T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Merve ŞİMŞEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin İLERİ

KONYA-2019

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince zamanını, bilgisini ve deneyimini paylaşan yol gösterici tutumu, hoşgörülü oluşu, destek olmaktan hiç vazgeçmeyişi, sabrı ve değerli katkılarıyla bana rehberlik eden ve her zaman yanımda olduğunu hissettiğim danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Hüseyin İLERİ ’ye,

Akademik anlamda üslup kazanmamı sağlayan bilgi deneyimlerini esirgemeyen Doç. Dr. Şebnem ASLAN’ a,

Seminer sunumu sırasında ve sonrasında çalışmamı destekleyen ve büyük katkı sağlayan Dr. Öğretim Üyesi Handan ERTAŞ’a,

Yüksek lisans eğitimimin bir kısmında derslerime girerek bana bu işi sevdiren ve üzerimde büyük emeği olan değerli hocalarım Prof. Dr. Aliye MAVİLİ, Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK, Doç. Dr. İsmail SEVİNÇ, Prof. Dr. Baki YILMAZ, Doç. Dr. Musa ÖZATA ’ya,

Araştırmanın bir kısmında yardımcı olarak çalışma üzerinde emeği olduğunu ve zaman ayırdığını bildiğim Arş. Gör. Mehmet Akif ERİŞEN’e,

Araştırmanın farklı aşamalarında yardımlarını ve zamanını esirgemeyen arkadaşım Aysun ALTAY SAĞIR’a,

Her zaman desteğini hissettiğim aynı zamanda çalışmama destek olan sevgili kardeşim Samet ÖZTÜRK’e,

Bu yolda bana sürekli güç veren manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen pes ettiğim zamanlarda beni hep ayağa kaldıran çok kıymetli eşim Nazmi ŞİMŞEK’e,

ve AİLEME

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Merve ŞİMŞEK

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI ii

İÇİNDEKİLER iv

SİMGELER ve KISALTMALAR vii

ÖZET viii

SUMMARY ix

1. GİRİŞ ……...…...1

1. 1. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamı 2

1. 1. 1. Olumlu Çalışma Ortamı 3

1. 1. 2. Olumsuz Çalışma Ortamı 5

1. 2. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları 6

1. 2. 1. Personel Bakımından Koşullar 8

1. 2. 2. Çalışma Süreleri Bakımından Koşullar 9

1. 2. 3. Ücret Bakımından Koşullar 10

1. 3. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği 11

1. 3. 1. Mesleki Risk Faktörleri 11

1. 4. İş Kazaları……..…17

1. 5. Meslek Hastalıkları……...……....……17

1. 6. Yaşam Kalitesi Kavramı…….……...17

1. 7. Yaşam Kalitesinin Boyutları……..……18

1. 7. 1. Fiziksel Çevre ve Sağlık Boyutu……...18

1. 7. 2. Ekolojik ve Teknolojik Boyut……...19

1. 7. 3. Ekonomik ve Politik Boyut……...20

1. 7. 4. Sosyo - Kültürel Boyut……..21

1. 7. 5. Etik Boyut.……...……..22

1. 8. İş Doyumu Kavramı…….…….……23

1. 8. 1. İş Doyumunun Tanımı……..…….…23

1. 8. 2. İş Doyumuna Etki Eden Faktörler……..…….…..24

1. 9. Tükenmişlik Kavramı…….…..…….…….……25

1. 9. 1. Tükenmişlik Tanımı……...…...…….....25

1. 9. 2. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler……..……...….26

2. GEREÇ ve YÖNTEM…….……..…….……..28

2. 1. Araştırmanın Tipi……...…….…….....28

2. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..……...……...28

2. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……...……28

2. 4. Örnek Büyüklüğü ve Örneklem Seçimi……...…….…….....28

2. 5. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Hipotezleri……..…….....…28

2. 6. Araştırmanın Önemi……..…….……...29

2. 7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları……..…….29

2. 7. 1. Anket Formu…….…….30

2. 7. 2. Ölçek Formu…….…….30

3. BULGULAR……...…….……33

3. 1. Frekans Dağılımları…….…….33

3. 2. Yaşam Kalitesi ve Memnuniyet Eksenli Analiz Sonuçları……...……...36

4. TARTIŞMA…….……...…….44

5. SONUÇ ve ÖNERİLER…….48

5. 1. Sonuç……..……...…….……..…48

5. 2. Öneriler……..……..49

6. KAYNAKLAR….…….……...……...…51

7. EKLER…….……..…….……...…..……54

7. 1. Ek A. Anket Formu……...…….....54

7. 2. Ek B. Ölçek Formu……...…….……...……..57

7. 3. Ek C. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onayı……...59

7. 4. Ek D. Etik Kurul Onayı…….....60

8. ÖZGEÇMİŞ……..……..…61

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

BM: Birleşmiş Milletler

CDC: Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HASUDER: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

HSE: Sağlık ve Güvenlik Yöneticisi

ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği

IFPMA: Uluslararası İlaç Üreticileri ve Dernekleri Federasyonu

ILO: Dünya Çalışma Örgütü

NIOSH: Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü

SÇO: Sağlıklı Çalışma Ortamı

ÖZET

T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Araştırılması

Merve ŞİMŞEK

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Yaşam kalitesi, çalışanların tüm çalışma çevresi ile arasındaki ilişkilerin kalite düzeyi olarak nitelendirilmektedir. Yaşam kalitesi kavramı iş doyumu gibi işteki temel faktörlerin dışında işte genel yaşam memnuniyetini ve refah durumunu hissetmeyi etkileyen ve çalışanların işe yaklaşımlarını belirleyen daha geniş kapsamlı diğer faktörleri de kapsamaktadır. Araştırma sağlık çalışanlarının öz bildirimlerine dayanarak çalışma yaşam kalitesi üzerinde, özellikle aile sağlık öyküsü olmak üzere sosyodemografik özellikler, unvan, fiziki şartlar, tecrübe, kurumda çalışma süresi ve çalışma düzeni gibi değişkenlerin etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı-ilişkisel türde planlanmıştır.

Çalışma yaşam kalitesi bireylerin yaşamında en önemli parçalardan olan işle ilgili tüm bileşen ve ortamların algılanışına dikkati çeken bir kavram olmuştur. İş hayatında istediği işi yaparak yeterli ücreti alan, istediği iş koşullarını kısmen bile olsa bulan bir kişinin maddi ve manevi doyuma ulaştığı için iş içerisinde veya dışında huzurlu olması söz konusu olabilir. Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek ve çalışanlara ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin çalışma yaşam kalitesi düzeyi üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymaktır. Çalışmanın evrenini Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşire, ebe ve sağlık teknisyenlerinden oluşan 500 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan 25 soruluk anket ve 30 madde ve üç alt ölçekten oluşan B. Hudnall Stamm tarafından geliştirilen, Yeşil ve ark. Tarafından Türkçe' ye uyarlanan Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın yapıldığı süre kısıtlılığı ve personellerin çalışma saatlerinde ayırabilecekleri vaktin kısıtlı oluşu sebebiyle 200 sağlık çalışanı dâhil edilebilmiştir. Elde edilen veriler sayı ve yüzde olarak özetlenmiş, verilerin değerlendirilmesinde t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır.

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde; çalışanların memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinde yaşa, cinsiyete, meslekteki tecrübe süresine, kurumda çalışma süresine, medeni duruma, eğitim düzeyine, unvana göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bununla birlikte düzenli mesai şeklinde çalışan sağlık personelinin memnuniyet-yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Eşduyum alt ölçeğine göre fiziki şartları yeterli, yetersiz, kısmen yeterli görenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Çalışma düzeni ve yaşam kalitesi arasında eşduyum alt ölçeği çerçevesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesinin genel olarak iyi düzeyde olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Çalışma yaşam kalitesi; memnuniyet; sağlık çalışanları; yaşam kalitesi.

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELCUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTES

Research on Level of Quality of Work of Life of Health Workers

Merve ŞİMŞEK

Health Management Department

MASTER THESIS / KONYA-2019

Quality of life is defined as the quality level of the relations between the employees and the entire working environment. Other than work-related essential factors like job satisfaction, the concept of quality of life includes broader factors that influence perception of general life satisfaction at work and welfare status, and determine the approach of employees to work. The study is planned in a descriptive-relational type to examine the impact of factors like sociodemographic characteristics, work title, physical conditions, experience, tenure in the institution and work order on quality of work life depending on self-statements of health workers.

Quality of work life is a concept that focuses on perception of every component and environment related to work life which is one of the most important parts of lives of individuals. Earning sufficient money doing a job that an employee wants under circumstances that the employee wants makes the employee satisfied in financial and psychological terms, so that the employee may become comfortable both at work and out of work. The aim of this study is to determine quality of work life of health workers and to determine if personal and demographic characteristics of the employees are effective on quality of work life. Population of the study consists of 500 health workers from Selçuk University Medical Faculty Hospital, including nurses, midwives and health technicians. Data for the study is collected using a survey with 25 questions prepared by the researcher, and Professional Quality of Life Scale, which is developed by B. Hudnall Stamm, is translated into Turkish by Yeşil et al., and contains 30 items and 3 subscales. Due to the time limitations regarding the research and the fact that the workers can make limited time for the study during work hours, 200 health workers participated in the study. Obtained data is summarized as numbers and percentages where t-test and ANOVA test are used to evaluate the results.

In the light of the findings, it is observed that age, gender, experience, tenure, marital status, education level and title are not statistically significant to explain workers' satisfaction and quality of work life. On the other hand, health workers working on regular work hours are observed to have a higher level of satisfaction and quality of work life and working on regular hours is found to be statistically significant to explain satisfaction and quality of work life. According to the empathy subscale, statistically meaningful difference is observed between workers who find physical conditions sufficient, insufficient and partially sufficient. Work order is also found to be statistically significant to explain quality of work life, provided by the empathy subscale. As a result of the analysis, it was observed that the quality of work life of health workers was generally at a good level.

Keywords: Health worker; quality of life; quality of work life; satisfaction.

1. GİRİŞ

Sağlık çalışanları mesleki açıdan değerlendirildiğinde en zor mesleklerden birini icra etmektedirler. Çalışma yaşam kalitesi genellikle çalışan bireylerin iş yaşantılarına ilişkin duyguları olarak bilinmektedir. Bu duygular kişilerin daha önceki iş yaşantılarından ve beklentilerinden etkilenirken sahip oldukları seçeneklere de bağlıdır. İnsan sağlığının ön planda olduğu sektörde çalışanlar açısından belirli standartların sağlanmış olması son derece önem arz etmektedir. Toplumdaki bireyler huzurlu bir yaşam için zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabildikleri özlem duyduğu ihtiyaçlara da ulaşabildikleri bir hayat beklemektedir. İhtiyaçlar çeşitlidir ve ihtiyaçların önem sıralaması kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Kişi mutlu olduğu işi yapmalı ve huzur bulduğu bir sosyal çevrede yaşamalıdır. Araştırma sonuçlarına göre teknolojik gelişmenin ve gelir düzeyinin artmasıyla beraber maddi zenginlik göstergelerinin yanı sıra mekânsal, sosyal ve politik faktörler de bireyin yaşam kalitesi açısından önemli bir yere sahiptir.

Çalışma saatleri, fiziki şartlar, personel arası iletişim vb. faktörler çalışanların yaşam kalitesini etkileyen unsurların başında gelmektedir. Sağlık sektöründe çalışanların çalışma ortamlarında memnuniyet düzeyi arttıkça çalışanlar hasta bakımındaki kaliteyi artırma yönünde daha verimli olabilmektedirler.

Çalışma ortamının hastane gibi kurumlarda sağlık çalışanı ve hastanın faydasına yönelik bir ortam özelliği taşıyor olması son derece önemlidir. İşten ayrılmaların yoğunlaştığı günümüzde bireysel ve örgütsel bağlılıkların olumsuz sonuçlarının işten ayrılmaların en büyük nedeni olduğu saptanmıştır. Türkiye'de yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesinin ortanın biraz üzerinde veya daha düşük olduğu belirtilmektedir. Çalışanlar artık işlerini üstlerinden emir alarak ve yeteneklerinden biraz kullanarak iş doyumu elde edememektedir. Üstlerin çalışanlarına arkadaşça ve dostça tavırları, çalışanlarını takdir edip ödüllendirmeleri çalışma yaşam kalitesini artıracak ve verimliliği etkileyecektir. Çoğu ülkenin sağlık sektörü incelendiğinde çok uzun süreçler alan yetersiz yatırımlar çalışma koşullarının daha da kötüleşmesi ile neticelenmiştir. Bundan dolayı sağlık çalışanlarının istihdamı ve işte tutulması sağlık kurumlarının performans ve verimlilik boyutu dikkate alındığında hastalar açısından olumsuz sonuçlar doğurmuştur. İş doyumundaki yükselme çalışanların işine karşı güdüleme yaratarak

verimliliklerini yükseltme konusunda faydalı olmaktadır. Başarı en güzel güdüleme aracıdır. Aslında güdüleme hem araç hem amaçtır. Başarı eksilirse karamsarlık ve sonucunda verimsizlik meydana gelecektir.

Yakın zamandaki endüstrileşme kaynaklı makine becerisinin insan becerisinin yerini alması, bireyin emeğinin karşılığını alamaması ve kendisiyle gurur duyma duygusundan mahrum kalması gibi sonuçlar doğurmuştur. Bu durum iş konusunda doyumsuzluğa yol açmakta olup çalışanlar açısından mutsuzluk anlamına gelmektedir. İş doyumunun temelini bireysel ihtiyaçlar oluşturmaktadır. Çalışanlar iş yerlerini seçerken işin fiziksel koşulları, işte gerekli bilgi ve beceri seviyesi, işin ücreti, çalışma amacı, iş yerinin güvenliği gibi konulara dikkat etmektedirler. Dünyanın dinamik yapısı dikkate alındığında sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak beşeri kaynakların yönetimine ilişkin ilgi her geçen gün artmaktadır. Bunun yanı sıra hastaların sağlıkla ilgili bilgi ve bilinç düzeylerinin artması, daha kaliteli hizmet beklemeleri, hastanelerdeki rekabetçi yapı ve bazı etik hususlar sağlık sektöründe çalışanların memnuniyet düzeylerinin artırılmasını zorunlu hale getirmiştir.

1. 1. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamı

Sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesi yapılan küçük bir hata veya dikkatsizliğin hizmet sunulan kişide geri dönüşü olmayan hasarlara yol açacağından birçok mesleğe nazaran daha önemlidir. Sağlık çalışanları tarafından sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde sunulabilmesi için çalışanların kapasitelerini en üst düzeye çıkarabilecekleri ve kendilerini mutlu hissedebilecekleri bir çalışma ortamına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda çalışılan ortamının gerekli niteliklere sahip olması halinde çalışanlar, içinde bulundukları ortamdan mutlu olacaklarından dolayı yaptıkları işleri daha fazla benimseyecek ve iş doyumlarını artırabileceklerdir. Öte yandan teknik donanımlar eksikliği, ilaç vb. sağlık malzemelerinin noksanlığı, fiziki altyapı ve sağlık çalışanların nicelik açıdan yetersiz olması çalışanlarının performansları üzerinde olumsuz etki yaratarak sağlık sektöründeki çıktı kalitesini düşürebilmektedir.

İş yaşantısı ve sağlık bire bir ilişki içinde olan olgulardır. Bireyler çalışma ortamında çeşitli sağlık ve güvenlik tehlikeleriyle karşı karşıyadırlar. Bunlar başta

meslek hastalıkları ve iş kazaları şeklinde ortaya çıkmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının tamamı hastanelerde biyolojik, kimyasal, fiziksel, çevresel, psikososyal ve biyomekanik risk unsurlarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bundan dolayı çalışma ortamlarının sağlık koşullarıyla uyumlu hale gelmesi, tehlike ve risk düzeyinin aza indirgenmesi, çalışma saatleri konusunda düzenlemelerin getirilmesi, fizyolojik açıdan uygun çalışma düzeninin tesis edilmesi, kullanılan araç ve gereçlerin etkin bir şekilde kullanımının sağlanması temel amaç olmalıdır.

Çalışma ortamı, iş yaşamında yer alan birey ve söz konusu bireyin davranışları üzerinde önemli ölçüde etki yaratan çalıma unsurlarının bütünü olarak nitelendirilmektedir. Böylece çalışma ortamı; fiziksel çevre, çeşitli ekonomik koşullar ve iş sağlığı-güvenliği gibi konuları da bünyesinde barındıran bir kavram olarak açıklanmaktadır. Çalışma yaşamındaki olumlu ve olumsuz gelişmelerden etkilenen birey, ekonomik ve psikolojik açından kendi istek ve ihtiyaçlarını tatmin edebilecek bir çalışma ortamında yer almayı istemektedir (Saygılı 2008).

Sağlık sektöründe çalışan personellerin çalışma koşullarının düzenlenmesi başlığı altında değerlendirilebilecek bu koşullar sağlanmadıkça, sağlıklı bir sağlık hizmetinden söz etmek mümkün değildir. Her ne kadar bireysel özveri ile çalışmak erdemli bir çalışan davranışı olarak düşünülse de kişinin verdiği hizmetin karşılığını istemesi de çağdaş yaşamın bir gerekliliğidir (Özdemir 1999).

1. 1. 1. Olumlu Çalışma Ortamı

Yaşam kalitesi refah toplumunun temel göstergelerinden biridir. Sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının düzeltilmesi, hem çalışan birey hem de hizmet sundukları hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından önem taşımaktadır. Çünkü onların çalışmaları hizmet verdikleri bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde doğrudan etkilidir. Çalışma şartları iyileştirilmiş bir ortamda çalışan birey işinde daha iyiye ulaşmayı hedefleyecek, böylelikle verim artmış olacaktır. Andrea Baumann'ın ICN 2007 kapsamında hazırladığı olumlu çalışma ortamları ile ilgili bilgi ve eylem raporunda dünyada özellikle hemşirelik alanında arz krizi olduğu ve bunun en büyük sebebinin performans düşüklüğü veya hemşirelerin mesleki olarak yabancılaştıkları sağlıksız iş ortamlarından kaynaklanması ve bu uzaklaşma ve yabancılaşmanın çalışma ortamından olduğu kadar mesleğin kendi

dinamiklerinden de kaynaklanabiliyor olmasıdır (ICN 2007). Bunun dışında ilgili raporda performansı artıran ve hemşireler açısından mesleği çekici kılma ve mevcut hemşireleri mesleğe bağlılık duygusu oluşturan ortamlar olumlu çalışma ortamları olarak nitelendirilmiştir. Olumlu çalışma ortamlarına ilişkin hemşirelerin iş doyumu ve hastalardan elde edilen sonuçlar başta olmak üzere çok geniş bir yelpazede ortaya konmuş bulgular bulunmaktadır. Bundan dolayı olumlu çalışma ortamlarının oluşturulması ulaşılamaya çalışılan bir standart olarak değerlendirilmelidir (ICN 2007) .

Kristensen (1999) sosyal ve psikolojik açıdan iyi olma durumuna ilişkin modelde, strese sebebiyet veren altı etkenden bahsetmekte ve bu etkenlerin birey ve organizasyon ile ilişkisine vurgu yapılmaktadır. Bu çalışma yüksek çaba/düşük ödül koşulları üzerine kurulan model yapısıyla Seigrist (1996) çalışmasıyla benzerlikler göstermektedir. Kristensen, sosyal ve psikolojik açıdan iyi olma hali için şunların gerekli olduğuna işaret etmektedir (ICN 2007):

- Kişilerin sahip olduğu kaynaklara uygun talepler (iş baskısının olmaması);
- Öngörülebilirliğin yüksek olması (iş güvenliği ve işyeri güvenliği);
- Meslektaş ve yöneticilerden alınan sosyal destek, eğitim ve profesyonel gelişim imkânlarına erişebilme (ekip çalışması, inceleme ve araştırma izni);
- Anlamlı iş (profesyonel kimlik)
- Etki düzeyinde yükseklik (özerklik, program üzerine kontrol, liderlik);
- Çaba ve ödül dengesi (kazanç, takdir, ödüller).

Baguley (1999), hemşirelerin kendi çalışma alanında özerk ve sorumlu bir biçimde hareket edebilmeleri ile iş doyumu arasında yakın bir ilişki olduğuna işaret etmektedir. Hemşirelik ve yaşam tatminine ilişkin yapılan bir taramada, liderlik, özerklik ve ekip çalışması gibi özelliklerin hemşirelerin iş doyumuna katkıda bulunan önemli nitelikler olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir (Best, Thurston 2006). Karar alma hususunda hemşirelere daha fazla alan tanınmasıyla hemşirelerde iş bırakma oranlarının azaldığı yönünde bulgular mevcuttur (Alexander, Bloom, Nuchels 1994). Hasta bakımında hemşirelere tanınan söz hakkı kısıtlandığında, hemşireler uzmanlıklarına değer verilmediğini hissetmekte ve bu durum işverene olan bağlılığın azalmasına yol açmaktadır (ICN 2007). Çalışma arkadaşları

arasındaki uyum çalışma yaşam kalitesini artıracaktır. Genelde iş doyumu az sayıda çalışanın bulunduğu; büyük işyerlerindeyse çalışanların beklentilerinin karşılanmaması sebebiyle daha düşük olduğu gözlenmektedir (Solmuş, Âşık 2010) . Çalışanın çalışma yaşam kalitesinin artması için çalıştığı işi sevebilmesi gerekir. Yaptığı işin zevkli ve ilginç olması çalışan birey için oldukça büyük önem taşır. Birey yaptığı işte bağımsızlık hissediyorsa, becerilerini kullanabiliyorsa, birçok konuda esnekliğe ve çeşitliliğe sahipse işinde aktif bir şekilde çalışabiliyor demektir (Altundaş, İşcan, Sayın 2010).

1. 1. 2. Olumsuz Çalışma Ortamı

Sağlık sektöründe çalışanların beden ve ruh sağlıklarını, sosyal durumlarını ve buna bağlı olarak iş doyumlarını ve kuruma bağlılıklarını etkileyen, verilen hizmet kalitesinin düşmesine sebep olan ve hastalar açısından bazı olumsuzluklar yaşanmasına zemin hazırlayan ortamlar olumsuz çalışma ortamları olarak adlandırılmaktadır. Sağlık çalışanlarının iş hayatında yaşadığı sorunlar, hasta ve yakınlarına vereceği duygusal destek zorunluluğu ile birlikte çalışanların yıpranmalarına ve tükenmelerine sebep olmaktadır. Sağlık bakımı ile ilgili müdahalelerde kamu yararı sağlanması beklense de sağlık bakım hizmetlerinde beşeri faktörler, teknoloji ve süreçlerle ilgili karmaşık yapıdan dolayı daima olumsuz olay çıkma riski bulunmaktadır. Olumsuz olay dendiğinde hastalıktan ziyade sağlık bakım hizmeti sunanların uyguladıkları tedavi kaynaklı zarar veya yaralanmalar akla gelmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili yaygın tehdit unsurları; ilaç hataları, enfeksiyonlar, yüksek doz radyasyona maruz kalma ve sahte ilaç kullanımı şeklinde sıralanabilir. Daha ciddi boyuttaki olumsuzluklarda insan kaynaklı hatalar rol oynasa da sağlık sisteminin doğası gereği ortaya çıkabilecek hatalar da mevcuttur (ICN 2007).

Odak noktasında insan olan sağlık sektörü stresin ve tükenmişliğin mesleki yıpranmaya neden olduğu en önemli sektörlerden biridir. Kişilerin çalışma ortamlarındaki stresini azaltmaya yönelik bazı örgütsel önlemler almak ve stratejiler geliştirmek gerekmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda hizmet kalitesini daha da artırmak ve hizmette eşitlik ilkesini sağlamak bakımından sağlık çalışanlarının tükenmişlikle ve stresle mücadele edebilmesi son derece önemlidir. Yaşam kalitesi ve çalışan bireyin hedeflerine ulaşırken gerçekleşen iş doyumu arasında doğru bir

orantı vardır. Yaşam kalitesi olmazsa kişide psikiyatrik sorunlar gerçekleşebildiği ileri sürülmektedir (Ünal, Karlıdağ, Yoloğlu 2001).

Sağlık personelleri normal çalışma saatlerinin dışında da çalışmak mecburiyetinde olan ve bu durumun yoğun bir stres baskısı oluşturduğu çalışan grubundadırlar. Araştırmalara göre nöbetli çalışmanın çalışanların fizyolojik ve psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı gözlenmiştir. Bu durumda da hem çalışanların hem hastaların güvenliği olumsuz etkilenmektedir.

Örneklemini ABD, Kanada, İngiltere, İskoçya ve Almanya'daki hemşirelerin oluşturduğu bir çalışmada, hastanelerde çalışan hemşirelerin % 41'inin işinden hoşnut olmadığı ve %22'sinin de bir yıldan daha kısa bir süre zarfında işten ayrılma yönünde plan yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular çerçevesinde işyerinde yaşanan stres ile hemşirelerin moral, iş doyumu, kuruma bağlılığı ve işi bırakma kararları arasında mutlak bir ilişki olduğunu da doğrulamıştır (ICN 2007). Sahip olduğu kaynaklar bakımından yoksul olan ülkelerin çoğunda, sağlık hizmetlerinde düşük iş doyumu bir endişe kaynağı olarak görülmektedir. Schwabe vd. (2004) Lesotho'da yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin %37'sinin işinden memnun olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu oran ruh sağlığı biriminde çalışan hemşirelerde %70 seviyelerine kadar çıkmaktadır. Çalışmanın bir diğer sonucuna göre, iş doyumsuzluğuna yol açan ana etmenler, donanım yetersizliği gibi çalışma ortamına dair noksanlar, yeterli olmayan kazanç ve çalışma şartlarının kötülüğüdür. Bu bulgular motivasyon düşüklüğü yaşayan sağlık çalışanlarının farklı ülkelere göç etmesinde de önemli rol oynamıştır (ICN 2007).

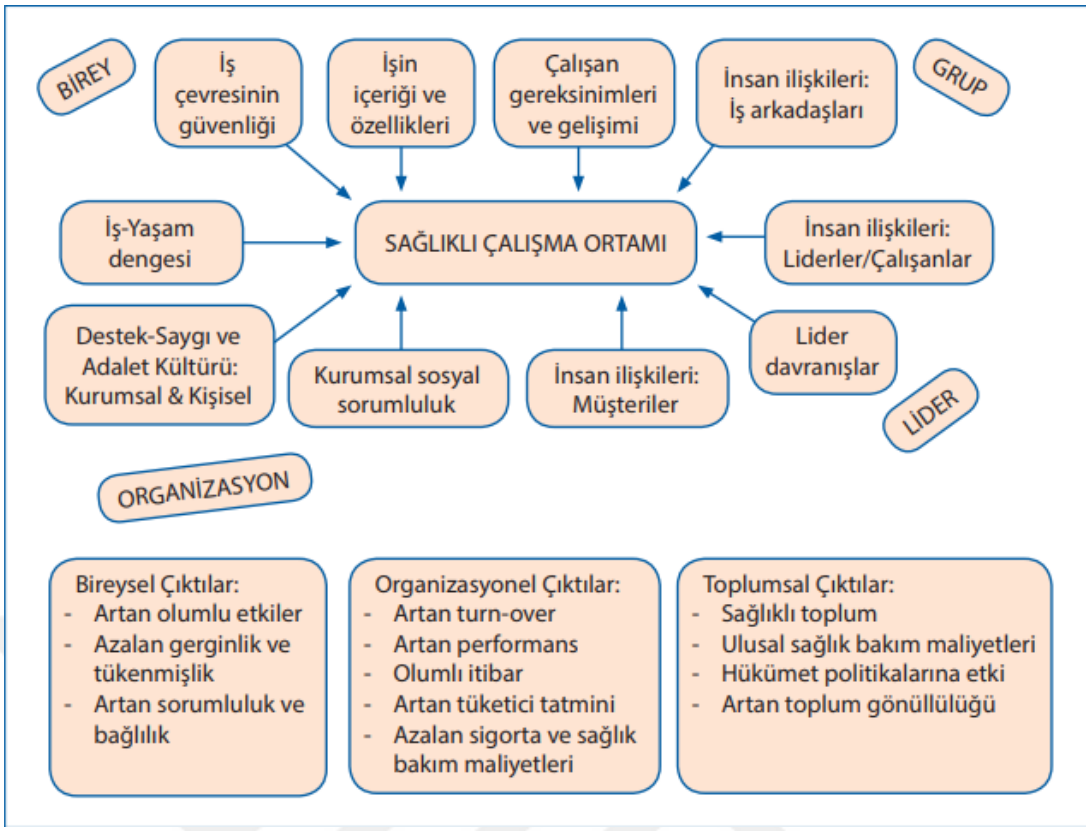
1. 2. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları

Türkiye'de pek çok bölgede sağlık çalışanları açısından çalışma koşulları özellikle de az gelişmiş bölgelerde oldukça ağırdır. Bu konuyla ilgili olarak mesleki risklerin minimize edilmesi, mesleki hastalık ve sakatlanmaların tazmini ve güvenceler konusundaki düzenlemeler de oldukça yetersizdir. Çalışanların çalıştıkları fiziki şartlar özellikle az gelişmiş bölgelerde asgari şartları sağlayamamakta olup çalışanların barınma imkânlarıyla ilgili imkânlar da kısıtlıdır. Bunların yanı sıra mesleki gelişim ve sürekli eğitim imkânları da yetersizdir. Yeterli sayıda personelin olmayışı ve görev tanımlarına ilişkin belirsizlikler sağlık

çalışanlarının genellikle aldıkları eğitimle ilgili olmayan alanlarda çalışmalarına neden olmaktadır. Mesleki örgütlenme bakımından da sağlık çalışanları açısından noksanlıklar mevcuttur. Bir bütün olarak değerlendirildiğinde tüm bu faktörler doğası gereği normal şartlarda zor olan sağlık sektörünün çalışma koşullarını daha da güçleştirmektedir (Tunç 2001).

Sağlıklı çalışma ortamı ve çalışan sağlığı ile ilgili politika ve uygulamaların öncüsü olarak İngiltere kabul edilmektedir. 2015-2016 verileri incelendiğinde İngiltere'de 1,3 milyon çalışanın meslek hastalığına yakalandığı; işyerinde yaralanmaların yıllık maliyetinin 4,8 milyar pound olarak hesaplandığı ve 500 bin çalışanın iş ile ilişkili stres, depresyon ve anksiyete ile mücadele ettiği görülmektedir (HSE 2017). Bu veriler çerçevesinde işyerlerinde işyeri güvenliği sağlığı uygulamalarının yanında sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulmasına yönelik işbirliğine, eğitime, finansal ve yasal düzenlemelere yönelik iyileştirmeler yapılmaktadır (HSE 2017).

Chmiel vd. (2017) çalışmasında sağlıklı çalışma ortamı modeline ilişkin unsurlar Şekil 1.2.1 yardımıyla gösterilmiştir.



Şekil 1. 2. 1. Sağlıklı Çalışma Ortamı Modeli.

Kaynak: Chmiel vd. 2017:301

1. 2. 1. Personel Bakımından Koşullar

Ekonomik kalkınmanın en önemli yapısal göstergelerinden birisi insan gücü planlaması olup sağlık sektörü insan gücü planlamasında en önemli parçalardan birini temsil etmektedir. Türkiye'de sağlıkla ilgili insan gücü planlama stratejisi olmamasından ötürü ortaya çıkmış sorunlardan bahsetmek mümkündür. Devletin izlediği politikalarla kısa vadeli çözümler üretilmeye çalışılsa da sağlık sektöründe sürecin daha etkin sonuçlar verebilmesi için mutlaka uzun vadeli planların ortaya konulması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı 2007). Türkiye'de kamuya ait sağlık kuruluşlarında sağlık personeli çalıştırılması genellikle devlet memurluğu kanunlarıyla düzenlenmektedir. Bu kanunlar çerçevesinde iş verilen kişilerin eğitim düzeyi, üretilen işin kalitesi ve miktarı, çalışma verimliliği gibi temel ve çağdaş işletmecilik unsurları dikkate alınmamaktadır. Bundan dolayı verimlilik düzeyi yüksek olan kişiler ile düşük kişiler aynı haklara ve gelire sahip olduğunda iş veriminin tamamen azalma eğiliminde olduğu bir zemin hazırlanmış olmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın son dönemlerde, sağlık hizmetlerini ülke genelinde eşit bir

şekilde verilebilmek adına yeterli sayıda ve nitelikte insan gücü istihdamı, bölgeler arası dengesizliklerin azaltma ve sağlık kurumlarının doluluk oranlarını artırma konularında çeşitli uygulamalar önem verdiği gözlenmektedir. Türkiye'de sağlık personeli doluluk oranlarına bakıldığında hekim ve hekimler dışındaki sağlık personeli istihdamı açısından çeşitli problemler göze çarpmaktadır. Küçük yerleşim yerlerinde, yeterli sayıda ve nitelikte uzman hekim bulundurmak oldukça zor olmaktadır. Bu sorunları çözebilmek için atama ve nakil yönetmeliğinde yapılan değişikler çerçevesinde her bölgenin hizmet puanı ve hizmet grupları kriterleri belirlenerek personelle ilgili nakil işlemleri objektif bir temele dayandırılmış ve mazeret halleriyle ilgili daha sıkı bir denetim mekanizması hayata geçirilmiştir. Özellikle öncelikli kalkınması gereken yerlerde yaşanan sağlık personeli sıkıntısını gidermek için hayata geçirilen sözleşmeli sağlık çalışanı uygulaması hekim dışı sağlık çalışanları istihdamında önemli sayıda bir artış sağlamıştır. Bunun yanı sıra özellikle çalışan açığının olduğu sağlık ocaklarında görev yapmak üzere ebe istihdamına öncelik verilmek suretiyle vekil ebe görevlendirmelerinde artışlar sağlanmıştır. Doktorlara yönelik mecburi hizmet uygulamasının başlatılması da sağlık çalışanı ihtiyacını gidermede yapılan uygulamalardan birisi olmuştur (Sağlık Bakanlığı 2007).

1. 2. 2. Çalışma Süreleri Bakımından Koşullar

Çalışma ve dinlenme süresi sağlık sektöründe çalışanların başlıca sorunlarından birisidir. Çünkü bunlar çalışan sağlığına ve iş verimliliğine doğrudan etki eden faktörlerdir. Bunların yanı sıra sosyal yaşantıyı ve aile yaşantısına da etki eder. Sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayrılan en önemli yönlerinden biri süreklilik arz eden bir sektör olmasıdır. Bundan dolayı geceleri ve tatil günlerinde de hizmet sunulmaya devam edilen bir sektördür. Bu noktada sektörde hizmet sunan kurumların farklılığı ve meslek dallarının fazlalığı, standardizasyon açısından en önemli engellerden birini oluşturmaktadır (Yenimahalleli 1999). Sağlık kurumlarında zorunlu ve fazla çalışma saatlerinin artmasıyla sağlık çalışanları zamanlarının büyük bir kısmını hastanelerde çalışarak geçirmektedirler. Hemşirelerin zorunlu fazla çalışma süresi haftada 4-20 saat arasında değişirken Almanya'da hastanelerdeki sağlık çalışanları fazla çalıştıklarında ek 20.000 çalışanın yapacağı işi yüklenmiş durumdadırlar (Ulrich 2000).

Sağlık sektörüne ilişkin nöbet ve vardiya çalışmasına yönelik çoğu ülkenin mevzuatında, sağlık çalışanlarına yapılacak ilave ödemeler (ikramiye veya yüksek maaş) veya ek izinler (nöbet veya vardiya izni ya da haftalık çalışma süresinin kısaltılması suretiyle) konusunda adaleti sağlamaya yönelik düzenlemeler yer almakta ve bunlar hükümetler tarafından toplu iş sözleşmeleri kanalıyla güvence altına alınmaktadır (Yenimahalleli 1999). Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre hem nöbet hem de vardiya uygulaması yer almaktadır. Sağlık sektöründe, eğitim hastanelerindeki klinik şefleri ve yardımcıları dışında hemen hemen tüm personelin nöbet sorunu mevcuttur. Nöbet sorununun en büyük oranda etkilediği çalışan grubu asistan hekimler, sağlık memurları, hemşireler ve laboratuvar ve röntgen departmanlarında çalışan teknisyenleridir (Kostul 1996).

Çalışma süresi bakımından ele alınması gereken bir diğer konu icapçılık uygulamasıdır. İcapçılık; sağlık çalışanının normal çalışma süresi dışında kalan zamanlarda (gece veya gündüz) her an göreve çağırılabilecek biçimde hazır bekletilmesidir. Bu yöntem yataklı hastanelerde yaygın olarak başvurulan bir uygulama olmakla birlikte daha az nüfusa sahip kırsal kesimlerde ve büyük sağlık merkezlerinden uzak yerlerde de uygulanabilmektedir. İcapçılık uygulaması uzman hekim, eczane, radyoloji ve röntgen, klinik laboratuvarlar, elektrik ve elektronik aletlerin bakımı ve ambulans hizmetleri gibi destek hizmeti veren personeli de kapsamaktadır (Yenimahalleli 1999).

1. 2. 3. Ücret Bakımından Koşullar

Türkiye'de devlet memurluğu sisteminde çalışanın ücret düzeyinin belirlenmesinde ilk kriter öğrenim derecesidir. Memurlar, öğrenim dereceleri bakımından (ilk, orta, lise, ön lisans, lisans vs.) çeşitli sınıf ve derecelere ayrılmıştır. Maaşın oluşumunda taban maaş, kıdem, yan ödemeler, özel hizmet tazminatı, lojman tazminatı, yabancı dil tazminatı ve aile yardımı olmak üzere çeşitli ödeme kalemleri yer almaktadır. 1991 yılından sonra ise bunlara ek olarak sağlık kurumlarında döner sermaye ödemesi uygulaması başlatılmıştır (Orak 1999). Türkiye'de verimli çalışma karşılaştırması yapılarak çalışanların ödüllendirilmesine yönelik sistematik bir uygulama mevcut değildir. Bununla beraber yeni yasal düzenlemeler çerçevesinde döner sermayeye katkı sağlama payına göre hekimlere yönelik bazı destekleme imkânları sağlanmıştır.

1. 3. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği

İş sağlığı kavramı dendiğinde akla ilk gelen unsurlar meslek hastalıkları veya iş kazaları olsa da bu kavramın kapsamı sadece bununla sınırlı değildir. İşten kaynaklı her türlü sağlık sorunu ve bunları koruma ve önlemeye yönelik uygulamalar da doğrudan iş sağlığı kavramıyla ilgilidir. Bu çerçevede ortaya çıkan diğer kavramlar iş doyumu ve yaşam kalitesi kavramlarıdır (Akbulut 1996).

Hastanelerdeki sağlık çalışanlarının işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri konusunda uzun yıllardır çeşitli uygulamalara rastlanmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 1950'den itibaren her çalışanın sağlık hizmeti alma hakkı olduğunu, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmanın bir insanlık hakkı olduğunu ve bu hakkın yaşama hakkı sınırları içerisinde bulunduğunu ve her ülkenin buna riayet etmesi gerektiğini vurgulamıştır (Özkan, Emiroğlu 2006).

Türkiye'de sağlık çalışanlarının sağlığıyla ilgili olarak 1989'da Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi tarafından "Bu bizim sağlığımız" sloganı çerçevesinde bir veri tabanı oluşturulmaya çalışılmıştır. 1995 yılında "Hastane Çalışanlarının İş Sağlığı Yönetmeliği" gündeme gelse de uygulanmasında çeşitli karmaşıklıklar ortaya çıkmıştır. Hastanelerde çalışan kişilerin sağlık ve güvenliğine yönelik çalışmaları yürütmede bir komite gerekliliği hususuna 1999-2000 yıllarında Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongrelerinde temas edilmiş ve kamu hastanelerinde bu komitenin kurulması yönünde pilot çalışmalar başlatılsa da sağlıklı bir şekilde sürdürülememiştir (HASUDER 2000).

1. 3. 1. Mesleki Risk Faktörleri

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamında maruz kalabilecekleri çok sayıda risk unsuru bulunmaktadır. Her ne kadar yoğun bir risk ortamında çalışıyor olsalar da sağlık çalışanlarının meslekten kaynaklanan sağlık sorunlarına gereken önem verilmemiştir. Bu kapsamda sağlık kurumlarının fiziki yapısına bakıldığında özellikle hastanelerde çalışanlara göre değil, hastalara göre bir düzenlemenin yapıldığı görülmektedir. Bundan dolayı başkalarına en ideal hizmeti sunmaya çalışan sağlık personelinin çalışma ortamındaki iş sağlığı ve iş güvenliği yeterli derecede gündeme alınmamıştır.

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında karşılaştıkları temel risk faktörleri beş farklı grupta sınıflandırılabilir. Bunlar:

- Fiziksel Faktörler
- Kimyasal Faktörler
- Biyolojik Faktörler
- Ergonomik Faktörler
- Psikososyal Faktörler şeklindedir.

Amerikan Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH), hastanelerin 29 fiziksel, 25 kimyasal, 24 biyolojik, 6 ergonomik ve 10 psikososyal tipte tehlike ve risk unsuru barındırdığını belirtmiştir (Özkan 2005).

Fiziksel faktörler

Işıklandırma ve aydınlatma sistemleri açısından rahat ve ışıklı bir ortamda bulunmak çalışanların çalışma isteğini artırmada son derece önemlidir. İşyerlerinin proje aşamasında güneş ışığından yeterli ölçüde yararlanması dikkate alınmalıdır. Yeterli güneş ışığı almayan mekânlarda direkt aydınlatma yerine yarı doğrudan veya dolaylı aydınlatma yöntemi uygulanarak aydınlatmanın güneş ışığına yakın düzeyde ışık veren aydınlatma araçlarıyla yapılması gerekmektedir (Berk 2007).

Gürültü açısından değerlendirildiğinde çalışanların ruhsal ve fiziksel sağlığını bozan gürültülü ortamlardan kaçınılmalıdır. Çünkü gürültü işgücü verimliliğini olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Hastaneler sessiz-sakin mekân imajına sahip olmasına rağmen özellikle yemekhane, laboratuvar, teknik servis, hasta kayıt birimi ve hemşire odası gibi yerlerde gürültünün işgücü verimliliğini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır (Dokuzoğuz 2004).

İklimlendirme açısından değerlendirildiğinde binadaki havalandırma sistemleri uygun bir ısı ve nem içerecek ölçüde geliştirilmelidir. Hastane ortamındaki havalandırma sistemleri hastanın ve hastane çalışanının sağlığını korumak ve hastane kaynaklı enfeksiyonları önlemek bakımından son derece önemlidir. Hastane ortamında verem gibi bazı hastalıkların sağlık personeline hava yolu ile bulaşma riski bulunmaktadır. Bundan dolayı hastanelerdeki havalandırma sistemleri yapılırken, mikroorganizmaların biyolojik ve fiziksel özelliklerini dikkate alan hastaneden

kaynaklanan veya mesleki enfeksiyonların önlenmesine özen gösterecek şekilde dizayn edilmelidir (Baykam 2004).

Radyoaktif maddelerle temas açısından değerlendirildiğinde uzun süre radyasyona maruz kalan kişilerin sağlık durumları dikkate alınmalıdır. Radyasyonun deri üzerinde (radyodermit) deri renginin koyulaşması, kuruması, tırnakların bozulması ve deri üzerinde kılcal damarların genişlemesi şeklinde etkiler bırakmaktadır. Daha ileri düzey vakalarda ağrılı yara ve deri kanseri oluştuğu da görülebilmektedir. Bunun dışında radyasyona uzun süre maruz kalmak kan değerlerinde bozulma, akciğer kanseri, kemik yapısında bozulma ve göz bozukluğu gibi rahatsızlıklara da yol açmaktadır. Radyoaktif maddelerden korunabilmek için bu maddelerin yaydığı radyasyonla teması önlemek, kurşun bariyer kullanmak, vücuda giren radyasyon miktarını belirli sürelerle ölçtürmek ve belli aralıklarla kan muayenelerini yapmak gerekmektedir (Akbulut 1994).

Kimyasal faktörler

Kimyasal faktörler de sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında maruz kalabileceği faktörlerdendir. Özellikle bakım uygulamaları esnasında karşılaşılan başlıca kimyasal faktörle dezenfektanlar ve antiseptiklerdir. Bunlara ilaveten anestezik maddeler, latex, civa, gluteraldehid, solvent, inorganik kurşun, farmasötik maddeler ve sitotoksik maddeler de kimyasal açıdan maruz kalınabilecek kimyasal faktörlerdir (Dindar vd. 2004). Kimyasal maddenin sağlık çalışanına etkide bulunma düzeyi yoğunluğuna, temas süresine, temas yoluna, maddenin fiziksel ve kimyasal özelliğine bağlı olarak değişim göstermektedir. Diğer taraftan bu etki düzeyi sağlık çalışanının alkol, sigara, ilaç kullanımına göre de değişebilmektedir. Kimyasal maddelerin vücuda alınması, sağlam cilt, solunum sistemi (inhalasyon), ağız (inhalasyon, yutma), göz ve iğne batması gibi yollarla olmaktadır. Çalışma ortamında kullanılan bu kimyasal maddeler, sağlık çalışanlarının akut veya kronik etkilere maruz kalmasıyla sonuçlanmaktadır (Dokuzoğuz 2004).

İş esnasında giyilen eldivenler latex alerjisine, termometre ve barometrelerin kullanımı ve sterilizasyonu sırasında kırılması deri ve solunum maruziyetine, kullanılan solventler karaciğer ve sinir sistemi açısından olumsuzluklara neden olmakta ve inorganik kurşun kemik iliğinde etkili olarak hemoglobin sentezini

engellemektedir (Abbasoğlu vd. 2006). Bir araştırmaya göre kimyasal maddelere bağlı olarak ortaya çıkan rahatsızlıklara ilişkin tanıların; psoriazisegzema (%4,9), kronik dermatit (%4,4) ve alerji (%2,9) olduğu ifade edilmektedir (Dindar vd. 2004). Sağlık çalışanları kimyasal risklerden korunmada koruyucu önlemler alma ve uygulama aşamasında el yıkama son derece önemlidir. Koruyucu önlük, maske, yüz koruyucusu, gözlük ve eldiven kullanımı, ortamın havalandırılması, eskimiş ekipmanların değişimi, kimyasal maddelerle temas halinde cildin bol su ile yıkanması diğer önlemler arasında sayılabilir (Dokuzoğuz 2004).

Biyolojik faktörler

Biyolojik riskler içinde enfeksiyonun temel kaynağı mikroorganizmalar başı çekmektedir. Teşhis veya tedavi esnasında hastalardan sağlık çalışanına veya tersi şeklinde taşınma ihtimali bulunan biyolojik ajanlara örnek olarak HIV virüsü, influenza virüsü, viral hepatit kızamıkçık, tüberküloz, tetanos, salmonella enfeksiyonu verilebilir (Bilir 2004).

Sağlık bakım çalışanları daima enfeksiyona maruz kalma riski ile karşı karşıyadır. Hastalardan gelebilecek etkilere maruz kalınması influenza ve Hepatit B gibi hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır. Hem influenzada hem de Hepatit B'de da önemli derecede morbidite ve mortaliteyle sonuçlanan vakaya rastlanmakta olup sağlık bakım çalışanlarının kendilerini, hastalarını ve ailelerini koruma adına aşılanmaları bir zorunluluktur (International Federation of Pharmaceutical Manufactures and Associations- IFPMA). ABD'de Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Merkezi'ndeki (CDC) sağlık çalışanlarında tüberküloz sıklığı %13 olarak tespit edilmiştir (ICN 2007).

Ergonomik faktörler

Çalışma hayatında verimliliğin sağlanmasında ergonomik faktörler de son derece önemlidir. Çalışma şartlarının rahat olduğu çalışanların iş kazasına uğrama riskleri daha az ve bundan dolayı iş verimleri daha fazladır. Günlük hayatta da son derece önemli bir unsur olarak ergonomi, işyerindeki çalışma koşullarını çalışanın niteliklerine uygun hale getirme ve sonuç olarak "iş ve işçi uyumunu" sağlama olarak tanımlanabilir (Bilir 2006).

Sağlık çalışanlarında ergonomik faktörlerin bir sonucu olarak ortaya çıkan kas-iskelet sistemi sorunları çalışma ortamından veya yapılan işten kaynaklanmaktadır. Islak zemin, yüksek basamaklar, zemindeki düzensizlikler gibi ortamla ilgili faktörler kayma, düşme, burkulma, çarpma gibi kazaların yaşanmasına neden olabilmektedir. Araştırmalar gün içinde uygun olmayan çalışma koşulları ve yetersiz dinlenme koşulları altında çalışan sağlık çalışanlarının kas-iskelet sistemi ağrılarına maruz kaldığını ağrılı durumların mesai saatleri bitiminde arttığını göstermektedir (Kitiş ve Cavlak 2001).

Sağlık sektöründe çalışanlar bel ağrıları açısından en riskli meslek gruplarından birinde yer almaktadırlar. Özellikle hemşireler hastanın yapamadığı fonksiyonlara ve bazen hastaların taşınmasına yardımcı olmaktadırlar. Hemşireler hasta bakım hizmeti sunma, hastayı hareket ettirmenin yanında çeşitli hacim ve ağırlıktaki tıbbi araç-gereçleri taşıma, yatak yapma gibi görevleri de yapmaktadırlar. Bu görevlerin yapılması esnasında bel kaslarının incinmesi ve zorlanmasıyla çeşitli bel rahatsızlıkları meydan gelebilmektedir (Alçelik vd. 2005).

Hemşirelere yönelik yapılan bir araştırmada, bel problemlerinin ağır çalışma şartları taşıyan ortamlarda çalışanlarda daha fazla görüldüğü gözlenmiştir (Karwowski vd. 2005). Yetmiş yedi hemşire ile yapılan bir diğer çalışma, hemşirelerin hemşirelik bakımı uygulamaları esnasında hastaları hareket ettirmelerine bağlı olarak 4 hemşirede diskal herni, 5 hemşirede alt ekstremite rahatsızlığı ve 11 hemşirede sırt rahatsızlıklarına rastlanmıştır (Söyük, Ören 2001).

Psikososyal faktörler

Çalışma ortamının sağlığını ve güvenliğini tehdit eden en önemli faktör şiddettir. Farklı şekillerde ortaya çıkabilen şiddet davranışı sağlık çalışanlarının sıklıkla maruz kaldığı bir durumdur. ABD'de yapılan bir araştırmaya göre sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riski diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara göre 16 kat yüksek bulunmuştur. Özellikle hemşireler diğer sağlık çalışanlarına oranla üç kat daha fazla hasta veya yakınlarının şiddetine maruz kalmaktadır (Uzun 2001).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada; pratisyen hekimlerin % 67,6'sı, hemşirelerin % 58,4'ü, öğretim üyelerinin % 36,7'si ve diğer sağlık personelinin % 32,7'si oranında şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir (Ayrancı vd. 2002). Sağlık

çalışanlarının rol çatışması ve belirsizlik gibi faktörlerden etkilenmesi, meslektaşlarından ve süpervizörlerden gereken desteği görememek, fiziki çevrenin uygun olmaması, tıpta yaşanan gelişmeler, personelin dağılımındaki uygunsuz yapı, sağlık bakımı ile ilgili yeni düzenlemeler, hastalarla sürekli meşgul olma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliği artırmaktadır (Tokmak 2001).

Hemşireler, organizasyonel ortam, ekip ve hasta/aileleri ile ilişkiler, hasta bakımı sağlamada algılanan rol çatışmaları ve belirsizlikler, hemşirelik eğitim yöntemi ile ilgili sorunlar, tükenmişlik gibi nedenlerden dolayı iş yaşamında çeşitli sters unsurlarıyla baş etmek durumundadırlar (Işıl vd. 2002). Bunun bir sonucu olarak hemşirelerde anksiyete, çaresizlik, depresyon gibi ruhsal sorunlarla beraber uyku problemi, kaslarda gerginlik, yorgunluk gibi rahatsızlıklar görülebilmekte ve bu da iş motivasyonunu, iş verimini düşürmekte ve hemşirelerde iş bırakmaların artmasına yol açmaktadır (Tel, Karadağ 2001). İş doyumu; çalışanlarda iş yaşamının beklentileri karşılaması halinde ortaya çıkan bir duygu durumudur (Pınar, Arıkan 1998).

Hemen hemen tüm mesleklerde iş doyumu son derece önemli bir unsurdur. Sağlık sektörü çalışanları sağlık hizmetlerinin odak noktasında insanın olması ve aşırı dikkat gerektirmesi gibi nedenlerle iş doyumu kavramı sağlık çalışanları açısından bir kat daha önemlidir. Sağlık hizmetleri sunumunda en büyük insan gücü hemşirelerden oluşmakta ve bu yüzden hemşirelerde iş doyumu daha da büyük önem arz etmektedir. Çalışma ortamından alınan doyum çalışanların fiziksel ve zihinsel durumunun yanı sıra bireysel, fizyolojik ve ruhsal durumunu da etkilemektedir. Çalışma ortamında doyuma ulaşamayan bireylerde, olumsuz duygulara yönelme, bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığın bozulması gibi sonuçlar baş gösterebilir. Bunun sonucu olarak bireylerde işten uzaklaşma, işi terk etme, sürekli iş değiştirme gibi iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik durumları yaşanabilir (Karadağ vd. 2002). Vroom' un beklenti kuramına göre istek ve motivasyonunu yalnızca ihtiyaçlar değil aynı zamanda beklentiler de belirler (Aslan 2006). Kişi olumlu sonuca ulaştıktan sonra tatmin duyguları açığa çıkar. Birey iş yerinde uyumu yakalarsa örgüt amaçlarını benimser duruma gelir (Heller 2002).

1. 4. İş Kazaları

ILO, iş kazalarını planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanma veya zarara neden olan durum olarak tanımlamaktadır. ILO 2001 verileri incelendiğinde 20 milyon çalışanın 7,7 milyonunun (% 38) hizmet sektöründe çalıştığı ve tüm sektörlerde 3 gün ve üstü iş gücü kaybının yaşandığı 2183 iş kazası olduğunu görebiliriz . Sağlık çalışanları sıklıkla kesik, yırtılma, kırık ve sırt incinmeleri gibi kazalara maruz kalmaktadırlar. Bunlara laboratuvarlar personeli için yangın, patlama ve elektrik çarpması, acil personelleri ve diğer bazı çalışanlar için hasta ya da refakatçilerin şiddetine maruz kalmak da eklenebilir (Yenimahalleli 1999).

1. 5. Meslek Hastalıkları

Meslek hastalıkları işyerindeki çalışma ortamından kaynaklanan zararların neden olduğu hastalıklardır. Bu hastalıkların önlenebilmesi, çalışma koşullarının uygun hale getirilmesi ile mümkün olabilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre meslek hastalıkları sadece bilinen ve kabul edilenlerin dışında oluşumunda ve gelişiminde çalışma ortam ve şeklinin neden olduğu hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Bilir 2004).

1. 6. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kavramı çok boyutlu bir kavram olması sebebi ile yapılan araştırmalar da çeşitli tanımlarla karşımıza çıkmaktadır. Yaşam kalitesindeki kalite kelimesi bu kavramı güçlendirip, kilit noktasını oluşturmaktadır. Kalite, bir mal ya da hizmetin tüketicisinin isteklerine uygunluk derecesi olarak tanımlanabilir (Türksever 2001). Uluslararası Standardizasyon Teşkilatının tanımına göre kalite, bir ürünün veya hizmetin belirlenmiş veya muhtemel ihtiyaçları karşılayabilme yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı olarak tanımlanmıştır (Türksever 2001). Kalite kelimesi, mükemmeliyetçi bir tutumunun olmasından dolayı yaşam kalitesi düşüncesini kavramsal nitelikten nicelik bir değere ulaştırmaktadır. Yaşam kalitesi oldukça kapsamlı bir kavram olduğu için hayatımızın büyük bir kısmını içine almaktadır. Eskiden bireylerin zorunlu ihtiyaçları eğitim, gelir, istihdam, konut vb. konularında olurken günümüzde kişisel değerler ve tecrübeyi de içermektedir. Kişiler çevreleriyle bütün olarak yaşarlar. Dolayısıyla çevreyi etkilerken çevreden de

etkilenirler. Bu etkileşim bireyin hayatında birçok değişikliğe yol açmaktadır. Bu değişimler istenilen doğrultudaysa memnuniyet, istenilmeyen doğrultuda gerçekleşmişse memnuniyetsizlik olmaktadır. Örneğin, dünyaya gelmemiz bizim elimizde olamadığı gibi hayatımızda yaptığımız bir takım değişiklikler de elimizde olmadan gerçekleşmiş olabilmektedir. Tüm yaşların güzellikleriyle sağlıklı bir şekilde yaşlanmak yaşam kalitemizi olumlu yönde etkileyebilmektedir. Gün içerisinde mümkün mertebe stres olmadan yaşamak bireyi daha mutlu ve huzurlu hissettirebilmektedir. Bu durum iş hayatında ise daha verimli bir çalışma anlamına gelmektedir.

1. 7. Yaşam Kalitesinin Boyutları

İnsanlığın başlangıcından bu yana insan, hayat mücadelesi içerisinde beslenme, giyinme ve barınma gibi ihtiyaçları gidermek üzere çalışmıştır. Günümüzde imkânların iyileşmesiyle birlikte kişiler yaşam kalitelerini yükseltme ve yaşantılarından daha fazla haz alma gayreti içerisindedirler. Yaşam kalitesi kavramsal olarak fiziksel çevre ve sağlık boyutu, çevrebilimle ilgili ve teknolojik boyut, ekonomik ve politik boyut, sosyokültürel boyut ve etik boyut olmak üzere beş farklı boyutta tanımlanarak ele alınabilir.

1. 7. 1. Fiziksel Çevre ve Sağlık Boyutu

Yaşam çevresini etkileyen ve kapsayan en önemli alan olan fiziksel çevre, büyümenin ve gelişmenin en önemli belirleyicilerindendir. Fiziki çevre dendiğinde; ısı, ışık, radyasyon, barınak, gürültü, atık sular, hava vb. unsurlar akla gelmektedir. Fiziki çevre şartlarındaki olumsuzluklar ve hastalıklar, sağlığı, büyümeyi ve gelişmeyi olumsuz etkiler. Fiziki çevrenin diğer unsurları olarak sayılabilecek radyasyon da bu anlamda büyümeyi ve gelişmeyi en fazla etkileyen faktörlerden biridir. 1985'teki Çernobil faciası, radyasyonun etkilerine örnek olarak gösterilebilir. Bu olay sonucu, insanlarda ortaya çıkan kalıcı rahatsızlıklar, çocuklardaki gelişim bozuklukları ve gerçekleşen ölümler radyasyonun etkilerini göstermektedir. Yaşam çevresini etkileyen fiziki çevre, insanın yaşam biçimine de etki eden faktörlerden biridir.

Fiziksel çevrede güvenlik unsuru önemli bir yer tutmaktadır. Güvenli olan yaşam çevresi, fiziksel olarak diğer çevre elemanlarının varlığını da karşılamış olur.

Güvenli bir ortam, insanların sosyal uyum içinde olduğu toplumlarda çok rastlanan bir kriterdir. Güvenliğin yaşamsal önemi olarak, Türk toplumunun farklı sosyal-ekonomik düzeylerinde ve gruplarında yaşam kalitesinin nasıl algılandığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, farklı sosyal-ekonomik düzeyde olan grupların hiçbiri için yaşam kalitesinin, yaşamın idamesinden ibaret olmadığı, yani temel fizyolojik ihtiyaçlarla açıklanmadığı ortaya çıkmıştır. Yaşam kalitesi sadece, zorunlu gereksinimler olan yemek, içmek ve dinlenmek değildir. Yaşam kalitesini açıklayan en önemli ihtiyaç basamağının güvenlik olduğu bulunmuştur. Güvenlik boyutunun en öne çıkan yönü kişilerin yaşam kalitesinin iyilikte, doyumda ve kalitede bir süreklilik, düzenlilik olarak ele alınmasıdır. Bu anlamda yaşamın kalitesi geçici doyumlara, anlık zevk ve mutluluklara bağlanmamakta, kalite kaynaklarının kalıcılığı ve sürekliliğini içermektedir.

Kişinin bakış açısı fark etmeksizin olumlu bir yaşam kalitesinden söz edebilmesi için, o fiziksel çevrede kişinin sağlıklı olması bir ön şart olarak değerlendirilmektedir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında Birleşmiş Milletler (BM) sistemi içindeki Dünya Sağlık Örgütü (WHO)‟nün sağlık kavramı için getirdiği, üzerinde büyük ölçüde uzlaşma olan tanımı; „fiziki, zihni(ruhi) ve sosyal tam iyilik halidir.‟ Çevrenin sağlık üzerindeki etkisi bilinçli olarak ilk Romalılar tarafından ele alınmıştır. Romalılar, sağlıklı su sağlamaya, kanalizasyon sistemleri geliştirmeye, gelişmiş yollar, hamamlar ve konutlar yapmaya bir kamu politikası olarak önem vermişlerdir. (Tekeli vd. 2004). Daha sonra ancak sanayi devriminin ardından çevre ve yaşam koşullarının sağlık üzerindeki etkisi, bilimsel bir ilgi konusu olmuş, sağlık ile sosyal koşullar ilişkilendirilmeye başlanmıştır. “Eğer sağlık politikası çevre ile bir bütün olarak düşünülecekse iyi yaşamda sağlık ve çevre ilişkisi önemli bir rol oynar.” (Steve 2002).

1. 7. 2. Ekolojik ve Teknolojik Boyut

1973 dünya enerji krizi ile beraber küresel boyutta çevrebilimle ilgili kavramının önem kazanarak, politikanın ana konularından biri haline gelmiştir. Bunun ardından modern hayattaki düşünceler, çevrebilimle ilgili bir perspektifle yeniden yorumlanmıştır. Ekolojik olma durumu, günümüzde popüler hale gelmiştir ve çoğu kelime için ön isim olarak kullanılarak; birçok unsurda ekolojik boyut ön plana çıkarılmıştır (ekolojik döngü, ekolojik tarım, ekolojik yaşam, ekolojik enerji,

ekolojik ev). Ekolojik kavramı, doğanın ve fiziksel çevrenin bilimselliği olarak adlandırılabilir. Ekoloji sadece bilimsel değil, bir düşünce biçimi olarak da algılanmalıdır. L. Mumford, ekolojik unsurların önemine dikkat çekerek ekolojinin bilimselliği dışında sosyolojik ve felsefi bir bütünleşme ile yaşam kalitesinin artabileceğini aktarır. M. Bookchin, kapitalizmin ortaya çıkardığı çevresel bozulmalara temas etmektedir (Keleş 2003)

Tüketim hızı ve çevre tahribatı oranının içindeki sürekli dinamizm ile oluşan teknolojik gelişmeler coğrafi ve ekonomik alanın da ölçeğini artırmıştır. Kapitalizmle birlikte dünya hızla gelişmekte, birleştirici nitelikte dünyaya yayılan ve hâkimiyet gücünü her geçen gün artıran bir boyuta ulaşmış durumdadır. Bunların yanı sıra son yirmi yılda yaşanan teknolojik gelişmeler, ekonomik faaliyetlerin tüketici ihtiyaçlarını daha etkin şekilde çeşitlendirmesine, bu ihtiyaçların artarak, şekillenmesine ve bireysel nitelikli, özel üretilen mal ve hizmetlerin geniş ölçüde ve bir sistematik ekseninde üretilmesine yol açmıştır. Kısacası dünya; maliyet etkinliği geleneğinin yayıldığı, yüksek bir teknoloji dünyasına dönüşmüştür (Brown 1991).

1. 7. 3. Ekonomik ve Politik Boyut

Yaşam kalitesi kavramı, ekonomik boyutta ilk olarak 20.yüzyılın ilk yarısında incelenmiştir. Yeni malzeme kullanımı, üretimi ile gelişen endüstrileşmiş devletlerin pazar gücünü arttırma amacı ile yaşam kalitesini yükseltme düşüncesi, tarihte ilk olarak politika ve ekonominin karşılıklı ilişkisi ile çözümlenmeye çalışılmıştır. Dünyada ekonominin babası olarak nitelendirilen Adam Smith'in eseri Wealth of Nations'dan sonra, Amerika ve İngiltere gibi ülkelerdeki ekonomistler; serbest ticaret anlayışının gelişimi ve refah düzeyini sadece ekonomik bazda bir etki olarak irdelemişlerdir. Bu eserden sonra politika, ekonomi ekseninde yaşam kalitesini yükselten ana arter olarak görülmektedir. Materyalist kültür, sadece yaşam kalitesini ekonomi merkezli düşündüğünden, toplumu ortaya çıkaran adalet ve etik boyutu da yok etmekteydi. Bu yok oluşun ardından komünizmin ortaya çıkışı ile politika, sosyal ve ekonomi bazında yaşam kalitesini yükseltici ana hatlarını oluşturmuştur. Materyalist kültürden en çok etkilenen ülkelerden A.B.D, toplumsal boyutun önemini politikaya yansıtmaya başlamıştır. Campbell (1981) çalışmasına göre İkinci Dünya savaşından sonra, Lyndon Johnson Büyük Toplum Programı (Great Society) oluşumuna girdi. Konuşmasında; "Büyük toplumun oluşumunda amaç; insanların

çevre, kapasiteleri ve bireysel mutluluklarını devamlılığı sağlayacak olan sosyal strüktürlerini kesinleştirmek olmalıdır. Böylece, Büyük Toplum ne kadar sorusu ile değil, nasıl iyi sorusu ile malzemelerin kalitesi ile değil, insanların yaşam kalitesi hakkında endişe duyacaklardır sözleri ile yaşam kalitesinin politik arayışına yol açmıştır.

Yaşam kalitesinin özünü yaşam biçimi ve yaşam stili oluşturmaktadır. Yaşam biçimi, sosyal sınıflar çerçevesinde belirlenmekte ve globalleşmeyi benimsemektedir. Yaşam stili ise kişiye özgü olup bireyin tutumuna göre belirlenmekte ve farklılaşmayı benimsemektedir (Kaya 1994). Yaşam biçiminden yaşam stiline geçişte, başarıya ulaşılması ekonomik büyümenin yanı sıra sürdürülebilir nitelikte bir kalkınma ve yapısal değişim anlayışına bağlıdır. Küresel ekonomi ve küreselleşme bu anlayışın en önemli aşamalarından birini oluşturmaktadır (Ünal 2004).

Siyasal erkin belirleyeceği politikalar ile beraber yaşam biçimi değişip ve gelişebilir. Küreselleşme olgusu ile pazar ekonomisinin gelişimini öngören politikalar ekonomik değerden çıkıp, demokratik katılım ile sosyal boyutta da etki göstererek yaşam kalitesini yükseltebilir. Demokratik bir katılımın oluşabilmesi için uluslararası boyuttan, en küçük birim olan yerel yönetimlerin belirleyeceği politikalar ile yaşam biçimi gelişebilir. Smith'in önermesinde de; "Çoğunluk kuvveti kıstasına ya da devletin yasal açıdan eşitliği sağlama ilkesine uygun olarak kentsel gelişmenin kontrol edilebilmesi için yerelleşme ve yerel demokrasiye imkân tanınmalıdır (Smith 2001).

1. 7. 4. Sosyokültürel Boyut

Modernleşme ile beraber endüstri toplumu, millet-devlet anlayışı ve bireyselcilik karşısında kültürel değişimin sonucu olarak başlayan bir boyuttur (Ross 1988). Harvey'in (1989) değerlendirmesindeki; "Esnek bir rejime geçişin ve köklü değişmenin özünde moda, ürün, teknoloji üretimi, işgücü akımı, ideoloji ve görüş, değerler ve uygulama alanı bulmuş faaliyetler, tecrübeler yok olmuş, diğer bir ifadeyle geçici bir özellik taşımaktadırlar." sözleri endüstriyel toplumun kalıcı olan niteliksel değerlerin azalacağını öngörmektedir.

Değerlerin değişmesi ile kentleşme, bireyselleşme, yerelleşme ve dinsel ayrışma özelliklerinde ortaya çıkmaktadır. Yaşam çevresindeki ayrışım sosyal

soyutlanma ile sosyal bağların zayıfladığı komşulaşma kültürünün de soyutlandığı bir devir yaşanmaktadır. İnsanoğlunun yapısı tekil birey olarak yaşayabilecek yapıda olmadığından, yaşayan bir toplumun var olması için beraber yaşamayı ve çalışmayı benimsemesi gerekmektedir. Toplumun bireylerindeki benimseme için yaşam çevresine sahip çıkma bilinci yerleştirilmelidir. Kentlerimizin, kasabalarımızın, köylerimizin yaşanabilir olması için, toplumsal bir bilinç ve eğitim gereklidir. Eğitim vazgeçilmez bir olgu olarak karşımıza çıkar. Sosyal boyutta eğitim seviyesi yükseldikçe, yaşam kalitesine karşı toplumun tepkisi daha etkili ve daha bilinçli, ne istediğini bilen bir toplum olacaktır.

Bireysellikten sıyrılıp, toplumsal değerler ile ilişkili olmak için eğitimle bilinçlendirilmiş bir toplumda gerekli değerlerden biri kültürel mirasın korunmasının sağlanmasıdır. Gelişim sürecinde kültürel ve tarihi boyut en önemli anahtarlardan biridir (Ünal 2004). Bunları benimsemek yer duygusunun hissedilmesi ile alakalı bir durumdur. Yaşam kalitesine ilişkin sosyokültürel düşünceler evrensel nitelikte olmayıp çeşitli kültürlere sahip uluslar açısından farklılıklar arz edebilmektedirler. Bir ülkede bulunan farklı şehirlerde bile kriterlerin öncelik sıraları farklı olabilmektedir. Batı'nın iyi bir yaşam kalitesi olarak kabul ettiği şeyler Türkiye'de veya başka bir ülkede iyi kabul edilmeyebilir. Bundan dolayı kültürel görecelilik konusu önem kazanmaktadır (Mazumdar 2007).

1. 7. 5. Etik Boyut

Yaşamda bireysel durumun ilerlemesi ve genişletilmesi için diğer bireylerle ilişkiye girmek zorunluluğu bulunmaktadır. Toplumsal ilişkilerde sosyal boyut, etik boyutun kapsamında yer alır ve ona göre şekillenir. Platon ve Aristoteles, devlet-toplum-birey kurgusunda devletin iyi bir ahlak bilinçlendirmesi ile bu zincirin güçlenebileceğine ifade etmektedirler. Toplumsal olarak bahsettiğimiz sosyal ilişki de ahlakın eksikliği, benlik ve insan olma duygusunun yitimi yönünde olur. Kant ahlakın kendisi hakkında doğru yargıda bulunmayı mümkün hale getiren bir kılavuz ile üstün bir kural olmadığı sürece, her tür bozulma tehlikesiyle karşı karşıya olduğu kendisinden vazgeçilmeyecek kadar gerekli olduğunu vurgulamaktadır.

Yaşam çevremiz için sorumluluk alınacaksa bunun temellendirilmesi etik değerler üzerine olmalıdır. Yaşam çevresinin şekillenmesi, ahlaki değerlerin

önemsendiği antik dönemde bir tapma niteliğinde olduğundan büyük bir özveri ile yapılmaktaydı. Ahlaksal öğretilerle beraber çevreye verilen değer arttırılıp, yaşamsal öze bir vurgu yapılabilir. İnsanın doğaya karşı davranışı temelinde ahlak ilkeleri ve başkalarının sahip olduğu haklar yer alır. Bu yaklaşım Kant felsefesinde "kesin buyruk" olarak isimlendirilmektedir. Yaşam kalitesinin oluşumunda etik değerler aslında soyut olmasına rağmen toplumun temelini oluşturur.

1. 8. İş Doyumu Kavramı

1. 8. 1. İş Doyumunun Tanımı

İş doyumu kavramı, 1920'lerde ortaya çıkmıştır. 1930'larda Elton Mayo'nun Hawthorne araştırmalarıyla literatürde sıkça incelenmeye başlanan konulardan olmuştur. İş doyumunun önemi 1940'lı yıllarda tam olarak fark edilmeye başlanmıştır (Eğinli 2009; Taş, Önder 2010).

Örgütlerin istenen seviyede başarı göstermesini ve mevcut kaynaklardan üst düzeyde verim almasını sağlayan birincil kaynağın çalışan, yani insan olduğu varsayılmaktadır. İnsan, örgütsel hedeflerin başarı ya da başarısızlıkla sonuçlanmasının önemli etkenlerinden biridir. Buna istinaden çalışanların işe karşı tutumları ve işten aldıkları doyum üzerine çalışmalar yapılmaya ihtiyaç duyulmuştur (Taşdan, Tiryaki 2008; Yılmaz 2017).

İş doyumunun gerçekleşmesi durumunda elde edilecek yönetsel ve davranışsal sonuçlar örgütü olumlu yönde etkilemektedir. İş doyumu, güncel yönetim stratejilerinin önemli etkenleri arasında olmakla birlikte aynı zamanda ahlaki ve sosyal bir sorumluluktur. İnsan için çalışmak zaruri bir ihtiyaçtır. İş gören çalışma isteğiyle hayatının önemli bir kesimini örgüt içerisinde geçiriyorsa, işverenin de örgütü ödüllendirici ve çekici bir ortam haline getirmesi gerekmektedir (Aşık 2010).

İnsanların yaşamı devam ettirebilmek, fizyolojik ihtiyaçları karşılayabilmek amacıyla zamanlarının büyük bir kısmını geçirdikleri yer işyeridir. İş doyumu dendiğinde insanların gerek ekonomik gerekse psikolojik olarak etkileşimde olduğu, işe karşı geliştirdiği genel tutum akla gelmektedir. Çalışanların huzurlu ve verimli olabilmek adına işi ve iş çevresini değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan en tipik duygusal tepki iş doyumudur. İş ve çalışan arasında uyumun sağlanması ve mesai

arkadaşları arasındaki ilişkiler iş doyumunu etkileyen etkenlerin başında gelmektedir. İş doyumu çalışanın işe devamlılığı, bağlılığı, verimliliği üzerinde etkili olan en önemli etkenlerden biri olup aynı zamanda çalışanın yaptığı işten duyduğu mutluluk düzeyinin de bir göstergesidir (Gülnar 2007).

İnsan yaşamında son derece önem arz eden iş, gününün önemli bir kısmını iş yerinde geçiren insan için takriben 20-25 yıl sürmektedir. Bireyin mutlu olması için işten sağladığı doyumun sağlanması insanın organik ve psikolojik varlığı bakımından son derece önemlidir (Telman, Ünsal 2004).

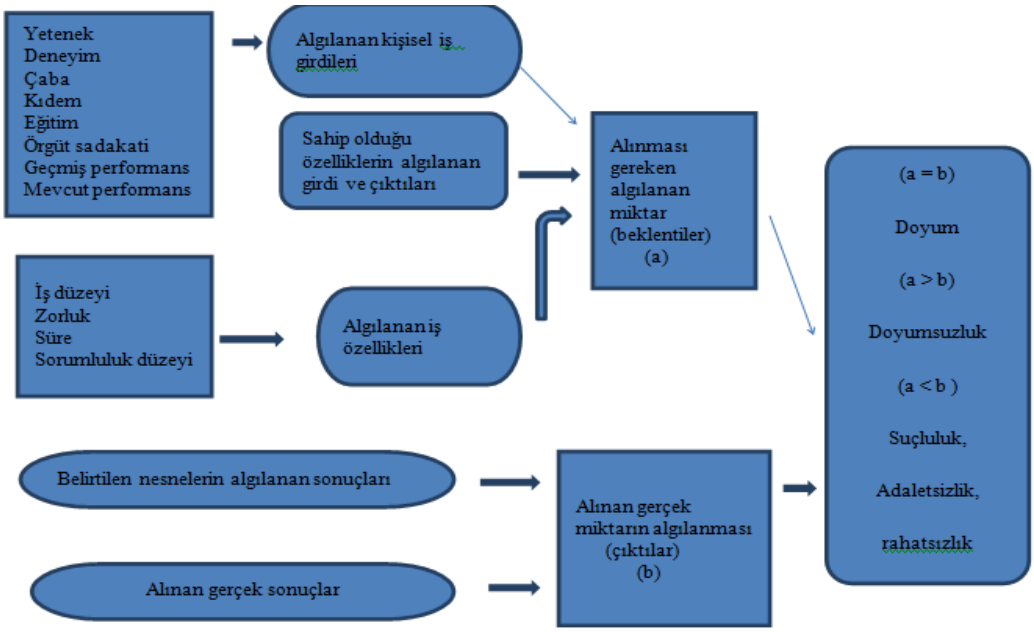
1. 8. 2. İş Doyumuna Etki Eden Faktörler

İş görenlerin çalışma hayatında iş doyumuna katkı sağlamada;

- Örgütsel etmenler (ücret, kariyer, vb.),
- Grup etmenleri (gruplar arasındaki sosyal ilişkiler, hiyerarşi, vb.)
- Bireysel etmenlerin (kişilik, tutum, yetenek, yaş, cinsiyet, eğitim ve beklentiler, vb.) etkili olduğu söylenebilir (Eren 2001).

Bundan farklı olarak bazı araştırmacılar iş doyumunun gerek içsel (işin kendisi, kişisel gelişim ve başarı için sağladığı olanaklar) gerekse dışsal ödüller (ücretten duyulan memnuniyet, şirket politikaları / uygulamaları ve desteği, amir ve çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkiler, terfi ve ilerleme olanakları gibi) vasıtasıyla meydana gelen bir durum olduğu hususunda hemfikirdirler (Weiss vd.1976; Akt, Uysal 2007).

Çalışanların yapılan işten duyduğu tatmin, yapılan işten beklentiler karşılandığında gerçekleşmektedir. Bu tatmin kişiden kişiye değişiyor olup iş tatminini etkilemede daha birçok farklı faktörün bulunduğu söylenebilir.



Şekil 1. 8. 2. 1. İş Doyumunun Belirleyicileri.

Kaynak: Lawler, Edward E. (1994), Motivation in Work Organizations, 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, s. 97.

İş doyumu ile ilgili belirleyicilik özelliği olan unsurlar Şekil 1.8.2.1'de sunulmuştur (Lawler 1994). Şekil 1'de bireyin kişisel (yetenek, deneyim, çaba, yaş, eğitim vb.) ve işin (iş düzeyi, zorluk derecesi, işin sorumluluk derecesi vb.) özelliğine göre algılamış olduğu kişisel iş girdisi ve özellikleri, sahip olunan özeliklerin algılanmış girdi ve çıktıları işle ilgili beklentilerin şekillenmesinde yardımcı olmaktadır. Birey işe yönelik beklentileri ile gerçek iş çıktılarını mukayese etmektedir. Beklentilerin çıktılarla eşit olduğu durumda (a = b) doyum, beklenti seviyesi çıktılardan yüksek olduğunda da doyumsuzluk (a > b) ve beklentiler iş çıktılarından düşük çıktığında ise (a < b) bireylerde suçluluk, adaletsizlik ve rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır (Lawler 1994).

1. 9. Tükenmişlik Kavramı

1. 9. 1. Tükenmişlik Tanımı

Tükenmişlik; bitmişlik veya güçsüzlük şeklinde tanımlanmaktadır. Bu kavram ilk kez Freudenberger (1974) tarafından kullanılmış olup kendi iradesiyle çalışan sağlık personellerinde görülen düş kırıklığı, takatsizlik ve işi terke yönelten bir tepkime olarak ifade edilmiştir. Freudenberger'e göre tükenmişlik, başaramama,

yılma, performans düşüklüğü veya gerçekleştirilememiş istekler sonucu bireyin yaşadığı bitmişlik halidir (Göktepe 2016).

Bir diğer tanımda tükenmişlik başarısız olma, yıpranma, aşırı yüklenme sonucunda güç ve enerji kaybına uğrama ya da karşılanamamış isteklerin bir sonucu olarak bireyin iç kaynaklarının tükenmesi halidir. Tükenmişliğin literatürde çok sayıda tanımına rastlanmaktadır. Maslach'a göre (2003) tükenmişlik, işyerinde stresin artmasına neden olan unsurlara bir tepki olarak uzun vadede ortaya çıkan psikolojik bir sendromdur. Pines ve Aranson' göre (1988) tükenmişlik; duygusal talep gerektiren hallere uzun süre maruz kalmış olmanın yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel açıdan tükenme durumudur (Schaufeli, Dierendonck 1993).

Günümüzde en tipik sosyal problemlerden biri olan tükenmişlik son dönem çalışmalarda ilgi odağı haline gelen bir konudur. Tükenmişlik ruhsal ve fiziksel enerjinin tükenmesi anlamına gelmektedir. Tükenmişlikle ilgili önem arz eden hususlardan biri tükenmişliğin insan ilişkilerinin yoğun olduğu meslek gruplarında daha yaygın bir şekilde görülüyor olmasıdır. Bireyin kendini başarısız ve yorgun hissetmesi, yaratıcılık ve işe bağlılık ile ilgili kayıplar gibi davranış değişikliklerinin yaşandığı durumlar tükenmişlik olarak algılanabilir. Yapılan çalışmalar sağlık çalışanı, öğretmen, polis ve avukat gibi insan ilişkilerinin yoğun olduğu mesleklerde tükenmişliğin daha fazla ortaya çıktığına dikkat çekmektedir (Yıldız 2015).

Tükenmişlik, duygusal çaba harcanması gereken çalışma şartlarına uzun süre maruz kalan bir çalışanda meydana gelen fiziksel, duygusal ve zihinsel açıdan tükenme halidir (Yürür, Sarıkaya 2011).

1. 9. 2. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler

Çalışanların tükenmişlik sendromu yaşamasının tek bir nedeni yoktur. Beemsterboer ve Baum sıklıkla tükenmişliğe neden olan bazı faktörleri:

- Yetersiz ücret,
- Aşırı çalışma,
- Kariyerin sona ermesi,
- Meslektaşlarla çatışma,
- Müracaatçılar ve süpervizörlerce yapılan taktiklerin azalması,

- Güçsüzlük,
- Müracaatçıların ihtiyacını karşılayamayan sorumsuz bir sistem (yapı),
- Zayıf olan örgütsel yapıyı düzenlemede bazı boşluklar,
- Amirlerle çatışma şeklinde sırlamışlardır (Işıkhan 2010).

Tükenmişliği yaşayan çalışanda işe geç gelme, işten uzaklaşma, işten doyum almama, müracaatçılarıyla ilgilenmeme ve onlara arzu edilen hizmeti sunmama yönünde davranışlar gelişir. Müracaatçıya karşı olumsuz, yargılayıcı ve soğuk davranışlar göstermenin yanı sıra. Müracaatçının sorununu çözmede kendini yetersiz hissetme duygusu da baş gösterir. Mesleki tükenmişliğin göstergeleri olan bu durumların temel kaynaklarından biri de mesleğin bir gereği olarak insanlarla sürekli ilişki halinde olmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan strestir (Işıkhan 2010).

Tükenmişliğe neden olan faktörler bireysel ve örgütsel faktörler olmak üzere iki grupta incelenebilir. Demografik faktörler, kişilik yapısı, dış kontrol odaklı olma, beklenti düzeyi, işe karşı aşırı ilgi bireysel faktörlere örnek olarak verilebilirken; iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet ve değerler de örgütsel faktörlere örnek verilebilir (Yıldız 2015).

Bireylerin eğitim düzeyi tükenmişlik açısından önem arz eden bir diğer unsurdur. Bu konuyla ilgili çalışmalarda elde edilen sonuçlarda bir fikir birliğine varılmadığı görülmektedir. Bu çalışmaların büyük bir kısmı eğitim düzeyi arttıkça tükenmişlikle mücadelede başarı sağlanacağı ve eğitim düzeyi ile tükenmişlik arasında zıt yönlü bir ilişki olacağı varsayılsa da sonuçlar incelendiğinde eğitim düzeyi ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü bir ilişki ortaya çıktığı gözlenmiştir. Bu sonuç eğitim düzeyindeki artışla birlikte stres yaratan durum ve sorumluluklarla karşılaşma olasılığının artmasıyla açıklanabilir (Çimen 2000; Maslach vd. 2001).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2. 1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

2. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışmanın Konya ili merkezinde üçüncü basamak hastanelerinden olan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılması planlanmıştır. Hastane Selçuklu ilçesinde konumlanmış olup 130.000 metrekarelik kapalı ve 160.000 metrekarelik açık alana sahiptir. Hastane 22 ameliyathane salonunu bünyesinde barındırmaktadır. Ayrıca 934 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede 32 tıbbi bölüm bulunmakta olup bu bölümlerde hemşire, ebe ve sağlık teknisyenlerinden oluşan 500 sağlık personeli görev yapmaktadır.

2. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde sağlık çalışanı olarak evren 203 kişi 4A, 201 kişi 4B ve 96 kişi 4D grubu toplam 500 kişiden oluşmaktadır. Bu çalışanlar ebe hemşire ve sağlık teknisyenlerinden oluşmaktadır. Çalışanlar yüzlerce çalışanın bulunduğu hastanede kümelere göre örnekleme yöntemi ile sağlık çalışanları arasından rastgele seçilmiştir.

2. 4. Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçimi

Bu çalışmanın örneklem büyüklüğü %5'lik hata payı ve güvenilirlik düzeyi % 95 olarak alındığında 500 kişilik bir evren için Belirli evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklükleri tablosuna göre 200 sağlık çalışanıdır (Sekaran 1992). Hedef kitle incelendiğinde Örnekleme tekniklerinden çalışmaya en uygun olanı Kümelere göre örnekleme olarak tespit edilmiş ve buna uygun şekilde sağlık çalışanı olmak grubun ortak özelliği olarak belirlenmiştir.

2. 5. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Hipotezleri

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi ve çalışanların bireysel ve demografik özellikleri ile çalışma yaşam

kalitesi düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığının ortaya konması amaçlanmaktadır. Türkiye'de sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitelerine ilişkin yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu araştırma literatürdeki bu boşluğa katkıda bulunmaya çalışmaktadır. Araştırma kapsamında aralarında anlamlı bir fark olup olmadığına yönelik aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

H_0: Sağlık çalışanlarının tanıtıcı özellikleriyle çalışma yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

H_1: Sağlık çalışanlarının en az bir tanıtıcı özelliğiyle çalışma yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

2. 6. Araştırmanın Önemi

Ballou ve Godwin (2007), çalışma yaşam kalitesi ile iş gayreti ve performans, örgütsel kimlik, iş doyumu ve işe bağlılık gibi çeşitli organizasyonel faktörler arasında ilişki olduğunu ileri sürmektedirler. Araştırmacılar ayrıca çalışma yaşam kalitesinin yalnızca çeşitli organizasyonel sonuçları etkilemediğini, bunun yanı sıra çalışma yaşamı dışındaki bireysel yaşamın önemli bir etkileyicisi olduğunu ve çalışanların yaşam memnuniyetinin, sağlığının ve psikolojik iyilik halinin de önemli bir göstergesi olduğunu belirtmektedirler.

Sağlık çalışanlarının iş çevrelerinin onların hastalanmalarına, sakatlanmalarına ve işe devamsızlıklarına neden olabileceği ve bu durumun da bireye sunulan sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde önemli bir rol oynadığı görülmektedir (Horrigan 2013). Ayrıca yapılan çalışmalar ile çalışma yaşam kalitesi ile motivasyon arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu da belirlenmiştir (Memiş 2015). Bu yönleriyle değerlendirildiğinde yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeyine yönelik çalışmalar çalışanlar açısından önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

2. 7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Bu çalışma kapsamında Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 200 sağlık çalışanına anket uygulanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında uygulanan anket formu Ek A'da yer almaktadır. Araştırmanın örneklemini hemşire, ebe ve sağlık teknisyenleri oluşturmaktadır. Uygulanan anketler SPSS 23 paket programı vasıtasıyla analiz edilmiştir.

2. 7. 1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu sosyo-demografik özellikler (4 soru), çalışanların işyeri özellikleri ile ilgili (6 soru), çalışanların çalışma şartları ile alakalı (15 soru), toplam 25 sorudan oluşmaktadır.

Sosyodemografik sorular çalışanların yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumunu belirlemeye yöneliktir.

Çalışanların işyeri özellikleriyle ilgili sorular işyerinde çalışılan birimi, hangi unvan ile çalışıldığını, kadrolu mu yoksa sözleşmeli mi çalışıldığını, ne kadar süredir çalışıldığını, çalışanların bulundukları birimde ne kadar süre çalıştıklarını ve düzenli mesai şeklinde mi düzensiz saatler şeklinde mi çalıştıkları ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Çalışanların çalışma şartları ile alakalı sorularda haftalık çalışma saatleri, kurumdaki fiziksel koşulların yeterli olup olmayışı, kişisel ihtiyaçlar için kısa süreli izin alabilme olanaklarının olup olmadığı, işin yapılmasında yeterince destek alabilme durumu, işyerinde yeterli teknolojik ekipmanın bulunma durumu, yeterli çalışan olup olmadığı ile ilgili sorular içermektedir. Ayrıca anket formunda çalışanların sahip olduğu eğitime uygun birimlerde çalışma durumları, çalışanların işi yaparken kendi fikirlerini uygulayabiliyor olup olmama durumu, çalışanların işle ilgili değişikliklerden haberdar olma durumu, çalışanların işle ilgili eğitim faaliyetlerine katılma imkânlarına sahip olma durumu ile ilgili sorular bulunmaktadır. Ek olarak işyerindeki terfi olanakları, işyerinde ayrımcılık olup olmaması, çalışanların uzaktan işi yönetme imkânına sahip olup olmaması, iş koşullarının aile yaşamını etkileyip etkilemediği ve işten ayrılmayı düşünüp düşünme ile ilgili sorular bulunmaktadır.

2. 7. 2. Ölçek Formu

Araştırma verileri 30 madde ve üç alt boyuttan oluşan B. Hudnall Stamm tarafından geliştirilen, Yeşil ve ark. Tarafından Türkçe' ye uyarlanan Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeğinden yararlanılarak elde edilmiştir. Mesleki tatmin(compassion satisfaction) alt ölçeklerden ilkidir ve çalışanın kendi mesleği veya işiyle ilgili bir alanda yardıma ihtiyaç olan bir başka kişiye yardım etmesi

sonucunda duyduğu tatmin ve memnuniyet duygusunu ifade eder. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygu- sunun düzeyini gösterir. Ölçekteki 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler mesleki tatmini ölçen maddelerdir. Ölçeğin alpha güvenilirlik değeri 0,87'dir. İkinci alt ölçek olan tükenmişlik(burnout) alt ölçeği, umutsuzluk, iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusunu ölçen bir testtir. Bu ölçekten alınan yüksek puan, tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekteki 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeler tükenmişliği ölçen maddelerdir. Üçüncü ölçek olan eşduyum yorgunluğu (compassion fatigue) alt ölçeği, stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmek için oluşturulmuş bir testtir. Bu ölçekten yüksek puan alan çalışanlara bir destek veya yardım alması önerilmektedir.

Ölçeğin alpha güvenilirlik değeri 0,80 olarak belirlenmiştir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddeler bu durumu ölçmek için geliştirilmiş maddelerdir. Ölçekten elde edilen puanların değerlendirilmesi aşamasında 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters çevrilerek hesaplanması gereken maddelerdir. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi "Hiçbir zaman" (0) ile "Çok sık" (5) arasında değişen altı basamaklı bir çizelge üzerinden yapılmıştır (Yeşil 2010).

Son olarak bu çalışmada kullanılan ölçeğin güvenilirlik analizine yer verilmiştir. Güvenilirlik analizi, daha önceden belirlenmiş bir ölçek türüne göre hazırlanmış ankete verilen yanıtların tutarlılığını ölçer. Burada tutarlılıktan kasıt, sadece ölçeğe uygun olarak sıralanabilir (ordinal scale) yanıtlar içeren sorulara verilen yanıtların tutarlılığıdır. Güvenilirlik analizi için kullanılan temel analiz Cronbach alpha (α) değerinin bulunmasıdır. Her bir madde için tek bir α değeri olabileceği gibi, tüm soruların ortalama bir α değeri de olabilir. Tüm sorular için elde edilen α değeri o anketin toplam güvenilirliğini gösterir ve 0,7'den büyük olması beklenir, bu değerden düşük α değerleri anketin zayıf güvenilirliği olduğunu gösterir, α>0,8 olması ise anketin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Cronbach's alpha hesaplaması tüm alt ölçeklere göre yapılmıştır. Bu çalışmada kullanılan ölçeğin üç alt boyutu bulunduğundan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alpha) 0,72 olarak bulunmuştur. Mesleki tatmin alt ölçeğinin Cronbach's alpha değeri 0,828, tükenmişlik alt ölçeğinin Cronbach's alpha değeri

0,578 ve eşduyum alt ölçeğinin Cronbach's alpha değeri 0,649 olarak bulunmuştur. Güvenilirliğe ilişkin katsayıyı değerlendirdiğimizde anketin mesleki tatmini ölçmeye yönelik alt ölçeğinin güvenilirlik düzeyinin yeterli olduğu ($\alpha>0,7$) ancak tükenmişlik ve eşduyum ölçeklerine göre güvenilirlik düzeyinin yeterli olmadığı söylenebilir. Tükenmişlik alt ölçeğine göre herhangi bir soru çıkarılsa bile yeterli güvenilirlik düzeyine ulaşılamadığı görülürken, eşduyum alt ölçeğine ilişkin 2. Soru çıkarıldığında alt ölçeğin güvenilirlik düzeyinin $\alpha=0,814$ değerine ulaştığı gözlenmektedir.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya dâhil edilen sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımlarına ve memnuniyet/yaşam kalitesi alt ölçekleri ekseninde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığına ilişkin analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Çalışmada elde edilen analiz sonuçları şu şekildedir.

3. 1. Frekans Dağılımları

Bu bölümde araştırmaya dâhil edilen sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, tecrübe, kurumda çalışma süresi, çalışma düzeni, çalışma saatleri ve fiziki şartlar hakkındaki görüşlerine ilişkin frekans dağılımlarına yer verilmiştir.

Çizelge 3. 1. 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri (n=200).

	n	**%**
Yaş		
18-25	25	12,5
26-35	110	55
36-45	61	30,5
46 ve üzeri	4	2
Cinsiyet		
Erkek	70	35
Kadın	130	65
Medeni Durum		
Evli	139	69,5
Bekar	61	30,5
Eğitim Düzeyi		
Lise	58	29
Lisans	90	45
Yüksek Lisans	32	16
Doktora	20	10

Çizelge 3. 1. 1 (Devam).

	n	%
Unvan		
Sağlık Memuru	36	18
Hemşire/Ebe	131	65,5
Sağlık Teknisyeni	33	16,5
Çalışma Durumu		
Kadrolu	159	79,5
Sözleşmeli	41	20,5
Tecrübe		
1-5	99	49,5
6-10	53	26,5
11-15	29	14,5
16 ve üzeri	19	9,5
Kurumda Çalışma Süresi		
1-5	141	70,5
6-10	48	24
11-15	11	5,5
Çalışma Düzeni		
Düzenli Mesai	114	57
Düzensiz Çalışma	86	43
Çalışma Saatleri		
40-45 Saat	69	34,5
45-60 Saat	83	41,5
60 Saatten Fazla	48	24
Fiziki Şartlar		
Yeterli	51	25,5
Yetersiz	66	33
Kısmen Yeterli	83	41,5

Çizelge 3.1.1'de araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının yaş dağılımı incelendiğinde, çoğunluğu 110 kişi (%55) ile 26-35 yaş arasındakilerin oluşturduğu gözlenmektedir.

Çalışanların cinsiyet dağılımı incelendiğinde 70 (%35) kişinin erkeklerden 130 (%65) kişinin de kadınlardan oluştuğu gözlenmektedir. Kadınların sayıca daha

fazla olmalarının nedeni araştırmaya dâhil edilenler içerisinde çoğunluğun hemşirelerden oluşmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışanların medeni durumlarıyla ilgili dağılıma bakıldığında 139 (%69,5) evli 61 (%30,5) ise bekâr olduğu görülmektedir.

Çalışanların eğitim düzeyi ile ilgili dağılım incelendiğinde araştırmaya dâhil edilenlerin çoğunluğunun % 45'inin (90 kişi) lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Çalışanların unvan bilgileriyle ilgili dağılımı incelediğimizde 36 kişinin (%18) sağlık memuru, 131 kişinin (65,5) hemşire/ebe, 33 kişinin (%16,5) sağlık teknisyeninden oluştuğu görülmektedir.

Araştırmaya dâhil edilen çalışanların büyük bir çoğunluğu 159 kişi (%79,5) kadrolu, 41 kişinin ise (%20,5) sözleşmeli olarak çalıştığı görülmektedir.

Çalışanların meslekteki tecrübe sürelerine ilişkin dağılım incelendiğinde 1-5 yıl arasında tecrübeye sahip olanlar (%49,5) ile çoğunluğu teşkil etmektedirler. Bu da araştırmaya dâhil edilenlerin mesleki tecrübe bakımından genel itibariyle başlangıç düzeyinde oldukları anlamına gelmektedir.

Bulundukları kurumdaki çalışma süreleri bakımından incelendiklerinde ise ilgili oran yine büyük bir çoğunluğu teşkil edecek şekilde 141 kişi (%70,5) 1-5 yıl arasında çalışanlardan oluşmaktadır.

Araştırmaya dâhil edilenlerin 114'ü (%57) düzenli mesai koşullarında çalışırken 86'sı ise (%43) düzensiz çalışma saatleri şeklinde bir çalışma koşuluna sahiptirler.

Araştırmaya dâhil olanların haftalık çalışma süreleri incelendiğinde 40-45 saat arasında çalışan 69 kişi (%34,5), 45-60 saat arasında çalışan 83 kişi (%41,5) ve 60 saatten fazla çalışan 48 kişi (%24) olduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya dâhil edilenlerin çalışma ortamlarındaki fiziki şartlara ilişkin verdikleri cevaplar incelendiğinde 51 kişi (%25,5) fiziki şartları yeterli, 66 kişi (%33) yetersiz ve 83 kişi de (%41,5) kısmen yeterli olarak değerlendirilmektedir.

3. 2. Yaşam Kalitesi ve Memnuniyet Eksenli Analiz Sonuçları

Araştırmada kullanılan anket soruları çalışanların memnuniyet düzeyi ve yaşam kalitelerini ölçmek üzere ölçeklendirilmiş olup demografik değişkenler ekseninde analiz edilmişlerdir. Analizlerde ortaya çıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Çizelge 3. 2. 1. Katılımcıların yaşına göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımı.

		n	$\bar{X}$	SS	F	p
Mesleki Tatmin	18-25	25	3,0611	,84793		
	26-35	110	3,1875	,86190		
	36-45	61	3,1205	,87060	,530	,663
	46 ve üzeri	4	2,6000	,88882		
	Toplam	200	3,1393	,85904		
Eş duyum	18-25	25	2,3278	,97245		
	26-35	110	2,1150	1,04253		
	36-45	61	1,7977	,92548	1,508	,215
	46 ve üzeri	4	2,0000	1,08167		
	Toplam	200	2,0428	1,00566		
Tükenmişlik	18-25	25	2,6412	,60110		
	26-35	110	2,7663	,65254		
	36-45	61	2,6023	,63520	,657	,580
	46 ve üzeri	4	2,7333	1,09697		
	Toplam	200	2,7007	,64780		

Katılımcıların memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinde yaşa göre anlamlı düzeyde fark olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre çalışanların memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinde yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Çizelge 3.2.1).

Çizelge 3. 2. 2. Katılımcıların cinsiyete göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımı.

	Cinsiyet	**n**	$\bar{X}$	**SS**	**t**	**p**
Mesleki Tatmin	Erkek	70	3,2451	,85494	,093	,276
	Kadın	130	3,0819	,86035		
Eş duyum	Erkek	70	2,1431	,88978	,885	,378
	Kadın	130	1,9883	1,06386		
Tükenmişlik	Erkek	70	2,7863	,65147	,176	,242
	Kadın	130	2,6538	,64447		

Katılımcıların cinsiyete göre yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla t testi uygulanmış olup ($p<0,05$) anlam düzeyinde cinsiyet ve memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (Çizelge 3.2.2).

Çizelge 3. 2. 3. Katılımcıların medeni durumuna göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımı.

	Medeni hal	**n**	$\bar{X}$	**SS**	**t**	**p**
Mesleki Tatmin	Evli	139	3,1545	,88176	,321	,749
	Bekâr	61	3,1045	,81325		
Eş duyum	Evli	139	2,0089	,91336	,613	,541
	Bekâr	61	2,1205	1,19914		
Tükenmişlik	Evli	139	2,7050	,65244	,120	,904
	Bekâr	61	2,6907	,64432		

Çizelge 3.2.3 incelendiğinde katılımcıların medeni durumuna göre memnuniyet düzeylerini araştırma amacıyla t testi uygulanmıştır. Çalışanların medeni durumu ve yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Çizelge 3. 2. 4. Katılımcıların eğitim düzeyine göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımı.

		n	$\bar{X}$	SS	F	p
Mesleki Tatmin	Lise	58	3,2643	,81982	,032	,380
	Lisans	90	3,0400	,83213		
	Yüksek Lisans	32	3,0435	,94860		
	Doktora	20	3,3667	,93783		
	Toplam	200	3,1393	,85904		
Eş duyum	Lise	58	1,9952	,86107	,098	,961
	Lisans	90	2,0815	1,13439		
	Yüksek Lisans	32	1,9870	,97015		
	Doktora	20	2,0933	,92077		
	Toplam	200	2,0428	1,00566		
Tükenmişlik	Lise	58	2,7524	,63100	,498	,497
	Lisans	90	2,6563	,66664		
	Yüksek Lisans	32	2,6043	,62120		
	Doktora	20	2,8933	,66490		
	Toplam	200	2,7007	,64780		

Çizelge 3.2.4'te eğitim düzeyine göre memnuniyeti belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Çalışanların eğitim düzeyi ve yaşam kalitesi/memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Çizelge 3. 2. 5. Katılımcıların unvanına göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımı.

		n	$\bar{X}$	SS	F	p
Mesleki Tatmin	Sağlık Memuru	36	2,9423	1,08228	,788	,535
	Hemşire/Ebe	131	3,1841	,78826		
	Sağlık Teknisyeni	33	3,3045	,77796		
	Toplam	200	3,1393	,85904		
Eş duyum	Sağlık Memuru	36	2,1385	1,40885	1,938	,507
	Hemşire/Ebe	131	1,9275	,93445		
	Sağlık Teknisyeni	33	2,4045	,86876		
	Toplam	200	2,0428	1,00566		
Tükenmişlik	Sağlık Memuru	36	2,6038	,83450	1,527	,598
	Hemşire/Ebe	131	2,7529	,56078		
	Sağlık Teknisyeni	33	2,7636	,68002		
	Toplam	200	2,7007	,64780		

Katılımcıların unvanına göre memnuniyet-yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tek yönlü varyans analizi ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre unvan ile yaşam kalitesine ilişkin anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (Çizelge 3.2.5).

Çizelge 3. 2. 6. Katılımcıların çalışma düzenine göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımı.

	Çalışma düzeni	*n*	$\bar{X}$	*SS*	*t*	*p*
Mesleki Tatmin	Düzenli Mesai	114	3,1133	,84331	-,421	,674
	Düzensiz Çalışma Saatleri	86	3,1742	,88539		
Eş duyum	Düzenli Mesai	114	1,9687	,91424	-1,027	,306
	Düzensiz Çalışma Saatleri	86	2,1419	1,11643		
Tükenmişlik	Düzenli Mesai	114	2,6500	,67390	-1,081	,282
	Düzensiz Çalışma Saatleri	86	2,7677	,61050		

Katılımcıların çalışma düzenine göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımını ölçmek amacıyla t testi uygulanmıştır. Bu bakımdan çalışma düzenine göre yaşam kalitesi-memnuniyet düzeyinde istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çizelge 3. 2. 7. Katılımcıların çalışma ortamlarının fiziki şartlarına göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımı.

		n	***X̄***	***SS***	***F***	***p***	***Post-hoc***
Mesleki Tatmin	Yeterli[1]	51	3,3270	,81501	2,974	,054	
	Yetersiz[2]	66	2,9042	,86687			
	Kısmen Yeterli[3]	83	3,2117	,85134			
	Toplam	200	3,1393	,85904			
Eş duyum	Yeterli[1]	51	1,8162	,77442	3,201**	**,044**	**1<2** **1<3**
	Yetersiz[2]	66	1,9125	,89243			
	Kısmen Yeterli[3]	83	2,2867	1,16684			
	Toplam	200	2,0428	1,00566			
Tükenmişlik	Yeterli[1]	51	2,5639	,64105	1,206	,302	
	Yetersiz[2]	66	2,7104	,66276			
	Kısmen Yeterli[3]	83	2,7750	,63743			
	Toplam	200	2,7007	,64780			

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının fiziki şartlarına göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımını ölçmek amacıyla tek yönlü varyans analizi ANOVA testi uygulanmıştır. Eş duyum alt ölçeğine göre fiziki şartları yeterli, yetersiz veya kısmen yeterli görenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post-hoc testi uygulanmıştır. Gruplardaki gözlem sayıları eşit olmadığından Sheffe metodu kullanılmıştır (Çizelge 3.2.7).

Çizelge 3. 2. 8. Katılımcıların çalışma saatlerine göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımı.

		n	$\bar{X}$	*SS*	*F*	*p*	*Post-hoc*
Mesleki Tatmin	40-45 Saat[1]	69	3,1020	,78934	,436	,647	
	45-60 Saat[2]	83	3,2167	,93286			
	60Saatten Fazla[3]	48	3,0600	,83568			
	Toplam	200	3,1393	,85904			
Eş duyum	40-45 Saat[1]	69	1,6540	,84786	6,148**	**,003**	**1<2** **1<3**
	45-60 Saat[2]	83	2,2683	1,16277			
	60Saatten Fazla[3]	48	2,2114	,74824			
	Toplam	200	2,0428	1,00566			
Tükenmişlik	40-45 Saat[1]	69	2,5939	,63061	1,705	,186	
	45-60 Saat[2]	83	2,6967	,69183			
	60Saatten Fazla[3]	48	2,8571	,57563			
	Toplam	200	2,7007	,64780			

Çalışanlarının çalışma saatlerine göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımını ölçmek amacıyla tek yönlü varyans analizi ANOVA testi uygulanmıştır. Çalışma düzeni ve yaşam kalitesi arasında eşduyum alt ölçeği çerçevesinde 40-45 saat çalışanlar ile 45-60 saat arası ve 60 saatten fazla çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post-hoc testi yapılmıştır. En esnek ve Alpha hata payını kontrol altında tutabilen metot olması sebebiyle Post-hoc türlerinden Scheffe metodu uygulanmıştır (Çizelge 3.2.8).

Çizelge 3. 2. 9. Katılımcıların tecrübesine göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımı.

		n	$\bar{X}$	*SS*	*F*	*p*
Mesleki Tatmin	1-5	99	3,0611	,91599		
	6-10	53	3,2395	,85726		
	11-15	29	3,1048	,79465	,587	,624
	16 ve üzeri	19	3,3214	,65419		
	Toplam	200	3,1393	,85904		
Eş duyum	1-5	99	2,0347	1,08318		
	6-10	53	2,0605	,92723		
	11-15	29	1,8571	,73659	,579	,630
	16 ve üzeri	19	2,3143	1,17333		
	Toplam	200	2,0428	1,00566		
Tükenmişlik	1-5	99	2,6167	,68813		
	6-10	53	2,7974	,57633		
	11-15	29	2,7238	,61636	,912	,437
	16 ve üzeri	19	2,8462	,66785		
	Toplam	200	2,7007	,64780		

Çizelge 3.2.9'a bakıldığında katılımcıların tecrübesine göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerini araştırma amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Araştırmaya dâhil eden çalışanların meslekteki tecrübe süreleri ve yaşam kalitesi/memnuniyet düzeyine göre istatiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Çizelge 3. 2. 10. Katılımcıların kurumda çalışma süresine göre memnuniyet ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımı.

		n	$\bar{X}$	*SS*	*F*	*p*
Mesleki Tatmin	1-5	141	3,1480	,85187	,333	,717
	6-10	48	3,1686	,88907		
	11-15	11	2,9000	,89443		
	Toplam	200	3,1393	,85904		
Eş duyum	1-5	141	1,9775	1,01873	,877	,418
	6-10	48	2,1571	,94504		
	11-15	11	2,3750	1,11323		
	Toplam	200	2,0428	1,00566		
Tükenmişlik	1-5	141	2,6235	,64011	2,536	,083
	6-10	48	2,8912	,59766		
	11-15	11	2,8750	,82419		
	Toplam	200	2,7007	,64780		

Çizelge 3.2.10 incelendiğinde sağlık çalışanlarının kurumda çalışma süresinin memnuniyet düzeyine etkisini ölçmek için ANOVA testi yapılmıştır. Araştırmaya dâhil edilen sağlık çalışanlarının bulundukları kurumda çalışma süresi ve yaşam kalitesi/memnuniyet ekseninde de istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4. TARTIŞMA

Laschinger vd. yüksek düzeydeki iş birliği ile iş doyumunun aynı yönlü bir ilişkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bodur vd. tarafından yapılan çalışmada, ekip çalışmasının ve kişiler arasındaki ilişkilerin de iş doyumu üzerinde olumlu etkileri olduğu vurgulanmaktadır. Özaltın (1997), tabip ve hemşirelerin yaş grubuna, hizmet süresine, aylık nöbet sayısına göre çalışma ortam ve koşullarından duyulan doyum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu tespit etmiştir. Aynı araştırmada ayrıca tabiplerin yaş grubu, medeni durumu, hizmet süresi, mesleki statüsü, görev yaptıkları birlik, rütbe ve aylık nöbet sayısına göre yönetim biçiminden duyulan doyum düzeyi arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Özaltın (1997)'ın diğer bulguları arasında kurumdan ayrılma niyeti ile genel iş doyum düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu, bunun dışında hem tabip ve hemşirelerin, işin tüm boyutlarında duyduğu doyum düzeyinin kurumdan ayrılma düşüncesi ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu yönündedir. Bu çalışmada Özaltın (1997) çalışmasıyla uyumlu olan ve olmayan sonuçlar elde edilmiştir. Ortaya çıkan farklılıkların nedenlerinden birisi araştırmanın yürütüldüğü kurum, il farklılığı ve örneklem grubunun yapısı olarak belirtilebilir.

Birçok gelişmiş ülkede yapılan araştırmalarda mesleki özerklik eksikliği, azalan kaynaklar, maaşların yüksek olmaması, acımasızca dayatılan değişiklikler ve medyada sürekli eleştiriler yapılması gibi etkenler öğretmenlerin iş doyumu düzeylerinin düşük olmasıyla ilişkili bulunmuştur (Zembylas 2005).

Kamu hastanelerinde yapılan bir çalışmada (Nur 2011), sağlık çalışanlarının cinsiyete göre iş doyumu puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir çalışmada (Eroğlu 2015), erkeklerin iş doyumu puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu fakat aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır. Sonakın (2010) tarafından sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmada ise kadınların iş doyumu puanlarının, erkeklerin iş doyumu puanlarından daha yüksek olduğu fakat bu durumun istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu araştırmada ise erkeklerin iş doyumu ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu fakat istatistiksel açıdan farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Samsun ilinde sağlık

çalışanları üzerinde yapılan (Keklik 2013) iş doyumu ile yaş grupları arasında istatistiksel açıdan fark olmadığını saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada (Sonakın 2010) sağlık çalışanlarında yaş arttıkça iş doyumunun da arttığını saptamıştır. Bu çalışmada ise yaş grupları ile iş doyumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ve 51- 65 yaş arasındakilerin iş doyumu puanlarının, 36-50 yaş arasındakilerin iş doyumu puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde iş doyumu puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çalışanlarda yaşam kalitesi ve memnuniyet ilişkisini farklı boyutlarda incelemiş uluslar arası literatürde yer alan çalışmalara ait genel bir literatür özeti Çizelge 4.1'de sunulmuştur. Çizelge 4.1 incelendiğinde yaşam kalitesinin farklı boyutları ekseninde yapılmış çalışmalar olmakla beraber çalışmaların büyük bir kısmının iş güvencesi, yönetsel davranış ve iş tatmini çerçevesinde yoğunlaştığı göze çarpmaktadır.

Çizelge 4. 1. Literatür Özeti.

Tarih	**Kaynak**	**Çalışma Yaşam Kalitesi Boyutları**
1975	Scobel	İş güvencesi, daha iyi ödüllendirme sistemleri, daha yüksek ücretler, gelişme için fırsat tanınması, katılımcı gruplar, artan organizasyonel üretkenlik
1983	Davis	Çalışma ve tüm iş ortamı arasındaki ilişkinin kalitesi(ekonomik ve teknik boyutlar dahil)
1984	Delamotte ve Takezawa	Çalışan problemlerinin iş tatmini ve üretkenliğe olan etkisi
1989	Balch ve Blank	Çalışanların organizasyonları içerisinde karşı karşıya oldukları durum ya da şartlar
1989	Hammer	İş güvenliği süreçlerin yeniden tasarlanması
1990	Schein	İşin çalışanın kariyer hedeflerini karşılama derecesi, iş tatmini
1992	Walton	Güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları, becerileri geliştirme ve kullanma fırsatları, sürekli gelişim ve iyileştirme fırsatları. Organizasyona sosyal entegrasyon, organizasyondaki yasalar, çalışma ve özel yaşam alanı, çalışma yaşamının sosyal boyutu, yeterli ve adil ücretlendirme
1992	Lawler	Yöntem anlayışı, ticari ilişkiler, organizasyon yapısı, işin tasarımı, takım çalışması, problem çözme

Çizelge 4. 1 (Devam).

Tarih	Kaynak	Çalışma Yaşam Kalitesi Boyutları
1992	Schreuder ve Flowers	Teknik ve fonksiyonel yeterlilik,genel yönetim yeterliliği, bağımsızlık, özerklik güvenlik/istikrar, girişimci yaratıcılık, hizmet duygusu ve bir amaca kilitlenme, yaşam biçimi
1995	Huselid	Eğitim, işe alma ve performans ölçümü
1995	Osterman	İş güvencesi
1997	Cohen ve diğ.	Çalışan devir oranı, iş tatmini, işe gelmeme, iş güvencesi
1998	May ve Lau	Ödüllendirme, İş güvencesi, Gelişme olanakları sağlayarak çalışan tatminini destekleme, uygun işyeri ortamı ve koşulları
1999	Danna Griffin	Yaşam doyumu, iş doyumu, ücret, çalışma arkadaşları ve denetimle ilgili memnuniyet
2000	Chen ve Farh	İş/yaşam dengesi, iş özellikleri, yönetsel davranış, ücret ve faydalar
2001	Sirgy ve diğ.	Çalışma ihtiyaçlarının tatmin edilmesi:sağlık ve güvenlik koşulları ,ekonomik ve aile ihtiyaçları, sosyal ihtiyaçlar, takdir/saygı görme ihtiyacı, gerçekleşme ihtiyacı, bilgi ihtiyacı, estetik ihtiyaçlar
2002	İmprovement of Living and Working Condition (EWON)	Sağlık ve iyilik hali, iş güvenliği, iş tatmini, beceri gelişimi ,iş ve günlük yaşam arasındaki denge
2003	Hanefah ve diğ.	Büyüme ve gelişme, katılım, fiziksel çevre, denetim, ödeme ve faydalar, işyeri entegrasyonu, sosyal ilişki
2005	Brooks ve Anderson	İş yaşamı/ev yaşamı, iş tasarımı, iş ortamı, iş dünyası

Aydın (2011) çalışmasında sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitelerini belirlemeye yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmiş; elde edilen bulgular sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalite düzeylerini değerlendirmek için geliştirilen ölçeğin uygun niteliklere sahip olduğunu göstermiştir. Geliştirilmiş olan ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenebilmesi için faktör analizi uygulanmıştır. Temel bileşen analizleri ile açıklayıcı faktör analizinde altı alt faktörün (iş kazası, meslek hastalıkları riski ve iş yerindeki fiziksel çalışma koşulları; iş yerinde ayrımcılık;

sürekli gelişme ve iyileşme fırsatları", organizasyona sosyal entegrasyon; iş stresi ve zaman baskısı; organizasyondaki yasalar) ortaya çıktığı görülmüştür. Faktörlerin tümünün varyansın %62,05'ini açıkladığı ve bunun sosyal bilimlerde açıklanan toplam varyansın %40 ile %60 arasında değer almasından hareketle ölçeğin gücünün yüksek olduğunu doğrulamıştır. Ölçekteki maddelere ait faktör yüklerinin de tek bir madde dışında literatürde yüksek bir değer olduğu varsayılan 0,60 değerinden yüksektir.

Kocaman (2017) hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı (SÇO) standartlarını belirlemek üzere yürütülen çalışmada yapılan iki Delphi turu sonrasında, hemşireler için SÇO'larını tanımlayan altı ana ve 35 alt standart belirlenmiştir. Bu standartlar "Hemşire İş yükü, Geliştirme ve Kariyer Planlama, Sosyal Haklar, İş Sağlığı ve Güvenliği, Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç Gereç; Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma, Etkili Yönetim ve Liderlik" olarak saptanmıştır.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5. 1. Sonuç

Çalışma ortamının sağlıklı ve güvenilir olması çalışanların sağlığı ve güvenliği bakımından olumlu olduğu kadar çalışanların iş verimini de olumlu etkilemekte ve çalışanların sosyal yaşamında, hizmet sunduğu alanlarda iyilik halinin devamı açısından son derece önemlidir. Hastanelerde sağlık ve güvenlik uygulamalarının geliştirmeye yönelik politikalar düzenlemek sağlık çalışanlarının sorunlarını çözmede kurumlar arası işbirliğinin sağlanması, sağlık çalışanlarının eğitim ile ilgili ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu doğrultuda girişimlerin yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmada bulgular kısmında görüldüğü üzere eşduyum alt ölçeğindeki çalışma saatleri ve fiziki şartları algılama değişkenlerine göre çalışanların yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının en az bir tanıtıcı özelliğiyle çalışma yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bu sebepten H_0 hipotezi reddedilebilmiştir.

Sağlık işletmeleri, hedef kitlesine, devamlı ve kaliteli hizmet sunmalı ve bu çerçevede sağlık hizmeti alan hastalara saygılı, ilgili, iletişim halinde bir yaklaşım sergilemelidir. Bunun yanı sıra sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanına da aynı hassasiyet ve ilgi ile yaklaşılmalıdır. Moral ve motivasyonu yüksek olan bir çalışan, istekli bir şekilde çalışır ve sunduğu hizmetin kalitesi artar.

Verilen sağlık hizmetinin memnun edecek düzeyde olması için kurumda çalışan personelin gelişimine olanak tanımak ve kurumda mevcut bulunan cihazları teknolojiyle uyumlu hale getirmek gerekmektedir. Çalışanları bilimsel araştırmalara önem vermek ve teşvik etmek gerekmektedir. İnsanların algısında kurum hakkında güven uyandıran imaj çizilmelidir.

Sağlık işletmelerinde çalışan memnuniyetine önem vermek verilen sağlık hizmetinin kalitesini, güvenilirliğini ve hizmeti alan kişilerin tutumlarını olumlu yönde etkileyecektir. İyi şartlarda çalışan bir sağlık çalışanı istekli ve verimli çalışır. Bu da kurum için de hizmet alan kişiler için de önemli bir durumdur.

5. 2. Öneriler

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve takip edecek diğer proje ve uygulamaların sağlık personeli üzerindeki etkileri, bir program başarı göstergesi olarak son derece değerlidir. Sağlık personelinin memnuniyet ve iş doyumuna ilişkin ölçümler, periyodik olarak sürdürülebilir hale geldiğinde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarıya ulaşıp ulaşmadığı ve sorunların takip ve zamanını tespit etmede yararlı olacağı düşünülmektedir.

Sağlık personelinin, toplumun her kesiminden insanla birebir ilişki halinde olması zaman zaman çeşitli tatminsizlik ve motivasyon kaybı gibi durumlara neden olabilmektedir. Gelebilecek sağlık personelinin işinden kaynaklı mutsuzluğunun sonuçları doğrudan hastaya yansımakta ve bu yansımayla birlikte toplumda meydana gelen etkiler de haliyle olumsuz olmaktadır. Bundan dolayı karar verici bu gerçeği dikkate alarak hareket etmek durumundadır.

Kaliteli iş hayatına sahip sağlık çalışanlarında memnuniyet düzeyi, tedavi sürecinde birincil ihtiyacı moral ve motivasyona olan sağlık hizmeti alan kişilerde de olumlu bir etki bırakması beklenir.

Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının çalıştıkları ortamı kaliteli bulmadığı ve bu durumun çalışma hayatlarında negatif bir etki yarattığı görülmektedir. Sağlık çalışanları için iş yaşam kalitesinin arttırılması hususunda çalışma ortamının kalitesinin yükseltilmesi önemlidir. Sağlık çalışanlarına uygun ortam sunulduğunda verecekleri hizmetin kalitesi ve verimliliğinin artacağı kesindir.

Yapılan araştırmalara göre sağlık sektöründe çalışan personel, fiziksel koşullardan ve personel sayısının yetersizliğinden önemli derecede etkilenmektedir. Çalışma saatleri yoğun olan sağlık çalışanları kendi yaşam kalitelerini arttıramamanın yanı sıra iş yaşam kalitesi anlamında da olumsuz yönde etkilenmektedir.

Sonuç olarak sağlık sektöründe çalışan memnuniyetini sağlamanın ve sürdürmenin önemini yapılan çalışma göstermektedir. Temel odak noktası insan sağlığı olan sağlık sektörü yapılan reformlar ile güçlendirilmiş, sağlık çalışanlarının da sağlık hizmeti alan kişilerin de memnuniyeti sağlanmıştır. Sunulan hizmetin

bakım kalitesi ile yaşam kalitesi arasında doğrusal bir ilişki vardır. Bundan dolayı hem bireysel hem de kurumsal açıdan sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon benzeri durumların zamanında tespit edilerek önlenmesinde yaşam kalitesi düzeyinin artması son derece önemlidir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre tükenmişlik ve depresyon, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışılan kurum, çalışma yılı, ekonomik nedenler, iletişim sorunları, iş memnuniyetsizliği ve kurumdaki başarıyı algılama düzeylerine göre yaşam kalitesinin temel belirleyicileri olarak göze çarpmaktadır. Bu çerçevede çalışanlar iş stresi ve iletişim ile ilgili sorunlarla başa çıkmada uyum içerisinde olan bir ekip ile örgütsel açıdan gereken tedbirlerin alınması stresle mücadele ve çatışma yönetimi gibi aktivitelerle destekleyici gruplar oluşturulması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

Abbasoğlu S, Emiroğlu C, İlhan NM, Koşar L, Kesedar S, Müezzinoğlu A, 2006. Sağlık çalışanlarının sağlığı kime emanet. Toplum ve Hekim, 21, 173-179.

Akbulut T, 1994. İşçi sağlığında özel patoloji. İşçi Sağlığı, Prensip ve Uygulamaları. Sistem Yayıncılık. Örünç Ofset.

Akşit Aşık D, 2010. Çalışanların iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler ile sonuçlarına ilişkin kavramsal bir değerlendirme. Türk İdare Dergisi, 467, 31-51.

Alçelik A, Deniz, F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi BA, 2005. AİBÜ Tıp fakültesi hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4, 55-65.

Aldahema M, 2016. Sağlık çalışanlarının iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler ve maliyetleri, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 23-44.

Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C, 2002. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3, 147-154.

Baykam N, 2004. Hastane infeksiyonlarının kontrolünde havalandırmanın önemi. Hastane İnfeksiyonları Kontrolü El Kitabı. Hastane Enfeksiyonları Derneği Yayını, 2, 25-34.

Berk M, 2004. Fiziksel faktörlerde sağlık gözetimi. Erişim tarihi, 14 Ocak 2019. Erişim adresi, http://isggm.calisma.gov.tr/haberler/taiex

Bilir V, 2004. Meslek hastalıkları, Ankara, Türk-İş Yayınları, 18-24.

Bilir N, 2005. İş sağlığı ve güvenliğinde çağdaş bir yaklaşım: Risk değerlendirilmesi ve risk yönetimi. İSG İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 25, 9-12.

Bilir N, Yıldız AN, 2006. Halk sağlığı temel bilgiler. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Brown D, 1991. Post-modernizme kurumsal yaklaşım. Journal of Economic Issues, 25, 3.

Çimen M, 2000. Türk Silahlı Kuvvetleri sağlık personelinin tükenmişlik, iş doyumu, kuruma bağlılık ve işten ayrılma niyetlerine ilişkin bir alan araştırması, Doktora Tezi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı, Ankara.

Dalkılıç SO, 2014. Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: Tükenmişlikle mücadele teknikleri, 2. Basım, Ankara, Nobel Yayınları.

Dindar İ, İşsever H, Özen M, 2004. Edirne merkezindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerde iş ile ilgili rahatsızlıklar ve konulan tanılar. Hemşirelik Forumu Dergisi, 7, 59-63.

Dokuzoğuz B, 2004. Sağlık çalışanlarının meslek riskleri. Hastane enfeksiyonları kontrolü el kitabı. Hastane Enfeksiyonları Derneği Yayını, 2, 41-45.

Eğinli AT, 2009. Çalışanlarda iş doyumu: Kamu ve özel sektör çalışanlarının iş doyumuna yönelik bir araştırma. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 23, 36.

Eroğlu B, 2015. Sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarında iş doyumunun incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

International Council of Nurse, 2007. Positive practice environments: Quality workplaces = Quality patient care. Erişim tarihi 20 Ocak 2019. Erişim adresi, http://www.icn.ch/indkit.htm

Giritlioğlu H, Hukuksal boyutuyla sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği . Erişim tarihi, 25 Ocak 2019. Erişim adresi, http://www.ato.org.tr/scs/yayinlar02.html

Göktepe AK, 2016. Tükenmişlik sendromu, İstanbul, Nesil Yayın Grubu, 13-22.

Gülay H, 2016. Akreditasyon belgesine sahip özel bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarının bakış açısıyla hastane güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Gülnar DB, 2007. Örgütlerde iletişim ve iş doyumu. İstanbul, Literatürk Yayıncılık, 22-36.

Işıkhan V, 2010. Sosyal hizmet ve tükenmişlik, Ankara,Vizyon Yayınevi, 67-69.

Işıl Ö, Barlas G, Onan Ü, Karaca SÇ, Çoşkun S, 2002. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin gereksinimleri. Hemşirelik Forumu, 5, 1-6.

Kant I, 1984. Seçilmiş yazılar, İstanbul, Remzi Kitabevi.

Karadağ G, Sertbaş G, Güner İÇ, Taşdemir HS, Özdemir N, 2002. Hemşirelerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri ile bunları etkileyen bazı değişkenlerin incelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi, 5, 8-15.

Karwowski W, Jang RL, Rodrick D, Peter MQ, 2005. Self-evaluation of biomechanical task demands, work environment and perceived risk of injury by nurses: A field study. Occupational Ergonomics, 5, 13- 27.

Kaya G. Yaşam kalitesi ve planlama. 5. Kentsel Tasarım ve Uygulama Sempozyumu, s. 4-6, 12-13 Mayıs 1994, İstanbul.

Keklik B, Coşkun UN, 2013. Örgütsel adalet algılamalarının iş tatminine etkisi: Hastane çalışanları üzerinde bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18, 143-161.

Kitiş A, Cavlak U. Sağlık çalışanlarında ağrı analizi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı İkinci Ulusal Kongresi, s. 8-11, 16-18 Kasım 2001, Ankara.

Kostul N, 1996. Vardiya ve gece çalışmasının hemşireler üzerindeki etkilerinin incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Lawler EE, 1994, Motivation in work organizations. First ed. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

Maslach C, Schaufelı WB, Leıter MP, 2001. Job Burnout. Annual Reviews of Psychology, 52, 397-422.

Mazumdar S, 2007. Kentsel yaşam kalitesi ve yer duygusu. Mimarlık Dergisi, 335.

Muku B, 2014. Yaşam kalitesi ve sağlık çalışlanları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Nur D, 2011. Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinden iş doyumu ve stres ilişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 14, 230-240.

Orak N, 1999, Sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireler ile denk eğitimden geçmiş sağlık personeli ücretlerinin (yapılan ödemelerin) karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özdemir M, 1999. Sağlık çalışanlarının sorunları. Toplum ve Hekim Dergisi, 14, 402-411.

Özkan Ö, 2005. Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile risk algılarının saptanması. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Özkan Ö, Emiroğlu N, 2006. Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10, 43-50.

Pınar R, Arıkan S. Hemşirelerin iş doyumu: etkileyen faktörler, iş doyumu ile benlik saygısı ve asertivite ilişkisi. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 5 Mayıs 1998, İzmir.

Ross A, 1988. Universal abandon: The politics of postmodernism. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1-11.

SAĞLIK BAKANLIĞI, 2007. Türkiye'de Sağlığa Bakış, Ankara, 7-19.

Schaufelı WB, Dierendonck, DV, 1993. The construct validity of two burnout measures. Journal of Organizatioanl Behavior, 14, 631-647.

Smith, A, 2001. Ulusların zenginliği. İstanbul, Alan Yayıncılık, 124-150.

Sonakın, C, 2010. Hemşirelerin iş doyumları ile çalıştıkları kurumların etik iklimi arasındaki ilişki. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Söyük S, Ören BG. İstanbul'daki değişik hastanelerde çalışan hemşirelerin mesleki risklere maruz kalma durumlarına yönelik bir araştırma. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı İkinci Ulusal Kongresi, s. 34-47, 16-18 Kasım 2001, Ankara.

Steve S, 2002. Medicine, health and the public sphere in Britain, 1600-2000. First ed. New York, Studies in the Social History of Medicine, p. 233-256.

Taşdan M, Tiryaki E, 2008. Comparison of the level of job satisfaction between at private and state primary school teachers. Eğitim ve Bilim, 33, 54.

Tekeli G, 2004. Yaşam kalitesi göstergeleri: Türkiye için bir veri sistemi önerisi. Türkiye Bilimler Akademisi Raporları, 6, 5-12.

Tel H, Karadağ M. Sağlık personelinin çalışma ortamındaki stres yaşantıları ve baş etme durumlarının belirlenmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı İkinci Ulusal Kongresi, s. 11-18, 16-18 Kasım 2001, Ankara.

Telman N, Ünsal P, 2004. Çalışan memnuniyeti, İstanbul, Epsilon Yayınları, s. 32-41.

Tokmak YF. Sağlık çalışanlarının sorunları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı İkinci Ulusal Kongresi, s. 105-108, 16-18 Kasım 2001, Ankara.

Tunç ŞA, 2001. Sağlık insan gücü planlaması sürecinde hekimlerin beklentileri-Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerindeki il devlet hastanelerinde görev yapan hekimler üzerine bir araştırma. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Türksever A, Nilay E, 2001. Türkiye'de büyük şehir alanlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik bir yöntem denemesi. Doktora Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ullrich G, 2000. Labour and social dimensions of privatization and restructuring: Health care services. Erişim Tarihi, 12 Ocak 2019. Erişim adresi, www.ilo.org

Ünal CB, 2004. Kentsel yaşam kalitesi ölçütleri ile İstanbul analizi ve toplam kentsel yaşam kalitesi yönetim yaklaşımı. Doktora Tezi, M.S.G.S.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yıldız DD, 2015. Lider-üye etkileşimi, iş yerinde mobbing ve mesleki tükenmişlik ilişkisi. Ankara, Detay Yayıncılık, s. 83-102.

Yürür S, Sarıkay M, 2011. Sosyal çalışmacıların sosyal destek algılarının tükenmişliğe etkisi. Ege Akademik Bakış Dergisi, 11, 537-552.

Yenimahalleli G, 1999. Türkiye'de sağlık işkolunun özellikleri ve sendikal örgütlenme. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Yıldırım S, 2010. Vardiyalı sağlık çalışanlarının uyku sorunları ile iş doyum arasındaki ilişkinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yılmaz ZÜ, 2014. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, depresyon ve iş doyumu düzeylerinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Yüce D, 2014. Tükenmişlik, stres ve sağlık çalışanları, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul.

Zembylas M, Papanastasiou EC, 2005. Job satisfaction variance among public and private kindergarten school teachers in Cyprus. International Journal of Educational Research, 43, 147-167.

7. EKLER

7. 1. Ek A. Anket Formu

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Bu anket Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesini belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Toplanan veriler gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Araştırmanın güvenilirliği sizin vereceğiniz yanıtların doğru ve içten olmasına bağlıdır. Anketi yanıtlayarak araştırmaya sağladığınız katkıdan dolayı teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Merve ŞİMŞEK

ANKET SORULARI

1.Yaşınız:(Lütfen belirtiniz).....

2.Cinsiyetiniz: Erkek ( ) Kadın ( )

3.Medeni durumunuz: Evli ( ) Bekar ( )

4.Eğitim durumunuz: Lise ( ) Lisans ( ) Yüksek lisans ( ) Doktora ( )

5.Şuan çalıştığınız birimin adı:(Lütfen belirtiniz).....

6.Şu anki işinizdeki Unvanınız: Sağlık Memuru( ) Hemşire/Ebe ( ) Sağlık teknisyeni( )

7.İş durumunuzu nasıl tanımlarsınız? Kadrolu çalışıyorum( )Sözleşmeli çalışıyorum( )

8.Kaç yıldır çalışmaktasınız?(Lütfen belirtiniz).....

9.Ne kadar süredir şuan ki kurumunuzda çalışıyorsunuz? (Lütfen belirtiniz).....

10.Ağıdakilerden hangisi sizin çalışma düzeninizi tanımlar?
08:00-16:00 (düzenli mesai)( ) Düzensiz çalışma saatleri( )

11.Haftada kaç saat çalışmaktasınız?

40-45saat ( ) 45-60saat ( ) 60 saatten fazla ( )

12.Kurumunuzdaki fiziksel koşullar genel olarak yeterli midir? (ısıtma, aydınlatma, havalandırma, temizlik, gürültüsüz bir ortam, çalışmak için olması gereken alan genişliği, vb)

Yeterli( ) Yetersiz( ) Kısmen yeterli ( )

13.Kişisel ihtiyaçlarınız için, bir iş için bir yere gitmeniz gerektiğinde ya da aile sorunlarınızla ilgilenmek için, çalışma saatleri içinde kısa süreli olarak işten ayrılma imkanınız oluyor mu?

Evet ( ) Hayır( )

14.İşin iyi yapılması için yeterli destek alabiliyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

15.Çalışma ortamındaki teknolojik araç ve gereçleri yeterli oranda kullandığınızı düşünüyor musunuz?

Evet( ) Hayır ( )

16.Çalışmakta olduğunuz kurumda iş yükü ile kıyaslandığında sizce yeterli çalışan var mıdır?

Evet ( ) Hayır ( )

17.Aldığınız eğitime uygun bir işte çalıştığınızı düşünüyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

18.İşinizi yaparken kendi fikirlerinizi ve çalışma yöntemlerinizi uygulayabiliyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

19.Çalıştığınız kurumda işinizle ilgili değişiklikler konusunda zamanında bilgilendirilir misiniz?

Evet ( ) Hayır ( )

20.Kurumunuz tarafından yapmış olduğunuz işle ilgili profesyonel becerilerinizi geliştirmek için seminer, kurs, kongre gibi eğitim faaliyetlerine katılma imkânınız var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

21.İş yerinizde terfi/kariyer olanakları iyi midir?

Evet ( ) Hayır ( )

22.İş yerinizde işin dağıtılmasında ayrımcılık yapılıyor mu?

Evet ( ) Hayır ( )

23.Çalışma saatleriniz dışında telefon, mail veya başka bir şekilde iş ile ilgili sorunlarla uğraşır mısınız?

Evet ( ) Hayır ( )

24.İşinizdeki koşullar (çalışma saatleri, fazla mesai, iş yükünden dolayı evde çalışma, çalışma saatleri dışında da işle ilgilenme vb.) aile yaşamınızı etkiliyor mu?

Evet ( ) Hayır ( )

25.Sık sık çalıştığınız kurumdan ayrılmayı düşündüğünüz oluyor mu?

Evet ( ) Hayır ( )

7. 2. Ek B. Ölçek Formu

ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duygularımız ya da yaşanılan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. Mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen, her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı aşağıdaki çizelgede belirtilen 0 ile 5 arasındaki rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

0=Hiçbir zaman 1=Nadiren 2=Bazı zamanlar 3=Sıkça 4=Sık Sık 5=Çok Sık

____ 1. Kendimi mutlu hissediyorum.

____ 2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.

____ 3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.

____ 4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.

____ 5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sıçrıyor ya da ürküyorum.

___ 6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum

____ 7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.

____ 8.Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.

____ 9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana de geçebileceğini düşünüyorum.

____10.Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.

____11. Yardım için yaptığım çalışmalarımdan dolayı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.

____12. İşimi seviyorum.

____13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.

____14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.

____15. Bana güç veren inançlarım var.

____16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.

____17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.

____18. İşim beni tatmin ediyor.

____19. Kendimi tükenmiş hissediyorum.

____20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.

____21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.

____22. İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.

____23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.

____24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.

____25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.

____26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.

____27. Yardım eden olarak kendimi "başarılı" hissediyorum.

____28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.

____29. Çok hassas bir insanım.

____30. Bu işi seçtiğim için mutluyum.

7. 3. Ek C. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/07/2019-E.13424

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 30292447-045.99/E. 13424 09/07/2019
Konu : TEZ ÇALIŞMA TALEBİ

Sayın MERVE ŞİMŞEK

İlgi : 03/07/2019 tarihli, Bila sayılı yazı

İlgi kayıtlı yazınız içeriğinde bahsi geçen "Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Araştırılması "isimli çalışmanız kapsamındaki anket uygulama **talebiniz Başhekimliğimizce değerlendirilmiş olup kurum mahremiyeti,hasta mahremiyeti kurallarına uygun davranılarak kurum işleyişini aksatmayacak şekilde yapılması uygun görülmüştür.**

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hüseyin YILMAZ
Hastane Başhekimi

Evrakı Doğrulamak İçin : https://evrakdogrulama.selcuk.edu.tr/enVision-Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BELMK002T
Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubat Yerleşkesi 42250 Selçuklu / KONYA
Bilgi için: Bilnur SİLAY Tel:44256 Faks:0332 224 42 63
e-Posta :seltip@selcuk.edu.tr Elektronik Ağ :www.hastane.selcuk.edu.tr

8. ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Konya'da doğdu. İlk orta ve lise öğrenimini Konya'da tamamladı. 2010 yılında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Ebelik bölümünü kazandı ve 2014 yılında mezun oldu. 2014 yılında Özel Konya Farabi Hastanesinde göreve başladı. Aynı yıl Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde göreve başladı. 2016 yılında Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne atandı. Hüyük ilçesi Çamlıca Mahallesi'nde bulunan sağlık evine tayin oldu ve burada görev yaptı. 2017 yılında Konya Selçuklu 81 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde çalıştı.