



HEMŞİRELERİN YAŞAM KALİTESİ ALGILARININ MOTİVASYONLARINA ETKİSİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT

Sakarya Üniversitesi, İŞletme Fakültesi, Sakarya / Türkiye
m.akbolat@gmail.com

ArŐ. Gör. Meryem TURGUT

Sakarya Üniversitesi, İŞletme Fakültesi, Sakarya / Türkiye
meryemturgut@sakarya.edu.tr

Gamze ÖVER

İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesi
gamzeover@hotmail.com

Özet

Bu çalışmanın amacı bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi algılarını belirlemek ve yaşam kalitesi algılarının motivasyonlarına etkisini ortaya koymaktır. Çalışmada veri toplama aracı olarak Rand Corporation tarafından geliştirilen SF-36 yaşam kalitesi ölçeği (Ware ve Sherbourne 1992), Gagné ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen işte motivasyon ölçeği ve çalışanların sosyo-demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket, 01/11-31/12 2013 tarihleri arasında İstanbul'da faaliyette bulunan bir kamu hastanesinde çalışan 118 hemşireye uygulanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Bağımsız Örneklerde T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal Wallis H Testi, Pearson korelasyon analizi ve Stepwise Regresyon Analizinden yararlanılmıştır. Analizler %95 (p=0,05) güven aralığında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bulgularına göre, hemşirelerin yaşam kalitesi skoru orta düzeydedir ve fiziksel sağlık algıları ruhsal sağlık algılarından daha yüksektir. Araştırmanın bulgularına göre, içe yansıtılmış düzenleme ve fiziksel fonksiyon boyutları arasında pozitif ve dışsal düzenleme ile genel sağlık boyutları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır. Sonuç olarak fiziksel fonksiyon ve canlılık içe yansıtılmış düzenlemeyi olumlu ve genel sağlık boyutu, dışsal düzenlemeyi olumsuz yönde etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşam Kalitesi, Motivasyon, Hemşire.

THE EFFECT OF QUALITY OF LIFE PERCEPTION OF NURSES ON MOTIVATION: AN EXAMPLE OF A PUBLIC HOSPITAL

Abstract

The purposes of this study were to determine life quality perception of nurses who work in a public hospital and to explain the effect of life quality perception on their motivation. In the study, data was collected with a questionnaire which were composed the SF-36 quality of life scale was developed by the Rand Corporation, (Ware and Sherbourne 1992), the motivation at work scale was developed by Gagné and colleagues (2010) and socio-demographical characteristics of nurses. The questionnaire was performed to 118 nurses in a public hospital that have been operating in Istanbul between 01/11/2013 and 31/12/2013. Descriptive statistical methods, Independent Samples T Test, One-way ANOVA, Mann-Whitney U Test, Kruskal Wallis H Test, Correlation Analysis and Regression Analysis were used to analyze of data. Analyses were carried out at 95% (p = 0.05) confidence interval. According to the findings of the study, quality of life scores of nurses was moderate and physical health perception was

higher than the mental health perception. According to findings, there were positive significant relationships between introjected regulation and physical function subscales, and there were negative significant relationships between external regulation and general health subscales. As a result, physical function and vitality had statistically significant positive effect on introjected regulation, and general health had statistically significant negative effect on external regulation.

Key words: Quality of Life, Motivation, Nurse.

1. Giriş

Yaşamın bütün olması, çalışma ve yaşama koşullarının, dolayısıyla çalışma ve yaşam kalitesinin birbirinden ayrı düşünülmesini imkansız hale getirmektedir. Bunun nedeni, çalışma ve yaşama koşulları arasında çok yönlü, sıkı etkileşimin bulunmasıdır. Bu nedenle çalışma yaşamı kalitesi, yaşam kalitesinin sağlanması bakımından önemlidir (Yüksel, 2004: 48). Konu hemşireler üzerinde incelendiğinde bu meslek grubunun çalışma yaşamlarında pek çok zorlu süreçle karşı karşıya kaldığı muhakkaktır. Bu sebeple bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan, özel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanan ve motivasyonu önemli ölçüde etkilediği düşünülen yaşam kalitesi büyük önem taşımaktadır. İstenilen nitelikte sağlık hizmeti verilebilmesi bu hizmeti sunanların niteliğiyle yakından ilişkilidir. Bu anlamda çalışanların yaşama ve çalışma koşullarına ilişkin sorunların giderilmesi sağlık hizmetinin aksaklıklarının azaltılması açısından önemlidir (Koltarla, 2008: 6).

Genel olarak bakıldığı zaman, yaşamın kantitatif ve kalite olarak adlandırılacak iki boyutu vardır. Kantitatif açıdan yaşam mortalite oranları ve yaşam beklentisi gibi sayılabilir kavramlar kullanılarak ifade edilebilirken; yaşam kalitesi ise sadece sayılabilir göstergeler kullanılarak ifade edilemez. Genellikle yaşamı sübjektif değerlendirmeler kullanarak tanımlar. Buna göre yaşam kalitesi tamamen bireysel değerlendirmeleri ifade etmektedir ve kabul edilmiş evrensel bir tanımı yoktur (Mendlowicz ve Stein, 2000: 669-670).

Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramına aslında ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948 yılında yaptığı sağlık tanımında rastlamaktayız. DSÖ sağlığı, yalnızca hastalığın bulunmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak ilan etti (Fayers ve Machin, 2007: 4). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade etmektedir (Avcı ve Pala, 2004: 81). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hastanın kendi sağlığından hoşnutluğu ile ilgili öznel algısı olarak ifade edilir ve öznel algılar bireyin psikososyal durumu ile doğrudan ilgilidir (Eser vd., 2008:410). Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Mental

alan içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi duygusal ve ruhsal durumlar yer almaktadır (Zaman, 2007: 1). Buna göre yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır (Eser vd., 2008:410). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise bir birey ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır ve bir bütün olarak yaşam kalitesi ve onun belirleyicilerinin gerek bedensel, gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıkça gösterilmiş olan yönlerini içerir (Göçgeldi vd., 2008: 172).

DSÖ tarafından yapılan tanımdan sonra hem sağlık, hem de yaşam kalitesi arasında ilişki kurarak çoğunlukla mutluluk ve yaşam memnuniyetini vurgulayan pek çok tanımla yapılmaya çalışıldı. Evrensel bir tanımın yapılamaması sonucunda Batı dünyasında bazı araştırmacılar yaşam kalitesini insanın iç dünyasının dışı vurulması ve sezgisel bir anlayış olduğunu ileri sürdüler (Fayers ve Machin, 2007: 4). Bu sebeple yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilebilir ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk yaşam kalitesi ile eş anlamlı kullanılabilir (Kızılcı, 1999: 19). Başka bir ifade ile yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünüdür (Yurdakul vd., 2007: 188). O halde yaşam kalitesi, yaşamın çeşitli boyutları açısından kendinden hoşnut olabilmek ya da kişinin yaşamdan beklentileri ile elde edebildikleri arasındaki fark olarak tanımlanabilir (Eser, 2012: 2). Buna göre yaşamın niceliksel değerlendirilmesinin aksine, yaşam kalitesi kişinin öznel olarak yaşamdan memnuniyetini, genel iyilik halini ve işlevselliğini yansıtan bir kavramdır (Kıvırcık Akdede vd., 2005: 14) ve yaşam yönetimi sisteminin bir çıktısı ve insanların yaşam biçimlerinden duydukları tatminin ölçümüne ilişkin bir standarttır (Gönen ve Özmete, 1999: 40).

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılamasıdır (Göçgeldi vd., 2008: 172) ve yaşam kalitesi gibi iş yaşamında sağlık çalışanlarının verimliliğine önemli katkılar sağlayacak diğer bir kavram motivasyondur. Motivasyon, genellikle bir kişiyi belli davranışları yapmaya ikna eden bir iç durumdur (Spector, 2000: 176) ve Latince motive sözcüğünden türetilmiştir. En basit tanımıyla, bir veya birden çok insanı, belirli bir yöne doğru devamlı şekilde harekete geçirmek için yapılan çabaların toplamıdır (Eren, 2007: 494). Başka bir tanıma göre ise bir insanın içinde bulunan, o insanın olumlu ya da olumsuz bazı eylemlerde bulunmasını ve belirli bireysel isteklerine ulaşmasını ve böylece tatmin olmasını sağlayan güçtür (Bentley, 1999: 180). Bu tanımlar doğrultusunda motivasyonun temelini; insanın bir davranışta bulunmasını sağlama, davranışı yönlendirme ve sürdürme ve bu davranışı yapmaktan dolayı özel bir mutluluk duyma şeklinde ifade edilmesi mümkündür (Tutar vd., 2006: 150-151). Bunun için kişinin kendisini sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürüyor hissetmesi önemlidir.

Motivasyon bir ihtiyacı gidermek için gerekli davranışları başlatan bir kuvvettir. Bu kuvvetin pozitif veya negatif arasında olmasında motivasyon sağlama bakımından bir görev farklılığı yoktur. Bu kuvvet bizi rahatlatan bir olay olabileceği gibi, bize hayal kırıklığı tattıran bir olay da olabilir (Kim, 2005: 13). Motivasyon, tatmine ulaşmamış bir ihtiyacın bilinçli ya da bilinçsiz olarak fark edilmesiyle başlar. Bireyin ihtiyacının doyurulması amacıyla amaç ortaya konur ve bu amaca ulaşmaya yönelik bir dizi eylem belirlenir. İhtiyaçlar doyuruldukça, yerine yeni ihtiyaçlar ortaya çıkacağı için zincirleme şekilde bu döngü sürekli devam eder (Miljkovic, 2007: 56).

Motivasyon, doğası gereği çok boyutludur ve çok boyutlu motivasyon, içsel motivasyon, dışsal motivasyon ve motivasyonsuzluk olarak bilinen kavramları kapsamaktadır (Areepattamannil vd., 2011: 428). Herzberg tarafından geliştirilen çift faktör yaklaşımında tatmin edici faktörler ile tatminsizlik yaratan faktörler birbirinden ayrılmıştır (Kotler vd., 2009: 238). Bu yaklaşıma göre hijyen faktörleri olmadığı sürece hayal kırıklığı ve memnuniyetsizlik oluşur. Çalışan tarafından kontrol edilebilen motivasyon faktörleri genellikle içsel faktörlerdir ve bu faktörler işin içeriğinin bir parçasıdır. Hijyen faktörler ise dışsal faktörler olmasından dolayı çalışanın dışında gelişen faktörlerdir (DeShields vd., 2005: 132) ve çalışanın bu faktörler üzerinde herhangi bir kontrolü söz konusu değildir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, yaşamın çeşitli boyutları açısından kendinden hoşnut olabilmek ya da kişinin yaşamdan beklentileri ile elde edebildikleri arasındaki fark olarak tanımlanabilir (Eser, 2012: 2). Dolayısıyla insanların mutlu olabilmeleri için yüksek yaşam kalitesi skorları her zaman önemlidir. Motivasyon ise üç önemli fonksiyonu yerine getiren önemli bir güçtür: İnsanlara enerji verir ya da insanları harekete geçirmeye neden olur, belirli bir amaca yönelmek için davranışları yönlendirir ve bu amaçlara ulaşmak için çaba sarf ettirir (Riggio, 2003: 184). Bu sebeple, yaşam kalitesi ile motivasyon arasında bir ilişki olması beklenmektedir.

Yöntem

Bu çalışmanın amacı bir kamu hastanesinde görev yapan hemşirelerin yaşam kalitesi algılarını belirlemek ve yaşam kalitesinin, motivasyonu nasıl etkilediğini ortaya koymaktır.

Çalışmada bu amaçlar doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmaktadır:

- Hemşirelerin yaşam kalitesi algıları ve motivasyonları ne düzeydedir?
- Hemşirelerin yaşam kalitesi algıları ile motivasyonları arasında ilişki var mıdır?
- Çalışanların sosyo-demografik özellikleri yaşam kalitesi algılarında ve motivasyonlarında farklılık oluşturmakta mıdır?

Çalışmada veri toplama aracı olarak Rand Corporation tarafından geliştirilen SF-36 yaşam kalitesi ölçeği (Ware ve Sherbourne, 1992), Gagné ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen işte motivasyon ölçeği ve çalışanların sosyo-demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. SF-36 ölçeği, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar, olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Tablo 1’ de ayrıntısı görülen ölçeğin, dördüncü ve beşinci soruları evet/hayır şeklinde düzenlenmiş olup, diğer sorular Likert ölçek tarzındadır. Alt ölçeklerin puanları 0-100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir.

Tablo 1: SF 36 Yaşam Kalite Ölçeğinin Boyutları

Boyutlar	Soru sayısı	Olası en düşük ve en yüksek puanlar	Olası puan aralığı	Düşük puan	Yüksek puan
Fiziksel fonksiyon	10	10-30	20	Yıkama ya da giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirebilme
Sosyal fonksiyon	2	2-10	8	Fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeniyle normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeniyle kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
Fiziksel rol güçlüğü	4	4-8	4	Fiziksel sağlık nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Duygusal durum rolü	3	3-6	3	Duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Ruh sağlığı	5	5-30	25	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Canlılık	4	4-24	20	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
Bedensel ağrı	2	2-12	10	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel sağlık algısı	5	5-25	20	Sağlığın kötü olduğuna ve daha kötüye gideceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma

SF 36’nın sağlık boyutlarının puanlarının hesaplanması, 4 aşamada gerçekleştirilmektedir (Ware vd., 1995):

Soru değerlerinin yeniden kodlanması: 1, 6, 7, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b ve 11d nolu sorular orijinal ölçekte ters kodlu olduğundan (hiç=5 ve 1=aşırı gibi) soruları değerlendirme yapılmadan önce ters çevrilmektedir. Çünkü ölçeğin analizi sonucunda yüksek skorların daha iyi sağlık durumlarını, düşük skorların ise olumsuz sağlık durumlarını yansıtması sağlanmaktadır.

Cevap verilmeyen soruların skorlarının belirlenmesi: Cevap verilen soruların ortalaması hesaplanarak cevap verilmeyen sorunun skoru belirlenir. Örneğin; 5 başlıklı ruh sağlığı skalasından bir başlık boş bırakılırsa, bu boşluk geri kalan tamamlanmış 4 başlığın puanı toplanıp, ortalaması alınarak doldurulur.

Ham skala skorlarının hesaplanması: Ham ölçek skorlarını hesaplamak için her bir boyutu oluşturan soruların değerleri toplanır. Ham skala skoru, dönüştürülmüş puan=(Ham skala puanı- beklenen en düşük puan)/olası puan aralığı x 100 formülünden yararlanılarak dönüştürülmüş puanlar elde edilir. Örneğin, FF puanı 25 ise, $(25-10/20) \times 100 = 75$

SF 36 ölçeğinde 2 nolu soru genel sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla sorulduğundan hiçbir gruba dahil edilmez.

İşte Motivasyon (The Motivation at Work Scale-MAWS) ölçeği 12 ifade ve her biri 3 ifadeden oluşan dört (içsel motivasyon-intrinsic motivation, özdeşleşmiş düzenleme-identified regulation, içe yansıtılmış düzenleme-introjected regulation ve dışsal düzenleme-external regulation) boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte içsel motivasyon, kişiye ilginç ve eğlenceli geldiği için bazı şeyleri yapması; özdeşleşmiş düzenleme, kişinin yaptığı aktivitelerin bir değer ya da anlam ifade etmesi sebebiyle yapması ve bu değerler kendiliğinden oluştuğu için kişinin o değerleri kendisine aitmiş gibi hissetmesi; içe yansıtılmış düzenleme, ego ve suçluluk gibi beklenmeyen öz değerlendirmeler sebebiyle davranışların düzenlenmesi ve dışsal düzenleme çalışanların ödülleri almak ve cezaları önlemek amacıyla bir takım etkinliklerde bulunması anlamına gelmektedir (Gagné vd., 2010: 629).

Anket, 01/11-31/12 2013 tarihleri arasında İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesi'nde çalışan 118 hemşireye uygulanmıştır. Anketten elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra homojen dağılım gösteren farklılıkların analizinde bağımsız örneklerde t testi ve ANAVO testi; homojenitesi bozuk çıkan verilerin analizinde ise Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Ayrıca alt ölçekler arasındaki ilişkileri ölçmek için korelasyon analizi ve Yaşam kalitesinin motivasyona etkisini belirlemek için de regresyon analizinden yararlanılmıştır. Analizler %95 ($p=0,05$) aralığında gerçekleştirilmiştir.

2. Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 2'de görülmektedir. Tablo incelendiğinde anlaşılacağı gibi, katılımcıların büyük çoğunluğu kadınlardan (%83,1) oluşmaktadır. %52,35'i bekar olan katılımcıların; % 34,7'si 25-29 yaş grubunda, % 24,6'sı ise <25 grubundadır. Katılımcıların genel olarak yaş ortalaması $29,22 \pm 6,512$ 'dir. Yaş ortalamasından da anlaşılacağı üzere çalışma süreleri az olan katılımcıların %47,5'i <4 yıl, %34,7'si ise 5-14 yıl çalışma süresine sahiptir. Katılımcılar çoğunlukla lisans düzeyinde eğitim almış (% 59,3) olup; %54,2'si vardiya usulü çalışmaktadır. Çoğunluğu servis hemşiresi (% 39,0) ve ameliyathane/yoğun bakım hemşiresi (% 28,8) olarak görev yapmaktadır.

Tablo 2: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikler (n=118)

	Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	98	83,1
	Erkek	20	16,9
Medeni durum	Evli	56	47,5
	Bekar	62	52,5
Yaş	<25	29	24,6
	25-29	41	34,7
	30-34	27	22,9
	≥35	21	17,8
Çalışma süresi	<4 yıl	56	47,5
	5-14 yıl	41	34,7
	≥15 yıl	21	17,8
Eğitim durumu	Lise	22	18,6
	Önlisans	17	14,4
	Lisans	70	59,3
	Lisanüstü	9	7,6
Çalışma şekli	Gündüz	37	31,4
	Nöbet	17	14,4
	Vardiya	64	54,2
Pozisyon	Servis hemşiresi	46	39,0
	Ameliyathane/Yoğun bakım hemşiresi	34	28,8
	Acil hemşiresi	21	17,8
	Sorumlu hemşire	17	14,4

SF 36 ölçeğinin skorları ve cronbach alfa değerleri Tablo 3’de görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi hemşirelerde en yüksek yaşam kalitesi fonksiyonu fiziksel fonksiyonda ($70,8 \pm 22,727$) görülmektedir. En düşük değerler ise bedensel ağrı ($41,27 \pm 9,918$) ve duygusal durum rolünde ($42,94 \pm 32,933$) görülmektedir. Ölçeğin cronbach alfa değerleri ise 0,890 ile 0,719 arasında değişmekte olup; daha önceki çalışmalara benzer sonuçlar bulunmuştur (Demiral, 2001: 77).

SF 36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık ve ruh sağlığı olmak üzere iki parametre altında incelenebilmektedir. Fiziksel sağlığın bileşenleri fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, bedensel ağrı ve genel sağlık; ruh sağlığının bileşenleri ise canlılık, sosyal fonksiyon, duygusal durum rolü ve ruh sağlığı boyutlarından oluşmaktadır. Fiziksel sağlık parametresi $56,57 \pm 9,22$ ortalama ile ruhsal sağlıktan ($53,70 \pm 14,29$) daha yüksektir.

Tablo 3: Çalışmaya Katılan Hemşirelerin SF 36 Skorları ve Cronbach Alfa Değerleri

	ORT	S.S	Cronbach Alfa
Fiziksel fonksiyon	70,76	22,727	0,890
Fiziksel rol güçlüğü	62,50	37,375	0,774
Duygusal durum rolü	42,94	32,933	0,745
Sosyal fonksiyon	50,21	10,589	0,764
Bedensel ağrı	41,27	9,918	0,741
Ruh sağlığı	51,76	16,215	0,720
Canlılık	69,87	20,143	0,727
Genel sağlık	51,74	13,307	0,719
<i>FİZİKSEL SAĞLIK</i>	<i>56,57</i>	<i>9,22</i>	
<i>RUHSAL SAĞLIK</i>	<i>53,70</i>	<i>14,29</i>	

Çalışmada kullanılan işte motivasyon ölçeğinin Aritmetik ortalama, standart sapma ve Cronbach alfa değerleri Tablo 4’de görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi çalışmaya katılan hemşirelerin motivasyonları oldukça düşük düzeydedir. En yüksek motivasyon, İçe yansıtılmış düzenleme (3,02±0,894) boyutunda yer alırken, en düşük motivasyon özdeşleşmiş düzenleme (2,53±0,905) boyutunda görülmektedir. Ölçeğin boyutlara göre hesaplanan Cronbach alpha değeri kabul edilebilir düzeydedir. Daha önce yapılan çalışmalarda da cronbach alpha değerleri benzer düzeylerde bulunmuştur (Akbolat, vd. 2013: 42, Akbolat ve Işık, 2012: 114). Ayrıca ölçeğin İngilizce versiyonunda da alfa değerleri içsel motivasyon için 0,89, özdeşleşmiş düzenleme için 0,83, içe yansıtılmış düzenleme için 0,75 ve dışsal düzenleme için 0,69 bulunmuştur (Gagné vd., 2010: 635).

Tablo 4: İşte Motivasyon Ölçeğinin Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alfa Değerleri

	Ort.	S.S	Cronbach Alfa
İçsel motivasyon	2,58	0,980	0,846
Özdeşleşmiş düzenleme	2,53	0,905	0,828
İçe yansıtılmış düzenleme	3,02	0,894	0,713
Dışsal düzenleme	2,70	0,822	0,745

Katılımcıların Sosyo-demografik özelliklerinin motivasyon ölçeğinde herhangi bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Bağımsız örneklerde t testi ve Tek yönlü varyans analiz kullanıldı. Ayrıntısı Tablo 5’de görüldüğü gibi yalnızca medeni durum bakımından içsel motivasyon ölçeğinde farklılık bulundu ($p<0,05$). Bekar hemşirelerin içsel motivasyonu evli hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu.

Çalışmada yaşam kalitesinin alt ölçeklerinin katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek amacıyla özelliğe göre homojen olan verilerde Bağımsız Örneklerde T Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi, homojen olmayan verilerde Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi kullanıldı. Tablo 7 incelendiğinde de görüleceği gibi, fiziksel rol gücü boyutunda yalnızca hemşirelerin yaşları; duygusal durum rolü boyutunda hemşirelerin yaşları ve görev süreleri bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu. Diğer boyutlara istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 5: Hemşirelerin Motivasyonlarına İlişkin Bulgular

		İçsel motivasyon	Özdeşleşmiş düzenleme	İçe yansıtılmış düzenleme	Dışsal düzenleme
Cinsiyet ¹	Kadın	2,53±0,95	2,43±0,88	2,99±0,91	2,68±0,81
	Erkek	2,85±1,08	3,02±0,89	3,13±0,83	2,82±0,89
Medeni durum ¹	Evli	2,40±1,07	2,55±0,97	2,92±1,01	2,64±0,85
	Bekar	2,75±0,87*	2,51±0,85	3,11±0,77	2,75±0,80
Yaş ²	<25	2,85±0,87	2,33±0,89	2,93±0,80	2,69±0,77
	25-29	2,35±0,91	2,50±0,92	2,95±0,91	2,62±0,86
	30-34	2,67±0,95	2,77±0,78	3,31±0,80	2,99±0,53
	≥35	2,56±1,23	2,57±1,03	2,90±1,07	2,50±1,05
Çalışma süresi ²	<4 yıl	2,65±0,90	2,49±0,98	2,92±0,84	2,76±0,83
	5-14 yıl	2,52±1,02	2,56±0,81	3,15±0,88	2,67±0,68
	≥15 yıl	2,52±1,12	2,59±0,92	3,02±1,06	2,60±1,04
Eğitim durumu ³	Lise	2,74±1,18	2,45±1,19	2,80±0,95	2,42±0,94
	Önlisans	2,67±1,05	2,78±0,82	3,33±0,93	2,87±0,87
	Lisans	2,55±0,92	2,49±0,86	2,99±0,86	2,77±0,79
	Lisansüstü	2,30±0,87	2,59±0,60	3,22±0,94	2,52±0,58
Çalışma şekli ²	Gündüz	2,54±1,06	2,59±0,98	3,10±1,06	2,75±0,89
	Nöbet	2,53±0,93	2,29±0,69	2,63±1,00	2,96±0,91
	Vardiya	2,62±0,96	2,56±0,91	3,08±0,73	2,60±0,75
Pozisyon ²	Servis	2,54±1,11	2,43±0,98	2,93±0,98	2,60±0,87
	Amel./Yoğ.bakım	2,42±0,88	2,34±0,71	2,95±0,77	2,68±0,83
	Acil	2,65±0,76	2,78±0,83	3,12±0,79	2,92±0,62
	Sorumlu hemş.	2,94±0,99	2,88±1,03	3,27±1,00	2,75±0,89

1. Bağımsız örneklerde t testi, 2. Tek yönlü varyans analizi, 3. Kruskal wallis testi *p<0,05

Tablo 6: Hemşirelerin SF 36 Boyutlarına İlişkin Bulgular

	n	FF	FRG	DDR	SF	BA	RS	C	GS	
Cinsiyet ¹	Kadın	98	69,85±21,88	65,05±36,74	42,52±32,39	49,62±10,69	41,53±9,67	50,53±15,58	68,37±19,33	50,61±11,96
	Erkek	20	75,25±26,68	50,00±38,90	45,00±36,31	53,13±9,83	40,00±11,24	57,80±18,28	77,25±22,85	57,25±17,95
Medeni durum ²	Evli	56	66,34±23,03	71,88±34,73	43,45±31,09	47,77±11,21	41,61±8,69	51,29±15,48	69,46±19,09	51,34±12,95
	Bekar	62	74,76±21,87	54,03±37,93	42,47±34,76	52,42±9,56	40,97±10,97	52,19±16,96	70,24±21,20	52,10±13,72
Yaş ³	<25	29	69,14±27,84	56,90±38,90	35,63±34,42	52,16±10,06	42,76±8,82	52,28±18,76	70,34±23,45	52,93±12,92
	25-29	41	72,20±23,27	65,24±37,45	39,84±35,13	49,09±9,84	40,24±11,72	50,63±14,71	68,29±18,39	50,85±12,24
	30-34	27	73,52±14,92	69,44±30,49	43,21±25,84	49,54±8,12	40,74±7,81	49,48±13,64	66,85±17,05	50,74±12,76
	≥35	21	66,67±22,99	55,95±43,23	58,73±31,46	50,60±15,04	41,90±10,30	56,19±18,44	76,19±22,13	53,10±16,84
Çalışma süresi ⁴	≤4 yıl	56	68,39±26,11	63,39±38,72	32,14±32,39	50,89±9,19	41,96±9,42	50,00±17,07	67,50±21,34	51,96±13,17
	5-14 yıl	41	75,85±16,65	67,07±33,28	47,97±29,86	49,09±9,43	39,02±9,95	53,27±14,74	71,59±18,42	50,73±12,87
	≥15 yıl	21	67,14±22,56	51,19±40,68	61,90±30,34	50,60±15,55	43,81±10,71	53,52±16,90	72,86±20,28	53,10±14,96
Eğitim ³ durumu	Lise	22	66,36±33,24	52,27±40,02	33,33±37,09	52,27±12,58	42,27±8,69	54,73±19,53	73,41±24,42	54,55±13,35
	Önlisans	17	72,35±17,86	60,29±36,51	54,90±28,73	50,74±14,97	43,53±11,15	51,53±14,48	70,59±17,04	55,00±15,81
	Lisans	70	71,57±19,27	66,07±36,62	41,43±31,82	49,46±9,14	40,29±9,63	50,80±15,58	68,50±19,47	49,93±12,75
	Lisansüstü	9	72,22±27,28	63,89±39,75	55,56±33,33	50,00±6,25	42,22±13,02	52,44±17,26	70,56±21,57	52,78±12,02
Çalışma ⁴ Şekli	Gündüz	37	62,97±24,31	64,19±37,52	39,64±28,15	48,99±11,92	41,08±9,06	51,89±13,87	70,41±16,85	54,46±12,74
	Nöbet	17	80,88±21,67	64,71±37,56	47,06±37,38	52,21±4,91	37,06±11,60	52,24±17,00	70,29±21,25	53,53±11,69
	Vardiya	64	72,58±20,87	60,94±37,76	43,75±34,57	50,39±10,90	42,50±9,76	51,56±17,46	69,45±21,82	49,69±13,86
Pozisyonu ³	Servis hemşiresi	46	66,09±27,51	66,85±36,15	39,86±31,91	49,73±10,70	42,17±10,31	53,48±15,40	72,28±18,85	52,17±13,48
	Ameliy./Y.bak.hem	34	74,71±18,67	55,15±38,33	46,08±30,72	50,74±7,50	40,88±9,96	52,82±18,55	71,03±23,19	50,88±13,95
	Acil hemşiresi	21	72,14±16,78	72,62±35,27	44,44±37,02	48,81±11,80	41,90±9,81	45,33±16,07	61,67±20,08	46,19±8,35
	Sorumlu hemşire	17	73,82±21,69	52,94±39,41	43,14±36,83	52,21±14,14	38,82±9,28	52,94±12,53	71,18±15,67	59,12±13,95

^a. FF. Fiziksel fonksiyon, FRG. Fiziksel rol güçlüğü, DDR Duygusal durum rolü, SF. Sosyal fonksiyon, BA. Bedensel ağrı, RS. Ruh sağlığı, C. Canlılık, GS. Genel sağlık
1. Mann-Whitney U Testi, 2. Bağımsız örneklerde t testi, 3. Kruskal Wallis Testi, 4. Tek Yönlü Varyans analizi

*P<0,05, **p<0,001

Tablo 7’de hemşirelerin yaşam kalitesi boyutları ile motivasyon boyutları arasındaki ilişki görülmektedir. Tablo incelendiğinde de anlaşılacağı gibi, fiziksel fonksiyon ile fiziksel rol ($r=0,306$), duygusal durum rolü ($r=0,320$), bedensel ağrı ($r=-0,234$), ruh sağlığı ($r=0,321$) ve canlılık ($r=0,253$) ve genel sağlık ($r=-0,264$); fiziksel rol ile duygusal durum rolü ($r=0,386$), sosyal fonksiyon ($r=-0,380$), ruh sağlığı ($r=0,293$) ve canlılık ($r=0,323$); sosyal fonksiyon ile bedensel ağrı ($r=0,212$), ruh sağlığı ($r=-0,390$) ve canlılık ($r=-0,281$); bedensel ağrı ile ruh sağlığı ($r=-0,330$); ruh sağlığı ile canlılık ($r=0,469$) ve canlılık ile genel sağlık ($r=0,315$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). ;

İşte motivasyon ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında, içsel motivasyon ile özdeşleşmiş düzenleme ($r=0,610$); özdeşleşmiş düzenleme ($r=0,523$) ve dışsal düzenleme ($r=0,329$); özdeşleşmiş düzenleme ile içe yansıtılmış düzenleme ($r=0,545$) ve dışsal düzenleme ($r=0,218$) ve içe yansıtılmış düzenleme ile dışsal düzenleme ($r=0,278$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Çalışmada yaşam kalitesi ile işte motivasyon ölçeği boyutları arasındaki ilişkiler de incelenmektedir. İşte motivasyon ölçeğinin içe yansıtılmış düzenleme boyutu ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ($r=0,257$) ve dışsal düzenleme ile genel sağlık ($r=-0,190$) boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu bulunmaktadır ($p<0,05$). Diğer boyutlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 7: Yaşam Kalitesi ve Motivasyon Arasındaki İlişki

	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>
FF (1)	1										
FR(2)	,306**	1									
DDR(3)	,320**	,386**	1								
SF(4)	-0,058	-,380**	-0,142	1							
BA(5)	-,234*	-0,04	-0,037	,212*	1						
RS(6)	,321**	,293**	0,18	-,390**	-,330**	1					
C(7)	,253**	,323**	0,092	-,281**	-0,119	,469**	1				
GS(8)	-,264**	0,125	-0,015	-0,148	0,141	0,087	,315**	1			
İçsel motivasyon(9)	0,173	0,105	0,026	0,118	-0,156	0,125	-0,128	-0,115	1		
Özdeşleşmiş düzen.(10)	0,159	0,089	0,029	0,038	-0,09	0,12	-0,04	-0,069	,610**	1	
İçe yans. düzen. (11)	,257**	0,125	0,176	0,103	0,074	0,082	-0,131	-0,094	,523**	,545**	1
Dışsal düzenleme(12)	0,122	-0,009	-0,024	-0,007	-0,034	-0,114	-0,123	-,190*	,329**	,218*	,278**

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed),**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Çalışmada yaşam kalitesi boyutlarının aralarında ilişki bulunan içe yansıtılmış düzenleme ve dışsal düzenlemeye etkisini yordamak amacıyla regresyon modelleri geliştirilmiştir. Tablo 8’de görüldüğü gibi, yaşam kalitesi boyutlarının içe yansıtılmış düzenlemeye etkisi ortaya koymak amacıyla geliştirilen model, anlamlı ve kullanılabilir (F=8,201; p=0,001). Modelin ilişki katsayısı 0,327’dir ve fiziksel fonksiyon ve canlılık boyutları, içe yansıtılmış düzenlemenin toplam varyansının %10,7’sini açıklamaktadır. Regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, fiziksel fonksiyon (t=3,405; p=0,001) ve canlılık (t=-2,304; p=0,023) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu görülmektedir. Bu boyutlar içsel motivasyonu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Standardize edilmiş regresyon katsayısı fiziksel fonksiyon boyutunda ($\beta=0,310$) pozitif yönlü ve canlılık boyutunda ($\beta=-0,210$) negatif yönlüdür. Buna göre içsel içe yansıtılmış düzenlemeyi, fiziksel fonksiyon pozitif yönlü etkilerken, canlılık boyutu olumsuz yönde etkilemektedir.

Tablo 8: Yaşam Kalitesi Boyutlarının İçe Yansıtılmış Düzenlemeye Etkisi

Bağımsız değişken	Bağımlı değişkenler	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	p
		B	S.H.	β		
İçe yansıtılmış düzenleme	(Sabit)	1,709	0,464		3,683	0,000
	Fiziksel fonksiyon	0,536	0,187	0,257	2,864	0,005
	Canlılık	2,261	0,515		4,392	0,000
		F= 8,201			P= 0,001	
		R=0,327			R ² =0,107	

Tablo 9’da yaşam kalitesi boyutlarının içe yansıtılmış düzenlemeye etkisi ortaya koymak amacıyla geliştirilen regresyon modeli görülmektedir. Model, anlamlı ve kullanılabilir (F=4,333; p=0,040). Modelin ilişki katsayısı 0,3190’dır ve genel sağlık boyutu, dışsal düzenlemenin toplam varyansının %3,6’sını açıklamaktadır. Regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları (t=-2,082; p=0,040) istatistiksel olarak anlamlıdır. Genel sağlık boyutu, az da olsa dışsal düzenlemeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Standardize edilmiş regresyon katsayısı ($\beta=-0,190$) negatif yönlüdür. Buna göre fiziksel genel sağlık dışsal düzenlemeyi olumsuz yönde etkilemektedir.

Tablo 9: Yaşam Kalitesi Boyutlarının Dışsal Düzenlemeye Etkisi

Bağımsız değişken	Bağımlı değişkenler	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	p
		B	S.H.	β		
Dışsal düzenleme	(Sabit)	3,370	0,331		10,187	0,000
	Genel Sağlık	-0,228	0,110	-0,190	-2,082	0,040
		F= 4,333			P= 0,040	
		R= 0,190			R ² = 0,036	

3. Tartışma ve Sonuçlar

Yaşam kalitesi konusunda çalışanlar üzerine yapılan çalışmaların (Kırgız, vd., 2014; Kürklü, 2014; Erkıral, 2014; Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011; Aksungur, 2009; Koltarla, 2008; Musaoğlu, 2008; Avcı ve Pala, 2004) yanı sıra; çeşitli hasta grupları için yapılan çok sayıda çalışma da bulunmaktadır (Fayers ve Machin, 2007; Kırırcık Akdede vd., 2005; Chien vd., 2003; Kızılıcı, 1999). Bu çalışmada birinci yol seçilerek sağlık çalışanları arasında önemli bir grubu oluşturan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre hemşirelerin yaşam kalitesi skoru orta düzeyde olmakla birlikte; fiziksel sağlık algıları ($56,57\pm 9,22$) ruhsal sağlık algılarından ($53,70\pm 14,29$) daha yüksektir. Kırgız ve arkadaşları (2014: 29) tarafından akademisyenler üzerine yapılan başka bir çalışmada, fiziksel sağlık skoru ortalaması ($49,79$), ruh sağlığı skoru ortalamasından ($55,44$) daha düşük olmakla birlikte yaşam kalitesi benzer şekilde orta düzeylerde bulunmuştur. Sağlık alışanları üzerine yapılan bir başka çalışmada da genel olarak yaşam kalitesi skorlarının orta düzeyde bulunduğu görülmektedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011: 65). Yaşam kalitesi; kişinin fiziksel sağlığı ve ruh sağlığına ilişkin kendi değerlendirmelerinden oluşan ve bu anlamda daha çok kişinin algılarını ortaya koyan bir kavramdır. Bu sebeple değerlendirme dış ajanlar yerine bizzat kişinin kendisi tarafından yapılmaktadır ve kişinin doğrudan kendisini değerlendirmesi bakımından oldukça önemli bulunmaktadır.

Çalışma yapılan örneklem grubunun fiziksel sağlık bileşenini oluşturan fiziksel fonksiyon ($70,8\pm 13,317$) ve fiziksel rol güçlüğü ($62,5\pm 14,375$) boyutlarına ilişkin algıları daha yüksekte bulunmasına karşılık; genel sağlık ($52,5\pm 9,236$) boyutunda orta seviyelerde ve bedensel ağrı ($39,0\pm 13,370$) boyutu en düşük düzeyde puan almıştır. Başka bir ifade ile hemşirelerin fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğü algıları daha olumlu ve genel sağlık algıları orta seviyelerde olmasına karşılık, bedensel ağrı boyutu en düşük seviyede puanlanmıştır. Benzer durum ruh sağlığı bileşenini için de söz konusudur. Bu parametreyi oluşturan boyutlardan canlılık ($69,9\pm 15,661$) daha olumlu puan almasına karşılık; ruh sağlığı ($51,8\pm 11,696$) ve sosyal fonksiyon ($50,2\pm 7,070$) orta seviyelerde, duygusal durum rolü ($39,3\pm 10,896$) ise alt seviyelerde puan almaktadır. Hemşire ve ebeler üzerine yapılan başka bir çalışmada da fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, bedensel ağrı ve genel sağlık boyutları bu çalışmaya göre biraz daha yüksekte bulunmakla birlikte; genel sağlık algıları diğer boyutlara göre daha düşük değer almıştır. Ruh sağlığı parametresini oluşturan sosyal fonksiyon, duygusal rol güçlüğü, ruh sağlığı, canlılık ise ortaya yakın düzeylerde puan almıştır (Aksungur, 2009: 60). Selvi ve arkadaşları (2010: 241) tarafından sağlık çalışanları üzerine yapılan başka bir çalışmada da yaşam kalitesi boyutlarının sıralaması sosyal fonksiyon,

bedensel ağrı, duygusal durum rolü, genel sağlık, fiziksel fonksiyon, canlılık, ruhsal fonksiyon, ve fiziksel rol şeklinde bulunmuştur. Hemşirelerin fiziksel fonksiyon boyutunda en yüksek ve canlılık boyutunda en düşük puan aldıkları bir başka çalışmada (Erkiral, 2014:90-92) boyutların sıralaması fiziksel fonksiyon, ruhsal fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, duygusal durum rolü ve canlılık şeklinde gerçekleşmiştir.

Yukarıdaki tartışmalar doğrultusunda SF 36 Yaşam kalitesi ölçeğinin boyutlarına göre aldığı puanlar incelendiğinde hem bu çalışmanın, hem de diğer çalışmaların puanları aynı ya da benzer olmadığı, başka bir ifade ile boyutlar itibarı ile örneklemeden örnekleme farklılıkları olduğu söylenebilir. Benzer durum sağlık çalışanları dışında farklı gruplara yapılan çalışmalar için de söz konusudur (Kırgız vd., 2014; Vural, 2010).

Çalışmanın sonuçlarına göre hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinden fiziksel rol gücü boyutunda hemşirelerin yaşları; duygusal durum rolü boyutunda ise hemşirelerin yaşları ve görev süreleri bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. 30-34 yaş grubu hemşirelerde fiziksel rol gücü skorları daha yüksek bulunmasına karşılık, 35 ve üzeri yaşlarda ve 25'den daha küçük yaşlarda olan hemşirelerde fiziksel rol gücü puanları daha düşük bulunmaktadır. Duygusal durum rol gücünde ise biraz daha farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin hem yaşları hem de görev süreleri arttıkça, yaşam kalitesi skorları da artmaktadır. Hemşirelerin diğer sosyo-demografik özellikleri yaşam kalitesinde anlamlı bir fark oluşturmamaktadır. Benzer sonuçlara ulaşan farklı çalışmalar da bulunmaktadır. Avcı ve Pala (2004: 83) cinsiyetin, Yüksel (2004: 55) hemşirelerde vardiyalı ya da vardiyasız çalışma biçiminin Kürklü (2014: 78) eğitim ve medeni durumun yaşam kalitesinde farklılık oluşturmadığını bulmuşlardır. Buna karşılık, vardiyalı çalışanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu (Muşlu vd. 2012: 22) ve erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan daha yüksek olduğunu ileri süren (Erkiral, 2014: 111; Vural, 2010: 65) çalışmalar da vardır. Sağlık yöneticileri üzerine yapılan başka bir çalışmada ise yaş ilerledikçe ve toplam çalışma süresi uzadıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü tespit edilmiştir (Güney, 2014: 114).

Çalışmadan elde edilen diğer bir sonuç, bekar hemşirelerin içsel motivasyonlarının evli hemşirelerden daha yüksek olması dışında, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin motivasyonlarında farklılık oluşturmamasıdır. Ankara'da faaliyet gösteren bir sağlık işletmesinin büro bölümünde görevli sağlık çalışanlarının motivasyonlarında da cinsiyet bakımından fark bulunmadığı ileri sürülmektedir (Boylu vd. 2010: 14). Akbolat ve Işık (2012: 120) tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada da sağlık çalışanlarının motivasyonlarında cinsiyet, yaş ve medeni durum bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Karabulut ve Çetinkaya (2011: 21) tarafından cerrahi klinikte çalışan hemşireler üzerine yapılan

çalışmadan elde edilen sonuçlara göre ise, çalışma süreleri motivasyon düzeylerinde farklılık oluşturmamaktadır. Yukarıda verilen örnekler, çalışmanın sonuçlarının literatürle uyum göstermesi bakımından önemli bulunmaktadır.

Çalışmanın sonuçlarına göre yaşam kalitesi boyutları arasında pozitif yönlü en yüksek ilişki ruh sağlığı ve canlılık ($r=0,469$) arasında; negatif yönlü en yüksek ilişki ise fiziksel rol ile sosyal fonksiyon ($r=-0,380$) arasında bulunmaktadır. Buna karşılık, genel sağlık ile fiziksel rol, duygusal durum rolü, sosyal fonksiyon, bedensel ağrı ve ruh sağlığı; fiziksel fonksiyon ile sosyal fonksiyon; fiziksel rol ile sosyal fonksiyon, bedensel ağrı ve genel sağlık; duygusal durum rolü ile sosyal fonksiyon, bedensel ağrı, ruh sağlığı, canlılık ve genel sağlık; duygusal durum rolü ile sosyal fonksiyon, bedensel ağrı, ruhsal sağlığı ve canlılık; bedensel ağrı ile fiziksel rol ve canlılık ve fiziksel fonksiyon ile sosyal fonksiyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamaktadır. İşte motivasyon ölçeğinin tüm boyutları arasında ise pozitif yönlü ve ilişki bulunmakta olup; İşte motivasyon ölçeğinin içe yansıtılmış düzenleme ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve dışsal düzenleme ile genel sağlık boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ayrıca çalışmanın sonuçlarına göre, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutu içe yansıtılmış düzenlemeyi pozitif yönlü etkilerken, canlılık içe yansıtılmış düzenleme ve genel sağlık da dışsal düzenleme boyutlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Yukarıda tartışılan konular ışığında sağlık yöneticileri ve alana ilişkin çalışmalar yapan akademisyenlere aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

Yaşam kalitesi hemşirelerin kendilerini ruhsal ve fiziksel yönden iyi hissetmeleri bakımından önemlidir. Bu sebeple zaman zaman sağlık kuruluşlarında bu tür çalışmalar yapılarak elde edilen sonuçlara göre yaşam kalitesini geliştirici önlemler alınmalıdır.

Çalışma sonucunda hemşirelerin orta düzeyde yaşam kalitesi skoruna sahip oldukları bulunmuştur. Ancak burada dikkat çekici nokta, hemşirelerin ruhsal sağlık algılarının fiziksel sağlık algılarından daha düşük düzeyde olmasıdır. $29,22\pm 6,51$ yaş ortalaması ile oldukça genç ve $7,55\pm 7,23$ ortalama kariyer yılı ile daha iş yaşamlarının başında sayılabilecek bir çalışan grubunun ileri ki yaşlarda ruhsal sağlıklarının daha da bozulacağı dikkate alınarak hemşirelerin yaşam kalitesini, özellikle de ruhsal sağlık düzeylerini geliştirici tedbirler alınmalıdır.

Çalışmanın sonucuna göre hemşirelerin yaşam kalitesi boyutlarından fiziksel fonksiyon ile içe yansıtılmış düzenleme boyutu arasında olumlu yönde, genel sağlık ile dışsal düzenleme boyutları arasında ters yönde bir ilişki bulunmaktadır. Bu durum fiziksel fonksiyon algısı yüksek olan hemşirelerin öz değerlendirmelerinin de yüksek olacağını ve davranışlarını buna göre

geliştireceklerini gösterirken; genel sağlık durumunun iyi olması hemşirelerin dışsal ödülleri almak ve cezaları önlemek için bir takım davranışları daha az göstereceklerini ifade etmektedir. Bu sebeple hemşirelerin içsel değerlendirmelerini geliştirmek ve sadece dışsal ödülleri almak ve dışsal cezalardan korunmak için çalışmalarını önlemek bakımından önemli bulunmaktadır.

Çalışma tek bir hastanede yapılmıştır ve örneklem sayısı sınırlıdır. Ayrıca yaşam kalitesini ve motivasyonu etkileyen sosyo-demografik özellikler dışında çok sayıda etken bulunmaktadır. Bu sebeple benzer çalışmaların farklı örneklem grupları üzerinde, daha geniş örneklem hacmiyle yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Akbolat, M. & Işık, O. (2012). Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zekâ Düzeylerinin Motivasyonlarına Etkisi. *DPUISS*, 32(1), 10-123.
- Akbolat, M., Işık, O. & Yılmaz, A. (2013). Dönüşümcü Liderlik Davranışının Motivasyon ve Duygusal Bağlılığa Etkisi. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 6(11), 35-50.
- Aksungur, A. (2009). Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Areepattamannil, S., Freeman, J. & Klinger, D. (2011). Intrinsic Motivation, Extrinsic Motivation, and Academic Achievement Among Indian Adolescents in Canada And India. *Springer Science Business Media B.V.*, 14, 427-439.
- Avcı, K. & Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 81-5.
- Bentley, T. (1999). *İnsanları Motive Etme*, (Çev. Onur Yıldırım), İstanbul: Hayat Yayınları.
- Boylu, Y., Sökmen, A. & Tarakçıoğlu, S. (2010). Motivasyon Araçlarının Değerlendirilmesi: Ankara'da Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 3-20.
- Chien, L.Y., Lo, L.H., Chen, C.J., Chen, Y.C., Chiang, C.C. & Chao, Y.M.Y. (2003). Quality of Life Among Primary Caregivers of Taiwanese Children with Brain Tumor. *Cancer Nursing*, 26(4), 305-311.
- DeShields, O. W., Kara, A. & Kaynak, E. (2005). Determinants of Business Student Satisfaction and Retention in Higher Education: Applying Herzberg's Two-Factor Theory. *International Journal of Educational Management*, 19(2), 28-139.
- Eren, E. (2007). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, İstanbul: Beta Basım.
- Erkırıl, C. (2014). Hemşirelerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Eser, E. (2012). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, 4 Mayıs, Manisa, 2-4.
- Eser, E., Yüksel, H., Baydur, H., Erhart, M., Saatlı, G., Cengiz Özyurt, B., Özcan, C. & Sieberer, U. R. (2008). Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 409-417.
- Fayers, P. & Machin, D. (2007). *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient – Reported Outcomes*, Second. Edition, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex, England.
- Gagné, M., Forest, J., Gilbert, M.H., Aubé, C., Morin, E. & Malorni, A. (2010). The Motivation at Work Scale: Validation Evidence in Two Languages. *Educational and Psychological Measurement*, 70(4), 628-646.
- Göçgeldi, E., Babayiğit, M.A., Hassoy, H., Açikel, C.H., Taşçı, İ. ve Ceylan, S. (2008). Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 172-179.
- Gönen, E. & Özmete, E. (1999). Yaşam Kalitesi, Yaşam Standardı ve Refah Kavramlarına Yaklaşımlar. *Verimlilik Dergisi*, 1999/4, 39-55.
- Güney, Z. (2014). Sağlık Yöneticilerinin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- Karabulut, N. & Çetinkaya, F. (2011). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler ve Motivasyon Düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 14-23.
- Kırgız, C., Şenel, Ö, Sever, O. & Arslanoğlu, E. (2014). Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okullarında Görev Yapan Öğretim Elemanlarının Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *e-Kafkas Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 1 (1), 26-31.
- Kıvırcık Akdede, B.B., Alptekin, K., Akvardar, Y. & Kitiş, A. (2005). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi Bilişsel İşlevler ve Klinik Bulgular ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (1):13-19.
- Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 19-26.
- Kim Sang, H. (2005). *Kendinizi ve Başkalarını Motive Etmenin 1001 Yolu*, (Çev. Ali Çimen), 6. Baskı, İstanbul: Timaş Yayınları.
- Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Kotler, P., Brady, M., Goodman, M. & Hansen, T. (2009). *Marketing Management*, Pearson Education Limited, England.
- Kürklü, S. (2014). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Olası Etkilerinin İncelenmesi, Türk Hava K Urumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Mendlowicz, M.V. ve Stein, M.B. (2000). Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*, 157(5), 669 – 682.
- Miljkovic, S. (2007). Motivation of Employees and Behaviour Modification in Health Care Organizations, *Acta Medica Mediana*, 46(2): 53-62.
- Musaoğlu, Z. (2008). Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD Uzmanlık Tezi, Edirne.
- Muşlu, C., Baltacı, D., Kutanis, R. & Kara, İ.H. (2012). Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 4(1), 17-23.
- Riggio, R.E. (2003). *Introduction to Industrial/Organizational Psychology*, Fourth Edition, Prentice Hall, California.
- Selvi, Y., Güzel Özdemir, P., Özdemir, O., Aydın, A. & Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 238-243.
- Spector, P.E. (2000). *Industrial and Organizational Psychology Tesearch and Practice*, Second Edition, John Wiley & Sons, Inc., New York.
- Tutar, H., Yılmaz, K. & Erdönmez, C. (2006). *İşletme Becerileri Grup Çalışması*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Vural, Ö. (2010). Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı Antrenman ve Hareket Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tez., Ankara.
- Wang, X., Matsudo, N., MA, H. & Shinfuku, N. (2000). Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 147-152.
- Ware, J.E, Kosinski, M., Bayliss, M.S., Mchorney, C.A., Rogers, W.H. & Raczek, A. (1995). Comparison of Methods for The Scoring and Statistical Analysis of SF-36 Health Profile and Summary Measures: Summary of Results from The Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33 (4), 264-279.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework And Item Selection. *Med Care*, 30(6), 473-483.
- Yıldırım, A. & Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68.
- Yurdakul, M., Eker, A. & Kaya, D. (2007). Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 21 (5), 187 – 193.
- Yüksel, İ. (2004). Çalışma Yaşamı Kalitesinin Tipik ve Atipik İstihdam Açısından İncelenmesi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 5(1), 47-58.
- Zaman, M. (2007). Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.