ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN LİDERLİK ÖZELLİKLERİ İLE AİLE MERKEZLİ BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DÖNE AKSU

MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK

ANABİLİM DALI

MERSİN

2017

ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN LİDERLİK ÖZELLİKLERİ İLE AİLE MERKEZLİ BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DÖNE AKSU

MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI

Danışman
Prof. Dr. Rana YİĞİT

MERSİN

AĞUSTOS – 2017

ONAY

Döne AKSU tarafından Prof. Dr. Rana YİĞİT danışmanlığında hazırlanan "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri ile Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından 18 Ağustos 2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği/çokluğu ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Prof.Dr. Rana YİĞİT	
Üye	Doç.Dr.Gülhan TEMEL	
Üye	Yrd.Doç.Dr.Selda YÜZER ALSAÇ	

Yukarıdaki Jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 06.09.2017 tarih ve 2017/295 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Banu COŞKUN YILMAZ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi

beyan ederim.

ETHICAL DECLERATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

18 Ağustos 2017 / 18 August 2017

İmza / Signature

Döne AKSU

ÖZET

ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN LİDERLİK ÖZELLİKLERİ İLE AİLE MERKEZLİ BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma, hemşirelerin liderlik özellikleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Çukurova bölgesinde (Mersin, Adana, Hatay, Osmaniye) yer alan üniversite ve kamu hastanelerinin çocuk kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri, hemşirelerin tanıtıcı bilgilerini içeren "Demografik Bilgi Formu", hemşirelerin liderlik düzeylerini belirlemek için Lee G. Bolman and Terrence E.Deal tarafından geliştirilen "Liderlik Yönelimleri Ölçeği" (LYÖ) ve Linda Shields ve Ann Tanner tarafından geliştirilen "Aile Merkezli Bakım Anketi" (AMBA) kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde, ortalama (X) ve standart sapma (SD), minimum ve maksimum değerler, frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Bağımsız örneklem testi, ANOVA tekniği, Post Hoc Tukey Testi ve korelasyon katsayısından yararlanılmıştır. Sonuçlar istatistiksel anlamlılık açısından %95 güven aralığında $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Güvenilirlik analizi için Cronbach's Alpha değeri elde edilmiştir. Araştırmaya katılan 528 hemşirenin % 89,8'i kadın, % 10,2'si erkek ve yaş ortalaması 30,9±6,5'tir. Hemşirelerin liderlik yönelimleri ölçek puan ortalaması 128,5±15,3 ve aile merkezli bakım anketi genel puan ortalaması 64,3±7,7 olarak bulunmuştur. LYÖ toplam puanı ile AMBA puanı arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak hemşirelik bakımı uygulamalarında liderlik davranışlarının sergilenmesi, aile merkezli bakım uygulama oranının artmasını ve çocuğa daha kaliteli bakım verilmesini sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Liderlik, Hastaneye Yatan Çocuk, Hemşirelik, Ebeveynlerin Bakıma Katılımı, Aile Merkezli Bakım.

Danışman: Prof.Dr. Rana YİĞİT, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.

ABSTRACT

THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LEADERSHIP TRAITS OF NURSES WORKING IN CHILD CLINICS AND FAMILY CENTERED CARE

This study was conducted to investigate the relationship between leadership traits of nurses and family-centered care. The research was conducted with the help of voluntary nurses working in pediatric clinics which located in training hospitals and public hospitals in the Çukurova Region (Mersin, Adana, Hatay, Osmaniye). Research Data was collected with the help of "Demographic Data Form" that includes introductory information of nurses, "Leadership Orientations Scale" developed by Lee G. Bolman and Terrence E.Deal to determine the levels of leadership of nurses and "Family Centered Care Questionnaire" developed by Linda Shields and Anna Tanner.

In analyzing the data obtained in this study, the minimum and maximum values of mean and standard deviation, frequency and percentage were used. In addition, Independent samples t-test, ANOVA technique, Post Hoc Tukey test and Pearson Correlation Coefficient were used. In terms of statistical significance, the results were evaluated at the 95% confidence interval at the level of $p < 0.05$. Cronbach's Alpha value was obtained for reliability analysis. 89,8 percent of the participant nurses is female, 10,2 percent of them is male and the mean age 30,9 ± 6,5. Leadership Orientations Scale score of nurses is 128,5 ± 15,3 and Family Centered Care Questionnaire average score is found as 64,3 ± 7,7. Positive and statistically significant relationship was found between total score of Leadership Orientations Scale and total score of Family Centered Care Questionnaire.

As a result, exhibiting leadership behaviors in nursing care practices increases the rate of family-centered care and provides better quality care for the child.

Key words: Leadership, Hospitalized Children, Nursing, Parents' Participation in Care, Family Centered Care

Advisor: Prof. Rana YİĞİT, Masters of Science in Nursing, University of Mersin, Mersin.

TEŞEKKÜR

Lisans ve lisansüstü eğitim sürecim ve tez çalışmam boyunca bilgi birikimi, deneyimleri ve örnek kişiliği ile yolumu aydınlatan, mesleki gelişimim için özverili ve sabırlı tavrıyla desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Rana Yiğit'e,

Mesleğe başladığım günden bu yana ve uzmanlık eğitimim boyunca yaşadığım her zorlu süreçte ve başarılarımda yanımda olan, bana mesleğimi sevdiren Çocuk Yoğun Bakım aileme ve sevgili sorumlu hemşirem Yasemin Orhan Güllü' ye,

Tez çalışma sürecimde bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren rol modellerim ve meslektaşlarım Derya Akdeniz Uysal, Arzu Özel ve Nilüfer Tekgül'e,

Araştırmanın izin süreçlerinde yardımlarını esirgemeyen hastane yöneticilerine, yönetici hemşirelere, eğitim hemşirelerine ve araştırmaya katılan tüm hemşire arkadaşlarıma,

Tüm yaşamımda olduğu gibi yüksek lisans öğrenimim boyunca benden desteğini ve sevgisini esirgemeyen anneme,

Bu süreçte yanımda olan, beni güdüleyen, motive eden Dilek Saltanlar ve Esra Yılmaz'a; ayrıca yüksek lisansta dönem arkadaşım ve meslektaşım Naime Binici ve Adnan Batuhan Coşkun başta olmak üzere tüm can arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK i
ONAY ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ETİK BEYAN ..... **ii**
ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **iv**
ÇİZELGELER DİZİNİ ..... **vi**
KISALTMALAR ve SİMGELER ..... **vii**
1. GİRİŞ 1
2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI 4
2.1. Liderlik Kavramı 4
2.2. Liderde Bulunması Gereken Özellikler 5
2.3. Liderlik ve Yöneticilik Ayrımı 5
2.4. Liderliğe Temel Oluşturan Kavramlar 6
2.4.1. Güç 6
2.4.2. Otorite 8
2.4.3. Kuvvet 8
2.4.4.Etkileme 8
2.5. Temel Liderlik Davranışları/Tarzları 9
2.5.1. Geleneksel Liderlik Tarzları 9
2.5.2. Çağdaş Liderlik Tarzları 11
2.6. Liderlik Teorileri 15
2.6.1. Özellikler Teorisi 15
2.6.2. Davranışsal Teori 16
2.6.3. Durumsallık Teorileri 18
2.7. Hemşirelik ve Liderlik 20
2.8. Aile Merkezli Bakım 21
2.8.1. Çocuğun Hastaneye Yatmasının Çocuk ve Ebeveynler Üzerindeki Etkisi 21
2.8.2. Aile Merkezli Bakımın Gelişimi 23
2.8.3. Aile Merkezli Bakımın Tanımı ve Amacı 25
2.8.4. Aile Merkezli Bakımın İlkeleri 26
2. 8. 5. Aile Merkezli Bakımın Yararları 27
2.8.6. Aile Merkezli Bakımın Uygulanmasının Önündeki Engeller 30
2.8.7. Aile Merkezli Bakımın Uygulanmasında Hemşirenin Rolleri ve Görevleri 33
3. MATERYAL ve YÖNTEM 36
3.1. Araştırmanın Amacı 36
3.2. Araştırmanın Soruları 36
3.3. Araştırmanın Türü 36
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 36
3.5. Araştırmanın Evreni 38
3. 6. Araştırmanın Örneklemi 38
3. 7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 38
3.8. Verilerin Toplanması 39
3. 8. 1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması 39
3. 9. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması 40
3. 10. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması 40
3. 11. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi 40
3. 12. Araştırmanın Etik Yönü 40
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları 41

4.BULGULAR VE TARTIŞMA 42
4.1. Bulgular 42
4.2. Tartışma 54
4.2.1. Hemşirelerin Liderlik Özelliklerinin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisinin Tartışılması 54
4.2.2. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Anketi Puanlarının Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisinin Tartışılması 56
4.2.3. Hemşirelerin Liderlik Özellikleri ile Aile Merkezli Bakım Anketi Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması 60
5.SONUÇLAR ve ÖNERİLER 62
5.1.Sonuçlar 62
5.2.Öneriler 63
KAYNAKLAR 64
EKLER 70
ÖZGEÇMİŞ 88

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1.1. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n:528) **42**
Çizelge 4.1.2. Hemşirelerin Liderlik Yönelimleri Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamaları (n: 528) **44**
Çizelge 4.1.3. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özellikleri İle Liderlik Yönelimleri Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması **45**
Çizelge 4.1.4. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Anketi ve Alt Grup Puan Ortalamaları (n: 528) **48**
Çizelge 4.1.5. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özellikleri İle Aile Merkezli Bakım Anketi ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması **49**
Çizelge 4.1.6. Liderlik Yönelimleri Ölçeği ile Aile Merkezli Bakım Anketi ve Alt Grupları Arasındaki ilişki Durumu (n: 528) **52**
Çizelge 4.1.7. Liderlik Yönelimleri Ölçeği ve Aile Merkezli Bakım Anketi Güvenilirlik Düzeyleri **53**

KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simge	Tanım
LYÖ	Liderlik Yönelimleri Ölçeği
AMBA	Aile Merkezli Bakım Anketi
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
N	Araştırma Örneklemi Birey Sayısı
SD	Standart Deviation (Standart sapma)
X	Ortalama
P	p Değeri Sonucu

1. GİRİŞ

Lider ve liderlik kavramları insanların toplu yaşadıkları zamanlardan bu yana var olan ve tarih boyunca da farklı birçok tanımı yapılan kavramlardır [1]. Liderlik, temelde yönetim bilimi ve iş yaşamıyla ilgili bir kavramdır. Ancak diğer bilim dallarında da çeşitli açılardan incelenen bir olgudur [2]. Liderlik, bir grup insanı belirli amaçlar etrafında bir araya getirebilme, bu amaçları gerçekleştirebilmek için onları harekete geçirme, etkileme ve yönlendirme sürecinde gerekli bilgi ve yeteneğe sahip olmaktır [3]. Lider ise başkalarını belirli amaçları gerçekleştirme doğrultusunda davranmaya yönlendiren kişidir [4]. Lider, insanları etkileyerek davranış değişikliği meydana getirir. Bu şekilde istenen sonuçlara ulaşılmasını sağlar [5,6].

Günümüzde insanın kurumlar için en önemli öge olduğu anlaşılmış ve insandan en üst düzeyde yararlanılmaya çalışılmaktadır. İnsanın önemli ve değer verilen özelliklerinden birisi ise liderliktir. Özellikle liderlik gücü yüksek insanların, kurum verimliliğini arttırdığı ve bu şekilde organizasyona olumlu yönde katkıda bulunduğunun anlaşılması, insanlarda bu özelliğe verilen önemi de arttırmıştır. Bu nedenle liderlik kavramı daha da önem kazanmıştır [7]. Son yıllarda sağlık sistemi hızla değişmekte ve sağlık giderlerinin karşılanmasında güçlükler yaşanmakta, geleneksel sağlık bakımı ve tedavisi yerine, yaratıcı, verimli ve etkili yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Sözü edilen değişim ve gelişime uyum sağlamak ve hizmette kalite ve verimliliği arttırmak için hizmet verenlerin güçlü liderlik özelliklerine sahip olması beklenmektedir [6,8]. Sağlık hizmetinin sunumunu ve kalitesini belirleyen en önemli etmenlerden birisi sağlık çalışanlarının niteliğidir. Sağlık sisteminin önemli bir bölümünü oluşturan hemşireler, sağlık hizmetinin sunumunda liderlikte önemli bir gruptur [8]. Hemşirelikte liderlik gereksinimi sadece yönetici hemşirelerde olması gereken bir özellik değildir. Hemşirelik uygulamalarına bakıldığında her hemşirenin hizmeti alanlara/danışanlara liderlik yaptığı ortaya çıkmaktadır [9]. Hemşirelerin bireylere kaliteli sağlık bakımı vermek için bilgi ve liderlik becerilerini gerektiren sorumlulukları vardır. Ayrıca hasta bakımının devamlılığı konusunda destekleyici ve koordine edici rolleri olan hemşireler bu rollerini ve sorumluluklarını yerine getirebilmek için liderlik özelliklerine ve davranışlarına sahip olmalıdırlar [8].

Hemşireliğin tüm alanlarında olduğu gibi çocuk sağlığı hemşiresinin de sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı bir yaşam biçimi oluşturulmasında önemli sorumlulukları vardır. Günümüzde hemşirelik uygulamalarının kapsamının genişlemesi, çocuğun bakımını geliştirme çabaları, tıp ve teknolojideki yenilikler ve çocuk sağlığına yansımaları, toplumdaki bireylerin sağlık hizmetlerinden ve hemşirelerden beklentilerinin

değişmesi, çocuk sağlığı hemşirelerinin de özelleşmiş rollere ve becerilere sahip olmasını gerekli kılmaktadır [10].

Çocuk toplumun temel taşıdır ve aile kurumu içinde yetişir. Çocuğun bütüncül olarak sağlıklı yetişmesinde ve davranışlarının şekillenmesinde ailenin rolü büyüktür [11]. İnsanın ailesiyle olan ilişkileri değişmekle birlikte farklı boyutta ve değişik yoğunlukta süreklilik gösterir. Hastaneye yatan çocuklarda bu sürecin kesintiye uğramasının engellenmesi önem taşımaktadır [11,12]. Bu nedenle hasta çocuğun bakımı ve tedavisi sırasında ailesinden ayrı bir birey olarak düşünülmemesi gerekmektedir [12].

Çocuğun hastaneye yatması, çocuk ve ebeveynler için stres yaratan bir durumdur [13,14]. Çocuğun enerjisini anksiyete ile başa çıkmak için harcaması iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir [15]. Bu nedenle çocuk ve ebeveynlerin anksiyetesini azaltmak ve iyileşme sürecini hızlandırmak için pediatride aile merkezli bakım yaklaşımı önerilmektedir [16]. Aile merkezli bakım, hastane ortamında çocukların ve ebeveynlerinin gereksinim ve beklentilerini en iyi şekilde karşılayan bakım yaklaşımıdır [17,18].

Aile merkezli bakım kavramı ve uygulamaları pediatri hemşireliğinin önemli yapı taşlarından biridir [19]. Aile merkezli bakım, ailenin bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sürecinde bakıma dahil edilmesi ve çocuğun bakımı konusunda sağlık personeli kadar sorumlu ve yetkili olmasıdır [19,20].

Pediatri hemşireliğinde bir bakım felsefesi olarak kabul edilen aile merkezli bakım çocuğun yaşamında ailenin önemini ve devamlılığını tanır ve sağlamaya çalışır. Aile merkezli bakım, çocuğun sağlığının aileyi, ailenin sağlığının da çocuğu etkilediği bilgisinden, ayrıca çocuğun bakım süreçlerine ve kararlarına katılmanın ailenin hakkı olduğu ve katılımın sağlanması için ailenin güçlendirilmesi gerektiği düşüncesinden temel alır [11,19].

Aile merkezli bakımın amacı, aile ile işbirliği içerisinde çocuğun ve ailenin genel özellikleri ile ilgili bilgi alarak, çocuğun ve ailesinin hastalık ve hastaneye yatmaya karşı tepkilerini en aza indirmek ve çocuğun zihinsel, fiziksel, psikolojik potansiyelini en üst düzeye çıkarmaktır [21].

Aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda bakım verilen çocuk hastaneleri özellikle İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada gibi gelişmiş ülkelerde bulunmaktadır. Bu hastanelerde aile merkezli bakım, kurum politikası olarak kabul edilmektedir [22]. Aile merkezli bakımın etkin şekilde uygulandığı bu hastanelerde, ailelerin çocuklarının yanında olmasının tartışıldığı yoğun bakım ve acil üniteleri gibi kliniklerde bile aile merkezli bakım uygulanabilmektedir. Ayrıca ailelerin 24 saat çocuklarıyla birlikte kalabilmeleri için uygun fiziksel koşulların sağlandığı bilinmektedir [15, 21-23].

Aile merkezli bakımın ülkemizde uygulanma durumu incelendiğinde, bir standardın sağlanmadığı ve hastaneler arasında aile merkezli bakım uygulamaları konusunda farklılıklar

bulunduğu görülmektedir. Bazı hastanelerde ebeveynlerin çocuklarını sadece ziyaret saatlerinde görmelerine izin verilmekle birlikte; ailelerin 24 saat çocuklarıyla birlikte kalabildikleri hastaneler de bulunmaktadır. Ancak bu hastanelerde de çocukların hastalığı konusunda bilgi alma, çocuğun bakımına ve tedavisi ile ilgili kararlara katılma durumlarına yönelik yapılmış herhangi bir araştırma bulunmadığı belirlenmiştir [15,21].

Hemşireler çocuk ve ailelerle en yakın ilişkide olan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle çocuğun bakımında aile merkezli bakım uygulamalarının yerleştirilmesinde anahtar rolleri bulunmaktadır. Hemşireler aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda bakım vererek, aile ve çocuğa kaliteli ve etkili bir bakım vermiş olur [21,24].

Hemşirelerin rollerini yerine getirebilmesi ve primer rolü olan bakımı kaliteli sunabilmesi için liderlik özelliklerine sahip olması da gerekmektedir. Aile merkezli bakım yaklaşımının uygulanabilmesi için hemşirelerin etkili iletişim becerisi, duyarlılık, ailenin beklentilerini ve gereksinimlerini anlama gibi liderlik özelliklerine sahip olması önemlidir. Bu bağlamda çocuk sağlığını en üst düzeye çıkarmak için benimsenen en etkili bakım modeli olan aile merkezli bakımın uygulanması ile hemşirelerin liderlik özelliklerinin ilişkisinin araştırılması çocuk hemşireliğine katkı sağlayabilir. Bu çalışmada beklenen sonuç hemşirelerin liderlik özellikleri arttıkça ebeveynleri bakıma katma durumunun artmasıdır. Dolayısıyla hemşirelerin iletişime açıklık, işbirliği, duyarlılık, liderliği paylaşabilme, gereksinimleri anlayabilme gibi liderlik özelliklerine sahip olması ve bu özellikleri hemşirelik bakımına yansıtması ile çocuk sağlığı açısından etkili bir bakım modeli olan aile merkezli bakımın daha nitelikli bir şekilde uygulanabilirliği ortaya konulacaktır.

2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI

2.1. Liderlik Kavramı

Lider kavramı ilk olarak 14. yüzyılda İngilizce "leaden" kelimesinden gelen "yol almak" ve "yol göstermek" anlamlarında kullanılmıştır. Liderlik (leadership) kavramı ise 1800'lü yıllarda ortaya çıkmıştır. Liderlik, insanlık tarihi kadar eski bir kavram olmakla birlikte üzerinde anlaşılmış tek bir tanımı da bulunmamaktadır [3]. Bu kavramla ilgili tarih boyunca farklı yazarlar ve bilim insanları tarafından farklı tanımlar geliştirilmiştir [1,25]. İnsanların bir arada yaşamaya eğilimli sosyal varlıklar olması topluluklar halinde yaşamalarına ve çalışmalarına yol açmış, birileri tarafından yönlendirilmeye dolayısıyla da liderliğe gereksinimleri olmuştur. Bu topluluktan bir kişinin ise yönlendirmeye olan eğilimi liderliği ortaya çıkarmıştır [26].

Liderlik, bir amaç için yeteneklerini ve kaynaklarını sergilemek üzere diğerlerini görevlendirme, harekete geçirme, motive edebilme yeteneğidir [27]. Çelik ve Sünbül (2008)'ün aktarımına göre; Davis, liderliği, insanları belirlenmiş amaçlar doğrultusunda hareket etmeye, yönlenmeye ikna etme şeklinde tanımlamıştır [25]. Bu tanımlardan yola çıkıldığında, tanımların birleştiği ortak payda olan kriterler, belli bir amacın ve belli bir grup insanın olması, bu grubu yönlendirecek bir liderin bulunmasıdır [4]. Buna göre liderlik kavramı en genel tanımıyla; bir kimsenin belirli durum ve koşullarda belirli bireysel ve grup amaçlarına ulaşmak için başkalarının faaliyetlerini etkileme ve yönlendirmesi sürecidir [4, 28-30].

Liderlik bir süreci ifade ederken, lider bir kişiyi ifade eder [31]. Liderlik süreci; lider, izleyiciler ve koşullar arasındaki ilişkilerden oluşur ve herhangi birinin eksikliği durumunda liderlikten söz edilemez [28]. Lider, bir grup insanın kendi kişisel ve grup amaçlarını gerçekleştirmek için emir ve talimatlarını dikkate alıp, o yönde davrandıkları kişidir [28,29]. Lider, insanları belirli bir amaç doğrultusunda etkileme gücüne sahip olan kişi olarak da tanımlanmaktadır [32]. Lider, yol gösteren, aydınlatan, ileriyi gösteren, öncülük ettiği kişilerin istek ve gereksinimlerini zamanında sezen kişidir [1,33].

Liderlik sadece formal organizasyonlara özgü bir süreç değildir. Liderliğin oluşması için liderin resmi yetkilerle donatılması ya da organizasyonların üst kademelerin de yer alması da şart değildir. Herhangi bir grubun belirli amaçları gerçekleştirmek için herhangi bir kişinin arkasından gitmesiyle liderlik süreci oluşur [28]. Liderlik bir konum, otorite ya da statünün fonksiyonu değildir. Lider, prestij ve mevki gücü olmadan insanları ikna edebilen, onları belli amaçlar doğrultusunda yönlendirme yeteneğine sahip olan kişidir [3,31]. Liderlik sürecinin gerçekleşmesi için kişiler arası becerilerin kullanılması gerekmektedir [9].

Özet olarak liderlik, bir grup ve ortak amaçlar etrafında anlam bulan etkileme sürecidir [33]. Liderlik sürecinin değişim odaklı olmak, insanları etkileme yeteneği ve belirlenen hedeflere ulaşmak gibi özellikleri vardır [34].

2.2. Liderde Bulunması Gereken Özellikler

Literatür günümüz dünyasında bir liderde olması gereken özellikleri vurgulamaktadır. Bu özelliklere göre; lider kendisini tanımalı, dinlemeyi bilmeli, işinde uzman olmalı, amaçları belirlemeli, doğru ve hızlı karar almalı, sonuçları değerlendirmeli, farklı görüşlere açık olmalı, ileri görüşlü olmalıdır. Ayrıca, lider ödün vermeyeceği amaçlar için sabırlı, kararlı ve güven verici olmalıdır. Lider dürüst ve erişilebilir olmalı; gerektiğinde risk almalı, hedef ve standartları belirlemeli, eleştirmekten ve eleştirilmekten korkmamalıdır [4]. Lider yol gösterici, motive edici, yönlendirici olmalıdır. Lider ekip çalışmasını özendirmeli, zamanı iyi kullanmalıdır [4,35,36].

Güçlü liderlik özellikleri olan kişiler olay ve olguları gözlemler, neden-sonuç ilişkisi kurar, işbirliğine yakındır. Yaratıcı, girişken, idealisttir ve iyi bir organize edici olmakla birlikte dengeli ve tutarlı bir kişilik yapısına, duygularını kontrol edebilme yeteneğine sahiptir. Liderlik özellikleri güçlü olan kişilerin, iş başarma duygusu ve motivasyonları güçlüdür; çok boyutlu ve soyut düşünme kapasiteleri gelişmiştir [37].

Liderler cesaretleri ve çalışkanlıkları ile köklü bir değişim yaratma rolü üstlenirler. Stresli ve zorlu durumlara bile soğukkanlı ve duygusal olgunlukla yaklaşırlar. Liderler aktif ve yüksek enerjili kişilerdir. Liderlik yaptıkları kişileri destekler, amaçlara ulaşmak için bireysel yeterliliklerini ön plana çıkararak kontrolü onlara verirler. Liderler özgüvenleri yüksek kişilerdir [37]. Etkili bir lider, gücünü uygun biçimde kullanır. Tarafsız ve eşitlikçidir. Bunların yanı sıra etkili iletişim ve yönetim becerilerine sahiptir. Liderler gerçekçi, ulaşılabilir ve sonuçları izlenebilir hedefler belirler, kontrollü ve mantıklı hareket ederler. Lider kavramı sürekli bir kavramdır; geleceğe yöneliktir [38].

2.3. Liderlik ve Yöneticilik Ayrımı

Liderlik ve yöneticilik kavramları sık sık aynı anlamda kullanılan, birbirlerine yakın kavramlar olmakla birlikte eş anlamlı sözcükler değildir [3,38]. Liderlik ve yönetim iki ayrı ve aynı zamanda birbirini tamamlayıcı sistemlerdir. Her birinin kendi işlevi ve kendilerine özgü faaliyetleri vardır. Başarı için her ikisi de gereklidir [39]. Liderlik insan davranışı ile ilgili bir kavramdır ve yönetim kavramının yalnızca tek bir yönünü ifade eder. Yönetim kavramı daha geniş bir kavramdır ve liderlik sürecini içine alır. Yönetim kavramı yalnızca insanın davranışsal yönünü değil, bununla birlikte insanı doğrudan etkilemeyen fonksiyonlarla da ilgili bir kavramdır. Lider, hedef ve amaçlar belirleyip başkalarını bu doğrultuda yönlendiren, yol gösterici, rehber kişidir. Yönetici ise bir zaman dilimi içerisinde belli amaçları gerçekleştirmek için değişen koşullar altında maddi ve manevi üretim faktörlerini uyumlu bir şekilde bir araya getiren ve çalıştıran kişidir [3]. Yönetici başkaları adına çalışır, önceden belirlenmiş amaçlara ulaşmak için işleri planlar, uygular ve sonuçlarını denetler. Lider ise kendi belirlediği amaçlara ulaşmak için başkalarını davranışa yöneltir [4].

Tengilimoğlu (2005b)'nun aktarımına göre; Paksoy (2002), liderliğin etkilemek, rehberlik, etkin faaliyet ve görünüş; yöneticiliğin anlamının ise yerine getirmek, sorumluluk taşımak ve yürütmek olduğunu belirtmiştir [32]. Yönetim kavramı daha çok bugüne odaklanır, sahip olduğu vizyonu hayata geçirme sorumluluğu vardır. Lider ise kendi koyduğu hedeflere hizmet eder [4,38]. Tengilimoğlu (2005a)'nun aktarımına göre Greenberg ve Baron (2003) liderin öncelikli işlevinin, amaçlar ya da vizyon belirlemek ve bunlara ulaşmak için stratejiler geliştirmek iken yöneticinin işinin bu vizyonu uygulamaya geçirmek olduğunu belirtmişlerdir [31]. Yönetim genelde günlük işleri denetlemek, hedefleri gerçekleştirmek ve görevleri başarmakla ilgili bir kavramdır. Liderlik ise başkalarını etkilemek, ilham vermek motive etmek, fikir üretmek gibi işlevlere sahiptir [39].

Yönetici ve liderin başkalarını yönetme ve yönlendirme çabasında bulunması ortak özellikleridir. Ancak yönetici başkalarını yönlendirirken yetki, lider ise güç/yönetme yeteneğini kullanır [36]. Yönetici ve lider arasındaki en önemli fark yetki kullanımında ortaya çıkmaktadır. Yönetici gücünü makamından, resmi yetkilerinden alırken, liderler herhangi bir resmi yetkiye sahip olmadan gücünü kişisel özelliklerinden ve içinde bulunduğu koşullardan alır [4,38]. Yöneticiler kuralcı iken, liderler yenilikçidir. Liderler farklılık yaratır, geliştiricidir, mevcut durumu sorgulama eğilimindedirler. Aksine yöneticiler ise düzeni sürdürür, koruyucudur, mevcut durumu kabul etme eğilimindedirler. Liderlik, yöneticilik gibi bir konum değildir, bir süreçtir. Liderlik herkes tarafından erişilmesi mümkün olan, gözlenebilir, öğrenilebilir bir yetenek ve uygulamalar sürecidir [3].

Her yönetici liderlik özelliklerine ve her lider de yöneticilik rolüne sahip olmayabilir [4,28,31]. Ancak iyi bir yönetici olmak için aynı zamanda liderlik yeteneğine de sahip olunması gerekmektedir [4,40].

2.4. Liderliğe Temel Oluşturan Kavramlar

Liderliğe daha anlaşılabilir bir nitelik kazandıran ve temel oluşturan dört önemli kavram vardır. Bunlar; güç, otorite, kuvvet ve etkileme kavramlarıdır.

2.4.1. Güç

Güç kavramı liderlikle birlikte ele alınan önemli bir kavramdır. Güç, başkalarını etkileyebilme ve kendi istediği doğrultuda davranışa yöneltebilme yeteneğidir [28,41]. Liderler kişileri ve davranışları etkileyerek yönlendirir. Bu etkileme ise ancak belli bir güç kullanımı ile mümkündür. Liderlik olgusu ile güç kavramı güç alanı, güç konusu ve güç kaynakları açısından birbiriyle ilgilidir. Güç alanı liderin etkileyebildiği kişilerin toplamı, güç konusu bu kişileri hangi konuda etkileyebildiğini ifade eder. Liderin hangi kaynakları kullanarak bu etkilemeyi sağladığını ise güç kaynakları göstermektedir [28,41]. Lider bu kaynakları etkileme süreci ile

kullanarak başkalarının davranışlarını değiştirebilmekte ve etkileyebilmektedir. Aynı zamanda güç kaynakları liderliğe temel oluşturan diğer kaynaklar olan otorite, etkileme ve kuvvetin de kaynağını oluşturmaktadır [28].

Liderlikte kullanılan güç kaynaklarının sınıflandırılması ile ilgili en çok kabul gören çalışma French ve Raven (1959) tarafından yapılan çalışmadır. Bu sınıflamaya göre güç kaynakları liderlikte liderin makamından ya da kişilik özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Mevkiden kaynaklanan güç; yasal, ödüllendirici ve zorlayıcı güç iken; kişisel özelliklerden kaynaklanan güç, karizmatik ve uzmanlık gücü şeklinde ayrılmaktadır [28].

2.4.1.1. Mevkiden Kaynaklanan Güç

2.4.1.1.1. Yasal Güç

Liderin hiyerarşik yapılanmadaki konumu ya da rolü gereği sahip olduğu yetkiye dayalı güç yasal güç olarak kabul edilmektedir [42,43]. Bu güç otoriteyi ifade eder [43]. Ayrıca bu güç izleyicilerin liderde kendi davranışlarını etkileme hakkının bulunduğunu kabul etmeleri ile de ilgilidir. Yani izleyiciler tarafından liderin isteklerini kabul etmek zorunluluktur [42].

2.4.1.1.2. Ödül Gücü

Liderin ödül verme veya ödülleri elinde tutma gücüdür [28,43]. Lider ödül gücünü kullanarak astlarının yeteneklerini değerlendirir; kime ne ödül verileceğine karar verir [43]. Ödüllendirmeler ücret artışı, terfi, önemli sorumluluklar verme, takdir etme, tanıma, övgü şeklinde olabilir [28,43].

2.4.1.1.3. Zorlayıcı Güç

Ödül gücünün karşıtı olan zorlayıcı gücün temelini korkular oluşturmaktadır [28,43]. Grup üyeleri açısından korku algısı yaratan her şey bir güç kaynağıdır. Zorlayıcı güç kişiler üzerinde negatif bir anlam ifade eder [3,43]. Zorlayıcı gücü kullanan lider kişileri belirli yönde davranışa yöneltmek için maddi ve manevi yaptırımlar kullanır [28]. Liderin zorlayıcı güç kullanarak cezalandırma imkanına sahip olmasının yanında gücü uyguladığı kişiler de bu yetkinin kendilerine karşı kullanılabileceği konusunda bir inanışa sahip olursa bu yaptırımlar güç sayılabilir [28,44].

2.4.1.2. Kişisel Özelliklerden Kaynaklanan Güç

2.4.1.2.1. Karizmatik Güç (Beğeniye Dayanan Güç/Benzeşim Gücü/Karizmatik Güç)

Liderin kişilik özelliklerinden kaynaklanan bir güç türüdür [28,45]. Liderin kişilik özellikleri ile, izleyenleri üzerinde saygı uyandırması, onlara ilham vermesi ve örnek alınması karizmatik gücün temelini oluşturur (28,44]. Lidere duyulan hayranlık arttıkça izleyenlerinin kendilerini liderle özdeşleştirme dereceleri de artar [33].

2.4.1.2.2. Uzmanlık Gücü

Uzmanlık gücü liderin bilgi, tecrübe ve uzmanlıklarıyla ilgilidir ve izleyenlerinin motivasyonunda büyük önem taşır [46]. Liderin, izleyenlerinin sorunlarını çözebilmesi, onlar için bilgi kaynağı olması ve onları etkileme imkanını arttırır [28,45]. Liderin uzmanlık gücünün etkili olabilmesi için bilgi ya da tecrübe düzeyinin yeterli olması ve izleyenlerin de liderin bu niteliklerini olumlu algılaması gerekir [44]. İzleyenler için liderin bilgi, uzmanlık ve deneyimi ne kadar önemli ve değerliyse liderden olumlu etkilenmeleri o kadar fazla olacaktır [33,46].

Kasal (2010)'ın yönetici hemşirelerin kullandıkları güç tarzları ile ilgili çalışmasında en sık yasal gücü, en az ise zorlayıcı gücü kullandıkları saptanmıştır [47]. Korkmaz ve Abaan (2005)'ın çalışmasında, servis sorumlu hemşirelerinin en çok tercih ettikleri güç tipi pekiştirici güç (uzmanlık, ödüllendirici, karizmatik güç) olmuştur. Bunu yasal güç ve zorlayıcı güç izlemiştir. Yine aynı çalışmada servis sorumlu hemşirelerinin yöneticiler tarafından uygulanan güç tipinde en çok algıladıkları gücün yasal güç olduğu belirlenmiştir. Korkmaz ve Abaan (2005)'ın aktarımına göre benzer şekilde Bahçecik ve Koca (2000)'nın çalışmasında da hemşirelerin en fazla yasal gücü algıladıkları saptanmıştır [41].

2.4.2. Otorite

Liderliğe temel oluşturan kavramlardan biri olan otorite, gücün yasal halidir. Otorite mevkiden gelir ve mevzuatla verilir. Güç ile ayrıldıkları nokta, otoritenin kişiye örgüt tarafından verilmesidir. Otorite, organizasyon içindeki pozisyonun lidere vermiş olduğu ve izleyenlerin çoğunluğunun kabul etmiş olduğu yasal yetki ve sorumluluklardan oluşur. Otorite liderin başkalarına emir verme, verilen bu emre uyulmasını bekleme hakkıdır [28]. Yiğit (2000)'in klinik sorumlu hemşirelerinin liderlik davranışlarını incelediği çalışmada, yönetici hemşirelerin otoriter davranış gösterdikleri, astların görüşlerini önemsemedikleri ve üzerinde tartışma yapılmayacak şekilde konuştukları belirlenmiştir [48].

2.4.3. Kuvvet

Kuvvet gücün uygulanış şeklidir. Güç ile aralarındaki en önemli fark, güçte istek ve talimata uyulurken, kuvvette bireyler istek ve talimatlara uymadıkları durumda fiilen uygulanan kuvvet karşısında uymak zorunda kalmaktadır. Kuvvet kısaca yaptırımdır [28,29]. Etkilemeyi sağlamak için güç kaynaklarının kullanılması sonrasında, sonuç almak için kullanılan yöntem kuvvettir [28].

2.4.4.Etkileme

Bir kişinin davranışları yoluyla başka bir kişinin davranışlarını değiştirme sürecine etkileme denilmektedir [28,38]. Etkileme kavramı ve güç kavramı birbirini karşılıklı olarak etkilemektedir. Başkalarını etkileyebilen kişinin gücü artarken, gücü artan kişinin başkalarını

etkilemesi de kolaylaşır [38]. Güç ve otorite kullanılarak etkileme gerçekleştirilir ve bu şekilde amaçlara ulaşılması hedeflenir [28].

2.5. Temel Liderlik Davranışları/Tarzları

Liderlik kavramının herkes tarafından kabul edilen bir tanımı yapılamadığı gibi, liderlik tarzında da benimsenen tek tip liderlik tarzı bulunmamaktadır [25,33]. Lider izleyicilerinin gereksinimlerinden etkilenir ve bu gereksinimlere göre hedeflere ulaşmak için bir yol belirler. Takipçilerinin dikkatini bir noktaya çekerek enerjilerinin istenen yöne akışını sağlar [49]. Liderlik sürecinde lider kararı kendisi verebilir ya da izleyicilerin karar almasını sağlayabilir [26]. Koşullar, izleyicilerin niteliği, liderin özellikleri ve liderlik süreci göz önüne alınarak farklı liderlik tarzları ortaya çıkmıştır [25,33]. Liderler bu özelliklere ve belirlenen hedeflere göre bir liderlik tarzı belirlerler [50].

2.5.1. Geleneksel Liderlik Tarzları

Geleneksel liderlik davranışlarını liderin izleyiciler ile ilişkilerinde izlediği tutum belirler [3,31,51]. Bu davranış tarzında en çok bilinen ve ele alınan davranış tarzları otokratik, demokratik/katılımcı ve tam serbesti tanıyan liderliktir [31].

2.5.1.1. Otokratik Liderlik

Otokratik liderlik, liderlik tarzları içinde en sert liderlik tarzı olarak kabul edilmektedir. Liderin sahip olduğu konum aracılığıyla elde ettiği gücünden yararlandığı bir liderlik türüdür [51]. Yani bu liderlik tarzının temelinde güç ve yetki bulunur. Liderler amaçlara ulaşmada izleyicileri üzerinde yasal güç, ödüllendirme gücü ve zorlayıcı gücü kullanırlar [32,52]. Otokratik liderler tüm yetkileri elinde tutar ve genellikle her karar lider tarafından alınır. İzleyiciler alınan kararların dışındadır ve hiçbir söz hakkı yoktur [28,32,52-54]. Otoriter lider hangi işlerin nasıl yapılacağını kendisi belirler, emir vererek bu emirlerin yerine getirilmesini ister. Lider, direktiflerine kayıtsız şartsız uyulmasını ve kendisine güvenilmesini bekler. Emirlere uyanlara ödül, uymayanlara ceza verir [4].

Otokratik liderliğin başarısı, liderin kişilik özellikleri ile saygınlık ve bağlılık oluşturacak kadar üstün olmasını gerektirir [53]. İzleyiciler bu sıkı otoriteden hoşnut değillerdir [54]. Otokratik liderlik, lidere bağımsız hareket edebilme, inanç ve güveni, daha hızlı ve etkili karar verme imkanı sağlaması açısından yararlı olabilir. Ancak izleyenlerin hiçbir söz hakkının olmaması onların motivasyonunu azaltarak doyumunu azaltır [32]. Bu liderlik tarzında tüm yetkilerin liderde toplanması nedeniyle günümüz koşullarına pek uygun bir liderlik değildir [51].

2.5.1.2. Demokratik Liderlik Tarzı

Demokratik liderlik, amaçların, izlenecek yolun belirlenmesinde, hedefe ulaşmak için iş bölümünde izleyenlerin düşünceleri alınarak hareket edilen liderlik tarzıdır [32,52]. Bu liderlik tarzı herkesin katılımını destekleyen bir anlayışa sahip olduğu için en çok izleyiciler tarafından benimsenmektedir [3,26]. Demokratik liderlik tazında liderler izleyicilerini uzmanlıkları ve bilgileri ile etkilemektedirler [32,54]. Liderin izleyenlerine değer verdiği, süreç ile ilgili bilgilendirdiği, yeni fikirler için onları desteklediği, kararlara katılımlarını sağladığı bir liderlik tarzıdır [4,26]. Bu liderlik tarzında lider, süreç hakkında bilgi sahibidir, olumlu ve olumsuz eleştirilere açıktır, objektiftir. İzleyiciler karar alma sürecinde etkin bir rol oynarlar. Bu nedenle amaçların gerçekleştirilmesi için daha istekli ve verimlidirler [3,25]. Ayrıca izleyicilerin lider kadar önerilerde bulunması daha sağlıklı kararlar alınmasını sağlamaktadır [52].

Demokratik liderliğin olumsuz yanları da bulunmaktadır. En önemli dezavantajı, zaman kayıplarına neden olması ve önemsiz kararlarda bile sürecin yavaş işlemesidir. Bazı durumlarda da karar sürecine katılan izleyiciler kararsız kalabilmekte ya da süreç yavaş işlediği için kararın etkililiğini kaybetmesi söz konusu olmaktadır. Acil kararlar alınmasını gerektiren durumlarda bu liderlik tarzı başarısız olmaktadır [4,52].

2.5.1.3. Tam Serbesti Tanıyan Liderlik

Tam serbesti tanıyan liderlik tarzında lider izleyenlerine tam anlamıyla serbestlik tanıyarak onları kendi haline bırakır. İzleyiciler kendilerine verilen kaynaklar ile, amaçlara ulaşmak için karar verip uygularlar. Lider yetkiye sahip çıkmamakta, yetki kullanma hakkı izleyicilere bırakılmaktadır [32,50,52]. Bu liderlik tarzında izleyenler gerekli gördüklerinde sorumluluk alabilecek kadar özgür bırakıldıklarından dolayı önemli rolleri vardır [33]. Tam serbesti tanıyan lider güçten ve sorumluluktan kaçınır, bilgi ve kaynak sağlayarak izleyenlerine katkıda bulunur [4,52]. Lider sadece kendisine danışıldığında görüşünü bildirmektedir [52]. Bu görüşler tavsiye niteliğinden öteye gitmemekte, izleyenlerin kararlarını ya da eylemlerini etkilememekte sadece görüş belirtme amacı taşımaktadır [33,53]. Liderler kendi amaçlarını gerçekleştirebilmek için izleyicilerine bağımlıdır. Otorite ve güç izleyenlerdedir ve lideri yönlendirmektedirler [26].

Bu liderlik tarzında, takipçilerin kendilerine gösterilen hedefe kendi yetenekleriyle ulaşma konusunda tamamen serbest durumda olmaları; onların bağımsızlığını arttırma, yaratıcılıklarını, karar verme ve sorun çözme becerilerini geliştirme, motivasyonlarını arttırma açısından yararlıdır. Ancak liderin otoritesi kalktığı için grubun belli bir amaca odaklanması, hedefe yönlendirilmesi mümkün olmamakta ve grup içinde karmaşa ortaya çıkabilmektedir. Bu da herkesin kendi belirlediği amaçlara doğru yönelmelerine, grup amaçlarından uzaklaşmalarına ve grup başarısının azalmasına yol açmaktadır [52].

Liderlik tiplerinden hangisinin daha iyi olduğu sürekli tartışılan bir konu olmakla birlikte, liderlik tipini liderin özellikleri, koşullar, görevlerin yapısı belirlemektedir. Bu nedenle başarılı bir lider, tüm bunları göz önünde bulundurarak farklı liderlik tiplerini uygulayabilen kişidir [32].

2.5.2. Çağdaş Liderlik Tarzları

Yönetim ve liderlik alanında yapılan araştırmalar geleneksel liderlik davranışlarının yanında yeni liderlik davranışlarının olduğu ve yeni bir sınıflandırmaya gidilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. James McGregor Burns ve B.M.Bass yaptıkları çalışmalar sonunda Kurt Lewin'in geleneksel liderlik tarzlarına karşılık, çağdaş liderlik tarzlarını geliştirmişlerdir. Çağdaş liderlik tarzları; geleneklere ve geçmişe bağlı işe yönelik (Transaksiyonel/Etkileşimci) liderlik, değişime yönelik harekete geçirici yenilikçi (Transformasyonel/Dönüşümcü) liderliktir [4,52]. Bunlara ek olarak modern liderlik tarzı başlığı altında Karizmatik liderlik de ele alınmaktadır.

2.5.2.1. Etkileşimci/Transaksiyonel Liderlik

Etkileşimci liderlik yaklaşımı, James McGregor Burns tarafından 1970'lerin sonlarında ortaya atılmış bir kavramdır. Daha sonra birçok araştırmacı bu konu üzerinde çalışmıştır [28]. Bu kavram işlemsel, görevsel, yönetsel veya transaksiyonel liderlik olarak da kullanılmaktadır [28,50]. Etkileşimci liderlik belirlenen hedefler doğrultusunda kişilerin yüksek performans sağlamaları karşılığında ödüllendirilmesini ve bu şekilde motive edilmelerini içeren bir liderlik tarzıdır [33]. Etkileşimci lider, izleyicileri için hedefler belirler, süreçte sorun çıktığı durumlarda denetim mekanizması yoluyla takip eder. Bu liderler yönetsel görevlere odaklı, işe yönelik liderlerdir [50]. Bu liderler sahip oldukları yetkileri genellikle daha çok çaba sarf eden ve performans sergileyene ödül ve statü sağlamak için kullanırlar. Zorlayıcı güçlerine ve ödüllere güvenirler [52].

Etkileşimci lider, belirlenen hedefler doğrultusunda izleyenlerinden beklentilerini, kuralları, izlenecek yolu anlatır. Görev odaklı anlayışları ile sürecin kurallara uygun yönetilmesini sağlarlar [34]. Yüksek performans, olumlu sonuçlar ödüllendirilirken, olumsuz ve verimsiz sonuçlar eleştirilir ya da cezalandırılır. İzleyenler liderin belirttiği hedeflere ulaştıklarında istedikleri ödüllere sahip olacaklarına inanırlar [4,50,55]. Etkileşimci liderler risklerden kaçınır. İzleyenlerinin yenilik ve değişim isteklerini göz ardı eder ve sürekliliği olan faaliyetleri geliştirerek devam ettirmeye çalışır [56]. Bu yönüyle liderlik ettiği insanların yaratıcı ve yenilikçi olma yönleriyle pek ilgilenmemektedir. Ancak başarıları eskiden beri süregelen olumlu ve yararlı faaliyetleri bundan sonra görev alacaklara bırakarak, geçmişten geleni geliştirip geleceğe taşıyarak elde etmektedirler [3,32,57]. Lider ödül ve ceza yöntemiyle performansı arttırmayı amaçlar. Nitekim bu şekilde verimliliği arttırsa bile takipçilerin işi hevesle yapmalarını, motive olmalarını sağlayamayabilir [50].

Taslak (2008)'ın aktarımına göre Bass ve Steidlmeier (1999), etkileşimci liderliğin koşulsal ödülleri ve desteği içerdiğini belirtmiştir. Buna göre liderin takipçilerinin motivasyon kaynakları liderin umut, beklenti ve övgüleridir. Liderin olumsuz geri dönütleri, azarlama, tehdit etme, disiplin gibi uygulamaları ise onları doğru davranışlara yönlendirmektedir [58].

Etkileşimci liderlikte liderin beklediği performansı elde etmesi için izleyenleriyle günlük değişim gerektiren bir etkileşim halinde olması gerekir. Bu değişim etkileşimci liderliğin koşulsal ödüllendirme, beklentilere göre aktif ya da pasif yönetim, müdahaleci olmayan davranışları içermektedir [58,59].

Koşullu ödüllendirme tarzında etkileşimci lider, takipçilerine görevler verir, danışmanlık yapar ve performansları karşılığında yetkilerini onları ödüllendirmek için kullanır [56,58]. Ödül liderin izleyicileri açısından motivasyon sağladığı için yapıcı bir işlemdir [56].

İstisnalarla aktif yönetim tarzında lider gözlemcidir. Sadece süreçte verilen kararlara uyulmadığını düşündüğünde, hata yapılması durumunda ya da olasılığında harekete geçer [58]. Lider eski yöntemlerden uzaklaşıp, performans konusundaki hedefleri yerine getirmeyi amaçlar [56]. İstisnalarla pasif yönetimde ise lider izleyicinin sorunu kendisinin görmesini ve çözmesini beklemektedir. Lider çözüm bulmak için çaba göstermez; takipçilerinden çözüm önerileri bekler. Sunulan çözüm önerileri hakkında fikir belirtmez, alternatif öneriler sunmaz. Genellikle onlar tarafından sunulan önerileri kabul eder [60]. Lider sadece takipçiler genel standartlara uymadığı, bir sorun çıktığı ve belirlenen hedeflere ulaşılamadığı zaman müdahale eder [55].

Bass ve Avolio tarafından yapılan araştırma serbest bırakıcı liderliğin etkileşimci liderlik tarzının tüm boyutlarıyla uyumsuzluk gösterdiği için serbest bırakıcı liderlik geleneksel liderlik tarzları arasında ele alınmaktadır. Ancak yine de bazı kaynaklarda etkileşimci liderliğin alt boyutu olarak kabul edilmektedir [60]. Buna göre lider, güç kullanmaktan, sorumluluk almaktan kaçınır. Bu yaklaşımı istisnalarla pasif yönetimdeki anlayışın daha uç noktası olarak kabul edilebilir. Ya da liderliğin hiç olmaması, otoritenin tamamen ortadan kalkması şeklinde de değerlendirilebilir [61]. İzleyenlerin rolü ile liderin rolü benzerdir; liderin herhangi bir üstünlüğü ya da ayrıcalığı yoktur. Amaçları ve izlenecek yolu belirleme konusunda söz hakkı izleyicilerdedir [60].

2.5.2.2. Karizmatik Liderlik

Karizma kelimesi Eski Yunanca'da "armağan" anlamına gelen "gift" kelimesinden türetilmiştir. Karizma kavramı ilk kez Max Weber tarafından kullanılmış olup herhangi bir otorite olmaksızın izleyenleri etkileme şeklinde tanımlanmıştır. 1976 yılında House karizmatik liderlik teorisini ortaya atmış ve karizmatik liderin kendine güvenen, başkalarını etkilemeye fazla istekli, kişilerin ahlaki değerlerine karşı duyarlı olmak gibi özelliklere sahip olduklarını belirtmiştir [62]. Karizmatik liderler cesaret sahibi, izleyenleri üzerinde hayranlık uyandıran,

ikna ve motivasyon yetenekleri gelişmiş kişilerdir ve daha çok kriz ortamlarında ortaya çıkarak kurtarıcı rolü üstlenirler [25]. Bu liderler yol gösterici, ilham verici, saygı uyandıran, olumlu düşünmeyi güdüleyen bireylerdir [62,63].

Karizmatik lider izleyenleri tarafından rol modeldir, sözlerine önem verilir, önerilerine uyum sağlanır. Lider sahip olduğu özellikler ile izleyicilerini istediği yönde davranmaya sevk eder. Ses tonu etkileyicidir ve hitabet yeteneği gelişmiştir [28]. Karizmatik liderler izleyenlerinin ihtiyaçlarını önceden sezer ve geleceğe yönelik vizyon oluşturarak daha iyiye ulaşmak için hedefler belirler. İzleyenler karizmatik liderlere güvenirler çünkü bu liderler hedefe ulaşmak için risk alırlar ve fedakarlık yaparlar [62]. Karizmatik liderler izleyenlerinin gereksinimlerine karşı duyarlıdırlar. Bu özellikleri izleyenleri üzerinde hayranlık uyandırmalarının ve onları peşlerinden sürüklemelerinin ilk nedenidir. İnsanlar kendi istek ve ihtiyaçlarının lider tarafından önemsendiğini ve ilgi duyulduğunu hissettikleri için lidere bağlılıkları da artmaktadır [63]. Uysal ve ark (2012)'nın aktarımına göre Choi (2006) karizmatik liderliğin hayal etme, empati ve güçlendirme olmak üzere üç bileşenden oluştuğunu belirtmiştir. Hayal eden lider, izleyicilerini güdüler; liderin empatik davranışı takipçilerinin bağlılığını güçlendirir. Liderin rol tanımlamalarını ve performans güçlendirmelerini yapması ise doyumu ve motivasyonu arttırır [54].

2.5.2.3. Dönüşümcü/Transformasyonel Liderlik

Dönüşümcü liderlik kavramını, 1978 yılında ortaya atan James McGregor Burns; bu liderliğin bir ya da birden fazla kişinin birbirlerini motive eden ve ahlaka yönlendiren bir ilişki içerisinde bulunduğunda gerçekleştiğini belirtmiştir [34,60]. Bu liderlik türü takipçileri liderle özdeşleşme ve belirlenen ortak hedefler için gelişim sağlama konusunda onları teşvik ve motive eder [27]. Transformasyonel lider, vizyon değiştiren, alışılmışın dışına çıkılmasını sağlayan liderdir [44]. Transformasyonel liderler, izleyicilerinin yetenek ve becerilerini ortaya çıkararak, özgüvenlerini arttırarak onları motive ederler. Bu şekilde izleyenleri görevlerinin önemini daha çok kavrar ve belirlenen amaçların önceliği artar. Bu liderler olumlu ve güçlü duygulara sahiptirler. Çevrelerindeki kişilerin duygu ve düşüncülerini etkileyebilen kişilerdir [52]. Dönüşümcü liderin en önemli özelliği örgütte sağlanmak istenen değişimlere liderlik etmesi ve yönetmesidir. Lider mevcut durumu sürdürme eğilimi göstermez, değişim çabasını kendisi yaratır [49]. Liderin değişim odaklı olması izleyicileri ile etkileşimini arttırır. Bu etkileşim sorunlara odaklanmayı arttırır ve çözüm bulunmasını kolaylaştırır. Zor bir durum söz konusu olduğunda bu liderler izleyicileri ile ortak kararlar alır, bu doğrultuda değişimi sağlar ve destekler [44]. Dönüşümcü liderler takipçilerinin kendisinden bağımsız olmalarını, eleştirel düşünerek çözüm üretmelerini ve yenilikçi olmalarını hedefler [32].

Dönüşümcü liderlik, ideal etki (karizma), telkinle güdüleme (entelektüel uyarım), bireysel ilgi, zihinsel teşvik (ilham verici motivasyon) olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır [4,58,61]. Dönüşümsel lider ideal etki boyutunda takipçileri için rol modeli oluşturacak davranışlar sergiler. Takipçileri lidere saygı duyar ve güvenir [27,55]. Lider karizma özelliği çerçevesinde vizyon ve misyonu belirler, takipçilerine özgüveni öğretir. Karizma özelliği olan dönüşümcü lider özverili davranır; etik ve ahlaki davranış standartlarını yükseltmeye çabalar [49]. Lider işini iyi yaptığı taktirde izleyenler de ona inanacaktır. Bu şekilde bir rol model ve idealize edilmiş bir etki sağlayan lider takipçileri tarafından izlenecektir. Bu da dönüşümcü liderin başlattığı değişimler için takipçileri tarafından onaylanmasını ve destek görmesini sağlar [61]. Entelektüel uyarım boyutunda lider takipçilerinin sorunların daha fazla farkına varmaları, performanslarını arttırmak için yapabileceklerini düşünmeleri konusunda motive eder ve destekler. Bu şekilde onların problem çözme becerilerinin gelişmesine katkıda bulunur [55]. Üçüncü boyut olan bireysel ilgi boyutunda lider her bir takipçisiyle birebir ilişkiler kurar, onların kişisel gelişimleriyle ilgilenir. Takipçilerini iyi tanıyan lider, onların gelişimleri için yapıcı eleştirilerde bulunur; bu şekilde kendilerini geliştirmelerini teşvik eder [59]. Lider her bir takipçisinin bireysel farklılıklarını kabul eder ve daha yüksek performansa ulaşmaları için destek olur [27]. Zihinsel teşvik boyutunda ise lider takipçilerini uygun davranışlar sergilemek için motive eder, onlara ilham verir [49]. Onları yeni bakış açıları geliştirmeleri için teşvik eder. Lider izleyicilerin yeni yaklaşımlarını, fikirlerini ve deneyimlerini destekler, kendisinden farklı fikirlere sahip olmalarını eleştirmez [61]. Özellikle zor koşullarda, stresli durumlarda bireyleri motive edebilmesi için liderin bu özelliği önem taşımaktadır [49].

Gün geçtikçe bilgi toplumu liderlik anlayışı değişim ve gelişimi desteklediği için transformasyonel liderlik tipine daha fazla yaklaşmaktadır [61]. Sağlık bakım sistemindeki değişim ve gelişimler de iyi liderlere olan gereksinimi arttırmıştır. Günümüz sağlık sistemi liderlik tarzlarının temelini transformasyonel liderlik oluşturur. Hemşirelik alanında en çok tercih edilen ve olması gereken liderlik tarzı dönüşümcü (transformasyonel) liderlik tarzıdır [64].

Yeni bir vizyon yaratılması, değişimin başlatılması, kişiler arası etkili iletişim için transformasyonel liderlik çok önemlidir. Hemşirelikte de tüm bunların yerine getirilebilmesi ve daha kaliteli hizmet sunulabilmesi için dönüşümcü liderlere ihtiyaç vardır. Özellikle de yönetici hemşirelerin, servis sorumlu hemşirelerinin bu liderlik becerilerine sahip olmaları gerekmektedir Transformasyonel liderlik ile sağlık bakımında değişimler ve gelişimler yaşanması, bilgi ve güç paylaşımının artması sağlanabilir [64]. Bu şekilde hemşirelerde iş doyumu artar ve sayısal kayıplar da azalır [64,65]. Bunun sonucunda ise daha etkili bir bakım verilmesi sağlanır ve hastada meydana gelebilecek değişiklikler zamanında fark edilir [65].

2.6. Liderlik Teorileri

Günümüze kadar liderlikle ilgili yapılan pek çok araştırmada liderliğin farklı özelliklerinin temel alınması ve artan gereksinimler sonucunda farklı liderlik yaklaşımları, teorileri ortaya atılmıştır [25]. Liderlikle ilgili başlıca kuramlar; özellikler teorisi, davranışsal teori ve durumsallık teorisidir [66].

2.6.1. Özellikler Teorisi

Liderin kim olduğu, özellikleri, nasıl lider olunabileceği hakkında yapılan araştırmalar sonucunda ortaya çıkan ilk teori özellikler teorisidir [28,66]. Bu teoriye göre; bir kişinin lider olabilmesi için diğer kişilerden farklı özelliklerinin olması gerekmektedir [28]. Özellikler teorisi, grubu oluşturan kişilerin özellikleri bakımından birbirleriyle karşılaştırılması ile liderin sahip olması gereken özelliklerin ortaya çıkarılmasına ve ideal lider özelliklerinin belirlenmesine dayanır [4,28]. Liderlik sürecinin etkinliğini belirleyen en önemli faktör liderin özellikleridir ve lider bu özelliklere doğuştan sahiptir. Bu teoriye göre liderin duygusal, fiziksel, sosyal ve kişilik özellikleri izleyicilerden farklıdır [1,3,5,28,29,32]. Özellikler teorisi 1900'lü yılların başında ortaya çıkmıştır ve özellikle 1940'lı yıllarda popüler olmuştur. Bu teori, lider olarak doğulacağını, sonradan lider olunamayacağını savunmuştur [25]. Bu teoriye göre liderin doğuştan getirdiği özellikler arasında yaş, cinsiyet, boy, güçlülük gibi fiziksel özellikler; açık sözlülük, dürüstlük, yaratıcılık gibi kişisel özellikler; iletişim kurma, bilgi, ikna yeteneği, özgüven, hitabet yeteneği, ileri görüşlülük, kararlılık, güven verme, girişimcilik, cesaret, sorumluluk sahibi olma gibi duygusal, düşünsel ve sosyal özellikler bulunmaktadır [4,28,52].

Liderin özellikleri üzerine yapılan çalışmalarda çok fazla sayıda özellik belirlenmesi, bu özellikler belirlenirken liderin bulunduğu ortamın dikkate alınmaması ve grupta liderin taşıdığı özelliklerden daha fazlasına sahip bireylerin bulunabilmesi gibi nedenlerden dolayı özellikler yaklaşımı tutarlı bir teori olamamıştır [3]. Ayrıca tüm liderlerin aynı özelliklere sahip olmadığının görülmesi, liderin özellikleri ile ilgili net bir görüşün olmaması ve özelliklerin ölçülebilir olmayışı 1950-1960'lı yıllara gelindiğinde bu teorinin etkisini yitirmesine neden olmuştur [66]. Bu teori iyi bir liderin nasıl yetiştirilebileceği sorusuna da yanıt bulamamıştır [28]. Özellikler teorisinin sınırlılıklarının olması, sadece özelliklere dayanılarak liderlik gibi karmaşık bir kavramın açıklanamayacağının görülmesi, liderlik sürecinin tam olarak anlaşılabilmesi için başka değişkenlere bakılmasını gerekli kılmıştır [52]. Bunun üzerine kişilik özelliklerine göre daha somut, gözlenebilir ve ölçülebilir nitelikte olan liderin davranışlarına odaklanılmış ve davranışsal liderlik kuramı ortaya çıkmıştır [66].

2.6.2. Davranışsal Teori

Liderlik kavramını açıklama çalışmalarında özellikler teorisi yetersiz kalınca 1940'larda araştırmalar liderin davranışlarına yoğunlaşmıştır [5]. Özellikler teorisinde sadece kişisel ve fiziksel özellikler liderlik için önem taşımakta iken, davranışsal liderlik teorisi kişisel ve fiziksel özelliklerin yanında, liderin farklı olay ve durumlar karşısındaki davranışlarının da başarılı liderlik için önemli olduğunu savunmuştur [3]. Liderin özellikleri yerine izleyicilerin özelliklerine odaklanılmış ve liderin nasıl davrandığına, etkili olması ve başkalarını yönlendirebilmesi için neler yaptığına bakılmıştır [1,28]. Bu kuramın ana fikri, lideri başarılı ve insanlar üzerinde etkili kılan hususun liderin liderlik sürecinde gösterdiği davranışlar olduğudur [28,33]. Liderin izleyicileri ile arasındaki iletişim, onlara yetki verip vermemesi, kararları nasıl aldığı, takipçilerini denetleme, hedefleri belirleme ve hedeflere ulaşma yolları için planlama yapma, çatışma çözümleme gibi aşamalardaki davranışları liderin etkinliğini belirleyen faktörlerdir [4,28,33,53]. Bu kurama göre, lider takipçilerinin çabalarına destek vermeli, onların kişisel değerlerini gözetmeli ve bu yönde davranışlar sergilemelidir [52].

Davranışsal teorinin geliştirilmesi aşamasında bazı araştırmalar yapılmıştır. Bunlardan bazıları; Ohio State Liderlik Çalışmaları, Michigan Üniversitesi Çalışmaları, Likert'in Sistem 4 Modeli, McGregor'un X ve Y Kuramı, Blake ve Mouton'un Yönetim Tarzı Matriksi Modelidir [1,28,52].

2.6.2.1. Ohio State Üniversitesi Liderlik Çalışması

Ohio Üniversitesi tarafından 1945 yılında başlatılan bu araştırma kapsamında pek çok askeri ve sivil yöneticiye liderin nasıl tanımlandığını tespit etmek amacıyla Önder Davranışı Tanımlama Anketi uygulanmıştır. Tanımların faktör analizinin yapıldığı bu çalışma sonucunda liderin davranışlarının tanımlanmasında iki faktörün önemli rol oynadığı belirlenmiştir. Bunlar; kişiyi dikkate alma (Anlayış) ve insiyatif (işe ağırlık verme/yapıyı harekete geçirme) faktörleridir [3,5,28].

- *Kişiyi dikkate alma (Anlayış):* Bu faktör, liderin izleyicilerinin kendisine güvenmesini ve saygı duymasını, aralarında dostluk ve arkadaşlık ilişkilerinin gelişmesini sağlayan davranışlarını ifade etmektedir. Lider, izleyicilerinin istek ve gereksinimlerine yakın ilgi gösterir ve bunları karşılamaya yönelik davranır. Kısaca bu faktör liderin davranışlarının merkezinde izleyicilerinin olduğunu göstermektedir [3,28].
- *İnisiyatif (İşe ağırlık verme/Yapıyı harekete geçirme)*: Liderin belirlenen hedeflere yönelik işlerin zamanında tamamlanması için organizasyonu sağlaması, iletişim sistemini belirlemesi, talimatlar vermesi gibi davranışlarını içeren bu faktör, liderin davranışlarında işe ağırlık verdiğini ifade etmektedir [28]. Lider yerine getirilmesi

gereken görevlere yoğunlaşır ve yapı içerisinde kendi rolünü ve izleyicilerinin rollerini belirler, görev tanımlarını yapar; izleyicilerini hedefe yönlendirir [45].

Bu çalışmaların sonucunda liderin etkili olabilmesi için bu iki gruptaki davranışlara da sahip olması gerektiği belirlenmiştir. Kişiyi dikkate alma (anlayış) faktörüne yönelik davranışların artması, izleyicilerin iş tatminini arttırmakta, işgücü devir hızını ve devamsızlığı azaltmaktadır. Liderin işe ağırlık veren (yapıyı harekete geçirme/inisiyatif) davranışları arttığında ise, izleyicilerinin performansı artmaktadır [5,28].

2.6.2.2. Michigan Üniversitesi Liderlik Çalışmaları

Davranışsal teoriye katkıda bulunan önemli çalışmalardan biri de 1947 yılında Michigan Üniversitesi'nde yapılmıştır. Rensis Likert yönetiminde yapılan bu çalışma, grup üyelerinin verimliliğine ve iş doyumuna katkı sağlayan faktörleri belirlemeyi amaçlamıştır [3,28]. Araştırma sonucunda Ohio State çalışmalarının sonucuna benzer şekilde liderin davranışlarının iki faktör etrafında toplandığı tespit edilmiştir. Bu faktörler kişiye yönelik liderlik ve işe yönelik liderlik olarak adlandırılmıştır [1,3,28,45].

Bu araştırma sonuçlarına göre, işe yönelik liderlik davranışları; grup üyelerinin önceden belirlenmiş ilke ve yöntemlere göre çalışıp çalışmadığını kontrol etmek, cezalandırma ve mevkiye dayanan resmi otoritesini kullanmak şeklindedir [28]. İşe yönelik lider görev odaklıdır, grup üyelerini amaca hizmet eden birer araç olarak görür [45]. Kişiye yönelik liderlik davranışları ise yetki devrini esas alan uygulamalar yapmak, grup üyelerinin tatminini arttırmayı sağlamak için uygun çalışma koşulları geliştirmek, onların kişisel gelişimleri ile yakından ilgilenmek şeklindedir [28,45]. Kişiye yönelik lider, takipçilerinin beklenti ve gereksinimlerine önem verir, onlar arasındaki bireysel farklılıkları göz ardı etmeden yaklaşımda bulunur [45].

Michigan Üniversitesi tarafından yapılan bu çalışmanın genel sonucu, kişiye yönelik liderlik davranışının işe yönelik liderlikten daha etkili olduğudur [28,45].

2.6.2.3. Likert'in Sistem 4 Modeli

Rensis Likert tarafından geliştirilen bir diğer model olan Sistem 4 modeline göre; yönetici davranışları, merkezi otoritenin hakim olduğu istismarcı otoriter (Sistem 1); kararların liderler tarafından verildiği ve takipçilerin fikrinin nadiren alındığı yardımsever otoriter (Sistem 2); liderin hedef belirlemeden ve karar almadan önce takipçilerine danıştığı katılımcı otoriter (Sistem 3) ve tüm takipçilerin hedef belirleme ve kararların alınması sürecine tam olarak katıldığı demokratik otoriter (Sistem 4) olmak üzere dört tip liderlik davranışı olarak gruplandırılmıştır [28,52].

2.6.2.4. McGregor'un X ve Y Kuramı

Dougles McGregor tarafından yönetim olgusunu açıklamak için geliştirilen ve liderin davranışlarını açıklamak üzere kullanılan X ve Y teorisi, birbirine zıt görüşler içeren varsayımlardan oluşmaktadır [28].

X teorisine göre, insanlar işten kaçmayı sever bu nedenle yönetim disipline önem vermelidir. İnsanlar sorumluluk almayı istemez, kendi istek ve amaçları örgüt amaçlarından önce gelir; bu nedenle dikkatle denetlenmeli, gerektiğinde cezalandırılmalıdır. İnsan yaratılışından ötürü yenilik ve değişikliklere açık değildir, sorunlara yaratıcı çözümler getiremezler. İnsanlar kolayca kandırılabilecek kadar zeka konusunda yetersizdir ve işini düzgün yapması için maddi olarak ödüllendirilmesi gerekir. Y teorisinin varsayımlarına göre, insanlar işte nefret etmez aksine iş onlar için başarı ve doyum kaynağıdır. Normalde insanlar sorumluktan kaçmaz, sorumluluk edinmeyi sever. Sorumluluktan kaçan insanın arkasında kötü yönetim deneyimleri bulunmaktadır. Her insan sorunların çözümü için gerekli olan yaratıcılık, hayal etme gibi vasıflara sahiptir. Sadece belli bir konuya odaklanmayı ve uzmanlaşmayı zorunlu kılan çalışma koşulları, insanın yetenek ve becerilerinin sadece bir kısmını sergileyebilmesine ve bunların sadece bir kısmından yararlanılmasına neden olur. Ödüllendirme örgütsel amaçlara bağlılığı arttırmak amacıyla hedeflere ulaşmak için hizmet eden ve başarıya ulaşan insanlar için kullanılmalıdır [3,28].

2.6.2.5. Blake ve Mouton'un Yönetim Tarzı Matriksi Modeli

Blake ve Mounton, daha önce yapılmış çalışma sonuçları ve ortaya koydukları varsayımlarla, yöneticilerin davranışlarını açıklamak ve değiştirmek için kullanılabilecek bir matriks oluşturmuşlardır. Bu modelde üretim ve insana ilgi şeklinde iki boyut, ilgi derecelerine göre dokuz bölüme ayrılmıştır. Bu model liderlere gösterdikleri davranışı bir kavrama dayandırma olanağı oluşturması açısından yararlıdır ve eğitim programlarında kullanılmaktadır. Ancak araştırma sonuçlarının bu modeli desteklememesi modelin kullanılabilirliği konusunda ikilem yaratmıştır [28].

2.6.3. Durumsallık Teorileri

Davranışsal yaklaşımlar liderlik kavramına çok katkı sağlamış olmakla birlikte, liderin davranışları konusunda durumsal faktörlerin etkisini göz ardı etmesi en büyük eksikliğidir. Bu yaklaşımların yetersiz kalması sonucunda durumsallık yaklaşımı ortaya çıkmıştır [28,32]. Durumsallık teorisi liderlik kavramının oluştuğu koşulların önemine odaklanan bir yaklaşımdır. Bu nedenle bu teori "Koşul-Bağımlılık Yaklaşımı" olarak da adlandırılmaktadır. Bu teorinin temelinde farklı koşullarda değişik liderlik tarzlarının oluşacağı düşüncesi yer alır [28]. Bu yaklaşımın temel felsefesi, her ortamda geçerli ve başarılı olabilecek tek bir liderlik davranışı olmadığı, koşullara ve duruma bağlı olarak değişen liderlik davranışının en uygun liderlik

davranışı olduğudur [32,52]. Bu teoriye göre; izleyiciler amaçlar, liderin kişisel özellikleri ve ortam koşulları liderliğin oluşması için gerekli fonksiyonlardır. Ortam koşullarında meydana gelen değişimler izleyicileri, amaçları ve davranışları etkiler. Bunun sonucunda farklı liderlik biçimlerine ve farklı kişisel özelliklere gereksinim ortaya çıkmaktadır [52]. Durumsal liderlik teorisine ilişkin geliştirilmiş modeller; Fiedler'in etkin liderlik modeli, Hersey ve Blanchard'ın yaşam eğrisi modeli, House'un yol-amaç yaklaşımı, Vroom ve Yetton'un normatif liderlik modeli ve Reddin'in üç boyutlu liderlik modeli'dir [32,52].

Fiedler'in etkin liderlik modeline göre; davranışsal yaklaşımda ele alınan yapıyı kurma ve anlayış gösterme şeklinde adlandırılan liderlik davranışları, liderlik stili başlığı altında ele alınırken; lider-ast ilişkileri, görevin yapısı ve liderin makam gücü değişkenleri ise liderin davranışlarının etkinliğini belirleyen değişkenler olarak durumsal etkenler başlığı altında yer almaktadır [28].

Hersey ve Blanchard'ın yaşam eğrisi modeli ise, liderin etkili olabilmesi için liderin davranışlarıyla izleyicilerinin olgunluk düzeyi arasında tutarlılık olması gerektiğini savunur. Bu modele göre olgunluk düzeyi çok düşük olan bir grupta görev yönelimli liderlik biçimi daha etkili olmaktadır [43]. Görev davranışında lider izleyicilere neyin, nerede, nasıl yapılacağını söyler. İlişki yönelimli lider, takipçileri ile yakın ilişki ve açık bir iletişim kurar, bireylere destek olur [33]. Takipçilerin olgunluk düzeyi yüksek olduğunda ise, yetenek, beceri, özgüven ve iş isteği yüksek kişilerle ilişki odaklı yaklaşım en etkili yaklaşımdır [33,43].

House ve Mitchell tarafından geliştirilen yol-amaç kuramı liderin izleyicilerini etkileme yolları, amaçların takipçiler tarafından nasıl algılandığı ve hedeflere ulaşmanın yolları üzerinde durulur [52]. Bu kurama göre lider, amaçlara ulaşmak, doyumu sağlamak, takipçilerini güdülemek ve görev tanımlarını yaparak izleyenleri harekete geçirmek gibi görevleri yerine getirebilen kişidir [52,58]. Bu modele göre, lider, koşullar değiştiği zaman o durumun gereklerini karşılamak için davranışlarını değiştirebilir [58].

Durumsallık teorilerinden birisi olan Vroom ve Yetton tarafından geliştirilen Normatif liderlik kuramında, liderin takipçilerini içine dahil ettiği bir liderlik süreci kabul etmektedir. Buna göre liderlik biçimini belirlemede liderin örgüt içinde bulunduğu yer etkilidir [58].

Bir diğer kuram olan Reddin'in Üç Boyutlu Liderlik Kuramında; liderlik kuramlarında yer alan görev odaklı liderlik davranışı boyutu ve ilişki odaklı liderlik davranışı boyutlarına üçüncü boyut olarak etkililik boyutu eklenmiştir [43]. Bu boyut liderin takipçilerini grup amaçlarına yönlendirmesindeki başarısıyla ilgilidir. Bu boyutla ilgili yapılan çalışmalar sonucunda düşük görev-yüksek ilişki, yüksek görev-düşük ilişki, yüksek görev-yüksek ilişki, düşük görev-düşük ilişki olmak üzere dört temel liderlik biçimi geliştirilmiştir. Liderlik tipi duruma uygun olarak seçildiğinde etkili olmaktadır. Etkili olup olmaması, liderin davranışına göre değil, davranışın duruma uygun olup olmamasına göre belirlenmektedir [52].

2.7. Hemşirelik ve Liderlik

Hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslektir. Bireyin kaliteli sağlık hizmeti almasında sağlık ekibi içinde önemli bir rolü vardır [67]. Hemşireliğin genel amaçları ortaya çıkışından bu yana aynı kalmakla birlikte, hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumun gereksinimlerinin değişmesine paralel olarak genişlemiştir [52].

Günümüzde hemşirelik uygulamalarının kapsamının genişlemesi, bakımı geliştirme çabaları, tıp ve teknolojideki yenilikler, toplumdaki bireylerin sağlık hizmetlerinden ve hemşirelerden beklentilerinin değişmesi, hemşirelerin özelleşmiş rollere ve becerilere sahip olmasını gerekli kılmaktadır [10]. Hemşirelerden sorumlu olduğu rolleri yerine getirebilmesi ve nitelikli bir hizmet ve hemşirelik bakımı sunabilmesinde iletişime açık, kendine güvenen, yaratıcı, girişken, duyarlı, hedef belirleyen, doğru ve hızlı kararlar alan, liderliği paylaşabilen, sorumlu olduğu grup ve bireylerin özelliklerini ve gereksinimlerini anlama gibi liderlik özelliklerine sahip olmaları beklenmektedir [68]. Hemşirelerin görev ve sorumlulukları gereğince bireyleri, grupları doğru hedeflere etkili biçimde yönlendirebilmeleri liderlik yetenekleri ile bağlantılıdır [69].

Erkan ve Abaan (2006)'ın aktarımına göre Yoder-Wise (2003), hemşirelikte liderliği "yapıcı ve etik olarak hasta, aile, ve diğerlerini etkileyerek ortak amaç ve vizyonu gerçekleştirmeyi sağlayacak kişisel güç ve eğilimin kullanılması" olarak tanımlamaktadır [6]. Diğer bir tanıma göre hemşirelikte liderlik; hemşirenin diğer hemşireleri hasta ya da sağlıklı bireye bakım uygulanmasında belirlenen amaçlara, hedeflere ve sonuçlara ulaşılması için etkilemesidir [40].

Hemşirelerin bireylere kaliteli bir sağlık bakımı sunmak için gerekli bilgileri ve liderlik becerilerini gerektiren sorumlulukları vardır. Ayrıca hasta bakımının sürekliliğinin sağlanmasında destekleyici ve koordine edici bir role sahip olan hemşireler, bu rollerini ve sorumluluklarını yerine getirebilmek için liderlik özelliklerine ve davranışlarına sahip olmalıdırlar [8].

Hemşirelikte liderin amacı, kaliteli ve etkili hemşirelik bakımının sunulmasını sağlamaktır [38]. Liderlik düzeyleri yüksek olan kişiler; iletişim becerisi yüksek, kendine güvenen, olumlu benlik saygısı olan ve başkalarının gereksinimlerini anlayan kişilerdir [35]. Hemşirelik mesleğinin temelinde insanla sürekli iletişim yer alır. Bu nedenle hemşirelerin bakım sunarken liderlik özelliklerinden biri olan etkili iletişim becerilerine sahip olmaları önemlidir. Hemşirenin olumlu benlik saygısına sahip olması, zayıf yönlerinin farkında olması ve dolayısıyla kendine güvenmesi bakım sunduğu kişilerle olumlu iletişimini sağlar, güveni arttırır ve dolayısıyla bakımın kalitesi artar [70].

Hemşirenin primer rolü bakım vermektir. Hemşirelik ve bakım birbiriyle çok yakın ilişkisi olan iki kavramdır. Hemşireliğin uğraşı alanı insandır ve temelinde hemşirelik bakımı bulunmaktadır [10]. Liderlik, etkili hemşirelik bakımının temel bir parçasıdır ve hemşireler hasta bakımında lider olarak tanınmaktadır. Hemşireler, bakım ekibini, aileleri ve hastaların refahını desteklemek için koordine ve motive eder [71].

Hemşirelikte liderlik gereksinimi sadece yönetici hemşirelerde olması gereken bir özellik değildir. Hemşirelik uygulamalarına bakıldığında, her hemşirenin hizmeti alanlara/danışanlara liderlik yaptığı ortaya çıkmaktadır [9]. Hastanın gereksinimlerine uygun bakım planının hazırlanması, belirlenen sorunlara yönelik amaç, yöntem geliştirilmesi ve ekip içindeki diğer hemşirelerle çalışmaların paylaşılması hemşirelerin liderlik özelliklerine gereksinim duyulan uygulamalardır [72]. Hemşireliğin kendi kendini yönetmesi ve kendi kararlarını kendisinin verebilmesi gereği ve bu gerekliliğin meslekleşmenin değişmez bir ölçütü olması, hemşirelikte liderliğin önemini arttırmaktadır [67,69].

Terzioğlu ve Taşkın (2008)'ın aktarımına göre, Lemire (2005), liderliğin geliştirilmesine yönelik ilk olarak geleneksel bakım verici rolünden sıyrılarak eleştirel düşünme, liderlik, mesleki profesyonellik boyutuna geçilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca liderliğin gelişimi için öncelikle hemşirelik eğitiminin yeniden şekillendirilmesi, her bir hemşirenin lider olarak yetiştirilmesi üzerinde durmuştur [67].

2.8. Aile Merkezli Bakım

2.8.1. Çocuğun Hastaneye Yatmasının Çocuk ve Ebeveynler Üzerindeki Etkisi

Çocuklar aile için büyük önem taşır. Çocuğun herhangi bir nedenle hastalanması ve hastaneye yatırılması çocuk ve ailesini olumsuz etkiler [10,13]. Çocuğun hastalığı tüm ailenin günlük rutinlerinde, aile içindeki rollerinde ve görevlerinde değişikliklere yol açmaktadır [13,73]. Çocuğun hastaneye yatışı ailelerin yaşam biçimini etkilemekte, ekonomilerine ek yük getirmektedir. Tüm bunlar ve tedavi sürecinin getirdiği gerginlikten dolayı sadece hasta çocuk değil, ebeveynler, kardeşler ve yakın çevresi de olumsuz etkilenmektedir [74-77]. Akdeniz Uysal'ın (2016) aktarımına göre; Kuzlu ve ark (2011)'nın çalışmasında refakatçi olarak kalan anneler, hastanede kalmanın maddi yüke neden olduğunu (%29,4) ve evde çocuklara bakacak kimsenin olmadığını (%72.0) belirtmişlerdir [78].

Erdim ve ark. (2006)'ı, annelerin çocuklarının hastaneye yatışları ile ilgili yaşadıkları deneyimleri ve bundan nasıl etkilendiklerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, annelerin %84.2'sinin çocuklarının hastalığı ile ilgili endişe duydukları, %79.2'sinin hastanede bulundukları süreçte ekonomik güçlük yaşadıkları, %42.5'inin ise eşleri ile ilişkilerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir [76]. Anol (2016)'un araştırmasında hastanede çocuğu yatan

ebeveynlerin %80.2'si bu durumun aileyi maddi açıdan, %94.8'i ise manevi açıdan olumsuz etkilediğini ifade etmiştir [79].

Aile içinde yaşanan değişikliklerin yanında yabancı hastane ortamı, bilinmeyen araçlar, çocuğun bakımında değişen roller ve bilgi eksikliği ebeveynlerin anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır [16,77,80].

Hastanede çocuğun bakımına yönelik sorumlulukların büyük kısmını doktor ve hemşirelerin üstlenmeleri ebeveynlerde kontrol kaybı ve çaresizlik duygularına yol açmaktadır [80]. Ebeveynler ve sağlık personeli arasındaki yetersiz ve uygun olmayan iletişim, ebeveynlerin anksiyetesinin ve kontrol kaybı duygusunun artmasına neden olmaktadır [81]. Akdeniz Uysal (2016)'ın aktardığına göre; Hallström ve ark (2002) tarafından hastanede yatmakta olan 24 çocuk ve 35 ebeveynlerin gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ebeveynin gereksinimleri dokuz kategori altında toplanmıştır. Bu ihtiyaçlar, çocuğun bakımında güvenliğin sağlanması, kontrol, iletişim, sağlık ekibiyle uyum, iyi ebeveyn olma, çocuğun acısını dindirme, kişisel gereksinimlerini karşılama gibi ihtiyaçlardır [78].

Ebeveynler hastanede çocuklarının yanında kaldıkları süreçte kendi gereksinimlerine yeterince zaman ayıramamaktadır [84]. Tosun (2013), çalışmasında annelerin yaklaşık %10.0'ının kendi gereksinimlerini karşılayamadığını belirlemiştir [82]. Benzer şekilde Oktay (2004)'ın çalışmasında, annelerin %54.3'ü hastanede çocuğun bakımını üstlenecek kimsenin olmaması nedeniyle zaman bulamadıkları için kendi gereksinimlerini karşılayamadıklarını ifade etmiştir [83]. Balling ve Mc Kubbin (2001)'nin hastanede çocuklarına refakat eden 50 ebeveynle ebeveynin bu süreçteki gereksinimlerini belirledikleri çalışmada, ebeveynlerin %33.0'ının hemşireler çok yoğun oldukları için sürekli olarak çocuklarının bakımını üstlendikleri; bu nedenle zaman zaman tükenmişlik ve yorgunluk hissettikleri belirlenmiştir [85]. Boztepe ve Çavuşoğlu (2009)'nun çocuğu hastanede yatmakta olan 81 refakatçi anne ile yaptıkları bir çalışmada annelerin %54.3'ü çocuğun bakımı nedeniyle hastanede dinlenme, uyku, banyo ve yemek yeme gibi fiziksel gereksinimlerini karşılayamadıklarını ifade etmişlerdir [15].

Hastaneye yatış, çocukları da birçok yönüyle etkilemektedir. Güven verici ortamdan uzaklaşmak, belirsiz ve tehlikelerle dolu yabancı bir ortama girmek, fiziksel yönden zarar görme durumu, ağrılı işlemler, ameliyat, ölüm, kontrol kaybı gibi durumlar çocukların kaygı yaşamalarına neden olmaktadır. Ancak hastanede yatmanın çocuklar için stres yaratan bir durum olmasının en önemli nedeni ebeveynlerinden ayrılmalarıdır [13,86-88].

Çocuğun hastaneye yatışında da gerekli duygusal desteği sağlamak için primer bakım veren kişilerle ilişkisinin devam ettirilmesi önemlidir [15]. Çocuk ve ebeveynin stresini azaltmak, kontrolün kendilerinde olduğunu hissettirmek, çocuğun güven duygusunu arttırmak için ailenin çocuğun bakımına dahil edilmesi önemlidir [89]. Bu nedenle pediatride çocuğun iyileşme sürecini hızlandırmak için aile merkezli bakım yaklaşımı önerilmektedir [15].

2.8.2. Aile Merkezli Bakımın Gelişimi

Aile merkezli bakım yaklaşımı, çocuğun anne yoksunluğu ve ayrılık anksiyetesi nedeniyle iyileşmesinin gecikeceği, ayrıca sonraki yaşamında ise kişilik ve ruh sağlığını etkileyebileceği düşüncesinden ortaya çıkmıştır [90,91]. On dokuzuncu yüzyılın ortalarında ebeveynler olmadan çocuğun daha kolay ele alınabileceği düşünülmekteydi. Bu düşünce hem çocuğun bakımını zorlaştırmakta hem de hastanede kalış süresinin uzamasına da neden olmaktaydı [91].

Aile merkezli bakımın tarihsel gelişimine bakıldığında, 20. yy'ın ilk yarısında ebeveynlerin, hastaneye ziyaret hakkı oldukça sınırlıydı ya da tamamen yasaklandığı görülmektedir [92]. Aileler 1950'li yıllara kadar kliniklerde olumsuz bir faktör olarak görülüyordu [93]. Hastane ziyaretlerinin kısıtlanması durumu 1800'lere kadar uzanmaktadır. O yıllarda ilk çocuk hastaneleri açılmaya başlamıştır ve bu hastaneler hasta bakımını temel alan politikalardan oldukça uzaktı. Aileler olmadan çocuğa daha kolay bakım verileceği ve hemşirelerin hasta çocukla daha iyi baş edebilecekleri düşünülmekteydi [94]. II. Dünya savaşı sırasında enfeksiyon hastalıkları baş göstermiş, hastanelerde salgınlara karşı önlemler alınmış ve enfeksiyon yayılımını önlemek için ebeveyn ziyaretlerine daha fazla sınırlama getirilmiştir [14,22]. Böylece ailenin hasta bakımının dışında kaldığı ve bakımın sadece hemşireler tarafından yürütüldüğü hastane bakım modeli oluşturulmuştur. Gizliliğin ve kalabalığın kontrolünün sağlanmak istenmesi de ailenin bakım konusunda arka planda kalmasına neden olan faktörlerdir [14,94,95]. Tüm bunlar sonucunda uzun süre hastanede kalan çocuklarda, anne ve çocuğun ayrılığı ciddi duygusal, psikolojik ve gelişimsel sorunlara neden olmuştur [19].

John Bowlby, 1930 yılında çocukların duygusal gelişimlerini incelemeye başlamıştır. Erken yaşta aileden ayrılmanın yaşamın ilerleyen dönemlerinde çocuk üzerinde duygusal zararlara neden olduğunu ileri süren Bowbly, James Robertson ile 1950'li yıllarda çocuk ayrılığı ve bunun sonuçları hakkında kapsamlı bir kuram geliştirmişlerdir [14,22,96,97]. Aynı zamanda film yapımcısı olan Robertson 1953 yılında "İki Yaşındaki Hastaneye Gidiyor/A Two Year Old Goes to Hospital" ve "Hastaneye Anneyle Gitmek /Going to hospital with Mother" adlı iki filminde ve 1958 yılında yayımladığı "Hastanedeki Küçük Çocuk"/ "Young Children in Hospital" adlı bir kitabı ile çocuğun hastaneye yatma sürecinde hastalığından kaynaklanan stresten çok, çocuğun anneden ayrılmasının yarattığı anksiyetenin çocuk üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymuştur [11,14].

Hastanede yatan çocukların bakımındaki gelişmelere rağmen 1960'lı yıllara kadar sağlık personeli, çocukların bakımını daha iyi sağlayacaklarına inandıkları için ailenin bakıma katılmasına çok olumlu bakmamıştır [15,86,90,98]. Sağlık çalışanları ebeveynlerin çocuğun yanında olmasının etkili bakımı engellediğini ve çocukların duygusal sağlığına zarar verdiğini düşünmüşlerdir [22,97].

Bowlby ve Robertson'un çalışmaları, toplumun ve politikacıların, hastanede yatan çocukların ebeveynlerinden ayrı kalması sonucunda ortaya çıkan anksiyeteyi ve olumsuz etkilenimlerini azaltmak için harekete geçmesinde oldukça etkili olmuştur [24]. İngiltere Sağlık Bakanlığı 1959 yılında "Hastanedeki çocukların gönenci" (Platt Raporu) adlı raporu yayınlamıştır. James Bowlby'nin çalışması üzerine temellenen rapor çocukların hastaneye aileleri ile birlikte kabulü, aile üyelerine 24 saat ziyaret hakkının verilmesi, hastanelerde çocuklara yönelik düzenlemeler yapılması gerektiği üzerinde durmuştur [87,97,99]. Platt raporunun diğer önerileri arasında ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte kalmalarına izin verilmesi, hastane ortamında oyun aktivitelerinin yapılmasına olanak sağlanması, çocuğa bakım ve tedavi uygulayacak sağlık üyelerinin çocuğun psikolojik ve fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterlilikte olması ve bu yönde mesleki eğitim almalarının gerekliliği yer almaktadır [11,97].

Bowbly ve Robertson'ın çalışmaları ve kuramı, Robertson'ın filmleri ve kitabının yayımlanması, tüm bunlara paralel yayımlanan Platt raporu gibi gelişmeler pediatristlerin, hemşirelerin ve ebeveynlerin yer aldığı ortamlarda tartışılmış, günümüzde "Hasta Çocuklar için Girişim (Action of Sick Children-ASC) olarak bilinen İngiltere'de Çocukların Refahı için Ulusal Birlik (National Association for the Welfare of Children) kurulmuştur. Bu oluşum tüm Avrupa, Avustralya ve Güney Amerika'da benzer hareketlerin gelişimine katkı sağlamıştır [97].

Yapılan köklü değişikliklerden sonra 1960-1970'li yıllarda eğitim, sağlık ve çocuk gelişimi uzmanları, aile merkezli bakım yaklaşımı ile ilgili çalışmalar yapmıştır. Zamanla ebeveyn katılımı, ebeveynle bakım ve bakımda işbirliği gibi modeller geliştirilerek çocuk hastaneleri, birimleri ve ünitelerinde hastaneye yatan çocuğun ebeveyni ile birlikte kalması sağlanmıştır [100,101]. Ailenin ve çocukların sağlığını koruma ve sürdürmede, çocuğun psikososyal ve gelişimsel ihtiyaçlarının karşılanmasında ailenin önemine yönelik farkındalığın artması sonucu, aile merkezli bakım sağlık bakımında önemli bir kavram olarak yerini almıştır [93,102].

Platt raporundan sonra yayımlanan Hastanede Yatan Çocuk Hakları Bildirgesine (1996) göre; hastanede kalan çocuğun ebeveyninin her zaman yanında kalma hakkı; çocuk ve annenin yaş ve algılama düzeylerine uygun bir şekilde bilgi alma ve sağlıkla ilgili tüm kararlara katılma hakkı; çocuk yaşına gelişim özelliklerine uygun tasarlanmış ortamda kalma hakkı; ebeveynler için konaklama yerlerinin sağlanması ve bu hizmet için ebeveynin ek bir ücret ödememe hakkı ve benzeri maddeler yer almaktadır [102,103].

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1992'de Aile Merkezli Bakım Enstitüsü kurulmuştur. Bu enstitünün aile merkezli bakım yaklaşımını kolaylaştırmak için ailelere, eğitimcilere, doğrudan hizmet sağlayıcılara, yönetici ve politikacılara liderlik stratejileri, kaynakları ve programları geliştirmek gibi görevleri vardır [11,100].

Aile merkezli bakımın önemine yönelik klinik araştırmalar yapılmakta ve klinik ortamda da bu konuya dikkat çekilmektedir [101]. Amerika Tıp Enstitüsü 2001 yılında aile merkezli bakım uygulamalarını içeren 21. yüzyıl için yeni bir sağlık sistemi raporunu yayınlamıştır. Bu raporda, hastaların kendi sağlık bakımları ile ilgili kararlara katılmalarını sağlamak, hastaların tedavi seçenekleri konusunda daha iyi bilgilendirilmek, hasta ve hasta yakınlarının bilgi erişiminin kolaylaştırılmasına yönelik yeni yöntemler geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır [95]. Aile merkezli bakım, aile ve sağlık personelinin iş birliği yaptığı tek modeldir ve çocuklar için en üst düzeyde bakım vermeyi hedefler [92].

2.8.3. Aile Merkezli Bakımın Tanımı ve Amacı

Aile merkezli bakım, çocuk ve ailesini fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alan, holistik/bütüncül bakım yaklaşımını içeren ve bunun yanında her ailenin bireysel farklılıklarını da göz önünde bulunduran bir kavramdır [95].

Tüm ailelerin çocuklarına bakım vermek isteyecekleri inancını temel alan aile merkezli bakım, aileyi çocuğun yaşamının değişmez bir parçası olarak görür [16,96]. Bu bakım yaklaşımı sadece çocuğu bireysel olarak değil, tüm aileyi sağlık hizmetleri içerisinde 'bakım alıcı' olarak kabul eder [14]. Aile merkezli bakım çerçevesinde aile, bakımın temelinde yer alır ve genellikle hastanın birincil destek sistemidir. Aile çocuğun bakımında sağlık çalışanı ile güçlü bir işbirliği içindedir [86,95].

Aile merkezli bakım; çocuğun hastalık ve iyileşme sürecinde sağlık hizmetlerinin planlanması, bakımın sunulması ve değerlendirilmesi aşamalarının tümüne aileyi dahil eder ve çocuğun bakımında ailenin önemini kabul eder. Çocuk ve ailenin bağımsızlığını destekleyen aile merkezli bakım anlayışı, aileyi en iyi seçimleri yapması için motive eder, ailenin yaptığı seçimlere saygı duyar, sağlık bakım ekibi ve ailenin rollerini yeniden tanımlamayı hedefler [20-104].

Aile merkezli bakımın amacı, çocuk ve aile arasındaki bağları korumak, ailenin çocuğun bakımına katılımını sağlamak, çocuğun hastane ortamında kendini güvende hissetmesini sağlamak dolayısıyla hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerinin önüne geçmektir [80]. Aynı zamanda aile merkezli bakım, çocuk ve ailenin sağlığını sürdürmesini ve geliştirmesini sağlayan güçlü yanlarını ortaya çıkarmayı, bu özelliklere odaklanarak çocuğun bakım ve gereksinimlerini karşılama konusunda ailenin öz yeterliliğini desteklemeyi amaçlar [95,104,105]. Bu yaklaşım ile aile üzerinde yaratılan olumlu etkilenmenin çocuğun sağlık ve gelişimine de yansıyacağı düşünülmektedir [73,105].

Amerika Birleşik Devletleri Aile Merkezli Bakım Enstitüsü, aile merkezli bakımı; çocuk, aile ve sağlık ekibi üyeleri arasındaki işbirliği yaklaşımı şeklinde tanımlamıştır. Aile merkezli

bakımın saygı, destek, kuvvet, işbirliği, esneklik, bilgi, yetki ve seçenek olmak üzere sekiz kavramı içerdiğini belirtmiştir [22].

Aile merkezli bakımın uygulanması ile ilgili dört temel kavram vardır:

1. İtibar ve Saygı: Sağlık çalışanları ailelerin değerleri, inançları ve kültürel geçmişlerinden kaynaklanan tercihlerine ve görüşlerine saygı duyar ve bunları sunulan bakımla bütünleştirir.
2. Bilgi Paylaşımı: Sağlık çalışanları hastaları ile ilgili bilgileri ve gelişmeleri aileler ile düzenli olarak zamanında, tam, doğru ve ön yargısız olarak paylaşır.
3. Ailenin Bakımda Yer Alması: Aileler kendi seçimleri ve istekleri düzeyinde hastalarının bakımında yer almaya ve onlarla ilgili karar vermeye cesaretlendirilirler.
4. Aile ile İş Birliği: Aileler bakım ile ilgili programların geliştirilmesinde, kurumun tasarımında ve profesyonellerin eğitiminde sağlık çalışanları ile iş birliği içerisinde olurlar [16].

Ailenin çocuğa destek olması, onun sağlık sorununa ve hemşirelik bakımına karşın tepkilerini belirleyen en önemli faktördür ve bu nedenle pediatri hemşireliğinde ailenin bakıma dahil edilmesi çok önemlidir [10]. Aile merkezli bakım, hastane ortamında çocukların ve ebeveynlerinin ihtiyaç ve beklentilerini en iyi şekilde karşılayan bakım yaklaşımıdır [17,18].

2.8.4. Aile Merkezli Bakımın İlkeleri

Aile merkezli bakım, sağlık hizmetleri sunumunda aile ve sağlık çalışanının ortak kararlar alarak işbirliği içinde yürüttükleri bir bakım yaklaşımıdır [95,101]. Aile merkezli bakım, gelişmiş ülkelerde hasta tedavisinin ve sağlık hizmetleri sunumunun kalitesini arttırmanın en önemli bileşeni olarak görülmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-AAP), verilen hizmetin standart hale getirilmesi, kalitenin arttırılması ve sağlık çalışanlarının bakımlarını aile merkezli bakım anlayışı ile sunabilmeleri için ilkeler yayımlamıştır. Aile merkezli bakım, sağlık profesyonellerinin eğitiminde olduğu kadar, sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve değerlendirilmesinde hastalar, aileler, hemşireler, hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri arasındaki işbirliğine dayanır. Bu işbirliğine dayalı ilişkileri yönlendiren ilkeler:

1- Her çocuğa ve ailesine saygı duymak,
2- Ailelerin, etnik, kültürel, sosyoekonomik farklılıklarına ve bu farklılıkların ailelerin deneyim, baş etme yöntemleri ve bakımı algılama biçimlerine olan etkisine saygı göstermek,
3- Zor ve destek gerektiren durumlarda bile, çocuğun ve ailenin güçlü yönlerini ve bireyselliğini tanımak, kabul etmek ve desteklemek,

4- Çocuk ve ailenin. bakım ve destek yaklaşımları hakkında seçimlerini desteklemek ve kolaylaştırarak onlara yol göstermek,
5- Bakım veren kişilere politika ve prosedürlerin uyarlanabilir olması açısından esneklik sağlamak; her bir çocuğun ve ailenin gereksinimlerine, inançlarına, kültürel değerlerine uygun olarak örgüt politikaları ve prosedürler konusunda düzenlemeler yaparak uygun hizmet vermek,
6- Çocuğun sağlık izlemi ile ilgili olarak ailelere tarafsız, eksiksiz, dürüst bilgiyi süreklilik içerisinde, ailelerin yararlı buldukları ve onayladıkları şekilde paylaşmak,
7- Yaşamın her döneminde çocuk ve aileye resmi ya da resmi olmayan (aileler arası) şekillerde destek sağlamak, iletişim ağını kolaylaştırmak,
8- Her düzeydeki sağlık hizmetinde çocuğun bireysel bakımında, sağlık çalışanlarının mesleki eğitiminde, bakımla ilgili politikalar oluşturma ve program geliştirmede ailelerle işbirliği yapmak,
9- Her çocuğu ve ailesini kendi güçlü yanlarını keşfetmeleri, kendilerine güvenmeleri ve kendi sağlıkları konusunda seçim yapıp karar vermeleri için güçlendirmektir [95].

2. 8. 5. Aile Merkezli Bakımın Yararları

2.8.5.1. Aile Merkezli Bakımın Çocuk ve Ebeveyn için Yararları

Hastaneye yatışın çocuk üzerinde birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Çocuğun anksiyete düzeyini arttıran durumlarla başa çıkmada gereksinim duyduğu duygusal desteğin sağlanması açısından aile merkezli bakım önemlidir [106]. Ailenin çocuğa destek olması, onun sağlık sorununa ve hemşirelik bakımına karşın tepkilerini belirleyen en önemli faktördür ve bu nedenle pediatri hemşireliğinde ailenin bakıma dahil edilmesi çok önemlidir [10].

Ebeveynin hastanede yatış süresince çocuğun yanında olması ve bakımına katılması, çocuğu sosyal, psikolojik ve fiziksel yönden olumlu yönde etkiler ve ebeveynlerinden ayrılmanın yarattığı anksiyete düzeyini azaltır [106]. Özbodur Yıldırım (2008)'ın aktarımına göre; Hallström ve ark (1997)'nın yaptığı çalışmada ebeveynleri bakıma katılan çocukların daha az ağrı ve anksiyete yaşadıklarını belirtmiştir [107]. Byers ve ark. (2006) preterm bebek ve ebeveynleriyle aile merkezli bakımın etkileri ile ilgili yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulanan gruptaki preterm bebeklerin daha az ağladıklarını, stres düzeylerinin ve analjezik ihtiyaçlarının daha az olduğunu saptamışlardır [23].

Hastanede yatma sürecinde ebeveyn çocuk ilişkisinin devam ettirilmesi çocuğun hastalığına, hastaneye ve tedaviye uyumunu arttırır, daha hızlı iyileşme göstermesini sağlar [87,106,108,109]. Kamerling ve ark. (2008)'nın pediatrik post-anestezi biriminde ebeveyn ziyaretini teşvik etmek için yaptıkları çalışmada ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmasının çocuğun rahatının sağlanmasında, analjezi gereksinimi konusunda olumlu yararları olduğu

saptanmıştır. Ayrıca aile merkezli bakımın iyileşme süresinin azalmasına da katkı sağladığı belirtilmiştir [110]. Ebeveynlerden alınan bilgilerle birlikte kararlara katılımları sağlanarak verilen daha gelişmiş bir klinik karar, çocuğa daha gelişmiş bir bakım planı oluşturulmasını sağlar [95].

Bunların yanında aile merkezli bakım, çocuğun güvende hissetmesini sağlar, memnuniyetini arttırır. Ebeveyniyle ilişkisinin kesintiye uğramasını engeller ve çocuğun ailesiyle, sağlık ekibi üyeleriyle sağlıklı bir iletişim kurmasını sağlar. Ebeveyni bakıma katılan çocuğun taburculuk sonrası bakımı konusunda ebeveynin yeterliliği de artar [87,108].

Yapılan çalışmalarda çocukların işlemler sırasında ebeveynleri ile birlikte olmak istedikleri saptanmıştır [111,112]. Coyne (2013), çalışmasında çocukların ailelerinin tanıdık olması ve varlıklarının daha az korku hissetmelerini sağladığı için genel bakımlarına katılmaları ve yardım etmeleri için ailelerini tercih ettiklerini saptamıştır. Benzer şekilde ebeveynler de işlemler sırasında çocuklarının yanında kalmak istediklerini belirtmişlerdir [112]. Boztepe ve Çavuşoğlu (2009)'nun çalışmasında annelerin % 90.1'inin tıbbi işlemler sırasında çocuklarının yanında kalmak istedikleri saptanmıştır [15]. Tosun ve Güdücü Tüfekçi (2015)'nin çalışmasında da ebeveynlerin çoğunluğu (%83.9) çocuğunun yanında kalmak istediğini belirtmiştir [21]. Güdücü Tüfekçi ve Erci (2007), ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması konusunda çocukların, ebeveynlerin ve sağlık çalışanlarının görüşlerini araştırdıkları çalışmalarında, ebeveynlerin %95.1'inin ağrılı bir işlem sırasında çocuklarının yanında bulunmayı istediklerini saptamışlardır [111]. Callery (1997)'nin çalışmasına göre de, ebeveynler çocuğun bakımında yer almayı istemekte ve bunun hem kendileri hem de çocuklarının sağlığı için olumlu sonuçları olacağını düşünmektedirler [99]. Yapılan araştırmalar, çocuğun hastanede yatma sürecinde çocuğun durumu, tanı ve tedavisi ile ilgili bilgi verilen ve çocuğun bakımına, karar verme sürecine dahil edilen ebeveynlerin anksiyetesinin azaldığını göstermiştir [17,73,83,87,99].

Hastaneye yatan çocuğun bakımının büyük oranda sağlık personeli tarafından üstlenilmesi, ebeveynlerde kontrol kaybı ve çaresizlik duygularına yol açmaktadır [80]. Aile merkezli bakım yaklaşımı ile ebeveynin hastanede yatan çocuğun bakımına katılması, çocuğun bakımında kaybettiği kontrol duygusunu yeniden yaşamasını sağlar [106]. Oktay (2004) çalışmasında ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılmalarının anksiyete düzeyini azaltarak konrol duygusu sağladığını belirtmiştir [83]. Aile merkezli bakım sağlık çalışanı ile ebeveyn arasında etkili iletişimi ve ebeveynlerin ihtiyaçlarının anlaşılmasını sağlar [22]. Etkili iletişimin sağlanması ebeveynin bakım konusundaki memnuniyetinin, bakımla ilgili güveninin ve yeterliliğinin artmasına katkıda bulunur [20,110]. Ayrıca ailenin gücü ve bakım verme kapasitesi de anlaşılır, bakımla ilgili eksikleri tamamlanır [95]. Cooper ve ark. (2007)'nın aile merkezli bakımın yoğun bakım ünitelerinde uygulanmasının yararını inceledikleri çalışmada, aile merkezli bakım uygulamaları sonucunda ebeveynlerin bebeğin sağlık durumuna ilişkin bilgi

alma düzeylerinin, ebeveyn ve bebek arasındaki bağlılığın ve ebeveynlerin bebek bakımı konusunda becerilerinin arttığı belirlenmiştir [17].

Aile merkezli bakım ile bakıma dahil edilen ebeveynler çocuğun bakımında karşılaştıkları sorunlarla daha etkili bir şekilde mücadele eder. Ebeveynler bakıma dahil edildiğinde taburculuk sonrası evde bakım için de yeterli hale gelmelerine ve olası sorunların önlenmesine katkı sağlanır [13,106]. Aykanat ve Gözen (2014)'in aktarımına göre; Erdeve ve ark (2008)'nın çalışmasında, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan bebeklerin bakımına katılan annelerin, katılmayan annelere göre bebek bakımı konusunda becerilerinin daha çok arttığı, bundan dolayı da bebeklerinin tekrar hastaneye yatma oranının iki kat daha az olduğu belirlenmiştir [80].

2.8.5.2. Aile Merkezli Bakımın Sağlık Personeli Açısından Yararları

Aile merkezli bakım pediatri kliniklerinin vazgeçilmez bir bileşenidir [17]. Aile merkezli bakım, hasta bakımı sırasında aile ve sağlık hizmet sunucuları arasında bir ortaklık kurar [113]. Pediatri kliniklerinde aile merkezli bakımın uygulanması, personelin mesleki durumlardan duygusal etkilenimini azaltır. Bu şekilde personelin kliniğe yönelik olumlu duygular geliştirmesi sağlanır. Sağlık çalışanının mesleki performansının artması, klinikteki personel değişiminin azalması, gereksinim duyulan ek hizmet ve sağlık maliyetinin azalması gibi sonuçlar da aile merkezli bakımın personel ve sağlık merkezi açısından yararları arasındadır [17].

Aile merkezli bakım uygulaması her çocuğun sağlığı ve gelişiminin desteklenmesinde sağlık çalışanı ve aile arasında güçlü bir işbirliği oluşturur. Sağlık personeli ailelerin güç ve bakım verme kapasitelerini daha iyi anlamalarını sağlar. Aile ile olan iletişimi güçlendirir; ebeveynlerden alınan sağlıklı veriler ile çocuğun bakımının daha iyi planlanmasını, uygulanmasını ve değerlendirilmesini sağlar. Aile ile işbirliği içinde geliştirilen bakım planı ile takiplerde iyileşme sağlanır, sağlık hizmetlerinde çocuk ve ailelerin memnuniyet düzeyleri artar. Bu da sağlık personelinin mesleki memnuniyetini ve iş doyumunu arttırır. Aile merkezli bakım uygulaması sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimin daha gelişmiş olmasını, daha iyi işbirliği ve bilgiye dayalı süreçler temelinde klinik karar vermeyi, zamanın ve sağlık bakım kaynaklarının daha etkili verilmesini sağlar. Aile merkezli bakım ile ailenin bakımda daha etkin olması, evde bakım oranını arttırır [95]. Gereksiz hastaneye yatışları, ve acil servise gelişleri azaltır, hastanede kalış süresini kısaltır. Bu şekilde mesleki zamanın ve sağlık bakım kaynaklarının daha etkili ve verimli kullanılmasına katkı sağlar [95,114,115]. Aile merkezli bakım sağlık sektöründe rekabeti de sağlayarak hizmetin kalitesini arttırır. Gelecekteki sağlık ekibi üyeleri için geliştirilmiş bir öğrenme ortamı sağlar [95]. Tıbbi hataların azalması, yasal iddiaların ve yasal giderlerin azalması da aile merkezli bakımın diğer yararları arasındadır [95,115].

2.8.6. Aile Merkezli Bakımın Uygulanmasının Önündeki Engeller

Aile merkezli bakım yaklaşımı ailenin, çocuğun yaşamında her zaman var olduğu düşüncesine dayanarak, bakımda ailenin önemini kabul eder, aile bireylerinin güçlerini ve seçimlerini destekler [10]. Çocuğun bakımında aile merkezli bakım uygulanmasının çocuk, ebeveynler ve sağlık çalışanları açısından bir çok yararı olduğuna dair çalışmalar literatürde yer almasına karşın, ebeveyn katılımı yeterli düzeyde değildir [106,116]. Aile merkezli bakım çerçevesinde, ebeveynler çocuğun birincil destek sistemidir ve bakımın temelinde yer alırlar [86]. Pediatride çocuk hastaların iyilik düzeyini en üst düzeye çıkarmak için aile merkezli bakım felsefesi benimsenmiştir [117]. Buna rağmen bakıma ve girişimlere ebeveyn katılımına yönelik olumsuz düşünceler de bulunmaktadır [118]. Aile merkezli bakımın uygulanmasının önünde birtakım engeller bulunmaktadır:

Hemşirelerin çalışma tempolarının yoğun olmasından dolayı, ailelere yeterli zaman ayıramamaları [101,118];

- Boztepe ve Çavuşoğlu (2009)'nun aile merkezli bakım uygulamalarını incelediği çalışmada, annelerin tümü çocuğun bakım ve tedavisi ile ilgili hekimlere soru sorabildiklerini ifade ederken, hemşirelere soru sorabildiğini ifade eden annelerin oranı %80.2'dir. Ailelerin %56.2'si hemşirelerin işlerinin yoğun olması nedeniyle soru soramadıklarını belirtmişlerdir [15].
- Benzer şekilde çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarını inceleyen Tosun ve Güdücü Tüfekçi (2015)'nin çalışmasında da ailelerin tümü hekimlere soru sorabildiklerini ifade etmiştir. Hemşirelere soru sorabildiklerini belirten ailelerin oranı ise %87.6'dır. Ailelerin %4.3'ü hemşireler çok yoğun oldukları için soru soramadıklarını belirtmiştir [21].

Ebeveynlerin hastanedeki rol, görev ve sorumluluklarının ne olduğuna dair bir rehberin bulunmaması [101,118];

- Aile merkezli bakımın kapsamı ve uygulamalar konusunda hemşireler ve ebeveynler açısından belirsizlikler bulunmaktadır. Hemşireler aile merkezli bakımın ilkelerini ve gerekliliklerini tam olarak yerine getirememekte, ebeveynler ise bakıma ne kadar katılacakları ve üstlenecekleri roller konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları için güçlükler yaşanmaktadır [118].

Hemşirelerin ağrı ve acı verici işlemler sırasında ebeveyn varlığının stresi arttıracağını düşünmeleri [101];

- Boztepe (2012), pediatri hemşirelerinin ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması hakkında görüşlerini incelediği çalışmasında hemşirelerin %62.8'i ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunmaması gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşireler

ebeveynlerin bulunmasının çocuğun ve sağlık personelinin anksiyetesini arttırdığını, işlem başarısını olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir [119].

- Karabudak ve ark, (2010)'nın çalışmasında ise hemşirelerin %87,4'ü personelin stresini arttırıp çalışmalarını zorlaştırdığı için ailelerin girişimsel işlemlere katılmaması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada ailelerin genelde basit işlemlere katılımının tercih edildiği, her türlü girişim sırasında aile katılımını destekleyen sağlık çalışanı oranı %3.7, yeniden canlandırma gibi ciddi bir girişim sırasında aile katılımını isteyenlerin oranı ise %0.7 olarak saptanmıştır [118].

Hemşirelerin yasal yükümlülükleri nedeniyle bakım uygulamalarına ebeveynleri dahil etmemeleri [101,118];

- Sağlık çalışanları aile varlığının, ekibin teknik becerilerini olumsuz etkileyeceği ve herhangi bir aksaklık durumunda aile üyelerinin dava açacağını düşünebilmektedirler [120]. Karabudak ve ark (2010)'nın girişimsel işlemlerde aile üyelerinin bulunması ile ilgili yaptıkları çalışmada hemşirelerin %20.0'ı ailenin herhangi bir sorun geliştiğinde çalışanlar hakkında dava açma ve yasal süreci başlatma korkusu oluşturduğu için ailenin girişimsel işlemlere katılmaması gerektiğini ifade etmişlerdir [118].

Hemşireler ve ebeveynler arasındaki iletişim sorunları [92,101,118];

- Boztepe ve Çavuşoğlu (2009)'nun çalışmasında ebeveynler (%19.8) hemşirelere soru soramadıklarını ifade etmişlerdir. Ebeveynler (%62.5) hemşirelerin sert davranmaları nedeniyle soru sormaktan çekindiklerini belirtmişlerdir. Annelerin %56.8'i ise çocukları ile ilgili endişelerini hemşirelerle paylaşamamaktadırlar. Bu annelerin %26,1'i hemşirelerin endişelerini anlamayacaklarını düşündükleri için; %17.4'ü ise hemşireler sert davrandıkları için; %10.9'u ise hemşirelerin kendilerini dinlemediklerini düşündükleri için endişelerini paylaşamamaktadırlar [15].
- Tosun ve Güdücü Tüfekçi (2015)'nin çalışmasında ise benzer şekilde annelerin %12.4'ü hemşirelere soru soramadıkları ifade ederken, bu annelerin %5.9'u sert tepki aldıkları için, %2.2'si yanıt alamadıkları için hemşirelere soru soramadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca annelerin %20.4'ü hemşirelerin sert davranmaları, onları dinlememeleri, yanıt vermemeleri ve anlamayacakları gibi nedenlerden dolayı çocukları ile ilgili endişelerini hemşirelerle paylaşamadıklarını ifade etmişlerdir [21].
- Annelerin soru soramama ve endişelerini paylaşamama nedenleri hemşirelerle aralarındaki iletişim sorunlarından kaynaklanmaktadır. Aile merkezli bakımın uygulanmasındaki en önemli güçlüklerden birisi hemşirelerin ebeveynleri bakıma dahil etmek için yeterli bilgilendirme yapmamalarıdır [15]. Ebeveynlerin hemşirelerle

endişelerini paylaşamadıkları ve soru soramadıkları durumlarda anksiyete düzeyleri artmakta ve çocuğun bakımına etkin katılımı mümkün olmamaktadır [21].

Aile merkezli bakım uygulamalarının yaygınlaşması için yönetsel destekte yetersizlik [101,118];

- Hemşireler bireysel olarak ya da birim olarak aile merkezli bakım uygulamalarını entegre etmeyi amaçlasalar da bir çok sağlık sistemi, örgüt düzeyinde geniş kapsamlı uygulamaya karşı direnç göstermektedir. Birçok hastanede aile merkezli bakım uygulamalarının ilerlemesini engelleyen modası geçmiş politikalar hala devam etmektedir. Bu politikalar hemşire ve ebeveyn işbirliği için ailelerin rol üstlenmelerini, ebeveynlerin işlemlere katılımını sınırlayabilmektedir [121].

Hemşirelerin aile merkezli bakım ve ilkeleri konusunda bilgi eksikliğinin olması [101,118];

- Dur ve ark. (2016)' nın hemşirelerin aile merkezli bakım ile ilgili tutum ve davranışlarını incelediği çalışmada hemşirelerin %64.3'ünün aile merkezli bakım ile ilgili bilgi sahibi oldukları, bu hemşirelerin ise %34.4'ünün konu ile ilgili bilimsel kaynaklar okuyarak ve mesleki eğitimlerinin içeriğinde yer alan derslerden bilgi edindikleri belirlenmiştir [122].

Hemşirelerin aile merkezli bakıma ve ailelerin rollerine ilişkin kişisel algıları ve değer yargıları [101,118];

- Hemşirelerin kendilerini çocuğun bakımı konusunda profesyonel bir güç olarak kabul etmeleri ve bu rollerini ebeveynlerle paylaşmak istememeleri [101],
- Ailelerin işlemler sırasında çocuğun yanında olmasının aile üyelerini psikolojik olarak olumsuz etkileyeceğini düşünmeleri, ebeveynlerin varlığının çalışma alanını kısıtlaması ve bakımın olumsuz etkilenmesi, ailenin varlığının çocuğun tepkilerinde artmaya neden olacağı düşüncesi [116],
- Hemşirelerin aileler bakıma dahil olduğunda verimliliklerinin azalacağını düşünmeleri, aile merkezli bakımın ebeveynle işbirliğini ve sık sık bilgilendirmeyi gerektirmesi, bunun da zaman ve enerji kaybına yol açacağı düşüncesi [93].
- Boztepe (2012) çalışmasında hemşirelerin %77.1'i ebeveynlerin çocuğun yanında olduğu durumlarda çocuğun stresinin arttığı, %60.0'ı sağlık personelinin %31.4'ü ise annenin stresinin arttığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %48.5'i işlemin süresinin uzattığı, %60.0'ı ise işlemi güçleştirdiği için ebeveyn varlığının olumsuz olduğunu düşünmektedir [119].
- Callery (1997), ebeveynlerin ve hemşirelerin hastanede yatan çocuğun bakımına aile katılımı konusundaki algılarını incelediği çalışmada, hemşireler ebeveynlerin çocuğun

bakımı ve girişimler sırasında bulunmasını ve ebeveynlerin endişelerini paylaşmanın iş yükünü arttırıcı bir faktör olarak gördüklerini belirtmişlerdir [99].

2.8.7. Aile Merkezli Bakımın Uygulanmasında Hemşirenin Rolleri ve Görevleri

Aile merkezli bakım yaklaşımı, hastalar, aileleri ve sağlık hizmet sunucuları arasında karşılıklı yarar sağlayan ortaklıklara dayanır. Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve değerlendirilmesi sürecinde yenilikçi bir yaklaşımdır [95,117,121]. Aile merkezli bakım felsefesi, ailenin çocuğun hayatındaki sürekliliğini ve değişmezliğini kabul eder; ailenin bakım ve karar verme süreçlerine aktif katılımını teşvik eder [121]. Sağlık profesyonelleri çocuğa bakım verirken sosyal, duygusal ve gelişimsel desteğin bu bakımın bir parçası olduğunu göz ardı etmemelidirler [95].

Aile merkezli bakımın geliştirilmesi konusunda tek sorumlu sağlık çalışanı hemşireler değildir [121]. Ancak hemşireler çocuk ve ailelerle en yakın ilişkide olan sağlık profesyonelleridir [24]. Bu nedenle hastanın bakımında ortak uygulamaları başlatmak ve entegre etmek konusunda büyük bir role sahiptirler [24,123]. Hastalar ve aileleri arasında bir köprü görevi üstlenen hemşirelerin rol model olmak ve rehberlik etmek gibi görevleri de vardır [121].

Her birey ve her aile birbirinden oldukça farklı olabilir [106]. Hemşireler öncelikle bu çeşitliliği kabul etmeli ve saygı duymalıdırlar [117]. Çocuk sağlığı hemşiresi hastanede yatan çocuğun rutinlerini sürdürmesini sağlayarak korku ve anksiyetesini azaltmalıdır. Bu şekilde hastanede yatmanın çocuk için travmatik bir deneyim olmasını engellemelidir [10].

Hemşire bakım verirken, çocuk ve ebeveynlerin güçlü ve zayıf yanlarını tanımalı, farkında olmalıdır. Ailenin baş etme yöntemlerini değerlendirmeli ve bu konuda destekleyici rolde olmalıdır [80]. Baş etme yöntemi olarak kullandıkları spiritüel yöntemler varsa (ibadet, dua vb.) saygı duyulmalıdır [80,112].

Hemşireler aile bütünlüğünü desteklemek ve devamlılığını sağlamak için ebeveynlerin rol ve sorumluluklarını yerine getirmelerine olanak tanımalıdır [95]. Aynı zamanda rol karmaşasını önlemek için ebeveynlerden ne beklediklerinin ayrımını yapmalı ve bu konuda onları da bilgilendirmelidirler [13].

Hemşirenin aileyi bakıma dahil ederken üzerine düşen en önemli görev aileyi desteklemektir. Desteğin etkinleştirme ve güçlendirme olmak üzere iki ana bileşeni vardır. Hemşire aileye sahip oldukları becerileri görmeleri açısından olanaklar yaratıp, fırsat vermeli, yeni beceriler kazanmalarını sağlamalıdır. Bu şekilde aileyi bakımda etkinleştirmelidir. Güçlendirme ise ailenin kendi yaşamları ve karar aşamalarında kontrol duygusunun yaratılmasıdır. Hemşire aileyi destekleme görevini yerine getirirken ailenin bakıma katılmaya ne kadar hazır olduğunu da değerlendirmeli ve bakımı bu doğrultuda planlamalıdır [106].

Bunun yanı sıra çocuk sağlığı hemşiresi, bakımı tümüyle ebeveyne bırakmamalı, annelerin hastanede çocuğun tüm fiziksel bakımını üstlenmelerinin kendilerine yeterince zaman ayıramamalarına, duygusal ve fiziksel olarak tükenmelerine neden olabileceğini göz önünde bulundurmalıdır. Bu nedenle bakımı planlarken annenin kendi gereksinimlerini de karşılayabileceği şekilde düzenlemeler yapmalıdır [95].

Ailelerin hastane ortamında çocuklarının bakımlarına etkin bir şekilde katılabilmeleri, bulundukları ortamı tanımalarına ve sağlık çalışanlarıyla iyi bir iletişimlerinin olmasına bağlıdır. Bunu sağlamak için ailelere ve çocuklara hastane ortamının tanıtılması, klinik rutinler, çalışanlar hakkında bilgi verilmesi ve bu bilgi paylaşımının taburculuğa kadar eksiksiz ve tarafsız şekilde sürdürülmesi gereklidir. Tüm bunlar aile merkezli bakım konusunda önemli hemşirelik uygulamalarıdır [87]. Hemşire aile ve sağlık ekibi arasında eksiksiz ve tarafsız bilgi aktarımını sağlamalıdır. Aile çocuğun durumu ve işlemler hakkında sürekli bilgilendirilmelidir [117]. Ailelerle bilgi paylaşımında bulunulması onların çocuklarının bakımına ve kararlara dahil olmasının temel öğelerinden birisidir [106].

Hemşirenin aileyi bakıma dahil etmesi ve açık iletişim kurması, aile ve çocuk ile daha etkili, destekleyici, güvenilir, dürüst bir etkileşim oluşmasını sağlayarak verilen bakımın kalitesini arttırır[19].

Çocuk sağlığı hemşiresi eğitici rolü çerçevesinde çocuğun hastaneye kabulünden taburcu oluncaya kadar ailelere çocuğun bakımı konusunda eğitim vermelidir. Aileleri bakıma dahil ederek gerekli bilgi ve becerileri kazandıklarından ve doğru uyguladıklarından emin olmalı, eğitimin etkinliğini değerlendirmelidir [95]. Hemşire ebeveynlere verilen bilgileri anlamaları konusunda yardım etmeli, soru sormalarına izin vermeli, anlaşılır ve açık bilgiler vermelidir [80]. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin hemşireler tarafından çocuğun bakımı konusunda kendilerine verilen bilgileri yetersiz buldukları, bilgilendirilenlerin ise verilen bilgileri anlamadıkları belirlenmiştir [15]. Çocuk sağlığı hemşiresi aile merkezli bakım ile ebeveyni bakımın her aşamasına dahil ettiğinde bakımın ve eğitimin sürekliliği sağlanabilmektedir [106]. Bu şekilde ebeveynler çocuğun evdeki bakımına da hazırlanabilmekte ve stresleri önemli derecede azalmaktadır [95]. Hemşirenin diğer bir görevi ise toplum hizmetleri veya evde bakım için taburculuk ya da hastanın sevk edilmesi sırasında uygun bakımları alabilmesi için aileye kaynak bulmak ve yönlendirmektir [117].

Ebeveynlerin birbirine destek olmasını teşvik etmek ve olanak sağlamak aile merkezli bakımı güçlendirir. Çocuk sağlığı hemşiresi ailelerin birbirleri ile iletişim kurmalarına yardımcı olmalıdır. Ailelerin olumlu etkileşim kurması sağlanmalı, bu şekilde sağlık çalışanlarının desteğine, ebeveynlerin birbirlerine olan desteği de eklenmelidir [86]. Gooding ve ark (2011)'nın çalışmasında benzer sağlık sorunu olan çocukların ebeveynlerinin iletişim kurmaları

ve deneyimlerini paylaşmalarının bakıma adaptasyonu arttırdığı; ailelere bilgi, umut, öneri ve destek konusunda kaynak oluşturdukları belirtilmiştir [123].

Aile merkezli bakımın etkin uygulanabilmesi için sağlık ve hastane politikalarında düzenlemeler yapılmalıdır. Bu düzenlemeler hastanede ebeveynlerin çocuklarıyla sürekli olarak kalabilmelerine, gereksinimlerini karşılamalarına, kolayca ulaşmalarına olanak sağlayacak şekilde olmalıdır. Hemşireler bu politikaların oluşturulmasında aktif rol almalıdırlar. Araştırmacı rolü olan çocuk sağlığı hemşiresi, aile merkezli bakımın önemi ve klinikte uygulamaya geçirilmesi konusunda araştırmalar yapmalı, araştırma sonuçları doğrultusunda kanıta dayalı uygulamaları bakıma yansıtmalıdır [95].

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin liderlik özellikleri ile hastanede yatan çocuğun bakımında aile merkezli bakımı değerlendirme durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Soruları

1- Hemşirelerin liderlik özellikleri ne durumdadır?
2- Hemşirelerin hastanede yatan çocuğun bakımında aile merkezli bakımı değerlendirme durumları nasıldır?
3- Hemşirelerin liderlik özellikleri ile hastanede yatan çocuğun bakımında aile merkezli bakımı değerlendirme durumları arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Çukurova Bölgesinde (Mersin, Adana, Hatay, Osmaniye) yer alan Üniversite Hastaneleri ve Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Çocuk Hastaneleri'nin (Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Adana Çukurova Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinden Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Osmaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi) çocuk kliniklerinde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumlar ve özellikleri:

-*Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi:* Çocuk birimi olarak çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniği, çocuk onkoloji-hematoloji kliniği, çocuk enfeksiyon kliniği, çocuk cerrahisi kliniği, çocuk yoğun bakım ünitesi ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Çocuk kliniklerinde toplam 94 hemşire görev yapmaktadır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniği 26 yatak kapasiteli olup 10 hemşire; çocuk onkoloji-hematoloji kliniği 16 yatak kapasitesine sahip olup, 8 hemşire; çocuk enfeksiyon kliniği 14 yatak kapasiteli olup 8 hemşire; çocuk cerrahi kliniği 30 yatak kapasiteli olup 8 hemşire; yenidoğan yoğun bakım ünitesi 20 yatak kapasiteli olup 39 hemşire; çocuk yoğun bakım ünitesi 12 yatak kapasitesine sahip olup 21 hemşire görev yapmaktadır.

- *Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi:* Büyük çocuk ve enfeksiyon kliniği, süt çocuğu-I, süt çocuğu-II, çocuk cerrahisi kliniği, çocuk yoğun bakım ünitesi ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi yataklı kliniklerdir. Kliniklerde toplam 101 hemşire görev yapmaktadır. Büyük çocuk ve enfeksiyon kliniği 40 yataklı olup 12 hemşire, süt çocuğu I kliniği 37 yataklı olup 14 hemşire, süt çocuğu-II 43 yataklı olup 15 hemşire, çocuk cerrahisi 20 yataklı olup 8 hemşire, çocuk yoğun bakım ünitesi 15 yataklı 26 hemşire ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi 34 yataklı olup 26 hemşire görev yapmaktadır. Çocuk kliniklerinde hasta odalarında yemek masası, televizyon, telefon, etajer ve çocuğun yanında kalan refakatçiler için yatağın altında refakatçi yatağı bulunmaktadır. Klinik içinde mutfak bulunmakta ve çocuğun yanında bir kişi kalabilmektedir. Ziyaret saatleri gündüz 13.00-14.00 ile akşam 19.00-20.00 saatleri arasındadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin anneleri için ayrı bir ünite bulunmaktadır. Burada annelerin konaklama, beslenme ve duş gereksinimleri karşılanmaktadır. Ayrıca odalarda televizyon, buzdolabı bulunmaktadır. Anneler için ziyaret kısıtlaması bulunmazken, babalar haftada en az iki defa bebeklerini görebilmektedir.

- *Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi:* Çocuk cerrahi kliniği, çocuk enfeksiyon kliniği, çocuk onkoloji kliniği, çocuk hematoloji kliniği, büyük çocuk-I kliniği, büyük çocuk-II kliniği, genel çocuk kliniği, çocuk yoğun bakım ünitesi, yenidoğan-I ve yenidoğan-II yoğunbakım ünitelerinden oluşmaktadır. Çocuk kliniklerinde toplamda 140 hemşire görev yapmaktadır. Çocuk cerrahi kliniği 22 yatak kapasiteli olup 10 hemşire; çocuk enfeksiyon kliniği 20 yatak kapasiteli olup 8 hemşire; çocuk onkoloji kliniği 20 yatak kapasitesine sahip olup 10 hemşire; çocuk hematoloji kliniği 20 yataklı olup 9 hemşire; büyük çocuk- I kliniği 18 yatak kapasiteli olup 9 hemşire; büyük çocuk- II kliniği 18 yataklı olup 11 hemşire; genel çocuk kliniği 16 yatak kapasiteli olup 9 hemşire; çocuk yoğunbakım ünitesi 13 yataklı olup 24 hemşire; yenidoğan yoğun bakım-I ünitesi 23 yatak kapasitesine sahip olup 30 hemşire; yenidoğan yoğun bakım-II ünitesi ise 18 yatak kapasitesine sahip olup 20 hemşire görev yapmaktadır.

- *Adana Kadın Doğum ve Çocuk hastanesi:* Hastane yenidoğan I-II yoğunbakım üniteleri ve çocuk cerrahi kliniklerinin bulunduğu Marsa Doğumevi ve Yenidoğan Hastanesi ve büyük çocuk servisi, süt çocuğu I servisi, süt çocuğu II kliniği, süt çocuğu III kliniği, çocuk enfeksiyon kliniği, çocuk yoğun bakım ünitesinin yer aldığı Çocuk Hastalıkları Hastanesi olarak iki ayrı binada hizmet vermektedir. Kliniklerde toplamda 174 hemşire görev yapmaktadır. 23 hasta kapasiteli Yenidoğan-I yoğunbakım ünitesinde 22 hemşire; 34 hasta kapasiteli yenidoğan-II yoğun bakım ünitesinde 40 hemşire; 14 yataklı çocuk cerrahisi kliniğinde 8 hemşire görev yapmaktadır. Büyük çocuk servisi 24 yataklı olup 12 hemşire; süt çocuğu I kliniği 49 yatak kapasiteli olup 15 hemşire; süt çocuğu II kliniği 55 yataklı olup 15 hemşire; süt çocuğu III kliniği 33 yatak kapasitesine sahip olup 12 hemşire; çocuk enfeksiyon kliniği 18 yataklı olup 10

hemşire ve çocuk yoğun bakım ünitesi 20 yatak kapasitesine sahip olup 40 hemşire görev yapmaktadır.

- *Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi:* Çocuk kliniği olarak Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ve çocuk kliniği bulunmaktadır. Çocuk kliniklerinde toplam 29 hemşire görev yapmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi 16 hasta kapasiteli olup 19 hemşire; çocuk kliniği ise 42 yataklı olup 10 hemşire görev yapmaktadır.

- *Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi:* Yenidoğan 1.düzey yoğun bakım ünitesi ve bebek servisi olmak üzere iki çocuk kliniği bulunmaktadır. Çocuk kliniklerinde toplam 52 hemşire görev yapmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi 36 yatak kapasitesine sahiptir ve 40 hemşire görev yapmaktadır. Bebek servisi ise 30 yatak kapasiteli olup 12 hemşire görev yapmaktadır.

- *Osmaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi:* Yenidoğan yoğun bakım ünitesi, 0-2 yaş çocuk kliniği, Büyük çocuk servisi ve çocuk cerrahisi kliniğinden oluşmaktadır. Çocuk kliniklerinde toplam 41 hemşire görev yapmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi 16 hasta kapasitesine sahip olup 13 hemşire; 0-2 yaş çocuk kliniği 36 hasta kapasitesine sahip olup 10 hemşire; Büyük çocuk servisi 18 yatak kapasitesine sahip olup 10 hemşire ve çocuk cerrahi kliniği 16 yatak kapasiteli olup 8 hemşire görev yapmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Çukurova Bölgesinde yer alan Üniversite ve Kamu Hastaneleri (Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Adana Çukurova Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Osmaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi)'nin çocuk kliniklerinde görev yapan 631 hemşire oluşturmuştur.

3. 6. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmada olasılıklı olmayan gönüllü örnekleme ile örneklem oluşturulmuştur. Verileri toplandığı tarih aralığında çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler örneklemi oluşturmuştur. Evrenin %83.7'sine (528 hemşire) ulaşılmıştır.

3. 7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini hemşirelerin bireysel ve çalışma ortamına ilişkin özellikleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, en uzun süre yaşanılan yerleşim yeri, eğitim durumu, çalışılan hastane, çalışılan klinik, hemşire olarak çalışma süresi, çocuk kliniklerinde çalışma süresi, çalışılan kurumda hizmet içi eğitim düzenlenme durumu ve

bilimsel programlara katılma durumu oluşturmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise, hemşirelerin Liderlik Yönelimleri Ölçeği ve Aile Merkezli Bakım Anketi'nden aldıkları puanlardır.

3.8. Verilerin Toplanması

3. 8. 1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Araştırma verileri hemşirelerin bireysel ve çalışma ortamına ilişkin tanıtıcı bilgilerini içeren "Demografik Bilgi Formu" (Ek-1), "Liderlik Yönelimleri Ölçeği" (Ek-2) ve "Aile Merkezli Bakım Anketi" (Ek-3) kullanılarak toplanmıştır.

3. 8. 1. 1. Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formunda, araştırmaya katılan hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, en uzun sure yaşadığı yerleşim yeri, eğitim durumu, çalıştığı hastane ve bölümde çalışma süresi, kurs, seminer ve bilimsel programlara katılım durumu ile ilgili sorular yer almaktadır (Ek I).

3. 8. 1. 2. Liderlik Yönelimleri Ölçeği

Bireylerin liderlik özelliklerini değerlendirmek amacıyla Lee G. Bolman ve Terrence E.Deal (1990) tarafından Liderlik Yönelimleri Ölçeği geliştirilmiş ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Dereli (2003) tarafından ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır [124].

Toplam 32 ifadenin yer aldığı ölçek; İnsana yönelik liderlik, Yapıya yönelik liderlik, Dönüşümsel liderlik ve Karizmatik liderlik olmak üzere dört temel alt gruptan oluşur. 5'li likert (Hiçbir zaman: 1 puan; Nadiren: 2 puan; Bazen: 3 puan; Sık sık: 4 puan; Her zaman: 5 puan) tipinde olan ölçekten yüksek puan alınması kişinin ilgili liderlik özelliklerini her zaman sergilediğini; düşük puan alınması ise hiç sergilemediğini ifade etmektedir (Ek2).

Dereli (2003)'nin geçerlilik güvenirlik çalışmasında Liderlik Yönelimleri ölçeğinin tamamı için güvenirlik katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin güvenirlik katsayısının istatistiksel olarak oldukça yüksek anlamlılık düzeyine sahip olduğunu ifade etmektedir [125].

3. 8. 1. 3. Aile Merkezli Bakım Anketi (AMBA) (Family Centered Care Survey)

Aile merkezli bakım anketi sağlık personeli ve ebeveynlere yönelik iki ayrı formu bulunan, 2004 yılında Linda Shields ve Ann Tanner tarafından geliştirilmiş bir ankettir. Ankette 20 ifade bulunmaktadır. Bu ifadeler hastanede yatan çocuğun bakımında aile merkezli bakımı değerlendirmektedir. Anket 4'lü likert (1 puan: Asla, 2 puan: Bazen, 3 puan: Genellikle, 4 puan: Daima) tiptedir. Her bir ifadenin genel puan ortalamaları ile anket değerlendirmesi yapılmakta olup anketten alınabilecek en yüksek puan 80 en düşük puan ise 40'tır [125]. Türkiye'deki

geçerlilik güvenirlik çalışması Doğan (2010) tarafından yapılmıştır ve sağlık personeli için orijinal ankette 0.79 olan iç tutarlılık katsayısı, Doğan'ın çalışmasında α=0.78 bulunmuştur [126]. Bu çalışmada ise Cronbach α=0.75 olarak belirlenmiştir.

3. 9. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının yeterliliğini ve işlerliğini değerlendirmek için araştırmaya başlamadan önce araştırma kapsamı dışında tutulan 10 hemşireye Demografik bilgi formunun ön uygulaması yapılmış olup bunun sonucunda formda herhangi bir düzenleme ve değişiklik yapılmasına gereksinim duyulmamıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerde değişiklik yapılamadığı için ön uygulamaya dahil edilmemiştir.

3. 10. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları 14.10.2016-12.01.2017 tarihleri arasında araştırmaya dahil olmak isteyen hemşirelere dağıtılıp sonrasında tekrar toplanarak veriler elde edilmiştir.

3. 11. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi

Merkezi Limit Teoremi uygunluk nedeniyle normallik testi yapılmadan parametrik testler kullanılmıştır [127]. Verilerin çözümlenmesinde ölçeklerde sürekli yapıdaki verilen istatistiği yapılırken ortalama ve standart sapma, özelliklerin minimum ve maksimum değerler; kategorik değişkenleri tanımlarken frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Ölçeklerin iki bağımsız grup karşılaştırmalarında Independent Sample T-test; ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmasında One Way Anova testi kullanılmıştır. Güvenirliği değerlendirmek için Cronbach's alpha değeri belirlenmiştir. İkiden fazla gruplarda anlamlı fark bulunan değişkenlere Post Hoc testi uygulanmıştır. Ölçekler ve alt grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 (Statistical Package for The Social Sciences for Windows) istatistik paket programı kullanılmıştır.

3. 12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 01.09.2016 tarihli ve 2016/293 sayılı etik onay alınmıştır. Daha sonra araştırma kapsamındaki tüm hastanelerden resmi kurum izni ve araştırmaya katılan hemşirelerden sözlü onam alınmıştır.

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Çukurova Bölgesi'nde yer alan Üniversite ve kamu hastanelerinin çocuk kliniklerinde en az 3 aydır çalışmakta olan ve 14.10.2016-12.01.2017 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden, gönüllü hemşirelerle sınırlıdır.

4.BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Bulgular

Bu bölümde çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin liderlik özellikleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Çizelge 4.1.1. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n:528)

	Gruplar	Sayı(n)	Yüzde (%)
Yaş	18-22	35	6,6
	23-27	359	30,1
	28-32	131	24,8
	33-37	99	18,8
	38-42	78	14,8
	43 ve üzeri	26	4,9
Cinsiyet	Kadın	474	89,8
	Erkek	54	10,2
Medeni Durum	Evli	321	60,8
	Bekar	207	39,2
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	287	54,4
	Yok	241	45,6
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Yeri	İl	422	79,9
	İlçe	79	15,0
	Köy	27	5,1
Eğitim Durumu	Lise	63	11,9
	Önlisans	92	17,4
	Lisans	363	68,8
	Yüksek Lisans	10	1,9
Çalışılan Hastane	Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	286	54,2
	Üniversite Hastanesi	242	45,8
Çalışılan Bölüm	Dahili Çocuk Servisleri	208	39,4
	Cerrahi Çocuk Servisleri	40	7,6
	Yenidoğan Yoğun Bakım	227	43,0
	Çocuk Yoğun Bakım	53	10,0
Hemşire Olarak Çalışma Süresi	1-11 ay	12	2,3
	1-2 yıl	59	11,2
	3-5 yıl	143	27,1
	6-10 yıl	163	30,9
	11-20 yıl	116	22,0
	21 yıl ve üzeri	35	6,6
Çocuk Kliniklerinde Çalışma Süresi	1-11 ay	43	8,1
	1-2 yıl	85	16,1
	3-5 yıl	187	35,4
	6-10 yıl	163	30,9
	11-20 yıl	48	9,1
	21 yıl ve üzeri	2	0,4
Hastanedeki Görevi	Klinik Hemşiresi	492	93,2
	Sorumlu Hemşire	36	6,8
Bir Vardiyada Bakım Verilen Hasta Sayısı	1-4 hasta	105	19,9
	5-9 hasta	185	35,0
	10-20 hasta	137	25,9
	21-30 hasta	79	15,0
	31-40 hasta	22	4,2
Hizmetiçi Eğitim Düzenlenme Durumu	Evet	471	89,2
	Hayır	57	10,8
Bilimsel Programlara Katılma Durumu	Katıldım	252	47,7
	Katılmadım	276	52,3
Toplam		**528**	**100,0**

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Çizelge 4.1.1'de verilmiştir. Araştırmaya katılan 528 hemşirenin yaş ortalamasının 30,9±6,5 olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %89,8'inin kadın, %10,2'sinin erkek olduğu ve medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %60,8'inin evli %39,2'sinin bekar olduğu görülmüştür. Hemşirelerin %54,4'ünün çocuk sahibi olduğu, %45,6'sının çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerlerine göre dağılımları incelendiğinde %79,9'unun ilde, %15'inin ilçede ve %5,1'inin köyde yaşadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %11,9'unun lise, %17,4'ünün önlisans, %68,8'inin lisans ve %1,9'unun lisansüstü eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin %54,2'si kadın doğum ve çocuk hastanesinde, %45,8'i üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin hastanede çalıştıkları bölüme göre dağılımları incelendiğinde %39,4'ünün dahili çocuk kliniklerinde, %7,6'sının çocuk cerrahi kliniklerinde, %43.0'ının yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ve %10.0'ının çocuk yoğun bakım ünitesinde çalıştığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki deneyimlerine göre dağılımlarına bakıldığında, hemşirelerin %2,3'ünün 1 yıldan az mesleki deneyime sahip olduğu, %11,2'sinin 1-2 yıl, % 27,1'inin 3-5 yıl, %30,9'unun 6-10 yıl, %22,0'sinin 11-20 yıl ve %6,6'sının 21 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hemşirelerin %8,1'i 1 yıldan daha az, %16,1'i 1-2 yıl, %35,4'ü 3-5 yıl, %30,9'u 6-10 yıl, %9,1'i 11-20 yıl ve %0,4'ü ise 21 yıl ve üzeri süredir çocuk/yenidoğan kliniklerinde çalıştığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin iş yerindeki görevlerine göre dağılımları; %93,2 klinik hemşiresi, %6,8 ise sorumlu hemşire şeklindedir. Hemşirelerin bir vardiyada bakım verdikleri hasta sayısı incelendiğinde, %19,9'unun 1-4 hastaya, %35,0'inin 5-9 hastaya, %25,9'unun 10-20 hastaya, %15,0'inin 21-30 hastaya ve %4,2'sinin 31-40 hastaya bakım verdikleri saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda düzenli hizmet içi eğitim programı düzenlenme durumu incelendiğinde hemşirelerin %89,2'si düzenlendiğini, %10,8'i ise düzenlenmediğini belirtmiştir. Hemşirelerin %47,7'si hemşirelikle ilgili bilimsel programlara katıldıklarını, %52,3'ü ise katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Çizelge 4.1.2. Hemşirelerin Liderlik Yönelimleri Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamaları (n: 528)

LYÖ ve alt grupları	N	X	SD	Min- Max
İnsana Yönelik Liderlik	528	33,6	4,5	15-88
Yapıya Yönelik Liderlik	528	32,8	3,9	14-40
Dönüşümsel Liderlik	528	30,8	4,6	12-40
Karizmatik Liderlik	528	31,3	4,7	12-40
LYÖ- TOPLAM	528	128,5	15,3	65-201

Çizelge 4.1.2'de araştırmaya katılan hemşirelerin "LYÖ" alt gruplarından ("İnsana yönelik liderlik", "Yapıya yönelik liderlik", "Dönüşümsel liderlik", "Karizmatik liderlik") aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Hemşirelerin Liderlik Yönelimleri Ölçeği'nden alabilecekleri en yüksek puan 201, en düşük puan 65 olup; bu çalışmada LYÖ toplam puan ortalaması 128,5±15,2 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin LYÖ "insana yönelik liderlik" alt grubunun puan ortalamaları 33,6±4,5, en düşük ve en yüksek puanlar ise 15-88'dir. LYÖ "yapıya yönelik liderlik" alt grubunun puan ortalamaları 32,8±3,9, en düşük ve en yüksek puanlar 14-40'dır. LYÖ "dönüşümsel liderlik" alt grubunun puan ortalamaları 30,8±4,6 olup en düşük ve en yüksek puanlar 12-40'tır. LYÖ "karizmatik liderlik" alt grubunun puan ortalamaları 31,3±4,7, en düşük ve en yüksek puanlar 12-40'tır.

Çizelge 4.1.3. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özellikleri İle Liderlik Yönelimleri Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özellikleri		**Liderlik Yönelimleri Ölçeği Alt Grupları**														
		LYÖ Toplam			İnsana yönelik liderlik			Yapıya yönelik liderlik			Dönüşümsel liderlik			Karizmatik liderlik		
		N	**X±SD**	**P**	**N**	**X±SD**	**P**	**N**	**X±SD**	P	**N**	**X±SD**	P	**N**	**X±SD**	P
Yaş	18-22	35	123,9±19,5	0,064	35	33,1±4,7	**0,036**	35	31,4±4,9	**0,022**	35	29,7±5,5	0,346	35	29,7±5,9	0,148
	23-27	359	128,6±13,5		359	33,6±3,4		359	32,8±3,2		359	30,9±4,6		359	31,2±4,3	
	28-32	131	127,9±13,8		131	33,2±3,7		131	32,3±4,1		131	31,1±4,2		131	31,4±4,2	
	33-37	99	131,9±14,9		99	34,8±6,2		99	33,7±3,5		99	31,3±4,6		99	32,1±4,5	
	38-42	78	126,3±18,7		78	32,9±5,1		78	32,6±4,5		78	30,1±5,0		78	30,7±5,9	
	43 ve üzeri	26	130,7±14,7		26	34,5±3,5		26	33,3±3,5		26	31,2±4,6		26	31,7±4,8	
Cinsiyet	Kadın	474	128,9±15,1	0,095	474	33,8±4,5	**0,039**	474	32,9±3,8	0,085	474	30,9±4,6	0,479	474	31,4±4,7	0,181
	Erkek	54	125,2±16,5		54	32,4±4,4		54	31,9±4,6		54	30,4±4,9		54	30,4±4,6	
Medeni Durum	Evli	321	128,1±15,9	0,435	321	33,4±5,1	0,146	321	32,7±4,1	0,719	321	30,7±4,5	0,460	321	31,2±4,8	0,897
	Bekar	207	129,2±14,3		207	33,9±3,3		207	32,8±3,5		207	31,0±4,7		207	31,3±4,7	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	287	128,4±16,0	0,803	287	33,5±5,2	0,355	287	32,7±4,1	0,793	287	30,9±4,6	0,963	287	31,3±4,8	0,811
	Yok	241	128,7±14,4		241	33,8±3,4		241	32,8±3,6		241	30,8±4,7		241	31,2±4,6	
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Yeri	İl	422	129,1±15,5	0,147	422	33,7±4,7	0,324	422	32,9±3,9	0,256	422	30,9±4,5	0,362	422	31,5±4,8	0,088
	İlçe	79	126,7±15,2		79	33,2±3,9		79	32,4±3,9		79	30,5±5,1		79	30,5±4,7	
	Köy	27	124,3±15,3		27	32,7±3,2		27	31,8±3,3		27	29,8±4,5		27	30,0±3,7	
Eğitim Durumu	Lise	63	127,2±20,4	**<0,029**	63	33,6±5,2	**<0,001**	63	32,2±5,2	0,057	63	30,5±5,5	0,742	63	30,9±6,0	0,531
	Önlisans	92	128,9±14,5		92	33,9±3,5		92	33,1±3,6		92	30,7±4,7		92	31,1±4,8	
	Lisans	363	128,3±14,0		363	33,4±3,6		363	32,7±3,6		363	30,9±4,5		363	31,3±4,5	
	Lisansüstü	10	142,5±23,8		10	41,5±16,7		10	35,6±3,2		10	32,1±3,8		10	33,3±4,1	
Çalışılan Hastane	Çocuk H.	286	129,3±15,7	0,203	286	33,9±5,0	0,162	286	32,9±3,8	0,440	286	31,1±4,6	0,160	286	31,4±4,9	0,436
	Üniversite	242	127,6±14,8		242	33,3±3,8		242	32,6±3,9		242	30,5±4,6		242	31,1±4,5	
Çalışılan Bölüm	Dahili Çocuk	208	128,4±14,6	**0,001**	208	33,6±3,7	**0,001**	208	32,6±3,9	**0,001**	208	30,8±4,5	**0,002**	208	31,4±4,5	**0,05**
	Cerrahi Ç.	40	132,9±16,7		40	35,8±8,9		40	33,9±3,3		40	31,5±4,3		40	31,7±4,2	
	YDYB	227	129,5±13,9		227	33,7±3,6		227	33,1±3,5		227	31,3±4,4		227	31,4±4,6	
	ÇYB	53	121,4±19,7		53	32,1±5,1		53	31,1±4,9		53	28,7±5,8		53	29,6±6,0	

Çizelge 4.1.3. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özellikleri İle Liderlik Yönelimleri Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özellikleri		**Liderlik Yönelimleri Ölçeği Alt Grupları**														
		LYÖ Toplam			İnsana yönelik liderlik			Yapıya yönelik liderlik			Dönüşümsel liderlik			Karizmatik liderlik		
		N	**X±SD**	**P**	**N**	**X±SD**		**N**	**X±SD**	**P**	**N**	**X±SD**	**P**	**N**	**X±SD**	**P**
Hemşire Olarak Çalışma Süresi	1-11 ay	12	124,9±14,4	0,178	12	34,4±3,1	0,519	12	30,6±5,4	0,079	12	30,54,4	0,225	12	29,6±3,7	**0,018**
	1-2 yıl	59	124,9±13,1		59	33,0±3,5		59	32,3±3,2		59	29,94,5		59	31,7±4,8	
	3-5 yıl	143	129,5±15,5		143	33,5±3,8		143	32,8±4,1		143	31,54,8		143	31,4±4,9	
	6-10 yıl	163	128,3±15,6		163	33,5±4,1		163	32,7±3,9		163	30,84,7		163	31,1±5,1	
	11-20 yıl	116	128,5±16,3		116	33,9±6,3		116	32,9±3,8		116	30,44,5		116	32,7±3,8	
	21 yıl ve üzeri	35	133,1±12,4		35	34,7±3,3		35	34,2±3,3		35	31,53,6		35	31,3±4,7	
Çocuk Kliniklerinde Çalışma Süresi	1-11 ay	43	123,8±13,8	**0,009**	43	33,3±3,2	0,2	43	31,4±3,9	**0,020**	43	29,9±4,4	**0,026**	43	29,2±4,1	**<0,001**
	1-2 yıl	85	125,8±14,4		85	33,4±3,7		85	32,6±3,4		85	29,9±4,9		85	29,9±4,3	
	3-5 yıl	187	129,6±14,2		187	33,6±3,7		187	32,7±3,9		187	31,4±4,4		187	31,9±4,4	
	6-10 yıl	163	128,3±17,1		163	33,4±4,4		163	32,8±4,1		163	30,6±5,0		163	31,4±5,4	
	11 yıl ve üzeri	50	133,7±14,1		50	35,1±8,2		50	34,1±3,0		50	31,9±3,1		50	32,5±3,6	
Hastanedeki Görevi	Klinik hemşiresi	492	128,0±15,5	**0,009**	492	33,5±4,6	0,083	492	32,6±3,9	**0,003**	492	30,7±4,7	0,065	492	31,1±4,8	**0,010**
	Ser.Sor.Hem.	36	134,9±10,7		36	34,9±2,9		36	34,6±3,0		36	32,2±3,6		36	33,2±3,7	
Bir Vardiyada Bakım Verilen Hasta Sayısı	1-4 hasta	105	126,0±17,3	0,412	105	33,6±4,3	0,563	105	32,6±4,0	0,896	105	29,6±5,3	**0,004**	105	30,3±5,5	0,065
	5-9 hasta	185	129,6±14,1		185	33,4±3,8		185	32,8±3,9		185	31,7±4,3		185	31,8±4,4	
	10-20 hasta	137	128,9±17,4		137	34,1±6,2		137	33,0±4,2		137	30,6±4,7		137	31,1±4,9	
	21-30 hasta	79	129,0±10,8		79	33,3±2,7		79	32,5±2,9		79	31,2±4,1		79	31,9±3,7	
	31-40 hasta	22	127,2±13,4		22	34,1±2,9		22	32,7±3,8		22	29,7±4,3		22	30,7±4,7	
Kurumda Hizmetiçi Eğitim Düzenlenme Durumu	Evet	471	128,4±15,6	0,487	471	33,7±4,6	0,796	471	32,7±3,9	0,396	471	30,8±4,7	0,385	471	31,2±4,9	0,342
	Hayır	57	129,8±12,1		57	33,5±3,5		57	33,2±3,4		57	31,4±3,9		57	31,8±3,6	
Bilimsel Programlara Katılma Durumu	Katıldım	252	127,9±15,5	0,460	252	33,5±3,9	0,596	252	32,8±3,9	0,967	252	30,6±4,7	0,208	252	31,1±4,9	0,534
	Katılmadım	276	128,9±15,1		276	33,7±4,9		276	32,8±3,8		276	31,1±4,5		276	31,4±4,6	

Çizelge 4.1.3.'te hemşirelerin bireysel ve çalışma ortamına ilişkin özellikleri ile liderlik yönelimleri ve alt grupları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Çizelgeye göre; hemşirelerin medeni durum (p=0,435), çocuk sahibi olma durumu (p=0,803), en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri (p=0,147), çalıştıkları hastane (p=0,203), çalıştıkları kurumda düzenli olarak hizmet içi eğitim düzenlenme durumu (p=0,487) ve hemşirelikle ilgili bilimsel programlara katılma durumları (p=0,460) ile liderlik yönelimleri ölçeği ve alt grupları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Hemşirelerin yaş özellikleri, cinsiyet özellikleri, hemşire olarak çalışma süreleri, bir vardiyada bakım verdikleri hasta sayısı ile liderlik yönelimleri arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte insana yönelik liderlik alt grubu puan ortalaması 33-37 yaş aralığındaki hemşirelerde 38-42 yaş aralığındaki hemşirelere göre daha yüksek (p=0,036); 18-22 yaş aralığındaki hemşirelerin yapıya yönelik liderlik alt grubu puan ortalamaları ise 33-37 yaş aralığındaki hemşirelere göre daha yüksek (p=0,022); insana yönelik liderlik alt grubu puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre daha yüksek (p=0,039); karizmatik liderlik alt grubu puan ortalaması 3-5 yıl arasında çalışan hemşirelerde 1-2 yıl arasında çalışan hemşirelere göre daha yüksek (p=0,018); dönüşümsel liderlik alt grup puan ortalaması ise bir vardiyada 5-9 sayıları arasında hasta bakan hemşirelerde 1-4 hasta bakan hemşirelere göre daha yüksek (p=0,04) bulunmuştur.

Hemşirelerin eğitim durumları (p=0,029), çalıştıkları bölüm (p=0,001), çocuk kliniklerinde çalışma süreleri (p=0,009) ve hastanedeki görevleri (p=0,009) ile liderlik yönelimleri ölçeği arasında anlamlı fark görülmüştür. Buna göre; yüksek lisans mezunu hemşirelerin ve servis sorumlu hemşirelerinin liderlik yönelimleri ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çocuk yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin liderlik yönelimleri ölçeği ve yapıya yönelik liderlik, dönüşümsel liderlik alt grubu puan ortalamalarının diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Cerrahi çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin ise insana yönelik liderlik alt grubu puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çocuk kliniklerinde 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin liderlik yönelimleri ölçek puan ortalaması 1-11 ay ve 1-2 yıl çalışan hemşirelere göre daha yüksek; dönüşümsel liderlik, yapıya yönelik liderlik ve karizmatik liderlik alt gruplarında ise diğer çalışma süresi gruplarındaki hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.1.4. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Anketi ve Alt Grup Puan Ortalamaları (n: 528)

AMBA ve Alt Grupları	N	X	SD	Min-Max
AMBA-Saygı	528	19,4	3,3	8,00-64,00
AMBA-İşbirliği	528	28,8	3,9	18,00-60,00
AMBA-Destek	528	16,1	2,4	7,00-20,00
AMBA-Toplam	528	64,3	7,7	38,00-120,0

Çizelge 4.1.4'te hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Anketi (AMBA)'nin saygı, işbirliği ve destek alt gruplarının puan ortalamaları verilmiştir. Hemşirelerin aile merkezli bakım anketi genel puan ortalamaları 64,3±7,7 olarak bulunmuştur. Alınabilecek en yüksek puan 120, en düşük puan ise 38'dir. Anketin orijinal versiyonundan alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir.

Hemşirelerin AMBA saygı alt grubun puan ortalamaları 19,4±3,3, en düşük ve en yüksek puanlar ise 8,00-64,00'tür. AMBA İşbirliği alt grubu puan ortalamaları 28,8±3,9 en düşük ve en yüksek puanlar ise 18,00-60,00'dır. AMBA destek alt grubu puan ortalaması 16,1±2,4 en düşük ve en yüksek puanları ise 7,00-20,00 olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.1.5. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özellikleri İle Aile Merkezli Bakım Anketi ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özellikleri		**Aile Merkezli Bakım Anketi Alt Grupları**											
		AMB Anketi Toplam			Saygı			İşbirliği			Destek		
		N	**X±SD**	**P**	**N**	**X±SD**	**P**	**N**	**X±SD**	P	**N**	**X±SD**	P
Yaş	18-22	35	65,7±7,9	0,612	35	19,4±2,6	0,061	35	29,8±3,9	0,610	35	16,6±2,7	0,309
	23-27	359	63,9±7,5		359	19,2±2,6		359	28,6±4,4		359	16,2±2,4	
	28-32	131	63,6±7,3		131	19,0±2,6		131	28,7±4,1		131	15,9±2,3	
	33-37	99	64,9±6,9		99	19,5±2,7		99	29,0±3,2		99	16,4±2,3	
	38-42	78	64,8±9,6		78	20,4±5,8		78	28,6±3,5		78	15,8±2,4	
	43 ve üzeri	26	64,0±6,1		26	20,0±2,7		26	28,3±3,1		26	15,7±2,1	
Cinsiyet	Kadın	474	64,5±7,4	**0,05**	474	19,5±3,4	0,201	474	28,9±3,8	0,065	474	16,1±2,3	0,159
	Erkek	54	62,4±9,3		54	18,9±2,9		54	27,8±4,4		54	15,7±2,9	
Medeni Durum	Evli	321	64,0±8,0	0,367	321	19,5±3,8	0,412	321	28,6±3,9	0,133	321	15,9±2,4	0,109
	Bekar	207	64,6±7,0		207	19,3±2,5		207	29,1±3,9		207	16,3±2,2	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	287	64,2±7,9	0,705	287	19,6±3,9	0,173	287	28,6±3,8	0,348	287	15,9±2,3	0,109
	Yok	241	64,4±7,3		241	19,2±2,5		241	28,9±4,1		241	16,3±2,4	
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Yeri	İl	422	64,5±7,7	0,272	422	19,6±3,4	0,037	422	28,9±3,9	0,521	422	16,1±2,3	0,883
	İlçe	79	63,5±7,2		79	18,9±2,9		79	28,4±3,6		79	16,2±2,4	
	Köy	27	62,5±8,3		27	18,2±3,2		27	28,3±4,1		27	16,0±2,8	
Eğitim Durumu	Lise	63	67,2±9,7	**0,002**	63	20,6±6,1	**<0,001**	63	29,8±3,6	0,080	63	16,8±2,6	0,083
	Ön lisans	92	65,2±6,8		92	20,2±2,7		92	28,9±3,4		92	16,0±2,6	
	Lisans	363	63,5±7,4		363	19,0±2,7		363	28,5±4,1		363	15,9±2,3	
	Yüksek lisans	10	65,7±5,9		10	20,1±2,1		10	29,5±3,2		10	16,1±1,9	
Çalışılan Hastane	Çocuk H.	286	64,4±8,1	0,577	286	19,6±3,8	0,290	286	28,7±2,9	0,751	286	16,2±2,5	0,396
	Üniversite H.	242	64,1±7,1		242	19,3±2,6		242	28,8±3,8		242	16,0±2,2	
Çalışılan Bölüm	Dahili çocuk	208	64,9±7,7	**0,014**	208	19,8±3,9	**0.001**	208	28,9±3,5	**0,460**	208	16,1±2,1	**0,041**
	Cerrahi çocuk	40	65,1±5,9		40	19,7±2,3		40	29,1±2,8		40	16,3±2,2	
	YDYB	227	64,3±7,7		227	19,4±2,8		227	28,6±4,5		227	16,3±2,4	
	ÇYB	53	61,2±7,6		53	17,8±2,9		53	28,1±3,4		53	15,2±2,8	

Çizelge 4.1.5. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özellikleri İle Aile Merkezli Bakım Anketi ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Ortamına İlişkin Özellikleri		**Aile Merkezli Bakım Anketi Alt Grupları**											
		AMB Anketi Toplam			Saygı			İşbirliği			Destek		
		N	**X±SD**	**P**	**N**	**X±SD**	**P**	**N**	**X±SD**	**P**	**N**	**X±SD**	**P**
Hemşire Olarak Çalışma Süresi	1-11 ay	12	64,6±9,7	0,072	12	19,5±3,2	**0,012**	12	29,4±4,8	0,066	12	15,7±2,6	0,086
	1-2 yıl	59	61,7±6,9		59	18,7±2,6		59	27,5±3,4		59	15,5±2,2	
	3-5 yıl	143	65,1±8,0		143	19,2±2,6		143	29,4±5,1		143	16,5±2,4	
	6-10 yıl	163	63,8±7,1		163	19,1±2,7		163	28,6±3,3		163	16,1±2,4	
	11-20 yıl	116	65,0±8,5		116	20,1±4,9		116	28,8±3,2		116	16,2±2,3	
	21 yıl ve üzeri	35	64,9±5,3		35	20,7±2,4		35	28,5±2,9		35	15,6±2,5	
Çocuk Kliniklerinde Çalışma Süresi	1-11 ay	43	61,7±8,6	**0,001**	43	18,7±2,9	0,228	43	27,6±4,5	**<0,001**	43	15,4±2,5	0,048
	1-2 yıl	85	63,6±6,9		85	19,2±2,5		85	28,4±3,5		85	16,0±2,4	
	3-5 yıl	187	65,7±8,6		187	19,6±4,2		187	29,6±4,6		187	16,5±2,3	
	6-10 yıl	163	63,1±6,8		163	19,3±2,8		163	27,9±3,1		163	15,9±2,4	
	11 yıl ve üzeri	50	65,8±5,9		48	20,1±2,6		48	29,6±2,9		48	16,1±1,9	
Hastanedeki Görevi	Klinik hemşiresi	492	64,2±7,7	0,732	492	19,4±3,4	0,326	492	28,8±3,9	0,871	492	16,1±2,4	0,587
	Ser.Sor.Hem.	36	64,7±6,7		36	19,9±2,7		36	28,9±2,9		36	15,9±1,9	
Bir Vardiyada Bakım Verilen Hasta Sayısı	1-4 hasta	105	63,4±8,1	0,488	105	18,8±2,9	0,096	105	28,6±3,9	0,655	105	15,9±2,7	0,958
	5-9 hasta	185	64,1±7,5		185	19,4±2,8		185	28,5±4,5		185	16,1±2,3	
	10-20 hasta	137	64,6±7,2		137	19,5±2,7		137	29,0±3,6		137	16,1±2,3	
	21-30 hasta	79	64,9±8,3		79	20,1±5,5		79	28,8±3,9		79	16,1±2,1	
	31-40 hasta	22	65,9±7,1		22	19,9±2,4		22	29,6±3,3		22	16,4±2,2	
Kurumda Hizmetiçi Eğitim Düzenlenme Durumu	Evet	471	64,4±7,5	0,327	471	19,4±3,4	0,838	471	28,8±3,7	0,205	471	16,1±2,3	0,425
	Hayır	57	63,3±8,7		57	19,3±2,5		57	28,1±5,5		57	15,9±2,5	
Bilimsel Programlara Katılma Durumu	Katıldım	252	64,2±7,0	0,903	252	19,3±2,8	0,592	252	28,8±3,4	0,830	252	16,1±2,2	0,996
	Katılmadım	276	64,3±8,2		276	19,5±3,7		276	28,7±4,3		276	16,1±2,5	

Hemşirelerin bireysel ve çalışma ortamına ilişkin özellikleri ile aile merkezli bakım anketi ve alt grupları arasındaki ilişkinin incelendiği çizelge 4.1.5'te hemşirelerin yaş özellikleri (p=0,612), medeni durumları (p=0,367), çocuk sahibi olma durumları (p=0,705), en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri (p=0,272), çalıştıkları hastane (p=0,577), klinikteki görevleri (p=0,732), bir vardiyada bakım verdikleri hasta sayısı (p=0,488), kurumlarında hizmet içi eğitim düzenlenme durumu (p=0,327)ve hemşirelikle ilgili bilimsel programlara katılma durumları (p=0,903) ile aile merkezli bakım anketi ve alt grupları arasında anlamlı bir ilişki görülememiştir.

Hemşirelerin cinsiyet özellikleri (p=0,05), eğitim durumları (p=0,002), çalıştıkları bölüm (p<0,001), çocuk kiniklerinde çalışma süreleri (p=0,001) ile aile merkezli bakım arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre; lise mezunu, 3-5 yıl arası çocuk kliniklerinde çalışan kadın hemşirelerde aile merkezli bakım anketi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca saygı alt grubunda lise ve önlisans mezunu hemşirelerin puan ortalamaları lisans mezunu hemşirelerden; dahili çocuk, cerrahi çocuk ve yenidoğan kliniklerinde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları çocuk yoğun bakımda çalışan hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Destek alt grubunda yenidoğan yoğun bakımda çalışan hemşirelerin puan ortalaması çocuk yoğunbakımda çalışan hemşirelere göre daha yüksek olmakla birlikte işbirliği alt grubunda 3-5 yıl arası çocuk kliniklerinde çalışmakta olan hemşirelerin puan ortalaması 1-11 ay ve 6-10 yıl süresince çalışmakta olan hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mesleki deneyimle aile merkezli bakım anketi arasında anlamlı bir ilişki olmamakla birlikte (p=0,072) saygı alt grubunda 21 yıl ve üzeri süredir çalışmakta olan hemşirelerin puan ortalamaları 1-2 yıl süresince çalışmakta olan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4. 1. 6. Liderlik Yönelimleri Ölçeği ile Aile Merkezli Bakım Anketi ve Alt Grupları Arasındaki ilişki Durumu (n: 528)

	Saygı		**İşbirliği**		**Destek**		**AMB toplam**		**İnsana yönelik liderlik**		**Yapıya yönelik liderlik**		**Dönüşümcü liderlik**		**Karizmatik liderlik**		**LYÖ toplam**	
	r	P	r	P	r	P	r	P	R	P	r	P	R	P	r	P	R	P
LYO TOPLAM	0,262	<0,001	0,288	<0,001	0,328	<0,001	0,362	<0,001	0,799	<0,001	0,874	<0,001	0,891	<0,001	0,890	<0,001		
Karizmatik liderlik	0,191	<0,001	0,192	<0,001	0,250	<0,001	0,257	<0,001	0,537	<0,001	0,698	<0,001	0,815	<0,001			0,890	<0,001
Dönüşümcü liderlik	0,187	<0,001	0,223	<0,001	0,292	<0,001	0,285	<0,001	0,556	<0,001	0,685	<0,001			0,815	<0,001	0,891	<0,001
Yapıya yönelik	0,237	<0,001	0,276	<0,001	0,285	<0,001	0,331	<0,001	0,678	<0,001			0,685	<0,001	0,698	<0,001	0,874	<0,001
İnsana yönelik	0,295	<0,001	0,313	<0,001	0,310	<0,001	0,383	<0,001			0,678	<0,001	0,556	<0,001	0,537	<0,001	0,799	<0,001
AMB toplam	0,761	<0,001	0,849	<0,001	0,772	<0,001			0,383	<0,001	0,331	<0,001	0,285	<0,001	0,257	<0,001	0,362	<0,001
Destek	0,418	<0,001	0,555	<0,001			0,772	<0,001	0,310	<0,001	0,285	<0,001	0,292	<0,001	0,250	<0,001	0,328	<0,001
İşbirliği	0,388	<0,001			0,555	<0,001	0,849	<0,001	0,313	<0,001	0,276	<0,001	0,223	<0,001	0,192	<0,001	0,288	<0,001
Saygı			0,388	<0,001	0,418	<0,001	0,761	<0,001	0,295	<0,001	0,237	<0,001	0,187	<0,001	0,191	<0,001	0,262	

Liderlik yönelimleri ölçeği ve alt grupları ile Aile merkezli bakım anketi alt grupları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısının gücü aradaki ilişkinin gücünü belirlemektedir. Korelasyon katsayısı 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,80 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek şeklinde değerlendirilmektedir. Buna göre LYÖ toplam puanı ile AMBA toplam puanı arasında pozitif yönlü, zayıf (r= 0,362) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yani hemşirelerin liderlik düzeyleri arttıkça aile merkezli bakım anketi puanları da artmaktadır.

Liderlik yönelimleri ölçeği ile AMBA saygı (r=0,262), iş birliği (r=0,288), destek (r=0,328) alt boyutları arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aile merkezli bakım anketi ile insana yönelik liderlik (r=0,383), yapıya yönelik liderlik (r= 0,331), dönüşümsel liderlik (r=0,285), karizmatik liderlik (r=0,257) arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4. 1. 7. Liderlik Yönelimleri Ölçeği ve Aile Merkezli Bakım Anketi Güvenilirlik Düzeyleri

Ölçek	Soru sayısı	Cronbach's Alpha
Liderlik Yönelimleri Ölçeği	32	0,910
Liderlik Yönelimleri Ölçeği Alt Grupları	4	0,884
Aile Merkezli Bakım Anketi	20	0,759
Aile Merkezli Bakım Anketi Alt Grupları	3	0,686

Çizelge 4.1.7'de liderlik yönelimleri ölçeği ve aile merkezli bakım anketi güvenirlik oranları verilmiştir. LYÖ Cronbach's Alpha değeri 0,910, LYÖ alt gruplarının Cronbach's Alpha değeri 0,884; AMBA Cronbach's Alpha değeri, AMBA Cronbach's Alpha değeri ise 0,759 bulunmuştur. Her iki ölçüm aracının güvenirlik değeri yüksektir.

4.2. Tartışma

4.2.1. Hemşirelerin Liderlik Özelliklerinin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisinin Tartışılması

Toplumun gereksinimlerinin değişmesine ve artmasına paralel olarak hemşirelik uygulamalarının kapsam ve niteliği de değişmiştir. Hemşirelerin primer rolü olan bakımı kaliteli olarak sunma ve devamlılığını sağlamada liderlik özelliklerine sahip olmaları beklenmektedir [52].

Çalışmamızda hemşirelerin Liderlik Yönelimleri Ölçeği (LYÖ) genel puan ortalamaları ve standart sapmaları 128,5±15,3 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda Liderlik Yönelimleri Ölçeği alt grup puan ortalamaları da incelenmiş olup hemşirelerin LYÖ alt boyutları içerisinde en yüksek puan ortalamasını (33,6±4,5) insana yönelik liderlik alt grubundan, en düşük puan ortalamasını (30,8±4,6) ise dönüşümsel liderlik alt grubundan almışlardır. Özdemir Özkan (2012)'ın çalışmasında da benzer şekilde hemşirelik öğrencileri en yüksek puanı insana yönelik liderlik alt boyutundan en düşük puanı ise dönüşümsel liderlik alt grubundan almıştır. Çalışmamızda insana yönelik liderlik alt grubunun puan ortalamasının daha yüksek olması, hemşirelerin genel olarak hasta/sağlıklı bireylerin sorunlarına odaklandığını ve düşüncelerini önemsediklerini göstermektedir. Ancak dönüşümsel liderlik alt grup puan ortalamalarının en düşük puana sahip olması ise hemşirelerin gelişim ve değişim konusunda yeterli isteğe sahip olmadıklarını ve yenilikleri uygulamaya yansıtmadıklarını düşündürmektedir. Arabacı (2012)'nın hemşirelerin yönetici hemşirelerin liderlik tarzını değerlendirdikleri çalışmada yönetici hemşireler tarafından en çok görev odaklı liderlik tarzının (yapıya yönelik liderlik) sergilendiği belirlenmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin bireysel ve çalışma ortamına ilişkin özellikleri ile LYÖ ve alt grupları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hemşirelerin yaş özellikleri ile LYÖ ve alt gruplarının puan ortalamalarına bakıldığında yaş ile LYÖ insana yönelik liderlik ve yapıya yönelik liderlik alt grupları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre; 33-37 yaş aralığındaki hemşirelerin 38-42 yaş aralığındaki hemşirelere göre insana yönelik liderlik puan ortalamalarının; 18-22 yaş aralığındaki hemşirelerin yapıya yönelik liderlik puan ortalamalarının ise 33-37 yaş aralığındaki hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Güldaş (2009)'ın çalışmasında ise yapıya yönelik liderlik anlamında farklı yaş düzeylerindeki hemşireler arasında farklılık bulunmamış ancak 20-25 yaş aralığındaki ve 44 ve üstü yaş grubundaki hemşirelerin daha fazla yapıya yönelik (işe yönelik/görev odaklı) liderlik sergiledikleri belirlenmiştir.

Çalışmamızın sonucuna göre hemşirelerin cinsiyet özellikleri ile LYÖ-insana yönelik liderlik alt grubu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre kadınların insana yönelik

liderlik puanı erkeklere göre daha yüksek belirlenmiştir. Özdemir Özkan (2012)'ın çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet özellikleri ile LYÖ ve alt grupları arasında bir ilişki saptanmamış olup çalışmamızın sonucuyla uyumlu değildir. Güldaş (2009)'ın çalışmasında yapıya yönelik liderlik (işe yönelik/görev odaklı) anlamında cinsiyete göre liderlik tarzlarında bir farklılık bulunmamıştır. Ancak erkeklerin daha fazla görev odaklı liderlik gösterdikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin medeni durumlarına göre LYÖ ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında, anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Güldaş (2009)'ın çalışmasına göre medeni durum ile liderlik tarzı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak bekarların evlilere göre daha fazla yapıya yönelik (işe yönelik/görev odaklı) liderlik davranışları sergiledikleri belirlenmiştir. Kerim (2010)'in çalışmasında da liderlik davranışları üzerinde medeni durumun etkili olmadığı saptanmış olup çalışmamızın sonucuyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin çocuk sahibi olma durumları ile LYÖ ve alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Güldaş (2009)'ın çalışmasında da çalışmamızın sonucuna benzer bir şekilde çocuk sahibi olan hemşirelerle çocuğu olmayanlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Ancak çocuk sahibi olmayanların çocuk sahibi olanlara oranla daha fazla görev odaklı/yapıya yönelik liderlik tarzı gösterdikleri belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumları ile LYÖ ve alt grupları arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Buna göre; yüksek lisans mezunu hemşirelerin LYÖ ve alt grupları puan ortalamaları diğer eğitim düzeyindeki hemşirelerden daha yüksek olarak belirlenmiştir. Çalışmamızın sonucu beklendik bir durumdur. Çünkü hemşirelikte lisans ve lisansüstü eğitim programlarında hemşirelerin liderlik özelliklerinin güçlendirilmesi hedeflenmektedir. Güldaş (2009)'ın çalışmasında eğitim düzeylerinin liderlik tarzları üzerinde etkisi olmadığı belirlenmiştir. Ancak lise, lisans ve yüksek lisans mezunu olanların, ön lisans mezunu olanlara oranla daha fazla yapıya yönelik/görev odaklı liderlik davranışı sergiledikleri belirlenmiştir. Yine benzer şekilde Kerim (2010)'in çalışmasında eğitim durumları ile liderlik davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gülkaya (2012)'nın sorumlu hemşirelerle yaptığı çalışmasında liderlik uygulamalarının eğitim durumuna göre değişmediği belirlenmiştir. Ancak lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin puan ortalamaları diğer hemşirelere oranla daha yüksek çıkmıştır.

Çalışmamızda hemşirelerin mesleki deneyimleri ile LYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte; 3-5 yıl arası çalışan hemşirelerin karizmatik liderlik alt grubu puan ortalaması 1-2 yıl arasında çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Aksu (2010)'nun çalışmasında meslekte çalışma yılı ile liderlik davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmamış olup çalışmamızın sonucu ile uyumlu değildir. Benzer şekilde Kerim (2010)'in

çalışmasında hemşirelerin mesleki deneyimlerinin liderlik davranışları üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Gülkaya (2012)'nın çalışmasına göre de hemşirelerin liderlik uygulamaları meslekteki çalışma sürelerine göre değişmemektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre LYÖ ve alt grupları puan ortalamalarına bakıldığında; çalışılan klinik ile LYÖ ve dönüşümsel liderlik, yapıya yönelik liderlik ve insana yönelik liderlik alt gruplarıyla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin liderlik yönelimleri ölçeği ve yapıya yönelik liderlik, dönüşümsel liderlik alt grubu puan ortalamalarının diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Cerrahi çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin ise insana yönelik liderlik alt grubu puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Gülkaya (2012)'nın çalışmasına göre hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre liderlik davranışları ve uygulamaları değişmemektedir ve bu yönüyle çalışmamızın sonucu ile uyumlu değildir.

Çalışmamızda hemşirelerin bilimsel programlara katılma durumları ile LYÖ ve alt grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Gülkaya (2012)'nın çalışmasında da hemşirelerin bilimsel programlara katılma durumu ile liderlik davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış olup liderlikle ilgili eğitim alanların ortalaması daha yüksek olarak belirlenmiştir. Yine Aksu (2010)'nun çalışmasında da bilimsel programlara katılma durumu ile liderlik davranışları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte, liderlikle ilgili eğitim alan grubun ortalamaları eğitim almayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur.

4.2.2. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Anketi Puanlarının Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisinin Tartışılması

Pediatri hemşireliğinde bir bakım felsefesi olarak kabul edilen aile merkezli bakım, ailenin çocuğun bakımındaki öneminin kabul edildiği ve bakımın her aşamasına dahil edildiği bir bakım anlayışı ve yaklaşımıdır [20]. Çocuk sağlığı hemşiresi çocuk ve ailelerle en yakın ilişkide olan sağlık profesyonelleri olarak, hastanın bakımına aileyi dahil ederek aile merkezli bakım uygulamalarını başlatma ve entegre etme rollerine sahiptir [123].

Çalışmamızda hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Anketi (AMBA) genel puan ortalamaları ve standart sapmaları 64,3±7,7 olarak belirlenmiştir. Doğan (2010)'ın yaptığı çalışmada, hemşirelerin aile merkezli bakım anketi puan 58.35±6.36; Akdeniz Uysal (2016)'ın çalışmasında ise 61,29±7,43 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda (AMBA) alt grup puan ortalamaları da incelenmiş olup hemşirelerin aile merkezli bakım anketi alt boyutları içerisinde en yüksek puan ortalamasını (28,8±3,9) işbirliği alt grubundan, en düşük puan ortalamasını (16,1±2,4) ise destek alt grubundan almışlardır. Benzer şekilde Akdeniz Uysal (2016)'ın çalışmasında

hemşirelerin AMBA alt gruplarından aldığı en yüksek puan ortalaması (27,70±3.59) işbirliği alt grubuna, en düşük puan ortalaması (15.49±2.60) ise destek alt grubuna aittir. Yine Doğan (2010)'ın çalışmasında da en yüksek puan ortalamasının (26.19±3.53) işbirliği alt grubundan, en düşük puan ortalamasının (14.56±2.11) ise destek alt grubundan alındığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin bireysel ve çalışma ortamına ilişkin özellikleri ile AMBA ve alt grupları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hemşirelerin yaş özellikleri ile AMBA ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Caty ve ark (2001)'nın çalışmasında hemşirelerin yaşları ile aile merkezli bakım algı ve uygulamaları arasında istatistiksel olarak bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Doğan (2010)'ın çalışmasında hemşirelerin yaşları ile AMBA puan ortalamaları arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Aynı şekilde Akdeniz Uysal (2016)'ın çocuk kliniklerinde yaptığı çalışmasında da hemşirelerin yaş özellikleri ile AMBA ve alt grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olup, çalışmamızın sonucuyla uyumludur. Okunola ve ark (2017)'nın çalışması da hemşirelerin aile merkezli bakım algı ve davranışları üzerinde yaş özelliklerinin etkisinin olmadığını göstermektedir. Petersen ve ark (2004)'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin yaş özellikleri ile aile merkezli bakım ve bileşenlerini algılama ve uygulama durumları arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, çalışmamızla uyumlu değildir.

Çalışmamızın sonucuna göre; hemşirelerin cinsiyet özellikleri ile AMBA ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Kadınların aile AMBA ve alt grup puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde Akdeniz Uysal (2016)'ın çalışmasında da kadınların AMBA ve alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Aksi olarak, Doğan (2010)'ın çalışmasında çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin AMBA puan ortalaması üzerinde cinsiyet özelliklerinin bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin medeni durumları ile AMBA ve alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Türkmen Çoban (2017)'ın çalışmasında evli olan hemşirelerin ebeveyn katılımını daha çok destekledikleri tespit edilmiş olup çalışmamızın sonucuyla uyumlu değildir.

Hemşirelerin çocuk sahibi olma özelliklerine göre AMBA ve alt grupları puan ortalamalarına bakıldığında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Türkmen Çoban (2017)'ın çalışmasında çocuk sahibi olan ve olmayan hemşirelerin ebeveyn katılımına yönelik tutumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ancak çocuğu olan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda hemşirelerin eğitim durumları ile AMBA puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Beklenenin aksine çocuk kliniklerinde çalışan lise mezunu hemşirelerin AMBA puan ortalamaları diğer öğrenim düzeyindeki hemşirelerden daha yüksek

olarak belirlenmiştir. Yine Petersen ve ark (2004)'nın hemşirelerin aile merkezli bakımı algılamaları ve uygulama durumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hemşirelerin eğitim durumlarının aile merkezli bakım konusundaki algı ve davranışları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Akdeniz Uysal (2016)'ın çalışmasında da eğitim durumu ile AMBA puan ortalamaları arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Önlisans, lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin AMBA ve alt grup puan ortalamaları lise mezunu hemşirelere oranla daha yüksek bulunmuş olup çalışmamızın sonucuyla uyumlu değildir. Çalışmamızın sonucunun aksine Doğan (2010)'ın çalışmasında eğitim durumunun AMBA puan ortalaması üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Türkmen Çoban (2017)'ın çalışmasında da eğitim durumunun ebeveyn katılımını destekleme durumu üzerinde anlamlı fark yaratmadığı saptanmış ancak eğitim düzeyi yükseldikçe puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları hastane ile AMBA ve alt grup puan ortalamalarına baktığımızda tahmin edilenin aksine anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Benzer şekilde Akdeniz Uysal (2016)'ın çalışmasında da çalışılan hastane ile aile merkezli bakım uygulamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Doğan (2010)'ın yaptığı çalışmada ise Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakım genel puan ortalamalarının Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi'ndeki hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup çalışmamızın sonucuyla uyumlu değildir. Yine Türkmen Çoban (2017)'ın çalışmasında üniversite hastanesinde çalışanların puan ortalamaları devlet hastanesinde çalışanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Dur ve ark (2016)'nın çalışmasında ise benzer şekilde çalışılan hastane ile çocuğun bakımına ebeveyn katılımı arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre; devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin bakıma ebeveyn katılımına özel hastanede çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak daha yüksek düzeyde olumlu yaklaştıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları bölümler ve AMBA ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde çalışılan bölüm ile AMBA saygı alt grubu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre dahili çocuk klinikleri, cerrahi çocuk klinikleri ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin saygı alt grubu puan ortalamaları çocuk yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ayrıca destek alt grubunda yenidoğan yoğun bakımda çalışan hemşirelerin puan ortalamasının çocuk yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Akdeniz Uysal (2016)'ın çalışmasında da benzer bir sonuca ulaşılmıştır. AMBA ve alt grubu puan ortalamalarında saygı alt grubu ile çalışılan klinik arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup, dahili çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden daha yüksek olarak belirlenmiştir. Türkmen Çoban (2017)'ın çalışmasında dahili birimlerde çalışan hemşirelerin en az, onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin ise en fazla oranda ebeveyn

katılımını destekledikleri görülmüştür. Petersen ve ark. (2004)'nın yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakım algılama ve uygulama durumlarını karşılaştırdıkları çalışmada anlamlı ilişki saptanmış olup çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları yenidoğanda çalışan hemşirelere göre önemli derecede yüksek bulunmuştur. Doğan (2010)'ın çalışmasında aile çalışılan bölüm ile AMBA puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Dur ve ark (2016)'nın çalışmasında ise hemşirelerin çalıştıkları kliniğin ebeveynlerin bakıma katılımı konusundaki tutumları üzerinde etkisi olmadığı saptanmış olup çalışmamızın sonuçlarıyla uyum göstermemektedir.

Hemşirelerin AMBA ve alt gruplarının çocuk kliniklerinde çalışma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde 3-5 yıl arası çocuk kliniklerinde çalışmakta olan hemşirelerin AMBA puan ortalamaları 1-11 ay ve 6-10 yıl çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Petersen ve ark (2004), çocuk kliniklerinde 10 yıl ve daha az süredir çalışmakta olan hemşirelerin aile merkezli bakıma verdikleri önemin ve uygulama oranlarının diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkmen Çoban (2017)'ın çalışmasında ise çocuk kliniklerinde çalışma süresi ile ebeveyn katılımı konusundaki tutumlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Doğan (2010)'ın çalışmasında da hemşirelerin çocuk kliniklerinde çalışma yılı ile AMBA puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup çalışmamızın sonucuyla uyumlu değildir. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler hasta çocuk ve çocuğunun hastanede yatışı nedeniyle stresli olan ebeveynleriyle birlikte çalışır. 1-11 ay arası çalışanların ortalamasının, 3-5 yıl arası çalışanlardan daha düşük olması hemşirelerin hasta çocuk ve ebeveyniyle çalışma durumunu kabullenmede zorlandığını, stresli çalışma ortamına uyum sağlama ve ebeveyni bakıma katma konusunda yetersiz kaldıklarını göstermektedir. 6-10 yıl arası çalışanların puan ortalamasının 3-5 yıl çalışanlara göre düşük olması ise kliniğin yoğun, stresli ortamının çalışma yıllarına paralel olarak stres düzeyini arttırdığını, dayanma gücünü olumsuz yönde etkilediğini ve dolayısıyla ebeveynleri bakıma dahil etme konusunda zaman ayırma ve istekli davranma konusunda zorlandıklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin klinikteki görevleri ile AMBA ve alt grup puan ortalamalarına baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Akdeniz Uysal (2016)'ın çalışmasında da benzer şekilde hemşirelerin klinikteki görevleri ile aile merkezli bakım puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak klinik sorumlu hemşirelerinin AMBA puan ortalamaları klinik hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Türkmen Çoban (2017)'ın çalışmasında da sorumlu hemşireler ebeveyn katılımını destekleme tutumları konusunda klinik hemşirelerinden daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin AMBA ve alt gruplarının kurumlarında düzenli hizmet içi eğitim düzenlenme durumuna göre dağılımları incelendiğinde bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Akdeniz Uysal (2016)'ın çalışmasında ise hemşirelerin düzenli hizmet içi eğitim alma durumları ile AMBA ve alt grupları puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış olup çalışmamızın sonucuyla uyumlu değildir. Akdeniz Uysal (2016)'ın çalışmasında düzenli olarak hizmet içi eğitim alan hemşirelerin AMBA ve alt gruplarından, düzenli olarak hizmetiçi eğitim almayan hemşirelere oranla daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda hemşirelikle ilgili bilimsel programlara katılma durumu ile AMBA ve alt grup puanları arasında beklenenden farklı olarak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aile merkezli bakım uygulamalarının yaygınlaştırılması için bilimsel etkinliklerde bu konuya daha çok yer verilmesi ve çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeylerinin arttırılması gerekmektedir. Doğan (2010)'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin mesleki eğitimleri süresince ya da mezuniyet sonrası dönemde aile merkezli bakım konusunda eğitim alma durumları ile AMBA puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte çalışmamızın sonucuyla benzerlik göstermektedir. Akdeniz Uysal (2016)'ın çalışmasında ise, çalışmamızın aksine AMBA ve saygı, destek alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bilimsel etkinliklere katılan hemşirelerin puan ortalamalarının katılmayan hemşirelere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkmen Çoban (2017)'ın çalışmasında da ebeveyn katılımı ile ilgili bilgi alma durumunun hemşirelerin bakıma ebeveynin katılımını desteklemeleri üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Aile merkezli bakım ile ilgili bilgi alan hemşirelerin ebeveyn katılımına daha olumlu baktıkları belirlenmiştir.

4.2.3. Hemşirelerin Liderlik Özellikleri ile Aile Merkezli Bakım Anketi Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Liderlik belirli amaçlara ulaşmak için kişinin başkalarını harekete geçirebilme yeteneğini yansıtır [3]. Lider, liderlik sürecini yürüten, başkalarına öncülük ederek onları etkileyen kişidir [33]. Tüm hemşirelerin olduğu gibi çocuk hemşiresinin de temel görevi kaliteli hasta bakımı sunmaktır. Pediatride en etkili ve güvenilir bakım yaklaşımı ise aile merkezli bakımdır [10]. Aile merkezli bakım çerçevesinde çocuk ve ailesine bütüncül bir bakım sağlanabilmesi için çocuk ve ebeveynlerinin gereksinimlerini anlayan, empatik iletişim kuran, girişken, yaratıcı lider hemşirelere gereksinim vardır [68].

Çalışmamızda hemşirelerin LYÖ ve alt grupları ile AMBA ve alt grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, LYÖ toplam puanı ile AMBA toplam puanı arasında olumlu ve istatistiksel olarak

anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç yorumlandığında; hemşirelerin liderlik düzeyleri arttıkça aile merkezli bakım puanlarının arttığı görülmektedir.

Liderlik Yönelimleri Ölçeği ile Aile Merkezli Bakım Anketi alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında saygı, işbirliği ve destek alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Aynı şekilde AMBA ile LYÖ insana yönelik liderlik, yapıya yönelik liderlik, dönüşümcü liderlik ve karizmatik liderlik alt boyutları arasında da anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca bakıldığında hemşirelerin girişkenlik, liderliği paylaşma, empatik iletişim gibi liderlik özelliklerine sahip oldukları, bakım sürecini iyi yöneterek, aile ile hasta bakımındaki liderliklerini paylaştıkları, onların gereksinimlerini anladıkları ve bakımda aile merkezli bakım uygulamalarını tercih ettikleri söylenebilir.

Özdemir Özkan (2012)'ın çalışmasında da benzer şekilde motivasyon ile liderlik yönelimleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin motivasyon düzeyi arttıkça liderlik davranışlarının sergilenme oranının da arttığı belirlenmiştir. Arabacı (2012)'nın çalışmasında ise yönetici hemşirelerin liderlik davranış düzeyleri arttıkça hemşirelerin motivasyon düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Bu sonuçlar aile merkezli bakımın uygulanabilmesi açısında liderlik davranışlarını etkileyen motivasyonun da önemini göstermektedir.

Hemşirelerin liderlik düzeyleri arttıkça aile merkezli bakın uygulama düzeylerinin artması, pediatride en nitelikli hasta bakım yöntemi olan aile merkezli bakım uygulamalarının yaygınlaşması, hasta bakım kalitesinin artması ve verilen hizmetlerin gelişmesi için istendik ve önemli bir sonuçtur.

5.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

5.1.Sonuçlar

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin liderlik özellikleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- *Hemşirelerin bireysel ve çalışma ortamına ilişkin sonuçlar:*

Hemşirelerin yaş ortalaması 30,9±6,5, büyük çoğunluğu kadın (%89.8), yarıdan fazlası evli (%60,8) ve çocuk sahibi (%54,4), büyük çoğunluğu en uzun süre (%79,9) ilde yaşamış, lisans mezunu (%68,8), yarıdan fazlası (%54,2) kadın doğum ve çocuk hastanesinde ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (%43) çalışan, %30,9'unun 6-10 yıl arası mesleki deneyimi olan ve tamamına yakını (%93,2) klinik hemşiresidir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%89,2) düzenli hizmetiçi eğitim programlarına ve yarıya yakını (%47,7) hemşirelikle ilgili bilimsel programlara katılmıştır.

- *Hemşirelerin liderlik yönelimleri ölçeği ve alt grup puanları ve ilişkili sonuçlar:*

Hemşirelerin liderlik yönelimleri ölçeği toplam puan ortalaması ve standart sapmaları 128,5±15,3 şeklinde belirlenmiştir. Liderlik yönelimleri ölçeği alt boyutları içerisinde en yüksek puan ortalaması (33,6±4,5) insana yönelik liderlik alt boyutundan, en düşük puan ortalaması (30,8±4,6) dönüşümsel liderlik alt grubundan alınmıştır. Yapıya yönelik liderlik alt boyutu puan ortalaması 32,8±3,9; karizmatik liderlik alt boyutu puan ortalaması 31,3±4,7 olarak belirlenmiştir.

Yüksek lisans mezunu ve klinik sorumlu hemşirelerinin liderlik yönelimleri ölçeği puanı diğer hemşirelerden daha yüksektir.

Çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin liderlik yönelimleri ölçeği puanı diğer çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere göre daha düşüktür.

Cinsiyet özelliklerine göre insana yönelik liderlik alt grubu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınların insana yönelik liderlik puanı erkeklere göre daha yüksektir.

Mesleki deneyim ile karizmatik liderlik alt grubu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. 3-5 yıl arasında çalışan hemşirelerin karizmatik liderlik puanı, 1-2 yıl arasında çalışan hemşirelere göre daha yüksektir.

Bir vardiyada 5-9 hasta bakan hemşirelerin dönüşümsel liderlik puanı, 1-4 hasta bakan hemşirelere göre daha yüksektir.

Cerrahi çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin insana yönelik liderlik puanı, diğer çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere göre daha yüksektir.

- *Hemşirelerin aile merkezli bakım anketi ve alt grup puanları ve ilişkili sonuçlar:*

Hemşirelerin aile merkezli bakım anketi toplam puan ortalaması ve standart sapmaları 64,3±7,7'dir. Aile merkezli bakım anketi alt boyutları içerisinde en yüksek puan ortalaması (28,8±3,9) işbirliği alt grubundan, en düşük puan ortalaması (16,1±2,4) ise destek alt grubundan alınmıştır.

Lise mezunu, 3-5 yıl arası çocuk kliniklerinde çalışan kadın hemşirelerin aile merkezli bakım anketi puan ortalamaları diğer hemşirelerden daha yüksektir.

Lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin saygı alt grubu puanı, diğer hemşirelere göre daha yüksektir.

Çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin saygı alt grubu puanı diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden daha yüksektir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin destek alt grubu puanı ise çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerden daha yüksektir.

21 yıl ve üzeri çalışmakta olan hemşirelerin saygı alt grubu puanları 1-2 yıldır çalışmakta olan hemşirelerden daha yüksektir.

-Hemşirelerin Liderlik Yönelimleri Ölçeği toplam puanı ile Aile Merkezli Bakım Anketi puanı arasında olumlu ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

5.2.Öneriler

Hemşirelerin liderlik düzeylerinin arttırılması ve etkili liderlik tarzlarının geliştirilmesi ve uygulanması için hemşirelik müfredat programlarında liderlik konusu ile ilgili konuların, eğitici faaliyetlerin düzenlenmesi,

Hemşirelerin liderlik düzeylerinin arttırılması ve geliştirilmesi için kurumlarda hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,

Liderlik düzeyini ve liderlik yönelimlerini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik araştırmalar yapılarak geliştirmeye yönelik planlar yapılması,

Aile merkezli bakımın yaygınlaşması ve uygulanma düzeyinin arttırılması için hemşirelik eğitim müfredatında aile merkezli bakım konusuna daha geniş yer verilmesi,

Kurumlarda hizmet içi eğitimler düzenlenmesi, bu şekilde aile merkezli bakım uygulamaları ve önemi ile ilgili bilgilerin arttırılması,

Aile merkezli bakım uygulamalarının istendik düzeye ulaşabilmesi için hastanelerde aile merkezli bakımla ilgili politikalar belirlenerek pediatri kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının yaygınlaştırılması,

Hemşirelerin aile merkezli bakım konusu gibi güncel konular ve hemşirelikle ilgili gelişmeleri takip etmeleri amacıyla bilimsel programlara katılımının teşvik edilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

[1]. Bakan, İ. (2008). "Örgüt kültürü" ve "liderlik" türlerine ilişkin algılamalar ile yöneticilerin demografik özellikleri arasındaki ilişki: bir alan araştırması. *KMU İİBF Dergisi*, 14, 13-40.
[2]. Sökmen, A., Boylu, Y. (2009). Yol amaç modeli kapsamında önderlik davranışlarının incelenmesine yönelik bir araştırma. *Journal of Yasar University*, 4 (15), 2381-2402.
[3]. Eren, E. (2003). *Yönetim ve Organizasyon*. İstanbul: Beta Yayınevi.
[4]. Sabuncuoğlu, Z., Tüz, M. (2003). *Örgütsel Psikoloji*. Bursa: Furkan Ofset.
[5]. Güney, S. (2001). *Yönetim ve organizasyon*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
[6]. Erkan, E., Abaan, S. (2006). Devlete ve özel sektöre bağlı hastanelerde çalışan servis sorumlu hemşirelerinin işe ve insana yönelik liderlik yönelimlerinin incelenmesi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1-13.
[7]. Avcı, U., Topaloğlu, C. (2009). Hiyerarşik kademelere göre liderlik davranışlarını algılama farklılıkları: otel çalışanları üzerinde bir araştırma. *KMU İİBF Dergisi*, 11 (16), 1-20.
[8]. Duygulu, S., Kublay, G. (2008). Yönetici hemşirelerin ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin liderliğe ilişkin değerlendirmeleri ve yönetici hemşirelerin sahip oldukları liderlik özellikleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 1-15.
[9]. Curtis, E. A., Vries, J. Sheerin, F. K. (2011). Developing leadership in nursing: exploring core factors, *British Journal of Nursing*, 2011, 20 (5), 306-309.
[10]. Törüner, E., Büyükgönenç, L. (2012). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Ankara: Göktuğ Yayıncılık.
[11]. Shields, L., Pratt, J., Hunter, J. (2006). Family-Centered Care: A Review Of Qualitative Studies. *Journal of Clinical Nursing,* 15 (1), 1317-1323.
[12]. Smith, L. (2002). Negotiation of care. In: Smith L, Coleman V and Maureen Bradshaw, eds. *Family-centered care. concept, theory and practice*. Newyork Palgrave.
[13]. Çavuşoğlu, H. (2013). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği,* Ankara: Sistem Ofset Basımevi.
[14]. Jolley, J., Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (2), 164-170.
[15]. Boztepe, H., Çavuşoğlu H. (2009). Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 11–24.
[16]. Ahmann, E., Johnson, B. H. (2001). New guidance materials promote family-centered change in health care ınstitutions. *Pediatric Nursing*, 27 (2), 173- 175.
[17]. Cooper, L. G., Gooding, J. S., Gallagher, J., Sternesky, L., Ledsky, R., Berns, S. D. (2007). Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *Journal of Perinatology*, 27, 32–37.
[18]. Brown, K., Mace, S. E., Dietrich, A. M., Knazik, S., Schamban, N. E. (2008). Patient and family–centred care for pediatric patients in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 10, 38-43.
[19]. Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343.
[20]. Petersen, M. F., Cohen, J., Parsons, V. (2004). Family-centered care: do we practice what we preach? *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33 (4), 421-427.
[21]. Tosun, A., Tüfekci Güdücü, F. (2015). Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (2), 131-139.
[22]. Shields, L., Nixon, J. (2004). Hospital care of children in four countries. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (5), 475-486.
[23]. Byers, J. F., Lowman, L. B., Francis, J. Et al. (2006). A Quasi Experimental On Individualized, Developmentally Supportive Family-Centered Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35, 105-115.
[24]. Bragadottir, H. (1999). A descriptive study of the extent to which self-perceived needs of parents are met in pediatric units in Iceland. *Scandinavian Journal Caring Science*, 13 (3), 201-207.

[25]. Çelik, C., Sünbül, Ö. (2008). Liderlik algılamalarında eğitim ve cinsiyet faktörü: Mersin ilinde bir alan araştırması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13 (3), 49-66.
[26]. İbicioğlu, H., Özmen, H. İ., Taş, S. (2009). Liderlik davranışı ve toplumsal norm ilişkisi: ampirik bir çalışma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14 (2), 1-23.
[27]. Eyal, O., Roth, G. (2011). Principals' leadership and teachers' motivation, Self-determination theory analysis. *Journal of Educational Administration*, 49 (3), 256-275.
[28]. Koçel, T. (2005). *İşletme yöneticiliği*. İstanbul: Arıkan basım yayım dağıtım Ltd. Şti.
[29]. Öztürk, M. (2003). *İşletme ve Yönetim (Fonksiyonları Açısından).* İstanbul: Papatya yayıncılık.
[30]. Yılmaz, H., Kantek, F. (2016). Türkiye'deki yönetici hemşirelerin liderlik tarzları: literatür inceleme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3 (2), 110-117.
[31]. Tengilimoğlu, D. (2005a). Hizmet işletmelerinde liderlik davranışları ile iş doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1, 23-45.
[32]. Tengilimoğlu, D. (2005b). Kamu ve özel sektör örgütlerinde liderlik davranışı özelliklerinin belirlenmesine yönelik bir alan çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 4 (14), 1-16.
[33]. Bakan, İ., Büyükbeşe, T. (2010). Liderlik "Türleri" Ve "güç kaynakları"na ilişkin mevcut-gelecek durum karşılaştırması: Eğitim kurumu yöneticilerinin algılarına dayalı bir alan araştırması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12 (19), 73-84.
[34]. Keklik, B. (2012). Sağlık hizmetlerinde benimsenen liderlik tiplerinin belirlenmesi: özel bir hastane örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi*, 14 (1), 73-93.
[35]. Bolat, T., Seymen, O. A. (2003). Örgütlerde iş etiğinin yerleştirilmesinde dönüşümcü liderlik tarzının etkileri üzerine bir değerlendirme. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi***,** 6(9), 59-85.
[36]. Özsalmanlı, A. Y. (2005). Türkiye'de kamu yönetiminde liderlik ve lider yöneticilik. Sosyal Bilimler Dergisi, 7 (13), 137-146.
[37]. Aydın, A. H. (2010). *Yönetim Bilimi*. Ankara: Seçkin
[38]. Yiğit, R. (2002). İyi bir lider olmanın yolları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (1), 17-21.
[39]. Qadri, M. A. (2016). The concept of applied leadership in the contemporary world. *Journal of Education and Practice*, 7 (4), 17-23.
[40]. Serinkan, C., İpekçi, İ. (2005). Yönetici hemşirelerde liderlik ve liderlik özelliklerine ilişkin bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 10 (1), 281-294.
[41]. Korkmaz, G., Abaan, S. (2005). Servis sorumlu hemşirelerinin liderlik güç tipi algılamaları ve tercihleri. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26-42.
[42]. Ünal, M. (2012). Bilgi çağında değişim ve liderlik. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 32 (1), 297-310
[43]. Çelik, V. (2007). *Eğitimsel Liderlik*. Ankara: Pegema Yayıncılık.
[44]. Kaya, N., Onğun, G. (2015). Dönüşümcü liderliğin kullandığı güç kaynakları ve organizasyonel politikalar aracılığı ile tükenmişlik üzerine etkileri. *Ekev Akademi Dergisi*, 19 (63), 315-344.
[45]. Akbaba, A., Erenler, E. (2008). Otel işletmelerinde yöneticilerin liderlik yönelimleri ve işletme performansı ilişkisi. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 19 (1), 21-36.
[46]. Akyüz, B., Kaya, N. (2015). Kamu çalışanlarının iş tatmini üzerinde liderin güç kaynaklarının rolü. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 13 (25), 71-90.
[47]. Kasal, Ö. (2010). Yönetici hemşirelerin kullandıkları güç tarzlarının hemşireler tarafından algılanışı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
[48]. Yiğit, R. (2000). Klinik sorumlu hemşirelerin liderlik davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1), 21-32.

[49]. Gül, H., Şahin, K. (2011). Bilgi toplumunda yeni bir liderlik yaklaşımı olarak transformasyonel liderlik ve kamu çalışanlarının transformasyonel liderlik algısı. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 25, 238-249.
[50]. Kılıç, R., Keklik, B., Yıldız, H. (2014). Dönüştürücü, etkileşimci ve tam serbesti tanıyan liderlik tarzlarının örgütsel sessizlik üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi,* 21 (2), 249-268.
[51]. Telli, E., Ünsar, A. S., Oğuzhan, A. (2012). Liderlik davranış tarzlarının çalışanların örgütsel tükenmişlik ve işten ayrılma eğilimleri üzerine etkisi: konuyla ilgili bir uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 135-150.
[52]. Eren, E.(2004). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. Geliştirilmiş 8. Basım, İstanbul: Beta Basım Yayım.
[53]. Yörük, D., Dündar, S., Topçu, B. (2011). Türkiye'deki belediye başkanlarının liderlik tarzı ve liderlik tarzını etkileyen faktörler. *Ege Akademik Bakış*, 11 (1), 103-110.
[54]. Uysal, Ş. A., Keklik, B., Erdem, R., Çelik, R. (2012). Hastane yöneticilerinin liderlik özellikleri ile çalışanların iş üretkenlik düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15 (1), 25-57.
[55]. Moore, L. L., Rudd, R. D. (2006). Leadership styles of current extension leaders. *Journal of Agricultural Education*, 47 (1), 6-16.
[56]. Bakan, İ., Erşahan, B., Büyükbeşe, T., Doğan, İ. F., Kefe, İ. (2015). Dönüşümcü ve etkileşimci liderlik ile öğretmenlerin tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 7 (14), 201-222.
[57]. Şahin, A., Taşpınar, Y., Eryeşil, K., Örselli, E. (2015). Kamu yönetiminde liderlik: yönetici ve çalışanların liderlik algısı. *Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 18 (2), 73-96.
[58]. Taslak, S. (2008). Göreve ilişkin çatışmalarda etkileşimci ve dönüşümcü liderlik üzerine etiksel bir değerlendirme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31, 121-144.
[59]. Çakınberk, A., Demirel, E. T. (2010). Örgütsel bağlılığın belirleyicisi olarak liderlik: sağlık çalışanları örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24, 103-119.
[60]. Yavuz, E., Tokmak, C. (2009). İşgörenlerin etkileşimci liderlik ve örgütsel bağlılık ile ilgili tutumlarına yönelik bir araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 1 (2), 17-34.
[61]. Demir, H., Okan, T. (2008). Etkileşimsel ve dönüşümsel liderlik: bir ölçek geliştirme denemesi. *Yönetim*, 19 (61), 72-90.
[62]. Ray, S., Ray, I. A. (2011). An insight into the vision of charismatic leadership: evidence from recent administrative change in West bengal province of India. *European Journal of Business and Management*, 3 (9), 55-67.
[63]. Gül, H., Çöl, G. (2003). Atıf teorisinde belirtilen karizmatik lider özelliklerinin üçlü çrgütsel bağlılık modeliyle ilişkileri üzerine bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17 (3-4), 163-185.
[64]. Murphy, L. (2005). Transformational leadership: a cascading chain reaction. *Journal of Nursing Management*, 13, 128–136.
[65]. Schreuder, J. A. H., Roelen, C. A. M., Jongsma, D., Klink, J. J. L., Groothoff, J. W. (2011). *Health Care Management Review*, 58-66.
[66]. Yılmaz, A., Boğa-Ceylan, Ç. (2011). İlköğretim okul yöneticilerinin liderlik davranış düzeyleri ile öğretmenlerin iş doyumu ilişkisi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 17 (2), 277-394.
[67]. Terzioğlu, T., Taşkın L. (2008). Kadının toplumsal cinsiyet rolünün liderlik davranışlarına ve hemşirelik mesleğine yansımaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (2), 62-67.
[68]. Kuşaklı-Yılmaz, B., Bahçecik, N. (2012). Yönetici hemşirelerin duygusal zeka yetenekleri ve liderlik davranışları. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 20 (12), 112-119.
[69]. Velioğlu, S., Vatan, F. (2012). Yönetici hemşirelerin liderlik davranış boyutlarının incelenmesi. 15 Nisan 2017 tarihinde http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/m19.pdf. adresinden erişildi.

[70]. Vural, G. (1997). Liderlik ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1 (1), 15-22.
[71]. James, K. M. G. (2010). Incorporating complexity science theory into nursing practice. *Creative Nursing*, 16 (3), 137-142.
[72]. Soyluer, B. (2010). Özel hastanelerde yönetici hemşirelerin liderlik davranışlarının hemşirelerin motivasyonları üzerindeki etkisi (Bayındır hastanesi örneği). Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, İstanbul.
[73]. Sarajarvi, A., Haapamaki, M. L., Paavilainen, E. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Council of Nurses*, 53 (3), 205-210.
[74]. Başbakkal, Z., Sönmez, S., Celasin N. Ş., Esenay, F. (2010). 3-6 Yaş grubu çocuğun akut bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkilerinin belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7 (1), 456-468.
[75]. Davidson, E. J. (2009). Family-centred care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29 (3), 28-34.
[76]. Erdim, L., Bozkurt, G., İnal, S. (2006). Annelerin çocuklarının hastaneye yatışından etkilenme durumlarının araştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (3), 36-43.
[77]. Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49, 155-168.
[78]. Uysal, A. D. (2016). Hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri ile ebeveynleri bakıma katmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Mersin.
[79]. Anol, S. (2016). Pediatri yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık personeli ile çocuğu yatan ebeveynlerin aile merkezli bakıma yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
[80]. Aykanat, B., Gözen, D. (2014). Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (1), 683-695.
[81]. Contro, N., Larson, J., Scofield, S., Sourkes, B., Cohen, H. (2002). Family perspektives on the quality of pediatric palliative care. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156, 14-19.
[82]. Tosun, A. (2013). Hastanede yatan çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
[83]. Oktay, H. (2004). Bir üniversite hastanesinin çocuk servislerinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi ve anne görüşlerinin belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
[84]. Roden, J. (2005). The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist pediatric setting. *Journal of Child Health Care*, 9 (3), 222-240.
[85]. Balling, K., McCubbin, M. (2001). Hospitalized Children With Chronic Illness: Parental Caregiving Needs and Valuing Parental Expertise. *Journal of Pediatric Nursing*, 16 (2), 110-117.
[86]. Newton, M. S. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*, 26 (2), 164-168.
[87]. Palmer, S. J. (1993). Care of sick children by parents: a meaningful role. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (2), 185-191.
[88]. Griffin, T. (2003). Facing challenges to family- centered care. II: Anger in the clinical setting. *Pediatric Nursing*, 29 (3), 212-214.
[89]. Armstrong, F. D. (2006). Neurodevelopment and chronic illness: mechanisms of disease and treatment. Mental Retardation and developmental disabilities research reviews, 12 (3) , 168-173.
[90]. İşler, A., Conk, Z. (2006). Pediatride aile merkezli bakım. *Ege Pediatri Bülteni*, 13 (3), 187-193.
[91]. Öztürk, C., Ayar, D. (2014). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (4), 315-320.
[92]. Kitchen, B. (2005). Family centered care: A case study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 10 (2), 93-97.
[93]. Shields, L. (2010). Qestioning family-centred care. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2629-2638.

[94]. Frazier, A., Frazier, H., Warren, N. A. (2010). A discussion of family-centered care within the pediatric intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33 (1), 82-86.
[95]. American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112 (3), 690-697.
[96]. Coleman, V. (2002). Family-centered care. Concept, theory and practice. In: Smith L, Coleman V and Maureen Bradshaw, eds. *The Evolving Concept of Family-Centered Care*, Newyork: Palgrave.
[97]. Shields, L., Tanner, A. (2004). Pilot study of a tool to investigate perceptions of family-centered care in different care settings. *Pediatric Nursing*, 30 (3), 189-197.
[98]. Wells, N. (2011). Historical perspective on family-centered care. *Academic Pediatrics*, 11 (2), 100-102.
[99]. Callery, P. (1997). Caring for parents of hospitalized children: a hidden area of nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (5), 992-998.
[100]. Foster, M., Whitehead, L., Maybee, P. (2010). Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (9), 1184-1193.
[101]. Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health Journal*, 16, 297-305.
[102]. Cypress, B. S. (2012). Family presence on rounds: a systematic review of literature. *Dimens Critical Care Nursing,* 31 (1), 53-64.
[103]. Alderson, P. (1993). European charter of children's rights. *Bulletin of Medical Ethics*, 13-15.
[104]. Dunst, C. J., Trivette, C. M. (2009). Meta-analytic structural equation modeling of the influences of family-centered care on parent and child psychological health. Internation Journal of Pediatrics, 1-9.
[105]. Mitchell, M. L., Chaboyer, W. (2010). Family centred care-a way to connect patients, families and nurses in critical care: a qualitative study using telephone interviews. *Intensive Critical Care Nursing*, 26 (3), 154-160.
[106]. Conk, Z., Başbakkal, Z., Bal-Yılmaz, H., Bolışık, B. (Ed.). Conk, Z., Başbakkal, Z., Yardımcı, F. (2013). *Çocuk Sağlığına Genel Bakış*, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
[107]. Özbodur Yıldırım, S. (2008). *Ebeveyn katılımı tutum ölçeği'nin Türkiye'deki geçerlik güvenirlik çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
[108]. Daneman, S., Macaluso, J., Guzzetta, C. E. (2003). Healthcare providers' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 8 (3), 90-98.
[109]. Çelebioğlu, A. (2004). Yenidoğanın hastaneye kabulünde ebeveynlerin duyguları ve hemşirelik yaklaşımı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1-8.
[110]. Kamerling, S.N., Lawler, L.C., Lynch, M., Schwartz, A. J. (2008). Family-centered care in the pediatric post anesthesia care unit: changing practice to promote parental visitation. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 23 (1), 5-16.
[111]. Güdücü Tüfekçi, F., Erci, B. (2007). Ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması konusunda çocukların, ebeveynlerin ve sağlık çalışanlarının görüşleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (4), 52-62.
[112]. Coyne, I. (2013). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *John Wiley & Sons Ltd*, 18, 796–808.
[113]. Brigitte, S. (2012). Family Presence on Rounds A Systematic Review of Literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31 (1), 53-64.
[114]. Clay, A. M., Parsh, B. (2016). Patient- and family-centered care: It's not ust for pediatrics anymore. *American Medical Association Journal of Ethics*, 18 (1), 40-44.
[115]. Majamanda, M. D., Munkhondya, T. E. M., Simbota, M., Chikalipo, M. (2015). Family centered care versus child centered care: The Malawi context. *Health*, 7, 741-746.
[116]. Karabudak Sarıkaya, S., Ak, B., Başbakkal, Z. (2010). Girişimler sırasına aile üyeleri nerede olmalı? *Türk Pediatri Arşivi*, 45, 53-60.

[117]. Saleeba, A. (2008). The importance of family-centered care in pediatric nursing. University of Connecticut, 1-6. 12.05.2017 tarihinde http://digitalcommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1051&context=son_articles adresinden erişildi.
[118]. Paliadelis, P., Cruickshank, M., Wainohu, D., Winskill, R., Stevens, H. (2005). Implementing family-centered care: an exploration of the beliefs and practices of pediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing,* 23 (1), 31-36.
[119]. Boztepe, H. (2012). Pediatri hemşirelerinin ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması hakkında görüşleri. Ağrı, 24 (4), 171-179.
[120]. Maclean, S. L., Guzzetta, C. E., White, C., Fontaine, D., Eichhorn, D.J., Meyers, T. A., Desy, P. (2003). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: Practices of critical care and emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 12 (3), 246-257.
[121]. Abraham, M., Moretz, G. J. (2012). Implementing patient-and family-centered care. *Pediatric Nursing*, 38 (1), 44-47.
[122]. Dur, Ş., Gözen, D., Bilgin, M. (2016). Devlet ve özel hastanedeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları. *The Journal of Current Pediatrics*, 14, 1-9.
[123]. Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol*, 35 (1), 20-28.
[124]. Arslan, H., Uslu, B. (2014). Öğretmen adaylarının liderlik yönelimlerinin incelenmesi. e-International Journal of Educational Research, 5 (1), 42-60.
[125]. Dereli, M. (2003). İlköğretim okulu müdürlerinin liderlik davranışları. Yüksek Lisans Tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
[126]. Doğan, B. (2010). Hastanede yatan çocuğun bakımına ebeveynlerin katılımı konusunda hemşirelerin, doktorların ve ebeveynlerin görüşleri ve beklentileri. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
[127]. Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15 (5), 625-632.

EKLER

EK-1

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN LİDERLİK ÖZELLİKLERİ İLE AİLE MERKEZLİ BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ 'NE İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri ile Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı araştırma kapsamında hemşirelerin liderlik özellikleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişki hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar hemşirelerin liderlik özelliklerinin ve aile merkezli bakım uygulama durumlarının ölçülmesi ve arasındaki ilişkinin incelenmesine yardımcı olacaktır.

Anket formunda 14 adet soru, "Liderlik Yönelimleri Ölçeği" formunda 32 adet ve "Aile Merkezli Bakım Ölçeği" formunda 20 soru bulunmakta olup toplamda 66 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 5 dakika/saattir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz. (Aşağıdaki numaradan anketle ilgili bilgi alabilirsiniz)

Tel: 0553 452 22 28
Sorumlu Araştırmacı
Döne AKSU

Anket Soruları

1- Yaşınız ……..

2- Cinsiyetiniz ( ) Kadın ( ) Erkek

3- Medeni durumunuz ( ) Evli ( ) Bekar

4- Çocuğunuz var mı? ( ) Var ( ) Yok

5- En uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?

( ) İl ( ) İlçe ( ) Köy

6- Eğitim durumunuz nedir?

( ) Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Yüksek lisans ( ) Diğer ……..

7- Çalıştığınız hastane

( ) Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi ( ) Devlet Hastanesi ( ) Üniversite Hastanesi

8- Çalıştığınız bölüm ……..

9- Ne kadar süredir hemşire olarak çalışmaktasınız? (Lütfen yazınız) ……

10- Ne kadar süredir çocuk/ yenidoğan servisinde çalışmaktasınız? (Lütfen yazınız)

……..

11- Çalıştığınız servisteki göreviniz nedir?

( ) Klinik hemşiresi ( ) Servis sorumlu hemşiresi ( ) Diğer ……..……

12- Bir vardiyada bakım verdiğiniz hasta sayısı kaçtır? (Lütfen yazınız) ……..

13- Çalıştığınız kurumda düzenli olarak hizmet içi eğitim programı düzenleniyor mu?

( ) Evet ( ) Hayır

14- Hemşirelikle ilgili kurs, seminer, kongre gibi bilimsel programlara düzenli olarak katıldınız mı?

( ) Katıldım ( ) Katılmadım

EK-2

LİDERLİK YÖNELİMLERİ ÖLÇEĞİ

Bu bölümde aşağıdaki önermelerin hangi sıklıkla gerçekleştiği incelenmektedir. Lütfen her bir cümleyi okuyun ve yanıtınızı en iyi anlatan kutucuğu işaretleyin.

LİDERLİK YÖNELİMLERİ ÖLÇEĞİ	**Hiçbir Zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık sık**	**Her zaman**
	1	2	3	4	5
1.Net ve mantıklı bir biçimde düşünürüm.					
2.Diğer insanları destekler ve onların sorunlarına karşı ilgi gösteririm.					
3.İşlerin yerine getirilmesi amacıyla insanları harekete geçirme ve kaynakları etkili kullanma gibi yeteneğim vardır.					
4.Ellerinden gelenin en iyisini yapmaları konusunda diğer insanlara ilham veririm.					
5.Dikkatli planlamanın ve planlanan işlerin zamanında bitirilmesinin önemini vurgularım.					
6.Açık ve işbirliğine dayalı ilişkiler yoluyla güven veririm.					
7.Karşıt görüşlere sahip kişileri ikna etmede başarılı ve yetenekliyimdir.					
8.Karizmatik bir insanımdır.					
9.Problemlerin mantıklı çözümleme ve dikkatli düşünmeyle çözülebileceğine inanırım.					
10.Diğer insanların ihtiyaç ve duygularına karşı duyarlılık gösteririm.					
11.İkna kabiliyetim iyi ve etkileyiciyim.					
12.Diğer insanlar için ilham kaynağıyım.					
13.Net, akılcı politikalar, süreçler geliştirir ve uygularım.					
14.Alınan kararlarda insanların aktif rol almasını ve katılımlarını desteklerim.					
15.Klinik içi anlaşmazlık ve çatışmaları önceden görür, çözme konusunda yılmadan çalışırım.					
16.Hayal gücüm kuvvetli ve yaratıcıyım.					
17.Problemlere gerçekçi ve mantıklı bir biçimde yaklaşırım.					

LİDERLİK YÖNELİMLERİ ÖLÇEĞİ	**Hiçbir Zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık sık**	**Her zaman**
18.Tutarlı bir biçimde başkalarına karşı açığım ve yardım ederim.					
19.Güç sahibi başka insanların desteğini kazanmada etkiliyim.					
20.Güçlü, iddialı bir vizyon ve misyon duygusu aşılarım.					
21.Açık ölçülebilir hedefler ortaya koyar ve kişileri sonuçlarından sorumlu tutarım.					
22.İyi bir dinleyiciyim diğer insanların fikirlerine ve katkılarına genellikle açığım.					
23.Politik davranma konusunda duyarlı ve yetenekliyim.					
24.Mevcut gerçeklerin ötesini görerek yeni ve heyecan verici fırsatlar yaratırım.					
25.Detaya önem veririm.					
26.İyi yapılan işler konusunda insanları takdir ederim.					
27.Yeterli desteği sağlamak için klinik içi ve dışı ilgi grupları (paydaşlar) ile koalisyonlar geliştiririm.					
28.Sadakat ve şevk aşılarım.					
29.Sağlık kurumlarının ve bu kurumlarda hiyerarşinin gerekliliğine inanırım					
30.Katılımı destekleyen bir liderim.					
31.Çatışma ve muhalefete rağmen başarıya ulaşırım.					
32.Çevredeki insanlar için kişiliğimle model/örnek bir liderim.					

EK-3

AİLE MERKEZLİ BAKIM ANKETİ

Bu bölümde aşağıdaki önermelerin hangi sıklıkla gerçekleştiği incelenmektedir. Lütfen her bir cümleyi okuyun ve yanıtınızı en iyi anlatan kutucuğu işaretleyin.

	Soru	**Asla**	**Bazen**	**Genellikle**	**Daima**
1	Ebeveynler hastaneye veya polikliniğine geldiklerinde memnuniyetle karşılandıklarını hissetmelerini sağlıyorum.				
2	Çocuğun ailesinin diğer üyelerinin hastaneye/ polikliniğine çocukla birlikte gelmesi memnuniyetle karşılanıyor.				
3	İşlemler sırasında ebeveynler çocuklarının yanında olabiliyor.				
4	Ebeveynler çocuklarıyla ilgili tıbbi ve bakım tavsiyelerini istedikleri kadar sorgulayabiliyor.				
5	Hastaneye/polikliniğine geldiklerinde ebeveynlere (bir ziyaretçiden çok) birer ebeveyn gibi davranılıyor.				
6	Çocuğun işlemleri mahremiyet ve gizlilik ilkelerine bağlı kalınarak gerçekleştiriliyor.				
7	Ebeveynler çocuğun taburcu olmasına/taburcu olduktan sonra başka kuruma sevk edilmeye hazırlanıyor.				
8	Çocuklarının ihtiyaç duyabileceği bakım konusunda ebeveynlere dürüstçe bilgi veriliyor.				
9	Ebeveynler eve gittikten sonra yardıma veya rahatlamaya ihtiyaç duyarlarsa kimi arayacaklarını biliyorlar.				
10	Bakım konusunda kararlar verilirken ailelerinde karara katılımı sağlanıyor.				
11	Ebeveynlere çocuklarının ihtiyaç duyduğu bakım konusunda bilmeleri gerekenler öğretiliyor.				
12	Ebeveynlere çocuklarının bakımından birinci derecede sorumlu olan hekimin/cerrahın adı söyleniyor.				
13	Ebeveynler kendilerine verilen broşür vb gibi yazılı materyali kolaylıkla anlayabiliyor.				
14	Çocuğun bakımına aile de katılıyor.				
15	Ebeveynler çocukları hakkında kendilerine verilen bilgilerin çok fazla olmasından bunalıyor.				
16	Personel çocuğun özel ihtiyaçları konusunda bilgi sahibi.				
17	Personel ebeveynlerin endişelerini dinliyor.				
18	Ebeveynler çocuğun bakımından sorumlu(aynı personeli) görüyor.				
19	Personel ebeveynlere destek olan önemli kişilerin kim olduklarını biliyor.				
20	Personel ebeveynin ve ailesinin nasıl bir süreçten geçtiğini anlayabiliyor.				

ARAŞTIRMAYA VERDİĞİNİZ KATKILARDAN DOLAYI TEŞEKKÜR EDERİZ.

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 78017789/050.01.04/ 207810 02/09/2016
Konu : Etik Kurul

Sayın Prof. Dr. Rana YİĞİT
Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri ile Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı araştırmaya ilişkin 01/09/2016 tarihli ve 2016/293 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Kurul Başkanı

EKLER:

1- Kurulun 01/09/2016 tarihli ve 2016/293 sayılı kararı (1 sayfa)
2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (3 sayfa)

Adres : MEÜ Çiftlikköy Kampüsü 33343 Yenişehir / MERSİN Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Tel : 03243610001-4417 Fax :
e-posta : Elektronik Ağ : www.mersin.edu.tr

MEÜ.İD.FR-001/03 Sayfa 1/1 Yayın Tarihi : 22 / 11 / 2013

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri ile Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER: GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	☒	
	ARAŞTIRMACILARIN ÖZ GEÇMİŞİ	☒	
	3 ADET LİTERATÜR	☒	
	Diğer	☒	-Çalışmanın Tez Olduğuna İlişkin Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 26.07.2016 tarihli yazısı -Demografik Bilgi Formu -Liderlik Yönelimleri Ölçeği -Aile Merkezli Bakım Anketi

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:** 2016/293 **Tarih:** 01/09/2016
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Modek Bilimleri Bölümü Farmakoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Selma ÜNAL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Fatma Özkan KANDEMİR	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Enfeksiyon Hastalıkları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, incelenen yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özelliklerı ile Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☑	E ☐	H ☑	Katılamıyor
Prof. Dr. Murat BOZLU	Üroloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Üroloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☑	E ☑	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☑	E ☑	H ☐	
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☑	E ☑	H ☐	
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☑	E ☐	H ☑	Katılamıyor
Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ	Psikiyatri	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK ÜRER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ	Kardiyoloji	Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Kardiyoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☑	E ☐	H ☑	Katılamıyor
Yüksek Şehir Plancısı Hümeyra Betül LEVENT ERDAL	Şehir ve Bölge Planlama/Uluslararası Proje Yönetimi	Mersin Mezitli Belediyesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☑	E ☐	H ☑	Katılamıyor
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* Toplantıda Bulunmu

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri ile Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampüsü Prof. Dr. Uğur ORAL Kültür Merkezi, 33343, Yenişehir/Mersin
	TELEFON	0 324 361 00 01 / 4417
	FAKS	---
	E-POSTA	meskaek@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Rana YİĞİT			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	---			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz Anket Çalışması			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
01/09/2016	16	293

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Rana YİĞİT'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri ile Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 25/08/2016 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, ilgili Kurumlardan alınacak olan izin belgelerinin başvuru dosyasına eklenmesi, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Selma ÜNAL
Başkan Yardımcısı

İmza
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR
Üye

(Katılamadı)
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Üye

İmza
Prof. Dr. Murat BOZLU
Üye

İmza
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

(Katılamadı)
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Raportör

İmza
Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ
Üye

İmza
Yrd. Doç Dr. M. Türkan IŞIK ERER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

(Katılamadı)
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ
Üye

(Katılamadı)
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

İmza
Lale DAĞLI
Üye

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
Mersin İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI :
KONU: Araştırma İzni İnceleme Komisyonu

BİLİMSEL ARAŞTIRMA/TEZ/ PROJESİ İZİN BAŞVURU İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri İle Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasının Yapılacağı Hastane ve Klinik/bölümün adı	Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Araştırma/Tezin/Projenin verildiği eğitim kurumu	Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasını yapan/yürüten Öğrenci/Yürütücü	Döne AKSU
Danışman Öğretim Üyesi	Prof. Dr. Rana YİĞİT Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

KARAR

Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslarla İlgili Yönerge gereği, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Mersin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nin **01.04.2016** tarihli onayı ile görevlendirilen komisyon üyeleri, Genel Sekreterliğimize intikal eden Tez Çalışmasını değerlendirmek üzere **24/10/2016** tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Değerlendirme sonucunda; başvuru yapılan Tez Çalışmasının Birliğimize Bağlı Tüm Sağlık Tesislerinde yapılmasına karar verilmiştir.

Komisyon Başkanı
Uzm.Dr.Volkan KAHVECİ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Üye
Gülhekin ARSOY
Mali Hizmetler Başkan V.

Üye
Dr. Levent ÖZBAY
İdari Hizmetler Başkanı

Üye
Uzman Semra KAYA
İdari Hizmetler Başkanlığı

ONAY
...../2016
Uzm.Dr.Meginune ÇAMSARI
Genel Sekreter

Evrakın elektronik imzalı suretine https://e-belge.mersin.edu.tr adresinden [illegible]
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

ADANA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ...ADANA İLİ KAMU İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Adana İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 69937107/799
Konu : Bilimsel Çalışma Onayı

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı

İlgi : 11/10/2016 tarihli ve 67892787-233340 sayılı yazı

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Rana YİĞİT sorumlu araştırmacılığında, Yüksek Lisans Öğrencisi Döne AKSU'nun **"Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri İle Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** başlıklı çalışmasını Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Kliniklerinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması koşulu ile oy birliği ile uygun bulunmuştur.

Dr. Alper ACİL
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma Geliştirme ve Proje Birimi Hacı Ömer Sabancı Caddesi - Seyhan / Adana Tlf: 0(322) 321 57 52 Faks: 0 322 221 00 20 mail:Resan.Arlier@saglik.gov.tr
Faks No:0322 221 00 20
e-Posta:resan.arlier@saglik.gov.tr İst.Adresi: R.ARLIER

Bilgi için:Reşan ARLIER
Unvan:Uzman
Telefon No:0(322) 321 57 52

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 8ac7fc39-4505-4346-b34b-10d3b5459267 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tarih ve Sayı: 27/10/2016-E.138524

T.C.
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 39288305-302.08.01/
Konu : Döne AKSU'nun Araştırma İzni hk.

BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 25/10/2016 tarihli, 136956 sayılı ve "Döne AKSU'nun Araştırma İzni hk." konulu yazı,

İlgi yazımızda adı geçen Yüksek Lisans Öğrencisi Döne Aksu'nun tez çalışmasını 10 Ekim 2016 - 12 Ocak 2017 tarihleri arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Servislerinin sorumlu hemşireleri ile iletişim kurarak yürütmesi uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz olunur.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Yurdanur KILINÇ
Anabilim Dalı Başkanı

Mevcut Elektronik İmzalar
YURDANUR KILINÇ (ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI - Anabilim Dalı Başkanı) 27.

Adres:Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 1330 Balcalı, Sarıçam / Adana
Telefon:0 (3 (2) 338 64 04 Faks:0 (322) 338 65 72
e-Posta:tip@cu.edu.tr Elektronik Ağ:www.cu.edu.tr

Bilgi için: Özkan OĞUR
Unvanı: İşçi(D)
Tel No: 3164

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine https://e-belge.mersin.edu.tr adresinden 61688486-5bb-4a48-bef7-d2f8cf167ba kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Mersin Üniversitesi - YAZI İŞLERİ BÜROSU
Tarih: 26.10.2016 10:57
Sayı: 41993462-774.01.06-
E.00000247337

E.00000247337

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
İdari İşler Birimi
Yazı İşleri Birimi

Sayı : 41993462-774.01.06
Konu : Araştırma İzni(Döne AKSU)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Birimi)

İlgi : 20/10/2016 tarihli ve 40752009-302.08.01/00000243145 sayılı yazınız.

İlgi yazımızda belirtilen Döne AKSU'nun "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri İle Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamında Hastanemiz Çocuk Kliniklerinde 10 Ekim 2016 - 12 Ocak 2017 tarihleri arasında anket çalışması yapması ve veri toplaması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Meltem NASS DUCE
Başhekim

Adres:Mersin Üniversitesi Sağlık Araş. ve Uyg. Hastanesi Çiftlikköy Kampüsü 33343 Yazı İşleri Birimi Yenişehir / MERSİN
E-posta:
Telefon: +90 (324) 241 00 00/dahili: 1066
Ayrıntılı bilgi için:Funda DENİZ
Faks: +90 (324) 241 08 98
Elektronik ağ:www.mersin.edu.tr

1 / 1

Evrakın elektronik imzalı suretine https://e-belge.mersin.edu.tr adresinden [illegible] kodu ile ulaşabilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Mersin İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 43266470/604.01.01
Konu : Tez Çalışması İzni

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 11/10/2016 tarihli ve 35171984-233340 sayılı yazınız

İlgi yazıya istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Rana YİĞİT'in sorumluluğunda yürütülecek olan yüksek lisans öğrencisi Döne AKSU'nun Mersin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri İle Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " konulu Tez Çalışmasını yapmak istediğine dair Üniversitenizin talep yazısı incelenmiş; çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayata yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva etmemesi ve yapılacak çalışma sonucunun Kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla söz konusu çalışma Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüş olup, ilgili Bilimsel Araştırma/Tez/Projesi İzin Başvuru İnceleme Komisyon kararı ekte gönderilmiştir;

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Memnune ÇAMSARI
Genel Sekreter

EKLER:
TEZ ÇALIŞMASI İZİN BAŞVURU İNCELEME KOMİSYON KARARI (1 sayfa)

Güvenli elektronik İmzalı
Bu İmza Aynıdır.
Ömer ÇAKMAK
Şube Müdürü

Nusratiye Mah. Kavaf Milliye Cad. No:132 Akdeniz MERSİN
Faks No:0324 3373499
e-Posta:mersi.ozgulbasar@saglik.gov.tr İst.Adresi: Ar-Ge Birimi M.ÖZGÜL BAŞAR
Bilgi için:Murat ÖZGÜL BAŞAR
Unvan:Laboratuvar Teknisyeni
Telefon No:0324 3373692
Fiziksel elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 36857[illegible]5-8794-4131-bc39-dce1794[illegible]kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Fiziksel elektronik imzalı suretine https://e-belge.mersin.edu.tr adresinden [illegible] kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 15196423/772.02
Konu : Döne AKSU'nun Araştırma İzni

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Sağlık Bilimler [illegible] Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Rana YIĞIT'in sorumluluğunda yürütülecek olan yüksek lisans öğrencisi Döne AKSU'ya ait "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Lokus Özellikleri ve Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu anket çalışmasını Birliğimiz ve Eğitim Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapmak istemesinde herhangi [illegible] ve hastaneye ek mali külfet getirmeyecek şekilde [illegible] anket araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, ankette kişisel verilerin ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata uykırı sorular ihtiva etmemesi, aydınlatılmış onam formunun bulunması, çalışmanın Hasta Hakları ile ilgili yasal düzenlemelere uygun olarak yürütülmesi ve yapılacak çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dahilinde [illegible] hususlarıyla 15.11.2016 tarih ve 1622 nolu Komisyon Kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Özcan ATIN
Genel Sekreter

Güvenli Elektronik İmzalı Asıl'ı ile Aynıdır.
[illegible]

Akasya Mah. 2. Ulus Toki Evleri Arkası 87. Sok. Dış Kapı No: [illegible] Çankaya/ANKARA
Faks No: 0 326 290 11 10
e-Posta mesaj: [illegible]@saglik.gov.tr İnt. Adresi: http://www.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik orijinali [illegible] adresinden [illegible] kodu ile teyit edilebilir.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
[illegible]
Evrakın elektronik orijinali [illegible] adresinden [illegible] kodu ile teyit edilebilir.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/11/2016-E.15994

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 14096738-302.08.01/
Konu : Döne AKSU'nun Araştırma İzni

Evrak T

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi : Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı 20/10/2016 tarihli, 243145 sayılı ve Döne AKSU'nun Araştırma İzni konulu yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazısına istinaden; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Rana YÜCE'nin sorumluluğunda yürütmekte olan yüksek lisans öğrenciniz Döne AKSU'nun 10 Ekim 2016-12 Ocak 2017 tarihleri arasında "Çocuk Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri İle Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamında; Hastanecde Çocuk Hastalıkları Kliniğinde belirtilen tarihler arasında anket çalışmasını yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Yunus DOĞRAMACI
Başhekim

EK :
İlgi Yazı (9 Sayfa)

Belgenin asıl Elektronik İmzalıdır.
Tarih : 11/11/2016

Mevcut Elektronik İmzalar
YUNUS DOĞRAMACI (Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği - Başhekim) 11/11/2016 16:28

Evrak Doğrulama İçin : https://belge.mersin.edu.tr/belgeyi-dogrulama/...
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği - Tarsus
Mersin Kampüsü
Tel : 0326 2290000
E-Posta : hastane@mku.edu.tr
Faks: 0326 2455054
Elektronik İş Akışı: https://...

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunumun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine https://e-belge.mersin.edu.tr adresinden ... kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5/1 maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

OSMANİYE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - OSMANİYE İLİ KOBOS TIBBİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Osmaniye İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 53925594/774.99
Konu : Döne AKSU'nun Araştırma İzni

OSMANİYE DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : 27/12/2016 tarihli ve 39437778-518.02-7441 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınızda; Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Rana YİĞİT'in sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi olan Döne Aksu'nun, Birliğimize bağlı Osmaniye Devlet Hastanesi bünyesinde "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Liderlik Özellikleri İle Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışması için bilimsel amaçlı araştırma yapmak istediğine dair başvurusunun uygun görüldüğü bildirilmişti.

Söz konusu başvuru İnceleme Komisyonumuzca 11.01.2017 tarihinde değerlendirilmiş ve Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Rana YİĞİT'in sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi olan Döne Aksu'nun konu hakkında çalışma yapmasında bir sakınca görülmemiş olup, konu ile ilgili imzalanan Protokol, Komisyon Kararı ve başvuru evrakları yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr.Fazlı ASLAN
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Ekler:
1- Komisyon Kararı (1 Sayfa)
2- Protokol (2 Sayfa)
3- Başvuru Evrakları (20 Sayfa)

Osmaniye İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı
D 400 Karayolu üzeri Akyar Mevki -OSMANİYE
Bilgi için:NEVİN CEYLAN
Faks No:
Unvan:HEMŞİRE
e-Posta:nevin.ceylan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Tel:0(328) 826 01 30 (5018)
Telefon No:0328826013O/5022
Fax:0(328) 826 01 29 Ayrıntılı Bilgi :N.CEYLAN
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden b73240e6-b089-4b9e-bf89-d78b785bbfee kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : Döne AKSU

Doğum Tarihi : 26.09.1992

E-mail : doneaksu@mersin.edu.tr

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Yüksekokulu-Hemşirelik	Mersin Üniversitesi	2009-2013
Yüksek Lisans	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Mersin Üniversitesi	2015-2017

Görevler :

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Klinik Hemşiresi	Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi	2013- Halen