



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELERDE ÇOK BOYUTLU YOKSUNLUK ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ VE UYGULANMASI

Nurşah TATOĞLU
205111003

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ

Bandırma, 2025

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELERDE ÇOK BOYUTLU YOKSUNLUK ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ VE UYGULANMASI

Nurşah TATOĞLU
205111003

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 11.11.2025

Tezin Savunulduğu Tarih: 11.12.2025

Bandırma, 2025

DOKTORA TEZİ ONAYI

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı'nda Doktora öğrencisi Nurşah TATOĞLU tarafından, Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ danışmanlığında hazırlanan “**Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Uygulanması**” başlıklı tez, aşağıda isimleri yer alan jüri üyeleri tarafından 11/12/2025 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında oy birliği ile başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvan Ad-Soyad	İmza
Jüri Başkanı (Tez danışmanı):	Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ	
Jüri Üyeleri:	Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER	
	Doç. Dr. Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ	
	Doç. Dr. Hava GÖKDERE ÇİNAR	
	Doç. Dr. Nurcan AKGÜL GÜNDOĞDU	

ETİK BEYAN SAYFASI

T.C.

Bandırma Onyedli Eylöl Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu tez çalışmasının özgün olduğunu, hazırlanması sürecinde bilimsel etik kurallara uygun davrandığımı, bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları kaynak göstererek kullandığımı ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi beyan ederim.

Tezin Adı: **Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Uygulanması**

Adı Soyadı: Nurşah TATOĞLU

Savunma Tarihi: 11/12/2025

ÖNSÖZ

Bu tez çalışması, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından belirlenen akademik standartlar çerçevesinde hazırlanmıştır.

Doktora eğitimim süresince bilgisi ve deneyimiyle her zaman hayranlık uyandıran, yol göstericiliği ve sağladığı motivasyon ile akademik yolculuğuma ışık tutan ve benim şansım olan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli danışmanım Sayın **Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ'a**,

Hem doktora eğitimim hem de tez çalışmam süresince sunduğu kıymetli katkılar ve özverili emekleri için Sayın **Doç. Dr. Ayşe ÇİÇEK KORMAZ'a**,

Tez izlem komitesinde yer alarak çalışmama değerli katkılarda bulunan ve tanışmaktan mutluluk duyduğum Sayın **Doç. Dr. Hava GÖKDERE ÇİNAR'a**,

Bu süreçte çalışmama destek olan tüm **meslektaşlarıma**,

Tüm doktora eğitimim süresince yaşadığım stres ve sıkıntının üstesinden gelmemi sağlayan ve bana güç veren değerli eşim **Yasin TATOĞLU'na**

Bu zorlu sürece daha karnımdayken adım atan ve doktora dönemim kadar yaşı olan canım oğlum **Egehan TATOĞLU'na**,

Doktor unvanını kazanmamı yürekten arzulayan, akademik sürecim boyunca her daim yanımda olan, destekleriyle bana güç veren ve bu yolculuğun tüm aşamalarına tanıklık eden **tüm aileme** (ablam Gülşah ARCAN, eniştem Ramazan ARCAN, babam Mesut ŞAHİN, kayınvalidem Gülsüm TATOĞLU, kayınbabam Adnan TATOĞLU)

Beni bir yerlerden izlediğini bildiğim **cennetteki anneme...**

Sonsuz şükranlarımı sunarım...

Nurşah TATOĞLU

Bandırma, Aralık 2025

ÖZET

HEMŞİRELERDE ÇOK BOYUTLU YOKSUNLUK ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE UYGULANMASI

Nurşah TATOĞLU

Aralık, 2025

Bu araştırma hemşirelerin yoksunluk düzeylerini belirlemeye yönelik bir veri toplama aracı olarak hemşirelerde çok boyutlu yoksunluk ölçeğinin geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla; metodolojik, tanımlayıcı, kesitsel ve karşılaştırmalı tasarımda gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda araştırmacılar tarafından mesleki, bireysel ve örgütsel olmak üzere üç ayrı alt ölçek olarak tasarlanan 88 maddelik madde havuzu oluşturulmuştur. Sonrasında ölçek maddeleri konusunda 11 uzman görüşü alınmış ve 54 hemşire ile pilot çalışma yapılmıştır. Çalışmanın açıklayıcı faktör analizi (AFA) verileri Türkiye’deki altı adet yataklı tedavi kurumunda çalışan 468 hemşireden yüz yüze, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) verileri ise farklı bir örneklem grubundan olan 228 hemşireden çevrim içi olarak toplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin faktör yüklerinin 0,45’in ve madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,30’un üzerinde olduğu görülmüş; mesleki yoksunluk alt ölçeğinin yedi madde ve iki alt boyut, bireysel yoksunluk alt ölçeğinin 13 madde ve iki alt boyut ve örgütsel yoksunluk alt ölçeğinin 18 madde ve dört alt boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. DFA analizinde uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir ve mükemmel sınırlar içerisinde olduğu, iç tutarlılık analizinde ise her bir alt ölçeğin Cronbach alfa değerinin >0,70 olduğu görülmüştür. Her bir alt ölçek için birleşim ve ayrışım geçerlikleri ve madde ayırt edicilikleri sağlanmaktadır. Test-tekrar test sonuçlarına göre ilk test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak geliştirilen ölçeğin hemşirelerin yoksunluk düzeyini ölçmede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Hemşirelik, Ölçek Geliştirme, Yoksunluk

ABSTRACT

APPLICATION AND DEVELOPMENT OF THE MULTIDIMENSIONAL DEPRIVATION SCALE FOR NURSES

Nurşah TATOĞLU

December, 2025

This research was conducted using a methodological, descriptive, cross-sectional, and comparative design to develop and implement a multidimensional deprivation scale for nurses as a data collection tool to determine their levels of deprivation. Accordingly, the researchers created an initial pool of 88 items representing three subdimensions: professional, individual, and organizational deprivation. To assess content validity, expert opinions were obtained from 11 specialists, followed by a pilot study conducted with 54 nurses. Data for the exploratory factor analysis (EFA) were collected face-to-face from 468 nurses employed in six inpatient healthcare institutions in Türkiye, whereas data for the confirmatory factor analysis (CFA) were gathered online from an independent sample of 228 nurses. The results indicated that factor loadings exceeded 0,45 and the item-total correlation coefficients were above 0,30. The professional deprivation subscale consisted of seven items and two subdimensions, the individual deprivation subscale comprised 13 items and two subdimensions, and the organizational deprivation subscale included 18 items and four subdimensions. In the CFA, it was observed that the fit index values were within acceptable and excellent ranges, and in the internal consistency analysis, the Cronbach's alpha values of each subscale were found to be greater than 0,70. Convergent and discriminant validity were established for each subscale. Test-retest analysis revealed no statistically significant difference between the mean scores of the first and second administrations. As a result, it was concluded that the developed scale is a valid and reliable tool that can be used to measure the deprivation status of nurses.

Keywords: Nurse, Nursing, Scale Development, Deprivation

İÇİNDEKİLER

Sayfa

DOKTORA TEZİ ONAYI

ETİK BEYAN SAYFASI

ÖNSÖZ v

ÖZET vi

ABSTRACT vii

İÇİNDEKİLER..... viii

TABLolar LİSTESİ xii

ŞEKİLLER LİSTESİ xiii

KISALTMALAR LİSTESİ xiv

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Görelî Yoksunluk Teorisinin Gelişimi 4

2.2. Görelî Yoksunluğun Özellikleri..... 7

2.3. Görelî Yoksunluğun Öncülleri 9

2.3.1. Kariyer ve Performans..... 9

2.3.2. Sosyal Karşılaştırma Yönelimi10

2.3.3. Aşağı ve Yukarı Yönlü Karşılaştırma11

2.3.4. Algılanan Aşırı Niteliklilik (Vasıflılık).....12

2.3.5. Örgütsel Adalet Algısı13

2.3.6. Eşitlik Teorisi14

2.3.7. Karşılaştırma Grubu ile Benzerlik14

2.4. Görelî Yoksunluğun Sonuçları15

2.5. Hemşirelerde Yoksunluk ve Psikolojik Sıkıntı.....16

2.6. Hemşirelikte Yoksunluğun Önemi.....20

2.7. Alanyazında Yapılan Araştırmalar21

2.8. Hemşirelerin Çalışma Yaşamları Boyunca Yaşadıkları Temel Eksiklikler24

2.8.1. Mesleki Eksiklikler24

2.8.2. Bireysel Eksiklikler30

2.8.3. Örgütsel Eksiklikler.....35

3. GEREÇ VE YÖNTEM	52
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	52
3.2. Araştırma Soruları	52
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	52
3.4. Evren ve Örneklem.....	52
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	54
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	54
3.5. Veri Toplama Araçları	54
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	54
3.5.2. Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği Taslak Form	55
3.6. Verilerin Toplanması.....	56
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	57
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	58
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	59
4. BULGULAR	60
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	60
4.2. HÇBYÖ'nün Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulgular	62
4.2.1. Kapsam Geçerliği.....	63
4.2.2. Pilot Uygulama	65
4.2.3. Madde Analizi.....	65
4.2.4. Açıklayıcı Faktör Analizi.....	67
4.2.5. Doğrulamalı Faktör Analizi	76
4.2.6. Birleşim ve Ayrışım Geçerliği	82
4.2.7. Madde Ayırt Edicilik Analizi	83
4.2.8. İç Tutarlılık Analizi	85
4.2.9. Test-Tekrar Test Analizi.....	87
4.2.10. HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	87
4.2.11. HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamaları Arası Korelasyon Değerleri.....	88
4.3 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	90
5. TARTIŞMA	96

5.1. Ölçek Taslağının Oluşturulmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	96
5.2. HÇBYÖ'nün Geçerliğine Yönelik Bulguların Tartışılması	98
5.3. HÇBYÖ'nün Güvenirliğine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	103
5.4. HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Karşılaştırmaları ile İlgili Bulguların Tartışılması	105
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	112
7. KAYNAKLAR	114
8. EKLER.....	128
9. ÖZGEÇMİŞ.....	153



TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1 Göreli Yoksunluk Türleri.....	8
Tablo 2.2 Dünya’da ve Türkiye’de Yoksunluk ile İlgili Yapılmış Önemli Çalışmalar	21
Tablo 3.1 Araştırmanın AFA Verilerinin Toplandığı Kurumlara İlişkin Bilgiler	53
Tablo 3.2 Araştırmada Kullanılan İstatistik Yöntemleri	57
Tablo 3.3 Uyum İndeksi Değer Aralıkları.....	58
Tablo 4.1 Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	61
Tablo 4.2 $\alpha=0.05$ Anlamlılık Düzeyinde KGÖ Sınır Değerleri	63
Tablo 4.3 Taslak Ölçek Madde Havuzuna Ait Kapsam Geçerlik Oranları	64
Tablo 4.4 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri	66
Tablo 4.5 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri	66
Tablo 4.6 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri	67
Tablo 4.7 Taslak Ölçeğin KMO ve Bartlett Testi Sonuçları.....	68
Tablo 4.8 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	69
Tablo 4.9 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği’nin Açıklanan Varyans Oranları ve Güvenirlik Katsayıları.....	69
Tablo 4.10 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	70
Tablo 4.11 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği’nin Açıklanan Varyans Oranları ve Güvenirlik Katsayıları.....	71
Tablo 4.12 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	72
Tablo 4.13 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği’nin Açıklanan Varyans Oranları ve Güvenirlik Katsayıları.....	74
Tablo 4.14 Açıklayıcı Faktör Analizi Sonrası Yeni Madde Numaraları	74
Tablo 4.15 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği’nin Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri.....	77

Tablo 4.16 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait Standardize Regresyon Katsayıları, Standart Hata, Kritik Oran (CR) ve Anlamlılık Düzeyleri Sonuçları	77
Tablo 4.17 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri.....	79
Tablo 4.18 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait Standardize Regresyon Katsayıları, Standart Hata, Kritik Oran (CR) ve Anlamlılık Düzeyleri Sonuçları	79
Tablo 4.19 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri.....	81
Tablo 4.20 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait Standardize Regresyon Katsayıları, Standart Hata, Kritik Oran (CR) ve Anlamlılık Düzeyleri Sonuçları	81
Tablo 4.21 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Birleşim ve Ayırışım Geçerlik Göstergeleri	83
Tablo 4.22 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Madde Ayırt Edicilik İstatistik Değerleri (Alt %27-Üst %27).....	84
Tablo 4.23 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı, Madde Toplam Puan Korelasyonu ve Yarıya Bölme Metodu Analizleri	86
Tablo 4.24 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Test-Tekrar Test Sonuçları	87
Tablo 4.25 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	88
Tablo 4.26 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamaları Arası Korelasyon Değerleri.....	90
Tablo 4.27 Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre HÇBYÖ'nün Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	93

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1 Görelî Yoksunluk: Teorik ve Meta-Analitik İnceleme	6
Şekil 2.2 Görelî Yoksunluğun Olası Sonuçları.....	18
Şekil 4.1 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait Yamaç Grafiğı	68
Şekil 4.2 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait Yamaç Grafiğı.....	70
Şekil 4.3 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait Yamaç Grafiğı	72
Şekil 4.4 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait DFA Modeli	77
Şekil 4.5 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait DFA Modeli.....	79
Şekil 4.6 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait DFA Modeli	81

KISALTMALAR LİSTESİ

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş Uyum İyiği İndeksi)

AMOS: Analysis of Moment Structures

AVE: Average Variance Extracted (Açıklanan Ortalama Varyans)

CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

CMIN/df: Chi-square Minimum Discrepancy/ Degrees of Freedom (Ki kare/serbestlik derecesi oranı)

CR: Composite Reliability (Bileşik/Kompozit Güvenirlik)

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

GFI: Goodness of Fit Index (Uyum İyiği İndeksi)

HÇBYÖ-TF: Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği Taslak Form

HÇBYÖ: Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği

IFI: Incremental Fit Index (Fazlalık Uyum İndeksi)

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

KGO: Kapsam Geçerlik Oranı

KGÖ: Kapsam Geçerlik Oranı Eşiği

KMO: Kaiser Meyer Olkin Örneklem Yeterlilik Testi

MTPK: Madde Toplam Puan Korelasyonu

NFI: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)

NNFI (TLI): Non-Normed Fit Index (Tucker-Lewis Index) (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi)

RFI: Relative Fit Index (Görelî Uyum İndeksi)

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Tahmini Hataların Ortalamasının Karekökü)

SRMR: Standardized Root Mean Square Residual (Standartize Edilmiş Ortalama Hataların Karekökü)

TDK: Türk Dil Kurumu

1. GİRİŞ

Hemşirelerin yaşadıkları stres, anksiyete, depresyon, tükenmişlik gibi psikolojik süreçler yıllardır araştırılan konular arasındadır. Bu durumlara neden olan faktörler incelense de aslında yaşanan bu psikolojik durumların altında farklı nedenler de yer alabilmektedir (Dobnik vd., 2018; Ge vd., 2023; Liu vd., 2023; Zhou vd., 2022). Örneğin bir hemşire, iş yükü fazla olduğunda, kariyer basamaklarında ilerleyemediğinde ya da gelirin yetersiz olduğunu düşündüğünde bahsettiğimiz olumsuz süreçleri yaşayabilir. Ancak bu süreçlerin ortaya çıkmasında hangi eksiklik ya da yoksunlukların etkili olduğu bilinmemektedir. Bu bağlamda alanyazında **“yoksunluk”** olarak ifade edilen kavramın hemşireler üzerinde ne gibi etkilerinin olduğunun anlaşılması gerekmektedir (Buunk vd., 2003; de la Sablonnière vd., 2012; de la Sablonnière & Tougas, 2008).

Yoksunluk, Türk Dil Kurumu’na (TDK) göre “yoksun olma durumu, mahrumiyet, mahrumluk” olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile bir şeylerden mahrum olma kişilerin yoksunluk yaşamasına neden olur (TDK, 2025). Daha geniş bir çerçeve ile yoksunluk kavramı **“görelî yoksunluk teorisi”**ne aittir. Görelî yoksunluk teorisi; bireysel düzeyde bir kişinin başkasıyla, geçmişiyile veya ideal benliğiyle yaptığı karşılaştırmaları sonucu meydana gelen tutarsızlık, grup düzeyinde ise bir grubun başka gruplarla olumsuz karşılaştırmalar sonucu yaşadığı memnuniyetsizlik durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu tür karşılaştırmalara yanıt olarak bireyler sahip olduklarıyla sahip olmayı hak ettikleri arasında önemli bir tutarsızlık olduğunu fark ederler (Burns & Runciman, 1966; Crosby, 1976). Yaşanan her mahrumiyet, kişide yoksunluk yaratmaz. Bu teoriye göre var olan eksikliğin kişide yoksunluk yaratması için kişinin karşılaştırmalar yapması, bu karşılaştırmalar sonucunda kendisini dezavantajlı olarak görmesi, bu dezavantajı haksız olarak algılaması ve bu duruma öfke ve kızgınlık duyması gerekmektedir (Smith vd., 2012). Yoksunluk bu bağlamda alanyazında en sık örgütsel adalet algısı ve eşitlik teorisi ile özdeşleştirilmektedir (Kim vd., 2018; Wan vd., 2023).

Sağlık sektöründe hemşirelik mesleği çok çeşitli alanlara ve farklı çalışma koşullarına sahiptir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, özel sektör ve buralardaki çalışma alanlarında farklı iş yoğunluğuna, farklı fırsatlara, farklı özlük

haklarına, farklı çalışma alanlarına ve farklı ekonomik koşullara sahiptirler. Bazı hemşireler yoğun çalışma koşullarında hafta sonu, özel günler ve resmî tatillerde fazla mesai ile nöbet tutarken, bazı hemşireler mesai usulü çalışabilir. Bu koşulların eğitim düzeylerine ve sahip olunan niteliklere göre değişmediğini gördüklerinde kurumlarındaki yöneticilerin adaletsiz olduklarını ve kendilerini anlamadığını düşünebilirler. Kadın olarak, erkeklerin daha rahat koşullarda çalıştığını ya da daha hızlı yükselebildiklerini düşünebilirler (Pincha Baduge vd., 2024; Yeşilyurt vd., 2023).

Hemşireler yoksunluğu tek boyutlu değil birçok farklı etkene bağlı yaşayabilirler. Örneğin bir hemşire gelir yoksunluğu yaşarken, bir diğeri kariyer yoksunluğu yaşayabilir (Chang vd., 2023; Yeşilyurt vd., 2023). Yoksunluk yaşayacakları durumlar; beklentileri, karşılaştırma yönelimleri, yönetici yaklaşımı, kurum politikası, yasal güvence, aile hayatları, kişilik yapıları, sosyodemografik özellikleri vb. birçok faktöre göre değişebilir (Buunk vd., 2003; Holland vd., 2019; Orsulak vd., 2022; Topuz vd., 2023; Wang vd., 2023). Bir konuda yoksunluk yaşayan bir hemşire; birim, kurum, şehir değiştirdiğinde artık o yoksunluğu yaşamayabilir ya da bir birimde bir hemşire yoksunluk yaşarken bir diğeri yaşamayabilir. Bu nedenle yoksunluk çok boyutlu düşünülmesi ve araştırılması gereken bir kavramdır. Ancak hemşirelerin yoksunluk düzeylerini çok boyutlu ölçebilecek bir ölçme aracına rastlanmamıştır.

Hemşirelerin yoksunluk düzeylerinin çok boyutlu olarak belirlenmesi sağlık alanında birçok sorunla karşılaşan hemşireler için çok önemli olacaktır. Çünkü hemşireler gerek kendi meslektaşlarıyla gerekse sağlık çalışanı olsun ya da olmasın farklı mesleklerden kişilerle farklı konularda bireysel ya da kolektif karşılaştırma yollarına başvurabilmekte ve bunun sonucunda yoksunluk hissi yaşayabilmektedir. Hemşirelerde yoksunluk üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde uluslararası alanyazında sınırlı sayıda çalışmanın olduğu görülmektedir (Buunk vd., 2003; de la Sablonnière vd., 2012; de la Sablonnière & Tougas, 2008; Ding vd., 2024; Pearson vd., 2009). Ancak halihazırda hemşirelerin özellikle hangi konularda yoksunluk yaşadıkları tam olarak belirlenmemiştir. Bu durumun konuyla ilgili hemşireliğe özgü geliştirilmiş bir ölçme aracının bulunmamasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Dolayısıyla bu tez çalışması göreceli yoksunluk teorisi doğrultusunda hemşirelerde yoksunluk düzeyini çok boyutlu olarak ele alarak değerlendirmeyi sağlamaya yönelik

bir ölçme aracı olarak hemşirelerde çok boyutlu yoksunluk ölçeğinin geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışma, hemşireler üzerinde yapılan ilk çalışmalardan biri olması ve hemşirelerin yoksunluk düzeylerini çok boyutlu olarak ölçmeye yönelik alanyazına ve hemşirelik alanına yeni bir ölçme aracı kazandırması nedeniyle özgün bir değere sahiptir. Ayrıca çalışma sonuçlarının hemşirelerin yoksunluk düzeylerini belirleyerek konuyla ilgili farkındalık kazandıracağı, yönetici hemşirelere konuyla ilgili veri sağlayacağı, hemşirelerin yoksunluk algılarını gidermeye yönelik gerekli iyileştirme, düzenleme vb. çalışmalar için bir temel oluşturacağı öngörülmektedir. Aynı zamanda gelecek araştırmalar için de araştırmacılara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Göreli Yoksunluk Teorisinin Gelişimi

Göreli yoksunluk teorisinin temelleri sosyal psikolojiye önemli katkılarda bulunan Stouffer ve arkadaşları (1949) tarafından 2. Dünya Savaşı sırasında atılmıştır (Stouffer vd., 1949). Stouffer ve arkadaşlarına (1949) göre yoksunluk yaşamak için kişinin kötü durumda olması zorunlu değildir. Kişiler iyi pozisyonda olsalar dahi yoksunluk yaşayabilmektedirler ve bu durum sürekli maruz kalmakla açıklanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ordusunun araştırma departmanındaki araştırmacılar, daha iyi durumda olan ve terfi alan hava personelinin kendilerini benzer pozisyondaki askerlerle karşılaştırdıklarını ve kötü durumdaki askeri personelden daha fazla memnuniyetsizlik yaşadıklarını gözlemişlerdir. Benzer bir durum güney kamplarında yaşanan yoğun ırkçılığa rağmen buradaki Afro-Amerikan askerlerin kuzey kamplarındaki askerlerden daha memnun olma durumudur. Stouffer'e göre (1949) bu durumun nedenleri askerlerin kendilerini nadiren karşılaştıkları hava askerleriyle değil diğer personelle karşılaştırmasından, benzer şekilde güneydeki siyahi askerlerin kendilerini görüş alanı dışında bulunan kuzeydeki siyahi askerlerle değil, güneydeki siyahi sivillerle karşılaştırmasından kaynaklanmaktadır (Pettigrew, 2015). Stouffer ve arkadaşları (1949) tarafından öne sürülen göreli yoksunluk teorisi ilk zamanlarda cinsiyet ayrımcılığı, ücret eşitsizlikleri ve eksik istihdam gibi konulara odaklanmıştır (Feldman & Turnley, 2004).

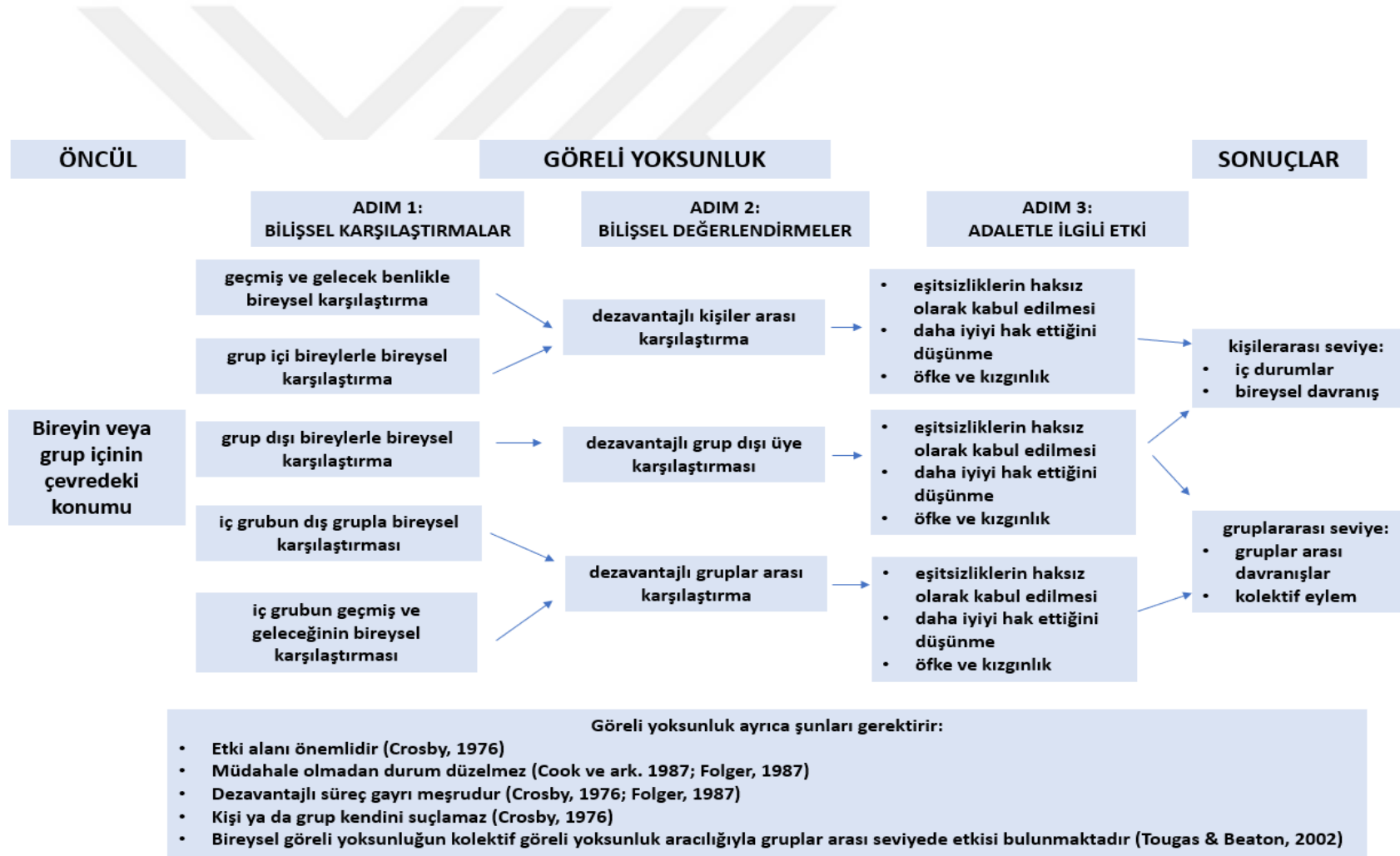
On yıl sonra Davis (1959) üç öncül önererek göreli yoksunluk teorisini yeniden ele almıştır. Ona göre göreli yoksunluğu deneyimlemek için bir şeyden yoksun olan bir kişi; **kendisine benzeyen başka birinin ona sahip olduğunu algılamalı, ona sahip olmayı istemeli ve ona sahip olma hakkına sahip olduğunu hissetmelidir.**

Burns ve Runciman (1966) daha sonra bu üç öncüle bir yenisini daha eklemiş, **kişinin bu nesneyi elde etmenin mümkün, yani ulaşılabilir olduğunu hissetmesi gerektiğini** belirtmiştir. Aynı zamanda göreli yoksunluk **bireysel-kişisel (bencil-egoist)** ve **kolektif (kardeşçe-grup)** olmak üzere iki farklı boyutta yaşanabilmektedir. Bireysel göreli yoksunluk bir kişi kendini başkalarıyla karşılaştırdığında bireysel düzeyde ortaya çıkarken, kolektif göreli yoksunluk bir kişi grubunu diğer gruplarla karşılaştırdığında grup düzeyinde ortaya çıkar. Bireysel göreli yoksunluk yalnızca

kişiyi ilgilendiren tepkileri tetiklemekte, kolektif görelî yoksunluk ise yalnızca grup düzeyinde tepkiler üretmektedir (de la Sablonnière vd., 2012).

İlerleyen yıllarda Crosby (1976) bu öncüllere beşincisini ekleyerek görelî yoksunluk için **kişinin kendini yoksunluktan sorumlu hissetmemesi** gerektiğini iddia etmiştir. Genel olarak görelî yoksunluk yaşanması için beş ön koşul önerilmiş ve bu koşulların olmaması durumunda görelî yoksunluğun ortaya çıkmadığı düşünülmüştür. Bu beş ön koşulun var olması bireylerin haksızlığa uğradıklarını ve hak ettiklerini elde edemediklerini fark etmelerine neden olur ve bunun sonucunda öfke ve kırgınlık duygusuyla sonuçlanır (Güvenç, 2021).

Smith ve arkadaşlarına (2012) göre ise görelî yoksunluktan söz edebilmek için dört temel bileşenin olması gerekmektedir. Görelî yoksunluk yaşayan birey önce bilişsel karşılaştırmalar yapar. Sonra kendisinin veya ait olduğu grubun dezavantajlı olduğuna karar verir. Bu dezavantajları haksız olarak algılar ve bu haksızlık ve dezavantajlara öfkelenir. Bu dört bileşen olmadan görelî yoksunluktan söz edilemez (Şekil 2.1).



Şekil 2.1 Görelî Yoksunluk: Teorik ve Meta-Analitik İnceleme (Smith vd., 2012)

2.2. Görelî Yoksunluğun Özellikleri

Görelî yoksunluğun bireysel ve kolektif boyutlarıyla birlikte, bilişsel ve duygusal boyutları da bulunmaktadır. Bilişsel boyutu karşılaştırmalara dayanırken, duygusal boyutu bunun sonucunda ortaya çıkan memnuniyetsizlik duygusunu tanımlamaktadır (Burns & Runciman, 1966).

Bir hedefi takip ederken bireyler öncelikle öz değerlendirme döngüsü içinde mevcut durumlarını diğerlerine göre değerlendirirler. Bu değerlendirme aşağı yönlü (pozitif tutarsızlıkların ortaya çıkarılması), yukarı yönlü (negatif tutarsızlıkların ortaya çıkarılması) ve eşit yönlü karşılaştırma şeklinde olabilir (Diel vd., 2024). Yapılan karşılaştırmalar sonucunda kişiler mevcut durumlarından memnun olmadıklarında yoksunluk yaşayabilirler (Kim vd., 2018). Bu nedenle kişilerin ne sıklıkla bu tür karşılaştırmalara girdiklerini bilmek önemlidir.

Görelî yoksunluk nesnel ve mutlak yoksunluktan farklıdır ve öznel duygularla ilgilidir. Görelî yoksunluk teorisine göre bireyin bir durumdan duyduğu memnuniyet veya hayal kırıklığı genellikle durumun nesnel özellikleriyle uyumlu değildir (Mishra & Carleton, 2015). Örneğin belirli koşullarda daha iyi durumda olanlar gerçekte daha kötü durumda olanlardan daha kötü hissedebilirler. Oluşan olumsuz etki daha çok haksız bir muameleye maruz kalma hissiyle ilgilidir. Bu nedenle bu tür karşılaştırmalar sonucunda insanlar adaletsizlik hissiyle beraber görelî yoksunluğun ayrılmaz iki parçası olan öfke ve kızgınlık duyguları da yaşarlar. Görelî yoksunluk; birey ve grup tutumlarını, davranışlarını, içsel durumlarını ve fiziksel ve zihinsel sağlığını anlamak için mutlak yoksunluktan daha önemli olabilmektedir (Smith vd., 2012). Görelî yoksunluk kavramı bireylerin belirli durumlara neden farklı tepkiler verdiklerini açıklamak için geliştirilmiştir ve bireylerin durumlarını diğerleriyle karşılaştırmaları sonucu verdikleri tepkiler altta yatan olumlu ve olumsuz duygularına göre şekillenmektedir (de la Sablonnière vd., 2012).

Mevcut araştırmaların gösterdiği üzere biri sosyal karşılaştırmalara, diğeri de zamansal karşılaştırmalara dayanan iki tür görelî yoksunluk vardır. Sosyal kolektif görelî yoksunluk, bireyin kendi grubunun koşullarını başka bir grubun koşullarıyla karşılaştırdığında ve kendini dezavantajlı hissettiğinde ortaya çıkar (de la Sablonnière

& Tougas, 2008). Örneğin hemşireler grup olarak kendilerini başka koşullardaki meslektaşlarıyla ya da başka mesleklerle karşılaştırabilirler.

Görelî yoksunluk üzerine yapılan araştırmaların çoğu sosyal karşılaştırmaları temel alsa da (Kim ve vd., 2018; Callan vd., 2015a) zamansal karşılaştırmalar da önemli bir tehdit kaynağı oluşturmaktadır. Zamansal kolektif görelî yoksunluk ise zaman içindeki grup içi karşılaştırmaları içerir. Şimdiki zaman, grubun geçmiş ve beklenen gelecek durumuyla ilgili karşılaştırmalarının temeli haline gelir. Analistlere göre zamansal karşılaştırmalar özellikle sosyal değişim veya ekonomik zorluk dönemlerinde önemlidir (de la Sablonnière & Tougas, 2008). Örneğin hemşireler; ekonomik kriz, salgın, afet, sağlık politikalarının değişimi vb. durumlardan ilk etkilenen ve zorlu koşullarda çalışmaya devam etmek zorunda olarak yıpranan meslek gruplarından birisidir. Bu tür durumlarda koşulların değiştirilmemesi ve iyileştirme yapılmaması yoksunluk duygularını tetikleyecektir.

Toplumsal ve örgütsel değişiklikler bir grupta aynı tür duyguların oluşmasına neden olur. Yani kişiler çevrede çok sayıda unsur değiştirildiğinde sosyal karşılaştırmaları tercih ederler. Değişikler hızlı olduğunda ise zamansal karşılaştırmalar da tercih edilecektir. Sürekli bir değişimin olduğu dünyada sosyal değişimlerden doğrudan etkilenen meslek gruplarının psikolojik tepkilerini belirlemek önemlidir. Hemşirelerin bu konuda kendi gruplarına çok bağlı hissettikleri ve kolektif görelî yoksunluk duygularını açıkça bildirdikleri görülmektedir (de la Sablonnière & Tougas, 2008). Görelî yoksunluk türleri özet olarak Tablo 2.1’de sunulmuştur. Verilen örnekler hemşirelerin yoksunluk yaşayabileceği durumlara yöneliktir ve kaynaklarda belirtilmemektedir.

Tablo 2.1 Görelî Yoksunluk Türleri

Bireysel görelî yoksunluk: Bir kişi kendini başkalarıyla karşılaştırdığında bireysel düzeyde ortaya çıkar	Kolektif görelî yoksunluk: Bir kişi grubunu diğer gruplarla karşılaştırdığında grup düzeyinde ortaya çıkar. (Sosyal ve zamansal olmak üzere ikiye ayrılır).
Örnek: Hemşirelerin kendilerini bireysel olarak diğer hemşirelerle ya da başka meslekten kişilerle karşılaştırması	Örnek: Hemşirelerin gruplarını başka hemşire gruplarıyla ya da başka mesleklerle karşılaştırması

Tablo 2.1 Devamı

Bilişsel yoksunluk: Karşılaştırma yapma	Duygusal yoksunluk: Karşılaştırma sonucunda ortaya çıkan memnuniyetsizlik
<i>Örnek: Hemşirelerin kendilerini başkalarıyla veya gruplarını başka gruplarla karşılaştırması (meslek içi veya meslek dışı)</i>	<i>Örnek: Hemşirelerin bu karşılaştırmalar sonucunda adaletsizlik hissiyle beraber memnuniyetsizlik yaşaması</i>
Aşağı yönlü karşılaştırmaya bağlı yoksunluk: Kendisinden daha kötü durumda olan ve yetkin olmayanlarla karşılaştırma	Yukarı yönlü karşılaştırmaya bağlı yoksunluk: Kendisinden daha iyi durumda ve yetkin olanlarla karşılaştırma
<i>Örnek: Hemşirelerin kendilerini; kendilerinden daha düşük niteliklere sahip ya da refah düzeylerini düşük olarak algıladıkları kişilerle karşılaştırmaları (eğitim seviyesi ya da ekonomik durumu kendisinden düşük hemşireler ve diğer meslek gruplarından kişiler vb.)</i>	<i>Örnek: Hemşirelerin kendilerini; kendilerinden daha yüksek niteliklere sahip ya da refah düzeylerini yüksek olarak algıladıkları kişilerle karşılaştırmaları (yönetici hemşireler, hekimler, eğitim seviyesi ya da ekonomik durumu kendisinden yüksek hemşireler ve diğer meslek gruplarından kişiler vb.)</i>
Nesnel ve mutlak yoksunluk: Nesnel değerlendirmelerle ilgili	Öznel yoksunluk: Öznel değerlendirmelerle ilgili
<i>Açıklama: İyi koşullara ya da iyi bir maaşa sahip birisi yoksunluk yaşamaz ya da tam tersi olarak kötü koşullara ve kötü maaşa sahip birisi mutlaka yoksunluk yaşar (öznel yoksunluğa göre yanlıştır)</i>	<i>Açıklama: Koşulların ne olduğundan çok kişinin bu durumu algılayış biçimi ve adil olarak görüp görmediği önemlidir</i>
Sosyal kolektif göreceli yoksunluk: Birey kendi grubunun koşullarını başka grubun koşullarıyla karşılaştırarak dezavantajlı hissetmesi	Zamansal kolektif göreceli yoksunluk: Sosyal değişim ve ekonomik zorluk dönemleri gibi zaman içinde grup içindeki karşılaştırmaları içermesi
<i>Örnek: Hemşirelerin gruplarını başka hemşire gruplarıyla ya da başka mesleklerle karşılaştırması</i>	<i>Örnek: Hemşirelerin ekonomik kriz, salgın, afet, sağlık politikalarındaki değişimler vb. durumlardan etkilenmelerine rağmen aynı koşullarda çalışmaya devam etmeleri ve zaman içinde yaptıkları karşılaştırmalar</i>

Kaynak: Buunk vd., 2003; de la Sablonnière & Tougas, 2008; Mishra & Carleton, 2015; Smith vd., 2012

2.3. Göreceli Yoksunluğun Öncülleri

2.3.1. Kariyer ve Performans

Kişiler çalışma hayatlarında kariyer gelişim fırsatlarının olmadığını düşündüklerinde ve durumun düzelmeyeceğine inandıklarında da göreceli yoksunluk duygusu yaşarlar. Günlük iş yaşamında bireyler kendilerini bazen kendilerinden daha iyi performans gösterenlerle, bazen de kendilerinden daha kötü performans

gösterenlerle karşılaştırmaktadırlar. Bazıları iş arkadaşlarından daha iyi veya daha kötü durumda olduklarını görmezden gelebilirken, bazıları ise çok fazla karşılaştırma yapabilmektedir. Genel olarak meslektaşlarıyla nadiren sosyal karşılaştırmalara giren bireyler, diğerlerinden kötü durumda olsalar dahi durumlarını farkına varamayacakları için kendilerini yoksun olarak algılamaları olası görünmemektedir. Buna karşın performansını sürekli olarak özellikle yukarı yönlü karşılaştıran kişilerde kendi durumlarının daha kötü olduğu algısı oluşacak dolayısıyla da daha fazla yoksunluk duygusu yaşamak için neden oluşabilecektir. Bu nedenle kendisinden daha iyi performans gösteren başkalarıyla karşılaştırma yapma sıklığı ne kadar fazla olursa, göreceli yoksunlukta artışın meydana gelme sıklığı da o kadar fazla olacaktır (Buunk vd., 2003).

2.3.2. Sosyal Karşılaştırma Yönelimi

Sosyal karşılaştırma teorisi Festinger (1954) tarafından geliştirilmiştir. Festinger'a (1954) göre insanlar öz değerlendirme güdüsü kazanmak için karşılaştırmalar yaparlar. Özellikle nesnel bir standart olmadığında insanlar sosyal çevrelerinin başarı ve yeteneklerini kendileri ile karşılaştırırlar. Aynı zamanda bu karşılaştırma okul not ortalaması gibi nesnel karşılaştırmalar da olabilir. Hedef takibi açısından bireylerin başarılarını bir referans standartıyla karşılaştırmaları öz düzenleme ve hedef belirleme konusunda ilerlemelerini sürekli olarak değerlendirmelerini sağlar (Diel vd., 2024). Durumunun diğerlerine kıyasla nasıl olduğuyla özellikle ilgilenen kişilik eğilimi sosyal karşılaştırma yönelimi olarak ifade edilmektedir. Sosyal karşılaştırmalarda yoksunluk hissinin yaşanması bireysel farklılıklara göre değişmektedir. Bireylerin meslektaşlarıyla karşılaştırma yapma ve bu karşılaştırmalardan olumlu ve olumsuz duygular hissetme sıklıkları farklılık gösterirken, göreceli yoksunluk ise bazılarında diğerlerine göre daha belirgin hissedilmektedir. Bazı insanlar kendileri ve durumları hakkında hissettiklerinin, yaptıkları sosyal karşılaştırma sonucunda oluştuğunu farkında olmayabilirler ya da bazı kişiler sosyal karşılaştırma yapsalar dahi bundan etkilenmeyebilirler. Sosyal karşılaştırma yönelimi yüksek olan bireyler özellikle aşağı yönlü karşılaştırmalarda daha güçlü tepkiler vermektedirler. Örneğin tükenmişlik yaşayan ve sosyal karşılaştırma yönelimi yüksek olan hemşireler kendilerinden daha kötü durumda olan

kişilerle yaptıkları karşılaştırmalarda daha tepkili davranabilmektedirler (Buunk vd., 2003). Kim ve arkadaşlarına (2018) göre iş yerinde zararlı sosyal karşılaştırmalarda bulunmak adaletsizlik ve memnuniyetsizlik duyguları ile daha az örgütsel vatandaşlık davranışlarında bulunulmasına ve iş arkadaşlarına karşı daha az olumlu davranış sergilenmesine (örneğin vardiyalarını gönüllü almak vb.) yol açabilmektedir. Genellikle görüş ve yeteneklerimizin yeterliliğini belirlemenin tek yolu kendimize benzeyen kişilerle sosyal karşılaştırmalar yapmaktır. Sosyal karşılaştırma yolu ile benliğimiz hakkında fikir de elde ederiz. Sosyal karşılaştırma yöneliminin bu anlamda gençlikte zirveye ulaştığı, yetişkinlikte zayıfladığı ve orta yaştan yaşlılığa doğru düştüğü belirtilmektedir. Yaşlıların sosyal izolasyon, toplumdan ayrılma, bilişsel kapasitede düşüşler vb. nedeniyle genç yetişkinlerden daha az sosyal karşılaştırma eğilimine sahip oldukları belirtilmektedir (Callan vd., 2015a). Callan ve arkadaşları (2015a) kendi çalışmalarında da yaşlı yetişkinlerin daha düşük göreceli yoksunlukla ilişkili olarak daha az sosyal karşılaştırma eğiliminde olduklarını saptamışlardır.

2.3.3. Aşağı ve Yukarı Yönlü Karşılaştırma

Hedefler günlük yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. İnsanlar gelecek için para biriktirir, atletik hedeflere doğru çaba gösterir veya bir sonraki kariyer adımlarını takip eder. Hedef belirlemek kolay olsa da bu hedeflere ulaşmak için harekete geçmek zordur. Bu anlamda sosyal ortamlarımızdaki diğer insanlar; karşılaştırma için bir standart sağlayarak “Diğerlerine kıyasla nasılım”, ilham vererek “Başardıklarını başarmak istiyorum” veya mevcut başarılarımızın tatmin edici olduğuna dair güvence vererek “Onlarla karşılaştırıldığında son zamanlarda iyi yapıyorum” vb. şekilde bize yön verebilir. Bu üç durum Festinger’in (1954) sosyal karşılaştırma güdülerine (öz değerlendirme, kendini geliştirme, kendini iyileştirme) dayanmakla kalmaz, aynı zamanda öz düzenleme araştırmalarının farklı motivasyon süreçleriyle de ilişkilendirilebilir. Kendisinden üstün kişilerle karşılaştırma, standart ulaşılamaz değilse itici bir güçle motivasyonu tetiklerken, daha düşük bir standartla karşılaştırma hedefle ilgili çabanın geçici olarak geri çekilmesine neden olabilir (Diel vd., 2024). Aşağı yönlü karşılaştırmalar benlik saygısı ve olumlu etkiyi arttırarak kendini geliştirme güdüsü oluştururken, yukarı yönlü karşılaştırmalar benlik saygısında

olumsuz etki yaratabilmelerine karşın hedefe ulaşma ve motivasyon için ilham kaynağı olabilirler (Diel vd., 2021).

Sosyal karşılaştırma ve görelî yoksunluk teorilerindeki ortak varsayım aşağı yönlü (kendisinden daha kötü durumda olan ve yetkin olmayanlarla) karşılaştırmaların benlik saygısını artırarak ve gururu teşvik ederek ağırlıklı olarak olumlu duygular yarattığı, yukarı yönlü (kendisinden daha iyi durumda ve yetkin olanlarla) karşılaştırmaların ise tam tersine kişinin değersizlik ve kıskançlık duyguları hissetmesiyle birlikte olumsuz duygulara sebep olduğu yönündedir (Buunk vd., 2003). Ancak bazı araştırmalarda bireylere yaşadıkları sosyal karşılaştırmalar sonucunda hisleri sorulduğunda yukarı yönlü karşılaştırmaya yanıt olarak olumlu duygulardan (daha iyi durumda olan kişileri görünce iyimser ve motive olma) (Cramer vd., 2016) ve aşağı yönlü karşılaştırmaya yanıt olarak ise olumsuz duygulardan (daha kötü durumda olan kişilerin çalışmamasına bağlı iş yükünün artması ve buna bağlı kızgınlık) bahsettikleri görülmüştür (Buunk vd., 2003). İş yerinde sosyal karşılaştırma yönüne bakıldığında daha çok yukarı yönlü karşılaştırmaların yapıldığı, kişilerin refah düzeyi yönünden de daha çok yukarı yönlü karşılaştırmalar yaptıkları, kişilerin bu karşılaştırmalarda kendilerine benzer kişileri seçtikleri, görelî yoksunluğun yaşam doyumu üzerindeki etkisinde yukarı yönlü karşılaştırmaların etkisinin olduğu, bu karşılaştırmaların kızgınlığı etkilediği ve kişilerin genel olarak ekonomik durumu kendilerinden daha iyi olanları gördüklerinde memnuniyetsizlik yaşadıkları tespit edilmiştir (Kim vd., 2018).

2.3.4. Algılanan Aşırı Niteliklilik (Vasıflılık)

Algılanan aşırı niteliklilik yüksek düzeyde görelî yoksunluk ile ilişkilidir ve bu da daha düşük kariyer memnuniyeti ve daha düşük öznel iyi oluşluğa sebep olacaktır. Algılanan aşırı niteliklilik kariyerlerini yaşamları için merkezi olarak gören bireyler için daha yüksek görelî yoksunluğa sebep olur. Görelî yoksunluk bireyin hak ettiği veya layık olduğu şeyden mahrum bırakılma algısıdır. Aşırı niteliklilik algılarının görelî yoksunluk duygularını tetiklemesi beklenir. Algılanan aşırı niteliklilik, bireylerin sahip olmaları gereken işten mahrum olduklarına inandıkları bir durumu yansıtır. Sahip oldukları iş ile hak ettiklerini düşündükleri iş arasındaki tutarsızlık, yoksunluk duygularıyla sonuçlanır (Erdogan vd., 2018). Vaisey (2006) bir tür aşırı

niteliklilik olarak algılanan aşırı eğitimin (fazla eğitilmiş) bu eğitim seviyesine uygun iş, yeterli ücret, sosyal statü, çalışma koşulları, kimlik ile ilgili beklentiler yarattığını savunmaktadır. Birey kendini aşırı nitelikli hissettiği bir konuma geldiğinde aldığı eğitim ve sahip olduğu bilgi ve beceri düzeyine göre hak ettiği koşullarda çalışmak istemektedir. Sonuç olarak sahip olduğu iş ile sahip olması gerektiğine inandığı iş arasında uyumsuzluk olduğunda görece yoksunluk yaşamaktadır. Benzer bir çalışmada da daha nitelikli olan kişiler karşılaştırma hedefleriyle aynı ekonomik koşullara sahip olduklarında memnuniyetsizlik yaşamışlardır (Kim vd., 2018). Aşırı nitelikli hisseden insanlar iyi performans gösterecek kapasiteye sahip olsalar dahi, görece yoksunluk onların motivasyondan da yoksun kalmalarına neden olabilir (Lee vd., 2021). Erdoğan ve arkadaşlarının (2018) çalışmasına göre algılanan aşırı niteliklilik görece yoksunluğu öngörmekte ve bu durum daha düşük kariyer memnuniyeti, yaşam doyumu ve olumlu etkiye sebep olmaktadır. Hemşirelik mesleği de farklı eğitim seviyesine sahip çalışanları barındırmaktadır. Lisans eğitimi üzerine yoğun emeklerle lisansüstü eğitim yapan hemşirelerin bu konuda ödüllendirilme beklentileri açığa çıkmaktadır. Bu beklentilerini karşılayamayan hemşirelerin yoksunluk duyguları yaşamaları olağan olacaktır.

2.3.5. Örgütsel Adalet Algısı

Sosyal adalet, grup üyelerinin ekonomik ve sosyal yoksunluk duyguları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve örgütsel adaletin sağlanması görece yoksunluk duygularını azaltabilir. Grup üyeleri dağıtımsal adaletsizlik durumunda dışlanmış hissetmelerinin sonucu olarak bireysel görece yoksunluk; işlemsel adaletsizlik durumunda ise kolektif görece yoksunluk yaşamaktadırlar. Düşük adaletli karar alma süreçleri çalışanlarda görece yoksunluk duygusunu tetikleyerek öfke ve engelleyici davranışlar sergilemelerine neden olmaktadır ve bu durum iş birliği yapmalarını ve bilgi paylaşımı davranışlarını etkilemektedir (Wan vd., 2023). Tropp ve Wright'a (1999) göre ait oldukları grubun deneyimlerinden memnun olmayan bireylerin olumsuz duygularını ifade eden grup düzeyinde görece yoksunluk ile kendi deneyimlerinden memnun olmayan bireylerin olumsuz duygularını ifade eden bireysel görece yoksunluk arasında bir ayrım yapılması gereklidir ve her iki görece yoksunluğun psikolojik ve davranışsal etkileri farklıdır. Grup üyeleri dağıtımsal adaletsizliği

algıladıklarında bireysel görelî yoksunluk hissine sahip olacak (Kim vd., 2018) hatta sosyal olarak dışlanmış hissedeceklerdir (Anand vd., 2015). Grup temelli işlemsel adaletsizlik ise grup düzeyinde yoksunluğa yol açabilmektedir (Osborne vd., 2012).

2.3.6. Eşitlik Teorisi

Kişinin girdileriyle (örneğin nitelikler, beceriler vb.) çıktıları (gelir, varlık vb.) arasındaki oranı bir başka kişiyle karşılaştırarak sonuçların adaletini belirleme durumudur. Örneğin bir kişi daha az nitelikli olmasına rağmen herkesle aynı maaşa sahipse veya aynı niteliklere sahip olmasına rağmen daha yüksek maaşa sahipse, bu durum diğerleri tarafından adaletsizlik duygusuna yol açacaktır. Aynı zamanda kişiler finansal olarak iyi durumda olsalar dahi girdiler göz önüne alındığında hak ettiklerinden daha azını aldıklarına inandıklarında da kızgınlık hissedebilirler (Kim vd., 2018). Örneğin farklı özelliklere sahip hemşirelerin çalıştığı bir birimde daha fazla emek sarf eden, daha özverili ya da daha nitelikli olan bir hemşire diğerlerinden farklı ve daha iyi koşullarda çalışmak isteyebilir ve buna karşın herkesle aynı şekilde değerlendirildiğini görebilir. Yine aynı şekilde aynı niteliklere sahip hemşirelerden biri maaş, kıdem ve şartlar yönünden daha iyi koşullarda çalışıyor olabilir. Tüm bunlar eşitlik teorisi kapsamında yoksunluk yaratan durumlar olacaktır. Bu nedenle görelî yoksunluk deneyimi için sonuçların eşitliğinden çok algılanan adaletsizlik duygusu önem taşımaktadır. Kim ve arkadaşları (2017) bu konu hakkında şu görüşlerini savunmaktadırlar. Örneğin bir iş arkadaşınızın benzer çıktılarıya sahip olmasına rağmen sizden daha yüksek bir maaşa sahip olduğunu öğrenmek mutlak gelir açısından nesnel olarak yoksun bırakılmanız bile haksızlık ve kızgınlık duygusu hissetmenize sebep olabilir. Benzer şekilde “hali vakti yerinde” olarak ifade edilen kişiler asgari ücretle geçinenlere göre yaşamdaki payları konusunda daha kırgın hissedebilirler.

2.3.7. Karşılaştırma Grubu ile Benzerlik

Sosyal karşılaştırma teorisine göre karşılaştırılan hedef ile kişi arasında benzerliğin olması özdeğerlendirmenin doğru yapılabilmesi için önem taşımaktadır (Kim vd., 2018). Bu doğrultuda Kim ve arkadaşları (2018) tarafından bir karşılaştırma hedefiyle algılanan benzerliğin görelî ekonomik yoksunluk üzerinde oynadığı rol araştırılmış ve beş farklı çalışma yapılmıştır. Çalışmaların sonucunda genel olarak katılımcıların kendilerinden daha iyi durumda olan ve kendilerine finansal açıdan

benzer olan kişileri seçtikleri görülmektedir. Ancak algılanan dezavantaj arttıkça kırgınlık da artmaktadır. Yani sonuç olarak bir hedefe benzer ya da farklı olmak kırgınlığın boyutunu değiştirmemektedir. Çünkü bir hedefe benzer ya da farklı olmaktan çok kişinin bu ilişkide adaletsizlik duygusu yaşaması ve buna bağlı kırgınlık oluşması önemlidir. Örneğin hemşireler kendilerini meslek içi ve meslek dışı başkalarıyla karşılaştırdıklarında aynı oranda yoksunluk yaşayabilirler.

2.4. Göreli Yoksunluğun Sonuçları

Crosby'nin modeline (1976) göre duygulara, tutumlara veya eylemlere yansıyan göreli yoksunluğun sonuçları belirli bireysel farklılıklara ve çevresel faktörlere göre değişir. Örneğin kolektif göreli yoksunluk terörizm gibi topluma karşı yıkıcı eylemlerle ya da toplumu iyileştirmeye çalışmakla sonuçlanabilir. Bununla birlikte bireysel göreli yoksunluk bazı bireyleri koşulları değiştirme ve hak ettiklerini elde etme konusunda kendilerini geliştirmeye motive edebilirken diğerleri için stres belirtileri yaşamalarına ve kendilerine zarar vermelerine neden olabilmektedir (Güvenç, 2021).

Görelî yoksunluk yaşayan bireyler olumsuz içsel durumlarla baş edemeyerek stres belirtileri yaşarlar ve uyumsuz davranışlar gösterirler. Bu durum psikolojik ve fiziksel sağlıklarının kötüleşmesine yol açabilir (Callan vd., 2015b; Mishra & Carleton, 2015). Görelî yoksunluktan kaynaklanan stresin artış gösterdiği (Beshai vd., 2017), bu bireylerin depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozukluklar için hastanelere daha fazla başvurduğu (Eibner vd., 2004) bildirilmektedir. Aynı zamanda bireyler göreli yoksunluktan kaynaklanan öfke ve kırgınlık gibi duygulardan kaçınmak için daha riskli davranışlarda (anında ödül kazanma ya da olumsuz duygudurumdan kaçınma için) bulunabilmektedirler (Callan vd., 2011). Alanyazında sadece bireysel göreli yoksunluğun psikolojik stres gibi bireysel sonuçlara neden olabildiği, ancak grup karşılaştırmalarının depresif belirtilerle ilişkisinin olmadığı belirtilmektedir (de la Sablonnière vd., 2012). Bir başka ifade ile bireysel göreli yoksunluk fiziksel ve zihinsel sağlık ile ilgiliyken, kolektif göreli yoksunluk grup düzeyinde tepkilerin oluşmasına neden olmaktadır (toplu eylem gibi) (Lilly vd., 2023). Olson'a (1995) göre yüksek bireysel göreli yoksunluk yaşayan bireyler kişisel ve

mesleki gelişim davranışlarını daha fazla sergilemektedirler. Ancak Zheng ve arkadaşları (2023) kendi çalışmalarında aynı sonuca ulaşamamıştır.

Görelî yoksunluğun yarattığı psikolojik sonuçlardan olan uzun süreli maruz kalınan stresin fiziksel sağlık sonuçları üzerindeki olumsuz etkileri; vücudun dengesini bozarak hastalıklara karşı savunmasız hale gelme, kardiyovasküler hastalıklar, riskli sağlık davranışları gösterme, ölüm oranının yükselmesi, kendi sağlığını kötü değerlendirme, obezite ve sağlıksız beslenme, sigara içme, alkol kullanma, fiziksel hareketsizlik, sağlığı tehlikeye atan stresi azaltma davranışları sergileme vb. olarak sıralanabilir (Güvenç, 2021; Liu & Yi, 2023). Sosyal karşılaştırmalara dayanan yüksek gelirli insanların reddedilmesi ve kıskançlığı grup içinde engeller oluşturarak kişiler arasındaki güveni zayıflatabilir (Liu & Yi, 2023). Kim ve arkadaşlarına (2017) göre mutlak maddi durumdan bağımsız olarak nispeten maddi yoksunluk yaşayan kişiler diğerlerine göre hak ettiklerinden daha az aldıkları duygusunu telafi etmek için mal ve mülk edinmeye özen gösterebilirler. Yani varlıklı olsalar bile diğerlerinden daha kötü durumda olduklarını kabullenmek istemeyebilirler (Kim vd., 2017). Aynı zamanda görelî yoksunluk yaşayan bireyler başkalarına yararlı olma konusunda isteksiz olabilirler (Zhang vd., 2016) ve kişiler arası daha fazla düşmanlık yaşayabilirler (Greitemeyer & Sagioglou, 2017). Bununla birlikte görelî yoksunluk yaşayan çalışanların görev içi performanslarını düşürerek eşitlik sağlamaya çalışabildikleri belirtilmektedir (Feldman & Turnley, 2004).

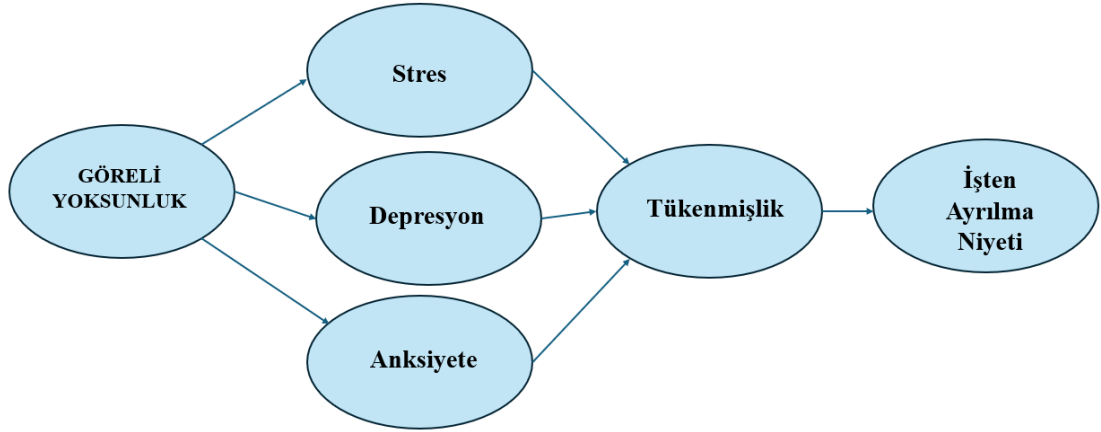
2.5. Hemşirelerde Yoksunluk ve Psikolojik Sıkıntı

Dünya Sağlık Örgütü 2035 yılı sonuna kadar 12.9 milyon hemşire açığının dünyayı vuracağını öngörmüştür (Marcé vd., 2019). İşten ayrılma niyeti bu anlamda hemşire yetersizliği ve ağır iş yüküne katkıda bulunarak, diğer hemşirelerin de ayrılması için teşvik etmektedir. Bu durum sağlık hizmeti sunum kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Yüksek işten ayrılma niyeti endişe verici bir durumdur ve politika yapıcılar ile araştırmacıların özellikle işe yeni başlayan hemşirelerin işten ayrılma niyetlerine katkıda bulunan faktörleri incelemesi gerekmektedir (Zhou vd., 2022).

Dünya çapında sağlık çalışanlarının stres, depresyon ve anksiyete düzeyleri oldukça yüksektir. Kültürel ve örgütsel farklılıklara rağmen, dünya çapında hemşireler stres ve duygusal semptomları yüksek olan bir gruptur (Peng & Wu, 2022). Stres,

depresyon ve anksiyete psikolojik sıkıntı olarak geçmektedir ve bu psikolojik sıkıntılar hemşirelerin iş performansını, iş doyumunu, tükenmişliğini, işten ayrılma niyetini etkileyebilmektedir (Happell vd., 2013; Peng & Wu, 2022; Teo vd., 2012). İş doyumunun örgütsel bağlılığı arttıracak göz önüne alınarak daha az psikolojik gerginlik yaşayan hemşirelerin örgütsel bağlılıklarının daha yüksek olması beklenmektedir (Teo vd., 2012).

Alanyazında da belirtildiği üzere yoksunluğun; stres, depresyon ve anksiyeteye sebep olduğu görülmektedir (Beshai vd., 2017; Callan vd., 2015b; Eibner vd., 2004; Mishra & Carleton, 2015; Quin vd., 2022, Smith vd., 2020; Yılmaz, 2020). Stres, depresyon ve anksiyete birçok durumdan kaynaklanabileceği gibi sosyal karşılaştırmalara dayanan görel yoksunluk nedeniyle oluşabilir. Görel yoksunluk bu anlamda işten ayrılmaları da etkileyen önemli bir etken olacaktır. Cho ve arkadaşlarının (2014) bu konuyu destekleyen şirket çalışanları üzerinde yaptıkları bir araştırmada bireysel görel yoksunluğun işten ayrılma niyetini önemli ölçüde etkilediği ve bu durumda çalışan kimliğinin aracı rol oynadığı bulunmuştur (Cho vd., 2014). Hemşirelerde görel yoksunlukla ilgili çalışmalar oldukça azdır ve görel yoksunluğun psikolojik sıkıntıya sebep olması ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Sadece de la Sablonnière ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında hemşirelerde yoksunluğun tükenmişliğe neden olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle alanyazın ile paralel olarak hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve işten ayrılma niyetleri üzerinde psikolojik sıkıntının etkisi ve bu sıkıntının görel yoksunluktan kaynaklanıp kaynaklanmadığı bilinmemekle birlikte olası ilişkiler Şekil 2.2’de sunulmuştur. Bu anlamda hemşirelerde psikolojik sıkıntıya neden olan durumlar görel yoksunluktan kaynaklanıyor olabilir ve geliştirilecek ölçüm aracı sayesinde gelecekte bu sorunlar daha derinlemesine incelenebilir.



Şekil 2.2 Görelî Yoksunluğun Olası Sonuçları

Hemşirelerde stres faktörleri ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; hemşirelerin sıklıkla mesleki faaliyetlerle ilgili çeşitli stres faktörleriyle karşı karşıya oldukları ve bu durumun da verimliliği azalttığı belirtilmektedir. Hemşirelerde strese neden olan faktörler incelendiğinde bunlar; iş atamaları, iş rolleri, hasta taşıma, iğne batması ve diğer kesici delici alet yaralanmaları, hastalar veya yakınları tarafından işlenen psikolojik veya fiziksel saldırı, bulaşıcı hastalıklar ve toksik kimyasallara maruz kalma, mola süresinin olmaması, maaşların düşük olması, sosyal ve akran desteğinin zayıf olması, sağlık ekiplerinde rol çatışmaları, hekimlere erişimin zayıf olması, bilgi ve iş ekipmanlarının eksikliği, gecikmiş problem çözme, görevleri uygulayabilmek için kaynak eksikliği, gerçekçi olmayan hedefler, zamanında ve standartlara uygun yapılan işlerle ilgili yüksek beklentiler, gece çalışması, vardiyalı çalışma, fazla mesai, iş yükü, yetersiz personel, yeni bilgi edinme sürecindeki karşılanmayan ihtiyaçlar, iş yerindeki beklentilerle ilgili belirsizlik, yetersiz ödül, adaletsizlik duyguları, iş-özel yaşam arasındaki dengenin kurulmasındaki zorluklar, bir organizasyondaki belirsiz değerler, yöneticilerin günlük iş sorunlarını yeterince dikkate almaması, güvenlik kültürü koşullarının oluşturulmaması vb. olarak sıralanmaktadır (Dobnik vd., 2018). Zhou ve arkadaşları (2022) tarafından işe yeni alınan hemşirelerde iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasında altı adet ilişki bulunmuştur. Bunlar hastalara bakım vermekten kaynaklanan stres, yönetici, süpervizör ve hekimlerden kaynaklanan stres, rol ve iş yükünden kaynaklanan stres, iş arkadaşları ve günlük yaşamdan kaynaklanan stres, mesleki bilgi eksikliğinden kaynaklanan stres ve çalışma ortamından kaynaklanan stres şeklindedir. Happell ve arkadaşları (2013) hemşirelerde stres faktörlerini; iş

yükü, yetersiz personel, zaman baskısı, diğer klinik personel ile ilişkiler, liderlik ve yönetim tarzı, zayıf kontrol odağı, zayıf grup uyumu, yeterli denetim desteğinin olmaması, hasta ve ailelerin duygusal ihtiyaçları ile başa çıkma, vardiyalı çalışma ve ödül eksikliği olarak tanımlanmışlardır ve mesleki stresin hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olmakla birlikte depresyon ve posttravmatik stres bozukluklarına yol açtığını belirtmişlerdir. Lim ve arkadaşlarına (2010) göre ise iş yükü, iş arkadaşları arasındaki çatışmalar, yetersiz hazırlanmış ve deneyimsiz personel, agresif hasta ve yakınları, rol belirsizliği ve nöbetli çalışmak hemşirelerde belli başlı stres oluşturan durumlardandır (Lim vd., 2010).

Hemşirelerin depresyon ve anksiyete yaşadıkları durumlar incelendiğinde yüksek sorumluluk, yüksek risk, ağır iş yükü, hastaların ağrısı ve ölümüyle karşılaşma, ağır baskı vb. olarak belirtilmektedir. Depresyon ve anksiyete hemşirelerin fiziksel ve zihinsel sağlıklarını tehdit ederken, hemşirelik devir hızını ve hata riskini arttırarak bakım kalitesinin azalmasına neden olur (Liu vd., 2023). Tükenmişliğin nedenleri olarak ise yüksek baskıya maruz kalma, uzun çalışma süresi, iş yükü, meslektaş desteği eksikliği, iş yeri şiddeti vb. olarak sıralanabilir. Olumsuz çalışma koşullarıyla karşı karşıya kalmak hemşireler için zorluk yaratır. Aşırı iş yükü, değişen vardiyalar, düşük maaşlar, az özerklik, iş yerinde şiddet, güven eksikliği, iş yeri zorbalığı vb. durumlar duygusal tükenme, düşük başarı ve yüksek duyarsızlaşmaya neden olabilir (Ge vd., 2023). Bir diğer çalışmaya göre tükenmişliğin nedenleri olarak yetersiz hemşire sayısı, uzun vardiyalar (≥ 12 saat), esnek çalışma yetersizliği, zaman baskısı, yüksek iş ve psikolojik talepler, düşük görev çeşitliliği, rol çatışması, düşük özerklik, olumsuz hemşire-hekim ilişkisi, zayıf yönetici/lider desteği, zayıf liderlik, olumsuz ekip ilişkisi ve iş güvencesizliği gösterilmektedir (Dall'Orta vd., 2020).

Stres, depresyon ve anksiyeteye neden olan tüm durumların yukarıdaki kaynaklarda da belirtildiği gibi benzer sorunlardan kaynaklandığı görülmektedir. Bu sorunlar yoksunluk duygusundan kaynaklanıyor olabilir. Hemşireler kendilerini ve gruplarını birçok açıdan karşılaştırıp yoksunluk duygusu yaşayabilirler ve yoksunluk; stres, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik yaratabilir.

2.6. Hemşirelikte Yoksunluğun Önemi

Hemşireler kendilerini grup olarak farklı meslekten kişilerle karşılaştırdıklarında mesleki itibarsızlık (Ndirangu vd., 2021), ağır ve riskli çalışma koşulları (Subramaniam vd., 2023), nöbetli, hafta sonu ve özel günlerde çalışmanın yıpratıcılığı (Holland vd., 2019), ekonomik yetersizlik (Chang vd., 2023), şiddet (Al-Qadi vd., 2021), kariyer olanaklarının (Pincha Baduge vd., 2024), meslek içi iş birliğinin (Karadaş vd., 2022), meslektaş ve kurum desteğinin olmaması (Wang vd., 2023; Zeng vd., 2023), aileye ve kendine zaman ayıramama (Holland vd., 2019) vb. konularda yoksunluk yaşayabilirler.

Hemşirelerin yukarı ve aşağı yönlü karşılaştırma yapmaları eğitim, nitelik, refah düzeyi, koşullar vb. birçok faktöre göre değişecektir. Hemşireler yukarı yönlü karşılaştırmalarda kendilerinden daha iyi durumda olan ve yetkin olarak gördükleri; yönetici hemşireler, hekimler, eğitim seviyesi ya da ekonomik durumu kendisinden yüksek hemşireler ve diğer meslek gruplarından kişilerle karşılaştırma yapabilirler. Denk karşılaştırmalarda yine bu faktörler yönünden kendilerini hemşireler ile, diğer sağlık profesyonelleri ile (diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimci vb.) ya da sağlık profesyoneli olmayan diğer meslek gruplarıyla (öğretmen, mühendis, polis vb.) karşılaştırabilirler. Aşağı yönlü karşılaştırmalarda ise eğitim seviyesi ya da ekonomik durumu kendisinden düşük hemşireler ve diğer meslek gruplarından kişileri tercih edebilirler.

Alanyazında hemşirelerin yaşadığı bu sorunlar farklı şekillerde ele alınsa da yoksunluk başlığı altında incelenmediği görülmektedir. Ülkemizde hemşirelerin yaşadıkları sorunlar incelendiğinde; Erdem'in (2021) hemşirelerin yönetsel sorunlarını incelediği nitel bir çalışmada adaletsizlik, kayırmacılık, iletişimsizlik, yargılayıcılık, mobbing, umursanmama, despotizm değersiz hissettirme, rencide edilme ve yalnız bırakılma başlıkları belirlenmiştir. Ancak bu sonuçlar hemşirelerin sadece yönetimle ilgili yaşadıkları sorunlarla ilgilidir. Yine Erdem'in (2021) aktardığına göre hemşirelerle ilgili sorunların anlaşılması ve açıklanmasında alanyazında örgütsel ve yönetsel yapıların, ekip çalışmasının, yönetici taktirinin, iletişimin, liderliğin, hekim-hemşire etkileşiminin, hemşirelerin bakım problemlerinin, hemşirelerin sessizlik davranışlarının, iş sağlığı sorunlarının, ruhsal sorunların,

uygulama sorunlarının ve etik sorunların incelendiği görülmektedir. Işıklı ve Arslan (2018) tarafından hemşirelerin çalışma hayatında yaşadığı sorunların incelendiği çalışmada ise hemşirelerin yaşadıkları en önemli sorunlar olarak şiddet, mobbing ve iş kazası, diğer sorunlar olarak ise; saygısızlık, özensizlik, personel yetersizliği ve ayrımcılık tespit edilmiştir.

Alanyazında hemşirelerin yoksunluk yaşadığı durumlara yönelik doğrudan yapılmış çalışmalar oldukça sınırlıdır. Genel olarak hemşirelerin yaşadıkları sorunlar için eksiklikler ve yetersizliklere yönelik çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin algıladıkları yoksunluk düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

2.7. Alanyazında Yapılan Araştırmalar

Konuyla ilgili alanyazında yapılan çalışmalar Tablo 2.2’de sunulmuştur.

Tablo 2.2 Dünya’da ve Türkiye’de Yoksunluk ile İlgili Yapılmış Önemli Çalışmalar

Çalışmanın yazarı ve yılı	Çalışmanın sonuçları
Buunk vd., 2003	İspanya’da 93 hemşire üzerinde yukarı ve aşağı yönlü karşılaştırmaların görelî yoksunluk üzerindeki etkisini inceledikleri boylamsal çalışmalarında; hem yukarı hem de aşağı yönlü karşılaştırmalarda görelî yoksunluğun arttığı ve olumsuz duygulara sebep olduğu tespit edilmiştir. Sıklıkla yukarı yönlü karşılaştırma yapan, hem yukarı hem de aşağı yönlü karşılaştırmalardan olumsuz duygular çıkaran ve sosyal karşılaştırma yönelimi yüksek olan bireylerin görelî yoksunluk seviyeleri artmaktadır.
De La Sablonnière & Tougas, 2008	Kanada’da 108 hemşire üzerinde dramatik sosyal değişim zamanlarında (hükümet yetkilileri tarafından alınan yeni kararlar, yeni teknolojiler, yeni tedavi protokolleri vb.) görelî yoksunluk ve sosyal kimliği inceledikleri çalışmalarında; görelî yoksunluğun örgütsel değişimlerin farklı algılanmasından etkilendiği saptanmıştır. Sosyal görelî yoksunluk birçok olumsuz değişim, zamansal görelî yoksunluk ise hızlı ve olumsuz değişim sonucunda oluşmaktadır. Ayrıca grup içi özdeşleşme görelî yoksunluğun öncüsü olarak bulunmuştur.
Pearson vd., 2009	Amerika’da orduda çalışan 435 anestezi hemşiresinin algılanan yoksunluk durumlarını inceledikleri çalışmalarında; çalışma yılı, ücret, terfi olanağı ile görelî yoksunluk arasında ilişki bulunmazken, istemek ve hak etmek ile ilgili psikolojik faktörlerin görelî yoksunlukla ilişkili olduğu görülmüştür.
De La Sablonnière vd., 2012	Kanada’da 109 hemşire üzerinde örgütsel değişim, psikolojik sıkıntı ve tükenmişlik belirtilerinde kolektif görelî yoksunluğun arabuluculuk rolünü inceledikleri çalışmalarında; çalışanların örgütsel değişimi hızlı ve olumsuz algıladıklarında kolektif görelî yoksunluk hissetme olasılıklarının daha yüksek olduğu ve bunun psikolojik sıkıntı ve tükenmişlik belirtilerine yol açtığı tespit edilmiştir.
Mishra & Carleton, 2015	Kanada’da 328 kişi üzerinde öznel görelî yoksunluğun zayıf fiziksel ve mental sağlık ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında; öznel bireysel görelî yoksunluğun zayıf fiziksel ve mental sağlık ile önemli derecede ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 2.3 Devamı

Zhang vd., 2016	Amerika’da bireysel görelî yoksunluk ve prososyal davranışlar arasındaki ilişkinin incelendiği 42 ülke ve farklı katılımcıları içeren beş çalışmada; genel olarak bireysel görelî yoksunluk ile prososyal ve gönüllü davranışlar arasında negatif bir ilişki ve bireysel görelî yoksunluğun prososyal davranışlar üzerindeki etkisinde kişisel çıkarlara öncelik verme eğiliminin aracı rol oynadığı bulunmuştur.
Beshai vd., 2017	Amerika’da 517 katılımcı üzerinde bireysel görelî yoksunluğun stres yoluyla fibromiyalji ve gastrointestinal sistem gibi fonksiyonel bozukluklarla ilişkisini inceledikleri çalışmalarında; kendi kendine bildirilen stresin bireysel görelî yoksunluk, fibromiyalji ve gastrointestinal semptomlar arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur.
Greitemeyer & Sagioglou, 2017	Avusturya’da artan gelir eşitsizliğinin arttırdığı düşmanlık ve görelî yoksunluk ile saldırganlık arasındaki ilişkiyi inceledikleri deneysel çalışmalarında; kontrol gurubu ile karşılaştırıldığında bireysel görelî yoksunluk yaşayan katılımcıların daha agresif tavırlar sergiledikleri görülmüştür. Bununla birlikte bireysel görelî yoksunluk dezavantaj deneyiminin kaynağı olan hedefe yönelik saldırganlık davranışını arttırmıştır.
Erdogan vd., 2018	Amerika’da yeni mezun olmuş 143 üniversite öğrencisi üzerinde algılanan aşırı niteliklilik, görelî yoksunluk ve kişi merkezli sonuçlar üzerinde kariyer merkezîyetinin etkisini inceledikleri çalışmalarında; algılanan aşırı nitelikliliğin kariyer merkezîyeti ile etkileşime girerek görelî yoksunluğu tahmin ettiği tespit edilmiştir.
Kim vd., 2018	Çin’de bireysel görelî yoksunluk deneyiminde sosyal karşılaştırma süreçlerini inceledikleri beş ayrı çalışmada; adaletsizlik algısının, sosyal karşılaştırmanın finansal memnuniyetsizlik üzerindeki etkisine aracılık ettiği bulunmuştur.
Özdemir, 2019	Türkiye’de 411 üniversite öğrencisi üzerinde farklı görelî yoksunluk seviyelerinde başa çıkma stratejileri ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında; kaçınmacı başa çıkma stratejisi ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkinin anlamlılığı algılanan yoksunluk seviyesine bağlı bulunmuştur.
Özdemir vd., 2019	Türkiye’de 447 üniversite öğrencisi üzerinde birey düzeyinde görelî yoksunluk ve öznel esenlik arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; birey düzeyinde maddi/manevi yoksunluk; algılanan içsel güç ve algılanan dışsal güç üzerinden öznel esenlikle ilişkili bulunmuştur.
Peng vd., 2019	Çin’de 245 ordu çalışanı üzerinde yaptıkları çalışmalarında; mesleki bağlılığın, görelî yoksunluk ve iş doyumu arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiği; meslek tutkusunun ise görelî yoksunluğun mesleki bağlılık ve iş doyumu üzerindeki etkilerini önemli derecede azalttığı bulunmuştur.
Smith vd., 2020	Amerika’da 309 üniversite öğrencisi üzerinde zihinsel sağlık ve bireysel görelî yoksunluğu inceledikleri çalışmalarında; öğrencilerin sosyal desteğe erişimleri, üniversite ile özdeşleşme düzeyleri, cinsiyetleri, aile gelirleri, etnik kökenleri ve üniversitelerinin kalitesi göz önünde bulundurulmuş ve artan bireysel görelî yoksunluğun kaygı ve depresyonu artırarak aile geliri ile zihinsel sağlık arasındaki ilişkiye aracılık ettiği saptanmıştır.
Yılmaz vd., 2020	Türkiye’de 507 akademisyen üzerinde görelî yoksunluk ile stres düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarında; akademisyenlerin görelî yoksunluk düzeylerinin yüksek olduğu ve görelî yoksunluk ile algılan stres düzeyleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 2.4 Devamı

Yılmaz ve Erkal, 2020	Türkiye’de 949 ev idaresi personeli üzerinde görelî yoksunluk duygusunun performansa etkisini inceledikleri çalışmalarında; görelî yoksunluk ölçeği ile algılanan bireysel performans ölçeği ve rol dışı iş performansı alt boyutu arasında negatif yönde ve düşük seviyede anlamlı ilişki bulunmuştur.
Qin vd., 2022	Çin’de 8496 yetişkin üzerinde görelî yoksunluk, depresyon ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında görelî yoksunluğun yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinde depresif belirtilerin aracı rol oynadığı belirtilmektedir. Aynı zamanda görelî yoksunluğun yaşam kalitesi üzerindeki doğrudan etkisi ve depresif belirtilerin bu ilişkideki dolaylı etkisi algılanan sosyal destek ile yönetilmiştir.
Lilly vd., 2023	Yeni Zelanda’da yetişkinler üzerinde görelî yoksunluğun kişiler arası ve kişi içi etkilerini inceledikleri boylamsal çalışmalarında; bireysel görelî yoksunluğun kişi içi düzeyde psikolojik sıkıntı ile, kolektif görelî yoksunluğun ise kişiler arası düzeyde toplu eylem desteği ile güçlü ilişkilerinin olduğu bulunmuştur.
Zheng vd., 2023	Çin’de insanların kendini geliştirme motivasyonları üzerinde görelî yoksunluğun etkisini inceledikleri üç farklı çalışmada; görelî yoksunluğun kendini geliştirmeyi negatif olarak öngördüğü ve bu etki üzerinde sistem inancının aracı rol oynadığı tespit edilmiştir. Aynı araştırma içerisinde farklı örneklem gruplarında yapılan deneysel çalışmada ise görelî yoksunluğun kendini geliştirme üzerindeki zararlı etkisinin sistem inancı aracılığıyla olduğu saptanmıştır.
Guo & Xia, 2023	Çin’de 1143 üniversite öğrencisi üzerinde görelî yoksunluk, siber zorbalık ve intikam duygusunun ilişkisel modelinin incelendiği çalışmalarında; görelî yoksunluğun siber zorbalık üzerindeki etkisine intikam duygusunun aracılık ettiği tespit edilmiştir.
Yeşiltaş vd., 2023	Türkiye’de 732 otel çalışanı üzerinde yaptıkları çalışmalarında; algılanan aşırı niteliklilik çalışanların bilgi saklama davranışları üzerinde olumlu bir etki oluştururken görelî yoksunluğun bu etkide arabuluculuk rolü oynadığı bulunmuştur.
Liu & Yi, 2023	Çin’de görelî yoksunluğun yaşlı ve orta yaşlı yetişkinlerin sağlık durumu üzerindeki etkisini inceledikleri boylamsal çalışmalarında; görelî yoksunluğun bu yetişkinlerin fiziksel ve zihinsel sağlık durumları üzerinde önemli derecede olumsuz ve kalıcı etkilere sebep olduğu saptanmıştır. Görelî yoksunluk bireysel sağlık üzerinde yaş ve refah düzeyine göre farklılık gösterirken cinsiyete göre farklılık bulunmamıştır.
Wan vd., 2023	Çin’de 416 çalışan üzerinde işlemsel adalet, görelî yoksunluk ve ekip içi bilgi paylaşımı üzerinde grup kimliğinin aracı rolünü inceledikleri çalışmalarında; kolektif görelî yoksunluk ile bireysel görelî yoksunluğun işlemsel adalet ile ekip içi bilgi paylaşımında zıt olarak arabuluculuk rolü oynadığı bulunmuştur. İşlemsel adalet hem kolektif hem de bireysel görelî yoksunluk düzeyini azaltmakta; bireysel görelî yoksunluk ekip içi bilgi paylaşımını azaltırken kolektif görelî yoksunluk ise artırmaktadır. Aynı zamanda grup kimliği kolektif görelî yoksunluk ile grup içi bilgi paylaşımı arasındaki ilişkide arabuluculuk rolü oynarken bu etki bireysel görelî yoksunluk ile ekip içi bilgi paylaşımı arasındaki ilişkide bulunmamaktadır.

Tablo 2.5 Devamı

Han vd., 2024	Çin’de 726 üniversite öğrencisinde, sosyal karşılaştırma ve saldırganlıkta görelî yoksunluğun aracı ve narsizmin düzenleyici rolünü inceledikleri çalışmalarında; sosyal karşılaştırmanın görelî yoksunluğun aracılık ettiğı saldırganlıkla pozitif ilişkili olduğı saptanmıştır. Aynı zamanda gizli narsizim sosyal karşılaştırma ile görelî yoksunluk ve görelî yoksunluk ile saldırganlık arasındaki ilişkileri şiddetlendirmiştir. Spesifik olarak düşük düzeyde gizli narsizmi olan bireylerle karşılaştırıldığında yüksek düzeyde gizli narsizmi olanlar aynı sosyal karşılaştırmaları yaptıklarında daha fazla görelî yoksunluk ve saldırganlık seviyesi göstermişlerdir.
Ding vd., 2024	Çin’de üniversite düzeyinde 682 hemşirelik öğrencisinde mükemmeliyetçiliğın görelî yoksunluk üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarında; uyumsuz mükemmeliyetçilik; kişiler arası duyarlılık, görelî yoksunluk ve esneklik ile anlamlı derecede pozitif ilişkili bulunmuştur. Kişiler arası duyarlılık, uyumsuz mükemmeliyetçilik ve görelî yoksunluk arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.

2.8. Hemşirelerin Çalışma Yaşamları Boyunca Yaşadıkları Temel Eksiklikler

Günümüzde hemşirelik mesleğı; düşük prestij, zayıf kamu algısı, finansal sorunlar, yoğun iş yükü, stresli koşullar, mesleki tatmin eksikliği, hemşirelik personeli eksikliği, eğitim ve öğretimin kalitesinin düşük olması vb. gibi çeşitli zorluklarla karşı karşıyadır (Mishra, 2015). Hemşirelere psikolojik sıkıntı yaratan durumlar incelendiğinde de genelde benzer olumsuz süreçlerin stres, depresyon ve anksiyeteye sebep olduğı ve çoğunluğunun eksikliklerden kaynaklandığı görülmüştür. Hemşirelerin çalışma yaşamları boyunca karşılaştıkları eksiklikler için “**mesleki, bireysel ve örgütsel**” olarak yoksunluk oluşturabilecek durumlar konusunda alanyazın incelemesi yapılarak aşağıda sunulmuştur.

2.8.1. Mesleki Eksiklikler

2.8.1.1. Eğitim ve gelişim: Hızla büyüyen sağlık hizmetleri bilgi ve teknolojisi hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerini sürekli olarak güncellemelerini gerektirir. Birçok ülkede hemşirelik mesleğı için yıllık mesleki gelişim saatleri zorunlu kılınmıştır ve sürekli gelişim kavramı hemşirelik de dahil olmak üzere birçok sağlık disiplinde temeldir (Mlambo vd., 2021). Sürekli mesleki gelişim; hemşirelerin devam eden yeterliliklerini geliştirme ve sürdürme, mesleki uygulamalarını geliştirme ve kariyer hedeflerine ulaşmalarını destekleme konusunda yardımcı olan öğrenme faaliyetlerine aktif katılımlarını sağlayan yaşam boyu öğrenme sürecidir. Sürekli mesleki gelişim; bilgi, beceri ve öz motivasyonu artırır, güçlü liderliği mümkün kılar ve olumlu bir iş yeri kültürü geliştirir. Ayrıca meslekler arası iş birliğini ve iletişimi

güçlendirmeye yardımcı olur, profesyonelliği sağlar ve hesap verilebilirliği artırır (Simkhada vd., 2023). Hemşire uygulayıcıları için mesleki gelişim fırsatlarına erişim; klinik uygulamayı, liderliği ve profesyonelliği geliştirmenin önemli bir parçasıdır. Mesleki gelişimin faydaları arasında uygulamanın tam kapsamını desteklemek, uygulama kalitesini ve verimliliğini iyileştirmek, hasta bakımını geliştirmek, artan memnuniyet, yetkin hemşirelerin elde tutulması ve kariyer ilerlemesi yer almaktadır (Austin vd., 2021).

Çağdaş sağlık hizmetleri, düzenli olarak ortaya çıkan yeni müdahaleler ve teknolojilerle sürekli değişmektedir. Bu anlamda hemşirelerin değişen bir ortamda uygun ve kaliteli hasta bakımı sağlamak ve kendi bireysel mesleki gelişimlerini tamamlamak için gerekli bilgi ve becerilere ihtiyaçları vardır (Glasper, 2018). Hemşirelerin mesleki gelişimlerini sağlamalarının önünde çok sayıda engelin olduğu belirtilmektedir. Bunlar arasında zaman ve iş yükü kısıtlamaları, finansal kaynak eksikliği, uygun kurslara erişim eksikliği, kişisel sorumluluk ve motivasyon eksikliği, kurumsal destek eksikliği vb. faktörler yer almaktadır (Mlambo vd., 2021). Hemşirelik uygulamalarında kanıta dayalı bilgiye sahip olunmasının amaçlanmasına karşın mesleki gelişim eğitimleri mutlaka değerli çıktılar sağlamayabilir ve hemşirelerin klinik çalışmalarıyla ilgili olmayabilir (McKenna vd., 2022).

Chong ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarında, hemşirelerde sürekli mesleki gelişim zorunlu bir gereklilik olmasına rağmen hemşirelerin %29'u yıl boyunca herhangi bir mesleki gelişim eğitimine katılmamışlardır (Chong vd., 2011). McKenna ve arkadaşlarının (2022) çalışmalarında; Endonezya'daki hemşirelere uygulanan ölçeğin sorularında “Bu görev sizin rolünüzde ne kadar önemli?, Bu görevi ne kadar iyi yerine getiriyorsunuz? ve Bu görevi yerine getirmeniz için bir eğitim programının önemi nedir?” soruları bulunmaktadır. Hemşireler doğrudan bakım görevlerini; önem, performans ve eğitim ihtiyacı açısından daha yüksek puanlarken, destekleyici görevler; performans ve eğitim ihtiyacı açısından en düşük puanları almıştır. Bir yıldan az deneyime sahip hemşireler güncel bilgilere sahip olmalarına karşın daha yüksek eğitim ihtiyacı bildirmiştir. Aynı zamanda hemşirelerin bütçeleme ve idare gibi yönetim becerilerinin teknik becerilerden daha az gelişmiş olduğu bulunmuştur.

Drury ve arkadaşları (2014) hemşirelerin sürekli öğrenmeyi sağlayabilmeleri için zaman ve erişim kısıtlarının olduğunu belirtmektedir. Hemşireler çalışma hayatına başlamadan zorunlu eğitimlerini tamamlamak, yılın belirli zamanlarında mesleki gelişim faaliyetlerine katılmak zorundadırlar. Bu eğitimlerin çalışma zamanı dışında hemşirelerin kendi özel zamanlarını kapsaması nedeniyle hemşirelerin bu eğitimleri tamamlama konusunda isteksiz oldukları belirtilmektedir. Aynı zamanda bu eğitimler hemşirelere ek ödeme gibi herhangi bir teşvik sağlamamaktadır (Drury vd., 2014). Hemşirelik mesleğine yeni başlayan hemşirelerin hemşirelik rollerine uyum sağlayabilmek için öğrenmeleri gereken çok fazla şey bulunmaktadır. Bu anlamda mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmekte zorluk çeken hemşireler hemşirelik mesleğini bırakmayı tercih edebilirler (Cheng vd., 2014).

Simkhada ve arkadaşlarının (2023) Nepal’de hemşirelerin mesleki gelişimlerine ilişkin algılarını inceledikleri çalışmalarında; politika düzeyi, örgütsel düzey ve bireysel düzey olmak üzere üç ana tema belirlenmiştir. Hemşireler sürekli mesleki gelişim konusunun politikacılar tarafından desteklenmediğini belirtirken, hemşire uygulayıcılarının politikada aktif yer almasının sürekli mesleki gelişimi arttıracaklarını belirtmektedirler. Örgütsel düzeyde hem kamu hem özel hastanedeki hemşireler incelenmiş ve eğitim türlerine yönelik algı, personel yetersizliği, finansal kısıtlamalar, eğitim kıdemi ve eğitimin sürekliliğinin olmaması sürekli mesleki gelişimi engelleyen faktörler olarak belirlenmiştir. Bireysel düzeyde ise eğitim motivasyonu ve ilgili eğitimin gereksiz olduğunu düşünmek sürekli mesleki gelişimi engellemektedir.

2.8.1.2. Mesleki yeterlilik: Hastaların hastaneye yatışından tedavi edilmesine ve taburculuğuna, hatta taburculuk sonrasına uzanan süreçte hemşirelerin hastaların karmaşık ve çeşitli ihtiyaçlarını karşılayan kapsamlı bir bakım sağlaması gerekmektedir. Hemşirelerin çeşitli bilgi kaynaklarını birleştirebilmeleri ve bunları karar alma ve hemşirelik uygulamalarına dahil edebilmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin profesyonel olarak sürekli doğrudan bakım sağlama, bireysel yaşamları koruma ve günlük yaşam faaliyetlerini desteklemeleri için mesleki sorumluluklar almaları beklenmektedir. Bunu başarmak için de hemşirelerin yeterliliklerini geliştirmeleri ve günlük uygulamalarında kullanmaları önemlidir. Yeterlilik; belirli

koşullar altında etkili bir şekilde çalışabilecek potansiyel yetenekler ve bu yetenekleri kullanarak kişinin yararlılığını gösterme motivasyonu olmak üzere iki yönden oluşur. Ayrıca yeterlilik kişinin motivasyonundan ve tutumundan etkilenen, ilgi ve deneyimlerine dayanan ve başarı sağlayan davranışsal bir özelliktir. Hemşirelik yeterliliği ise mesleki yargı, beceriler, değerler ve tutum dahil olmak üzere bilginin karmaşık bir entegrasyonudur. Her duruma özgü, farklı faktörleri ve sorunları karmaşık şekillerde entegre eden veya birleştiren akıllı bir pratik beceri setidir. Hemşirelik yeterliliğinin bileşenlerinde insanları ve durumları anlama yeteneği, insan odaklı bakım sağlama yeteneği, hemşirelik kalitesini iyileştirme yeteneği bulunmaktadır (Fukada, 2018).

- **İnsanları anlama yeteneği:** bilgiyi uygulama ve kişilerarası ilişki kurma
- **İnsan odaklı bakım sağlama yeteneği:** hemşirelik bakımı sağlama, etik uygulama ve diğer profesyonellerle iş birliği yapma
- **Hemşirelik kalitesini iyileştirme yeteneği:** mesleki kapasitelerini genişletme ve yüksek kaliteli hemşirelik hizmetinin sunulmasını sağlama

Grande ve arkadaşlarının (2022) çalışmalarında; hemşirelerin mesleki değerlerinin ve mesleki yeterliliklerinin hemşirelik yeterliliği üzerinde olumlu etkisi bulunmakla birlikte, tükenmişlik bu modelde düzenleyici rol oynamıştır. Tükenmişlik sendromunu önlemek için hemşirelerin refahını ve güçlenmesini destekleyen stratejiler yoluyla hemşirelere, çalışma koşullarına ve çevreye yönelik örgütsel bilginin sağlanması ve desteğin artırılmasının gerektiği belirtilmektedir. Al Ali ve arkadaşlarının (2022) çalışmalarında, hemşirelerin algılanan yeterlilik düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin algılanan yeterlilik düzeylerinde eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür. Yıllık değerlendirmeleri adil ve objektif yapan hemşireler, adaletsiz değerlendirme yapan hemşirelere göre yeterliliklerini daha yüksek değerlendirmiştir. Aynı zamanda hemşireliğe ilgi duyan ve birim değiştirmeyen hemşirelerin diğer hemşirelere göre yeterlilik düzeylerini daha yüksek algıladıkları görülmüştür (Al Ali vd., 2022). Mrayyan ve arkadaşlarının (2023) yaptığı kavram analizinde yeterliliğin ortak

tanımlayıcı özellikleri bilgi, özdeğerlendirme ve dinamik durum olarak tanımlanmıştır. Hemşirelik uygulamalarında yeterliliğin; hasta, hemşire ve kurumsal sonuçlarda iyileşme dahil olmak üzere birçok olumlu sonucu olduğu bildirilmiştir. Tüm bunlarla birlikte hemşire yeterliliği ve hasta güvenliği arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Zaitoun vd., 2023). Cheng ve arkadaşları (2014) işe yeni başlayan hemşirelerin başladıktan sonraki 6-12 ay içinde işten ayrılma niyetinin en önemli nedeninin klinik yeterlilik ve klinik stres olduğunu belirtmektedirler.

Happel ve arkadaşları (2013) bazı hemşirelerin ruhsal sağlık sorunu olan hastalara bakarken zorlandıklarını ve stres yaşadıklarını ifade etmektedirler. Bu durum hemşirelerin bu tür hastalara bakmak için yeterli eğitim almadıklarını hissetmelerinden ve kendilerini yeterli görmemelerinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca beceri açıkları birçok kişi tarafından (özellikle yarı zamanlı çalışan ve kısa süre önce işten ayrıldıktan sonra işyerine dönen hemşireler için) stresin ana nedeni olarak görülmektedir. İşleri üzerinde çok az kontrole sahip olan hemşireler iş yerinde yüksek psikolojik stres yaşama eğilimindedirler. Bu hemşirelerin daha az güçlendirilmiş, örgütlerine daha az bağlı, işlerinden daha az memnun oldukları belirtilmektedir. Bilgi, beceri ve deneyim açısından farklı seviyelerde olan hemşirelerin nöbetlerde uygunsuz dağılımından dolayı artan iş yükü diğer hemşirelerde strese neden olmaktadır. Holland ve arkadaşlarının (2019) çalışmalarında, hemşireler yüksek tükenmişlik oranlarından dolayı deneyimli personelin iş bırakma ihtimalinden endişe hissettiklerini belirtmişlerdir (Holland vd., 2019).

2.8.1.3. Mesleki itibar ve saygınlık: Hemşireliğe yönelik kötü bir kamu algısı olmakla birlikte mesleğin önemli ölçüde değersizleştirildiği görülmektedir. Hemşireler sağlık bakım sisteminin sınırları içinde başarısız ve işlevsiz bir uygulama için suçlanan kolay hedefler haline gelmiştir. Yetersiz finansal ödüllerle birleşen zorlu fiziksel ve duygusal çalışma ortamı hemşirelik mesleğinin çekiciliğini de azaltmaktadır. Bu durum bu mesleğe ilgili ve istekli kişilerin sayısını azaltmaktadır. İster devlet ister özel olsun sağlık sistemi içerisinde deneyimli hemşirelik profesyonellerinin sürekli kaybı tehlikeli bir durumdur. Hemşirelik mesleğinin itibarını arttırmanın önündeki engellere bakıldığında bu durumdan sorumlu en belirgin faktörler katı hastane gelenekleri, hekim, yönetici veya halktan kişilerin bile boyun eğebileceği ayrıcalık ve prestij

zincirlerinden kaynaklanmaktadır. Uygulama ortamındaki hiyerarşik bir güç sisteminde hemşirelik profesyonellerinin konumu orta düzeydedir. Gerçekte entelektüel sınıfa ait olmalarına rağmen, statü güvensizliği ve işçi sınıfı statüsüne itilme riski nedeniyle, paradoksal bir şekilde hem mesleki hem de duygusal gelişimlerini engelleyen, duygusal içerikten yoksun, aşırı profesyonel bir tutum sergilemek zorunda kalmaktadırlar. Mevcut uygulamayı gerçekten yansıtmayan zayıf medya temsili nedeniyle zayıf kamuoyu algısı oluşmaktadır. Bu durum hemşirelik profesyonellerine yönelik kamu güvenini ve algısını etkilemektedir. Algılanan ilgisizlik ve bazı durumlarda bakımın kötü sunulması, kötü algıya katkıda bulunmaktadır (Mishra, 2015).

Hemşirelik imajını anlamada sağlık profesyonellerinin bakış açısı da büyük önem taşımaktadır. Çünkü hemşirelerin çalışma koşullarına ve mesleki dinamiklerine, birlikte multidisipliner olarak çalıştıkları meslektaşları ve diğer sağlık profesyonelleri de tanıklık etmektedir (Topuz vd., 2023). Topuz ve arkadaşlarının (2023) çalışmalarında, sağlık profesyonelleri açısından hemşirelik imajının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik imajının düşük olması meslek üyelerinin güvenini zedeleyebilir, geleceğe yönelik kaygılarını arttırabilir ve meslekten soyutlamalarına neden olabilir.

Doğu Afrika’da hemşirelik ve ebelik mesleğinin profesyonel imajının incelendiği bir çalışmada hemşire ve ebelerin yaklaşık üçte ikisi mesleklerini hem güvenilir hem de saygın meslekler olarak algılamışlardır. Ancak toplumun hemşirelik ve ebelik meslekleri hakkındaki görüşlerinin karışık olduğu, toplumun bazı üyelerinin onları profesyonel, bilgili ve şefkatli olarak tanımlarken; diğerlerinin kaba, acımasız, sert, tembel, dağınık ve hizmetli olarak algıladıklarını belirtmektedirler (Ndirangu vd., 2021). İsveç’te ilgili belgeler, televizyon programları ve çeşitli görüntülerden elde edilen metin analizinde hemşirelerin ağırlıklı olarak tıp hekimlerinin asistanı pozisyonunda ikincil bir rol üstlendikleri ve kadın mesleği olarak tasvir edildikleri belirtilmektedir (Dahlborg-Lyckhage & Pilhammar-Anderson, 2009). Hastaların hemşireleri algılama biçimleri bakım ilişkisini de etkiler. Hemşireleri olumlu algılayan hasta ve aileler onları uzun süreli bakımda yaşam kalitelerini arttırıcı olarak görür (Ploeg vd., 2013). Drury ve arkadaşları (2014) hemşirelerin hasta ve ailelerinden

teşekkür kartları aracılığı ile minnettarlık gösterilmesinin işlerinde kalmalarını sağlayan önemli etkenlerden olduğunu belirtmişlerdir.

Hemşireler arasında benlik imajı; diğer mesleklerle ilişkileri, hemşirelerin iş performansını, hemşirelere yönelik şiddeti, toplumun sağlık sistemine olan güvenini, düşük maaşı, iş yükünü, tükenmişliği ve iş tatminini etkiler. Çalışmalar, aktif hemşirelerin çoğunun mesleklerine ilişkin olumlu bir benlik imajına sahip olduğunu ve yalnızca azınlığın olumsuz bir öz imaja sahip olduğunu bulmuştur. Çoğu, seçtikleri meslekle gurur duymaktadır, ancak küçük bir yüzde utanç gibi olumsuz duygulara sahiptir. Hemşire olma ve meslekte kalma kararının hem hemşirenin hem de toplumun bakış açısından mesleğin imajıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Hemşireler kamu imajlarının olumlu olduğuna inandıklarında daha iyi çalışırlar ve meslekte kalmak için daha fazla motivasyon gösterirler. Olumlu bir kamu imajı hemşirelik öğrencilerinin kariyer seçimini de etkiler (Grinberg & Sela, 2022). Grinberg ve Sela'nın (2022) çalışmalarında; hemşirelerin hemşirelik imajı algıları ile bakım kalitesi algıları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanırken, erkek ve kadın cinsiyet açısından farklılık bulunmamıştır.

2.8.2. Bireysel Eksiklikler

2.8.2.1. Temel gereksinimler ve yaşam kalitesi: Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında hedef, beklenti, standart ve endişeleri ile ilgili olarak yaşamdaki konumunu algılaması olarak tanımlar. Dolayısıyla kişinin fiziksel sağlığı, ruhsal durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve bunlar arasındaki ilişkiler gibi temel özellikleri kapsayan geniş bir kavramdır (The WHOQOL Group, 1995).

Sağlık davranışı önemli bir yaşam tarzı bileşenidir. Sağlık davranışları sağlığı geliştirici davranışlar (yani sağlığa elverişli) ve sağlık karşıtı davranışlar (sağlığa zararlı) olmak üzere ikiye ayrılır. Sağlığı geliştirici davranışlar iyi beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, olumlu zihinsel tutumlar, aşırı stresten kaçınma, sağlığı tehdit eden tehlikelerden kaçınma vb. olarak sıralanırken sağlık karşıtı davranışlar madde kullanımı, risk alma davranışı, uzun süreli olumsuz duygusal durumlar, yetersiz beslenme vb. olarak sıralanabilir. Olumlu davranışların arttırılması ve olumsuz

davranışlardan kaçınılması fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlığı korur ve iyileştirir (Orszulak vd., 2022).

Hemşirelik üzerinde yapılan bazı araştırmalarda hemşirelerin sağlıklı yaşam tarzı benimsemediklerini görülmektedir. Hemşireler sağlıklı yaşam tarzının önemini bilmelerine rağmen bunu kendi öz bakımlarında uygulayamamaktadırlar. Etkili liderler ve sağlık eğitimcileri olabilmek için hemşirelerin hem kişisel hem de profesyonel olarak sağlıklı bir yaşam tarzı sürmeleri gerekmektedir. Hemşireler arasında boş zaman eksikliği ve yorgunluk; şeker ve yağ içeriği yüksek işlenmiş gıdaların tüketilmesine yol açarak olumsuz sağlık davranışlarının oluşmasına yol açmakta ve spora katılımı büyük ölçüde azaltmaktadır. Bu durum sağlığı olumsuz etkileyen hipertansiyon, kanser, kemik-eklem rahatsızlıklarına yol açarak yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır ve bu durum çalışma yeteneğini engellemektedir. Hemşirelerin doğru sağlık davranışlarını benimseyerek topluma örnek olmaları gerekmektedir. Hastalara verilen bakımın kalitesinin önemi düşünüldüğünde kendi yaşam kaliteleri düşük hemşirelerin kaliteli bakım verme ihtimalleri de azalacaktır (Orszulak vd., 2022).

Yaşam kalitesi birbiri ile ilişkili birçok faktörden (iyi iş, iyimserlik, evlilikten mutluluk, kişisel yaşamdan memnuniyet, finansal bağımsızlık, istikrar vb.) oluşan memnuniyet duygusu olarak ifade edilir. Hemşirelikte yaşam kalitesi; ekonomik faktörler, mesleki faktörler, memnuniyet, aile durumu, boş zaman kalitesi vb. faktörlere dayanır (Fidecki vd., 2016). Hemşireler iş-aile dengesini sağlayamadıklarında işten ayrılma niyetleri önemli ölçüde artmaktadır (Holland vd., 2019). Hemşireler, vardiyalı çalışma, mola eksikliği, hızlı çalışma temposu ve işin duygusal bedeli dahil olmak üzere işyerinde ve dışında sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmenin önündeki potansiyel engellerle karşı karşıyadır. Hemşireler arasında aşırı kilo ve obezite insidansının arttığına dair kanıtlar da bulunmaktadır (Kelly & Wills, 2018). Orszulak ve arkadaşları (2022) çalışmalarında, hemşirelerde yaşam kalitesi ile ilgili olarak aşağıdaki sonuçlara ulaşmışlardır. Bunlar;

- Daha yüksek yaşam kalitesi, hemşirelerin sağlık davranışı düzeylerini arttırır.
- Obezite; fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda yaşam kalitesini düşürür.

- Hemşireler tarafından en çok puan alan yaşam kalitesi alanı psikoloji olmuştur.
- Hemşirelerin maddi durumunun iyi olması, yaşam kaliteleri üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir.
- Hemşirelerin yaşam kalitesinin artırılması için yaşam tarzı değişikliği müdahaleleri ile eğitilmesi ve desteklenmesi gereklidir.

Hemşirelerde işten ayrılma niyetinin öncülleri incelendiğinde, düşük iş-yaşam kalitesi (iş yükü, iş düzenlemesi, iş-yaşam dengesi), düşük iş özerkliği, düşük iyi oluşluk düzeyi (örneğin tükenmişlik), iş-yaşam çatışması gibi stres faktörleri yer almaktadır. Hemşirelere verilen evrak işlerin zaman alıcı olduğu, kendi vardiyalarında tamamlanamadığı ve özel yaşamdan çalınmasına rağmen karşılığının ödenmediği bildirilmektedir. Hemşireler bu anlamda işveren ve hastaların taleplerinden bıktıklarını söylemekte, beklentileri mantıksız bulunmakta ve daha fazla personel olmadan çözülmeyeceği ifade edilmektedir. Bu durum yönetim desteği olmadan hemşireleri fiziksel ve zihinsel olarak yıpratmaktadır.

İş talepleri bir bireyin iş rolünün özellikleri açısından çerçevelenir ve çalışma ortamının gereksinimleri tarafından yönlendirilir. Bir bireyi kaynaklarından mahrum bırakan iş talebi biçimi olarak algılanan yüksek iş yükü seviyeleri bireysel refah düzeyinde (örneğin iş-yaşam dengesi ile ilgili memnuniyet) olumsuz etkilere sebep olarak işten ayrılma niyetinin oluşmasına sebep olabilir. Çalışanların iş-yaşam dengesiyle tatmin olmasını sağlayan yüksek katılımlı iş uygulamaları sayesinde, destekleyici çalışma koşulları iş taleplerini azaltmada önemli bir yaklaşımdır. Bu tarz yönetim politikaları ve uygulamaları algılanan yüksek iş yükünün çalışan refahı üzerindeki olumsuz etkisini en aza indirir, iş-yaşam arasındaki dengeyle memnuniyet yaratır ve işten ayrılma niyetlerini azaltır (Holland vd., 2019). Holland ve arkadaşları (2019) çalışmalarında, hemşirelerde algılanan yüksek iş yükünün düşük iş-yaşam memnuniyeti ile ilişkili olduğunu ve bu durumun da mesleği bırakma niyetini arttırdığını belirtmektedirler. Ayrıca yüksek katılımlı iş uygulamaları bu model üzerinde düzenleyici rol oynamaktadır. Hemşirelerde iş-yaşam kalitesi ile ilgili olarak Türkiye’de yapılmış bir çalışmaya bakıldığında 6-10 yıl arasında mesleki deneyime sahip, dahili ve cerrahi servislerde çalışan, mesleğinden ve çalıştığı kurumdan

memnun olmayan, iş yaşam kalitelerini genel olarak kötü bulan ve yönetici-ast ilişkilerini iş yaşam kalitesi faktörü olarak değerlendiren hemşirelerin toplamda iş yaşam kalitesi ölçek puanları diğerlerinden daha düşük bulunmuştur. Özellikle hemşirelerin çalıştıkları kurumdan ve meslekten memnun olmadıklarını belirtmeleri, iş yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkiye sahiptir (Tamer & Öztürk, 2021).

Qin ve arkadaşlarına (2022) göre görelî yoksunluğun sonucunda oluşan depresyonun yaşam kalitesi üzerinde zararlı etkileri olduğu belirtilmektedir. Bu anlamda da güçlendirilmiş sosyal desteğin depresif belirtileri azaltma ve yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olacağı öngörülmektedir. Bu doğrultuda yapmış oldukları çalışmada da benzer sonuca ulaşarak, görelî yoksunluğun yaşam kalitesi ile negatif ilişkisinde depresif belirtilerin aracılık ettiği belirtilmektedir. Aynı zamanda görelî yoksunluğun yaşam kalitesi üzerindeki doğrudan etkisi ve depresif belirtilerin bu ilişkideki dolaylı etkisi algılanan sosyal destek ile yönetilmiştir.

2.8.2.2. Mesleki gelir: Görelî yoksunlukla ilişkilendirilebilecek en önemli kavram gelir yoksunluğudur. Gelir dağılımındaki artan eşitsizlik bireylerin gelirleri arasındaki uçurumu genişletme eğilimindedir. Bu durum stresli sosyal karşılaştırmaları ve beraberinde görelî gelir yoksunluğunu arttırmaktadır. Görelî gelir yoksunluğu mutlak gelir yoksunluğunun yokluğunda bile ortaya çıkabilmektedir. Örneğin bir birey mutlak anlamda yoksun olmasa bile (yani yiyecek, giyinme ve barınma ihtiyacını karşılıyor olsa bile) diğer insanların onu geçtiğini anladığında nispeten yoksun hissedebilir (Kwok vd., 2022).

Yeterli maaş, hemşirelerin motivasyonunu, performansını, üretkenliğini, iş doyumunu ve işte kalma oranını önemli ölçüde etkiler. Düşük ücret iş doyumunu azaltırken bu durum işten ayrılma niyetini artırır. Hemşirelerin daha yüksek maaşlar alması ve yan haklar edinmesi uzun istihdam süreleri ile ilişkilendirilmiştir. Ancak maaşları arttırmak tek başına işte kalma oranı üzerinde etkili olan tek faktör değildir. Mesleğe yeni başlayan ve kariyer değişikliği düşünen hemşirelerde öne çıkan en önemli etkenin maaşlardan duyulan memnuniyetsizlik olduğu belirtilmektedir. Genç hemşireler bu anlamda maaşlarını işlerinin talepleri ve sorumluluklarıyla karşılaştırırlar. Genç hemşireler arasındaki kayıp, emekli olan ve emeklilikten önce iş gücünden ayrılan hemşirelerin yerini dolduracak hemşire sayısını azaltır. Ayrıca

kişinin kariyeri boyunca önemli bir maaş farklılaşmasının olmaması, bu kariyeri işe yeni başlayanlar için cazip olmaktan çıkarabilir ve deneyimli personelin memnuniyetsizliğini ve işten ayrılma niyetini güçlendirebilir. Düşük ücretli ülkelerdeki hemşirelerin yüksek ücretli ülkelere uluslararası göçü hemşirelik açığını daha da kötüleştiren başka önemli bir konudur. Ülkeler arasındaki hemşirelik ücret seviyelerindeki farklılıklar bu tür göçün başlıca itici güçlerinden biridir. Gelişmekte olan ülkelerdeki hemşireler, hemşirelik iş gücü eksikliği yaşayan gelişmiş ülkelerde daha iyi mesleki gelişim, maaş, çalışma koşulları ve yaşam standartları sağlamak için ülkelerini terk etmektedirler (Chang vd., 2023). Sağlık profesyonellerinin göçü, daha kırılgan sağlık sistemlerine sahip geliştirmekte olan ülkeleri özellikle etkilemektedir. Kendi ülkelerinde kalanlar için uluslararası göç, iş yükünü ve aşırı çalışma riskini arttırarak sağlık profesyonellerinin elde tutulmasını daha zor hale getirir (Tomblin Murphy vd., 2016). Tayvan’da son on yılda hemşirelerin maaşlarının hekimler ve diğer tıbbi ve tıbbi olmayan sağlık profesyonellerinin maaşlarıyla karşılaştırıldığında düşük olduğu belirtilmiştir. Özellikle Covid-19 salgınında yüksek iş stresine rağmen ulusal yasa koyucular tarafından hemşirelik maaşlarında yeterli iyileştirmelerin yapılmaması hemşirelerin işten ayrılmasına katkıda bulunan temel faktörler olarak kabul edilmiştir (Chang vd., 2023).

Shi ve arkadaşlarının (2023) çalışmalarında, Çin’de kamu hastanelerindeki sağlık personelinin aylık gelirin yüksek olması iş doyumunu arttıran bir faktör olarak bulunmuştur. Shi ve arkadaşlarına (2023) göre sağlık çalışanları Covid-19 salgınının önlenmesi ve kontrolünde ön saflarda çalışmış, yüksek enfeksiyon riskleriyle karşı karşıya kalmış, iş-aile yaşamlarını dengelemede zorlanmışlardır. Bu dönemde iş yükü ve görevlerin zorluğuna göre çalışanlar tazminat alabilmiş, ancak salgının önlendiği ve kontrol altına alındığı dönemlerde salgınla mücadele ile ilgili görevler sağlık personelinin rutin çalışmasına dahil edilmiştir. İş yükünün artması ve mesleki risklerin devam etmesine karşın tazminat ortadan kaldırılmıştır. Bu durum çalışanlarda gelir memnuniyetsizliği oluşturmuştur. Coudounaris ve arkadaşlarının (2020) Ganalı hemşireler üzerinde yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin iş doyumlarının öncülleri olarak ücret düzeyi, ücret artışı, yan haklar ve ücret yapısı/yönetimi pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir (Coudounaris vd., 2020).

Bimpong ve arkadaşlarının (2020) farklı yorumlarına göre İngiltere’de ulusal sağlık hizmetinde düşük ücret iş doyumunu olumsuz etkilese de hemşireleri elde tutmak için ücret iyileştirmesi yapmanın tek başına sınırlılıkları bulunmaktadır. Örneğin hemşireler iyi maaşların yanında değerli hissetmek, taktir görmek ve iş ortaklıkları yapmak istemektedir. Maaş önemlidir, ancak çoğu insan hemşireliğe yüksek maaş bekleyerek gelmez. Bunun yanında başka motivasyonları vardır. Yüksek ücretler, ayrımcılık ve yüksek iş yükü gibi kötü çalışma koşullarını telafi etmez. Bu nedenle hemşirelerde mesleki gelirin iyileştirilmesi iş doyumunu arttırmada tek başına yeterli bir faktör olmayacaktır (Bimpong vd., 2020).

2.8.3. Örgütsel Eksiklikler

2.8.3.1. Örgütsel destek: İnsan inancı olan işlerde; uygun çalışma koşulları, yönetici desteği, uygun ödüller ve adil olmak kişinin benlik saygısının, umudunun ve kişisel gelişiminin olumlu yönde etkilenmesini sağlayan faktörlerdendir. Aynı zamanda bu faktörler fiziksel, zihinsel, duygusal ve ruhsal iyilik halini de meydana getirir. Yüksek düzeyde algılanan örgütsel desteğin çalışanlar ve kurum üzerinde olumlu bir etkisi vardır ve çalışanlar örgütsel destekle daha iyi performans gösterme eğilimindedir. Duygusal destek, fırsatların sağlanması, özerklik tanıma, uygun karar vermeyi teşvik etme vb. durumlar örgütsel desteğin çeşitlerindendir. Hemşirelerde mesleki tükenmişliğin örgütsel destekle azaltılabileceği düşünülse de diğer demografik ve klinik faktörlerin de araştırılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Abdel Azize ve arkadaşlarının (2023) çalışmalarında, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin algılanan örgütsel destek ile tükenmişlik puanları arasında negatif düzeyde ilişki saptanmıştır (Abdel Azize vd., 2023).

Örgütsel destek teorisi bir örgütün üyelerine gösterdiği özen ve desteğin, onların sadakatini ve katkılarını beslemede çok önemli olduğunu ileri sürmektedir. Yüksek düzeyde algılanan örgütsel destek örgüte karşı artan duygusal bağlanma ve sorumluluğu arttırırken tersine algılanan örgütsel destekteki eksiklikler çalışanların işten ayrılma eğilimlerinin artmasına sebep olur. Maaş artışları, profesyonel gelişim fırsatları, adil ücret, makul iş yükü, güvenli çalışma ortamı, iyi çalışma koşulları gibi örgütsel destek mekanizmaları çalışan katılımını, iş memnuniyetini, iş kalitesini,

Çalışanlar arasındaki güveni arttırarak genel refahı teşvik eder. Aynı zamanda örgütsel destek hemşirelerin yaşam kalitesini ve refah duygusunu arttırır (Zheng vd., 2023).

Xu ve Zhao'ya (2024) göre iş-aile zenginleştirme iş ve ailenin birbirine nasıl fayda sağladığını temsil eden bir yapıdır. Zenginleştirme; iş ve ailenin her birinin bireylere gelişmiş saygınlık, gelir ve bireyin diğer yaşam alanlarında daha iyi performans göstermesine yardımcı olabilecek diğer faydalar gibi kaynaklar sağlaması olarak ifade edilebilir. Hemşirelerin iş-aile dengesini gerçekleştirmelerini sağlayan resmi ve gayri resmi faktörler örgütsel destek kapsamında yer almaktadır. Örgütsel destek hemşirelerin hedeflerine ulaşmalarını sağlayan değerli bir kaynak olarak düşünülebilir. Bireyler kuruluşlarını destekleyici olarak algıladıklarında sadece iş doyumları ve buna bağlı performansları artmakla kalmaz, aynı zamanda bu durumu aile yaşamlarına da taşıyarak olumlu psikolojik bir deneyim yaşayabilirler. Kendi çalışmalarında da yüksek düzeyde örgütsel destek bildiren hemşirelerin daha fazla iş-aile zenginleştirme ortaya koyduklarını belirtmektedirler. Wang ve arkadaşlarının (2023) çalışmalarında, hemşirelerde algılanan örgütsel destek; öz saygı ve algılanan mesleki faydalar ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Hemşirelerin algılanan örgütsel destek düzeylerinin yüksek olması örgütten değerli kaynaklar elde ettikleri ve katkılarının tanındığı anlamına gelmektedir. Karşılıklı ilkesine göre hemşireler örgütsel destek hissettiklerinde davranışlarını iyileştirebilir ve örgütlerine karşı duygusal bağlılık hissedebilirler ve aynı zamanda aidiyet ve kimlik duyguları daha da artabilir (Wang vd., 2023). Zheng ve arkadaşlarının (2023) çalışmalarına göre algılanan örgütsel desteğin hemşirelerin mesleki refahı üzerinde doğrudan etkisinin olduğu belirtilmektedir.

İş ve iş dışı sosyal desteğin iş stresini azaltmada önemli etkileri bulunmaktadır. Sosyal desteğin varlığında psikolojik stresin sağlık üzerindeki zararlı etkileri de azaltılabilir. Her iki destek biçimi de bu anlamda hemşirelerin psikolojik iyi oluşlarını ve iş doyumlarını arttırmaktadır. Yüksek iş stresi ve düşük iş doyumunu bildiren hemşireler yöneticilerinden ve meslektaşlarından daha fazla destek alma ihtiyacı hissetmektedirler. Örgütsel değişim zamanları gibi zorlu dönemlerde yönetici ve meslektaş desteği psikolojik riskleri azaltmaktadır (Teo vd., 2012). Happel ve arkadaşları (2013) hemşirelerin üst düzey yöneticilerden gelen sınırlı destek nedeniyle stresin daha da kötüleştiğini bildirmiştir. Drury ve arkadaşları (2014) sosyal ağlar ve

akran desteğinin stresi azaltmada önemli bir etken olduğunu belirtirken üst düzey yöneticilerden gelen olumlu geribildirimlerin öneminden bahsetmişlerdir.

2.8.3.2. Kaynak temini: Khademi ve arkadaşlarına (2015) göre kaynak-görev dengesizliği hemşirelerin iş yüklerini arttıran önemli bir faktördür. Hasta bakımı ve görevlerin uygulanması için gereken kaynakların yetersizliği; personel yetersizliği ve tesis-ekipman yetersizliği olmak üzere ikiye ayrılabilir (Khademi vd., 2015). Hemşireler yalnızca etkili ve kaliteli bakım sunmada değil, aynı zamanda sağlık sisteminin verimliliğini arttırmada dünya sağlık sisteminde son derece değerli profesyoneller ve ön saflarda yer alan sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle sağlık sistemini güçlendirmek ve sağlık hedeflerine ulaşabilmek için yeterli sayıda hemşireye sahip olmak çok önemlidir. Hemşirelik mesleğinin sağlık hizmetlerinin sunumunda hayati öneme sahip olduğu kabul edilmiş olsa da hemşirelik iş gücü eksikliği sağlık hizmetlerinin kalitesinde ciddi tavizlere neden olmaktadır (Tamata & Mohammadnezhad, 2023). Tamata ve Mohammadnezhad'ın (2023) hastanelerde hemşirelik iş gücü eksikliğini etkileyen faktörlere ilişkin yapmış oldukları sistematik derleme çalışmalarında, politika ve planlama engelleri (yetersiz iş gücü ve işe alım planlamaları, yetersiz liderlik vb.) eğitim ve kayıt engelleri (hemşire kayıtlarının azalması, yeni hemşire alımları için eğitim eksikliği), hemşirelik personeli devir oranına neden olan faktörler (iş yükü fazlalığı, düşük iş doyumu, sosyal destek eksikliği, düşük maaşlar, uygun olmayan çalışma koşulları, emekli yaşından önce emekli olma vb.) ve hemşirelerin stres ve tükenmişliği olmak üzere dört ana tema belirlemişlerdir. Hemşirelerin aşırı çalışmaya bağlı stres, tükenmişlik, öfke, endişe ve sırt ve omuz ağrısı gibi psikosomatik problemler yaşamaları yalnızca kendilerini etkilemekle kalmayıp aynı zamanda aile ve sosyal ilişkileri üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır.

Personel yetersizliği sadece vardiya sayısı ve saatlerini arttırmakla kalmayıp aynı zamanda vardiya sırasında bir hemşirenin bakması gereken hasta sayısını da arttırarak iş yükünün artmasına sebep olmaktadır. Ekipman eksikliği de iş yükünü doğrudan arttıran ve zaman kaybı, iş yavaşlatma ve durum karmaşasına yol açan olumsuz bir faktördür. Örneğin yatak yetersizliğinden dolayı yoğun bakım hastaları servislere yatırıldığında hastalığın doğası gereği ekstra özen gösterilmesi gereken

hastalara bir de yoğun bakım şartlarının sağlanamaması (ekipman, malzeme desteği verilmemesi) iş yükünü çok daha fazla arttırmaktadır (Khademi vd., 2015). Yetersiz personel iş doyumsuzluğuna ve hemşirelerin tükenmişliğine neden olmaktadır (Ivziku vd., 2022).

Teo ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında, hemşirelerin zaman ve kaynak yönetimi ile ilgili (kaynak yetersizliği ve benzer işleri yapan diğer insanlar kadar iyi alınmayan ücretler gibi) stres faktörleri yaşadıklarını bildirmişlerdir. Kaynak stresörleri bu anlamda iş doyumsuzluğuna yol açmıştır. Noblet ve arkadaşları (2007) toplum sağlığı hizmetlerinde kaynak kısıtlaması yaşayan çalışanların psikolojik iyi oluşlarının düşük olduğunu belirtmektedirler (Noblet vd., 2007). Happel ve arkadaşları (2013) personel kıtlığı nedeniyle fazla sayıda hasta bakmanın stres kaynağı oluşturduğunu, Drury ve arkadaşları (2014) ise hemşirelerin kendi vardiyaları rahatken başka birime desteğe çağırılma konusunda rahatsız ve endişeli olduklarını bildirmektedirler. Chen ve arkadaşları (2018) çalışmalarında, kaynak yetersizliğinin hemşirelerin işten ayrılmalarını etkileyen önemli bir etmen olduğunu belirtmektedirler (Chen vd., 2018). Yapılan araştırmalarda; düşük motivasyon, temel tıbbi malzeme eksikliği, kötü çalışma koşulları, eski çalışma materyalleri vb. nedenler hemşirelerin diğer ülkelere göç etmesine neden olmaktadır (Coudounaris vd., 2020).

Tıbbi ekipman hemşirelerin; hastalıkların önlenmesi, teşhisi, tedavisi ve hastaların rehabilitasyonu için kullandıkları temel bir sağlık müdahale aracıdır. Ancak düşük ve orta gelirli ülkelerde işlevsel tıbbi ekipmana erişimde zorluklar yaşanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü geliştirmekte olan ülkelerde tıbbi ekipmanın %50 ile %80'inin çalışmadığını ve bunun hastalara verimli sağlık hizmeti sunmayı engellediğini belirtmektedir (Moyimane vd., 2017). Moyimane ve arkadaşları (2017) Güney Afrika'da kırsal bir bölgede tıbbi ekipman eksikliği yaşayan hemşirelerin deneyimlerini inceledikleri nitel çalışmalarında; hastanede tıbbi ekipman eksikliği, ekipmanın hiç bulunmaması, düşük kalite veya mevcut olanların yetersiz bakımı şeklinde sorunlar bildirilmiştir. Tüm bu eksiklikler hemşirelik bakımı, hemşirelik mesleği ve hastane üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Akpor ve arkadaşlarının (2023) Nijerya'daki sağlık sistemi sorunlarını inceledikleri derlemelerinde genel performansı etkileyen başlıca faktörler arasında yetersiz sağlık tesisleri/yapısı, yetersiz insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmeti finansmanının olmaması, yetersiz

ücretlendirme, düşük motivasyon vb. yer almaktadır. Bunlar arasındaki en önemli sorun çoğu kamu sağlık tesisinde temel ve önemli ekipmanların eksikliğidir. Yeterli sağlık hizmetlerinin sunulması için gereken ekipmanın bulunmaması nedeniyle hasta ve hemşireler zarar görmekte, verimsiz hizmet sunulmakta ve iş stresi artmaktadır (Akpor vd., 2023).

2.8.3.3. Kurumsal imkanlar: Hemşirelik mesleğinin maddi getirileri çoğu zaman yetersiz olmakla birlikte, sağlık bakım sistemindeki finansal kısıtlamalar bakım standartlarına ulaşmak için kullanılabilecek kaynakları da sınırlandırarak maliyetleri düşürme baskısı yaratabilmektedir. Bu kısıtlamalar aynı zamanda hemşirelerin eğitim ve gelişim fırsatlarını da sınırlayabilmektedir (Mishra, 2015). Kurumsal imkanlar açısından bakıldığında hemşirelerin eğitim ve gelişim fırsatlarına ulaşamaması, teknolojik imkanların yetersizliği veya servis, kreş, otopark vb. sosyal imkanların azlığı örnek gösterilebilir. Bu konuda hemşirelerin eğitim ve gelişim fırsatlarına erişim engelleri ile ilgili yaşadıkları mesleki sıkıntılar eğitim ve gelişim bölümünde aktarılmıştır. Sosyal imkanlara yönelik eksikliklere bakıldığında alanyazında çok kaynağın olmadığı görülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde iki önemli nitel çalışmanın sonuçları hemşirelerin bu konuda yaşadıkları sıkıntıları özetlemektedir. Drury ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında, hemşirelere sağlanamayan otopark yüzünden hemşirelerin işyeri dışına park ettikleri, işe gitmek için servis kullandıkları ve bu durumun da her gün 20-30 dakikalık bir seyahat süresi eklenmesine neden olduğunu belirtmektedirler. Bu durum hemşirelerde stres yaratmaktadır ve bu araştırmanın verileri sayesinde yapılan otopark, ulaşım ile ilgili endişelerin çoğunluğunu ortadan kaldırmıştır. Hemşirelerin mesleki gelişimleri için eğitim fırsatları olmasına karşın hemşireler bu eğitimlerin özel zamanlarından çaldığını düşünmekte bu nedenle sadece zorunlu olanlara katılım sağlamaktadırlar. Aynı zamanda normal mesai saatleri dışında çalışan hemşireler için beceri güncellemelerine yardımcı olacak çok az eğitim bulunmaktadır. Hemşirelerde stres yaratan en önemli sorunlardan birisi de ailevi sıkıntılardır. Özellikle küçük çocuğu olan hemşireler eş desteği de olmadığında (eşlerin uzakta ve nöbetli çalışması gibi) çocuklarından ayrı kalmanın ve çocukları hasta olduğunda onları eşleri veya başka birine bırakarak işe gitmenin yaptıkları işten daha stresli bir durum olduğunu

belirtmişlerdir. Happel ve arkadaşları (2013) yine benzer biçimde hemşirelerde otoparkın stres kaynağı oluşturduğunu ve hemşirelerin hastaneden uzağa park etmek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşireler vardiyaları bittiğinde arabalarına daha güvenli ulaşabilmek için öğle aralarında arabalarını iş yerlerine yaklaştırmak zorunda kalmaktadır.

Kurumsal imkanlardan bir diğeri de teknolojik imkanlardır. Sağlık hizmetlerinde teknoloji ve dijitalleşme son yıllarda önemli gelişmeler göstermiştir. Sağlık liderleri, teknoloji tasarımcıları ve politika yapıcılarının gelişen teknolojilerin kuruma entegre edilmesi, uygun şekilde benimsenmesi ve personelin yeterliliği konusunda önemli görevleri vardır. Bu konuda ileri düzey paramediklerin (Finlandiya’da hastane öncesi ileri seviye lisans derecesine sahip paramedikler hemşire olarak geçmektedir) bakış açısından teknolojik gelişim rolleri ve ihtiyaçlarının incelendiği çalışmada gelişen teknolojiye katılımın önündeki engeller, yöneticilerin astlarını dahil etme konusundaki isteksizliği, eğitim ve uzmanlık eksikliği ve genel olarak tanınmayan rol olarak algılanmıştır. Bununla birlikte bilgi ve iletişim teknolojisi, tedavi araçları ve ekipmanları konusunda teknolojik gelişmeye ihtiyaç duyulduğu görülmüştür (Rinkinen vd., 2024). Avusturalya’da Covid-19 pandemisi sırasında hemşirelerin yaşadıkları, dijital sağlığın sosyoteknik zorluklarının araştırıldığı bir diğer çalışmada ise; hemşirelerin dijital sağlık uygulama ve değerlendirmesindeki bilgi ve katılım eksikliği nedeniyle bu teknolojilerin verimsiz kullanıldığı belirtilmektedir. Aynı zamanda hemşireler dijital sağlık ile ilgili sosyoteknik zorluklara ilişkin aşağıdaki bakış açılarını bildirmişlerdir (Livesay vd., 2023).

- Hazırlıksızlık nedeniyle yeni bir teknolojiyle etkileşime girme ve kullanma konusunda korku ve motivasyon eksikliği
- İnternet bağlantı sorunları
- Çeşitli cihazlar arasında çalışılabilirlik zorlukları
- Aygıtlarda sorun giderme yetersizliği
- Alt yapı ağındaki zorluklar
- Dijital sağlık okuryazarlığının eksikliği
- Uygun eğitim için zaman eksikliği

- Kritik karar alma süreçlerine hemşirelerin dahil edilmemesi
- Yatak başında bilgisayar olmaması nedeniyle hemşirelerin iş akışlarında kesintiler yaşanması
- Veri transferi ile ilgili mevzuat eksikliği
- Sürekli değerlendirme için finans eksikliği
- Değerlendirmeyi bilmek ve yürütmek için işgücü eksikliği
- Hemşire performansının geribildiriminin ve ölçümünün eksikliği
- Tutarlı ve sürekli eğitim eksikliği
- Eğitim için zaman yetersizliği
- Hemşirelik bilişim sorumlusu rollerinin olmaması
- Hemşirelerin teknolojik kullanımlarda ihtiyaçlarının anlaşılabilmesi için yönetici ve hemşireler arasında iletişim eksikliği
- Uygulama sorunlarını çözümleyebilmek için örgütsel yaklaşım eksikliği vb.

2.8.3.4. Fiziki koşullar: Sağlık sektörü diğer hizmet sektörlerine göre daha dinamik ve karmaşık ortamlara sahiptir. Sürekli işleyen organizasyonel sistemler, teknolojik alt yapı, hastalar, aileler ve sağlık personelinin sürekli etkileşimde olduğu dinamik bir ortamdır. Hasta ihtiyaçları, hizmet bakımı ve teknoloji zaman içinde öngörülemediğinden ve değişebileceğinden bu durum yapıları çevrenin nasıl tasarlanacağı konusunda ağır bir yük getirmektedir. Fiziksel çevre, hasta refahını artırmak ve sağlık çalışanları için destekleyici bir iş yeri sağlamak için kritik öneme sahiptir. Fiziksel çevre; mimari unsurları, iç tasarımı ve ortam özelliklerini kapsar. Sağlık çalışanlarının refahı, memnuniyeti, performansı, üretkenliği, stresi, tükenmişliği, bağlılığı, işten ayrılma niyeti ve sağlık çalışanları üzerindeki diğer etkiler bu fiziksel faktörlerden etkilenir. Fiziksel çevresel faktörler aynı zamanda çevresel stres faktörleri olarak hareket ettiğinden sağlık hizmeti ortamı aynı zamanda stresli bir ortam yaratabilir. Sağlık hizmetleri ortamlarında tedavi sağlamanın yanı sıra çalışanların bulaşıcı hastalıklardan da korunması gereklidir (Shetty vd., 2024).

Shetty ve arkadaşlarının (2024) sağlık kurumlarındaki fiziksel ortamın personel üzerindeki etkisini inceledikleri sistematik derleme çalışmalarında, çoğu çalışmanın hastanelerdeki hemşire örneklemini içeren sonuçlara odaklandığı

görülmüştür. Çalışma sonucunda sağlık personeli üzerinde etkisi olan çevresel faktörler; **onarıcı unsurlar** (personelin rahatlamasını destekleyen, stresini azaltan, genel refahı teşvik eden mola alanları, manzaralı pencereler, balkon ve açık alanlar, temiz hava, doğal ışık vb.), **mekânsal düzen ve bağlantılar** (temel alanlara kolay erişim, gereksiz hareketlerin en aza indirilmesi), **tasarım özellikleri** (personelin görevini verimli şekilde yerine getirebilmesi, gerekli ekipmana erişebilmesi, iş arkadaşlarıyla iletişim kurabilmesi), **çalışma alanı unsurları** (yeterli ve işlevsel çalışma alanları, depolama alanları), **oda ve mekânsal boyutlar** (uygun oda boyutu, koridor genişliği, soyunma odaları, özel ofisler gibi kişisel alanlar, kapı ve lobi tasarımı, tavan yüksekliği, aydınlatma, mobilya düzenlemesi), **doğal elementler** (akvaryum gibi rahatlatıcı unsurlar, sanat eserleri ve duvar resimleri), **ergonomi ve konfor** (ayarlanabilir masa, sandalye, koltuk; yastık ve perde gibi yumuşak mobilyalar), **estetik ve görsel çekicilik** (görsel olarak çekici bir ortam, halı, döşeme, renkli resimler, rahat ve destekleyici döşeme malzemeleri), **navigasyon ve yönlendirme** (etkili yol bulma ve tabelalar), **ortam özellikleri** (işitsel ortam, termal konfor, aydınlatma, havalandırma) olarak sınıflandırılmıştır. Bu incelemede sağlık hizmeti verilen ortamlarda fiziksel ve çevresel değişiklikler çok boyutlu ele alınmış olup fiziksel ortamın üç boyutuna (mimari tasarım, iç tasarım ve ortam unsurları) odaklanılmıştır. Bu koşulların iyileştirilmesi sağlık çalışanları üzerinde de olumlu etki yaratmaktadır.

Happel ve arkadaşları (2013) hemşirelerin molalarında dinlenebileceği özel ortak alanlarının olmadığını bildirmiştir. Hemşireler çalışma saatlerinde çoğunlukla çalışma alanlarının içinde veya etrafında olmak zorunda kalmışlar ve bu durum diğer personellerle informal iletişim yollarını engellemiştir. Drury ve arkadaşları (2014) hemşirelerin çalışma alanlarını oldukça gürültülü olarak tanımladıklarını ifade etmektedir. Hemşireler mesleğin gerektirdiği makine, monitör vb. cihazların önemini kabul ederken, sadece birkaç dakika bile olsa dinlenebilecekleri, rahatlayabilecekleri ve yeniden odaklanabilecekleri sessiz bir yerin stres oluşumunu azaltmaya yardımcı olabileceğini belirtmektedirler. Bu anlamda bazı katılımcılar molalarda kullandıkları gül bahçesinin kendilerini rahatlattığını ifade ederken, bazıları tuvalete gidip oturduklarından bahsetmiştir. Eren ve Özbaş'ın (2023) fiziksel çevrenin ameliyathane hemşireleri üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarında; ameliyathanede mimari

işlevsellik, çevre güvenliği, dinlenmeye uygunluk, renk uyumu, sıcaklık ve nem hemşirelerin ameliyathaneyi verimli kullanımlarını etkilemektedir.

2.8.3.5. Güvenlik: İş yeri kazaları hem sanayileşmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sorun haline gelmiştir. Özellikle hastane ortamında bulaşıcı hastalıklar, incinme ve burkulmalar, dermatit, iğne batmaları ve toksik maddeler istenmeyen kazalara yol açan ve sık görülen iş tehlikeleri olarak kabul edilmiştir. Aynı zamanda Covid-19 bulaşıcı hastalığı da dünyanın dört bir yanında ülkelerin mücadele ettiği yüksek riskli bir pandemidir. Bu anlamda sağlık sektörünün omurgasını oluşturan hemşireler; yalnızca bu virüse değil aynı zamanda diğer birçok virüse de yakalanma riski yüksek olan sağlık çalışanı gurubundandır. Bu nedenle sağlık hizmetleri bağlamında hemşirelerin güvenliği; yalnızca üretkenlik kaybı ve maliyet artması nedeniyle değil, yaralanma ve ölüm açısından insani bedeli olan kritik bir konudur (Subramaniam vd., 2023). Hemşireler işlerinin gerektirdiği zorunluluklar nedeniyle çeşitli birçok tehlike ve riske maruz kalmaktadırlar. Bunlara iş yeri güvenlik riskleri, biyolojik, kimyasal ve ruhsal sağlık riskleri örnek verilebilir. İş yeri güvenlik risklerine hastaları kaldırmaktan ve taşımaktan kaynaklanan yaralanmalar, ekipmanların taşınması, kayma ve düşme, hasta şiddeti vb. riskler örnek olarak verilebilir. Biyolojik ve kimyasal risklere örnek olarak antineoplastik ilaçların hazırlanması ve kullanımı, kesici delici alet yaralanması, radyasyon, bulaşıcı hastalıklar (Covid-19 gibi) vb. örnek verilebilir. Ek olarak işte yaşanan stres sağlığı olumsuz etkileyebilir (Rainbow vd., 2024). Hemşirelik mesleği, meslektaşlar arasındaki ilişki türü ve uzun süreli stres dahil olmak üzere çok sayıda iş yeri ve mesleki tehlikeye maruz kalmaktadır. Bu durum hemşirelik personelinin sağlığını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Kötü çalışma ergonomisi, personel ve ekipman yetersizliği, yönetici tarafından yetersiz ekip liderliği çalışanlarda stres düzeylerini artırırken meslek hastalıkları riskini de artırmaktadır (Orszulak vd., 2022).

Hemşirelerin güvenliğini etkileyen bir diğer konu da iş yeri şiddetidir. Sağlık hizmetlerindeki şiddet, personelin işleriyle ilgili olarak güvenliklerini, refahlarını ve sağlıklarını açık veya örtük bir şekilde tehdit eden her türlü kötü muamele, tehdit veya saldırı olarak kabul edilebilir. Bir başka ifade ile bir çalışanın risk altında olduğuna inanması için makul bir sebep veren her türlü tehdit edici ifade veya davranıştır. Şiddet;

fiziksel saldırı, doğrudan şiddet ve cinsel tacizden, sözlü taciz ve psikolojik şiddet gibi fiziksel olmayan şiddet biçimlerine kadar geniş bir davranış yelpazesini kapsar. Hemşirelere iş yerlerinde uygulanan şiddet son yıllarda daha fazla dikkat çeken küresel bir sorun haline gelmiştir. Kayıtlı hemşirelerin %25'i bir hasta veya aile üyesi tarafından fiziksel saldırıya uğradığını ve %50'den fazlası sözlü taciz ve zorbalığa maruz kaldığını belirtmektedir. Hastalara hayat kurtarıcı bakım sağlamaktan öncelikli olarak sorumlu olan hemşireler, diğer sağlık çalışanlarına göre şiddet konusunda önemli ölçüde daha çok mağdur olmaktadır ve iş yeri şiddetinin her yıl hemşirelerin %17'sinin işini bırakmasına neden olduğu tahmin edilmektedir (Al-Qadi, 2021). Al-Qadi'nin (2021) "Hemşirelikte iş yerinde şiddet: bir kavram analizi" başlıklı çalışmasında, hemşirelikte şiddet üzerine yapılan çalışmaların sonuçlarında; hemşirelerin stres ile ilgili semptomlar bildirdikleri, travma yaşadıkları ve uyumakta zorlandıkları bildirilmektedir. Şiddetin sonuçlarına bakıldığında, psikolojik şiddet sağlık kurumlarında hemşireler tarafından bildirilen en yaygın istismar türü olarak belirtilmiştir. Psikolojik şiddet sonucunda yaşanan stres bir hemşirenin beklenen standartlara göre iş yapamamasına neden olur ve işin kalitesi düşer. Fiziksel açıdan işyerinde şiddet; kırık kemikler, baş ağrısı, yaralanmalar ve fiziksel taciz ile sonuçlanır. İtme ve vurma en yaygın fiziksel saldırı biçimi olarak bildirilmiştir. Örgütsel açıdan işyerinde şiddet; yüksek işten ayrılma oranı, uygun iletişim becerileri eksikliği ve kaliteli bakım eksikliği ile ilişkilidir ve ek işletme maliyetlerine neden olur. Mesleki açıdan ise; artan hastalık izinlerine, azalan iş memnuniyetine, yüksek işten ayrılma oranına, düşük üretkenliğe ve personel tarafından yapılan hata artışına neden olmaktadır.

Birçok çalışma hemşirelere yönelik şiddetin yeterince bildirilmediğini göstermektedir (özellikle acil servislerde). Şiddetin bildirilmeme nedenleri; bazı vakaların uygun ciddiyetle ele alınmaması, hemşirelerin şiddetin işin bir parçası olduğuna inanması, hemşireler bildirse bile adaleti sağlayacak bir politikanın olmadığına inanmaları, yeterli zaman olmaması, hemşirelerin kendilerine zarar verilmediğine ve bununla başa çıkabileceklerine inanmaları ve hemşirelerin belirli bir hastaya nasıl davrandıklarını değiştirerek kendilerini savunabilme becerileri olarak sıralanabilir. İş yerinde şiddete önemli ölçüde katkıda bulunabilecek faktörler; hemşireleri koruyacak mevzuat eksikliği, şiddet olaylarının kötü yönetimi, yetersiz

ekipman, tıbbi hatalar, kötü ortam, kaynak eksikliği vb. şeklinde sıralanabilir. Ayrıca, uygun iletişim becerilerinin eksikliği, deneyim eksikliği, kaliteli bakım eksikliği ve hemşirelik personeli eksikliği de işyerinde şiddete yol açabilir (Al-Qadi, 2021).

2.8.3.6. İletişim: Günümüz sağlık bakım sistemlerinde hastalar yatış süreçlerinde farklı mesleki bilgi ve deneyime sahip hekim, hemşire, teknisyen vb. birçok sağlık çalışanı ile etkileşime girebilirler. Bu nedenle klinik uygulama sırasında kritik bilgilerin doğru bir şekilde iletilmesi için ekip iş birliği şarttır. Sağlık bakım profesyonelleri etkili iletişim kuramadıklarında önemli bilgilerin eksikliği, bilgilerin yanlış yorumlanması, telefonla verilen net olmayan emirler, göz ardı edilen durum değişiklikleri vb. birçok konudan dolayı hasta güvenliği risk altına girmektedir. Hemşireler, hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliği ekip üyelerinin birbirlerinin bilgi ve becerilerinden yararlanarak karar alma süreçlerinde iyileştirmeye yol açar. Ekip iş birliğinin önündeki engeller; ek zaman, algılanan otonomi kaybı, başkalarının kararlarına duyulan güven ve inanç eksikliği, çatışmalar, farklı bilgi, beceri ve eğitim düzeyine sahip olma vb. olarak sıralanabilir. Bu engellerin çoğu açık bir tutum, karşılıklı saygı ve güven duyguları ile aşılabılır. Sağlık çalışanları arasındaki iyi bir ekip çalışması ve etkili iletişimin klinik etkililik ve iş doyumunu arttırmada çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Aynı zamanda iyileştirilmiş bilgi akışı, etkili müdahaleler, güvenlik, hasta ve yakınlarının memnuniyetinin artması ve azalan yatış süreleri diğer olumlu faktörlerdendir (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Sağlık personelleri arasında karar alma konusunda daha yakın bir iş birliği hemşirelerin daha yüksek iş memnuniyeti yaşamasını sağlar. Meslekler arası iş birliği engellerini belirten hekimler, yeterlilikten yoksun hemşirelerin görüşlerine saygı duymadıklarını belirtirken, hemşireler ise pratisyen hekimlerin dostça olmayan tavırlarından bahsetmişlerdir (Mueller vd., 2015).

Wieke Noviyanti ve arkadaşlarının (2021) çalışmalarında, hemşirelerde iletişim memnuniyeti ile hasta güvenliği kültürü kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hekimler ve hemşireler arasında yetersiz iletişim hemşirelerin memnuniyetsizliğine ve otonomi eksikliğine yol açar. Hemşireler bakım faaliyetlerini yürütmek ve belirlenen hedeflere ulaşmak için uygun iletişim becerilerine ihtiyaç duyarlar. İletişim kaynakları yeterli olduğunda iş ile ilgili bilgilerin kullanılabilirliği

ve yeterliliği hemşirelerde memnuniyet oluşturur. Çalışanlar iletişimden memnun olduklarında amir, ast ve meslektaşlar arasında etkili çalışma ilişkileri kurulabilir. Örgüt iklimi üyelerin davranış ve iletişim biçimlerinden etkilenir. Örgüt iklimi olumlu inşa edildiğinde üyeler arasında olumlu davranış tutumları, iş memnuniyeti ve iletişim memnuniyeti de artar. Özellikle sağlık hizmetleri çok disiplinli bir yapıya sahiptir ve çatışmaların azaltılabilmesi için açık bir iletişim iklimine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataların %70-80'inin ekip içi iletişim ve anlayış eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir. İyi bir ekip çalışması hasta güvenliğini sağlamaya yardımcı olur. Aynı zamanda sağlık hizmetleri sunumunda sonuçların kalitesini arttırmak için meslekler arası iş birliğine de ihtiyaç vardır (Wieke Noviyanti vd., 2021).

İletişim süreçlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi aynı zamanda iyi bir ekip iş birliğine bağlıdır. İş birliği sağlık profesyonelleri arasında ortak karar alma ve iletişim sürecidir. Bu süreç gücün paylaşıldığı bilgi ve uzmanlığa dayalı hiyerarşik olmayan ilişkiler kurmanın yanı sıra güven, saygı, öz farkındalık ve çatışma çözme ile ilgili becerileri de gerektirir. Hemşire-hemşire iş birliği yüksek kaliteli sağlık hizmeti ve hasta güvenliği açısından önemlidir. Bakım planlamalarındaki yetersiz iletişim ve iş birliği; iş doyumsuzluğu, tıbbi hatalar, önlenemez yaralanmalar, ekonomik kayıplar, hatta ölümlere neden olabilir. Sağlık hizmetlerinde iş birliği ve iş doyumunu insan kaynakları potansiyelini en üst düzeye çıkarmak için hayati öneme sahiptir. Meslektaş dayanışması; bakım kalitesini, sağlıklı çalışma ortamlarını, hasta güvenliğini, işten ayrılma niyetini ve iş doyumunu etkiler (Karadaş vd., 2022). Karadaş ve arkadaşlarının (2022) Türkiye’de yapmış oldukları çalışmada hemşire-hemşire iş birliğinin iş doyumunu arttıran önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir.

Hemşirelerin ekip üyeleriyle iletişimleri kadar hasta ve yakınlarıyla iletişimleri de çok önemlidir. Çünkü hastaneye yatış her yaştan kişi için stresli bir süreçtir ve hasta ve aileleri için hoş olmayan deneyimleri içerir. Hemşireler hastalarla iletişimle onların ihtiyaçlarını öğrenebilir ve etkili bakım verebilirler. İletişim engeli olan hastaların diğer hastalara kıyasla tıbbi ve klinik komplikasyonlar yaşama olasılığı üç kat daha fazladır (Norouzinia vd., 2015). Hemşirelerin hastalarla olumsuz iletişim süreçleri çeşitli çalışmalarda incelenmiş ve nedenleri konusunda birçok faktör belirtilmiştir. Bu faktörler arasında dil, din, kültür ve cinsiyet farklılıkları, hemşirelerin iş yükü fazlalığı,

zaman eksikliği ve personel yetersizliği (çok sayıda hastaya bakma), hasta yakınlarının sürece aşırı müdahil olması, hastanın ağrısı, kaygısı vb. sıkıntıları, hastanın hemşirenin statüsü ve görevlerinden habersiz olması, servis yoğunluğu, başka kritik hastaların varlığı, hemşirenin hastaya karşı olumsuz tutumu, hemşirelerin özgüven eksikliği vb. yer almaktadır (Abdulla vd., 2022; Alharazi vd., 2025; Norouzinia vd., 2015).

2.8.3.7. Dengeli iş yükü: Bakım hemşirelik mesleğinin özüdür ve hemşireliği diğer sağlık mesleklerinden ayıran başlıca faktördür. Yüksek kaliteli hemşirelik bakımı yetenekli ve nitelikli hemşireler tarafından sağlanan kolay ve erişilebilir bakım anlamına gelmektedir. Günümüzde hemşirelik bakımının kalitesinin sürdürülmesi ve iyileştirilmesi dünya çapındaki hemşirelik bakım sistemlerinin tümü için en önemli zorluktur. Hemşirelik bakımının kalitesini iyileştirmenin ilk adımı, sağlanan bakımın kalitesini değerlendirmek, analiz etmek ve bunu etkileyen faktörleri incelemektir. Hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen çeşitli faktörlerden biri de iş yüküdür. Artan iş yükü, stres ve tükenmişliği artırarak hemşirelik bakımının kalitesini azaltabilir. Hemşireler artan iş yükünden dolayı gerekli bakımları ihmal etmek, kısa süreli veya gecikmeli yapmak zorunda kalabilirler (örtülü hizmet kısıtlama). Aynı zamanda artan iş yükü hemşirelerde iş doyumunu da azaltabilir (Maghsoud vd., 2022). Maghsoud ve arkadaşlarının (2022) çalışmalarında, iş yükünün; hemşirelik bakım kalitesi üzerindeki etkisinde örtülü hizmet kısıtlama, iş doyumunu ve tükenmişlik tam aracı rol oynamaktadır. Ancak iş yükünün hemşirelik bakım kalitesi üzerinde doğrudan etkisi bulunmamaktadır. Uzun süreli yüksek düzeyde iş yükü deneyiminin, zorlu koşullara alışma ve hemşirelerin zor durumlarla başa çıkabilme yeteneklerini artırma konusunda yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelik bakım taleplerindeki, bakım verilen hasta sayısındaki, hasta taleplerindeki ve tanılardaki artış; hasta ihtiyaçları ile hemşirelik kaynaklarının yeterliliği arasında uyumsuzluğa ve daha ağır iş yüklerine neden olabilir. Artan hasta sayısı ve daha ağır hasta yükü hasta-hemşire temasını sınırlandırarak yarım kalan bakımı, hemşireler üzerindeki zaman baskısını ve hasta sonuçlarıyla ilgili endişeleri yoğunlaştırır. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin çalışma saatlerinin %50'sinden azını hastalarla ilgilenerek geçirdikleri; geri kalan zamanlarını ise belgeleme, iletişim, koğuşturları, devir teslim, malzeme stoklama vb. işlere ayırdıkları belirtilmektedir. Bu

nedenle hemşireler zamanın büyük bir kısmında hastalardan uzakta kalmaktadır. Dolaylı işler gurubuna giren hasta bakımının belgelenmesi hemşirelerin çalışma zamanının büyük bir kısmını kaplamaktadır. Aynı zamanda yetersiz personel nedeniyle artan iş yükü bakım kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. (Ivziku vd., 2022). Ivziku ve arkadaşlarının (2022) İtalya’da hemşirelik iş yükünün öngörücülerini tanımladıkları çalışmalarında; hasta yoğunluğu, personel kaynakları, hasta transferleri, belgeleme, hasta izolasyonu, planlanmamış faaliyetler ve farklı uzmanlık alanlarındaki hastalara bakmak algılanan iş yükünü öngörmeye anlamlı bulunmuştur. Hemşire-hasta oranının iş yükünün bir belirleyicisi olmadığı kanıtlanmıştır.

İş taleplerinin (algılanan iş yükü) ve bireylerin kaynaklarını yönetme ve yenileme becerisinin etkisini incelemek için kullanılan teorik çerçeve iş kaynakları-talepleri modelidir. Teori; işle ilgili talepler ve stresörler (algılanan iş yükü) bir kaynağı yenileme fırsatını aştığında sorunların ortaya çıktığını belirtir. Örgütün bu dengeye ulaşmada iş gücünü desteklemesi gerekmektedir. Bireyler kaybedilen kaynakların yenilenmesine yardımcı olmak için kurumdan destek alamadığında işten ayrılma niyetleri meydana gelir (Holland vd., 2019).

Teo ve arkadaşları (2012) hemşirelerin idari iş yüklerinden oldukça bıkmış olup hasta bakımını öncelikli olarak gördüklerini belirtmektedirler. Hemşireler üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında artan iş yükü memnuniyetsizliğe ve bu durumda işten ayrılmalara yol açmaktadır. Bunun sonucunda kaliteli hasta bakımı sağlanamamaktadır. Hemşirelerin artan yönetim sorumlulukları ve hasta yükleri bakım sürelerini azaltmalarına sebep olmaktadır. Happel ve arkadaşları (2013) hemşirelerin hasta bakımı dışındaki faaliyetler nedeniyle zamanlanmış molaları kaçırdıklarını ifade etmektedir. Başta işe yeni alınan hemşireler olmak üzere hemşirelerin yerine getirmeleri beklenen roller ve ağır iş yükleri ile baş edemediklerinden dolayı işten ayrılmak isteyebilecekleri belirtilmiştir. Artan hemşire açığı ile işten ayrılımların da artması kalan hemşirelere (yeni işe alınanlar da dahil) zaman zaman farklı ve çoklu sorumluluklar yüklenmesine bu da iş yüklerinin daha da ağır ve karmaşık olmasına sebep olur. Bu durum stres düzeylerini arttırarak işten ayrılımları daha da yükseltir (Zhou vd., 2022). Holand ve arkadaşlarının (2019) çalışmalarında, hemşireler vardiya saatlerinde istenen tüm görevlerin yerine getirilmesinin insani olarak mümkün olmadığını söylemektedir ve çalışmalarında da algılanan iş yükü ile mesleki işten

ayrılma niyeti arasında pozitif yönlü ilişki bulmuşlardır. Shi ve arkadaşlarının (2023) çalışmalarında, hemşirelerde aylık fazla mesainin az olmasının iş doyumunu arttıran bir faktör olduğu bulunmuştur.

2.8.3.8. Kariyer gelişimi: Bir ülkenin sağlık iş gücünün en büyük bölümünü oluşturan hemşirelerin kendilerini mesleki olarak geliştirmeleri ve toplum sağlığını olumlu yönde etkileyecek kariyer planlamaları yapmaları gerekmektedir. Ayrıca hemşirelerin çalışma alanlarının genişlemesi lisans ve lisansüstü eğitim düzeyleri profesyonelleşmelerine katkıda bulunmaktadır. Kariyer geliştirme hemşirelerin bağımsız bir rolü olup onlara statü, otorite ve güç kazandırır. Alanyazında bireyler çift kariyer, çift kariyerli eşler, cam tavan sendromu, ek iş yapma sorunu, kariyer platosu gibi kariyer sorunlarıyla karşı karşıyadır. Günümüz çalışma koşulları, çalışma biçimi ve ilişkilerdeki değişikliklerin neden olduğu çeşitli durumlar özellikle kadınların kariyer hedeflerine ulaşmalarını engellemektedir. Hemşireler de iş stresi, tükenmişlik, uzun çalışma saatlerinden kaynaklanan depresyon, cinsiyet ayrımcılığı, medeni durum, kültürel farklılıklar, çalışma koşulları vb. birçok fiziksel, çevresel ve bireysel nedenden dolayı kariyer sorunlarıyla karşılaşabilmektedir. Bu sorunlar hemşirelerin kariyer planlama süreçlerini değiştirebilmektedir. Hemşirelerin kariyer hedefleri için daha fazla sorumluluk alabilmelerini sağlamak sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından çok önemlidir (Balcı vd., 2022). Balcı ve arkadaşlarının (2022) Türkiye’deki hemşireler üzerinde çalışma koşulları ve kariyer engelleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; yaş, çalışma süresi ve mezuniyet tarihi arttıkça kariyer engelinin daha da arttığı tespit edilmiştir.

Hemşireler kariyerleri boyunca bireysel, ailevi, örgütsel ve sosyal birçok engelle karşılaşabilirler. Ayrıca kadın ve erkek hemşirelere cinsiyet açısından aynı fırsatlar sunulmayarak ayrımcılık yapılabilir. Algılanan bu tür kariyer engelleri hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini etkileyebilir (Yeşilyurt vd., 2023). Yeşilyurt ve arkadaşlarının (2023) Türkiye’deki hemşireler üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında; kariyerle ilgili olarak kariyer fırsatlarından memnuniyet, kariyer hedefi olması ve kariyer engelleri hemşirelerin işten ayrılma niyetini önemli ölçüde etkilemektedir. Ayrıca iş motivasyonu, kariyer engelleri ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.

Pincha Baduge ve arkadaşlarının (2024) kadın hemşirelerin sağlık hizmetleri liderliğinde ilerlemelerinin önündeki engelleri inceledikleri sistematik derleme çalışmalarında; yetenek, motivasyon ve fırsat sınırlayıcı örgütsel faktörlerden bahsedilmiştir. Bu faktörler cinsiyete dayalı toplumsal ve kültürel beklentiler, liderlik algıları (hemşirelerin liderlik rollerine ilişkin farkındalık eksikliği ve dar kariyer yolları), hiyerarşik liderlik (hemşirelerin orta-alt kademedede yer alması ve karar alma süreçlerine katılamamaları), iş yeri politika ve süreçleri (tam zamanlı çalışma, uzun ve fazla çalışma saatleri), cinsiyet ayrımcılığı, iş-aile bütünleşmesine yönelik örgütsel destek eksikliği, adaletsiz sistemler, örgütsel ortamlar vb. şeklinde sıralanabilir. Sağlık hizmetlerinde güç eşitsizliği hemşirelerin kariyer ilerlemelerinde motivasyonlarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu engelleri anlamak ve ele almak, sağlık hizmetleri liderliğinde cinsiyet eşitliğini sağlamak ve özellikle kadın hemşireler için kariyer fırsatlarını iyileştirmek adil bakım ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi açısından da çok önemlidir.

Hekimler için birçok kariyer yolu mevcut olsa da birçok ülkede hemşire, ebe ve yardımcı sağlık personeli için benzer fırsatlar tanınmamaktadır (Avery vd., 2022). Kariyer gelişimi yoksunluğa sebep olan önemli bir faktördür. Kişiler kariyerlerinde ilerleyemediklerinde, haksız muamele algısı yaşadıklarında ve bu durumun düzelmeyeceğini düşündüklerinde yoksunluk yaşarlar (Buunk vd., 2003). Hemşireler de çalışma yaşamları boyunca birçok kariyer engeliyle karşılaşmaktadırlar. Bu engeller; cam tavan, çift kariyerlilik, iş aile çatışması, iş stresi, mobing, tükenmişlik vb. olarak sıralanmaktadır (Çavmak vd., 2019). Happel ve arkadaşlarına (2013) göre hemşireler kariyerlerinde ilerleyemediklerinde stres yaşamaktadırlar. Chen ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında; hemşireler çalışma ortamından, yöneticilerinin yetenek ve liderliğinden, hekim-hemşire iş birliğinden ve hemşirelik kalitesinden memnun kalmış, ancak kaynaklar ve hastane işlerine katılımdan memnun kalmamışlardır. Hastane işlerine katılım hemşirelerin işten ayrılma niyetini etkileyen önemli etmenlerdendir. Genelde hekimlerin hastanede kilit faktör oldukları ve hastane işlerinin kararlaştırılmasında hemşirelerin görüş ve önerilerini görmezden geldikleri belirtilmektedir. Hemşirelerin bu anlamda hastane yönetimine katılma imkanları azdır. Bunu destekler biçimde bazı yöneticiler hala hemşireliğin hekimlerin emrini yerine getiren ve teknik beceriler gerektirmeyen bir meslek olduğunu düşünmektedirler. Bu

durum hemşirelerin kariyer gelişimlerini ve yükselme fırsatlarını engellemektedir. Yine çalışmalarında, hastane işlerine aktif katılımı olan hemşirelerin yüksek kişisel başarı ve düşük düzeyde duyarsızlaşma gösterdiklerini belirlemişlerdir. Hastane işlerine dahil olmak bireylerin başarı ve kendini gerçekleştirme ihtiyaçlarını karşılamaları için önemli bir yoldur.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma; hemşirelerin yoksunluk düzeylerini belirlemeye yönelik bir veri toplama aracı olarak hemşirelerde çok boyutlu yoksunluk ölçeğinin geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla; metodolojik, tanımlayıcı, kesitsel ve karşılaştırmalı tasarımda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın birinci aşamasında açıklayıcı faktör analizi (AFA) verileri, ikinci aşamasında doğrulayıcı faktör analizi (DFA) verileri toplanarak analiz edilmiş, son aşamasında ise oluşan ölçek ile hemşirelerin yoksunluk düzeyleri tanıtıcı özelliklere göre karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

3.2. Araştırma Soruları

- Hemşirelerde çok boyutlu yoksunluk ölçeği geçerli bir ölçme aracı mıdır?
- Hemşirelerde çok boyutlu yoksunluk ölçeği güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
- Hemşirelerin yoksunluk düzeyleri tanıtıcı özelliklere göre değişmekte midir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın ilk aşaması olan AFA verileri, kapsayıcılık ve genellenebilirliği artırmak ve örneklem çeşitliliğini sağlamak amacıyla kamu hastanesi, üniversite hastanesi ve özel hastane niteliğinde olan sağlık kurumlarında Ocak-Mart 2025 tarihleri arasında yüz yüze toplanmıştır. Araştırma kapsamına Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi'nin de dahil edilmesi planlanmış, ancak kurum izni alınamaması nedeniyle çalışma kapsamından çıkarılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşaması olan DFA verileri ise çevrimiçi yöntemle ulaşılabilen hemşireler ile Haziran-Temmuz 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. Evren ve Örneklem

Araştırmada AFA ve DFA için veriler farklı örneklem gruplarından toplanmıştır. İlk aşama olan AFA aşamasında veriler, Balıkesir'de faaliyet gösteren üç özel hastane, bir devlet hastanesi, bir eğitim ve araştırma hastanesi ve bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerden (N:1050) elde edilmiştir (Tablo 3.1). Bu hemşireler arasından tabakalama örnekleme yöntemi ile çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, ulaşılabilen ve gönüllü olan hemşireler (n:468) çalışmaya dahil edilmiştir.

Alınan örneklem sayısı tabakalama örnekleme kriterlerini karşılamasına rağmen veri kayıpları nedeniyle sadece üniversite hastanesinde hedef örnekleme ulaşılamamıştır.

Tablo 3.1 Araştırmanın AFA Verilerinin Toplandığı Kurumlara İlişkin Bilgiler

Hastane İsmi	Yatak Sayısı	Hemşire Sayısı	Çalışmaya katılan hemşire sayısı
Özel Sevgi Hastanesi	105	60	36
Özel İzmirlyolu Sevgi Hastanesi	40	30	24
Özel Bandırma Royal Hastanesi	75	60	27
Balıkesir Devlet Hastanesi	400	300	157
Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi	350	300	127
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	200	300	97
TOPLAM	2.170	1.050	468

Öncelikle uzman görüşü sonrası, asıl örneklem grubuna dahil edilmeyen ancak benzer özellikler taşıyan 54 hemşireye gelişigüzel örneklem yöntemiyle çevrimiçi olarak ulaşılmış ve pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonrasında AFA verilerinin toplanmasına geçilmiştir. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, ölçek geliştirme çalışmalarında genellikle ölçeğin madde sayısı göz önünde bulundurularak, madde sayısının 5-10 katı bireyin örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir (Büyüköztürk, 2024; Tavşancıl, 2014). Bu aşamada açıklayıcı faktör analizinin yapılabilmesi için taslak ölçeğin madde sayısı esas alınarak (63 madde) madde sayısının en az beş katı olacak şekilde en az 315 hemşireden veri alınması planlanmıştır. Ancak veri toplama sürecinde yaşanabilecek olası veri kayıpları da dikkate alınarak örneklem sayısının %20 fazlasının (yaklaşık 400 kişi) örneklem grubuna dahil edilmesine karar verilmiştir. Böylece madde sayısının 7,4 katı kadar hemşire bu aşamaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın ikinci aşamasında geliştirilen ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinin yapılması için gerekli olan veriler ise çevrimiçi yöntemle ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden elde edilmiştir. DFA için örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde de AFA sonucunda taslak ölçekte kalan madde sayısı (38 madde) esas alınmıştır. Bu doğrultuda, madde sayısının en az beş katı olacak şekilde (n=190) katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Veri kayıplarının meydana gelebileceği olasılığı da göz önünde bulundurularak, örneklem büyüklüğünün %20 fazlasının örneklem grubuna dahil edilmesine karar verilmiş ve bu kapsamda 228 hemşirenin örnekleme dahil edilmesi planlanmıştır. Veri toplama süreci sonucunda 228

hemşireden geçerli veri elde edilmiştir. Buna göre madde sayısının altı katı kadar hemşire bu aşamaya dahil edilmiştir. Son olarak benzer özellikler taşıyan ve farklı bir örneklem grubu olan 32 hemşireye gelişigüzel örneklem yöntemiyle çevrimiçi olarak ulaşılmış; bu sırada rumuz, e-posta veya telefon numarası istenerek iki hafta sonra test-tekrar test uygulanmıştır.

Yoksunluğun oluşması için belirli bir zamanın geçmesi ve uyumun sağlanması gerektiği göz önüne alındığında hemşirelerin yoksunluk düzeylerini belirleyebilmek amacıyla meslekte ve ilgili kurumda en az bir yıl çalışmış olma şartı dahil edilme kriterlerine eklenmiştir.

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Hemşire olarak aktif çalışıyor olmak
- En az bir yıllık mesleki/kurumsal deneyime sahip olmak
- Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu onaylamak
- Veri toplama formunu eksiksiz doldurmak

3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Hemşire olarak aktif çalışmamak
- En az bir yıllık mesleki/kurumsal deneyime sahip olmamak
- Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu onaylamamak
- Veri toplama formunu eksik doldurmak

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak tanıtıcı özellikler formu ve Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği Taslak Form (HÇBYÖ-TF) kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu form; araştırmacılar tarafından hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışılan kurum türü, meslekte toplam çalışma süresi, bulunulan kurumdaki toplam çalışma süresi, bulunulan birimdeki toplam çalışma süresi, hemşire olarak aylık toplam gelir, haneye giren toplam gelir, bulunulan kurumdaki pozisyon, çalışma şekli ve aylık fazla mesai saatini belirlemek amacıyla hazırlanan toplam 14 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.5.2. Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği Taslak Form

Çalışmada geliştirilmek istenen ölçekle ilgili alanyazında (DeVellis, 2022; Gökdemir & Yılmaz, 2023; Seğer, 2021) belirtilen ölçek geliştirme adımları izlenmiştir. Buna göre ilk olarak konuyla ilgili bir taslak ölçek hazırlanmış olup bu sırada madde havuzu oluşturulmuş, kapsam geçerliğini test etmek için uzmanların görüşü alınmış ve pilot bir uygulama yapılmıştır.

3.5.2.1. Madde havuzunun oluşturulması: Bu aşamada hemşirelerin yoksunluk yaşadıkları durumları belirlemeye yönelik daha önce araştırmacılar tarafından yürütülen nitel çalışmanın verilerinden, araştırmacıların gözlem ve mesleki deneyimlerinden (sahada yaşanan güçlükler, hemşirelerin yaşadıkları sorunlar, yönetsel eksiklikler vb.) ve alanyazından yararlanılarak **88 maddelik** madde havuzu oluşturulmuştur (Ek 2). Madde havuzu mesleki (22 madde), bireysel (29 madde) ve örgütsel (37 madde) olmak üzere üç boyutlu olarak yapılandırılan ve hemşirelerin yaşadıkları yoksunluk durumlarını ifade eden olumsuz ifadelerden oluşmuştur. Sonrasında bazı maddeler uzman görüşleri doğrultusunda olumlu olarak ifade edilerek ters yapılandırılmıştır.

3.5.2.2. Uzman görüşlerinin alınması: Oluşturulan madde havuzu kapsam geçerliğinin test edilmesi amacıyla Lawshe tekniği (Lawshe, 1975; Yeşilyurt & Çapraz, 2018; Yurdugül, 2005) kullanılarak hemşirelikte yönetim ve sağlık yönetimi alanında uzman olan 11 kişiye (Ek 3) e-posta aracılığı ile gönderilmiştir. Bu amaçla uzmanların görüşlerini sistematik biçimde bildirmelerini sağlamak üzere bir uzman değerlendirme formu hazırlanmış (Ek 4) ve uzmanlardan her bir maddeyi “Madde gerekli”, “Madde gerekli ancak düzeltilmeli” ve “Madde gereksiz” seçeneklerinden birini işaretleyerek değerlendirmeleri istenmiştir. Ayrıca maddelerin; konuya uygunluğu, açıklığı, anlaşılabilirliği, arasındaki uyum, konuyla ilgisi ve tekrarlayan ya da benzer anlamlı ifadelerin bulunup bulunmadığı gibi yönlerden de geri bildirimde bulunmaları talep edilmiştir (Ayre & Scally, 2014; Lawshe, 1975; Yeşilyurt & Çapraz, 2018).

Uzman görüşleri doğrultusunda kapsam geçerlik oranı ölçüt değeri (0,636) altında çıkan 25 madde madde havuzundan çıkarılmış, bazı maddelerde ifadenin anlaşılabilirliği açısından öneriler doğrultusunda küçük değişiklikler yapılmıştır.

Sonrasında taslak ölçek maddeleri dilsel açıdan uygunluğunu değerlendirmek amacıyla bir Türk dili uzmanının değerlendirmesine sunulmuş ve yine öneriler doğrultusunda yapılan değişiklikler sonrasında taslak ölçek maddeleri pilot uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Uzman görüşleri sonrasında üç boyutlu (mesleki:14, bireysel:19 ve örgütsel:30) ve toplam 63 maddeden oluşan bir taslak ölçek formu elde edilmiştir (Ek 5).

3.5.2.3. Pilot uygulamanın yapılması: Uzman görüşleri doğrultusunda son hali verilen taslak ölçek, ifadelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 54 hemşireye pilot olarak uygulanmıştır. Pilot uygulama öncesinde katılımcılara gerekli bilgilendirme yapılmış; her bir maddede yer alan ifadelerin açıklığı, anlaşılabilirliği ve olası anlatım bozuklukları hakkında geri bildirimde bulunmaları istenmiştir. Uygulama sonucunda elde edilen geri bildirimler incelenmiş ve maddelerde herhangi bir düzeltme gereksinimi bulunmadığı belirlenmiştir. Bu kapsamda taslak ölçek, çalışmanın sonraki aşamalarında gerçekleştirilecek veri toplama süreci için asıl uygulama öncesinde son haline getirilmiştir (Ek 5).

3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama sürecinde çalışmanın AFA verilerinin toplanmasında hemşirelerle yüz yüze görüşülerek hemşireler gönüllü onam formu (Ek 6) doğrultusunda araştırma hakkında hem yazılı hem de sözlü olarak bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere tanıtıcı özellikler formu (Ek 1) ile HÇBYÖ-TF içeren anket formu (Ek 5) dağıtılarak doldurduktan sonra geri alınmıştır.

DFA aşamasında ise verilerin toplanmasında çevrimiçi anket yönteminden yararlanılmıştır. Oluşturulan çevrimiçi anket formuna erişim linki, grup iletişimi sağlayan sosyal medya uygulamaları aracılığı ile hemşirelerin üye oldukları gruplarda paylaşarak araştırmaya davet edilmişlerdir. Bu formda hemşireler gönüllü onay formu ile araştırma hakkında yazılı olarak bilgilendirilmiş ve “araştırmaya katılmayı kabul ediyorum” seçeneğini işaretleyen hemşireler anket formunda yer alan soruları cevaplayabilmiştir. Hedeflenen örneklem sayısına ulaşıldığında ve yeni katılımcılar eklenmediğinde veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Sağlıklı doldurulmadığı tespit edilen, AFA aşamasında 36, DFA aşamasında ise 14 veri örneklem kapsamına alınmamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada toplanan veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS for Windows 26.0 ve Analysis of Moment Structures (AMOS) 21 programları ile analiz edilmiştir. Veriler taslak ölçeğin mesleki, bireysel ve örgütsel boyutları için ayrı ayrı geçerlik ve güvenirlik analizlerine tabi tutulmuş olup ayrı alt ölçekler çerçevesinde değerlendirilmiştir. Verilerin elde edilmesinde ve değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler ve testler Tablo 3.2’de ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Yapı geçerliği için yararlanılan uyum indeksi değer aralıkları ise Tablo 3.3’te gösterilmiştir.

Tablo 3.2 Araştırmada Kullanılan İstatistik Yöntemleri

Kapsam Geçerliği için	• Lawshe Tekniği • Kapsam geçerlik oranı ve kapsam geçerlik indeksi hesaplaması
Yapı geçerliği (AFA) için	• Madde Toplam Puan Korelasyonu (MTPK) • Kaiser Meyer Olkin Örnekleme Yeterlilik Testi (KMO) • Barlett’s Küresellik Testi • Temel Bileşenler Analizi • Varimax Döndürme Testi • Yamaç Grafiği
Yapı Geçerliği (DFA) için	• Düzeltilmiş Ki-Kare İstatistiği • Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) • Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) • Fazlalık Uyum İndeksi (IFI) • Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) • Bileşik/Kompozit Güvenirlik Değeri (CR)
Madde Ayırt Edicilik	• Alt ve Üst %27’lik Gruplar Analizi
Güvenirlik	• Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı • Yarıya Bölme Yöntemi • Madde Toplam Puan Korelasyonu
Test Tekrar Test Yöntemi	• Bağımlı Gruplarda t Testi
Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	• Sıklık, Yüzde, Ortalama, Kurtosis ve Skewness Değerleri • Student t-testi • Mann-Whitney-U Testi • Tek Yönlü Varyans Analizi • Kruskal Wallis Testi • Post Hoc testleri (Tamhane’s T2)

Tablo 3.3 Uyum İndeksi Değer Aralıkları

Parametre	Anlamı	Mükemmel Değer	Kabul Edilebilir Değer
CMIN/df	Ki kare/serbestlik derecesi oranı	$0 \leq \text{CMIN/df} \leq 2$	$2 \leq \text{CMIN/df} \leq 5$
RMSEA	Tahmini Hataların Ortalamasının Karekökü	$0 \leq \text{RMSEA} \leq 0,05$	$0,05 \leq \text{RMSEA} \leq 0,08$
SRMR	Standartize Edilmiş Ortalama Hataların Karekökü	$0 \leq \text{RMR} \leq 0,05$	$0,05 \leq \text{RMR} \leq 0,10$
GFI	Uyum İyiliği İndeksi	$0,95 \leq \text{GFI} \leq 1,00$	$0,80 \leq \text{GFI} \leq 0,95$
AGFI	Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi	$0,95 \leq \text{AGFI} \leq 1,00$	$0,80 \leq \text{AGFI} \leq 0,95$
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi	$0,95 \leq \text{CFI} \leq 1,00$	$0,90 \leq \text{CFI} \leq 0,95$
NFI	Normlaştırılmış Uyum İndeksi	$0,95 \leq \text{NFI} \leq 1,00$	$0,90 \leq \text{NFI} \leq 0,95$
NNFI (TLI)	Normlaştırılmamış Uyum İndeksi	$0,95 \leq \text{NNFI} \leq 1,00$	$0,90 \leq \text{NNFI} \leq 0,95$
RFI	Görelî Uyum İndeksi	$0,90 \leq \text{RFI} \leq 1,00$	$0,85 \leq \text{RFI} \leq 0,90$
IFI	Fazlalık Uyum İndeksi	$0,95 \leq \text{IFI} \leq 1,00$	$0,90 \leq \text{IFI} \leq 0,95$

Kaynak: Alpanık ve Çetin (2023); İlhan ve Çetin (2014)

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Bandırma Onyedî Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Ek 7) (Tarih:21.10.2024; Sayı:2024-227). Veri toplama sürecine başlamadan önce çalışmaya dahil edilmesi planlanan tüm hastanelere (toplam 6 hastane) kurum izinleri için başvurularak kurum izinleri alınmıştır (Ek 8, Ek 9, Ek 10, Ek 11 ve Ek 12). Ancak çalışma kapsamına alınması planlanan Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, kurum politikaları gereği dışarıdan araştırmacı kabul edilmediği gerekçesi ile araştırmanın yapılmasına onay vermediği için çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Bu değişiklik aynı zamanda ilgili etik kurula da bildirilmiştir (Ek 13). Veri toplama sürecinde araştırmaya davet edilen hemşireler bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (Ek 6) doğrultusunda sözlü/yazılı olarak bilgilendirilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden veri alınmıştır.

Çevrimiçi verilerin toplanması sırasında da tekrarlı girişleri önlemek amacıyla e-posta ile giriş zorunluluğu getirilmiş ve katılımcıların aynı e-posta adresiyle birden fazla yanıt vermesi engellenmiştir. Toplanan veriler yalnızca araştırma amacıyla kullanılmış, gizlilik ilkeleri doğrultusunda saklanmış ve anonim olarak analiz edilmiştir. Bu araştırmadan elde edilen veriler yalnız bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Araştırma sürecinin başlangıcında tez çalışmasının başlığı “Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi” olarak belirlenmiş, tez savunma sınavı sonrasında ise jüri üyelerinin önerileri doğrultusunda “Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Uygulanması” şeklinde güncellenmiştir. Eklerde ölçek ve tez ismine ilişkin görülen farklılıklar, söz konusu düzenleme sürecinden kaynaklanmaktadır.

Araştırma sürecinin daha sağlıklı yürütülebilmesi için araştırmacı tarafından ölçek geliştirmeye yönelik eğitimler alınmıştır (Ek 14). Araştırma süreci “Ölçme Araçlarının Seçimi İçin Uzlaşmaya Dayalı Standartlar (Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments-COSMIN)” aşamalarına göre yürütülmüştür (Mokkink vd., 2016; Özer & Apay, 2022).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırmada, hemşirelerin yoksunluk yaşadıkları durumlara yönelik bildirimleri araştırmaya katılan hemşirelerin öznel beyanlarıyla sınırlıdır. Konuyla ilgili yapılmış çalışmaların oldukça sınırlı olması ve konuyla ilgili alanyazında geliştirilmiş bir ölçek aracının bulunmaması paralel form eşdeğerliğinin sınanmasında sınırlılığa yol açmıştır. Aynı zamanda araştırma sonuçları hemşirelerin yaşadıkları yoksunluk durumları ile sınırlı olup bu yoksunluk durumlarını hangi kişi ya da gruplara göre kıyaslayarak algıladıklarını içermemektedir. Bununla birlikte uzman dönüşlerinin uzaması, kurum izinlerinin ayrı ayrı alınması, bir hastaneden izin alınamaması araştırmanın güçlüklerini oluşturmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde verilerin analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırmanın bulguları araştırma sürecindeki aşamalara göre aşağıda belirtilen sıralamaya göre sunulmuştur.

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulgular

4.2.1. Kapsam Geçerliği

4.2.2. Pilot Uygulama

4.2.3. Madde Analizi

4.2.4. Açıklayıcı Faktör Analizi

4.2.5. Doğrulayıcı Faktör Analizi

4.2.6. Birleşim ve Ayrışım Geçerliği

4.2.7. Madde Ayırt Edicilik Analizi

4.2.8. İç Tutarlılık Analizi

4.2.9. Test-Tekrar Test Analizi

4.2.10. HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamaları

4.2.11. HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamaları Arası

Korelasyon Değerleri

4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeği'nin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin özellikleri her iki aşama için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Geliştirilmek istenen ölçekle ilgili ilk aşama analizlerinin yapılabilmesi için veri toplama sürecinde araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun kadın (%80,3), 26-30 yaş aralığında (%31,1), evli oldukları (%70,3) ve çocuk sahibi olmadıkları (%41,0) görülmektedir. Hemşireler çoğunlukla lisans mezunudur (%60,8), devlet hastanesinde (%33,5) ve 1-5 yıl mesleki deneyimle (%26,7) görev yapmaktadırlar. Hemşirelerin çoğunlukla bulundukları kurumda 1-5 yıl (%48,7), bulundukları birimde ise 1-3 yıl aralığında (%49,8) çalıştıkları görülmektedir. Hemşirelerin çoğunun servis hemşiresi

olduğu (%38,7), gece ve gündüz çalıştığı (%72,2) ve aylık 33-64 saat arası fazla mesai yaptıkları (%29,7) belirlenmiştir. Hemşirelerin %54,7'sinin aldığı maaş 10.000-50.000 TL arası olup, %47,9'unun haneye giren maaşı 20.000-80.000 aralığındadır.

Araştırmanın ikinci aşamasına katılan hemşirelerin ise çoğunun kadın (%82,0), 26-30 yaş aralığında (%37,3), evli oldukları (%71,1) ve çocuk sahibi olmadıkları (%42,5) görülmektedir. Hemşireler çoğunlukla lisans mezunudur (%70,2), eğitim ve araştırma hastanesinde (%43,4) ve 1-5 yıl mesleki deneyimle (%29,4) görev yapmaktadırlar. Hemşirelerin çoğunlukla bulundukları kurumda 1-5 yıl (%61,8), bulundukları birimde ise 1-3 yıl aralığında (%60,1) çalıştıkları görülmektedir. Hemşirelerin çoğunun servis hemşiresi olduğu (%52,2), gece ve gündüz çalıştığı (%71,1) ve aylık 33-64 saat arası fazla mesai yaptıkları (%30,7) belirlenmiştir. Hemşirelerin %89,0'nın aldığı maaş 50.000 TL ve üzerinde olup, %38,2'sinin haneye giren maaşı 20.000-80.000 aralığındadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1 Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	AFA aşaması (n=468)		DFA aşaması (n=228)	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kadın	376	80,3	187	82,0
Erkek	92	19,7	41	18,0
Yaş				
25 yaş ve altı	76	16,2	18	7,9
26-30 yaş	145	31,1	85	37,3
31-35 yaş	60	12,8	38	16,7
36-40 yaş	59	12,6	32	14,0
41-45 yaş	66	14,1	20	8,8
46 yaş ve üzeri	62	13,2	35	15,4
Medeni Durum				
Evli	329	70,3	162	71,1
Bekar	139	29,7	66	28,9
Çocuk Sayısı				
0	192	41,0	97	42,5
1	111	23,7	59	25,9
2 ve üzeri	165	35,3	72	31,6
Eğitim Durumu (Hemşirelik Alanında)				
Lise ve Ön lisans	155	33,1	47	20,6
Lisans	281	60,8	160	70,2
Lisansüstü	32	6,8	21	9,2
Çalışılan Kurum Türü				
Devlet Hastanesi	157	33,5	70	30,7
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	127	27,1	99	43,4
Üniversite Hastanesi	97	20,7	39	17,1
Özel Hastane	87	18,6	20	8,8

Tablo 4.1 Devamı

Meslekte Çalışma Yılı				
1-5 yıl	125	26,7	67	29,4
6-10 yıl	109	23,3	53	23,2
11-15 yıl	79	16,9	39	17,1
16-20 yıl	60	12,8	30	13,2
21 yıl ve üzeri	95	20,3	39	17,1
Kurumda Çalışma Yılı				
1-5 yıl	228	48,7	141	61,8
6-10 yıl	127	27,1	53	23,2
11 yıl ve üzeri	113	24,1	34	14,9
Birimde Çalışma Yılı				
1-3 yıl	233	49,8	137	60,1
4-6 yıl	115	24,6	46	20,2
7 yıl ve üzeri	120	25,6	45	19,7
Kurumdaki Pozisyon				
Servis Hemşiresi	181	38,7	119	52,2
Yoğun Bakım Hemşiresi	114	24,4	65	28,5
*Yönetici hemşire	45	9,6	24	10,5
**Diğer	128	27,4	20	8,8
Çalışma Şekli				
Sürekli gece	64	13,7	22	9,6
Sürekli gündüz	66	14,1	44	19,3
Gece ve gündüz	338	72,2	162	71,1
Aylık ortalama ek mesai saati				
0 saat	64	13,7	24	10,5
1-16 saat	64	13,7	36	15,8
17-32 saat	100	21,4	57	25,0
33-64 saat	139	29,7	70	30,7
65 saat ve üzeri	101	21,6	41	18,0
Hemşire Olarak Aylık Toplam Gelir (TL)				
(maaş+nöbet+ek ödeme vb.)				
10.000-50.000 arası	256	54,7	25	11,0
50.000 üzeri	212	45,3	203	89,0
Haneye Giren Aylık Toplam Gelir (TL)				
20.000-80.000	224	47,9	87	38,2
81.000-110.000	186	39,7	75	32,9
111.000 ve üzeri	58	12,4	66	28,9
TOPLAM	468	100	228	100

*Sorumlu hemşire, süpervizör, üst düzey yönetici (sağlık bakım hizmetleri müdürü, hemşirelik hizmetleri müdürü veya yardımcısı) **Acil servis, ameliyathane, poliklinik vb.

4.2. HÇBYÖ'nün Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde HÇBYÖ'nün geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesine yönelik bulgular sunulmuştur.

4.2.1. Kapsam Geçerliği

HÇBYÖ'nün kapsam geçerliğinin test edilmesi amacıyla alınan uzman görüşleri sonrasında taslak ölçekte yer alan her bir madde için Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) değerleri hesaplanmıştır. Bu hesaplamada, Lawshe (1975) tarafından geliştirilen yöntem esas alınmış ve her maddeye ilişkin KGO değerleri aşağıda verilen formül aracılığıyla belirlenmiştir (Lawshe, 1975, Yeşilyurt & Çapraz, 2018; Yurdugül,

$$KGO = \frac{Nu - N/2}{N/2} \quad veya \quad KGO = \frac{Nu}{N/2} - 1$$

2005).

Kapsam geçerlik oranları (KGO), herhangi bir maddeye ilişkin “gerekli” (uygun) görüşünü bildiren uzman sayılarının, toplam uzman sayısının yarısına bölünmesi ve bu sonuçtan bir çıkarılması ile elde edilmektedir (Yurdugül, 2005).

Ölçeğin kapsam geçerliğini değerlendirmede kullanılan KGO değerleri ise Ayre ve Scally (2014) tarafından ortaya konan Kapsam Geçerlik Oranı Eşiği (KGÖ) ölçütlerine dayandırılmıştır (Ayre & Scally, 2014). Buna göre, KGO değerlerinin 0,05 anlamlılık düzeyinde 11 uzman için eşik değer olan minimum 0,636 olması gerektiği görülmüştür (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 $\alpha=0.05$ Anlamlılık Düzeyinde KGÖ Sınır Değerleri

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	1,000	23	0,391
6	1,000	23	0,417
7	1,000	25	0,440
8	0,750	26	0,385
9	0,778	27	0,407
10	0,800	28	0,357
11	0,636	29	0,379
12	0,667	30	0,333
13	0,538	31	0,355
14	0,571	32	0,375
15	0,600	33	0,333
16	0,500	34	0,353
17	0,529	35	0,314
18	0,444	36	0,333
19	0,474	37	0,297
20	0,500	38	0,316
21	0,429	39	0,333
22	0,455	40	0,300

Kaynak: Ayre ve Scally (2014)

Bu çalışmada, 11 uzman için belirlenmiş olan KGÖ değeri 0,636'nın altında değer alan 25 madde taslak ölçekten çıkarılmış ve kalan maddeler üzerinden kapsam geçerlik indeksleri (KGİ) hesaplanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 Taslak Ölçek Madde Havuzuna Ait Kapsam Geçerlik Oranları (n:11)

Maddeler	KGO	Maddeler	KGO	Maddeler	KGO
Mesleki 1(1)	0,818	Bireysel 1(9)	0,818	Örgütsel 1(1)	0,818
Mesleki 2(2)	0,818	Bireysel 2	0,272	Örgütsel 2(2)	0,818
Mesleki 3(3)	0,818	Bireysel 3	0,272	Örgütsel 3(3)	0,818
Mesleki 4(5)	0,818	Bireysel 4(3)	1,000	Örgütsel 4	0,454
Mesleki 5	0,454	Bireysel 5	0,272	Örgütsel 5(4)	0,636
*Mesleki 6(27)	0,818	Bireysel 6(4)	1,000	Örgütsel 6(5)	0,636
Mesleki 7(6)	0,636	Bireysel 7(1)	1,000	Örgütsel 7(8)	0,818
Mesleki 8	0,090	Bireysel 8(6)	0,818	Örgütsel 8(6)	0,818
Mesleki 9(7)	0,818	Bireysel 9(5)	0,636	Örgütsel 9(9)	0,636
*Mesleki 10(28)	0,818	Bireysel 10(2)	0,818	Örgütsel 10	0,454
*Mesleki 11(29)	0,818	Bireysel 11(10)	1,000	Örgütsel 11	0,454
Mesleki 12	0,272	Bireysel 12(7)	0,818	Örgütsel 12(7)	0,636
Mesleki 13(4)	1,000	Bireysel 13	0,090	Örgütsel 13	0,272
Mesleki 14(8)	0,818	Bireysel 14(11)	1,000	Örgütsel 14	0,272
Mesleki 15(9)	0,818	Bireysel 15(12)	1,000	Örgütsel 15(30)	1,000
Mesleki 16(10)	0,818	Bireysel 16(13)	1,000	Örgütsel 16(10)	0,818
Mesleki 17	0,272	Bireysel 17(8)	0,818	Örgütsel 17(11)	0,818
Mesleki 18(11)	0,818	Bireysel 18	0,454	Örgütsel 18(16)	0,818
Mesleki 19(12)	0,818	Bireysel 19(14)	0,636	Örgütsel 19(12)	0,818
Mesleki 20(13)	0,636	Bireysel 20(17)	0,818	Örgütsel 20(13)	0,818
Mesleki 21(14)	0,636	Bireysel 21	0,454	Örgütsel 21(14)	0,818
Mesleki 22	-0,090	Bireysel 22(19)	0,818	Örgütsel 22(17)	0,818
		Bireysel 23	0,454	Örgütsel 23(15)	1,000
		Bireysel 24(15)	0,818	Örgütsel 24	0,272
		Bireysel 25(16)	1,000	Örgütsel 25(18)	0,636
		Bireysel 26	0,454	Örgütsel 26(19)	0,818
		Bireysel 27	0,454	Örgütsel 27(20)	0,636
		Bireysel 28(18)	1,000	Örgütsel 28	0,272
		Bireysel 29	0,454	Örgütsel 29	0,454
				Örgütsel 30(21)	0,818
				Örgütsel 31(22)	0,818
				Örgütsel 32	0,272
				Örgütsel 33(24)	0,818
				Örgütsel 34	0,272
				Örgütsel 35(25)	0,818
				Örgütsel 36(26)	0,818
				Örgütsel 37(23)	0,818

**Bu maddeler uzman önerileri doğrultusunda örgütsel yoksunluk boyutuna alınmıştır. Koyu renk ile belirtilen maddeler ölçekten çıkarılan maddelerdir. Parantez içerisinde yeni madde numaraları verilmiştir*

Kapsam geçerlik indeksi aşağıda belirtilen formül doğrultusunda kalan maddelerin kapsam geçerlik oranlarının toplamının madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. KGİ değerinin KGÖ değerinden büyük olması (KGİ>KGÖ) ölçekte kalan

maddelerinin kapsam geçerliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Diğer bir deyişle KGİ ve KGÖ değerleri karşılaştırıldığında, KGİ değeri KGÖ değerinden küçük ise ölçekte kalan maddelerin kapsam geçerliğine sahip olmadığı ifade edilir (Lawshe, 1975).

$$KGİ = \frac{\sum KGO}{\text{Madde sayısı}}$$

İlk taslak ölçekte (88 madde) kalan maddeler üzerinden hesaplanan kapsam geçerlik indeksi mesleki yoksunluk için 0,792, bireysel yoksunluk için 0,885 ve örgütsel yoksunluk için 0,793 bulunarak ölçekte kalan maddelerin 11 uzman ve 0,636 kesme noktası için kapsam geçerliklerinin istatistiksel olarak anlamlı (KGİ>KGÖ) olduğu tespit edilmiştir. Böylece **63 maddelik** taslak ölçek pilot çalışmaya hazır hale gelmiştir.

4.2.2. Pilot Uygulama

Kapsam geçerliği sonunda 63 madde kalan taslak ölçek, maddelerin anlaşılabilirliğini test etmek ve hemşirelerden bu konuda görüşlerini ve geribildirimlerini alabilmek amacıyla örneklem grubu ile benzer özellikler taşıyan ancak asıl örnekleme dahil edilmeyen 54 hemşireye pilot olarak uygulanmıştır. Uygulama sonrasında hemşirelerden herhangi bir görüş, öneri vb. geri bildirim gelmediği görülmüş olup bu aşamadan sonra taslak ölçek asıl örneklem grubuna uygulanmıştır.

4.2.3. Madde Analizi

Ölçeğin yapı geçerliğinin test edilebilmesi yani faktör yapısının ortaya konulabilmesi için öncelikle kayıp ve uç değerler ile normallik koşulları incelenmiş ve ters maddeler çevrilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluklarını test etmek için Skewness ve Kurtosis değerlerine bakılmış ve değerlerin -1,5 ile +1,5 arasında olduğu yani normal dağılıma uygunluk gösterdiği (Tabachnick & Fidell, 2020) görülmüş ve sonrasında madde analizi için madde toplam puan korelasyon analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda her bir alt ölçekte korelasyon değeri 0,30'un altında kalan maddeler taslak ölçek kapsamından çıkarılarak analizlere devam edilmiştir.

Tablo 4.4, Tablo 4.5 ve Tablo 4.6’da mesleki yoksunluk, bireysel yoksunluk ve örgütsel yoksunluk alt ölçeklerine ait madde analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.4 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri (n:468)

Madde Numarası	Madde Silindiğinde Ortalama	Madde Silindiğinde Varyans	Düzeltilmiş Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Alfa
Mesleki 1	38,3547	43,339	0,342	0,676
Mesleki 2	38,3868	43,968	0,331	0,678
Mesleki 3	37,4487	43,254	0,245	0,689
Mesleki 4	37,5299	41,916	0,402	0,667
Mesleki 5	38,1538	44,182	0,266	0,685
Mesleki 6	37,6090	44,744	0,198	0,693
Mesleki 7	37,6068	41,777	0,427	0,664
Mesleki 8	38,1175	41,637	0,428	0,664
Mesleki 9	37,3056	42,675	0,306	0,680
Mesleki 10	38,4316	45,496	0,227	0,689
Mesleki 11	36,6923	41,717	0,346	0,674
Mesleki 12	37,0299	44,119	0,187	0,698
Mesleki 13	37,3547	42,302	0,313	0,679
Mesleki 14	36,4786	42,704	0,355	0,673

Mesleki yoksunluk alt ölçeğinde yer alan 3-5-6-10 ve 12. maddelerin madde toplam puan korelasyon değeri 0,30’un altında olduğu için taslak ölçekten çıkarılmış ve diğer analizlere dahil edilmemiştir.

Tablo 4.5 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri (n:468)

Madde Numarası	Madde Silindiğinde Ortalama	Madde Silindiğinde Varyans	Düzeltilmiş Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Alfa
Bireysel 1	64,5256	118,944	0,341	0,853
Bireysel 2	64,2543	120,070	0,316	0,854
Bireysel 3	64,0406	118,275	0,420	0,849
Bireysel 4	64,8184	120,517	0,298	0,855
Bireysel 5	64,8739	120,350	0,315	0,854
Bireysel 6	64,5171	114,576	0,522	0,845
Bireysel 7	64,4530	112,925	0,619	0,841
Bireysel 8	64,8120	118,748	0,369	0,852
Bireysel 9	64,3590	119,815	0,337	0,853
Bireysel 10	64,2799	115,975	0,491	0,846
Bireysel 11	63,9829	114,150	0,633	0,841
Bireysel 12	64,4295	113,488	0,589	0,842
Bireysel 13	64,0214	114,531	0,625	0,841
Bireysel 14	63,9060	117,597	0,416	0,850
Bireysel 15	63,7179	117,201	0,467	0,847
Bireysel 16	63,9252	116,296	0,471	0,847
Bireysel 17	63,8355	116,138	0,545	0,844
Bireysel 18	63,9444	114,746	0,582	0,843
Bireysel 19	63,6880	121,491	0,249	0,857

Bireysel yoksunluk alt ölçeğinde yer alan 4 ve 19. maddelerin madde toplam puan korelasyon değeri 0,30'un altında olduğu için taslak ölçekten çıkarılmış ve diğer analizlere dahil edilmemiştir.

Tablo 4.6 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri (n:468)

Madde Numarası	Madde Silindiğinde Ortalama	Madde Silindiğinde Varyans	Düzeltilmiş Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Alfa
Örgütsel 1	95,7714	239,689	0,572	0,885
Örgütsel 2	96,3718	248,431	0,372	0,889
Örgütsel 3	95,9594	243,795	0,505	0,886
Örgütsel 4	95,8248	241,451	0,485	0,887
Örgütsel 5	96,3803	252,240	0,271	0,891
Örgütsel 6	95,2094	247,027	0,370	0,889
Örgütsel 7	96,0150	247,145	0,414	0,888
Örgütsel 8	96,0855	250,173	0,321	0,890
Örgütsel 9	95,8675	243,276	0,538	0,886
Örgütsel 10	95,7265	243,445	0,522	0,886
Örgütsel 11	95,0556	252,674	0,248	0,892
Örgütsel 12	95,3654	241,316	0,582	0,885
Örgütsel 13	94,9615	247,802	0,468	0,887
Örgütsel 14	95,3974	240,745	0,599	0,885
Örgütsel 15	95,9893	242,435	0,524	0,886
Örgütsel 16	95,9316	250,317	0,338	0,890
Örgütsel 17	95,6026	240,531	0,611	0,884
Örgütsel 18	95,3184	244,667	0,527	0,886
Örgütsel 19	96,6175	253,414	0,243	0,891
Örgütsel 20	96,4850	253,586	0,227	0,892
Örgütsel 21	96,1154	253,036	0,220	0,892
Örgütsel 22	95,0684	245,379	0,528	0,886
Örgütsel 23	95,1774	242,082	0,599	0,885
Örgütsel 24	95,2521	240,249	0,601	0,884
Örgütsel 25	95,2179	242,141	0,600	0,885
Örgütsel 26	95,2158	240,803	0,618	0,884
Örgütsel 27	96,3483	249,975	0,288	0,891
Örgütsel 28	95,7735	251,760	0,274	0,891
Örgütsel 29	95,5385	245,842	0,497	0,887
Örgütsel 30	95,7286	253,256	0,229	0,892

Örgütsel yoksunluk alt ölçeğinde yer alan 5-11-19-20-21-27-28 ve 30. maddeler madde toplam puan korelasyon değeri 0,30'un altında olduğu için taslak ölçekten çıkarılmış ve diğer analizlere dahil edilmemiştir.

4.2.4. Açıklayıcı Faktör Analizi

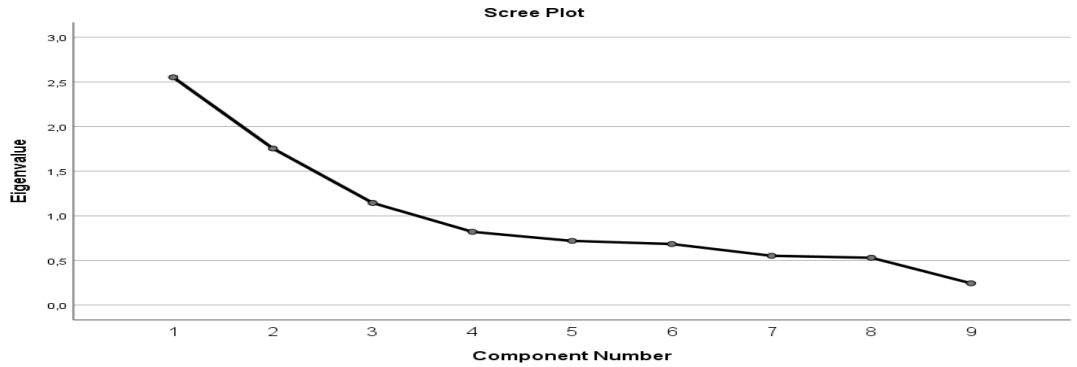
Taslak ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla öncelikle veri setinin faktör analizine uygunluğu incelenmiştir. Bu kapsamda örneklem sayısının uygunluğunu belirlemek için KMO değeri ve Barlett küresellik testleri yapılmıştır. Bu çalışmada alt ölçeklerin KMO değerlerinin; mesleki yoksunluk için 0,711, bireysel

yoksunluk için 0,844 ve örgütsel yoksunluk için 0,877 olduğu ve Bartlett testi sonucunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Taslak Ölçeğin KMO ve Bartlett Testi Sonuçları

Mesleki Yoksunluk		
KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,711
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1347,185
	df	91
	Sig	0,000
Bireysel Yoksunluk		
KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,844
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3266,793
	df	171
	Sig	0,000
Örgütsel Yoksunluk		
KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,877
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	6119,763
	df	435
	Sig	0,000

4.2.4.1. Mesleki yoksunluk alt ölçeği açıklayıcı faktör analizi: Faktör analizi sonucunda özdeğeri birin üzerinde olan üç faktör tespit edilmiş olup (Şekil 4.1) açıklanan toplam varyans oranı %60,555 olarak bulunmuştur. Açıklanan toplam varyansa 1. Faktör %21,010, 2. Faktör %19,949 ve 3. Faktör %19,596 katkı sağlamaktadır.



Şekil 4.1 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait Yamaç Grafiği

Ancak 3. Faktörde iki madde kaldığı görüldüğünden bu yapı iki faktöre sabitlendiğinde dört ve yedinci maddelerin faktör yükünün 0,45 altında kalması nedeniyle ölçekten çıkarılarak faktör analizi tekrarlanmıştır. İki faktörlü olarak

yapılandırılan alt ölçekte 1. Faktörde yer alan maddelerin faktör yükleri 0,552-0,870; 2. Faktörde yer alan maddelerin faktör yükleri ise 0,702-0,802 arasında değişmektedir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları (n:468)

Madde Numarası	Faktör1	Faktör2	Maddeler
Mesleki 1	0,870		Aldığım teorik eğitim, mesleki görevlerimi yerine getirmede yeterlidir*
Mesleki 2	0,822		Aldığım uygulamalı eğitim, mesleki görevlerimi yerine getirmede yeterlidir*
Mesleki 8	0,603		İş yerindeki zorluklarla başa çıkmada mesleki deneyimim yetersiz kalıyor
Mesleki 9	0,552		Mesleki yeterliliğimi arttırmaya ihtiyaç duyuyorum
Mesleki 14		0,802	Mesleğime diğer mesleklerle göre daha az itibar ediliyor
Mesleki 11		0,755	Yeterli saygınlığı olmayan bir mesleğin üyesiyim
Mesleki 13		0,702	Ekip arkadaşlarım, hemşirelik mesleğini saygın bulmuyor

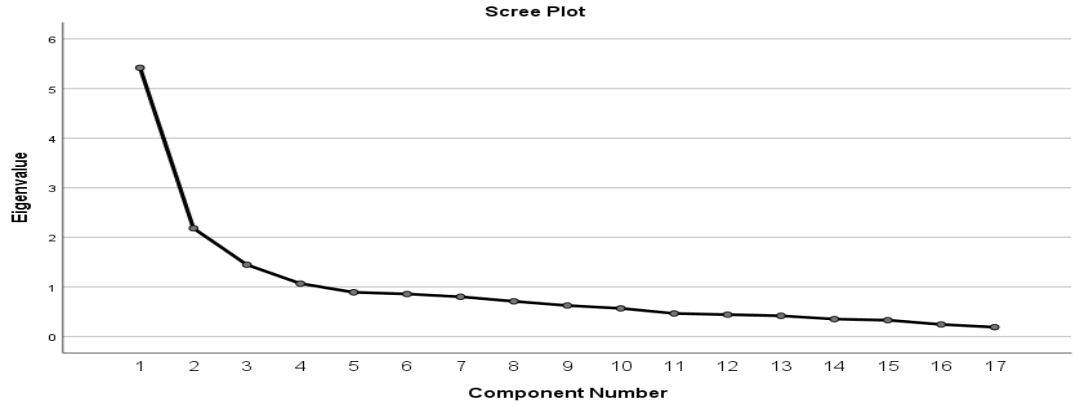
*Ters kodlanan maddelerdir

İki faktörlü yapıda açıklanan toplam varyans oranı %55,563 olarak saptanmıştır. Açıklanan toplam varyansa 1. Faktör %30,115, 2. Faktör %25,448 katkı sağlamaktadır (Tablo 4.9). Alt ölçekle ilgili ortaya çıkan faktörlerin isimlendirilmesi ile ilgili olarak faktörler altında yer alan ifadeler incelenmiş ve ortak olarak birleştiği odak nokta esas alınmıştır. Buna göre 1. Faktörde yer alan ifadelerin hemşirelerin mesleki yeterlilikleri ile ilgili olduğu, 2. Faktörde yer alan ifadelerin ise mesleki itibar ve saygınlığına yönelik ifadeler olduğu görüldüğünden bu şekilde isimlendirilmiştir.

Tablo 4.9 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği'nin Açıklanan Varyans Oranları ve Güvenirlik Katsayıları

Faktörler	Özdeğer	Açıklanan Varyans Oranı %	Cronbach Alfa
Faktör 1 (Mesleki Yeterlilik)	2,108	30,115	0,677
Faktör 2 (Mesleki İtibar ve Saygınlık)	1,781	25,448	0,632
		55,563 (Toplam)	0,602 (Ölçek Geneli)

4.2.4.2. Bireysel yoksunluk alt ölçeği açıklayıcı faktör analizi: Faktör analizi sonucunda özdeğeri birin üzerinde 4 faktör tespit edilmiş olup (Şekil 4.2) açıklanan toplam varyans oranı %59,498 olarak bulunmuştur.



Şekil 4.2 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait Yamaç Grafiği

Ancak 10. maddenin binişiklik özelliği göstermesi nedeniyle bu madde de ölçekten çıkarılmış ve faktör dağılımında da faktörler altında yer alan maddelerin anlamlı bir bütün oluşturacak şekilde dağılmadığı görülmüştür. Bu aşamada yapı üç faktöre sabitlenerek analiz tekrar edilmiş ve faktör yükü 0,45 altında kalan 3. madde de çıkarılmıştır. Açıklanan toplam varyans oranı %56,592 olarak saptanmıştır. Açıklanan toplam varyansa 1. Faktör %22,929, 2. Faktör %21,077 ve 3. Faktör %12,587 katkı sağlamaktadır. Ancak bu yapıda da hem 3. faktörde üç madde kalması hem de bu maddelerin birinci faktörde yer alan ifadeler ile benzer kapsamda olması nedeniyle yapı iki faktöre sabitlenmiş analiz tekrarlanmıştır. Analiz sonucunda da faktör yükü 0,45'in altında kalan 2. ve 9. maddeler de ölçekten çıkarılmış ve alt ölçek iki faktörlü olarak yapılandırılmıştır. İki faktörlü olarak yapılandırılan ölçekte 1. Faktörde yer alan maddelerin faktör yükleri 0,476-0,750; 2. Faktörde yer alan maddelerin faktör yükleri ise 0,721-0,810 arasında değişmektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları (n:468)

Madde Numarası	Faktör1	Faktör2	Maddeler
Bireysel 12	0,750		Yaşamımdan yeterince keyif alamıyorum
Bireysel 7	0,747		Ruhsal sağlığıma yönelik gereksinimlerimi karşılayamıyorum
Bireysel 6	0,681		Sağlıklı bir şekilde beslenemiyorum
Bireysel 8	0,675		Kişisel hedeflerime ulaşmada başarılı olamadığımı düşünüyorum
Bireysel 11	0,642		Çalışma koşullarım yaşam kalitemi olumsuz etkiliyor
Bireysel 13	0,635		Çalışma yaşamım günlük yaşam enerjimi azaltıyor
Bireysel 1	0,573		Kendimi genel olarak güvende hissetmiyorum
Bireysel 5	0,476		Bedensel sağlığıma yönelik gereksinimlerimi karşılayabiliyorum*

Tablo 4.10 Devamı

Bireysel 17	0,810	Mesleki gelirim nedeniyle yaşam memnuniyetim azalıyor
Bireysel 16	0,786	Mesleki gelirim, gereksinimlerimi karşılamama yetmiyor
Bireysel 14	0,761	İyi bir yaşam sürdürebilmek için gerekli mesleki gelire sahibim*
Bireysel 18	0,747	Mesleki gelir düzeyim nedeniyle kendimi güvende hissetmiyorum
Bireysel 15	0,721	Gelecek planlarımı gerçekleştirmek için gereken mesleki gelire sahibim*

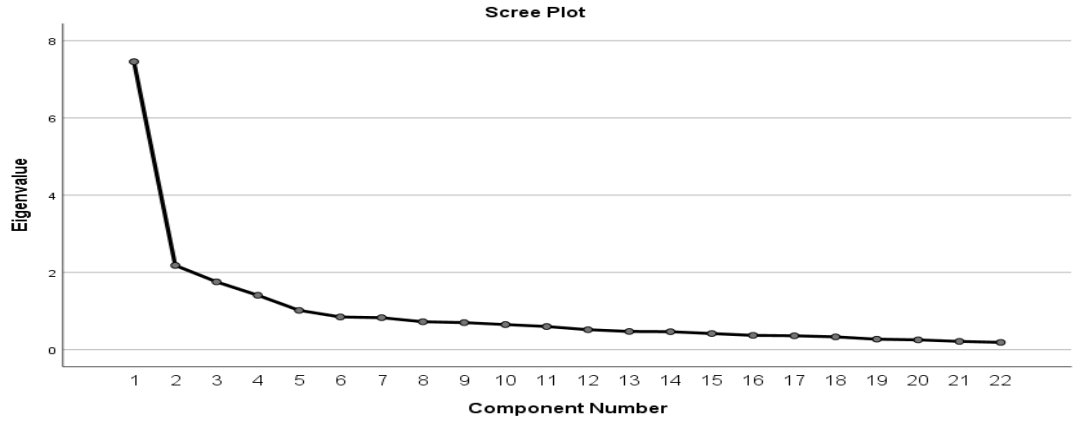
*Ters kodlanan maddelerdir

İki faktörlü yapıda açıklanan toplam varyans oranı %52,345 olarak saptanmıştır. Açıklanan toplam varyansa 1. Faktör %27,252, 2. Faktör %25,093 katkı sağlamaktadır (Tablo 4.11). Alt ölçekle ilgili ortaya çıkan faktörlerin isimlendirilmesi ile ilgili olarak faktörler altında yer alan ifadeler incelenmiş ve ortak olarak birleştiği odak nokta esas alınmıştır. Buna göre 1. Faktörde yer alan ifadelerin hemşirelerin temel bireysel gereksinimlerine yönelik olduğu, 2. Faktörde yer alan ifadelerin ise mesleki gelire yönelik ifadeler olduğu görüldüğünden bu şekilde isimlendirilmiştir.

Tablo 4.11 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği'nin Açıklanan Varyans Oranları ve Güvenirlik Katsayıları

Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans Oranı %	Cronbach Alfa
Faktör 1 (Temel Bireysel Gereksinimler)	3,545	27,252	0,819
Faktör 2 (Mesleki Gelir)	3,262	25,093	0,839
52,345 (Toplam)			0,842 (Ölçek Geneli)

4.2.4.3. Örgütsel yoksunluk alt ölçeği açıklayıcı faktör analizi: Faktör analizi sonucunda özdeğeri birin üzerinde 5 faktör tespit edilmiş olup (Şekil 4.3) açıklanan toplam varyans oranı %62,790 olarak bulunmuştur.



Şekil 4.3 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait Yamaç Grafiği

Ancak binişiklik özelliği gösteren 29., 6. ve 15. maddeler ile faktör yükü 0,45'in altında kalan 16. madde ölçekten çıkarılmıştır. Analiz tekrarlandıktan sonra dört faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. 1. Faktörde yer alan maddelerin faktör yükleri 0,784-0,833; 2. Faktörde yer alan maddelerin faktör yükleri 0,528-0,818; 3. Faktörde yer alan maddelerin faktör yükleri 0,691-0,831; 4. Faktörde yer alan maddelerin faktör yükleri ise 0,678-0,785 arasında değişmektedir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları (n:468)

Madde Numarası	Faktör1	Faktör2	Faktör3	Faktör4	Maddeler
Örgütsel 23	,833				İş yüküm, performansımı olumsuz etkiliyor
Örgütsel 24	,832				İş yüküm, iş ile özel hayat arasında denge kurmama engel oluyor
Örgütsel 22	,816				İş yükümün azaltılmasına ihtiyaç duyuyorum
Örgütsel 25	,813				İş yüküm, işime yönelik duygularımı olumsuz etkiliyor
Örgütsel 26	,784				İş yüküm nedeniyle sağlığım olumsuz etkileniyor
Örgütsel 13		,818			Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşulların iyileştirilmesi gerektiğini düşünüyorum
Örgütsel 12		,791			Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşullar gereksinimlerimi karşılamada yeterli değil
Örgütsel 14		,741			Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşullar sağlığımı olumsuz etkiliyor

Tablo 4.12 Devamı

Örgütsel 18	,579	Çalıştığım ortamdaki tehlikelerin ve risklerin azaltılması gerektiğini düşünüyorum
Örgütsel 17	,528	Çalıştığım ortamdaki tehlikelere ve risklere karşı kendimi güvende hissetmiyorum
Örgütsel 8	,831	İşyerinde kullandığımız araç gereçler ihtiyacımızı karşılamaktadır*
Örgütsel 7	,754	İhtiyaç duyduğumuzda gerekli kaynak desteği sağlanmaktadır*
Örgütsel 9	,742	Çalıştığım kurumun eğitim ve gelişime yönelik imkanları yeterlidir*
Örgütsel 10	,691	Çalıştığım kurumun teknolojik imkanları yeterlidir*
Örgütsel 2	,785	Çalışma arkadaşlarımdan ihtiyaç duyduğum desteği alamıyorum
Örgütsel 3	,756	İş yerinde karşılaştığım sorunları çözmeye gereken yardımı alamıyorum
Örgütsel 4	,727	Yöneticilerim tarafından önemsenmediğimi düşünüyorum
Örgütsel 1	,678	Yöneticilerimden ihtiyaç duyduğum desteği alamıyorum

*Ters kodlanan maddelerdir

Analizi sonucuna göre açıklanan toplam varyans oranı %65,477 olarak saptanmıştır. Açıklanan toplam varyansa 1. Faktör %21,154, 2. Faktör %16,387, 3. Faktör %14,251 ve 4. Faktör %13,684 katkı sağlamaktadır (Tablo 4.13). Alt ölçekle ilgili ortaya çıkan faktörlerin isimlendirilmesinde diğer alt ölçeklerde olduğu gibi faktörler altında yer alan ifadeler incelenerek ortak olarak birleştikleri odak noktalar esas alınmıştır. Buna göre 1. Faktörde yer alan ifadelerin hemşirelerin iş yükü dengesi ile ilgili olduğu, 2. Faktörde yer alan ifadelerin fiziki koşullar ve güvenliğe yönelik olduğu, 3. Faktörde yer alan ifadelerin kaynak yeterliliğine yönelik olduğu ve 4. Faktörde yer alan ifadelerin örgütsel destek ile ilgili ifadeler olduğu görülmüş olup faktörler bu doğrultuda isimlendirilmiştir.

Tablo 4.13 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği'nin Açıklanan Varyans Oranları ve Güvenirlik Katsayıları

Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans Oranı %	Cronbach Alfa
Faktör 1 (İş Yüğü Dengesi)	3,808	21,154	0,912
Faktör 2 (Fiziki Koşullar ve Güvenlik)	2,950	16,387	0,827
Faktör 3 (Kaynak Yeterliliği)	2,565	14,251	0,793
Faktör 4 (Örgütsel Destek)	2,463	13,684	0,776
65,477 (Toplam)			0,893 (Ölçek Geneli)

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda 14 maddelik mesleki yoksunluk alt ölçeğinden yedi madde, 19 maddelik bireysel yoksunluk alt ölçeğinden altı madde ve 30 maddelik örgütsel yoksunluk alt ölçeğinden ise 12 madde olmak üzere toplamda 25 madde çıkarılarak **38 madde** ile doğrulayıcı faktör analizine geçilmiştir (Tablo 4.14)

Tablo 4.14 Açıklayıcı Faktör Analizi Sonrası Yeni Madde Numaraları

MADDENİN ESKİ NUMARASI (63 MADDE)	YENİ NUMARASI (38 MADDE)
MESLEKİ YOKSUNLUK	
1. Aldığım teorik eğitim, mesleki görevlerimi yerine getirmede yeterlidir.*	Mesleki 1*
2. Aldığım uygulamalı eğitim, mesleki görevlerimi yerine getirmede yeterlidir.*	Mesleki 2*
3. İhtiyacım olan bilgi ve becerileri kazandıracak mesleki eğitim programlarına (sertifikasyon, kurs vb.) katılamıyorum.	Çıkarıldı
4. Aldığım hizmet içi eğitimler mesleki bilgi ve becerilerimi artırmada yeterli değil.	Çıkarıldı
5. Görev yaptığım alanlarla ilgili yeterli uyum eğitimi aldım.*	Çıkarıldı
6. Mesleğimle ilgili lisansüstü eğitim fırsatlarından yararlanamıyorum.	Çıkarıldı
7. Mesleki yenilikleri takip etmekte zorlanıyorum.	Çıkarıldı
8. İş yerindeki zorluklarla başa çıkmada mesleki deneyimim yetersiz kalıyor.	Mesleki 3
9. Mesleki yeterliliğimi artırmaya ihtiyaç duyuyorum.	Mesleki 4
10. İşimi iyi yapabilmek için gerekli mesleki yeterliliğe sahibim.*	Çıkarıldı
11. Yeterli saygınlığı olmayan bir mesleğin üyesiyim.	Mesleki 5
12. Toplumda itibar gören bir meslek üyesiyim.*	Çıkarıldı
13. Ekip arkadaşlarım, hemşirelik mesleğini saygın bulmuyor.	Mesleki 6
14. Mesleğime diğer mesleklere göre daha az itibar ediliyor.	Mesleki 7
BİREYSEL YOKSUNLUK	
1. Kendimi genel olarak güvende hissetmiyorum.	Bireysel 1
2. Aileme yeteri kadar zaman ayırabiliyorum.*	Çıkarıldı
3. Yeterince dinlenme fırsatı bulamıyorum.	Çıkarıldı
4. Kişilerarası ilişkilerimi sağlıklı bir şekilde yürütemiyorum.	Çıkarıldı

Tablo 4.14 Devamı

5. Bedensel sağlığıma yönelik gereksinimlerimi karşılayabiliyorum.*	Bireysel 2*
6. Sağlıklı bir şekilde beslenemiyorum.	Bireysel 3
7. Ruhsal sağlığıma yönelik gereksinimlerimi karşılayamıyorum.	Bireysel 4
8. Kişisel hedeflerime ulaşmada başarılı olamadığımı düşünüyorum.	Bireysel 5
9. Kişisel yaşamıma yeteri kadar zaman ayırabiliyorum.*	Çıkarıldı
10. İyi bir yaşam kalitesine sahip olduğumu düşünmüyorum.	Çıkarıldı
11. Çalışma koşullarım yaşam kalitemi olumsuz etkiliyor.	Bireysel 6
12. Yaşamımdan yeterince keyif alamıyorum.	Bireysel 7
13. Çalışma yaşamım günlük yaşam enerjimi azaltıyor.	Bireysel 8
14. İyi bir yaşam sürdürebilmek için yeterli mesleki gelire sahibim.*	Bireysel 9*
15. Gelecek planlarımı gerçekleştirmek için gereken mesleki gelire sahibim.*	Bireysel 10*
16. Mesleki gelirim, gereksinimlerimi karşılamama yetmiyor.	Bireysel 11
17. Mesleki gelirim nedeniyle yaşam memnuniyetim azalıyor.	Bireysel 12
18. Mesleki gelir düzeyim nedeniyle kendimi güvende hissetmiyorum.	Bireysel 13
19. Mesleki gelirim hak ettiğim düzeyde olduğunu düşünüyorum.*	Çıkarıldı
ÖRGÜTSEL YOKSUNLUK	
1. Yöneticilerimden ihtiyaç duyduğum desteği alamıyorum.	Örgütsel 1
2. Çalışma arkadaşlarımdan ihtiyaç duyduğum desteği alamıyorum.	Örgütsel 2
3. İş yerinde karşılaştığım sorunları çözmede gereken yardımı alamıyorum.	Örgütsel 3
4. Yöneticilerim tarafından önemsenmediğimi düşünüyorum.	Örgütsel 4
5. İşimi yapabilmem için gerekli malzemelere sahibim.*	Çıkarıldı
6. İşyerindeki personel sayısı ihtiyacımızı karşılamamaktadır.	Çıkarıldı
7. İhtiyaç duyduğumuzda gerekli kaynak desteği sağlanmaktadır.*	Örgütsel 5*
8. İşyerinde kullandığımız araç gereçler ihtiyacımızı karşılamaktadır.*	Örgütsel 6*
9. Çalıştığım kurumun eğitim ve gelişime yönelik imkanları yeterlidir.*	Örgütsel 7*
10. Çalıştığım kurumun teknolojik imkanları yeterlidir.*	Örgütsel 8*
11. Çalıştığım kurumun sosyal imkanlarının (servis, kreş, otopark vb.) artırılmasına ihtiyaç duyuyorum.	Çıkarıldı
12. Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşullar gereksinimlerimi karşılamada yeterli değil.	Örgütsel 9
13. Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşulların iyileştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.	Örgütsel 10
14. Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşullar sağlığıma olumsuz etkiliyor.	Örgütsel 11
15. Çalıştığım kurumda iş sağlığı ve güvenliği için yapılan eğitimlerin etkili olmadığını düşünüyorum.	Çıkarıldı
16. Çalıştığım kurumda iş sağlığı ve güvenliği için alınan önlemler yeterlidir.*	Çıkarıldı
17. Çalıştığım ortamdaki tehlikelere ve risklere karşı kendimi güvende hissetmiyorum.	Örgütsel 12

Tablo 4.14 Devamı

18. Çalıştığım ortamdaki tehlikelerin ve risklerin azaltılması gerektiğini düşünüyorum.	Örgütsel 13
19. Birlikte çalıştığım kişilerle sağlıklı bir iletişim kuramıyorum.	Çıkarıldı
20. Birlikte çalıştığım kişilerle anlaşmazlıklar yaşıyorum.	Çıkarıldı
21. İşle ilgili iletişim becerilerimi geliştirmeye ihtiyaç duyuyorum.	Çıkarıldı
22. İş yükümün azaltılmasına ihtiyaç duyuyorum.	Örgütsel 14
23. İş yüküm, performansımı olumsuz etkiliyor.	Örgütsel 15
24. İş yüküm, iş ile özel hayat arasında denge kurmama engel oluyor.	Örgütsel 16
25. İş yüküm, işime yönelik duygularımı olumsuz etkiliyor.	Örgütsel 17
26. İş yüküm nedeniyle sağlığım olumsuz etkileniyor.	Örgütsel 18
27. Sahip olduğum niteliklere uygun bir birimde çalışmıyorum.	Çıkarıldı
28. Görev yaptığım pozisyonda kendimi geliştirmeye ihtiyaç duyuyorum.	Çıkarıldı
29. Kariyer hedeflerime ulaşmak için sahip olduğum imkanlar sınırlıdır.	Çıkarıldı
30. Çalıştığım kurumun, kariyer gelişimimi sağlayacak imkanlara sahip olduğunu düşünüyorum.*	Çıkarıldı

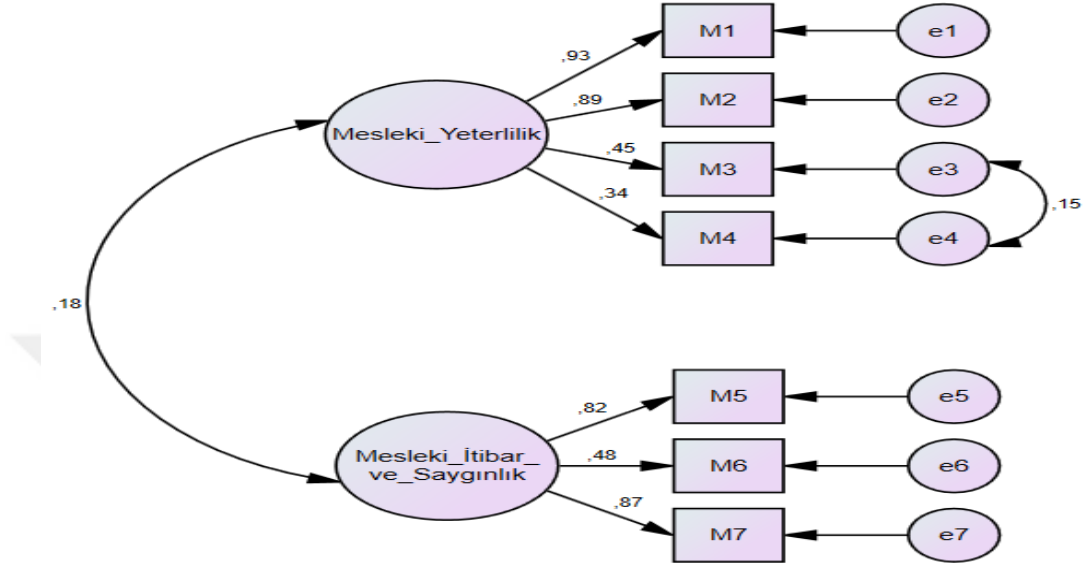
*Ters kodlanan maddelerdir. Koyu renkli ifade edilen maddeler ölçekte kalan maddelerdir.

4.2.5. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Mesleki, bireysel ve örgütsel yoksunluk alt ölçeklerinde AFA ile ortaya çıkan değerlendirmeler sonucunda oluşan faktör yapısının doğruluğu DFA ile test edilmiştir. Her bir alt ölçeğe ait doğrulayıcı faktör analizi modeli ve uyum indeksleri ayrı olarak verilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen uyum indekslerinin değerlendirilmesinde esas alınan değerler Tablo 3.3'te gösterilmiştir.

4.2.5.1. Mesleki yoksunluk alt ölçeği doğrulayıcı faktör analizi: Mesleki yoksunluk alt ölçeğinin AFA sonucunda ortaya çıkan “Mesleki Yeterlilik” ve “Mesleki İtibar ve Saygınlık” şeklindeki iki faktörlü yapısının doğruluğunu test etmek için DFA yapılmıştır (Şekil 4.4). DFA uyum indeksi değerleri iyileştirme öncesi ve sonrası iki şekilde verilmiş olup (Tablo 4.15.) modelin önerdiği iyileştirme (modification indices) yapıldıktan sonra CMIN=23,971, DF=12; $p<0,001$; CMIN/DF=1,998; RMSEA=0,066 değerlerinin kabul edilebilir-mükemmel sınırlar içerisinde olduğu görülmüştür. Standardize faktör yüklerinin (SFY)>0,30 olması gerektiği (Gökdemir & Yılmaz, 2023; Seçer, 2021) göz önüne alındığında bu sınırların üzerinde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Mesleki yeterlilik alt boyutunda yer alan maddelerin standardize faktör yüklerinin 0,336-0,934, mesleki itibar ve saygınlık alt boyutunda yer alan maddelerin standardize faktör yüklerinin ise 0,479-0,867 arasında değiştiği görülmektedir. DFA sonucunda elde edilen ölçeğe ait standardize regresyon

katsayıları, standart hata, kritik oran (CR) ve anlamlılık düzeyleri ise Tablo 4.16’da verilmiştir.



Şekil 4.4 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği’ne Ait DFA Modeli

Tablo 4.15 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği’nin Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri

	X2/df	RMSEA	SRMR	GFI	AGFI	CFI	NFI	NNFI	RFI	IFI
İlk Model	2,217	0,073	0,072	0,965	0,926	0,972	0,950	0,954	0,920	0,972
İyileştirme Sonrası	1,998	0,066	0,068	0,971	0,933	0,979	0,959	0,963	0,928	0,979

*Turuncu: mükemmel uyum *Sarı: kabul edilebilir uyum

Tablo 4.16 Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği’ne Ait Standardize Regresyon Katsayıları, Standart Hata, Kritik Oran (CR) ve Anlamlılık Düzeyleri Sonuçları (n:228)

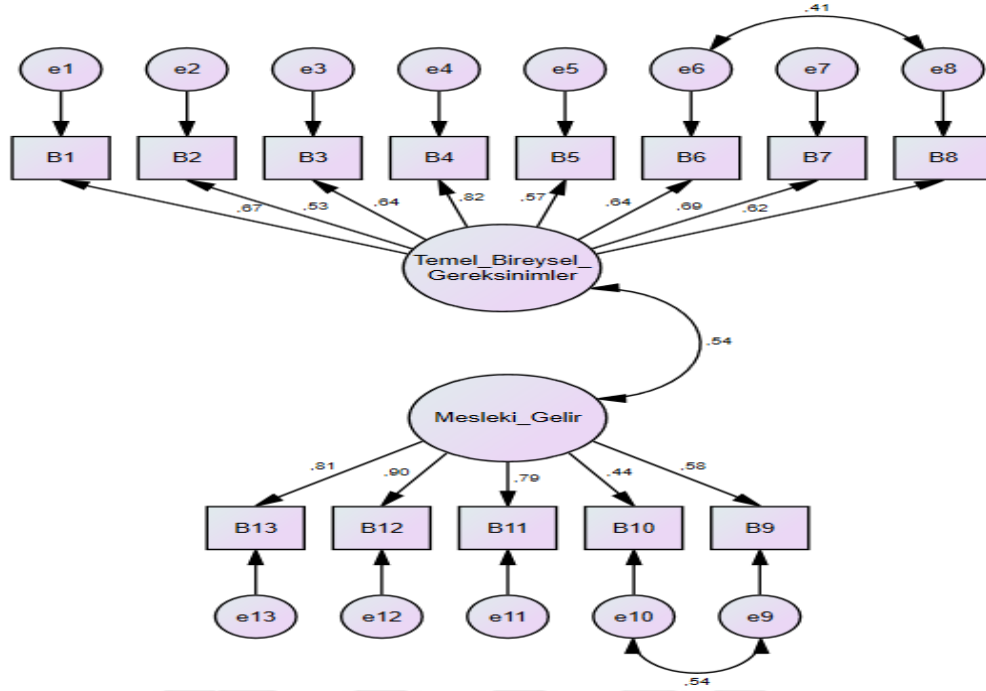
Madde No	Ait Olduğu Faktör	*β	SE	CR	p	Maddeler
M1<---	Mesleki Yeterlilik	0,934				Aldığım teorik eğitim, mesleki görevlerimi yerine getirmede yeterlidir***
M2<---	Mesleki Yeterlilik	0,887	0,084	12,016	**	Aldığım uygulamalı eğitim, mesleki görevlerimi yerine getirmede yeterlidir***
M3<---	Mesleki Yeterlilik	0,450	0,075	6,753	**	İş yerindeki zorluklarla başa çıkmada mesleki deneyimim yetersiz kalıyor
M4<---	Mesleki Yeterlilik	0,336	0,076	4,943	**	Mesleki yeterliliğimi artırmaya ihtiyaç duyuyorum

Tablo 4.16 Devamı

M5<---	Mesleki İtibar ve Saygınlık	0,824					Yeterli saygınlığı olmayan bir mesleğin üyesiyim
M6<---	Mesleki İtibar ve Saygınlık	0,479	0,090	6,699	**		Ekip arkadaşlarım, hemşirelik mesleğini saygın bulmuyor
M7<---	Mesleki İtibar ve Saygınlık	0,867	0,114	8,348	**		Mesleğime diğer mesleklerle göre daha az itibar ediliyor

*β: Standardize regresyon katsayısı **; $p < 0.001$, *** Ters kodlanan maddelerdir

4.2.5.2. Bireysel yoksunluk alt ölçeği doğrulayıcı faktör analizi: Bireysel yoksunluk alt ölçeğinin AFA sonucunda ortaya çıkan “Temel Bireysel Gereksinimler” ve “Mesleki Gelir” şeklindeki iki faktörlü yapısının doğruluğunu test etmek için DFA yapılmıştır (Şekil 4.5). DFA uyum indeksi değerleri iyileştirme öncesi ve sonrası iki şekilde verilmiş olup (Tablo 4.17) modelin önerdiği iyileştirmeler (modification indices) yapıldıktan sonra CMIN=131,524, DF=62; $p < 0,001$; CMIN/DF=2,121; RMSEA=0,070 değerlerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmüştür. Standardize faktör yüklerinin (SFY)>0,30 olması gerektiği (Gökdemir & Yılmaz, 2023; Seçer, 2021) göz önüne alındığında bu sınırların üzerinde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Temel bireysel gereksinimler alt boyutunda yer alan maddelerin standardize faktör yüklerinin 0,528-0,822; mesleki gelir alt boyutunda yer alan maddelerin standardize faktör yüklerinin ise 0,443-0,901 arasında değiştiği görülmektedir. DFA sonucunda elde edilen ölçeğe ait standardize regresyon katsayıları, standart hata, kritik oran (CR) ve anlamlılık düzeyleri ise Tablo 4.18’de verilmiştir.



Şekil 4.5 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait DFA Modeli

Tablo 4.17 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri

	X2/df	RMSEA	SRMR	GFI	AGFI	CFI	NFI	NNFI	RFI	IFI
İlk Model	3,718	0,109	0,073	0,861	0,802	0,867	0,828	0,838	0,791	0,869
İyileştirme Sonrası	2,121	0,070	0,063	0,919	0,881	0,947	0,905	0,933	0,881	0,948

*Sarı: kabul edilebilir uyum *Gri: uyumsuz

Tablo 4.18 Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait Standardize Regresyon Katsayıları, Standart Hata, Kritik Oran (CR) ve Anlamlılık Düzeyleri Sonuçları (n:228)

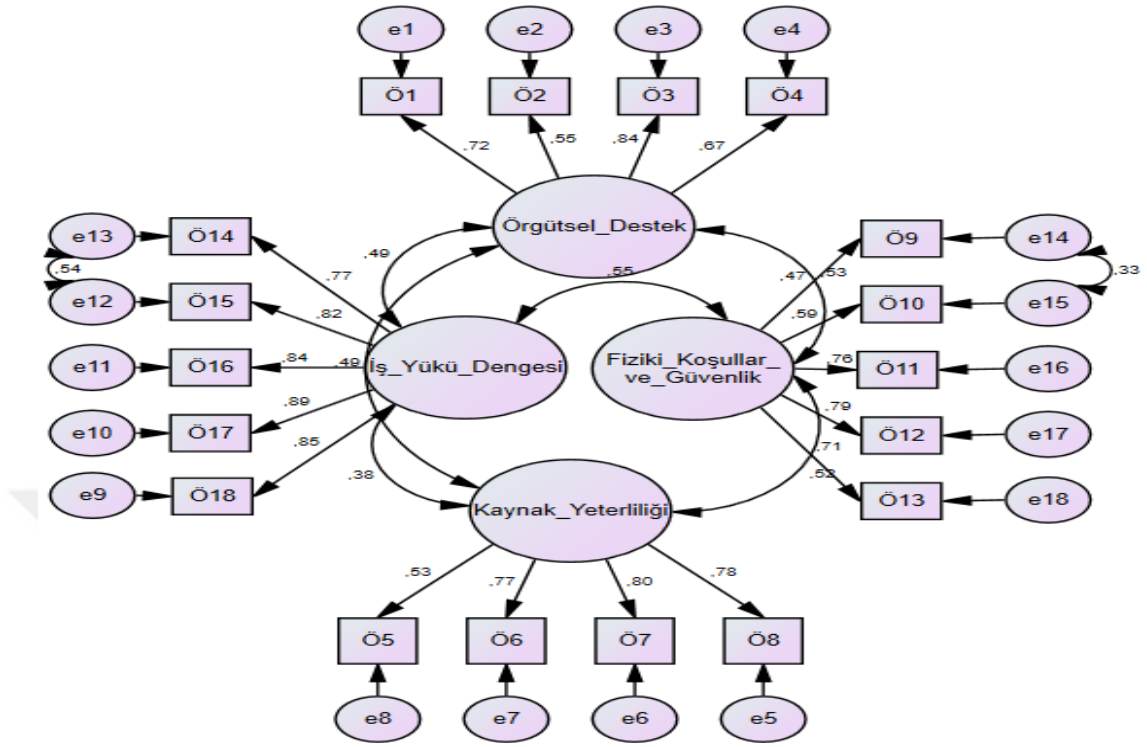
Madde No	Ait Olduğu Faktör	*β	SE	CR	p	Maddeler
B1<---	Temel Bireysel Gereksinimler	0,668				Kendimi genel olarak güvende hissetmiyorum
B2<---	Temel Bireysel Gereksinimler	0,528	0,108	7,095	**	Bedensel sağlığıma yönelik gereksinimlerimi karşılayabiliyorum***
B3<---	Temel Bireysel Gereksinimler	0,645	0,115	8,478	**	Sağlıklı bir şekilde beslenemiyorum
B4<---	Temel Bireysel Gereksinimler	0,822	0,122	10,304	**	Ruhsal sağlığıma yönelik gereksinimlerimi karşılayamıyorum
B5<---	Temel Bireysel Gereksinimler	0,567	0,110	7,571	**	Kişisel hedeflerime ulaşmada başarılı olamadığımı düşünüyorum
B6<---	Temel Bireysel Gereksinimler	0,640	0,101	8,411	**	Çalışma koşullarım yaşam kalitemi olumsuz etkiliyor

Tablo 4.18 Devamı

B7<---	Temel Bireysel Gereksinimler	0,694	0,120	9,035	**	Yaşamımdan yeterince keyif alamıyorum
B8<---	Temel Bireysel Gereksinimler	0,621	0,100	8,182	**	Çalışma yaşamım günlük yaşam enerjimi azaltıyor
B9<---	Mesleki Gelir	0,579				İyi bir yaşam sürdürebilmek için yeterli mesleki gelire sahibim***
B10<---	Mesleki Gelir	0,443	0,093	8,194	**	Gelecek planlarımı gerçekleştirmek için gereken mesleki gelire sahibim***
B11<---	Mesleki Gelir	0,790	0,164	8,766	**	Mesleki gelirim, gereksinimlerimi karşılamama yetmiyor
B12<---	Mesleki Gelir	0,901	0,161	9,301	**	Mesleki gelirim nedeniyle yaşam memnuniyetim azalıyor
B13<---	Mesleki Gelir	0,809	0,154	8,886	**	Mesleki gelir düzeyim nedeniyle kendimi güvende hissetmiyorum

*β: Standardize regresyon katsayısı **; $p < 0.001$, *** Ters kodlanan maddelerdir

4.2.5.3. Örgütsel yoksunluk alt ölçeği doğrulayıcı faktör analizi: Örgütsel yoksunluk alt ölçeğinin AFA sonucunda ortaya çıkan “Örgütsel Destek”, “Kaynak Yeterliliği”, “Fiziki Koşullar ve Güvenlik” ve “İş Yüğü Dengesi” şeklindeki dört faktörlü yapısının doğruluğunu test etmek için DFA yapılmıştır (Şekil 4.6). DFA uyum indeksi değerleri iyileştirme öncesi ve sonrası iki şekilde verilmiş olup (Tablo 4.19) modelin önerdiği iyileştirmeler (modification indices) yapıldıktan sonra CMIN=235,687 DF=127; $p < 0,001$; CMIN/DF=1,856; RMSEA=0,061 değerlerinin kabul edilebilir-mükemmel sınırlar içerisinde olduğu görülmüştür. Standardize faktör yüklerinin (SFY)>0,30 olması gerektiği (Gökdemir & Yılmaz, 2023; Seçer, 2021) göz önüne alındığında bu sınırların üzerinde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Örgütsel destek alt boyutunda yer alan maddelerin standardize faktör yüklerinin 0,550-0,845, kaynak yeterliliği alt boyutunda yer alan maddelerin standardize faktör yüklerinin 0,532-0,799, fiziki koşullar ve güvenlik alt boyutunda yer alan maddelerin standardize faktör yüklerinin 0,474-0,786 ve iş yüğü dengesi alt boyutunda yer alan maddelerin standardize faktör yüklerinin 0,766-0,886 arasında değiştiği görülmektedir. DFA sonucunda elde edilen ölçeğe ait standardize regresyon katsayıları, standart hata, kritik oran (CR) ve anlamlılık düzeyleri ise Tablo 4.20’de verilmiştir.



Şekil 4.6 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait DFA Modeli

Tablo 4.19 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği'nin Doğrulamalı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri

	X2/df	RMSEA	SRMR	GFI	AGFI	CFI	NFI	NNFI	RFI	IFI
İlk Model	2,406	0,079	0,054	0,862	0,817	0,913	0,862	0,897	0,836	0,914
İyileştirme Sonrası	1,856	0,061	0,054	0,894	0,857	0,948	0,895	0,939	0,874	0,949

*Turuncu: mükemmel uyum *Sarı: kabul edilebilir uyum *Gri: uyumsuz

Tablo 4.20 Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği'ne Ait Standardize Regresyon Katsayıları, Standart Hata, Kritik Oran (CR) ve Anlamlılık Düzeyleri Sonuçları (n:228)

Madde No	Ait Olduğu Faktör	*β	SE	CR	p	Maddeler
Ö1<---	Örgütsel Destek	0,717				Yöneticilerimden ihtiyaç duyduğum desteği alamıyorum
Ö2<---	Örgütsel Destek	0,550	0,088	7,494	**	Çalışma arkadaşlarımdan ihtiyaç duyduğum desteği alamıyorum
Ö3<---	Örgütsel Destek	0,845	0,102	10,554	**	İş yerinde karşılaştığım sorunları çözmede gereken yardımı alamıyorum
Ö4<---	Örgütsel Destek	0,673	0,108	9,067	**	Yöneticilerim tarafından önemsenmediğimi düşünüyorum

Tablo 4.20 Devamı

Ö5<---	Kaynak Yeterliliği	0,532				İhtiyaç duyduğumuzda gerekli kaynak desteği sağlanmaktadır***
Ö6<---	Kaynak Yeterliliği	0,770	0,208	7,552	**	İşyerinde kullandığımız araç gereçler ihtiyacımızı karşılamaktadır***
Ö7<---	Kaynak Yeterliliği	0,799	0,208	7,663	**	Çalıştığım kurumun eğitim ve gelişime yönelik imkanları yeterlidir***
Ö8<---	Kaynak Yeterliliği	0,784	0,207	7,609	**	Çalıştığım kurumun teknolojik imkanları yeterlidir***
Ö9<---	Fiziki Koşullar ve Güvenlik	0,474				Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşullar gereksinimlerimi karşılamada yeterli değil
Ö10<---	Fiziki Koşullar ve Güvenlik	0,594	0,141	7,169	**	Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşulların iyileştirilmesi gerektiğini düşünüyorum
Ö11<---	Fiziki Koşullar ve Güvenlik	0,755	0,229	6,563	**	Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşullar sağlığını olumsuz etkiliyor
Ö12<---	Fiziki Koşullar ve Güvenlik	0,786	0,239	6,649	**	Çalıştığım ortamdaki tehlikelere ve risklere karşı kendimi güvende hissetmiyorum
Ö13<---	Fiziki Koşullar ve Güvenlik	0,714	0,212	6,428	**	Çalıştığım ortamdaki tehlikelerin ve risklerin azaltılması gerektiğini düşünüyorum
Ö14<---	İş Yüğü Dengesi	0,766				İş yükümün azaltılmasına ihtiyaç duyuyorum
Ö15<---	İş Yüğü Dengesi	0,822	0,059	19,058	**	İş yüküm, performansımı olumsuz etkiliyor
Ö16<---	İş Yüğü Dengesi	0,837	0,097	13,253	**	İş yüküm, iş ile özel hayat arasında denge kurmada engel oluyor
Ö17<---	İş Yüğü Dengesi	0,886	0,094	14,109	**	İş yüküm, işime yönelik duygularımı olumsuz etkiliyor
Ö18<---	İş Yüğü Dengesi	0,848	0,093	13,452	**	İş yüküm nedeniyle sağlığım olumsuz etkileniyor

*β: Standardize regresyon katsayısı **; $p < 0.001$, *** Ters kodlanan maddelerdir

4.2.6. Birleşim ve Ayrışım Geçerliliği

HÇBYÖ'nün DFA sonrasında birleşim ve ayrışım geçerliliğinin değerlendirilmesi için AVE ve CR değerleri hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamalarda her bir CR değerinin $>0,70$ olduğu, CR değerinin $>AVE$ olduğu ve AVE değerinin $<0,50$ olduğu durumlarda bile CR değerinin $>0,60$ olduğu görülmektedir. Bu nedenle birleşim geçerliliğinin sağlandığı söylenebilir. Ayrıca her bir alt boyutun AVE değerinin karekökü, ilgili alt boyutun diğer alt boyutlarla olan korelasyon değerlerinden büyük olup ayrışım geçerliliğini de sağlamaktadır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Birleşim ve Ayrışım Geçerlik Göstergeleri

Alt ölçek	Faktörler	CR	AVE	AVE Karekök	Korelasyonlar			
					1	2	3	4
Mesleki yoksunluk	1.Mesleki yeterlilik	0,770	0,493	0,702	1	0,176*		
	2.Mesleki itibar ve saygınlık	0,778	0,553	0,743		1		
Alt ölçek	Faktörler	CR	AVE	AVE Karekök	Korelasyonlar			
					1	2	3	4
Bireysel yoksunluk	1.Temel bireysel gereksinimler	0,854	0,426	0,652	1	0,537**		
	2.Mesleki gelir	0,839	0,524	0,721		1		
Örgütsel yoksunluk	1.Örgütsel destek	0,793	0,495	0,703	1	0,490**	0,532**	0,490**
	2.Kaynak yeterliliği	0,816	0,532	0,729		1	0,516**	0,379**
	3.Fiziki koşullar ve güvenlik	0,802	0,455	0,674			1	0,552**
	4.İş yükü dengesi	0,918	0,693	0,832				1

CR: Composite Reliability, AVE: Average variance extracted, * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

4.2.7. Madde Ayırt Edicilik Analizi

Çalışmada HÇBYÖ'nün madde ayırt edicilik analizi olarak yapılan %27 alt ve %27 üst çeyreklik puan ortalamalarının karşılaştırmasına göre her bir alt ölçekle ilgili sonuçlar Tablo 4.22'de gösterilmiştir. Bu anlamda tüm maddelerin alt ve üst gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,001$) ve madde ayırt ediciliğinin sağlandığı söylenebilir.

Tablo 4.22 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Madde Ayırt Edicilik İstatistik Değerleri (Alt %27-Üst %27)

Maddeler	Grup				t*	p
	Alt grup (n=61)		Üst grup (n=61)			
	$\bar{X}$	SS±	$\bar{X}$	SS±		
Mesleki 1	1,34	0,47	3,34	0,89	-15,424	0,000
Mesleki 2	1,32	0,47	3,52	0,82	-17,976	0,000
Mesleki 3	1,31	0,46	3,59	0,61	-23,028	0,000
Mesleki 4	2,14	0,62	4,26	0,44	-21,480	0,000
Mesleki 5	2,22	0,76	5,00	0,00	-28,418	0,000
Mesleki 6	1,67	0,47	4,47	0,50	-31,682	0,000
Mesleki 7	2,47	0,74	5,00	0,00	-26,502	0,000
Mesleki Toplam	2,24	0,38	3,75	0,38	-21,679	0,000
Bireysel 1	1,78	0,41	4,62	0,48	-34,623	0,000
Bireysel 2	1,47	0,50	4,16	0,41	-32,163	0,000
Bireysel 3	1,80	0,40	4,50	0,50	-32,804	0,000
Bireysel 4	1,80	0,40	4,55	0,50	-33,533	0,000
Bireysel 5	1,68	0,46	4,34	0,47	-31,005	0,000
Bireysel 6	2,45	0,62	5,00	0,00	-31,951	0,000
Bireysel 7	1,60	0,49	4,45	0,50	-31,663	0,000
Bireysel 8	2,40	0,61	5,00	0,00	-32,850	0,000
Bireysel 9	2,39	0,58	5,00	0,00	-34,780	0,000
Bireysel 10	2,44	0,67	5,00	0,00	-29,748	0,000
Bireysel 11	2,16	0,63	4,95	0,27	-32,320	0,000
Bireysel 12	2,37	0,66	4,90	0,30	-27,111	0,000
Bireysel 13	2,32	0,65	4,86	0,34	-27,009	0,000
Bireysel Toplam	2,62	0,39	4,31	0,30	-26,375	0,000
Örgütsel 1	1,93	0,54	4,75	0,43	-31,650	0,000
Örgütsel 2	1,62	0,48	3,88	0,58	-23,293	0,000
Örgütsel 3	1,83	0,37	4,32	0,47	-32,284	0,000
Örgütsel 4	1,73	0,47	4,68	0,46	-34,429	0,000
Örgütsel 5	2,00	0,25	4,40	0,49	-33,665	0,000
Örgütsel 6	1,91	0,27	4,39	0,49	-34,224	0,000
Örgütsel 7	2,01	0,38	4,54	0,50	-31,092	0,000
Örgütsel 8	2,18	0,53	4,68	0,46	-27,659	0,000
Örgütsel 9	2,22	0,61	4,75	0,43	-26,156	0,000
Örgütsel 10	3,14	0,85	5,00	0,00	-16,958	0,000

Tablo 4.22 Devamı

Örgütsel 11	2,34	0,57	4,70	0,45	-25,067	0,000
Örgütsel 12	2,34	0,60	4,75	0,43	-25,347	0,000
Örgütsel 13	2,54	0,69	4,86	0,34	-23,440	0,000
Örgütsel 14	3,01	0,88	5,00	0,00	-17,507	0,000
Örgütsel 15	2,78	0,77	5,00	0,00	-22,244	0,000
Örgütsel 16	2,32	0,62	5,00	0,00	-33,388	0,000
Örgütsel 17	2,32	0,59	5,00	0,00	-34,911	0,000
Örgütsel 18	2,39	0,63	5,00	0,00	-31,821	0,000
Örgütsel Toplam	2,75	0,37	4,26	0,26	-25,584	0,000

$\bar{X}$:Ortalama, SS:Standart Sapma, *t: Bağımsız gruplarda t testi, $p<0,001$ anlamlılık düzeyi

4.2.8. İç Tutarlılık Analizi

Çalışmada HÇBYÖ'nün güvenilirliğini test etmek amacıyla DFA sonrası kalan maddeler için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ve madde toplam puan korelasyonu analizi ile yarıya bölme metodu (Tablo 4.23) uygulanmıştır. Buna göre alt ölçekler ayrı olarak değerlendirildiğinde tüm maddelerin, ölçeklerin bütünü için madde toplam puan korelasyon değerlerinin $>0,30$ olduğu, alt boyut ve ölçek geneli Cronbach alfa değerlerinin $>0,70$ olduğu görülmektedir. Mesleki yoksunluk alt ölçeğinin MTPK=0,313-0,540 (toplam Cronbach alfa:0,724); bireysel yoksunluk alt ölçeğinin MTPK=0,473-0,748 (toplam Cronbach alfa:0,874) ve örgütsel yoksunluk alt ölçeğinin MTPK=0,384-0,688 (toplam Cronbach alfa:0,899) değerleri arasında değişmektedir. Yarıya bölme metodunda ilk yarı ve ikinci yarı Cronbach alfa değerlerinin oldukça ve yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür. Mesleki itibar ve saygınlık alt boyutunda üç madde olmasından dolayı yarıya bölme metodu uygulanamamıştır. Mesleki yeterlilik alt boyutundaki maddeler iki eşit parçaya bölünerek yapılan analizde ilk yarının Cronbach alfa değeri:0,483; ikinci yarının Cronbach alfa değeri:0,581 olarak tespit edilmiştir. Bu değerler düşük güvenirlik katsayısı olarak görülmesine karşın Spearman-Brown düzeltmesi sonrası ölçeğin tamamı için tahmini güvenirlik katsayısı 0,792 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.23 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı, Madde Toplam Puan Korelasyonu ve Yarıya Bölme Metodu Analizleri

		Alt Boyut	Düzeltilmiş	1.Yarı	2.Yarı		
	Madde	Cronbach	*MTPK	Cronbach Alfa	Cronbach Alfa	Spearman-Brown	Guttman Split-Half
Faktör	Numarası	Alfa	(tüm ölçek)				
Mesleki Yeterlilik	Mesleki1	0,743	0,540	0,483	0,581	0,792	0,791
	Mesleki2		0,511				
	Mesleki3		0,373				
	Mesleki4		0,313				
Mesleki İtibar ve Saygınlık	Mesleki5	0,746	0,435	Yarıya bölme yapılamaz			
	Mesleki6		0,450				
	Mesleki7		0,443				
Toplam Cronbach Alfa: 0,724							
Temel Bireysel Gereksinimler	Bireysel1	0,855	0,595	0,765	0,762	0,821	0,820
	Bireysel2		0,473				
	Bireysel3		0,581				
	Bireysel4		0,748				
	Bireysel5		0,528				
	Bireysel6		0,629				
	Bireysel7		0,634				
	Bireysel8		0,594				
Mesleki Gelir	Bireysel9	0,851	0,667	0,748	0,840	0,820	0,791
	Bireysel10		0,530				
	Bireysel11		0,682				
	Bireysel12		0,738				
	Bireysel13		0,697				
Toplam Cronbach Alfa: 0,874							
Örgütsel Destek	Örgütsel1	0,785	0,538	0,667	0,669	0,770	0,765
	Örgütsel2		0,384				
	Örgütsel3		0,586				
	Örgütsel4		0,509				
Kaynak Yeterliliği	Örgütsel5	0,809	0,445	0,604	0,788	0,789	0,787
	Örgütsel6		0,517				
	Örgütsel7		0,535				
	Örgütsel8		0,492				
Fiziki Koşullar ve Güvenlik	Örgütsel9	0,806	0,429	0,736	0,778	0,724	0,700
	Örgütsel10		0,515				
	Örgütsel11		0,589				
	Örgütsel12		0,576				
	Örgütsel13		0,532				
İş Yüklü Dengesi	Örgütsel14	0,923	0,652	0,873	0,852	0,918	0,893
	Örgütsel15		0,663				
	Örgütsel16		0,571				
	Örgütsel17		0,619				
	Örgütsel18		0,688				
Toplam Cronbach Alfa: 0,899							

*MTPK: Madde Toplam Puan Korelasyonu

4.2.9. Test-Tekrar Test Analizi

Ölçeğin zamana göre değişmezliğini test etmek amacı ile test-tekrar test analizi yapılmıştır. Ölçeğin analizler sonrasındaki 38 maddelik formu 32 katılımcıya yaklaşık iki hafta ara ile iki kez uygulanmış ve ilk test-son test puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 4.24'te sunulmuştur. Buna göre ilk test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) ve ortalamalar arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,01$; $r>0,50$) sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.24 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Test-Tekrar Test Sonuçları (n:32)

	Faktör		$\bar{X}$	SS±	t	p*	r	p**
Mesleki Yoksunluk	Mesleki Yeterlilik	Test	2,65	0,78				
		Tekrar Test	2,71	0,67	-0,737	0,466	0,795	0,000
	Mesleki İtibar ve Saygınlık	Test	3,76	0,93				
		Tekrar Test	3,82	0,70	-0,461	0,648	0,585	0,000
Bireysel Yoksunluk	Temel Bireysel Gereksinimler	Test	3,30	0,70				
		Tekrar Test	3,18	0,58	1,490	0,146	0,761	0,000
	Mesleki Gelir	Test	3,88	0,71				
		Tekrar Test	3,84	0,70	0,397	0,694	0,717	0,000
Örgütsel Yoksunluk	Örgütsel Destek	Test	3,12	0,80				
		Tekrar Test	3,28	0,70	-1,236	0,226	0,556	0,001
	Kaynak Yeterliliği	Test	3,13	0,81				
		Tekrar Test	3,25	0,76	-1,119	0,272	0,683	0,000
	Fiziki Koşullar ve Güvenlik	Test	3,70	0,73				
		Tekrar Test	3,63	0,70	0,625	0,537	0,558	0,001
	İş Yükü Dengesi	Test	3,88	0,74				
		Tekrar Test	3,81	0,91	0,557	0,581	0,666	0,000

$\bar{X}$:Ortalama, SS:Standart Sapma, t:Bağımlı gruplarda t testi, *:test tekrar test anlamlılık düzeyi $p>0,05$,

**::korelasyon anlamlılık düzeyi $p<0,01$, r:ortalamalar arası korelasyon katsayısı

4.2.10. HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamaları

Çalışmada hemşirelerin HÇBYÖ'nün her bir alt ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.25'te verilmiştir. Puan ortalamalarının skewness ve kurtosis değerlerinin -1,5 ve +1,5 aralığında (Tabachnick & Fidell, 2020) olduğu ve normal dağıldığı görülmektedir. Mesleki yoksunluk alt ölçeği için mesleki yeterlilik alt boyut puan ortalaması $\bar{X}\pm SS=2,54\pm 0,71$; mesleki itibar ve saygınlık alt boyut puan ortalaması $\bar{X}\pm SS=3,61\pm 0,92$ olarak; bireysel

yoksunluk alt ölçeği için temel bireysel gereksinimler alt boyut puan ortalaması $\bar{X} \pm SS = 3,27 \pm 0,79$, mesleki gelir alt boyut puan ortalaması $\bar{X} \pm SS = 3,78 \pm 0,83$ olarak; örgütsel yoksunluk alt ölçeği için ise örgütsel destek alt boyut puan ortalaması $\bar{X} \pm SS = 3,11 \pm 0,85$, kaynak yeterliliği alt boyut puan ortalaması $\bar{X} \pm SS = 3,29 \pm 0,82$; fiziki koşullar ve güvenlik alt boyut puan ortalaması $\bar{X} \pm SS = 3,77 \pm 0,73$ ve iş yükü alt boyut puan ortalaması $\bar{X} \pm SS = 3,94 \pm 0,89$ olarak tespit edilmiştir. Toplam puan ortalamalarına bakıldığında mesleki yoksunluk alt ölçeği puan ortalaması $\bar{X} \pm SS = 3,00 \pm 0,63$, bireysel yoksunluk alt ölçeği puan ortalaması $\bar{X} \pm SS = 3,47 \pm 0,69$ ve örgütsel yoksunluk alt ölçeği puan ortalaması $\bar{X} \pm SS = 3,56 \pm 0,62$ olarak saptanmıştır.

Tablo 4.25 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamaları

	Faktör	$\bar{X}$	SS±	Min	Max	Skewness	Kurtosis
Mesleki Yoksunluk	Mesleki Yeterlilik	2,54	0,71	1,00	4,50	0,361	0,173
	Mesleki İtibar ve Saygınlık	3,61	0,92	1,00	5,00	-0,569	0,045
	Mesleki Yoksunluk Toplam	3,00	0,63	1,00	4,57	-0,038	0,591
Bireysel Yoksunluk	Temel Bireysel Gereksinimler	3,27	0,79	1,13	5,00	-0,106	-0,267
	Mesleki Gelir	3,78	0,83	1,40	5,00	-0,421	-0,274
	Bireysel Yoksunluk Toplam	3,47	0,69	1,23	5,00	-0,203	-0,022
Örgütsel Yoksunluk	Örgütsel Destek	3,11	0,85	1,00	5,00	-0,152	-0,231
	Kaynak Yeterliliği	3,29	0,82	1,00	5,00	-0,100	-0,627
	Fiziki Koşullar ve Güvenlik	3,77	0,73	1,40	5,00	-0,580	0,362
	İş Yüğü Dengesi	3,94	0,89	1,00	5,00	-0,782	0,154
	Örgütsel Yoksunluk Toplam	3,56	0,62	1,44	5,00	-0,487	0,305

4.2.11. HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamaları Arası Korelasyon Değerleri

Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmasında at boyutlar arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler bulunmuş olup Tablo 4.26'da gösterilmiştir. Karaman'a göre (2023) korelasyon katsayısı $<0,30$ ise düşük korelasyon, $0,30-0,50$ ise zayıf korelasyon, $0,50-0,70$ ise orta-iyi korelasyon,

0,70-0,90 ise yüksek korelasyon ve $>0,90$ ise çok yüksek korelasyon olarak ifade edilmektedir. Buna göre **mesleki yeterlilik** ile mesleki itibar ve saygınlık ($r=0,242$, $p=0,000$), temel bireysel gereksinimler ($r=0,289$, $p=0,000$), kaynak yeterliliği ($r=0,198$, $p=0,003$) ve iş yükü dengesi ($r=0,222$, $p=0,001$) arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. **Mesleki itibar ve saygınlık** ile temel bireysel gereksinimler ($r=0,461$, $p=0,000$), mesleki gelir ($r=0,424$, $p=0,000$), örgütsel destek ($r=0,425$, $p=0,000$), fiziki koşullar ve güvenlik ($r=0,383$, $p=0,000$) ve iş yükü dengesi ($r=0,461$, $p=0,000$) arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Mesleki itibar ve saygınlık ile kaynak yeterliliği arasında ise ($r=0,180$, $p=0,007$) pozitif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. **Temel bireysel gereksinimler** ile örgütsel destek ($r=0,524$, $p=0,000$) ve iş yükü dengesi arasında ($r=0,591$, $p=0,000$) pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yine temel bireysel gereksinimler ile mesleki gelir ($r=0,446$, $p=0,000$), kaynak yeterliliği ($r=0,390$, $p=0,000$) ve fiziki koşullar ve güvenlik arasında ($r=0,494$, $p=0,000$) pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. **Mesleki gelir** ile örgütsel destek ($r=0,350$, $p=0,000$), kaynak yeterliliği ($r=0,304$, $p=0,000$), fiziki koşullar ve güvenlik ($r=0,387$, $p=0,000$) ve iş yükü dengesi arasında ($r=0,404$, $p=0,000$) pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. **Örgütsel destek** ile kaynak yeterliliği ($r=0,422$, $p=0,000$), fiziki koşullar ve güvenlik ($r=0,431$, $p=0,000$) ve iş yükü dengesi arasında ($r=0,426$, $p=0,000$) pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. **Kaynak yeterliliği** ile fiziki koşullar ve güvenlik ($r=0,454$, $p=0,000$) ve iş yükü dengesi arasında ($r=0,350$, $p=0,000$) ve **fiziki koşullar ve güvenlik** ile **iş yükü dengesi** arasında ($r=0,485$, $p=0,000$) pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4.26 HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamaları Arası Korelasyon Değerleri

Alt boyutlar	MY	MİS	TBG	MG	ÖD	KY	FKG	İYD	r/p
MY	1	0,242 0,000	0,289 0,000	0,094 0,157	0,102 0,126	0,198 0,003	0,071 0,286	0,222 0,001	r p
MİS		1	0,461 0,000	0,424 0,000	0,425 0,000	0,180 0,007	0,383 0,000	0,461 0,000	r p
TBG			1	0,446 0,000	0,524 0,000	0,390 0,000	0,494 0,000	0,591 0,000	r p
MG				1	0,350 0,000	0,304 0,000	0,387 0,000	0,404 0,000	r p
ÖD					1	0,422 0,000	0,431 0,000	0,426 0,000	r p
KY						1	0,454 0,000	0,350 0,000	r p
FKG							1	0,485 0,000	r p
İYD								1	r p

MY: Mesleki yeterlilik, MİS: Mesleki itibar ve saygınlık; TBG: Temel bireysel gereksinimler; MG: Mesleki gelir; ÖD: Örgütsel destek, KY: Kaynak yeterliliği, FKG: Fiziki koşullar ve güvenlik, İYD: İş yükü dengesi, r: ortalamalar arası korelasyon katsayısı, p: korelasyon anlamlılık düzeyi $p<0,05$

Çalışmada gerçekleştirilen tüm bu geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda ortaya çıkan HÇBYÖ'nün son hali ve kullanım yönergesi EK-15'te sunulmuştur.

4.3 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile HÇBYÖ'nün her bir alt ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.27'de verilmiştir. $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde yapılan istatistiksel analizler sonucunda kadınların fiziki koşullar ve güvenlik konusunda erkeklere göre daha fazla yoksunluk yaşadıkları görülmüştür ($p=0,047$). Yaşa göre bakıldığında 35 yaş ve altı hemşireler 35 yaş ve üzeri hemşirelere göre mesleki yeterlilik ($p=0,001$) ve iş yükü dengesi ($p=0,022$) konusunda daha fazla yoksunluk yaşamaktadırlar. Medeni durum ile puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çocuk sahibi olmayanların olanlara göre mesleki yeterlilik konusunda ($p=0,001$), lisans mezunu hemşirelerin ise lise ve ön lisans mezunlarına

göre mesleki itibar ve saygınlık ($p=0,014$), mesleki gelir ($p=0,028$), kaynak yeterliliği ($p=0,007$) ve fiziki koşullar ve güvenlik ($p=0,034$) açısından daha çok yoksunluk yaşadıkları görülmüştür. Bununla birlikte lisansüstü mezunu hemşirelerin lise ve ön lisans mezunu hemşirelere göre fiziki koşullar ve güvenlik ($p=0,034$) açısından daha çok yoksunluk yaşadıkları görülmektedir. Çalışılan kurum türüne göre bakıldığında eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin devlet hastanelerinde çalışan hemşirelere göre mesleki itibar ve saygınlık ($p=0,002$) ve örgütsel destek ($p=0,021$) konusunda ve özel hastanede çalışan hemşirelere göre de mesleki itibar ve saygınlık ($p=0,002$), örgütsel destek ($p=0,021$) ve kaynak yeterliliği ($p=0,025$) konusunda daha fazla yoksunluk yaşadıkları görülmektedir. Aynı zamanda devlet hastanesinde çalışan hemşireler özel hastanede çalışan hemşirelere göre kaynak yeterliliği konusunda daha fazla yoksunluk yaşamaktadırlar ($p=0,025$). Çalışma yılı açısından bakıldığında meslekte 1-10 yıl, kurumda 1-5 yıl ve birimde 1-3 yıldır çalışan hemşirelerin bu yıllardan daha fazla çalışan hemşirelere göre mesleki yeterlilik konusunda ($p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,001$) ve iş yükü dengesi konusunda ($p=0,015$, $p=0,002$, $p=0,004$) daha fazla yoksunluk yaşadıkları görülmüştür. Bununla birlikte kurumda 1-5 yıl ve ilgili birimde 1-3 yıl çalışan hemşireler daha fazla süredir çalışan hemşirelere göre kaynak yeterliliği konusunda ($p=0,007$, $p=0,011$) daha çok yoksunluk yaşamaktadırlar. Kurumdaki pozisyon açısından servis hemşiresi, yoğun bakım hemşiresi ve diğer pozisyonlarda çalışan hemşirelerin yönetici hemşirelere göre temel bireysel gereksinimler ($p=0,000$) ve örgütsel destek ($p=0,009$) konusunda daha çok yoksunluk yaşadıkları görülmüştür. İş yükü dengesi konusunda servis hemşireleri; yoğun bakım hemşireleri ve yönetici hemşirelere göre ($p=0,000$) ve yoğun bakım hemşireleri, yönetici hemşirelere göre ($p=0,000$) daha fazla yoksunluk yaşamaktadır. Çalışma şekli açısından bakıldığında sürekli gece çalışan ile gece ve gündüz çalışan hemşirelerin sürekli gündüz çalışan hemşirelere göre temel bireysel gereksinimler ($p=0,000$), kaynak yeterliliği ($p=0,001$) ve fiziki koşullar ve güvenlik konusunda ($p=0,012$) daha fazla yoksunluk yaşadıkları görülmektedir. Aynı zamanda gece ve gündüz çalışan hemşireler sürekli gündüz çalışan hemşirelere göre iş yükü konusunda daha fazla yoksunluk yaşamaktadırlar ($p=0,005$). Aylık ortalama ek mesai açısından bakıldığında aylık 33 saat ve fazla mesai yapan hemşireler, hiç yapmayanlara göre mesleki yeterlilik ($p=0,012$), temel bireysel gereksinimler ($p=0,002$), kaynak yeterliliği ($p=0,008$) ve iş

yükü dengesi konusunda ($p=0,003$), 1-32 saat fazla mesai yapan hemşirelere göre ise mesleki yeterlilik ($p=0,012$), mesleki itibar ve saygınlık ($p=0,008$), temel bireysel gereksinimler ($p=0,002$) ve iş yükü dengesi konusunda ($p=0,003$) daha fazla yoksunluk yaşamaktadırlar. Aynı zamanda 1-32 saat fazla mesai yapan hemşireler hiç yapmayan hemşirelere göre kaynak yeterliliği ($p=0,008$) konusunda daha fazla yoksunluk yaşamaktadırlar. Hemşire olarak aylık alınan toplam gelire bakıldığında 51.000 TL ve üzeri geliri olan hemşirelerin 10.000-50.000 TL arası geliri olan hemşirelere göre mesleki itibar ve saygınlık ($p=0,021$) ve fiziki koşullar ve güvenlik açısından ($p=0,019$) daha fazla yoksunluk yaşadıkları görülmüştür. Aylık haneye giren toplam gelire bakıldığında ise 81.000-110.000 TL geliri olan hemşirelerin 20.000-80.000 TL geliri olan hemşirelere göre mesleki itibar ve saygınlık ($p=0,043$) açısından daha fazla yoksunluk yaşadıkları görülmüştür.

Tablo 4.27 Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre HÇBYÖ'nün Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Alt Boyutlar	MY X̄ ±SS	MİS X̄ ±SS	TBG X̄ ±SS	MG X̄ ±SS	ÖD M±SD	KY X̄ ±SS	FKG X̄ ±SS	İYD X̄ ±SS
Cinsiyet									
Kadın (n:187)		2,51±0,71	3,59±0,92	3,31±0,76	3,79±0,84	3,13±0,82	3,30±0,81	3,82±0,68	3,98±0,88
Erkek (n:41)		2,65±0,73	3,69±0,94	3,10±0,89	3,75±0,84	3,03±1,00	3,23±0,84	3,57±0,90	3,75±0,91
Test		t=-1,106	t=-0,599	t=1,537	t=0,244	t=0,715	t=0,481	t=2,002	t=1,531
p değeri		p=0,270	p=0,550	p=0,126	p=0,808	p=0,475	p=0,631	p=0,047***	p=0,127
Yaş									
35 yaş ve altı (n:141)		2,66±0,71	3,68±0,91	3,35±0,76	3,72±0,86	3,10±0,86	3,33±0,83	3,80±0,72	4,04±0,86
35 yaş üzeri (n:87)		2,33±0,66	3,49±0,93	3,15±0,83	3,88±0,79	3,13±0,85	3,22±0,81	3,73±0,74	3,77±0,91
Test		t=3,418	t=1,522	t=1,812	t=-1,480	t=-0,284	t=0,922	t=0,659	t=2,301
p değeri		p=0,001***	p=0,129	p=0,071	P=0,140	p=0,776	p=0,358	p=0,510	p=0,022***
Medeni durum									
Evli (n:162)		2,49±0,67	3,64±0,84	3,25±0,75	3,85±0,81	3,13±0,79	3,28±0,83	3,75±0,70	3,92±0,89
Bekar (n:66)		2,65±0,79	3,52±1,09	3,32±0,87	3,62±0,88	3,08±0,99	3,32±0,79	3,83±0,78	3,97±0,89
Test		t=-1,550	t=0,910	t=-0,620	t=1,856	t=0,381	t=-0,329	t=-0,711	t=-0,377
p değeri		p=0,122	p=0,364	p=0,536	p=0,065	p=0,703	p=0,743	p=0,478	p=0,707
Çocuk sahibi olma									
Yok (n:97)		2,72±0,81	3,62±0,96	3,33±0,79	3,69±0,89	3,10±0,92	3,41±0,85	3,86±0,75	4,02±0,87
Var (n:131)		2,40±0,60	3,60±0,89	3,23±0,79	3,84±0,79	3,12±0,80	3,20±0,79	3,70±0,70	3,88±0,90
Test		t=3,413	t=0,180	t=0,990	t=-1,334	t=-0,137	t=1,882	t=1,599	t=1,149
p değeri		p=0,001***	p=0,857	p=0,323	p=0,183	p=0,891	p=0,061	p=0,111	p=0,252
Eğitim durumu (hemşirelik alanında)									
Lise ve Ön lisans Mezunu (n:47) ^a									
Lisans Mezunu (n:160) ^b		2,38±0,62	3,36±0,85	3,16±0,77	3,56±0,80	2,97±0,76	3,04±0,75	3,53±0,76	3,78±0,92
Lisansüstü Mezunu (n:21) ^c		2,62±0,71	3,71±0,90	3,35±0,77	3,87±0,84	3,18±0,87	3,40±0,81	3,81±0,70	4,03±0,84
Test		2,28±0,82	3,36±1,11	2,94±0,86	3,58±0,80	2,94±0,85	3,01±0,82	3,91±0,73	3,60±1,05
p değeri		X ² =5,724 p=0,057	X ² =8,513 p=0,014*** b>a	X ² =5,238 p=0,073	X ² =7,147 p=0,028*** b>a	X ² =3,343 0,188	X ² =9,788 p=0,007*** b>a	X ² =6,734 p=0,034*** b>a c>a	X ² =3,998 p=0,135

Tablo 4.27 Devamı

Çalışılan kurum türü								
Devlet Hastanesi (n:70) ^a	2,48±0,78	3,45±0,95	3,28±0,85	3,85±0,79	3,01±0,80	3,46±0,81	3,86±0,73	3,89±0,94
Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n:99) ^b	2,52±0,65	3,85±0,84	3,33±0,79	3,85±0,84	3,30±0,83	3,26±0,80	3,77±0,73	4,08±0,83
Üniversite Hastanesi (n:39) ^c	2,63±0,68	3,53±0,93	3,16±0,72	3,52±0,89	3,00±0,99	3,25±0,85	3,80±0,70	3,80±0,91
Özel Hastane (n:20) ^d	2,63±0,81	3,11±0,87	3,21±0,70	3,72±0,82	2,78±0,72	2,90±0,77	3,43±0,72	3,72±0,87
Test	X ² =1,008	X ² =15,095	X ² =2,355	X ² =5,169	X ² =9,723	X ² =9,369	X ² =7,146	X ² =5,427
p değeri	p=0,799	p=0,002*** b>a b>d	p=0,502	p=0,160	p=0,021*** b>a b>d	p=0,025*** a>d b>d	p=0,067	p=0,143
Meslekte çalışma yılı								
1-10 yıl (n:120)	2,71±0,71	3,72±0,89	3,33±0,74	3,71±0,86	3,10±0,89	3,34±0,82	3,79±0,73	4,08±0,83
11 yıl ve üzeri (n:108)	2,34±0,66	3,49±0,94	3,21±0,84	3,86±0,80	3,12±0,81	3,23±0,81	3,76±0,72	3,79±0,93
Test	t=4,048	t=1,898	t=1,228	t=-1,394	t=-0,205	t=0,965	t=0,297	t=2,456
p değeri	p=0,000***	p=0,059	p=0,221	p=0,165	p=0,838	p=0,336	p=0,766	p=0,015***
Kurumda çalışma yılı								
1-5 yıl (n:141)	2,67±0,73	3,62±0,95	3,40±0,77	3,81±0,87	3,17±0,89	3,40±0,82	3,83±0,72	4,08±0,85
6 yıl ve üzeri (n:87)	2,32±0,63	3,58±0,88	3,07±0,79	3,73±0,78	3,03±0,79	3,10±0,78	3,67±0,74	3,71±0,90
Test	t=3,624	t=0,338	t=3,108	t=0,763	t=1,187	t=2,742	t=1,636	t=3,101
p değeri	p=0,000***	p=0,736	p=0,002	p=0,447	p=0,237	p=0,007***	p=0,103	p=0,002***
Birimde çalışma yılı								
1-3 yıl (n:137)	2,66±0,73	3,64±0,90	3,37±0,74	3,78±0,86	3,13±0,88	3,40±0,85	3,81±0,72	4,08±0,81
4 yıl ve üzeri (n:91)	2,35±0,64	3,56±0,95	3,13±0,84	3,77±0,81	3,09±0,81	3,12±0,74	3,71±0,73	3,73±0,95
Test	t=3,270	t=0,693	t=2,189	t=0,103	t=0,303	t=2,578	t=1,045	t=2,911
p değeri	p=0,001***	p=0,489	p=0,030***	p=0,918	p=0,762	p=0,011***	p=0,297	p=0,004***
Kurumdaki Pozisyon								
Servis Hemşiresi (n:119) ^a	2,54±0,71	3,58±0,98	3,34±0,82	3,76±0,90	3,17±0,83	3,42±0,78	3,79±0,72	4,14±0,82
Yoğun Bakım Hemşiresi (n:65) ^b	2,64±0,70	3,70±0,81	3,37±0,69	3,82±0,80	3,18±0,87	3,20±0,83	3,84±0,70	3,87±0,84
*Yönetici hemşire (n:24) ^c	2,18±0,66	3,37±0,98	2,67±0,68	3,63±0,49	2,59±0,78	3,09±0,95	3,57±0,75	3,26±0,95
**Diğer (n:20) ^d	2,60±0,72	3,75±0,78	3,28±0,74	3,95±0,89	3,18±0,87	3,06±0,75	3,72±0,82	3,81±0,97
Test	X ² =6,393	X ² =1,811	X ² =17,880	X ² =2,731	X ² =11,474	X ² =7,177	X ² =1,804	X ² =18,325
p değeri	p=0,094	p=0,613	p=0,000*** a>c b>c d>c	p=0,435	p=0,009*** a>c b>c d>c	p=0,066	p=0,614	p=0,000*** a>b a>c b>c

Tablo 4.27 Devamı

Çalışma şekli								
Sürekli gece (nöbet) (n:22) ^a	2,59±0,72	3,54±0,80	3,49±0,77	3,96±0,88	3,29±1,12	3,35±0,58	4,07±0,55	3,91±0,82
Sürekli gündüz (mesai) (n:44) ^b	2,43±0,59	3,50±0,98	2,83±0,78	3,75±0,69	2,93±0,83	2,89±0,80	3,50±0,72	3,44±1,10
Gece ve gündüz (nöbet+mesai dönüşümlü) (n:162) ^c	2,56±0,74	3,64±0,92	3,36±0,75	3,76±0,87	3,14±0,82	3,39±0,82	3,80±0,73	4,08±0,78
Test	X ² =1,195	X ² =0,926	X ² =16,835	X ² =1,706	X ² =4,269	X ² =13,219	X ² =8,823	X ² =10,799
p değeri	p=0,550	p=0,629	p=0,000*** a>b c>b	p=0,426	p=0,118	p=0,001*** a>b c>b	p=0,012*** a>b c>b	p=0,005*** c>b
Aylık ortalama ek mesai saati								
0 saat (n:24) ^a	2,38±0,62	3,68±0,91	2,95±0,82	3,81±0,72	3,12±0,79	2,83±0,74	3,67±0,67	3,65±0,95
1-32 saat (n:93) ^b	2,41±0,68	3,40±0,92	3,13±0,75	3,74±0,79	3,13±0,84	3,28±0,79	3,69±0,77	3,77±0,88
33 saat ve üzeri (n:111) ^c	2,68±0,73	3,77±0,89	3,47±0,77	3,80±0,90	3,09±0,88	3,40±0,83	3,87±0,70	4,14±0,84
Test	X ² =8,841	X ² =9,678	X ² =12,176	X ² =0,505	X ² =0,290	X ² =9,640	X ² =3,437	X ² =11,449
P değeri	p=0,012*** c>a c>b	p=0,008*** c>b	p=0,002*** c>a c>b	P=0,777	P=0,865	p=0,008*** b>a c>a	p=0,179	p=0,003*** c>a c>b
Hemşire olarak aylık toplam gelir (maaş+nöbet+ek ödeme vb.)								
10.000-50.000 TL (n:25)	2,61±0,77	3,26±0,89	3,30±0,61	3,73±0,76	3,07±0,75	3,06±0,77	3,48±0,66	3,84±0,84
51.000 TL ve üzeri (n:203)	2,53±0,70	3,65±0,92	3,27±0,81	3,79±0,85	3,12±0,87	3,32±0,82	3,81±0,73	3,95±0,89
Test	Z=-0,011	Z=-2,303	Z=-0,031	Z=-0,458	Z=-0,128	Z=-1,628	Z=-2,343	Z=-0,848
p değeri	p=0,991	p=0,021***	p=0,976	p=0,647	p=0,899	p=0,104	p=0,019***	p=0,396
Haneye giren aylık toplam gelir								
20.000-80.000 TL (n:87) ^a	2,53±0,71	3,41±1,12	3,23±0,89	3,71±0,90	3,03±0,93	3,18±0,82	3,70±0,77	3,92±0,93
81.000-110.000 TL (n:75) ^b	2,61±0,66	3,79±0,79	3,42±0,70	3,77±0,81	3,29±0,74	3,37±0,79	3,78±0,68	4,04±0,75
111.000 TL ve üzeri (n:66) ^c	2,46±0,77	3,67±0,69	3,16±0,73	3,89±0,78	3,01±0,85	3,35±0,85	3,86±0,72	3,84±0,98
Test	F=0,784	F=3,224	F=2,054	F=0,869	F=2,847	F=1,331	F=0,938	F=0,989
p değeri	p=0,458	p=0,043*** b>a	p=0,131	p=0,421	p=0,061	p=0,266	p=0,393	p=0,375

MY: Mesleki yeterlilik, MİS: Mesleki itibar ve saygınlık; TBG: Temel bireysel gereksinimler, MG: Mesleki gelir; ÖD: Örgütsel destek, KY: Kaynak yeterliliği, FKG: Fiziki koşullar ve güvenlik, İYD: İş yükü dengesi; Z: Mann Whitney U, t: Student t Testi, F: One Way Anova, X²: Kruskal Wallis, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, *Sorumlu hemşire, süpervizör, üst düzey yönetici (sağlık bakım hizmetleri müdürü, hemşirelik hizmetleri müdürü veya yardımcısı) **Acil servis, ameliyathane, poliklinik vb., ***p < 0,05

5. TARTIŞMA

Hemşirelerin yaşadıkları sorunlar yıllardır çeşitli çalışmalarda ele alınsa da bu sorunların hangi eksikliklerden kaynaklandığı ve yoksunluk oluşturup oluşturmadığı bilinmemektedir. Bu nedenle bu çalışmada hemşirelerin yaşadıkları yoksunluk düzeylerini belirlemek amacıyla “Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği” geliştirilerek psikometrik özellikleri incelenmiş ve sonrasında uygulaması yapılmıştır. Hemşirelerde yoksunluğun mesleki, bireysel ve örgütsel olarak çok boyutlu bir durum olması, ölçeğin üç ayrı bölümde ele alınmasını gerekli kılmıştır. Bu doğrultuda geliştirilen ölçek üç alt ölçek olarak geliştirilmiş ve her bir alt ölçek için geçerlik ve güvenirlik analizleri ayrı ayrı gerçekleştirilmiştir. Böylece araştırmacıların, ihtiyaç duydukları çalışma bağlamına uygun biçimde ölçeğin yalnızca bir alt ölçeğini ya da tamamını kullanabilmelerine olanak tanınmıştır. Elde edilen bulgular ölçek geliştirme süreci doğrultusunda her bir alt ölçekle ilgili ayrı ayrı tartışılmıştır.

5.1. Ölçek Taslağının Oluşturulmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Ölçek geliştirme çalışmalarında, geliştirilen ölçeğin ölçülmek istenen olguyla ilişkili önemli kuramlara dayandırılmasının önemine vurgu yapılmaktadır (DeVellis, 2022). Bu çalışmada da mevcut ölçeğin geliştirilme ihtiyacı “**Görelî Yoksunluk Teorisi**” kapsamında doğmuştur. Sosyal karşılaştırma yöneliminden doğan görelî yoksunluk teorisi insanların dezavantajlı durumlarını sorgulamalarına ve bundan hoşnutsuz olmalarını açıklayan bir teoridir. Alanyazında bu konuda “Görelî Yoksunluk Ölçeği” (Günay, 2022) bulunsa da hemşirelerin yaşadıkları yoksunluk deneyimlerini belirlemeye yönelik bir ölçme aracına rastlanılmaması bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde yol gösterici olmuştur.

Çalışmada ölçek geliştirme adımları doğrultusunda ilk olarak bir madde havuzu oluşturulmuştur. Alanyazında madde havuzunun oluşturulmasında daha önce yapılan çalışmalardan yararlanılabileceği gibi araştırmacıların gözlem ve deneyimlerinden de yararlanılabileceği ifade edilmektedir (DeVellis, 2022; Seçer, 2021). Bu doğrultuda mevcut çalışmada da alanyazına uygun olarak hem daha önce araştırmacılar tarafından yürütülen nitel bir ön çalışmanın verilerinden hem de araştırmacıların gözlem ve deneyimlerinden yararlanılarak madde havuzu oluşturulmuştur.

Madde havuzu oluşturulurken hem olumlu hem de olumsuz maddelerin yazılması önerilmektedir. Bunun amacının da aynı ölçek içerisinde genellikle olumluya cevap verme, doğrulama ya da kabul etme yanlılığından kaçınmaktır (DeVellis, 2022). Bu çalışmada da hem olumlu hem de olumsuz ifadeler yer verilmiş olup olumlu ifadeler analizlere başlamadan önce ters çevrilerek analizler gerçekleştirilmiştir. Bu sayede katılımcıların tekdüze cevap vermeleri engellenmeye çalışılmıştır.

İkinci adımda oluşturulan madde havuzu, alanyazında da (Yeşilyurt & Çapraz, 2018; Yurdugül, 2005) belirtildiği gibi ölçülmesi amaçlanan özelliği kapsayıcılığı (kapsam geçerliği) açısından uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşü alınmasında özellikle ölçek geliştirme çalışmalarında en sık kullanılan tekniklerden biri Lawshe tekniği olup bu teknikte en az 5, en fazla 40 uzmandan görüş alınması gerektiği belirtilmektedir. Bununla birlikte uzman sayısına göre göz önüne alınması gereken kapsam geçerlik ölçütü değerleri bulunmaktadır (Ayre & Scally, 2014; Yeşilyurt & Çapraz, 2018; Yurdugül, 2005). Bu çalışmada görüş alınan 11 uzman için ölçüt değerin 0,636 olduğu görülmüştür. Uzman görüşleri sonrasında her bir madde için kapsam geçerlik oranı ve kalan madde havuzu için kapsam geçerlik indeksi elde edilir (Yurdugül, 2005). Kapsam geçerlik oranı, kapsam geçerlik ölçütünden küçük olan maddelerin madde havuzundan çıkarılması gerekmektedir. Bu çalışmada da her bir madde için hesaplanan kapsam geçerlik oranı, ölçüt değeri olan 0,636'nın altında kalan 25 madde taslak ölçekten çıkarılmış (Ayre & Scally, 2014) olup tüm alt ölçeklerin kapsam geçerlik indeksi ayrı ayrı hesaplanmıştır. KGİ'leri, KGÖ'den büyük olduğu görülen alt ölçeklerin kapsam geçerliklerinin sağlandığı belirlenmiştir (Lawshe, 1975).

Taslak ölçekte yer alan ifadelerin hedef gruba uygulanmadan önce mutlaka Türkçe yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun olarak yazılıp yazılmadığı konusunda Türkçe veya Türk Dil alan uzmanları tarafından kontrolden geçirilmesi önerilmektedir. (Seçer, 2021). Bu çalışmada da taslak ölçek 11 uzmanın görüşünden sonra bir Türk Dil Uzmanına da sunulmuş ve küçük değişiklikler doğrultusunda yenilenerek pilot uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

Pilot çalışmanın amacı, taslak ölçekte yer alan ifadelerin hedef örneklem grubu ile benzer özellikleri taşıyan ve evreni temsil eden küçük bir grupta ön bir testten

geçirilmesi ve hedef katılımcı grubunda yer alan kişiler tarafından ifadelerin anlaşılır olup olmadığının belirlenmesi ve varsa geribildirimlerinin alınmasıdır (Seçer, 2021). Pilot çalışmada ulaşılabilecek kişi sayısı hakkında değişik görüşler bulunmakla birlikte; hedef kitlenin yaklaşık %5'inin (Evcı & Aylar, 2017) veya 30-100 kişinin (Gökdemir ve Yılmaz, 2023) yeterli olduğu savunulmakta ve ulaşılabilecek bu örneklemin olabildiğince tesadüfi örnekleme yöntemleri ile belirlenmesine ve hedef kitleyi birçok yönü ile yaş, cinsiyet vb. temsil etmesine özen gösterilmesi gerektiği (Seçer, 2021) belirtilmektedir.

Bu çalışmada da alanyazına uygun şekilde (DeVellis, 2022; Seçer, 2021), uzman görüşü sonrasında oluşan taslak ölçek tesadüfi örneklem yolu ile ulaşılabilen ve 54 kişiden oluşan bir hemşire grubuna pilot olarak uygulanmıştır. Pilot uygulamada katılımcılardan herhangi bir geri bildirim, öneri vb. gelmediği görüldüğünden madde havuzunda değişiklik yapılmamış ve taslak ölçek asıl uygulama için hazır hale getirilmiştir.

5.2. HÇBYÖ'nün Geçerliğine Yönelik Bulguların Tartışılması

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesi olup özellikle yeni geliştirilen ölçeklerde mutlaka yapı geçerliğinin sınanması gerektiği vurgulanmaktadır (Karakoç & Dönmez, 2014). Yapı geçerliğini değerlendirme yöntemleri içinde de en sık kullanılan yöntem faktör analizidir.

Faktör analizi, bir ölçme aracının geliştirilme sürecinde ölçeğin örtük yapısını ortaya koymak veya geliştirilmiş olan bir ölçeğin uyarlanması ya da model uyumunun gözden geçirilmesi sürecinde sıklıkla kullanılan bir analiz tekniğidir. Faktör analizi, birbiri ile ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek, kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişken (faktörler, boyutlar) bulmayı ve keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli istatistiksel bir yöntemdir (Büyüköztürk, 2024; Seçer, 2021; Tabachnick & Fidell, 2020). Ölçme aracı geliştirme ve uyarlama sürecinde AFA ve DFA olmak üzere genellikle iki faktör analizi yaklaşımı bulunmaktadır. Açıklayıcı faktör analizi genel olarak ölçme aracının örtük yapısının belirlenmesi için kullanılırken, doğrulayıcı faktör analizi bu örtük yapının doğrulanması amacıyla kullanılmaktadır (Seçer, 2021). Bu iki analizin de farklı örneklemlerden elde edilen

veri setlerinde yapılması önerilmektedir (Hair vd., 2018; Morgado vd., 2018). Bununla birlikte Comrey ve Lee (1992) ölçek geliştirmede örneklem büyüklüğü için “100 = zayıf”, “200 = orta”, “300 = iyi”, “500 = çok iyi”, “ ≥ 1.000 = mükemmel” olacak şekilde dereceli bir oran önermektedir (Erkuş, 2016). Bir diğer yöntem ise örneklem sayısının, taslak ölçekteki madde sayısının en az 5 en fazla ise 10 katı olması gerektiği yönündedir (Çapık vd., 2018; Tavşancıl, 2014).

Bu bilgiler doğrultusunda taslak ölçeğin faktör yapısının açığa çıkarılması için ilk aşama olan AFA aşamasında örneklem çeşitliliğini de sağlayacak şekilde özel, üniversite, devlet, eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan 468 hemşireden veri alınmıştır. Bu aşamaya katılan hemşire sayısı toplam madde sayısının (63 madde) 7.4 katı olup (n:468) çok iyi bir sayı olarak değerlendirilebilir. Araştırmanın ikinci aşaması olan ve faktör yapısı ortaya konulan taslak ölçeğin faktör yapısının doğrulanması için yapılan DFA için ayrı bir örneklem grubundan veri alınmış ve analizler bu örneklem grubu üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada faktör analizi yapılmadan önce verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı değerlendirilmiştir. Değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick & Fidell, 2020) +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle verilerin normal dağılıma uygunlukları Skewness ve Kurtosis değerlerine bakılarak değerlendirilmiş olup verilerin normal dağılıma uygun oldukları belirlenmiştir. Bu aşamadan sonra ilk olarak taslak ölçekte yer alan maddelerin madde toplam puan korelasyon değerleri incelenmiştir.

Madde toplam puan güvenirliği ölçekteki her bir maddenin ölçülen yapı ve ölçeğin toplam puanı ile ne düzeyde ilişkili olduğunu inceleyen güvenirlik tekniğidir. Bir maddenin ölçeği temsil düzeyini belirlemek için genellikle düzeltilmiş madde toplam puan korelasyon (corrected item-total correlation reliability) analizleri kullanılır (DeVellis, 2022; Gökdemir & Yılmaz, 2023). Likert tipi ölçeklerde yer alan maddelerin, düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon değerlerinin 0,30 ile 0,70 arasında olması gerektiği belirtilmektedir (Gökdemir & Yılmaz, 2023). Bu çalışmada da yapılan analiz sonucunda korelasyon değeri 0,30’un altında kalan maddeler taslak ölçekten çıkarılmış ve faktör analizine dahil edilmemiştir.

Faktör analizi aşamasında ilk olarak örneklem sayısının yeterliliğinin belirlenmesine yönelik KMO değeri ve Barlett küresellik testleri yapılmıştır. KMO değeri 0 ile 1 arasında bir değer ortaya koymaktadır. KMO değerinin en az 0,60 olması gerektiği ve elde edilen değerlerin birine yaklaşmasının örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu gösterdiği belirtilmektedir (Pallant, 2001). Hutcheson ve Sofroniou (1999) KMO değeri 0,70-0,80=iyi düzey, 0,80-0,90=çok iyi düzey, >0,90=mükemmel örneklem büyüklüğü olarak tanımlamaktadır. Bu anlamda Seçer (2021) örneklem büyüklüğünün yeterliliğine ilişkin olarak yargıya varmak için KMO değerinin en az 0,70 hatta faktör analizine uygun veri seti için 0,80 ve üzeri değer alması gerektiğini belirtmektedir. Bu çalışmada bütün alt ölçeklerde KMO değerinin >0,70 olduğu görülmekte olup veri setinin faktör analizine uygun olduğu görülmüştür.

Ölçeğin faktör yapısını belirlemek için Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax döndürme teknikleri kullanılarak AFA yapılmıştır. Bu kapsamda yapılan ilk faktör analizinde özdeğer, varyans yüzdeleri ve yamaç grafikleri değerlendirilmiştir. Özdeğer, bir faktörü oluşturan maddelerin faktör yüklerinin kareler toplamıdır ve açıklanan varyans, faktör analizinde her bir faktörün açıkladığı varyans miktarını göstermekte olup ölçme aracındaki faktör sayısına karar verilirken özdeğerleri 1'den büyük olan faktörlerin açıkladıkları toplam varyans miktarı dikkate alınmalıdır (Gürbüz & Şahin, 2018). Ölçekteki yapı geçerliğinin sağlanabilmesi için açıklanan toplam varyans oranının sağlık bilimleri alanında %40-%60 arasında (Karagöz, 2016) olması veya açıklanan varyansın %40'ın üzerinde olması uygun kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2024). Aynı zamanda bir ölçekte yer alan faktör sayısı belirlenirken hem özdeğeri 1'in üzerinde hem de açıkladığı varyans değeri %5'in üzerinde olan boyutlar alt boyut olarak belirlenmelidir (Seçer, 2021). Bu çalışmada açıklanan toplam varyans oranı en az %50 ve faktörlerin açıkladığı varyans oranı en az %5 olarak kabul edilmiştir.

Sonraki aşama ortaya çıkan faktörlerin içerdiği maddelerin o faktöre ait faktör yüklerinin incelenmesini gerektirmektedir. İki faktör yükü arasında en az 0,10 fark olması gerektiği için 0,10'dan az fark olan maddeler binişik maddeler olarak adlandırılır ve ölçekten çıkarılması gerekir (Bütüner & Gür, 2007; Büyüköztürk, 2024; Yavuz, 2005). Aynı zamanda ölçek maddelerinin anlamlı bir bütün oluşturması amacıyla faktör sayısında sabitleme yapılmıştır. Alanyazında faktör yüklerinin; 0,70

ve üzerinde ise “mükemmel”, 0,63-0,70 arasında ise “çok iyi”, 0,55-0,62 arasında ise “iyi”, 0,45-0,54 arasında ise “normal” ve 0,32-0,44 arasında ise “kötü” olarak kabul edildiği belirtilmektedir (Dede & Yaman, 2008). Bu çalışmada da hem binişiklik gösteren maddeler hem de faktör yükü 0,45’in altında kalan 25 madde taslak ölçekten çıkarılarak 38 maddeden oluşan ölçeğin faktör yapısı belirlenmiştir.

Faktör yapısı belirlenen taslak ölçeğin faktör yapısının doğrulanması için ikinci bir örneklem grubundan veri toplanmıştır. AFA ve DFA’nın farklı örneklem ile yapılması (Hair vd., 2018; Morgado vd., 2018) ve DFA için yeni örneklem sayısının 150-250 arasında olması önerilmektedir (Gökdemir & Yılmaz, 2023). Bu çalışmada da DFA verilerinin farklı bir örneklem grubundan toplanmış olması ve 228 kişiyi içermesi bu alanyazınla uyumluluk göstermektedir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA); gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri nasıl ve ne kadar açıkladığını belirleyerek aralarındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlayan yapısal eşitlik modellemesinin bir türü olarak tanımlanmaktadır (Evcı & Aylar, 2017; Şimşek, 2007). Her bir alt ölçeğe ait maddeler açıklayıcı faktör analizinde çıkan faktörlere göre DFA modeline yerleştirilmiştir. Buradaki amaç açıklayıcı faktör analizi ile ortaya çıkan yapının doğrulanmasıdır. Yapılan analiz sonucunda uyum indeks değerleri incelenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde kullanılmakta olan uyum indeksleri; χ^2 , χ^2/sd , GFI, AGFI, RMSEA, RMR, SRMR, NFI, CFI olarak adlandırılmaktadır (Evcı & Aylar, 2017; Şimşek, 2007). Uyum indeksi değer aralıkları çeşitli kaynaklarda farklı sınırlarda belirtilmesine karşın bu çalışmada Tablo 3.3’te belirtilen değerler esas alınmıştır (Alpanık & Çetin, 2023; İlhan & Çetin, 2014). Bu nedenle kurulan modelin bu aralıkları sağlaması gerekmektedir. Uyum indeksi sağlanamayan bir modelde ise modifikasyonlara ihtiyaç bulunmaktadır. Analize uygun model test edildikten sonra doğrulayıcı faktör analizi bu modelin değiştirilmesini gerekli bulabilmektedir. Analiz sonrasındaki bu düzeltmeler modelin iyileştirilmesini sağlamaktadır (Evcı & Aylar, 2017; Schreiber vd., 2006). Modelin hata varyansları arasında önerdiği iyileştirmeler; mesleki yoksunluk alt ölçeği için (e3-e4) bir, bireysel yoksunluk (e9-e10; e6-e8) ve örgütsel yoksunluk (e12-e13; e14-e15) alt ölçeği için ise iki olup uygulandığında her bir alt ölçek için uyum indeksi değerlerinin mükemmel ve kabul edilebilir sınırlarda olduğu, aynı zamanda standardize faktör yüklerinin >0,30 olduğu görülmüştür (Alpanık & Çetin, 2023; Gökdemir & Yılmaz, 2023; İlhan &

Çetin, 2014; Seçer, 2021). Bu sonuçlar açıklayıcı faktör analizi ile oluşturulan yapının doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanmış olduğunu ve madde çıkarılmasına gerek olmadığını göstermiştir. Bu aşamadan sonra taslak ölçeğin birleşim ve ayrışım geçerliği test edilmiştir.

Birleşim geçerliğinin değerlendirilmesi için açıklanan ortalama varyans (AVE) değeri ve bileşik/kompozit güvenirlik değeri (CR) hesaplanmıştır. AVE, bir yapıya yüklenen öğeler için ortalama olarak hesaplanan ve yakınsamayı gösteren zet bir göstergedir. AVE, standart faktör yükleri karesi toplamının madde sayısına bölümü ile hesaplanır. $AVE > 0,50$ olması yeterli yakınsama seviyesi olarak kabul edilmekte ve geçerliğin sağlandığını göstermektedir. Bununla birlikte birleşim geçerliğinin sağlanabilmesi için $CR > 0,70$ olması gerekmektedir (Deniz & Kumru, 2022). $CR > AVE$ olması önerilirken, $AVE < 0,50$ olmasına karşın $CR > 0,60$ olursa yakınsak geçerliğin sağlandığını söylenebilir (Karaman, 2023).

Ayrışım geçerliği ise diğer yapıların ortaya koyamadığı olguları yansıtan benzersiz bir yapıyı tanımlamakta ve bir yapının diğer yapılardan gerçekten farklı olma durumunu göstermektedir. Alt boyutlar için hesaplanan AVE karekök değerinin, alt boyutlar arasındaki korelasyon değerlerinden büyük olması ayrışım geçerliğinin sağlandığını ifade etmektedir. (Deniz & Kumru, 2022). Bu çalışmada da elde edilen birleşim ve ayrışım geçerliği değerleri doğrultusunda HBY’nn her bir alt ölçeğinin birleşim ve ayrışım geçerliğinin sağladığı görülmüştür.

Taslak ölçeğin ayırt edicilik özelliğinin test edilmesinde ise madde ayırt edicilik analizi yapılmakta olup bu amaçla %27 alt ve st çeyreklik puan ortalamaları karşılaştırılmaktadır. Bu yöntemde tüm yanıtlayıcıların toplam puanlarından en başarılı %27’lik st ve en başarısız %27’lik alt grup belirlenerek, örneklem grubunun %54’lk kısmı kullanılır (Hasançebi vd., 2020). Gökdemir ve Yılmaz’a (2023) göre alt ve st gruptaki bireyler bağımsız örneklem t testi le karşılaştırılmalı ve arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmalıdır ($p < 0,05$). Bu durum ölçekteki maddelerin st ve alt gruptaki bireyleri ölçülen özellik açısından ayırt edebildiğini gösterir. Bu çalışmada da alanyazına uygun şekilde her bir madde st %27 ve alt %27 olmak üzere iki gruba ayrılmış ve yapılan madde ayırt edicilik analizinde alt ve st gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,01$). Bu sonuçlar maddelerin bireyleri ölçülen özellik açısından ayırt edebildiğini göstermektedir.

5.3. HÇBYÖ'nün Güvenirliğine Yönelik Bulguların Tartışılması

Güvenirlik, ölçülmek istenen değişkenin ne tutarlılıkta ölçüldüğünü, aynı yapı altında yer alan ifadelerin kendi içinde tutarlı olup olmadığını ve sonuçlardaki hatasızlık derecesini göstermekte olup ölçeklerin sahip olması gereken vazgeçilmez özelliklerden biridir (Arıkan, 2021; DeVellis, 2022). Güvenirliğin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan yöntemler ise Cronbach alfa güvenirlik katsayısı, yarıya bölme metodu ve test-tekrar test yöntemi (Aslan, 2018; Cronbach & Shavelson, 2004; Kartal & Bardakçı, 2018; Pekkan & Çalışkan, 2020) olup mevcut çalışmada da bu yöntemler kullanılmıştır.

Cronbach alfa katsayısı $0,00 < \alpha < 0,40$ olduğunda ölçek güvenilir değil, $0,40 < \alpha < 0,60$ olduğunda düşük güvenirlikte, $0,60 < \alpha < 0,80$ olduğunda oldukça güvenilir, $0,80 < \alpha < 1,00$ olduğunda yüksek derecede güvenilir olarak yorumlanmaktadır (Tavakol & Dennick, 2011). HÇBYÖ'nün iç tutarlılığını test etmek için yapılan analizler sonucunda Cronbach alfa değerlerinin mesleki yoksunluk alt ölçeği ve alt boyutları için $>0,70$; bireysel yoksunluk alt ölçeği ve alt boyutları için $>0,80$; örgütsel yoksunluk alt ölçeği ve alt boyutları için ise $0,70-0,90$ aralığında olduğu görülmüştür. Bu anlamda alt ölçeklerin ve alt boyutların Cronbach alfa güvenirlik katsayılarının oldukça ve yüksek derecede güvenilir olduklarını söylemek mümkündür (Tavakol & Dennick, 2011). Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonlarının her bir alt ölçek için $>0,30$ olması da alanyazınla uygunluk göstermektedir (Gökdemir & Yılmaz, 2023).

Güvenirliğin test edilmesinde kullanılan bir diğer yöntem olan yarıya bölme metodu ise testin iki eşit parçaya bölünmesi esasına dayalı olarak yürütülen ve iki eşit parça arasındaki ilişkinin Spearmann Brown korelasyon katsayısı ile hesaplandığı bir yöntemdir. Testin iki eşit yarıya bölünmesindeki amaç testin bir yarısı ile diğer yarısının aynı nitelikler evrenini temsil ettiği, yani aynı şeyi ölçmeye çalıştığıdır. İki yarı güvenirlik yönteminde iki eşit yarı arasındaki ilişkinin genel itibari ile anlamlı ve yüksek düzeyde olması beklenmektedir (DeVellis, 2022; Gökdemir & Yılmaz, 2023; Seçer, 2021). Bu aşamada yarıya bölünen ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçeğin hem birinci hem de ikinci yarısı için incelendiğinde ideal değer $\geq 0,70$ veya en az ≥ 60 olması ve Spearman-Brown ve Guttman katsayılarının raporlanması

gerekmektedir (Gökdemir & Yılmaz, 2023). Mesleki yoksunluk alt ölçeği haricinde diğer alt ölçeklerin birinci ve ikinci yarı Cronbach alfa değerlerinin oldukça ve yüksek derecede güvenilir oldukları görülmektedir. Mesleki yoksunluk alt ölçeği birinci ve ikinci yarı Cronbach alfa değerleri düşük olsa da iki yarı arasındaki korelasyona dayalı olarak hesaplanan Spearman-Brown düzeltme katsayısı ve Guttman Split-Half güvenirlik katsayıları sırasıyla 0,792 ve 0,791 olarak bulunmuştur. Bu değerler, testin tamamının iç tutarlılığının kabul edilebilir düzeyde olduğunu ve yarıların birlikte değerlendirildiğinde testin güvenilir sonuçlar üretebildiğini göstermektedir.

Ölçme araçlarının güvenirliği ile ilgili olarak zamana karşı değişmezliği ve kararlılık gösterip göstermediğinin test edilmesini sağlayan yöntem test-tekrar test yöntemidir. Taslak ölçek aynı gruba belirli zaman aralığı ile (15-30 gün) iki kez uygulanarak elde edilen puanlar arasındaki korelasyon değeri incelenir (Gökdemir & Yılmaz, 2023; Seçer, 2021). Birinci ve ikinci uygulama koşulları birbiri ile aynı ya da benzer olmalı ve en az 30 kişiye uygulanmalıdır. Veriler, normal dağılım gösteriyorsa bağımlı örnekleme eşleştirilmiş t testi (paired sample t-testi) yapılmalıdır. Ölçeğin zaman karşısında stabil olduğunun söylenebilmesi için subjektif testlerdeki kararlılık katsayısı en az $r = 0,50$ olmalıdır (Gökdemir & Yılmaz, 2023). Bu çalışmada da tüm alt ölçeklerin 32 hemşireye yaklaşık iki hafta ara ile uygulanması sonucu yapılan test-tekrar test analizleri sonucunda tüm alt ölçeklerin alt boyut puan ortalamaları karşılaştırmalarında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p > 0,05$) görülmektedir. Tüm test - tekrar test puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p < 0,01$) ve ilişki katsayısının $r > 0,50$ olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar HÇBYÖ'nün zamana karşı değişmezliğini ve kararlılığını ortaya koymaktadır.

HÇBYÖ'nün alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde de alt boyutlar arasında zayıf ve orta düzeyde ilişkiler dikkat çekmektedir. Özellikle mesleki itibar ve saygınlık, temel bireysel gereksinimler ve iş yükü dengesi alt boyutlarının diğer tüm alt boyutlarla ilişkili olduğu göze çarpmaktadır. Bu durum hemşirelerin yaşadıkları yoksunluk düzeylerinin birbirinden etkilenen çok boyutlu bir kavram olarak değerlendirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca bulgular HÇBYÖ'nün teorik yapısına uygun olarak alt boyutlar arasında belirleyici yönlerde anlamlı ilişkiler olduğunu ve bu durumun yapı geçerliğini desteklediğini göstermektedir.

5.4. HÇBYÖ'nün Her Bir Alt Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Karşılaştırmaları ile İlgili Bulguların Tartışılması

HÇBYÖ'nün yapılan tüm analizler sonrasında nihai halini alması ile hemşirelerin alt ölçek ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin **mesleki yoksunluk** alt ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde “mesleki yeterlilik” alt boyut puan ortalamasının ortalama düzeyde ancak “mesleki itibar ve saygınlık” alt boyut puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bu durum hemşirelerin mesleki itibar ve saygınlık konusunda mesleki yeterliliğe göre daha fazla yoksunluk yaşadıklarını göstermektedir. Alanyazın incelendiğinde eğitim ve gelişim imkanlarının yetersizliği de hemşirelerin mesleki yetersizlik yaşamasına zemin hazırlamaktadır (McKenna vd., 2022; Mlambo vd., 2021). Çeşitli çalışmalarda hemşirelerin algılanan yeterlilik düzeylerinin orta seviyede olduğu (Al Ali vd., 2022), işe yeni başlayan hemşirelerin 6-12 ay içerisinde işten ayrılmalarının en önemli nedenlerinden birinin klinik yeterlilikle ilgili olduğu (Cheng vd., 2014), bazı özel durumlardaki hastalara bakımda yaşanan yetersizliğin stres oluşturduğu belirtilmektedir (Happell vd., 2013). Diğer yandan yapılan çeşitli çalışmalarda hemşirelik imajının orta düzeyde olduğu (Topuz vd., 2023) ve toplum tarafından çoğu zaman olumsuz olarak (hastabakıcı, hekim yardımcısı, hizmetli vb.) algılandıkları (Dahlborg-Lyckhage ve Pilhammar-Anderson, 2009; Ndirangu vd., 2021) görülmekte olup bu çalışmanın bulguları ile uyumluluk göstermektedir.

Hemşirelerin **bireysel yoksunluk** alt ölçeği ile ilgili olarak hem “temel bireysel gereksinimler” hem de “mesleki gelir” alt boyut puan ortalamalarının ortalamanın üzerinde olduğu ve hemşirelerin mesleki gelir konusunda daha fazla olmak üzere bireysel gereksinimleri ile ilgili de yoksunluk yaşadıkları görülmektedir. Temel bireysel gereksinimler, içinde Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisini ve bununla birlikte yaşam kalitesini de barındıran çok amaçlı bir alt boyuttur. Bu alt boyuttaki maddeler hemşirelerin fiziksel, duygusal, sosyal vb. ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadıklarını ölçmektedir. Bu yoksunluk mesleki faktörlerden kaynaklanabileceği gibi bireylerin kendisinden kaynaklı da oluşabilir. Bu temel bireysel gereksinimler karşılanmadığında yaşam kalitesinin de düşmesi (Orszulak vd.,

2022) ve bireysel yoksunluk yaşanması kaçınılmazdır. Yine hemşirelerin yoğun çalışma temposu, vardiyalı çalışma, stresli çalışma ortamları sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmelerinin önünde büyük engel oluşturmaktadır (Kelly & Wills, 2018). Bu nedenle hemşirelerde temel bireysel gereksinimlerin karşılanması sağlıklı çalışma ortamları açısından çok önemlidir. Hemşirelerin mesleki gelir konusunda temel gereksinimlere göre daha fazla yoksunluk yaşadıkları görülmektedir. Alanyazında da belirtildiği üzere gelir düzeyinin düşüklüğü yoksunluk oluşturan en önemli faktörlerdendir (Kwok vd., 2022). Tüm dünyada hemşirelerin işten ayrılmalarına ve başka ülkelere göç etmelerine neden olan en önemli faktörlerin başında ücret yetersizlikleri gelmektedir (Chang vd., 2023; Tomblin Murphy vd., 2016). Bu çalışma sonuçları da alanyazınla benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin **örgütsel yoksunluk** alt ölçeği ile ilgili olarak tüm alt boyutlarda yoksunluk düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu, yoksunluğu en fazla “iş yükü dengesi” ile “fiziki koşullar ve güvenlik” konusunda yaşarken “örgütsel destek” ve “kaynak yeterliliği” konusunda daha az yaşadıkları görülmüştür. Örgütsel destek hemşirelerin tükenmişliklerini azaltan (Abdel Azize vd., 2023), yaşam kalitesini ve refahını arttıran (Zheng vd., 2023), örgüte bağlılık düzeyini arttıran önemli faktörlerden birisidir (Wang vd., 2023). Bu nedenle örgütsel desteğin yeterli düzeyde olması ve hemşirelerin bu konuda yoksunluk yaşamaması önemlidir. Yine örgütsel yoksunluk yaratan önemli faktörlerden birisi kaynak yetersizliğidir. Khademi ve arkadaşlarına (2015) göre kaynak yetersizlikleri dolaylı yoldan hemşirelerin iş yüklerini de önemli ölçüde artırır. Yine hemşire insan gücü eksiklikleri de etkili sağlık bakımının sürdürülmesi konusundaki önemli engellerdendir (Tamata & Mohammadnezhad, 2023). Fiziki koşullar ve güvenlik ile ilgili olarak hemşirelerin daha fazla yoksunluk yaşadıkları görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde fiziki koşulların uygun şartları sağlaması (Shetty vd., 2024) ve tehlike ve risklerin azaltılması (iş yeri kazaları, yaralanmalar, meslek hastalığı, biyolojik ve kimyasal riskler, iş yeri şiddeti vb.) sağlık çalışanlarının refahı açısından çok önemlidir ve güvenli çalışma ortamları sağlanamadığında hemşirelerin stres ve tükenmişlik düzeyleri artarak, iş doyumları azalmaktadır (Al-Qadi, 2021; Orszulak vd., 2022; Rainbow vd., 2024; Subramaniam vd., 2023). En fazla yoksunluk yaşanan durumun “iş yükü dengesi” ile ilgili olması da yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Hemşirelerde iş yükü konusu dünya

genelinde de çokça araştırılan ve stres ve tükenmişliği arttırarak bakım kalitesinin düşmesine sebep olan önemli bir sorundur (Ivziku vd., 2022; Maghsoud vd., 2022). Sonuç olarak çalışmadan elde edilen sonuçlar alanyazınla tutarlılık ve uyumluluk göstermekte olup aynı zamanda da sağlık kurumu yöneticilerine, eğitim kurumu yöneticilerine ve yönetici hemşirelere gerekli iyileştirmelerin yapılabilmesinde önemli sonuçlar ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılıkların olduğu görülmektedir. Kadınlar erkeklere göre fiziki koşullar ve güvenlik konusunda daha çok yoksunluk yaşamaktadırlar. Fiziki koşulların uygun fiziki çevre, güvenliğin de iş yeri güvenliği ve şiddet olarak ele alındığı düşünüldüğünde kadınların bu konuda erkeklere göre daha kırılgan grupta olmaları beklenen bir durumdur (Fu vd., 2021; Kulal, 2025). 35 yaş ve altı hemşireler de diğer hemşirelere göre mesleki yeterlilik ve iş yükü dengesi konusunda daha çok yoksunluk yaşamaktadır. Özellikle genç hemşirelerin kendilerini mesleki olarak yetersiz görmeleri alanyazınla da benzerlik gösteren bir durum olup (Cheng vd., 2014; Mckenna vd., 2022; Mlambo vd., 2021) meslek yaşamının ilk dönemlerinde mesleğe başlama, oryante olma, özel hayatta aile kurma vb. konularda hazırlıkların olduğu bu dönemde iş yükü dengesi konusunda daha çok yoksunluk yaşamaları beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir. Çocuk sahibi olmayan hemşireler yine mesleki yeterlilik konusunda kendilerini daha yetersiz görmektedirler. Bu durum mesleğe henüz yeni başlamış, genç ve uyum sürecinde olan hemşirelerden kaynaklanıyor olabilir. Mesleki, kurumsal ve birimdeki deneyimi az olan hemşirelerin de mesleki yeterlik konusunda daha fazla yoksunluk yaşamaları bu düşüncayı desteklemektedir.

Eğitim durumu açısından lisans mezunu hemşireler, lise ve ön lisans mezunu hemşirelere göre mesleki itibar ve saygınlık, mesleki gelir, kaynak yeterliliği ve fiziki koşullar ve güvenlik konularında daha çok yoksunluk yaşamaktadır. Lisans mezunu hemşirelerin aldıkları eğitimin karşılığı olan değeri görme konusundaki istek ve beklentilerinin daha yüksek olması itibar ve saygınlık konusunda yoksunluk yaşamalarına neden olmuş olabilir. Aynı zamanda lise ve ön lisans mezunu hemşirelere göre yine aldıkları eğitimin karşılığı olarak mesleki gelirlerinin yetersiz olduğunu düşünmüş olabilirler. Bununla birlikte lisansüstü mezunu hemşirelerin lise ve ön lisans

mezunu hemşirelere göre fiziki koşullar ve güvenlik yönünden daha çok yoksunluk yaşadıkları görülmüştür. Bu durum eğitim arttıkça beklentilerin de farklılaştığını düşündürmektedir.

Çalışılan kurum türleri incelendiğinde eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin mesleki itibar ve saygınlık, örgütsel destek ve kaynak yeterliliği konusunda ve devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin ise kaynak yeterliliği açısından özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre daha fazla yoksunluk yaşadıkları görülmüştür. Eğitim ve araştırma hastanelerin özellikle yoğun, kalabalık ve aynı zamanda karmaşık bir yapıya sahip olması yeteri kadar örgütsel destek alamamalarına ve kaynak elde edememelerine neden olmuş olabilir. Özel hastaneler ise diğer hastanelere göre yoğunluğu daha az olan ve yönetim süreçleri daha basit ve belirgin olan hastaneler olup farklı yönetim kültürüne sahip hastanelerdir. Aynı zamanda bütçe açısından da özel hastaneler daha fazla kaynak sağlayabilen kurumlardır. Buna bağlı olarak özel hastanelerde çalışan hemşireler daha az yoksunluk yaşıyor olabilirler. Eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin devlet hastanesinde çalışan hemşirelere göre mesleki itibar ve saygınlık ve örgütsel destek konusunda daha fazla yoksunluk yaşadıkları görülmüştür. Daha ileri düzeyde hizmet veren, sağlık eğitimi ve araştırmalarının yapıldığı bu hastanelerde ortaya çıkan sonuç dikkat çekici bir bulgudur. Bununla birlikte bu durum merkezde Sağlık Bakanlığına bağlı olan hastaneler arasında da yoksunluk düzeyleri açısından farklılıkların bulunduğunu göstermektedir.

Meslekte, kurumda ve birimde çalışma yılı açısından bakıldığında ise çalışma yılı daha az olan hemşirelerin mesleki yeterlilik ve iş yükü dengesi konusunda daha çok yoksunluk yaşadıkları görülmektedir. Bu durum, genç hemşirelerin yaşadıkları yoksunluk ile örtüşen bir bulgudur. Aynı zamanda kurumda çalışma yılı ve birimde çalışma yılı daha az olan hemşireler daha çok kaynak yoksunluğu yaşamaktadır. Bu durum, genç hemşirelerin henüz mesleki ve kurumsal koşullara uyum sağlama sürecinde olduklarından dolayı yoksunluğu daha fazla algıladıklarını, diğer hemşirelerin ise mesleki ve kurumsal koşulları zamanla kabullendikleri için yoksunluğu daha az algıladıklarını düşündürmektedir.

Kurumdaki pozisyona bakıldığında ise çarpıcı sonuçlara ulaşılmıştır. Servis hemşireleri, yoğun bakım hemşireleri ve diğer birimlerde çalışan hemşireler yönetici

hemşirelere göre temel bireysel gereksinimler ve örgütsel destek konusunda daha çok yoksunluk yaşamaktadırlar. Bu durum hemşirelerin sağlık hizmeti verirken kendi gereksinimlerini karşılayamadıklarını ve yöneticilerinden yeteri kadar destek görmediklerini ortaya koymakta ve yönetici hemşirelerin insan odaklı değil daha çok iş odaklı bir anlayışa sahip olduklarını düşündürmektedir. Yönetici hemşirelerin ise, iş içeriğine bağlı olarak daha esnek bir çalışma şekline sahip olması, inisiyatif kullanabilmeleri, karar verici konumunda olmalarından dolayı kendi gereksinimlerini karşılamada daha rahat oldukları ve kendi yöneticilerinden destek gördükleri düşünülmektedir.

Çalışmada ayrıca servis ve yoğun bakım hemşirelerinin iş yükü dengesi konusunda yönetici hemşirelere göre, servis hemşirelerinin ise yoğun bakım hemşirelerine göre iş yükü dengesi konusunda daha fazla yoksunluk yaşadığı görülmektedir. Servis ve yoğun bakımların iş yükü dengesi açısından fazla yoksunluk yaratması beklenen bir durumdur. Servislerin yoğun bakımlara göre daha çok yoksunluk yaratması ise iş çeşitliliğinden kaynaklanıyor olabilir. Çok sayıda hasta bakma, hasta yakınlarının varlığı, bazen tek nöbet tutma, ekibi koordine etme vb. birçok farklı işle uğraşmak durumunda kalmak hemşirelerin iş yükü dengesini olumsuz etkilemiş olabilir.

Çalışma şekli açısından bakıldığında sürekli gece çalışan ile gece ve gündüz çalışan hemşireler, sürekli gündüz çalışan hemşirelere göre temel bireysel gereksinimler, kaynak yeterliliği, fiziki koşullar ve güvenlik konusunda daha fazla yoksunluk yaşamaktadırlar. Bu durum vardiyalı çalışmanın temel bireysel gereksinimleri karşılama üzerindeki olumsuz etkisini gözler önüne sermektedir. Aynı zamanda var olan kaynak sorunları hem nöbetlerde çalışan kişi sayısı (hemşire, personel, destek hizmet, yönetici vb.) azaldığı için hem de yöneticiler tarafından çözümlenmediğinde hemşireler için büyük bir sorun haline gelmektedir. Yine beklenen bir durum olarak gece ve gündüz vardiyalı çalışan hemşirelerin sürekli gündüz çalışan hemşirelere göre iş yükü dengesi konusunda daha çok yoksunluk yaşadıkları görülmüştür. Sonuç anlamlı çıkmasa da sürekli gece çalışan hemşirelerin de iş yükü dengesi yoksunlukları sürekli gündüz çalışan hemşirelere göre oldukça yüksektir. Bu sonuçlar sağlık sektörünün yapısında var olan vardiyalı çalışma, gece

çalışma gibi çalışma şekillerinin hemşireler üzerindeki olumsuz etkisini ortaya koymaktadır.

Aylık ortalama ek mesai açısından aylık 33 saat ve fazla mesai yapan hemşireler hiç yapmayan hemşirelere göre mesleki yeterlilik, temel bireysel gereksinimler, kaynak yeterliliği ve iş yükü dengesi konusunda daha fazla yoksunluk yaşamaktadırlar. Aylık 33 saat ve fazla mesai yapan hemşireler 1-32 saat fazla mesai yapan hemşirelere göre mesleki yeterlilik, mesleki itibar ve saygınlık, temel bireysel gereksinimler ve iş yükü dengesi konusunda daha fazla yoksunluk yaşamaktadırlar. Aylık 1-32 saat fazla mesai çalışan hemşireler ise hiç mesai yapmayan hemşirelere göre ise kaynak yeterliliği konusunda daha fazla yoksunluk yaşamaktadırlar. Bu sonuçlar fazla çalışma süresi arttıkça hemşirelerin yoksunluk yaşadıkları durumların arttığını da ortaya koymaktadır.

Hemşire olarak aylık toplam gelir ve haneye giren toplam gelir açısından yapılan incelemelerde ise hemşirelerin gelir düzeyleri arttıkça mesleki itibar ve saygınlık konusunda daha çok yoksunluk yaşadıkları görülmüştür. Bu durum ilgi çekici bir durum olarak değerlendirilmektedir. Gelir düzeyinin artması ile hem mesleklerin toplumdaki itibar ve saygınlığı da artmakta hem de meslek üyelerinin refah koşulları artmaktadır. Ancak bu çalışmada bu durumun hemşirelerin gelir düzeyini artırmak için ek mesai yapmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bulgu ek mesai yapan hemşirelerin de mesleki itibar ve saygınlık konusunda yoksunluk yaşamaları ile örtüşmektedir.

Hemşire olarak alınan gelir düzeyi arttıkça hemşirelerin fiziki koşullar ve güvenlik açısından daha çok yoksunluk yaşadıkları görülmektedir. Bu sonuçlar da hemşirelerin gelir düzeyini artırmak için daha kötü fiziki koşullarda ve güvenli olmayan ortamlarda çalıştıklarını düşündürmektedir.

Alanyazın incelendiğinde her bir alt boyutu değerlendirmeye yönelik spesifik ölçüm araçlarının sınırlı olmasının yanı sıra sosyodemografik karşılaştırmalar da oldukça azdır. Var olan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızla benzer ve farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Al Ali ve arkadaşlarının (2022) hemşirelerin algılanan yeterlilik düzeylerini inceledikleri çalışmalarında çalışmamızla benzer olarak cinsiyet açısından fark bulunmamaktadır. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak ise devlet üniversitelerinde çalışan hemşirelerin özelde çalışan hemşirelere göre ve yüksek lisans

mezunu hemşirelerin lisans mezunu hemşirelere göre algılanan yeterlilik düzeyleri daha fazla bulunmuştur ve yaş ile mesleki deneyim açısından algılanan yeterlilik düzeylerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Topuz ve arkadaşlarının (2023) sağlık çalışanları üzerinde yapmış oldukları araştırmada bizim sonuçlarımızla benzer olarak cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma yılı ve çalışma tipi açısından hemşirelik imajı puanlarında anlamlı bir fark bulunmazken, bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak eğitim durumu ve aylık gelir açısından da anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Orsulak ve arkadaşlarının (2022) hemşireler üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında çalışma sonuçlarımızla benzer olarak cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve meslekte çalışma yılı açısından yaşam kalitesinde anlamlı bir fark bulunamazken, farklı olarak gelir durumunun yaşam kalitesini arttıran bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Wang ve arkadaşlarının (2023) alışmalarında, bizim çalışmamızla benzer olarak yönetici hemşirelerin algıladıkları örgütsel destek puanlarının daha yüksek olduğu ve cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum açısından algılanan örgütsel desteğin değişmediği görülmüştür. Sonularımızdan farklı olarak aynı çalışmada gece vardiyası olmayan ve aylık geliri yüksek olan hemşirelerin algıladıkları örgütsel destek seviyelerinin daha yüksek olduğu ve kurum türüne göre örgütsel destek algıları açısından farklılık bulunmadığı görülmüştür. Holland ve arkadaşlarının (2019) alışmalarında bu çalışma sonuçlarıyla benzer olarak yaş azaldıkça algılanan iş yükünün arttığı görülmektedir. Bizim alışma sonuçlarımızdan farklı olarak ise kurumsal çalışma süresi ve yarı zamanlı çalışma ile algılanan iş yükü arasında ilişki bulunmazken, hastanede çalışmak algılanan iş yükünü arttırmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın sonucunda ölçeğin;

- Kapsam geçerlik oranları ile kapsam geçerlik indeksi değerinin ölçüt değerden yüksek olduğu ve kapsam geçerliğinin sağlandığı,
- Açıklayıcı faktör analizinde faktör yüklerinin $>0,45$; açıklanan toplam varyans oranının $>\%50$ olduğu,
- İkinci aşamada madde toplam puan korelasyon değerlerinin $>0,30$ olduğu,
- Doğrulayıcı faktör analizinde uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir ve mükemmel düzeyde olduğu ve standardize faktör yüklerinin $>0,30$ olduğu,
- Birleşim ve ayrışım geçerliklerinin sağlandığı,
- Madde ayırt ediciliğinin sağlandığı,
- Cronbach alfa güvenirlik katsayılarının oldukça ve yüksek derecede güvenilir olduğu ve iki yarı güvenirlik yönteminde iki eşit yarı arasındaki ilişkinin genel itibari ile anlamlı ve yüksek düzeyde olduğu,
- Zamana karşı değişmezliğin sağlandığı,
- Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği'nin üç alt ölçekten (mesleki, bireysel, örgütsel) oluştuğu,
- Mesleki yoksunluk alt ölçeğinin yedi madde ve iki alt boyut, bireysel yoksunluk alt ölçeğinin 13 madde ve iki alt boyut ve örgütsel yoksunluk alt ölçeğinin 18 madde ve dört alt boyuttan oluştuğu,
- Alt boyutların birbiriyle ilişkili olduğu ve yoksunluk düzeyinin birbirinden etkilenen çok boyutlu bir kavram olarak ele alınması gerektiği,
- Lisans mezunu hemşirelerin lise ve ön lisans mezunu hemşirelere göre mesleki itibar ve saygınlık, mesleki gelir, kaynak yeterliliği ve fiziki koşullar ve güvenlik konusunda daha fazla yoksunluk yaşadıkları,
- Eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin devlet ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre mesleki itibar ve saygınlık ve örgütsel destek konusunda daha fazla yoksunluk yaşadıkları,

- Özellikle mesleki, kurumsal ve birim çalışma deneyimi daha az ve genç olan hemşirelerin mesleki yeterlilik ve iş yükü konusunda daha fazla yoksunluk yaşadıkları,
- Tüm birimlerde çalışan hemşirelerin temel bireysel gereksinimler ve örgütsel destek konusunda yönetici hemşirelere göre daha fazla yoksunluk yaşadıkları,
- Sürekli gece çalışan ve fazla mesai yapan hemşirelerin temel bireysel gereksinimler başta olmak üzere daha fazla yoksunluk yaşadıkları,
- Gelir düzeyi arttıkça mesleki itibar ve saygınlık konusunda daha fazla yoksunluk yaşandığı ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak geliştirilen ölçeğin hemşirelerin yoksunluk düzeyini ölçmede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda gelecekte,

- Ölçme aracının genellenebilirliğini ve alana katkısını artırmak amacıyla, farklı örneklerde ve kültürel ortamlarda uygulanarak geçerlik ve güvenilirliğinin tekrarlanması,
- Geliştirilen bu ölçek kullanılarak hemşirelerin yoksunluk düzeylerinin ölçülmesi ve sonuçların ortaya konulması,
- Hemşirelerin yoksunluk yaşadıkları farklı boyutları ortaya koyacak çalışmaların yapılması,
- Hemşirelerin mesleki, bireysel ve örgütsel yoksunluk düzeyleri ile ilgili değişkenlerin incelenmesi,
- Sağlık kurumu ve eğitim kurumu yöneticileri ile yönetici hemşirelerin; hemşirelerin yoksunluk düzeylerini azaltmak veya ortadan kaldırmak için gerekli faaliyetlerde (hemşirelerin ihtiyaçlarının belirlenmesi, iş analizleri yapılması, ücret politikası iyileştirmeleri, mesleki görünürlüğün sağlanması vb.) bulunmaları önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Abdel Azize, N. A., Abed, F. A., & Bayoumy, S. A. (2023). Relationship between organization support and nursing staff burnout in critical care units. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(1), 905–918. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.290613>
- Abdulla, N. M., Naqi, R. J., & Jassim, G. A. (2022). Barriers to nurse-patient communication in primary healthcare centers in Bahrain: Patient perspective. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(2), 230–235. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.03.006>
- Akpor, O. A., Akingbade, T. O., & Olorunfemi, O. (2023). Lack of adequate equipment for healthcare – the agony of patients and nurses. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 24(1), 7–10. https://doi.org/10.4103/ijcn.ijcn_96_21
- Al Ali, N., Al-Rashdan, S., & Al-Dwaikat, T. (2022). Nurses' perceptions of their competency levels and the related professional and clinical factors. *Jordan Journal of Nursing Research*, 1(1), 34–46. <https://doi.org/10.14525/JJNR.v1i2.04>
- Alharazi, R. M., Abdulrahim, R. J., Mazuzah, A. H., Almutairi, R. M., Almutary, H., & Alhofaian, A. (2025). Barriers and factors affecting nursing communication when providing patient care in Jeddah. *Clinics and Practice*, 15(1), 19. <https://doi.org/10.3390/clinpract15010019>
- Alpanik, F., & Çetin, M. (2023). Otantik liderlik ölçeği: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Milli Eğitim Dergisi*, 52(238), 1109–1132. <https://doi.org/10.37669/milliegitim.1100994>
- Al-Qadi, M. M. (2021). Workplace violence in nursing: A concept analysis. *Journal of Occupational Health*, 63(1). <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12226>
- Anand, S., Vidyarthi, P. R., & Park, H. S. (2015). *LMX Differentiation Understanding Relational Leadership at Individual and Group Levels*. T. N. Bauer and B. Erdogan, (Eds.), (p.263-292). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199326174.013.0007>
- Arıkan, R. (2021). *Araştırma yöntem ve teknikleri* (4. baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Aslan, Ş. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Eğitim Yayınevi.
- Austin, A., Jeffries, K., Krause, D., Sugalski, J., Sharrah, K., Gross, A., Bowers, D., Mulkerin, D., Brandt, N., Begue, A., Bell, R., Raczyk, C., Pickard, T., Johnson, D., Dest, V., Randall, R., Zecha, G., & Kennedy, K. (2021). A study of advanced practice provider staffing models and professional development opportunities at national comprehensive cancer network member institutions. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 12(7). <https://doi.org/10.6004/jadpro.2021.12.7.5>
- Avery, M., Westwood, G., & Richardson, A. (2022). Enablers and barriers to progressing a clinical academic career in nursing, midwifery and allied health

- professions: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 31(3–4), 406–416. <https://doi.org/10.1111/jocn.15673>
- Ayre, C., & Scally, A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: Revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(1), 79–86. <https://doi.org/10.1177/0748175613513808>
- Balcı, H., Yılmaz, E., Başer, G., & Başer, D. (2022). Investigation of the relationship between working conditions and career barriers of nurses. *Work*, 72(1), 127–133. <https://doi.org/10.3233/WOR-205020>
- Beshai, S., Mishra, S., Mishra, S., & Carleton, R. N. (2017). Personal relative deprivation associated with functional disorders via stress: An examination of fibromyalgia and gastrointestinal symptoms. *PLOS ONE*, 12(12), e0189666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189666>
- Bimpong, K. A. A., Khan, A., Slight, R., Tolley, C. L., & Slight, S. P. (2020). Relationship between labour force satisfaction, wages and retention within the UK National Health Service: a systematic review of the literature. *BMJ Open*, 10(7), e034919. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034919>
- Burns, T., & Runciman, W. G. (1966). Relative deprivation and social justice. A study of attitudes to social inequality in twentieth-century England. *The British Journal of Sociology*, 17(4), 430–434. <https://doi.org/10.2307/589189>
- Bütüner, S. Ö., & Gür, H. (2007). V diyagramına yönelik bir tutum ölçeğinin geliştirilme çalışması. *Milli Eğitim Dergisi*, 176, 72–85.
- Buunk, B. P., Zurriaga, R., Gonzalez-Roma, V., & Subirats, M. (2003). Engaging in upward and downward comparisons as a determinant of relative deprivation at work: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 62(2), 370–388. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(02\)00015-5](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00015-5)
- Büyüköztürk, Ş. (2024). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı istatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum* (31. baskı). Pegem Akademi Yayıncılık.
- Callan, M. J., Kim, H., & Matthews, W. J. (2015a). Age differences in social comparison tendency and personal relative deprivation. *Personality and Individual Differences*, 87, 196–199. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.003>
- Callan, M. J., Kim, H., & Matthews, W. J. (2015b). Predicting self-rated mental and physical health: the contributions of subjective socioeconomic status and personal relative deprivation. *Frontiers in Psychology*, 6, 1415. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01415>
- Callan, M. J., Shead, N. W., & Olson, J. M. (2011). Personal relative deprivation, delay discounting, and gambling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(5), 955–973. <https://doi.org/10.1037/a0024778>
- Çapık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. (2018). Intercultural scale adaptation stages, language and culture adaptation: Updated guideline. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 199–210. <https://doi.org/10.26650/FNJN397481>

- Çavmak, D., Atalay, E., & Söyler, S. (2019). Nursing career problems: Scale development and validation. *Journal of Business Research - Turk*, 11(3), 1897–1910. <https://doi.org/10.20491/isarder.2019.713>
- Chang, Y.-H., Hsu, C. H., Tseng, Y.-C., & Hsiung, C. A. (2023). Country-level factors associated with nurse salaries: Empirical evidence from organisation for economic co-operation and development countries and Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 31(6), e303. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000585>
- Chen, H., Li, G., Li, M., Lyu, L., & Zhang, T. (2018). A cross-sectional study on nurse turnover intention and influencing factors in Jiangsu Province, China. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 396–402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.012>
- Cheng, C.-Y., Tsai, H.-M., Chang, C.-H., & Liou, S.-R. (2014). New graduate nurses' clinical competence, clinical stress, and intention to leave: A longitudinal study in Taiwan. *The Scientific World Journal*, 2014, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2014/748389>
- Cho, B., Lee, D., & Kim, K. (2014). How does relative deprivation influence employee intention to leave a merged company? The role of organizational identification. *Human Resource Management*, 53(3), 421–443. <https://doi.org/10.1002/hrm.21580>
- Chong, M. C., Sellick, K., Francis, K., & Abdullah, K. L. (2011). What influences malaysian nurses to participate in continuing professional education activities? *Asian Nursing Research*, 5(1), 38–47. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(11\)60012-1](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(11)60012-1)
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis* (2nd edition). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315827506>
- Coudounaris, D. N., Akuffo, I. N., & Nkulenu, A. O. (2020). Human resource management for Ghanaian nurses: Job satisfaction versus turnover intentions. *Sustainability*, 12(17), 7117. <https://doi.org/10.3390/su12177117>
- Cramer, E. M., Song, H., & Drent, A. M. (2016). Social comparison on Facebook: Motivation, affective consequences, self-esteem, and Facebook fatigue. *Computers in Human Behavior*, 64, 739–746. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.07.049>
- Cronbach, L. J., & Shavelson, R. J. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 64(3), 391–418. <https://doi.org/10.1177/0013164404266386>
- Crosby, F. (1976). A model of egoistical relative deprivation. *Psychological Review*, 83(2), 85–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.83.2.85>
- Dahlborg-Lyckhage E., & Pilhammar-Anderson, E. (2009). Predominant discourses in Swedish nursing. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 10(2), 163–171. <https://doi.org/10.1177/1527154409338493>

- Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Davis, J. A. (1959). A formal interpretation of the theory of relative deprivation. *Sociometry*, 22(4), 280–296. <https://doi.org/10.2307/2786046>
- de la Sablonnière, R., & Tougas, F. (2008). Relative deprivation and social identity in times of dramatic social change: The case of nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(9), 2293–2314. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00392.x>
- de la Sablonnière, R., Tougas, F., de la Sablonnière, É., & Debrosse, R. (2012). Profound organizational change, psychological distress and burnout symptoms: The mediator role of collective relative deprivation. *Group Processes & Intergroup Relations*, 15(6), 776–790. <https://doi.org/10.1177/1368430212445074>
- Dede, Y., & Yaman, S. (2008). Fen öğrenmeye yönelik motivasyon ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi (EFMED)*, 2(1), 19–37.
- Deniz, M., & Kumru, S. (2022). Job performance scale development study: Private hospital application. *Journal of Social Sciences*, 32(2), 549–562. <https://doi.org/10.18069/firatsbed.833940>
- DeVellis, R. F. (2022). *Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar* (T. Tarık, Çev.; 3. basımdan çeviri). Nobel Yayınları.
- Diel, K., Grelle, S., & Hofmann, W. (2021). A motivational framework of social comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, 120(6), 1415–1430. <https://doi.org/10.1037/pspa0000204>
- Diel, K., Hofmann, W., Grelle, S., Boecker, L., & Friese, M. (2024). Prepare to compare: Effects of an intervention involving upward and downward social comparisons on goal pursuit in daily life. *Personality and Social Psychology Bulletin*. <https://doi.org/10.1177/01461672231219378>
- Ding, Y., Lu, G., Chen, S., Liang, Y., Zhang, Y., Peng, Q., Liang, S., & Chen, C. (2024). The effect of perfectionism on relative deprivation among nursing students: The role of interpersonal sensitivity and resilience. *Psychology in the Schools*, 61(4), 1360–1374. <https://doi.org/10.1002/pits.23116>
- Dobnik, M., Maletič, M., & Skela-Savič, B. (2018). Work-Related stress factors in nurses at Slovenian hospitals – A cross-sectional study. *Slovenian Journal of Public Health*, 57(4), 192–200. <https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0024>
- Drury, V., Craigie, M., Francis, K., Aoun, S., & Hegney, D. G. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Phase 2 results. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 519–531. <https://doi.org/10.1111/jonm.12168>

- Eibner, C., Sturm, R., & Gresenz, C. R. (2004). Does relative deprivation predict the need for mental health services? *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7(4), 167–175.
- Erdem, İ. (2021). Managerial problems of nurses: A study on working nurses. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 151–162.
- Erdogan, B., Tomás, I., Valls, V., & Gracia, F. J. (2018). Perceived overqualification, relative deprivation, and person-centric outcomes: The moderating role of career centrality. *Journal of Vocational Behavior*, 107, 233–245. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.05.003>
- Eren, E., & Özbaş, A. (2023). The effects of the physical environment on operating room nurses. *CURARE Journal of Nursing*, 0(3), 1–7. <https://doi.org/10.26650/CURARE.2023.1284683>
- Erkuş, A. (2016). *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-I: Temel kavramlar ve işlemler* (2. baskı). Pegem Akademi Yayıncılık.
- Evci, N., & Aylar, F. (2017). Derleme: Ölçek geliştirme çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(10), 389–412.
- Feldman, D. C., & Turnley, W. H. (2004). Contingent employment in academic careers: Relative deprivation among adjunct faculty. *Journal of Vocational Behavior*, 64(2), 284–307. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2002.11.003>
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117–140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Fidecki, W., Wysokiński, M., Ochap, M., Wrońska, I., Przylepa, K., Kulina, D., Sienkiewicz, Z., & Chruściel, P. (2016). Selected aspects of life quality of nurses working at neurological wards. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 5(4), 151–155. <https://doi.org/10.15225/PNN.2016.5.4.4>
- Fu, C., Ren, Y., Wang, G., Shi, X., & Cao, F. (2021). Fear of future workplace violence and its influencing factors among nurses in Shandong, China: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 20(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00644-w>
- Fukada, M. (2018). Nursing competency: Definition, structure and development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 001–007. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- Ge, M., Hu, F., Jia, Y., Tang, W., Zhang, W., & Chen, H. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 5836–5854. <https://doi.org/10.1111/jocn.16708>
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update* (10th edition). Pearson.
- Glasper, A. (2018). Problems affecting the continuing professional development of nurses. *British Journal of Nursing*, 27(12), 714–715. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.12.714>

- Gökdemir, F., & Yılmaz, T. (2023). Processes of using, modifying, adapting and developing likert type scales. *Journal of Nursology*, 26(2), 148–160. <https://doi.org/10.5152/JANHS.2023.22260>
- Grande, R. A. N., Berdida, D. J. E., Villagrancia, H. N., Raguindin, S. M., Cornejo, L. T. O., Al Reshidi, N. M., Alshammari, A. T. Aljebari, B. J., & AlAbd, A. M. A. (2022). The moderating effect of burnout on professionalism, values and competence of nurses in Saudi Arabia amidst the COVID-19 pandemic: A structural equation modelling approach. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2523–2536. <https://doi.org/10.1111/jonm.13754>
- Greitemeyer, T., & Sagioglou, C. (2017). Increasing wealth inequality may increase interpersonal hostility: The relationship between personal relative deprivation and aggression. *The Journal of Social Psychology*, 157(6), 766–776. <https://doi.org/10.1080/00224545.2017.1288078>
- Grinberg, K., & Sela, Y. (2022). Perception of the image of the nursing profession and its relationship with quality of care. *BMC Nursing*, 21(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00830-4>
- Günay, A. (2022). Relative deprivation: A scale adaptation study. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 7(17), 202–211. <https://doi.org/10.25204/iktisad.1028592>
- Guo, Y., & Xia, L. (2023). Relational model of relative deprivation, revenge, and cyberbullying: A three-time longitudinal study. *Aggressive Behavior*, 49(4), 333–344. <https://doi.org/10.1002/ab.22079>
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri* (5. baskı). Seçkin Yayıncılık.
- Güvenç, İ. B. (2021). *The impact of perceived relative deprivation on health-related outcomes: Mediating roles of locus of control and length of unemployment & moderating roles of dispositional optimism and perceived social support* [Master's thesis]. Middle East Technical University.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2018). *Multivariate data analysis* (8th edition). Cengage Learning EMEA.
- Han, L., Li, W., Wang, X., Xu, Y., & Zhao, J. (2024). Social comparison and aggression: The mediating role of relative deprivation and moderating role of covert narcissism. *International Journal of Psychology*, 59(5), 646–656. <https://doi.org/10.1002/ijop.13129>
- Happell, B., Dwyer, T., Reid-Searl, K., Burke, K. J., Caperchione, C. M., & Gaskin, C. J. (2013). Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions. *Journal of Nursing Management*, 21(4), 638–647. <https://doi.org/10.1111/jonm.12037>
- Hasançebi, B., Terzi, Y., & Küçük, Z. (2020). Madde güçlük indeksi ve madde ayırt edicilik indeksine dayalı çeldirici analizi. *Gümüşhane Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(1), 224–240. <https://doi.org/10.17714/gumusfenbil.615465>
- Holland, P., Tham, T. L., Sheehan, C., & Cooper, B. (2019). The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the

- occupation. *Applied Nursing Research*, 49, 70–76.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.06.001>
- Hutcheson, G. D., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist*. SAGE Publications, Ltd. <https://doi.org/10.4135/9780857028075>
- İlhan, M., & Çetin, B. (2014). Comparing the analysis results of the structural equation models (SEM) conducted using LISREL and AMOS. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 5(2), 26–42.
- Ivziku, D., Ferramosca, F. M. P., Filomeno, L., Gualandi, R., De Maria, M., & Tartaglini, D. (2022). Defining nursing workload predictors: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, 30(2), 473–481.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13523>
- İşıklı, E. İ., & Arslan, T. (2018). Hemşirelerin çalışma hayatında yaşadığı sorunlar: Düzce ili örneği. *Yorum Yönetim Yöntem Uluslararası Yönetim Ekonomi ve Felsefe Dergisi*, 6(2), 9–20.
- Karadaş, A., Doğu, Ö., & Kaynak, S. (2022). The effect of nurse-nurse collaboration level on job satisfaction. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 7(7), 128–135.
<https://doi.org/10.4274/cjms.2021.2959>
- Karagöz, Y. (2016). *SPSS 23 ve Amos 23 uygulamalı istatistiksel analizler* (1. Basım). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karakoç, F. Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39–49. <https://doi.org/10.25282/ted.228738>
- Karaman, M. (2023). Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi: Kavramsal bir çalışma. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 9(1), 47–63.
<https://doi.org/10.29131/uiibd.1279602>
- Kartal, M., & Bardakçı, S. (2018). *SPSS ve AMOS uygulamalı örneklerle güvenirlik ve geçerlik analizleri* (1. baskı). Akademisyen Kitabevi.
- Kelly, M., & Wills, J. (2018). Systematic review: What works to address obesity in nurses? *Occupational Medicine*, 68(4), 228–238.
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqy038>
- Khademi, M., Mohammadi, E., & Vanaki, Z. (2015). Resources–tasks imbalance: Experiences of nurses from factors influencing workload to increase. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(4), 476.
<https://doi.org/10.4103/1735-9066.160994>
- Kim, H., Callan, M. J., Gheorghiu, A. I., & Matthews, W. J. (2017). Social comparison, personal relative deprivation, and materialism. *British Journal of Social Psychology*, 56(2), 373–392. <https://doi.org/10.1111/bjso.12176>
- Kim, H., Callan, M. J., Gheorghiu, A. I., & Skylark, W. J. (2018). Social comparison processes in the experience of personal relative deprivation. *Journal of Applied Social Psychology*, 48(9), 519–532. <https://doi.org/10.1111/jasp.12531>

- Kulal, A. (2025). Silent fears: Exploring women's perceptions of safety and retaliation in the workplace—a focus on night shift workers. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 1-37. <https://doi.org/10.1080/15555240.2025.2503728>
- Kwok, M. K., Kawachi, I., Rehkopf, D., Ni, M. Y., Leung, G. M., & Schooling, C. M. (2022). Relative deprivation, income inequality, and cardiovascular health: Observational and mendelian randomization studies in Hong Kong Chinese. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.726617>
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563–575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Lee, A., Erdogan, B., Tian, A., Willis, S., & Cao, J. (2021). Perceived overqualification and task performance: Reconciling two opposing pathways. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 94(1), 80–106. <https://doi.org/10.1111/joop.12323>
- Lilly, K. J., Sibley, C. G., & Osborne, D. (2023). Examining the between- and within-person effects of relative deprivation: Results from a 7-year longitudinal panel sample. *European Journal of Social Psychology*, 53(3), 435–449. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2913>
- Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International Nursing Review*, 57(1), 22–31. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00765.x>
- Liu, C., & Yi, F. (2023). Relative deprivation and health revisited: New evidence from middle-aged and older adults in rural China. *China Economic Review*, 79, 101948. <https://doi.org/10.1016/j.chieco.2023.101948>
- Liu, H., Kong, L., Sun, Q., & Ma, X. (2023). The effects of mindfulness-based interventions on nurses' anxiety and depression: A meta-analysis. *Nursing Open*, 10(6), 3622–3634. <https://doi.org/10.1002/nop2.1610>
- Livesay, K., Petersen, S., Walter, R., Zhao, L., Butler-Henderson, K., & Abdolkhani, R. (2023). Sociotechnical challenges of digital health in nursing practice during the COVID-19 pandemic: National study. *JMIR Nursing*, 6, e46819. <https://doi.org/10.2196/46819>
- Maghsoud, F., Rezaei, M., Asgarian, F. S., & Rassouli, M. (2022). Workload and quality of nursing care: the mediating role of implicit rationing of nursing care, job satisfaction and emotional exhaustion by using structural equations modeling approach. *BMC Nursing*, 21(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01055-1>
- Marć, M., Bartosiewicz, A., Burzyńska, J., Chmiel, Z., & Januszewicz, P. (2019). A nursing shortage – a prospect of global and local policies. *International Nursing Review*, 66(1), 9–16. <https://doi.org/10.1111/inr.12473>
- McKenna, L., Sommers, C. L., Reisenhofer, S., Mambu, I. R., McCaughan, J., & Belihu, F. B. (2022). Professional development needs of registered nurses in

- Indonesia: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 119, 105543. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105543>
- Mishra, S. (2015). Respect for nursing professional: Silence must be heard. *Indian Heart Journal*, 67(5), 413–415. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2015.07.003>
- Mishra, S., & Carleton, R. N. (2015). Subjective relative deprivation is associated with poorer physical and mental health. *Social Science Medicine*, 147, 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.030>
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Bouter, L. M., Vet, H. C. D., & Terwee, C. B. (2016). The consensus-based standards for the selection of health measurement instruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian journal of physical therapy*, 20(2), 105–113. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>
- Morgado, F. F. R., Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Amaral, A. C. S., & Ferreira, M. E. C. (2018). Scale development: Ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0057-1>
- Moyimane, M. B., Matlala, S. F., & Kekana, M. P. (2017). Experiences of nurses on the critical shortage of medical equipment at a rural district hospital in South Africa: a qualitative study. *Pan African Medical Journal*, 28. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.100.11641>
- Mrayyan, M. T., Abunab, H. Y., Abu Khait, A., Rababa, M. J., Al-Rawashdeh, S., Algunmeeyn, A., & Abu Saraya, A. (2023). Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ Open*, 13(6), e067352. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067352>
- Mueller, C. A., Tetzlaff, B., Theile, G., Fleischmann, N., Cavazzini, C., Geister, C., Scherer, M., Weyerer, S., van den Bussche, H., & Hummers-Pradier, E. (2015). Interprofessional collaboration and communication in nursing homes: a qualitative exploration of problems in medical care for nursing home residents – study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 451–457. <https://doi.org/10.1111/jan.12545>
- Ndirangu, E. W., Sarki, A. M., Mbekenga, C., & Edwards, G. (2021). Professional image of nursing and midwifery in East Africa: an exploratory analysis. *BMC Nursing*, 20(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00531-w>
- Noblet, A., Cooper, C., McWilliams, J., & Rudd, A. (2007). Wellbeing, job satisfaction and commitment among Australian community health workers: The relationship with working Conditions. *Australian Journal of Primary Health*, 13(3), 40. <https://doi.org/10.1071/PY07037>

- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2015). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65–74. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/>
- Olson, J., Roesesc, N., Meen, J., & Robertson, D. (1995). The preconditions and consequences of relative deprivation: Two field studies. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(11), 944–964. <https://doi.org/10.1111/j.15591816.1995.tb02384.x>
- Orszulak, N., Kubiak, K., Kowal, A., Czapla, M., & Uchmanowicz, I. (2022). Nurses' quality of life and healthy behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12927. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912927>
- Osborne, D., Huo, Y. J., & Smith, H. J. (2015). Organizational respect dampens the impact of group-based relative deprivation on willingness to protest pay cuts. *British Journal of Social Psychology*, 54(1), 159–175. <https://doi.org/10.1111/bjso.12069>
- Özdemir, F. (2019). Relationship between coping strategies and subjective well-Being at different levels of relative deprivation. *Current Approaches in Psychiatry*, 11(Suppl 1), 234–245. <https://doi.org/10.18863/pgy.616916>
- Özdemir, F., Tekeş, B., & Özkan, B. Ö. (2019). Birey düzeyinde görelî yoksunluk ve öznel esenlik arasındaki dolaylı ilişki. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34(84), 37–49. <https://doi.org/10.31828/tpd1300443320180811m000009>
- Özer, B. U., & Apay, S. E. (2022). Ölçme araçlarının seçimi için uzlaşmaya dayalı standartlar: Cosmin kılavuzu. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9(1), 23–32.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (1st edition). Open University Press.
- Pearson, J. A., Fallacaro, M. D., & Pellegrini, J. E. (2009). Perceived deprivation in active duty military nurse anesthetists. *AANA Journal*, 77(1), 42–48.
- Pekkan, N. Ü., & Çalışkan, A. (2020). Yaratıcı takım iklimi ölçeği: Türkçe' ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(39), 1007–1021. <https://doi.org/10.46928/iticusbe.768433>
- Peng, J., Zhang, J., Zhang, Y., & Gong, P. (2019). Relative deprivation and job satisfaction in Army officers: A moderated mediation model. *Work*, 62(1), 49–58. <https://doi.org/10.3233/WOR-182841>
- Peng, X., & Wu, D. (2022). The protective effect of grit on clinical nurses' occupational psychological distress: Mediating and suppressing effects of Hope. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1019655>
- Pettigrew, T. F. (2015). Samuel Stouffer and relative deprivation. *Social Psychology Quarterly*, 78(1), 7–24. <https://doi.org/10.1177/0190272514566793>

- Pincha Baduge, M. S. D. S., Garth, B., Boyd, L., Ward, K., Joseph, K., Proimos, J., & Teede, H. J. (2024). Barriers to advancing women nurses in healthcare leadership: a systematic review and meta-synthesis. *EClinicalMedicine*, 67, 102354. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102354>
- Ploeg, J., Kaasalainen, S., McAiney, C., Martin-Misener, R., Donald, F., Wickson-Griffiths, A., Carter, N., Sangster-Gormley, E., Schindel Martin, L., Brazil, K., & Taniguchi, A. (2013). Resident and family perceptions of the nurse practitioner role in long term care settings: A qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 12(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-24>
- Qin, W., Xu, L., Jing, Y., Han, W., & Hu, F. (2022). Relative deprivation, depression and quality of life among adults in Shandong Province, China: A conditional process analysis based on social support. *Journal of Affective Disorders*, 312, 136–143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.019>
- Rainbow, J. G., Dudding, K. M., Bethel, C., Norton, A., Platt, C., Vyas, P. K., & Slebodnik, M. (2024). Work-related health conditions among American nurses: A scoping review. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241257026>
- Rinkinen, T., Kinnula, M., & Nordquist, H. (2024). Technological development roles and needs in pre-hospital emergency care from the advanced level paramedics' perspective. *International Emergency Nursing*, 73, 101406. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101406>
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323–338. <https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Seçer, İ. (2021). *Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci: SPSS ve LISREL uygulamaları* (3. baskı). Anı Yayıncılık.
- Shetty, R. S., Kamath, G. B., Rodrigues, L. L. R., Nandineni, R. D., & Shetty, S. R. (2024). The impact of the physical environment on staff in healthcare facilities: A systematic literature review. *Buildings*, 14(9), 2773. <https://doi.org/10.3390/buildings14092773>
- Shi, X., Xiong, D., Zhang, X., Han, M., Liu, L., & Wang, J. (2023). Analysis of factors influencing the job satisfaction of medical staff in tertiary public hospitals, China: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1048146>
- Simkhada, B., van Teijlingen, E., Pandey, A., Sharma, C. K., Simkhada, P., & Singh, D. R. (2023). Stakeholders' perceptions of continuing professional development among Nepalese nurses: A focus group study. *Nursing Open*, 10(5), 3336–3346. <https://doi.org/10.1002/nop2.1586>
- Şimşek, Ö. F. (2007). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş, temel ilkeler ve LISREL uygulamaları*. Ekinoks Yayınları.

- Smith, H. J., Pettigrew, T. F., Pippin, G. M., & Bialosiewicz, S. (2012). Relative deprivation: A theoretical and meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 16(3), 203–232. <https://doi.org/10.1177/1088868311430825>
- Smith, H. J., Ryan, D. A., Jaurique, A., & Duffau, E. (2020). Personal relative deprivation and mental health among university students: Cross-sectional and longitudinal evidence. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 20(1), 287–314. <https://doi.org/10.1111/asap.12201>
- Stouffer, S. A., Suchman, E. A., DeViney, L. C., Star, S. A., & Williams, R. M. (1949). *The American soldier: Adjustment during army life*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Subramaniam, C., Johari, J., Mashi, M. S., & Mohamad, R. (2023). The influence of safety leadership on nurses' safety behavior: The mediating role of safety knowledge and motivation. *Journal of Safety Research*, 84, 117–128. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2022.10.013>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2020). *Çok değişkenli istatistiklerin kullanımı* (M. Baloglu, Ed.; 6. baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tamata, A. T., & Mohammadnezhad, M. (2023). A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. *Nursing Open*, 10(3), 1247–1257. <https://doi.org/10.1002/nop2.1434>
- Tamer, E., & Öztürk, H. (2021). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(2), 107–119. <https://doi.org/10.53490/eghehemsire.748208>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi* (5. baskı). Nobel Akademik Yayıncılık
- TDK. (2025, January 15). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. <https://sozluk.gov.tr/>
- Teo, S. T., Yeung, M., & Chang, E. (2012). Administrative stressors and nursing job outcomes in Australian public and non-profit health care organisations. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9–10), 1443–1452. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03871.x>
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Tomblin Murphy, G., MacKenzie, A., Waysome, B., Guy-Walker, J., Palmer, R., Elliott Rose, A., Rigby, J., Labonté, R., & Bourgeault, I. L. (2016). A mixed-methods study of health worker migration from Jamaica. *Human Resources for Health*, 14(S1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0125-8>
- Topuz, F., Bülbüloğlu, S., Filizli, Z., & Zayin, D. (2023). Nursing image from the perspective of healthcare professionals during the post-COVID-19 pandemic

- period: A cross-sectional study. *Journal of Radiology Nursing*, 42(3), 334–338. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2023.02.012>
- Tropp, L. R., & Wright, S. C. (1999). Ingroup identification and relative deprivation: an examination across multiple social comparisons. *European Journal of Social Psychology*, 29(5–6), 707–724.
- Vaisey, S. (2006). Education and its discontents: Overqualification in America, 1972–2002. *Social Forces*, 85(2), 835–864. <https://doi.org/10.1353/sof.2007.0028>
- Wan, J., Qin, M., Zhou, W., Zhou, H., & Li, P. (2023). Procedural justice, relative deprivation, and intra-team knowledge sharing: The moderating role of group identification. *Frontiers in Psychology*, 14, 994020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.994020>
- Wang, M., Wang, L., & Lu, C. (2023). Nurses' sense of organizational support, Self-esteem and perceived professional benefits: A mediating model. *Nursing Open*, 10(4), 2098–2106. <https://doi.org/10.1002/nop2.1457>
- Wieke Noviyanti, L., Ahsan, A., & Sudartya, T. S. (2021). Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *Journal of Public Health Research*, 10(2). <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2225>
- Xu, H., & Zhao, X. (2024). Organizational support enhances nurses' work-family enrichment: a person–context interactionist perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1392811>
- Yavuz, S. (2005). Developing a technology attitude scale for pre-service chemistry teachers. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 4(1).
- Yeşiltaş, M., Arici, H. E., & Sormaz, Ü. (2023). Does perceived overqualification lead employees to further knowledge hiding? The role of relative deprivation and ego depletion. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 35(5), 1880–1900. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-11-2021-1392>
- Yeşilyurt, S., & Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251–264. <https://doi.org/10.17556/erziefd.297741>
- Yeşilyurt, T., Göktepe, N., & Polat, Ş. (2023). The mediating effect of job motivation on the relationship between career barriers and nurses' turnover intention. *Collegian*, 30(6), 821–827. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2023.09.002>
- Yılmaz, N. (2020). An investigation of the relationship between relative deprivation and perceived stress: A review on academicians. *Journal of Business Research - Turk*, 12(2), 1974–1983. <https://doi.org/10.20491/isarder.2020.956>
- Yılmaz, N., & Erkal, S. (2020). The analysing the effect of relative deprivation of housekeeping personnel on their performance. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(1), 127–148.
- Yurdugül, H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 771–774.

- Zaitoun, R. A., Said, N. B., & de Tantillo, L. (2023). Clinical nurse competence and its effect on patient safety culture: a systematic review. *BMC Nursing*, 22(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01305-w>
- Zhang, H., Liu, M., & Tian, Y. (2016). Individual-based relative deprivation (IRD) decreases prosocial behaviors. *Motivation and Emotion*, 40(5), 655–666. <https://doi.org/10.1007/s11031-016-9564-8>
- Zheng, X., Jing, C., Liu, Y., & Zhang, Y. Y. (2023). Why are people ‘Lying Flat’? Personal relative deprivation suppresses self-improvement motivation. *British Journal of Social Psychology*, 62(2), 932–948. <https://doi.org/10.1111/bjso.12611>
- Zhou, L., Kachie Tetgoum, A. D., Quansah, P. E., & Owusu-Marfo, J. (2022). Assessing the effect of nursing stress factors on turnover intention among newly recruited nurses in hospitals in China. *Nursing Open*, 9(6), 2697–2709. <https://doi.org/10.1002/nop2.969>

8. EKLER

EK 1 Tanıtıcı Özellikler Formu

1. **Cinsiyetiniz:** () Kadın () Erkek
2. **Yaşınız:** () 25 yaş ve altı () 26-30 yaş () 31-35 yaş () 36-40 yaş
() 41-45 yaş () 46-50 yaş () 51-55 yaş () 56 yaş ve üzeri
3. **Medeni Durumunuz:** () Evli () Bekar
4. **Çocuk Sayınız:** () 0 () 1 () 2 () 3 ve üzeri
5. **Eğitim Durumunuz (Hemşirelik Alanında!):**
() Lise mezunu () Ön lisans mezunu
() Lisans mezunu () Yüksek lisans mezunu () Doktora mezunu
6. **Çalıştığınız Kurum Türü:**
() Devlet hastanesi () Eğitim ve araştırma hastanesi
() Üniversite hastanesi () Özel hastane
7. **Meslekte Çalışma Yılıınız:** () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl
() 16-20 yıl () 21-25 yıl () 26 yıl ve üzeri
8. **Kurumda Çalışma Yılıınız:** () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl
() 16-20 yıl () 21-25 yıl () 26 yıl ve üzeri
9. **Kurumda Çalıştığınız Birimdeki Çalışma Yılıınız:** () 1-3 yıl () 4-6 yıl
() 7-9 yıl () 10 yıl ve üzeri
10. **Hemşire olarak aylık toplam geliriniz (TL) (maaş+nöbet+ek ödeme vb.):**
() 10.000-30.000 () 31.000-50.000
() 51.000-70.000 () 71.000 ve üzeri
11. **Haneye Giren Aylık Toplam Geliriniz (TL):**
() 20.000-50.000 () 51.000-80.000 () 81.000-110.000
() 111.000-140.000 () 141.000 ve üzeri
12. **Bulunduğunuz Kurumdaki Pozisyonunuz:**
() Servis hemşiresi () Yoğun bakım hemşiresi () Acil hemşiresi

- ☐ Ameliyathane hemşiresi ☐ Poliklinik hemşiresi
- ☐ Sorumlu hemşire ☐ Süpervizör
- ☐ Üst düzey yönetici (Sağlık bakım hizmetleri müdürü, hemşirelik hizmetleri müdürü veya yardımcısı)
- ☐ İdari birimler.....(Lütfen belirtiniz)
- ☐ Diğer.....(Lütfen belirtiniz)

13. Çalışma Şekliniz:

- ☐ Sürekli gece (nöbet)
- ☐ Sürekli gündüz (mesai)
- ☐ Gece ve gündüz (nöbet+mesai dönüşümlü)

14. Aylık Ortalama Ek Mesai Saatiniz (Fazla Çalışma):

- ☐ 0 saat
- ☐ 1-16 saat
- ☐ 17-32 saat
- ☐ 33-64 saat
- ☐ 65 saat ve üzeri

EK 2 Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği Uzman Görüşüne Sunulan Taslak Form (88 Madde)

ALT BOYUT	MADDELER	Madde gereksiz	Madde gerekli, ancak düzeltilmeli	Madde gerekli
MESLEKİ YOKSUNLUK				
Eğitim Öneriniz:	1.Aldığım teorik eğitimin hemşirelik görevlerimi yerine getirmede yetersiz kaldığımı düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
	2.Aldığım uygulama eğitiminin işimi yaparken yeterli olmadığını düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
	3.Mesleki eğitim programları (sertifikasyon, kurs vb.) ihtiyacım olan bilgi ve becerileri kazandırmada yeterli değildir.			
	Öneriniz:			
	4.Görev yaptığım alanlarla ilgili önceden yeterli uyum eğitimi almadım.			
	Öneriniz:			
Kariyer gelişimi Öneriniz:	5. Mesleğimle ilgili daha ileri eğitim alma konusunda destek görmüyorum.			
	Öneriniz:			
	6.Aldığım eğitimle ilgili alanlarda görevlendirilmiyorum.			
	Öneriniz:			
	7.Eğitim fırsatlarından yeteri kadar yararlanamıyorum.			
	Öneriniz:			
	8.Eğitim düzeyim kariyer ilerlememde engel olarak karşıma çıkıyor.			
	Öneriniz:			
	9.Mesleki yenilikleri yeteri kadar takip edemiyorum.			
	Öneriniz:			
	10.Bulduğum pozisyonda daha ileri düzeyde eğitime ihtiyaç duyuyorum.			
	Öneriniz:			
	11.Kariyer hedeflerime ulaşmada mesleki gelişim fırsatları yetersiz kalıyor.			
	Öneriniz:			
	12.Mesleki gelişimim için sahip olduğum imkanlar sınırlıdır.			
	Öneriniz:			
	13.Aldığım hizmet içi eğitimler mesleki bilgi ve becerilerimi arttırmada yeterli değil.			
	Öneriniz:			

EK 2 Devamı

Mesleki Deneyim ve Yeterlilik Öneriniz:	14.İş yerindeki zorluklarla başa çıkmada mesleki deneyimimin yetersiz kaldığını düşünüyorum.				
	Öneriniz:				
	15.Mesleki yeterliliğimi artırma konusunda yöneticilerimden yeterli destek göremiyorum.				
	Öneriniz:				
	16.Mesleki sorumluluklarımı yerine getirmede kendimi yeterli görmüyorum.				
	Öneriniz:				
	17.Mesleki bilgi ve becerilerimin beklenen hemşirelik hizmetleri için yeterli olmadığını düşünüyorum.				
Mesleki İtibar ve Saygınlık Öneriniz:	Öneriniz:				
	18.Kendimi saygınlığı düşük bir mesleğin üyesi olarak değerlendiriyorum.				
	Öneriniz:				
	19.Mesleğimin toplumda yeteri kadar itibar görmediğini düşünüyorum.				
	Öneriniz:				
	20.Sağlık ekibi üyeleri arasında mesleki olarak yeterli saygınlığa sahip değilim.				
	Öneriniz:				
Mesleki İtibar ve Saygınlık Öneriniz:	21.Mesleğimin diğer mesleklere göre itibar ve saygınlığının düşük olduğunu düşünüyorum.				
	Öneriniz:				
	22.Mesleki itibarın çalışma ortamındaki etkileşimleri zayıflattığını düşünüyorum.				
	Öneriniz:				
	BİREYSEL YOKSUNLUK				
	Temel Gereksinimler Öneriniz:	1.Kendime yeteri kadar zaman ayıramıyorum.			
		Öneriniz:			
2.Kişisel bakım ve sağlığıma ihmal ediyorum.					
Öneriniz:					
3.Sosyal etkinliklere/hayata yeteri kadar katılamıyorum.					
Öneriniz:					
4.Yeterince dinlenme fırsatı bulamıyorum.					
Öneriniz:					
5.Kendimi sürekli yorgun hissediyorum.					
Öneriniz:					
6.Kişilerarası ilişkilerimi sağlıklı bir şekilde yürütemiyorum.					
Öneriniz:					
7.Kendimi genel olarak güvende hissetmiyorum.					
Öneriniz:					
8. İyi bir şekilde beslenemiyorum.					
Öneriniz:					

EK 2 Devamı

	9.Yeteri kadar sağlıklı olduğumu düşünmüyorum.			
	Öneriniz:			
	10.Ailemle oldukça az zaman geçiriyorum.			
	Öneriniz:			
Yaşam Kalitesi	11.İyi bir yaşam kalitesine sahip olduğumu düşünmüyorum.			
Öneriniz:	Öneriniz:			
	12.Yaptığım iş ruh sağlığımı olumsuz etkiliyor.			
	Öneriniz:			
	13.Yeterli rahatlık ve konfora sahip olmadığımı hissediyorum.			
	Öneriniz:			
	14.Çalışma koşullarım yaşam kalitemi olumsuz etkiliyor.			
	Öneriniz:			
	15.Yaşamımdan yeterince keyif alamıyorum.			
	Öneriniz:			
	16.Çalışma yaşamım günlük yaşam enerjimi azaltıyor.			
	Öneriniz:			
	17.Kişisel hedeflerime ulaşmada verimli olamıyorum.			
	Öneriniz:			
	18.Kişisel gelişimime ve hobilerime zaman ayıramıyorum.			
	Öneriniz:			
Mesleki Gelir	19.Mesleki gelirim, iyi bir yaşam standardına sahip olmama engel oluyor.			
Öneriniz:	Öneriniz:			
	20.Mesleki gelirim, genel yaşam memnuniyetimi azaltıyor.			
	Öneriniz:			
	21.Mesleki gelirim yeterli olmaması nedeniyle sürekli bir kaygı duyuyorum.			
	Öneriniz:			
	22.Mesleki gelirim hak ettiğim düzeyde olmadığını düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
	23.Mesleki gelirim, ailemi desteklememde yetersiz kalıyor.			
	Öneriniz:			
	24.Mesleki gelirim, gelecek planlarımı olumsuz etkiliyor.			
	Öneriniz:			
	25.Mesleki gelirim, gereksinimlerini karşılamama yetmiyor.			
	Öneriniz:			
	26.Mesleki gelirim nedeniyle yaşamdan zevk alamıyorum.			
	Öneriniz:			

EK 2 Devamı

	27.Mesleki gelirim iyileştirilmesi için yeterli fırsatlar sunulmadığını düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
	28.Mesleki gelir düzeyim nedeniyle kendimi güvende hissetmiyorum.			
	Öneriniz:			
	29.Mesleki gelirim, kendimi geliştirecek fırsatları değerlendirmeme engel oluyor.			
	Öneriniz:			
ÖRGÜTSEL YOKSUNLUK				
Örgütsel Destek Öneriniz:	1.Yöneticilerimden yeterli destek alamıyorum.			
	Öneriniz:			
	2.Çalışma arkadaşlarımdan yeteri kadar destek göremiyorum.			
	Öneriniz:			
	3.İş yerinde karşılaştığım sorunları çözmede yeteri kadar yardım alamıyorum.			
	Öneriniz:			
	4.Zor durumlarla başa çıkmak için gerekli desteğe sahip değilim.			
	Öneriniz:			
Kaynak kullanımı/temini Öneriniz:	5.Yöneticilerim tarafından yeterince önem verilmediğini düşünüyorum			
	Öneriniz:			
	6.Gerekli malzemelerin sağlanması konusunda yetersizlik yaşıyorum.			
	Öneriniz:			
	7.Kullandığımız araç gereçlerin yeterli olmadığını düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
	8.Personel sayısının ihtiyacımızı karşılamadığını düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
	9.Eğitim materyalleri ve kaynaklarına erişim imkânım sınırlı.			
	Öneriniz:			
	10.Yenilikleri işe entegre etme konusunda yeterli kaynağın verilmediğini düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
	11.İş sağlığı ve güvenliği ekipmanlarının yeteri kadar sağlanmadığını düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
	12.Bütçe kısıtlamaları nedeniyle kaynak temininde yetersizlikler yaşıyorum.			
	Öneriniz:			
	13.Kaynak yetersizliğinden dolayı yeterli eğitim alamıyorum.			
	Öneriniz:			

EK 2 Devamı

	14.Kaynaklara erişimde sürekli sorunlar yaşıyorum.			
	Öneriniz:			
Kurumsal İmkanlar	15.Çalıştığım kurumun, kariyer gelişimimi sağlayacak imkanlara sahip olduğunu düşünüyorum.			
Öneriniz:	Öneriniz:			
	16.Yeterli teknolojik imkanlara sahip olmadığımı düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
	17.Kurum çalışanlarına yönelik yeterli sosyal imkanlara (servis, kreş vb.) sahip değilim.			
	Öneriniz:			
	18.İş sağlığı ve güvenliği için sunulan olanakların yeterli olmadığını düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
Fiziki Koşullar	19.Çalıştığım birimdeki fiziksel koşulların yeterli olmadığını düşünüyorum.			
Öneriniz:	Öneriniz:			
	20.Çalıştığım birimdeki fiziksel koşulların düzenlenmesi gerektiğini düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
	21.Çalıştığım birimdeki fiziksel koşullar sağlığımı olumsuz etkiliyor.			
	Öneriniz:			
Güvenlik	22.Çalıştığım ortamdaki tehlikelere karşı yeterince korunmadığımı düşünüyorum.			
Öneriniz:	Öneriniz:			
	23.Çalıştığım kurumda iş sağlığı ve güvenliği için yapılan eğitimlerin etkili olmadığını düşünüyorum.			
	Öneriniz:			
	24.İş kazası geçirme korkusu yaşıyorum.			
	Öneriniz:			
	25.Çalıştığım ortamdaki risklerden dolayı stres ve kaygı yaşıyorum.			
	Öneriniz:			
İletişim	26.Birlikte çalıştığım kişilerle sağlıklı bir iletişim süreci yaşayamıyorum.			
Öneriniz:	Öneriniz:			
	27.Meslektaşlarım veya yöneticilerimle sık sık anlaşmazlıklar yaşıyorum.			
	Öneriniz:			
	28.Performansımın artması için çalıştığım yerde çatışmaların azalmasına ihtiyaç duyuyorum.			
	Öneriniz:			
	29.Çalıştığım kişilerle yaşanan iletişim problemleri beni olumsuz etkiliyor.			

EK 2 Devamı

	Öneriniz:			
	30.İletişim becerilerimin güçlendirilmesine ihtiyaç duyuyorum.			
	Öneriniz:			
Çalışma Yüğü Dengesi Öneriniz:	31.Çalışma yükümün azaltılmasına ihtiyaç duyuyorum.			
	Öneriniz:			
	32.Çalışma yüküm nedeniyle verimli olamıyorum.			
	Öneriniz:			
	33.Çalışma yüküm iş ile özel hayat dengesini sağlamama engel oluyor.			
	Öneriniz:			
	34.Çalışma saatlerimin uzun olması özel yaşamımı olumsuz etkiliyor.			
	Öneriniz:			
	35.Çalışma yüküm, işle ilgili duygularımı olumsuz etkiliyor.			
	Öneriniz:			
	36.Çalışma yüküm, sağlığımı olumsuz etkiliyor.			
	Öneriniz:			
37.Çalışma yüküm mesleki performansımın düşmesine neden oluyor.				
	Öneriniz:			

EK 3 Görüş Alınan Uzmanlar

1. Prof. Dr. Ş***** S***** İ***** (Hemşirelikte Yönetim Anabilim dalı)
2. Doç. Dr. A***** B***** (Sağlık Yönetimi Anabilim dalı)
3. Doç. Dr. A***** Ç***** K***** (Hemşirelikte Yönetim Anabilim dalı)
4. Doç. Dr. A***** K***** (Hemşirelikte Yönetim Anabilim dalı)
5. Doç. Dr. H***** G***** Ç***** (Hemşirelikte Yönetim Anabilim dalı)
6. Dr. Öğr. Üyesi A***** K***** (Hemşirelikte Yönetim Anabilim dalı)
7. Dr. Öğr. Üyesi F***** E***** (Hemşirelikte Yönetim Anabilim dalı)
8. Dr. Öğr. Üyesi M***** G***** (Hemşirelikte Yönetim Anabilim dalı)
9. Uzman Hemşire (Hemşirelikte Yönetim-doktora mezunu) H***** D*****
10. Uzman Hemşire (Hemşirelikte Yönetim-doktora öğrencisi) G***** Ö*****
11. Uzman Hemşire (Hemşirelikte Yönetim-doktora öğrencisi) Ö***** K*****
G*****

Türk Dil Uzmanı M***** G*****

*Uzman sıralaması unvan ve alfabetik sıralamaya göre verilmiştir.

EK 4 Uzman Görüşü Formu

Sayın

“Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği’nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi” amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada, hemşirelerin yaşadıkları sorunların ve bu sorunların yarattığı yoksunluk düzeylerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı oluşturulması planlanmıştır. Hemşirelerin yoksunluk düzeylerini anlamaya odaklanan geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmek, güncel hemşirelik araştırmalarına katkıda bulunulmasını sağlayacak ve bu alanda daha fazla çalışma yapılmasına ilham verebilecektir.

Yapılan nitel araştırma sonuçlarına göre 3 alt boyut (mesleki, bireysel, örgütsel) ve 88 maddeden oluşan ölçek taslağı oluşturulmuştur. Ölçeğe verilen yanıtlar madde gereksiz, madde gerekli ancak düzeltilmeli ve madde gerekli şeklindedir. Sizlerden istediğimiz taslak ölçeği Türkçe ilgililik, açıklık, anlaşılabilirlik ve uygunluk yönünden değerlendirerek ilgili bölümü işaretlemeniz ve varsa değerli görüş ve önerilerinizi belirtmenizdir.

Desteginiz ve değerli katkılarınız için şimdiden çok teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Araştırmacılar

*Uzman Hemşire Nurşah TATOĞLU. İvrindi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu. Öğretim Görevlisi. Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı doktora öğrencisi.

e-posta:

telefon:

*Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ. Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı.

e-posta:

telefon:

EK 5 Uzman Görüşü Sonrası Maddeler (63 Madde)

HEMŞİRELERDE YOKSUNLUK ÖLÇEĞİ TASLAK FORM	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Ters kodlanan maddeler*					
Ölçeğin son halinde kalan maddeler boyanmıştır					
MESLEKİ YOKSUNLUK					
1. Aldığım teorik eğitim, mesleki görevlerimi yerine getirmede yeterlidir.*					
2. Aldığım uygulamalı eğitim, mesleki görevlerimi yerine getirmede yeterlidir.*					
3. İhtiyacım olan bilgi ve becerileri kazandıracak mesleki eğitim programlarına (sertifikasyon, kurs vb.) katılamıyorum.					
4. Aldığım hizmet içi eğitimler mesleki bilgi ve becerilerimi artırmada yeterli değil.					
5. Görev yaptığım alanlarla ilgili yeterli uyum eğitimi aldım.*					
6. Mesleğimle ilgili lisansüstü eğitim fırsatlarından yararlanamıyorum.					
7. Mesleki yenilikleri takip etmekte zorlanıyorum.					
8. İş yerindeki zorluklarla başa çıkmada mesleki deneyimim yetersiz kalıyor.					
9. Mesleki yeterliliğimi artırmaya ihtiyaç duyuyorum.					
10. İşimi iyi yapabilmek için gerekli mesleki yeterliliğe sahibim.*					
11. Yeterli saygınlığı olmayan bir mesleğin üyesiyim.					
12. Toplumda itibar gören bir meslek üyesiyim.*					
13. Ekip arkadaşlarım, hemşirelik mesleğini saygın bulmuyor.					
14. Mesleğime diğer mesleklerle göre daha az itibar ediliyor.					
BİREYSEL YOKSUNLUK					
1. Kendimi genel olarak güvende hissetmiyorum.					
2. Aileme yeteri kadar zaman ayırabiliyorum.*					
3. Yeterince dinlenme fırsatı bulamıyorum.					
4. Kişilerarası ilişkilerimi sağlıklı bir şekilde yürütemiyorum.					
5. Bedensel sağlığıma yönelik gereksinimlerimi karşılayabiliyorum.*					
6. Sağlıklı bir şekilde beslenemiyorum.					
7. Ruhsal sağlığıma yönelik gereksinimlerimi karşılayamıyorum.					
8. Kişisel hedeflerime ulaşmada başarılı olamadığımı düşünüyorum.					
9. Kişisel yaşamıma yeteri kadar zaman ayırabiliyorum.*					
10. İyi bir yaşam kalitesine sahip olduğumu düşünmüyorum.					
11. Çalışma koşullarım yaşam kalitemi olumsuz etkiliyor.					

Ek 5 Devamı

12. Yaşamımdan yeterince keyif alamıyorum.					
13. Çalışma yaşamım günlük yaşam enerjimi azaltıyor.					
14. İyi bir yaşam sürdürebilmek için yeterli mesleki gelire sahibim.*					
15. Gelecek planlarımı gerçekleştirmek için gereken mesleki gelire sahibim.*					
16. Mesleki gelirim, gereksinimlerimi karşılamama yetmiyor.					
17. Mesleki gelirim nedeniyle yaşam memnuniyetim azalıyor.					
18. Mesleki gelir düzeyim nedeniyle kendimi güvende hissetmiyorum.					
19. Mesleki gelirim hak ettiğim düzeyde olduğunu düşünüyorum.*					
ÖRGÜTSEL YOKSUNLUK					
1. Yöneticilerimden ihtiyaç duyduğum desteği alamıyorum.					
2. Çalışma arkadaşlarımdan ihtiyaç duyduğum desteği alamıyorum.					
3. İş yerinde karşılaştığım sorunları çözmede gereken yardımı alamıyorum.					
4. Yöneticilerim tarafından önemsenmediğimi düşünüyorum.					
5. İşimi yapabilmem için gerekli malzemelere sahibim.*					
6. İşyerindeki personel sayısı ihtiyacımızı karşılamamaktadır.					
7. İhtiyaç duyduğumuzda gerekli kaynak desteği sağlanmaktadır.*					
8. İşyerinde kullandığımız araç gereçler ihtiyacımızı karşılamaktadır.*					
9. Çalıştığım kurumun eğitim ve gelişime yönelik imkanları yeterlidir.*					
10. Çalıştığım kurumun teknolojik imkanları yeterlidir.*					
11. Çalıştığım kurumun sosyal imkanlarının (servis, kreş, otopark vb.) artırılmasına ihtiyaç duyuyorum.					
12. Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşullar gereksinimlerimi karşılamada yeterli değil.					
13. Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşulların iyileştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
14. Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşullar sağlığımı olumsuz etkiliyor.					
15. Çalıştığım kurumda iş sağlığı ve güvenliği için yapılan eğitimlerin etkili olmadığını düşünüyorum.					
16. Çalıştığım kurumda iş sağlığı ve güvenliği için alınan önlemler yeterlidir.*					
17. Çalıştığım ortamdaki tehlikelere ve risklere karşı kendimi güvende hissetmiyorum.					
18. Çalıştığım ortamdaki tehlikelerin ve risklerin azaltılması gerektiğini düşünüyorum.					
19. Birlikte çalıştığım kişilerle sağlıklı bir iletişim kuramıyorum.					
20. Birlikte çalıştığım kişilerle anlaşmazlıklar yaşıyorum.					
21. İşle ilgili iletişim becerilerimi geliştirmeye ihtiyaç duyuyorum.					
22. İş yükümün azaltılmasına ihtiyaç duyuyorum.					
23. İş yüküm, performansımı olumsuz etkiliyor.					
24. İş yüküm, iş ile özel hayat arasında denge kurmama engel oluyor.					
25. İş yüküm, işime yönelik duygularımı olumsuz etkiliyor.					
26. İş yüküm nedeniyle sağlığım olumsuz etkileniyor.					
27. Sahip olduğum niteliklere uygun bir birimde çalışmıyorum.					
28. Görev yaptığım pozisyonda kendimi geliştirmeye ihtiyaç duyuyorum.					
29. Kariyer hedeflerime ulaşmak için sahip olduğum imkanlar sınırlıdır.					
30. Çalıştığım kurumun, kariyer gelişimimi sağlayacak imkanlara sahip olduğunu düşünüyorum.*					

EK 6 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

... / ... /

Değerli Meslektaşımız,

Bu araştırma **“Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği’nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi”** amacıyla Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ danışmanlığında doktora öğrencisi Öğr. Gör. Nurşah TATOĞLU tarafından doktora tezi olarak yürütülmektedir. Sizden sadece bu anket formunda yer alan ifadelerden sizin için uygun olanını işaretlemeniz beklenmektedir. Araştırmaya katılım gönüllülüğe dayalı olup katılıp katılmamakta serbestsiniz. Katılmanız durumunda vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak, araştırmacılar tarafından sadece bu bilimsel çalışma kapsamında değerlendirilecektir. Bu çalışmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız durumunda herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Aynı zamanda soruları eksik yanıtlamanız halinde araştırmacılar tarafından da çalışma dışı bırakılabilirsiniz. Aşağıda yer alan “Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum” seçeneğini işaretlemeniz halinde araştırma hakkında yazılı olarak bilgilendirildiğiniz ve gönüllü olarak katıldığınız kabul edilecek ve bu aşamadan sonra anketin diğer sorularını cevaplamaya başlayabileceksiniz. Araştırma için bize destek olmanızı rica eder, çalışmalarınızda kolaylıklar dileriz.

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

EK 7 Etik Kurul Kararı-I



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM: Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ'ın 2024 -227 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzun 21.10.2024 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2024-9 sayılı toplantısında Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ danışmanlığında Uzm. Hem. Nurşah TATOĞLU tarafından yürütülmesi planlanan 2024-227 başvuru sayılı " **Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi** " konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

* Etik Kurul Üyesi [REDACTED] toplantıya katılmamıştır.

[REDACTED]
Komisyon Başkanı

EK 8 Özel Sevgi Hastanesi Kurum İzni



ÖZEL SEVGİ HASTANESİ



Sayı : E-95175346-006.01-1084
Konu : Doktora Tez Çalışması Hk.

22/11/2024

İLGİLİ MAKAMA

Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Hemşirelikte yönetim doktora programı öğrencisi Nurşah TATOĞLU'nun Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi başlıklı, Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ'ın danışmanlığındaki doktora tez çalışması tarafımızca değerlendirilmiş olup, kurumumuzdan ilgili verilerin toplanması için gerekli izin verilmiştir.

Mesul Müdür

EK 9 Özel İzmirlyolu Sevgi Hastanesi Kurum İzni



ÖZEL İZMİRLYOLU SEVGİ HASTANESİ

Sayı : E-35715946-002.01-566
Konu : Doktora Tez Çalışması Hk.

25/11/2024

İLGİLİ MAKAMA

Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Hemşirelikte yönetim doktora programı öğrencisi Nurşah TATOĞLU'nun Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi başlıklı, Prof.Dr. Serap ALTUNTAŞ'ın danışmanlığındaki doktora tez çalışması tarafımızca değerlendirilmiş olup, kurumumuzdan ilgili verilerin toplanması için gerekli izin verilmiştir.

Mesul Müdür

EK 10 Özel Bandırma Royal Hastanesi Kurum İzni



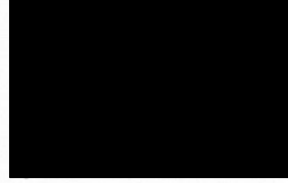
444 15 27
www.royalhastanesi.com.tr
info@royalhastanesi.com.tr
Paşakonak Mah. Sağlık Cad. No:16 Bandırma

Sayın Nurşah TATOĞLU;

Doktora tezinizin saha çalışmaları için "Aralık 2024-Kasım 2025" tarihleri arasında Özel Bandırma Royal Hastanesinde çalışmanın yapılabilmesi uygundur.

Gereğini rica ederim.

Genel Müdür



EK 11 Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.12.2024-E.453715



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : E-26489196-044-453715
Konu : Anket (Nurşah TATOĞLU)

04.12.2024

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 03.12.2024 tarihli ve 28711322/044/452753 sayılı yazı.

İlgi yazınıza istinaden Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi Rektörlüğünün doktora programı öğrencisi Nurşah TATOĞLU'nun "Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını Kurumumuzdaki hemşirelerden veri toplayarak gerçekleştirmesine izin verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Başhekim Yardımcısı

EK 12 Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Balıkesir Devlet Hastanesi Kurum İzni



T.C
BALIKESİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-51829602-604.01-267833216
Konu : Nuşah TATOĞLU'nun Bilimsel
Araştırması

07.02.2025

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 16.12.2024 tarihli ve E-53710697-770-262664548 sayılı yazımız.
b) 23.12.2024 tarihli ve E-44767171-770-263329957 sayılı yazımız.
c) 09.01.2025 tarihli yazımız.
ç) 06.02.2025 tarihli ve 2500005488 sayılı yazımız.

İlgi tarih ve sayılı yazılara istinaden; Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı Doktora Öğrencisi **Nuşah TATOĞLU** isimli araştırmacının, "*Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi*" konulu çok merkezli Bilimsel araştırma başvurusu Müdürlüğümüz "Bilimsel Araştırma Talepleri İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu" tarafından değerlendirilmiş olup, komisyon kararı ekte sunulmuştur.

Onaylanan çalışmanın ilgili kurumun işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin, sunulan hizmetleri aksatmayacak şekilde yürütülmesi, Kişisel sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması, özel hayatın gizliliğinin korunması, kişilik haklarının ihlal edilmemesi, 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmış olan 6698 sayılı "*Kişisel Verilerin Korunması Kanunu*"na riayet edilerek yürütülmesi, talep edilen verilerin ve bilgilerin edinilmesinde bilimsel amaç kapsamı dışına çıkılmaması ve yalnızca yapılacak çalışma kapsamında kullanılması gerekmektedir.

Araştırmanın beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş aracılığı ile ek süre talebinde bulunulması gerekmektedir.

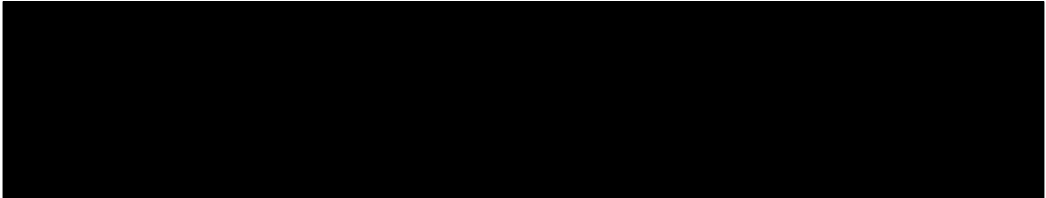
Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacı ile çalışma sonucunun bir suretinin Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı'na gönderilmesi, kurumun bilgisi dışında ilan edilmemesi, ilgili birim ve ilgililere tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Nuruşah TATOĞLU

Dağıtım:
Balıkesir Bandırma Eğitim Ve Araştırma Hastanesine
Balıkesir Devlet Hastanesine



 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	T.C. BALIKESİR VALİLİĞİ Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ KOMİSYON DEĞERLENDİRME FORMU	 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Doküman Kodu:ARGE.FR.03	Yayın Tarihi: 14.07.2016	Revizyon Tarihi/No:21.01.2020 / 02
Sayfa No:1/1		

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN			
Adı Soyadı	Nurşah TATOĞLU		
Kurumu / Üniversitesi	Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		
Araştırma Yapılacak İl / İller	Balıkesir (Çok merkezli araştırma)		
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Balıkesir Devlet Hastanesi, Özel Bandırma Royal H.,		
Araştırmanın Konusu	Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi		
Araştırmanın Statüsü	Doktora Tezi		
Ön İzin Formu	(x) Var () Yok		
Başvuru Belgeleri	Hastane Ön İzin Formu	(x) Var	() Yok
	Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu	(x) Var	() Yok
	Üniversite / Kurum Talebi	(x) Var	() Yok
	Araştırma Yöntemi Örneği	(x) Var	() Yok
	Kurumsal Kimlik Belgesi	(x) Var	() Yok
Veri Toplama Araçları	*Prospektif, *Tanıtıcı Özellikler Formu *Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği (PONS)		
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Ocak - Aralık 2025		
Görüş İstenilen Birimler	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü – Şengül ÖZEN		
KOMİSYON GÖRÜŞÜ / KARAR			
13.01.2025 tarihinde yapılan komisyon toplantısında; Nurşah TATOĞLU isimli araştırmacının " <i>Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi</i> " konulu araştırmasına ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.			
Komisyon Kararı	(x) Oy Birliği () Oy Çokluğu ile alınmıştır.		
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı:			
Gerekçesi:			

EK 13 Etik Kurul Kararı-II



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük
Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-25691463-050.04-2500005488
Konu : Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ Dilekçe
2024-45

30.01.2025

Sayın Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ
Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

GÜNDEM: Dilekçe görüşülmesi

KARAR: Etik Kurulumuzca 13.01.2025 tarihinde saat 10.00'da yapılan 2025-01 sayılı toplantısında 2024-227 başvuru sayılı Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ'ın danışmanlığında Öğr. Gör. Nurşah TATOĞLU'nun değerlendirilen ve etik açıdan uygun bulunan **"Hemşirelerde Yoksunluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi"** 2024-45 başvuru sayılı dilekçesine istinaden ilgili çalışmanın yapılacağı ve kamu hastaneleri örneklem grubu içerisinde yer alan Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi'nin araştırma kapsamından çıkarılması uygun bulunmuştur.

Kurul Üyesi

Kurul Üyesi

Kurul Üyesi

Kurul Üyesi

Kurul Üyesi

Kurul Üyesi

Kurul Başkanı

EK 14 Ölçek Geliştirmeye Yönelik Alınan Eğitimler



EK 15 Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği (HÇBYÖ)

HEMŞİRELERDE ÇOK BOYUTLU YOKSUNLUK ÖLÇEĞİ	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Ters kodlanan maddeler*					
MESLEKİ YOKSUNLUK ALT ÖLÇEĞİ					
1. Aldığım teorik eğitim, mesleki görevlerimi yerine getirmede yeterlidir.*					
2. Aldığım uygulamalı eğitim, mesleki görevlerimi yerine getirmede yeterlidir.*					
3. İş yerindeki zorluklarla başa çıkmada mesleki deneyimim yetersiz kalıyor.					
4. Mesleki yeterliliğimi artırmaya ihtiyaç duyuyorum.					
5. Yeterli saygınlığı olmayan bir mesleğin üyesiyim.					
6. Ekip arkadaşlarım, hemşirelik mesleğini saygın bulmuyor.					
7. Mesleğime diğer mesleklerle göre daha az itibar ediliyor.					
BİREYSEL YOKSUNLUK ALT ÖLÇEĞİ					
1. Kendimi genel olarak güvende hissetmiyorum.					
2. Bedensel sağlığıma yönelik gereksinimlerimi karşılayabiliyorum.*					
3. Sağlıklı bir şekilde beslenemiyorum.					
4. Ruhsal sağlığıma yönelik gereksinimlerimi karşılayamıyorum.					
5. Kişisel hedeflerime ulaşmada başarılı olamadığımı düşünüyorum.					
6. Çalışma koşullarım yaşam kalitemi olumsuz etkiliyor.					
7. Yaşamımdan yeterince keyif alamıyorum.					
8. Çalışma yaşamım günlük yaşam enerjimi azaltıyor.					
9. İyi bir yaşam sürdürebilmek için yeterli mesleki gelire sahibim.*					
10. Gelecek planlarımı gerçekleştirmek için gereken mesleki gelire sahibim.*					
11. Mesleki gelirim, gereksinimlerimi karşılamama yetmiyor.					
12. Mesleki gelirim nedeniyle yaşam memnuniyetim azalıyor.					
13. Mesleki gelir düzeyim nedeniyle kendimi güvende hissetmiyorum.					
ÖRGÜTSEL YOKSUNLUK ALT ÖLÇEĞİ					
1. Yöneticilerimden ihtiyaç duyduğum desteği alamıyorum.					
2. Çalışma arkadaşlarımdan ihtiyaç duyduğum desteği alamıyorum.					
3. İş yerinde karşılaştığım sorunları çözmede gereken yardımı alamıyorum.					

EK 15 Devamı

4. Yöneticilerim tarafından önemsenmediğimi düşünüyorum.					
5. İhtiyaç duyduğumuzda gerekli kaynak desteği sağlanmaktadır.*					
6. İşyerinde kullandığımız araç gereçler ihtiyacımızı karşılamaktadır.*					
7. Çalıştığım kurumun eğitim ve gelişime yönelik imkanları yeterlidir.*					
8. Çalıştığım kurumun teknolojik imkanları yeterlidir.*					
9. Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşullar gereksinimlerimi karşılamada yeterli değil.					
10. Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşulların iyileştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
11. Çalıştığım ortamdaki fiziksel koşullar sağlığımı olumsuz etkiliyor.					
12. Çalıştığım ortamdaki tehlikelere ve risklere karşı kendimi güvende hissetmiyorum.					
13. Çalıştığım ortamdaki tehlikelerin ve risklerin azaltılması gerektiğini düşünüyorum.					
14. İş yükümün azaltılmasına ihtiyaç duyuyorum.					
15. İş yüküm, performansımı olumsuz etkiliyor.					
16. İş yüküm, iş ile özel hayat arasında denge kurmada engel oluyor.					
17. İş yüküm, işime yönelik duygularımı olumsuz etkiliyor.					
18. İş yüküm nedeniyle sağlığım olumsuz etkileniyor.					

“Hemşirelerde Çok Boyutlu Yoksunluk Ölçeği” ‘Mesleki, Bireysel ve Örgütsel Yoksunluk’ Alt Ölçekleri ile hemşirelerin yoksunluk düzeylerini belirlemek amacıyla tasarlanmış olup geçerlik ve güvenirlik çalışmaları her bir alt ölçek için ayrı ayrı yapılarak geliştirilmiştir. Buna göre ölçek bütün olarak kullanılabileceği gibi her bir alt ölçek olarak ayrı ayrı da kullanılabilir.

Ölçeğe verilen yanıtlar; Hiç Katılmıyorum=1, Katılmıyorum=2, Kararsızım=3, Katılıyorum=4 ve Kesinlikle Katılıyorum=5 5’li Likert şeklinde puanlanmaktadır ve ölçekten alınan puanlar arttıkça yoksunluk düzeyi artmaktadır.

Mesleki Yoksunluk Alt Ölçeği Mesleki Yeterlilik (1-4) ve Mesleki İtibar ve Saygınlık (5-7) alt boyutlarından oluşmaktadır. 1 ve 2. Maddeler ters kodlanan maddelerdir.

Bireysel Yoksunluk Alt Ölçeği: Temel Bireysel Gereksinimler (1-8) ve Mesleki Gelir (9-13) alt boyutlarından oluşmaktadır. 2, 9 ve 10. Maddeler ters kodlanan maddelerdir.

Örgütsel Yoksunluk Alt Ölçeği: Örgütsel Destek (1-4), Kaynak Yeterliliği (5-8), Fiziki Koşullar ve Güvenlik (9-13) ve İş Yüğü Dengesi alt boyutlarından oluşmaktadır. 5, 6, 7 ve 8. Maddeler ters kodlanan maddelerdir.

**ters kodlanan maddeler analiz öncesi ters çevrilmelidir.*

9. ÖZGEÇMİŞ



