T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİKTE OTONOMİ ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELERİN OTONOMİSİ ile İLİŞKİLİ ETMENLERİN İNCELENMESİ

Merve ÖNAL

DANIŞMAN
Doç. Dr. Betül SÖNMEZ

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim, Doktora Programı

Temmuz, 2026

TEZ KABUL VE ONAYI

Merve ÖNAL tarafından, **Doç. Dr. Betül SÖNMEZ** danışmanlığında hazırlanan **"HEMŞİRELİKTE OTONOMİ ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELERİN OTONOMİSİ ile İLİŞKİLİ ETMENLERİN İNCELENMESİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **03/07/2026** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Betül SÖNMEZ İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Ülkü BAYKAL Altınbaş Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Feride EŞKİN BACAKSIZ İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Berra YILMAZ KUŞAKLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Merve ÖNAL

(imza)

Aileme ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

HEMŞİRELİKTE OTONOMİ ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELERİN OTONOMİSİ ile İLİŞKİLİ ETMENLERİN İNCELENMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Hemşirelik eğitimimin her aşamasında bana rehberlik eden, hemşireliğe dair düşünceleri ve duruşuyla bana rol model olan, ilgi, sabır ve desteğini benden asla esirgemeyen ve en önemlisi bana her daim inanan, değerli hocam Doç. Dr. Betül Sönmez'e

Doktora eğitimime kıymetli bilgi ve deneyimleriyle katkıda bulunan ve desteklerini esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Aytolan Yıldırım'a ve Prof. Dr. Ülkü Baykal'a,

Çalışmama uzman görüşleri ile katkı sağlayan kıymetli hocalarım ve meslektaşlarıma,

Kurumlarında araştırma yapılmasına izin vererek çalışmama katkı sağlayan İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne ve değerli katkılarından dolayı hemşire meslektaşlarıma,

Doktora eğitimim boyunca uygun çalışma koşullarımı sağlayan yöneticilerime ve sabır gösteren çalışma arkadaşlarıma,

Bu uzun ve zorlu süreçte beni motive eden dostum Gülay Cesur'a

Hayatım boyunca sevgi, güven ve özverileriyle her zaman yanımda olan ve bana inanan sevgili annem Songül Önal'a, babam Şaban Önal'a, kardeşlerim Ali ve Onur Önal'a

Son olarak, anlayışı, sabrı, sevgisi ve bitmeyen desteğiyle her zaman yanımda olan, bana güç veren kıymetli nişanlım Tolunay Güney'e

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım

Temmuz 2026 **Merve ÖNAL**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **x**
TABLO LİSTESİ ..... **xi**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xiv**
ÖZET ..... **xvi**
ABSTRACT ..... **xviii**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **4**
2.1. OTONOMİ KAVRAMI VE HEMŞİRELİKTE OTONOMİ 4
2.2. OTONOMİYİ AÇIKLAYAN KURAMSAL YAKLAŞIMLAR 7
2.2.1. Öz Belirleme Kuramı 7
2.2.2. Yapısal Güçlendirme Kuramı 8
2.2.3. Öz Yeterlilik Kuramı 9
2.3. HEMŞİRELİKTE OTONOMİ İLE İLİŞKİLİ ETMENLER 10
2.3.1. Bireysel Etmenler 10
2.3.2. Örgütsel Etmenler 11
2.3.3. Mesleki Etmenler 13
2.4. HEMŞİRELİKTE OTONOMİNİN SONUÇLARI 14
2.5. HEMŞİRELİKTE OTONOMİNİN ÖLÇÜLMESİ 15
3. YÖNTEM **18**
3.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASININ YÖNTEMİ 18
3.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Amacı ve Tipi 18
3.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi 18
3.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Zaman 19

3.1.4. Araştırmanın Birinci Aşamasının Veri Toplama Araçları 19
3.1.5. Araştırmanın Birinci Aşamasının Veri Analizi 25
3.1.6. Araştırmanın Birinci Aşamasının Etik Yönü 26
3.1.7. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sınırlılıkları 26
3.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASININ YÖNTEMİ 27
3.2.1. Araştırmanın İkinci Aşamasının Amacı ve Tasarımı 27
3.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi 28
3.2.3. Araştırmanın İkinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Zaman 29
3.2.4. Araştırmanın İkinci Aşamasını Veri Toplama Araçları 29
3.2.5. Araştırmanın İkinci Aşamasının Veri Analizi 31
3.2.6. Araştırmanın İkinci Aşamasının Etik Yönü 32
3.2.7. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sınırlılıkları 32
4. BULGULAR 34
4.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA AİT BULGULAR 34
4.1.1. AFA ve DFA Örnekleminde Yer Alan Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 34
4.1.2. AFA ve DFA Örneklemlerinin Homojenliğine İlişkin Bulgular 37
4.1.3. Hemşirelerde Otonomi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları 39
4.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA AİT BULGULAR 55
4.2.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 55
4.2.2. Başlangıç Analizleri 57
4.2.3. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular 62
4.2.4. Yapısal Eşitlik Modeline İlişkin Bulgular 64
5. TARTIŞMA 70
5.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 70
5.1.1. Geçerlik Bulgularının Tartışılması 70
5.1.2. Güvenirlik Bulgularının Tartışılması 74
5.1.3. Hemşirelikte Otonomi Ölçeği ve Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması 76
5.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 79
5.2.1. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması 79
5.2.2. Yapısal Eşitlik Modeline İlişkin Bulguların Tartışılması 82
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 89
6.1. SONUÇLAR 89

6.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sonuçları 89
6.1.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sonuçları 91
6.2. ÖNERİLER 93
6.2.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Önerileri 93
6.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Önerileri 94
KAYNAKLAR 96
EKLER 111
ETİK KURUL İZİN YAZISI 122
KURUM İZNİ YAZILARI 128
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 132
ÖZGEÇMİŞ 133

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3.1: Araştırmanın kavramsal çerçevesi. 28

Şekil 4.1: Yamaç Grafiği (N_{DFA}=333). 42

Şekil 4.2: Yol diyagramı (N_{DFA}=397). 45

Şekil 4.3: Yapısal eşitlik modeline ilişkin yol diyagramı (Model 1). 64

Şekil 4.4: Yapısal eşitlik modeline ilişkin yol diyagramı (Model 2). 65

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1: Hemşirelikte otonomiye ilişkin ölçüm araçları. 16

Tablo 3.1: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği geliştirme süreci. 20

Tablo 3.2: Araştırmanın birinci aşama için kullanılan istatistiksel yöntemler. 26

Tablo 3.3: Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini oluşturan hemşire sayısının dağılımı. 29

Tablo 3.4: Araştırmanın ikinci aşaması için kullanılan istatistiksel yöntemler. 32

Tablo 4.1: Açıklayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (N_{AFA}=333). 34

Tablo 4.2: Açıklayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan hemşirelerin mesleki özellikleri (N_{AFA}=333). 35

Tablo 4.3: Doğrulayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (N_{DFA}=397). 36

Tablo 4.4: Doğrulayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan hemşirelerin mesleki özellikleri (N_{DFA}=397). 37

Tablo 4.5: Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi örneklemlerinde homojenliğinin incelenmesi (kategorik değişkenler) (N_{AFA}=333, N_{DFA}=397). 38

Tablo 4.6: Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi örneklemlerinde homojenliğinin incelenmesi (sürekli değişkenler) (N_{AFA}=333, N_{DFA}=397). . 39

Tablo 4.7: KMO ve Bartlett Küresellik testi (N_{AFA}=333). 40

Tablo 4.8: Açıklayıcı faktör analizi özdeğer ve açıklanan varyans oranı (N_{AFA}=333). 41

Tablo 4.9: Döndürülmüş faktör yükleri (N_{AFA}=333). 43

Tablo 4.10: Ölçeğin alt boyut isimleri ve madde numaraları. 43

Tablo 4.11: Doğrulayıcı faktör analizine ait uyum indeksi ve referans değerleri (N_{DFA}=397). 44

Tablo 4.12: Doğrulayıcı faktör analizi madde anlamlılık düzeyleri ve madde analizi sonuçları (N_{DFA}=397). 46

Tablo 4.13: Hemşirelerde Otonomi Ölçeği ile Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği arasındaki ilişki (N_{AFA}=333).....47

Tablo 4.14: Hemşirelerde Otonomi Ölçeği ile Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği arasındaki ilişki (N_{DFA}=397).....47

Tablo 4.15: Yakınsak ve ıraksak geçerlik bulguları (N_{DFA}=397).....47

Tablo 4.16: Madde toplam korelasyon analizi (NDFA =397). 48

Tablo 4.17: Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları (N_{DFA}=397).....49

Tablo 4.18: Yarıya bölme bulguları (N_{DFA}=397). 50

Tablo 4.19: Test-tekrar test yöntemi bulguları (N_{DFA}=98).....50

Tablo 4.20: İki ölçüm arasında sınıf içi korelasyon bulguları (N_{DFA} =98).....51

Tablo 4.21: Paralel form yöntemi bulguları (N_{DFA}=397). 51

Tablo 4.22: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği yapısı.....52

Tablo 4.23: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği puan ortalamaları (N_{DFA}=397).....52

Tablo 4.24: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği korelasyon matrisi (N_{DFA}=397). 53

Tablo 4.25: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği puan ortalamalarının kurumlara göre karşılaştırılması (N_{DFA}=397). 53

Tablo 4.26: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği puan ortalamalarının birimlere göre karşılaştırılması (N_{DFA}=397). 54

Tablo 4.27: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği puan ortalamalarının göreve göre karşılaştırılması (N_{DFA}=397).....54

Tablo 4.28: Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (N=411). 55

Tablo 4.29: Hemşirelerin mesleki özellikleri (N=411). 56

Tablo 4.30: Ölçeklerin uyum indeksleri ve referans değerleri (N=411). 58

Tablo 4.31: Ölçek maddelerinin faktör yükleri ve yakınsak ve ıraksak geçerlik bulguları (N=411). 59

Tablo 4.32: Ölçeklere ilişkin HTMT değerleri (N=411).....60

Tablo 4.33: Ölçeklere ilişkin madde toplam korelasyonu ve Cronbach Alpha katsayıları (N=411). 61

Tablo 4.34: Ölçeklerin puan ortalamaları ve normal dağılım bulguları (N=411). 62

Tablo 4.35: Ölçek alt boyut ve toplam puanlarının korelasyon matrisi (N=411).....63

Tablo 4.36: Yapısal eşitlik modellerine ilişkin uyum indeksi ve uyum değerleri (N=411). 65
Tablo 4.37: Yapısal eşitlik modellerine ilişkin regresyon tahmin değerleri (N=411).....66
Tablo 4.38: Modellerdeki aracılık etkisinin analiz sonuçları (N=411). 68

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler	Açıklama
α	: Cronbach Alpha
p	: İstatistiksel Anlamlılık Düzeyi
β	: Standartlaştırılmış Beta Katsayısı
χ^2	: Ki-kare
χ2/df	: Düzeltilmiş Ki Kare İstatistiği
R^2	: Açıklayıcılık Değeri
r	: Korelasyon Katsayısı

Kısaltmalar	Açıklama
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AVE	: Ortalama Açıklanan Varyans
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
CR	: Bileşik Güvenirlik
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DUDÖ	: Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği
GFI	: Uyum İyiliği İndeksi
HOÖ	: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği
HTMT	: Heterotrait-Monotrait Oranı, Heterotrait-Monotrait Ratio
ICC	: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
IFI:	: Artan Uyum İndeksi,
İDÖ	: İş Doyumu Ölçeği
İİ	: İlişki İhtiyacı
İO	: İş Otonomisi
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KO-HB	: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı
KO-TİB	: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği
Maks	: Maksimum

Min : Minimum
MSV : Maksimum Paylaşılan Varyans,
NFI : Normlaştırılmış Uyum İndeksi,
NNFI : Normlaştırılmamış Uyum İndeksi,
OECD : Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü
Ort : Ortalama
Öİ : Özerklik İhtiyacı
RMSEA : Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü,
SRMR : Standartlaştırılmış Hataların Kök Ortalamasının Karesi
SS : Standart Sapma
Std : Standart
TLI : Tucker-Lewis İndeks
TPİÖ : Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği
UÜK : Uygulamalar Üzerinde Kontrol
YEM : Yapısal Eşitlik Modeli

ÖZET

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİKTE OTONOMİ ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELERİN OTONOMİSİ ile İLİŞKİLİ ETMENLERİN İNCELENMESİ

Merve ÖNAL

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim, Doktora Programı

Danışman : Doç. Dr. Betül SÖNMEZ

İki aşamadan oluşan bu çalışmanın birinci aşamasında, hemşirelerin otonomisinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere Hemşirelikte Otonomi Ölçeği'nin geliştirilerek psikometrik analizlerinin belirlendi. İkinci aşamasında ise hemşirelikte otonomi ile ilişkili etmenlerden temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması (özerklik, yeterlik ve ilişki ihtiyacı), otonomi ve iş doyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bu ilişkide otonominin aracılık rolünün incelenmesi amaçlandı.

Metodolojik tasarımda olan araştırmanın birinci aşamasının evrenini, İstanbul ilinde bulunan iki eğitim araştırma hastanesi ve bir devlet üniversitesi hastanesinde çalışan hemşireler oluşturdu. Çalışmanın örneklemini ise gelişigüzel örnekleme yöntemiyle ulaşılan 730 (n_{AFA}=333, n_{DFA}=397) hemşire oluşturdu. Araştırmanın birinci aşamasının verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu, Hemşirelikte Otonomi Ölçeği taslağı ve Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği kullanılarak Ocak 2025-Nisan 2025 tarihleri arasında toplandı. İki farklı örneklemde yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizine göre, ölçeğin 4 alt boyuttan ve 27 maddeden oluştuğu belirlendi. Geliştirilen ölçeğin toplam varyansın %61,31'ini açıkladığı, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptandı.

Kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda olan araştırmanın ikinci aşamasının evrenini, İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan iki eğitim ve araştırma hastanesi ve bir devlet üniversite hastanesinde çalışan hemşireler oluşturdu (N_2= 2165). Örneklemi ise orantılı kota örnekleme yöntemi ile belirlenen 411 hemşire oluşturdu (n_2=411). Araştırmanın ikinci aşamasının verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu, Hemşirelikte Otonomi Ölçeği, Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği, İş Doyumu Ölçeği kullanılarak Ağustos 2025 – Ekim 2025 tarihleri arasında toplandı. İkinci aşamanın veri analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, yapı geçerliği ve güvenirlik analizleri, korelasyon, yapısal eşitlik modeli ve dolaylı etki analizleri kullanıldı. Hemşirelikte Otonomi Ölçeği toplam puan ortalaması yüksek düzeyde bulunurken, en düşük puan ortalamasına "uygulamalar üzerinde kontrol" alt boyutunun ve en yüksek puan ortalamasına "klinik otonomi-hasta bakımı" alt boyutunun sahip olduğu saptandı. Yapısal eşitlik modeli kullanılarak test edilen her iki modelin de (Model 1 ve Model 2) kabul edilebilir uyum gösterdiği, hemşirelerin temel psikolojik (özerklik ve ilişki) ihtiyaçlarının karşılanmasının otonomi ve iş doyumu üzerindeki doğrudan etkisinin pozitif yönlü ve anlamlı olduğu belirlendi. Aracılık rolü incelendiğinde ise, hemşirelerin temel psikolojik (özerklik ve ilişki) ihtiyaçlarının karşılanmasının iş doyumu üzerindeki etkisinde otonomi alt boyutlarının kısmi aracılık etkisi olduğu ancak doğrudan etkinin pozitif ve dolaylı etkinin ise negatif yönlü olması nedeniyle rekabetçi aracılık etkisi gösterdiği belirlendi.

Bu araştırmada geliştirilen Hemşirelikte Otonomi Ölçeği, hemşirelerin otonomisini kapsamlı olarak değerlendirilmek üzere kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Hemşire yöneticilerin hemşirelerin otonomisini değerlendirmesi ve otonomi üzerine anlamlı etkisi olan değişkenleri dikkate alması ve buna yönelik düzenlemeler yapmaları önerilmektedir.

Temmuz 2026 , 152 sayfa.

Anahtar kelimeler: otonomi, temel psikolojik ihtiyaç, iş doyumu, hemşirelik, ölçek geliştirme

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

DEVELOPING the NURSING AUTONOMY SCALE and EXAMINING the FACTORS RELATED to NURSES' AUTONOMY

Merve ÖNAL

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Management in Nursing

Nursing Management, Doctorate Program

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Betül SÖNMEZ

The first phase of this two-phase study was conducted to develop the Nursing Autonomy Scale and determine its psychometric properties for assessing nurses' autonomy. The second phase was conducted to determine the relationship between nurses' satisfaction of basic psychological needs (autonomy, competence, and relatedness) and their job satisfaction and to examine the mediating role of autonomy in this relationship.

The population for the first phase of this methodologically designed study consisted of nurses working at two teaching and research hospitals and a public university hospital in Istanbul. The sample comprised 730 nurses (n_{AFA}=333, n_{DFA}=397) reached through random sampling. Data for the first phase of the study were collected from January 2025 to April 2025 using a demographic information form, the draft Nursing Autonomy Scale, and the Dempster Practice Behavior Scale. According to exploratory and confirmatory factor analyses conducted on two distinct samples, the scale was found to consist of 4 subscales and 27 items. It was determined that the developed scale explained 61.31% of the total variance and is a valid and reliable measurement tool.

The population for the second phase of the study, which employed a cross-sectional, descriptive and exploratory design, consisted of nurses working at a public university hospital and two training and research hospitals located in the European side of Istanbul (N_2= 2,165). The sample consisted of 411 nurses selected using proportional quota sampling (n_2 = 411). Data for the second phase of the study were collected between August 2025 and October 2025 using a demographic information form, the Nursing Autonomy Scale, the Basic Psychological Needs Scale, and the Job Satisfaction Scale. Descriptive statistical methods, construct validity and reliability analyses, correlation, structural equation modeling, and indirect effect analyses were used in the data analysis of the second phase of the study.

While the mean total score of the Nursing Autonomy Scale was found to be high, it was determined that the subscale with the lowest mean score was “control over practices,” and the subscale with the highest mean score was “clinical autonomy—patient care.” Using structural equation modeling, both models (Model 1 and Model 2) demonstrated acceptable fit, and it was determined that the direct effect of nurses’ basic psychological needs (autonomy and relatedness) satisfaction on autonomy and job satisfaction was positive and significant. When examining the mediating role, it was found that the effect of nurses’ basic psychological needs (autonomy and relatedness) satisfaction on job satisfaction involved a partial mediation effect through the autonomy subdimension; however, due to the direct effect being positive and the indirect effect being negative, it exhibited a competitive mediation effect.

The Nursing Autonomy Scale developed in this study is a valid and reliable tool for comprehensively assessing nurses' autonomy. Nurse managers are advised to evaluate nurses' autonomy, consider variables that significantly affect autonomy, and make appropriate adjustments.

July 2026, 152 pages.

Keywords: autonomy, basic psychological need, job satisfaction, nursing, scale development

1. GİRİŞ

Profesyonel olarak nitelendirilen meslekler, kendine özgü bilimsel bilgiye sahip, meslek standartları ve etik kuralları belirlemede tam otonomi sahibi, hizmetleri ile ilgili bağımsız karar verebilen, mesleki bir kuruluşa, uzun süreli standart bir eğitime ve güçlü toplumsal statüye sahip olma özelliği taşır (Yıldırım, 2016). Otonomi meslek üyelerine, uygulamalarına yönelik önemli bir kontrol hakkı verir. Otonomi ayrıca, bir mesleğin temel unsurlardan biri olarak ele alınmaktadır (Fahrenwald ve diğ., 2005). Bu doğrultuda, profesyonelliğin temel ölçütlerinden biri olması otonomi kavramının hemşirelik açısından önemini arttırmaktadır. Demir ve Yıldırım (2014)'ın yaptığı çalışmada, hemşirelerin otonomi puan ortalamasının profesyonel davranışlar arasında en düşük olduğu saptanmıştır. Basaran Acil ve Dinç (2018) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin otonomiye ilişkin algı düzeyi ortalamanın altında düşüktür, ancak hemşirelerin otonominin önemine ilişkin algı düzeyi yüksek saptanmıştır. Bu durumu açıklamaya yönelik literatür incelendiğinde, hemşirelerin mesleki otonomisinin gelişmesine engel olan etmenler arasında hemşirelerin karar mekanizmalarında yer almaması, hemşirelerin farklı eğitim düzeylerine sahip olması, disiplinler arası iş birliği ve iletişimin yetersizliği yer almaktadır (Özlük ve Sur, 2017; Pursio ve diğ., 2021).

Hemşirelikte otonomi, hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgiye, yeterliğe ve bilinçli kararlar verme yeteneğine sahip olmayı içerir (Dos Santos ve De Oliveira, 2016). Rababa ve diğ. (2022) bakımevinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrol algısının düşük düzeyde olduğunu ve hemşirelerin çalışma yılı, cinsiyetine ve çalıştığı kuruma göre anlamlı farklılık gösterdiğini belirlemiştir. Hemşirelerin hastaların bireysel bakımıyla ilgili aldıkları kararlarda, örgütsel yapıya yönelik kararlara kıyasla daha fazla otonomiye sahip olduğu belirtilmektedir (Varjus ve diğ., 2010).

Literatür incelendiğinde, hemşirelikte otonomi düzeyinin belirlenmesinde çeşitli ulusal (Demirsoy ve Türe, 2022; Basaran Acil ve Dinç, 2018; İspir ve Duygulu, 2017; Sönmez ve diğ., 2016; Türkmen ve diğ., 2011; Saraçoğlu, 2010; Şahin ve diğ., 1993) ve uluslararası (Asakura ve diğ., 2016; Blanchfield ve Biordi, 1996) ölçüm araçlarının kullanıldığı görülmektedir. Hemşirelikte otonomiye ilişkin ölçme araçlarının otonomiyi bir alt boyut olarak ele aldığı ve otonominin boyutlarını kapsamlı olarak içermediği belirlenmiştir (Demirsoy ve Türe, 2022;

Basaran Acil ve Dinç, 2018; İspir ve Duygulu, 2017; Asakura ve diğ., 2016; Sönmez ve diğ., 2016; Saraçoğlu, 2010; Blanchfield ve Biordi, 1996; Şahin ve diğ., 1993). Bu doğrultuda, hemşirelikte mevcut ölçeklerin otonomiyi değerlendirmede yetersiz kaldığı ve hemşirelikte otonominin tüm boyutlarını kapsayan bir ölçüm aracına gereksinim olduğu düşünülmektedir. İki aşamadan oluşan bu araştırmanın birinci aşaması, hemşirelerin otonomisinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere Hemşirelikte Otonomi Ölçeği'nin geliştirerek psikometrik analizlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Hemşirelerde otonomi düzeyini çeşitli bireysel ve örgütsel etmenlerin etkilediği bilinmektedir. Hemşirelerin otonomisini etkileyen bireysel etmenler arasında, hemşirelerin eğitim düzeyi, meslekte ve kurumda çalışma yılı, yaşı ve cinsiyeti yer almaktadır (Labrague ve diğ., 2019; Rababa ve diğ., 2022). Labrague ve diğ. (2019) tarafından yapılan çalışmada, yüksek lisans mezunu hemşirelerin, lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksek otonomi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Rababa ve diğ. (2022)'nın çalışmasında da hemşirelerin yaşı ve çalışma yılı arttıkça otonomi düzeylerinin arttığı ve erkeklerin kadınlara göre daha fazla otonomiye sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin otonomisini etkileyen örgütsel etmenler arasında ise istihdam edilen hemşire sayısı, hemşire iş yükünün fazla olması, farklı hastane tipleri ve hastanelerde uygulanan farklı protokoller, çalışma alanlarının çeşitliliği gibi etmenler yer almaktadır (Labrague ve diğ., 2019). Hemşirelerin otonomi düzeyinin çalıştığı kuruma göre değiştiği ve kamuda çalışan hemşirelerin özelde çalışanlara göre daha fazla otonomiye sahip olduğunu saptanmıştır (Rababa ve diğ., 2022). Amini ve diğ. (2015) ise ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, diğer birimlerde görev yapan hemşirelere göre otonomi düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Otonomi hemşirenin uzmanlığını kullanmasını sağlar ve böylece bakım sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunur (Rao ve diğ., 2017). İran'da hemşirelerle yapılan bir çalışmada, otonomi düzeyi ile kanıta dayalı uygulamalar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuca göre, hemşirelikte otonomi artışının kanıta dayalı uygulamaları geliştirdiği ve hemşirelik bakımının kalitesini arttırdığı belirtilmiştir (Mousavizadeh ve Mohtashami, 2018). Önceki çalışmalar incelendiğinde; hemşirelikte otonomi algısının, artan mesleki benlik saygısı (Cerit ve diğ., 2020), sağlıklı çalışma ortamı (Farrell ve diğ., 2017), düşük mortalite oranı (Rao ve diğ., 2017), artan iş memnuniyeti (Spetz ve diğ., 2017) ve düşük devir hızı (Dysvik ve Kuvaas, 2013) ile olumlu yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır.

Deci ve Ryan (2000) tarafından geliştirilen Temel Psikolojik İhtiyaçlar Teorisi, yeterlik, ilişki ve özerklik kavramlarını doğuştan kazanılan ve evrensel nitelikte olan temel ihtiyaçlar bütünü olarak nitelendirmektedir. Bu temel ihtiyaçların desteklenmesiyle birlikte bireylerin motivasyonunun ve iş doyumunun artacağı varsayılmaktadır (Fraguela-Vale ve diğ., 2020). Bu teoriye göre, hemşirelerin otonomi algısı, otonomi ihtiyacının çalışma ortamında ne ölçüde karşılandığının önemli bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada (Kaya ve Şahin Altun, 2018), hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçları doyumunun yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada temel psikolojik ihtiyaçları karşılanmış hemşirelerin, iş yaşamında ve kariyerlerinde daha fazla başarıya ulaştığı ortaya koyulmuştur. Yapılan çalışmalar, hemşirelikte otonominin yalnızca bir örgütsel özellik değil, aynı zamanda psikolojik ihtiyaç doyumunun bir sonucu olabileceğini düşündürmektedir (Fraguela-Vale ve diğ., 2020; Oshodi ve diğ., 2019; Kaya ve Şahin Altun, 2018). Literatür incelendiğinde, hemşirelerin otonomilerine ilişkin değerlendirmelerin hangi psikolojik süreçler aracılığıyla oluştuğunu açıklayan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu doğrultuda, kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarıma sahip olan, bu tez çalışmasının ikinci aşamasının amacı, hemşirelerin otonomisi ile ilişkili etmenleri incelemektir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. OTONOMİ KAVRAMI VE HEMŞİRELİKTE OTONOMİ

Otonomi, diğer bir deyişle özerklik kavramı, karar vermede bağımsızlık ve kişinin kendi yetkinliğini kullanma yeteneğini ifade etmektedir (Pursio ve diğ., 2021). Roussel ve diğ, (2011)'a göre otonomi; "bağımsız olma, bir bireyin işi ve kişisel zamanı için sorumluluk, yetki ve hesap verebilirliğe sahip olma durumu" anlamı taşımaktadır. Skar (2009) ise otonomiyi; "bir bireyin bağımsız olarak kendi kararlarını verip, uygun eylemde bulunma yetkisine ve mesleki bilgi yüküne eşdeğer nitelikte hareket edebilme özgürlüğüne sahip olması" olarak tanımlamaktadır. Otonomi kavramının bilgi (karar verme), eylem ve değerler olmak üzere üç temel bileşenden oluştuğu ve bağımsızlık, doğruluk ve sorumluluk sahibi olmayı gerektirdiği bilinmektedir (Karagözoğlu ve Kangallı, 2009). Otonomi, ayrıca profesyonelliğin ayırt edici özelliklerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Altıok ve Üstün, 2014). Profesyonel olarak nitelendirilen mesleklerin, kendine özgü bilgiye sahip, hizmetleri ile ilgili bağımsız karar verebilen, meslek standartları ve etik kuralları belirlemede tam otonomi sahibi, daha uzun süreli standart eğitim ile güçlü toplumsal statü ve mesleki kuruluşa sahip olma özelliği taşıdığı belirtilmektedir (Yıldırım, 2016). Bu doğrultuda, profesyonelliğin temel ölçütlerinden biri olması otonomi kavramının hemşirelik açısından önemini arttırmaktadır.

Otonomi kavramı literatürde, bireysel ve mesleki olmak üzere iki boyutta ele alınmaktadır. Bireysel otonomi, "kişilerin kendi bilgi birikimi, değerleri, inançları doğrultusunda yargıda bulunma, karar verme ve bu kararları eyleme dönüştürebilme kapasitesi" olarak tanımlanmaktadır (West, 2025). Diğer bir deyişle, bireylerin çalışma programlarını belirleme özgürlüğüne ve kullanılan prosedürler üzerinde karar verme yetkisine sahip olması anlamına gelmektedir (Both-Nwabuwe ve diğ., 2019). Bireysel otonomi, bireyin sosyalleşme süreciyle birlikte gelişmektedir (Akgün, 2017). Bireysel otonomi sahibi bir hemşire, belirli davranış biçimlerini diğerlerine tercih etme fırsatına sahip olmaktadır. Hemşirelerin faaliyetleri planlama ve öncelikleri belirleme özgürlüğüne sahip olmaları, yaratıcılığı ve yeteneklerin kullanımını teşvik etmektedir. Bu bağlamda, bireysel otonomi düzeyinin yapılan işi anlamlı kıldığı varsayılmaktadır (Both-Nwabuwe ve diğ., 2019). Erikmen ve Vatan (2019)'un hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin bireysel otonomi puanı orta düzeyde olarak

saptanmıştır. Aynı çalışmada, hemşirelerin bireysel ve mesleki otonomi düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bireysel otonominin yansıması olarak nitelendirilen mesleki otonomi, destekleyici sosyal ilişkiler içinde anlam bulmaktadır (Karagözoğlu, 2008). Schutzenhofer (1987) mesleki otonomiyi, "bir bireyin eğitimine uygun olarak mesleğini icra etmesi, o mesleğin mensuplarının dış denetim olmaksızın kendi faaliyetlerini tanımlaması, yönetmesi ve kontrol etmesi" şeklinde tanımlamıştır. Mesleki otonomi, ekip üyeleri ile iş birliği içinde bağımsız karar vermeyi kapsamaktadır. Ayrıca, meslek üyelerine uygulamalarına yönelik önemli bir kontrol hakkı verdiği bilinmektedir. Bu nedenle otonomi bir mesleğin temel unsurlardan biri olarak ele alınmaktadır (Fahrenwald ve diğ., 2005). Otonomi düzeyi yüksek bir hemşire, bakım verdiği hastaların yararına olacağını düşündüğü hemşirelik girişimleri ile ilgili bağımsız karar verme yeteneğine sahip olmalıdır (Karagözoğlu, 2008). Demir ve Yıldırım (2014)'ın yaptığı çalışmada, hemşirelerin otonomi puan ortalamasının profesyonel davranışlar arasında en düşük olduğu saptanmıştır. Literatüre göre, hemşirelerin mesleki otonomisinin gelişmesine engel olan etmenler arasında hemşirelerin karar mekanizmalarında yer almaması, hemşirelerin farklı eğitim düzeylerine sahip olması, disiplinler arası iş birliği ve iletişimin yetersizliği yer almaktadır (Özlük ve Sur, 2017; Pursio ve diğ., 2021). Basaran Acil ve Dinç (2018) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin otonomiye ilişkin algı düzeyi ortalamanın altında düşük olarak, otonominin önemine ilişkin algı düzeyi yüksek olarak saptanmıştır.

Hemşirelikte otonomi, hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgiye, yeterliğe ve bilinçli kararlar verme yeteneğine sahip olmayı ifade etmektedir (Dos Santos ve De Oliveira, 2016). Hemşirelikte otonomi kavramı üzerine yapılan nitel araştırmaların incelendiği bir meta-sentez çalışmasında bu kavramın, hasta odaklı yetkinliğe dayalı olarak geliştiği, işle ilgili karar verme süreci ve diğer ekip üyeleriyle etkileşimler aracılığıyla gerçekleştiği belirtilmiştir (Rouhi-Balasi ve diğ., 2020). Başka bir meta-sentez çalışmasına göre ise hemşirelerin otonomi algısının bağımsız uygulama ve öz güçlendirme olmak üzere iki alt temayı içerdiği tespit edilmiştir (Wang-Romjue, 2018). Hemşirelikte otonomi, "klinik otonomi", "iş otonomisi" ve "hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol" olmak üzere üç düzeyden oluşmaktadır. Klinik otonomi, karar verme ve hasta bakım girişimlerinde bağımsızlık düzeyini ifade etmektedir (Sönmez ve Yıldırım, 2019). Weston (2008), klinik otonomi kavramını "hemşirelerin bireysel hasta bakımıyla ilgili - mevcut mesleki ve örgütsel kurallar dahilinde - aldığı kararlar" olarak açıklamaktadır. Hemşirelik girişimlerinde klinik otonomiye bir örnek olarak, hemşirenin, bir

hastanın ailesi yanında iken daha hızlı iyileştiğini belirlemesi ve hastane politikasına bakılmaksızın ailenin hasta yanında kalmasını sağlaması şeklinde gösterilebilir (Weston, 2008). Imoto (2020) Japonya'da hemşirelerle yaptığı nitel çalışmada, hemşirelerin klinik otonomi gösterdiği durumları incelemiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, hemşirelerin özellikle geleneksel yaklaşımın zor olacağını düşündüğü konularda klinik otonomi sergilediği ortaya koyulmuştur. Ayrıca, bu sürecin hekimlere tedavi planı önermek ve hekim talimatlarını önceden tahmin etmek gibi davranışları içerdiği belirlenmiştir. Lockwood ve Schober (2024) lisansüstü mezunu hemşirelerle yaptığı çalışmada, lisansüstü mezunu hemşirelerin klinik otonomisini yüksek düzeyde belirlemiştir. Aynı çalışmada lisansüstü mezunu hemşirelerin klinik otonomi düzeyinin çalışma yılına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur.

İş otonomisi yöneticilerle iş birliği yoluyla işlevsel kararlara katılmayı ifade etmektedir (Sönmez ve Yıldırım, 2019). Weston (2008) iş otonomisini "iş planlaması, iş süreçleri ve yöntemlerinde serbestlik ve takdir yetkisi" olarak tanımlamıştır. Bu otonomi düzeyinde, çeşitli iş yöntemleri hakkında karar verme özgürlüğü kullanılırken, mevcut örgütsel prosedürlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Hemşirelik girişimlerinde iş otonomisine bir örnek olarak, hemşirenin bir hastanın durumunun stabil olduğunu belirledikten sonra mola hakkını kullanmaya karar vermesi şeklinde gösterilebilir (Weston, 2008). Mrayyan (2005) Amerika'da hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin iş otonomisi ve klinik otonomi düzeyini incelemiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, hemşirelerin iş otonomisinin orta düzeyde olduğu ve hemşirelerin çalışma yılı, eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca, hemşirelerin iş otonomisinin klinik otonomi düzeyinden daha düşük olduğu belirlenmiştir (Mrayyan, 2005). Yimer ve diğ. (2024) Kuzey Etiyopya'da kamu hastanelerinde sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının iş otonomisi düzeyini incelemiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, sağlık çalışanlarının iş otonomisinin düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının iş otonomisinin örgüt politikalarından memnuniyet, yönetici desteğinden memnuniyet, sağlık hizmeti sunum planlamasının niteliği, medeni durum ve sağlık çalışanının mesleğine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrol ise örgütte hemşirelik ile ilgili politika ve prosedürlerin oluşturulmasına katılmayı ifade etmektedir (Sönmez ve Yıldırım, 2019). Weston (2008), hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol kavramını "hemşirelerin paylaşılan yönetim yapısı aracılığıyla, örgüt düzeyinde kurallar, politikalar, uygulamalar ve yapılarla ilişkili karar

verme süreçlerine katılımı" olarak tanımlamıştır. Hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrole bir örnek ise, hemşirelerin literatürdeki kanıtları kullanarak, aile ziyaretlerini düzenleyen hastane politikasının düzenlenmesine katılım sağlaması şeklinde gösterilebilir (Weston, 2008). Rababa ve diğ. (2022) bakımevinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrol algısının düşük düzeyde olduğunu ve hemşirelerin çalışma yılı, cinsiyeti ve çalıştığı kuruma göre anlamlı farklılık gösterdiğini belirlemiştir. Literatüre göre, hemşirelerin hastaların bireysel bakımıyla ilgili aldıkları kararlarda, örgütsel yapıya yönelik kararlara kıyasla daha fazla otonomiye sahip olduğu belirtilmektedir (Varjus ve diğ., 2010).

2.2. OTONOMİYİ AÇIKLAYAN KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Literatürde otonomi kavramını açıklamak için Öz Belirleme Kuramı (Deci ve Ryan, 1985), Yapısal Güçlendirme Kuramı (Kanter, 1993), Öz Yeterlilik Kuramı (Clarke ve Dodge, 1999) olmak üzere birden fazla kuramsal yaklaşım bulunmaktadır.

2.2.1. Öz Belirleme Kuramı

Edward Deci ve Richard Ryan tarafından geliştirilen Öz Belirleme Kuramı, otonomiyi temel bir psikolojik ihtiyaç olarak ele almaktadır. Kurama göre, çalışanların davranışları "otonomi", "yeterlik" ve "ilişki kurma" olmak üzere üç temel ihtiyaç doğrultusunda şekillenmektedir (Deci ve Ryan, 1985). Öz belirleme kuramı, bireyin gelişim, işlevsellik ve refahının sağlanması için temel ihtiyaçların her birinin karşılanması gerektiğini savunmaktadır. Öz Belirleme Kuramı'na göre, optimal işlevsellik, davranışsal bütünleşmeyi destekleyen çevresel faktörlerin sonucudur. Davranışsal bütünleşme, doğuştan gelen temel psikolojik ihtiyaçların algılanan tatminiyle desteklenmektedir (Deci ve Ryan, 2012). Dolayısıyla üç temel ihtiyacın, insan davranışını düzenlediği ve motivasyonel bir süreklilik oluşturduğu varsayılmaktadır (Deci ve Ryan, 2000).

Öz Belirleme Kuramı, otonomiyi, desteklendiğinde daha otonom davranış düzenleme biçimlerini kolaylaştıran bir insan ihtiyacı olarak açıkça tanımlayan tek motivasyon kuramı olarak bilinmektedir (Ng ve diğ, 2012). Otonomi ihtiyacı, deneyim ve davranışları kendi kendine düzenleme ve faaliyetlerin kişinin bütünleşik benlik algısıyla uyumlu olma isteğini ifade etmektedir. Deci ve Ryan (1985) otonomiyi, bireyin kendi davranışlarını yönetmesi ve bu doğrultuda gerekli gördüğü düzenlemeleri gerçekleştirmesi olarak tanımlamaktadır. Otonomi, bütünleşme ve özgürlük deneyimi ile ilgili bir kavramdır (Deci ve Ryan, 2000). Ayrıca sağlıklı bir bireyin işlevselliğinin temel bir yönüdür. Yapılan çalışmalarda otonomi ihtiyacının, diğer

iki ihtiyacın doyumunu sağlamakta önemli bir rol oynadığı kanıtlanmıştır (Zeshan ve diğ, 2025).

Deci ve Ryan (1985), yeterlik kavramını tanımlarken bireyin istenen sonuçları kontrol etmeye çalıştığı ve bu kontrolün ona bir görev veya belirli bir alanda ustalık kazanma deneyimi yaşattığını savunmaktadır. Yeterlik ihtiyacı, istenen sonuçları elde etmede ve kendi yeteneklerini kullanmada etkili olma hissini ifade etmektedir (Deci ve Ryan, 2000). Deci (1971) tarafından yapılan bir çalışmada, yetkinlik ve geri bildirimin önemi incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, bireylere beklenmedik olumlu geri bildirim verildiğinde, görevi tamamlamaya ilişkin içsel motivasyonlarının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (Deci, 1971).

İlişki kurma ihtiyacı, başkaları ile bağ kurma arzusunu ifade etmektedir (Deci ve Ryan, 1985). Diğer bir tanıma göre ise başkaları tarafından anlaşıldığını ve önemsendiğini hissetme ihtiyacı olarak açıklanmaktadır (Deci ve Ryan, 2000). İlişki kurma ihtiyacının sosyal bağlantılar aracılığıyla karşılandığı bilinmektedir. Öz Belirleme Kuramı, ilişki kurmanın bireyler için önemli olduğunu ve içsel motivasyonla bağlantılı olduğunu savunmaktadır (Vansteenkiste ve diğ., 2020). Grolnick ve Ryan (1989) tarafından yapılan bir çalışmada, öğretmenlerini soğuk ve ilgisiz bulan çocukların içsel motivasyonlarının diğerlerine kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öz Belirleme Kuramı'na göre, bu üç ihtiyaç, bireyler arasında farklılık gösterebilen ve farklı kültürlerde farklı şekillerde ortaya çıkan çeşitli davranışlar aracılığı ile karşılanmaktadır. Ancak her durumda, kültürden bağımsız olarak tüm bireylerin sağlıklı gelişimi ve refahı için bu ihtiyaçların karşılanması esastır (Deci ve Ryan, 2012). Hemşirelik bağlamında bu kuram, hemşirelerin klinik uygulamalarda karar alma süreçlerine gönüllü katılımını, mesleki sorumluluk üstlenmesini ve bakım uygulamalarını içselleştirmesini açıklamaktadır (Marquis ve Huston, 2017). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, hemşirelerin otonomi algısı ile iş doyumu, psikolojik iyi oluş ve mesleki rollere uyumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Roybal ve diğ., 2025). Bu bağlamda, Öz Belirleme Kuramı hemşirelikte otonomi ile ilişkili etmenleri açıklamada temel bir kuramsal dayanak oluşturmaktadır.

2.2.2. Yapısal Güçlendirme Kuramı

Rosabeth Moss Kanter tarafından geliştirilen Yapısal Güçlendirme Kuramı, otonominin bireysel bir özellikten ziyade örgütsel bir sonuç olduğunu savunmaktadır. Bu kuram, çeşitli iş davranışları ve tutumunun bireyin örgütteki konumu ve kişisel özelliklerine göre geliştiğini

varsaymaktadır. Kanter (1993)'e göre güç, örgütsel davranışları ve tutumları etkileyen yapısal bir belirleyici olma özelliği taşımaktadır. Buna göre Kanter, iki tür güç olduğunu varsaymaktadır. Bunlardan ilki olan formal güç, bireye esneklik, görünürlük sağlayan ve temel organizasyonel süreçlerle ilgili bir işte çalışmaktan doğmaktadır. İkincisi olan informal güç ise bireyin örgüt içinde ve dışında sahip olduğu iletişim ağının kapsamıyla belirlenmektedir (Mrayyan, 2005). Hemşire yöneticiler, çalışma ortamında güç dengesini eşitlemenin yollarını bulmak için çaba sarf etmektedir (Keenan, 1999). Bu kuram, hemşirelerin otonomi sahibi olabilmeleri için hem formal hem de informal güce ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla, hemşirelerin otonom davranış sergileyebilmeleri için yöneticileri tarafından desteklenmesi ve yetkilendirilmesi gerektiğini savunmaktadır (Pursio ve diğ., 2021).

Sağlık kurumlarında karar alma süreçlerine katılımın sınırlı olması, hiyerarşik yönetim anlayışı ve rol belirsizlikleri hemşirelerin otonomilerini kısıtlayan örgütsel faktörler olarak öne çıkmaktadır (Labrague ve diğ., 2019). Buna karşın güçlendirici örgüt yapıları, hemşirelerin bağımsız klinik kararlar almalarını teşvik etmektedir. Bu yönüyle Yapısal Güçlendirme Kuramı, hemşirelikte otonominin örgütsel etmenler bağlamında açıklanmasına olanak sağlamaktadır (Gottlieb ve diğ., 2021). Sönmez ve Yıldırım (2019), yenilik iklimi ve yönetici desteğinin hemşirelerin yenilikçi davranışları üzerine etkisin incelediği çalışmasında her iki modelde otonominin aracı rolünü saptamıştır. Lu ve diğ., (2025) Çin'de hemşireler ile yaptığı çalışmada, hemşire yöneticilerin yetki devri ile klinik hemşirelerin yenilikçi davranışı arasında pozitif anlamlı ilişki olduğunu; örgüt iklimi ve mesleki otonominin ise bu ilişkide aracı rol oynadığını saptamıştır.

2.2.3. Öz Yeterlilik Kuramı

Albert Bandura tarafından 1977 yılında geliştirilen Öz Yeterlilik Kuramı davranış değişikliğine ilişkin bir kuram sunma amacıyla ortaya atılmıştır. Öz yeterlilik kavramı, "istenen bir hedefe ulaşmak için bir kararı uygulayabileceğine dair inanç" olarak tanımlanmaktadır (Clarke ve Dodge, 1999, s. 72). Sağlık hizmetlerinde öz yeterlilik ise hemşirelerin hasta bakımı ve birim faaliyetleri ile ilgili otonom kararlarına olumlu katkı sağlayabilecek eğitim ve deneyimin bir fonksiyonu şeklinde açıklanmaktadır (Mrayyan, 2005). Öz yeterlik kuramı, her iki kavramın bağımsız olarak değil, birlikte gelişme eğiliminde olduğunu öne sürmektedir (Salinger ve diğ., 2024). Ahmed ve Elmasri (2011) Mısır'da hemşirelerle yaptığı çalışmada, otonomi ve öz yeterlilik arasında pozitif bir korelasyon olduğunu belirlemiştir. Benzer şekilde Çin'de hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, otonomi ile problem çözme becerisi

arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu ve öz-yeterliğin bu ilişkide aracı rol oynadığı saptanmıştır (Zhang ve diğ., 2018). Yapılan araştırmalar, daha yüksek öz yeterliliğin, otonominin temel unsurları olan bağımsız karar verme ve kendi yetkinliğini kullanabilme becerisini teşvik ettiğini göstermektedir (Pursio ve diğ., 2021). Bu doğrultuda otonominin, bireylere karar verme ve başarı deneyimi yaşama fırsatları vererek öz yeterliliği güçlendirdiği belirtilmektedir (Alharbi ve diğ., 2026).

2.3. HEMŞİRELİKTE OTONOMİ İLE İLİŞKİLİ ETMENLER

Hemşirelikte otonomi hem bireysel hem örgütsel hem de mesleki etmenlerin etkileşimi sonucunda şekillenen çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Bu çok boyutlu yapı, hemşirelikte otonominin yalnızca bireysel bir özellik değil, aynı zamanda sistemsel bir sonuç olduğunu göstermektedir (Labrague ve diğ., 2019). Çeşitli bireysel, örgütsel ve mesleki etmenlerin hemşirelikte otonomiyi etkilediği bilinmektedir (Pursio ve diğ., 2021).

2.3.1. Bireysel Etmenler

Bireysel etmenler, hemşirelerin örgütsel ve mesleki çevreyi nasıl algıladıkları ve bu çevre içinde nasıl davrandıkları üzerinde belirleyici bir role sahiptir. Aynı örgütsel koşullar altında çalışan hemşireler arasında otonomi algısının farklılık göstermesi, bireysel özelliklerin bu süreçteki önemini ortaya koymaktadır (Pursio ve diğ., 2021). Literatür incelendiğinde, hemşirelerin otonomi düzeyini etkileyen bireysel etmenler arasında, hemşirelerin eğitim düzeyi, meslekte ve kurumda çalışma yılı, yaşı ve cinsiyetinin yer aldığı belirlenmiştir (Mrayyan, 2005; Labrague ve diğ., 2019; Rababa ve diğ., 2022).

Bireysel yetkinlik, hemşirelerin otonomisinin gelişmesi için önemli bir unsurdur. Hemşirelikte yetkinlik kavramı, hemşirelerin bilgi, klinik beceri, karar verme ve harekete geçme yeteneğini içermektedir (Koivisto ve diğ., 2021). Hemşirelerin eğitim düzeyinin yetkinlik düzeyini etkilediği ve bu bağlamda mesleki otonomiyi arttırdığı bilinmektedir (Denat ve Şahbaz, 2022). Mrayyan (2005) Amerika'da hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin iş otonomisinin eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Benzer şekilde Labrague ve diğ. (2019) tarafından yapılan çalışmada, yüksek lisans mezunu hemşirelerin, lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksek otonomiye sahip olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin bakım girişimlerinde yüksek düzeyde bağımsızlığa sahip olması için klinik karar verme becerisinin gelişmiş olması gerekmektedir (Karagözoğlu ve Kangallı, 2009).

Yapılan birçok araştırmada, iş deneyiminin hemşirelerin yetkinliğini, uygulamalar üzerindeki kontrolünü, karar verme ve sorun çözme yeteneğini etkilediği belirlenmiştir (Pursio ve diğ., 2021; Myarran, 2004). AllahBakhshian ve diğ. (2017)'ne göre, klinik deneyimi daha fazla olan hemşireler hastayı daha bütüncül değerlendirmekte ve klinik karar verme becerisini daha etkin kullanabilmektedir. Mrayyan (2005) Amerika'da hemşirelerin iş otonomisinin çalışma yılına göre anlamlı farklılık gösterdiğini belirlemiştir. Amini ve diğ., (2015) İran'da üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada, 10 yıl üzeri deneyimi olan hemşirelerin yeni başlayan hemşirelere göre otonomi düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Ürdün'de bakımevinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yaşı ve çalışma yılı arttıkça otonomi düzeyinin arttığını saptanmıştır (Rababa ve diğ., 2022).

Cinsiyetler arasındaki biyolojik farklılıklar, hemşirelerin mesleki rollerini ve faaliyetlerini etkileyen, bilinçsiz ancak ortak bir sembolik cinsiyet düzeni yaratmaktadır. Bu bağlamda çeşitli kalıplaşmış yargılar, iş rutinine giren ve örgütsel süreçleri kurumsallaştıran davranışları takip etmektedir. Cinsiyet süreçlerinin analizi, hemşireliğin otonomi sahibi olmayan bir meslek olarak ortaya çıkmasına yol açan iş ortamındaki baskı biçimlerine karşı koyabilecek müdahaleleri belirlemeyi sağlamaktadır (Piervisani ve diğ., 2025). Rababa ve diğ. (2022) Ürdün'de, erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre daha fazla otonomiye sahip olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, Amini ve diğ. (2015) de İran'daki erkek hemşirelerin kadınlara göre otonomi düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu belirlemiştir.

Hemşirelerin otonomisini ifade etmesine çeşitli kişilik özelliklerinin katkıda bulunduğu bilinmektedir (Akgün, 2017). Fadaee ve diğ. (2021) tarafından yapılan çalışmada, dört farklı kişilik altyapısının (dışadönüklük, deneyime açıklık, uyumluluk ve vicdanlılık) otonominin anlamlı ve pozitif yordayıcısı olduğunu saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada, nevrotik kişilik altyapısının otonominin anlamlı ve negatif yordayıcısı olduğu belirlenmiştir. Akgün ve diğ., (2019) de Türkiye'de hemşirelerle yaptığı çalışmada, öğrenilmiş güçlülük düzeyi ile otonomi arasında pozitif bir ilişki saptamıştır.

2.3.2. Örgütsel Etmenler

Örgütsel etmenler, hemşirelerin mesleki rollerini bağımsızca yerine getirmesinde önemli bir yere sahiptir. Hemşirelikte otonomi bireysel ve örgütsel etmenlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan dinamik bir yapı olarak nitelendirilmektedir (Pursio ve diğ., 2024). Yapılan birçok çalışmada destekleyici olmayan örgütlerde çalışan hemşirelerin, mesleki nitelikleri yeterli olsa bile, otonomi davranışı sergilemekte güçlük çektiği saptanmıştır

(Labrague ve diğ., 2019; Pursio ve diğ., 2021). Literatür incelendiğinde, hemşirelerin otonomi düzeyini etkileyen örgütsel etmenler arasında başlıca olarak iş yükü fazlalığı, farklı hastane tipleri ve hastanelerde uygulanan farklı kural, protokol ve prosedürler, istihdam edilen hemşire sayısı ve çalışma alanlarının çeşitliliği gibi etmenlerin yer almaktadır (Labrague ve diğ., 2019). Rababa ve diğ., (2022) Ürdün'de bakımevinde çalışan hemşirelerin otonomi düzeyinin çalıştığı kuruma göre değiştiğini, kamuda çalışan hemşirelerin özelde çalışanlara göre daha fazla otonomiye sahip olduğu saptamıştır. Cajulis ve Fitzpatrick (2007) yaptığı çalışmada katı politika ve düzenlemelerin hemşirelerin otonomisini kısıtladığını savunmaktadır. Aynı çalışmada, yüksek düzeyde uzmanlaşmış hastanelerde çalışan hemşirelerin daha az otonomiye sahip olduğunu belirlenmiştir. Amini ve diğ. (2015) İran'da bir üniversite hastanesinin ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, diğer birimlerde görev yapan hemşirelere göre otonomi düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlenmiştir.

Hemşirelerin otonomi düzeyi sağlıklı bir iş ortamı ve elverişli çalışma koşulları tarafından desteklenmektedir (Türkmen ve diğ., 2011). Literatürde elverişli olmayan çalışma ortamlarının sahip olduğu niteliklerin başında yöneticilerden destek alamama, iş yükü fazlalığı, hemşire-hasta oranının yüksek olması, rol karmaşası, ekip içi iletişim sorunları, malzeme ve ekipman yetersizliği, çalışma saatlerinin uzun olması gibi etmenlerin yer almaktadır (Türkmen ve diğ., 2011). AllahBakhshian ve diğ. (2017)'nin nitel çalışmasında rol belirsizliği, destekleyici olmayan çalışma ortamı ve motivasyon eksikliğinin mesleki otonomiyi etkileyen örgütsel etmenler arasında yer aldığı saptanmıştır. Benzer şekilde, hekim-hemşire ilişkilerinin olumlu olduğu ve birim düzeyinde hemşirelik hizmetleri yönetiminden destek gördüğü gözlenen hemşirelerde kişisel başarı duygusunun artması ile birlikte klinik otonomi düzeyinin anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir (Karanikola ve diğ., 2014).

Yapılan çalışma sonuçlarına göre, dönüşümcü ve güçlendirici liderlik hemşirelikte otonomiyi destekleyen etmenler arasında yer almaktadır (Oshodi ve diğ., 2019; Boamah ve diğ., 2018). Aydemir ve Şahinli (2025) İstanbul'da hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin klinik liderlik algısı ile mesleki otonomi tutumları arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır. Buna göre, klinik liderlik algısının mesleki otonomi tutumunu pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir. Kramer ve diğ. (2007) çalışmasında, hemşirelerin mesleki otonomisini artırmak için yönetici hemşirelerin destek sağlaması ve yetkinliği arttırma fırsatları sunması gerektiği sonucuna varmıştır. Bununla birlikte, hemşirelerin yetkilerinin genişletilmesi ile otonomi düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu bilinmektedir (Pursio ve diğ., 2021). Yimer ve

diğ. (2024) Kuzey Etiyopya'da kamu hastanelerinde sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada, iş otonomisinin örgüt politikalarından memnuniyet, yönetici desteğinden memnuniyet, sağlık hizmeti sunum planlamasının niteliğine göre anlamlı farklılık gösterdiğini saptamıştır. Pursio ve diğ. (2021)'ne göre, otokratik yönetim, belirsiz ve/veya katı örgütsel kurallar ve uygulama üzerindeki kontrol eksikliği gibi örgütsel kısıtlamalar hemşirelerin otonomi davranışı sergilemesine olumsuz şekilde katkıda bulunmaktadır. Mrayyan (2004) ABD, Kanada ve Birleşik Krallık'ta yaptığı çalışmada, hemşire yöneticilerin eylemleri ile hemşirelerin klinik otonomi, iş otonomisi ve toplam otonomi puanı arasında anlamlı bir ilişki belirlemiştir.

2.3.3. Mesleki Etmenler

Mesleki etmenler, hemşirelerin işini otonom davranışlar aracılığı ile yerine getirmesinde belirleyici bir role sahiptir. Hemşireliğin toplumsal statüsü, mesleğe özgü bilimsel bilgi ve uzmanlaşma düzeyi, mesleki standartlar - etik destek mekanizmaları, yasal düzenlemeler, mesleki örgütlenme gibi etmenler hemşirelerin bağımsız karar verme düzeyini doğrudan etkilemektedir (Njoroge ve diğ., 2023; Mulisa ve diğ., 2021; Pilgrim ve Karakashian, 2018; AllahBakhshian ve diğ., 2017; Karanikola ve diğ., 2014). AllahBakhshian ve diğ., (2017) İran'daki hemşirelerin mesleki otonomiye ulaşmasının önünde meslekle ilgili ve örgütle ilgili olmak üzere iki temel engel olduğunu belirtmektedir. Aynı çalışmada, hemşirelik mesleği ile ilgili engeller arasında hemşirelerin mesleki otonomiyi kullanma becerisinin eksikliği ve hemşirelik uygulamalarına rehberlik edecek mesleki kuruluşların eksikliğine ilişkin algısı yer almaktadır. Mulisa ve diğ., (2021) Etiyopya'da hemşirelik derneklerine üye olan hemşirelerin otonomi düzeyinin üye olmayanlara göre anlamlı farklılığa sahip olduğu bulunmuştur.

Yüzyıllardır süregelen kültürel tutumlar, cinsiyet beklentileri ve alınan politik kararlar hemşirelerin toplumsal statüsünü, otonomisini ve mesleki imajını etkilemektedir (Saria, 2026). Hekim-hemşire iş birliğinin zayıf olduğu "hekim merkezli" kültürün etkilerinin, hemşirelerin mesleki otonomisini sınırlandırdığı yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Pilgrim ve Karakashian, 2018). Hemşirelerin otonomisini destekleyen iyi bir hekim-hemşire ilişkisinin profesyonel düzeyde, eşit ve iletişime açık olması gerektiği bilinmektedir (Pursio ve diğ., 2021). Karanikola ve diğ., (2014) tarafından İtalya'da yoğun bakım hemşireleri ile yapılan çalışmada, hemşirelerin otonomisi ile hekim-hemşire iş birliği düzeyi arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Njoroge ve diğ., (2023) hemşirelerle yaptığı nitel çalışmasında, tıbbi hukuki sorunlar, hemşirelerin hekime bağlı işlevleri, otonomi korkusu ve personel sıkıntısı gibi etkenlerin hemşirelerin mesleki otonomisi önünde engel oluşturduğunu belirlemiştir.

2.4. HEMŞİRELİKTE OTONOMİNİN SONUÇLARI

Hemşirelerin otonomi sahibi olmalarının diğer bir deyişle hasta bakımında karar alma süreçlerine katılımlarının, kendi işlerini yapma biçimlerini, başkalarıyla çalışma şekillerini olumlu etkilediği, mesleki uygulamalarında kontrol hissi ve sorumluluk yarattığı belirtilmektedir (Mert ve Türkmen, 2020). Çok sayıda araştırma, hemşirelerin hasta bakımı ve klinik kararlara ilişkin daha yüksek otonomi düzeyleri ile karakterize edildiği bir çalışma ortamını daha olumlu hasta, hemşire ve örgüt sonuçları ile ilişkilendirmektedir (Basaran Acil ve Dinç, 2018; Labrague ve diğ., 2019). Hastalar açısından, otonomi davranışının hemşirenin uzmanlığını kullanmasını sağladığı ve böylece bakım sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunduğu bilinmektedir (Rao ve diğ., 2017). İran'da bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin otonomi düzeyi ile kanıta dayalı uygulamalar arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuca göre, hemşirelikte otonomi artışının kanıta dayalı uygulamaları geliştirdiği ve hemşirelik bakımının kalitesini artırdığı belirtilmiştir (Mousavizadeh ve Mohtashami, 2018). Rao ve diğ., (2017) tarafından ABD'de yapılan çalışmada, hemşirelerin otonomisinin daha fazla desteklendiği kurumlarda bakım gören hastaların mortalite ve morbidite oranının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hemşirelik görevleri önceliklere göre planlandığında hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımının azalmasıyla birlikte otonominin ve iş memnuniyetinin arttığı bilinmektedir (Ekiz ve Özdelikara, 2025). Bu bağlamda hemşirelikte otonomi, hasta bakımını geliştirmenin yanı sıra hemşirelik sonuçlarını da etkilemektedir (Basaran Acil ve Dinç, 2018; Labrague ve diğ., 2019). Literatürde, hemşirelerin otonomi düzeyi, mesleki benlik saygısı (Cerit ve diğ., 2020), iş memnuniyeti (Spetz ve diğ., 2017), iş doyumu (AllahBakhshian ve diğ., 2017) ve devir hızının (Dysvik ve Kuvaas, 2013) temel belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Hemşirelerin klinik otonomi düzeyi arttıkça, kişisel başarı duygusunun da yükselmesi ile daha olumlu çalışan sonuçları gözlemlenmektedir (Karanikola ve diğ., 2014). Parizad ve diğ. (2023) İran'da yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmada, mesleki otonomi ile örgütsel bağlılık arasında pozitif anlamlı ilişki olduğunu ve iş doyumunun bu ilişkide aracı rol oynadığını saptamıştır. Buna göre, hemşirelerin örgütsel bağlılığını artırmak için hem mesleki otonomi hem de iş doyumunun geliştirilmesi gerekmektedir. Yapılan sistematik incelemeler, yüksek örgütsel bağlılığın hemşire-hasta iletişimini güçlendirdiğini ve hasta güvenliğini iyileştirdiğini göstermektedir (Putra ve diğ., 2020).

Hemşirelerin otonomisi iş doyumu ile ilişkisi nedeniyle ayrı bir önem taşımaktadır (Mert ve Türkmen, 2020). Pursio ve diğ., (2024), hemşirelerin otonomisi ile iş doyumu düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptamıştır. Benzer şekilde Şahan ve Özdemir, (2023) Türkiye'de hemşirelerde profesyonel otonomiye yönelik tutum ile iş doyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve otonomiye yönelik tutum arttıkça iş doyumunun arttığını belirlemiştir. Türkiye'de radyasyon onkolojisi hemşireleri ile yapılan diğer bir çalışmada ise yüksek düzeyde mesleki otonominin iş doyumunun belirleyici etmenleri arasında yer aldığı bulunmuştur (Mert ve Türkmen, 2020). Pursio ve diğ., (2024), mesleki otonomiyi artıran faktörler dikkate alındığında ve otonominin geliştirilmesine önem verildiğinde, hemşirelerin iş doyumunun artırılmasının mümkün olduğunu belirtmektedir. Demircioğlu ve Atıcı (2026)' ya göre hemşirelikte mesleki standartlara ulaşmayı başlıca olarak sistemik etmenler (düşük otonomi, yetersiz personel sayısı, hiyerarşik yapı gibi) engellemektedir. Bu bağlamda birçok çalışmada hemşirelikte otonomiye ilişkin sorunlara birim düzeyinden ziyade örgütsel ve/veya politika düzeylerde yatırım yapılması gerektiği belirtilmektedir (Demircioğlu ve Atıcı, 2026; Pursio ve diğ., 2024).

2.5. HEMŞİRELİKTE OTONOMİNİN ÖLÇÜLMESİ

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, hemşirelikte otonomi düzeyinin belirlenmesinde çeşitli ölçüm araçlarının kullanıldığı görülmektedir. Buna göre hemşirelikte otonomiyi belirlemeye yönelik olarak; Hemşirelik Aktivite Ölçeği (Schutzenhofer, 1987), Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (Beck ve diğ., 1983), Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği (Dempster, 1990), Blegen Otonomi Ölçeği (Blegen ve diğ., 1993), Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği (Blanchfield ve Biordi, 1996), Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği (Lake, 2002), Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği (Weston, 2009), Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (Erbil ve Bakır, 2009), Hemşirelerin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Ölçeği (Asakura ve diğ., 2016), Hemşirelerin Mesleki Rollerine İlişkin Özerk Davranış Ölçeğinin (Açıkgöz ve Baykal, 2024) geliştirildiği belirlenmiştir (Tablo 2.1). Ölçekler incelendiğinde, hemşirelikte otonomiye ilişkin ölçme araçlarının otonomiyi alt boyut olarak ele aldığı ve otonominin boyutlarını kapsamlı olarak içermediği saptanmıştır. Weston (2009), yaptığı bir çalışmada otonomi kavramını ölçme amacıyla geliştirilen ölçeklerin çoğunun otonomi türlerini (klinik otonomi, iş otonomisi) ele almadığını belirtmiştir. Ayrıca bu durumun, klinik otonomi, iş otonomisi ve hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol kavramları ile ilgili hemşirelik bilgilerini geliştirme ve sentezleme becerisini engellediğini belirtmiştir. Bu

doğrultuda, hemşirelikte otonominin tüm boyutlarını kapsayan bir ölçüm aracına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Tablo 2.1: Hemşirelikte otonomiye ilişkin ölçüm araçları.

	Yazar (Yıl)	**Ölçek Adı**	**Açıklama**
Türkçe Geliştirilen Ölçüm	Erbil ve Bakır (2009)	Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri	32 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır.
	Açıkgöz ve Baykal (2024)	Hemşirelerin Mesleki Rollerine İlişkin Özerk Davranış Ölçeği	23 madde ve 4 alt boyuttan (bakım verme, araştırma, yönetim ve eğitim) oluşmaktadır.
İngilizce Geliştirilen Ölçüm Araçları	Schutzenhofer (1987)	Hemşirelik Aktivite Ölçeği	35 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Saraçoğlu (2010) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.
	Beck ve diğ. (1983)	Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (Otonomi)	30 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. - Yalnızlıktan hoşlanma - Kişisel başarı - Özgürlük Şahin ve diğ. (1993) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.
	Dempster (1990)	Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği	15 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır: - Bağımsız davranış - Profesyonel davranış - Karar verme Sönmez ve diğ. (2016) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.
	Blegen ve diğ. (1993)	Blegen Otonomi Ölçeği	İki bölümden (Hasta Bakımı Uygulamaları ve Birim Uygulamaları) oluşmaktadır. Her iki bölümde 21'er madde ve tek alt boyuttan oluşmaktadır.
	Blanchfield ve Biordi (1996)	Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği (Hemşire Liderler)	İki bölümden oluşmaktadır. Bölüm A, Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik: 28 madde ve 2 alt boyuttan (yetki ve özerklik) oluşmaktadır. Bölüm B, Hemşirelik Uygulamasının Önemi: 10 madde ve 2 alt boyuttan (yetkinin önemi ve özerkliğin önemi) oluşmaktadır. Basaran Acil ve Dinç (2018) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.

Tablo 2.1 (devam): Hemşirelikte otonomiye ilişkin ölçüm araçları.

	Yazar (Yıl)	Ölçek Adı	Açıklama
İngilizce Geliştirilen Ölçüm Araçları	Blanchfield ve Biordi (1996)	Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği (Hemşireler)	İki bölümden oluşmaktadır. Bölüm A, Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik: 28 madde ve 2 alt boyuttan (yetki ve özerklik) oluşmaktadır. Bölüm B, Hemşirelik Uygulamasının Önemi: 10 madde ve 2 alt boyuttan (yetkinin önemi ve özerkliğin önemi) oluşmaktadır. Basaran Acil ve Dinç (2018) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.
	Lake (2002)	Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği	31 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır: Türkmen ve diğ. (2011) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.
	Weston (2009)	Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği	23 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. İspir ve Duygulu (2017) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.
	Asakura ve diğ. (2016)	Hemşirelerin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Ölçeği	18 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır: - Otonom klinik yargı - İşle ilgili bağımsızlık - Çalışma koşulları üzerinde kontrol Demirsoy ve Türe (2022) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın iki aşamasına ilişkin yöntem ayrı başlıklar altında sunuldu.

3.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASININ YÖNTEMİ

3.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Amacı ve Tipi

Metodolojik tasarımda olan araştırmanın birinci aşaması, hemşirelerin otonomisinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere Hemşirelikte Otonomi Ölçeği'nin geliştirilerek psikometrik analizlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Bu doğrultuda birinci aşama için araştırma soruları şu şekilde belirlendi:

1. Hemşirelikte Otonomi Ölçeği (HOÖ) geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?
2. Hemşirelerin otonomi düzeyi, hemşirelerin çalıştığı birim, kurum ve görev türüne göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

3.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi

Ölçek geliştirmeyi içeren araştırmanın birinci aşamasının evrenini, İstanbul ilinde bir devlet üniversite hastanesi ve iki eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler oluşturdu. Örneklem büyüklüğü için literatürde önerildiği gibi ölçek madde sayısının en az 10 katı kişiye (Esin, 2014) gelişigüzel örnekleme yöntemiyle ulaşılması planlandı. Ölçeğin toplam madde sayısı 27 olduğu için örneklem büyüklüğünün en az 270 hemşire olması hedeflendi. Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak, araştırmacı tarafından belirlenen örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan 730 (n_{AFA}=333, n_{DFA}=397) hemşire araştırmanın birinci aşamasının toplam örneklemini oluşturdu. Ölçeğin test-tekrar test aşamasında ise doğrulayıcı faktör analizi (DFA) örnekleminin %25'ini oluşturan 98 hemşireye 15 gün arayla ölçek tekrar uygulandı.

Örnekleme dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlendi:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde hemşire olarak çalışma
- Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde veri toplama süresinde aktif olarak çalışma

Örneklemden dışlanma kriterleri şu şekilde belirlendi:

- Ebe veya acil tıp teknisyeni olup hemşirelik yapma
- Veri toplama araçlarını eksik doldurma

3.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın birinci aşamasının verileri etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Ocak 2025 – Nisan 2025 tarihleri arasında toplandı. Elde edilen veriler, belirlenen hastanelerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden, araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra toplandı. Veri toplama araçları, hemşirelere hastanelerin dinlenme odalarında araştırmacının kendisi tarafından kapalı zarflarda verildi ve geri alındı.

3.1.4. Araştırmanın Birinci Aşamasının Veri Toplama Araçları

Araştırmanın birinci aşamasında veriler, "Tanıtıcı Bilgi Formu", geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılan "HOÖ Taslağı" ve eşzaman geçerliği ve paralel form güvenirliği için kullanılan "Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği (DUDÖ)" ile toplandı.

3.1.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Birinci Aşama)

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form, hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerini ve hemşirelerin çalıştığı birim, görevi, birimde, kurumda ve meslekte toplam çalışma süresi, çalışma şekli gibi mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 9 sorudan oluştu.

3.1.4.2. Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği

Geliştirilen ölçeğin eş zaman geçerliğinde kullanılan ölçek, Dempster (1990) tarafından uygulamadaki otonomi davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş, Sönmez ve diğ. (2016) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Toplam 30 maddeden oluşan özgün ölçek, hazırlık, yetkilendirme, gerçekleştirme ve değerleme olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır. Özgün ölçekten en az 30 ve en fazla 150 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması daha yüksek bir otonomiyi göstermektedir. Ölçeğin özgün formunun Cronbach alfa katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formu özgün ölçek yapısını doğrulamamış, profesyonel davranış (7 madde), bağımsız davranış (5 madde) ve karar verme (3 madde) olarak üç alt boyutta şekillenmiştir. Ölçek üç boyut, 15 maddeden oluşmakta olup, ölçekten en az 15 ve en fazla 75 puan alınabilmektedir. Ölçekte ters kodlanmış madde bulunmamaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik kriterleri kabul edilebilir düzeyde bulunurken, Cronbach alfa katsayısı alt boyutlar için 0,67 ile 0,87 arasında ve ölçeğin toplamı için 0,86

olarak bulunmuştur (Sönmez ve diğ., 2016). Bu çalışmada, ölçeğin toplamına ait Cronbach alfa katsayısı 0,927, alt boyutlarda ise 0,773-0,913 arasında belirlendi.

3.1.4.3. Hemşirelikte Otonomi Ölçeği Taslağı

Hemşirelikte Otonomi Ölçeği, literatürden yola çıkarak üç aşamada geliştirildi (Boateng ve diğ., 2018; Carpenter, 2018). Ölçek geliştirme sürecinde izlenen aşamalar Tablo 3.1'de özetlendi.

Tablo 3.1: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği geliştirme süreci.

1. Aşama: Ölçek Maddelerinin Geliştirilmesi		İlgili literatür incelenerek ölçek madde havuzu oluşturuldu. Araştırmacı ve danışman tarafından, 34 maddeden oluşan ölçek taslağı geliştirildi. Oluşturulan ölçek maddeleri tez izlem komitesine sunularak görüşleri alındı.	
2. Aşama: Başlangıç Analizleri		Kapsam geçerliği (n= 7)	Uzman görüşüne sunulan 34 maddeden 7'si KGİ değeri 0,80'in altında olduğu için taslak ölçekten çıkartıldı. Taslak ölçekteki maddelerin KGİ değerleri 0,86-1,00 arasında, ölçek toplam KGİ değeri ise 0,93 olarak hesaplandı.
		Yüzey geçerliği (n= 20)	Hemşirelerin geri bildirimleri dikkate alınarak 27 maddeden oluşan ölçek taslağına araştırmacı ve danışman tarafından son hali verildi.
3. Aşama: Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	**Geçerlik**	Açıklayıcı faktör analizi (n_{AFA}= 333)	Dört faktörün özdeğerinin 1'den büyük olduğu saptandı. Dört faktörün toplam varyansı açıklama oranının %61,31 olduğu belirlendi.
		Doğrulayıcı faktör analizi (n_{DFA}=397)	Ölçeği uyum iyiliği indekslerinin iyi derecede ve faktör yüklerinin 0,50'nin üzerinde olduğu belirlendi.
		Eşzaman geçerliği (n_{AFA}= 333; n_{DFA}=397)	Hem AFA (r=0,667) hem DFA (r=0,690) sonrasında yapılan analizlerde HOÖ ve DUDÖ arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı (p<0,05).
		Yakınsak ve ıraksak geçerliği (n_{AFA}= 333; n_{DFA}=397)	Hem AFA hem DFA sonrasında yapılan analizlerde ölçeğin yakınsak ve ıraksak geçerlik kriterlerini (AVE >0,50; CR > 0,70) karşıladığı belirlendi.
	Güvenirlik	Madde-toplam puan korelasyonu (n_{DFA}=397)	Ölçek madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,40'ın üzerinde olduğu saptandı.

Tablo 3.1 (devam): Hemşirelikte Otonomi Ölçeği geliştirme süreci.

3. Aşama: Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	**Güvenirlik**	Yarıya bölme yöntemi (n_{DFA}=397)	Ölçek yarıya bölündüğünde, her iki bölüm arasındaki korelasyon değeri 0,710 ve iki yarının güvenirliğine ilişkin Spearman-Brown katsayısı 0,831, Guttman Split-Half katsayısı 0,828 olarak bulundu.
		Cronbach alfa güvenirlik katsayısı (n_{DFA}=397)	Ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısının 0,939 olduğu, alt boyutların Cronbach alfa katsayısının ise 0,859 - 0,942 arasında değiştiği belirlendi.
		Paralel form güvenirliği (n_{DFA}=397)	DUDÖ ile HOÖ arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).
		Test – tekrar test güvenirliği (n_{DFA}=98)	On beş gün ara ile gerçekleştirilen iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$). Ölçek toplamına ilişkin ICC değeri 0,583 bulundu.

Ölçek Maddelerinin Oluşturulması: Araştırmanın birinci aşamasını oluşturan HOÖ'nün geliştirilmesi için tümdengelim yöntemi kullanıldı. Tümdengelim yönteminde, kapsamlı bir literatür taraması yapılmakta, önceden var olan ölçeklere ve konu ile ilgili diğer kaynaklara dayalı olarak ölçek maddeleri oluşturulmaktadır (Hinkin, 1995). Bu doğrultuda, HOÖ'nün geliştirilmesi amacıyla kapsamlı bir literatür taraması yapıldı. Literatürde yer alan hemşirelikte otonomi ile ilgili modeller, bu konuda yapılan araştırmalar, kitaplar ve daha önce geliştirilen ve Türkçeye uyarlanan ölçekler (Dempster, 1990; Şahin ve diğ., 1993; Blanchfield ve Biordi, 1996; Kramer ve Schmalenberg, 2003; Weston, 2008; Skar, 2009; Weston, 2009; Saraçoğlu, 2010; Türkmen ve diğ., 2011; Asakura ve diğ., 2016; Sönmez ve diğ., 2016; İspir ve Duygulu, 2017; Basaran Acil ve Dinç, 2018; Labrague ve diğ., 2019; Şimşek ve Ceylan, 2021; Rouhi-Balasi ve diğ., 2020; Pursio ve diğ., 2021; Demirsoy ve Türe, 2022) incelenerek ölçek madde havuzu oluşturuldu. Araştırmacı ve danışman tarafından, 34 maddeden oluşan ve 5'li Likert tip (1: Kesinlikle katılmıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum) olarak kullanılan HOÖ Taslağı geliştirildi. Oluşturulan ölçek maddeleri tez izlem komitesine sunularak görüşleri alındı.

Kapsam Geçerliği: Araştırmacı tarafından geliştirilen maddeler kapsam geçerliğinin sağlanması için yedi uzman tarafından Davis tekniği kullanılarak incelendi. Ölçeğin her bir maddesi, kapsamla ilişkili olma durumuna göre, uzmanlar tarafından 4'lü Likert (4: çok uygun, 1: uygun değil) olarak derecelendirildi. Daha sonra, her bir maddenin kapsam geçerlik indeksi (KGİ) değeri, ilgili maddeye üç veya dört puan veren uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek hesaplandı. Bu doğrultuda, KGİ değeri 0,80'in altında olduğu için (Alpar, 2022) uzman görüşüne sunulan 34 maddeden 7'si taslak ölçekten çıkarıldı. Bu aşamada uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda "Disiplinler arası tartışmalara klinik uzmanlığımla katkıda bulunurum." maddesindeki "tartışmalara" ifadesi "bilgi alışverişine" ifadesi ile değiştirilerek "Disiplinler arası bilgi alışverişine klinik uzmanlığımla katkıda bulunurum." olarak düzenlendi. Sonuç olarak, taslak ölçekte yer alan 27 maddenin KGİ değerleri 0,86 – 1 arasında, ölçeğin toplam KGİ değeri ise 0,93 olarak hesaplandı.

Yüzey Geçerliği: Kapsam geçerliğinin ardından taslak ölçeğin yüzey geçerliği incelendi. Ölçeğin yüzey geçerliği için araştırmacı ve danışman tarafından oluşturulan 27 maddelik HOÖ Taslağı, örnekleme dahil edilmemek üzere, örneklemde yer alacak katılımcılarla benzer özelliklerde 20 hemşireye uygulandı. Yüzey geçerliğine katılan hemşireler, ölçeğin anlaşılır olduğuna dair geri bildirim verdiler ve düzeltme önermediler.

Yapı Geçerliği: Bir ölçme aracının, ölçümlemeyi hedeflediği teorik yapıyı veya kavramı ne derece doğru ve tutarlı bir biçimde temsil ettiğini ortaya koyan bir geçerlik türüdür. Bu geçerlik, ölçeğin altında yatan boyutların veya faktörlerin, ölçülmek istenen olguyu ne kadar başarılı bir şekilde yansıttığını sınamaktadır. Bir ölçeğin yapı geçerliğinin sağlanması sürecinde genellikle faktör analizi gibi ileri istatistiksel yöntemlere başvurulmaktadır. Bu analizler sayesinde, ölçeğin teorik temeli ile istatistiksel yapısı arasındaki uyum tanımlanmakta ve ölçüm aracının temsil gücü kanıtlanmaktadır. (Yaşlıoğlu, 2017). Bu doğrultuda, ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri, eşzaman geçerliği, benzeşim ve ayrışım geçerlik analizleri kullanıldı. Açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve DFA ayrı örneklemde yapılması önerildiğinden (Esin, 2014) hastanelerden elde edilen veriler ikiye ayrılarak analiz ayrı örneklemde gerçekleştirildi (n_{AFA}= 333, n_{DFA}=397). AFA ve DFA da yer alan katılımcıların özellikleri karşılaştırıldı ve her iki örneklemin homojen olduğu ve aynı ana kütleden örneklendiği belirlendi.

Sosyal bilimler araştırmalarında, geliştirilen ölçüm araçlarının niteliğini, kalitesini ve yapısal geçerliğini test etmek amacıyla en sık başvurulan yöntemlerin başında faktör analizi

gelmektedir Değişkenler arasındaki örüntüyü keşfetmeyi ve temel yapıyı tanımlamayı amaçlayan AFA, birbiriyle ilişkili değişkenleri gruplandıran bir karşılıklı bağımlılık tekniği olarak literatürde yer almaktadır (Yaşlıoğlu, 2017). Öncelikle verilerin AFA için uygunluğunu belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik testleri yapıldı. Daha sonra, ölçeğin faktör desenini ortaya çıkarmak için Temel Bileşenler Analizi yöntemi kullanıldı. Faktör analizi ve temel bileşenler analizinde özdeğer kriteri, en sık başvurulan değerlendirme yöntemlerinden biridir. Buna göre, bir faktörün en az bir değişkeni açıklayabilecek düzeyde bilgi hacmine sahip olup olmadığı belirlenmektedir (Alpar, 2020). Faktör sayısının kararlaştırılmasında özdeğerin 1'den büyük olması kriteri ve toplam açıklanan varyans oranı esas alındı. AFA'da ulaşılan başlangıç faktör sonucu, bazen yorumlanması güç bir görünüm sergileyebilir. Bu durumda, faktörlerin daha net şekilde yorumlanabilmesi için eksen sistemlerine göre çevrilmesi gerekir. Bu süreç, faktör rotasyonu olarak tanımlanır ve AFA'da sıklıkla başvurulan yöntemler arasında Varimax, Quartimax ve Equimax yer almaktadır (Alpar, 2020). Bu çalışmada, faktörlerin daha net yorumlanabilmesi ve boyutların ayrışması adına ise Varimax dik döndürme tekniği uygulandı. Faktör analizi sonucunda, toplam varyansın %61,31'ini açıklayan 4 boyutlu bir yapı elde edildi.

Ölçeğin yapı geçerliğini doğrulamak ve modelin uyumunu test etmek amacıyla, AFA grubundan bağımsız olan 397 hemşire ile DFA yapıldı. DFA kapsamında uyum iyiliği indeksleri, faktör yükleri ve madde anlamlılık düzeyleri incelendi. Ölçeğin eşzaman geçerliği için Dempster (1990) tarafından geliştirilen Sönmez ve diğ. (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği (DUDÖ) kullanıldı. Hem AFA hem de DFA örnekleminde gerçekleştirilen eş zaman geçerliği kapsamında korelasyon analizleri yapıldı. Son olarak, ölçeğin DFA örneklemine yakınsak ve ıraksak geçerlik testleri uygulandı. Bu kapsamda ölçeğin alt boyutlarına ait Ortalama Açıklanan Varyans (AVE), Bileşik Güvenirlik (CR) ve Maksimum Paylaşılan Varyans (MSV) değerleri hesaplandı.

Güvenirlik: Bir ölçme aracının standart koşullar altında ve benzer örneklem gruplarında tekrarlandığında ne derece tutarlı sonuçlar ürettiğini ifade eden bir kararlılık göstergesidir. Bir testin güvenilir kabul edilmesi, o testin tesadüfi hatalardan arınmış olduğunu ve farklı zaman dilimlerinde veya koşullarda benzer veriler sağladığını göstermektedir (Şencan, 2005). HOÖ taslağının psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla DFA örneklemi kullanılarak kapsamlı güvenirlik analizleri yürütüldü (n_{DFA}=397). Güvenirlik analizleri genellikle iç tutarlık, zamana karşı değişmezlik ve eşdeğer formlar arasındaki uyum üzerinden değerlendirilmektedir (Şencan, 2005). Bu bağlamda, ölçeğin güvenirliği değerlendirilirken zamana karşı

değişmezliği/kararlılığı, iç tutarlığı ve eşdeğer formlar arasındaki uyuma ilişkin analizler kullanıldı.

Bir ölçme aracının güvenirlik düzeyi, değişik zaman aralıklarında gerçekleştirilen ölçümler arasındaki tutarlılık ile incelenebilir. Bu tutarlığı saptamak amacıyla sıklıkla test – tekrar test yöntemi kullanılmaktadır. Fakat, yineleme test sonuçlarının sadece korelasyon çözümlemesiyle değil, aynı zamanda betimleyici istatistikler ve bağımlı grup t testi gibi farklı istatistiksel yaklaşımlarla da analiz edilmesi gerekmektedir (Şencan, 2005). Bu çeşitlendirilmiş çözümlemeler, ölçme aracının güvenirlik seviyesini daha geniş kapsamda değerlendirme olanağı sağlamaktadır. Ölçeğin değişmezliğini değerlendirmek üzere ilk olarak test – tekrar test yöntemi kullanıldı. Bu kapsamda, örneklem büyüklüğünün %25'ini oluşturan 98 hemşireye 15 gün arayla ölçek tekrar uygulandı. Her iki uygulama arasındaki tutarlık ve farkın anlamlılığı; Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) ve Bağımlı Örneklem t-Testi kullanılarak analiz edildi. Koo ve Lii (2016) tarafından önerilen ve literatürde yaygın olarak kabul gören sınıflamaya göre, ICC katsayısının 0,90 ve üzerinde olması "mükemmel güvenilirlik", 0,75 ile 0,90 arasında olması "iyi güvenilirlik", 0,50 ile 0,75 arasında olması "orta düzeyde güvenilirlik" ve 0,50'nin altında olması ise "zayıf güvenilirlik" düzeyinde değerlendirilmektedir. Bu sınıflandırma, özellikle test-tekrar test ve gözlemciler arası güvenirlik analizlerinde sıklıkla kullanılmaktadır.

Bir ölçme aracının eşdeğerlik güvenirliğini incelemek için başvurulabilecek yöntemlerden biri, paralel form yöntemidir. Güvenirlik düzeyi, bu teknik aracılığıyla ölçme aracı ile paralel form arasındaki bağlantının seviyesi ile belirlenir (Şencan, 2005). Bu yöntem, bir ölçme aracının farklı formlarının aynı niteliği ölçebilme konusundaki tutarlık düzeyini değerlendirmeye katkı sağlamaktadır. Bu çalışmada ölçeğin eşdeğerlik güvenirliği paralel form yöntemi ile test edildi. Bu yöntem kapsamında HOÖ Taslağı ile eş zamanlı olarak Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği uygulandı ve her iki ölçeğin toplam puanları arasındaki korelasyon katsayısı değerlendirildi.

Ölçme aracının iç tutarlık düzeyini incelemek için başvurulan yöntemlerden biri de yarıya bölme yöntemidir. Bu yöntemde, araştırmanın güvenilir kabul edilebilmesi için hesaplanan güvenirlik katsayılarının minimum 0,70 düzeyinde veya bu değerin üstünde çıkması gerekir (Şencan, 2005). Ölçeğin iç tutarlığını değerlendirmek için ilk olarak yarıya bölme analizi yapıldı. Bu analiz kapsamında ölçek iki yarı bölüme ayrıldı ve Spearman-Brown ve Guttman Split-Half güvenirlik katsayıları belirlendi.

Cronbach alpha, Likert türü ölçme araçları, Stapel ölçekleri, semantik diferansiyel ölçekleri ve diğer psikometrik değerlendirme araçlarında uygulanan istatistiksel bir katsayıdır.

Bununla birlikte, çok maddeli indeks yapısındaki ölçme enstrümanlarında, maddeler arası iç tutarlık düzeyini incelemek maksadıyla da kullanılmaktadır. Cronbach alpha, ölçme aracındaki maddelerin birbiriyle ne derece uyum içinde olduğunu ve bu aracın kuramsal bir değişkeni ölçebilme kapasitesini belirlemeye katkı sağlamaktadır (Şencan, 2005). Cronbach alpha katsayısı, ölçme araçlarının güvenirlik düzeyini incelemek için sıklıkla başvurulan bir ölçüttür. Buna göre, alpha değeri 0,80 ile 1,00 aralığında ise ölçme aracı "yüksek güvenirlik" özelliği gösterirken, 0,60 ile 0,79 aralığındaki değerler "oldukça güvenir" şeklinde değerlendirilmektedir. Değerin 0,40 ile 0,59 aralığında yer alması, ölçme aracının "düşük güvenilirlik" düzeyinde bulunduğunu ifade ederken, 0,00 ile 0,39 aralığındaki değerler ölçme aracının "güvenilir olmadığını" belirtmektedir (Alpar, 2022). Bu çalışmada, ölçek maddelerinin iç tutarlığını değerlendirmek üzere Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı hesaplandı.

Madde toplam puan korelasyon analizi, taslak ölçme aracında bulunan maddelerin güvenirlik düzeyini incelemek ve ölçekle zayıf ilişki sergileyen maddelerin çıkarılmasına yönelik başvurulan bir analizdir (Şencan, 2005). Ölçeğin iç tutarlığı için son olarak madde toplam puan analizi kullanıldı. Bu analiz kapsamında her bir maddenin varyansı, ölçek toplam puanının varyansıyla karşılaştırarak arasındaki ilişki değerlendirildi.

3.1.5. Araştırmanın Birinci Aşamasının Veri Analizi

Araştırmanın birinci aşamasının verileri, SPSS 30.0 (IBM® SPSS® Corp, Armonk, New York), JASP ve R programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.2'de verildi. Veriler %95 güven aralığında anlamlı olarak kabul edildi ($p<0,05$).

Tablo 3.2: Araştırmanın birinci aşama için kullanılan istatistiksel yöntemler.

İncelenen Özellik	**Kullanılan Analiz Yöntemi**
Normallik Değerlendirilmesi	Kolmogrov Smirnov Normallik Testi
Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum, Maksimum
Kapsam Geçerliği	Davis Tekniği
Yüzey Geçerliği	-
Yapı Geçerliği	Kaiser Mayer Olkn ve Bartlett Küresellik Testi Açıklayıcı Faktör Analizi (Varimax Dik Döndürme Tekniği, Yamaç Grafiği, Özdeğer) Eşzaman Geçerliği Yakınsak ve Iraksak Geçerliği
İç Tutarlık	Madde Toplam Puan analizi Cronbach Alpha Katsayısı Gutmann Split Half Katsayısı Spearman Brown Katsayısı
Eşzaman Geçerliği	Pearson Korelasyon Analizi
Zamana Karşı Değişmezlik	Pearson Korelasyon Analizi Bağımlı Örneklem T Testi Sınıf içi Korelasyon Katsayısı (ICC)
AFA ve DFA Home Örneklemlerinin Homojenliği	Ki Kare Analizi Mann Whitney U Testi

3.1.6. Araştırmanın Birinci Aşamasının Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (Tarih: 06.12.2022 Karar No: 2022/478) yazılı etik kurul izni alındı. Araştırmanın birinci aşamasında kullanılmak üzere Dempster Uygulama Davranışı Ölçeğini Türkçeye uyarlayan yazardan e-posta aracılığıyla yazılı izin alındı. Ayrıca araştırmanın birinci aşamasının gerçekleştirileceği hastanelerin yönetiminden ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı kurum izni alındı. Veriler, etik kurul, yazar ve kurum izinleri alındıktan sonra araştırmacının kendisi tarafından kapalı zarflar içinde toplandı. Veri toplama öncesi hemşirelere araştırmanın amacı, süresi ve araştırma sırasında yapılacak işlemler hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin sözlü ve yazılı onamları alınarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatıldı.

3.1.7. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sınırlılıkları

Araştırmanın birinci aşaması kapsamında geliştirilen HOÖ hemşirelerin otonomi düzeyine ilişkin algılarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda araştırma verileri hemşirelerin öz bildirimleri aracılığı ile elde edildi. Öz bildirime dayalı ölçüm araçlarında bireysel algı farklılıkları nedeniyle yanıt yanlılığı oluşabilmektedir. Bu çalışmada yanıt yanlılığını önlemek amacıyla veri toplama öncesinde katılımcılara araştırmanın amacı ve

katılımcı bilgilerinin ve yanıtlarının gizli tutulacağı hakkında bilgi verildi. Araştırmanın örneklemini, bir kamu üniversite hastanesi ile iki eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere yalnızca kamu hastanelerinde çalışan hemşireler oluşturdu. Kurum izni alınamadığı için özel hastanelerde çalışan hemşirelerin örneklemde yer almaması araştırmanın bir sınırlılığıdır. Ayrıca, araştırmada gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmış olması, örneklemin evreni temsil gücünü sınırlandırmaktadır. Araştırmacı veri toplama döneminde birden fazla ziyaret ile hastanelerde çalışan tüm hemşirelere ulaşmaya çalışarak daha fazla sayı ve çeşitlilikte hemşirelere ulaşmaya çalıştı.

3.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASININ YÖNTEMİ

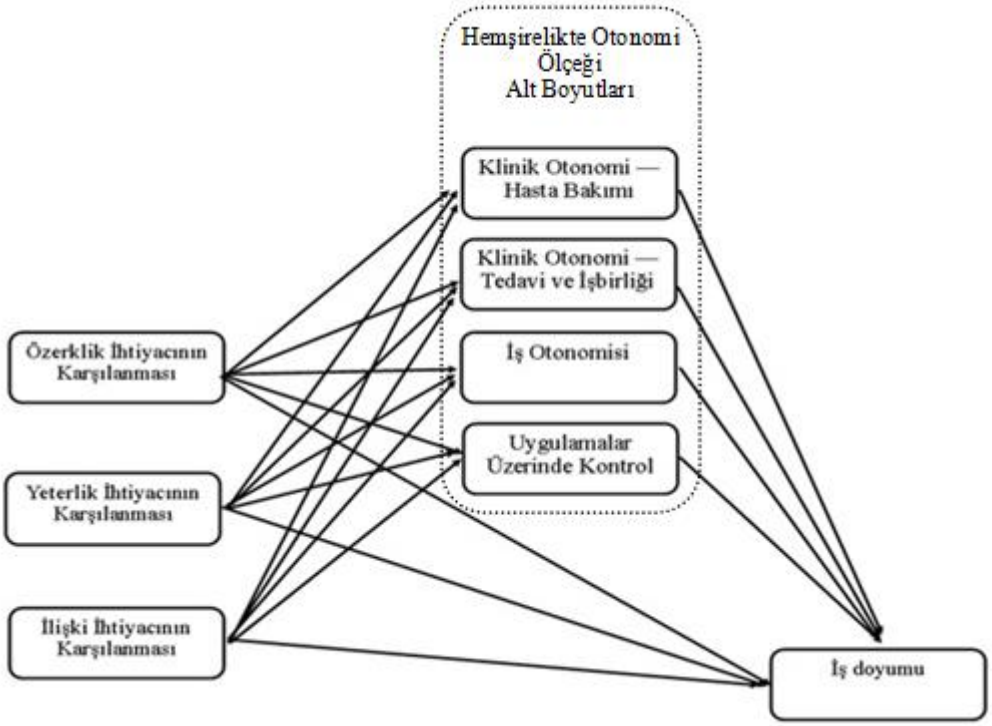
3.2.1. Araştırmanın İkinci Aşamasının Amacı ve Tasarımı

Kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda olan araştırmanın ikinci aşamasında, hemşirelerin otonomisi ile ilişkili etmenler incelendi. Bu doğrultuda, hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması (özerklik, yeterlik ve ilişki ihtiyacı), otonomi ve iş doyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bu ilişkide otonominin aracılık rolünün incelenmesi amaçlandı.

Bu doğrultuda ikinci aşama için araştırma soruları şu şekilde belirlendi:

1. Hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması (özerklik, yeterlik ve ilişki ihtiyacı), otonomi ve iş doyumları ne düzeydedir?
2. Hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması (özerklik, yeterlik ve ilişki ihtiyacı), otonomi ve iş doyumları arasında ilişki var mıdır?
3. Hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasının (özerklik, yeterlik ve ilişki ihtiyacı) iş doyumu üzerindeki etkisinde otonominin aracılık rolü var mıdır?

Araştırmanın ikinci aşamasına ilişkin kavramsal çerçeve Şekil 3.1'de gösterildi.



Şekil 3.1: Araştırmanın kavramsal çerçevesi.

3.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın ikinci aşamasının evrenini, İstanbul ilinde bir devlet üniversitesi hastanesinde ve iki eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler oluşturdu (N_2= 2165). Araştırmanın ikinci aşamasının örneklem büyüklüğü hesaplanırken, hastanelerde aktif olarak çalışan hemşire sayısı bilindiği için, evreni bilinen örneklem hesaplama formülü kullanıldı (Esin, 2014). Bu formüle göre, %5 hata payı ve %95 güven aralığı dikkate alınarak örnekleme alınmak üzere en az 326 hemşireye ulaşılması planlandı. Bu doğrultuda, araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini, örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan 411 hemşire oluşturdu (n_2=411).

Araştırmanın bu aşamasının örneklemi; olasılıksız örnekleme yöntemlerinden biri olan orantılı kota örnekleme yöntemi ile belirlendi. Orantılı kota örnekleme yöntemi kapsamında araştırmanın yürütüleceği hastaneler birer kota olarak ele alındı. Hastaneler örneklemde aktif çalışan hemşire sayısına göre orantılı olarak temsil edildi.

Tablo 3.3: Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini oluşturan hemşire sayısının dağılımı.

Tabaka No	Hastane Türü	Hemşire Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Minimum Hemşire Sayısı	Mevcut Tabaka Ağırlığı	Örneklemi Oluşturan Hemşire Sayısı
1	EAH-1	379	379/2165=0,18	59	75/411=0,18	75
2	EAH-2	850	850/2165=0,39	127	167/411=0,41	167
3	Üniversite	936	936/2165=0,43	140	169/411=0,41	169
Toplam		2165	1	326	1	411

Örnekleme dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlendi:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde en az 3 aydır hemşire olarak çalışma
- Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde veri toplama süresinde aktif olarak çalışma

Örneklemden dışlanma kriterleri şu şekilde belirlendi:

- Ebe veya acil tıp teknisyeni olup hemşirelik yapma
- Veri toplama araçlarını eksik doldurma

Kota olarak belirlenen hastanelerde gelişigüzel yöntemle ulaşılan, örnekleme dahil olma kriterlerini karşılayan 456 hemşireye ulaşıldı. 45 adet veri toplama aracı, eksik veriler içermesi nedeniyle geçersiz sayıldı. Son durumda, araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini 411 hemşire oluşturdu (n=411).

3.2.3. Araştırmanın İkinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın ikinci aşaması İstanbul Avrupa yakasında bulunan kamuya bağlı iki eğitim araştırma hastanesi ve bir üniversite hastanesinde gerçekleştirildi. Araştırma verileri, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Ağustos 2025 – Ekim 2025 tarihleri arasında toplandı.

3.2.4. Araştırmanın İkinci Aşamasını Veri Toplama Araçları

Araştırmanın ikinci aşamasında veri toplama aracı olarak demografik ve çalışma özelliklerini sorgulayan “Tanıtıcı Bilgi Formu (İkinci Aşama)”, “Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği”, birinci aşamada geliştirilen ve psikometrik analizleri yapılmış olan “Hemşirelikte Otonomi Ölçeği” ve “Hemşire İş Doyumu - Tek Madde” kullanıldı.

3.2.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (İkinci Aşama)

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form, katılımcıların demografik ve çalışma özelliklerini sorgulamaktadır. Bu formda hemşirelerin cinsiyeti, öğrenim düzeyi, medeni durumu, yaşı gibi sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 4 soru yer almaktadır. Ayrıca hemşirelerin çalıştığı birim, görevi, birimde, kurumda ve meslekte toplam çalışma süresi, aylık ortalama çalışma saati, çalışma şekli, vardiya süresi, bakılan hasta sayısı, bakım sunum yöntemi, bağlı bulunduğu birimde çalışan hemşire sayısı, birimde bulunan yatak sayısı, kurumda herhangi bir kurul/ komitede yer alma durumu, bakanlık onaylı sertifika sahibi olma durumu ve ekip üyeleri ile etkileşimi gibi çalışma özelliklerini belirlemeye yönelik 15 soru olmak üzere toplam 19 soru bulunmaktadır.

3.2.4.2. Hemşirelikte Otonomi Ölçeği (HOÖ)

Araştırmanın birinci aşamasında geliştirilen ölçek, Klinik Otonomi - Hasta Bakımı (9 madde), Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği (6 madde), İş Otonomisi (6 madde) ve Uygulamalar Üzerinde Kontrol (6 madde) olmak üzere dört alt boyuttan ve toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li Likert tipte (1= Kesinlikle katılmıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum) derecelendirilerek yanıtlanmaktadır. Ölçekte ters kodlanan madde yer almamaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması daha yüksek bir otonomiyi göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları Klinik Otonomi - Hasta Bakımı için 0,942, Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği için 0,859, İş Otonomisi için 0,860 ve Uygulamalar Üzerinde Kontrol için 0,880 olarak saptanmıştır. Ölçeğin toplam güvenirlik katsayısı ise 0,939 bulunmuştur. İkinci aşamada, ölçeğin toplamına ait Cronbach alfa katsayısı 0,944, alt boyutlarda ise 0,851-0,923 arasında belirlendi.

3.2.4.3. Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği (TPİÖ)

Deci ve Ryan (2000) tarafından bireylerin temel psikolojik ihtiyaçlarını saptamak amacıyla geliştirilen ölçek, Kesici ve diğ. (2003) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek özerklik ihtiyacı (7 madde), yeterlik ihtiyacı (6 madde) ve ilişki ihtiyacı (8 madde) alt boyutlarından ve toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek özgün formunda 7'li Likert tipte iken, Türkçe versiyonda 5'li Likert tip (1=Hiç doğru değil, 5=Çok doğru) kullanılmaktadır. Ölçekte bazı maddeler (3., 4., 7., 11., 15., 16., 18., 19. ve 20. maddeler) ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan 105'tir. Ölçek puanının düşük olması daha güçlü bir psikolojik ihtiyaca işaret etmektedir; ölçek puanının artması bireyin psikolojik ihtiyaçlarının karşılandığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları özerklik ihtiyacı için 0,73, yeterlik ihtiyacı için 0,61 ve ilişkili olma ihtiyacı için 0,73 olarak

saptanmıştır. Ölçeğin toplam güvenirlik katsayısı ise 0,76 bulunmuştur (Kesici ve diğ., 2003). Bu çalışmada gerçekleştirilen DFA'ya göre yeterlik ihtiyacı alt boyutunun model uyumuna katkı sağlamadığı, kabul edilebilir uyum indekslerine ulaşılamadığı ve boyutun yapısal geçerlilik açısından yeterli sonuç vermediği saptandı. Kuramsal bütünlük ve istatistiksel uygunluk birlikte değerlendirilerek bu çalışmada yeterlik ihtiyacı alt boyutu analizlerden çıkarıldı. Bu çalışmanın ikinci aşamasında Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği, özerklik ihtiyacı ve ilişki ihtiyacı alt boyutları üzerinden değerlendirildi. Çalışmada, Cronbach alfa katsayıları ölçek toplamı için 0,869, özerklik ihtiyacı için 0,804 ve ilişki ihtiyacı için 0,801 olarak bulundu.

3.2.4.4. Hemşire İş Doyumu - Tek Madde

Aiken ve diğ. (2002) tarafından hemşirelerin iş doyumunu ölçmek için geliştirilen ölçüm aracı, İspir (2020) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçüm aracı, tek maddelik "İşinizden ne kadar memnunsunuz?" sorusundan oluşmakta olup 4'lü Likert (1-Çok memnuniyetsizim, 4-Çok memnunum) tiptedir. Sonuçlar değerlendirilirken, 1 ve 2: memnuniyetsizim, 3 ve 4: memnunum şeklinde birleştirilerek değerlendirilmektedir. Ölçüm aracının Türkçe uyarlamasının kapsam geçerlik indeksi 0,80, sınıf içi korelasyon katsayısı 0,840 bulunarak geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir (İspir, 2020). İş Doyumu Ölçeği (İDÖ) tek sorudan oluştuğu için bu çalışmada güvenirlik analizi yapılmadı.

3.2.5. Araştırmanın İkinci Aşamasının Veri Analizi

Araştırmanın ikinci aşamasının verileri SPSS 30.0 (IBM® SPSS® Corp, Armonk, New York) ve JASP programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.4'te sunuldu. Veriler %95 güven aralığında anlamlı olarak kabul edildi ($p<0,05$).

Tablo 3.4: Araştırmanın ikinci aşaması için kullanılan istatistiksel yöntemler.

İncelenen Özellik	**Kullanılan Analiz Yöntemi**
Normallik Değerlendirilmesi	Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları
Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Özellikler	Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum, Maksimum
Yapı Geçerliği	Doğrulayıcı Faktör Analizi
Uyum İyiliği Değerlendirmesi	χ^2/df, CFI, GFI, NNFI, TLI, NFI, IFI, RMSEA, SRMR
Yapısal Geçerlik	AVE, CR ve MSV
İç Tutarlık/Güvenirlik	Cronbach Alpha Katsayısı, Madde-Toplam Korelasyonu
Değişkenler Arası İlişki	Pearson Korelasyon Analizi
Hipotez Testleri	Yapısal Eşitlik Modeli (YEM)
Aracılık Etkisi	Bootstrap Yöntemi ile Dolaylı Etki Analizi

3.2.6. Araştırmanın İkinci Aşamasının Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (Tarih: 06.12.2022 Karar No: 2022/478) yazılı etik kurul izni alındı. Araştırmanın ikinci aşamasında kullanılmak üzere Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeğini ve Hemşire İş Doyumu Ölçeğini Türkçeye uyarlayan yazarlardan e-posta aracılığıyla yazılı izin alındı. Ayrıca araştırmanın ikinci aşamasının gerçekleştirileceği hastanelerin yönetiminden ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı kurum izni alındı. Veriler gerekli etik ve kurum izinleri alındıktan sonra araştırmacının kendisi tarafından kapalı zarflar içinde toplandı. Veri toplama öncesi hemşirelere araştırmanın amacı, süresi ve araştırma sırasında yapılacak işlemler hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin sözlü ve yazılı onamları alınarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatıldı.

3.2.7. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sınırlılıkları

Araştırmanın ikinci aşamasında veriler, hemşirelerin öz bildirimlerine dayalı olarak yanıtlanan ölçüm araçları kullanılarak elde edildi. Bu tür ölçüm araçlarında bireysel algı farklılıkları nedeniyle yanıt yanlılığı oluşabilmektedir. Bu çalışmada yanıt yanlılığını önlemek amacıyla veri toplama öncesinde katılımcılara araştırmanın amacı ve katılımcı bilgilerinin ve yanıtlarının gizli tutulacağı hakkında bilgi verildi. Araştırmaya kamu üniversite hastanesi ve eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere üç hastanede gerçekleştirilmiştir. Özel hastanelerden izin

alınamadığı için örneklemin yalnızca kamu hastanelerinde görev yapan hemşirelerden oluşması, elde edilen bulguların tüm hemşirelere genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Ayrıca araştırma verileri, belirli bir zaman diliminde ve bir kez toplanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler etki olarak ifade edilmiş olsa da bu durum nedenselliği göstermemektedir. Bulgular, iki değişkenin birlikte değiştiğini gösteren istatistiksel bir bağlantı olarak değerlendirilmelidir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümü iki ayrı aşama şeklinde sunuldu. Araştırmanın birinci aşamasında HOÖ geliştirilerek psikometrik analizleri incelendi. İkinci aşamasında ise geliştirilen ölçek kullanılarak hemşirelikte otonomi ile ilişkili etmenler incelendi. Her iki aşamaya yönelik elde edilen bulgular aşağıda verildi.

4.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA AİT BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde AFA ve DFA örnekleminde yer alan hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri, AFA ve DFA örnekleminde yer alan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin homojenliği, AFA ve DFA'ya ilişkin normal dağılım testleri ve HOÖ'nün geçerlik (kapsam geçerliği, yüzey geçerliği, AFA, DFA, eşzaman geçerliği, yapısal eşitlik modeli) ve güvenirliğine (madde toplam puan analizi, Cronbach alfa katsayısı, yarıya bölme yöntemi, paralel form yöntemi, test tekrar test yöntemi) ilişkin bulgular sunuldu.

4.1.1. AFA ve DFA Örnekleminde Yer Alan Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın birinci aşamasının AFA örneklemini 333 hemşire oluşturdu. AFA örnekleminde yer alan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de verildi.

Tablo 4.1: Açıklayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (N_{AFA}=333).

Değişken	Alt Grup	AFA Örneklemi			
		Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±SS	Ortanca (Min- Maks)
Yaş	25 Yaş ve Altı	67	20,1	30,01±6,38	28 (21 – 50)
	26 – 30 Yaş	178	53,5		
	31 Yaş ve Üzeri	88	26,4		
	Toplam	333	100,0		
Cinsiyet	Kadın	265	79,6	-	-
	Erkek	68	20,4		
	Toplam	333	100,0		
Öğrenim Düzeyi	SML	17	5,1	-	-
	Ön Lisans	14	4,2		
	Lisans	263	79,0		
	YL	36	10,8		
	Doktora	3	0,9		
	Toplam	333	100,0		

Min: Minimum, SS: Standart sapma, SML: Sağlık Meslek Lisesi; SS: Standart sapma, YL: Yüksek Lisans; Ortalama, Maks: Maksimum

Tablo 4.1'e göre, araştırmanın AFA örnekleminde yer alan hemşirelerin yaş ortalaması 30,01±6,38'dir. Hemşirelerin %79,6'sı (n=265) kadın olup %79'u (n=263) lisans mezunudur.

Araştırmanın birinci aşamasının AFA örnekleminde bulunan hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.2'de verildi.

Tablo 4.2: Açıklayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan hemşirelerin mesleki özellikleri (N_{AFA}=333).

Değişken	Alt Grup	AFA Örneklemi			
		Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±SS	Ortanca (Min- Maks)
Çalışılan Kurum	EAH -1	115	34,6	-	-
	EAH -2	123	36,9		
	Üniversite Hastanesi	95	28,5		
	Toplam	333	100,0		
Çalışılan Birim	Cerrahi klinikler	154	46,3	-	-
	Dahili klinikler	116	34,8		
	Karma klinikler	63	18,9		
	Toplam	333	100,0		
Görev	Hemşire	303	91,0	-	-
	Sorumlu Hemşire	22	6,6		
	Diğer*	8	2,4		
	Toplam	333	100,0		
Birimde Çalışma Yılı	1 Yıldan Az	78	23,4	4,13±4,33	3 (1 – 26)
	1 – 5 Yıl	159	47,8		
	6 – 10 Yıl	51	15,3		
	11 Yıl ve Üzeri	45	13,5		
	Toplam	333	100,0		
Meslekte Çalışma Yılı	1 Yıldan Az	51	15,3	5,56±5,3	4 (1 – 29)
	1 – 5 Yıl	153	46,0		
	6 – 10 Yıl	67	20,1		
	11 Yıl ve Üzeri	62	18,6		
	Toplam	333	100,0		
Kurumda Çalışma Yılı	1 Yıldan Az	124	37,2	7,86±6,93	5 (1 – 32)
	1 – 5 Yıl	140	42,1		
	6 – 10 Yıl	39	11,7		
	11 Yıl ve Üzeri	30	9,0		
	Toplam	333	100,0		
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	64	19,2		
	Sürekli Gece	6	1,8		
	Vardiya	263	79,0		
	Toplam	333	100,0		

SS: Standart sapma, Min: Minimum, EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Ort: Ortalama, Maks: Maksimum; *Özel dal hemşireleri

Araştırmanın AFA örnekleminde yer alan hemşirelerin %36,9'unun (n=123) eğitim ve araştırma hastanesinde görev yaptığı, %46,3'ünün (n=154) cerrahi kliniklerde çalıştığı, %91'inin (n=303) hemşire olarak görev yaptığı, %79'unun (n=263) vardiyalı çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin birimdeki çalışma süresinin ortalama 4,13±4,33 yıl, meslekteki çalışma

süresinin ortalama 5,56±5,3 yıl ve kurumdaki çalışma sürelerinin ortalama 7,86±6,93 yıl olduğu saptandı (Tablo 4.2).

Araştırmanın birinci aşamasının DFA örneklemini 397 hemşire oluşturdu. DFA örnekleminde yer alan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.3'te verildi.

Tablo 4.3: Doğrulayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (N_{DFA}=397).

Değişken	Alt Grup	DFA Örneklemi			
		Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±SS	Ortanca (Min- Maks)
Yaş	25 Yaş ve Altı	113	28,5	29,18±6,02	27 (23 – 60)
	26 – 30 Yaş	189	47,6		
	31 Yaş ve Üzeri	95	23,9		
	Toplam	**397**	**100,0**		
Cinsiyet	Kadın	321	80,9		
	Erkek	76	19,1		
	Toplam	**397**	**100,0**		
Öğrenim Düzeyi	SML	19	4,8		
	Ön Lisans	21	5,3		
	Lisans	312	78,6		
	YL	42	10,6		
	Doktora	3	0,7		
	Toplam	**397**	**100,0**		

SS: Standart sapma; Ort: Ortalama; SML: Sağlık Meslek Lisesi; Min: Minimum; YL: Yüksek Lisans; Maks: Maksimum

Tablo 4.3'e göre, araştırmanın DFA örnekleminde yer alan hemşirelerin yaş ortalamasının 29,18±6,02'dir. Hemşirelerin %80,9'u (n=321) kadın olup %78,6'sı (n=312) lisans mezunudur.

Araştırmanın birinci aşamasının DFA örnekleminde bulunan hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.4'te verildi.

Tablo 4.4: Doğrulayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan hemşirelerin mesleki özellikleri (N_{DFA}=397).

Değişken	Alt Grup	DFA Örneklemi			
		Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±SS	Ortanca (Min- Maks)
Çalışılan Kurum	EAH - 1	140	35,3		
	EAH - 2	154	38,8		
	Üniversite Hastanesi	103	25,9		
	Toplam	**397**	**100,0**		
Çalışılan Birim	Cerrahi klinikler	196	49,4		
	Dahili klinikler	149	37,5		
	Karma klinikler	52	13,1		
	Toplam	**397**	**100,0**		
Görev	Hemşire	378	95,2		
	Sorumlu Hemşire	14	3,5		
	Diğer*	5	1,3		
	Toplam	**397**	**100,0**		
Birimde Çalışma Yılı	1 Yıldan Az	113	28,5	3,45±3,45	2 (1 – 20)
	1 – 5 Yıl	192	48,4		
	6 – 10 Yıl	60	15,1		
	11 Yıl ve Üzeri	32	8,0		
	Toplam	**397**	**100,0**		
Meslekte Çalışma Yılı	1 Yıldan Az	63	15,9	4,64±4,82	4 (1 – 35)
	1 – 5 Yıl	204	51,4		
	6 – 10 Yıl	77	19,4		
	11 Yıl ve Üzeri	53	13,3		
	Toplam	**397**	**100,0**		
Kurumda Çalışma Yılı	1 Yıldan Az	164	41,3	6,06±6,33	4 (1 – 42)
	1 – 5 Yıl	164	41,3		
	6 – 10 Yıl	51	12,9		
	11 Yıl ve Üzeri	18	4,5		
	Toplam	**397**	**100,0**		
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	51	12,9		
	Sürekli Gece	10	2,5		
	Vardiya	336	84,6		
	Toplam	**397**	**100,0**		

Maks: Maksimum; Ort: Ortalama; EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Min: Minimum; SS: Standart sapma; *Özel dal hemşireleri

Araştırmanın DFA örnekleminde yer alan hemşirelerin %38,8'inin (n=154) eğitim ve araştırma hastanesinde görev yaptığı, %49,4'ünün (n=196) cerrahi biriminde çalıştığı, %95,2'sinin (n=378) hemşire olarak görev yaptığı, %84,6'sının (n=336) vardiyalı çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin birimdeki çalışma süresinin ortalama 3,45±3,45 yıl, meslekteki çalışma süresinin ortalama 4,64±4,82 yıl ve kurumdaki çalışma sürelerinin ortalama 6,06±6,33 yıl olduğu saptandı (Tablo 4.4).

4.1.2. AFA ve DFA Örneklemlerinin Homojenliğine İlişkin Bulgular

Araştırmanın AFA ve DFA örneklemlerinin aynı evrenden seçilen homojen örneklemler olup olmadığının incelenmesi amacıyla Ki-Kare ve sürekli değişkenler normal dağılım

göstermediğinden dolayı Mann Whitney U testleri gerçekleştirildi. Bu analizlere ilişkin elde edilen bulgular Tablo 4.5 ve Tablo 4.6'da verildi.

Tablo 4.5: Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi örneklemlerinde homojenliğinin incelenmesi (kategorik değişkenler) (N_{AFA}=333, N_{DFA}=397).

Değişken	Alt Grup	AFA Örneklemi		DFA Örneklemi		Toplam		χ^2	p
		Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)		
Cinsiyet	Kadın	265	79,6	321	80,9	586	80,3	0,186	0,666
	Erkek	68	20,4	76	19,1	144	19,7		
	Toplam	**333**	**100,0**	**397**	**100,0**	**730**	**100,0**		
Öğrenim Düzeyi	SML	17	5,1	19	4,8	36	4,9	0,542	0,969
	Ön Lisans	14	4,2	21	5,3	35	4,8		
	Lisans	263	79,0	312	78,6	575	78,8		
	YL	36	10,8	42	10,6	78	10,7		
	Doktora	3	0,9	3	0,7	6	0,8		
	Toplam	**333**	**100,0**	**397**	**100,0**	**730**	**100,0**		
Çalışılan Kurum	EAH - 1	115	15,8	140	19,2	255	35	0,637	0,727
	EAH - 2	123	16,8	154	21,1	277	37,9		
	Üniversite Hastanesi	95	13,0	103	14,1	198	27,1		
	Toplam	**333**	**45,6**	**397**	**54,4**	**730**	**100,0**		
Çalışılan Birim	Cerrahi klinikler	154	46,3	196	49,4	350	47,9	4,626	0,099
	Dahili klinikler	116	34,8	149	37,5	265	36,3		
	Karma klinikler	63	18,9	52	13,1	115	15,8		
	Toplam	**333**	**100,0**	**397**	**100,0**	**730**	**100,0**		
Görev	Hemşire	303	91,0	378	95,2	681	93,3	5,159	0,076
	Sorumlu Hemşire	22	6,6	14	3,5	36	4,9		
	Diğer**	8	2,4	5	1,3	13	1,8		
	Toplam	**333**	**100,0**	**397**	**100,0**	**730**	**100,0**		
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	64	19,2	51	12,9	115	15,7	5,800	0,055
	Sürekli Gece	6	1,8	10	2,5	16	2,2		
	Vardiya	263	79,0	336	84,6	599	82,1		
	Toplam	**333**	**100,0**	**397**	**100,0**	**730**	**100,0**		

SML: Sağlık Meslek Lisesi, χ2: Ki-Kare Testi, YL: Yüksek Lisans, EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, *p<0,05, **Özel dal hemşireleri

AFA ve DFA örnekleminde yer alan hemşirelerin cinsiyet (χ2=0,186), öğrenim düzeyi (χ2=0,542), çalışılan kurum (χ2=0,637), çalışılan birim (χ2=4,626), görevi (χ2=5,159) ve çalışma şekli (χ2=5,800) değişkenleri için uygulanan ki-kare testine göre iki örneklem grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.5). Buna göre, her iki örneklemin homojen olduğu ve aynı ana kütleden örneklendiği belirlendi.

Tablo 4.6: Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi örneklemlerinde homojenliğinin incelenmesi (sürekli değişkenler) (N_{AFA}=333, N_{DFA}=397).

	Grup	N	Ort±SS	Ortanca (Min - Maks)	Rank	Test İstatistiği	p
Yaş	AFA	333	30,01±6,38	28 (21 - 50)	384,15	60921,00	0,068
	DFA	397	29,18±6,02	27 (23 - 60)	349,86		
	Toplam	**730**	**29,55±6,2**	**28 (21 - 60)**			
Birimde Çalışma Yılı	AFA	333	4,13±4,33	3 (1 - 26)	380,06	61,250,00	0,077
	DFA	397	3,45±3,45	2 (1 - 20)	353,28		
	Toplam	**730**	**3,76±3,89**	**2 (1 - 26)**			
Meslekte Çalışma Yılı	AFA	333	5,56±5,3	4 (1 - 29)	388,10	60709,00	0,057
	DFA	397	4,64±4,82	4 (1 - 35)	346,54		
	Toplam	**730**	**5,06±5,06**	**4 (1 - 35)**			
Kurumda Çalışma Yılı	AFA	333	7,08±6,93	5 (1 - 32)	384,17	60897,24	0,067
	DFA	397	6,06±6,33	4 (1 - 42)	349,84		
	Toplam	**730**	**6,52±6,63**	**4 (1 - 42)**			

Min: Minimum, Ort: Ortalama, Maks: Maksimum, SS: Standart sapma, *p<0,05

AFA ve DFA örnekleminde yer alan hemşirelerin yaş, birimde çalışma yılı, meslekte çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı değişkenleri için uygulanan Mann Whitney U testine göre iki örneklem grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.6). Buna göre, her iki örneklemin homojen olduğu ve aynı ana kütleden örneklendiği belirlendi.

4.1.3. Hemşirelerde Otonomi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için kapsam geçerliği, yüzey geçerliği ve yapı geçerliği analizleri yapıldı. Ölçeğin yapısal açıdan geçerliğini incelemek için AFA, DFA ve yapısal eşitlik modellemesi analizleri kullanıldı.

Ölçeğin güvenirliği değerlendirilirken zamana karşı değişmezliği ve iç tutarlığına yönelik analizler incelendi. Ölçeğin iç tutarlığını değerlendirmek için yarıya bölme yöntemi, Cronbach alfa katsayısı ve madde toplam puan korelasyonu analizleri yapıldı. Ölçeğin değişmezliğini değerlendirmek için ise test tekrar test yöntemi ve paralel form güvenirliği analizleri yapıldı.

4.1.3.1. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği için ölçek taslağı yedi uzman tarafından tarafından değerlendirilerek KGİ değeri hesaplandı. Uzman görüşüne sunulan 35 maddeden 8'inin madde KGİ değeri 0,80'in altında olduğu için (Karakoç ve Dönmez, 2014; Alpar, 2022) taslak ölçekten çıkartıldı. Taslak ölçekte kalan 27 maddenin ölçek toplam KGİ değeri 0,93 olarak bulundu.

4.1.3.2. Yüzey Geçerliği

Ölçeğin yüzey geçerliği için 27 maddelik ölçek taslağı, örneklemde yer alacak katılımcılarla benzer özelliklerdeki 20 hemşireye uygulandı. Katılımcıların geri bildirimleri ile ölçekte yer alan maddelerin anlaşılır olup olmadığı değerlendirildi. Yüzey geçerliğine katılan katılımcılar örnekleme dahil edilmedi.

4.1.3.3. Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliğinin sağlanması için AFA (n_{AFA}=333) ve bunun sonucunda elde edilen yapının onaylanması için ayrı bir örneklem kullanılarak DFA (n_{DFA}=397) yapıldı. Ayrıca, yapı geçerliğini belirlemek için hem AFA hem DFA örneklemleri kullanılarak eşzaman geçerliği ve benzeşim - ayrışım geçerliği analizleri yapıldı.

Açıklayıcı Faktör Analizi İçin Gerekli Varsayımların Sınanması: AFA sürecine başlamadan önce, eldeki verilerin faktör analizi için uygunluğunu belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik testleri yapıldı (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: KMO ve Bartlett Küresellik testi (N_{AFA}=333).

KMO		0,93
Bartlett Küresellik Testi	χ^2	5393,016
	sd	351
	p	0,000*

sd: serbestlik derecesi, KMO: Kaiser-Meyer-Olkin, χ^2**:** Ki-kare, *p<0,001

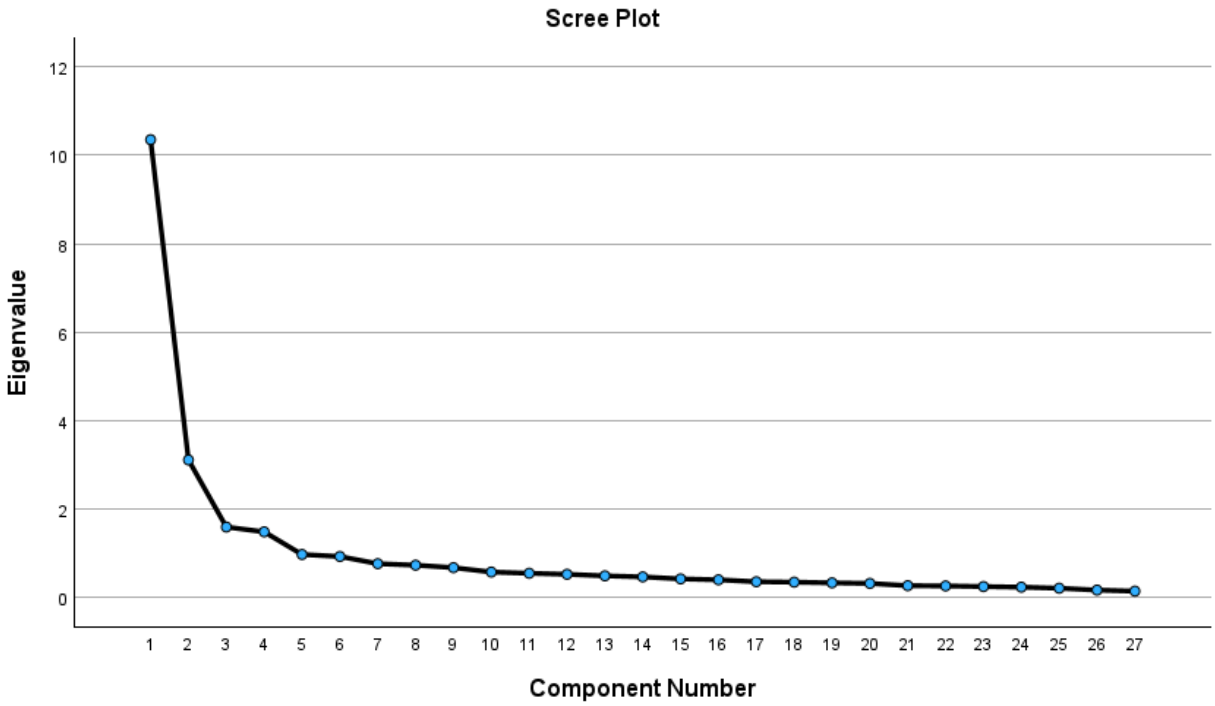
AFA örneklemine ait KMO değeri 0,93 (>0,80, Alpar, 2022) olarak saptandı. Bartlett testi değeri incelendiğinde ise ki-kare değerinin istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi (χ^2=5393,016; p=0,000, p<0,05) (Tablo 4.7). Buna göre, AFA örneklemine ait örneklem hacminin ve ölçme aracının faktör analizine uygun olduğu görüldü.

Açıklayıcı Faktör Analizi: HOÖ'nün faktör yapısının belirlenmesi için uygulanan AFA kapsamında, faktör sayısı belirlenirken özdeğerin 1'den büyük olması kriteri ve toplam açıklanan varyans oranı esas alındı. Buna göre, AFA sonucunda elde edilen özdeğerler ve varyans açıklama yüzdelerine dair sonuçlar Tablo 4.8'de, yamaç grafiği ise Şekil 4.1'de sunuldu.

Tablo 4.8: Açıklayıcı faktör analizi özdeğer ve açıklanan varyans oranı (N_{AFA}=333).

Faktör	Başlangıç Özdeğerler			Yüklenen Faktörlerin Karelerinin Toplamları			Döndürülen Faktörlerin Karelerinin Toplamları		
	Özdeğer	Oransal Varyans	Birikimli Varyans	Özdeğer	Oransal Varyans	Birikimli Varyans	Özdeğer	Oransal Varyans	Birikimli Varyans
1	10.355	38.353	38.353	10.355	38.353	38.353	5.844	21.643	21.643
2	3.114	11.532	49.886	3.114	11.532	49.886	3.780	14.001	35.645
3	1.597	5.914	55.799	1.597	5.914	55.799	3.564	13.202	48.846
4	**1.488**	**5.510**	**61.309**	**1.488**	**5.510**	**61.309**	**3.365**	**12.463**	**61.309**
5	0,975	3.611	64.920						
6	0,930	3.446	68.366						
7	0,767	2.840	71.206						
8	0,734	2.718	73.925						
9	0,678	2.510	76.435						
10	0,578	2.142	78.577						
11	0,551	2.040	80.616						
12	0,528	1.955	82.571						
13	0,493	1.824	84.395						
14	0,469	1.738	86.133						
15	0,424	1.569	87.703						
16	0,403	1.493	89.196						
17	0,359	1.331	90.527						
18	0,350	1.295	91.823						
19	0,334	1.238	93.060						
20	0,321	1.189	94.250						
21	0,271	1.003	95.252						
22	0,264	0,979	96.232						
23	0,250	0,926	97.158						
24	0,237	0,878	98.036						
25	0,213	0,788	98.824						
26	0,171	0,632	99.456						
27	0,147	0,544	100.000						

Tablo 4.8 incelendiğinde dört faktörün özdeğerinin 1'den büyük olduğu saptandı. Dört faktörün toplam varyansı açıklama oranı %61,31 (>%40, Alpar, 2020) olarak belirlendi. Şekil 4.1'de verilen yamaç grafiğinde ölçeğin dört faktörden sonra kırılım gösterdiği belirlendi. Böylece bu kırılım noktası ile ölçeğin 4 faktörden oluştuğu doğrulandı.



Şekil 4.1: Yamaç Grafiği (N_{DFA}=333).

Bu çalışmada faktörler, faktör rotasyonu yöntemlerinden Varimax yöntemi ile incelendi. Faktör analizi sonucunda rotasyona uğratılmış faktör yüklerine ait veriler Tablo 4.9'da sunuldu.

Tablo 4.9: Döndürülmüş faktör yükleri (N_{AFA}=333).

Madde No	Boyutlar			
	1	2	3	4
M3	0,808			
M4	0,806			
M6	0,793			
M1	0,772			
M5	0,761			
M2	0,752			
M8	0,716			
M7	0,651			
M9	0,507			
M17		0,779		
M18	0,406	0,688		
M19	0,401	0,666		
M21	0,354	0,659		
M20		0,647		
M16		0,626		
M23			0,887	
M24			0,886	
M22			0,775	
M25			0,641	
M27			0,514	
M26			0,438	
M10				0,776
M11				0,744
M12				0,727
M13				0,678
M14				0,534
M15				0,477

HOÖ taslağı faktör yüklerinin 0,438 - 0,887 arasında değiştiği görüldü (Tablo 4.9). Taslak ölçekte yer alan 27 maddenin de faktör yükleri 0,35'in üzerindeydi (Alpar, 2022).

AFA sonucunda 4 boyutlu ve 27 maddeli Hemşirelerde Otonomi Ölçeği oluştu. Her bir boyut hemşirelikte otonomi ile ilgili kavramsal temele göre isimlendirildi. Hemşirelikte Otonomi Ölçeğinin alt boyutlarına verilen isimler ve alt boyutları oluşturan madde numaraları Tablo 4.10'da sunuldu.

Tablo 4.10: Ölçeğin alt boyut isimleri ve madde numaraları.

Boyut	Maddeler
Klinik Otonomi - Hasta Bakımı	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Klinik Otonomi – Tedavi ve İş birliği	10, 11, 12, 13, 14, 15
İş Otonomisi	16, 17, 18, 19, 20, 21
Uygulamalar Üzerinde Kontrol	22, 23, 24, 25, 26, 27

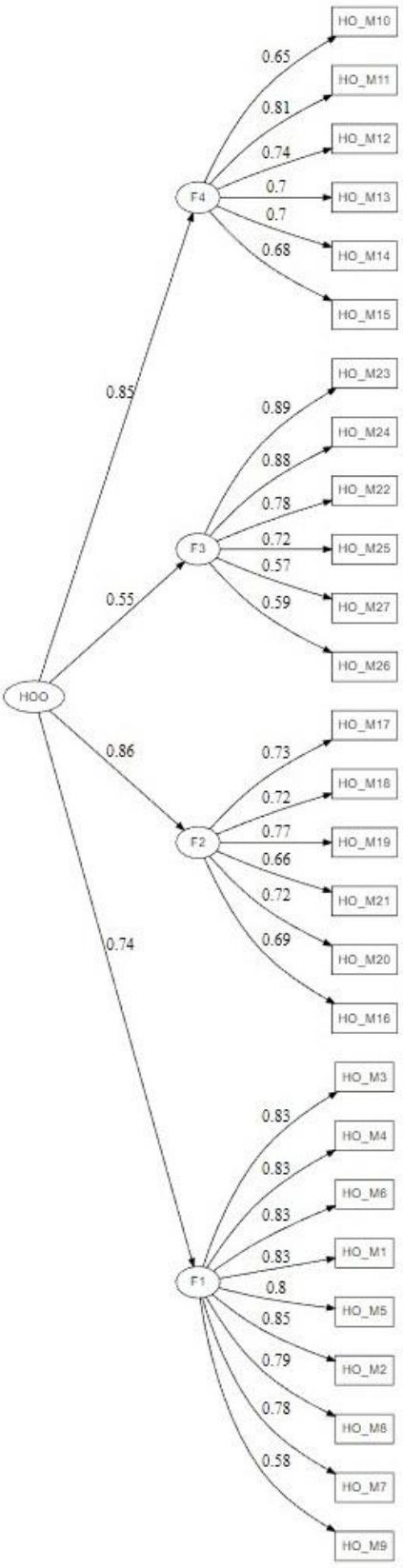
Doğrulayıcı Faktör Analizi: AFA sonucunda oluşan ölçek yapısının onaylanması ayrı bir örneklemde (N_{DFA}=397) DFA yapıldı ve uyum iyiliği indeksleri ile test edildi. Ölçeğin uyum iyiliği indeksi değerleri; χ^2/df=3,686, CFI=0,948, GFI=0,939, NNFI=0,966, TLI=0,966, NFI=0,941, IFI=0,979, RMSEA=0,062, SRMR=0,059 olarak bulundu. Bu doğrultuda, oluşturulan ölçeğin kabul edilebilir ve iyi derecede uyum gösterdiği söylenebilir (p=0,001; p<0,01) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Doğrulayıcı faktör analizine ait uyum indeksi ve referans değerleri (N_{DFA}=397).

Uyum İndeksi	İyi Uyum Değerleri¶	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri¶	Model Sonuçları	Uyum
χ^2/df	≤ 3	3 < χ^2/df ≤ 5	3,686*	Kabul edilebilir
CFI	> 0,95	> 0,80	0,948*	Kabul edilebilir
GFI	> 0,90	> 0,80	0,939*	İyi
NNFI – TLI	> 0,90	> 0,80	0,966*	İyi
NFI	> 0,90	> 0,80	0,941*	İyi
IFI	> 0,90	> 0,80	0,979*	İyi
RMSEA	< 0,05	< 0,08	0,062*	Kabul edilebilir
SRMR	< 0,05	< 0,1	0,059*	Kabul edilebilir

*p=0,001; p<0,01 ¶Kaynak: Yaşlıoğlu, M.M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 46*, 74-85.

Ölçeğin dört alt boyutunu oluşturan maddelerin yol diyagramı Şekil 4.2 de sunuldu. Ölçek maddelerinin faktör yüklerinin 0,57 – 0,89 arasında değiştiği ve anlamlılık sınırının üzerinde (>0,50, Hair ve diğ., 2019a) olduğu saptandı.



Şekil 4.2: Yol diyagramı (N_{DFA}=397).

F1: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; F2: İş Otonomisi; F3: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; F4: Klinik Otonomi – Tedavi ve İş Birliği

Ölçeğin DFA örneklemine ait madde anlamlılık düzeyleri ve madde analizi sonuçları Tablo 4.12'te sunuldu.

Tablo 4.12: Doğrulayıcı faktör analizi madde anlamlılık düzeyleri ve madde analizi sonuçları (N_{DFA}=397).

Boyut	Madde No	β	Güven Aralığı	Standart Hata	p	R^2
Klinik Otonomi – Hasta Bakımı	M3	0,838	(0,813 - 0,862)	0,012	0,0000	0,701
	M4	0,827	(0,801 - 0,852)	0,013	0,0000	0,684
	M6	0,824	(0,798 - 0,850)	0,013	0,0000	0,678
	M1	0,829	(0,804 - 0,854)	0,013	0,0000	0,687
	M5	0,790	(0,760 - 0,820)	0,015	0,0000	0,624
	M2	0,826	(0,800 - 0,851)	0,013	0,0000	0,682
	M8	0,771	(0,739 - 0,803)	0,016	0,0000	0,594
	M7	0,729	(0,693 - 0,765)	0,019	0,0000	0,531
	M9	0,564	(0,513 - 0,616)	0,026	0,0000	0,318
Klinik Otonomi – Tedavi ve İş Birliği	M10	0,665	(0,619 - 0,711)	0,023	0,0000	0,442
	M11	0,778	(0,743 - 0,812)	0,018	0,0000	0,605
	M12	0,765	(0,729 - 0,801)	0,018	0,0000	0,585
	M13	0,699	(0,656 - 0,741)	0,022	0,0000	0,488
	M14	0,697	(0,654 - 0,740)	0,022	0,0000	0,486
	M15	0,687	(0,644 - 0,731)	0,022	0,0000	0,472
İş Otonomisi	M17	0,754	(0,717 - 0,791)	0,019	0,0000	0,569
	M18	0,752	(0,714 - 0,789)	0,019	0,0000	0,565
	M19	0,775	(0,740 - 0,810)	0,018	0,0000	0,601
	M21	0,694	(0,651 - 0,737)	0,022	0,0000	0,481
	M20	0,692	(0,649 - 0,735)	0,022	0,0000	0,479
	M16	0,634	(0,586 - 0,683)	0,025	0,0000	0,402
Uygulamalar Üzerinde Kontrol	M23	0,883	(0,861 - 0,905)	0,011	0,0000	0,780
	M24	0,881	(0,859 - 0,904)	0,011	0,0000	0,776
	M22	0,762	(0,727 - 0,796)	0,018	0,0000	0,580
	M25	0,679	(0,636 - 0,722)	0,022	0,0000	0,461
	M27	0,525	(0,469 - 0,581)	0,029	0,0000	0,275
	M26	0,514	(0,457 - 0,571)	0,029	0,0000	0,264

R^2: Açıklayıcılık Değeri, β: Standartlaştırılmış Beta Katsayısı, *p<0,001

Madde anlamlılık düzeyleri, tüm maddelerin HOÖ'ye ait boyutlar üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu gösterdi (p<0,05). Maddelerin ölçekle olan bağlantıları değerlendirildiğinde ise açıklayıcılık (R^2) değerlerinin 0,264-0,780 arasında değiştiği ve kabul edilebilir düzeyin üstünde (>0,25, Hair ve diğ., 2019b) olduğu saptandı. (Tablo 4.12).

Eşzaman Geçerliği: Ölçeğin eşzaman geçerliği için Dempster (1990) tarafından geliştirilen Sönmez ve diğ. (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği (DUDÖ) kullanıldı. HOÖ ile DUDÖ arasındaki ilişki AFA örneklemi için Tablo 4.13'te ve DFA örneklemi için Tablo 4.14'te sunuldu.

Tablo 4.13: Hemşirelerde Otonomi Ölçeği ile Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği arasındaki ilişki (N_{AFA}=333).

		HOÖ
DUDÖ	r	0,667
	p	0,000

HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği, DUDÖ: Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği, r: Korelasyon Katsayısı, p<0,05

AFA örnekleminde HOÖ ile DUDÖ arasında orta düzeyde (r = 0,667), pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p < 0,05) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14: Hemşirelerde Otonomi Ölçeği ile Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği arasındaki ilişki (N_{DFA}=397).

		HOÖ
DUDÖ	r	0,690
	p	0,000

HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği, DUDÖ: Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği, r: Korelasyon Katsayısı, p<0,05

DFA örnekleminde de HOÖ ile DUDÖ arasında orta düzeyde (r = 0,690) pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p < 0,05) (Tablo 4.14).

Yakınsak ve Iraksak Geçerlik: Ölçeğin DFA örnekleminden elde edilen yakınsak ve ıraksak geçerlik kriterlerine ilişkin bulgular Tablo 4.15'te sunuldu.

Tablo 4.15: Yakınsak ve ıraksak geçerlik bulguları (N_{DFA}=397).

Yapı	**AVE**	**CR**	**MSV**	**Açıklama**
Klinik Otonomi – Hasta Bakımı	0,634	0,939	0,489	Kabul Edilebilir
Klinik Otonomi – Tedavi ve İş Birliği	0,513	0,863	0,497	Kabul Edilebilir
İş Otonomisi	0,512	0,862	0,497	Kabul Edilebilir
Uygulamalar Üzerinde Kontrol	0,562	0,882	0,365	Kabul Edilebilir

CR: Bileşik Güvenirlik, AVE: Ortalama Açıklanan Varyans, MSV: Maksimum Paylaşılan Varyans

Ölçeğin alt boyutlarına ait Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) değerlerinin 0,512-0,634 arasında (>0,50, Hair ve diğ., 2019a), Bileşik Güvenirlik (CR) değerlerinin 0,862-0,954 arasında (>0,70, Hair ve diğ., 2019a) ve Maksimum Paylaşılan Varyans (MSV) değerlerinin 0,365 – 0,497 arasında olduğu belirlendi. Ayrıca, ölçeğin her bir alt boyutuna ait CR değerinin AVE değerinden yüksek olduğu (CR>AVE) ve AVE değerinin MSV değerinden yüksek olduğu (AVE>MSV) saptandı. Bu doğrultuda, ölçeğin alt boyutlarının yakınsak ve ıraksak geçerlik kriterlerini karşıladı (Tablo 4.15).

4.1.3.4. Güvenilirlik Analizleri

HOÖ'nün güvenirliğini belirlemek amacıyla madde toplam puan korelasyon analizi, Cronbach alfa katsayısı, yarıya bölme yöntemi, paralel form güvenirliği ve test-tekrar test analizi incelendi.

Madde Toplam Puan Korelasyonu: Ölçeğin iç tutarlığını incelemek için DFA örneklemine madde toplam puan analizi yapıldı. Bu analiz kapsamında her bir maddenin varyansı, ölçek toplam puanının varyansıyla karşılaştırılarak arasındaki ilişki değerlendirildi. Elde edilen değerler Tablo 4.16'de sunuldu.

Tablo 4.16: Madde toplam korelasyon analizi (NDFA =397).

Madde No	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silindiğinde Cronbach Alpha
HO-M1	0,637	0,940
HO-M2	0,659	0,939
HO-M3	0,640	0,940
HO-M4	0,626	0,940
HO-M5	0,653	0,939
HO-M6	0,689	0,939
HO-M7	0,630	0,940
HO-M8	0,680	0,939
HO-M9	0,602	0,940
HO-M10	0,461	0,941
HO-M11	0,662	0,939
HO-M12	0,631	0,940
HO-M13	0,591	0,940
HO-M14	0,609	0,940
HO-M15	0,674	0,939
HO-M16	0,597	0,940
HO-M17	0,581	0,940
HO-M18	0,573	0,940
HO-M19	0,621	0,940
HO-M20	0,645	0,939
HO-M21	0,568	0,940
HO-M22	0,525	0,941
HO-M23	0,472	0,941
HO-M24	0,472	0,941
HO-M25	0,538	0,941
HO-M26	0,592	0,940
HO-M27	0,495	0,941

Tablo 4-16 incelendiğinde, ölçeğin madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,461-0,689 arasında değiştiği (>0,3, Şencan, 2005) saptandı. Ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0,939 olarak bulundu.

Cronbach Alfa Katsayısı: Bu çalışmada DFA örnekleminde ölçek maddelerinin iç tutarlığını değerlendirmek üzere Cronbach alfa katsayısı hesaplandı. Ölçeğin toplamına ve alt boyutlarına ait Cronbach alfa katsayıları Tablo 4.17'de sunuldu.

Tablo 4.17: Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları (N_{DFA}=397).

Alt Boyut	Madde No	Madde Çıkartıldığında Varyans	Madde - Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alpha Değeri	Boyut Cronbach Alpha	Ölçek Cronbach Alpha
KO-HB	HO-M1	35,610	0,783	0,928	0,942	0,939
	HO-M2	35,191	0,810	0,926		
	HO-M3	35,415	0,793	0,927		
	HO-M4	34,893	0,798	0,927		
	HO-M5	36,065	0,779	0,928		
	HO-M6	34,930	0,814	0,926		
	HO-M7	34,711	0,757	0,929		
	HO-M8	34,741	0,780	0,928		
	HO-M9	36,790	0,558	0,942		
KO-TİB	HO-M10	12,783	0,602	0,845	0,859	
	HO-M11	12,459	0,762	0,815		
	HO-M12	12,997	0,678	0,830		
	HO-M13	12,769	0,642	0,837		
	HO-M14	12,972	0,642	0,837		
	HO-M15	13,874	0,582	0,847		
İO	HO-M16	11,241	0,616	0,845	0,860	
	HO-M17	11,371	0,671	0,832		
	HO-M18	11,647	0,670	0,833		
	HO-M19	11,512	0,706	0,827		
	HO-M20	11,495	0,657	0,835		
	HO-M21	12,397	0,598	0,846		
UÜK	HO-M22	17,872	0,689	0,860	0,880	
	HO-M23	17,249	0,794	0,841		
	HO-M24	17,313	0,800	0,840		
	HO-M25	18,745	0,697	0,859		
	HO-M26	19,870	0,582	0,876		
	HO-M27	19,584	0,574	0,878		

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol

Tablo 4.17 incelendiğinde, ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısının 0,939 olduğu, alt boyutların Cronbach alfa katsayısının ise 0,859 - 0,942 arasında değiştiği (>0,80, Alpar, 2022) belirlendi. Madde düzeyinde analiz yapıldığında, madde çıkarılması durumunda elde edilen Cronbach Alpha katsayılarının düşüş gösterdiği saptandı. Bu nedenle, ölçekten herhangi bir madde çıkarılmadı.

Yarıya Bölme Yöntemi: Bu araştırmada, ölçeğin iç tutarlığını değerlendirmek üzere DFA örneklemi kullanılarak yarıya bölme yöntemi uygulandı. Bu analiz kapsamında ölçek iki yarı bölüme ayrıldı ve Spearman-Brown ve Guttman Split-Half güvenirlik katsayıları belirlendi. Yarıya bölme yöntemine ait değerler Tablo 4.18'de sunuldu.

Tablo 4.18: Yarıya bölme bulguları (N_{DFA}=397).

Analiz Adı	Elde Edilen Değer
İlk 14 Maddeye Ait Cronbach Alpha Katsayısı	0,924
Son 13 Maddeye Ait Cronbach Alpha Katsayısı	0,890
Her İki Yarı Arasındaki Korelasyon Katsayısı	0,710
Spearman-Brown Güvenilirlik Katsayısı	0,831
Guttman Split-Half Güvenilirlik Katsayısı	0,828

Ölçeğin ilk yarısının Cronbach alfa katsayısı 0,924, ikinci yarısının ise 0,890 olarak bulundu. Elde edilen değer, literatür ile karşılaştırıldığında her iki yarının da yüksek güvenilirliğe sahiptir. İki yarı arasındaki korelasyon katsayısı 0,710 olarak elde edildi ve iki yarı arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki olduğu saptandı. Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı 0,831 ve Guttman Split-Half güvenilirlik katsayısı 0,828 olarak bulundu. Elde edilen değer 0,70'ten büyük olduğu (Şencan, 2005) için ölçeğin güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlendi (Tablo 4.18).

Test-Tekrar Test Yöntemi: Çalışmada, ölçeğin zamana karşı değişmezliğini değerlendirmek üzere test tekrar test yöntemi kullanıldı. Bu kapsamda HOÖ, DFA örnekleminin %25'ini oluşturan 98 hemşireye 15 gün arayla tekrar uygulandı. Elde edilen değerler, tanımlayıcı analizler (ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum), bağımlı grup t testi ve sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) kullanılarak incelendi. Test-tekrar test yöntemine yönelik elde edilen bulgular Tablo 4.19'da sunuldu.

Tablo 4.19: Test-tekrar test yöntemi bulguları (N_{DFA}=98).

	Test Ort±SS	Tekrar Test Ort±SS	t	t^a	Korelasyon	t^b
KO-HB	3,95±0,79	3,90±0,64	1,083	0,281	0,443	<0,001
KO-TİB	3,61±0,74	3,54±0,60	0,883	0,379	0,436	<0,001
İO	3,87±0,67	3,92±0,55	-0,804	0,423	0,486	<0,001
UÜK	3,19±0,85	3,25±0,77	-0,693	0,490	0,391	<0,001
HOÖ	3,69±0,61	3,67±0,49	0,285	0,776	0,445	<0,001

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği; p^a: Bağımlı Örneklem T Testi p Değeri, p^b: Korelasyon Analizi p Değeri , *p<0,01

İki ölçüm arasında alt boyutlar ve ölçek toplamı için istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (test sonuçlarının kritik değer 0,05'ten büyük olması) bulundu. Ayrıca iki ölçüm arasındaki grup içi korelasyon katsayısının ölçek toplamı için 0,445 olduğu, alt boyutlar için 0,391 ile 0,486 aralığında olduğu ve aralarında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptandı. Ayrıca, ölçeğin test – tekrar test güvenirliğini incelemek için ICC değeri hesaplandı ve elde edilen değerler Tablo 4.20'de sunuldu.

Tablo 4.20: İki ölçüm arasında sınıf içi korelasyon bulguları (N_{DFA} =98).

	ICC Tek	**ICC Ortalama**	**F**
Klinik Otonomi - Hasta Bakımı	0,583	0,737	<0,001
Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği	0,576	0,731	<0,001
İş Otonomisi	0,616	0,763	<0,001
Uygulamalar Üzerinde Kontrol	0,545	0,706	<0,001
Ölçek Ortalaması	0,583	0,736	<0,001

Tablo 4.20 incelendiğinde, ölçeğin alt boyutları ve toplamına ilişkin ICC değerlerinin 0,545 ile 0,616 arasında değiştiği belirlendi. Elde edilen ICC değerleri sonucunda ölçeğin orta düzeyde güvenilir (>0,50) olduğu söylenebilir.

Paralel Form Yöntemi: Bu çalışmada eşdeğerlik güvenirliğini değerlendirmek için paralel form yöntemi kullanıldı. HOÖ taslağı ile Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği Türkçe versiyonu eş zamanlı olarak DFA örneklemine uygulandı. Her iki ölçme aracının puanları arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanarak elde edilen değerler Tablo 4.21'de sunuldu.

Tablo 4.21: Paralel form yöntemi bulguları (N_{DFA}=397).

	Profesyonel Davranış	**Bağımsız Davranış**	**Karar Verme**	**DUDÖ Toplam**
KO-HB	0,553 (0,000)	0,633 (0,000)	0,480 (0,000)	0,576 (0,000)
KO-TİB	0,547 (0,000)	0,833 (0,000)	0,466 (0,000)	0,557 (0,000)
İO	0,650 (0,000)	0,608 (0,000)	0,568 (0,000)	0,676 (0,000)
UÜK	0,469 (0,000)	0,536 (0,000)	0,353 (0,000)	0,429 (0,000)
HOÖ Toplam	0,675 (0,000)	0,803 (0,000)	0,587 (0,000)	0,690 (0,000)

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği, DUDÖ: Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği, *p< 0,05

Tablo 4.21 incelendiğinde, her iki ölçeğin alt boyutları ve toplam puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

4.1.3.5. Hemşirelerde Otonomi Ölçeğinin Yapısı ve Değerlendirilmesi

Bu araştırmada geliştirilen HOÖ, Klinik Otonomi - Hasta Bakımı (9 madde), Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği (6 madde), İş Otonomisi (6 madde) ve Uygulamalar Üzerinde Kontrol (6 madde) olmak üzere dört alt boyuttan ve toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li Likert tipte (1= Kesinlikle katılmıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum) yanıtlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve maddelerine yönelik bilgiler Tablo 4.22'de sunuldu.

Tablo 4.22: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği yapısı.

Boyut	**Maddeler**	**Puan Aralığı**
Klinik Otonomi - Hasta Bakımı	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	1-5
Klinik Otonomi – Tedavi ve İş birliği	10, 11, 12, 13, 14, 15	1-5
İş Otonomisi	16, 17, 18, 19, 20, 21	1-5
Uygulamalar Üzerinde Kontrol	22, 23, 24, 25, 26, 27	1-5
HOÖ Toplam	Tüm maddeler	1-5

Ölçekten en fazla 135 ve en az 27 puan alınabilmektedir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin toplam ve alt boyutlarının puanlaması, elde edilen puanların aritmetik ortalaması kullanılarak hesaplanmaktadır. Ölçek ortalama puanı için ölçekten alınan puanlar toplanıp madde sayısına bölünerek 1-5 arasında bir ölçek puan ortalaması elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması daha yüksek bir otonomi düzeyini göstermektedir.

4.1.3.6. Hemşirelikte Otonomi Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular ve Korelasyon Analizi

Araştırmaya katılan hemşirelerin (N_{DFA}=397) HOÖ toplam ve alt boyut ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4-23'te sunuldu.

Tablo 4.23: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği puan ortalamaları (N_{DFA}=397).

	Ortalama ± SS	**Min.**	**Maks.**	**Medyan**
KO-HB	4,04±0,74	1	5	4
KO-TİB	3,63±0,71	1,33	5	3,67
İO	3,94±0,67	1	5	4
UÜK	3,20±0,85	1	5	3,17
HOÖ Toplam	3,74±0,60	1,07	5	3,81

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği SS:Standart Sapma Min: Minimum Maks:Maksimum

Araştırmaya katılan hemşirelerin, HOÖ toplam puan ortalaması 3,74±0,60 olarak bulundu. Alt boyutlarda ise klinik otonomi – hasta bakımı puan ortalaması 4,04±0,74, klinik otonomi – tedavi ve iş birliği puan ortalaması 3,63±0,71, iş otonomisi puan ortalaması 3,94±0,67 ve uygulamalar üzerinde kontrol puan ortalaması 3,20±0,85 olarak saptandı (Tablo 4.23). Hemşirelerin HOÖ alt boyut puanları arasındaki korelasyon analizi Tablo 4.24'te sunuldu.

Tablo 4.24: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği korelasyon matrisi (N_{DFA}=397).

	KO-HB	**KO-TİB**	**İO**	**UÜK**
KO-HB	1			
KO-TİB	0,560*	1		
İO	0,655*	0,614*	1	
UÜK	0,377*	0,601*	0,441*	1
HOÖ Toplam	0,832*	0,839*	0,823*	0,724*

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği r: Pearson Korelasyon Analizi, HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği *p< 0,05

Hemşirelerin HOÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde alt boyutların birbirleriyle zayıf, orta ve yüksek düzeyde anlamlı ilişkili olduğu, alt boyutların toplam puanla yüksek düzeyde anlamlı ilişkili olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4.24).

Tablo 4.25: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği puan ortalamalarının kurumlara göre karşılaştırılması (N_{DFA}=397).

	Kurum	**Ort±SS**	**Medyan**	**Rank**	**Test Değeri p**
KO-HB	EAH -1	4,01±0,73	4,00	196,00	2,862 0,239
	EAH -2	4,00±0,74	4,00	191,03	
	Üniversite Hastanesi	4,12±0,75	4,00	214,99	
KO-TİB	EAH -1	3,66±0,74	3,67	205,12	1,015 0,602
	EAH -2	3,61±0,69	3,67	192,02	
	Üniversite Hastanesi	3,63±0,72	3,83	201,12	
İO	EAH -1	3,94±0,63	4,00	191,83	4,120 0,127
	EAH -2	3,90±0,66	4,00	194,41	
	Üniversite Hastanesi	3,99±0,74	4,17	218,61	
UÜK	EAH -1	3,25±0,85	3,17	204,44	0,752 0,686
	EAH -2	3,14±0,87	3,17	193,04	
	Üniversite Hastanesi	3,20±0,82	3,17	200,51	
HOÖ Toplam	EAH -1	3,75±0,60	3,81	199,30	2,470 0,291
	EAH -2	3,70±0,58	3,74	189,64	
	Üniversite Hastanesi	3,78±0,62	3,89	212,58	

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği; Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma, *p<0,05

Hemşirelerin HOÖ toplam ve alt boyut puanları çalışılan kurumlara göre karşılaştırıldı. Hemşirelerin HOÖ toplam ve alt boyut puanları çalışılan kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi (p>0,05) (Tablo 4.25).

Tablo 4.26: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği puan ortalamalarının birimlere göre karşılaştırılması (N_{DFA}=397).

	Birim	**Ortalama±SS**	**Medyan**	**Rank**	**Test Değeri p**
KO-HB	Cerrahi klinikler	4,01±0,77	4,00	196,30	1,389 (0,499)
	Dahili klinikler	4,09±0,68	4,00	206,79	
	Karma klinikler	3,96±0,79	4,00	186,87	
KO-TİB	Cerrahi klinikler	3,58±0,75	3,67	192,08	1,791 (0,408)
	Dahili klinikler	3,71±0,65	3,67	208,62	
	Karma klinikler	3,61±0,74	3,67	197,52	
İO	Cerrahi klinikler	3,95±0,69	4,00	203,34	0,830 (0,660)
	Dahili klinikler	3,94±0,67	4,00	197,22	
	Karma klinikler	3,92±0,59	4,00	187,73	
UÜK	Cerrahi klinikler	3,18±0,88	3,17	199,06	0,275 (0,871)
	Dahili klinikler	3,23±0,83	3,17	201,45	
	Karma klinikler	3,16±0,82	3,08	191,78	
HOÖ Toplam	Cerrahi klinikler	3,72±0,63	3,81	197,06	0,447 (0,800)
	Dahili klinikler	3,78±0,55	3,81	203,66	
	Karma klinikler	3,70±0,60	3,81	192,95	

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği, SS: Standart Sapma, *p<0,05

Hemşirelerin HOÖ toplam ve alt boyut puanları çalışılan birimlere göre karşılaştırıldı. Hemşirelerin HOÖ toplam ve alt boyut puanları çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi (p>0,05) (Tablo 4.26).

Tablo 4.27: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği puan ortalamalarının göreve göre karşılaştırılması (N_{DFA}=397).

	Görev	**Ort±SS**	**Medyan**	**Rank**	**Test Değeri (P)**	**Fark**
KO-HB	Hemşire$^{(A)}$	4,02±0,75	4,00	196,39	6,675 **(0,036)**	B>A
	Sorumlu Hemşire$^{(B)}$	4,52±0,52	4,72	275,96		
	Diğer**$^{(C)}$	4,00±0,25	4,00	180,80		
KO-TİB	Hemşire$^{(A)}$	3,61±0,70	3,67	194,73	14,089 **(0,000)**	B>A
	Sorumlu Hemşire$^{(B)}$	4,32±0,53	4,17	311,18		
	Diğer**$^{(C)}$	3,67±0,71	3,67	207,40		
İO	Hemşire$^{(A)}$	3,92±0,67	4,00	197,27	2,638 (0,267)	
	Sorumlu Hemşire$^{(B)}$	4,31±0,61	4,17	247,54		
	Diğer**$^{(C)}$	4,00±0,31	4,00	193,60		
UÜK	Hemşire$^{(A)}$	3,17±0,83	3,17	196,42	5,774 (0,056)	
	Sorumlu Hemşire$^{(B)}$	3,85±1,01	3,83	271,14		
	Diğer**$^{(C)}$	3,10±0,91	3,33	191,90		
HOÖ Toplam	Hemşire$^{(A)}$	3,72±0,59	3,80	195,88	8,707 **(0,013)**	B>A
	Sorumlu Hemşire$^{(B)}$	4,28±0,59	4,24	287,68		
	Diğer**$^{(C)}$	3,73±0,35	3,70	186,40		

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği; Ortalama: Ort; SS: Standart Sapma, *p<0,05, **Özel dal hemşireleri

HOÖ toplam ve alt boyut puanları hemşirelerin görevlerine göre karşılaştırıldı. Araştırmadan elde edilen HOÖ toplam, Klinik Otonomi – Hasta Bakımı ve Klinik Otonomi – Tedavi ve İş Birliği alt boyut puan ortalamaları, hemşirelerin görevlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Gruplar arası farklılığı belirlemek amacıyla yapılan post hoc testi sonucuna göre, sorumlu hemşirelerin HOÖ toplam, Klinik Otonomi – Hasta Bakımı ve Klinik Otonomi – Tedavi ve İş Birliği alt boyut puan ortalamasının hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.27).

4.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA AİT BULGULAR

Bu başlık altında araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri, ölçeklerin geçerlik ve güvenirliğine ilişkin bulgular, ölçeklere ilişkin tanımlayıcı bulgular ve yapısal eşitlik modeline ilişkin bulgular sunuldu.

4.2.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini 411 hemşire oluşturdu. Araştırmanın ikinci aşamasında yer alan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.28'de verildi.

Tablo 4.28: Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (N=411).

Değişken	Alt Grup	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±SS	Medyan (Min- Maks)
Yaş	25 Yaş ve Altı	82	20,0	29,46±6,01	27 (23 – 63)
	26 – 30 Yaş	228	55,4		
	31 Yaş ve Üzeri	101	24,6		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Cinsiyet	Kadın	327	79,6		
	Erkek	84	20,4		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Öğrenim Düzeyi	SML	32	7,8		
	Ön Lisans	15	3,7		
	Lisans	315	76,6		
	YL	48	11,7		
	Doktora	1	0,2		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Medeni Durum	Evli	251	61,1		
	Bekar	160	38,9		
	Toplam	**411**	**100,0**		

SML: Sağlık Meslek Lisesi; YL: Yüksek Lisans; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum

Araştırmanın ikinci aşamasının örnekleminde yer alan hemşirelerin yaş ortalamasının 29,46±6,01 olduğu, %79,6'sının (n=327) kadın olduğu, %76,6'sının (n=315) lisans mezunu ve

%61,1'inin (n=251) evli olduğu belirlendi (Tablo 4.28). Araştırmanın ikinci aşamasında yer alan hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.29'da sunuldu.

Tablo 4.29: Hemşirelerin mesleki özellikleri (N=411).

Değişken	Alt Grup	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±SS	Medyan (Min- Maks)
Çalışılan Kurum	Üniversite Hastanesi	169	41,1		
	EAH-1	75	18,3		
	EAH-2	167	40,6		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Görev	Hemşire	385	93,7		
	Yönetici Hemşire	26	6,3		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Çalışılan Birim	Dahili Klinikler	131	31,9		
	Cerrahi Klinikler	152	37,1		
	Yoğun Bakımlar	111	27,1		
	Acil Servis	16	3,9		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Birimdeki Çalışma Süresi	1 – 5 Yıl	340	82,7	4,18±5,43	2 (1 – 42)
	6 – 10 Yıl	31	7,6		
	11 Yıl ve Üzeri	40	9,7		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Kurumdaki Çalışma Süresi	1 – 5 Yıl	311	75,7	5,00±5,90	3 (1 – 42)
	6 – 10 Yıl	51	12,4		
	11 Yıl ve Üzeri	49	11,9		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Meslekteki Çalışma Süresi	1 – 5 Yıl	265	64,5	6,30±6,38	4 (1 – 42)
	6 – 10 Yıl	81	19,7		
	11 Yıl ve Üzeri	65	15,8		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	70	17,0		
	Sürekli Gece	8	2,0		
	Vardiya	333	81,0		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Vardiya Süresi	8 saat	83	20,2		
	12 saat	62	15,1		
	16 saat	61	14,8		
	24 saat	7	1,7		
	8,16 saat dönüşüm	169	41,1		
	8,16,24 saat dönüşüm	21	5,1		
	16,24 saat dönüşüm	8	2,0		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Doğrudan Hasta Bakımı	Veriyor	365	88,8		
	Vermiyor	46	11,2		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Bakım Sunum Yöntemi	İş Paylaşımı	115	28,0		
	Hasta Paylaşımı	296	72,0		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Kurulda Yer Alma Durumu	Evet	7	1,7		
	Hayır	404	98,3		
	Toplam	**411**	**100,0**		

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Tablo 4.29 (devam): Hemşirelerin mesleki özellikleri (N=411).

Değişken	Alt Grup	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±SS	Medyan (Min- Maks)
Sertifika Durumu	Evet	71	17,3		
	Hayır	340	82,7		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Ekip Etkileşimi	Çok Kötü	1	0,2		
	Kötü	4	1,0		
	Orta	83	20,2		
	İyi	228	55,5		
	Çok İyi	95	23,1		
	Toplam	**411**	**100,0**		
Aylık Çalışma Saati				189,19±26,64	180 (160 – 280)
Bakılan Hasta Sayısı				8,08±5,99	8 (0 – 30)
Toplam Yatak Sayısı				24,21±11,11	24 (0 – 50)
Toplam Hemşire Sayısı				19,47±17,14	13 (3 – 78)

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Araştırmanın ikinci aşamasına katılan hemşirelerin %41,1'inin (n=169) üniversite hastanesinde görev yaptığı, %37,1'inin (n=152) cerrahi kliniklerde çalıştığı, %93,7'sinin (n=385) hemşire olarak görev yaptığı saptandı. Hemşirelerin çalışma sürelerinin birimde ortalama 4,18±5,43 yıl, kurumda ortalama 5,00±5,90 yıl ve meslekte ortalama 6,30±6,38 yıl olduğu belirlendi. Çalışma şekilleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin %81'inin (n=333) vardiya usulü çalıştığı ve %41,1'nin (n=169) "8-16 saat dönüşümlü" vardiya süresi ile çalıştığı saptandı. Hemşirelerin aylık ortalama çalışma saati 189,19±26,64 saat olarak bulundu. Hemşirelik bakım sunumu değerlendirildiğinde; hemşirelerin %88,8'inin (n=365) doğrudan hasta bakımı verdiği ve %72'sinin (n=296) bakım sunum yöntemi olarak "hasta paylaşımı" modelini kullandığı belirlendi. Ayrıca, hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı 8,08±5,99 ve bağlı bulunan birimin ortalama yatak sayısı 19,47±17,14 olarak bulundu. Mesleki gelişim ve çalışma ortamı algısına ilişkin veriler incelendiğinde ise; hemşirelerin %98,3'ünün (n=404) hastanede herhangi bir kurulda yer almadığı, %82,7'sinin (n=340) sertifikasının bulunmadığı ve %55,5'inin (n=228) ekip etkileşimini "iyi" olarak değerlendirdiği belirlendi (Tablo 4.29).

4.2.2. Başlangıç Analizleri

Başlangıç analizleri olarak ikinci aşamada kullanılan TPİÖ ve HOÖ'ye DFA yapılarak yapı geçerliği belirlendi. Ölçeklerin uyum indeksleri ve referans değerleri Tablo 4.30'da sunuldu.

Tablo 4.30: Ölçeklerin uyum indeksleri ve referans değerleri (N=411).

Uyum İndeksi	İyi Uyum Değeri ¶	Kabul Edilebilir Uyum Değeri¶	TPİÖ (Yeterlik alt boyutu dahil)		TPİÖ (Yeterlik alt boyutu hariç)		HOÖ	
			Uyum Değeri	Sonuç	Uyum Değeri	Sonuç	Uyum Değeri	Sonuç
χ^2/df	≤ 3	$3 < \chi^2/df \leq 5$	7,492	Kabul Edilemez	4,186*	Kabul Edilebilir	4,623*	Kabul Edilebilir
CFI	> 0,95	> 0,80	0,655	Kabul Edilemez	0,916*	Kabul Edilebilir	0,911*	Kabul Edilebilir
GFI	> 0,90	> 0,80	0,978	Kabul Edilemez	0,993*	İyi	0,959*	İyi
NNFI – TLI	> 0,90	> 0,80	0,661	Kabul Edilemez	0,892*	Kabul Edilebilir	0,851*	Kabul Edilebilir
NFI	> 0,90	> 0,80	0,625	Kabul Edilemez	0,893*	Kabul Edilebilir	0,836*	Kabul Edilebilir
IFI	> 0,90	> 0,80	0,658	Kabul Edilemez	0,916*	İyi	0,852*	Kabul Edilebilir
RMSEA	< 0,05	< 0,08	0,113	Kabul Edilemez	0,065*	Kabul Edilebilir	0,069*	Kabul Edilebilir
SRMR	< 0,05	< 0,1	0,101	Kabul Edilemez	0,047*	İyi	0,067*	Kabul Edilebilir

*p=0,001; p<0,01 ¶Kaynak: Yaşlıoğlu, M.M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 46*, 74-85.

Özgün formu üç alt boyuttan oluşan TPİÖ'ye ait uyum indeksi değerleri; χ2/df=7,492, CFI=0,655, GFI=0,978, NNFI-TLI=0,661, NFI=0,625, IFI=0,658, RMSEA=0,113, SRMR=0,101 bulundu. Bulgulara göre, yeterlik ihtiyacı boyutunun modelde tutulması durumunda ölçeğin kabul edilebilir uyum göstermediği belirlendi. Bu doğrultuda, yeterlik ihtiyacının karşılanması alt boyutu çalışmanın ikinci aşamasındaki ileri analizlerden çıkarıldı. TPİÖ, ilişki ihtiyacı ve özerklik ihtiyacının karşılanması alt boyutları üzerinden değerlendirildi. Yeterlik alt boyutu hariç olan TPİÖ'ye ait uyum indeksi değerleri ise; χ2/df=4,186, CFI=0,916, GFI=0,993, NNFI-TLI=0,892, NFI=0,893, IFI=0,916, RMSEA=0,065 ve SRMR=0,047 bulundu. Bu doğrultuda, TPİÖ'nün kabul edilebilir ve iyi derecede uyum gösterdiği belirlendi.

HOÖ'ye ait uyum indeksi değerleri ise χ2/df=4,623, CFI=0,911, GFI=0,959, NNFI-TLI=0,851, NFI=0,836, IFI=0,852, RMSEA=0,069, SRMR=0,067 olarak saptandı. Buna göre, HOÖ'nün kabul edilebilir ve iyi derecede uyum gösterdiği belirlendi (p=0,001; p<0,01) (Tablo 4.30). Ölçek maddelerinin faktör yükleri ile yakınsak ve ıraksak geçerlik bulgularına ilişkin bulgular Tablo 4.31'de sunuldu.

Tablo 4.31: Ölçek maddelerinin faktör yükleri ve yakınsak ve ıraksak geçerlik bulguları (N=411).

	Boyut	Madde No	Faktör Yükü	AVE	CR	MSV	Açıklama
TPİÖ	İİ	TPİ-M2	0,707	0,421	0,812	0,699	Ayrışma Sorunu (AVE < MSV)
		TPİ-M6	0,624				
		TPİ-M9	0,540				
		TPİ-M12	0,726				
		TPİ-M16	0,613				
		TPİ-M21	0,669				
	Öİ	TPİ-M1	0,682	0,456	0,806	0,699	Ayrışma Sorunu (AVE < MSV)
		TPİ-M4	0,570				
		TPİ-M8	0,729				
		TPİ-M14	0,733				
		TPİ-M17	0,650				
HOÖ	KO-HB	HO-M1	0,839	0,586	0,927	0,573	Kabul Edilebilir
		HO-M2	0,805				
		HO-M3	0,834				
		HO-M4	0,809				
		HO-M5	0,769				
		HO-M6	0,802				
		HO-M7	0,690				
		HO-M8	0,713				
		HO-M9	0,600				
	KO-TİB	HO-M10	0,819	0,499	0,854	0,573	Ayrışma Sorunu (AVE < MSV)
		HO-M11	0,796				
		HO-M12	0,789				
		HO-M13	0,619				
		HO-M14	0,572				
		HO-M15	0,599				
	İO	HO-M16	0,779	0,609	0,902	0,540	Kabul Edilebilir
		HO-M17	0,871				
		HO-M18	0,784				
		HO-M19	0,853				
		HO-M20	0,742				
		HO-M21	0,632				
	UÜK	HO-M22	0,842	0,558	0,879	0,341	Kabul Edilebilir
		HO-M23	0,890				
		HO-M24	0,874				
		HO-M25	0,716				
		HO-M26	0,517				
		HO-M27	0,554				

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; Öİ: Özerklik İhtiyacı; İİ: İlişki İhtiyacı; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği; TPİÖ: Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği

Tablo 4.31 incelendiğinde, TPİÖ maddelerinin faktör yüklerinin 0,540 – 0,733 arasında değiştiği belirlendi. Ölçeğin içerdiği 9 maddenin yüksek düzeyde anlamlı (>0,60) ve 2 maddenin anlamlı (>0,50) olduğu saptandı. HOÖ maddelerine ait faktör yüklerinin ise 0,517 –

0,890 arasında değiştiği bulundu. Buna göre, HOÖ'nün içerdiği maddenin 24 maddenin yüksek düzeyde anlamlı (>0,60) ve 3 maddenin anlamlı (>0,50) olduğu saptandı (Büyüköztürk, 2002; Hair ve diğ., 2019a).

Ölçeklerin yakınsak geçerlik kriterleri incelendiğinde, AVE değerlerinin TPİÖ alt boyutları için 0,421 - 0,456 arasında ve HOÖ alt boyutları için 0,499 - 0,609 arasında (>0,50, kabul edilebilir değer) olduğu belirlendi. CR değerlerinin ise TPİÖ alt boyutları için 0,806 - 0,812 arasında ve HOÖ alt boyutları için 0,854 - 0,927 arasında (>0,70, kabul edilebilir değer) olduğu belirlendi. Buna göre, TPİÖ'nün tüm alt boyutlarının ve HOÖ'nün "Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği" alt boyutunun AVE değerlerinin 0,50 eşik değerinin altında olduğu saptandı. Ancak Fornell ve Larcker (1981), AVE değeri 0,50'den düşük olsa bile, CR değerinin 0,60'tan yüksek olması durumunda ölçeğin yakınsak geçerliğinin yeterli kabul edilebileceğini belirtmektedir. Çalışmada elde edilen yüksek CR değerleri (>0,80) nedeniyle TPİÖ'nün ve HOÖ'nün yakınsak geçerlik kriterlerini karşıladığı kabul edildi (Tablo 4.31).

Ölçeklerin ıraksak geçerliği incelendiğinde; ilişki ihtiyacı, özerklik ihtiyacı ve tedavi ve iş birliği boyutlarına ait AVE değerinin MSV değerinden düşük olduğu (AVE<MSV) saptandı. Fornell-Larcker kriterine göre, bu durumun her üç alt boyutta ıraksak geçerlik için sorun olabileceğine işaret ettiğinden dolayı bu çalışmada ıraksak geçerliğini daha ayrıntılı değerlendirmek için Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT) oranı kullanıldı.

Tablo 4.32: Ölçeklere ilişkin HTMT değerleri (N=411).

	Öİ	**İİ**	**KO-HB**	**KO - TİB**	**İO**	**UÜK**
Öİ	1,000					
İİ	0,789	1,000				
KO-HB			1,000			
KO - TİB			0,744	1,000		
İO			0,763	0,754	1,000	
UÜK			0,414	0,450	0,724	1,000

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; Öİ: Özerklik İhtiyacı; İİ: İlişki İhtiyacı

TPİÖ alt boyutları arasındaki HTMT değeri 0,789 (kabul edilebilir değer <0,85) olarak bulundu. Buna göre, TPİÖ'nün alt boyutlarının ıraksak geçerlik kriterlerini karşıladığı belirlendi. HOÖ alt boyutları arasındaki HTMT değerleri 0,414 - 0,763 arasında (kabul edilebilir değer <0,85) saptandı. Bu doğrultuda, HOÖ'nün alt boyutlarının ıraksak geçerlik kriterlerini karşıladığı görüldü (Henseler ve diğ., 2015) (Tablo 4.32). Ölçek toplamlarının ve

alt boyutlarının iç tutarlığı madde toplam puan analizi ve Cronbach alfa katsayısı ile incelendi. Elde edilen değerler Tablo 4.33'te sunuldu.

Tablo 4.33: Ölçeklere ilişkin madde toplam korelasyonu ve Cronbach Alpha katsayıları (N=411).

	Alt Boyut	Madde No	Madde Çıkarılınca Ortalama	Madde - Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarılınca Cronbach Alpha Katsayısı	Boyut Cronbach Alpha	Ölçek Cronbach Alpha
TPİÖ	İİ	TPİ-M2	18,38	0,631	0,753	0,801	0,869
		TPİ-M6	18,14	0,536	0,776		
		TPİ-M9	18,88	0,505	0,786		
		TPİ-M12	18,25	0,610	0,763		
		TPİ-M16	18,67	0,543	0,780		
		TPİ-M21	18,39	0,591	0,764		
	Öİ	TPİ-M1	14,91	0,630	0,752	0,804	
		TPİ-M4	14,84	0,517	0,793		
		TPİ-M8	14,68	0,647	0,749		
		TPİ-M14	14,83	0,574	0,772		
		TPİ-M17	14,98	0,595	0,764		
HOÖ	KO-HB	HO-M1	31,32	0,784	0,911	0,923	0,944
		HO-M2	31,34	0,752	0,913		
		HO-M3	31,32	0,787	0,910		
		HO-M4	31,43	0,766	0,911		
		HO-M5	31,41	0,727	0,914		
		HO-M6	31,41	0,783	0,910		
		HO-M7	31,54	0,684	0,917		
		HO-M8	31,58	0,703	0,916		
		HO-M9	31,60	0,567	0,924		
	KO-TİB	HO-M10	18,82	0,694	0,815	0,851	
		HO-M11	18,87	0,708	0,813		
		HO-M12	18,82	0,700	0,814		
		HO-M13	18,98	0,596	0,836		
		HO-M14	19,07	0,576	0,838		
		HO-M15	18,81	0,555	0,841		
	İO	HO-M16	19,84	0,716	0,882	0,898	
		HO-M17	19,77	0,819	0,866		
		HO-M18	19,75	0,738	0,878		
		HO-M19	19,81	0,812	0,868		
		HO-M20	19,96	0,686	0,887		
		HO-M21	19,70	0,590	0,896		
	UÜK	HO-M22	16,74	0,708	0,854	0,879	
		HO-M23	16,83	0,771	0,843		
		HO-M24	16,66	0,798	0,838		
		HO-M25	16,45	0,727	0,851		
		HO-M26	16,36	0,549	0,879		
		HO-M27	16,34	0,567	0,878		

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; Öİ: Özerklik İhtiyacı; İİ: İlişki İhtiyacı; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği; TPİÖ: Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği

TPİÖ'nün toplam Cronbach alfa katsayısının 0,869 olduğu, alt boyutların Cronbach alfa katsayısının ise 0,801 ve 0,804 olduğu (yüksek güvenirlik düzeyi >0,80) belirlendi (Alpar, 2022). Ayrıca ölçeğin madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,505 - 0,631 arasında değiştiği (>0,3, Şencan, 2005) saptandı. Madde düzeyinde analiz yapıldığında, madde çıkarılması durumunda elde edilen Cronbach Alpha değerinin düşüş gösterdiği belirlendi. (Tablo 4.33). Bu nedenle, ölçekten herhangi bir madde çıkarılmadı.

HOÖ'nün toplam Cronbach alfa katsayısının 0,944 olduğu, alt boyutların Cronbach alfa katsayısının ise 0,851 - 0,923 arasında (>0,80, Alpar, 2022) olduğu belirlendi. Ayrıca ölçeğin madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,549 - 0,819 arasında değiştiği (>0,3, Şencan, 2005) saptandı. Madde düzeyinde analiz yapıldığında, madde çıkarılması durumunda elde edilen Cronbach Alpha değerinin artış göstermediği görüldü. Bu nedenle, ölçekten herhangi bir madde çıkarılmadı. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, her iki ölçeğin tüm boyutlarının güvenirlik açısından kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 4.33).

4.2.3. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin (N=411) TPİÖ, HOÖ ve İş Doyumu Ölçeği (İDÖ) toplam ve alt boyut ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4.34'te sunuldu.

Tablo 4.34: Ölçeklerin puan ortalamaları ve normal dağılım bulguları (N=411).

	Ort ± SS	Min	Medyan	Maks	Çarpıklık	Basıklık
İİ	3,69±0,55	2,00	3,67	5,00	-0,10	-0,16
Öİ	3,71±0,64	1,00	3,80	5,00	-0,39	0,60
TPİÖ Toplam	3,70±0,54	1,92	3,73	5,00	-0,06	-0,10
KO-HB	3,93±0,60	1,44	4,00	5,00	-0,37	0,93
KO-TİB	3,78±0,58	1,67	3,83	5,00	-0,25	0,68
İO	3,96±0,60	1,67	4,00	5,00	-0,46	1,03
UÜK	3,31±0,79	1,00	3,33	5,00	-0,14	-0,15
HOÖ Toplam	3,75±0,52	1,88	3,75	5,00	-0,09	0,68
İDÖ Toplam	2,51±0,82	1,00	3,00	4,00	-0,305	-0,509

KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; Öİ: Özerklik İhtiyacı; İİ: İlişki İhtiyacı; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği; TPİÖ: Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği; İDÖ: İş Doyumu Ölçeği; Ort: Ortalama; Maks: Maksimum; SS: Standart sapma; Min: Minimum

Araştırmaya katılan hemşirelerin TPİÖ toplam puan ortalaması 3,70±0,54 olarak bulundu. TPİÖ alt boyutlarında "ilişki ihtiyacı" puan ortalaması 3,69±0,55 ve "özerklik ihtiyacı" puan ortalaması 3,71±0,64 şeklinde belirlendi. HOÖ toplam puan ortalaması 3,75±0,52 bulundu. HOÖ alt boyutları arasında ise en yüksek puan ortalamasının "iş otonomisi"

alt boyutunda (3,96±0,60) ve en düşük puan ortalamasının "uygulamalar üzerinde kontrol" alt boyutunda (3,31±0,79) olduğu görüldü. Son olarak, İDÖ toplam puan ortalaması ise 2,51±0,82 olarak saptandı (Tablo 4.34).

Ölçeklerin toplam ve alt boyutlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla çarpıklık ve basıklık katsayıları incelendi. TPİÖ toplamı ve alt boyutlarının çarpıklık değerleri -0,06 ile -0,39 arasında, basıklık değerleri ise -0,10 ile 0,60 arasında bulundu. HOÖ toplamı ve alt boyutlarının çarpıklık değerleri -0,09 ile -0,46 arasında, basıklık değerleri ise -0,15 ile 1,03 arasında saptandı. Son olarak, İDÖ toplamının çarpıklık değeri -0,305, basıklık değeri ise -0,509 bulundu. Buna göre, araştırmanın ikinci aşamasında kullanılan tüm ölçeklerin (HOÖ, TPİÖ ve İDÖ) toplamına ve alt boyutlarına ait çarpıklık ve basıklık değerinin -2 ile +2 arasında (Alpar, 2022) olduğu saptandı. Dolayısıyla verilerin normal dağılım gösterdiği ve parametrik testlerin uygulanması için uygun olduğu belirlendi (Tablo 4.34). Hemşirelerin TPİÖ, HOÖ, İDÖ toplamı ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon analizi bulguları Tablo 4.35'te sunuldu.

Tablo 4.35: Ölçek alt boyut ve toplam puanlarının korelasyon matrisi (N=411).

	İİ	**Öİ**	**TPİÖ**	**KO-HB**	**KO-TİB**	**İO**	**UÜK**	**HOÖ**	**İDÖ**
İİ	1								
Öİ	0,641**	1							
TPİÖ	0,890**	0,920**	1						
KO-HB	0,365**	0,425**	0,439**	1					
KO-TİB	0,388**	0,464**	0,473**	0,684**	1				
İO	0,452**	0,545**	0,554**	0,677**	0,659**	1			
UÜK	0,267**	0,261**	0,291**	0,379**	0,615**	0,414**			
HOÖ	0,440**	0,503**	0,523**	0,809**	0,891**	0,816**	0,773**	1	
İDÖ	0,379**	0,397**	0,429**	0,271**	0,293**	0,266**	0,254**	0,330**	1

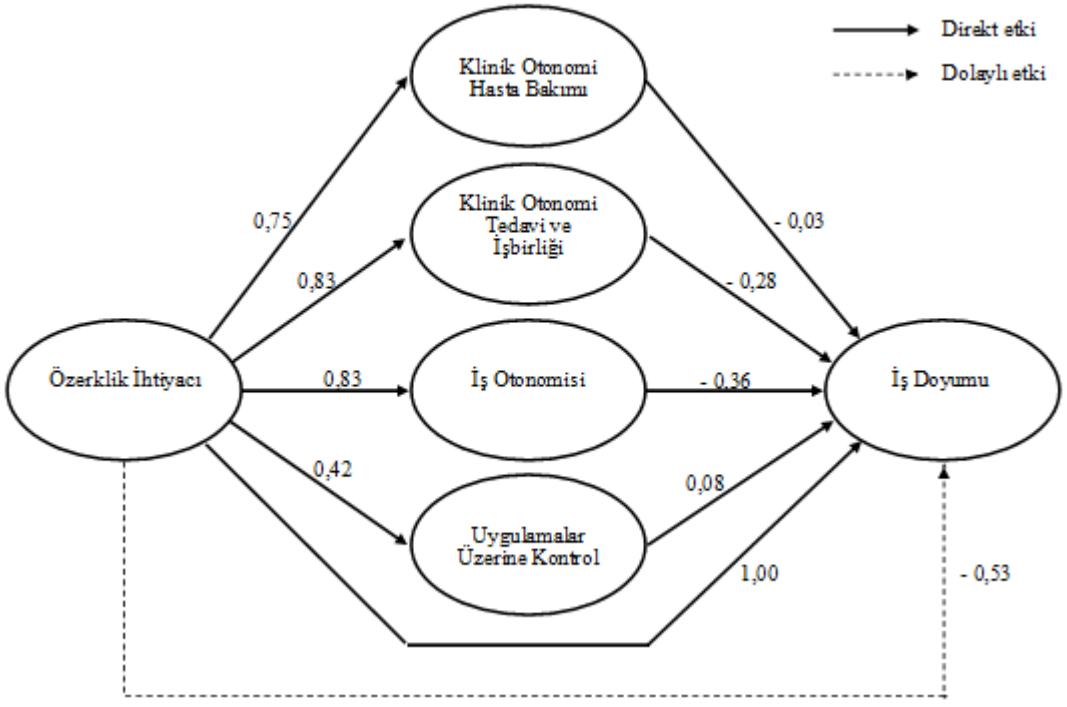
İİ: İlişki İhtiyacı; Öİ: Özerklik İhtiyacı; TPİÖ: Temel Psikolojik Ölçeği; KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği; İDÖ: İş Doyumu Ölçeği, *p<0,05; **p<0,001

HOÖ ile TPİÖ toplam puanları arasında orta düzeyde (r=0,523, p<0,001) anlamlı ilişki olduğu saptandı. HOÖ alt boyutları ile TPİÖ alt boyutlarının ilişkilerinin 0,261 - 0,554 arasında olduğu belirlendi. Bu bağlamda en güçlü ilişki "iş otonomisi" ile "özerklik ihtiyacı" alt boyutları (r=0,545, p<0,001) arasında, en zayıf ilişki ise "uygulamalar üzerine kontrol" ile "özerklik ihtiyacı" alt boyutları (r=0,261, p<0,001) arasında bulundu (Tablo 4-35).

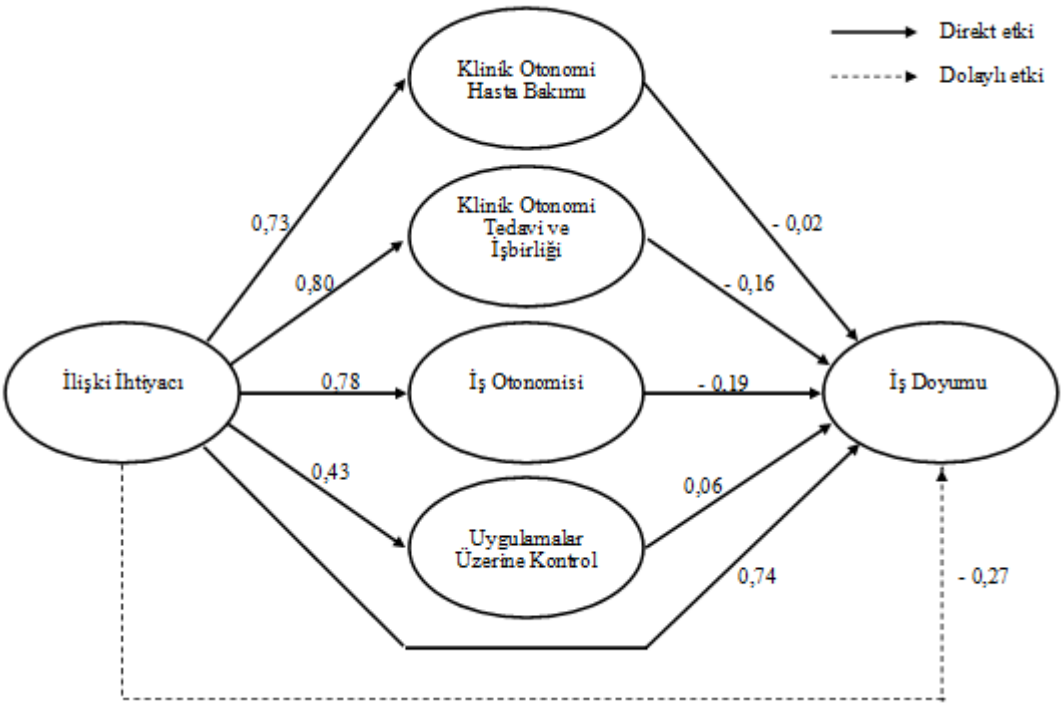
HOÖ ile İDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde (r=0,330, p<0,001) anlamlı ilişki olduğu saptandı. HOÖ alt boyutları ile İDÖ toplam puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde en güçlü ilişkinin "klinik otonomi - tedavi ve iş birliği" (r=0,254, p<0,001) ile en zayıf ilişkinin ise "uygulamalar üzerinde kontrol" (r=0,293, p<0,001) ile olduğu belirlendi. TPİÖ ile İDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde (r=0,429, p<0,001) anlamlı ilişki olduğu saptandı. Ayrıca İDÖ toplamı ile "özerklik ihtiyacı" (r=0,397, p<0,001) ve "ilişki ihtiyacı" (r=0,379, p<0,001) alt boyutları arasında orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı (Tablo 4-35).

4.2.4. Yapısal Eşitlik Modeline İlişkin Bulgular

Araştırmanın değişkenleri arasındaki yordayıcı ilişkileri incelemek amacıyla Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) analizi yapıldı. Bu kapsamda, temel psikolojik ihtiyaçların iş doyumu üzerindeki etkisinde, otonomi alt boyutlarının aracı rolünü belirlemeye yönelik iki ayrı yapısal model oluşturuldu. Çoklu bağlantı (multicollinearity) problemini kontrol altına almak amacıyla Özerklik İhtiyacı (Model 1) ve İlişki İhtiyacı (Model 2) için ayrı ayrı kurulan yapısal eşitlik modellerine ilişkin yol diyagramları Şekil 4.3 ve Şekil 4.4'te sunuldu.



Şekil 4.3: Yapısal eşitlik modeline ilişkin yol diyagramı (Model 1).



Şekil 4.4: Yapısal eşitlik modeline ilişkin yol diyagramı (Model 2).

Oluşturulan modellerin veri seti ile uyumluluğunu değerlendirmek amacıyla uyum iyiliği indeksleri incelendi. Oluşturulan modellere ilişkin uyum indeksleri ve uyum değerleri Tablo 4.36'da sunuldu.

Tablo 4.36: Yapısal eşitlik modellerine ilişkin uyum indeksi ve uyum değerleri (N=411).

Uyum İndeksi	İyi Uyum Değeri¶	Kabul Edilebilir Uyum Değeri¶	Model 1		Model 2	
			Uyum Değeri	Sonuç	Uyum Değeri	Sonuç
χ^2/df	≤ 3	$3 < \chi^2/df \leq 5$	4,107	Kabul Edilebilir	4,084	Kabul Edilebilir
CFI	> 0,95	> 0,80	0,825	Kabul Edilebilir	0,816	Kabul Edilebilir
GFI	> 0,90	> 0,80	0,950	İyi	0,952	İyi
NNFI – TLI	> 0,90	> 0,80	0,810	Kabul Edilebilir	0,801	Kabul Edilebilir
NFI	> 0,90	> 0,80	0,782	Kabul Edilebilir (sınırda)	0,771	Kabul Edilebilir (sınırda)
IFI	> 0,90	> 0,80	0,826	Kabul Edilebilir	0,826	Kabul Edilebilir
RMSEA	< 0,05	< 0,08	0,087	Kabul Edilebilir	0,087	Kabul Edilebilir
SRMR	< 0,05	< 0,1	0,090	Kabul Edilebilir	0,091	Kabul Edilebilir

¶Kaynak: Yaşlıoğlu, M.M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 46*, 74-85.

Tablo 4.36 incelendiğinde, Model 1'e ait uyum iyiliği indeksi değerleri χ^2/df=4,107, CFI=0,825, GFI=0,950, NNFI-TLI=0,810, NFI=0,782, IFI=0,826, RMSEA=0,087, SRMR=0,090 olarak bulundu. Bu doğrultuda, Model 1'in kabul edilebilir ve iyi derecede uyum gösterdiği belirlendi. Model 2'ye ait uyum iyiliği indeksi değerleri ise χ^2/df=4,084, CFI=0,816, GFI=0,952, NNFI-TLI=0,801, NFI=0,771, IFI=0,826, RMSEA=0,087, SRMR=0,091 olarak saptandı. Buna göre, Model 2'nin kabul edilebilir ve iyi derecede uyum gösterdiği bulundu. Yapısal eşitlik modellerine ilişkin regresyon tahmin değerleri Tablo 4.37'de sunuldu.

Tablo 4.37: Yapısal eşitlik modellerine ilişkin regresyon tahmin değerleri (N=411).

Model / Yol	Tahmin (β)	Güven Aralığı	Std Hata	χ2	p	r
MODEL 1						
Öİ → KO-HB	0,748	0,689 – 0,806	0,030	625,75	**<.001**	0,425
Öİ → KO-TİB	0,830	0,778 – 0,883	0,027	971,96	**<.001**	0,464
Öİ → İO	0,835	0,789 – 0,881	0,024	1257,62	**<.001**	0,545
Öİ → UÜK	0,425	0,330 – 0,519	0,048	77,35	**<.001**	0,261
KO-HB → İDO	-0,032	-0,198 – 0,134	0,085	0,14	0,705	0,271
KO-TİB → İDO	-0,282	-0,535 – -0,030	0,129	4,80	**0,028**	0,293
İO → İDO	-0,360	-0,597 – -0,124	0,121	8,90	**0,003**	0,266
UÜK → İDO	0,077	-0,034 – 0,187	0,056	1,84	0,175	0,254
Öİ (Direkt) → İDO	0,996	0,615 – 1,378	0,194	26,25	**<.001**	0,397
MODEL 2						
İİ → KO-HB	0,731	0,662 – 0,799	0,035	440,24	**<.001**	0,365
İİ → KO-TİB	0,798	0,733 – 0,864	0,033	571,21	**<.001**	0,388
İİ → İO	0,779	0,718 – 0,840	0,031	623,65	**<.001**	0,452
İİ → UÜK	0,433	0,337 – 0,529	0,049	78,43	**<.001**	0,267
KO-HB → İDO	-0,024	-0,189 – 0,140	0,084	0,08	0,773	0,271
KO-TİB → İDO	-0,166	-0,389 – 0,057	0,114	2,13	0,144	0,293
İO → İDO	-0,186	-0,376 – 0,004	0,097	3,69	0,055	0,266
UÜK → İDO	0,060	-0,052 – 0,171	0,057	1,09	0,295	0,254
İİ (Direkt) → İDO	0,735	0,431 – 1,038	0,155	22,55	**<.001**	0,379

İİ: İlişki İhtiyacı; Öİ: Özerklik İhtiyacı; TPİÖ: Temel Psikolojik Ölçeği; KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği; İDÖ: İş Doyumu Ölçeği, β: Beta Katsayısı, Std: Standart, χ2: Ki-Kare, r: Korelasyon.

Model 1 incelendiğinde, bağımsız değişken olan özerklik ihtiyacının karşılanmasının, aracı değişkenler olan hemşirelikte otonomi alt boyutlarının tümünün üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisinin olduğu saptandı (p<0,001). Buna göre, özerklik ihtiyacının karşılanma düzeyinin yordayıcı etkisinin en yüksek "iş otonomisi" (β=0,835, p<0,001) ve en düşük "uygulamalar üzerinde kontrol" (β=0,425, p<0,001) alt boyutu üzerinde olduğu belirlendi. Aynı

modelde, hemşirelikte otonomi alt boyutlarının iş doyumu üzerindeki etkisi incelendi. Bu bağlamda, "klinik otonomi - tedavi ve iş birliği (β=-0,282; p=0,028) ve "iş otonomisi" (β=-0,360; p=0,003) alt boyutlarının iş doyumu üzerinde negatif yönlü anlamlı etkisinin olduğu saptandı. Ayrıca, özerklik ihtiyacı karşılanma düzeyinin iş doyumu üzerinde doğrudan (β=0,996; p<0,001) pozitif yönlü ve anlamlı etkisi olduğu belirlendi.

Model 2 incelendiğinde, bağımsız değişken ilişki ihtiyacının karşılanmasının, hemşirelikte otonomi alt boyutlarının tümünün üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisinin olduğu saptandı (p<0,001). Buna göre, ilişki ihtiyacının karşılanma düzeyinin yordayıcı etkisinin en yüksek "klinik otonomi - tedavi ve iş birliği" (β=0,830, p<0,001) ve en düşük "uygulamalar üzerinde kontrol" (β=0,433, p<0,001) alt boyutu üzerinde olduğu belirlendi. Aynı modelde, hemşirelikte otonomi alt boyutlarının iş doyumu üzerinde anlamlı ve pozitif etkisinin olmadığı saptandı (p>0,05). Ayrıca, ilişki ihtiyacı karşılanma düzeyinin iş doyumu üzerinde doğrudan (β=0,735; p<0,001) pozitif yönlü ve anlamlı etkisi olduğu belirlendi.

Aracılık etkisinin incelenmesi için değişkenlerden birbirine giden yolların istatistiksel açıdan anlamlı olması gerektiği bilinmektedir. Bu bağlamda, hemşirelerin özerklik ihtiyacının karşılanmasının iş doyumuna etkisinde otonomi alt boyutlarının aracılık etkisi incelendi. Ayrıca, hemşirelerin ilişki ihtiyacının karşılanma düzeyinin iş doyumuna etkisinde otonomi alt boyutlarının aracılık etkisi incelendi. Modellerdeki aracılık etkisinin incelenmesine ilişkin sonuçlar Tablo 4.38'de verildi.

Tablo 4.38: Modellerdeki aracılık etkisinin analiz sonuçları (N=411).

Model / Yol	Dolaylı Etki	Dolaylı P	Direkt Etki	Direkt P	Toplam Etki	Toplam P	Aracılık Oranı
MODEL 1							
Öİ → KO-HB → İDÖ	-0,024	0,706	0,996	**<0,001**	0,470	**<0,001**	-0,05
Öİ → KO-TİB → İDÖ	-0,235	**0,033**	0,996	**<0,001**	0,470	**<0,001**	-0,50
Öİ → İO → İDÖ	-0,301	**0,004**	0,996	**<0,001**	0,470	**<0,001**	-0,64
Öİ → UÜK → İDÖ	0,033	0,172	0,996	**<0,001**	0,470	**<0,001**	0,07
Öİ →TOPLAM DOLAYLI	-0,527	**0,003**	0,996	**<0,001**	0,470	**<0,001**	-1,12
MODEL 2							
İİ → KO-HB → İDÖ	-0,018	0,774	0,735	**<0,001**	0,465	**<0,001**	-0,04
İİ → KO-TİB → İDÖ	-0,133	0,153	0,735	**<0,001**	0,465	**<0,001**	-0,29
İİ → İO → İDÖ	-0,145	0,062	0,735	**<0,001**	0,465	**<0,001**	-0,31
İİ → UÜK → İDÖ	0,026	0,291	0,735	**<0,001**	0,465	**<0,001**	0,06
İİ → TOPLAM DOLAYLI	-0,270	0,050	0,735	**<0,001**	0,465	**<0,001**	-0,58

İİ: İlişki İhtiyacı; Öİ: Özerklik İhtiyacı; KO-HB: Klinik Otonomi - Hasta Bakımı; KO - TİB: Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği; İO: İş Otonomisi; UÜK: Uygulamalar Üzerinde Kontrol; HOÖ: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği; İDÖ: İş Doyumu Ölçeği

Tablo 4.38 incelendiğinde, hemşirelerin özerklik ihtiyacının karşılanmasının otonomi alt boyutları aracılığıyla iş doyumu üzerindeki toplam dolaylı etkisinin (β=-0,527, p<0,05) negatif yönlü ve anlamlı olduğu görüldü. Ayrıca, özerklik ihtiyacının karşılanmasının iş doyumu üzerindeki doğrudan etkisinin (β=0,996, p<0,001) pozitif yönlü ve anlamlı olduğu saptandı. Son olarak, hemşirelerin özerklik ihtiyacının karşılanmasının iş doyumu üzerindeki toplam etkisinin (β=0,470, p<0,001) pozitif yönlü ve anlamlı olduğu saptandı. Analiz sonuçlarına göre, özerklik ihtiyacının karşılanma düzeyinin iş doyumu üzerindeki etkisinde otonomi alt boyutlarının "kısmi aracılık" etkisi saptandı. Ancak, doğrudan etkinin pozitif yönlü (β=0,996, p<0,001), dolaylı etkinin ise negatif yönlü (β=-0,527, p<0,05) olması sebebiyle "Rekabetçi aracılık" etkisi gösterdiği belirlendi.

Model 2 kapsamında ise hemşirelerin ilişki ihtiyacının karşılanmasının otonomi alt boyutları aracılığıyla iş doyumu üzerindeki toplam dolaylı etkisinin (β=-0,270, p=0,05) negatif yönlü ve anlamlılık sınırında olduğu görüldü. Ayrıca, ilişki ihtiyacının karşılanmasının iş doyumu üzerindeki doğrudan etkisinin (β=0,735, p<0,001) pozitif yönlü ve anlamlı olduğu saptandı. Bunun yanı sıra, hemşirelerin ilişki ihtiyacının karşılanmasının iş doyumu üzerindeki toplam etkisinin (β=0,465, p<0,001) pozitif yönlü ve anlamlı olduğu bulundu. Analiz verilerine göre, ilişki ihtiyacının karşılanma düzeyinin iş doyumu üzerinde doğrudan etkisinin pozitif yönlü (β=0,735, p<0,001) ve dolaylı etkisinin (β=-0,270, p=0,05) ise negatif yönlü olması

nedeniyle; otonomi alt boyutlarının “Rekabetçi aracılık” etkisi gösterdiği belirlendi. Sonuç olarak, temel psikolojik ihtiyaçların karşılanmasının iş doyumunu doğrudan artırdığı, ancak otonomi alt boyutları üzerinden giden yolun bu artışı kısmen azalttığı -baskıladığı- saptandı.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmanın iki aşamasına ilişkin bulgular iki ana başlık altında tartışıldı.

5.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Ulusal ve uluslararası literatürde, hemşirelikte otonomi düzeyinin belirlenmesinde çeşitli ölçüm araçları kullanılmaktadır. Bu ölçüm araçları incelendiğinde, hemşirelikte otonomiye ilişkin ölçme araçlarının otonomiyi alt boyut olarak ele aldığı ve otonominin boyutlarını kapsamlı olarak içermediği görülmektedir (Şahin ve diğ., 1993; Erbil ve Bakır, 2009; Saraçoğlu, 2010; Türkmen ve diğ., 2011; Sönmez ve diğ., 2016; İspir ve Duygulu, 2017; Basaran Acil ve Dinç, 2018; Şimşek ve Ceylan, 2021). Bu doğrultuda, mevcut ölçeklerin hemşirelikte otonomiyi değerlendirmede yetersiz kaldığı ve hemşirelikte otonominin tüm boyutlarını kapsayan bir ölçüm aracına gereksinim olduğundan yola çıkılarak bu doktora tezinin birinci aşamasında, Hemşirelikte Otonomi Ölçeği geliştirilerek psikometrik analizleri incelendi.

5.1.1. Geçerlik Bulgularının Tartışılması

5.1.1.1. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, bir bütün olarak ölçme aracının ve bu aracın her bir maddesinin ölçülmek istenilen içeriği temsil etme düzeyinin incelenmesine olanak sağlamaktadır (Tavşancıl, 2019). Bu yöntemde, geliştirilmesi istenen ölçüm aracının bir grup nitelikli uzman tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Uzman görüşlerinin belirlenmesinde farklı teknikler - Lawshe veya Davis tekniği gibi - kullanıldığı bilinmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Bu çalışmada araştırmacı tarafından geliştirilen 34 maddenin kapsam geçerliği incelenirken Davis Tekniği kullanıldı. Davis tekniğinde en az 3 ve en fazla 20 uzman görüşüne ihtiyaç bulunmaktadır (Esin, 2014). Geliştirilen maddeler, hemşirelikte yönetim alanında uzmanlaşmış yedi kişi tarafından değerlendirildi. Bu tekniğe göre, kapsam geçerlik oranı KGİ veya Cohen alfa katsayısı kullanılarak belirlenmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Ayrıca ölçeğin kapsam geçerliği olduğunun kabul edilebilmesi için ölçeğin ve her bir maddenin KGİ değerinin 0,80 üzerinde olması gerekmektedir (Alpar, 2022). Bu bağlamda, uzman görüşüne

sunulan 34 maddeden 7'sinin KGİ değeri 0,80'in altında olduğu için taslak ölçekten çıkartıldı. Taslak ölçekte kalan 27 maddenin KGİ değerleri 0,86 – 1,00 arasında hesaplanırken, ölçeğin toplam KGİ değeri ise 0,93 olarak bulundu. Buna göre, Hemşirelikte Otonomi Ölçeği Taslağının kapsam geçerliği sağlandı.

5.1.1.2. Yüzey Geçerliği

Yüzey geçerliği, bir ölçüm aracının örneklem ile benzer nitelikte bir grup tarafından subjektif olarak değerlendirildiği bir analiz yöntemidir. Bu yöntemde örneklem grubu ile benzer özellikleri taşıyan 3-20 kişilik gruplar ölçek maddelerinin anlamlı, anlaşılır ve konuyla ilgili olup olmadığını incelemektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Bu çalışmada, araştırmacı tarafından oluşturulan 27 maddelik Hemşirelikte Otonomi Ölçeği Taslağı, örnekleme dahil edilmemek üzere, örneklemde yer alacak katılımcılarla benzer özelliklerde 20 hemşireye uygulandı. Yüzey geçerliğine katılan hemşirelerin geri bildirimleri ile ölçekte yer alan maddelerin anlaşılır olup olmadığı değerlendirildi. Elde edilen veriler incelendiğinde, ölçek maddelerinin anlamlı ve anlaşılır düzeyde olduğu belirlendi. Yüzey geçerliği kapsamında ölçekten herhangi bir madde çıkarılmadı. Böylece ölçek taslağının yüzey geçerliği sağlandı.

5.1.1.3. Yapı Geçerliği

Bir ölçeğin teorik temeli ile istatistiksel yapısı arasındaki uyumun tanımlandığı yapı geçerliği incelenirken sıklıkla faktör analizi yönteminin uygulandığı bilinmektedir (Esin, 2014).

Ölçek geliştirme çalışmalarında faktör analizi yöntemlerinden DFA yapılmadan önce AFA yapılması gerekmektedir (Karaman, 2023). Bu nedenle, ölçeğin modelini tanımlamak için önce AFA, ardından ortaya çıkan dört faktörlü yapısını doğrulamak amacıyla DFA yapıldı. Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklemin ölçek madde sayısının 5-10 katı sayıda olması önerilmektedir (Esin, 2014). Araştırmacı tarafından geliştirilen taslak ölçek 27 maddeden meydana geldiğinden AFA örneklemini 333 hemşire oluşturdu. AFA sürecine başlamadan önce, örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını gösteren Kaiser-Meyer Olkin Testi (KMO) ve faktörler arasında yeterli oranda ilişki olup olmadığını gösteren Bartlett küresellik testleri yapılması gerekmektedir. Çalışmada AFA örneklemine ait KMO değeri 0,93 olarak saptandı. KMO değeri 0,00 – 1,00 arasında değişmektedir. KMO değerinin 0,00 - 0,49 arasında kabul edilemez, 0,50 - 0,70 arasında orta; 0,71 - 0,80 arasında iyi, 0,81 - 0,90 arasında çok iyi ve 0,91 – 1,00 mükemmel düzeyde olduğu belirtilmektedir (Karaman, 2023). Elde edilen KMO değeri >0,90 olduğundan örneklem hacminin faktör analizine uygun olduğu saptandı. Ayrıca, AFA yapabilmenin diğer bir ön koşulu, faktörler arasında yeterli korelasyonun bulunmasıdır (Öztürk ve Babacan, 2012). Taslak ölçeğin faktörleri arasında yeterli oranda ilişki olup

olmadığını incelemek için Bartlett testi yapıldı. Çalışmada AFA örneklemine ait Barlett testinin ki-kare değeri istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olarak belirlendi (χ^2=5393,016; p=0,000). Eğer Bartlett testi anlamlı ise, faktörler arasında korelasyonun bulunduğu anlamına gelmektedir (Karaman, 2023). Elde edilen sonuçlar, AFA'ya başlanabileceğini göstermektedir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında AFA yapılırken farklı yöntemler kullanılabilir. Veriler normal dağılım gösteriyorsa Temel Bileşenler Analizi; normal dağılım göstermiyor ise Temel Faktörler Analizinin kullanılması önerilmektedir (Gökdemir ve Yılmaz, 2023). Bu çalışmada veriler normal dağılım gösterdiği için ölçeğin faktör yapısı belirlenirken Temel Bileşenler Analizi kullanıldı. Ardından faktör sayısının belirlenmesi için özdeğer, açıklanan varyans oranları ve yamaç grafiği incelendi. Literatürde faktör sayısı belirlenirken özdeğeri >1,00 olan faktörlerin dikkate alınması önerilmektedir (Gökdemir ve Yılmaz, 2023). Bu doğrultuda, özdeğeri 1'in üzerinde olan faktörler "anlamlı" olarak nitelendirilirken, 1'in altında kalan faktörler "anlamsız" şeklinde değerlendirilmektedir (Alpar, 2020). Yapılan analizler incelendiğinde dört faktörün özdeğerinin 1'den büyük olduğu saptandı. Dört faktörün toplam varyansı açıklama oranının ise %61,31 olduğu belirlendi. Açıklanan varyans oranının % 40'ın üzerinde olması ölçeğin güçlü bir faktör yapısına sahip olduğunu gösterdi (Alpar, 2020). Ayrıca, yamaç grafiğinde ölçeğin kırılım noktası, faktör sayısı hakkında bilgi vermektedir (Karaman, 2023). Yapılan analize göre, ölçeğin dört faktörden sonra kırılım gösterdiği belirlendi. Böylece bu kırılım noktası ile ölçeğin 4 faktörden oluştuğu doğrulandı.

Ölçek geliştirme çalışmalarında faktör sayısı belirlendikten sonra faktör yüklerinin yorumlanması gerekmektedir. Ölçeğin faktör yapısı, faktör yüklerinin varyanslarını artırmaya çalışarak hem büyük hem de küçük faktör yükleri elde edilmesini sağlayan (Karaman, 2023). Varimax döndürme yöntemi ile incelendi. Analiz sonucunda, ölçek taslağına ait faktör yüklerinin 0,438-0,887 arasında değiştiği saptandı. Faktör yükünün kabul edilebilir sınırının, çalışmadaki katılımcı sayısına göre farklılık gösterdiği bilinmektedir. Literatüre göre, bir çalışmada örneklem sayısı en az 350 olduğunda, 0,30 ve üstü faktör yükleri uygun olarak nitelendirilmektedir (Alpar, 2022). Diğer bir çalışmaya göre ise faktör yükü 0,71'in üstü mükemmel, 0,63-0,70 arası çok iyi, 0,50-0,62 arası iyi, 0,40-49 arası orta ve 0,32-0,40 arası zayıf düzeyde değerlendirilmektedir (Gökdemir ve Yılmaz, 2023). Bu çalışmada, AFA'ya ait örneklem sayısı 333 olduğundan, uygun faktör yükünün sınırı 0,35 olarak belirlendi (Alpar, 2022). Taslak ölçeğe ait maddelerin faktör yükleri değerlendirildiğinde, hiçbir boyutta 0,35'in altında faktör yüküne sahip madde saptanmadı. AFA sonucunda 4 boyutlu ve 27 maddeli

Hemşirelerde Otonomi Ölçeği oluştu. Her bir boyut hemşirelikte otonomi ile ilgili kuramlar doğrultusunda isimlendirildi.

DFA, oluşturulan ölçek modelinin test edilmesi amacıyla kullanılmaktadır. AFA sonrasında ideal olarak 250 üstü katılımcıdan oluşan yeni bir örneklemden veri toplanarak DFA yapılması önerilmektedir (Gökdemir ve Yılmaz, 2023). Bu doğrultuda, DFA örneklemini 397 hemşire oluşturdu. DFA kullanılırken bir model uyum indeksi elde edilmesi gerekmektedir. Oluşturulan modelin ne derece uyum gösterdiğini ortaya koymak önemli ve karmaşık bir süreçtir (Güngör, 2016). Modelin uyum düzeyi belirlenirken, birden fazla indeks değeri dikkate alınmaktadır (Karaman, 2023). Bu nedenle, çalışmada oluşturulan yapı, uyum iyiliği indeksleri kullanılarak test edildi. Ölçeğin uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde GFI (>0,90), NFI (>0,90), NNFI – TLI (>0,90), IFI (>0,90) değerleri iyi uyumu; χ^2/df ($3<\chi^2/df\leq5$), CFI (>0,80), RMSEA (<0,08) ve SRMR (<0,1) değerlerinin kabul edilebilir uyumu gösterdiği saptandı (Schermelleh-Engel ve diğ., 2003; Yaşlıoğlu, 2017; Karaman, 2023).

Ölçek modeline karar verilmesinin ardından faktör yüklerinin raporlanması gerekmektedir. Faktör yükleri Yol Diyagramı aracılığıyla raporlanabilmektedir (Güngör, 2016). Literatüre göre, faktör yüklerinin en az 0,30 ve mümkünse 0,50'nin üzerinde olması beklenmektedir (Gökdemir ve Yılmaz, 2023). Bu çalışmada ölçek maddelerinin faktör yükünün 0,57 – 0,89 arasında değiştiği belirlendi. Ölçeğin içerdiği 24 maddenin yüksek düzeyde anlamlı (>0,60) ve 3 maddenin anlamlı (>0,50) olduğu saptandı (Büyüköztürk, 2002; Hair ve diğ., 2019a). Bu doğrultuda, ölçek yapısının korunduğu söylenebilir.

Son olarak, oluşturulan modelin madde anlamlılık düzeyleri ve madde analizi sonuçlarına yer verilmektedir. Literatürde, ölçeğe ait standartlaştırılmış katsayı değerlerinin 0,50'nin üzerinde olması gerektiği belirtilmektedir. Bunun yanında, maddenin açıklanan varyansı için referans aralığı 0,50 ve üzeri çok iyi, 0,30-0,49 arası iyi, 0,20-0.29 arası kabul edilebilir olarak değerlendirilmektedir (Hair ve diğ., 2019b). Ölçeğin madde analizi incelendiğinde, tüm maddelerin faktörler üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu ($p<0,05$), standartlaştırılmış beta katsayısının 0,50'nin üzerinde (0,514-0,883 arasında) ve açıklayıcılık değerinin kabul edilebilir düzeyde (0,264-0,780 arasında) olduğu bulundu.

Bir yapı geçerliği türü olan eşzaman geçerliği incelenirken, geliştirilen ölçek ile geçerliği daha önceden kanıtlanmış başka bir ölçek örnekleme aynı anda uygulanmakta, ardından ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki korelasyon değerlendirilmektedir

(Gökdemir ve Yılmaz, 2023). Bu doğrultuda benzer ölçek olarak uygulanan DUDÖ ile HOÖ arasındaki ilişki, Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak incelendi. Gökdemir ve Yılmaz (2023)'a göre Pearson korelasyon katsayısı 0,00-0,19 arasında ilişki yok, 0,20-0,29 arasında zayıf ilişki, arasında 0,30-0,69 orta düzeyde ilişki, 0,70-0,79 arasında güçlü ilişki ve 0,80-1,00 ise çok güçlü ilişki şeklinde değerlendirilmektedir. Bu çalışmada HOÖ ile DUDÖ arasında hem AFA hem de DFA örnekleminde pozitif yönlü orta düzeyde (r_{AFA}=0,667; r_{DFA}=0,690) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Bu doğrultuda taslak ölçeğin eşzaman geçerliği sağlandı.

Yapı geçerliğinden bahsedebilmek için yakınsak ve ıraksak geçerliklerin de test edilmesi büyük önem arz etmektedir (Yaşlıoğlu, 2017). Aynı faktöre ait maddelerin korelasyon düzeyinin ölçüldüğü yakınsak geçerlik incelenirken, her bir faktörün CR ve AVE değerleri dikkate alınmalıdır. Yakınsak geçerliğin sağlanabilmesi için AVE değeri 0,50'nin üzerinde ve CR değeri 0,70'in üzerinde olması gerekmektedir. Aynı zamanda CR değerinin AVE değerinden büyük olması beklenmektedir. (Karaman, 2023). Bu çalışmada taslak ölçeğin faktörlerine ait AVE değerlerinin (0,512-0,634) ve CR değerlerinin (0,862-0,954) kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlendi. Ayrıca faktörlerin her birinin CR değerinin AVE değerinden büyük olduğu saptandı. Bu doğrultuda, taslak ölçeğin yakınsak geçerliği sağlandı.

Ölçek maddelerin diğer faktörlerle olan korelasyon düzeyinin ölçüldüğü ıraksak geçerlik incelenirken her bir faktörün MSV ve AVE değerleri dikkate alınmalıdır. Yakınsak geçerliğin sağlanabilmesi için AVE değerinin ve MSV değerinden büyük olması beklenmektedir. (Karaman, 2023). Bu çalışmada faktörlerin her birinin AVE değerinin MSV değerinden büyük olduğu saptandı. Bu doğrultuda, taslak ölçeğin ıraksak geçerliği sağlandı.

5.1.2. Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Bir ölçme aracının güvenirliği, ölçüm değerlerinin tutarlığı ve kararlılığının bir göstergesidir. Güvenirliği düşük düzeyde olan bir ölçüm aracının bilimsel değerinin de düşük olduğu bilinmektedir (Esin, 2014). Bir ölçeğin güvenirliğini incelemeye yarayan farklı yöntemler bulunmaktadır. Bu araştırmada HOÖ'nün güvenirliği incelenirken; madde toplam puan korelasyonu, yarıya bölme yöntemi, Cronbach alfa güvenirlik katsayısı, paralel form güvenirliği ve test tekrar test yöntemi kullanıldı.

5.1.2.1. Madde Toplam Puan Korelasyonu

Bir ölçeğin iç tutarlığının incelenmesi amaçlanan bu yöntemde her bir maddenin varyansı ile ölçeğin toplam varyansı karşılaştırılarak arasındaki ilişki incelenmektedir (Esin, 2014). Elde edilen madde - toplam puan korelasyon değerinin 0,30'un üzerinde olması beklenmektedir (Gökdemir ve Yılmaz, 2023). DFA örnekleminin kullanılarak gerçekleştirilen bu analizde, ölçeğin madde toplam puan korelasyon değerlerinin (0,461-0,689) kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlendi. Ölçeğin madde toplam puan korelasyon değerinin yüksek olması, ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğunu göstermektedir.

5.1.2.2. Cronbach Alfa Katsayısı

Likert tipli ölçeklerde ölçek maddelerinin belirli bir kavramsal yapıyı tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediğini değerlendirmeye yarayan Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmaktadır. Literatüre göre Cronbach alfa katsayısı 0,60-0,79 arasında orta düzeyde güvenirliğe ve 0,80-1,00 arasında yüksek düzeyde güvenirliğe işaret etmektedir (Gary ve diğ., 2017). Buna göre, HOÖ toplamının (0,939) ve alt boyutlarının (0,859-0,942) yüksek düzeyde bir iç tutarlığa sahip olduğu belirlendi.

5.1.2.3. Yarıya Bölme Yöntemi

Ölçeğin iç tutarlığı ve kararlılık düzeyinin saptanması amacıyla kullanılan bir güvenirlik yöntemidir. Yarıya Bölme Yöntemi, toplam puan üzerinden değerlendirilen ölçeklerde kullanılmaktadır. Bu yöntemde, ölçek katılımcılara tek bir oturumda uygulandıktan sonra, ölçeğin iki eşit parçaya raslantısal olarak bölünmesi gerekmektedir. Ardından, ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyonu değerlendirilmektedir. Ayrıca, ölçeğin her iki yarısının Cronbach alfa güvenirlik katsayıları ve ölçeğin tümünün güvenirliğini test etmek için Spearman-Brown ve Guttman güvenirlik katsayıları incelenmektedir (Şencan, 2005). Literatüre göre ölçeğin her iki yarısı arasındaki korelasyon değerinin 0,30'un üzerinde ve güvenirlik katsayı değerlerinin 0,70'ın üzerinde olması gerekmektedir (Hair ve diğ., 2021). Bu çalışmada, ölçeğin her iki yarısı arasında yüksek düzeyde (>0,70) ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı. Çalışmadan elde edilen Cronbach alfa katsayıları (0,890; 0,924), literatür ile karşılaştırıldığında, her iki yarının da yüksek güvenilirliğe sahip olduğu belirlendi. Ayrıca ölçeğin Spearman-Brown ve Guttman güvenilirlik katsayı değerleri 0,70'in üzerinde olduğundan, ölçeğin tümünün yüksek güvenirliğe sahip olduğu saptandı.

5.1.2.4. Test Tekrar Test Yöntemi

Bir ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için kullanılan bir geçerlik yöntemidir. Ölçek aynı örnekleme farklı zamanlarda uygulanarak, her iki ölçüm arasındaki

korelasyon düzeyi incelenmektedir (Şencan, 2005). Tavşancıl (2019), test tekrar test yöntemine dahil edilen örneklem büyüklüğünün ideal olarak 50'nin üzerinde olması gerektiğini belirtmektedir. Test tekrar test yöntemi uygulanırken, iki ölçüm arasındaki zaman aralığı az ise korelasyon değeri hatırlamaya bağlı olarak yüksek ve fazla ise koşulların değişmesine bağlı olarak düşük çıkabilmektedir. Tavşancıl (2019), her iki uygulama arasında ideal olarak 2-3 hafta süre bırakılması gerektiğini belirtmektedir. Ölçek, literatür göz önünde bulundurularak, DFA örnekleminin %25'ini oluşturan 98 hemşireye 15 gün arayla tekrar uygulandı. Elde edilen değerler bağımlı gruplarda t testi ve ICC kullanılarak incelendi. İki ölçüm arasında alt boyutlar ve ölçek toplamı için istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p>0,05$) ve ICC değerlerinin 0,545-0,616 arasında değiştiği belirlendi. Koo ve Lii (2016)'ya göre, bir ölçeğin ICC değeri 0,50'nin altında zayıf düzeyde, 0,5-0,75 arasında orta düzeyde, 0,76-0,90 arasında iyi düzeyde ve 0,90'ın üzerinde çok iyi düzeyde güvenirliğe sahip olduğu anlamına gelmektedir. Buna göre, ölçeğin test tekrar test güvenirliğinin orta düzeyde olduğu saptandı.

5.1.2.5. Paralel Form Güvenirliği

Aynı özelliği ölçtüğü varsayılan iki farklı ölçeğin, tek bir örneklem grubuna uygulanarak, elde edilen puanlar arasındaki korelasyonun incelendiği bir yöntemdir. Ölçeğin değişmezliği değerlendirilirken kullanılmaktadır. Bu kapsamda kullanılan her iki ölçek arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon olması beklenmektedir (Şencan, 2005). Bu çalışmada paralel form güvenirliği incelenirken DFA örneklemine HOÖ ile DUDÖ uygulandı. Her iki ölçek eş zamanlı olarak uygulandıktan sonra elde edilen puanlar Pearson korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. Bu doğrultuda, "Klinik Otonomi – Hasta Bakımı", "Klinik Otonomi – Tedavi ve İş Birliği" ve "Uygulamalar Üzerinde Kontrol" ile DUDÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ($0,40<r<0,59$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Ayrıca "İş Otonomisi" ve HOÖ toplam puanı ile DUDÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ($0,59<r<0,80$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (DeVellis, 2014). Buna göre, ölçeğin paralel form güvenirliği olduğu belirlendi. Bu doğrultuda, ölçeğin değişmezliğinin yüksek düzeyde olduğu saptandı.

5.1.3. Hemşirelikte Otonomi Ölçeği ve Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Geliştirilen HOÖ'nün ilk uygulama bulgularında, hemşirelerin HOÖ toplamı ve "klinik otonomi - hasta bakımı", "klinik otonomi - tedavi ve iş birliği" ve "iş otonomisi" alt boyut puan ortalaması yüksek düzeyde bulundu. Hemşirelerin HOÖ'ne ait olan "uygulamalar üzerinde kontrol" alt boyutu puan ortalaması ise orta düzeyde saptandı. HOÖ alt boyutlarından en yüksek

puan ortalamasına “klinik otonomi - hasta bakımı” alt boyutunun ve en düşük puan ortalamasına ise “klinik otonomi - tedavi ve iş birliği” alt boyutunun sahip olduğu belirlendi. Bu bulgu hemşirelerin bilinçli karar verme ve bu kararları eyleme dönüştürebilme kapasitesine sahip olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde Amerika’da (Rao ve diğ., 2017; Cajulis ve Fitzpatrick, 2007), Hollanda’da (Both-Nwabuwe ve diğ., 2019), Kıbrıs Cumhuriyeti’nde (Karanikola ve diğ., 2014), İrlanda’da (Lockwood ve Schober, 2024) yürütülen çalışmalarda da hemşirelerin otonomi düzeyinin benzer şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu ülkelerdeki hemşirelik eğitimi, sağlık sisteminin karar mekanizmalarında hemşirelerin aktif rol oynaması, hemşirelik görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanmış olması gibi etmenler otonomi düzeyinin yüksek olmasını açıklayabilir (Özlük ve Sur, 2017; Pursio ve diğ., 2021). Buna karşın, Mısır’da (Alshaikh ve diğ., 2021), İran’da (Faridi ve diğ., 2025; Judi ve diğ., 2025; Hasanfard ve diğ., 2024), Filipinler’de (Labrague ve diğ., 2018) yürütülen bazı çalışmalarda ise hemşirelerin otonomisi bu çalışmadan farklı şekilde orta düzeyde bulunmuştur. Özellikle daha geleneksel sağlık sistemlerinde hekimlerin baskın bir meslek grubu olması, hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun kadınlardan oluşması ve hemşirelerin bağımsız karar verme süreçlerine katılımının sınırlı olması gibi etmenler hemşirelerin otonomi düzeylerinin düşük olmasına neden olmaktadır (Erikmen ve Vatan, 2019). Türkiye’de hemşirelerin otonomi düzeyinin belirlenmesinde kullanılan ölçeklerin yer aldığı diğer çalışmalar değerlendirildiğinde ise hemşirelerin otonomi toplam puan ortalaması bu çalışma ile benzer şekilde yüksek düzeydedir (Kaya diğ., 2026; Aydemir ve Şahinli, 2025; Ekiz ve Özdelikara, 2025; Ekin ve Gülhan, 2020; Erikmen ve Vatan, 2019; Karagözoğlu ve Kangallı, 2009). Bu doğrultuda, araştırma bulgularının literatür ile genel olarak uyumlu olduğu, ancak ülkeler arası yapısal ve kültürel farklılıkların hemşirelikte otonomi düzeyi üzerinde belirleyici bir rol oynadığı söylenebilir.

Hemşirelerin HOÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde alt boyutların birbirleriyle anlamlı ilişkisi olduğu (zayıf, orta ve yüksek düzeyde), alt boyutların toplam puanla yüksek düzeyde anlamlı ilişkisi olduğu saptandı. Bu bulgu, hemşirelikte otonominin çok boyutlu bir kavram olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Buna göre, HOÖ toplamı ile en güçlü ilişkiye “klinik otonomi - tedavi ve iş birliği” alt boyutunun sahip olduğu belirlendi. Bu alt boyut, hemşirelerin tedavi sürecine katılımını ve diğer sağlık profesyonelleriyle iş birliği içinde klinik karar alma süreçlerinde etkin rol üstlenmesini ifade etmektedir (Weston, 2008). Günümüzde hasta bakımının multidisipliner bir anlayışla

yürütülmesi nedeniyle hemşirelerin klinik karar alma süreçlerine aktif katılımı, mesleki otonominin temel göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Imoto, 2020). Bu bağlamda, hemşirelerin otonomi düzeyinin büyük ölçüde klinik karar süreçlerine katılımı ve diğer ekip üyeleriyle etkileşimleri ile ilişkili olduğu söylenebilir. HOÖ toplamı ile en zayıf ilişkiye ise "uygulamalar üzerinde kontrol" alt boyutunun sahip olduğu belirlendi. Bu alt boyut, örgütte hemşirelik ile ilgili politika ve prosedürlerin oluşturulmasına katılmayı ifade etmektedir (Sönmez ve Yıldırım, 2019). Literatürde hemşirelerin klinik uygulamalara ilişkin belirli düzeyde bağımsızlığa sahip olsalar da örgütsel kararlar ve kurumsal uygulamalar üzerinde daha sınırlı kontrol sahibi oldukları belirtilmektedir (Papastavrou ve diğ., 2012; Vatan ve diğ., 2012; Varjus.,2010). Benzer şekilde Rababa ve diğ. (2022) bakımevinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrol algısının düşük düzeyde olduğunu ve hemşirelerin çalışma yılı, cinsiyeti ve çalıştığı kuruma göre anlamlı farklılık gösterdiğini belirlemiştir. Sağlık kurumlarında karar verme mekanizmalarının çoğunlukla hiyerarşik bir yapı içerisinde yürütülmesi, hemşirelerin örgüt düzeyindeki kurallar, politikalar, uygulamalar ve yapılarla ilişkili karar verme süreçlerine katılımını sınırlandırmaktadır (İspir ve Duygulu, 2018). Dolayısıyla, hemşireler örgütsel yapıya yönelik kararlar üzerinde yeterli düzeyde söz sahibi olmadıklarında, otonomilerinin daha çok hastaların bireysel bakımıyla ilgili aldıkları kararlarla sınırlandığı söylenebilir.

Bu çalışmada HOÖ toplam, Klinik Otonomi - Hasta Bakımı ve Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği alt boyut puan ortalamaları, hemşirelerin görevine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Buna göre sorumlu hemşirelerin HOÖ toplam, Klinik Otonomi - Hasta Bakımı ve Klinik Otonomi - Tedavi ve İş Birliği alt boyut puan ortalamasının hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu saptandı. Elde edilen bu bulgu, yönetsel sorumluluk üstlenen hemşirelerin karar verme süreçlerine daha fazla katılması ve daha geniş yetki alanına sahip olmasıyla açıklanabilir. Sorumlu hemşireler bakım hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu ve değerlendirilmesinde aktif rol almakta, ekip içi işleyişe yön vermekte ve klinik karar süreçlerinde daha fazla sorumluluk üstlenmektedir (Lu ve diğ., 2025; Yimer ve diğ., 2024). Benzer şekilde Labrague ve diğ. (2019)'nin Filipinli hemşirelerin mesleki otonomi düzeyini, belirleyicilerini ve sonuçlarını incelediği çalışmada, hemşirelerin görevlerine göre otonomi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Türkiye'de radyoloji hemşireleri ile yapılan diğer bir çalışmada ise hemşirelerin mesleki otonomisi üzerine yönetici/eğitimci olmanın etkili olduğu belirlenmiştir (Mert ve

Türkmen, 2020). Ayrıca, hemşirelerin yetkilerinin genişletilmesi ile otonomi düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu bilinmektedir (Pursio ve diğ., 2021). Dolayısıyla mevcut araştırma bulguları, hemşirelikte otonominin yalnızca bireysel yetkinlikle değil, üstlenilen rol, yönetsel sorumluluk düzeyi, karar verme yetkisi ve örgütsel yapı tarafından da şekillendiğini göstermektedir. Bu durum, hemşirelerin otonomisini artırmaya yönelik girişimlerde karar süreçlerine katılımın desteklenmesi ve yetki devrinin artırılmasının önemini ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin HOÖ toplam ve alt boyut puanları çalışılan birime ve kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi. Elde edilen bu bulgu, hemşirelerin otonomi düzeyinin çalıştığı birim veya kurumdan bağımsız olarak benzer özellikler gösterdiğine işaret etmektedir. Literatürde hemşirelikte otonominin; çalışılan birimden ziyade sağlık hizmeti sunum planlamasının niteliği, otokratik yönetim, belirsiz ve/veya katı örgütsel kurallar gibi etmenlerle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Yimer ve diğ., 2024; Pursio ve diğ., 2021; Mrayyan, 2004). Bu bağlamda, farklı birimlerde veya kurumlarda çalışan hemşirelerin benzer düzeyde otonomiye sahip olmaları beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir. Ayrıca hemşirelerin aynı toplumsal statüye, mesleki standartlara, etik destek mekanizmalarına ve yasal düzenlemelere sahip olması, otonomi düzeylerinin birimler ve kurumlar arasında benzerlik göstermesine katkıda bulunmuş olabilir. Bu bulgu, hemşirelikte otonominin çeşitli örgütsel ve mesleki etmenlerden etkilenen çok boyutlu bir yapı olduğunu göstermektedir.

5.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, HOÖ, TPİÖ ve İDÖ'ye ilişkin tanımlayıcı bulgular ile yapısal eşitlik modeline ilişkin bulgular tartışıldı.

5.2.1. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Araştırmanın ikinci aşamasına katılan hemşirelerin HOÖ toplam puan ortalaması yüksek düzeyde bulundu. Bu bulgu araştırmanın ilk aşamasında gerçekleştirilen HOÖ puan ortalaması analizi sonucu ile benzerlik göstermektedir. Önceki çalışmalarda da hemşirelerin otonomi toplam puan ortalaması bu çalışma ile benzer şekilde yüksek düzeyde bulunmuştur (Shohani ve diğ., 2018; Rao ve diğ., 2017; Luiking ve diğ., 2015). Türkiye'de yapılan önceki çalışmalar da hemşirelerin otonomi toplam puan ortalaması bu çalışma ile benzer şekilde yüksek düzeydedir (Mert ve Türkmen, 2020; Malak ve Üstün, 2011). HOÖ alt boyutları

değerlendirildiğinde, “uygulamalar üzerinde kontrol” alt boyutunun orta düzeyde ve bunun dışındaki tüm alt boyutların yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Mrayyan (2005), Amerikalı hemşirelerin birim düzeyindeki operasyonel kararlara kıyasla, hasta bakımıyla ilgili kararları alırken daha fazla otonomiye sahip olduğunu saptamıştır. İngiltere’de hemşirelerin otonomilerinin incelendiği bir nitel çalışmada da hemşirelerin otonomiyi daha geniş bir mesleki bağlamdan ziyade klinik çalışmalarla ve servislerin çalışma ortamlarıyla ilişkilendirdiği belirtilmektedir (Oshodi ve diğ., 2019). Bu durum, hemşirelerin hasta bakımına yönelik algılarının uygulamalar üzerinde kontrolden daha yüksek olmasını açıklayabilir. Bu çalışmadan farklı olarak Foley ve diğ., (2002) Amerikalı hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin uygulamalar üzerindeki kontrol algısını ortalamanın üzerinde bulmuştur. Yine de araştırma sonuçları hemşirelerin hemşirelik uygulama standartlarını etkileyen etmenler üzerinde bir kontrol eksikliği algısına işaret etmektedir (Attree, 2005).

Araştırmaya katılan hemşirelerin, TPİÖ ölçeğine ait her iki alt boyut puanının (ilişki ihtiyacı ve özerklik ihtiyacının karşılanması) yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Kaya ve Şahin Altun (2018), Van’da hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarını incelediği çalışmada, hemşirelerin TPİÖ ölçek alt boyutlarını ve toplam puan ortalamalarını yüksek düzeyde saptamıştır. Benzer şekilde, Doğan ve Eryılmaz (2012) akademisyenlerle yaptığı çalışmada ise TPİÖ ölçek alt boyutlarını ve toplam puan ortalamalarını yüksek düzeyde bulmuştur. Bu doğrultuda, araştırma bulgularının farklı örneklem gruplarında elde edilen sonuçlarla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Temel psikolojik ihtiyaçların yüksek düzeyde karşılanması, bireylerin çalışma yaşamlarında kendilerini sosyal çevreleriyle bağlantılı hissettiklerini ve davranışlarını kendi tercihleri doğrultusunda yönlendirebildiklerini göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, iş doyumu puan ortalaması ise orta düzeyde bulundu. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, araştırma bulgularının farklı ülkelerde ve farklı çalışma koşullarında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Pursio ve diğ. (2024), hemşirelerin otonomisi ve iş doyumunu incelediği çalışmada, hemşirelerin iş doyumunu ortalamanın üzerinde bulmuştur. Kim ve diğ. (2018), Güney Kore ve Japonya’da çalışan hemşirelerin iş doyumunu incelediği çalışmada, Güney Koreli hemşirelerin iş doyumunu yüksek, Japon hemşirelerin iş doyumunu ise orta düzeyde saptamıştır. Aynı çalışmada, her iki ülkede çalışan hemşirelerin iş doyumu arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. İlgili literatür bu farklılığın hemşirelerin yönetim ve liderlik becerileri, personel ve kaynakların yeterliliği ve kurumun kalite standartlarından kaynaklanabileceğine işaret etmektedir (Pursio ve diğ., 2024).

Türkiye'de hemşirelerle yapılan çalışmalarda hemşirelerin iş doyumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Yıldız ve Seren İntepeler, 2024; Şahan ve Özdemir, 2023; Mert ve Türkmen, 2020; Durmaz ve Sabuncu, 2019). Bu çalışmaların sonuçlarının mevcut araştırma bulgusunu desteklediği görülmektedir.

Ölçeklere ve alt boyutlarına ilişkin korelasyon analizi incelendiğinde, HOÖ ile TPİÖ toplam puanları arasında orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı. HOÖ alt boyutları ile TPİÖ alt boyutları değerlendirildiğinde, en güçlü ilişki "iş otonomisi" ile "özerklik ihtiyacı" alt boyutları arasında, en zayıf ilişki ise "uygulamalar üzerine kontrol" ile "özerklik ihtiyacı" alt boyutları arasında bulundu. Kerzman ve diğ. (2015), İsrail'de hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin yetki alanının genişletilmesine olan ihtiyacını başlıca olarak otonomi düzeyinin açıkladığını belirtmiştir. Literatürde mesleki otonomi ile özerklik ihtiyacının karşılanmasının karşılıklı olarak birbirini güçlendirdiği belirtilmektedir (Lockwood ve Schober, 2024). Hemşirelerin klinik karar süreçlerine aktif katılması, bağımsız uygulama yapabilmesi ve yetki alanlarının geniş olması, onların otonomi algısını artırmaktadır. Benzer şekilde, yüksek otonomi algısına sahip hemşirelerin de klinik uygulamalarda daha fazla inisiyatif alabildiği, problem çözme becerilerini daha etkin kullandığı ve mesleki rollerini daha bağımsız şekilde yerine getirebildiği bildirilmektedir (Oshodi ve diğ., 2019). Dolayısıyla bu değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıdaki çalışmaya rağmen elde edilen bulgular önceki çalışmalarla uyumludur.

Hemşirelerin HOÖ alt boyutları ve toplam puanı ile İDÖ toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, HOÖ ile İDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı. Pursio ve diğ., (2024) hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin algısının, otonomi ve iş doyumu ile ilişkisini incelediği çalışmasında, hemşirelerin otonomisi ile iş doyumu arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptamıştır. Benzer şekilde Şahan ve Özdemir, (2023) Türkiye'de hemşirelerde profesyonel otonomiye yönelik tutum ile iş doyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve otonomiye yönelik tutum arttıkça iş doyumunun arttığını belirlemiştir. HOÖ alt boyutları ile İDÖ toplam puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde en güçlü ilişkinin "klinik otonomi - tedavi ve iş birliği" ile en zayıf ilişkinin ise "uygulamalar üzerinde kontrol" ile olduğu belirlendi. Türkiye'de radyasyon onkolojisi hemşireleri ile yapılan bir çalışmada, yüksek düzeyde klinik otonominin iş doyumunun belirleyici etmenleri arasında yer aldığı bulunmuştur (Mert ve Türkmen, 2020). Avustralya'da cerrahi ve dahili birim hemşireleri ile yapılan diğer bir çalışmada ise hemşirelerin uygulamalar üzerindeki kontrol algısının iş doyumunun

belirleyicileri arasında yer aldığı saptanmıştır (Duffield ve diğ., 2009). Bu doğrultuda, Pursio ve diğ., (2024), hemşirelikte otonomiyi artıran faktörler dikkate alındığında ve otonominin geliştirilmesine önem verildiğinde, hemşirelerin iş doyumunun artırılmasının mümkün olduğunu belirtmektedir.

Son olarak, hemşirelerin İDÖ toplam puanı ile TPİÖ toplam puanı, "özerklik ihtiyacı" ve "ilişki ihtiyacı" alt boyutları arasında orta düzeyde anlamlı ilişki belirlendi. Roybal ve diğ., (2025) hemşirelerde otonomi, psikolojik iyilik hali ve iş yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, hemşirelerin otonomi algısı ile iş doyumu, psikolojik iyi oluş ve mesleki rollere uyumu arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır. Bu bağlamda, çalışma ortamında hemşirelerin bağımsız klinik kararlarının desteklenmesi hemşirelerin hem mesleki yeterliliklerini ortaya koymalarına hem de psikolojik açıdan güçlenmelerine katkıda bulunmaktadır (Kaya ve Şahin Altun, 2018). Benzer şekilde Kerzman ve diğ. (2015), hemşirelerin yetki alanının genişletilmesine olan ihtiyacı ile hemşirelerin iş doyumu arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir. Literatür sağlık kurumlarının hemşireleri motive etmek için onların üç temel psikolojik ihtiyacını -özerklik ihtiyacı, yetkinlik ihtiyacı ve ilişki ihtiyacı- karşılaması gerektiği üzerinde durmaktadır (Lockwood ve Schober, 2024). Buna göre, hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması yalnızca iş doyumunu değil, aynı zamanda hemşirelik bakımının kalitesi ve hasta güvenliğini etkilemektedir (Roybal ve diğ., 2025). Bu bağlamda, Öz Belirleme Kuramı hemşirelikte otonomi ile ilişkili etmenleri açıklamada temel bir kuramsal dayanak oluşturmaktadır.

5.2.2. Yapısal Eşitlik Modeline İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada temel psikolojik ihtiyaçların iş doyumu üzerindeki etkisinde, otonomi alt boyutlarının aracı rolünü belirlemek amacıyla YEM analizi yapıldı. YEM analizinde kullanılan TPİÖ özgün formunda üç alt boyuttan oluşmaktadır (Kesici ve diğ., 2003). Bu çalışmada yapılan DFA sürecinde yeterlik ihtiyacı alt boyutunun kabul edilebilir model uyumu sağlamadığı belirlendi (Yaşlıoğlu, 2017). Dolayısıyla, yeterlik ihtiyacı alt boyutu çalışmanın ikinci aşamasındaki ileri analizlerden çıkarıldı.

Çalışmanın YEM kapsamında kullanılan ait özerklik ihtiyacı ve ilişki ihtiyacı boyutları TPİÖ'nün alt boyutları olmakla birlikte birbiriyle ilişkili yapılardır. Bu çalışmada yapılan geçerlik analizinde bu iki boyuta ait AVE-MSV değerleri açısından ıraksak geçerliğine ilişkin ek değerlendirme ihtiyacı bulundu. Her iki değişkenin aynı YEM içerisinde yer alması

durumunda, değişkenler arasındaki yüksek ilişki nedeniyle çoklu bağlantı (multicollinearity) sorunu oluşabileceği belirlendi. Çoklu bağlantı sorununun ise regresyon katsayılarının kararlılığını, standart hata değerlerini ve yol katsayılarının yorumlanma biçimini olumsuz etkilediği bilinmektedir (Fornell ve Larcker, 1981). Bu kapsamda, çoklu bağlantı sorunu kontrol altına almak amacıyla iki ayrı yapısal eşitlik modeli kurularak temel psikolojik ihtiyaçlar boyutları özerklik ihtiyacı (Model 1) ve ilişki ihtiyacının karşılanmasının (Model 2) etkileri ayrı modellerde incelendi.

Model 1 incelendiğinde, özerklik ihtiyacının karşılanmasının hemşirelikte otonomi alt boyutlarının tümünün üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu saptandı. Buna göre, özerklik ihtiyacının karşılanmasının yordayıcı etkisinin en yüksek "iş otonomisi" ve en düşük "uygulamalar üzerinde kontrol" alt boyutu üzerinde olduğu belirlendi. Lockwood ve Schober (2024) İrlanda'da uzman hemşirelerle (pratisyen hemşire-nurse practitioner) yaptığı çalışmada klinik otonomi düzeyini etkileyen etmenleri incelemiş, bu çalışma ile benzer şekilde hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması ile klinik otonomi düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamıştır. Öz Belirleme Kuramına göre, özerklik ihtiyacının karşılanması, bireyin davranışlarını kendi değerleri doğrultusunda yönlendirme ve yaptığı seçimlerde öz iradesini hissetme isteğini ifade etmektedir (Deci ve Ryan, 2000). Bu doğrultuda, özerklik ihtiyacının daha yüksek düzeyde karşılandığını algılayan hemşirelerin klinik karar alma süreçlerine daha etkin katılım göstermeleri, mesleki sorumluluk üstlenmeleri ve bakım uygulamalarını içselleştirmeleri beklenmektedir (Kaya ve diğ., 2026). Bu iki değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıdaki çalışmaya rağmen elde edilen bulgular literatürü doğrular niteliktedir.

Aynı modelde, "klinik otonomi - tedavi ve iş birliği" ve "iş otonomisi" alt boyutlarının iş doyumu üzerinde negatif yönlü anlamlı etkisinin olduğu saptandı. Hemşirelik literatürü bu çalışmanın aksine, otonomi düzeyi ile iş doyumu arasında pozitif bir ilişkiye işaret etmektedir (Demircioğlu ve Atıcı, 2026; Pursio ve diğ., 2024; Şahan ve Özdemir, 2023; Mert ve Türkmen, 2020). Buna karşın Pursio ve diğ. (2021), otonominin mutlak anlamda pozitif sonuçlarla ilişkili olmadığını belirtmektedir. Benzer şekilde, Akbaş Uysal ve Ekiz (2025) Türkiye'de hemşirelerle yaptığı çalışmada iş doyumu daha düşük olan hemşirelerin otonomi puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada yoğun iş yükü, yönetsel desteğin eksikliği ve kurumsal baskıların hemşirelerin iş doyumunu olumsuz yönde etkilediği ve otonomi algısını şekillendirdiği belirtilmektedir (Akbaş Uysal ve Ekiz, 2025). Hemşirelerin otonomi düzeyi

sağlıklı bir iş ortamı ve elverişli çalışma koşulları tarafından desteklenmektedir (Türkmen ve diğ., 2011). Bu bağlamda, klinik otonomi - tedavi ve iş birliği ile iş otonomisinin iş doyumu üzerindeki negatif etkisi, karar yorgunluğu (decision fatigue) yaklaşımıyla açıklanabilir. Otonomi, hemşirelere klinik uygulamalarında daha bağımsız karar verme olanağı sunarken, aynı zamanda daha fazla bilişsel sorumluluk yüklemektedir. Özellikle hasta yoğunluğunun fazla olduğu, bakım gereksinimlerinin karmaşıklaştığı ve klinik kararların hızlı alınmasının beklendiği çalışma ortamlarında, sürekli karar verme zorunluluğu çalışanların bilişsel kaynaklarını tüketebilmektedir. Bu durum zaman içerisinde karar yorgunluğu ve zihinsel yorgunluğun gelişmesine neden olarak çalışanların işlerinden aldıkları doyumu olumsuz etkileyebilmektedir (Goudarzian ve diğ., 2025). Lee ve diğ., (2026), karar verme otonomisinin görevler üzerine daha fazla bilişsel değerlendirmeyi tetiklediğini ve bunun karar yorgunluğunu artırdığını saptamıştır. Bu çalışmada otonomi düzeyi ile iş doyumu arasında bulunan negatif anlamlı ilişki, özellikle yoğun iş yükünün olduğu çalışma ortamlarında, hemşirelerin otonomiyi güçlendirici olmaktan ziyade strese yol açan bir baskı unsuru olarak algıladıkları şeklinde yorumlanabilir.

Bununla birlikte, özerklik ihtiyacının karşılanmasının iş doyumu üzerinde doğrudan pozitif yönlü ve anlamlı etkisi olduğu belirlendi. Roybal ve diğ., (2025) Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelerin motivasyonunu etkileyen etmenleri incelemiş, bu çalışma ile benzer şekilde hemşirelerin özerklik ihtiyacının karşılanma düzeyi ile iş doyumu, psikolojik iyi oluş ve mesleki rollere uyum arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir. Öz Belirleme Kuramı'na göre, temel psikolojik ihtiyaçlardan biri olan özerklik ihtiyacının karşılanması, davranışların bireyin seçimleri doğrultusunda düzenlenmesini desteklemekle birlikte içsel motivasyonun gelişimine katkı sağlamaktadır (Deci ve Ryan, 2000). Ayrıca, özerklik ihtiyacının karşılanması, bireyin yaptığı işi kendi tercihi doğrultusunda gerçekleştirdiği algısını güçlendirerek işine yönelik olumlu tutum geliştirmesine katkıda bulunmaktadır (Johan ve diğ, 2012). Bu çalışmada özerklik ihtiyacının karşılanmasının iş doyumu üzerinde doğrudan pozitif yönlü etkisinin saptanması mevcut kuramsal beklentileri ve literatürü destekler niteliktedir.

Sonuç olarak, özerklik ihtiyacının karşılanmasının hemşirelikte otonomi ve iş doyumunun belirleyicisi olduğu saptandı. Çalışma bulguları, otonominin iş doyumuna etkisinin mutlak anlamda pozitif olmadığını; bu ilişkinin çalışma koşulları, örgütsel destek ve iş yükü gibi etmenlerden etkilenebileceğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, ileri araştırmalarda

çalışma koşullarının hemşirelerin otonomisinin iş doyumuna etkisi üzerindeki rolü araştırılmalıdır.

Model 2 incelendiğinde, ilişki ihtiyacının karşılanmasının hemşirelikte otonomi alt boyutlarının tümünün üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu saptandı. Buna göre, ilişki ihtiyacının karşılanmasının yordayıcı etkisinin en yüksek "klinik otonomi - tedavi ve iş birliği" ve en düşük "uygulamalar üzerinde kontrol" alt boyutu üzerinde olduğu bulundu. Literatür incelendiğinde, hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçların karşılanma düzeyi ile hemşirelikte otonomi düzeyi arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir (Sanseverino ve diğ. 2026; Selmi ve Belrhiti, 2026; Roybal ve diğ., 2025; Marquis ve Huston, 2017). Öz Belirleme Kuramı'na göre ilişki ihtiyacının karşılanması, bireyin başkaları ile anlamlı ilişkiler kurduğunu, sosyal çevresi tarafından kabul edildiğini hissetmesi ile karakterizedir (Deci ve Ryan, 1985; Vansteenkiste ve diğ., 2020). İlişki ihtiyacının karşılanması, bireyin aidiyet duygusunu güçlendirerek kişilerarası etkileşimlere daha aktif katılmasını sağlamaktadır (Grolnick ve Ryan, 1989). Sağlık hizmetlerinde otonomi, yasal düzenlemelerle olduğu kadar kişilerarası ilişkiler ve ekip içi etkileşimler tarafından da şekillenmektedir. Bu bağlamda destekleyici ilişkilerin fazla olduğu örgüt kültürlerinde hemşirelerin klinik karar verme sürecine daha aktif katıldığı bilinmektedir (Sanseverino ve diğ., 2026). Bu nedenle, ilişki ihtiyacının karşılanmasının hemşirelikte otonomi alt boyutları üzerinde pozitif yönlü bir etkisinin belirlenmesi mevcut kuramsal beklentileri ve literatürü desteklemektedir.

Aynı modelde, çalışmanın birinci modelinden farklı olarak, hemşirelikte otonomi alt boyutlarının iş doyumu üzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olmadığı saptandı. Önceki çalışma bulguları bu çalışmanın aksine, otonomi düzeyi ile iş doyumu arasında pozitif bir ilişkiye işaret etmektedir (Demircioğlu ve Atıcı, 2026; Pursio ve diğ., 2024; Şahan ve Özdemir, 2023; Mert ve Türkmen, 2020). Buna karşın Selmi ve Belrhiti (2026), özellikle örgütsel kaynakların kısıtlı olduğu ortamlarda, hemşirelerin iş doyumunun temel psikolojik ihtiyaçlara yönelik örgütsel desteğe bağlı olarak farklılaşabileceğini belirtmiştir (Selmi ve Belrhiti, 2026). Otonomi düzeyinin tek başına iş doyumunu açıklamada yeterli olmadığını gösteren bu araştırma bulguları, iş doyumu kavramının kişilerarası ilişkilerin kalitesi ve psikososyal destek mekanizmaları ile ilişkili olabileceğini işaret eden araştırma bulgularını desteklemektedir (Hagger ve McAnally Star, 2026; Hao ve diğ., 2024; Wang ve Liesveld, 2015).

İkinci modelde ayrıca, ilişki ihtiyacının karşılanma düzeyinin iş doyumu üzerinde doğrudan pozitif yönlü ve anlamlı etkisi olduğu belirlendi. Benzer şekilde, Sanseverino ve diğ. (2026) sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada, destekleyici liderliğin (supportive leadership), ekip uyumunun ve algılanan kişilerarası ilişki kalitesinin temel psikolojik ihtiyaçların karşılanmasına katkıda bulunarak sağlık çalışanlarının iş doyumuna hem doğrudan hem de dolaylı olarak katkıda bulunduğunu belirlemiştir. Öz Belirleme Kuramı, ilişki kurma ihtiyacının karşılanmasının bireyler için önemli olduğunu ve içsel motivasyonla bağlantılı olduğunu savunmaktadır (Vansteenkiste ve diğ., 2020). İlişki ihtiyacının karşılanma düzeyi ile iş doyumu düzeyi arasındaki bu ilişki, hemşirelik gibi yoğun iletişim gerektiren mesleklerde, destekleyici örgüt içi ilişkilerin iş doyumu üzerindeki etkisinin daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. Sonuç olarak Model 2'ye ilişkin bulgular, ilişki ihtiyacının karşılanmasının hem hemşirelikte otonomi hem de iş doyumu düzeyini etkileyen temel bir psikolojik ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda sağlık kurumlarında yalnızca otonomiyi artırmaya yönelik uygulamalara değil, aynı zamanda ekip içi iletişimi güçlendiren, destekleyici çalışma ortamı oluşturan ve kişilerarası ilişkileri geliştiren örgütsel düzenlemelere de önem verilmesi gerektiğini işaret etmektedir.

Son olarak, hemşirelerin hem özerklik ihtiyacının hem de ilişki ihtiyacının karşılanma düzeyinin iş doyumuna etkisinde otonomi alt boyutlarının aracılık etkisi incelendi. Bu bağlamda, özerklik ihtiyacının karşılanma düzeyinin iş doyumu üzerindeki etkisinde otonomi alt boyutlarının "Kısmi Aracılık" etkisi olduğu saptandı. Ancak doğrudan etkinin pozitif yönlü ve dolaylı etkinin ise negatif yönlü olması sebebiyle "Rekabetçi Aracılık" etkisi gösterdiği belirlendi. Rekabetçi aracılık, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki doğrudan etkisi ile aracı değişken üzerinden gerçekleşen dolaylı etkinin istatistiksel olarak anlamlı ancak zıt yönlü olduğu aracılık türüdür. Bu durumda aracı değişken, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini tamamen açıklamamakta; aksine doğrudan etkinin büyüklüğünü kısmen azaltan veya dengeleyen alternatif bir etki mekanizması olarak işlev görmektedir (Zhao ve diğ., 2010). Diğer bir ifadeyle, bağımsız değişken bağımlı değişkeni bir yoldan olumlu yönde etkilerken, aracı değişken üzerinden işleyen başka bir yol aynı etkiyi ters yönde etkileyebilmekte ve böylece toplam etkinin bir kısmı baskılanmaktadır (MacKinnon ve diğ., 2000). Öz Belirleme Kuramı'na göre özerklik ihtiyacının karşılanmasının bireyin motivasyonu, performansı ve doyumu üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Zeshan ve diğ., 2025). Nitekim, yüksek otonomiye sahip hemşirelerin klinik uygulamalarda daha fazla

inisiyatif alabildiği, problem çözme becerilerini daha etkin kullandığı ve mesleki rollerini daha bağımsız şekilde yerine getirebildiği bildirilmektedir (Oshodi ve diğ., 2019). Dolayısıyla özerklik ihtiyacının karşılanmasının iş doyumu üzerindeki doğrudan etkisini inceleyen sınırlı sayıdaki çalışmaya rağmen (Grinberg ve diğ., 2025; Zeshan ve diğ., 2025) elde edilen bulgular literatürü destekler niteliktedir.

Özerklik ihtiyacının karşılanma düzeyinin hemşirelikte otonomi alt boyutları aracılığı ile iş doyumu üzerinde negatif etkisinin bulunması beklenmeyen bir bulgudur. Daha önce de ifade edildiği üzere, özerklik ihtiyacının karşılanmasının hemşirelikte otonominin tüm alt boyutlarını anlamlı ve pozitif yönde yordaması, bireyin kendi seçimlerini yapabilme ve davranışlarını kendi iradesi doğrultusunda düzenleyebilme algısının mesleki otonomiyi desteklediğini göstermektedir. Ayrıca, otonomi boyutlarından "klinik otonomi - tedavi ve iş birliği" ve "iş otonomisi" boyutlarının iş doyumu üzerindeki negatif etkisi ve özerklik ihtiyacının karşılanmasının iş doyumu üzerindeki etkisinde otonominin rekabetçi aracılık rolünün bulunması, otonomiye ilişkin sonuçların yalnızca bireysel özelliklerle açıklanamayacağını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, otonominin mutlak anlamda pozitif sonuçlarla ilişkili olmadığı belirtilmektedir (Pursio ve diğ., 2021). Destekleyici örgüt mekanizmalarının hemşirelerin otonomi algısı üzerine doğrudan bir etkisi olduğu bilinmektedir (Selmi ve Belrhiti, 2026; Zeshan ve diğ., 2025). Özellikle yüksek iş yükü, yoğun çalışma koşulları, artan karar verme sorumluluğu ve yetersiz örgütsel destek gibi koşullar hemşirelere daha bağımsız karar verme olanağı sunarken, aynı zamanda daha fazla bilişsel sorumluluk yüklemektedir (Pursio ve diğ., 2021). Bu durum zaman içerisinde karar yorgunluğu gelişmesine neden olarak çalışanların işlerinden aldıkları doyumu olumsuz etkileyebilmektedir (Goudarzian ve diğ., 2025). Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye'de 2024 yılında 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı 381'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Bu sayı, OECD ülkelerine kıyasla çok düşüktür (OECD, 2025). Bu verilerden yola çıkarak Türkiye'de hemşire:hasta oranı dikkate alınarak hemşirelerin iş yükünün diğer ülkelere kıyasla daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda, hemşirelerin özerklik ihtiyaçlarının karşılanmasının iş doyumunu artırıcı etkisinin sürdürülebilmesi için otonominin destekleyici örgütsel koşullar, yeterli iş gücü ve uygun çalışma ortamı ile ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Model 2 kapsamında ise ilişki ihtiyacının karşılanma düzeyinin iş doyumu üzerinde doğrudan etkisinin pozitif yönlü ve dolaylı etkisinin ise negatif yönlü olması nedeniyle; otonomi alt boyutlarının "Rekabetçi Aracılık" etkisinin bulunduğu belirlendi. Literatürde

yetersiz kaynaklara sahip çalışma ortamlarında, hemşirelerin iş doyumunun temel psikolojik ihtiyaçların karşılanmasına yönelik örgütsel destek ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Selmi ve Belrhiti, 2026). Sağlık hizmetlerinde otonomi ise yasal düzenlemelerle olduğu kadar ilişkisel süreçler tarafından da şekillenmektedir. Bu bağlamda destekleyici ilişkilerin fazla olduğu örgüt kültürlerinde hemşirelerin klinik karar verme sürecine daha aktif katıldıkları bilinmektedir (Sanseverino ve diğ., 2026). AllahBakhshian ve diğ. (2017)'nin nitel çalışmasında rol belirsizliği, destekleyici olmayan çalışma ortamı ve motivasyon eksikliğinin mesleki otonomiyi etkileyen örgütsel etmenler arasında yer aldığı saptanmıştır. Benzer şekilde Sönmez ve Yıldırım (2019), yenilik iklimi ve yönetici desteğinin hemşirelerin yenilikçi davranışları üzerine etkisini incelediği çalışmasında her iki modelde otonominin aracı rolünü saptamıştır. Lu ve diğ., (2025) Çin'de hemşireler ile yaptığı çalışmada, hemşire yöneticilerin yetki devri ile klinik hemşirelerin yenilikçi davranışı arasında pozitif anlamlı ilişki olduğunu; örgüt iklimi ve mesleki otonominin ise bu ilişkide aracı rol oynadığını saptamıştır. Elde edilen bulgular, ilişki ihtiyacının karşılanmasının hemşirelerde aidiyet ve destek algısını güçlendirerek iş doyumunu artırdığı ancak otonomiye eşlik eden rol belirsizliği, artan beklentiler, iletişim yükü ve ekip içi koordinasyon baskısı gibi olası etmenlerin dolaylı olarak iş doyumunu azalttığı şeklinde yorumlanabilir. Dolayısıyla çalışma ortamında güçlü kişilerarası ilişkilerin bulunmasının tek başına yeterli olmadığı, bu ilişkilerin destekleyici ve dengeli bir yapıda sürdürülmesi gerektiği söylenebilir.

Sonuç olarak, temel psikolojik ihtiyaçların karşılanmasının iş doyumunu doğrudan artırdığı, ancak otonomi alt boyutları üzerinden giden yolun bu artışı kısmen azalttığı -baskıladığı- belirlendi. Elde edilen bulgu, hemşirelikte otonominin mutlak anlamda pozitif sonuçlarla ilişkili olmadığı; aksine sorumluluk, iş yükü ve hesap verebilirlik gibi etmenler ile ele alındığında iş doyumu üzerindeki etkisinin karmaşık bir yapı sergilediğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla hemşirelikte otonominin iş doyumuna olumlu katkı sağlayabilmesi için yalnızca karar verme yetkisinin artırılmasının yeterli olmadığı, aynı zamanda destekleyici ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturulması gerektiği söylenebilir. İleri araştırmalarda bireysel ve örgütsel değişkenlerin hemşirelerin otonomisinin iş doyumuna etkisi üzerindeki rolü araştırılmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu bölümde araştırmanın iki aşamasına ilişkin sonuçlar ayrı başlıklar altında sunuldu.

6.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sonuçları

Bu bölümde, Hemşirelikte Otonomi Ölçeğinin geliştirilerek geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapıldığı, araştırmanın birinci aşamasında elde edilen sonuçlar sunuldu.

- İlgili literatür incelenerek ölçek madde havuzu oluşturuldu. Araştırmacı ve danışman tarafından, 34 maddeden oluşan ölçek taslağı geliştirildi.
- Kapsam geçerliğinin sağlanması amacıyla Davis Tekniği kullanılarak yedi uzmanın görüşüne sunulan 34 maddeden 7'si KGİ değeri 0,80'in altında olduğu için taslak ölçekten çıkarıldı. Taslak ölçekteki maddelerin KGİ değerleri 0,86-1,00 arasında, ölçek toplam KGİ değeri ise 0,93 olarak hesaplanarak kapsam geçerliği sağlandı.
- Yüzey geçerliği kapsamında 20 hemşireye uygulanan ölçek taslağına araştırmacı ve danışman tarafından son hali verildi. Bu doğrultuda, hemşireler taslak ölçeğin maddelerini anlamlı ve anlaşılır olarak değerlendirdi.
- Verilerin AFA için uygunluğunu belirlemek amacıyla yapılan KMO değeri (0,93) (>0,80) ve Bartlett Küresellik testleri (($\chi 2$=5393,016; p=0,000, p<0,05) sonucunda örneklem hacminin ve ölçme aracının faktör analizine uygun olduğu belirlendi.
- Dört faktörün özdeğerinin 1'den büyük olduğu saptandı. Dört faktörün toplam varyansı açıklama oranının %61,31 (>%40) olduğu ve faktör yüklerinin ise 0,438-0,887 (>0,35) arasında değiştiği belirlendi.
- Ölçek yapısının geçerliğini doğrulamak amacıyla farklı bir örneklemde yapılan DFA sonucunda faktör yükleri 0,57 – 0,89 (>0,50) arasında bulundu. Ayrıca ölçeğin uyum iyiliği indekslerinin kabul edilebilir ve iyi derecede olduğu saptandı.
- Ölçeğin madde analizi incelendiğinde, tüm maddelerin faktörler üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu (p<0,05) ve ölçekle olan ilişkilerinin kabul edilebilir düzeyin (0,264-0,780) (>0,25) üstünde olduğu belirlendi.

- Ölçeğin eşzaman geçerliği için hem AFA (r=0,667) hem DFA (r=0,690) örneklemine yapılan analizlerde HOÖ ve DUDÖ arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı (p<0,05). Böylece ölçeğin eşzaman geçerliği sağlandı.
- Ölçeğin yakınsak ve ıraksak geçerliğini incelemek amacıyla hem AFA hem DFA örneklemine yapılan analizlerde yakınsak ve ıraksak geçerlik kriterlerini (AVE >0,50; CR > 0,70) karşıladığı belirlendi. Tüm bu sonuçlar doğrultusunda HOÖ'nün yapı geçerliğinin olduğu saptandı.
- Ölçeğin güvenirliğini incelemek için DFA örneklemine yapılan analizde, madde toplam puan korelasyon değerleri (0,461-0,689) (>0,40) arasında bulunarak; iç tutarlığının kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğu belirlendi.
- Ölçek maddelerinin iç tutarlığını değerlendirmek üzere DFA örneklemine yapılan analizde, ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısının 0,939 olduğu ve alt boyutların ise 0,859 - 0,942 arasında değiştiği belirlendi. Böylece ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu bulundu.
- DFA örneklemi kullanılarak yapılan yarıya bölme analizi kapsamında ölçek yarıya bölündüğünde, her iki bölüm arasındaki korelasyon değeri 0,710 ve iki yarının güvenirliğine ilişkin Spearman-Brown katsayısı 0,831 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,828 olarak bulundu. Böylece ölçeğin yüksek düzeyde güvenirliğe (>0,70) sahip olduğu belirlendi.
- Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini değerlendirmek üzere DFA örnekleminin %25'ini oluşturan 98 hemşireye 15 gün ara ile gerçekleştirilen iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (p>0,05). Ölçek toplamına ilişkin ICC değeri ise 0,583 bulunarak, ölçeğin zamana karşı tutarlı ölçümler yaptığı ve orta düzeyde güvenilir olduğu belirlendi.
- Ölçeğin DFA örneklemine yapılan paralel form güvenirliği analizinde DUDÖ ile HOÖ arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptandı (p<0,05). Tüm bu sonuçlar doğrultusunda HOÖ'nün güvenirliğe sahip olduğu bulundu.

Sonuç olarak, araştırmanın birinci aşaması kapsamında geliştirilen, dört alt boyuttan ve toplam 27 maddeden oluşan Hemşirelikte Otonomi Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi.

6.1.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sonuçları

Bu bölümde, hemşirelikte otonomi ile ilişkili etmenlerin incelendiği, araştırmanın ikinci aşamasında elde edilen sonuçlar sunuldu.

6.1.2.1. Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar

- TPİÖ'nün yapı geçerliğinin belirlenmesi için yapılan DFA'sına ait uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir uyum göstermediği (χ2/df=7,492, CFI=0,655, GFI=0,978, NNFI-TLI=0,661, NFI=0,625, IFI=0,658, RMSEA=0,113, SRMR=0,101) belirlendi. Ancak yeterlik ihtiyacı alt boyutu çıkarıldığında TPİÖ'nün kabul edilebilir ve iyi derecede uyumu (χ^2/df=4,186, CFI=0,916, GFI=0,993, NNFI-TLI=0,892, NFI=0,893, IFI=0,916, RMSEA=0,065, SRMR=0,047) gösterdiği belirlendi. Bu nedenle TPİÖ iki alt boyut (ilişki ihtiyacı ve özerklik ihtiyacı) üzerinden değerlendirildi.
- TPİÖ maddelerinin faktör yüklerinin 0,540 – 0,733 arasında (>0,50) değiştiği ve tüm maddelerin anlamlı olduğu saptandı. Ölçeğin yakınsak geçerlik kriterleri incelendiğinde, AVE değerleri referans değere (>0,5) çok yakın olarak, CR değerleri ise yüksek düzeyde (>0,8) olarak bulunarak ölçeğin yakınsak geçerliği sağlandı. TPİÖ alt boyutlarına ait HTMT değeri 0,789 (<0,85, kabul edilebilir değer) olarak bulunarak ölçeğin ıraksak geçerliği sağlandı. TPİÖ'nün güvenirliğinin belirlenmesi için yapılan madde toplam puan korelasyon değerleri 0,505 - 0,631 (>0,3, kabul edilebilir düzey) arasında bulundu. Ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0,869, alt boyutların ise 0,801 ve 0,804 (>0,80, yüksek güvenirlik düzeyi) olduğu belirlendi. Böylece TPİÖ'nün yapı geçerliğine ve yüksek düzeyde güvenirliğe sahip olduğu belirlendi.
- HOÖ'nün yapı geçerliğinin incelendiği DFA'sına ait uyum indeksi değerlerinin (χ^2/df=4,623, CFI=0,911, GFI=0,959, NNFI-TLI=0,851, NFI=0,836, IFI=0,852, RMSEA=0,069, SRMR=0,067) kabul edilebilir ve iyi derecede uyum gösterdiği belirlendi. Ölçek maddelerine ilişkin faktör yüklerinin 0,517 – 0,890 (>0,50) arasında değiştiği, böylece tüm maddelerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. HOÖ alt boyutlarına ait AVE değerlerinin referans değere (>0,5) çok yakın olduğu, CR değerlerinin ise yüksek düzeyde (>0,8) olduğu belirlenerek, HOÖ'nün yakınsak geçerliği sağlandı. HOÖ alt boyutlarının HTMT değerleri 0,414 - 0,763 arasında (<0,85, kabul edilebilir değer) saptanarak, ölçeğin ıraksak geçerliği sağlandı. HOÖ'nün güvenirliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan madde toplam puan korelasyon değerleri 0,50'ın üzerinde (0,549-0,819), ölçek toplamına ve alt boyutlarına ilişkin Cronbach alfa

katsayıları ise yüksek güvenirlik düzeyinde (0,851 - 0,944) (>0,80) bulundu. Böylece HOÖ'nün yapı geçerliğine ve yüksek düzeyde güvenirliğe sahip olduğu belirlendi.

6.1.2.2. Tanımlayıcı Bulgulara İlişkin Sonuçlar

- Hemşirelerin TPİÖ puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Ayrıca HOÖ toplam puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu ve alt boyutları arasında ise en yüksek puan ortalamasının "iş otonomisi" alt boyutunda ve en düşük puan ortalamasının "uygulamalar üzerinde kontrol" alt boyutunda olduğu saptandı. Son olarak, tek boyutlu bir yapıya sahip olan İDÖ puan ortalaması ise orta düzeyde bulundu.
- Hemşirelerin TPİÖ, HOÖ, İDÖ toplamı ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon analizi incelendiğinde, ölçeklerin tümü ve alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf, orta ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı.

6.1.2.3. Yapısal Eşitlik Modeline İlişkin Sonuçlar

- Araştırmanın değişkenleri arasındaki yordayıcı ilişkileri incelemek amacıyla yapılan YEM kapsamında iki ayrı yapısal model (Model 1 ve Model 2) oluşturuldu. Oluşturulan modellere ilişkin uyum indeksleri değerlendirildiğinde her iki modelin kabul edilebilir ve iyi derecede uyum gösterdiği belirlendi.
- Hemşirelerin özerklik ihtiyacının karşılanmasının hemşirelikte otonomi alt boyutları ve iş doyumu üzerindeki doğrudan etkisinin pozitif yönlü ve anlamlı olduğu belirlendi. Aynı modelde, hemşirelikte otonomi alt boyutlarının ikisinin (klinik otonomi - tedavi ve iş birliği ve iş otonomisi) iş doyumu üzerindeki doğrudan etkisinin negatif yönlü ve anlamlı olduğu saptandı.
- Hemşirelerin ilişki ihtiyacının karşılanmasının hemşirelikte otonomi alt boyutları ve iş doyumu üzerindeki doğrudan etkisinin pozitif yönlü ve anlamlı olduğu belirlendi. Buna karşın, hemşirelikte otonomi alt boyutlarının iş doyumu üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olmadığı saptandı.
- Hemşirelerin özerklik ihtiyacının karşılanma düzeyinin otonomi alt boyutları aracılığıyla iş doyumu üzerindeki toplam dolaylı etkisinin negatif yönlü ve anlamlı olduğu belirlendi. Buna karşın, hemşirelerin özerklik ihtiyacının karşılanmasının iş doyumu üzerindeki toplam etkisi ise pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı olduğu saptandı. Bu bağlamda, özerklik ihtiyacının karşılanmasının iş doyumu üzerindeki etkisinde otonomi alt boyutlarının "Kısmi Aracılık" etkisi olduğu ancak doğrudan

etkinin pozitif ve dolaylı etkinin ise negatif yönlü olması nedeniyle "Rekabetçi Aracılık" etkisi gösterdiği belirlendi.

- Hemşirelerin ilişki ihtiyacının karşılanmasının otonomi alt boyutları aracılığıyla iş doyumu üzerindeki toplam dolaylı etkisinin negatif yönlü ve anlamlılık sınırında olduğu belirlendi. Bunun yanı sıra, hemşirelerin ilişki ihtiyacının karşılanmasının iş doyumu üzerindeki toplam etkisinin pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı olduğu bulundu. Dolayısıyla, ilişki ihtiyacının karşılanma düzeyinin iş doyumu üzerindeki etkisinde otonomi alt boyutlarının "Kısmi Aracılık" etkisi olduğu ancak doğrudan etkinin pozitif ve dolaylı etkinin ise negatif yönlü olması nedeniyle "Rekabetçi Aracılık" etkisi gösterdiği saptandı.

Araştırmanın ikinci aşaması hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasının otonomi ve otonomi alt boyutları aracılığı ile iş doyumu üzerindeki etkisinin incelendiği ilk çalışma olması nedeniyle literatüre katkıda bulunmaktadır. Ayrıca hemşirelikte otonominin mutlak anlamda pozitif sonuçlarla ilişkili olmadığı; aksine sorumluluk, iş yükü ve hesap verebilirlik gibi etmenler ile ele alındığında iş doyumu üzerindeki etkisinin karmaşık bir yapı sergilediğini ortaya koymaktadır. Çalışmadan elde edilen bulgular, otonominin çalışan sağlığı üzerindeki etkilerine ilişkin hemşire yöneticilerin farkındalıklarını artırarak, olumlu çalışma ortamlarının oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

6.2. ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın birinci ve ikinci aşamasına ilişkin öneriler ayrı başlıklar altında sunuldu.

6.2.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Önerileri

- Bu araştırmada geliştirilen, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olan HOÖ, hemşirelerin öz bildirimleriyle otonomi düzeyini belirlemek için kullanılabilir. Elde edilen sonuçlardan, hemşirelerin otonomi düzeylerini arttırmayı amaçlayan eğitim ve gelişim programlarının ve kurumsal politikaların geliştirilmesinde yararlanılabilir.
- Gelecek araştırmalarda, hemşirelerin otonomi düzeyi Türkiye'nin farklı bölgelerinde incelenebilir, kırsal-kentsel karşılaştırma yapılabilir. Ayrıca, kamu ve özel hastanelerinde hemşirelerin otonomi düzeyleri karşılaştırılabilir.

- Geliştirilen ölçeğe farklı kültürel gruplarda geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılabilir. Böylece otonominin kültürel bağlamdaki farklılıkları değerlendirilebilir.
- HOÖ kullanılarak saptanan hemşirelerin otonomisinin çalışan (iş doyumu, tükenmişlik, psikolojik güçlendirme vb.) ve hasta sonuçlarına (kalite göstergeleri, hasta memnuniyeti/deneyimi vb.) etkisi değerlendirilebilir.

6.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Önerileri

- Otonomi puan ortalamalarının yüksek düzeyde olması, hemşirelerin klinik uygulamalara yönelik bilgiye, yeterliğe ve bilinçli karar verme yeteneğine sahip olduğunu düşündürmektedir. Ancak HOÖ alt boyutları arasında en düşük puan ortalamasının "uygulamalar üzerinde kontrol" alt boyutunda olması, hemşirelerin örgütsel karar süreçlerine katılımının geliştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu doğrultuda, hemşirelerin yalnızca bakım verdikleri hastaların bakımı ile sınırlı olmayan, kurumda sunulan hemşirelik ve genel sağlık hizmetlerine ilişkin kalite geliştirme ve kurum politikalarının oluşturulması gibi konularda hemşirelerin görüşlerinin alınması ve karar mekanizmalarına katılımlarının sağlanması önerilmektedir.
- Hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanma düzeyinin otonomi ve iş doyumu üzerindeki pozitif anlamlı etkisi, hemşirelerin klinik uygulamalarda karar alma süreçlerine gönüllü katılımını, mesleki sorumluluk üstlenmesini ve bakım uygulamalarını içselleştirmesini açıklamaktadır. Sağlık kurumlarında hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasını destekleyen çalışma ortamlarının oluşturulması, çalışan memnuniyeti ve bakım kalitesi açısından önemli katkılar sağlayacaktır.
- Temel psikolojik ihtiyaçların karşılanmanın hemşirelerin iş doyumu üzerindeki etkisinde otonominin rekabetçi aracılık etkisi otonominin mutlak anlamda pozitif sonuçlarla ilişkili olmadığını; aksine sorumluluk, iş yükü ve hesap verebilirlik gibi etmenler ile ele alındığında iş doyumu üzerindeki etkisinin karmaşık bir yapı sergilediğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla hemşirelikte otonominin iş doyumuna olumlu katkı sağlayabilmesi için yalnızca karar verme yetkisinin artırılmasının yeterli olmadığı, aynı zamanda bu yetkinin kullanılmasını kolaylaştıracak yeterli personel, zaman, kaynak ve yönetsel desteğin sağlanması önerilmektedir.
- Gelecek araştırmalarda, hemşirelerde otonominin iş doyumu üzerindeki etkisini açıklayabilecek tükenmişlik, iş yükü, örgütsel destek, liderlik tarzı ve psikolojik

güçlendirme gibi değişkenlerin dahil edildiği yeni modeller test edilmesi önerilmektedir.

- Gelecek araştırmalarda, bu araştırma değişkenlerin arasındaki ilişkilerin verilerin farklı zaman dilimlerinde toplandığı boylamsal araştırmalar ile incelenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Açıkgöz G. and Baykal Ü., 2024, The autonomous behavior scale regarding the professional roles of nurses, *Journal of Health and Nursing Management*, 11(3), 509-520.

Ahmed, H. A., and Elmasri, Y. M., 2011, Effect of self awareness education on the self efficacy and sociotropy autonomy characteristics of nurses in a psychiatry clinic, *Life science journal*, 8 (2), 853-63.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. and Silber, J.H., 2002, Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *Journal of the american medical association*, 288 (16), 1987-1993.

Akbaş Uysal, D. and Ekiz, E., 2025, The role of professional autonomy in a healthy work environment: a mixed-methods study on intensive care nurses, *BMC nursing*, 24 (1), 1388.

Akgün, B.M., 2017, Sosyotropi otonomi kişilik özellikleri ve hemşirelik, *Arşiv kaynak tarama dergisi*, 26 (2), 163-177.

Akgün, B.M., Hiçdurmaz, D. and Öz, F., 2019, The investigation of learned resourcefulness in terms of locus of control, sociotropy-autonomy personality traits, and demographic and professional variables in nurses, *Journal of Psychiatric Nursing*, 10 (3), 155-164.

Alharbi, A., Alkubati, S.A., Albaqawi, H., Ali, A.Z., Hamed, L.A., Mohammed, S., Cornejo, L.T.O. and Almazan, J. U., 2026, Mediating roles of psychological empowerment and self-efficacy in the relationship between leadership and clinical decision-making among nursing students: A path-analysis approach, *Nurse Education Today*, 107022.

AllahBakhshian, M., Alimohammadi, N., Taleghani, F., Nik, A. Y., Abbasi, S., and Gholizadeh, L., 2017, Barriers to intensive care unit nurses' autonomy in Iran: A qualitative study, *Nursing outlook*, 65 (4), 392-399.

Alpar, R., 2020, *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler,* 6. Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara.

Alpar, R., 2022, *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik*, 7. Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara.

Alshaikh, Z.A., Diab, G.M. and El-Kholy, S.M., 2021, The relationship between autonomy and quality of health care among staff nurses, *Menoufia nursing journal*, 6 (1), 115-130.

Altıok, H.Ö. ve Üstün, B., 2014, Profesyonellik: kavram analizi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi elektronik dergisi*, 7 (2), 151-155.

Amini, K., Negarandeh, R., Ramezani-Badr, F., Moosaeifard, M. and Fallah, R., 2015, Nurses' autonomy level in teaching hospitals and its relationship with the underlying factors, *International journal of nursing practice*, 21 (1), 52-59.

Asakura, K., Satoh, M. and Watanabe, I., 2016, The development of the attitude toward professional autonomy scale for nurses in Japan. *Psychological reports*, 119 (3), 761-782.

Attree, M., 2005, Nursing agency and governance: registered nurses' perceptions, *Journal of nursing management*, 13 (5), 387-396.

Aydemir, S. ve Şahinli, S., 2025, Hemşirelerin klinik liderlik algısının mesleki özerklik üzerine etkisi, *İşletme bilimi dergisi*, 13 (3), 555-575.

Basaran Acil, S. & Dinç, L., 2018, Turkish adaptation and psychometric characteristics of the Nursing Authority and Autonomy Scale, *Journal of nursing management*, 26 (6), 735-743.

Beck, A.T., Epstein, N., Harrison, R.P. and Emery, J., 1983, *Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.

Blanchfield, K.C. and Biordi, D.L., 1996, Power in practice: A study of nursing authority and autonomy. *Nursing administration quarterly*, 20 (3), 42-49.

Blegen, M.A., Goode, C., Johnson, M., Maas, M., Chen, L. and Moorhead, S., 1993, Preferences for decision-making autonomy, *Image: The journal of nursing scholarship*, 25 (4), 339-344.

Boamah, S.A., Laschinger, H.K. S., Wong, C. and Clarke, S., 2018, Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing outlook*, 66 (2), 180-189.

Boateng, G.O., Neilands, T.B., Frongillo, E.A., Melgar-Quiñonez, H.R. and Young, S.L., 2018, Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer, *Frontiers in public health,* 11 (6), 1-18.

Both-Nwabuwe, J.M., Lips-Wiersma, M., Dijkstra, M.T. and Beersma, B., 2019, Nurses' experience of individual, group-based, and professional autonomy, *Nursing outlook*, 67 (6), 734-746.

Büyüköztürk, Ş., 2002, Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı, *Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi dergisi*, 32 (32), 470-483.

Cajulis, C.B. & Fitzpatrick, J.J., 2007, Levels of autonomy of nurse practitioners in an acute care setting. *Journal of the american association of nurse practitioners*, 19 (10), 500-507.

Carpenter, S., 2018, Ten steps in scale development and reporting: A guide for researchers, *Communication methods and measures,* 12 (1), 25-44.

Cerit, B., Bilgin, N.Ç. ve Çıtak-Tunç, G., 2020, Hemşirelerde otonomi düzeyinin mesleki benlik saygısına etkisi, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu dergisi*, 8 (3), 826-838.

Clark, N.M. and Dodge, J.A., 1999, Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health education & behavior,* 26 (1), 72-89.

Deci, E.L., 1971, Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation, *Journal of personality and social psychology,* 18, 105–115.

Deci, E.L. and Ryan, R.M., 1985, *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Publishing Co.

Deci, E.L. and Ryan, R.M., 2000, The" what" and" why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior, *Psychological inquiry*, 11 (4), 227-268.

Deci, E.L. and Ryan, R.M., 2012, *Self-determination theory*, Handbook of theories of social psychology, In: Van Lange, P.A.M., Higgins, E.T., Kruglanski, A.W. (eds.), Sage Publications, London, 416-436.

Demir, S. ve Yıldırım, N.K., 2014, Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi, *Journal of psychiatric nursing,* 5 (1), 25-32.

Demircioğlu, B. and Atıcı, E., 2026, Between ideal and reality: A cross-sectional study of nurses' professional values and barriers to professionalism in Türkiye, *Nursing inquiry,* 33 (1), e70072.

Demirsoy, N. and Türe, A., 2021, Development and validation of the turkish version of the attitude toward professional autonomy scale for nurses, *Journal of nursing measurement,* 30 (2), 314-330.

Dempster, J.S., 1990, *Autonomy in practice: Conceptualization, construction, and psychometric evaluation of an empirical instrument*. University of San Diego.

Denat, Y. ve Şahbaz, M., 2022, Uzaktan eğitim sürecinde hemşirelik öğrencilerinin profesyonellik tutumları ve mesleki yetkinliklerinin değerlendirilmesi, *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi,* 9 (2), 190-199.

DeVellis, R.F., 2014, *Ölçek geliştirme: Kuram ve uygulamalar,* Totan, T. Çeviri Ed.,3. Baskıdan çeviri, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, ISBN: 978-605-133-937-5.

Doğan, T. and Eryılmaz, A., 2012, Akademisyenlerde işle ilgili temel ihtiyaç doyumu ve öznel iyi oluş. *Ege academic review,* 12 (3).

Dos Santos, E.I. and De Oliveira, J.G., 2016, Social representations of nurses about professional autonomy and the use of technologies in the care of patients with wounds, *Investigacion y educacion en enfermeria,* 34 (2), 387-395.

Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., Catling-Paull, C. and King, M., 2009, Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager, *Collegian,* 16 (1), 11-17.

Durmaz, M. and Sabuncu, N., 2019, Ameliyathane ve cerrahi klinik hemşirelerinin kişilik özellikleri ve iş doyumları, *Genel sağlık bilimleri dergisi*, 1 (1), 40-52.

Dysvik, A. and Kuvaas, B., 2013, Perceived job autonomy and turnover intention: The moderating role of perceived supervisor support, *European journal of work and organizational psychology*, 22 (5), 563–573.

Ekin, A. ve Gülhan, Y., 2020, Sağlık çalışanlarının otonomi kişilik özelliği, sanal kaytarma ve iş performansının tanımlayıcı özellikler açısından değerlendirilmesi. *Uluslararası sağlık yönetimi ve stratejileri araştırma dergisi*, 6 (2), 174-198.

Ekiz, E. and Özdelikara, A., 2025, the relationship between ıntensive care nurses missed nursing care needs, professional autonomy attitudes, and work motivation: analytical and descriptive study. *Journal of health and nursing management*, 12 (3), 581-591.

Erbil, N. ve Bakır, A., 2009, Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi, *Uluslararası insan bilimleri dergisi*, 6 (1), 290-302.

Erikmen, E. ve Vatan, F., 2019, Hemşirelerin bireysel ve mesleki otonomilerinin incelenmesi, *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi*, 2 (6), 141-152.

Esin, M.N., 2014, *Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliliği,* Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik, İçinde: Erdoğan, S., Nahcivan, N. and Esin, M.N. (Eds.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 216-225.

Fadaee, E., Marzban, A. and Najafi Karimi, S., 2021, The relationship between autonomy, second language teaching styles, and personality traits: A case study of Iranian EFL teachers, *Cogent education*, 8 (1), 1881203.

Fahrenwald, N.L., Bassett, S.D., Tschetter, L., Carson, P.P., White, L. and Winterboer, V.J., 2005, Teaching core nursing values, *Journal of professional nursing*, 21 (1), 46-51.

Faridi, K., Mohamadi, M.A., Mehri, S. and Dadkhah, B., 2025, Assessing the relationship between happiness and professional autonomy among clinical nurses: an analytical cross-sectional study, *BMC nursing*, 24 (1), 320.

Farrell, C., Walshe, C. and Molassiotis, A., 2017, Are nurse-led chemotherapy clinics really nurse-led? An ethnographic study, *International journal of nursing studies*, 69, 1–8.

Foley , B.J., Kee , C.C., Minick , P., Harvey , S.S. and Jennings , B.M., 2002, Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise, *The journal of nursing administration*, 32 (5), 273 – 282.

Fornell, C. and Larcker, D.F., 1981, Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error, *Journal of marketing research*, 18 (1), 39-50.

Fraguela-Vale, R., Varela-Garrote, L., Carretero-García, M. and Peralbo-Rubio, E.M., 2020, Basic psychological needs, physical self-concept, and physical activity among adolescents: Autonomy in focus. *Frontiers in psychology*, *11*, 491.

Gary, J., Burns, N., Grove, S.K. and Sutherland, S., 2017, *Burn sand Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*, 8th ed., Elsevier, Missouri.

Gottlieb, L.N., Gottlieb, B. and Bitzas, V., 2021, Creating empowering conditions for nurses with workplace autonomy and agency: How healthcare leaders could be guided by strengths-based nursing and healthcare leadership (SBNH-L), *Journal of healthcare leadership*, 169-181.

Goudarzian, A.H., Hatkehlouei, S.A.T., Taebi, M., Ghazanfari, M.J., Abbasi Dolatabadi, Z. and Nabi Foodani, M., 2025, Decision fatigue in nursing: an evolutionary concept analysis, *Health Science Reports*, 8 (8), e71166.

Gökdemir, F. and Yılmaz, T., 2023, Likert tipi ölçekleri kullanma, modifiye etme, uyarlama ve geliştirme süreçleri. *Journal of nursology*, 26 (2), 148-160.

Grinberg, E., Nachoum, R. and Kanat-Maymon, Y., 2025, The effect of basic psychological needs on healthcare professionals' work-related psychological outcomes, *Work*, 80 (4), 1634-1639.

Grolnick, W.S. and Ryan, R.M., 1989, Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school, *Journal of educational psychology*, 81, 143–154.

Güngör, D., 2016, Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu, *Türk psikoloji yazıları*, 19 (38), 104-112.

Hagger, M.S. and McAnally Star, K., 2026, Self-determination theory and workplace outcomes: A meta-analysis. *Stress and health*, 42 (1), e70151.

Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E., 2019a, *Multivariate data analysis*, 8th ed., Cengage Learning EMEA, Hampshire, United Kingtom, ISBN: 1473756545, 9781473756540.

Hair, J.F., Risher, J.J., Sarstedt, M. and Ringle, C.M., 2019b, When to use and how to report the results of PLS-SEM, *European business review*, 31 (1), 2-24.

Hair, Jr., J.F., Hult, G.T.M., Ringle, C.M., Sarstedt, M., Danks, N.P. and Ray, S., 2021, *Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) using R: A workbook*, 3rd ed., Springer Nature, Switzerland, ISBN: 978-3-030-80518-0.

Hao, Y., Bai, C., Wang, T., Zhang, C., Ye, Y., Zhao, J. and Kong, F., 2024, Gratitude and depressive symptoms in Chinese nurses: From a self-determination theory perspective. *Worldviews on evidence-based nursing*, 21 (5), 554-560.

Hasanfard, F., Torabizadeh, C. and Khademian, Z., 2024, A study of the relationship between professional autonomy and professional quality of life among operating room personnel: A cross-sectional study. *Perioperative care and operating room management*, 37, 100447.

Henseler, J., Ringle, C.M. and Sarstedt, M., 2015, A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling, *Journal of the academy of marketing science*, 43 (1), 115-135.

Hinkin, T.R., 1995, A review of scale development practices in the study of organizations, *Journal of management*, 21 (5), 967-988.

Imoto, H., 2020, Clinical autonomy of nurses in acute care hospitals: Focusing on aspects and contexts of nursing practice, Journal of the Japanese red cross society of nursing, 20 (1), 26-34.

İspir, Ö., 2020, *Hemşirelerin güçlendirme algıları ve uygulamalar üzerinde kontrolleri: Hemşire ve hasta sonuçları*, Doktora, İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

İspir, O. and Duygulu, S., 2018, Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol kavramı, *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi,* 15 (3), 181-185.

İspir, O. and Duygulu, S., 2017, The control over nursing practice scale: reliability and validity of the Turkish version of the instrument, *International journal of caring sciences*, 10 (2), 647-656.

Judi, A., Parizad, N., Mohammadpour, Y. and Alinejad, V., 2025, The relationship between professional autonomy and job performance among Iranian ICU nurses: The mediating effect of job satisfaction and organizational commitment, *BMC nursing*, 24 (1), 20.

Kanter R.M., 1993, *Men and women of the corporation*. 2nd ed., Basic Books, New York.

Karagözoğlu, Ş., 2008, Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik, *Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi,* 10 (3), 41-50.

Karagözoğlu, Ş. ve Kangallı, P., 2009, Autonomy levels among nurses: Professional instututional factors that affect autonomy, *Türkiye klinikleri tıp bilimleri dergisi*, 29 (5), 1085-1097.

Karakoç, F.Y. ve Dönmez, L., 2014, Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler, *Tıp eğitimi dünyası,* 13 (40), 39-49.

Karaman, M., 2023, Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi: Kavramsal bir çalışma, *Uluslararası iktisadi ve idari bilimler dergisi*, 9 (1), 47-63.

Karanikola, M.N., Albarran, J.W., Drigo, E., Giannakopoulou, M., Kalafati, M., Mpouzika, M., Tsıaousıs, G.Z. and Papathanassoglou, E.D., 2014, Moral distress, autonomy and nurse–physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy, *Journal of nursing management*, 22 (4), 472-484.

Kaya, H. ve Şahin Altun, Ö., 2018, Hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçları ve etkileyen faktörler, *Sağlık bilimleri ve meslekleri dergisi*, 5 (3), 295-305.

Kaya, M., Kar, A., Ilğar, B. ve Özcan, A.C., 2026, Hemşirelerin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ve çalışma tutkunluğu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Gümüşhane üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 15 (1), 291-305.

Keenan, J., 1999, A concept analysis of autonomy, *Journal of advanced nursing*, 29 (3), 556-562.

Kerzman, H., Van Dijk, D., Eizenberg, L., Khaikin, R., Phridman, S., Siman-Tov, M. and Goldberg , S., 2015, Attitudes toward expanding nurses' authority, *Israel journal of health policy research*, 4, 1-8.

Kesici, Ş., Üre, Ö., Bozgeyikli, H. ve Sünbül, A.M., 2003, Temel psikolojik ihtiyaçlar ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği, *VII. Ulusal PDR Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Malatya*.

Kim, B.J., Ishikawa, H., Liu, L., Ohwa, M., Sawada, Y., Lim, H.Y., Kim, H.Y., Choi, Y. and Cheung, C., 2018, The effects of job autonomy and job satisfaction on burnout among careworkers in long-term care settings: Policy and practice implications for Japan and South Korea, *Educational gerontology*, 44 (5-6), 289-300.

Koivisto, J.M., Multisilta, J. and Haavisto, E., 2021, Surgical nurses' experiences with intrinsic work motivation: A focus on autonomy, competence and relatedness, *Hoitotiede*, 33 (2), 102-111.

Koo, T.K. and Lii, M.Y., 2016, A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research, *Journal of chiropractic medicine*, 15 (2), 155-163.

Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C.E., Andrews, B., Burke, R., Chmielewski, L., Donohue, M.A., Ellsworth, M., Poduska, D., Smith, M.E. and Tachibana, C., 2007, Excellence through evidence: Structures enabling clinical autonomy, *The journal of nursing administration*, 37 (1), 41-52.

Kramer, M. and Schmalenberg, C.E., 2003, Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy, *Nursing outlook*, 51 (1), 13-19.

Labrague, L.J., McEnroe-Petitte, D.M. and Tsaras, K., 2019, Predictors and outcomes of nurse professional autonomy: A cross-sectional study, *International journal of nursing practice*, 25 (1), e12711.

Lake, E.T., 2002, Development of the practice environment scale of the nursing work index, *Research in Nursing Health*, 25, 176-188.

Lee, H.W., Liao, Z., Young, H.R., Ferris, D.L., Wang, N. and Chen, N., 2026, The hidden cost of decision-making autonomy at work: how task reflexivity and construal level induce mental fatigue, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 52 (7), 1934-1950.

Lockwood, E.B. and Schober, M., 2024, Factors Influencing the impact of nurse practitioners' clinical autonomy: A self determining perspective, *International nursing review*, 71 (2), 375-395.

Lu, Y., Zhai, S., Liu, Q., Liu, J. and Chen, C., 2025, The impact of head nurse empowerment on clinical nurses' innovative behavior: The mediating role of organizational climate and professional autonomy, *BMC nursing*, 24 (1), 574.

Luiking, M.L., Aratsa, L., Bras, L., Grypdonck, M. and Van Linge, R., 2017, Planned change or emergent change implementation approach and nurses' professional clinical autonomy, *Nursing in critical care*, 22 (6), 372-381.

MacKinnon, D.P., Krull, J.L. and Lockwood, C.M., 2000, Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect, *Prevention science*, 1 (4), 173-181.

Malak, B. ve Üstün, B., 2011, Hemşirelerin sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, *Hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 18 (2), 1-16.

Marquis, B.L. and Huston, C.J., 2017, *Ethical issues. In Leadership roles and management functions in nursing, theory and application*, 9th ed., Wolters Kluwer, Philadelphia.

Mert, Ş. and Türkmen, E., 2020, Türkiye'de radyasyon onkolojisi hemşirelerinde mesleki otonomi, iş doyumu ve işle ilgili özellikler arasındaki ilişki, *Psikiyatri hemşireliği dergisi*, 11 (4), 292-297.

Mousavizadeh, S.N. and Mohtashami, J., 2018, Correlation between professional autonomy and evidence-based practice in nurses, *Medical science*, 22 (94), 514-517.

Mrayyan, M.T., 2004, Nurses' autonomy: Influence of nurse managers' actions, *Journal of advanced nursing*, 45 (3), 326-336.

Mrayyan, M.T., 2005, American nurses' work autonomy on patient care and unit operations, *British journal of nursing*, 14 (18), 962-967.

Mulisa, D., Tolossa, T., Regasa, M.T., Bayisa, L., Abera, T., Wakuma, B. and Mosisa, A., 2021, Autonomy of nurses in their work and associated factors in nurses of selected public hospitals of wollega zones, Oromia Regional State, Western Parts of Ethiopia, 2020, *Nursing: research and reviews*, 1-8.

Ng, J.Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E.L., Ryan, R.M., Duda, J.L. and Williams, G.C., 2012, Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on psychological science*, 7 (4), 325-340.

Njoroge, J.K., Onsongo, L. and Githemo, G., 2023, Experiences of professional autonomy among critical care nurses in Kenya: a qualitative study, *Annals of health research*, 9 (3), 238-246.

OECD, 2025, O*ECD health statistics 2025: Definitions, sources and methods*, https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html, [Ziyaret tarihi: 13 Haziran 2026].

Oshodi, T.O., Bruneau, B., Crockett, R., Kinchington, F., Nayar, S. and West, E., 2019, Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: a descriptive phenomenological study, *BMC nursing*, 18 (1), 51.

Özlük, B. ve Sur, H., 2017, Türkiye'de hemşireliğin profesyonelleşmesi kapsamında değerlendirilmesi ve Avrupa Birliğine uyum süreci: Niteliksel bir çalışma, *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi*, 3 (4), 98-106.

Öztürk, H. ve Babacan, E., 2012, Bir ölçek geliştirme çalışması: Hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği, *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*, 9 (1), 36-42.

Papastavrou, E., Efstathiou, G., Acaroglu, R., Da Luz, M.D.A., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Kanan, N., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H., Lemonidou, C., Sendir, M., Sousa, V.D. and Suhonen, R., 2012, A seven country comparison of nurses' perceptions of their professional practice environment, *Journal of nursing management*, 20 (2), 236-248.

Parizad, N., Judi, A., Alinejad, V. and Mohammadpour, Y., 2023, Professional autonomy and its relationship with organizational commitment among nurses of intensive care units in urmia teaching hospitals in 2022, *Nursing and midwifery journal*, 21 (6), 454-462.

Piervisani, L., Maria, M.D., Spagnuolo, S., Nazzaro, P., Rocco, G., Vellone, E. and Alvaro, R., 2025, The impact of gender on the nursing figure and nurses' interprofessional relationships: A multimethod study, *Journal of nursing scholarship*, 57 (2), 298-313.

Pilgrim, J. and Karakashian, A.L., 2018, *Professional Nurse Autonomy,* Glendale, CA: Cinahl Information Systems.

Pursio, K., Kankkunen, P., Sanner-Stiehr, E. and Kvist, T., 2021, Professional autonomy in nursing: An integrative review. *Journal of nursing management*, 29 (6), 1565-1577.

Pursio, K., Kankkunen, P., Mikkonen, S. and Kvist, T., 2024, Organizational characteristics of nursing practice environments related to registered nurses' professional autonomy and job satisfaction in two Finnish Magnet-aspiring hospitals: structural equation modeling study. *BMC nursing*, 23 (1), 100.

Putra, A.P., Kusnanto, K. and Yuwono, S.R., 2020, Effects of job satisfaction and organizational commitment on nurse retention: a systematic review, *Indonesian nursing journal of education and clinic*, 5 (2), 197-205.

Rababa, M., Al-Sabbah, S. and Hamad, D.B., 2022, Demographic data differences in perceived control over nursing practice among nurses caring for nursing home residents, *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 12 (1), 1-5.

Rao, A.D., Kumar, A. and McHugh, M., 2017, Better nurse autonomy decreases the odds of 30-day mortality and failure to rescue, *Journal of nursing scholarship*, 49(1), 73-79.

Rouhi-Balasi, L., Elahi, N., Ebadi, A., Jahani, S. and Hazrati, M., 2020, Professional autonomy of nurses: A qualitative meta-synthesis study, *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 25 (4), 273-281.

Roussel, L., Swansburg, R.C. and Swansburg, R.J., 2011, *Management and leadership for nurse administrators,* Jones & Bartlett Learning, Burlington.

Roybal, D., Feild, A., Polson, K., Donnely, L. and Decker, C.D., 2025, A different take on acute care nurse burnout: a study of burnout, motivation, and psychological well-being, *Nurse leader*, 102636.

Salinger, A.P., Vermes, E., Waid, J.L., Wendt, A.S., Dupuis, S.J., Kalam, M. A., Kader, A. and Sinharoy, S.S., 2024, The role of self-efficacy in women's autonomy for health and nutrition decision-making in rural Bangladesh, *BMC public health*, 24 (1), 338.

Sanseverino, D., Sacchi, A. and Ghislieri, C., 2026, A self-determination perspective in healthcare: leader–member exchange and job satisfaction in an Italian sample, *Healthcare*, 14 (6), 794-814.

Saraçoğlu, E., 2010, Hemşirelerin mesleki otonomi ve profesyonel uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi, *Yüksek Lisans,* İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Saria, M.G., 2026, Influence with intention: guiding nurse influencers to strengthen the profession's image, *Nurse leader*, 102649.

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. and Müller, H., 2003, Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures, *Methods of psychological research online*, 8 (2), 23-74.

Schutzenhofer, K.K., 1987, The measurement of professional autonomy, *Journal of professional nursing*, 3, 278–283.

Selmi, A. and Belrhiti, Z., 2026, Building on self-determination theory to unravel the motivational drivers of nurses and rehabilitation therapists in a moroccan university hospital: a qualitative study, *Nursing reports*, 16 (4), 116.

Shohani, M., Rasouli, M. and Sahebi, A., 2018, The level of professional autonomy in Iranian nurses, *Journal of clinical & diagnostic research*, 12 (5).

Skar, R., 2009, The meaning of autonomy in nursing practice, *Journal of clinical nursing*, 19, 2226–2234.

Sönmez, B., Bacaksız, F.E. and Yıldırım, A., 2016, Turkish adaptation of Dempster Practice Behaviour Scale measuring autonomy related behaviours: A validity and reliability study, *Florence Nightingale journal of nursing*, 24 (2), 80-89.

Sönmez, B. and Yıldırım, A., 2019, The mediating role of autonomy in the effect of pro-innovation climate and supervisor supportiveness on innovative behavior of nurses, *European journal of innovation management*, 22 (1), 41-58.

Spetz, J., Skillman, S.M. and Andrilla, C.H.A., 2017, Nurse practitioner autonomy and satisfaction in rural settings, *Medical care research and review*, 74 (2), 227-235.

Şahan, S. and Özdemir, C., 2023, Determining the relationship between nurses' attitudes to professional autonomy and job satisfaction, *Mediterranean nursing and midwifery*, 3 (2), 90-97.

Şahin, N., Ulusoy, M. and Şahin N., 1993, Exploring the sociotropy – autonomy dimensions in a sample of Turkish psychiatric inpatients, *Journal of clinical psychology*, 49 (6), 751-763.

Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik*. Seçkin Yayıncılık.

Şimşek, S. ve Ceylan, B., 2021, Hemşireler için Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenirliği, *Acıbadem sağlık bilimleri dergisi*, 12 (2).

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025, *Sağlık istatistikleri yıllığı 2024 haber bülteni,* https://www.saglik.gov.tr/TR-111038/saglik-istatistikleri-yilligi-2024-haber-bulteni.html, [Ziyaret tarihi: 13 Haziran 2026].

Tavşancıl E., 2019, *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*, 6. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

Türkmen, E., Badır, A., Balcı, S. ve Akkuş Topçu, S., 2011, Hemşirelik İş Indeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği''nin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, *Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi*, 2, 5-20.

Vansteenkiste, M., Ryan, R.M. and Soenens, B., 2020, Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions, *Motivation and emotion*, 44 (1), 1-31.

Varjus, S.L., Leino-Kilpi, H. and Suominen, T., 2011, Professional autonomy of nurses in hospital settings–a review of the literatüre, *Scandinavian journal of caring sciences*, 25 (1), 201-207.

Vatan, F., Argon, G., Dursun, M.E., Binbir, H. and Çiçek, A., 2012, Hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının incelenmesi, *Ege üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 28 (3), 13-24.

Wang-Romjue, P., 2018, Meta-synthesis on nurse practitioner autonomy and roles in ambulatory care, *Nursing forum*, 53 (2), 148-155.

Wang, Y. and Liesveld, J., 2015, Exploring job satisfaction of nursing faculty: Theoretical approaches, *Journal of professional nursing*, 31 (6), 482-492.

West, C., 2025, Personal identity, individual autonomy and group rights, *Philosophical studies*, 1-20.

Weston, M.J., 2008, Defining control over nursing practice and autonomy, *Journal of nursing administration*, 38 (9), 404–408.

Weston, M.J., 2009, Validity of instruments for measuring autonomy and control over nursing practice, *Journal of nursing scholarship*, 41 (1), 87-94.

Yaşlıoğlu, M.M., 2017, Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması, *İstanbul üniversitesi işletme fakültesi dergisi*, 46, 74-85.

Yıldırım, A., 2016, *Sağlık sistemi ve yönetim ilkeleri ışığında hemşirelik*, 2. Baskı, Hedef Yayıncılık, Ankara.

Yıldız, E. ve İntepeler, Ş.S., 2024, Cerrahi ekiplerde ekip çalışması tutumunun iş doyumu ve işten ayrılma niyeti üzerine etkisi, *Etkili hemşirelik dergisi*, 17 (1), 134-147.

Yimer, A., Zewdie, A., Feleke, A., Dellie, E., Ahmed, M., Seid, S., Debebe, W., Ahmed H., Korma W., Adem, M. and Kebede, A., 2024, Work autonomy and its associated factors among health professionals in public hospitals of North East Ethiopia, *Scientific reports*, 14 (1), 15747.

Zeshan, M., Rasool, S., Di Prima, C. and Ferraris, A., 2025, Fostering employee autonomy through rewards: a self-determination theory perspective, *Management research review*, 48 (1), 78-94.

Zhang, X.H., Meng, L.N., Liu, H.H., Luo, R.Z., Zhang, C.M., Zhang, P.P. and Liu, Y.H., 2018, Role of academic self-efficacy in the relationship between self-directed learning readiness and problem-solving ability among nursing students, *Frontiers of nursing*, 5 (1), 75-81.

Zhao, X., Lynch Jr, J.G. and Chen, Q., 2010, Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis, *Journal of consumer research*, 37 (2), 197-206.

EKLER

Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu - Birinci Aşama

Ek 2: Tanıtıcı Bilgi Formu - Birinci Aşama

Ek 3: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği Taslağı

Ek 4: Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği

Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu - İkinci Aşama

Ek 6: Tanıtıcı Bilgi Formu – İkinci Aşama

Ek 7: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği

Ek 8: Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği

Ek 9: Hemşire İş Doyumu Anketi

Ek 10: Etik Kurul Onayı

Ek 11: Kurum İzni – 1

Ek 12: Kurum İzni – 2

Ek 13: Kurum İzni – 3

Ek 14: Kurum İzni – 4

Ek 15: Kurum İzni – 5

Ek 16: Ölçek Kullanım İzni – 1

Ek 17: Ölçek Kullanım İzni – 2

Ek 18: Ölçek Kullanım İzni – 3

Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu - Birinci Aşama

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Prof. Dr. Betül Sönmez danışmanlığında Uzm. Hem. Merve Önal tarafından yürütülen "**Hemşirelikte Otonomi Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Hemşirelerin Otonomisini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi**" başlıklı doktora tezi çalışmasına davet ediyoruz. İki aşamalı bu araştırmanın amacı, hemşirelerin otonomisinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere Hemşirelikte Otonomi Ölçeğinin geliştirerek psikometrik analizlerini gerçekleştirmek ve hemşirelerin otonomisini etkileyen etmenleri incelemektir. Bu araştırmayla, psikometrik analizleri yapılan bir ölçek ile hemşirelerin otonomisini etkileyen etmenler arasında belirlenecek olan ilişki hemşirelik literatürüne kazandırılacaktır. Araştırma verileri, demografik ve çalışma özelliklerini sorgulayan Tanıtıcı Bilgi Formu, Hemşirelikte Otonomi Ölçeği Taslağı ve Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği kullanılarak toplanacaktır. Araştırmada sizden tahminen **15 dakika** ayırmanız istenmektedir. Sizden yalnızca anketi doğru ve tam olarak doldurmanız beklenmektedir. Araştırmaya siz dahil tahminen **500 kişi** katılacaktır. Araştırmaya katılımda herhangi bir risk ve rahatsızlık öngörülmemekte olup günlük hayatta karşılaşılan risklerden daha fazla bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya l.com e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:
Adı-Soyadı:.....
İmzası: Tarih:
İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:
İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Merve ÖNAL
İmzası: Tarih:

Ek 2: Tanıtıcı Bilgi Formu - Birinci Aşama

TANITICI BİLGİ FORMU

1. **Yaşınız:** .....
2. **Cinsiyetiniz:** ☐ K ☐ E
3. **Hemşirelikte öğrenim düzeyiniz:** ☐ SML ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
4. **Çalıştığınız birim:** .....
5. **Göreviniz:** ☐ Hemşire ☐ Sorumlu Hemşire ☐ Süpervizör ☐ Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yard. ☐ Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ☐ Diğer.....
6. **Görev yaptığınız birimde çalışma süreniz:** ..... yıl ..... ay
7. **Kurumda çalışma süreniz:** ..... yıl ..... ay
8. **Meslekte toplam çalışma süreniz :** ..... yıl ..... ay
9. **Çalışma şekliniz:** ☐ Sürekli Gündüz ☐ Sürekli Gece ☐ Vardiyalı/ Dönüşümlü

Ek 3: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği Taslağı

HEMŞİRELİKTE OTONOMİ ÖLÇEĞİ TASLAĞI

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastalarımın bakım gereksinimlerini bağımsızca değerlendirebilirim.					
2. Hastalarımın eğitim gereksinimlerini bağımsızca belirleyebilirim					
3. Hastalarıma uygulanacak hemşirelik girişimlerini bağımsızca belirleyebilirim					
4. Hastalarımın bakımına ilişkin kararları bağımsızca uygulayabilirim.					
5. Hemşirelik girişimlerimi her hastaya özgü uyarlama esnekliğine sahibim.					
6. Hastalarımın bakım sonuçlarını bağımsızca değerlendirebilirim.					
7. Hastalarımın bakım planlarını bağımsızca değiştirebilirim.					
8. Hastalarımın bakımına ilişkin kararlarımı kendim veririm.					
9. Hastalarımın hemşirelik bakımı ile ilgili bana danışılır.					
10. Hastalarım tedavi ve bakımı ile ilgili kararlarda görüşüm dikkate alınır.					
11. Hastalarımın tedavi ve bakımı konusunda sağlık ekibi üyelerinin karar ve uygulamalarını etkileme gücüne sahibim.					
12. Hastalarımın tedavi ve bakımı konusunda iş birliği yapılacak kişileri belirleyebilirim.					
13. Hastalarımın tedavi ve bakımını koordine etmek için diğer birimler/kuruluşlar ile etkileşim kurarım.					
14. Disiplinler arası bilgi alışverişine klinik uzmanlığımla katkıda bulunurum.					
15. Hasta savunuculuğu rolümü bağımsızca yerine getiririm.					
16. İş planımı kendim oluştururum.					
17. İşimi nasıl yapacağıma kendim karar veririm.					
18. İşimi yapmak için yeterli yetkiye sahibim.					
19. İşimle ilgili sorunları çözmede inisiyatif alırım.					
20. İşimi yeni yöntemler uygulayarak geliştirme özgürlüğüne sahibim.					
21. İşimin tüm sorumluluğunu üstlenirim.					
22. Hemşirelik bakımına ilişkin politikaları belirleyen komitelere katılırım					
23. Sağlık hizmetlerine ilişkin politikaları belirleyen disiplinler arası komitelere katılırım					
24. Hemşirelik bakımına ilişkin politika, prosedür ve protokollerin geliştirilmesine katılırım					
25. Hasta bakımını iyileştirmek için mevcut politika, prosedür ve protokollerde değişiklik önerebilirim.					
26. Hasta bakımını olumsuz etkileyebilecek politika, prosedür ve protokolleri uygulamama özgürlüğüne sahibim					
27. Hemşirelik bakımında kullandığım ürünlerin (cihaz, malzeme vb.) seçilmesinde					

Ek 4: Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği

DEMPSTER UYGULAMA DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ

Ben(im) uygulamalarımda,	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Kendimi bağımsız çalışan bir profesyonel olarak algılarım.					
2. Uygulamalarımı bilgi ve yeteneğime dayandırırım.					
3. Kendi rol ve uygulamalarımı kendim belirlerim.					
4. Yaptığım işten doyum alırım.					
5. İş çevremi ve karşılaştığım durumları kontrol edebilirim.					
6. Bağımsız uygulamalarıma değer verilir.					
7. Uygulamalarımla kaliteli hizmet sağlarım.					
8. Profesyonellik duygusuna sahibim.					
9. Bağımsız hareket etmek için gereken mesleki deneyime sahibim.					
10. Gerektiğinde uzmanlık alanım dışındaki kişilerle iş birliği yaparım.					
11. Yaptığım şeyden dolayı kendime saygı duyarım.					
12. Ne yapacağıma kendim karar veririm.					
13. Bağımsız rollerimle ilgili yasal yetkiye sahibim.					
14. Diğer mesleklerin üyeleri bana saygı duyar.					
15. Yaptığım seçimlerin sonuçlarını kabul ederim.					

Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu - İkinci Aşama

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Betül Sönmez danışmanlığında Uzm. Hem. Merve Önal tarafından yürütülen "Hemşirelikte Otonomi Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Hemşirelerin Otonomisini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" başlıklı doktora tezi çalışmasına davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı hemşirelerin otonomisini etkileyen etmenlerin belirlenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya siz dahil tahminen 384 kişi katılacaktır. Araştırma verileri, demografik ve çalışma özelliklerini sorgulayan Tanıtıcı Bilgi Formu, Hemşirelikte Otonomi Ölçeği, Hemşire İş Doyumu Ölçeği ve Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği kullanılarak toplanacaktır. Elde edilen veriler yalnızca araştırmacı tarafından erişilebilen kilitli dolap altında 2 yıl süreyle saklanacaktır. Anket formlarına araştırmacı dışında kimse ulaşamayacaktır. 2 yıl sonunda anket formları kağıt imha cihazı kullanılarak imha edilecektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ı n e-posta adresi numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Ek 6: Tanıtıcı Bilgi Formu – İkinci Aşama

TANITICI BİLGİ FORMU

1. **Yaşınız:** .....
2. **Cinsiyetiniz:** ☐ K ☐ E
3. **Medeni durumunuz:** ☐ Bekar ☐ Evli
4. **Hemşirelikte öğrenim düzeyiniz:** ☐ SML ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans* ☐ Doktora**

   *Yüksek lisans mezunu iseniz mezun olduğunuz yüksek lisans programı:……

   **Doktora mezunu iseniz mezun olduğunuz doktora programı:……
5. **Çalıştığınız birim:** ……
6. **Göreviniz:** ☐ Hemşire ☐ Sorumlu Hemşire ☐ Süpervizör ☐ Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yard. ☐ Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ☐ Diğer.....
7. **Görev yaptığınız birimde çalışma süreniz:** ..... yıl ..... ay
8. **Kurumda çalışma süreniz:** ..... yıl ..... ay
9. **Meslekte toplam çalışma süreniz :** ..... yıl ..... ay
10. **Aylık ortalama çalışma saatiniz:** .....
11. **Çalışma şekliniz:** ☐ Sürekli Gündüz ☐ Sürekli Gece ☐ Vardiyalı/ Dönüşümlü
12. **Çoğunlukla çalıştığınız vardiyanın süresi:** ☐ 8 saat ☐ 12 saat ☐ 16 saat ☐ 24 saat ☐ 8 ve 16 saat dönüşümlü ☐ Diğer……
13. **Yataklı birimde çalışıyorsanız bir vardiyada baktığınız ortalama hasta sayısı:** .....

    ☐ Doğrudan hasta bakımı vermiyorum
14. **Yataklı birimde çalışıyorsanız biriminizdeki toplam yatak sayısı:** ……
15. **Biriminizde çalışan toplam hemşire sayısı (siz dahil):** ……
16. **Birimde uygulanan bakım sunum yöntemi:** ☐ İş paylaşımı ☐ Hasta paylaşımı ☐ Diğer……
17. **Kurumda ve/veya hemşirelik hizmetlerinde herhangi bir kurul/ komitede yer alıyor musunuz?** ☐ Evet* ☐ Hayır

    *Yanıtınız evet ise görev aldığınız kurul/ komitenin yazınız: .....
18. **Mesleğinizle ilgili Bakanlık onaylı herhangi sertifikanız var mı?** ☐ Evet * ☐ Hayır

    *Yanıtınız evet ise hangi alanda olduğunu yazınız: .....
19. **Çalıştığınız birimde ekip üyeleri ile etkileşiminizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

    ☐ Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi

Ek 7: Hemşirelikte Otonomi Ölçeği

HEMŞİRELİKTE OTONOMİ ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastalarımın bakım gereksinimlerini bağımsızca değerlendirebilirim.					
2. Hastalarımın eğitim gereksinimlerini bağımsızca belirleyebilirim					
3. Hastalarıma uygulanacak hemşirelik girişimlerini bağımsızca belirleyebilirim					
4. Hastalarımın bakımına ilişkin kararları bağımsızca uygulayabilirim.					
5. Hemşirelik girişimlerimi her hastaya özgü uyarlama esnekliğine sahibim.					
6. Hastalarımın bakım sonuçlarını bağımsızca değerlendirebilirim.					
7. Hastalarımın bakım planlarını bağımsızca değiştirebilirim.					
8. Hastalarımın bakımına ilişkin kararlarımı kendim veririm.					
9. Hastalarımın hemşirelik bakımı ile ilgili bana danışılır.					
10. Hastalarım tedavi ve bakımı ile ilgili kararlarda görüşüm dikkate alınır.					
11. Hastalarımın tedavi ve bakımı konusunda sağlık ekibi üyelerinin karar ve uygulamalarını etkileme gücüne sahibim.					
12. Hastalarımın tedavi ve bakımı konusunda iş birliği yapılacak kişileri belirleyebilirim.					
13. Hastalarımın tedavi ve bakımını koordine etmek için diğer birimler/kuruluşlar ile etkileşim kurarım.					
14. Disiplinler arası bilgi alışverişine klinik uzmanlığımla katkıda bulunurum.					
15. Hasta savunuculuğu rolümü bağımsızca yerine getiririm.					
16. İş planımı kendim oluştururum.					
17. İşimi nasıl yapacağıma kendim karar veririm.					
18. İşimi yapmak için yeterli yetkiye sahibim.					
19. İşimle ilgili sorunları çözmede inisiyatif alırım					
20. İşimi yeni yöntemler uygulayarak geliştirme özgürlüğüne sahibim.					
21. İşimin tüm sorumluluğunu üstlenirim.					
22. Hemşirelik bakımına ilişkin politikaları belirleyen komitelere katılırım					
23. Sağlık hizmetlerine ilişkin politikaları belirleyen disiplinler arası komitelere katılırım					
24. Hemşirelik bakımına ilişkin politika, prosedür ve protokollerin geliştirilmesine katılırım					
25. Hasta bakımını iyileştirmek için mevcut politika, prosedür ve protokollerde değişiklik önerebilirim.					
26. Hasta bakımını olumsuz etkileyebilecek politika, prosedür ve protokolleri uygulamama özgürlüğüne sahibim					
27. Hemşirelik bakımında kullandığım ürünlerin (cihaz, malzeme vb.) seçilmesinde görüşlerim dikkate alınır					

Ek 8: Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği

TEMEL PSİKOLOJİK İHTİYAÇLAR ÖLÇEĞİ

	Hiç doğru	Doğru değil	Biraz doğru	Doğru	Çok doğru
1. Hayatımı nasıl yaşayacağıma karar vermede kendimi özgür hissediyorum					
2. Etkileşim içinde olduğum insanları gerçekten seviyorum					
3. Çoğu zaman kendimi yetenekli hissetmiyorum					
4. Yaşamımda kendimi bastırılmış biri olarak görüyorum					
5. Tanıdığım insanlar yaptığım şeylerde başarılı olduğumu söylüyorlar					
6. İlişki kurduğum insanlarla anlaşabiliyorum.					
7. İnsanlarla çok fazla sosyal etkileşimim ve sosyal ilişkim yok.					
8. Fikirlerimi ve düşüncelerimi ifade etmede genellikle kendimi özgür hissediyorum					
9. Sürekli sosyal etkileşim içerisinde bulunduğum insanları dostlarım olarak görürüm.					
10. Son zamanlarda yeni ve ilginç beceriler kazandım					
11. Günlük yaşamımda, çoğu zaman bana söylenilen şeyleri yapmak zorunda kalıyorum.					
12. Hayatımdaki insanlar bana önem verirler.					
13. Çoğu zaman yaptığım şeyler bende bir başarı hissi uyandırır.					
14. Günlük işlerde etkileşim içinde olduğum insanlar duygularımı dikkate alırlar.					
15. Günlük yaşamda yeteneklerimi göstermek için fazla imkan bulamıyorum.					
16. Yaşamımda kendime yakın hissettiğim çok fazla insan yok.					
17. Günlük işlerde kendimi çok rahat hissediyorum					
18. Sürekli etkileşim içinde olduğum insanlar beni pek fazla seviyor gibi görünmüyorlar.					
19. Genellikle kendimi çok kabiliyetli görmem					
20. Günlük işleri nasıl yapacağıma karar vermek için fazla fırsatım yok					
21. İnsanlar genellikle bana karşı gayet arkadaş canlısıdır.					

Ek 9: Hemşire İş Doyumu Anketi

HEMŞİRE İŞ DOYUMU

Lütfen aşağıda yer alan ifadeye ne ölçüde katıldığınızı **[x]** ile işaretleyerek belirtiniz.

	Çok Memnuniyetsizim	Kısmen Memnuniyetsizim	Orta Derecede Memnunum	Çok Memnunum
İşinizden ne kadar memnunsunuz?				

Ek 10: Etik Kurul Onayı

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Merve ÖNAL
(İmza)

Ek 11: Kurum İzni -1

Ek 12: Kurum İzni - 2

Ek 13: Kurum İzni – 3

Ek 14: Kurum İzni – 4

Ek 15: Kurum İzni – 5

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Merve ÖNAL
(İmza)

Ek 16: Ölçek Kullanım İzni – 1

Gmail Merve Önal

Ölçek Kullanım İzni Hk.
2 ileti

Merve Önal 21 Nisan 2025 20:56
Alıcı: öznur is

Sayın hocam,

Ben İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim doktora öğrencisiyim. Doktora tez çalışmamda 2020 yılında Türkçe'ye uyarladığınız "Hemşire İş Doyumu" ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Saygılarımla, iyi çalışmalar diliyorum.

öznur ispir 21 Nisan 2025 21:14
Alıcı: Merve

Merhaba Merve,
Ölçeği tez çalışmanda kullanabilirsin.
Referans için aşağıda yazdığım kaynağı kullanabilirsin.
İspir Demir, Ö., Yıldırım, A., Sönmez, B., & Duygulu, S. (2023). Relationship between structural empowerment and nurse and patient-reported outcomes: the mediating role of control over nursing practices. *Western Journal of Nursing Research*,
Çalışmanıza başarılar dilerim.

Merve Önal , 21 Nis 2025 Pzt, 20:56 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

--
Dr. Öğr. Üyesi Öznur İSPİR DEMİR

Öznur İSPİR DEMİR, Asst Prof.

Ek 17: Ölçek Kullanım İzni – 2

Gmail Merve Önal

Ölçek kullanım İzni
2 ileti

Şahin Kesici 2 Haziran 2022 07:37
Yanıtlama Adresi:
Alıcı: Merve Önal

Merhaba; çalışmanız için ölçeği kullanmanıza izin veriyorum. İyi çalışmalar dilerim, ölçek ektedir.

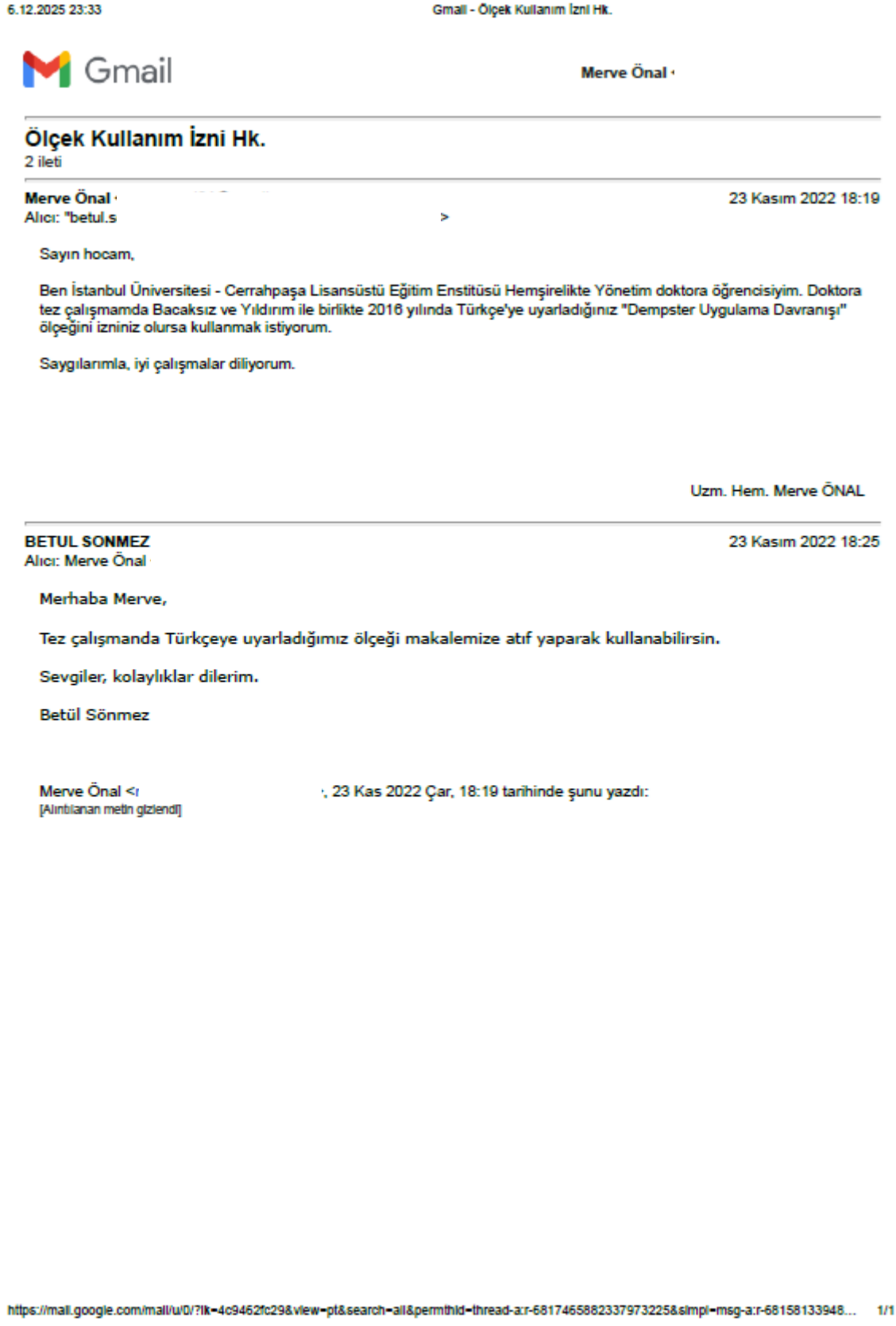
TEMEL PSİKOLOJİK İHTİYAÇLAR ÖLÇEĞİ (1).docx
17K

Merve Önal 2 Haziran 2022 20:57
Alıcı: Betül S

[Alıntılanan metin gizlendi]

TEMEL PSİKOLOJİK İHTİYAÇLAR ÖLÇEĞİ (1).docx
17K

Ek 18: Ölçek Kullanım İzni – 3



6.12.2025 23:33 Gmail - Ölçek Kullanım İzni Hk.

Gmail Merve Önal

Ölçek Kullanım İzni Hk.
2 ileti

Merve Önal 23 Kasım 2022 18:19
Alıcı: "betul.s >

Sayın hocam,

Ben İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim doktora öğrencisiyim. Doktora tez çalışmamda Bacaksız ve Yıldırım ile birlikte 2016 yılında Türkçe'ye uyarladığınız "Dempster Uygulama Davranışı" ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Saygılarımla, iyi çalışmalar diliyorum.

Uzm. Hem. Merve ÖNAL

BETUL SONMEZ 23 Kasım 2022 18:25
Alıcı: Merve Önal

Merhaba Merve,

Tez çalışmanda Türkçeye uyarladığımız ölçeği makalemize atıf yaparak kullanabilirsin.

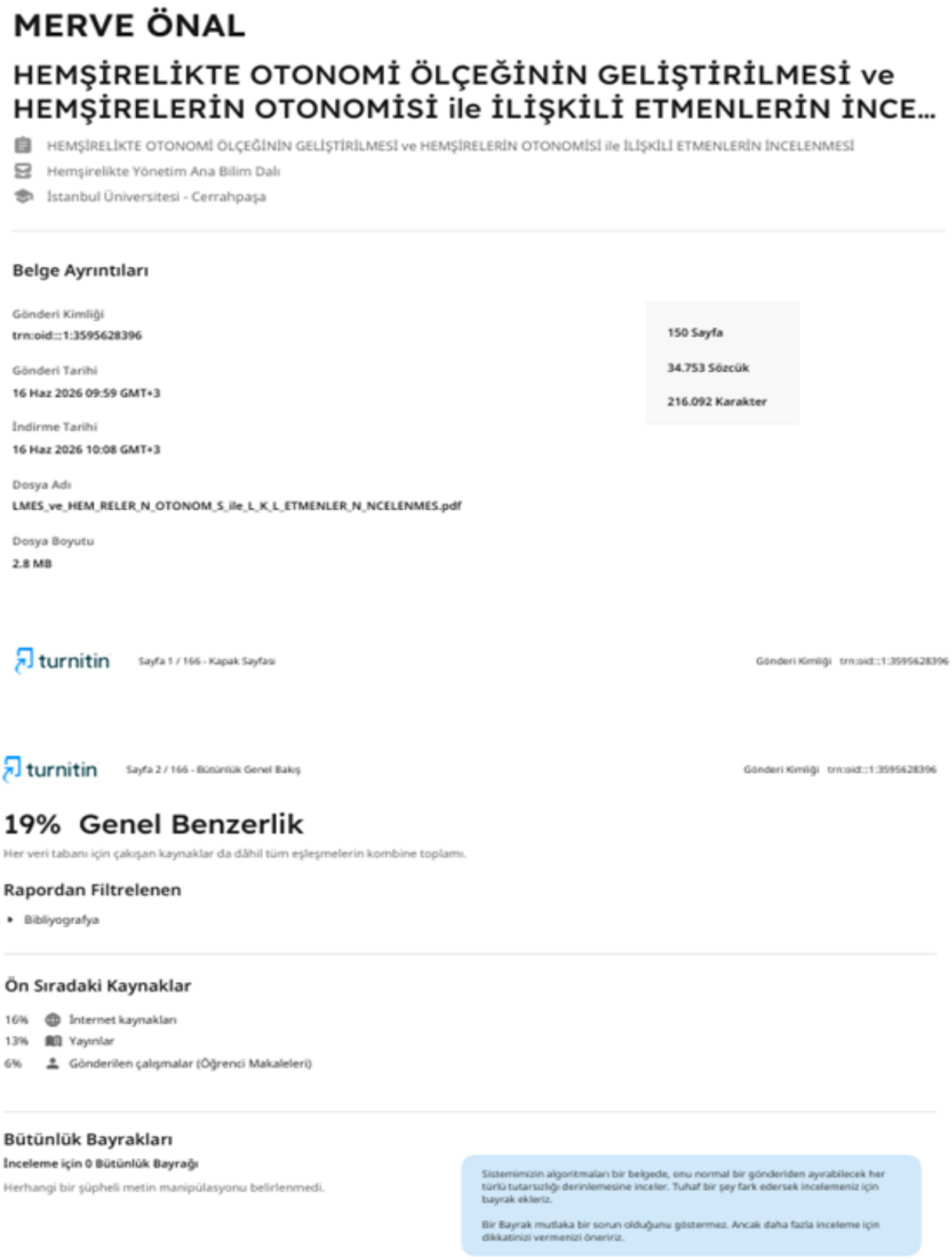
Sevgiler, kolaylıklar dilerim.

Betül Sönmez

Merve Önal <r , 23 Kas 2022 Çar, 18:19 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=4c9462fc29&view=pt&search=all&permthid=thread-a:r-6817465862337973225&simpl=msg-a:r-68158133948... 1/1

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



MERVE ÖNAL

HEMŞİRELİKTE OTONOMİ ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELERİN OTONOMİSİ ile İLİŞKİLİ ETMENLERİN İNCE...

HEMŞİRELİKTE OTONOMİ ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELERİN OTONOMİSİ ile İLİŞKİLİ ETMENLERİN İNCELENMESİ

Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa

Belge Ayrıntıları

Gönderi Kimliği
trn:oid:::1:3595628396

Gönderi Tarihi
16 Haz 2026 09:59 GMT+3

İndirme Tarihi
16 Haz 2026 10:08 GMT+3

Dosya Adı
LMES_ve_HEM_RELER_N_OTONOM_S_ile_L_K_L_ETMENLER_N_NCELENMES.pdf

Dosya Boyutu
2.8 MB

150 Sayfa

34.753 Sözcük

216.092 Karakter

turnitin Sayfa 1 / 166 - Kapak Sayfası Gönderi Kimliği trn:oid:::1:3595628396

turnitin Sayfa 2 / 166 - Bütünlük Genel Bakış Gönderi Kimliği trn:oid:::1:3595628396

19% Genel Benzerlik

Her veri tabanı için çakışan kaynaklar da dâhil tüm eşleşmelerin kombine toplamı.

Rapordan Filtrelenen

- Bibliyografya

Ön Sıradaki Kaynaklar

16% İnternet kaynakları
13% Yayınlar
6% Gönderilen çalışmalar (Öğrenci Makaleleri)

Bütünlük Bayrakları

İnceleme için 0 Bütünlük Bayrağı

Herhangi bir şüpheli metin manipülasyonu belirlenmedi.

Sistemimizin algoritmaları bir belgede, onu normal bir gönderiden ayırabilecek her türlü tutarsızlığı derinlemesine inceler. Tuhaf bir şey fark edersek incelemeniz için bayrak ekleriz.

Bir Bayrak mutlaka bir sorun olduğunu göstermez. Ancak daha fazla inceleme için dikkatinizi vermenizi öneririz.

ÖZGEÇMİŞ