı saptandı. Ayrıca hemşirelerin Minesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Duygusal Tükenme puanının azaldığı görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Bireyselleştirilmiş bakım; hemşirelik; iş doyum; tükenmişlik

Esra DANACI, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Ocak-2018

## ABSTRACT

### THE EFFECTS OF JOB SATISFACTION AND BURNOUT LEVELS OF NURSES ON PERCEPTION OF INDIVIDUALISED CARE

**Aim:** This study was conducted as a cross-sectional study to determine the effect of job satisfaction and burnout levels of nurses perceptions on individualised care.

**Material And Method:** The research was carried out with the participation of 419 nurses working in a University hospital between 15.02.2017 and 15.08.2017. The data was collected using nurses introductory information form, Individualised Care Scale-Nurse Version, Minnesota Job Satisfaction Scale and Maslach Burnout Scale. In the analysis of the data, Shapiro Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman correlation tests were used.

**Results:** It was determined that 92.1% of the nurses participating in the research were female, 7.9% were male, 66.8% were married and 81.1% were obtained Bachelor's degree and their average age was  $31.6 \pm 5.7$ . It was determined that the Nurses' Individualised Care Scale-A Nurse Version total score average  $3.9 \pm 0.7$ , Individualised Care Scale-B Nurse Version total score average  $4.1 \pm 0.6$ , Minnesota Job Satisfaction Scale Overall Satisfaction score average  $2.8 \pm 0.6$ , Maslach Burnout Inventory of the nurses, the Emotional Exhaustion score was  $23.2 \pm 6.7$ , Depersonalization score was  $7.2 \pm 4.3$  and Personal Accomplishment score was determined to be  $11.0 \pm 4.6$ .

**Conclusion:** As the total score of the Individualised Care Scale-A Nurse Version of the nurses included in the study increased, the Overall Satisfaction score of the Minnesota Job Satisfaction Questionnaire increased as well. On the other hand, as the total score of the Individualised Care Scale-A Nurse Version and Individualised Care Scale-B Nurse Version increased, the Depersonalization and Personal Accomplishment scores of Maslach Burnout Inventory were determined to decrease. Also, as the nurses' Overall Satisfaction score of Minnesota Job Satisfaction Questionnaire increased, the Depersonalization, Personal Accomplishment, and Emotional Exhaustion scores of Maslach Burnout Inventory were observed to decrease.

**Keywords:** Individualised care; nursing; job satisfaction; burnout

Esra DANACI, Master Thesis  
Ondokuz Mayıs University Samsun, January-2018

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ANA</b>	: American Nursing Association (Amerikan Hemşireler Derneği)
<b>BBS-Hemşire</b>	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu
<b>BBSA-Hemşire</b>	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu
<b>BBSB-Hemşire</b>	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ICN</b>	: International Counsel of Nursing (Uluslararası Hemşirelik Konseyi)
<b>ILO</b>	: Uluslararası Çalışma Örgütü
<b>KarA</b>	: Karar Verme Kontrolü-A Hemşire Versiyonu
<b>KarB</b>	: Karar Verme Kontrolü-B Hemşire Versiyonu
<b>KişA</b>	: Kişisel Yaşam Durumu-A Hemşire Versiyonu
<b>KişB</b>	: Kişisel Yaşam Durumu-B Hemşire Versiyonu
<b>KlinA</b>	: Klinik Durum-A Hemşire Versiyonu
<b>KlinB</b>	: Klinik Durum-B Hemşire Versiyonu
<b>MİDÖ</b>	: Minnesota İş Doyum Ölçeği
<b>MTÖ</b>	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>THD</b>	: Türk Hemşireler Derneği
<b>WHO</b>	: World Health Organization



## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vii
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	4
1.3. Araştırmanın Soruları.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. Hemşirelik .....	5
2.1.1. Hemşireliğin Temel Kavramları .....	5
2.1.2. Hemşirelik Felsefesi .....	15
2.1.3. Hemşirelik Bakım Sunum Sistemleri .....	18
2.1.4. Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı .....	20
2.2. Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı .....	24
2.3. İş Doyumu .....	28
2.3.1. İş Doyumunun Sınıflandırması.....	29
2.3.2. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler .....	29
2.3.3. İş Doyumu ve Doyumsuzluğunun Sonuçları.....	32
2.3.4. Hemşirelik ve İş Doyumu .....	33
2.4. Tükenmişlik .....	34
2.4.1. Tükenmişliğin Nedenleri .....	35
2.4.2. Tükenmişliğin Belirtileri .....	37
2.4.3. Tükenmişliğin Sonuçları.....	37
2.4.4. Tükenmişliği Önleme ve Tükenmişlikle Baş Etme Yolları.....	38
2.4.5. Tükenmişlik ve Hemşirelik .....	40
<b>3. MATERYAL VE METOT</b> .....	42
3.1. MATERYAL .....	42
3.1.1. Araştırmanın Şekli .....	42
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	42
3.2. METOT .....	42

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	42
3.2.2. Verilerin Toplanması .....	42
3.2.3. Veri Toplama Araçları .....	43
3.2.4. Araştırmanın Etik Boyutu .....	47
3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	47
3.2.6. İstatistiksel Değerlendirme .....	48
<b>4. BULGULAR</b> .....	49
4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular .....	49
4.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu'na İlişkin Bulgular .....	51
4.3. Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne İlişkin Bulgular .....	77
4.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne İlişkin Bulgular .....	92
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	114
5.1. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu'na İlişkin Bulguların Tartışılması.....	114
5.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu'na İlişkin Bulguların Tartışılması.....	119
5.3. Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması .....	121
5.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması .....	126
5.5. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu, Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması .....	130
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	136
<b>KAYNAKLAR</b> .....	141
<b>EKLER</b> .....	156
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	170

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hemşirelik, kaynağını insan gereksinimlerinden alan ve başlangıcı insanın varoluşuna kadar uzanan bir meslektir. Hemşirelik, bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek ve yükseltmek, bakım ve tedavi sunmak, hastalığa uyumunu kolaylaştırmak amacıyla ortaya çıkan, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (Ay, 2011b; Zaybak ve ark., 2014; Öztunç, 2016). Sağlık bakım profesyonelleri içerisinde büyük çoğunluğu oluşturan hemşireler, bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık bakım gereksinimlerini tanılayan, bakımını planlayan, uygulayan ve değerlendiren, diğer sağlık profesyonelleri ile karşılaştırıldığında sağlıklı/hasta birey ile en fazla zaman geçiren bir sağlık ekibi üyesidir (Aytekin ve Kurt, 2014; Tilev ve Beydağ, 2014).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin yaşadıkları problemleri, çalışma saatlerinin fazlalığı, çalışan hemşire sayısının azlığı, hizmet sunulan hasta sayısının fazlalığı, yoğun bakıma ihtiyacı olan ve ölmek üzere olan hastalara bakım sunma, nöbet usulü çalışma, yetersiz ücret, yöneticiler tarafından değer ve takdir görememe ve meslektaşları tarafından yeterince desteklenmeme olarak sıralamaktadır (ILO, 2001). Hemşirelerin çalışma koşulları iyileştirilmediğinde ve hemşireler iş ortamında yaşadıkları bu problemlere karşı etkili savunma mekanizmaları geliştiremediklerinde, iş doyumları ve motivasyonları azalabilmektedir (Altay ve ark., 2010; Kaya ve ark., 2010; Kelleci ve ark., 2011).

Sağlık bakım sistemi içerisinde sunulan hizmetin kalitesi sağlık bakım profesyonellerinin iş doyumunu ile çok yakından ilişkilidir (Aksoy ve Polat, 2013; Aytekin ve Kurt, 2014). İş doyumunu mutlu, üretken ve verimli bir şekilde çalışabilmeyi sağlayan ve hizmetin kalitesini arttıran oldukça önemli bir faktördür (Kahraman ve ark., 2011; Aksoy ve Polat, 2013; Büyükbayram ve Gürkan, 2014). Bireyin işini yapmaktan duyduğu hoşnutluğu ifade eden iş doyumunu, Duxbury ve arkadaşları (1984) tarafından “çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin, beklentileri doğrultusunda karşılanma düzeyleri” olarak tanımlanmıştır (Duxbury ve ark., 1984; Durmuş ve Günay, 2007; Kahraman ve ark., 2011; Özdemir ve ark., 2015).

İş doyumunu ile ilgili literatür incelendiğinde hemşirelerin iş doyumlarının, yaş, medeni durum, öfkelerini kontrol altına alabilme yetenekleri, mesleği isteyerek tercih etme durumları, meslekte çalışma süresi, çalışma ortamı ve koşulları, yöneticilerle ve

çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkiler, mesleki rolleri ile ilgili belirsizlikler ve çalışma statüleri gibi bireysel ve örgütsel bir çok faktörden etkilenebileceği bildirilmektedir (Akgöz, ve ark., 2005; Yıldız ve Kanan, 2005; Kahraman ve ark., 2011; Merih ve Arslan, 2012). Bununla birlikte sağlık hizmetleri ve sağlık politikalarında meydana gelen değişimler de, sağlık bakım profesyonelleri içerisinde en çok hemşireleri etkilemekte, bu durum hemşirelerin çalışma performansları ile verimlerinin azalmasına, iş motivasyonlarının düşmesine ve tükenmişlik yaşamalarına neden olabilmektedir (Altuntaş, 2014b).

Tükenmişlik kavramı (burnout) ilk olarak Herbert Freudenberger (1974) tarafından “başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” olarak tanımlanmıştır. Günümüzde tükenmişliğin en yaygın ve kabul gören tanımlarından biri de Christina Maslach (1981) tarafından yapılmıştır. Maslach tükenmişliği “fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları yaşayan bireyde olumsuz bir benlik kavramının gelişmesiyle beraber bireyin iş yaşamına ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumu ile belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir sendrom” olarak açıklamıştır (Maslach ve Jackson, 1981).

Hemşirelik gibi insana doğrudan doğruya hizmet sunan meslek gruplarında tükenmişlik durumu daha sık görülebilmektedir (Şahin ve ark., 2008; Günüşen ve Üstün, 2010; Kaya ve ark., 2010; Ağapınar ve Güler, 2014; Ceylan, 2014; Akyüz, 2015). Tükenmişlik hemşirelerde uykusuzluk, yorgunluk, çabuk öfkelenme, benlik saygısında azalma, anksiyete, empati kuramama, kendini kuruma ait hissetmeme, iş motivasyonunda azalma, sağlık ekibi üyeleri, hasta ve yakınları ile iletişim problemleri yaşama gibi durumlar gelişmesine yol açabilmektedir (Kaçmaz, 2005; Hansen ve ark., 2009; Altay ve ark., 2010; Akpınar ve Barlas, 2015). Tükenmişliğe bağlı olarak ortaya çıkan bu durum hemşireleri biyopsikososyal açıdan etkilemekte, iş doyumlarını azaltmakta, işten ayrılmaları arttırmakta, kurumun verimliliğini düşürmekte ve sunulan bakımın kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Barutçu ve Serinkan, 2008; Şenturan ve ark., 2009; Kebapçı ve Akyolcu, 2011).

Bakım, insanın varoluşundan itibaren ihtiyaç duyduğu varlığının vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu nedenle her birey yaşamının bir döneminde bakıma gereksinim duyar (Baykara, 2014). Bakım eylem olarak kullanıldığında; “korumak, yardım etmek, sevgi

beslemek, düşünmek, özen göstermek ve empati duymak” olarak tanımlanabilir (Kıvanç, 2016). Bakım yoluyla hemşireler sağlıklı/hasta birey ve ailesine iyileştirici ve birey merkezli bir bakım sunabilirler (Velioglu, 2012; Kıvanç, 2016). Bu doğrultuda bireyselleştirilmiş bütüncül bakımın sunulabilmesi için hemşirelik bakımının doğasında yer alan; beceri, deneyim, eleştirel düşünme yeteneği, etik, işbirliği, kalite, bütüncülük ve bireysellik gibi kavramların ele alınması son derece önemlidir (Kıvanç, 2016).

Sağlıklı/hasta bireye sunulan bakımın kalitesinin en önemli bileşenlerinden biri bireyselleştirilmiş bakım kavramıdır (WHO, 2007). Bireyselleştirilmiş bakım tüm bireylerin eşsiz olduğuna inanan ve bireyin ihtiyaçlarını karşılamak için farklı uygulamalar yapılması gerektiğini kabul eden bir süreçtir (Radwin ve Alster, 2002; Suhonen ve ark., 2012). Bireyselleştirilmiş bakım bireye ve onun sağlık problemine odaklanır. Bireyselleştirilmiş bakım hasta merkezlidir (Suhonen ve ark., 2002). Bireyselleştirilmiş bakım genellikle hasta bireyin inançları, değerleri, duyguları, düşünceleri, tercihleri, deneyimleri ve algılarına yönelik olarak hemşirelik bakımının uyarlanması olarak tanımlanmaktadır (Radwin ve Alster, 2002; Suhonen ve ark., 2002; Suhonen ve ark., 2004; Suhonen ve ark., 2005b). Bununla birlikte bireyselleştirilmiş bakım hemşire-hasta etkileşimi sırasında ortaya çıkan bakım uygulamalarını da içermektedir (Lauver ve ark., 2002).

Bireyselleştirilmiş bakım, hastaların kişisel özelliklerini ve tercihlerini dikkate alarak, hastaların kendi bakımlarına katılmalarını ve karar almalarını teşvik etmektedir (Suhonen ve ark. 2011a). Bu yönüyle bireyselleştirilmiş bakım sadece hastalara bireysel özellikleri doğrultusunda hemşirelik bakımı sunmak değildir. Bireyselleştirilmiş bakım aynı zamanda bakım verilen hasta bireyin hemşirenin bu yaklaşımını algılaması, hissetmesi ve geri bildirimde bulunması ile gerçekleşen karşılıklı bir süreçtir (Suhonen ve ark., 2005b). Suhonen ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları bir çalışmada bireyselleştirilmiş bakımın; hasta bireyin memnuniyetini arttırdığı (Suhonen ve ark., 2000; Ruggeri ve ark., 2003; Acaroğlu ve ark., 2007), bireylerin taburculuk sonrası evde kendi bakımlarını bağımsız olarak yönetebilmelerini güçlendirdiği (Suhonen ve ark., 2000) ve yaşam kalitelerini yükselttiği bildirilmiştir (Suhonen ve ark. 2007; Suhonen ve ark. 2008). Aynı zamanda bu konuda yapılan diğer çalışmalarda bireyselleştirilmiş bakımın hemşirelerde motivasyonu ve iş doyumunu arttırdığı da vurgulanmıştır (Lake ve Friese, 2006; Suhonen ve ark., 2007).

Ülkemizde, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik bazı çalışmalar yapılmış olmasına karşın, hemşirelerin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini belirleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Araştırma sonunda elde edilecek veriler doğrultusunda hemşirelerin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisi belirlenecek ve elde edilen bulgular doğrultusunda sağlıklı/hasta bireye sunulan bakımın kalitesini yükseltmeye yönelik uygun stratejiler geliştirilecektir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma hemşirelerin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Soruları**

1. Hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma özellikleri nelerdir?
2. Hemşirelerin iş doyumunu hangi düzeydedir?
3. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri nedir?
4. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları nasıldır?
5. Hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma özellikleri tükenmişlik, iş doyumunu ve bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilemekte midir?
6. Hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeyleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında ilişki var mıdır?

## GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hemşirelik

Hemşirelik bireyin bedensel, duygusal, ruhsal ve toplumsal sağlık gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakımını planlayan, bu planı uygulamaya koyan, uyguladığı bakım planını sistematik bir biçimde değerlendiren dinamik bir süreçtir (Biol, 2016). Hemşireliğin temel işlevi sağlıklı ya da hasta bireye ihtiyaç duyduğu yardımı sağlamaktır. Bu yardım sağlıklı bireyin sağlığının sürdürülmesi ve hasta bireyin sağlığına yeniden kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içermektedir (Ay, 2011b; Pektekin, 2013).

#### 2.1.1. Hemşireliğin Temel Kavramları

Hemşirelik, felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine temellenmiş bir sağlık disiplini (Pektekin, 2013). Profesyonel bir meslek olan hemşireliği kendi doğruları içinde tanımlayabilmek ve hemşireliğe ilişkin düşünme biçimlerini geliştirebilmek için hemşirelik kuramları geliştirilmiştir (Akduran ve Özkan, 2014). Hemşireliğin meslek haline gelmesinde hemşirelik kuramlarının oldukça önemli bir rolü vardır (Mete, 2016).

Kuramlar hemşirelere en doğru ve en iyi olanı uygulamak konusunda bilgi verir ve yol gösterir. Kuram uygulamasında amaç klinik alanda bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmek için kullanılan hemşirelik uygulamalarını geliştirmektir. Kuramlar, araştırma sonuçlarını özetlemede, yeni ve öncelikli araştırma konularını belirlemede yol göstericidir. Bununla birlikte kuram ve modeller geliştikçe, hemşirelik eğitim programlarına yansımaları da kaçınılmaz olmuştur (Koç ve ark., 2017).

Kuramlar varsayımlarla başlamakta ve gerçekleri ortaya koymaktadır (Sabuncu ve İlhan, 2014). Hemşirelik kuramlarının temel yapı taşlarını ise kavramlar oluşturmaktadır (Mete, 2016). Kavramlar algılama ve yargılama yolu ile oluşturulan, yeniden hatırlanmak üzere bellekte saklanabilen ve imaj içeren soyut düşüncelerdir (Sabuncu ve İlhan, 2014; Biol, 2016). Hemşirelik eğitimi ve uygulamalarına etki eden ve onu yönlendiren dört temel kavram insan, çevre, sağlık-hastalık ve hemşireliktir (Velioglu, 2012).

## **İnsan Kavramı**

Tüm sağlık bakım uygulamalarının ve kuramlarının temelini insanın doğası, tepkileri ve ihtiyaçları oluşturmaktadır. İnsan içinde bulunduğu çevreyi kendisi için uyumlu hale getirebilen, sağlığının geliştirilmesinde ve hastalık durumunun tedavi edilmesinde sağlık bakım profesyonellerinin yardımına ve desteğine ihtiyaç duyan bir varlıktır (Ay, 2011b).

Bilim ve sanattan oluşan hemşirelik mesleğinin toplumda varoluş nedeni, insanı holistik yaklaşım doğrultusunda ele alabilmek ve onu tüm yönleriyle tanımlayabilmektir (Velioğlu, 2012). Bu yönüyle her birey eşsizdir, diğerlerinden farklıdır ve benzersizdir. Her bireyin bu benzersizliği, hem genetik hem de çevresel etmenlerden kaynaklanmaktadır (Ay, 2011b).

Biyolojik açıdan insan, milyonlarca hücreden oluşan oldukça karmaşık bir yapıdır. İnsan iç ve diş çevresiyle sürekli etkileşim halindedir (Sabuncu ve İlhan, 2014).

İnsan çok değişik biçimlerde tanımlanmaktadır (Ay, 2011b). İnsan, kalıtımla getirdiği güçlerini geliştirebilen ve yeni kültürel değerler yaratabilen bir canlıdır (Velioğlu, 2012). Antropolojide insan “doğada seçkin ve ayrı bir yeri olan bir varlık” olarak tanımlanmıştır (Ay, 2011b).

Flornance Nightingale insanı fiziksel, entelektüel, emosyonel, sosyal ve spiritüel unsurların bir bileşimi olarak görmektedir (Biol, 2016).

Virginia Henderson ise insanı biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve moral bileşenleri olan bir varlık olarak tanımlamaktadır (Sabuncu ve İlhan, 2014).

Orem’ e göre insan “biyolojik, sembolik, toplumsal işlev gören bir birimdir” (Velioğlu, 2012).

Dorothy E. Johnson’a göre insan, herhangi bir eylem sonucunda gözlenebilen davranışları olan bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Sabuncu ve İlhan, 2014).

Neuman ise insanı, çevresi ile sürekli etkileşim halinde bulunan açık bir sistem olarak ele almaktadır. Neumana göre insan, fizyolojik, psikolojik, gelişimsel, sosyo-kültürel etkinliklerin dinamik bir parçasıdır (Ay, 2011a; Sabuncu ve İlhan, 2014).



Travelbee insanı, kendine özgü düşünce ve fikirleri olan, bir başkasına benzemeyen, yeri doldurulamayan, içinde yaşadığı çevreden ve kültürden etkilenen biyolojik ve sosyal bir organizma olarak tanımlamaktadır (Velioğlu, 2012; Birol, 2016).

Abdellah ise insanı “fizyolojik, bedensel ve emosyonel, sosyal gereksinimleri olan varlık” olarak açıklamıştır (Velioğlu, 2012; Sabuncu ve İlhan, 2014).

Peplau’ya göre insan, “gereksinimlerinin doğurduğu gerilimi kendine özgün bir biçimde azaltmaya çalışan bir organizmadır” (Velioğlu, 2012; Sabuncu ve İlhan, 2014; Birol, 2016).

Roy insanı “değişen çevre ile sürekli etkileşim içinde olan biyopsikososyal bir varlık” olarak tanımlamıştır (Velioğlu, 2012; Birol, 2016).

Henderson’un insan kavramı ise “biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve moral bileşenler üzerine temellenmiştir (Velioğlu, 2012).

Rogers’a göre insan ise “birleşmiş bir bütünlüğe sahiptir. Parçaların toplamından daha fazla ve farklı özellikler gösterir” (Velioğlu, 2012; Sabuncu ve İlhan, 2014).

Wiedenbach da her bireyin kendi içinde büyük bir potansiyele sahip olduğunu, insanın bağımsızlığını sürdürmeye çabalarken kişinin yalnızca yetenek ve potansiyelini kullanmasının yeterli olmadığını, aynı zamanda kendi sorumluluklarını da yerine getirmesi gerektiğini belirtmiştir (Velioğlu, 2012; Sabuncu ve İlhan, 2014; Birol, 2016).

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın biyolojik gereksinimleri ile psikososyal gereksinimleri arasında sürekli bir etkileşim vardır. İnsanın sağlıklı olması bu gereksinimlerin dengeli bir şekilde karşılanmasına bağlıdır. Maslow, insanın temel gereksinimlerinden söz etmiş, bunları; beslenme, boşaltım, solunum gibi fizyolojik gereksinimler; güvenlik, barınma gibi sosyal gereksinimler; ait olma, sevgi, saygı, kendini gerçekleştirme gibi psikolojik gereksinimler olarak gruplandırmıştır. Bu gereksinimler hiyerarşik bir yapı oluşturmakla birlikte, birbirleriyle sürekli etkileşim halindedir. Fizyolojik gereksinimlerin karşılanamaması insanı psikolojik olarak etkilerken, psikolojik bir etkenin varlığı da insanın fizyolojik alanında değişikliklere neden olabilmektedir. Bu nedenle insan değerlendirilirken; biyolojik, sosyal, psikolojik, kültürel ve spiritüel boyutları ile bir bütün olarak ele alınmalıdır (Öz, 2004).

### **Çevre Kavramı**

İnsanın gelişiminde hem fiziksel hem de psikososyal çevresi oldukça önemli rol oynar (Ay, 2011b). Çevre, insanın duyu organları ve sinir sistemi ile mesaj alışverişinde

bulunduğu dinamik bir ortamdır. Bu yönüyle çevre ve insan arasındaki etkileşim sürekli, karşılıklı ve eş zamanlı bir süreçtir (Sabuncu ve İlhan, 2014). Çevre çok farklı biçimlerde tanımlanabilmektedir.

Hemşirelik alanında çevre ve sağlık ilişkisini ilk olarak ortaya koyan ve çevrenin önemini vurgulayan kuramcı Florence Nightingale'dir. Nightingale psikolojik ve sosyal çevreden çok fiziksel çevreye önem vermiştir. Çevreyi, hastalık ve ölüme yol açan, organizmanın gelişmesini ve yaşamını etkileyen etkenler ve dış şartların bütünü olarak ele almıştır. Nightingale havalandırma, temiz hava, temiz su ve uygun sıcaklığın sağlanması ile organizmanın doğal yenilenme sürecinin aksamadan devam edeceğini belirtmiştir (Velioğlu, 2012).

Virjina Henderson çevreyi "organizmanın gelişimini ve yaşamını etkileyen dış şartlar ve etkenlerin bütünü" olarak ele almıştır (Velioğlu, 2012).

Faye Abdellah hemşirenin terapötik çevrenin bir parçası olduğu fikrini benimsemiştir (Velioğlu, 2012).

Peplau ise çevreyi "organizma dışında var olan şartlar ve daha çok gelenek ve inançlar ile şekillendirilmiş kültürel çevre" olarak ele almıştır (Velioğlu, 2012).

Roy'a göre çevre "kişilerin ve grupların davranışını ve gelişmesini etkileyen, tüm şartlar, durumlar ve etkenler"dir (Velioğlu, 2012).

Rogers çevreyi "bölümleri farklı özellik gösteren, istenilen şekle sokulamayan dört boyutlu enerji alanının tanımlanması" olarak açıklamıştır (Velioğlu, 2012).

Toplumun sağlıklı olabilmesi için sağlığın çok yönlü olarak değerlendirilmesi ve insanların çevrelerinden soyutlanmadan bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir. Organizmanın gelişmesini ve yaşamasını etkileyen dış koşulların ve etmenlerin bütünü olarak tanımlanan çevre fiziksel, biyolojik ve sosyo-kültürel boyutlardan oluşmaktadır (Öz, 2004).

### **Sağlık ve Hastalık Kavramı**

Sağlık kavramı evrensel olmasına karşın, anlamı bireyden bireye ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir (Öz, 2004). Sağlık bireyin yaşamı boyunca değişiklik gösterebilen dinamik bir durumdur. Sağlık bireyin fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda fonksiyonlarını sürdürebilmesini ifade etmektedir (Ay, 2011b). Bu nedenle sağlığın biyolojik, sosyolojik ve kültürel olarak farklı tanımları yapılabilmektedir (Velioğlu, 2012).

Biyolojik açıdan sağlık, bedeninin her bir hücresinin en üst düzeyde işlev gördüğü ve hücreler arası uyumun var olduğu bir durum olarak tanımlanabilmektedir (Ay, 2011b; Velioğlu, 2012).

Sosyolojik açıdan sağlık, bireyin kendisinden beklenen rol ve sorumlulukları yerine getirebilmesi ve çevre ile olumlu ilişkiler kurabilmesi olarak açıklanmıştır (Ay, 2011b).

Psikolojik açıdan sağlık ise, bireyin beklenmedik bir olay ile karşılaştığında yaşadığı duyguları, geliştirdiği başa çıkma yöntemleri ile çevresine uyum sağlama yeteneği olarak tanımlanmıştır (Ay, 2011b; Velioğlu, 2012).

Sağlık kültürlere göre değişen göreceli bir kavramdır. Sağlık biyolojik ve çevresel etmenler kadar kültürel etmenlerden de etkilenmektedir. Sağlık kültürü, bireylerin ya da toplumların temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, yorumlama ve anlama; bu bilgi ve hizmetleri sağlığı koruma geliştirme amacıyla kullanabilme kapasitesidir. Sağlık kültürü, bireylerin bilinç düzeylerinin bir ürünü, beceri ve yeterliliklerin bütünüdür. Sağlık kültürü her bireyin ya da toplumun hayatı yaşama, kutlama, hayatta mutlu olma, acı çekme ve ölme biçimi ile yakından ilgilidir. Sağlık kültürü, sağlıkla ilgili değerleri kavrama, yaşam biçimlerini geliştirme ve öz değerlendirme yapabilme gibi temel becerilerin geliştirilmesidir (Taşçı, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise sağlığı, “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak ifade etmektedir (Ay, 2011b)

Sağlık kavramı tüm insanlığı ilgilendirmesine karşın dünyada kabul gören evrensel bir tanımı yoktur. Hemşire kuramcılar sağlığı farklı yönleri ile ele almışlardır (Öz, 2004).

Florence Nightingale sağlığı “iyi olma ve kişinin var olan potansiyelini mümkün olan en üst düzeyde kullanma” olarak tanımlamaktadır (Öz, 2004; Velioğlu, 2012).

Orem’e göre sağlık, “bireyin bedensel ve işlevsel olarak bir bütünlük içinde olma durumu”dur (Öz, 2004; Velioğlu, 2012).

Virginia Henderson, sağlığı bağımsızlıkla eş tutmakta ve sağlığı, bireyin işlevlerini bağımsızca yapabilme yeteneği olarak ele almaktadır (Öz, 2004; Velioğlu, 2012).

Faye G. Abdellah sağlığı tam olarak tanımlamamakla birlikte, sağlığı bireylerin günlük yaşamlarında i ve dış stresörlere adaptasyonu şeklinde açıklamaktadır (Biol, 2016).

Rogers, pozitif sağlık terimini, sağlıklı olma, rahatsızlığın bulunmaması olarak ifade etmektedir. Rogers'a göre pozitif sağlık kavramı sağlığın devamı için insanlara yardım etmeyi içermektedir (z, 2004; Velioğlu, 2012).

Roy sağlığı, "bir durum, var olma süreci ve bütünlüktür" şeklinde tanımlamaktadır (z, 2004; Velioğlu, 2012).

Imogine King sağlığı, organizmanın yaşam boyunca içinde olduğu bir durum olarak ele almaktadır. King sağlığın, bireylerin günlük yaşamlarında i ve dış stresörlere karşı tüm kaynaklarını başarılı bir biçimde kullanarak devamlı uyum sağlaması ile gerçekleştiğini savunmaktadır (Biol, 2016).

Joyce Travelbee ise sağlığı subjektif ve objektif sağlık kriterleriyle tanımlamaktadır (z, 2004; Velioğlu, 2012). Subjektif sağlık, bireyin kendisini fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak nasıl algıladığını; objektif sağlık ise muayene ve laboratuvar testleri ile belirlenen bir hastalığın olmayışını yani sağlıklı olma durumunu ifade etmektedir (Ay, 2011a).

Hastalık, rahatsızlık ya da sağlık durumunda meydana gelen sapmaları ifade etmektedir. Hastalık yalnızca doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel olarak normal değişikliklerin yarattığı bir süreç değildir. Aynı zamanda bireyin önceki durumu ile karşılaştırıldığında mevcut fiziksel, emosyonel, entellektüel, sosyal, gelişimsel ve spiritüel fonksiyonlarının bozulduğu bir durum olarak da tanımlanabilmektedir (Sabuncu ve İlhan, 2014).

Claude Bernard ve Canon hastalığı tanımlarken, ilk olarak bireyin içinde yaşadığı çevresinden ayrı değerlendirilemeyeceğini belirtmiştir. Selye ise hastalığın oluşumunda stresin etkisi üzerinde durmuş ve stresi "organizmanın her türlü uyarana verdiği cevap" olarak tanımlamıştır (Ay, 2011b; Biol, 2016).

Hasta olma davranışı, kişisel özellikler, sosyal statü, sosyal normlar, sosyal imkanlar ve bireyin içinde yaşadığı evre olmak üzere bir çok faktörden etkilenebilmektedir (Mete, 2016). Hemşirelerin bireye sunulan bakımı bireyselleştirebilmeleri için bu değerşenlerin birey ve aile üzerindeki etkilerini bilmesi son derece önemlidir (Ay, 2011b). İ değerşenler, hastalığın doğası, semptomları ve bu

semptomların birey tarafından nasıl algılandığı, dış değişkenler ise, sosyal gruplar, sağlık kuruluşunun özellikleri, sosyal destek varlığı, kişinin kültürü ve ekonomik durumu gibi özellikler ile ilgilidir (Mete, 2016).

### **Sağlık İnanç ve Uygulamalarını Etkileyen Faktörler**

Sağlık/hasta bireyin sağlık inanç uygulamalarını etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bunlar iç değişkenler ve dış değişkenler olmak üzere iki grupta incelenebilmektedir (Mete, 2016).

**İç Değişkenler:** Bireyin büyüme ve gelişim dönemleri ile entelektüel durumunu, fonksiyonlarını nasıl algıladığını, emosyonel ve spritüel özelliklerini içermektedir (Mete, 2016).

**Büyüme ve Gelişme Durumu:** Bireylerin düşünce, algı ve davranışlarını yönlendirmede oldukça önemlidir. Hemşire sağlıklı/hasta birey ile ilgili topladığı verileri değerlendirirken bireyin büyüme ve gelişmeye yönelik özelliklerini dikkate almalıdır. Bireyin içinde bulunduğu çocukluk, adölesan ve erişkin dönemine göre sağlık kavramı farklı anlamlar ifade etmektedir. Çocukluk döneminde hastalık hastaneye yatma, korku, endişe ve anksiyete ile aynı anlama gelmekte ve yaşanan korkunun sebebini yapılacak işlemler ile ilgili bilgi eksikliği oluşturmaktadır. Bu yönüyle sağlıklı/hasta bireyin içinde bulunduğu dönem verilecek eğitimin içeriğini ve yöntemini belirlemede oldukça önemlidir. Bireyin inanç ve uygulamalarını etkileyen diğer faktör ise kişinin emosyonel gelişimidir. Hemşire sağlıklı/hasta bireyin bakımını planlarken hemşirelik sürecinin her aşamasında bireyin büyüme ve gelişme özelliklerini göz önünde bulundurmalıdır (Mete, 2016).

**Entellektüellik Düzeyi:** Bireyin sağlığa ilişkin inançlarını etkilemekte ve bireylerin sağlıkla ilgili düşünce biçimlerini şekillendirmektedir. Bu yönüyle bilişimsel gelişim düzeyi bireylerin sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi ve uygulamaları anlamlandırabilmesini ve uygulayabilmesini etkilemektedir (Mete, 2016).

**Fonksiyonların Algılanması:** Bireylerin fiziksel fonksiyonları sağlık inanç ve uygulamalarını etkilemektedir. Hemşireler sağlık bakım uygulamalarını yerine getirirken bireylerin fiziksel fonksiyonlarının sağlık inanç ve uygulamalarını ne ölçüde etkilediğini bilmelidir. Fonksiyonlarda meydana gelen değişimler bireyin benlik saygısının bozulmasına ve iletişim sorunları yaşamasına neden olabilmektedir. Bu yönüyle hemşire

bakımı planlarken bireyin fonksiyonlarındaki değişimi ve bu değişimin birey için ne anlam ifade ettiğini bilmelidir (Mete, 2016).

**Emosyonel Faktörler:** Kişilerin yaşamakta olduğu stres, depresyon ve korkuları sağlık inanç ile davranışlarını etkilemekte ve bunun sonucu olarak da bireyler daha kolay hastalanabilmektedir. Bunun tam tersi olarak da emosyonel açıdan iyi olan bireyler hastalık durumu ile daha kolay baş edebilmekte ve daha hızlı bir iyileşme gösterebilmektedir (Mete, 2016).

**Spiritüel Faktörler:** Bireylerin ailesi ve yakın çevresi ile olan iletişimi ve kişinin yaşam biçimi gibi faktörler bireylerin sağlık inanç ve uygulamalarını şekillendirmektedir. Spiritüel alanın en önemli bileşenlerinden biri de dini inançlardır. Ancak bu alana ilişkin veri toplamak oldukça zordur. Bu nedenle hemşireler bu alanla ilgili veri toplamak için kendilerini geliştirmelidirler (Mete, 2016).

**Dış Değişkenler:** sağlık inanç ve uygulamalarını etkileyen aile, sosyo-ekonomik faktörler ve kültür gibi değişkenleri içermektedir (Mete, 2016).

**Aile:** Bireyin sağlık ile ilgili uygulamalarını etkileyen en önemli faktörlerden birini oluşturmaktadır. İçinde yaşanılan aile bireyin hastalığın ciddiyeti ile ilgili algısını, hastalığa karşı önlemleri ve tepkilerini şekillendirmektedir. Örneğin düzenli sağlık kontrolleri yaptıran bir annenin kızının da benzer davranışlar göstermesi beklenmektedir (Mete, 2016).

**Sosyo-Ekonomik Faktörler:** Psikososyal değişkenler bireylerin hastalık risklerini arttırdığı gibi hastalığa ilişkin tepkilerini ve yaşam tarzlarını da etkilemektedir. Bu yönüyle bireyler sağlıklarına ilişkin bir sorun yaşadıklarında sosyal destek sistemlerine ihtiyaç duyabilmektedir. Sağlık inanç sistemlerini etkileyen bir diğer faktör ise ekonomik durumdur. Ekonomik durum, herhangi bir sağlık sorunu ortaya çıktığında sağlık bakım sisteminden yararlanabilmeyi en çok etkileyen faktörlerden biridir. Ekonomik durumu yüksek olan bireyler sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında en üst düzeyde ve kalitede hizmet alabilirken, ekonomik koşulların iyi olmaması kişinin sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Mete, 2016).

**Kültürel Özellikler:** Bireyin inanç, değer ve alışkanlıkları gibi yaşamının tüm boyutlarını içermektedir. Kişinin içinde yaşadığı kültür, bireysel sağlık uygulamalarını ve iletişim kurma becerisini etkileyebilmektedir. Bu yönüyle hemşire sağlık bakım hizmeti sunarken sağlıklı/hasta bireyin kültürel davranış kalıplarını ve dilini anlayabilmelidir.

Hemşire bireyi değerlendirirken içinde bulunduğu kültürü göz önünde bulundurmadığında ise bireyin davranışlarını ve inançlarını anlamakta güçlük çekmekte ve bakım sunumu bu durumdan olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Mete, 2016).

### **Hastalığın Sağlıklı/Hasta Birey ve Ailesi Üzerine Etkisi**

Hastalığa verilen tepki bireyden bireye farklılık göstermektedir. Birey ve aile, hastalık durumundan emosyonel ve davranışsal olarak etkilenmekte; vücut imajı, aile dinamikleri ve aile içi rollerde değişim yaşanabilmektedir (Ay, 2011b; Mete, 2016).

**Davranışsal ve Emosyonel Değişiklikler:** Bireyin davranışları hastalığın doğasına ve bireyin tutumuna göre değişiklik göstermektedir. Kısa süreli, yaşamı tehdit etmeyen hastalıklar, bireyin ve ailenin fonksiyonlarında çok az değişiklik yaratırken, özellikle yaşamı tehdit eden hastalıklar anksiyete, şok, öfke, içine kapanma gibi ciddi emosyonel değişikliklere yol açabilmektedir. Bu yönüyle bir hemşire bakımı planlarken bireyin göstereceği tepkilerin farkında olmalı ve bireyin stres yaratan durumla baş etmesine yardımcı olmalıdır ( Ay, 2011b; Mete, 2016).

**Aile Rollerini Üzerine Etkisi:** Bireylerin aile içinde ebeveyn, eş, çocuk, karar verici gibi birçok rolleri bulunmaktadır. Hastalık durumunda ise aile içindeki roller değişmekte, birey ve aile bu değişen rollere uyum sağlamakta güçlük çekmektedir. Bu yönüyle aile içinde ebeveyn kendi üzerine düşen rolleri yerine getiremediğinde, aile dinamikleri bozularak aile içi roller değişmekte, bu durum aile üyeleri arasında stres ve çatışmalara neden olabilmektedir (Ay, 2011b; Mete, 2016).

**Beden İmajı:** Fiziksel görünümün subjektif bir ifadesidir. Bazı hastalıklar fiziksel değişimlere neden olmakta, sağlıklı/hasta birey ve aile üyeleri bu değişikliklere farklı tepkiler göstermektedir. Bu yönüyle her değişim her birey için farklı bir anlam ifade etmektedir (Ay, 2011b; Mete, 2016).

**Benlik Kavramı:** Bireyin kendisini nasıl algıladığı, zayıf ve güçlü yönlerini nasıl gördüğünü yansıtan mental imajdır. Hastalık kişinin beden imajını etkilemektedir. Hastalık sonucu birey ailenin kendinden beklediği sorumlulukları yerine getiremediğinde, bu durum gerginliğe ve çatışmalara neden olabilmekte aile üyeleri ile birey arasındaki ilişkiler olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Ay, 2011b; Mete, 2012).

### **Hemşirelik Kavramı**

Çağdaş hemşirelik uygulamaları, bireyin ve toplumun sağlığını geliştirmek, korumak, hastalığa uyumunu kolaylaştırmak ve iyileşmesine yardımcı olmak için

yürütülen bakım uygulamalarını içermektedir. Hemşirelik mesleğinin amacı; sağlıklı/hasta bireyin ya da toplumun ihtiyaçlarının karşılanmasında gereksinim duydukları yardımı sağlamaktır (Ay, 2011b).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Counsel of Nursing-ICN) tarafından hemşirelik “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubu” olarak tanımlanmaktadır (Ay, 2011b; Mete, 2016).

Türk Hemşireler Derneği (THD) ise hemşireliği, “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” olarak tanımlamaktadır (Ay, 2011b; Mete, 2016).

Amerikan Hemşireler Derneği’de (American Nursing Association-ANA) “Hemşirelik, yardım sunan bir meslek olup, bu hizmetleriyle insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunur. Hemşirelik hizmetleri hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir. Hemşirelik mesleğinin üç temel ögesi bakım, tedavi ve koordinasyondur ” olarak ifade etmektedir(Ay, 2011b).

Uluslararası Çalışma Örgütü ise (ILO) profesyonel hemşireyi “ileri derecede kompleks, karmaşık ve sorumluluk yüklü fonksiyonları üstlenebilmek için gerekli olan belirli bir eğitime ve öğrenime sahip kişi” olarak tanımlamaktadır (Ay, 2011b).

Avrupa Konseyi hemşireliği “bireylere, ailelere ve gruplara yaşadıkları ve çalıştıkları ortamın çetin koşulları içerisinde, ruhsal ve sosyal potansiyellerini değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmaktır” olarak ifade etmiştir (Ay, 2011b).

Florance Nightingale hemşireliği, sağlıklı/hasta bireyi en iyi koşullara getirmeyi amaçlayan, iyileşme sürecinde “yardım edici çevre” sağlayan bir süreç olarak tanımlamaktadır (Biol, 2016). Florance Nightingale kuramında “hasta hemşireliği ve sağlık hemşireliği” olmak üzere iki kavram üzerinde durmaktadır. Florance Nightingale hasta ve sağlık hemşireliğinin amacının hasta birey için doğanın iyileştirici etkisini sağlayacak bir ortam hazırlamak olduğunu savunmaktadır (Velioğlu, 2012).

Virginia Henderson “hemşireliği bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç” olarak tanımlamaktadır (Ay, 2011b; Biol, 2016).



Hildegard E. Peplau ise hemşireliği “anlamlı, yardım edici kişiler arası ilişki süreci ve bir iyileştirme sanatı” olarak ele almaktadır (Velioğlu, 2012; Birol, 2016).

Faye G. Abdellah hasta merkezli hemşirelik bakımı üzerinde durmuş ve hemşireliği bireye, aiele ve topluma hizmet vermek üzere ortaya çıkan bilim ve sanat üzerine temellendirilmiş bir fenomen olarak açıklamıştır (Birol, 2016).

Travelbee ise kuramında, hasta ile hemşirenin etkileşim içinde olduğunu ve hemşireliğin amacının hastalık ve rahatsızlığı önlemek için birey, aile ya da topluma yardım etmek olduğunu vurgulamıştır (Ay, 2011a; Velioğlu, 2012; Birol, 2016).

Wiedenbach hastayı gereksinimleri olan birey, hemşireyi ise gereksinimleri karşılayan kişi olarak görmektedir. Wiedenbach hemşireliğin dört temel unsurunu meslek felsefesi, amaç, uygulama ve sanat olarak ifade etmektedir (Birol, 2016).

Lydia E. Hall, Öz Bakım Kuramı’nda hemşireliğin ana kavramlarını bakım, öz ve tedavi olarak ele almıştır. Öz hasta bireyi, tedavi bireyin ilaç ve uygulamalarını, bakım ise bireyin rahatını ve konforunu sağlama aktivitelerini içermektedir (Ay, 2011a; Velioğlu, 2012).

Orlando’ya göre hemşirelik ise, bireyin farkına vardığı, fakat kendi kendine karşılayamadığı gereksinimlerini karşılayarak onu fiziksel ve psikolojik olarak rahatlatmaktır (Birol, 2016).

Orem, Öz Bakım Yetersizliği Kuramı’nda hemşireliği, öz bakımlarını yapabilmeleri için insanlara yardım etme ve insanlara verilen hizmet olarak tanımlamaktadır (Ay, 2011a).

Roy’un kuramının temelini adaptasyon yani uyum oluşturmaktadır. Roy hemşirenin uyguladığı girişimlerin bireyin sağlığını olumlu yönde etkileyerek uyumunu kolaylaştırdığını savunmaktadır (Ay, 2011a; Velioğlu, 2012).

King hemşireliği “her yaşta ve sosyo-ekonomik gruptaki bireylere; sağlık ve hastalık durumunda, günlük yaşamlarını sürdürebilmek için temel gereksinimlerinde yardımcı olmaktır” olarak tanımlamaktadır (Birol, 2016).

Rogers hemşireliği “bireylere bütüncül yaklaşımı savunan, insanın gelişim ve doğasını inceleyen hümanist bir bilim” olarak ele almaktadır (Ay, 2011a; Birol, 2016).

Watson ise hemşireliği sağlık, hastalık ve insan davranışları arasındaki ilişkiyi anlamaya çalışan bir meslek olarak tanımlamaktadır. Watson hemşirelik uygulamalarında

hemşire-hasta arasındaki ilişkiyi hümanistik ve alturistik değerlere dayandırmaktadır (Ay, 2011a).

Roper, Logan, Tierney hemşireliği, hastalık durumunu tedavi etmekten çok bireyin günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunlarının önlenmesi ya da çözülmesi olarak açıklamaktadır (Velioglu, 2012; Birol, 2016).

### **2.1.2. Hemşirelik Felsefesi**

Felsefe, bilimin temelini oluşturan, ilkeler bütünü, dünya görüşü ve soyut düşünebilme olarak tanımlanabilir (Pektekin, 2013). Türk Dil Kurumu ise felsefeyi “varlığın ve bilginin bilimsel olarak araştırılması, bir bilim veya bilgi alanının temelini oluşturan ilkeler bütünü” olarak açıklamaktadır (TDK, 2017). Sistemik olarak düşünebilme, düşünme sonucu ortaya çıkan tüm ürünleri ise eleştirme çabası içinde olan felsefe bilge ve bilgelik sevgisi anlamına da gelmektedir (Özkan, 2014). Bilgiye sahip olmaktan çok bilgiyi aramak ve araştırmak felsefenin özünü oluşturmaktadır (Şendir, 2016).

Hemşirelik felsefesi ise, hemşirelik davranışlarını ya da uygulamalarını yönlendiren değerler, amaçlar ve etik karar verme süreçlerinden oluşmaktadır (Özkan, 2014). Hemşirelerin mesleki inanç ve değerleri anlayabilmeleri ve buna uygun davranışlar sergileyebilmeleri hemşirelik felsefesi ile mümkündür. Bu yönüyle hemşirelik felsefesi, hemşirelerin kişisel ve mesleki davranışlarını, tutumlarını ve tüm yaşamlarını etkilemektedir (Şendir, 2016).

Türk Hemşireler Derneği hemşirelik felsefesini; “Hemşirelik bireylere ve ailelere verilen bir hizmettir. O nedenle toplumsal bir kurumdur. Toplumsal sorunlar ve yapılar sürekli değiştiği için hemşirelik işlev ve rolleri de değişmektedir. İşlev ve roller değişmesine karşın, hemşirelik hizmetleri toplumun temel gereksinimlerine yanıt verme ilkesini sürekli olarak korumaktadır” şeklinde açıklamaktadır (Şendir, 2016).

Hemşirelik felsefesi bakım verme, iyileştirme, destek olma, koruma gibi hemşirelik uygulamalarına yön veren değerler, amaçlar ve kararlardan oluşan soyut bir yapıdır. Hemşirelik felsefesi yardım etme ve bakım verme olmak üzere iki boyutta ele alınabilir. Yardım etme, insanı tanıma, anlama, yardım gereksinimlerini belirleyebilme, bu gereksinimleri ayırt etme, doğru ve iyi olanı seçme, yardımı insancıl olarak gerçekleştirerek ölçülebilir. Bakım verme ise, fiziksel ve mental süreçlerin karşılıklı

bir ilişki içerisinde hemşire tarafından sürdürülmesi, korunması ve geliştirilmesi uygulamalarını içerir (Özkan, 2014).

Günümüzde hemşirelik, temelini bilim ve sanattan alan, sosyal, etik, estetik ve kültürel değerlerden etkilenen profesyonel, bireyselleşmiş kişiler arası bir bakım sürecine dönüşmüştür (Özkan, 2014). Bununla birlikte Şendir'in (2016) bildirdiği üzere "Bevis, hemşirelik mesleğinin gelişimini şekillendiren ve günümüzde de hala etkisini sürdüren idealizm (asetizm), romantizm, pragmatizm ve hümanistik varoluşçuluk olmak üzere dört temel felsefi dönem olduğunu bildirmiştir".

**İdealizm (Asetizm):** Hemşirelikte Hristiyanlık ile başlayan ve dinsel gerçekliği savunan bir düşüncedir. İdealizmde bireyin, manevi yaşam için kendini dine adanması görüşü hakimdir. Hemşireliğin formal eğitim yerine usta-çırak ilişkisi ile öğrenilebileceğini savunmaktadır. Hemşireler sundukları hizmetten maddi kazanç sağlamak yerine insan ve topluma yardım etmeyi amaçlamışlar ve kendi gelişimlerini ikinci plana atmışlardır. Bu dönem 20. yüzyıla kadar hemşirelikte etkisini korumuştur. Hemşirelerden sıklıkla sağlık bakımı için yardım işleri yapmaları beklenmiştir (Şendir, 2016).

**Romantizm:** Orta Çağ'da devam eden kilisenin katı idealist anlayışına tepki olarak ortaya çıkmıştır. Bu dönemde hemşirelik tıbbın en önemli yardımcısı olmuştur. Hemşirelik eğitiminin içeriği tıp eğitime paralel olarak oluşturulmuş ve hastadan çok hastalığa odaklanılmıştır. Bu doğrultuda hemşirelik bakım faaliyetleri sezgi ve deneyimlere dayanılarak gerçekleştirilmiştir (Şendir, 2016).

**Pragmatizm:** Gerçeklik ilkesine dayalı uygulamaların ağırlıklı olduğu bir dönemdir. Savaş sırasında meydana gelen kayıplar üzerine acil bakım gereksinimi ortaya çıkmış ve hemşirelere yardımcı olacak sağlık bakım elemanlarına ihtiyaç duyulmuştur. Yardımcı sağlık bakım personeline ve hemşirelere hasta bakımında görev verilirken eğitim seviyesi yüksek olan hemşirelere ise yönetim görevi verilmiştir. Sağlık bakım sunumunda hastalıklar üzerinde durulmuştur. Hastanelerde hastaların daha etkili bir bakım alabilmesi için tıbbi uzmanlık alanlarına gereksinim duyulmuş ve hemşirelik eğitim programları hastalıklara göre planlanmıştır. Bu dönemde hastalık, rahatsızlık ve tanı üzerine odaklanılmış, birey ve ailesinin bütünlüğü dikkate alınmamıştır (Şendir, 2016).

**Hümanistik Varoluşçuluk:** Hümanizm teklifi, bireyselliği ve bütüncüllüğü ifade etmektedir (Özkan, 2014). Varoluşçuluk ise gerçekliğin insanın aklında var olduğunu kabul eden modern felsefi bir görüştür (Şendir, 2016). Virginia Henderson “insanların temel gereksinimleri birbirinin aynıdır, ancak birbirinin aynı iki insan yoktur. Bu nedenle hemşire hastanın gereksinimlerini o hastaya özgü değerlendirip uygun bakımı vermelidir” ifadesinde hemşirelik bakımının hümanistik varoluş felsefesine göre estetik ve sezgi yeteneğiyle uygulanması gerektiğini vurgulamıştır (Garret, 2007; Özkan, 2014).

Hümanistik felsefeye göre hemşirelik aktivitelerinin odağı, hasta birey ve hastalık yerine, sağlıklı birey ve sağlığı korumadır. Bakım verilecek olan sağlıklı/hasta birey tüm boyutları, gereksinimleri, ailesi, yakın ve uzak çevresi ile ele alınmalıdır. Bu yönüyle hümanistik varoluşçulukta birey tüm uygulamaların merkezinde yer almaktadır (Şendir, 2016). Hemşireliğin inanç ve değer sistemini oluşturan, düşünce ve uygulamalarına yön veren hümanistik yaklaşım ile bireyselliğin, birey otonomisinin değeri anlaşılmalı, bakım veren ve alan kişiler arasında üretken ve terapötik iletişim gibi birçok alt kavram hemşirelik bilimi içerisinde yerini almıştır (Babadağ, 2010).

### **2.1.3. Hemşirelik Bakım Sunum Sistemleri**

Hemşirelik bakım sunum hizmetleri, sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden birini oluşturmaktadır. Kullanılan hemşirelik bakım sunum yönetimi, örgütün benimsemiş olduğu yönetim felsefesi, kurum politikaları, sosyal değerleri ve örgütsel kaynaklarından etkilenmektedir. Bununla birlikte hasta bakım organizasyonu belirlenirken serviste bulunan hemşire sayısı, hasta profili, hastaların hemşirelik bakım gereksinimleri ve günlük hasta bakım süresi göz önünde bulundurulmalıdır (Türkmen, 2014).

Hemşire kuramcılar, Florence Nightingale'den günümüze kadar olan sürede hemşireliğin kavramsal çerçevesi ile birlikte kavramlar arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarabilmek amacıyla hemşirelik bakım modelleri oluşturmuşlardır. Hemşirelik bakım modelleri bakımın merkezine bireyi almakta ve bu yönüyle hemşirelik aktivitelerini iş merkezli olmaktan uzaklaştırmaya çalışmaktadır (Türkmen, 2014). Son yıllarda hemşirelik bakım sunumuna ilişkin kullanılan hemşirelik modelleri; sağlıklı/hasta bireyin bütüncül bakımı, ekip hemşireliği, fonksiyonel hemşirelik, primer hemşirelik ve vaka yönetimi şeklinde sıralanmaktadır (Türkmen, 2014; Kıvanç ve Keskin, 2016).

**Ekip Hemşireliği:** II. Dünya Savaşından sonra hemşire sayısındaki yetersizlik nedeniyle geliştirilen bir bakım modelidir. Bu bakım modelinde ekip üyeleri uzman hemşire liderliğinde hastalara doğrudan bakım sunmaktadır. Ekip üyeleri ile hiyerarşik bir iletişim söz konusudur. Bu modelde ekip lideri için özerklik üst seviyededir (Kıvanç ve Keskin, 2016).

**Fonksiyonel Hemşirelik:** Hastanelerde hemşireye olan ihtiyacın artmasıyla, daha az maliyetle daha etkili hizmet verebilmek amacıyla geliştirilmiş olan bir modeldir (Türkmen, 2014). Kalabalık bir hasta grubuna yönelik hemşirelik uygulamaları sınıflandırılmakta, hemşirelerin eğitim düzeyi ve yetkinlik durumuna göre dağılımı yapılmaktadır (Türkmen, 2014; Kıvanç ve Keskin, 2016). Fonksiyonel hemşirelik, ekonomik ve etkili bir yöntem olarak görülmekte, çok sayıda hastanın bakımı sağlanabilmekte, her bakım veren bireyin bilgi ve becerisinden en üst düzeyde yararlanılarak daha kısa zamanda ve daha hızlı şekilde bakım hizmeti sunulabilmektedir. Ancak fonksiyonel hemşirelikte hemşireler birey odaklı değil iş odaklı çalıştıkları için ve sunulan bakım parçalara ayrılmış olduğu için hastaya bütüncül bakım verilememekte, buna bağlı olarak da hastanın psikososyal gereksinimleri gözden kaçabilmektedir (Türkmen, 2014).

**Bütüncül Bakım:** Hemşireler hastalara kaliteli bakım hizmeti sunabilmek için hemşirelik kuramlarına temellendirilmiş olan çeşitli hemşirelik modelleri kullanmaktadır. Bu modellerden biri olan Neuman'ın Sistemler Modeli ilk olarak 1972 yılında bütüncül yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Neuman Sistemler Modeli bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel, spiritüel ve gelişimsel alanlarına ilişkin bakımından söz etmesi nedeniyle hastalara bütüncül yaklaşım sunumu için oldukça uygun bir modeldir. Model hastayı tüm sistemleri ile açık bir sistem olarak tanımlamaktadır (Kıvanç ve Keskin, 2016).

**Primer Hemşirelik:** Hemşirelerin mesleki özerkliklerini ve hasta bakımında kaliteyi artırma istekleri primer hemşirelik bakımının geliştirilmesinde oldukça etkili olmuştur (Türkmen, 2014). Primer hemşirelik, belirli bir hasta grubunun hemşirelik bakımının belirli bir hemşirenin sorumluluğu ve rehberliğinde olması şeklinde tanımlanabilmektedir (Kıvanç ve Keskin, 2016). Primer hemşire, hastanın kliniğe kabulünden itibaren başlamak üzere hasta taburcu olana kadar, serviste kaldığı süre boyunca hemşirelik bakımından sorumlu olmaktadır. Hemşire hastanın tüm bakım

gereksinimlerini hemşirelik sürecini kullanarak planlamakta, bakımı uygulamakta, bakımın sonuçlarını değerlendirmekte, hasta ve yakınlarıyla iletişim ve işbirliği kurmaktadır. Primer hemşirenin klinikte bulunmadığı durumlarda ise hastanın bakımından sorumlu diğer hemşireler primer hemşirenin oluşturduğu bakım planına uygun bir şekilde hastaya bakım sunmakta, yapılacak değişiklikler hakkında primer hemşireyle iletişime geçmektedir. Böylelikle hastaya sunulan bakımın devamlılığı sağlanmaktadır (Türkmen, 2014; Kıvanç ve Keskin, 2016). Primer hemşirelik yönetiminde hastaya sunulan bakımın kalitesi yüksek olmakta ve hastanın sorunlarına odaklanılarak çözümler üretilmektedir (Türkmen, 2014).

**Vaka Yönetimi:** Profesyonel bir sağlık bakımı sunma modelidir. Sağlık kuruluşlarının en az maliyet ile en kaliteli bakımı sağlama arayışına yanıt olarak ortaya çıkan bir bakım modelidir. Vaka yönetimi ileri derece uzmanlık gerektiren alanlarda kullanılmaktadır. Profesyonel hemşireler, bakım planını uygularken hasta, ailesi ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile iş birliği içinde çalışmaktadır. Vaka yönetimi bireylerin sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak için, gerekli aktivitelerin planlandığı, uygulandığı ve değerlendirildiği multidisipliner bir sistemdir. Vaka yönetiminin en önemli yönü, bütüncül hemşirelik bakımının sağlanmasıdır (Türkmen, 2014; Kıvanç ve Keskin, 2016).

#### **2.1.4. Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı**

Bakım kavramı, hemşirelik eğitimi, etik kodları ve yasası gibi hemşireliğe ilişkin bir çok mesleki konu alanının odak noktasını oluşturmaktadır (Austgard, 2008). Hemşirelikte bakım, hemşireliğin kuramsal bilgi içeriğinin ve hemşirelik uygulamalarının merkezinde yer almakta ve hemşireler için vazgeçilmez bir misyon olarak tanımlanmaktadır (Özkan ve ark., 2014).

Bakım eylem olarak kullanıldığında; “korumak, yardım etmek, sevgi beslemek, düşünmek, özen göstermek ve empati duymak” olarak tanımlanabilmektedir (Kıvanç, 2016).

Türk Dil Kurumu ise bakımı, “bakma işi, bir şeyin iyi durumda kalması için gösterilen özen, harcanan emek” şeklinde tanımlamaktadır (TDK, 2017).

Florence Nightingale bakım kavramını, “hemşirelik mesleğinin ana değeri” şeklinde tanımlamakta, hasta ve hemşire arasında yaşanan etkileşimin bakım sunma sürecinin en önemli ögesi olduğunu vurgulamaktadır (Özkan ve ark., 2014).

Joyce Travelbee, hemşirelik bakımında hümanistik yaklaşımın öneminden bahsetmektedir. Travelbee hemşirelik bakımının amacını “bireyin, ailenin veya toplumun hastalıklarla ve acı çekme ile baş etmesi ya da hastalıkların önlenmesi için gerekli yardımın bireye sağlanması” olarak açıklamaktadır (Velioğlu, 2012; Birol, 2016). Bununla birlikte Joyce Travelbee hemşirelik mesleği eğitiminin hastalık merkezli yaklaşım yerine bütüncül bakım sunma yaklaşımına doğru yön değiştirmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Velioğlu, 2012).

Lydia E. Hall bakım kavramını, hastanın öğrenme ihtiyaçlarının karşılanmasında ve bilgi eksikliğinin giderilmesinde bir araç olarak görmektedir. Lydia E. Hall’a göre bakım, hastanın tüm temel biyolojik ihtiyaçlarının karşılanması, konforunun sağlanması gibi hemşireliğin bakıp büyütme özelliğini yansıtan ve yalnızca hemşireliğe özgü olan bir kavramdır (Sabuncu ve İlhan, 2014).

Faye Glenn Abdellah ise bakım kavramını, hasta ve ailesinin fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılamak üzere tüm insanlara sunulan bir hemşirelik hizmeti olarak açıklamaktadır (Özkan ve ark., 2014).

Orem geliştirdiği Öz Bakım Yetersizliği Kuramı’nda öz bakım kavramını, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını sürdürmek, sağlık ve iyilik hallerini korumak için üzerlerine düşeni yapmaları olarak tanımlamaktadır (Velioğlu, 2012; Sabuncu ve İlhan, 2014). Öz bakım yetersizliği ise Orem’in kuramının temelini oluşturmakta ve hemşirelik bakımının önemini göstermektedir. Öz bakım yetersizliği öz bakım davranışları ile tedavi edici öz bakım gereksinimleri arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Bireyin yetenekleri sınırlandığında ya da kaybolduğunda, birey öz bakım gereksinimlerini karşılamak için hemşirelik bakım ve uygulamalarına ihtiyaç duymaktadır (Sabuncu ve İlhan, 2014).

Leninger bakımı, temel insan gereksinimi ve hemşireliğin temeli olarak görmektedir (Özkan ve ark., 2014). Leninger bakım kavramının, sağlık bakım sistemleri, sağlık bakım uygulamaları, değişen sağlık örüntüleri, sağlığı geliştirme ve sürdürme çabalarını barındırdığını vurgulamaktadır. Ayrıca Leninger transkültürel hemşirelik ve kültürel bakımın üzerinde durarak her kültürün kendine özgü inançları, değerleri ve uygulamaları içinde değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Leninger kültüre dayalı olarak yaptığı çalışmalarında bakımın bireye özgü temel gereksinimleri iyileştirdiğini, geliştirdiğini ve bireylere hayatta kalmaları için destek sağladığını belirtmektedir (Kıvanç, 2016).

Watson geliştirmiş olduğu teorisinde, bakım kavramını tedaviden önceki bir alana yerleştirmekte ve bakımı hemşirelerin bireylere sunduğu en değerli hizmet olarak gormektedir (Kıvanç, 2016). Watson hemşirelik bakımını, bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi olarak tanımlamaktadır (Özkan ve ark., 2014). Watson'un kuramı hümanizm üzerine kurulmakta ve bakımda hemşire-hasta ilişkisi vurgulanmaktadır. Bununla birlikte hemşire ve hasta arasında oluşan ilişkinin karşılıklı olduğu ve birbirini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebildiği belirtilmektedir (Kıvanç, 2016).

Kristen Swanson ise bakımı "sorumluluk hisseden bir bireyin değer verdiği diğer bireylerle ilgilenmesi" olarak tanımlamaktadır. Swanson bakımı, bireyi tanıma, birey ile birlikte olma, birey için birşey yapma, imkan verme ve inancını sürdürme olmak üzere beş kategoride incelemektedir (Kıvanç, 2016).

Hemşirelik bakım kuramları genel olarak, felsefi, antropolojik ve psikolojik bazı temalar üzerine vurgu yapmaktadır. Bakımı hemşire ve hastanın iletişime geçmesi olarak tanımlamaktadır. Hemşirenin en temel sorumluluğu bireye ihtiyaçı olan bakımı en üst düzeyde sunmaktır. Bu yönüyle bakım verme ve yardım etme hemşirenin mesleki bilgi, beceri ve yeteneklerini kullandığı bağımsız bir fonksiyonudur. Bu nedenle hemşirenin bağımsız fonksiyonu olan bakım sunma hemşireliğin temelini oluşurmaktadır (Özkan ve ark., 2014). Bu doğrultuda sunulan bakım hizmetinin hem hemşire hem de hasta ve aileleri tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi son derece önemlidir.

### **Bakıma İlişkin Hemşire Davranışları**

Bakım ihtiyaçı evrensel olmakla birlikte bakım uygulaması sosyokültürel normlara dayanmaktadır. Hemşire sağlıklı/hasta bireye bakım sunarken bireylerin kültürel değerlerini ve inançlarını göz önünde bulundurmalıdır. Bununla birlikte sağlık bakım kuruluşlarının yönetim sistemi ve örgütsel yapısı, hemşirelik mesleğinin eğitim ve öğretim nitelik ve niceliği, hemşireliğin profesyonel rolünün algılanma şekli hemşirelik bakımının niteliğini etkileyen faktörlerden bazılarına örnek olarak verilebilir (Özkan ve Tunç, 2014). Bakıma ilişkin temel hemşirelik yaklaşım biçimleri;

- Bireye karşı saygılı ve iyileştirici şekilde davranma,
- Bakımın sunumunda kültüre özgü davranışları öğrenme,
- Sağlıklı/hasta birey ile hemşire arasında etkin iletişim kurma,
- Sağlıklı/hasta bireyin hastalığı nasıl algıladığını bilme,



- Hastanın yanında olma,
- Hem fiziksel hemde fiziksel olmayan dokunma,
- Dinleme,
- Hastayı tanıma/bilme,
- Hastanın manevi gereksinimlerinin farkında olma,
- Hasta ve ailesinin bakım uygulamasına aktif şekilde katılımını sağlama olarak sıralanabilir (Özkan ve Tunç, 2014).

**Hastanın Yanında Olma:** Hemşire ve hasta arasında yakınlık sağlamakta ve sefkat hissi oluşturmaktadır. Hemşirenin hasta ile göz teması kurması, onu etkin bir şekilde dinlemesi ve cesaretlendirmesi hemşire ve hasta arasında güvenli bir ortam gelişmesine neden olmaktadır (Kıvanç, 2016).

**Dokunma:** İlişkisel olmakla birlikte doğrudan ya da dolaylı olarak gerçekleşmekte ve rahatlatıcı bir ortam oluşturmaktadır. Dokunma sefkat göstermenin bir yolu olmakla birlikte hastanın konforunu artırmakta ve kendini güvende hissetmesini sağlamaktadır (Kıvanç, 2016).

**Dinleme:** Hemşire ile hasta arasında bir güven ortamı oluşturmaktadır. Dinleme hemşirenin hastayla karşılıklı ilişki kurmasına yardımcı olmaktadır. Hastayı etkin bir şekilde dinlemek hastanın doğru şekilde tanınmasını ve anlaşılmasını sağlamaktadır. Böylece hasta ve ailesi için neyin önemli olduğu bilinebilmektedir (Kıvanç, 2016).

**Hastayı Tanıma/Bilme:** Hemşirenin belirli bir zamanda ve belirli klinik koşullar altında hastanın davranışlarını ve psikolojik tepkilerini öğrenmesiyle gelişir. Bu doğrultuda hastayı tanımak hemşirenin hastaya yaklaşırken varsayımlar üzerinden hareket etmemesi anlamına gelmektedir. Hastayı tanıma sürecinde hastaya odaklanarak hasta ile ilgili veri toplamak hemşirelere kritik düşünce ortamı sağlar. Hasta hakkında klinik karar vermeyi kolaylaştırır. Klinik karar verme süreci hastayı tanıma süreci ile başlar (Kıvanç, 2016).

**Manevi Bakım:** Hemşireler sağlıklı/hasta bireyin bulunduğu her ortamda bireyin manevi gereksinimlerini karşılama durumu ile karşı karşıya kalabilmektedir. Travelbee hemşirenin bireye sadece fiziksel değil holistik bir bakım vermesi gerektiğini vurgulayarak manevi bakıma dikkati çekmiştir. Manevi bakım gereksinimlerini tanımlamak fiziksel gereksinimlere göre oldukça zordur. Hemşirelerin hastanın manevi bakım gereksinimlerini tanımlayabilmesi hemşirelerin duyarlılığı ile çok yakından

ilişkilidir. Bununla birlikte hemşirelerin bireysel düşünce sistemleri, bakım algıları, yaşam umudu ve gönüllülüğü bireyin manevi bakım gereksinimlerinin karşılanma uygulamaları üzerinde son derece etkilidir (Kıvanç, 2016).

**Aile Bakımı:** Her birey aile içinde yaşamakta olan sosyal bir varlıktır. Hemşire için hastayı tanımak ne kadar önemliyse, bireyin ailesini de tanımak son derece önemlidir. Aileyi bakım süreci içinde tutmak hem hasta hem de yakınlarının sunulan bakımla ilgili memnuniyet oranını artırmaktadır. Bu doğrultuda hemşirenin aileye karşı dürüst olması, açık ve net açıklamalarda bulunması, hastanın rahat ve konforunu sağlaması, hasta mahremiyetini koruması ve sürdürmesi son derece önemlidir (Kıvanç, 2016).

Hemşireliğin en temel görevi sağlıklı/hasta bireye ihtiyacı olan bakım ve yardımı sunmaktır (Özkan ve ark., 2014). Bakım verme; insanın eşsizliğine, değerliliğine, bütünlüğüne ve yaşamının kutsallığına dayanan hemşireliğin bilimsel ve sanatsal kavramlarını uygulamaya koyan bir süreç ve felsefi bir görüş olarak tanımlanabilir (Babadağ, 2010). Hemşireler çağdaş rolleri doğrultusunda hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirmede sistematik yaklaşımı benimseyerek bu amaç doğrultusunda hemşirelik sürecini kullanmaktadır (Sabuncu ve İlhan, 2014). Hemşirelik süreci sağlıklı/hasta bireyin bakım gereksinimlerinin tanımlanmasında ve bireyselleştirilmiş bakım sunulmasında kullanılan sistematik bir yöntemdir (Biol, 2016).

## **2.2. Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı**

Bireyin sahip olduğu kültür, din ve yaşam deneyimleri gibi birçok faktöre bağlı olarak şekillenen bireyselleştirilmiş bakım, bireylerin farklı kişisel değer ve inançlara sahip olduğunu ve saygı gösterilmesi gerektiğini savunur (Bernsten, 2006). Bu yönüyle hastalık durumuyla baş etme sırasında bireye uygulanacak bakıma yönelik girişimler planlanırken, bireyin bu değer ve inançlarının dikkate alınması gerektiği düşüncesini benimser (Guruge ve Sidani, 2002; Bernsten, 2006).

Bireyselleştirilmiş bakım hemşire-hasta etkileşimi sırasında ortaya çıkan bakım uygulamalarını içermektedir. Hemşireler ilk olarak hastanın bakım gereksinimleri, tercihleri ve bakım algıları hakkında bilgi toplamalıdır. Hemşireler bakım faaliyetlerini organize ederken bireyin hastalık durumuna verdiği tepki ve yanıtları gözönünde bulundurarak bakıma yönelik hemşirelik girişimlerini planlamalı ve hastaların bakımlarına aktif katılımlarını sağlamalıdır. Bu yönüyle bireyselleştirilmiş hemşirelik

bakımı sadece hemşire ve hasta etkileşimi sırasında gerçekleşmektedir (Lauver ve ark., 2002; Suhonen ve ark., 2010b).

Bireye özgü ya da bireyselleştirme kavramı, hasta bireyin inançları, değerleri, duyguları, düşünceleri, tercihleri, deneyimleri ve algılarına yönelik olarak hemşirelik bakımının uyarlanması olarak tanımlanmaktadır (Radwin ve Alster, 2002; Suhonen ve ark., 2002; Suhonen ve ark., 2004; Suhonen ve ark., 2005b). Bireyselleştirilmiş bakım sıklıkla, “kişiyeye özel”, “bireye özgü”, “insan odaklı” ya da “hasta merkezli” gibi ifadelerle eş anlamlı olarak kullanılabilir (Schoot ve ark., 2005; McCarthy, 2006; Charalambous ve ark., 2012). Bireyselleştirilmiş bakım her bireyin içinde yaşadığı çevre ile dinamik bir etkileşime sahip olduğunu ifade eder (Amaral ve ark., 2014). Van Servellen tarafından yapılan bir literatür taramasında, bireyselleştirilmiş bakım kavramının ilk kez 1960’ların başında hemşirelik literatürüne girdiği bildirilmektedir (Radwin ve Alster 2002).

Suhonen ve arkadaşları bireyselleştirilmiş bakımı, “hemşirelik uygulamalarının bireyin spesifik sağlık durumu, özellikleri, ihtiyaçları ve tercihlerine nasıl uyarlandığı, hemşirelerin ise hastanın bireyselliğini uygulamalarına yansıtmasının hasta tarafından nasıl algılandığı hakkında, hastanın görüşüne dayalı olarak uygulanan hemşirelik bakımı” olarak tanımlamaktadır (Suhonen ve ark., 2004; 2005b).

Mackay ve Ault’a (1977) göre bireyselleştirilmiş bakım, “Her hastanın spesifik, kapsamlı fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamayı içerir. Hastanın bir birey, bir ailenin ve bir toplumun üyesi olduğu bilgisi ve anlayışı bakımın temelini oluşturur”.

Wimo ve arkadaşları (1993) ise bireyselleştirilmiş bakımın, hastanın hastalığına, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarına, aile öyküsüne, yaşam olaylarına, alışkanlıklarına, arkadaşlarına, hobilerine vb. dayandığını bildirmektedir.

Berg ve arkadaşları (1994) ise bireyselleştirilmiş bakımı, “her bir hasta için mümkün olan en iyi bakımı sağlama stratejisini ortaya çıkarma” olarak açıklamaktadır.

Levin de (1967) hasta merkezli bakımın, bireyselleştirilmiş bakım davranışlarından köken aldığı altını çizmekte ve bireyselleştirilmiş bakımı felsefi bir olgu olarak tanımlamaktadır (Suhonen ve ark., 2002).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik uygulamaları;

- Hastayla birlikte, hastalığı ile ilgili duygularını ortaya çıkarmak,
- Hastayla bakıma yönelik ihtiyaçları hakkında konuşmak,

- Hastaya kendi bakımının sorumluluğunu üstlenmesi için şans vermek,
- Hastanın psikososyal özellikleri ile ilgili değişiklikleri tanımlamak,
- Hastayla korkuları ve tedirginlikleri hakkında konuşmak,
- Hastalığın hastayı nasıl etkilediğini ortaya çıkarmaya çalışmak,
- Hastayla, hastalığının onun için ne anlam ifade ettiği hakkında konuşmak,
- Hastaya, hastane dışında günlük yaşam aktiviteleri ve alışkanlıklarının neler olduğunu sormak,
- Hastaya, ailesinin bakıma katılmasını isteyip istemediğini sormak,
- Hastanın, hastanede verilen bilgiyi doğru şekilde anladığından emin olmak,
- Hastaya, sağlık durumu veya hastalığı hakkında neler bilmek istediğini sormak,
- Bakımla ilgili bireysel isteklerini dinlemek,
- Hastaya, kendi bakımıyla ilgili kararlarda yer alması için yardım etmek,
- Hastaya, bakımıyla ilgili görüşlerini ifade etmesinde yardımcı olmak,
- Hastaya bakımına yönelik seçenekler sunmak ve hastanın seçmesine izin vermek ve
- Hastayı, bakımı hakkında istediği her şeyi sorma konusunda cesaretlendirmek olarak tanımlanmaktadır (Suhonen ve ark., 2004, 2005a).

Hemşirelik bakım modelleri, bireylerin ve toplumun gereksinimlerinin benzer olduğunu kabul ederken, bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları ise her bireyin bireysel gereksinimlerinin farklı olduğunu vurgular (Radwin ve Alster 2002). Bireylerin benzer hastalıklara karşı verecekleri tepkilerin de farklı olduğunu savunur. Bununla birlikte hastalık odaklı bakım uygulamaları iş merkezli ve rutinleşmiş hemşirelik uygulamalarına odaklanırken, bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları ise bireye ve onun spesifik sağlık problemine odaklanmaktadır. Bu yönüyle bireyselleştirilmiş bakım hasta merkezlidir (Suhonen ve ark., 2002).

Bu konudaki literatür incelendiğinde birey merkezli bir tutum geliştirmenin hemşirelerin iş doyumuyla da ilişkili olduğu, hemşirelikte birey merkezli bir yaklaşım benimsemenin iş atmosferini değiştirdiği ve iş doyumunu artırdığı bildirilmektedir (Tellis ve Nayak, 2007; Slater ve ark., 2009). Edvardsson ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları bir çalışmada ise, huzurevinde çalışan hemşirelerin (n=297) algıladıkları birey

merkezli bakım sunumu ile iş doyumu arasında anlamlı bir ilişkili olduğu ve birey merkezli bakım sunmada çalışanları desteklemenin iş doyumunu arttıracığı bildirilmiştir.

Sonuç olarak bireyselleştirilmiş bakım kavramı, klinik koşul, kişisel yaşam durumu ve bakımla ilgili kararlar üzerinde kontrol hissi olmak üzere üç alanı içermektedir. Hastaneye yatış ile ortaya çıkan klinik durum; sağlık, hastalık, bakım ve tedavilere verilen tepkiler, korkular, duygular, bedensel veya fiziksel gereksinimler, kişinin hastaneye yatış deneyimini nasıl algıladığı ve kişinin hastalığı kabul etme veya etmeme durumunu içermektedir (Amaral ve ark., 2014). Bireyin kişisel yaşam tarzı ve sağlık bakım sunum sistemi ile ilgili deneyimleri, hastanın sunulan bakıma karşı tutumunu etkileyebilmektedir (Suhonen ve ark., 2010a). Bu yönüyle bireyselleştirilmiş bakım, her hastanın sağlık probleminin benzersiz olduğunu kabul ederek rutin bakım faaliyetlerinin bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarına dönüştürülmesini sağlamaktadır (Amaral ve ark., 2014).

#### **Bireyselleştirilmiş Bakıma Yönelik Olarak Yapılmış Bazı Çalışmalar**

Suhonen ve arkadaşlarının (2010c) ortopedi ve travmatoloji servisinde yatan hastaların bireysel özelliklerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada; yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve servise kabul şeklinin hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısını etkilediği saptanmıştır (Suhonen ve ark., 2010c). Bu konuda Suhonen ve arkadaşları tarafından yapılmış olan diğer bir çalışmada da benzer şekilde hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim durumunun bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Suhonen ve ark., 2006).

Charalambous ve arkadaşlarının (2010), hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları ile mesleki çalışma ortamına ilişkin görüşlerini belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada, hemşirelerin çalışma ortamında yaşadıkları problemlerin, iş motivasyonlarının, kontrol mekanizmalarının ve kültürel duyarlılığın, bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediğini saptanmıştır.

Suhonen ve arkadaşlarının (2011b) uzun süreli bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada ise, hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında hastaların bireyselliğini desteklediklerini düşünmelerine karşın sundukları bakımda bireyselliği desteklemedikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin yaşı ilerledikçe, sağlık bakım ortamında

çalışma deneyimleri arttıkça bireyselliği desteklemede olumlu bakış açısı geliştirdikleri bildirilmiştir.

Acaroğlu ve arkadaşlarının (2007) bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek üzerine yapmış oldukları çalışmada, hastaların bakımı bireyselleştikçe hemşirelik bakımından sağlanan memnuniyeti de arttığı bildirilmiştir.

Tekin'in (2011) ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakım algıları ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik çalışmasında, hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma ve bakımında bireyselliği algılama düzeyi arttıkça, hemşirelik bakımından memnuniyet oranları ile kendi bakımında bireyselliği algılama düzeylerinin arttığı bildirilmiştir.

Can ve Acaroğlu'nun (2015) hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisini belirlemek üzere yapmış oldukları diğer bir çalışmada, hemşirelerin mesleki değer algıları arttıkça, bakım uygulamalarında hastaların bireysel özelliklerine daha fazla önem verdiklerini ortaya çıkarmışlardır.

Kaplan ve Acaroğlu'nun (2016) hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik olarak yapmış oldukları çalışmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algı puanlarının yüksek olduğu; cinsiyet, servise kabul edilme şeklinin ve hemşirelerin tutumlarının bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediği; hastaların yaşam doyumu ve bakım doyumu algıları arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algılarının da arttığı bildirilmiştir.

### **2.3. İş Doyumu**

Bireylerin çalışma yaşamlarında başarılı, mutlu, üretken ve verimli olabilmelerini etkileyen en önemli faktörlerden biri iş doyumudur (Aksoy ve Polat, 2013). İş doyumunu çalışanların yaptıkları iş ile ilgili tutumları ve çalışma ortamında kendilerini nasıl hissettikleri gibi bir çok davranış ve duyguyu ifade etmektedir (Karcıoğlu ve Akbaş, 2010). Bu yönüyle iş doyumunu çalışan bireylerin işlerinden duydukları hoşnutluk olarak da tanımlanabilmektedir (Aşık, 2010; Aytekin ve Kurt, 2014).

İş doyumunu kavramı ilk kez 1920'li yıllarda ortaya çıkmış olmasına karşın, tam anlamı 1930 ve 1940'lı yıllarda anlaşılmıştır (Erşan ve ark., 2013). İş doyumunu çalışan bireyin işinden duyduğu doyumun ya da ulaştığı olumlu duygusal durumun bir derecesidir (Aksu ve ark., 2002). İş doyumunu Duxbury ve arkadaşları (1984) tarafından

“çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin, beklentileri doğrultusunda karşılanma düzeyleri” olarak tanımlanmıştır (Duxbury ve ark., 1984; Durmuş ve Günay, 2007; Kahraman ve ark., 2011; Özdemir ve ark., 2015). İş doyumu işin özellikleri ile çalışan bireylerin istekleri birbirine uyumlu olduğunda ya da çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimleri ve beklentileri karşılandığında gerçekleşebilmektedir (Aşık, 2010; Aytekin ve Kurt, 2014).

### **2.3.1. İş Doyumunun Sınıflandırılması**

Çalışan bireyler iş doyumunu değişik şekillerde yaşayabilmekte ve farklı tepkiler gösterebilmektedir. Sürekli artan iş doyumu; çalışan bireyler yaptıkları işten doyum sağladıklarında ve ulaşmak istedikleri hedeflere ulaştıklarında gerçekleşebilmektedir. Bu doğrultuda bireyin çalıştığı kurumda terfi imkanının olması iş doyumunu etkileyen önemli bir faktördür. Bireyler çalıştıkları kurumda verdikleri emek karşısında ilerleyebilme imkanlarının olduğunu bildiklerinde daha çok çaba göstermekte ve bu duruma bağlı olarak iş doyumu ve üretkenlikleri artmaktadır (Altuntaş, 2014a).

Birey elde ettiği başarı sonucunda işinden doyum sağladığında ve kendine sağlanan koşulların devam etmesi durumunda sürekli iş doyumu yaşar. Ancak iş ortamı ile ilgili bir problem yaşadığında, bireyin güdülenmesi ve üretkenliği azalır. İşinden doyum sağlayamayan bir birey, yaptığı iş ile ilgili beklentilerini azaltarak ve ulaşılması daha kolay hedefler belirleyerek işinden doyum sağlamaya çalışır. Bu duruma kabullenilen iş doyumu denir. Yaptığı işten doyum sağlayamayan birey, işini kaybetmekten korktuğu için olumsuz koşullara direnç geliştirerek çalışmaya devam ederse bu duruma da olumlu iş doyumsuzluğu adı verilir (Altuntaş, 2014a).

Sabit iş doyumsuzluğunda ise; işinden doyum sağlayamayan birey iş ile ilgili sorunları çözmek için çaba gösterirken iş doyumsuzluğu gelişebilmekte ve iş doyumsuzluğunun uzun süre devam etmesi bireyin hem fiziksel hem de psikolojik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Sahte iş doyumuda; işinden doyum sağlayamayan bir çalışanın iş ile ilgili sorunlarını çözemediğinde, sorunları görmezden gelerek savunma mekanizması geliştirmesidir (Altuntaş, 2014a).

### **2.3.2. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler**

Çalışanların fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin beklentileri doğrultusunda karşılanma düzeyini ifade eden iş doyumu; kişilerin başarılı, mutlu ve

üretken çalışabilmelerinin en önemli koşullarından biridir. İş doyumu, çalışanın işini ve çalışma ortamını değerlendirmesi sonucunda geliştirdiği duygusal bir tepki olarak tanımlanabilir (Duxbury ve ark., 1984). İş doyumunu etkileyen faktörler bireysel, örgütsel ve çevresel faktörler olmak üzere üç başlık altında ele alınabilir (Altuntaş, 2014a).

**Bireysel Faktörler:** Bireysel faktörler, bireyin sahip olduğu özelliklerden kaynaklanmaktadır. Bireyin kişilik yapısı, değer yargıları, inançları, beklentileri, sosyo-kültürel çevresi ve eğitim düzeyi bu faktörlere örnek olarak verilebilir (Altuntaş, 2014a). Kişilik yapısı, bireyi diğer insanlardan ayıran en önemli özelliktir. Çalışan bireyler iş yaşamında kişilik özelliklerine göre bazı davranışlar göstermektedir. İçine kapanık, nevrotik, sınırlı ve karamsar kişilik yapısına sahip olan bireyler iş yaşamlarında mutsuz ve doyumsuz olurken, dışa dönük, sosyal ve kendini ifade edebilen bireylerin ise iş doyumlarının oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (Sığırı ve Basım, 2006; Altuntaş, 2014a). Bununla birlikte benzer değer yargılarına sahip olan bireyler çalışma ortamında birbirleriyle daha fazla etkileşimde bulunmakta, bu bireyler daha az rol belirsizliği ile çatışma yaşamakta ve bireylerin işlerinden aldığı doyum artmaktadır (Sevimli ve İşcan, 2005).

Yaş ilerledikçe mesleki deneyim, kendine güven duygusu ve terfi imkanının artmasıyla iş doyumu artmaktadır (Aşık, 2010; Altuntaş, 2014a). İş doyumu konusunda yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte, cinsiyet yönünden değerlendirildiğinde kadın ve erkek çalışanlar eşit koşullara sahip olduğunda iş doyumu yönünden bir farklılık görülmediği bildirilmiştir (Eğinli, 2009; Kuzulugil, 2012). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda evli olan bireylerin işe devamsızlık ve işten ayrılma oranlarının bekar olanlardan daha az olduğu, benzer şekilde bekarlarla karşılaştırıldığında evli olanların işten aldıkları doyumun daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Boyles ve Shibita, 2009; Altuntaş, 2014a).

Eğitim düzeyi de iş doyumu ile yakından ilişkilidir. Ancak eğitim düzeyi yüksekliği her zaman iş doyumunun artması anlamına gelmemekte, bireyin eğitim düzeyine uygun istek ve beklentileri karşılanmadığında iş doyumsuzluğu gelişebilmektedir. Bu yönüyle eğitim durumu çalışan bireylerin iş ile ilgili beklentilerini ve iş algılarını etkilemektedir (Altuntaş, 2014a).

Bireyler işe ilk başladıklarında iş ile ilgili beklentilerinin karşılanacağını düşünmeleri nedeniyle iş doyumları yüksek olmakta ancak zamanla iş ile ilgili



beklentileri karşılanamadığında ise iş doyumları azalmaktadır. Yaş ve çalışma yılı arttıkça bireylerin kendine olan güvenleri ile problemlerle baş etme becerileri gelişmekte, birey çalışma ortamı ile ilgili koşulları daha kolay kabul etmekte ve kariyer planlarını işin koşullarına uygun olarak yaptıkları için iş doyumları artış göstermektedir. Bununla birlikte literatürde toplumda saygınlığı yüksek mesleklere sahip olan bireylerin, çalışma koşulları, sosyal statüleri ve aldıkları ücret gibi mesleki ölçütlerinin daha iyi olduğu, bu meslek üyelerine toplumun daha çok değer verdiği, bu durumda bireylerin iş doyumunu yükselttiği bildirilmektedir (Altuntaş, 2014a).

**Örgütsel ve Çevresel Faktörler:** Bireylerin iş doyumunu kişilik özelliklerinden etkilenebildiği gibi işin yapısı ve çevresinden kaynaklanan faktörlerde bireyin iş doyumunu etkileyebilmektedir. İş doyumunu etkileyen örgütsel ve çevresel koşullar yapılan işin özellikleri ve karşılığında alınan ücret, örgütün büyüklüğü, kariyer olanakları, çalışanlar arasındaki iletişim, ast-üst ilişkileri, ödüllendirme ve çalışma koşulları olarak sıralanabilir (Altuntaş, 2014a).

Yapılan işin çalışan birey için ilgi çekici olması, öğrenme imkanının bulunması, bireyin kendini gerçekleştirme fırsatının sunulması ve bireyin yapmış olduğu işle ilgili otonomisini artırması gibi faktörler bireylerin iş doyumunu etkileyebilmektedir. Aynı zamanda çalışma saatlerinin esnek olması, görev tanımlarının net olması ve çalışanların görüşlerine önem verilmesi de iş doyumunu artıran diğer faktörler arasında yer almaktadır. Bu yönüyle uzmanlık alanı olmayan ya da belli bir beceri ve yetenek gerektirmeyen işlerde çalışan bireylerde zamanla iş doyumları azalmakta ve işten ayrılmalar artmaktadır (Kuzulugil, 2012; Altuntaş, 2014a). Bununla birlikte etkin iletişim, çalışma ortamında gelişen iletişim problemlerini önlemekte belirsizlikleri ortadan kaldırmakta ve çalışanların iş doyumunu arttırmaktadır (Altuntaş, 2014a).

Bireye yaptığı iş karşılığında ödenen ücret ile bireyin kendine ödenmesi gerektiğine inandığı ücret arasındaki fark da bireyin iş doyumunu etkilemektedir. Algılanan ücretin, ödenmesi gereken ücrete eşit olması durumunda iş doyumları yaşanmakta, bunun tam tersi bir durumda ise bireyde iş doyumlarının düşmesi gözlemlenmektedir. Bununla birlikte alınan ücret karşılığında yapılan işin miktarı, özelliği ve ünvanı da iş doyumunu ile yakından ilişkilidir. Çalışan bireyler benzer özellikteki diğer çalışanlar ile kendilerini karşılaştırıp onlardan daha az ücret aldıklarını düşündüklerinde iş motivasyonları ve doyumları azalmakta, özellikle çalışma ortamında ücret politikaları ile

ilgili adaletsizlik iş doyumsuzluğuna neden olmaktadır. Bu yönüyle bir kurumda adil ücret politikasının uygulanması çalışanlar arasındaki huzursuzluğu azaltarak iş doyumunu arttırmaktadır (Aşık, 2010; Altuntaş, 2014a).

Yöneticilerin astlarına yönelik tutumları da çalışanların iş doyumlarını etkilemektedir. Yöneticilerin çalışanlarına değer vermeleri, astlarına sorumluluklarını açık bir şekilde ifade etmeleri, çalışanların başarılarını takdir etmeleri, bilgi alışverişinde bulunmaları ve kariyer gelişimi için olanak sunmaları çalışanların iş doyumunu arttırmaktadır (Altuntaş, 2014a). Yapılan işte kariyer ve ilerleme imkanının olması bireyin sosyal statüsünü yükseltmekte, maddi kazancı arttırmakta ve toplum içinde olumlu bir algının gelişmesine neden olmaktadır. Çalışma ortamında ilerleme imkanının adaletli bir şekilde dağıtılması da iş doyumunu ile yakından ilişkili bir faktördür. Bu yönüyle kurumda adil bir ilerleme sisteminin olması çalışanların kuruma olan aidiyetini, güvenini ve iş doyumunu arttırmaktadır (Aşık, 2010; Altuntaş, 2014a). Bununla birlikte literatürde yaptıkları işte mesleki açıdan daha üst düzeyde bulunan bireylerin işlerinden daha fazla doyum sağladıkları da bildirilmektedir (Altuntaş, 2014a).

Çalışan bireylerin içinde buldukları çalışma ortamı ve fiziksel koşullarda, bireylerin performanslarını, motivasyonlarını, verimliliklerini ve iş doyumlarını etkilemektedir. Bu nedenle aşırı gürültü, yüksek veya düşük ısı, nem ve tehlikeli çalışma koşulları çalışan bireylerin iş doyumunu olumsuz yönde etkileyen diğer faktörler arasında yer almaktadır. Bireyler, işlerini kaybetme korkusu yaşamadan, sağlıklarını ve güvenliklerini tehdit etmeyen bir ortamda çalışmak istemekte bu durum bireylerin olumlu tutum geliştirmelerini sağlayarak iş doyumlarını yükseltmektedir (Altuntaş, 2014a).

### **2.3.3. İş Doyumu ve Doyumsuzluğunun Sonuçları**

Çalışma ortamı bireyleri fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir (Altuntaş, 2014a). Bu konudaki literatür incelendiğinde çalışan bireylerin yüksek iş doyumuna sahip olmasının bireylerin özgüvenini, moralini, motivasyonunu, performansını ve verimliliğini arttırdığı; işe bağlı olarak yaşanan stres ve gerginliği, endişeleri, şikayetleri ve işten ayrılmaları azalttığı bildirilmiştir (Aşık, 2010). Nitekim iş yaşamında mutsuz ve yaptığı işten doyum sağlayamayan bireyler güdülenememe, iş başarısında düşme, iş veriminde azalma ve hatta işten ayrılma gibi durumlar yaşayabilmektedir (Altuntaş, 2014a).

**İş Doyumunun Sonuçları:** İşine motive olan bireyler yüksek moral ve motivasyona sahip oldukları için çalışmaya istekli olurlar. Bununla birlikte yönetmeliklere, yöneticilere, kurallara ve kurumlara bağlılıkları oldukça yüksektir. Ayrıca diğer çalışanlarla işbirliği düzeyleri oldukça yüksek olduğu için işten ayrılma oranları azdır (Sevimli ve İşcan, 2005; Aşık, 2010). İşe olan bağlılık, çalışan bireylerin işlerini benimseme isteklilikleriyle yakından ilişkilidir. Bu yönüyle bireylerin verimli, isteyerek ve zevkle çalışabilmeleri için yaptıkları işten ekonomik, sosyal ve psikolojik olarak doyum sağlamaları son derece önemlidir. Yüksek iş doyumuna sahip olan bireylerin çalıştıkları kurumu benimsedikleri ve işe olan bağlılık oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir (Sevimli ve İşcan, 2005; Aşık, 2010). Bireylerin çalıştıkları kuruma uyum sağlaması örgütün amaçlarının benimsenmesiyle doğrudan ilişkili olup iş yerinde verimliliği arttırmaktadır. Böylece iş yerinde meydana gelen çatışmalar azalmakta, üretkenlik ve verimlilikleri artmaktadır (Aşık, 2010).

**İş Doyumsuzluğunun Sonuçları:** İş doyumumsuzluğunun sonuçları bireysel ve örgütsel olmak üzere iki düzeyde görülebilir (Altuntaş, 2014a). Bireyin iş ile ilgili beklentilerinin karşılanamaması durumunda ortaya çıkan iş doyumumsuzluğu, çalışan bireyleri psikolojik yönden etkilemekte ve istenmeyen davranışların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. İş doyumumsuzluğu sonucu bireylerde; gerginlik, kişilik bozuklukları, ilgisizlik, uyum problemleri ve saldırgan davranışlar gibi psikolojik sonuçlar; baş ve mide ağrısı, sindirim bozuklukları ve kusma gibi psikosomatik bozukluklar; sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Sevimli ve İşcan, 2005; Altuntaş, 2014a). Bireylerin iş doyumumsuzluğu çalıştıkları kurumu da etkilemektedir. İş doyumumsuzluğu bireylerin iş yerinde gerginlik yaşamalarına, saldırgan davranmalarına, kendilerini engellenmiş hissetmelerine, işe gelmemelerine ve işten ayrılmalarına neden olabilmektedir (Altuntaş, 2014a).

#### **2.3.4. Hemşirelik ve İş Doyumu**

Sağlık hizmetleri ve sağlık politikalarında meydana gelen değişimler, sağlık bakım profesyonelleri içerisinde en çok hemşireleri etkilemektedir. İş doyumumsuzluğu hemşirelerin çalışma performanslarının düşmesine ve motivasyonlarının azalmasına neden olabilmektedir (Altuntaş, 2014a). Hemşirelerde iş doyumumsuzluğunun nedenleri;

- Rollerdeki belirsizlik, rol çatışması ve rol karmaşası,
- Yetki ve sorumlulukların eşit olmaması,

- Hemşirelikle ilgili kararlara katılamama,
- İş güvenliğinin sağlanamaması,
- İdarecilerin yönetim yaklaşımlarının uygun olmaması,
- Yöneticilerden yeterli maddi ve manevi destek görememe,
- Yöneticiler, hastalar vb. tarafından değer ve takdir görememe,
- Başarının ödüllendirilmemesi,
- Çalışma saatlerinin uzun olması,
- Çalışma koşullarının ağır olması,
- İş yükünün fazla olması,
- Çalışan sayısının yetersiz olması,
- Nöbet usulü çalışma,
- Diğer sağlık ekibi üyeleri ile iletişim bozukluğu,
- Yetersiz ücret ve
- Kariyer imkanının sınırlı olması şeklinde sıralanabilmektedir (Coomber ve Barriball, 2007; Altuntaş, 2014a).

Literatürde iş doyumunu yüksek olan hemşirelerin hastalara sundukları bakımın kalitesinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Çalışanların alınan kararlara katıldığı ve iletişim problemlerinin yaşanmadığı hastanelerde çalışan hemşirelerin ise, çalıştıkları kuruma bağlılık düzeylerinin yüksek, işten ayrılma eğilimlerinin düşük olduğu ve iş doyumlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Altuntaş, 2014a).

#### **2.4. Tükenmişlik**

Tükenmişlik kavramı ilk olarak Herbert Freudenberger (1974) tarafından “başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” olarak tanımlanmıştır (Freudenberger, 1974). Günümüzde tükenmişliğin en yaygın ve kabul gören tanımlarından biri de Christina Maslach (1981) tarafından yapılmıştır. Maslach tükenmişliği “fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları yaşayan bireyde olumsuz bir benlik kavramının gelişmesiyle beraber bireyin iş yaşamına ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumu ile belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir sendrom” olarak açıklamıştır (Maslach ve Jackson, 1981).

Maslach ve Jackson (1981) tükenmişliği; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma olmak üzere üç başlık altında ele almıştır (Demir, 2004; Kaçmaz, 2005; Sünter ve ark., 2006; Taycan ve ark., 2006; Yavuzylmaz ve ark., 2007; Ardıç ve Polatçı, 2008). Tükenmişlik sendromu ilk olarak kişinin duygusal kaynaklarında tükenme olarak başlamakta ve duygusal tükenmişlik olarak ortaya çıkmaktadır. Duygusal tükenmişlik de kişi yaptığı işten yorulmaya başlamakta ve kendini duygusal olarak aşırı yüklenilmiş ve tükenmiş hissetmektedir. Duyarsızlaşma; kişinin hizmet ve bakım verdiği bireylere karşı duygudan yoksun tutum, davranış göstermesiyle, hizmet alan kişilere birer nesne gibi davranmasıyla kendini göstermektedir. Kişisel başarıda azalma ise; bireyin problemlerin üstesinden gelememesi ve kendini yeterli görememesi durumudur (Maslach ve Jackson, 1981; Demir, 2004; Kaçmaz, 2005; Ardıç ve Polatçı, 2008; Altuntaş ve ark., 2009; Dikmetaş ve ark., 2011; Ertürk ve Keçecioğlu, 2012).

#### **2.4.1. Tükenmişliğin Nedenleri**

Tükenmişlik kişinin kendisinden kaynaklanabileceği gibi, çalışma ortamı ve çalıştığı kurumdan da kaynaklanabilir. Bu konudaki literatür incelendiğinde bireysel ve örgütsel faktörlerin çalışma ortamında tükenmişlik gelişmesine neden olabileceği bildirilmektedir (Altuntaş, 2014b).

**Bireysel Faktörler:** Bireyin sahip olduğu yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve kişilik yapısı gibi bazı özellikler bireyde tükenmişlik gelişmesine neden olabilmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2008; Altuntaş, 2014b). Tükenmişliği etkileyebilecek bu özellikler incelendiğinde, tükenmişliğin yaşlı bireylerde düşük, gençlerde ise daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2008; Arı ve Bal, 2008; Altuntaş, 2014b). Tükenmişlik yaşama durumu cinsiyet değişkeni yönünden değerlendirildiğinde ise duygusal tükenmeyi kadınların erkeklerden, duyarsızlaşmayı ise erkeklerin kadınlardan daha çok yaşadıkları bildirilmektedir (Arı ve Bal, 2008; Altuntaş, 2014b). Bununla birlikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda evlilerle karşılaştırıldığında bekarlarda, çocuk sahibi olanlarla karşılaştırıldığında ise çocuk sahibi olmayanlarda tükenmişliğin daha yoğun yaşandığı ortaya çıkarılmıştır (Ardıç ve Polatçı, 2008; Arı ve Bal, 2008; Altuntaş, 2014b).

Tükenmişlik yaşama durumu ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde ise eğitim düzeyi yüksekliğinin, bireyin çevresine olan duyarlılığını, sorumluluğunu, işle ilgili beklentilerini artırdığı ve bireylerin bu beklentileri karşılanmadığında ise bireyde

tükenmişlik geliştiği bildirilmektedir (Arı ve Bal, 2008; Altuntaş, 2014b). Bireylerin diğer insanlarla iletişimi ve ilişkileri, problemlerle baş etme becerileri, olaylara yaklaşımları ve kendilerini kontrol altına alabilme yetenekleri tükenmişlik gelişme durumunu etkileyebilmektedir (Arı ve Bal, 2008). Bu yönüyle pasif ve savunmacı bireyler daha fazla tükenmişlik yaşarken, sorunlardan kaçmayan ve sorunlarla yüzleşen bireylerin daha az tükenmişlik yaşadıkları bildirilmektedir (Altuntaş, 2014b).

**Örgütsel Faktörler:** İş yaşamında tükenmişlik yaşama durumu genellikle bireyin çalışma ortamı ile ilgili olumsuz etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu yönüyle tükenmişliğin oluşmasında bireysel faktörlerden çok örgütsel faktörler etkili olmaktadır. Aşırı iş yükü, bireyin kendini kontrol edebilme yeteneği, işe bağlılık, yetersiz ödül, adalet ve değerler tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörler arasında yer almaktadır (Altuntaş, 2014b).

Bireyin yetersiz kaynak ile çok fazla çalışmak durumunda kalması bireyde zorlanmalara ve sonuç olarak tükenmişliğe neden olmaktadır. Dolayısıyla bu durum iş kalitesinin azalması, yapılan hata oranının artması ve çalışan bireyler arasında iletişim problemlerinin ortaya çıkmasıyla sonuçlanmaktadır (Arı ve Bal, 2008; Altuntaş, 2014b). Bununla birlikte çalışan bireyin değer yargıları ile kurumun değer yargıları arasında farklılıklar olduğunda, çalışanlar rol karmaşası yaşamakta, kişi kendi değer yargıları ile kurumun değerleri arasında kalmakta ve bu durum tükenmişlik yaşamalarına neden olmaktadır (Maslach ve ark., 2001; Arı ve Bal, 2008; Altuntaş, 2014b).

Kontrol kişinin işi üzerinde sahip olduğu “seçim yapma, karar verme, sorun çözme ve sorumluluklarını yerine getirme imkânı olarak tanımlanmakla birlikte (Arı ve Bal, 2008), birey işi ile ilgili kontrolü sağlayamadığında tükenmişlik duygusu yaşayabilmektedir (Altuntaş, 2014b). Bireyin çalıştığı kuruma yapmış olduğu katkılara karşın hem maddi hem de sosyal olarak ödüllendirilmemesi kişisel başarısının düşmesine neden olmaktadır. Ödüllendirme çalışma isteği ve motivasyonu artırmakta bireylerin kendilerini değerli hissetmelerini sağlamaktadır (Arı ve Bal, 2008; Altuntaş, 2014b). Bununla birlikte kurumun çalışanlarına iş yükü, ücret ve bireylerin hakları konusunda adil ve eşit davranması, tükenmişliği önlemekte ve kişisel başarıyı artırmaktadır (Arı ve Bal, 2008; Altuntaş, 2014b). Ayrıca çalışanlar kurum aidiyeti ve bağlılık hissetmediklerinde, diğer bireylerle sosyal destek ve işbirliği geliştiremediklerinde çalışma ortamından uzaklaşmayı tercih etmektedir (Altuntaş, 2014b).

### **2.4.2. Tükenmişliğin Belirtileri**

Tükenmişlik yavaş yavaş gelişebilmekte, birey haftalar, aylar ve yıllar sonra tükenmişlik yaşadığını farkedebilmektedir. Bu yönüyle tükenmişlik yaşayan birey hayatının anlamını yitirdiğini ve tüm isteklerinin kaybolduğunu düşünebilmektedir. Tükenmişlik belirtileri kişiden kişiye değişmektedir. Tükenmişlik belirtileri fiziksel, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç başlık altında toplanabilmektedir (Altuntaş, 2014b).

Fiziksel belirtiler; kronik yorgunluk ve bitkinlik hissi, enerji kaybı, uyku bozuklukları ve gastrointestinal sistem problemleri, baş ağrısı, kilo kaybı, solunum güçlüğü, psikosomatik ve kardiyovasküler rahatsızlıklar ile sürekli tekrarlayan soğuk algınlıkları şeklinde sıralanabilmektedir (Kaçmaz, 2005; Arı ve Bal, 2008; Altay ve ark., 2010; Balcıoğlu ve ark., 2008; Altuntaş, 2014b).

Psikolojik belirtiler; sinirlilik hali ve çabuk öfkelenme, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, benlik saygısında azalma, kendini değersiz hissetme, karar vermede yetersizlik, ümitsizlik ve çaresizlik, alınganlık, depresyon ve yalnızlık şeklinde sıralanabilmektedir (Kaçmaz, 2005; Arı ve Bal, 2008; Balcıoğlu ve ark., 2008; Altay ve ark., 2010; Altuntaş, 2014b).

Davranışsal belirtiler; işe geç kalma ya da gelmeme, işten ayrılma isteği, kuruma olan bağlılıkta azalma, başarısızlık hissi, görev ve sorumluluklarını yerine getirememe, çalışmaya karşı isteksizlik, hata yapma eğiliminde artma, iş performansında düşme ve sorumluluk almama, unutkanlık vb. olarak sıralanabilmektedir (Kaçmaz, 2005; Balcıoğlu ve ark., 2008; Altay ve ark., 2010; Arı ve Bal, 2008; Altuntaş, 2014b).

### **2.4.3. Tükenmişliğin Sonuçları**

Tükenmişlik ilk olarak bireysel düzeyde ortaya çıkmasına karşın, uzun süre devam etmesi durumunda bireyin aile ve iş yaşamını da etkilemektedir. Tükenmişliğin sonuçları, bireysel, ailesel ve örgütsel olmak üzere üç grupta toplanabilir. Tükenmişlik bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkileyerek halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, uykusuzluk, gerginlik, sinirlilik ve suçluluk ile anksiyete ve depresyon gelişmesine neden olabilmektedir. Aynı zamanda bireyde dikkat eksikliği ve unutkanlık da görülebilmektedir. Çalışan bireylerin tükenmişlik yaşamaları hizmet verdikleri bireylere ilgisiz davranmalarına bu durum ise üretkenlikleri ile sundukları bakımın kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Tükenmişlik sonucu kişiler arası ilişkilerde bozulma, hata yapma eğiliminde artma, bireyin kuruma ve işine olan ilgisinde azalma ortaya çıkmakta ve maliyet artmaktadır. Tükenmişlik yalnızca bireyin kendisini değil aynı zamanda içinde yaşadığı

aile ve sosyal çevresini de etkilemektedir. Duygusal olarak yorgun olan birey iş yerinde yaşadığı problemleri aile üyelerine yansıtmakta ve bu durumda aile içi çatışmalara neden olmaktadır (Altuntaş, 2014b).

#### **2.4.4. Tükenmişliği Önleme ve Tükenmişlikle Baş Etme Yolları**

Tükenmişlik yaşayan bireyler yaptıkları işin sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanmakta, bu durum ise hem çalışan bireyleri hem de kurumları olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yönüyle tükenmişliğin önlenmesinde bireysel, yönetsel ve örgütsel olmak üzere bazı baş etme yöntemleri kullanılabilir (Altuntaş, 2014b).

**Bireysel Baş Etme Yolları:** Tükenmişliğin ilk aşamasında özellikle örgütsel nedenler kontrol altına alınamadığında tükenmişlik ile baş edebilmek için kişinin yararlanabileceği bireysel baş etme yöntemleri şunlardır:

- Kendini tanıma; bireyin kendini tanınması, güçlü ve zayıf yönlerini bilmesi tükenmişlik ile başa çıkmada oldukça önemlidir (Altuntaş, 2014b).
- Gerçekçi hedefler belirleme; bireyin kendine iş ile ilgili ulaşılabilir hedefler belirlemesi hayal kırıklığı ve tükenmişlik yaşamını önlemekte ve kişisel başarı hissini arttırmaktadır (Altuntaş, 2014b).
- İşin yapılış tarzını değiştirme; sürekli olarak aynı şekilde yapılan işlerin daha farklı yöntemlerle ya da farklı zamanlarda yapılması monotonluğu azaltarak tükenmişlik gelişmesini önleyebilmektedir (Altuntaş, 2014b).
- Psikolojik geri çekilme; duygusal tükenme genellikle çalışan bireylerde daha çok yakın ilişkiler kurulması sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle insanlardan uzaklaşmanın duygusal tükenmenin azalmasında ve önlenmesinde etkili olacağı düşünülmektedir (Altuntaş, 2014b).
- İşe ara verme; çalışma ortamında aşırı iş yükünün olumsuz etkilerini azaltmak için bireylerin yapmakta oldukları işlere belirli dönemlerde ara vermeleri hem duygusal açıdan rahatlamalarını sağlamak hem de yapılan işin kalite ve verimliliğini arttırmaktadır (Altuntaş, 2014b).
- Olumlu yanları görme; tükenmişlik sendromu daha çok olayların olumsuz yönlerini görmekte olan bireylerde meydana gelmektedir. Bu yönüyle bireyler olaylar karşısında olumlu tutum geliştirebildiklerinde, yaşadıkları gerginlik azalmakta ve tükenmişlik sendromu ile başa çıkabilme becerileri kolaylaşmaktadır (Altuntaş, 2014b).



- Sorunları içselleştirme; bireyler çalışma ortamlarında insanların karşılaştığı sorunları kendi sorunlarıymış gibi algıladıklarında duygusal olarak etkilenmekte ve bu durum duygusal tükenmeyi hızlandırmaktadır. Bu nedenle hemşirelik gibi doğrudan doğruya insana hizmet sunan mesleklerde bu durum daha çok ortaya çıkmaktadır (Altuntaş, 2014b).
- Zaman ve stres yönetimi; yapılması gereken işlerin zamanında yetiştirilememesi bireyde gerginlik yaratmakta ve yaşanan gerginliğin uzun süre devam etmesi ise tükenmişlik gelişmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle etkili bir zaman yönetimi ile iş ile ilgili yaşanan stres azalmakta ve tükenmişlik engellenebilmektedir (Altuntaş, 2014b).
- Dinleme-gevşeme ve doğru beslenme; sürekli olarak iş ile ilgili stres ve gerilim yaşayan bireyler biyopsikososyal yönden etkilenmekte ve bu durum bazı hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Ayrıca iş ile ilgili stres ve tükenmişlik yaşayan bireyler çok fazla yemek yeme davranışı göstermekte ve zamanla aşırı kilo alma ile birlikte sağlık sorunları gelişebilmektedir. Bu nedenle bireylerin düzenli olarak gevşeme egzersizleri yapması ve sağlıklı bir şekilde beslenmesi kalp, solunum, kas-iskelet sistemleri üzerinde olumlu etki yapmakta, tükenmişliği azaltmakta ve bireyin kendine olan güvenini arttırmaktadır (Altuntaş, 2014b).

**Örgütsel Baş Etme Yöntemleri:** Literatürde tükenmişliğe neden olan faktörlerin büyük çoğunluğunun çalışma ortamı ve çalışılan kurum kaynaklı olduğu belirtilmektedir. Bu doğrultuda tükenmişliği önlemeye yönelik girişimlerde bulunulması çalışanların yaşadığı tükenmişliğin azaltılmasında ve verilen hizmetin kalitesinin artırılmasında büyük önem taşımaktadır (Altuntaş, 2014b). Örgütsel etmenlerden kaynaklanan tükenmişliğin azaltılmasında;

- Yapılması zor olan işlerin çalışanlar arasında eşit şekilde dağıtılması ve dönüşümlü olarak yaptırılması,
- Çalışan bireylerin görevlerinin açık ve net bir şekilde tanımlanması,
- Çalışan bireyleri destekleyen ve adaletli davranan bir kurum yönetim felsefesinin benimsenmesi,
- Çalışanların ödüllendirilmesi ve ödüllerin adil bir şekilde dağıtılması,
- İşe yeni alınan bireylere oryantasyon ve hizmet içi eğitim verilmesi,

- İşe alınacak bireylerin, işin özelliklerine ve uygunluğuna dikkat edilmesi,
- Çalışanların bireysel gereksinimlerinin karşılanması,
- Düzenli olarak ekip içi toplantılar yaparak bilgi ve paylaşımda bulunulması,
- Karar alınırken çalışanlarında görüşlerine başvurulması,
- İş yoğunluğunu azaltacak önlemlerin alınması,
- İş ile ilgili sorunların en kısa süre içinde çözümlenmesi yaklaşımları uygulanmaktadır (Maslach ve ark., 2001; Kaçmaz, 2005; Ardıç ve Polatçı, 2008; Arı ve Bal, 2008; Altuntaş, 2014b).

#### **2.4.5. Tükenmişlik ve Hemşirelik**

Hemşirelik gibi insana doğrudan doğruya hizmet sunan meslek gruplarında tükenmişlik durumu daha sık görülebilmektedir (Şahin ve ark., 2008; Günüşen ve Üstün, 2010; Kaya ve ark., 2010; Ağapınar ve Güler, 2014; Ceylan, 2014; Akyüz, 2015). Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin yaşadıkları problemler, çalışma saatlerinin fazlalığı, çalışan hemşire sayısının azlığı, hizmet sunulan hasta sayısının fazlalığı, yoğun bakıma ihtiyacı olan ve ölmek üzere olan hastalara bakım sunma, nöbet usulü çalışma, yetersiz ücret, sağlık ekibi üyeleri arasında rol belirsizlikleri ve rol çatışmaları, yöneticiler tarafından değer ve takdir görememe ve meslektaşları tarafından yeterince desteklenmeme şeklinde sıralanabilmekte ve bu durum hemşirelerde tükenmişliğe neden olabilmektedir (ILO, 2001; Altuntaş, 2014b). Hemşireler çoğu zaman sağlıklı/hasta birey ve ailesinin gereksinimlerini kendilerinden ödün vererek karşılamakta ve bu durum zamanla hemşirelerde tükenmişliğe neden olmaktadır (Altuntaş, 2014b).

Bununla birlikte zamanla gelişen tükenmişlik sendromu hemşirelerde uykusuzluk, yorgunluk, çabuk öfkelenme, benlik saygısında azalma, anksiyete, empati kuramama, kendini kuruma ait hissetmeme, iş motivasyonunda azalma, sağlık ekibi üyeleri, sağlıklı/hasta birey ve yakınları ile iletişim problemleri yaşama gibi durumlar gelişmesine yol açabilmektedir (Kaçmaz, 2005; Hansen ve ark., 2009; Altay ve ark., 2010; Akpınar ve Barlas, 2015). Tükenmişliğe bağlı olarak ortaya çıkan bu durum hemşireleri biyopsikososyal açıdan etkileyerek, işten ayrılmaları arttırmakta, kurumun verimliliğini düşürmekte ve sunulan bakımın kalitesini azaltmaktadır (Barutçu ve Serinkan, 2008; Şenturan ve ark., 2009; Kebapçı ve Akyolcu, 2011)

Literatür incelendiğinde, hemşirelerde işe bağlı yaşanan gerginlik ve tükenmişliğin yüksek olduğu ve tükenmişlik sonucu hemşirelerde depresyon, işe geç kalma ya da gelmeme ve işten ayrılma gibi sunulan hemşirelik bakım uygulamalarının kalitesini düşüren ve sağlık bakım maliyetini artıran problemler ortaya çıktığı bildirilmektedir (Altuntaş, 2014b). Bu doğrultuda sağlık bakım kurum yöneticileri hemşirelerin tükenmişlik yaşamalarını ve işten ayrılmalarını önlemek için öncelikle risk faktörlerini belirlemeli ve bu risk faktörlerine yönelik uygun stratejiler geliştirmelidir (Altuntaş, 2014b).

Sonuç olarak literatürde akut bakım ortamlarında sunulan bakımın kalitesinin ve çalışma ortamına ilişkin olumlu algının iş doyumunu arttırdığı (Goldman ve Tabak, 2010) ve yüksek kalitede bakım sağlayan hemşirelerin işlerinden daha çok doyum sağladıkları bildirilmektedir (Castle ve ark., 2006). Bu yönüyle bireyselleştirilmiş bakım, bakım kalitesinin bir göstergesidir (Florin ve ark. 2005, Murphy, 2007). Bakım kalitesi aynı zamanda iş doyum ve tükenmişlik durumuyla da çok yakından ilişkilidir. Bu doğrultuda dolaylı olarak da olsa iş doyum ve bireyselleştirilmiş bakım arasında da bir ilişkiden söz etmek mümkün olup (Zimmerman ve ark., 2005) bu ilişkinin incelenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. MATERYAL**

##### **3.1.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma hemşirelerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

##### **3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma 15.02.2017-15.08.2017 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışmakta olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'nde yer alan, 1000 yatak kapasitesine sahip en büyük ve en gelişmiş üniversite araştırma hastanesi olup, Samsun ve çevre illerden gelen hastaların çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir.

#### **3.2. METOT**

##### **3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışmakta olan 630 hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan hemşireler alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ilgili hastanede çalışmakta olan hemşirelerin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n=28), raporlu ve izinli olan (n=56), bireye doğrudan doğruya hemşirelik bakımı sunmayan poliklinik ve ameliyathane bölümlerinde görevli olan hemşireler (n=127) çalışma kapsamı dışında bırakılarak araştırma 419 hemşirenin katılımıyla tamamlanmıştır (%83,3).

##### **3.2.2. Verilerin Toplanması**

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Acaroğlu ve Şendir, 2012; Karahaliloğlu; Özdemir, 2015; Palazoğlu, 2016) geliştirilen hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma özelliklerini tanıttıcı bilgi formu, "Bireyselleştirilmiş Bakım

Skalası-Hemşire Versiyonu (BBS-Hemşire)”, “Minnesota İş Doyum Ölçeği” ve “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Veriler hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler hemşirelere uygulanmıştır. Hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 15-20 dakika sürmüştür.

### **3.2.3. Veri Toplama Araçları**

#### **Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, hemşirelerin sosyo-demografik bilgilerini içeren yedi soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aile yapısı, çocuk sayısı, gelir durumu), çalışma özelliklerini içeren 21 soru (çalıştığı servis, servisteki görevi, hemşire olarak toplam çalışma yılı, çalıştığı servisteki hemşire sayısı, hastanedeki çalışma statüsü, çalışma şekli, mesleğini seçme neden/nedenleri, mesleğini sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, görev yaptığı bölümü isteyerek seçme durumu, haftada kaç saat çalıştığı, günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısı vb.) olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır.

#### **Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu**

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu (BBS-Hemşire), sağlık bakım ortamında hemşirelerin, bireyselleştirilmiş bakım hakkındaki görüşlerini değerlendirmek üzere 2007 yılında Suhonen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bir ölçektir (Suhonen ve ark., 2010a). Türk toplumuna uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şendir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Acaroğlu ve Şendir, 2012). Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu (BBS-Hemşire) A ve B olmak üzere 17’şer madde içeren iki bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin birinci bölümünde (BBSA-Hemşire), hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini ne

ölçüde destekledikleri, ikinci bölümünde (BBSB-Hemşire) ise hastaların bakımını bireyselleştirme algıları değerlendirilmektedir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu (BBS-Hemşire) 5'li likert tipte bir ölçektir. Ölçek maddelerinin puanlaması "1=Kesinlikle katılmıyorum", "2=Kısmen katılmıyorum", "3=Kararsızım", "4=Kısmen katılıyorum", "5=Tamamen katılıyorum" şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin her iki bölümünde de bakımda bireyselliği ortaya çıkaran, Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü olmak üzere üçer alt boyut bulunmaktadır.

**Klinik Durum:** Hasta bireylerin hastalığa yanıtlarını, duygularını, hissettiklerini ve hastalığın kendisi için anlamını içeren konularda bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını içeren maddelerden (KlinA: A01-A07 ve KlinB: B01-B07) oluşmaktadır.

**Kişisel Yaşam Durumu:** Hasta bireylerin inanç ve değerlerini yansıtan, alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri, aile bağları, iş ve hastane deneyimi gibi konularda bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik hemşirelik bakım davranışlarını içeren maddelerden (KişA: A08-A11 ve KişB: B08-B11) oluşmaktadır.

**Karar Verme Kontrolü:** Hasta bireylerin duyguları, düşünceleri ve isteklerini yansıtan, kendi bakımında söz sahibi olmasına ve bakımı ile ilgili kararlara katılmasına olanak sağlayan konularda hemşirelerin, bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını içeren maddelerden (KarA: A12-A17 ve KarB: B12-B17) oluşmaktadır.

BBS-Hemşire versiyonunun her bir bölümünden ve alt boyutlarından alınabilecek minimum puan 1, maksimum puan ise 5'tir. Ölçek alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları; her bir alt boyutun içerdiği maddelerden alınan puanların toplanarak madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu'nun (BBS-Hemşire) A ve B bölümlerinin toplam puan ortalamaları ise bölümdeki tüm maddelerden alınan puanların toplamının madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Puanların yüksek olması hemşirelerin, genel olarak uyguladıkları hemşirelik eylemleri sırasında hastaların bireyselliğini desteklediklerini (BBSA-Hemşire) ve hastanın bakımını bireyselleştirme algılarının (BBSB-Hemşire) yüksek olduğunu göstermektedir (Suhonen ve ark. 2005a; Suhonen ve ark. 2007). Şendir ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu'nun (BBS-Hemşire) Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını BBSA-Hemşire için 0,77,

BBSB-Hemşire için ise 0,88 olarak bulmuşlardır (Acaroğlu ve Şendir, 2012). Bu çalışmada ise Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu (BBS-Hemşire) Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı BBSA-Hemşire için 0,93, BBSB-Hemşire için ise 0,95 olarak bulunmuştur. BBSA-Hemşire alt boyutlarından Klinik Durum alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,90, Kişisel Yaşam Durumu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,84, Karar Verme Kontrolü Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak saptanmıştır. BBSB-Hemşire alt boyutlarından ise Klinik Durum alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,92, Kişisel Yaşam Durumu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,85, Karar Verme Kontrolü Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu (BBS-Hemşire) kullanımı için ölçeği geliştiren Suhonen ve ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapan Şendir'den izin alınmıştır (Ek-8).

### **Minnesota İş Doyum Ölçeği**

Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) Weiss ve arkadaşları tarafından iş doyumunu ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan (Weiss ve ark., 1967), Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Baycan (1985) tarafından yapılmış olan bir ölçektir. Minnesota İş Doyum Ölçeği, bireylerin mesleğe ilişkin yaşamış oldukları içsel ve dışsal doyum faktörlerini ortaya koyan özelliklere sahip 20 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddelerinin puanlaması "1=Hiç memnun değilim", "2=Memnun değilim", "3=Kararsızım", "4=Memnunum" ve "5=Çok memnunum" şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100'dür. Bireyin yanıtları doğrultusunda her bir soru için verilmiş olan ağırlıklı puan toplanarak ham puan elde edilmektedir. Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır.

**Genel Doyum (GD) :** Genel doyum, içsel ve dışsal doyum faktörlerini içeren 20 maddeden alınan toplam puanın 20'ye bölünmesi ile bulunmaktadır.

**İçsel Doyum (İD) :** Başarı, tanınma, takdir edilme, işin kendisi, sorumluluğu, yükselme ve terfi olanakları gibi işin içsel niteliğine ilişkin öğelerden oluşmaktadır. İçsel doyum puanı içsel faktörleri oluşturan maddelerden (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20) alınan puanların toplamının 12'ye bölünmesi ile bulunmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek minimum puan 12, maximum puan 60'tır. Puanlar arttıkça içsel doyumun da arttığı kabul edilmektedir.

**Dışsal Doyum (DD) :** Kurum politikası, yönetim ve denetim şekli, çalışma arkadaşları ve astlar ile ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin öğelerinden oluşmaktadır. Dışsal doyum puanı dışsal faktörleri oluşturan maddelerden (5,6,12,13,14,17,18,19) alınan puanların toplamının 8'e bölünmesi ile bulunur. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek minimum puan 8, maximum puan ise 40'tır. Puanların artması dışsal doyumun arttığını göstermektedir.

Baycan yapmış olduğu çalışmada Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını 0,77 olarak bulmuştur (Baycan, 1985). Bu çalışmada ise Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak belirlenmiştir. Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutlarından İçsel Doyum alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,82, Dışsal Doyum alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,87 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Baycan'dan izin alınmıştır (Ek-9).

#### **Maslach Tükenmişlik Ölçeği**

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş olan (Maslach ve Jackson, 1981), Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmış olan bir ölçektir (Ergin, 1993). Maslach Tükenmişlik Ölçeği bireylerin mesleğe ilişkin olarak yaşamış oldukları tükenmişlik durumlarını, "Duygusal Tükenme (DT)", "Duyarsızlaşma (D)" ve "Kişisel Başarı (KB)" olmak üzere üç alt boyutta değerlendiren, 22 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ndeki tüm maddelerle ilgili olarak yaşanan duygular "0"dan "4" e kadar değişen puanlamaların sonuçlarına dayanılarak "0=Hiçbir zaman", "1=Yılda birkaç kez", "2=Ayda birkaç kez", "3=Haftada birkaç kez" ve "4=Her gün" olarak değerlendirilmektedir. Bu ölçekte her bir katılımcının üç alt boyuttan aldıkları puanlar ayrı ayrı değerlendirilmektedir.

**Duygusal Tükenme (DT):** Çalışanların yorgunluk ve duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissetmelerini ortaya çıkarmayı hedefleyen duygusal tükenme alt boyutu, 9 maddenin (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) toplanması ile bulunmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek minimum puan 0, maximum puan 36'dır. Duygusal Tükenme alt boyutundan alınan yüksek puanlar duygusal tükenme düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.



**Duyarsızlaşma (DY):** Maslach tarafından “Hizmet alanlara karşı uzaklaşmış, katı, hatta insancıl olmayan tarzda yanıt” olarak tanımlanan bu alt boyut, 5 maddenin (5, 10, 11, 15, 22) puanlarının toplanması ile bulunmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek minimum puan 0, maximum puan 20’dir. Duyarsızlaşma alt boyutundan alınan yüksek puanlar duyarsızlaşmanın düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

**Kişisel Başarı (KB):** Bu alt boyut kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi, kişisel başarı yoksulluğu, kişisel başarı yeterliliği ve başarı ile sorunların üstesinden gelmesini ifade eden 8 maddenin (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) puanlarının toplanması ile bulunmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek minimum puan 0, maximum puan 32’dir. Kişisel Başarı alt boyutundan alınan puanlar arttıkça, kişisel başarı düzeyinin düştüğü kabul edilmektedir.

Ergin yapmış olduğu çalışmada üç alt boyuta ilişkin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını Duygusal Tükenme için 0,83, Duyarsızlaşma için 0,65, Kişisel Başarı için 0,72 olarak bulmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin tekrar-test tekrar güvenilirlik katsayılarını ise Duygusal Tükenme için 0,83, Duyarsızlaşma için 0,72, Kişisel Başarı için 0,67 olarak bildirmiştir (Ergin, 1993). Bu çalışmada ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından Duygusal Tükenme alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,84, Duyarsızlaşma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,73, Kişisel Başarı alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,67 olarak belirlenmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin kullanılabilmesi için Maslach ve Jackson’dan izin alınmıştır (Ek-10).

#### **3.2.4. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (13.02.2017/ sayı; B.30.2.ODM.0.20.08/682-749) onay alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-6). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı hastane yönetiminden (15374210-929-E.4423) yazılı ve araştırma kapsamına alınan hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

#### **3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması,
- İzinli veya raporlu olan hemşirelerin çalışmaya dahil edilememesi,

- Doğrudan doğruya hastaya bakım vermeyen hemşirelerin araştırma kapsamına alınamaması bu araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

### **3.2.6. İstatistiksel Değerlendirme**

Bu araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS 23 paket programı kullanılarak analiz edildi. Nicel verilerin normallik testi Shapiro Wilk ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha ile analiz edildi. Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman korelasyonu kullanıldı. Nicel veriler ortanca (minimum-maksimum), nitel veriler ise frekans (yüzde) şeklinde sunuldu. Anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak alındı.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular

**Tablo 1.** Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=419)

Özellikler		n	%
Yaş grupları 31,6±5,7	17-26 yaş	89	21,2
	27-36 yaş	250	59,7
	37 yaş ve üzeri	80	19,1
Cinsiyet	Kadın	386	92,1
	Erkek	33	7,9
Medeni durum	Evli	280	66,8
	Bekar	139	33,2
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	29	7,0
	Önlisans	24	5,7
	Lisans	340	81,1
	Yüksek Lisans	26	6,2
Aile yapısı	Geniş aile	41	9,8
	Çekirdek aile	378	90,2
Gelir durumu	Gelir giderden az	81	19,3
	Gelir gidere eşit	307	73,3
	Gelir giderden fazla	31	7,4

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %92,1’ini kadınların, %7,9’unu erkeklerin oluşturduğu, %66,8’inin evli, %33,2’sinin bekar olduğu, %81,1’inin lisans mezunu olduğu, %90,2’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %73,3’ünün gelirlerinin giderlerine eşit olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması 31,6±5,7 yıldır (Tablo 1).

**Tablo 2.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular (N=419)

Özellikler		n	%
<b>Görev yaptığı servis</b>	Dahili birimler	164	39,1
	Cerrahi birimler	114	27,2
	Yoğun bakım	141	33,7
<b>Hastanedeki çalışma statüsü</b>	Kadrolu	319	76,1
	Sözleşmeli	100	23,9
<b>Hastanedeki çalışma şekli</b>	Sürekli gündüz	65	15,5
	Sürekli gece	354	84,5
<b>Çalışma yılı</b>	1-5 yıl	119	28,4
	6-10 yıl	142	33,9
	11-15 yıl	90	21,5
	16-20 yıl	45	10,7
	21 yıl ve üzeri	23	5,5
<b>Bakım verilen hasta sayısı</b>	1-5 hasta	123	29,4
	6-10 hasta	6	1,4
	11-15 hasta	39	9,3
	16-20 hasta	32	7,6
	21 hasta ve üzeri	219	52,3
<b>Mesleği isteyerek seçme durumu</b>	Evet	241	57,5
	Hayır	178	42,5
<b>*Mesleği seçme neden/nedenleri</b>	İş bulma kolaylığı olduğu için	202	48,2
	Ailem istediği için	187	44,6
	Sınav puanım bu mesleği seçmeye yettiği için	182	43,4
	Hemşirelik mesleğini sevdiğim için	136	32,5
	Ailemde hemşire olduğu için	17	4,1
	Diğer	2	0,5
<b>Mesleği sevme durumu</b>	Seviyorum	244	58,2
	Sevmiyorum	63	15,0
	Kararsızım	112	26,8

**Tablo 2.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular (N=419) (devam)

Özellikler		n	%
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnunum	180	43,0
	Memnun Değilim	74	17,7
	Kısmen Memnunum	165	39,3
Çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumu	Evet	106	25,3
	Hayır	313	74,7

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Hemşirelerin %39,1’inin dahili birimlerde, %33,7’sinin yoğun bakımda ve %27,2’sinin cerrahi birimlerde çalıştığı, %76,1’inin kadrolu olarak görev yaptığı, %84,5’inin sürekli gece çalıştığı, %33,9’unun 6-10 yıl arası hemşire olarak görev yaptığı, %52,3’ünün günlük bakım verdiği hasta sayısının 21 hasta ve üzeri olduğu, %57,5’inin mesleğini isteyerek tercih ettiği, %48,2’sinin iş bulma kolaylığı olduğu için hemşirelik mesleğini tercih ettiği, %58,2’sinin mesleğini sevdiği, %43’ünün çalıştığı servisten memnun olduğu ve %74,7’sinin çalıştığı bölümü isteyerek seçtiği belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışma yılı ortalaması 9,7±5,8 yıl ve günlük bakım verilen hasta sayısı ortalaması 24,6±20,2 hasta olarak belirlendi (Tablo 2).

#### 4.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu’na (BBS-Hemşire) İlişkin Bulgular

**Tablo 3.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam ve alt boyut ortalaması, standart sapma ve ortanca puan değerleri

BBSA-Hemşire Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Max
Klinik Durum	7	4,0 ± 0,7	4,0	1 - 5
Kişisel Yaşam Durumu	4	3,5 ± 0,9	3,5	1 - 5
Karar Verme Kontrolü	6	4,0 ± 0,7	4,0	1 - 5
Toplam	17	3,9 ± 0,7	3,9	1 - 5

$\bar{x}$ : Aritmetik Ortalama      S.S.: Standart Sapma      Min: Minimum      Max: Maksimum

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 3'te verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması  $3,9\pm 0,7$  ve ortanca puan değeri 3,9'dur. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu alt boyutlarından Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla  $4,0\pm 0,7$ ,  $3,5\pm 0,9$ ,  $4,0\pm 0,7$  olarak belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu alt boyutlarından Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerleri sırasıyla 4,0, 3,5 ve 4,0'dır.

**Tablo 4.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu madde puan ortalamaları

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min -Max)
Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum	4,0	1,0	4(1-5)
Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum	4,1	0,9	4(1-5)
Hastalara, kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm	4,1	1,0	4(1-5)
Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım	4,1	0,8	4(1-5)
Hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum	4,1	0,9	4(1-5)
Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilendiğini öğrenmek için çaba gösteririm	3,9	0,9	4(1-5)
Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum	3,9	0,9	4(1-5)
Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri)	3,2	1,2	3(1-5)
Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım	3,5	1,1	4(1-5)
Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen)	3,4	1,1	4(1-5)

**Tablo 4.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu madde puan ortalamaları (devam)

<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart sapma</b>	<b>Ortanca (Min –Max)</b>
Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım	3,7	1,1	4(1-5)
Hastalara, kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım	4,4	0,8	5(1-5)
Hastalara, hastalık/sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım	3,9	0,9	4(1-5)
Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim	4,1	0,9	4(1-5)
Hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim	4,1	0,8	4(1-5)
Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm	4,0	0,9	4(1-5)
Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım	3,3	1,2	3(1-5)

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu madde puan ortalamaları Tablo 4’te verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu’nda, “Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum”, “Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum”, “Hastalara, kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm”, “Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım”, “Hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum”, “Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilendiğini öğrenmek için çaba gösteririm”, “Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum”, “Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri)”, “Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım”, “Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen)”, “Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım”, “Hastalara, kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım”, “Hastalara, hastalık/sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım”, “Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim”, “Hastalara, kendi bakımları ile ilgili

kararlara katılmaları için yardım ederim”, “Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm”, “Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım” maddelerinin ortalamaları ve standart sapmaları sırasıyla; 4,0±1,0, 4,1±0,9, 4,1±1,0, 4,1±0,8, 4,1±0,9, 3,9±0,9, 3,9±0,9, 3,2±1,2, 3,5±1,1, 3,4±1,1, 3,7±1,1, 4,4±0,8, 3,9±0,9, 4,1±0,9, 4,1±0,8, 4,0±0,9, 3,3±1,2 olarak belirlendi. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu madde puan ortalamaları 3,2 ile 4,4 arasında değişmektedir (Tablo 4).

**Tablo 5.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu maddelerinin yüzdeler dağılımları

Ölçek Maddeleri		n	%
Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum	Kesinlikle Katılmıyorum	13	3,1
	Kısmen Katılmıyorum	26	6,2
	Kararsızım	40	9,6
	Kısmen Katılıyorum	221	52,7
	Kesinlikle Katılıyorum	119	28,4
Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum	Kesinlikle Katılmıyorum	13	3,1
	Kısmen Katılmıyorum	18	4,3
	Kararsızım	28	6,7
	Kısmen Katılıyorum	224	53,5
	Kesinlikle Katılıyorum	136	32,4
Hastalara, kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm	Kesinlikle Katılmıyorum	10	2,4
	Kısmen Katılmıyorum	24	5,7
	Kararsızım	35	8,4
	Kısmen Katılıyorum	186	44,4
	Kesinlikle Katılıyorum	164	39,1
Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım	Kesinlikle Katılmıyorum	7	1,7
	Kısmen Katılmıyorum	8	1,9
	Kararsızım	38	9,1
	Kısmen Katılıyorum	242	57,7
	Kesinlikle Katılıyorum	124	29,6
Hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum	Kesinlikle Katılmıyorum	11	2,6
	Kısmen Katılmıyorum	13	3,1
	Kararsızım	40	9,5
	Kısmen Katılıyorum	224	53,5
	Kesinlikle Katılıyorum	131	31,3



**Tablo 5.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu maddelerinin yüzdelerle dağılımları (devam)

<b>Ölçek Maddeleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilendiğini öğrenmek için çaba gösteririm	Kesinlikle Katılmıyorum	8	1,9
	Kısmen Katılmıyorum	20	4,8
	Kararsızım	92	21,9
	Kısmen Katılıyorum	193	46,1
	Kesinlikle Katılıyorum	106	25,3
Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum	Kesinlikle Katılmıyorum	13	3,1
	Kısmen Katılmıyorum	21	5,0
	Kararsızım	67	16,0
	Kısmen Katılıyorum	232	55,4
	Kesinlikle Katılıyorum	86	20,5
Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri)	Kesinlikle Katılmıyorum	41	9,8
	Kısmen Katılmıyorum	75	17,9
	Kararsızım	103	24,6
	Kısmen Katılıyorum	144	34,3
	Kesinlikle Katılıyorum	56	13,4
Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım	Kesinlikle Katılmıyorum	28	6,7
	Kısmen Katılmıyorum	59	14,1
	Kararsızım	81	19,3
	Kısmen Katılıyorum	188	44,9
	Kesinlikle Katılıyorum	63	15,0
Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen)	Kesinlikle Katılmıyorum	36	8,6
	Kısmen Katılmıyorum	54	12,9
	Kararsızım	116	27,7
	Kısmen Katılıyorum	151	36,0
	Kesinlikle Katılıyorum	62	14,8
Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım	Kesinlikle Katılmıyorum	19	4,5
	Kısmen Katılmıyorum	49	11,7
	Kararsızım	67	16,0
	Kısmen Katılıyorum	172	41,1
	Kesinlikle Katılıyorum	112	26,7
Hastalara, kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım	Kesinlikle Katılmıyorum	10	2,4
	Kısmen Katılmıyorum	8	1,9
	Kararsızım	15	3,6
	Kısmen Katılıyorum	176	42,0
	Kesinlikle Katılıyorum	210	50,1

**Tablo 5.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu maddelerinin yüzdeler dağılımları (devam)

<b>Ölçek Maddeleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Hastalara, hastalık/sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım	Kesinlikle Katılmıyorum	6	1,4
	Kısmen Katılmıyorum	33	7,9
	Kararsızım	73	17,4
	Kısmen Katılıyorum	194	46,3
	Kesinlikle Katılıyorum	113	27,0
Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim	Kesinlikle Katılmıyorum	7	1,7
	Kısmen Katılmıyorum	24	5,7
	Kararsızım	31	7,4
	Kısmen Katılıyorum	230	54,9
	Kesinlikle Katılıyorum	127	30,3
Hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim	Kesinlikle Katılmıyorum	6	1,4
	Kısmen Katılmıyorum	19	4,5
	Kararsızım	31	7,4
	Kısmen Katılıyorum	229	54,7
	Kesinlikle Katılıyorum	134	32,0
Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm	Kesinlikle Katılmıyorum	9	2,1
	Kısmen Katılmıyorum	17	4,1
	Kararsızım	69	16,4
	Kısmen Katılıyorum	201	48,0
	Kesinlikle Katılıyorum	123	29,4
Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım	Kesinlikle Katılmıyorum	36	8,5
	Kısmen Katılmıyorum	67	16,0
	Kararsızım	118	28,2
	Kısmen Katılıyorum	134	32,0
	Kesinlikle Katılıyorum	64	15,3

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu'nun maddelerinin yüzdeler dağılımları Tablo 5'te verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu'nun maddelerinden “Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum” ifadesine araştırmaya katılan hemşirelerden %52,7'sinin, “Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum” ifadesine %53,5'inin “Hastalara, kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm” ifadesine %44,4'ünün “Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlaram” ifadesine %57,7'sinin, “Hastalar ile korkuları ve

endişeleri hakkında konuşurum” ifadesine %53,5’inin, “Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilendiğini öğrenmek için çaba gösteririm” ifadesine %46,1’inin, “Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum” ifadesine %55,4’ünün, “Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri)” ifadesine %34,3’ünün, “Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım” ifadesine %44,9’unun, “Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen)” ifadesine %36’sının, “Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım” ifadesine %41,1’inin, “Hastalara, hastalık/sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım” ifadesine %46,3’ünün, “Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim” ifadesine %54,9’unun, “Hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim” ifadesine %54,7’sinin, “Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm” ifadesine %48’inin, “Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım” ifadesine %32’sinin “kısmen katılıyorum”, “Hastalara, kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım” ifadesine ise %50,1’inin “kesinlikle katılıyorum” cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 5).

**Tablo 6.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

BBSB-Hemşire Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Max
<b>Klinik Durum</b>	7	4,3 $\pm$ 0,7	4,3	1 - 5
<b>Kişisel Yaşam Durumu</b>	4	3,9 $\pm$ 0,9	4,0	1 - 5
<b>Karar Verme Kontrolü</b>	6	4,1 $\pm$ 0,7	4,2	1 - 5
<b>Toplam</b>	17	4,1 $\pm$ 0,6	4,0	1 - 5

$\bar{x}$ : Aritmetik Ortalama      S.S.: Standart Sapma      Min: Minimum      Max: Maksimum

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 6’da verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması 4,1 $\pm$ 0,6 ve ortanca puan değeri 4,0’dır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu alt boyutlarından Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla 4,3 $\pm$ 0,7, 3,9 $\pm$ 0,9 ve 4,1 $\pm$ 0,7 olarak belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu alt boyutlarından

Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerleri sırasıyla 4,3, 4,0 ve 4,2'dir (Tablo 6).

**Tablo 7.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu madde puan ortalamaları

<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart sapma</b>	<b>Ortanca (Min-Max)</b>
Onların, hastalık/sağlık durumları hakkındaki duygularını dikkate aldım	4,3	0,8	4(1-5)
Hemşirelik bakımı gereksinimlerini dikkate aldım	4,5	0,8	5(1-5)
Hastalar bakımlarında, yapabildikleri kadar fazla sorumluluk üstlendiler	4,0	1,1	4(1-5)
Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını dikkate aldım	4,2	0,8	4(1-5)
Hastaların korku ve endişelerini dikkate aldım	4,3	0,8	4(1-5)
Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini dikkate aldım	4,3	0,8	4(1-5)
Hastalık/sağlık durumlarının onlar için anlamını dikkate aldım	4,2	0,9	4(1-5)
Hastane dışındaki günlük aktivitelerini dikkate aldım (örn.iş, boş zaman aktiviteleri)	3,6	1,1	4(1-5)
Daha önceki hastane deneyimlerini dikkate aldım	3,8	1,0	4(1-5)
Hastanede kaldıkları sürece, günlük alışkanlıklarını dikkate aldım (ör: kişisel hijyen)	3,9	1,0	4(1-5)
Hastalarım istediğinde aileleri onların bakımında yer aldılar	4,2	1,0	4(1-5)
Yapılan açıklamaları anladıklarından emin oldum	4,1	0,9	4(1-5)
Onlara, hastalık/sağlık durumları hakkında uygun bilgi verdim	4,3	0,8	4(1-5)
Bakımlarına ilişkin isteklerini dikkate aldım	4,3	0,9	4(1-5)
Hastalar, kendi bakımları ile ilgili kararların alınmasına katıldılar	4,2	0,9	4(1-5)
Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini dikkate aldım	4,2	0,8	4(1-5)
Hastalar, banyo yapma zamanı konusunda kendi kararlarını verme fırsatına sahip oldular	3,8	1,1	4(1-5)

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu madde puan ortalamaları Tablo 7’de verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu’nda, “Onların, hastalık/sağlık durumları hakkındaki duygularını dikkate aldım”, “Hemşirelik bakımı gereksinimlerini dikkate aldım”, “Hastalar bakımlarında, yapabildikleri kadar fazla sorumluluk üstlendiler”, “Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını dikkate aldım”, “Hastaların korku ve endişelerini dikkate aldım”, “Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini dikkate aldım”, “Hastalık/sağlık durumlarının onlar için anlamını dikkate aldım”, “Hastane dışındaki günlük aktivitelerini dikkate aldım (örn.iş, boş zaman aktiviteleri)”, “Daha önceki hastane deneyimlerini dikkate aldım”, “Hastanede kaldıkları sürece, günlük alışkanlıklarını dikkate aldım (ör: kişisel hijyen)”, “Hastalarım istediğinde aileleri onların bakımında yer aldılar”, “Yapılan açıklamaları anladıklarından emin oldum”, “Onlara, hastalık/sağlık durumları hakkında uygun bilgi verdim”, “Bakımlarına ilişkin isteklerini dikkate aldım”, “Hastalar, kendi bakımları ile ilgili kararların alınmasına katıldılar”, “Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini dikkate aldım”, “Hastalar, banyo yapma zamanı konusunda kendi kararlarını verme fırsatına sahip oldular” maddelerinin ortalamaları ve standart sapmaları sırasıyla;  $4,3\pm 0,8$ ,  $4,5\pm 0,8$ ,  $4,0\pm 1,1$ ,  $4,2\pm 0,8$ ,  $4,3\pm 0,8$ ,  $4,3\pm 0,8$ ,  $4,2\pm 0,9$ ,  $3,6\pm 1,1$ ,  $3,8\pm 1,0$ ,  $3,9\pm 1,0$ ,  $4,2\pm 1,0$ ,  $4,1\pm 0,9$ ,  $4,3\pm 0,8$ ,  $4,3\pm 0,9$ ,  $4,2\pm 0,9$ ,  $4,2\pm 0,8$  ve  $3,8\pm 1,1$  olarak belirlendi. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu madde puan ortalamaları 3,6 ile 4,5 arasında değişmektedir (Tablo 7).

**Tablo 8.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu'nun maddelerinin yüzdeler dağılımları

Ölçek Maddeleri		n	%
Onların, hastalık/sağlık durumları hakkındaki duygularını dikkate aldım	Kesinlikle Katılmıyorum	10	2,4
	Kısmen Katılmıyorum	3	0,7
	Kararsızım	16	3,8
	Kısmen Katılıyorum	203	48,5
	Kesinlikle Katılıyorum	187	44,6
Hemşirelik bakımı gereksinimlerini dikkate aldım	Kesinlikle Katılmıyorum	11	2,6
	Kısmen Katılmıyorum	3	0,7
	Kararsızım	10	2,4
	Kısmen Katılıyorum	155	37,0
	Kesinlikle Katılıyorum	240	57,3
Hastalar bakımlarında, yapabildikleri kadar fazla sorumluluk üstlendiler	Kesinlikle Katılmıyorum	14	3,3
	Kısmen Katılmıyorum	33	7,9
	Kararsızım	66	15,8
	Kısmen Katılıyorum	143	34,1
	Kesinlikle Katılıyorum	163	38,9
Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını dikkate aldım	Kesinlikle Katılmıyorum	7	1,7
	Kısmen Katılmıyorum	9	2,1
	Kararsızım	31	7,4
	Kısmen Katılıyorum	216	51,6
	Kesinlikle Katılıyorum	156	37,2
Hastaların korku ve endişelerini dikkate aldım	Kesinlikle Katılmıyorum	9	2,1
	Kısmen Katılmıyorum	5	1,2
	Kararsızım	20	4,8
	Kısmen Katılıyorum	198	47,3
	Kesinlikle Katılıyorum	187	44,6
Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini dikkate aldım	Kesinlikle Katılmıyorum	10	2,4
	Kısmen Katılmıyorum	5	1,2
	Kararsızım	16	3,8
	Kısmen Katılıyorum	211	50,4
	Kesinlikle Katılıyorum	177	42,2
Hastalık/sağlık durumlarının onlar için anlamını dikkate aldım	Kesinlikle Katılmıyorum	10	2,4
	Kısmen Katılmıyorum	8	1,9
	Kararsızım	31	7,4
	Kısmen Katılıyorum	191	45,6
	Kesinlikle Katılıyorum	179	42,7

**Tablo 8.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu'nun maddelerinin yüzdelik dağılımları (devam)

<b>Ölçek Maddeleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Hastane dışındaki günlük aktivitelerini dikkate aldım (örn. iş, boş zaman aktiviteleri)	Kesinlikle Katılmıyorum	30	7,2
	Kısmen Katılmıyorum	38	9,1
	Kararsızım	95	22,6
	Kısmen Katılıyorum	158	37,7
	Kesinlikle Katılıyorum	98	23,4
Daha önceki hastane deneyimlerini dikkate aldım	Kesinlikle Katılmıyorum	19	4,6
	Kısmen Katılmıyorum	32	7,6
	Kararsızım	73	17,4
	Kısmen Katılıyorum	190	45,3
	Kesinlikle Katılıyorum	105	25,1
Hastanede kaldıkları sürece, günlük alışkanlıklarını dikkate aldım (ör: kişisel hijyen)	Kesinlikle Katılmıyorum	16	3,8
	Kısmen Katılmıyorum	18	4,3
	Kararsızım	61	14,6
	Kısmen Katılıyorum	205	48,9
	Kesinlikle Katılıyorum	119	28,4
Hastalarım istediğinde aileleri onların bakımında yer aldılar	Kesinlikle Katılmıyorum	11	2,6
	Kısmen Katılmıyorum	22	5,3
	Kararsızım	36	8,6
	Kısmen Katılıyorum	163	38,9
	Kesinlikle Katılıyorum	187	44,6
Yapılan açıklamaları anladıklarından emin oldum	Kesinlikle Katılmıyorum	7	1,7
	Kısmen Katılmıyorum	15	3,6
	Kararsızım	67	16,0
	Kısmen Katılıyorum	164	39,1
	Kesinlikle Katılıyorum	166	39,6
Onlara, hastalık/sağlık durumları hakkında uygun bilgi verdim	Kesinlikle Katılmıyorum	10	2,4
	Kısmen Katılmıyorum	8	1,9
	Kararsızım	16	3,8
	Kısmen Katılıyorum	199	47,6
	Kesinlikle Katılıyorum	186	44,3
Bakımlarına ilişkin isteklerini dikkate aldım	Kesinlikle Katılmıyorum	9	2,1
	Kısmen Katılmıyorum	11	2,6
	Kararsızım	29	6,9
	Kısmen Katılıyorum	185	44,1
	Kesinlikle Katılıyorum	185	44,3

**Tablo 8.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu'nun maddelerinin yüzdeler dağılımları (devam)

Ölçek maddeleri		n	%
Hastalar, kendi bakımları ile ilgili kararların alınmasına katıldılar	Kesinlikle Katılmıyorum	7	1,7
	Kısmen Katılmıyorum	10	2,4
	Kararsızım	57	13,6
	Kısmen Katılıyorum	182	43,4
	Kesinlikle Katılıyorum	163	38,9
Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini dikkate aldım	Kesinlikle Katılmıyorum	9	2,1
	Kısmen Katılmıyorum	9	2,1
	Kararsızım	29	6,9
	Kısmen Katılıyorum	197	47,0
	Kesinlikle Katılıyorum	175	41,9
Hastalar, banyo yapma zamanı konusunda kendi kararlarını verme fırsatına sahip oldular	Kesinlikle Katılmıyorum	19	4,5
	Kısmen Katılmıyorum	31	7,4
	Kararsızım	85	20,3
	Kısmen Katılıyorum	160	38,2
	Kesinlikle Katılıyorum	124	29,6

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu'nun maddelerinin yüzdeler dağılımları Tablo 8'de verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu'nun maddelerinden “Onların, hastalık/sağlık durumları hakkındaki duygularını dikkate aldım” ifadesine araştırmaya katılan hemşirelerden %48,5'inin, “Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını dikkate aldım” ifadesine %51,6'sının, “Hastaların korku ve endişelerini dikkate aldım” ifadesine %47,3'ünün, “Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini dikkate aldım” ifadesine %50,4'ünün, “Hastalık/sağlık durumlarının onlar için anlamını dikkate aldım” ifadesine %45,6'sının, “Hastane dışındaki günlük aktivitelerini dikkate aldım (örn.iş, boş zaman aktiviteleri)” ifadesine %37,7'sinin, “Daha önceki hastane deneyimlerini dikkate aldım” ifadesine %45,3'ünün, “Hastanede kaldıkları sürece, günlük alışkanlıklarını dikkate aldım (ör:kişisel hijyen)” ifadesine %48,9'unun, “Onlara, hastalık/sağlık durumları hakkında uygun bilgi verdim” ifadesine %47,6'sının, “Hastalar, kendi bakımları ile ilgili kararların alınmasına katıldılar” ifadesine %43,4'ünün, “Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini dikkate aldım” ifadesine %47'sinin, “Hastalar, banyo yapma zamanı konusunda kendi kararlarını verme fırsatına sahip



oldular” ifadesine %38,2’sinin “kısmen katılıyorum” cevabını verdikleri, “Hemşirelik bakımı gereksinimlerini dikkate aldım” ifadesine %57,3’ünün, “Hastalar bakımlarında, yapabildikleri kadar fazla sorumluluk üstlendiler” ifadesine %38,9’unun, “Hastalarım istediğinde aileleri onların bakımında yer aldılar” ifadesine %44,6’sının, “Yapılan açıklamaları anladıklarından emin oldum” ifadesine %39,6’sının, “Bakımlarına ilişkin isteklerini dikkate aldım” ifadesine %44,3’ünün ise “kesinlikle katılıyorum” cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 8).

**Tablo 9.** Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu’nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	Toplam
Yaş grupları	17-26 yaş	4,1 (1 - 5)	3,3 (1 - 5)a	4 (1 - 5)	3,9(1-5)
	27-36 yaş	4 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)b	4 (1 - 5)	3,9(1-5)
	37-46 yaş ve üzeri	4,1 (2 - 5)	3,5 (1 - 5)b	4 (2 - 5)	4 (2 - 5)
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2 = 3,2$	$\chi^2 = 11,1$	$\chi^2 = 5,9$	$\chi^2 = 5,5$
<b>p değeri</b>		p=0,20	p= <b>0,004</b>	p=0,053	p=0,062
Cinsiyet	Kadın	4,1 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
	Erkek	3,9 (1 - 5)	3,0 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,6 (1 - 5)
<b>Test istatistiği</b>		U=4608	U=5111,5	U=5020,5	U=4693
<b>p değeri</b>		p= <b>0,008</b>	p=0,059	p=0,05	p= <b>0,012</b>
Medeni durum	Evli	4 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
	Bekar	4 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
<b>Test istatistiği</b>		U=18068	U=17241,5	U=18420,5	U=17576
<b>p değeri</b>		p=0,231	p=0,056	p=0,371	p=0,106
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	3,9 (2 - 5)	3,0 (1,3 - 4,8)a	3,8 (2,2 - 5)	3,7 (2-5)a
	Önlisans	4,2 (1 - 5)	3,0 (1 - 5)ab	4,0 (1 - 5)	3,8 (1-5)ab
	Lisans	4,0 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)b	4,0 (1 - 5)	3,9 (1-5)b
	Yüksek lisans	4,1 (2,7 - 5)	3,5 (2 - 5)ab	4,3 (2,8 - 5)	4,1 (3-5)ab
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2 = 6,3$	$\chi^2 = 14,7$	$\chi^2 = 5,2$	$\chi^2 = 8,9$
<b>p değeri</b>		p=0,096	p= <b>0,002</b>	p=0,159	p= <b>0,030</b>

**Tablo 9.** Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	Toplam
Aile yapısı	Geniş aile	4 (1,1 - 5)	3 (1,3 - 5)	4 (1,8 - 5)	3,9 (2-5)
	Çekirdek aile	4 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1-5)
Test istatistiği		U=7490	U=6067,5	U=7713,5	U=6870
p değeri		p=0,724	p= <b>0,022</b>	p=0,961	p=0,232
Gelir durumu	Gelir giderden az	4 (1 - 5)	3,3 (1 - 5)a	4 (1 - 5)	3,8 (1-5)
	Gelir gidere eşit	4 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)b	4 (1 - 5)	3,9 (1-5)
	Gelir giderden fazla	4,1 (3,3 - 4,9)	3,3 (1,8 - 5)ab	4 (3,2 - 5)	3,9 (3-5)
Test istatistiği		$\chi^2 = 1,0$	$\chi^2 =7,8$	$\chi^2=2,7$	$\chi^2=2,5$
p değeri		p=0,592	p= <b>0,020</b>	p=0,263	p=0,275

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ortanca puan değerleri Tablo 9'da karşılaştırılmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin cinsiyetine göre (U=4608, p=0,008) farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortanca puan değerinin kadınlarda daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ( $\chi^2=3,2$ , p=0,20), medeni durum (U=18068, p=0,231), eğitim durumu ( $\chi^2=6,3$ , p=0,096), aile yapısı (U=7490, p=0,724) ve gelir durumuna göre ( $\chi^2=1,0$ , p=0,592) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ( $\chi^2=11,1$ , p=0,004), eğitim durumu ( $\chi^2=14,7$ , p=0,002), aile yapısı (U=6067,5, p=0,022) ve gelir durumuna göre ( $\chi^2=7,8$ , p=0,020) farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin çekirdek aile yapısına sahip olanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte 27-36 yaş arası ve 37-46 yaş ve üstü olan hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin 17-26 yaş arasında

olan hemşirelerin puanından, lisans mezunu olan hemşirelerde Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin puanından, geliri giderine eşit olan hemşirelerde Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin de geliri giderinden az olan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin cinsiyet (U=5111,5, p=0,059) ve medeni duruma göre (U=17241,5, p=0,056) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ( $\chi^2=5,9$ , p=0,053), cinsiyet (U=5020,5, p=0,050), medeni durum (U=18420,5, p=0,371), eğitim durumu ( $\chi^2=5,2$ , p=0,159), aile yapısı (U=7713,5, p=0,961) ve gelir durumuna göre ( $\chi^2=2,7$ , p=0,263) farklılık göstermediği saptandı (Tablo 9).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin cinsiyet (U=4693, p=0,012) ve eğitim durumuna ( $\chi^2=8,9$ , p=0,030) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin kadınlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte lisans mezunu olan hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin puanından yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ( $\chi^2=5,5$ , p=0,062), medeni durum (U=17576, p=0,106), aile yapısı (U=6870, p=0,232) ve gelir durumuna ( $\chi^2=2,5$ , p=0,275) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

**Tablo 10.** Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	Toplam
Görev yaptığı servis	Dahili birimler	4 (1,1 - 5)ab	3,5 (1 - 5)a	4 (1,3 - 5)a	3,9 (2 - 5)ab
	Cerrahi birimler	4,1 (1,3 - 5)a	3,8 (1 - 5)a	4,2 (1,8 - 5)b	4 (2 - 5)a
	Yoğun bakım	4 (1 - 5)b	3,5 (1 - 5)b	4 (1 - 5)a	3,8 (1 - 5)b
Test istatistiği		$\chi^2=7,4$	$\chi^2=11,8$	$\chi^2=16,9$	$\chi^2=11,8$
p değeri		<b>p=0,025</b>	<b>p=0,003</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p=0,003</b>
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	4,1 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
	Sözleşmeli	4 (1 - 5)	3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,8 (1 - 5)
Test istatistiği		U=13078,5	U=11396	U=13892	U=12226
p değeri		<b>p=0,006</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p=0,050</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Hastanedeki çalışma şekli	Sürekli gündüz	4,3 (1,7 - 5)	3,5 (1 - 5)	4,3 (1,3 - 5)	4 (2 - 5)
	Sürekli gece	4(1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
Test istatistiği		U=6476	U=7981	U=6510	U=6719
p değeri		<b>p=0,011</b>	<b>p=0,570</b>	<b>p=0,013</b>	<b>p=0,027</b>
Çalışma yılı	1-5 yıl	4,0 (1 - 5)	3,3 (1 - 5)a	4,0 (1 - 5)a	3,9 (1 - 5)
	6-10 yıl	4,0 (1 - 5)	3,8 (1 - 5)ab	4,0 (1 - 5)a	3,9 (1 - 5)
	11-15 yıl	4,1 (1 - 5)	3,5 (2 - 5)ab	3,9 (2 - 5)a	3,8 (2 - 5)
	16-20 yıl	4,1 (2 - 5)	3,8 (1 - 5)b	4,2 (2 - 5)ab	4 (2 - 5)
	21 yıl ve üzeri	4,4 (4 - 5)	3,8 (2 - 5)ab	4,5 (3 - 5)b	4,3 (3 - 5)
Test istatistiği		$\chi^2=8,2$	$\chi^2=11,9$	$\chi^2=11,2$	$\chi^2=9,4$
p değeri		<b>p=0,084</b>	<b>p=0,018</b>	<b>p=0,025</b>	<b>p=0,051</b>
Bakım verilen hasta sayısı	1-5 hasta	4 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
	6-10 hasta	4,1 (1,1 - 5)	3,9 (1 - 5)	4,3 (1,8 - 5)	4,1 (2 - 5)
	11-15 hasta	4,1 (1,7 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	4 (1,3 - 5)	3,9 (2 - 5)
	16-20 hasta	4,5 (3,3 - 5)	4 (1,8 - 5)	4,2 (2,8 - 5)	4,1 (3 - 5)
	21 hasta ve üzeri	4 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
Test istatistiği		$\chi^2=8,3$	$\chi^2=3,6$	$\chi^2=8,4$	$\chi^2=9,4$
p değeri		<b>p=0,082</b>	<b>p=0,457</b>	<b>p=0,079</b>	<b>p=0,051</b>

**Tablo 10.** Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	Toplam
Mesleğini isteyerek seçme durumu	Evet	4,1 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
	Hayır	4 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
Test istatistiği		U=20472,5	U=21174,5	U=17933	U=19681
p değeri		p=0,423	p=0,822	p=0,004	p=0,149
Mesleği sevme durumu	Seviyorum	4,1 (1 - 5)a	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)a	4 (1 - 5)a
	Sevmiyorum	4 (2,1 - 5)ab	3,8 (1 - 5)	4 (1 - 5)b	3,9 (1 - 5)ab
	Kararsızım	4 (1 - 5)b	3,3 (1 - 5)	3,8 (1 - 5)b	3,8 (1 - 5)b
Test istatistiği		$\chi^2=11,8$	$\chi^2=6,1$	$\chi^2=22,8$	$\chi^2=12,9$
p değeri		p=0,003	p=0,050	p<0,001	p=0,002
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnunum	4,1 (1 - 5)a	3,5 (1 - 5)	4,1 (1 - 5)a	4 (1 - 5)a
	Memnun değilim	4 (2,1 - 5)ab	3,5 (1 - 5)	3,8 (1 - 5)b	3,8 (1 - 5)ab
	Kısmen Memnunum	4 (1 - 5)b	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)b	3,9 (1 - 5)b
Test istatistiği		$\chi^2=8,9$	$\chi^2=1,5$	$\chi^2=16,6$	$\chi^2=9,4$
p değeri		p=0,012	p=0,466	p<0,001	p=0,009
Çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumu	Evet	4 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
	Hayır	4 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
Test istatistiği		U=16264,5	U=15634,5	U=14457,5	U=15990
p değeri		p=0,762	p=0,374	p=0,050	p=0,578

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ortanca puan değerleri Tablo 10'da karşılaştırılmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortanca puan değeri hemşirelerin görev yaptığı servis ( $\chi^2=7,4$ , p=0,025), hastanedeki çalışma statüsü (U=13078,5, p=0,006), hastanedeki çalışma şekli (U=6476, p=0,011), mesleği sevme durumu ( $\chi^2=11,8$ , p=0,003), çalıştığı servisten memnun olma durumuna ( $\chi^2=8,9$ , p=0,012) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortanca puan değerinin kadrolu olarak görev yapanlarda ve sürekli gündüz çalışanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A

Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortalanca puan değerinin yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin puanından, mesleğini seven hemşirelerde Klinik Durum alt boyutu ortalanca puan değerinin mesleğini sevme konusunda kararsız olan hemşirelerin puanından, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerde Klinik Durum alt boyutu ortalanca puan değerinin çalıştığı servisten kısmen memnun olan hemşirelerin puanından yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortalanca puan değerinin hemşirelerin çalışma yılı ( $\chi^2=8,2$ ,  $p=0,084$ ), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=8,3$ ,  $p=0,082$ ), mesleğini isteyerek seçme durumu ( $U=20472,5$ ,  $p=0,423$ ), çalıştığı bölümü isteyerek tercih etme durumuna ( $U=16264,5$ ,  $p=0,762$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortalanca puan değerinin hemşirelerin görev yaptığı servis ( $\chi^2=11,8$ ,  $p=0,003$ ), hastanedeki çalışma statüsü ( $U=11396$ ,  $p<0,001$ ) ve çalışma yılına ( $\chi^2=11,9$ ,  $p=0,018$ ), göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortalanca puan değerinin kadrolu olarak çalışan hemşirelerde yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte 16-20 yıl arası çalışan hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortalanca puan değerinin 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin puanından yüksek olduğu saptandı. Ayrıca Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortalanca puan değerinin yoğun bakım ve dahili birimlerde çalışan hemşirelerde aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde dahili birimlerde çalışan hemşirelerin sıra ortalamasının 223,7, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin sıra ortalamasının 181,6 olduğu belirlendi. Bu durum dahili birimlerde çalışan hemşirelerde Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu puan değerinin yoğun bakımda çalışan hemşirelerin puanından ve cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerde Kişisel Yaşam Durumu alt boyut ortalanca puan değerinin yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin puanından yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortalanca puan değerinin hemşirelerin hastanedeki çalışma şekli ( $U=7981$ ,  $p=0,570$ ), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=3,6$ ,  $p=0,457$ ), mesleği isteyerek seçme durumu ( $U=21174,5$ ,  $p=0,822$ ), mesleği sevme durumu ( $\chi^2=6,1$ ,  $p=0,050$ ),

çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $\chi^2=1,5$ ,  $p=0,466$ ) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna ( $U=15634,5$ ,  $p=0,374$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin görev yaptığı servis ( $\chi^2=16,9$ ,  $p<0,001$ ), hastanedeki çalışma şekli ( $U=6510$ ,  $p=0,013$ ), çalışma yılı ( $\chi^2=11,2$ ,  $p=0,025$ ), mesleği isteyerek seçme durumu ( $U=17933$ ,  $p=0,004$ ), mesleği sevme durumu ( $\chi^2=22,8$ ,  $p<0,001$ ) ve çalıştığı servisten memnun olma durumuna ( $\chi^2=16,6$ ,  $p<0,001$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puan değerinin sürekli gündüz çalışan hemşirelerde yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut ortanca puan değerinin dahili birimlerde ve yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin puanından, 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerde Karar Verme Kontrolü alt boyut ortanca puan değerinin 1-5 yıl arası, 6-10 yıl arası ve 11-15 yıl arası çalışan hemşirelerin puanından, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerde Karar Verme Kontrolü alt boyut ortanca puan değerinin çalıştığı servisten kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu saptandı.

Bununla birlikte Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puan değerinin mesleğini isteyerek seçen ve mesleğini isteyerek seçmeyen hemşirelerde aynı olmasına karşın sıra ortalamaları incelendiğinde mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin sıra ortalamasının 224,6, mesleğini isteyerek seçmeyen hemşirelerin sıra ortalamasının 190,3 olduğu belirlendi. Bu durum mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde Karar Verme Kontrolü alt boyutu puan değerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puan değerinin mesleğini seven ve sevmeyen hemşirelerde aynı olmasına karşın sıra ortalamaları incelendiğinde mesleğini seven hemşirelerin sıra ortalamasının 233,5 ve mesleğini sevmeyen hemşirelerin sıra ortalamasının 186,1 olduğu belirlendi. Bu sonuç mesleğini seven hemşirelerde Karar Verme Kontrolü Alt Boyut puan değerinin mesleğini sevmeyen hemşirelerin puanından ve mesleğini sevmeyen hemşirelerde Karar Verme Kontrolü alt boyut ortanca puan değerinin mesleğini sevme konusunda kararsız kalan hemşirelerin puanından yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin hastanedeki çalışma statüsü

(U=13892, p=0,050), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=8,4$ , p=0,079) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna (U=14457,5, p=0,050) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin görev yaptığı servis ( $\chi^2=11,8$ , p=0,003), hastanedeki çalışma statüsü (U=12226, p<0,001), hastanedeki çalışma şekli (U=6719, p=0,027), mesleğini sevme durumu ( $\chi^2=12,9$ , p=0,002) ve çalıştığı servisten memnun olma durumuna ( $\chi^2=9,4$ , p=0,009) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin kadrolu ve sürekli gündüz olarak çalışan hemşirelerde yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin puanından, mesleğini seven hemşirelerde toplam ortanca puan değerinin mesleğini sevme konusunda kararsız kalan hemşirelerin puanından, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerde toplam ortanca puan değerinin çalıştığı servisten kısmen memnun olan hemşirelerin puanından yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin çalışma yılı ( $\chi^2=9,4$ , p=0,051), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=9,4$ , p=0,051), mesleğini isteyerek seçme durumu (U=19681, p=0,149) ve çalıştığı bölümü isteyerek tercih etme durumuna (U=15990, p=0,578) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

**Tablo 11.** Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	Toplam
Yaş grupları	17-26 yaş	4,3 (1 - 5)	3,8 (1 - 5)a	4,2 (1 - 5)	4 (1 - 5)
	27-36 yaş	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)b	4 (1 - 5)	4,1 (1 - 5)
	37-46 yaş ve üzeri	4,6 (2,6 - 5)	4,3 (1,8 - 5)b	4,3 (2,5 - 5)	4,3 (3 - 5)
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=1,6$	$\chi^2=14,9$	$\chi^2=3,6$	$\chi^2=5,8$
<b>p değeri</b>		p=0,446	p= <b>0,001</b>	p=0,162	p=0,053



**Tablo 11.** Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	Toplam
Cinsiyet	Kadın	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	4,1 (1 - 5)
	Erkek	4,1 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)
Test istatistiği		U=5262,5	U=4536,5	U=5271,5	U=4914
p değeri		p=0,094	p= <b>0,006</b>	p=0,102	p= <b>0,030</b>
Medeni durum	Evli	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	4,1 (1 - 5)
	Bekar	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)
Test İstatistiği		U=19277,5	U=16704,5	U=18193	U=17711
p değeri		p=0,875	p= <b>0,017</b>	p=0,328	p=0,165
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	4 (1,6 - 5)	3,3 (1,5 - 5)c	4 (1,8 - 4,8)	4 (2 - 5)a
	Önlisans	4,1 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)bc	3,9 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)ab
	Lisans	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)a	4,2 (1 - 5)	4,1 (1 - 5)b
	Yüksek lisans	4,2 (3,4 - 5)	4 (2,8 - 5)ab	4,3 (3,7 - 5)	4,1 (4 - 5)ab
Test istatistiği		$\chi^2=3,5$	$\chi^2=25,6$	$\chi^2=9,9$	$\chi^2=13,9$
p değeri		p=0,318	p< <b>0,001</b>	p=0,050	p= <b>0,003</b>
Aile yapısı	Geniş aile	4,3 (1,3 - 5)	4 (1,5 - 5)	4,2 (1,7 - 5)	4,1 (2 - 5)
	Çekirdek aile	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	4,1 (1 - 5)
Test istatistiği		U=7701,5	U=6596,0	U=7200	U=7056
p değeri		p=0,948	p=0,114	p=0,468	p=0,359
Gelir durumu	Gelir giderden az	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,1 (1 - 5)
	Gelir gidere eşit	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	4,1 (1 - 5)
	Gelir giderden fazla	4,3 (3,7 - 5)	3,8 (2,5 - 5)	4 (2,7 - 5)	4 (3 - 5)
Test istatistiği		$\chi^2=1,3$	$\chi^2=4,9$	$\chi^2=3,1$	$\chi^2=4,2$
p değeri		p=0,520	p=0,087	p=0,215	p=0,118

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu ortanca puan değerleri Tablo 11'de karşılaştırılmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ( $\chi^2=1,6$ , p=0,446), cinsiyet (U=5262,5, p=0,094),

medeni durum ( $U=19227,5$ ,  $p=0,875$ ), eğitim durumu ( $\chi^2=3,5$ ,  $p=0,318$ ), aile yapısı ( $U=7701,5$ ,  $p=0,948$ ) ve gelir durumuna ( $\chi^2=1,3$ ,  $p=0,520$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 11).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ( $\chi^2=14,9$ ,  $p=0,001$ ), cinsiyet ( $U=4536,5$ ,  $p=0,006$ ), medeni durum ( $U=16704,5$ ,  $p=0,017$ ) ve eğitim durumuna ( $\chi^2=25,6$ ,  $p<0,001$ ) göre farklılık gösterdiği görüldü. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin kadınlarda daha yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte 27-36 yaş ve 37-46 yaş ve üzeri olan hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut ortanca puan değerinin 17-26 yaş arası olan hemşirelerin puanından, yüksek lisans mezunu olan hemşirelerde Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin puanından, lisans mezunu hemşirelerde Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin evlilerde ve bekarlarda aynı olmasına karşın sıra puanları incelendiğinde evlilerin sıra ortalamasının 217,9, bekarların sıra ortalamasının 194,0 olduğu belirlendi. Bu durum evlilerin Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu puanının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin aile yapısı ( $U=6596$ ,  $p=0,114$ ) ve gelir durumuna ( $\chi^2=4,9$ ,  $p=0,087$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 11).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ( $\chi^2=3,6$ ,  $p=0,162$ ), cinsiyet ( $U=5271,5$ ,  $p=0,102$ ), medeni durum ( $U=18193$ ,  $p=0,328$ ), eğitim durumu ( $\chi^2=9,9$ ,  $p=0,050$ ), aile yapısı ( $U=7200$ ,  $p=0,468$ ) ve gelir durumuna ( $\chi^2=3,1$ ,  $p=0,215$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 11).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin cinsiyet ( $U=4914$ ,  $p=0,030$ ) ve eğitim durumuna ( $\chi^2=13,9$ ,  $p=0,003$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin kadınlarda daha yüksek olduğu

görüldü. Bununla birlikte lisans mezunu hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin puanından yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ( $\chi^2=5,8$ ,  $p=0,053$ ), medeni durum ( $U=17711$ ,  $p=0,165$ ), aile yapısı ( $U=7056$ ,  $p=0,359$ ) ve gelir durumuna ( $\chi^2=4,2$ ,  $p=0,118$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 11).

**Tablo 12.** Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	Toplam
Çalıştığı servis	Dahili birimler	4,3 (1,3 - 5)ab	4 (1,5 - 5)a	4 (1,3 - 5)	3,9 (2 - 5)ab
	Cerrahi birimler	4,6 (1,3 - 5)a	4 (1,5 - 5)a	4,3 (1,3 - 5)	4 (2 - 5)a
	Yoğun bakım	4,1 (1 - 5)b	4 (1 - 5)b	4 (1 - 5)	3,8 (1 - 5)b
Test istatistiği		$\chi^2=11,6$	$\chi^2=11,9$	$\chi^2=4,5$	$\chi^2=8,9$
p değeri		<b>p=0,003</b>	<b>p=0,003</b>	$p=0,104$	<b>p=0,011</b>
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
	Sözleşmeli	4,1 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,8 (1 - 5)
Test istatistiği		$U=13327,5$	$U=10989$	$U=13299,5$	$U=12021$
p değeri		<b>p=0,012</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p=0,013</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Hastanedeki çalışma şekli	Sürekli gündüz	4,4 (1,7 - 5)	4 (1,5 - 5)	4,3 (1,3 - 5)	4 (2 - 5)
	Sürekli gece	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
Test istatistiği		$U=7789$	$U=8150,5$	$U=7292,5$	$U=7490$
p değeri		$p=0,410$	$p=0,728$	$p=0,147$	$p=0,237$
Çalışma yılı	1-5 yıl	4,3 (1 - 5)	3,8 (1 - 5)a	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)a
	6-10 yıl	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)b	4,2 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)ab
	11-15 yıl	4,1 (1,3 - 5)	4 (1,8 - 5)ab	4 (1,3 - 5)	3,8 (2 - 5)ab
	16-20 yıl	4,4 (2,6 - 5)	4,3 (2 - 5)b	4,3 (2,5 - 5)	4 (2 - 5)ab
	21 yıl ve üzeri	4,6 (3,4 - 5)	4,3 (1,8 - 5)b	4,5 (3,7 - 5)	4,3 (3 - 5)b
Test istatistiği		$\chi^2=6,6$	$\chi^2=15,4$	$\chi^2=9,6$	$\chi^2=12,8$
p değeri		$p=0,158$	<b>p=0,004</b>	$p=0,050$	<b>p=0,012</b>

**Tablo 12.** Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	Toplam
Bakım verilen hasta sayısı	1-5 hasta	4,1 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
	6-10 hasta	4,2 (1,3 - 5)	3,9 (2,5 - 5)	4,3 (1,7 - 5)	4,1 (2 - 5)
	11-15 hasta	4,4 (1,7 - 5)	4 (1,5 - 5)	4 (1,3 - 5)	3,9 (2 - 5)
	16-20 hasta	4,6 (3,9 - 5)	4,3 (2,5 - 5)	4,5 (3,3 - 5)	4,1 (3 - 5)
	21 hasta ve üzeri	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
Test istatistiği		$\chi^2=6,2$	$\chi^2=3,8$	$\chi^2=7,1$	$\chi^2=6,6$
p değeri		p=0,183	p=0,432	p=0,132	p=0,153
Mesleği isteyerek seçme durumu	Evet	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
	Hayır	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
Test istatistiği		U=21144	U=20510	U=20642	U=2110
p değeri		p=0,802	p=0,439	p=0,553	p=0,831
Mesleği sevme durumu	Seviyorum	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)a	4 (1 - 5)a
	Sevmiyorum	4,3 (2,6 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)a	3,9 (1 - 5)ab
	Kararsızım	4,1 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)b	3,8 (1 - 5)b
Test istatistiği		$\chi^2=4,1$	$\chi^2=4,9$	$\chi^2=8,3$	$\chi^2=7,2$
p değeri		p=0,128	p=0,085	p=0,016	p=0,026
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnunum	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	4 (1 - 5)
	Memnun değilim	4,3 (1,6 - 5)	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,8 (1 - 5)
	Kısmen memnunum	4,1 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
Test istatistiği		$\chi^2=3,6$	$\chi^2=4,2$	$\chi^2=1,4$	$\chi^2=2,4$
p değeri		p=0,165	p=0,125	p=0,495	p=0,299
Çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumu	Evet	4,1 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
	Hayır	4,3 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	3,9 (1 - 5)
Test istatistiği		U=14844,5	U=15148	U=15404,5	U=14655
p değeri		p=0,102	p=0,177	p=0,288	p=0,079

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu ortanca puan değerleri Tablo 12'de karşılaştırılmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortanca

puan değerinin hemşirelerin çalıştığı servis ( $\chi^2=11,6$ ,  $p=0,003$ ) ve hastanedeki çalışma statüsüne ( $U=13327,5$ ,  $p=0,012$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortanca puan değerinin kadrolu olarak çalışanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut ortanca puan değerinin yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin puanından yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin hastanedeki çalışma şekli ( $U=7789$ ,  $p=0,410$ ), çalışma yılı ( $\chi^2=6,6$ ,  $p=0,158$ ), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=6,2$ ,  $p=0,183$ ), mesleği isteyerek seçme durumu ( $U=21144$ ,  $p=0,802$ ), mesleği sevme durumu ( $\chi^2=4,1$ ,  $p=0,128$ ), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $\chi^2=3,6$ ,  $p=0,165$ ) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna ( $U=14844,5$ ,  $p=0,102$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 12).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin çalıştığı servis ( $\chi^2=11,9$ ,  $p=0,003$ ), hastanedeki çalışma statüsü ( $U=10989$ ,  $p<0,001$ ) ve çalışma yılına ( $\chi^2=15,4$ ,  $p=0,004$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin kadrolu olarak çalışanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte 21 yıl ve üzeri, 16-20 yıl arası ve 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin dahili birimlerde, cerrahi birimlerde ve yoğun bakımda görev yapan hemşirelerde aynı olmasına karşın sıra ortalamaları incelendiğinde dahili birimlerde görev yapan hemşirelerin sıra ortalamasının 228,0, cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerin sıra ortalamasının 218,5 ve yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin sıra ortalamasının 182,1 olduğu belirlendi. Bu durum dahili ve cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerde Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanının yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin ortanca puan değerinden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin hastanedeki çalışma şekli

(U=8150,5, p=0,728), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=3,8$ , p=0,432), mesleği isteyerek seçme durumu (U=20510, p=0,439), mesleği sevme durumu ( $\chi^2=4,9$ , p=0,085), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $\chi^2=4,2$ , p=0,125) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna (U=15148, p=0,177) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 12).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortalanca puan değerinin hemşirelerin hastanedeki çalışma statüsü (U=13299,5, p=0,013) ve mesleği sevme durumuna ( $\chi^2=8,3$ , p=0,016) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortalanca puan değerinin kadrolu olarak çalışan hemşirelerde yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte mesleğini seven ve sevmeyen hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortalanca puan değerinin mesleğini sevme konusunda kararsız kalan hemşirelerin puanından yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortalanca puan değerinin hemşirelerin çalıştığı servis ( $\chi^2=4,5$ , p=0,104), hastanedeki çalışma şekli (U=7292,5, p=0,147), çalışma yılı ( $\chi^2=9,6$ , p=0,050), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=7,1$ , p=0,132), mesleği isteyerek seçme durumu (U=20642, p=0,553), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $\chi^2=1,4$ , p=0,495) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna (U=15405,5, p=0,288) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 12).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam ortalanca puan değerinin hemşirelerin görev yaptığı servis ( $\chi^2=8,9$ , p=0,011), hastanedeki çalışma statüsü (U=12021, p<0,001), çalışma yılı ( $\chi^2=12,8$ , p=0,012) ve mesleğini sevme durumuna ( $\chi^2=7,2$ , p=0,026) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam ortalanca puan değerinin kadrolu olarak çalışanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam ortalanca puan değeri yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin puanından, 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerde toplam ortalanca puan değeri 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin puanından ve mesleğini seven hemşirelerde toplam ortalanca puan değeri mesleğini sevme konusunda kararsız kalan hemşirelerin puanından yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam ortalanca

puan değerinin hemşirelerin hastanedeki çalışma şekli ( $U=7490$ ,  $p=0,237$ ), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=6,6$ ,  $p=0,153$ ), mesleğini isteyerek seçme durumu ( $U=2110$ ,  $p=0,831$ ), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $\chi^2=2,4$ ,  $p=0,299$ ) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna ( $U=14655$ ,  $p=0,079$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 12).

### 4.3. Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne (MİDÖ) İlişkin Bulgular

**Tablo 13.** Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

MİDÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Max
Genel Doyum	20	$2,8 \pm 0,6$	2,9	1-5
İçsel Doyum	12	$3,1 \pm 0,6$	3,2	1-5
Dışsal Doyum	8	$2,4 \pm 0,8$	2,4	1-5

$\bar{x}$ : Aritmetik Ortalama      S.S.: Standart Sapma      Min: Minimum      Max: Maksimum

Minnesota İş Doyum ölçeği alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 13'de verilmiştir. Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutlarından Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla  $2,8 \pm 0,6$ ,  $3,1 \pm 0,6$  ve  $2,4 \pm 0,8$  olarak belirlendi. Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutlarından Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum ortanca puan değerleri sırasıyla 2,9, 3,2 ve 2,4'dür.

**Tablo 14.** Minnesota İş Doyum Ölçeği madde puan ortalamaları

<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart sapma</b>	<b>Ortanca (Min –Max)</b>
Beni her zaman meşgul etmesi bakımından	2,2	1,0	2 (1-5)
Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından	2,4	1,2	2 (1-5)
Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından	2,8	1,2	3 (1-5)
Toplumda "saygın" bir kişi olma şansını vermesi bakımından	2,6	1,3	3 (1-5)
Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı açısından	2,5	1,2	3 (1-5)
Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından	2,7	1,2	3 (1-5)
Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması açısından	3,4	1,0	4 (1-5)
Bana sürekli bir iş sağlaması bakımından	3,8	0,9	4 (1-5)
Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından	4,0	0,8	4 (1-5)
Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından	3,6	0,9	4 (1-5)
Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından	3,8	0,9	4 (1-5)
İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından	2,9	1,1	3 (1-5)
Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından	1,9	1,1	1 (1-5)
İş içinde terfi olanağımın olması bakımından	2,0	1,1	2 (1-5)
Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından	2,6	1,1	3 (1-5)



**Tablo 14.** Minnesota İş Doyum Ölçeği madde puan ortalamaları (devam)

<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart sapma</b>	<b>Ortanca (Min –Max)</b>
İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından	3,2	1,0	3 (1-5)
Çalışma şartları bakımından	1,9	1,1	2 (1-5)
Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşması açısından	3,1	1,2	3 (1-5)
Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme açısından	2,3	1,2	2 (1-5)
Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden	3,6	1,0	4 (1-5)

Minnesota İş Doyum Ölçeği madde puan ortalamaları Tablo 14’te verilmiştir. Minnesota İş Doyum Ölçeği’nden “Beni her zaman meşgul etmesi bakımından”, “Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından”, “Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından”, “Toplumda "saygın" bir kişi olma şansını vermesi bakımından”, “Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı açısından”, “Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından”, “Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması açısından”, “Bana sürekli bir iş sağlaması bakımından”, “Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından”, “Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından”, “Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından”, “İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından”, “Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından”, “İş içinde terfi olanağımın olması bakımından”, “Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından”, “İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından”, “Çalışma şartları bakımından”, “Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşması açısından”, “Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme açısından”, “Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden” maddelerinin ortalamaları ve standart sapmaları sırasıyla 2,2±1,0, 2,4±1,2, 2,8±1,2, 2,6±1,3, 2,5±1,2, 2,7±1,2, 3,4±1,0, 3,8±0,9, 4,0±0,8, 3,6±0,9, 3,8±0,9, 2,9±1,1, 1,9±1,1, 2,0±1,1, 2,6±1,1, 3,2±1,0, 1,9±1,1, 3,1±1,2, 2,3±1,2 ve 3,6±1,0 olarak belirlendi. Bu çalışmada Minnesota İş Doyum Ölçeği madde puan ortalamaları 1,9 ile 4,0 arasında değişmektedir (Tablo 14).

**Tablo 15.** Minnesota İş Doyum Ölçeği maddelerinin yüzdeler dağılımları

<b>Ölçek Maddeleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Beni her zaman meşgul etmesi bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	129	30,7
	Memnun Değilim	141	33,7
	Kararsızım	92	22,0
	Memnunum	53	12,6
	Çok Memnunum	4	1,0
<b>Tek başıma çalışma olanağının olması bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	126	30,1
	Memnun Değilim	125	29,8
	Kararsızım	70	16,7
	Memnunum	91	21,7
	Çok Memnunum	7	1,7
<b>Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansının olması bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	90	21,5
	Memnun Değilim	74	17,7
	Kararsızım	109	26,0
	Memnunum	135	32,2
	Çok Memnunum	11	2,6
<b>Toplumda "saygın" bir kişi olma şansını vermesi bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	121	28,9
	Memnun Değilim	67	16,0
	Kararsızım	106	25,3
	Memnunum	106	25,3
	Çok Memnunum	19	4,5

**Tablo 15.** Minnesota İş Doyum Ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımları (devam)

Ölçek Maddeleri		n	%
<b>Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı açısından</b>	Hiç Memnun Değilim	120	28,6
	Memnun Değilim	84	20,1
	Kararsızım	111	26,5
	Memnunum	95	22,7
	Çok Memnunum	9	2,1
<b>Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	100	23,9
	Memnun Değilim	72	17,2
	Kararsızım	120	28,6
	Memnunum	118	28,2
	Çok Memnunum	9	2,1
<b>Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansının olması açısından</b>	Hiç Memnun Değilim	31	7,4
	Memnun Değilim	46	11,0
	Kararsızım	107	25,5
	Memnunum	212	50,6
	Çok Memnunum	23	5,5
<b>Bana sürekli bir iş sağlaması bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	14	3,3
	Memnun Değilim	22	5,3
	Kararsızım	64	15,3
	Memnunum	264	63,0
	Çok Memnunum	55	13,1

**Tablo 15.** Minnesota İş Doyum Ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımları (devam)

Ölçek Maddeleri		n	%
<b>Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	7	1,7
	Memnun Değilim	16	3,8
	Kararsızım	36	8,6
	Memnunum	278	66,3
	Çok Memnunum	82	19,6
<b>Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	16	3,8
	Memnun Değilim	27	6,4
	Kararsızım	98	23,4
	Memnunum	242	57,8
	Çok Memnunum	36	8,6
<b>Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	15	3,6
	Memnun Değilim	20	4,8
	Kararsızım	68	16,2
	Memnunum	264	63,0
	Çok Memnunum	52	12,4
<b>İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	51	12,2
	Memnun Değilim	105	25,1
	Kararsızım	128	30,5
	Memnunum	124	29,6
	Çok Memnunum	11	2,6

**Tablo 15.** Minnesota İş Doyum Ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımları (devam)

Ölçek Maddeleri		n	%
<b>Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	217	51,8
	Memnun Değilim	89	21,2
	Kararsızım	69	16,5
	Memnunum	41	9,8
	Çok Memnunum	3	0,7
<b>İş içinde terfi olanağımın olması bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	200	47,7
	Memnun Değilim	87	20,8
	Kararsızım	84	20,0
	Memnunum	45	10,8
	Çok Memnunum	3	0,7
<b>Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	79	18,9
	Memnun Değilim	126	30,1
	Kararsızım	115	27,4
	Memnunum	90	21,5
	Çok Memnunum	9	2,1
<b>İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	28	6,7
	Memnun Değilim	62	14,8
	Kararsızım	125	29,8
	Memnunum	192	45,8
	Çok Memnunum	12	2,9

**Tablo 15.** Minnesota İş Doyum Ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımları (devam)

Ölçek Maddeleri		n	%
<b>Çalışma şartları bakımından</b>	Hiç Memnun Değilim	209	49,9
	Memnun Değilim	104	24,8
	Kararsızım	61	14,6
	Memnunum	40	9,5
	Çok Memnunum	5	1,2
<b>Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşması açısından</b>	Hiç Memnun Değilim	53	12,6
	Memnun Değilim	72	17,2
	Kararsızım	94	22,5
	Memnunum	173	41,3
	Çok Memnunum	27	6,4
<b>Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme açısından</b>	Hiç Memnun Değilim	159	37,9
	Memnun Değilim	79	18,9
	Kararsızım	102	24,3
	Memnunum	66	15,8
	Çok Memnunum	13	3,1
<b>Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden</b>	Hiç Memnun Değilim	18	4,3
	Memnun Değilim	43	10,3
	Kararsızım	87	20,8
	Memnunum	226	53,9
	Çok Memnunum	45	10,7

Minnesota İş Doyum Ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımları Tablo 15'te verilmiştir. Minnesota İş Doyum Ölçeği maddelerinden “Beni her zaman meşgul etmesi bakımından” ifadesine araştırmaya katılan hemşirelerin %33,7’sinin “memnun değilim”, “Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından” ifadesine %30,1’inin “hiç memnun değilim”, “Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından” ifadesine %32,2’sinin “memnunum”, “Toplumda "saygın" bir kişi olma şansını vermesi bakımından” ifadesine %28,9’unun “hiç memnun değilim”, “Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı açısından” ifadesine %28,6’sının “hiç memnun değilim”, “Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından” ifadesine %28,6’sının “kararsızım”, “Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması açısından” ifadesine %50,6’sının “memnunum”, “Bana sürekli bir iş sağlaması bakımından” ifadesine %63’ünün “memnunum”, “Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından” ifadesine %66,3’ünün “memnunum”, “Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından” ifadesine %57,8’inin “memnunum”, “Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından” ifadesine %63’ünün “memnunum”, “İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından” ifadesine %30,5’inin “kararsızım”, “Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından” ifadesine %51,8’inin “hiç memnun değilim”, “İş içinde terfi olanağımın olması bakımından” ifadesine %47,7’sinin “hiç memnun değilim”, “Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından” ifadesine %30,1’inin “memnun değilim”, “İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından” ifadesine %45,8’inin “memnunum”, “Çalışma şartları bakımından” ifadesine %49,9’unun “hiç memnun değilim”, “Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşması açısından” ifadesine %41,3’ünün “memnunum”, “Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme açısından” ifadesine %37,9’unun “hiç memnun değilim”, “Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden” ifadesine %53,9’unun “memnunum” cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 15).

**Tablo 16.** Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Minnesota İş Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Genel Doyum
Yaş grupları	17-26 yaş	3,4 (1,1 - 4,2)a	2,6 (1,1 - 4,3)a	3,1 (1,2 - 4,1)a
	27-36 yaş	3,1 (1 - 5)b	2,3 (1 - 5)b	2,8 (1 - 5)b
	37 yaş ve üzeri	3,3 (1 - 4,3)ab	2,8 (1 - 4,1)a	3 (1,1 - 4,1)a
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=14,4$	$\chi^2=29,0$	$\chi^2=25,2$
<b>p değeri</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Cinsiyet	Kadın	3,3 (1 - 5)	2,4 (1 - 5)	2,9 (1 - 5)
	Erkek	2,8 (1,8 - 4)	2,4 (1 - 4,1)	2,6 (1,7 - 4)
<b>Test istatistiği</b>		U=4916	U=5912,5	U=5371,5
<b>p değeri</b>		<b>p=0,029</b>	p=0,494	p=0,135
Medeni durum	Evli	3,2 (1 - 5)	2,4 (1 - 5)	2,9 (1,1 - 5)
	Bekar	3,3 (1 - 4,2)	2,4 (1 - 4,3)	2,8 (1 - 4,1)
<b>Test istatistiği</b>		U=19080,5	U=18887	U=18961
<b>p değeri</b>		p=0,745	p=0,623	p=0,669
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	3,4 (2,3 - 4)a	2,9 (1,6 - 4,3)	3,2 (2,1 - 4,1)
	Önlisans	2,7 (1,1 - 3,8)b	2,6 (1 - 4,1)	2,7 (1,2 - 3,8)
	Lisans	3,2 (1 - 5)a	2,4 (1 - 5)	2,8 (1 - 5)
	Yüksek lisans	3,4 (1,6 - 4,1)a	2,3 (1 - 3,6)	2,9 (1,6 - 3,8)
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=13,2$	$\chi^2=8,1$	$\chi^2=7,8$
<b>p değeri</b>		<b>p=0,004</b>	p=0,050	p=0,051
Aile yapısı	Geniş aile	3,3 (1,5 - 5)	2,6 (1 - 5)	3 (1,3 - 5)
	Çekirdek aile	3,2 (1 - 4,9)	2,4 (1 - 4,6)	2,8 (1 - 4,8)
<b>Test istatistiği</b>		U=7164,5	U=6625	U=6828
<b>p değeri</b>		p=0,427	p=0,127	p=0,211
Gelir durumu	Gelir giderden az	3,1 (1 - 4)	2,5 (1 - 4,1)	2,8 (1 - 4)
	Gelir gidere eşit	3,2 (1 - 5)	2,4 (1 - 5)	2,8 (1,1 - 5)
	Gelir giderden fazla	3,3 (1,1 - 4,2)	2,6 (1,1 - 4)	3,1 (1,2 - 3,9)
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=4,3$	$\chi^2=5,7$	$\chi^2=3,7$
<b>p değeri</b>		p=0,118	p=0,057	p=0,156

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.



Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Minnesota İş Doyum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 16'da karşılaştırılmıştır. Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaşlarına ( $\chi^2=14,4$ ,  $p<0,001$ ), cinsiyetlerine ( $U=4916$ ,  $p=0,029$ ) ve eğitim durumlarına ( $\chi^2=13,2$ ,  $p=0,004$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin kadınlarda daha yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte 17-26 yaş arasında olan hemşirelerde Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut ortanca puan değeri 27-36 yaş arasında olan hemşirelerin puanından, yüksek lisans, lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin İçsel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin önlisans mezunu olan hemşirelerin puanından yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin medeni durum ( $U=19080,5$ ,  $p=0,745$ ), aile yapısı ( $U=7461,5$ ,  $p=0,427$ ) ve gelir durumuna ( $\chi^2=4,3$ ,  $p=0,118$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 16).

Minnesota İş Doyum Ölçeği Dışsal Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaşına ( $\chi^2=29$ ,  $p<0,001$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. 17-26 yaş ve 37 yaş ve üzeri olan hemşirelerde Minnesota İş Doyum Ölçeği Dışsal Doyum alt boyutu ortanca puan değeri 27-36 yaş arasında olan hemşirelerin puanından yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği Dışsal Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin cinsiyet ( $U=5912,5$ ,  $p=0,494$ ), medeni durum ( $U=18887$ ,  $p=0,623$ ), eğitim durumu ( $\chi^2=8,1$ ,  $p=0,050$ ), aile yapısı ( $U=6625$ ,  $p=0,127$ ) ve gelir durumuna ( $\chi^2=5,7$ ,  $p=0,057$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 16).

Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaşına ( $\chi^2=25,2$ ,  $p<0,001$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. 17-26 yaş ve 37 yaş ve üzeri olan hemşirelerde Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değeri 27-36 yaş arasında olan hemşirelerin puan değerinden yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin cinsiyet ( $U=5371,5$ ,  $p=0,135$ ), medeni durum ( $U=18961$ ,  $p=0,669$ ), eğitim durumu ( $\chi^2=7,8$ ,  $p=0,051$ ), aile yapısı ( $U=6828$ ,  $p=0,211$ ) ve gelir durumuna ( $\chi^2=3,7$ ,  $p=0,156$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 16).

**Tablo 17.** Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Minnesota İş Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Genel Doyum
Görev yaptığı servis	Dahili birimler	3,2 (1 - 5)	2,4 (1 - 5)	2,7 (1 - 5)
	Cerrahi birimler	3,1 (1,4 - 4,8)	2,4 (1 - 4,4)	2,9 (1,3 - 4,7)
	Yoğun bakım	3,3 (1,6 - 4,1)	2,5 (1 - 4,1)	3 (1,6 - 4)
Test istatistiği		$\chi^2=4,3$	$\chi^2=2,7$	$\chi^2=5,3$
p değeri		p=0,114	p=0,265	p=0,07
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	3,2 (1 - 5)	2,4 (1 - 5)	2,8 (1 - 5)
	Sözleşmeli	3,3 (1,1 - 4)	2,6 (1 - 4,3)	3 (1,2 - 4,1)
Test istatistiği		U=15178,5	U=13028	U=13792,5
p değeri		p=0,465	<b>p=0,006</b>	<b>p=0,041</b>
Hastanedeki çalışma şekli	Sürekli gündüz	3,6 (2,5 - 4,9)	3,1 (1,1 - 4,6)	3,4 (2,1 - 4,8)
	Sürekli gece	3,2 (1 - 5)	2,4 (1 - 5)	2,8 (1 - 5)
Test istatistiği		U=5255,5	U=3786	U=4092,5
p değeri		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Çalışma yılı	1-5 yıl	3,3 (1,1 - 4,2)ab	2,5 (1 - 4,3)a	3 (1,2 - 4,1)ac
	6-10 yıl	3,2 (1,2 - 4,9)ab	2,3 (1 - 4,6)b	2,8 (1,1 - 4,8)c
	11-15 yıl	3,1 (1 - 5)a	2,3 (1 - 5)ab	2,7 (1 - 5)bc
	16-20 yıl	3,2 (1 - 4,8)ab	2,6 (1 - 4,4)abc	3 (1,1 - 4,7)abc
	21 yıl ve üzeri	3,6 (2 - 4,3)b	3 (1,1 - 4,1)c	3,3 (1,7 - 4,1)a
Test istatistiği		$\chi^2=13,4$	$\chi^2=22,2$	$\chi^2=21,7$
p değeri		<b>p=0,010</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Bakım verilen hasta sayısı	1-5 hasta	3,3 (1,6 - 4,3)	2,4 (1 - 3,9)ab	2,9 (1,6 - 4)ab
	6-10 hasta	3,7 (3,2 - 5)	3,1 (2,6 - 5)b	3,5 (3 - 5)b
	11-15 hasta	3,3 (2,4 - 4,1)	2,8 (1 - 4)b	3,1 (2,1 - 4)b
	16-20 hasta	3,3 (2,4 - 4,9)	2,6 (1,3 - 4,6)ab	2,9 (2 - 4,8)ab
	21 hasta ve üzeri	3,1 (1 - 4,8)	2,4 (1 - 4,4)a	2,8 (1 - 4,7)a
Test istatistiği		$\chi^2=13,0$	$\chi^2=17,2$	$\chi^2=18,3$
p değeri		p=0,050	<b>p=0,002</b>	<b>p=0,001</b>
Mesleği isteyerek seçme durumu	Evet	3,3 (1,6 - 5)	2,6 (1 - 5)	3 (1,6 - 5)
	Hayır	3 (1 - 4,1)	2,1 (1 - 4)	2,6 (1 - 4)
Test istatistiği		U=14441,5	U=15241,0	U=14115,0
p değeri		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>

**Tablo 17.** Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Minnesota İş Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Genel Doyum
Mesleği sevme durumu	Seviyorum	3,4 (1,4 - 5)a	2,6 (1 - 5)a	3,1 (1,3 - 5)a
	Sevmiyorum	2,8 (1 - 3,8)b	1,6 (1 - 3,3)b	2,4 (1 - 3,3)b
	Kararsızım	3 (1,1 - 3,9)b	2,3 (1 - 4,1)c	2,7 (1,2 - 3,9)c
Test istatistiği		$\chi^2=75,7$	$\chi^2=47,6$	$\chi^2=71,7$
p değeri		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnunum	3,4 (1,6 - 5)a	2,8 (1 - 5)a	3,2 (1,6 - 5)a
	Memnun değilim	2,9 (1 - 4)b	1,6 (1 - 3,4)b	2,4 (1 - 3,8)b
	Kısmen Memnunum	3,1 (1,1 - 4,1)b	2,3 (1 - 4,1)c	2,7 (1,2 - 3,9)c
Test istatistiği		$\chi^2=64,9$	$\chi^2=85,7$	$\chi^2=92,3$
p değeri		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumu	Evet	3,4 (2,3 - 5)	2,9 (1 - 5)	3,2 (1,8 - 5)
	Hayır	3,1 (1 - 4,8)	2,3 (1 - 4,4)	2,7 (1 - 4,7)
Test istatistiği		U=9787,5	U=9461,5	U=8772
p değeri		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Minnesota İş Doyum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 17’de karşılaştırılmıştır. Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin hastanedeki çalışma şekli (U=5255,5, p<0,001), çalışma yılı ( $\chi^2=13,4$ , p=0,010), mesleği isteyerek seçme durumu (U=14441,5, p<0,001), mesleği sevme durumu ( $\chi^2=75,7$ , p<0,001), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $\chi^2=64,9$ , p<0,001) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna (U=9787,5, p<0,001) göre farklılık gösterdiği görüldü. Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin sürekli gündüz çalışanlarda, mesleğini isteyerek tercih edenlerde ve çalıştığı bölümü isteyerek seçenlerde yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte 21 yıl ve üstü çalışan hemşirelerde Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyutu ortanca puan değeri 11-15 yıl arası çalışan hemşirelerin puanından, mesleğini seven hemşirelerde İçsel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin mesleğini sevme konusunda kararsız kalan ve mesleğini sevmeyen hemşirelerin puanından, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerde İçsel Doyum alt

boyutu ortalanca puan değerinin çalıştığı servisten kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerin puanından yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyutu ortalanca puan değerinin hemşirelerin görev yaptığı servis ( $\chi^2=4,3$ ,  $p=0,114$ ), hastanedeki çalışma statüsü ( $U=15178,5$ ,  $p=0,465$ ) ve bakım verilen hasta sayısına ( $\chi^2=13$ ,  $p=0,050$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

Minnesota İş Doyum Ölçeği Dışsal Doyum alt boyut ortalanca puan değerinin hastanedeki çalışma statüsü ( $U=13028$ ,  $p=0,006$ ), hastanedeki çalışma şekli ( $U=3786$ ,  $p<0,001$ ), çalışma yılı ( $\chi^2=22,2$ ,  $p<0,001$ ), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=17,2$ ,  $p=0,002$ ), mesleği isteyerek seçme durumu ( $U=15241$ ,  $p<0,001$ ), mesleği sevme durumu ( $\chi^2=47,6$ ,  $p<0,001$ ), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $\chi^2=85,7$ ,  $p<0,001$ ) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna ( $U=9461,5$ ,  $p<0,001$ ) göre farklılık gösterdiği görüldü. Minnesota İş Doyum Ölçeği Dışsal Doyum alt boyutu ortalanca puan değerinin sözleşmeli olarak çalışanlarda, sürekli gündüz görev yapanlarda, mesleğini isteyerek tercih edenlerde ve çalıştığı bölümü isteyerek seçenlerde yüksek olduğu belirlendi.

Bununla birlikte 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerde Minnesota İş Doyum Ölçeği Dışsal Doyum alt boyut ortalanca puan değeri 11-15 yıl arası, 6-10 yıl arası ve 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin puanından ve 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerde Dışsal Doyum alt boyutu ortalanca puan değerinin 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin puanından, günlük bakım ve tedavisini üstlendikleri hasta sayısı 6-10 hasta ve 11-15 hasta olan hemşirelerde Dışsal Doyum alt boyut ortalanca puan değerinin 21 hasta ve üzeri bakım veren hemşirelerin puanından, mesleğini seven hemşirelerde Dışsal Doyum alt boyutu ortalanca puan değerinin mesleğini sevme konusunda kararsız kalan ve sevmeyen hemşirelerin puanından ve mesleğini sevme konusunda kararsız kalan hemşirelerde Dışsal Doyum alt boyut ortalanca puan değerinin mesleğini sevmeyen hemşirelerin puanından, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerde Dışsal Doyum alt boyut ortalanca puan değerinin çalıştığı servisten kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerin puanından ve çalıştığı servisten kısmen memnun olan hemşirelerde Dışsal Doyum alt boyut ortalanca puan değerinin çalıştığı servisten memnun olmayan hemşirelerin puanından yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği Dışsal Doyum alt boyutu ortalanca puan değerinin hemşirelerin görev yaptığı servise göre ( $\chi^2=2,7$ ,  $p=0,265$ ) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hastanedeki çalışma statüsü ( $U=13792,5$ ,  $p=0,041$ ), hastanedeki çalışma şekli ( $U=4092,5$ ,  $p<0,001$ ), çalışma yılı ( $\chi^2=21,7$ ,  $p<0,001$ ), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=18,3$ ,  $p<0,001$ ), mesleği isteyerek seçme durumu ( $U=14115$ ,  $p<0,001$ ), mesleği sevme durumu ( $\chi^2=71,7$ ,  $p<0,001$ ), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $\chi^2=92,3$ ,  $p<0,001$ ) ve çalıştığı bölümü tercih etme durumuna ( $U=8772$ ,  $p<0,001$ ) göre farklılık gösterdiği görüldü. Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin sözleşmeli olarak çalışanlarda, sürekli gündüz görev yapanlarda, mesleğini isteyerek tercih edenlerde ve çalıştığı bölümü isteyerek seçenlerde yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerde Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin 6-10 yıl arası ve 11-15 yıl arası çalışan hemşirelerin puanından, günlük bakım ve tedavisini üstlendikleri hasta sayısı 6-10 arası ve 11-15 hasta arası olan hemşirelerde Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin 21 hasta ve üzeri hastaya bakım veren hemşirelerin puanından, mesleğini seven hemşirelerin Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin mesleğini sevmeyen ve mesleğini sevme konusunda kararsız kalan hemşirelerin puanından ve mesleğini sevme konusunda kararsız kalan hemşirelerde Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin mesleğini sevmeyen hemşirelerin puanından, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerde Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin çalıştığı servisten kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerin puanından ve çalıştığı servisten kısmen memnun olan hemşirelerde Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin çalıştığı servisten memnun olmayan hemşirelerin puanından yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin görev yaptığı servise göre ( $\chi^2=5,3$ ,  $p=0,07$ ) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

#### 4.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

**Tablo 18.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

MTÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Max
Duygusal Tükenme	9	23,2 ± 6,7	24,0	1 - 36
Duyarsızlaşma	5	7,2 ± 4,3	7,0	0 - 20
Kişisel Başarı	8	11,0 ± 4,6	11,0	0 - 28

$\bar{x}$ : Aritmetik Ortalama      S.S.: Standart Sapma      Min: Minimum      Max: Maksimum

Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 18'de verilmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla 23,2±6,7, 7,2±4,3 ve 11,0±4,6 olarak belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı ortanca puan değerleri ise sırasıyla 24,0, 7,0 ve 11,0'dır.

**Tablo 19.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği madde puan ortalamaları

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min -Max)
Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum	2,2	1,2	2(0-4)
İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum	3,5	0,8	4(0-4)
Sabahları kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum	3,3	0,9	4(0-4)
Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabiliyorum	0,8	0,8	1(0-4)

**Tablo 19.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği madde puan ortalamaları (devam)

<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart sapma</b>	<b>Ortanca (Min –Max)</b>
Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun objeymiş gibi davrandığını hissedebiliyorum	1,0	1,2	0(0-4)
Bütün bu insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir	2,0	1,2	2(0-4)
Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim	0,8	0,8	1(0-4)
İşimin beni tükettiğini hissediyorum	3,0	1,1	3(0-4)
İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum	1,2	1,1	1(0-4)
Bu mesleğe başladığımdan beri, insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum	2,1	1,3	2(0-4)
Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum	2,1	1,4	2(0-4)
Kendimi çok enerjik hissediyorum	2,5	1,2	3(0-4)
İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum	2,3	1,3	2(0-4)
İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum	3,3	1,0	4(0-4)
Bazı insanların başına gelenler gerçekten umurumda değil	1,0	1,2	1(0-4)
Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor	3,3	1,2	2(0-4)
Hastalarım rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim	1,4	1,0	1(0-4)
Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum	1,4	1,2	1(0-4)
Bu meslekte pek çok değerli işler başardım	1,5	1,1	1(0-4)
Kendimi çok çaresiz hissediyorum	1,3	1,2	1(0-4)
İşimdeki duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim	1,4	1,0	1(0-4)
Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum	1,0	1,2	1(0-4)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği madde puan ortalamaları Tablo 19’da verilmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nden “Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum”, “İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum”, “Sabahları kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum”, “Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabiliyorum”, “Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun objeymiş gibi davrandığımı hissedebiliyorum”, “Bütün bu insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir”, “Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim”, “İşimin beni tükettiğini hissediyorum”, “İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum”, “Bu mesleğe başladığımdan beri, insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum”, “Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum”, “Kendimi çok enerjik hissediyorum”, “İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum”, “İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum”, “Bazı insanların başına gelenler gerçekten umurumda değil”, “Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor”, “Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim”, “Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum”, “Bu meslekte pek çok değerli işler başardım”, “Kendimi çok çaresiz hissediyorum”, “İşimdeki duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim”, “Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum” maddelerinin ortalama ve standart sapmaları sırasıyla 2,2±1,2, 3,5±0,8, 3,3±0,9, 0,8±0,8, 1,0±1,2, 2,0±1,2, 0,8±0,8, 3,0±1,1, 1,2±1,1, 2,1±1,3, 2,1±1,4, 2,5±1,2, 2,3±1,3, 3,3±1,0, 1,0±1,2, 3,3±1,2, 1,4±1,0, 1,4±1,2, 1,5±1,1, 1,3±1,2, 1,4±1,0 ve 1,0±1,2 olarak belirlendi. Bu çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği madde puan ortalamaları 3,5 ile 0,8 arasında değişmektedir (Tablo 19).



**Tablo 20.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımı

<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum</b>	Hiçbir zaman	46	11,0
	Yılda birkaç kez	64	15,3
	Ayda birkaç kez	136	32,4
	Haftada birkaç kez	122	29,1
	Her gün	51	12,2
<b>İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum</b>	Hiçbir zaman	1	0,2
	Yılda birkaç kez	10	2,4
	Ayda birkaç kez	38	9,1
	Haftada birkaç kez	86	20,5
	Her gün	284	67,8
<b>Sabahları kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum</b>	Hiçbir zaman	3	0,7
	Yılda birkaç kez	8	1,9
	Ayda birkaç kez	72	17,2
	Haftada birkaç kez	113	27,0
	Her gün	223	53,2
<b>Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabiliyorum</b>	Hiçbir zaman	3	0,7
	Yılda birkaç kez	9	2,1
	Ayda birkaç kez	63	15,0
	Haftada birkaç kez	183	43,7
	Her gün	161	38,5

**Tablo 20.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği maddelerinin yüzdeler dağılımı (devam)

<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Bazı hastalarımın onlar sanki kişilikten yoksun objeymiş gibi davrandığını hissedebiliyorum</b>	Hiçbir zaman	211	50,4
	Yılda birkaç kez	95	22,6
	Ayda birkaç kez	56	13,4
	Haftada birkaç kez	29	6,9
	Her gün	28	6,7
<b>Bütün bu insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir</b>	Hiçbir zaman	65	15,5
	Yılda birkaç kez	65	15,5
	Ayda birkaç kez	134	31,9
	Haftada birkaç kez	119	28,4
	Her gün	36	8,7
<b>Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim</b>	Hiçbir zaman	5	1,2
	Yılda birkaç kez	11	2,6
	Ayda birkaç kez	52	12,4
	Haftada birkaç kez	196	46,8
	Her gün	155	37,0
<b>İşimin beni tükettiğini hissediyorum</b>	Hiçbir zaman	7	1,7
	Yılda birkaç kez	37	8,8
	Ayda birkaç kez	86	20,5
	Haftada birkaç kez	88	21,0
	Her gün	201	48,0

**Tablo 20.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği maddelerinin yüzdeler dağılımı (devam)

<b>Ölçek Maddeleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum</b>	Hiçbir zaman	20	4,8
	Yılda birkaç kez	30	7,2
	Ayda birkaç kez	89	21,2
	Haftada birkaç kez	165	39,4
	Her gün	115	27,4
<b>Bu mesleğe başladığımdan beri, insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum</b>	Hiçbir zaman	70	16,7
	Yılda birkaç kez	78	18,6
	Ayda birkaç kez	81	19,4
	Haftada birkaç kez	119	28,4
	Her gün	71	16,9
<b>Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum</b>	Hiçbir zaman	76	18,2
	Yılda birkaç kez	70	16,7
	Ayda birkaç kez	83	19,8
	Haftada birkaç kez	120	28,6
	Her gün	70	16,7
<b>Kendimi çok enerjik hissediyorum</b>	Hiçbir zaman	98	23,4
	Yılda birkaç kez	112	26,7
	Ayda birkaç kez	119	28,4
	Haftada birkaç kez	66	15,8
	Her gün	24	5,7
<b>İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığımı düşünüyorum</b>	Hiçbir zaman	45	10,7
	Yılda birkaç kez	70	16,7
	Ayda birkaç kez	97	23,2
	Haftada birkaç kez	112	26,7
	Her gün	95	22,7

**Tablo 20.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği maddelerinin yüzdeler dağılımı (devam)

<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum</b>	Hiçbir zaman	12	2,9
	Yılda birkaç kez	19	4,5
	Ayda birkaç kez	52	12,4
	Haftada birkaç kez	101	24,1
	Her gün	235	56,1
<b>Bazı insanların başına gelenler gerçekten umurumda değil</b>	Hiçbir zaman	196	46,8
	Yılda birkaç kez	109	26,0
	Ayda birkaç kez	63	15,0
	Haftada birkaç kez	30	7,2
	Her gün	21	5,0
<b>Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor</b>	Hiçbir zaman	42	10,0
	Yılda birkaç kez	65	15,5
	Ayda birkaç kez	111	26,5
	Haftada birkaç kez	135	32,2
	Her gün	66	15,8
<b>Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim</b>	Hiçbir zaman	13	3,1
	Yılda birkaç kez	41	9,8
	Ayda birkaç kez	116	27,7
	Haftada birkaç kez	175	41,8
	Her gün	74	17,6

**Tablo 20.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği maddelerinin yüzdeler dağılımı (devam)

<b>Ölçek Maddeleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum</b>	Hiçbir zaman	33	7,9
	Yılda birkaç kez	42	10,0
	Ayda birkaç kez	83	19,8
	Haftada birkaç kez	152	36,3
	Her gün	109	26,0
<b>Bu meslekte pek çok değerli işler başardım</b>	Hiçbir zaman	16	3,8
	Yılda birkaç kez	61	14,6
	Ayda birkaç kez	102	24,3
	Haftada birkaç kez	157	37,5
	Her gün	83	19,8
<b>Kendimi çok çaresiz hissediyorum</b>	Hiçbir zaman	126	30,1
	Yılda birkaç kez	144	34,4
	Ayda birkaç kez	76	18,1
	Haftada birkaç kez	34	8,1
	Her gün	39	9,3
<b>İşimdeki duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim</b>	Hiçbir zaman	12	2,9
	Yılda birkaç kez	57	13,6
	Ayda birkaç kez	109	26,0
	Haftada birkaç kez	167	39,9
	Her gün	74	17,6
<b>Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum</b>	Hiçbir zaman	181	43,2
	Yılda birkaç kez	112	26,7
	Ayda birkaç kez	71	17,0
	Haftada birkaç kez	36	8,6
	Her gün	19	4,5

Maslach Tükenmişlik Ölçeği maddelerinin yüzdelerle dağılımları Tablo 20’de verilmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği maddelerinden “Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum” ifadesine araştırmaya katılan hemşirelerin %32,4’ünün “ayda birkaç kez”, “İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum” ifadesine %67,8’inin “her gün”, “Sabahları kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum” ifadesine %53,2’sinin “her gün”, “Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabiliyorum” ifadesine %43,7’sinin “haftada birkaç kez”, “Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun objeymiş gibi davrandığını hissedebiliyorum” ifadesine %50,4’ünün “hiçbir zaman”, “Bütün bu insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir” ifadesine %31,9’unun “ayda birkaç kez”, “Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim” ifadesine %46,8’inin “haftada birkaç kez”, “İşimin beni tükettiğini hissediyorum” ifadesine %48’inin “her gün”, “İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum” ifadesine %39,4’ünün “haftada birkaç kez”, “Bu mesleğe başladığımdan beri, insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum” ifadesine %28,4’ünün “haftada birkaç kez”, “Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum” ifadesine %28,6’sinin “haftada birkaç kez”, “Kendimi çok enerjik hissediyorum” ifadesine %28,4’ünün “ayda birkaç kez”, “İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum” ifadesine %26,7’sinin “haftada birkaç kez”, “İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum” ifadesine %56,1’inin “her gün”, “Bazı insanların başına gelenler gerçekten umurumda değil” ifadesine %46,8’inin “hiçbir zaman”, “Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor” ifadesine %32,2’sinin “haftada birkaç kez”, “Hastalarım rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim” ifadesine %41,8’inin “haftada birkaç kez”, “Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum” ifadesine %36,3’ünün “haftada birkaç kez”, “Bu meslekte pek çok değerli işler başardım” ifadesine %37,5’inin “haftada birkaç kez”, “Kendimi çok çaresiz hissediyorum” ifadesine %34,4’ünün “yılıda birkaç kez”, “İşimdeki duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim” ifadesine %39,9’unun “haftada birkaç kez”, “Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum” ifadesine %43,2’sinin “hiçbir zaman” cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 20).

**Tablo 21.** Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Yaş grupları	17-26 yaş	23 (7 - 36)	8 (0 - 20)a	10 (0 - 20)
	27-36 yaş	25 (1 - 36)	7 (0 - 20)ab	11 (0 - 28)
	37 yaş ve üzeri	22 (6 - 36)	6 (0 - 20)b	10 (0 - 23)
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=5,1$	$\chi^2=7,6$	$\chi^2=4,5$
<b>p değeri</b>		p=0,080	<b>p=0,023</b>	p=0,104
Cinsiyet	Kadın	24 (1 - 36)	7 (0 - 20)	11 (0 - 28)
	Erkek	26 (7 - 36)	8 (0 - 20)	12 (0 - 25)
<b>Test istatistiği</b>		U=5376,5	U=4330,5	U=4260,5
<b>p değeri</b>		p=0,137	<b>p=0,002</b>	p=0,096
Medeni durum	Evli	24 (1 - 36)	6 (0 - 20)	11 (0 - 28)
	Bekar	26 (7 - 36)	8 (0 - 20)	11 (0 - 24)
<b>Test istatistiği</b>		U=16850,5	U=15907,5	U=17607
<b>p değeri</b>		<b>p=0,025</b>	<b>p=0,002</b>	p=0,111
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	22 (7 - 33)	7 (0 - 16)	9 (3 - 20)
	Önlisans	27 (9 - 36)	8,5 (1 - 20)	11 (4 - 24)
	Lisans	24 (1 - 36)	7 (0 - 20)	11 (0 - 28)
	Yüksek lisans	22 (9 - 30)	5,5 (0 - 13)	9,5 (1 - 19)
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=5,0$	$\chi^2=5,6$	$\chi^2=7,9$
<b>p değeri</b>		p=0,170	p=0,131	p=0,050
Aile yapısı	Geniş aile	22 (10 - 36)	6 (0 - 19)	11 (3 - 20)
	Çekirdek aile	24 (1 - 36)	7 (0 - 20)	11 (0 - 28)
<b>Test istatistiği</b>		U=6781	U=7239,5	U=7645
<b>p değeri</b>		p=0,188	p=0,488	p=0,887

**Tablo 21.** Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
<b>Gelir durumu</b>			
Gelir giderden az	25 (9 - 36)	8 (0 - 20)a	12 (0 - 21)
Gelir gidere eşit	24 (3 - 36)	6 (0 - 20)b	11 (0 - 25)
Gelir giderden fazla	21 (1 - 36)	8 (0 - 20)a	10 (0 - 28)
<b>Test istatistiği</b>	$\chi^2=3,7$	$\chi^2=8,2$	$\chi^2=4,5$
<b>p değeri</b>	p=0,160	<b>p=0,017</b>	p=0,107

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 21’de karşılaştırılmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin medeni durumlarına göre (U=16850,5, p=0,025) farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyutu ortanca puan değerinin bekar olanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş gruplarına ( $\chi^2=5,1$ , p=0,080), cinsiyetlerine (U=5376,5, p=0,137), eğitim durumlarına ( $\chi^2=5,0$ , p=0,170), aile yapısına (U=6781, p=0,188) ve gelir durumlarına göre ( $\chi^2=3,7$ , p=0,160) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 21).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaşlarına ( $\chi^2=7,6$ , p=0,023), cinsiyetlerine (U=4330,5, p=0,002), medeni durumlarına (U=15907,5, p=0,002) ve gelir durumlarına göre ( $\chi^2=8,2$ , p=0,017) farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puan değerinin erkeklerde ve bekar olanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte 17-26 yaş arasında olan hemşirelerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puan değeri 37 yaş ve üzeri olan hemşirelerin puanından ve geliri giderinden az ve fazla olan hemşirelerde duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puan değeri geliri giderine eşit olan hemşirelerin puanından yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu ortanca



puan değerinin eğitim durumu ( $\chi^2=5,6$ ,  $p=0,131$ ) ve aile yapısına göre ( $U=7239,5$ ,  $p=0,488$ ) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 21).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ( $\chi^2=4,5$ ,  $p=0,104$ ), cinsiyet ( $U=4260,5$ ,  $p=0,096$ ), medeni durum ( $U=17607$ ,  $p=0,111$ ), eğitim durumu ( $\chi^2=7,9$ ,  $p=0,050$ ), aile yapısı ( $U=7645$ ,  $p=0,887$ ) ve gelir durumuna göre ( $\chi^2=4,5$ ,  $p=0,107$ ) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 21).

**Tablo 22.** Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Görev yaptığı servis	Dahili birimler	26(3-36)a	8(0 - 20)	11(0 - 25)
	Cerrahi birimler	24(1-36)ab	6(0 - 16)	11(0 - 28)
	Yoğun bakım	23(7-36)b	7(0 - 19)	11(3 - 20)
Test istatistiği		$\chi^2=12,3$	$\chi^2=5,9$	$\chi^2=0,3$
p değeri		<b>p=0,002</b>	p=0,05	p=0,854
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	24 (1 - 36)	6 (0 - 20)	11 (0 - 28)
	Sözleşmeli	23,5 (7-36)	8 (0 - 20)	11 (3 - 21)
Test İstatistiği		U=15062,5	U=13908,5	U=15593,0
p değeri		p=0,400	p=0,053	p=0,735
Hastanedeki çalışma şekli	Sürekli gündüz	20(3-36)	5 (0 - 14)	9 (0 - 20)
	Sürekli gece	25(1-36)	7 (0 - 20)	11 (0 - 28)
Test istatistiği		U=5382,5	U=6040	U=6643
p değeri		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p=0,002</b>	<b>p=0,021</b>
Çalışma yılı	1-5 yıl	24(7-36)	8(0-20)a	11 (0-21)
	6-10 yıl	25(1-36)	6(0-20)ab	11 (0-28)
	11-15 yıl	26(8-36)	7(0-20)ab	11 (0-24)
	16-20 yıl	24(10-36)	7(0-20)ab	9 (1-24)
	21 yıl ve üzeri	21(6-32)	5(0-13)b	10 (0-20)
Test istatistiği		$\chi^2=6,3$	$\chi^2=11,6$	$\chi^2=6,7$
p değeri		p=0,179	<b>p=0,021</b>	p=0,151

**Tablo 22.** Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
<b>Bakım verilen hasta sayısı</b>	1-5 hasta	23(9-36)a	7(0-16)a	11(1 - 20)
	6-10 hasta	14,5(11-31)ab	4,5(1-15)ab	11,5(3-15)
	11-15 hasta	23(1-32)a	6(0-15)ab	11(2-28)
	16-20 hasta	25(3-33)ab	4 (0-13)a	11(0-20)
	21 hasta ve üzeri	26 (7-36)b	8 (0-20)b	11(0-25)
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=27,3$	$\chi^2=28,6$	$\chi^2=2,6$
<b>p değeri</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	p=0,620
<b>Mesleği isteyerek seçme durumu</b>	Evet	22 (1 - 35)	6 (0 - 19)	11 (0 - 28)
	Hayır	27 (9 - 36)	8 (0 - 20)	11 (0 - 25)
<b>Test istatistiği</b>		U=14859,5	U=16948	U=18387
<b>p değeri</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p=0,012</b>
<b>Mesleği sevme durumu</b>	Seviyorum	21 (1 - 35)a	6 (0 - 16)a	10 (0 - 28)a
	Sevmiyorum	29 (12 - 36)b	9 (0 - 20)b	12 (0 - 25)b
	Kararsızım	27 (9 - 36)b	8 (0 - 20)b	13 (0 - 21)b
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=72,1$	$\chi^2=48,3$	$\chi^2=34,3$
<b>p değeri</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Çalıştığı servisten memnun olma durumu</b>	Memnunum	20,5(1-33)a	6(0-17)a	10(0-28)a
	Memnun değilim	29(12-36)b	9(0 -20)b	12(0-25)b
	Kısmen memnunum	26(7-36)c	8 (0-20)c	11(0 - 23)b
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=81,2$	$\chi^2=54,9$	$\chi^2=13,9$
<b>p değeri</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Çalıştığı bölümü İsteyerek seçme durumu</b>	Evet	19,5(1-34)	6(0-17)	9,5 (0-28)
	Hayır	25(6-36)	7(0 - 20)	11 (0 - 25)
<b>Test istatistiği</b>		U=10326	U=13709	U=12537
<b>p değeri</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p=0,007</b>	<b>p&lt;0,001</b>

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 22’de karşılaştırılmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin görev yaptığı

servis ( $\chi^2=12,3$ ,  $p=0,002$ ), hastanedeki çalışma şekli ( $U=5382,5$ ,  $p<0,001$ ), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=27,3$ ,  $p<0,001$ ), mesleği isteyerek seçme durumu ( $U=14859,5$ ,  $p<0,001$ ), mesleğini sevme durumu ( $\chi^2=72,1$ ,  $p<0,001$ ), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $\chi^2=81,2$ ,  $p<0,001$ ) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna ( $U=10326$ ,  $p<0,001$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyutu ortalanca puan değerinin sürekli gece çalışanlarda, mesleğini isteyerek tercih etmeyenlerde ve çalıştığı bölümü isteyerek seçmeyenlerde yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte dahili birimlerde görev yapan hemşirelerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyutu ortalanca puan değerinin yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin puanından, bakım ve tedavisini üstelendikleri hasta sayısı 21 hasta ve üzeri olan hemşirelerde Duygusal Tükenme alt boyutu ortalanca puan değerinin 11-15 hasta ve 1-5 hastaya bakım veren hemşirelerin puanından, mesleğini sevme konusunda kararsız kalan ve sevmeyen hemşirelerde Duygusal Tükenme alt boyutu ortalanca puan değerinin mesleğini seven hemşirelerin puanından, çalıştığı servisten memnun olmayan hemşirelerde Duygusal Tükenme alt boyutu ortalanca puan değerinin çalıştığı servisten memnun ve kısmen memnun olan hemşirelerin puanından ve çalıştığı servisten kısmen memnun olan hemşirelerde Duygusal Tükenme alt boyutu ortalanca puan değerinin çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin puanından yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyutu ortalanca puan değerinin hemşirelerin hastanedeki çalışma statüsü ( $U=15062,5$ ,  $p=0,400$ ) ve çalışma yılına ( $\chi^2=6,3$ ,  $p=0,179$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 22).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu ortalanca puan değerinin hastanedeki çalışma şekli ( $U=6040$ ,  $p=0,002$ ), çalışma yılı ( $\chi^2=11,6$ ,  $p=0,021$ ), bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=28,6$ ,  $p<0,001$ ), mesleği isteyerek seçme durumu ( $U=16948$ ,  $p<0,001$ ), mesleğini sevme durumu ( $\chi^2=48,3$ ,  $p<0,001$ ), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $\chi^2=54,9$ ,  $p<0,001$ ) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna ( $U=13709$ ,  $p=0,007$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu ortalanca puan değerinin sürekli gece çalışanlarda, mesleğini isteyerek tercih etmeyenlerde ve çalıştığı bölümü isteyerek seçmeyenlerde yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte çalışma yılı 1-5 yıl arası olan hemşirelerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu ortalanca puan değeri 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin

puanından, bakım ve tedavisini üstelendikleri hasta sayısı 21 hasta ve üzeri olan hemşirelerde Duyarsızlaşma alt boyut ortanca puan değeri 1-5 hasta ve 16-20 hasta olan hemşirelerin puanından, mesleğini sevme konusunda kararsız olan ve sevmeyen hemşirelerde Duyarsızlaşma alt boyut ortanca puan değerinin mesleğini seven hemşirelerin puanından, çalıştığı servisten memnun olmayan hemşirelerde Duyarsızlaşma alt boyut ortanca puan değerinin çalıştığı servisten memnun ve kısmen memnun olan hemşirelerin puanından ve çalıştığı servisten kısmen memnun olan hemşirelerde Duyarsızlaşma alt boyut ortanca puan değerinin çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin görev yaptığı servis ( $\chi^2=5,9$ ,  $p=0,05$ ) ve hastanedeki çalışma statüsüne ( $U=13908,5$ ,  $p=0,053$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 22).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyutu ortanca puan değerinin hastanedeki çalışma şekli ( $U=6643$ ,  $p=0,021$ ), mesleği isteyerek seçme durumu ( $U=18387$ ,  $p=0,012$ ), mesleği sevme durumu ( $\chi^2=34,3$ ,  $p<0,001$ ), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $\chi^2=13,9$ ,  $p<0,001$ ) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna ( $U=12537$ ,  $p<0,001$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyutu ortanca puan değerinin sürekli gece çalışanlarda ve çalıştığı bölümü isteyerek seçmeyenlerde yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte mesleğini sevme konusunda kararsız kalan ve sevmeyen hemşirelerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyutu ortanca puan değerinin mesleğini seven hemşirelerin puanından, çalıştığı servisten memnun olmayan ve kısmen memnun olan hemşirelerde Kişisel Başarı alt boyut ortanca puan değerinin çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin puanından yüksek olduğu görüldü. Ayrıca Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyutu ortanca puan değerinin mesleğini isteyerek seçenlerde ve mesleğini isteyerek seçmeyenlerde aynı olmasına karşın sıra puanları incelendiğinde mesleğini isteyerek seçmeyenlerin sıra ortalamasının 227,2, mesleğini isteyerek seçenlerin sıra ortalamasının 197,3 olduğu belirlendi. Bu durum mesleğini isteyerek seçmeyenlerin Kişisel Başarı alt boyutu puanının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin görev yaptığı servis ( $\chi^2=0,3$ ,  $p=0,854$ ), hastanedeki

çalışma statüsü ( $U=15593$ ,  $p=0,735$ ), çalışma yılı ( $\chi^2=6,7$ ,  $p=0,151$ ) ve bakım verilen hasta sayısına ( $\chi^2=2,6$ ,  $p=0,620$ ) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 22).

**Tablo 23.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu, Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasındaki ilişki

BBSA-Hemşire		Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	Toplam
<b>Minnesota İş Doyum Ölçeği</b>	İçsel Doyum	$r=0,209^*$	$r=0,010$	$r=0,266^*$	$r=0,183^*$
	Dışsal Doyum	$r=0,116^{**}$	$r=-0,176^*$	$r=0,146^{**}$	$r=0,032$
	Genel Doyum	$r=0,183^*$	$r=-0,097^{**}$	$r=0,233^*$	$r=0,121^{**}$
<b>Maslach Tükenmişlik Ölçeği</b>	Duyarsızlaşma	$r=-0,135^{**}$	$r=-0,039$	$r=-0,145^{**}$	$r=-0,115^{**}$
	Kişisel Başarı	$r=-0,213^*$	$r=-0,179^*$	$r=-0,277^*$	$r=-0,256^*$
	Duygusal Tükenme	$r=-0,084$	$r=0,103^{**}$	$r=-0,130^{**}$	$r=-0,039$

r: Serman Korelasyon Katsayısı, \*  $p<0,01$  önem düzeyinde anlamlı \*\*  $p<0,05$  önem düzeyinde anlamlı.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu, Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 23'te sunulmuştur. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,209$ ,  $p<0,01$ ), Dışsal Doyum alt boyut puanı ( $r=0,116$ ,  $p<0,05$ ) ve Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,183$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu analiz doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı, Dışsal Doyum alt boyut puanı ve Genel Doyum alt boyut puanı arttıkça Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanının arttığı saptanmıştır.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Dışsal Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,176$ ,  $p<0,01$ ) ve Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,097$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,010$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir

ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı arttıkça Minnesota İş Doyumu Ölçeği Dışsal Doyum alt boyut puanının ve Genel Doyum alt boyut puanının azaldığı belirlenmiştir.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,266$ ,  $p<0,01$ ), Dışsal Doyum alt boyut puanı ( $r=0,146$ ,  $p<0,05$ ) ve Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,233$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu analiz doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı arttıkça Minnesota İş Doyumu Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı, Dışsal Doyum alt boyut puanı ve Genel Doyum alt boyut puanının arttığı saptanmıştır.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puan değeri ile Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,183$ ,  $p<0,01$ ) ve Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,121$ ,  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Dışsal Doyum alt boyut puanı ( $r=0,032$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu analiz doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı ve Genel Doyum alt boyut puanı arttıkça Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanının arttığı saptanmıştır.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,135$ ,  $p<0,05$ ) ve Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,213$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=-0,084$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ve Kişisel Başarı alt boyut puanının azaldığı belirlenmiştir.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyut

puanı ( $r=-0,179$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ve Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=0,103$ ,  $p<0,05$ ) arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olmakla birlikte, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,039$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu analiz doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyut puanının azaldığı, Duygusal Tükenme alt boyut puanının arttığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,145$ ,  $p<0,05$ ), Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,277$ ,  $p<0,01$ ) ve Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=-0,130$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı, Kişisel Başarı alt boyut puanı ve Duygusal Tükenme alt boyut puanının azaldığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puan değeri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,115$ ,  $p<0,05$ ) ve Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,256$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=-0,039$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu analiz doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puan değeri arttıkça, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ve Kişisel Başarı alt boyut puanının azaldığı belirlenmiştir.

**Tablo 24.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire Versiyonu, Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasındaki ilişki

BBSB-Hemşire		Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	Toplam
<b>Minnesota İş Doyum Ölçeği</b>	İçsel Doyum	r=0,172*	r=-0,002	r=0,157*	r=0,125**
	Dışsal Doyum	r=-0,064	r=-0,212*	r=-0,023	r=-0,108**
	Genel Doyum	r=0,061	r=-0,125**	r=0,077	r=0,009
<b>Maslach Tükenmişlik Ölçeği</b>	Duyarsızlaşma	r=-0,167*	r=-0,044	r=-0,146*	r=-0,143*
	Kişisel Başarı	r=-0,142**	r=-0,103**	r=-0,215*	r=-0,182*
	Duygusal Tükenme	r=0,003	r=0,101**	r=-0,062	r=0,007

r: Spearman Korelasyon Katsayısı, \* p<0,01 önem düzeyinde anlamlı \*\* p<0,05 önem düzeyinde anlamlı.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 24'te sunulmuştur. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı (r=0,172, p<0,01) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Dışsal Doyum alt boyut puanı (r=-0,064, p>0,05) ve Genel Doyum alt boyut puanı (r=0,061, p>0,05) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu analiz doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı arttıkça, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanının arttığı saptanmıştır.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Dışsal Doyum alt boyut puanı (r=-0,212, p<0,01) ve Genel Doyum alt boyut puanı (r=-0,125, p<0,05) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı (r=-0,002, p>0,05) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı arttıkça



Minesota İş Doyumu Ölçeği Dışsal Doyum alt boyut puanı ve Genel Doyum alt boyut puanının azaldığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Minesota İş Doyumu Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,157$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Minesota İş Doyumu Ölçeği Dışsal Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,023$ ,  $p>0,05$ ) ve Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,077$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu analiz doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı arttıkça Minesota İş Doyumu Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanının arttığı belirlenmiştir.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puan değeri ile Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,125$ ,  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönlü ve Dışsal Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,108$ ,  $p<0,05$ ) arasında ise negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Minesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,009$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu analiz doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puanı arttıkça Minesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanının arttığı, Dışsal Doyum alt boyut puanının ise azaldığı saptanmıştır.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,167$ ,  $p<0,01$ ) ve Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,142$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=0,003$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ve Kişisel Başarı alt boyut puanının azaldığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyut

puanı ( $r=-0,103$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki ve Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=0,101$ ,  $p<0,05$ ) arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olmakla birlikte, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,044$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu analiz doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyut puanının azaldığı, Duygusal Tükenme alt boyut puanının arttığı belirlenmiştir.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,146$ ,  $p<0,01$ ) ve Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,215$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=-0,062$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ve Kişisel Başarı alt boyut puanının azaldığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puan değeri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,143$ ,  $p<0,01$ ) ve Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,182$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=0,007$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu analiz doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ve Kişisel Başarı alt boyut puanının azaldığı saptanmıştır.

**Tablo 25.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği arasındaki ilişki

Maslach Tükenmişlik Ölçeği		Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Duygusal Tükenme
Minnesota İş Doyum Ölçeği	İçsel Doyum	$r=-0,470^*$	$r=-0,368^*$	$r=-0,567^*$
	Dışsal Doyum	$r=-0,370^*$	$r=-0,213^*$	$r=-0,611^*$
	Genel Doyum	$r=-0,468^*$	$r=-0,322^*$	$r=-0,659^*$

r: Sperman Korelasyon Katsayısı , \*  $p<0,01$  önem düzeyinde anlamlı.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 25’te sunulmuştur. Bu çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,470$ ,  $p<0,01$ ), Dışsal Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,370$ ,  $p<0,01$ ) ve Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,468$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu analiz doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı arttıkça, Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı, Dışsal Doyum alt boyut puanı ve Genel Doyum alt boyut puanının azaldığı saptanmıştır.

Bu araştırmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,368$ ,  $p<0,01$ ), Dışsal Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,213$ ,  $p<0,01$ ) ve Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,322$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyut puanı arttıkça, Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı, Dışsal Doyum alt boyut puanı ve Genel Doyum alt boyut puanının azaldığı saptanmıştır.

Bu çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,567$ ,  $p<0,01$ ), Dışsal Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,611$ ,  $p<0,01$ ) ve Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,659$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu analiz doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı arttıkça, Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyut puanı, Dışsal Doyum alt boyut puanı ve Genel Doyum alt boyut puanının azaldığı saptanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Hemşirelik gibi insana doğrudan doğruya hizmet sunan meslek gruplarında tükenmişlik durumu sık görülebilmekte ve bu durum bireyselleştirilmiş bakım sunumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bireyselleştirilmiş bakım bireye ve onun sağlık problemlerine odaklanarak hasta bireyin inançları, değerleri, duyguları, düşünceleri, tercihleri, deneyimleri ve algılarına yönelik olarak hemşirelik bakımının sunulmasıdır. Bu çalışma Türkiye'nin kuzeyinde Orta Karadeniz bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini belirleyen ilk çalışmadır.

### 5.1. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu'na İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hemşirelerin sundukları bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini ne ölçüde desteklediklerini değerlendiren, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması  $3,9\pm 0,7$ , Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puan ortalaması  $4,0\pm 0,7$ , Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması  $3,5\pm 0,9$  ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması  $4,0\pm 0,7$  olarak saptandı.

Araştırma bulgularını destekler nitelikte Özdemir'in (2015) yapmış olduğu çalışmada, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması  $3,80\pm 0,72$ , Klinik Durum alt boyut puan ortalaması  $4,03\pm 0,74$ , Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması  $3,28\pm 1,01$  ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması  $3,88\pm 0,82$  olarak belirlenmiştir. Can'ın (2013) yapmış olduğu bir çalışmada ise Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması  $3,88\pm 0,66$ , Klinik Durum alt boyut puan ortalaması  $4,09\pm 0,62$ , Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması  $3,36\pm 1,03$  ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması  $3,98\pm 0,74$  olarak saptanmıştır.

Suhonen ve arkadaşlarının (2011a) farklı ülkelerdeki hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını karşılaştırmaya yönelik olarak yapmış oldukları diğer bir çalışmada da, Türk hemşirelerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması  $3,96\pm 0,48$ , Klinik Durum alt boyut puan ortalaması  $4,16\pm 0,48$ , Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması  $3,50\pm 0,71$  ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması  $4,04\pm 0,52$  olarak saptanmıştır. Bu araştırmadan elde

edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu puanının bu konuda yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüş olmakla birlikte, hemşirelerin genel olarak uyguladıkları hemşirelik eylemleri sırasında hastaların bireyselliğini destekledikleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanının kadın hemşirelerde, sağlık meslek lisesi mezunu hemşireler ile karşılaştırıldığında lisans mezunu hemşirelerde, sözleşmeli ve gece çalışan hemşirelerle karşılaştırıldığında kadrolu olan ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanının yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin puanından, mesleğini seven hemşirelerin toplam puanının mesleğini sevme konusunda kararsız kalan hemşirelerin puanından, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin toplam puanının da çalıştığı servisten kısmen memnun olan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu ortaya çıkarıldı.

Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanının cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma şekline göre farklılık göstermediği (Can, 2013; Özdemir, 2015), hemşirelerin görev yaptığı servis ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı (Can, 2013), çalıştığı ortamdan memnun olan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Özdemir, 2015). Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanını etkileyen sosyodemografik ve çalışma yaşamına ilişkin özellikler, yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte hemşirelerin çalışma ortamı, çalışma koşulları ve bakım yüklerinin hemşirelik eylemleri sırasında hastaların bireyselliğini desteklemeye yönelik uygulamalarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu'nun Klinik Durum alt boyutu ortanca puanı kadrolu olarak görev yapan, sürekli gündüz çalışan ve kadın hemşirelerde daha yüksek belirlendi. Hastaneler, hastalara sunulan hizmetlerin kesintisiz devam edebilmesi için haftanın yedi günü ve yirmi dört saat çalışmak zorunda olan kurumlardır. Böyle bir çalışma sistemi ise vardiyalı ve nöbet usulü çalışmayı beraberinde getirmektedir. Ancak bu konuda yapılan bir araştırma vardiyalı veya nöbet sistemiyle çalışmanın, bireylerin fizyolojik, psikolojik sağlıkları üzerinde

olumsuz etkilere yol açtığını ve sundukları bakımın kalitesini etkilediğini ortaya koymaktadır (Altunkan, 2009).

Özellikle gece vardiyasında çalışmak durumunda kalma hemşirelerde yorgunluk, dikkat dağınıklığı, algılama bozukluğu, karar vermede güçlük, stres, tükenmişlik, iş doyumunda azalma, performans düşüklüğü, motivasyon kaybı, hasta bakım ve izleminde yetersizlik ve ekip arasında hasta bilgilerinin paylaşımına ilişkin iletişim problemleri yaşanmasına neden olabilmektedir (Altunkan, 2009; İntepeler ve ark., 2014). Bu doğrultuda hemşirelerin sürekli gündüz çalışma durumlarının sağlıklı/hasta bireye sundukları bakımı olumlu yönde etkileyerek bireyselleştirilmiş bakım algılarını yükselttiği düşünülmektedir. Ayrıca Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonunun Klinik Durum alt boyutu ortanca puanının kadrolu olarak çalışan hemşirelerde daha yüksek olması da, sağlık bakım profesyonellerinin kaygı nedenlerini belirlemek üzere yapılmış olan bir araştırmada da belirtildiği gibi, gelecekle ilgili iş güvencelerinin olduğunu düşünmelerinden, mevcut işlerini ve pozisyonlarını koruyabilmek için kurum yöneticilerinin bildirmiş olduğu mesleki görev, yetki ve sorumluluklarını yerine getirme konusunda gerekli özeni göstermelerinden kaynaklanabilir (Tunç ve Kutanis, 2015).

Bu çalışmada cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut ortanca puanının yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin puanından, mesleğini seven hemşirelerin Klinik Durum alt boyut ortanca puanının mesleğini sevme konusunda kararsız olan hemşirelerin puanından, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin Klinik Durum alt boyut ortanca puanının da çalıştığı servisten kısmen memnun olan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu saptandı.

Araştırma bulgularına karşın hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile etkileyen faktörleri belirlemek üzere yapılan diğer çalışmalarda, hemşirelerin cinsiyet (Suhonen ve ark., 2010b; Idvall ve ark., 2012; Can, 2013), görev yaptığı servis ve çalışma şekli gibi özelliklerinin (Can, 2013) bireyselleştirilmiş bakım algısı puanlarını etkilemediği bildirilmiştir. Bu çalışmada hasta bireylerin hastalığa yanıtlarını, duygularını, hissettiklerini ve hastalığın kendisi için anlamını içeren konularda bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını ifade eden, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Klinik Durum alt boyutu ortanca puanının erkeklere karşılaştırıldığında kadın hemşirelerde daha yüksek bulunması, kadınların bakım verme davranışına daha

yatkın olmalarından, doğaları gereği hasta bireyin hastalığa yanıtları, duyguları, hissettiklerine daha fazla önem vermelerinden ve kadın hemşire sayısının fazla olmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanının hemşirelerin yaş, eğitim durumu, aile yapısı ve gelir durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda 27-36 yaş ile 37-46 yaş ve üstü hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanının 17-26 yaş arası hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Özdemir'in (2015) hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algılarını belirlemek üzere yapmış olduğu bir çalışmada, 36 yaş ve üzeri olan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının 26-35 yaş arası hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Can'ın (2013) yapmış olduğu bir araştırmada ise Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanı ile hemşirelerin yaşları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu, hemşirelerin yaşları arttıkça hasta bireylerin hastalığa ilişkin duyguları, yanıtları ile kişisel tercih ve alışkanlıklarına yönelik bireyselliklerini desteklemeyi amaçlayan eylemlerinin daha fazla farkına vardıkları bildirilmiştir. Araştırma bulgularına karşın Suhonen ve arkadaşlarının (2010b) yapmış oldukları diğer çalışmada ise Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı belirtilmiştir.

Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanları çalışma değişkeni yönünden ele alındığında ise bu konuda yapılan bir araştırmada hemşirelerin çalışma yılı ile kişisel yaşam durumu arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu, hemşirelerin mesleki deneyimleri arttıkça uygulamalarında bakımı bireyselleştirerek sundukları, bireylerin hastalığa yanıtına, duygu ve düşüncelerine daha fazla önem verdikleri bildirilmiştir (Can, 2013). Bu çalışmada hemşirelerin yaş dolayısıyla çalışma yılına bağlı olarak mesleki deneyimlerinin artmasının, bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını etkilediği; hasta bireyin inanç ve değerlerini yansıtan, bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik hemşirelik bakım davranışlarını artırdığı anlaşılmaktadır.

Bununla birlikte lisans mezunu olan hemşirelerde Kişisel Yaşam Durumu Alt Boyutu ortanca puanının sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin puanından, geliri giderine eşit olan hemşirelerin Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanının geliri giderinden az olan hemşirelerin puanından, kadrolu olarak çalışan hemşirelerin Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanının sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerin puanından, 16-20 yıl arası çalışan hemşirelerin Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanının da 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu belirlendi. Idvall ve arkadaşlarının (2012) hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada, araştırma bulgularıyla uyumlu olarak lisans üstü eğitim düzeyine sahip olan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakımı daha çok destekledikleri saptanmıştır.

Araştırma bulgularına karşın Can'ın (2013) yapmış olduğu çalışmada ise ön lisans mezunu olan hemşirelerin Kişisel Yaşam Durumu puan ortalamasının lise, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden daha yüksek bulunduğu, Özdemir'in (2015) yapmış olduğu diğer bir çalışmada ise eğitim durumu ile hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerle karşılaştırıldığında lisans mezunu hemşirelerde daha yüksek bulunması, hemşirelik lisans eğitiminde bireylerin inanç ve değerlerini ön planda tutan; alışkanlıklarını, aktivitelerini, tercihlerini, aile bağlarını, iş ve hastane deneyimlerini göz önünde bulunduran bir eğitim verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ayrıca bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda dahili birimlerde çalışan hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanının yoğun bakımda çalışan hemşirelerin puanından, cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerin Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanının da yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu belirlendi. Bu durum yoğun bakımda yatan hastaların genellikle bilincinin kapalı olmasından, hemşirelerin bakım sundukları hastaları ile iletişim kuramamalarından ve bu duruma bağlı olarak hasta bireyin inançları, değerleri, alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri, aile bağları, iş ve hastane deneyimleri ile ilgili bilgi elde edememelerinden kaynaklanabilir.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puanının sürekli gündüz çalışan, cerrahi birimlerde görev yapan, 21 yıl ve üzeri çalışan ve mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde daha



yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Can'ın (2013) yapmış olduğu bir araştırmada da, hemşirelerin çalışma yılı ile karar verme kontrolü arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, araştırma bulgularına karşın mesleğini isteyerek seçme durumu ile karar verme kontrolü arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. Özdemir'in (2015) yapmış olduğu diğer bir çalışmada ise mesleğini isteyerek seçme durumu ile bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının daha yüksek saptandığı buna karşın çalışma süresi ile bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı belirtilmiştir.

Diğer yandan bu araştırmada çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin Karar Verme Kontrolü alt boyut ortanca puanının çalıştığı servisten kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerin puanından, mesleğini seven hemşirelerin Karar Verme Kontrolü alt boyut puanının mesleğini sevmeyen hemşirelerin puanından ve mesleğini sevmeyen hemşirelerin Karar Verme Kontrolü alt boyut puanının da mesleğini sevme konusunda kararsız kalan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu ortaya çıkarıldı. Elde edilen bu bulgu hemşirelerin bireylerin duygu, düşünce ve isteklerini yansıtan, kendi bakımlarında söz sahibi olmalarına ve bakımlarıyla ilgili kararlara katılmalarına olanak sağlayan konularda onların bireyselliklerini desteklemeye yönelik bakım davranışları sergilediklerini göstermektedir.

## **5.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu'na İlişkin Bulguların Tartışılması**

Hemşirelerin sundukları bakım uygulamalarında hastaların bakımını bireyselleştirme algılarını değerlendiren Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması  $4,1\pm 0,6$  olarak saptandı. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puan ortalaması  $4,3\pm 0,7$ , Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması  $3,9\pm 0,9$  ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması  $4,1\pm 0,7$  olarak belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Suhonen ve arkadaşlarının (2011a) farklı ülkelerdeki hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını karşılaştırmaya yönelik olarak yapmış oldukları bir çalışmada, Türk hemşirelerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması  $3,93\pm 0,52$ , Klinik Durum alt boyut puan ortalaması  $4,12\pm 0,53$ , Kişisel Yaşam

Durumu alt boyut puan ortalaması  $3,60\pm 0,71$  ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması  $3,94\pm 0,56$  olarak saptanmıştır.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam ortanca puanının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerle karşılaştırıldığında lisans mezunu hemşirelerde, 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerle karşılaştırıldığında 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerde, mesleğini sevmeye konusunda kararsız kalan hemşirelerle karşılaştırıldığında mesleğini seven hemşirelerde, yoğun bakımda çalışan hemşirelerle karşılaştırıldığında cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerde, kadrolu olarak çalışanlarda ve kadın hemşirelerde daha yüksek olduğu ortaya çıkarıldı. Özellikle mesleğini seven ve çalışma yılı fazla olan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olması, mesleki deneyimleri arttıka hasta bireyin bakımına yönelik bilgi, beceri ve tutumları ile problem çözme yeteneklerinin gelişmesinden kaynaklanabilir.

Bu araştırmada hemşirelerin hasta bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını yansıtan, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyutu ortanca puanının hemşirelerin çalıştığı servis ve hastanedeki çalışma statüsüne göre farklılık gösterdiği, kadrolu olarak çalışan ve cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerde bu alt boyuta ilişkin ortanca puanın daha yüksek olduğu belirlendi. Sözleşmeli olarak çalışan hemşireler ile karşılaştırıldığında kadrolu olarak çalışan hemşirelerin hastaların hastalığa yanıtlarını, duygularını, hastalığa yönelik hissettiklerini ve hastalığın kendisi için anlamını içeren konularda bireyin bakımını bireyselleştirerek sunmaları, işini kaybetme stres ve kaygısını daha az yaşamalarından kaynaklanabilir.

Bununla birlikte araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut ortanca puanının 17-26 yaş arası hemşirelerle karşılaştırıldığında 27-36 ve 37-46 yaş grubu hemşirelerde, erkek hemşirelerle karşılaştırıldığında kadın hemşirelerde, bekar hemşirelerle karşılaştırıldığında evli hemşirelerde, sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerle karşılaştırıldığında yüksek lisans mezunu olan hemşirelerde, ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerle karşılaştırıldığında lisans mezunu hemşirelerde, 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerle karşılaştırıldığında 6-10 yıl, 16-20 yıl ve 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerde, sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerle karşılaştırıldığında kadrolu olarak çalışan hemşirelerde, dahili ve cerrahi birimlerde görev

yapan hemşirelerle karşılaştırıldığında yoğun bakımda görev yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu saptandı.

Bakım sunulan bireyin inanç ve değerleri ile birlikte alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri, aile bağları, iş ve hastane deneyimi gibi konularda bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik hemşirelik bakım davranışlarına işaret eden Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanının kadın hemşirelerde yüksek olması, toplumsal rollerine bağlı olarak bakım verme davranışına daha yatkın olmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca hemşirelerin yaşları ilerledikçe ve çalışma deneyimleri arttıkça profesyonel bilgi, beceri ve tutumları ile birlikte hastaların spiritüel ihtiyaçlarına yönelik farkındalıklarının artmasının da bu durumu etkileyebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin aldıkları eğitim seviyesi yükseldikçe holistik yaklaşım doğrultusunda bireyin benzersizliğini, yeganeliğini, biricikliğini ve eşsizliğini ön planda tutan bir bakım verme tutumu sergiledikleri görülmektedir.

Bu çalışmada hasta bireylerin duyguları, düşünceleri ve isteklerini yansıtan, kendi bakımında söz sahibi olmasına ve bakımı ile ilgili kararlara katılmasına olanak sağlayan konularda hemşirelerin, bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını ifade eden Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puanının kadrolu olarak çalışan hemşirelerde, mesleğini sevme konusunda kararsız kalan hemşireler ile karşılaştırıldığında mesleğini seven hemşirelerde daha yüksek olduğu saptandı.

Mesleği sevme sunulan bakımın kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Hemşirelik mesleği sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalık durumunda iyileştirme gibi önemli sorumluluklar üstlenen bir meslektir (Karadakovan, 1993). Bu sorumlulukların yerine getirilebilmesi, hemşirelik mesleğini yürütecek kişilerin mesleğini isteyerek seçmesine ve eğitimi süresince aldığı bilgi ile becerilerini en iyi şekilde uygulama çabasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

### **5.3. Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması**

Minnesota İş Doyum Ölçeği'nden alınan puan arttıkça iş doyumunun da arttığı kabul edilmekle birlikte, bu çalışmada hemşirelerin Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyut puan ortalaması  $2,8\pm 0,6$ , İçsel Doyum alt boyut puan ortalaması  $3,1\pm 0,6$  ve Dışsal Doyum alt boyut puan ortalaması  $2,4\pm 0,8$  olarak belirlendi. Aylaz ve

arkadaşlarının (2017) hemşirelerin iş doyum düzeylerinin belirlenmesine yönelik olarak yapmış oldukları bir çalışmada Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum puan ortalaması  $2,89\pm 0,74$ , İçsel Doyum puan ortalaması  $3,06\pm 0,78$  ve Dışsal Doyum puan ortalaması  $2,63\pm 0,78$  olarak saptanmıştır. Aytekin ve Kurt'un (2014) yoğun bakım kliniğinde çalışan hemşirelerde iş doyumunu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik olarak yapmış oldukları çalışmada ise Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum puan ortalaması  $3,32\pm 0,49$ , İçsel Doyum puan ortalaması  $3,47\pm 0,43$  ve Dışsal Doyum puan ortalaması  $3,08\pm 0,66$  olarak belirlenmiştir.

Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin başarı, tanınma, takdir edilme, işin kendisi, sorumluluğu, yükselme ve terfi olanakları gibi işin içsel niteliğine ilişkin ögeler ile birlikte kurum politikası, yönetim ve denetim şekli, çalışma arkadaşları ve astlar ile ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin dışsal ögelerinden oluşan durumu ifade eden Genel Doyum alt boyutu ortanca puanının hemşirelerin yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda 27-36 yaş arası hemşirelerle karşılaştırıldığında 17-26 yaş ve 37 yaş ve üzeri hemşirelerde iş doyumunun daha yüksek olduğu görüldü.

Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan bir araştırmada hemşirelerin yaşları ile iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı belirtilmiş olmasına karşın (Konukoğlu, 2014), araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Aylaz ve arkadaşları (2017) 18-29 yaş arası hemşirelerin iş doyum düzeyinin 30-35 yaş ve 36-55 yaş arası hemşirelerin iş doyum düzeyinden, Karakışla (2012) 25 yaş ve altı hemşirelerin iş doyum düzeyinin 26-30 yaş arası hemşirelerin iş doyum düzeyinden, Keskin ve Yıldırım (2006) 20-30 yaş arası hemşirelerin iş doyum düzeyinin 30 yaş üstü hemşirelerin iş doyum düzeyinden daha yüksek saptadıklarını bildirmişlerdir. Diğer yandan Eren (2008) 30 yaş ve üstü hemşirelerin iş doyum düzeyinin 29 yaş ve altı hemşirelerin iş doyum düzeyinden, Palazoğlu (2016) 40 yaş ve üstü hemşirelerin genel doyum düzeyinin 18-28 yaş ve 29-39 yaş arası hemşirelerin iş doyum düzeyinden, Aydın ve Kutlu (2001) 35 yaş ve üstü hemşirelerin genel doyum düzeyinin 19-24 yaş arası hemşirelerin genel doyum düzeyinden daha yüksek belirlediklerini bildirmişlerdir.

Bu konudaki literatür incelendiğinde iş doyum düzeyinin genç yaş grubu (Beyazsaçlı ve Serin, 2010; Nabirye ve ark., 2011; Yılmaz ve Vermişli, 2016) ya da ileri yaş grubu (Akgöz ve ark., 2005; Bjork ve ark., 2007; Derin, 2007; Kocabıyık ve Çakıcı, 2008; Cerit, 2009; Nur, 2011; Saygılı ve Çelik, 2011; Tekir ve ark., 2016) hemşirelerde

yüksek bulunması birçok faktörden etkilenebilir. 17-26 yaş grubu işe yeni başlayan hemşirelerde mesleğe yönelik enerji, motivasyon ve beklentiler mezuniyet sonrası yüksek olmakla birlikte çalışma ortamına ilişkin olumsuz özellikler zamanla iş beklentilerini karşılayamamakta, bu duruma bağlı olarak genç hemşireler hayal kırıklığı yaşamakta ve iş doyumları azalmaktadır. Bununla birlikte yaşın ilerlemesine bağlı olarak hemşirelerin işine uyum sağlaması, mesleki deneyim, kendine güven duygusu ve terfi imkanının artmasıyla iş doyumlarının yükseldiği düşünülmektedir.

Bu araştırmada Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyutu ortanca puanının hemşirelerin hastanedeki çalışma statüsü, hastanedeki çalışma şekli, mesleği isteyerek seçme durumu ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna göre farklılık gösterdiği görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyutu ortanca puanının sözleşmeli olarak çalışan, sürekli gündüz görev yapan, mesleğini isteyerek tercih eden ve çalıştığı bölümü isteyerek seçen hemşirelerde daha yüksek belirlendi. Bu konudaki literatür incelendiğinde araştırma bulgularıyla uyumlu olarak sürekli gündüz çalışan (Aydın ve Kutlu, 2001; Eren, 2008; Aksungur, 2009; Cerit, 2009; Baysal, 2010; Karamahmut, 2010; Uzun, 2010; Kahraman ve ark., 2011; Karakışla, 2012; Hadımlı ve ark., 2014; Kundak ve ark., 2015; Yılmaz ve Vermişli, 2016; Aylaz ve ark., 2017), mesleğini isteyerek tercih eden (Derin, 2007; Baysal, 2010; Kanbay, 2010; Kahraman ve ark., 2011; Karakışla, 2012; Gökmen, 2013; Kundak ve ark., 2015; Kaya ve Oğuzöncül, 2016; Tekir ve ark., 2016; Aylaz ve ark., 2017) ve çalıştığı bölümü kendi seçen hemşirelerde (Baysal, 2010; Gökmen, 2013; Yüksel, 2013; Baran ve Okanlı, 2015) iş doyum düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hemşirelerin iş doyum düzeyleri ile çalışma şekilleri (Kavlu ve Pınar, 2009; Aytekin ve Kurt, 2014; Konukoğlu, 2014; Palazoğlu, 2016) ve mesleğini isteyerek seçme durumları (Güleç, 2009) arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. Hemşireler çalışma koşullarının ağır olması ve düzensiz çalışma saatleri nedeniyle iş doyumsuzluğu yaşayabilmekte, buna bağlı olarak işe yönelik istek ve motivasyonları azalabilmektedir. Gece ve vardiya şeklinde çalışma, hemşirelerde uykusuzluk, yorgunluk gibi problemlere neden olabilmekte ve gerekli önlemler alınmadığında ise performans, motivasyon ve verimlilikleri ile iş doyumları azalabilmektedir. Bu çalışmada sürekli gündüz çalışan hemşirelerde iş doyumunun yüksek olması gece/vardiya şeklinde çalışmamalarından, dolayısıyla çalışma saatlerinin düzenli olmasından kaynaklanabilir. Bununla birlikte işin

gerektirdiği yetenek ve becerileri kendilerini uygun bulmaları nedeniyle mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin çalışma ortamına daha kolay uyum sağlamalarının, bu doğrultuda işe ve iş yerine olan bağlılık ve sorumluluk duygularının yüksek olmasının iş doyumlarını arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyut ortanca puanının 6-10 yıl ve 11-15 yıl arası çalışan hemşirelerin puanından yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalarda çalışma yılı ile iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve hemşirelerin çalışma yılı arttıkça iş doyum düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (Aydın ve Kutlu, 2001; Akgöz ve ark., 2005; Mrayyan, 2005; Zeytinoğlu ve ark., 2007; Eren, 2008; Nur, 2011). Araştırma bulgularına paralel olarak Cerit (2009) 20 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin 9 yıl ve altı ile 10-19 yıl arası çalışan hemşirelerden, Derin (2007) 26-30 yıl arası çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin 5 yıldan az çalışan hemşireler ile 11-15 yıl arası çalışan hemşirelerden, Kocabıyık ve Çakıcı da (2008) 20-25 yıl arası çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyinin 3-7 yıl arası çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyinden daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Araştırma bulgularına karşın, Aylaz ve arkadaşları (2017) 0-5 yıl çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyinin 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 15 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerden, Nabirye ve arkadaşları (2011) ile Çelik de (2010) 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyinin diğer çalışma gruplarından daha yüksek belirlendiğini bildirmişlerdir. Elde edilen bulgular doğrultusunda çalışma yılı ilerledikçe hemşirelerin kendine olan güvenleri ile sağlıklı/hasta bireyin problemleri ile baş edebilme yeteneklerinin geliştiği, işlerine olan bağlılıklarının ve iş deneyimlerinin arttığı, çalışma ortamı ve koşullarını daha kolay kabul ettikleri, kariyer planlarını mevcut çalışma koşullarına uygun bir şekilde yapabildikleri için iş doyumlarının arttığı düşünülmektedir.

Ayrıca bu çalışmada mesleğini seven hemşirelerin Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyut ortanca puanının mesleğini sevmeyen ve mesleğini sevme konusunda kararsız kalan hemşirelerin puanından; çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin Genel Doyum alt boyut ortanca puanının da çalıştığı servisten kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu görüldü. Palazoğlu'nun (2016) acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyum düzeylerinin etik duyarlılık ile ilişkisini belirlemek üzere yapmış olduğu bir çalışmada,

araştırma bulgularıyla uyumlu olarak mesleği sevme durumu ile çalıştığı servisten memnun olma durumunun iş doyumunu etkilediği bildirilmiştir. Bu konuda Durmuş ve Günay (2007) ile Yılmaz ve Vermişli'nin (2016) yapmış oldukları diğer araştırmalarda da mesleğini seven hemşirelerin iş doyumunun mesleğini sevmeyen hemşirelerin iş doyumundan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Baran ve Okanlı'nın (2015) hemşirelerde öfke düzeyinin iş doyumuna etkisini belirlemek üzere yaptıkları bir çalışmada araştırma bulgularıyla uyumlu olarak, çalıştığı bölümden memnun olan hemşirelerin iş doyumlarının çalıştığı bölümden kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerin iş doyumlarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Tambağ ve arkadaşlarının (2015) hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumuna üzerine etkisini belirlemeye yönelik olarak yapmış oldukları bir çalışmada da, çalıştığı bölümden memnun olan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin çalıştığı bölümden memnun olmayan hemşirelerin iş doyum düzeyinden yüksek olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda ise hemşirelerin çalıştığı servisten memnun olma durumu ile iş doyumuna arasında anlamlı bir ilişki olduğu, çalıştığı bölümden memnun olan hemşirelerde iş doyumunun daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Baysal, 2010; Karamahmut, 2010; Gökmen, 2013). Buna karşın Güleç'in (2009) yapmış olduğu diğer bir çalışmada ise çalıştığı bölümden memnun olma durumu ile iş doyumuna arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığını bildirilmiştir. Mesleğini seven ve çalıştığı bölümden memnun olan hemşirelerde çalışma istek ve motivasyonunun artmasına bağlı olarak iş doyumlarının yükseldiği düşünülmektedir.

Hemşirelerin bakım yükü, iş doyumuna ve tükenmişlik düzeylerini etkileyebilecek önemli bir faktör olmakla birlikte, bu çalışmada günlük bakım ve tedavisi üstlenilen hasta sayısının iş doyumunu etkilediği, bakım ve tedavisini üstlendikleri hasta sayısı 21 ve üzeri olan hemşirelerin iş doyumunun 6-10 ve 11-15 arası hastaya bakım veren hemşirelerin iş doyumundan daha yüksek olduğu saptandı. Literatürde aynı anda birden çok hastaya bakım sunma, bakım ve tedavide zamanla yarışma, hasta hakkında kısa süre içinde karar verme, ölüm, sakatlanma, acı ve üzüntü verici olaylarla sık karşılaşma, vardiyalı çalışma, uzun çalışma saatleri, yorgunluk, hemşire sayısının azlığı, ekip içi yaşanan sorunlar, hasta/yakınları ile iletişim kurmada güçlük, çalışma prosedürlerinin yetersizliği, yetersiz araç-gereç ve donanım eksikliği gibi birçok faktörün etik sorunlara neden olduğu hemşirelerin iş doyumlarını azaltarak tükenmişliğe yol açtığı bildirilmiştir (Kart, 2009).

#### 5.4.Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarından yüksek puanlar alınması tükenmişlik yaşandığına işaret etmekle birlikte, bu araştırmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puan ortalaması  $23,2\pm 6,7$ , Duyarsızlaşma alt boyut puan ortalaması  $7,2\pm 4,3$  ve Kişisel Başarı alt boyut puan ortalaması  $11,0\pm 4,6$  olarak belirlendi. Palazoğlu'nun (2016) acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin etik duyarlılık ile ilişkisini belirlemek üzere yapmış olduğu bir çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puan ortalaması  $21,9\pm 6,5$ , Duyarsızlaşma alt boyut puan ortalaması  $10,0\pm 4,0$  ve Kişisel Başarı alt boyut puan ortalaması  $21,0\pm 4,5$  olarak saptanmıştır.

Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelendiği diğer bir çalışmada da, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme puan ortalaması  $20,3\pm 7,11$ , Duyarsızlaşma puan ortalaması  $13,28\pm 4,42$  ve Kişisel Başarı puan ortalaması  $28,28\pm 4,76$  olarak bildirilmiştir (Akyüz, 2015). Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte yaş, medeni durum, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi kişisel özelliklerin; çalışılan servis, hemşire olarak çalışma yılı, vardiyalı çalışma, aynı anda birden çok hastaya bakım sunma, çalışan hemşire sayısının az olması ve kurum yöneticilerinden destek görememe gibi bazı çalışma özelliklerinin hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini artırabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada çalışanların yorgunluk ve duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissetmelerini ortaya çıkarmayı hedefleyen Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyutu ortanca puanının hemşirelerin medeni durum, görev yaptığı servis, hastanedeki çalışma şekli, bakım verilen hasta sayısı, mesleği isteyerek tercih etme durumu, mesleğini sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyutu ortanca puanının bekar, sürekli gece çalışan, mesleğini isteyerek tercih etmeyen, çalıştığı bölümü isteyerek seçmeyen, dahili birimlerde görev yapan, bakım ve tedavisini üstlendikleri hasta sayısı 21 hasta ve üzeri olan, mesleğini sevme konusunda kararsız kalan ve sevmeyen, çalıştığı servisten memnun olmayan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü.



Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda, Duygusal Tükenmenin bekar (Şahin ve ark., 2008), gece/vardiya şeklinde çalışan (Küçükyürük, 2013; Kulakçı ve ark., 2015; Palazoğlu, 2016), mesleğini isteyerek seçmeyen (Mollaoğlu ve ark., 2003; Küçükyürük, 2013), çalıştığı birime yöneticisi tarafından atanan (Yüksel, 2013; Kayasan, 2015), dahili birimlerde çalışan (Akyüz, 2015; Altın, 2015; Kaçan ve ark., 2016), mesleğini sevme konusunda kararsız kalan (Palazoğlu, 2016), çalıştığı bölümden memnun olmayan hemşirelerde daha yüksek saptandığı bildirilmiştir (Bektaş ve İlhan, 2008; Palazoğlu, 2016). Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut ortanca puanının hemşirelerin medeni durumuna (Basım ve Şeşen, 2006; Sinat ve Kutlu 2009; Erçevik, 2010; Karahüseyin, 2010; Palazoğlu, 2016) ve çalışma şekline göre farklılık göstermediği (Taycan ve ark., 2006; Sinat ve Kutlu, 2009; Eşitmez, 2014), mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde duygusal tükenmenin daha düşük olduğu (Sinat ve Kutlu, 2009; Tekin, 2009; Kebapçı, 2010; Kulakçı ve ark., 2015), hemşirelerin görev yaptığı birimin duygusal tükenmeyi etkilemediği (Basım ve Şeşen, 2006), diğer yandan yoğun bakım ve acil birimlerinde çalışan hemşirelerde duygusal tükenmenin daha yüksek olduğu (Metin ve Özer, 2007; Öztürk ve ark., 2014), çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçen hemşirelerin duygusal tükenme puanının daha düşük belirlendiği (Erdağı, 2013), 6-10 hastaya bakan hemşirelerin duygusal tükenme puanının 4-5 hastaya bakan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Şenturan ve ark., 2009). Bununla birlikte Kebapçı (2010) ile Altay ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise duygusal tükenmenin evlilerde daha yüksek saptandığı bildirilmiştir.

Bu araştırmada bekar hemşirelerin kendilerini duygusal yönden yıpranmış hissetmeleri eş ve çocuk gibi ailevi sosyal destek mekanizmalarının eksikliğinden kaynaklanabilir. Bununla birlikte sürekli gece çalışan hemşirelerde duygusal tükenmişlik düzeyinin yüksek olması, vardiyalı ya da gece çalışma şeklinin biyolojik ritmi bozarak yorgunluk ve uykusuzluğa neden olmasından, mesleğini ve çalıştığı bölümü isteyerek seçmeyen hemşirelerde duygusal tükenme düzeyinin yüksek olması ise ilgi alanlarının dışında sevmedikleri bir mesleği yapmak zorunda kalmalarından ve görev aldıkları serviste çalışmak istememelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Nitekim literatürde çalışılan servis ile tükenmişlik arasında çok yakın bir ilişki bulunduğu, bu ilişkinin hemşirelerin bulunduğu birimdeki çalışma koşulları, moral düzeyleri, görev tanımlarının açık ve anlaşılır olması ile çok yakından ilişkili olduğu

bildirilmektedir (Raftopoulos ve ark., 2012). Bu doğrultuda mesleğini sevmeyen ve çalıştığı bölümden memnun olmayan hemşirelerin işe bağlı gerginlik, isteksizlik, iletişim bozuklukları vb. problemleri daha çok yaşamaları nedeniyle duygusal olarak yıprandıkları ve bu durumun duygusal tükenmeye yol açtığı düşünülmektedir. Dahili birimlerde görev yapan hemşirelerin duygusal tükenme düzeylerinin yüksek olması ise bu servislerde kronik hastalığa sahip olan bireylerin periyodik aralıklarla sık yatmasına bağlı olarak hasta sirkülasyonu ile birlikte iş yoğunluğunun fazla olmasından, çalışan hemşire sayısının az olmasından kaynaklanabilir.

Maslach tarafından “Hizmet alanlara karşı uzaklaşmış, katı, hatta insancıl olmayan tarzda yanıt” olarak tanımlanan, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puanının hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, çalışma şekli, çalışma yılı, bakım verilen hasta sayısı, mesleği isteyerek tercih etme durumu, mesleğini sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puanının erkek, bekar, mesleğini isteyerek tercih etmeyen, sürekli gece çalışan, çalıştığı bölümü isteyerek seçmeyen ve bakım tedavisini üstlendiği hasta sayısı 21 ve üzeri olan hemşirelerde daha yüksek olduğu saptandı. Bununla birlikte 37 yaş ve üzeri olan hemşirelerle karşılaştırıldığında 17-26 yaş arası hemşirelerde, geliri giderine eşit olan hemşirelerle karşılaştırıldığında geliri giderinden az olan hemşirelerde, 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerle karşılaştırıldığında 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerde, mesleğini seven hemşirelerle karşılaştırıldığında mesleğini sevme konusunda kararsız olan ve sevmeyen hemşirelerde, çalıştığı servisten memnun ve kısmen memnun olan hemşirelerle karşılaştırıldığında çalıştığı servisten memnun olmayan hemşirelerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puanının daha yüksek olduğu görüldü.

Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu puanının erkek (Küçükyürük, 2013; Altın, 2015; Özdemir ve ark., 2015), bekar (Erçevik, 2010; Mertoğlu, 2013; Öztürk ve ark., 2014; Gür, 2014), 30 yaş altı (Mollaoğlu ve ark., 2005; Sinat ve Kutlu, 2009; Erçevik, 2010; Palazoğlu, 2016), çalışma süresi 1-5 yıl arası olan (Bektaş ve İlhan, 2008; Küçükyürük, 2013), gece çalışan (Gökmen, 2013; Öztürk ve ark., 2014), nöbet tutan (Mollaoğlu ve ark., 2005), vardiyalı çalışan (Palazoğlu, 2016), mesleğini isteyerek tercih etmeyen (Mollaoğlu ve ark., 2003; Kaba, 2012; Küçükyürük, 2013; Güven, 2013;

Taşkıran, 2013; Altın, 2015; Kulakçı ve ark., 2015), çalıştığı bölümü kendi belirlemeyen (Kebapçı ve Akyolcu, 2011; Yüksel, 2013), çalıştığı servisten memnun olmayan (Palazoğlu, 2016), mesleğini sevmeyen (Palazoğlu, 2016) hemşirelerde daha yüksek olduğu, hemşirelerin yaşı azaldıkça duyarsızlaşma düzeyinin arttığı (Barutçu ve Serinkan, 2008), çalışma yılı arttıkça duyarsızlaşma düzeyinin azaldığı (Metin ve Özer, 2007; Kebapçı ve Akyolcu, 2011; Erçevik, 2010), bakım verilen hasta sayısı arttıkça duyarsızlaşma düzeyinin arttığı (Erçevik, 2010) ve gelirini yeterli olarak tanımlayan hemşirelerin duyarsızlaşma puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Taycan ve ark., 2006; Kayasan, 2015; Kaçan ve ark., 2016).

Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılmış olan diğer araştırmalarda ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu puanının hemşirelerin cinsiyetine (Taycan ve ark., 2006; Güven, 2013; Özkurt, 2014; Palazoğlu, 2016), medeni durumuna (Basım ve Şeşen, 2006; Taycan ve ark., 2006; Karahüseyin, 2010; Palazoğlu, 2016), yaşına (Basım ve Şeşen, 2006) ve gelir durumuna göre farklılık göstermediği (Palazoğlu, 2016), 6-10 yıl (Sinat ve Kutlu, 2009) ve 11-15 yıl arası çalışan hemşireler (Kayasan, 2015) ile 30-35 yaş arası hemşirelerin (Kaçan ve ark., 2016) duyarsızlaşma düzeyinin daha yüksek olduğu, bakım verilen hasta sayısı azaldıkça duyarsızlaşma düzeyinin arttığı saptanmıştır (Eşitmez, 2014).

Genç yaş grubunda olan hemşirelerin mesleki deneyimlerinin yetersizliği, işe yönelik beklentilerinin fazlalığı ve bu beklentilerin bazı faktörlere bağlı olarak karşılanamaması nedeniyle psikososyal açıdan olumsuz yönde etkilendikleri, bu durumun zamanla duyarsızlık yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hasta sayısının fazla olmasının da hemşirelerin iş yükünü arttırdığı, sunulan bakımın kalitesini azalttığı, çalışan bireylerde yorgunluk ve stres yaratarak tükenmişlik yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi, kişisel başarı yoksulluğu, kişisel başarı yeterliliği ve başarı ile sorunların üstesinden gelmesini ifade eden Kişisel Başarı alt boyutu ortanca puanının, hemşirelerin hastanedeki çalışma şekli, mesleği isteyerek tercih etme durumu, mesleği sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi, kişisel başarı yoksulluğu, kişisel başarı yeterliliği ve başarı ile sorunların üstesinden gelmesini ifade eden Kişisel Başarı alt boyutu ortanca puanının, hemşirelerin

hastanedeki çalışma şekli, mesleği isteyerek tercih etme durumu, mesleği sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyutundan yüksek puan alınması kişisel başarı düzeyinde azalma anlamına gelmekle birlikte, sürekli gece çalışan ve çalıştığı bölümü isteyerek seçmeyen hemşirelerin bu alt boyuttan yüksek puan aldıkları görüldü. Bununla birlikte Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyutu puanının mesleğini seven hemşirelerle karşılaştırıldığında mesleğini sevme konusunda kararsız kalan ve sevmeyen hemşirelerde, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerle karşılaştırıldığında çalıştığı servisten memnun olmayan ve kısmen memnun olan hemşirelerde, mesleğini isteyerek seçen hemşirelerle karşılaştırıldığında mesleğini isteyerek seçmeyen hemşirelerde daha yüksek olduğu ortaya çıkarıldı.

Araştırma bulgularını destekler yönde bu konuda yapılan bazı çalışmalarda hemşirelik mesleğini (Gökmen, 2013) ve çalıştığı bölümü isteyerek seçmeyen (Şahin ve ark., 2008; Yüksel, 2013) hemşirelerin kişisel başarı düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyutu puanının hemşirelerin çalışma şekline (Erçevik, 2010; Palazoğlu, 2016) ve mesleğini isteyerek seçme durumuna göre (Taycan ve ark., 2006) farklılık göstermediği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyutu puanının mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde daha düşük saptandığı belirtilmiştir (Kebapçı ve Akyolcu, 2011).

### **5.5. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu, Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması**

Bu çalışmada hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum puanı arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı arttıkça Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum puanının da arttığı saptandı. Bu doğrultuda iş doyumu yüksek olan hemşirelerin, hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları ile hemşirelik bakım gereksinimleri hakkında konuştukları, kendi bakımlarında yapabildikleri oranda sorumluluk almalarına fırsat verdikleri, hastaların bakımları ya da

hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe ilişkin duygularını anladıkları, hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini öğrenmek için çaba gösterdikleri, hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuştukları anlaşılmaktadır. Bu çalışmada hemşirelerin hasta bireylerin hastalığa yanıtlarını, duygularını, hissettiklerini ve hastalığın kendisi için anlamını içeren konularda bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarının yüksek olması, çalıştıkları kurumda mutlu, üretken ve verimli çalışmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Buna karşın Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum puanı arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı arttıkça Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum puanının azaldığı saptandı. Bu doğrultuda hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını, hastane deneyimlerini, günlük alışkanlıklarını ve bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini soran hemşirelerin iş doyumunun düşük olduğu ortaya çıkarıldı. Hemşirelerin hasta bireylerin inanç ve değerlerini yansıtan, alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri, aile bağları, iş ve hastane deneyimi gibi konularda, bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik hemşirelik bakım davranışları sergiledikçe iş doyumlarının azalması çalıştıkları kurumda hemşire insan gücü planlamasının iyi yapılmamasından, bakım ve tedavisini üstlendikleri hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum puanı arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı arttıkça Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum puanının arttığı saptandı. Bu doğrultuda hemşirelerin hastalara kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaptıkları, hastalara hastalık/sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sordukları, hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinledikleri, hastalara kendi bakımları ile ilgili

kararlara katılmaları için yardım ettikleri, hastaları kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendirdikleri, hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sordukları anlaşılmaktadır. Hemşirelerin hasta bireylerin duyguları, düşünceleri ve isteklerini yansıtan, kendi bakımında söz sahibi olmasına ve bakımı ile ilgili kararlara katılmasına olanak sağlayan konularda, bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarının yüksek olması, mesleki eğitimlerinde evrensel hemşirelik etik ilke ve değerleri doğrultusunda bireyin otonomisine önem verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna karşın Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum puanı arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki belirlendi. Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum puanı arttıkça Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanının arttığı saptandı. Başarı, tanınma, takdir edilme, işin kendisi, sorumluluğu, yükselme ve terfi olanakları gibi işin içsel niteliğine ilişkin ögeler ile kurum politikası, yönetim ve denetim şekli, çalışma arkadaşları ve astlar ile ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin dışsal niteliğine ilişkin ögelerden oluşan konularda iş doyumu yüksek olan hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini oldukça yüksek oranda destekledikleri anlaşılmaktadır. Buna karşın Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanı arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanının azaldığı saptandı. Bu doğrultuda kişisel başarı düzeyi yüksek ve duyarsızlaşma düzeyi düşük olan hemşirelerin, hasta bireyin hastalığa yönelik hissettikleri korku ve endişe gibi duyguları daha çok dikkate aldıkları ve bireye uygun hemşirelik bakım davranışı sergiledikleri görüldü. Buna karşın Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu

Klinik Durum alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Bununla birlikte Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı puanı arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki ve Duygusal Tükenme puanı arasında ise pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı puanının azaldığı, Duygusal Tükenme puanının ise arttığı belirlendi. Bu doğrultuda hasta bireylerin inanç ve değerlerini yansıtan, alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri, aile bağları, iş ve hastane deneyimi gibi konularda bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik hemşirelik bakım davranışları yüksek olan hemşirelerin kişisel başarı düzeyi yüksek olmasına karşın duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissettikleri ortaya çıkarıldı. Buna karşın Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanı arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki saptandı. Ayrıca Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme puanı arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olmasına karşın Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanının azaldığı, aynı zamanda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme puanının azaldığı belirlendi. Elde edilen bu sonuçlar, duyarsızlaşma ve duygusal tükenme düzeyi düşük, kişisel başarı düzeyi yüksek olan hemşirelerin, hasta bireylerin kararlarını

önemseyip, kabul etmelerinden, bireylere hümanistik ve holistik bakış açısı ile yaklaşımlarından kaynaklanabilir.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanı arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B hemşire Versiyonu toplam puanı arttıkça Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanının azaldığı saptandı. Bu doğrultuda kişisel başarı düzeyi yüksek ve duyarsızlaşma düzeyi düşük hemşirelerin hastaların bireyselliğini oldukça yüksek oranda destekledikleri görüldü. Buna karşın Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Bu çalışmada Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanı arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki, Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyut puanı ile Duygusal Tükenme puanı arasında ise negatif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Duygusal Tükenme puanı arttıkça Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum puanının azaldığı saptandı. Duygusal yönden yıpranmış, başarısız ve hizmet verdikleri kişilere karşı kendilerini uzaklaşmış hisseden hemşirelerin iş doyumlarının düşük olduğu saptanmış olmakla birlikte bu durumun hemşirelerin çalışma saatlerinin uzunluğu, bakım verilen hasta sayısının fazlalığı, gece çalışma ve hemşire sayısının azlığı gibi durumlardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde bireyselleştirilmiş bakımın sağlıklı/hasta bireye sunulan bakımın kalitesini yükselttiği (WHO, 2007), hasta sonuçlarını olumlu yönde etkilediği (Frich, 2003; Suhonen ve ark., 2008), hasta memnuniyetini arttırdığı (Suhonen ve ark., 2000; Ruggeri ve ark., 2003; Acaroğlu ve ark., 2007), yaşam kalitesini iyileştirdiği (Suhonen ve ark. 2007; Suhonen ve ark. 2008) ve hastanın özerkliğini pozitif yönde etkilediği bildirilmektedir (Suhonen ve ark., 2007). Aynı zamanda yapılan diğer çalışmalarda bireyselleştirilmiş bakımın hemşirelerde motivasyonu ve iş doyumunu arttırdığı vurgulanmaktadır (Lake ve Friese, 2006; Suhonen ve ark., 2007). Hemşirelerin çalışma ortamını etkileyen faktörler, hastane ortamının yapısı, hemşirelerin işini



yapmaktan duyduğu memnuniyet düzeyi (Lake ve Friese, 2006; Suhonen ve ark., 2009; Purdy ve ark., 2010) ve olumlu bir çalışma ortamının oluşturulması bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları ile çok yakından ilişkilidir (Charalambous ve ark., 2010). Bu doğrultuda birey merkezli bakım verebilmenin temelini birey merkezli çalışma ortamı oluşturmaktadır (Hall ve ark., 2007).



## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuçlar

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

Hemşirelerin %59,7'sinin 27-36 yaş grubunda yer aldığı, %92,1'ini kadınların, %7,9'unu erkeklerin oluşturduğu, %66,8'inin evli, %33,2'sinin bekar olduğu, %81,1'inin lisans mezunu olduğu, %39,1'inin dahili birimlerde, %33,7'sinin yoğun bakımda ve %27,2'sinin cerrahi birimlerde çalıştığı, %76,1'inin kadrolu olarak görev yaptığı, %84,5'inin sürekli gece çalıştığı, %33,9'unun 6-10 yıl arası hemşire olarak görev yaptığı, %52,3'ünün günlük bakım verdiği hasta sayısının 21 hasta ve üzeri olduğu, %57,5'inin mesleğini isteyerek tercih ettiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu madde puan ortalamaları 3,2 ile 4,4 arasında değişmektedir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması  $3,9\pm 0,7$ , Klinik Durum alt boyut puan ortalaması  $4,0\pm 0,7$ , Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması  $3,5\pm 0,9$  ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması  $4,0\pm 0,7$  olarak belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu madde puan ortalamaları ise 3,6 ile 4,5 arasında değişmektedir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puan ortalaması  $4,1\pm 0,6$ , Klinik Durum alt boyut puan ortalaması  $4,0\pm 0,7$ , Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması  $3,5\pm 0,9$  ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması  $4,0\pm 0,7$  olarak saptanmıştır.

Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum puan ortalaması  $2,8\pm 0,6$ , İçsel Doyum alt boyut puan ortalaması  $3,1\pm 0,6$  ve Dışsal Doyum alt boyut puan ortalaması  $2,4\pm 0,8$  olarak belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından Duygusal Tükenme puan ortalaması  $23,2\pm 6,7$ , Duyarsızlaşma puan ortalaması  $7,2\pm 4,3$  ve Kişisel Başarı puan ortalaması  $11,0\pm 4,6$  olarak saptanmıştır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,183$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,097$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,233$ ,  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puan ile Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,121$ ,  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,135$ ,  $p<0,05$ ) ve Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,213$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=-0,084$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,179$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ve Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=0,103$ ,  $p<0,05$ ) arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olmakla birlikte, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,039$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,145$ ,  $p<0,05$ ), Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,277$ ,  $p<0,01$ ) ve Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=-0,130$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,115$ ,  $p<0,05$ ) ve Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,256$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=-0,039$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,061$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=-0,125$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum alt boyut puanı ( $r=0,077$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği Genel Doyum puanı ( $r=0,009$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,167$ ,  $p<0,01$ ) ve Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,142$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=0,003$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,103$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki ve Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=0,101$ ,  $p<0,05$ ) arasında ise pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olmakla birlikte, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,044$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,146$ ,  $p<0,01$ ) ve Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,215$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=-0,062$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puan değeri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,143$ ,  $p<0,01$ ) ve Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,182$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Versiyonu toplam puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=0,007$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ( $r=-0,468$ ,  $p<0,01$ ) ve Kişisel Başarı alt boyut puanı ( $r=-0,322$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olmakla birlikte, Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanı ( $r=-0,659$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

### **Öneriler**

İş doyumunu yüksek ve tükenmişlik düzeyi düşük olan hemşirelerde, bireyin sahip olduğu kültür, din ve yaşam deneyimleri gibi birçok faktöre bağlı olarak şekillenen bakımı bireyselleştirme algısının yüksek olduğu ve bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini destekledikleri belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda:

- Hemşirelerin mezuniyet sonrası hasta bireyin hastalığa yanıtlarını, duygularını, hissettiklerini ve hastalığın kendisi için anlamını içeren konularda bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını güçlendirmek içinde bu konuda eğitim ve seminerler düzenlenmesi,
- Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını, iş doyumlarını ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen bireysel ve çalışma yaşamına ilişkin faktörlerin göz önünde bulundurulması,
- Kurum yöneticilerinin başarı, tanınma, takdir edilme, yükselme ve terfi olanakları gibi işin içsel niteliğine; çalışma arkadaşları ve çalışma koşulları, ücret gibi işin dışsal niteliğine ilişkin iş doyumunu etkileyebilecek motivatörleri uygulamalarına yansıtmaları ve belirli aralıklarla başarıları konusunda hemşirelere olumlu geri bildirimlerde bulunmaları,
- Kurum yöneticilerinin hemşire insan gücü planlamasını iyi yapmaları özellikle hemşirelerin bakım ve tedavisini üstlendikleri hasta sayısını göz önünde bulundurmaları,

- Kurum yöneticilerinin hemşirelerin çalışmak istedikleri kliniklere yönelik bireysel tercihlerini dikkate almaları,
- Hemşirelik lisans eğitiminde bireylerin inanç ve değerlerini ön planda tutan; alışkanlıklarını, aktivitelerini, tercihlerini, aile bağlarını, i ve hastane deneyimlerini göz önünde bulunduran bir eğitim verilerek hemşirelik ğrencilerinin bu konudaki farkındalıklarının daha çok arttırılması,
- Hemşirelerin tükenmişlik ve i doyumunu düzeylerinin bireyselletirilmi bakım algıları ile ilişkisini belirlemeye yönelik araştırma bulunmaması nedeniyle tüm kliniklerde çalışan hemşireleri içine alan karşılaştırmalı araştırmaların yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

- Acaroğlu R, Şendir M. Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2012;20(1):10-16.
- Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H, Soysal E. The effects of individualized nursing care on the patient satisfaction and quality of life. I.Ü.F.N. Hem. Derg 2007;15(59):61-67.
- Ağapınar S, Güler ŐH. Ağrı ilinde çalışan ebelerin tükenmişlik düzeylerinin iş doyumları ve empatik eğilimleri üzerine etkisi. TAF Prev Med Bull 2014;13(2):141-150.
- Akduran F, Özkan HA. Hemşirelikte kavramsal ve kuramsal çalıŐmaların tarihsel gelişim süreci. Özkan, HA. Editör, Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri'nde, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2014;83-97.
- Akgöz S, Özçakır A, Kan İ, Tombul K, Altınsoy Y, Sivrioğlu Y. Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan hemşirelerin mesleki doyumları. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005;13:86-96.
- Akpınar H, Barlas GÜ. Yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelere uygulanan sorun çözme eğitiminin hemşirelerin tükenmişlik düzeylerine etkisi. Van Tıp Dergisi 2015;22(4):278-284.
- Aksoy N, Polat C. Akdeniz bölgesindeki bir ilde üç farklı hastanenin cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu ve etkileyen faktörler. HEAD 2013;10(2):45-53.
- Aksu G, Acuner AM, Tabak RS. Sağlık Bakanlığı merkez ve taŐra teŐkilatı yöneticilerinin iş doyumuna yönelik bir araştırma (Ankara örneği). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002;55(4):271-282.
- Aksungur A. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumunu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 87-101.
- Akyüz İ. Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. İŞletme ve İktisat alıŐmaları Dergisi 2015;3(1):21-34.
- Altay B, Gönener D, Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. Fırat Tıp Dergisi 2010;15(1):10-16.
- Altın V. Tükenmişlik sendromu ve Denizli Devlet Hastanesi hemşireleri örneği. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İŞletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 39-56.
- Altınkan H. Hemşirelik hizmeti sunan sağlık personelinde malpraktis: konya örneği. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2009.

- Altuntaş S, Seren Ş, Baykal Ü. Yönetici hemşirelerin tükenme düzeyleri ve etkileyen faktörler. HEAD 2009;6(2):16-21.
- Altuntaş SY. İş doyumunu ve işten ayrılma niyeti. Baykal ÜT, Türkmen EE, editörler. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi'nde, İstanbul, Akdemi Basım ve Yayıncılık. 2014a; 639-653.
- Altuntaş SY. Tükenme. Baykal ÜT, Türkmen EE, editörler. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi'nde, İstanbul, Akdemi Basım ve Yayıncılık. 2014b;653-665.
- Amaral AFS, Ferreira PL, Suhonen R. Translation and validation of the Individualized Care Scale. International Journal of Caring Sciences 2014;7(1):90-101.
- Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerine bir uygulama (GOÜ örneği). Gazi İİBF 2008;10(2):69-96.
- Arı GS, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekonomi 2008;15(1):131-148.
- Aşık NA. Çalışanların iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler ile sonuçlarına ilişkin kavramsal bir değerlendirme. Türk İdare Dergisi 2010;467:31-51.
- Austgard K. What characterises nursing care? A hermeneutical philosophical inquiry, Scand J Caring Sci 2008;22(2):314-319.
- Ay FA. Kuram nedir? Mesleki kuramlar ve teorisyenler. Ay FA, Editör. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler'de, 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2011a; 30-58.
- Ay FA. Mesleki temel kavramlar. Ay FA, Editör. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler'de, 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2011b; 2-28.
- Aydın R, Kutlu Y. Hemşirelerde iş doyumunu ve kişilerarası çatışma eğilimi ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisini belirleme. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5(2):37-45.
- Aylaz R, Aydoğmuş N, Yayan EH. Hemşirelerin iş doyumunu düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(1): 12-17.
- Aytekin A, Kurt FY. Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği'nde çalışan hemşirelerde iş doyumunu ve etkileyen faktörler. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2014;4(1):51-58.
- Babadağ K. Hemşirelik ve Değerler. 1. Baskı, Ankara, Alter Yayıncılık. 2010; 22-23.
- Balcıoğlu İ, Memetali S, Rozant R. Tükenmişlik sendromu. Dirim Tıp Gazetesi 2008;83:99-104.



- Baran M, Okanlı A. Hemşirelerde öfke düzeyinin iş doyumuna etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;18(1):43-49.
- Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli’de yağılan bir araştırma. *Ege Academic Review* 2008;8(2):541-561.
- Basım N, Şeşen H. Mesleki tükenmişlikte bazı demografik değişkenlerin etkisi: Kamu’da bir çalışma. *Ege Academic Review* 2006;6(2):15-23.
- Baycan FA. An analysis of the several aspects of job satisfaction between different occupational groups. *Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 1985; 1-45.
- Baykara ZG. Hemşirelik bakımı kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 2014;1(2):92-99.
- Baysal E. Hemşirelerde öz-yeterlilik inancı ve iş doyumunu ilişkisi: Bir üniversite hastanesinde saha çalışması. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 100-117.
- Bektaş G, İlhan N. Huzurevlerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2008;11(3):128-135.
- Berg A, Hansson UW, Hallberg IR. Nurses’ creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *J Adv Nurs* 1994;20:742-749.
- Bernsten KJ. Implementation of patient centeredness to enhance patient safety. *J Nurs Care Qual* 2006;21(1):15-19.
- Beyazsaçlı M, Serin NB. Devlet hastanelerinde görev yapan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin incelenmesi (KKTC Örneği). *International Conference on New Trends in Education and Their Implications Antalya*, 2010;11-13.
- Biröl L. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. 10. Baskı, İzmir, İmaj Basım Yayın Reklamcılık. 2016; 12-40; 51-92; 97.
- Bjork IT, Samdal GB, Hansen BS, Torstad S, Hamilton GA. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007;44:747-757.
- Boyles C, Shibata A. Job satisfaction, work time, and well-being among married women in Japan. *Feminist Economics* 2009;15(1):57-84.
- Büyükbayram A, Gürkan A. Hemşirelerin iş doyumunda duygusal zekânın rolü. *J Psy Nurs* 2014;5(1):41-48.

- Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 42-47.
- Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. F.N. Hem. Derg 2015;23(1):32-40.
- Castle NG, Degenholtz, Rosen J. Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. BMC Health Serv Res 2006;24(6):60.
- Cerit K. Hemşirelerin iş doyumlarını belirleyen faktörler: Örgüt iklimi, sosyodemografik ve çalışma özellikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 40-63.
- Ceylan B. Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;30(3):59-67.
- Charalambous A, Chappell NL, Katajisto J, Suhonen R.. The conceptualization and measurement of individualized care. Geriatr Nurs 2012;33(1),17-27.
- Charalambous A, Katajisto J, Valimaki M, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Individualised care and the Professional practice environment: nurses' perceptions. Inte Nurs Rev 2010;57:500-507.
- Coomber B, Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. Int J Nurs Stud 2007;44:297-314.
- Çelik S. Hemşirelerin profesyonellik davranışlarının iş doyumuna etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 50-70.
- Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(1).
- Derin N. Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 66-118.
- Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(3):137-49.
- Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyum ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2007;29(2): 139-146.
- Duxbury ML, Armstrog GD, Drew DJ, Susan HJ. Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. Nurs Res 1984;33:97-101.

- Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, McAuliffe L, Nay, Chenco C. Job satisfaction amongst aged care staff: exploring the influence of person-centered care provision. *Int Psychogeriatr* 2011;5:1-8.
- Eğimli AT. Çalışanlarda iş doyumunu: kamu ve özel sektör çalışanlarının iş doyumuna yönelik bir araştırma. *Ankara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2009;23(3):35-52.
- Erçevik R. Hemşirelerde işe bağlı gerginlik, tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 60-81.
- Erdağı S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 60.
- Eren TA. Onkoloji hemşirelerinin iş doyumunu ve yaşam doyumunun incelenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 33-53.
- Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlaması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, 1993; 143-154.
- Erşan EE, Yıldırım G, Doğan O, Dğan S. Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve algılanan iş stresi ile ilişkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:115-21.
- Ertürk E, Keçecioglu T. Çalışanların iş doyumları ile mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiler: Öğretmenler üzerine örnek bir uygulama. *Ege Akademik Bakış* 2012;12(1):39-52.
- Eşitmez G. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerde bireysel bütünlük duygusu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 46-47.
- Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute care setting. *J Adv Nurs* 2005;51:140-149.
- Freudenberger H. Staff burn-out. *Journal Of Social Issues*. 1974;90(1):159-165.
- Frich LM. Nursing interventions for patients with chronic conditions. *J Adv Nurs* 2003;44:137-153.
- Garrett B. New pragmatism in nursing: The value of revisiting the age of popular science. *Nurse Educ in Pract* 2007;7:355-357.
- Goldman A, Tabak N. Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction. *Nurs Ethics* 2010;17(2):233-246.

- Gökmen V. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş doyumları, tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 29-46.
- Guruge S, Sidani S. Effects of demographic characteristics on preoperative teaching outcomes: a metaanalysis. *Can J Nurs Res* 2002;34:25-33.
- Güleç D. Rotasyon ile çalışan hemşirelerde iş doyumunun belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 44-67.
- Günüşen NP, Üstün B. Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. *DEUHYO ED* 2010;3(1):40-51.
- Gür E. Kamu, özel ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerde örgütsel adalet algısı ve tükenmişlik durumları. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014;48-54.
- Güven S, Ünlü H. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mizah tarzları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanması. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013;31-33.
- Hadımlı A, Şanlı Y, Tanrıverdi A, Eren N, Can HÖ. Bir kamu hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumunu ve karar verme güçlerinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 2014;01(01):52-66.
- Hall P, Weaver L, Gravelle D, Thibault H. Developing collaborative person-centred practice: a pilot project on a palliative care unit. *J Interprof Care* 2007;21:69-81.
- Hansen N, Sverke M, Naswall K. Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2009;46:96-107.
- Idvall E, Berg A, Katajisto J, Acaroglu R, Antunes da Luz MD, Efstathiou G, Kalafati M, Kanan N, Leino-Kilpi H, Lemonidou C, Papastavrou E, Şendir M, Suhonen R. Nurses’ sociodemographic background and assessments of individualized care. *J Nurs Scholarsh* 2012;44(3):284-293.
- İntepeler ŞS, Soydemir D, Güleç D. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;30(1):1-18.
- International Labour Organization (ILO). Work related stress in nursing. 2001. [http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS\\_118244/lang-en/index.htm](http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_118244/lang-en/index.htm), 2017.
- Kaba H. Eskişehir ilinde çalışan ilk ve acil yardım teknikerleri ve acil tıp teknisyenlerinin stres, tükenmişlik ve iş doyumlarının etik açıdan değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 85.

- Kaçan CY, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin incelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2016; 5(2);65-74.
- Kaçmaz N. Tükenmişlik (burnout) sendromu. İst Tıp Fak Derg 2005;68:29-32.
- Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş, Öztürk E. Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumları ve etkileyen faktörler. DEUHYO ED 2011;4(1):12-18.
- Kanbay A. Hemşirelerin iş doyum ve örgütsel bağlılığı. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010;68-79.
- Kaplan CB, Acaroğlu R. Hastaların bireyselleştirilmiş bakı algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Nöroşirürji Hemşireliği Derneği 12. Bilimsel Kongresi, İstanbul, Özet Kitabı, 2016; 387-388.
- Karadakovan A. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin mesleğin toplumdaki statüsü ve hemşireliğe erkek öğrenci alınmasına ilişkin görüşleri. III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı, İstanbul, 1993:376-383.
- Karahaliloğlu N. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde tükenmişlik ve iş doyum düzeylerinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013;49-52.
- Karahüseyin A. Dinlenme ve bakımevinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 49.
- Karakışla Y. Kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin iş doyum ve örgüt kültürü algıları, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 86-134.
- Karamahmut D. İstanbul'daki özel diyaliz merkezlerinde çalışan hemodiyaliz hemşirelerinin stres düzeyleri ve stres düzeylerinin iş doyumuna etkisi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 66-70.
- Karcioğlu F, Akbaş S. İş yerinde psikolojik şiddet ve iş tatmini ilişkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2010;24(3):139-161.
- Kart ME. Relations among social support, burnout, and experiences of anger: an investigation among emergency nurses. Nursing Forum 2009;44(3):165-174.
- Kavlu İ, Pınar R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(6):1543-55.
- Kaya F, Oğuzöncül AF. Birinci basamak sağlık çalışanlarında iş doyum ve etkileyen faktörler. Dicle Tıp Derg 2016;43(2):248-255.
- Kaya N, Kaya H, Ayık SE, Uygur E. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010;7(1):401-419.

- Kayasan DB. Niğde Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 35-49.
- Kebapçı A, Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. Tr J Emerg Med 2011;11(2):59-67.
- Kebapçı A. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 41-62.
- Kelleci M, Gölbaşı Z, Doğan S, Ata EE, Koçak E. The relationship of job satisfaction and burnout level with quality of life in hospital nurses. Cumhuriyet Tıp Derg 2011;33:144-152.
- Keskin G, Yıldırım GÖ. Hemşirelerin kişisel değerlerinin ve iş doyumlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006;22(1):119-133.
- Kıvanç MM. Hemşirelik uygulamalarında bakım kavramı. Aştı TA, Karadağ A. Editörler, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı'nda. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016; 218-226.
- Kıvanç MM, Keskin K. Bakımın yönetimi. Aştı TA, Karadağ A. Editörler, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı'nda. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016; 227-235.
- Kocabıyık ZO, Çakıcı E. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. Anatolian Journal of Psychiatry 2008;9:132-138.
- Koç Z, Kızıltepe SK, Çınarlı T, Şener A. Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2017;14 (1):62-72.
- Konukoğlu F. Özel bir hastanede görev yapan hemşirelerin iş doyumları düzeylerinin belirlenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 25-39.
- Kulakçı H, Ayyıldız T, Veren F, Kalıncı N, Topan A. Zonguldak İl Merkezi Kamu Hastaneleri'nde çalışan ebe ve hemşirelerin mobing ve tükenmişlik düzeylerinin ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015;12(2):133-141.
- Kundak Z, Taş HÜ, Keleş A, Eğicioğlu H. Bir üniversite hastanesinde hemşirelik mesleğinde iş tatmini ve motivasyon. Kocatepe Tıp Dergisi 2015;16:1-10.
- Kuzulugil Ş. Kamu hastaneleri çalışanlarında iş tatminini etkileyen Faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 2012;41(1):129-141.

- Küçükyürük Ş. Ameliyathanede çalışan hemşirelerin fazla mesailerinin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 90-131.
- Lake ET, Friese CR. Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research* 2006;55(1):1-9.
- Lauver DR, Ward SE, Heidrich SM, Keller ML, Bowers BJ, Brennan PF, Kirchhoff, KT, Wells TJ. Patient-centered interventions. *Research in Nursing and Health* 2002;25(4):246-255.
- Mackay C, Ault LD. A systematic approach to individualizing nursing care. *J Nurs Adm* 1977;7:39-48.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal Of Occupational Behaviour* 1981;2:99-113.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
- McCarthy B. Translating person-centred care: a case study of preceptor nurses and their teaching practices in acute care areas. *J Clin Nurs* 2006;15:629-638.
- Merih YD, Arslan H. Hemşire ve ebelerin mesleki bilinç-örgütlenmeye yönelik görüşlerinin ve iş doyumlarının belirlenmesi. *HEAD* 2012;9(3):40-46.
- Mertoğlu S. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 88.
- Mete S. Hemşireliğin temel kavramları. Aştı, TA, Karadağ A. Editörler, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016; 58-78.
- Metin Ö, Özer FG. Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;10(1):58-66.
- Mollaoğlu M, Yılmaz M, Kars T. Hemşirelerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *Toplum ve Hekim* 2003;18(4):288-292.
- Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Hemşirelerde tükenme ve otonomi düzeylerinin incelenmesi. *Toplum ve Hekim* 2005;20(4):259-266.
- Mrayyan MT. Nurse job satisfaction and retention: Comparing public to private hospitals in Jordan. *J Nurs Manag* 2005;13:40-50.
- Murphy K. A qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland. *J Clin Nurs* 2007;16:477-485.

- Nabirye RC, Brown KC, Pryor ER, Maples EH. Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala, Uganda. *J Nurs Manag* 2011;19:760-768.
- Nur D. Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinde iş doyumunu ve stres ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2011;14:230-240.
- Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü. 1. Baskı, Ankara, Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti. 2004; 1-35.
- Özdemir NG. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişki. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 32-54.
- Özdemir R, Ural S, Çınar M, Nabel EB, Yıldırım H. Birinci basamak sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin belirleyicileri: Karabük ili örneği. *Toplum ve Hekim* 2015;30(2):150-160.
- Özkan HA. Hemşirelik ve hemşirelik eğitimi felsefesi. Özkan HA. Editör, Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri’de, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2014;45-67.
- Özkan HA. Yaşar S, Akten İM. Hemşirelikte bakım kavramı. Özkan HA. Editör, Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri’de, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2014;98-109.
- Özkan HA. Tunç GÇ. İyileştirici sağlık bakım modelleri ve hemşirelik. Özkan HA. Editör, Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri’de, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2014; 201.
- Özkurt Y. Çalışma hayatında tükenmişlik (Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi hemşireleri örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 132-137.
- Öztunç G. Hemşireliğin doğası. Aştı TA, Karadağ A, Editörler. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı’nda, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016; 25-35.
- Öztürk S, Özgen R, Şişman H, Baysal D, Sariaçmalı N, Aslaner E, Kum P, Gürel D, Gezer D, Akıl Y, Yıldızdaş RD. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve sosyal desteğin etkisi. *Cukurova Medical Journal* 2014;39(4):752-764.
- Palazoğlu CA. Acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin etik duyarlılıkla ilişkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2016; 16-64.



- Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi. 2013; 3.
- Purdy N, Spence Laschinger HK, Finegan J, Kerr M, Olivera F. Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *J Nurs Manag* 2010;18:901-913.
- Radwin LE, Alster K. Individualised nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review* 2002;49:54-63.
- Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot Nurses: a Census Report, *BMC Public Health*. 2012; (1):457.
- Ruggeri M, Lasalvia A, Bisoffi G, Thornicroft G, Vazques-Barquero JL, Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schenem A, Tansella M. Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin* 2003;29(2):229-245.
- Sabuncu N, İlhan SE. Hemşirelikte temel kavramlar. Sabuncu, N, Editör, Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar'ında, 4. Baskı, İstanbul, Alter Yayıncılık. 2014; 9-79.
- Saygılı M, Çelik Y. Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2011;14(1):39-71.
- Schoot T, Proot I, ter Meulen R, Witte L. Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers. *Scand J Caring Sci* 2005;19(2):169-176.
- Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu. *Ege Academic Review* 2005;5(1-2):55-64.
- Sığrı Ü, Basım N. İş görenlerin iş doyumunu ile örgütsel bağlılık düzeylerinin analizi: kamu ve özel sektörde karşılaştırmalı bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 2006;6(12):131-154.
- Sinat Ö, Kutlu Y. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2009;17(3):174-183.
- Slater P, McCormack B, Bunting B. The development and pilot testing of an instrument to measure nurses' working environment: the Nursing Context Index. *Worldviews on Evid Based Nurs* 2009;6:173-182.
- Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: an international comparative survey. *Int J Nurs Stud* 2008;45:1586-97.

- Suhonen R, Charalambous A, Stolt M, Katajisto J, Puro M. Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people. *J Clin Nurs* 2012;22,479-490.
- Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Valimaki M, Kilpi LH. Individualised Care Scale-Nurse version: a finnish validation study. *J Eval Clin Pract* 2010a;16(1):145-154.
- Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Valimaki M, Kilpi LH. Nurses' perceptions of individualised care. *J Adv Nurs* 2010b;66(5):1035-1046.
- Suhonen R, Land L, Valimaki M, Berg A, Idwall E, Kalafati M, Katajisto J, Lemonidou C, Schmidt LA, Leino-Kilpi H. Impact of patient characteristics on orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualised nursing care. *Int J Evid Based Healthc* 2010c;8:259-267.
- Suhonen R, Leino-Kilpi H, Valimaki M. Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. *J Eval Clin Pract* 2005a;11(1)7-20.
- Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J. Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *J Adv Nurs* 2000;32(5):1253-63.
- Suhonen R, Valimaki M, Kilpi HL. Individualised care' from patients', nurses' and relatives' perspectivef-a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2002;39:645-654.
- Suhonen R, Valimaki M, Kilpi HL. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care, *J Adv Nurs* 2005b;50(3):283-292.
- Suhonen R, Valmiaki M, Katajisto J, Leino- Kirpi H. Patient characteristics in relation to perceptions of how individualized care is deliveredresearch into the sensitivity of the individualized care scale. *J Prof Nurs* 2006; 22:253-261.
- Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Provision of individualised care improves Hospital patient outcomes: an explanatory model using LISREL. *Int J Nurs Stud* 2007;44(2):197-207.
- Suhonen R, Valimaki M, Kilpi HL, Katajisto J. Testing the individualized care model. *Scand J Caring Sci* 2004;18:27-36.
- Suhonen R, Valimaki M, Leino-Kilpi H. The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualised nursing care: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2009;46:1637-1649.
- Suhonen R, Alikleemola P, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Nurses' assesments of individualized care in long-term care institutions. *J Clin Nurs* 2011b;21:1178-1188.

- Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Lemonidou C, Kalafati M, da Luz, MD et al. Nurses' perceptions of individualised care: an international comparison. *J Adv Nurs* 2011a;67(9):1895-1907.
- Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi* 2006;16(1):9-14.
- Şahin D, Turan FN, Alparslan N, Şahin İ, Faikoğlu R, Görgülü A. Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008;45:116-21.
- Şendir M. Hemşirelik felsefesi. Aştı TA, Karadağ A. Editörler, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı'nda. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016; 103-113.
- Şenturan L, Karabacak BG, Alpar ŞE, Sabuncu N. Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(2):33-45.
- Tambağ H, Can R, Kahraman Y, Şahpolat M. Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumunu üzerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2015;11:143-149.
- Taşçı S. Kültür ve sağlık. Hemşirelik ve hemşirelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyum Kitabı, Çanakkale; 2009.
- Taşkıran F. İbni Sina Hastanesinde çalışan hemşirelerin motivasyon ve tükenmişliğini etkileyen faktörler. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 60.
- Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2006;7:100-108.
- Tekin F. Ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 27-29.
- Tekin A. Yönetici hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 78.
- Tekir Ö, Çevik C, Arık S, Ceylan G. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumunu düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *KÜ Tıp Fak Derg* 2016;18(2):51-63.
- Tellis-Nayak V. A person-centered workplace: the foundation for person-centered caregiving in long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2007;8(1):46-54.
- Tilev S, Beydağ KD. Hemşirelerin iş doyum düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014;3(1):140-147.

- Tunç T, Kutanis RÖ. Underlying causes of anxiety among physicians and nurses: a sample of a university hospital. Suleyman Demirel University The Journal of Visionary 2015;13:62-71.
- Türk Dil Kurumu (TDK) Bakım Nedir? <http://www.tdk.gov.tr>, 2017.
- Türk Dil Kurumu (TDK) Felsefe Nedir? <http://www.tdk.gov.tr>, 2017.
- Türkmen EE. Hemşirelik bakım sunum sistemleri. Baykal, ÜT. Türkmen, EE. Editörler. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi'nde, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2014; 439-461.
- Uzun Ö. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyleri ve iş doyumları ile ilgili bazı değişkenlerin incelenmesi. İ.U.F.N. Hem. Derg 2010; 18(1):1-9.
- Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2012.
- Weiss DJ, Davis RV, England GW, Lofquist LH. Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. Vocational Psychology Research, University of Minnesota 1967;1-119.
- WHO. People-Centred Health Care. A Policy Framework: World Health Organisation. WHO Press, Geneva, Switzerland 2007.
- Wimo A, Nelvig A, Adolfsson R, Mattsson B, Sandman PO. 1993. Can changes in ward routines affect the severity of dementia? A controlled prospective study. International Psychogeriatrics 1993;5(2):169-180.
- Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(1):41-50.
- Yıldız N, Kanan N. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde iş doyumunu etkileyen faktörler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2005;9(1-2):8-13.
- Yılmaz E, Vermişli, S. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde meslekte profesyonelleşmenin iş doyumuna etkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2016;4(1):17-27.
- Yüksel C. Hemşirelerde uyku kalitesi iş doyumunu ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 37-52.
- Zaybak A, İsmailoğlu EG, Efteli E. Hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2014;1(2):24-37.

Zeytinoglu IU, Denton M, Davies S, Baumann A, Blythe J, Boos L. Deteriorated external work environment, heavy workload and nurses' job satisfaction and turnover intention. *Canadian Public Policy* 2007;33:31-47.

Zimmerman S, Williams CS, Reed PS, Boustani M, Preisser JS, Heck E, Sloane PD. Attitudes, stress and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist* 2005;45:96-105.



## EKLER

### Ek-1 Anket Formu

#### **HEMŞİRELERİN İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGILARI ÜZERİNE ETKİSİ**

Bu araştırma hemşirelerin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilir. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

Doç.Dr. Zeliha KOÇ

OMÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

05423392905

Esra DANACI

OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

YL Öğrencisi

05444816614

**1.Yaşınız:**

**2.Cinsiyet:** ( )Kadın ( )Erkek

**3.Medeni durumunuz:** ( )Evli ( )Bekar

**4.Eğitim durumunuz:**

( )Sağlık Meslek Lisesi ( )Ön lisans ( )Lisans ( )Yüksek Lisans ( )Doktora

**5.Aile Tipi:** ( )Geniş aile ( )Çekirdek aile

**6. Çocuk sayınız .....**

**7.Aylık geliriniz:** ( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere eşit ( ) Gelir giderden fazla

**8.Servisiniz:**

**9.Servisteki göreviniz:**( )Servis hemşiresi ( )Servis sorumlu hemşiresi

**10.Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?.....**

**11.Bulduğunuz hastanede kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?**

**12.Halen görev yaptığınız serviste kaç yıldır çalışmaktasınız ?**

**13.Servisinizde çalışan toplam hemşire sayısı:**

**14.Hastanedeki çalışma statünüz:** ( )Kadrolu ( )Sözleşmeli

**15.Çalışma şekliniz:** ( )Sürekli gündüz ( )Vardiya ( )Diğer(belirtiniz):

**16. Mesleğinizi isteyerek tercih etme durumunuz?** ( ) Evet ( ) Hayır

**Ek-1** Anket Formu (devam)

**17. Hemşirelik mesleğini seçme neden/nedenleriniz:**

- Hemşirelik mesleğini sevdiğim için  
 Sınav puanım bu mesleği seçmeme yettiği için  
 Ailem istediği için  
 İş bulma kolaylığı olduğu için  
 Ailemde hemşire olduğu için  
 Diğer (belirtiniz):.....

**18. Mesleğinizi sevme durumunuz:** ( )Seviyorum ( )Sevmiyorum ( )Kararsızım

**19. Çalıştığınız servisten memnun olma durumunuz:**

- Memnunum  Memnun değilim  Kısmen memnunum

**20. Çalıştığınız bölümü isteyerek mi tercih ettiniz?** ( ) Evet ( ) Hayır

**21. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?**

**22. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:**

**23. İş yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

- Mükemmel  Çok iyi  İyi  Kötü  Çok kötü

**24. Çalıştığınız kurumda iş doyum düzeyinizi nasıl tanımlarsanız?**

- Çok iyi  İyi  Orta  Kısmen kötü  Kötü

**25. Kurum yöneticilerinizle olan iletişim ve ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?**

- Çok iyi  İyi  Orta  Kısmen kötü  Kötü

**26. Servis sorumlu hemşirenizle olan iletişim ve ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?**

- Çok iyi  İyi  Orta  Kısmen kötü  Kötü

**27. Sağlık ekibi üyeleri ile olan iletişim ve ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?**

- Çok iyi  İyi  Orta  Kısmen kötü  Kötü

**28. Hemşire arkadaşlarınızla olan iletişim ve ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?**

- Çok iyi  İyi  Orta  Kısmen kötü  Kötü

**Ek-2 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A-Hemşire Formu**

		<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Kısmen Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Kısmen Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
A01	Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A02	Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A03	Hastalara, kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm.	1	2	3	4	5
A04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım	1	2	3	4	5
A05	Hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilendiğini öğrenmek için çaba gösteririm.	1	2	3	4	5
A07	Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A08	Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri).	1	2	3	4	5
A09	Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım.	1	2	3	4	5
A10	Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen).	1	2	3	4	5
A11	Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım.	1	2	3	4	5
A12	Hastalara, kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım.	1	2	3	4	5
A13	Hastalara, hastalık/sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım.	1	2	3	4	5
A14	Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim.	1	2	3	4	5
A15	Hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim.	1	2	3	4	5
A16	Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm.	1	2	3	4	5
A17	Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım.	1	2	3	4	5



**Ek-3 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası B-Hemşire Formu**

		Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
B01	Onların, hastalık/sağlık durumları hakkındaki duygularını dikkate aldım	1	2	3	4	5
B02	Hemşirelik bakımı gereksinimlerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B03	Hastalar bakımlarında, yapabildikleri kadar fazla sorumluluk üstlendiler	1	2	3	4	5
B04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını dikkate aldım	1	2	3	4	5
B05	Hastaların korku ve endişelerini dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B07	Hastalık/sağlık durumlarının onlar için anlamını dikkate aldım	1	2	3	4	5
B08	Hastane dışındaki günlük aktivitelerini dikkate aldım (örn.iş, boş zaman aktiviteleri)	1	2	3	4	5
B09	Daha önceki hastane deneyimlerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B10	Hastanede kaldıkları sürece, günlük alışkanlıklarını dikkate aldım (ör: kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
B11	Hastalarım istediğinde aileleri onların bakımında yer aldılar	1	2	3	4	5
B12	Yapılan açıklamaları anladıklarından emin oldum	1	2	3	4	5
B13	Onlara, hastalık/sağlık durumları hakkında uygun bilgi verdim	1	2	3	4	5
B14	Bakımlarına ilişkin isteklerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B15	Hastalar, kendi bakımları ile ilgili kararların alınmasına katıldılar	1	2	3	4	5
B16	Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B17	Hastalar, banyo yapma zamanı konusunda kendi kararlarını verme fırsatına sahip oldular	1	2	3	4	5

#### Ek-4 Minnesota İş Doyum Ölçeği

ŞİMDİKİ İŞİMDEN;	Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok Memnunum
1.Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
2.Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından					
3.Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından					
4.Toplumda "saygın" bir kişi olma şansını vermesi bakımından					
5. Amirim emrindeki kişileri idare tarzı açısından					
6.Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından					
7.Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması açısından					
8.Bana sürekli bir iş sağlaması bakımından					
9.Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından					
10.Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından					
11.Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından					
12.İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından					
13.Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından					
14.İş içinde terfi olanağımın olması bakımından					
15.Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
16.İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından					
17.Çalışma şartları bakımından					
18.Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşması açısından					
19.Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme açısından					
20.Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden					

## Ek-5 Maslach Tükenmişlik Ölçeği

	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Her gün
1. Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.					
2. İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.					
3. Sabahları kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.					
4. Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabiliyorum.					
5. Bazı hastalarımın onlar sanki kişilikten yoksun objeymiş gibi davrandığını hissedebiliyorum.					
6. Bütün bu insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.					
7. Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.					
8. İşimin beni tükettiğini hissediyorum.					
9. İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.					
10. Bu mesleğe başladığımdan beri, insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.					
11. Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.					
12. Kendimi çok enerjik hissediyorum.					
13. İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.					
14. İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.					
15. Bazı insanların başına gelenler gerçekten umurumda değil.					

**Ek-5 Maslach Tükenmişlik Ölçeği (devam)**

16. Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.					
18. Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.					
19. Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.					
20. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.					
21. İşimdeki duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.					
22. Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.					

## Ek-6 Etik Kurul Onayı



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

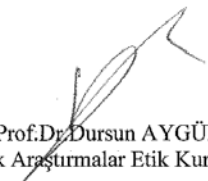
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/682-749

13.02.2017

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Hemşirelerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisi** başlıklı OMÜ KA EK 2017/30 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergese göre 12.01.2017 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Dursun AYGÜN  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## Ek-7 Hastane İzni



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-929-E.4423  
Konu : Anket Çalışması hk.

11/01/2017

SN:ESRA DANACI  
Hemşire

İlgi : 11/01/2017 tarihli ve 48226181844- sayılı yazınız.

İlgi yazınızda söz konusu olan "Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi" konulu çalışmayı hastanemiz hemşirelerinde uygulayabilme isteğiniz uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

**e-İmzalıdır**

Prof.Dr. Recep SANCAK  
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN  
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29  
Elektronik A.ğ: <http://www.omu.edu.tr/>

Birgül YILMAZ  
birguly@omu.edu.tr  
Dahili:290

S070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

**Ek-8 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Formu Kullanım İzinleri**

To  
Zeliha KOÇ  
Associate Professor  
Ondokuz Mayıs University  
Health Science Faculty  
Samsun/Turkey

2<sup>nd</sup> January 2017

Thank you for your interest in the **Individualised Care Scales (ICS)**. Here, enclosed is the nurse (ICS-Nurse) version of the instrument (UK versions and Turkish version). The ICS has preliminarily been validated for use in surgical & acute nursing and has now been used in different samples of hospital patients. Later, it has been used in different areas of health care, recently in the care settings for older people including sheltered housing, and also home care. The current version includes 17 (A) + 17 (B) items 34 altogether, and is available: ICS-Patient version available validated for USA and UK English, Canada, Greek (Greece & Cyprus), Swedish, Turkish, Spanish, Italian, German, Portuguese, Hungarian, Czech Republic and Finnish versions. There is also the English (UK, American), Finnish, Swedish, Greek (Greece & Cyprus), Turkish, Spanish and Portuguese versions of the ICS-Nurse with several references.

You are granted permission to use the ICS (Nurse version) for non-commercial purposes. You may edit the instructions for the instrument as appropriate for your sample(s). You may also use any demographic information you wish. However, the wording of the items and the scaling options may not be changed without express permission. Semantic and language validation is naturally forwarded. Any edited versions of the instrument will remain my property and I request you forward a copy of the edited version for my records. The instrument itself may not be duplicated or reproduced in any publications because of owned right for publication of the journal and university series. I would request a copy of any published manuscripts or abstracts of presentations that reference the ICS for the archives. For the time being, all published work must contain the following credit:

**Ek-8** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Formu Kullanım İzinleri (devam)

**ICS-Patient**

Suhonen, R. 2002. Individualised care from the surgical patient's point of view. Developing and testing a model. Annales Universitatis Turkuensis D 523. University of Turku, Painosalama Oy, Turku.

OR

**Suhonen R**, Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2005. Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. Journal of Evaluation in Clinical Practice 11(1), 7-20. (preferred Patient version reference)

**ICS-Nurse**

Suhonen R, Gustafsson M-L, Katajisto J, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2010. Individualised Care Scale – Nurse version: A Finnish validation study. Journal of Evaluation in Clinical Practice 16 (1), 145-154.

Riitta Suhonen, PhD, RN, Professor

Haagantie 184, 31410 Somero, FINLAND suhonen.riitta@kolumbus.fi, Tel. Int +358-2-7483286, +358-50-3042150 (mobile), Fax. Int + 358-3-4221166

Work: University of Turku, Department of Nursing Science, Lemminkäisenkatu 1 2nd floor, 20014 Turku, Finland

For more information, please visit:

[http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkimus/tutkimusprojektit/ic\\_project/index.html](http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkimus/tutkimusprojektit/ic_project/index.html)



**Ek-8** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Formu Kullanım İzinleri (devam)

**From:** Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR <merdiye.sendir@sbu.edu.tr>

**Sent:** Thursday, December 15, 2016 10:24 AM

**To:** Zeliha Koç

**Subject:** Ynt: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire) Kullanım İzni

Merhaba Zeliha,

Teşekkür ediyorum..

Bu ölçeği geliştiren "Riitta Suhonen" ölçeğin kullanımı için öncelikle kendisinden izin alınmasını istiyorum. Bu izni de aldıktan sonra Türkçe'ye uyarlanmış ölçeği kullanabilirsin. Kendisinin iletişim e-mail adresi aşağıda, benim yönlendirdiğimi söyleyebilirsin.

[suhonen.riitta@kolumbus.fi](mailto:suhonen.riitta@kolumbus.fi)

Ekte ölçek hakkında gerekli bilgileri bulabileceğin makaleyi gönderiyorum.

Çalışmalarınızda başarılar dileklerle..

Merdiye Şendir

**Gönderen:** Zeliha Koç <zelihaceren@hotmail.com>

**Gönderildi:** 15 Aralık 2016 Perşembe 11:42

**Kime:** Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR

**Konu:** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire) Kullanım İzni

Sayın hocam,

Bireyselleştirilmiş bakım hakkında hemşirelerin görüşlerini değerlendirmek üzere 2010 Yılında Suhonen ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Acaroğlu, Kanan, Shonen ve Katajisto ile birlikte tarafınızdan yapılmış bulunan, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası -Hemşire (BBS-Hemşire) versiyonunu, Tez Danışmanlığımı yapmakta olduğum Esra Danacı'nın "Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans Tez Çalışmasında kullanabilmek için gerekli iznin verilebilmesini rica ederiz. Ölçek kullanımı tarafınızdan uygun görüldüğü takdirde ölçeğin puanlama ve değerlendirmesine ilişkin bilgi verebilirseniz son derece memnun oluruz.

Yeni görevinizin hayırlı olmasını diler, saygılarımı sunarım.

Doç.Dr.Zeliha KOÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı

Samsun

**Ek-9** Minnesota İş Doyumu Ölçeği Kullanım İzni

Ölçeği kullanabilirsiniz.

Aslı Baycan

---

From: Zeliha Koç [zelihaeren@hotmail.com]  
Sent: Thursday, December 15, 2016 10:55 AM  
To: Asli Baycan Binark  
Subject: MİNESOTA İŞ DOYUMU ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Sayın Baycan,

İş doyumunu ölçmek üzere Davis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafınızdan yapılmış bulunan, Minnesota İş Doyum ölçeğini, Tez Danışmanlığını yapmakta olduğum Esra Danacı'nın "Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans Tez Çalışmasında kullanabilmek için gerekli iznin verilebilmesini rica ederiz. Ölçek kullanımını tarafınızdan uygun görüldüğü takdirde ölçeğin puanlama ve değerlendirmesine ilişkin bilgi verebilerseniz son derece memnun oluruz.

Saygılarımla.

Doç.Dr.Zeliha KOÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Samsun

## Ek-10 Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kullanım İzni

For use by ESRA DANACI only. Received from Mind Garden, Inc. on October 6, 2017

**Permission for ESRA DANACI to reproduce 419 copies  
within one year of October 6, 2017**

# **Maslach Burnout Inventory™**

## **Instruments and Scoring Keys**

### **Includes MBI Forms:**

**Human Services - MBI-HSS**

**Medical Personnel - MBI-HSS (MP)**

**Educators - MBI-ES**

**General - MBI-GS**

**Students - MBI-GS (S)**

Christina Maslach

Susan E. Jackson

Michael P. Leiter

Wilmar B. Schaufeli

Richard L. Schwab

**Published by Mind Garden, Inc.**

info@mindgarden.com

www.mindgarden.com

### **Important Note to Licensee**

If you have purchased a license to reproduce or administer a fixed number of copies of an existing Mind

Garden instrument, manual, or workbook, you agree that it is your legal responsibility to compensate

the copyright holder of this work — via payment to Mind Garden — for reproduction or administration in

any medium. **Reproduction includes all forms of physical or electronic administration including**

**online survey, handheld survey devices, etc.**

The copyright holder has agreed to grant a license to reproduce the specified number of copies of this

document or instrument **within one year from the date of purchase.**

**You agree that you or a person in your organization will be assigned to track the number of**

**reproductions or administrations and will be responsible for compensating Mind Garden for any**

**reproductions or administrations in excess of the number purchased.**

*This instrument is covered by U.S. and international copyright laws. Any use of this instrument, in whole or in part, is subject*

*to such laws and is expressly prohibited by the copyright holder. If you would like to request permission to use or reproduce*

*the instrument, in whole or in part, contact Mind Garden, Inc.*

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Esra DANACI

**Doğum Yeri:** 19 Mayıs

**Doğum Tarihi:** 12/11/1989

**Medeni Hali:** Evli

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):**

OMÜ Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2007-2011

OMÜ Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2014-2016

OMÜ Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı 2016-

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 2011-2017

BEÜ Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu 2017-

**E-posta:** miracle18.08@hotmail.com

