

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



HEMŞİRELERİN KLİNİK LİDERLİK ALGISININ MESLEKİ
ÖZERKLİK ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEHER AYDEMİR

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ SERHAN ŞAHİNLİ

İSTANBUL, 2024

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



HEMŞİRELERİN KLİNİK LİDERLİK ALGISININ MESLEKİ
ÖZERKLİK ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEHER AYDEMİR

Tez Danışmanı: DR. ÖĞR. ÜYESİ SERHAN ŞAHİNLİ

Jüri Üyesi : DR.ÖĞR.ÜYESİ ŞEYDA SAYDAMLİ

Jüri Üyesi : DOÇ.DR. SERKAN ETİ

İSTANBUL, 2024

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZ ONAY BELGESİ

Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı **22111103008** numaralı öğrencisi Seher AYDEMİR'in "**HEMŞİRELERİN KLİNİK LİDERLİK ALGISININ MESLEKİ ÖZERKLİK ÜZERİNE ETKİSİ**" adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunun 15.11.2024 tarih ve 2024-21 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliğiyle Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05.12.2024

Dr. Öğr. Üyesi Serhan ŞAHİNLİ
Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Şeyda SAYDAMLI
Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Serkan ETİ
Jüri Üyesi

ETİK BEYAN

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Proje Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu projede;

- Proje içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Proje çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu Projede sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

05 / 12 / 2024

SEHER AYDEMİR

ÖNSÖZ

Çalışmalarım sırasında benden yardımlarını eksik etmeyen, konunun tespit ve şekillenmesinde engin fikirlerinden istifade ettiğim görüşleri ile çalışmama zenginlik katan ve araştırmanın yapılmasında sonsuz destek ve yardımlarını gördüğüm, takdiri ile yönlendiren, zevkle çalışmamı sağlayan, sıkıntılarımla esnasında çözüm üretmeme büyük katkı sağlayan, hoşgörölü ve sabırlı davranan, kendisinden hayata ve insanlığa dair çok şey öğrendiğim akademik başarılarından ilham aldığım danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Serhan ŞAHİNLİ hocama teşekkür ve minnetlerimi sunarım.

Tez önerim ve tez savunmamda önerileri ile tezime katkı sağlayan hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şeyda SAYDAMLI hocama , Sayın Doç. Dr. Serkan ETİ hocama ve Sayın Doç.Dr. İtir ERKAN hocama teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemi sağlayan , her zaman destekçim olan, emeklerini ödeyemeyeceğim kardeşlerime, canım annem Nurdagöl AYDEMİR ve babam Hasan AYDEMİR ‘e

Tüm yaşantımda olduğu gibi tez sürecimde de yanımda olduklarını hissettirip bana güç veren dostlarımla Amine ESER , Hülya ATLI ve Gülpembe KÖROĞLU’na

Tez çalışmamı yapmamda desteklerinden dolayı her zaman yanımda oldukları ve her zaman sabır, sevgi ve anlayışlarını benden esirgemedikleri için eğitim hemşireleri Emel ÖZEL SOYDAŞ ve Ali Can BAL’a, çalışmama katılan ve yardımcı olan meslektaşlarımla, mesai arkadaşlarımla, dostlarımla teşekkür ve saygılarımı sunarım.

İSTANBUL, 2024

SEHER AYDEMİR

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	I
ÖNSÖZ.....	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	VII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VIII
ÖZET.....	IX
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Liderlik.....	4
2.1.1. Liderlik ve Yöneticilik Arasındaki Farklar	6
2.1.2 Liderlik Teorileri.....	6
2.1.3.Özellikler Kuramı	7
2.1.4 Davranışsal Kuram	9
2.1.5 Durumsallık Kuramı.....	12
2.1.6 Modern Liderlik Kuramı	14
2.1.6.1. Dönüşümcü (Transformasyonel) Liderlik	14
2.1.6.2. Etkileşimci Liderlik	14
2.1.6.3. Karizmatik Liderlik.....	15
2.1.6.4. Otantik Liderlik	16
2.1.6.5 Etik Liderlik	17
2.1.6.6. Hizmetkâr Liderlik	17
2.1.6.7 Örtük Liderlik.....	18
2.1.7 Klinik Liderlik.....	19
2.1.8 Klinik Liderlik Özellikleri.....	20
2.1.9 Klinik Liderlik Stratejileri	22
2.1.10 Klinik Liderlik ve Hasta Bakımı.....	24
2.1.11 Klinik Liderlik Mesleki Özerklik İlişkisi	26
2.2. Mesleki Özerklik	29

2.2.1. Özerklik Kavramı	29
2.2.2 Bireysel Özerklik.....	32
2.2.3. Mesleki Özerklik	32
2.2.4. Mesleki Özerklik Kavramının Temel Unsurları	36
2.2.4.1. Bilgi.....	36
2.2.4.2. Bağımsızlık (İrade Serbestliği).....	37
2.2.4.3. Kıyaslama Gücü	37
2.2.4.4. Karar Alma Kapasitesi/ Becerisi	37
2.2.4.5. Kararlılık	38
2.2.5. Mesleki Özerkliğin Sonuçları.....	38
2.2.6. İş Özellikleri (Karakteristikleri) Modeli.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	42
3.2. Araştırma Hipotezleri ve Araştırma Modeli	42
3.3. Veri Toplama Aracı	44
3.4. Evren ve Örneklem	45
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	46
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	47
4. BULGULAR	49
4.1. Tanımlayıcı Özellikler	49
4.2. Klinik Liderlik ve Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puan Ortalamaları	50
4.3. Klinik Liderlik ve Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Arasındaki İlişkiler	52
4.4. Klinik Liderlik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması	58
4.5. Mesleki Özerklik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması	70
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	79
6. KAYNAKLAR	88
EKLER.....	108

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Normal Dağılım	48
Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	49
Tablo 4.2. Klinik Liderlik Puan Ortalamaları	51
Tablo 4.3. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puan Ortalamaları	51
Tablo 4.4. Klinik Liderlik ve Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	52
Tablo 4.5. Klinik Liderliğin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Üzerine Etkisi	54
Tablo 4.6. Klinik Liderlik Alt Boyutlarının Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam Üzerine Etkisi	54
Tablo 4.7. Klinik Liderlik Alt Boyutlarının Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol Üzerine Etkisi.....	55
Tablo 4.8. Klinik Liderlik Alt Boyutlarının İşle İlgili Bağımsızlık Üzerine Etkisi ..	56
Tablo 4.9. Klinik Liderlik Alt Boyutlarının Otonom Klinik Yargı Üzerine Etkisi...	57
Tablo 4.10. Klinik Liderlik Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu	58
Tablo 4.11. Klinik Liderlik Puanlarının Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumu	59
Tablo 4.12. Klinik Liderlik Puanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumu.....	60
Tablo 4.13. Klinik Liderlik Puanlarının Meslekte Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumu	61
Tablo 4.14. Klinik Liderlik Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	62
Tablo 4.15. Klinik Liderlik Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu	64
Tablo 4.16. Klinik Liderlik Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu	65
Tablo 4.17. Klinik Liderlik Puanlarının Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	66
Tablo 4.18. Klinik Liderlik Puanlarının Klinik Liderlik Üzerine Formal Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu.....	67
Tablo 4.19. Klinik Liderlik Puanlarının Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	68

Tablo 4.20. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu	70
Tablo 4.21. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumu.....	71
Tablo 4.22. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumu.....	72
Tablo 4.23. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Meslekte Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumu.....	73
Tablo 4.24. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu.....	73
Tablo 4.25. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu.....	75
Tablo 4.26. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu.....	75
Tablo 4.27. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	76
Tablo 4.28. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Klinik Liderlik Üzerine Formal Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	76
Tablo 4.29. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	77
Tablo 4.30. Hipotezlerin Sonuçları	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Araştırma Modeli.....	44
----------------------------------	----



KISALTMALAR LİSTESİ

EHR : Elektronik Sağlık Kayıtları

H : Hipotez

JCM : Journal of Contemporary Medicine

NHS : The National Health Service

S.S. : Standart Sapma

TDK : Türk Dil Kurumu

r : Korelasyon Katsayısı



ÖZET

HEMŞİRELERİN KLİNİK LİDERLİK ALGISININ MESLEKİ ÖZERKLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma; Hemşirelerin klinik liderlik algısının mesleki özerklik üzerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Nicel araştırma yöntemlerine göre ilişkisel tarama modelinde gerçekleştirilen araştırmaya İstanbul ilinde yer alan bir Devlet Hastanesi'nde görev yapan 300 hemşire gönüllü olarak katılmışlardır. Araştırma verileri kişisel bilgi formu, Klinik Liderlik Ölçeği ve Hemşirelerin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 25.0 istatistik programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda; hemşirelerin yüksek düzeyde klinik liderlik algısına sahip olduğu, mesleki özerkliğe yönelik tutumlarının ise ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin klinik liderlik algıları ile mesleki özerkliğe yönelik tutumları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişkilerin olduğu, hemşirelerin klinik liderlik algılarının mesleki özerklik tutumlarını pozitif yönde etkileyerek %6 oranında artırdığı saptanmıştır. Hemşirelerin klinik liderlik algısını belirleyen boyutlarından kişisel özellikler ile yönlendirmelerin kurgulanması alanının mesleki özerkliği etkileyen belirleyici değişkenler olduğu, diğer boyutların ise mesleki özerkliği etkilemediği saptanmıştır. Araştırmada hemşirelerin yaşlarına, çalıştıkları birime, kurumda çalışma sürelerine, meslekte çalışma sürelerine ve medeni durumlarına göre klinik liderlik algılarında farklılık olmadığı, eğitim durumlarına, cinsiyetlerine, yönetim, klinik liderlik ve liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumlarına göre klinik liderlik algılarında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin çalıştıkları birimlere, meslekte çalışma sürelerine, cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumlarına göre mesleki özerkliğe yönelik tutumlarında farklılaşma olmadığı, yaşlarına, kurumda çalışma sürelerine, eğitim durumlarına, yönetim ve klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumlarına göre mesleki özerkliğe yönelik tutumlarında farklılıklar olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, liderlik, klinik liderlik, mesleki özerklik

SEHER AYDEMİR, 2024

ABSTRACT

THE EFFECT OF NURSES' PERCEPTION OF CLINICAL LEADERSHIP ON PROFESSIONAL AUTONOMY

This research; It was carried out to examine the effect of nurses' perception of clinical leadership on professional autonomy. 300 nurses working at Sultanbeyli State Hospital in Istanbul voluntarily participated in the research, which was carried out in a relational screening model according to quantitative research methods. Research data were collected with a personal information form, Clinical Leadership Scale and Nurses' Attitudes Towards Professional Autonomy Scale. The data obtained were analyzed on a computer using the SPSS 25.0 statistical program. As a result of the research; It was determined that nurses had a high level of clinical leadership perception and their attitudes towards professional autonomy were above average. It was determined that there were positive, low-level significant relationships between nurses' clinical leadership perceptions and their attitudes towards professional autonomy, and that nurses' clinical leadership perceptions positively affected their professional autonomy attitudes and increased them by 6%. It has been determined that personal characteristics and the field of constructing directions, which are among the dimensions that determine nurses' perception of clinical leadership, are the determining variables affecting professional autonomy, while other dimensions do not affect professional autonomy. In the study, it was determined that there was no difference in the clinical leadership perceptions of nurses according to their age, the unit they worked in, the length of time they worked in the institution, the length of time they worked in the profession and their marital status, but there were differences in their perceptions of clinical leadership according to their educational status, gender, management, clinical leadership and whether they received formal training on leadership. In addition, there is no difference in nurses' attitudes towards professional autonomy according to the units they work in, the length of time they have worked in the profession, their gender, marital status and whether they have received formal training on leadership. It was determined that there were differences in their attitudes towards autonomy.

Key Words: Nursing, leadership, clinical leadership, professional autonomy

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin sürekli gelişen ve karmaşık ortamında, özellikle son dönemdeki COVID-19 salgınının ışığında, etkili liderlik becerileri hayati hale gelmektedir. Liderlik sağlık hizmetlerinin kalitesini, etkinliğini ve verimliliğini doğrudan etkilediği için önem arz etmektedir. Başarılı sağlık hizmeti sunumunun yalnızca tıbbi uzmanlığa değil, aynı zamanda bu dinamik değişimlere etkili bir şekilde liderlik etme ve bu değişimler arasında yol alma becerisine de bağlı olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Ulaş, 2023).

Sağlık kuruluşlarının etkili yönetimi büyük ölçüde liderliğe dayanmaktadır (Özkan, 2021). Dinamik ve karmaşık sağlık hizmetleri ortamında liderlik, başarı için önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde liderlerin; liderlik etme, motive etme, rehberlik etme ve karar verme becerilerine sahip olması gerekir (Güngör ve Polat, 2022). Stratejik vizyon, ekip yönetimi ve kaynak kullanımı, sağlık kuruluşlarını yönetmenin ve hasta bakımı kalitesini iyileştirmenin temel unsurlarıdır. Sağlık hizmetlerinde liderlik, hasta güvenliği, işbirliği ve sürekli iyileştirme gibi hedeflere ulaşmak için hayati öneme sahiptir. Dahası, sağlık hizmetleri liderlerinin, organizasyonlarını gelişen sağlık trendleri ve teknolojik ilerlemeler de dahil olmak üzere gelecekteki zorluklara hazırlama konusunda uyarlanabilir ve proaktif olmaları gerekir. Genel olarak sağlık hizmetlerinde liderlik, bireysel sağlık profesyonellerinin ve sağlık kuruluşlarının başarısını önemli ölçüde etkilemektedir (Gözlü, 2023).

Sağlık hizmetleri alanında liderlik, yöneticiler, sağlık personeli ve diğer çalışanlar dahil olmak üzere çok çeşitli bireyleri kapsamaktadır. Sağlık kuruluşlarında yöneticilerin sergilediği liderlik vasıfları ve eylemleri, sağlık çalışanlarınınkinden farklı amaçlara hizmet etmesi nedeniyle farklılık göstermektedir. Sağlık kurumu yöneticilerinin liderlik davranışları öncelikle işletme yönetimine odaklanırken, sağlık personelinin liderlik davranışları sağlık hizmetleri yönetimine odaklanmaktadır. Bu farklı yaklaşımların farklı etki ve hedeflere yol açtığı sonucuna varılabilir.

Sağlık alanında klinik liderlik kavramı, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli rol oynayan sağlık çalışanlarının liderlik yeteneklerini kapsayan büyük önem taşımaktadır

(Dönmez vd., 2023). Klinik liderlik, sağlık kuruluşlarında çalışan doktorlar, hemşireler, sağlık yöneticileri ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen bir dizi stratejik ve yönetsel sorumluluğu gerektirir. Bu liderler hasta bakımının kalitesinin artırılmasında, hasta güvenliğinin sağlanmasında, verimliliğin optimize edilmesinde ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin desteklenmesinde etkilidir (Özkan, 2021). Klinik ekipleri etkili bir şekilde yönetirler, işbirliğini geliştirirler, performansı değerlendirirler, rehberlik sunarlar ve sorunları ustaca çözerler. Ayrıca klinik liderlik, doktorların ve hemşirelerin motivasyonunu artırarak iş memnuniyetini ve bağlılığını artırma potansiyeline sahiptir. Sürekli gelişen ve dinamik sağlık ortamında olumlu sonuçlara ulaşmak için stratejik planlama, etkili iletişim ve yönetim becerilerini gerektiren kapsamlı bir sağlık hizmeti yaklaşımıdır (Özdemir vd., 2019).

Sağlık hizmetlerinin dinamik doğası, sistemin karmaşıklığını vurgulamaktadır. Sınırlı kaynaklar, verimsizlik ve karmaşık yapı, artan maliyetlere rağmen kaliteli sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde zorluklar yaratmaktadır (Weberg, 2012). Sağlık kurumlarının geleneksel yöntemler yerine hasta odaklı ve çözüm odaklı hizmet sunumuna öncelik veren yenilikçi yaklaşımlar kullanılarak yönetilmesi gerektiği giderek daha fazla kabul görmektedir (Gittell, 2016). Klinik liderlik bu bağlamda önemli bir yöntem olarak ortaya çıkmış ve son on yılda önem kazanmıştır (West vd., 2015).

Hemşirelik alanı, kültürel yapılardan ve bilimsel gelişmelerden etkilenen, bireyin ve toplumun refahına odaklanan dinamik ve pratik bir disiplindir (Potter ve Perry, 2020; Yalım ve Baykara, 2022). Değişen dünyayla birlikte gelişen bu disiplinde hemşireler çeşitli roller üstlenmektedir. Teknolojik gelişmeler, yaşam uzatan cihazlar, genişleyen tedavi seçenekleri, organ ve doku nakilleri gibi faktörler hemşirelerin rollerini etkileyerek sorumlulukların ve karar verme fırsatlarının artmasına neden olmuştur. Ancak hemşirelerden toplumsal beklentiler de değişmekte ve artmaktadır (Potter ve Perry, 2020). Hemşirelik bilimsel gelişmelere ve değişen toplumsal beklentilere uyum sağladıkça güncel bilgiyi bütünleştiren, kanıta dayalı bakım uygulayan, hesap verebilirliği benimseyen etik bir meslek haline gelmektedir (Gedük, 2018). Bununla birlikte, profesyonelleşme kriterlerinin karşılanması herhangi bir mesleğin varlığı için şarttır. Mesleki özerklik bu kriterlerin önemli bir yönüdür. Alanında karar alabilme,

sahiplenebilme ve sorumlu olabilme özerkliği gerektirir (Karadağ, 2002; Yalın ve Baykara, 2022).

Mesleki sorumluluklar alanında özerklik, bireyin görevlerini belirlenmiş ilke ve düzenlemeler çerçevesinde dış denetime ihtiyaç duymadan yerine getirebilme kapasitesini ifade eder. Hemşirelik mesleğinde mesleki özerklik, hemşirelere hasta bakımıyla ilgili kararlar alma, bu kararları uygulama, seçimlerinin sorumluluğunu üstlenme ve kendi alanlarında etkili figürler olarak ortaya çıkma yetkisi verir (Treynor, 2010).

Hemşirelikte mesleki özerklik, hemşirenin kendi alanıyla ilgili politikaların şekillendirilmesine katılımını ve kendi mesleki faaliyetlerini yönetebilmesini kapsar (Farrell vd., 2017). Hemşireler arasında mesleki özerkliğin varlığı, meslek, uygulayıcılar ve bakım verdikleri bireyler için olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Literatürde çok sayıda çalışma bu düşüncüyü desteklemektedir. Wade (2004) ve Vatan (2012), mesleklerinde özerkliğe sahip hemşirelerin iş doyumlarının daha yüksek olduğunu ve daha güçlü bir işgücüne katkıda bulunduklarını bulmuşlardır (Wade, 2004; Vatan, 2012). Ayrıca Enss ve ark. (2015), hemşirelerin mesleklerinde özerklikleri azaldıkça depresyon, devamsızlık ve yıpranma oranlarının arttığını ortaya koymuştur (Enss vd., 2015).

Hemşirelerin mesleki özerkliklerini kullanma kapasitesi; karar verme, hesap verebilirlik üstlenme ve potansiyel riskler karşısında cesaret gösterme yetenekleriyle gösterilmektedir. Bu çerçevede ahlaki cesaretin hemşireler arasında mesleki özerkliğin geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde hayati bir rol oynadığı ileri sürülebilir (Thorup vd., 2012).

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin klinik liderlik algısının mesleki özerklik üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırma, hemşirelerin klinik liderlik algılarının mesleki özerklik düzeylerini nasıl şekillendirdiğini belirlemeyi ve bu ilişkiyi etkileyen faktörleri ortaya koymayı hedeflemektedir. Elde edilen bulgular, hemşirelik mesleğinde liderlik ve özerklik arasındaki dinamikleri daha iyi anlamaya ve bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Liderlik

Belirli hedeflere ulaşmak için bireyler birleşir ve çeşitli gruplar oluşturur. Bu grupları denetleyecek ve onları belirlenen hedefler doğrultusunda başarıya doğru yönlendirecek yetenekli bir bireye ihtiyaç duyarlar. Bu birey, takipçilerine rehberlik eden, onları harekete geçiren ve onlara ilham veren bir lider olarak bilinir. Esas itibarıyla lider, takipçilerinin bakış açılarını ve arzularını onlara dayatarak ortak bir hedefe yönlendiren kişidir (Orhan, 2021).

Farabi'nin lider tanımına göre bireyin akıl, bilgelik, iyilikseverlik, adalet ve cesaret sahibi olması şarttır. Lider, yalnızca takipçileriyle ilgilenen değil aynı zamanda onları ortak bir hedefe ulaşmaya yönlendiren kişidir. Başkalarınınkini aşan güçlü bir kararlılığa sahiptirler ve kendi zayıflıklarını etkili bir şekilde yönetebilirler. Lider, kişisel gelişime ve eğitime büyük önem verir ve bu konuda takipçilerine yol gösterici bir güç görevi görür. Farklı özellikleri, kişisel nitelikleri, özgüvenleri ve yeterlilikleri en yüksek düzeydedir. Lider, bu nitelikleriyle amaç ve hedeflerine ulaşma yolunda dikkat çekici sonuçlar elde edebilmektedir (Aydınoglu, 2020).

Liderlik kavramı, bireyleri belirli hedeflere doğru yönlendirmek, onları bu hedeflere ulaşma konusunda etkili bir şekilde harekete geçirmek ve ikna etmek için gereken beceri ve yeteneklerin birleşimini kapsar. Lider, yalnızca gerekli plan ve eylemleri formüle edip uygulayan değil, aynı zamanda bireyleri önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmaya yönlendiren kişidir. Literatürde liderler genel olarak liderlik etme, yönlendirme, öğretme, aydınlatma, hedef kitlesinin istek ve ihtiyaçlarına uyum sağlama niteliklerine sahip, aynı zamanda üretken ve yenilikçi bireyler olarak tanımlanmaktadır (Başar, 2022). Liderlik, ilgili literatürde on dördüncü yüzyılın başlarında ortaya çıkan, uzun bir tarihsel geçmişe sahip bir olgudur. “Lider” terimi yol anlamına gelen “Lider” fiilinin kökünden türemiştir (Nal, 2018). "Liderlik" kavramının 1900'lü yıllarda İngiliz Parlamentosu'nun siyasi yazılarında ortaya çıktığını belirtmekte fayda vardır (Ağalday, 2017).

Liderlik kavramı tarih boyunca sürekli yapılan araştırmalar ve önemini vurgulayan çalışmalarla büyük ilgi görmüştür (Northouse, 2018). Özellikle hızlı küresel değişimler

karşısında liderlik, organizasyonlar için giderek daha önemli hale gelmektedir (Kotter, 1990). 1930'larda liderliğin belirli kişisel özelliklerle ilişkilendirilen doğuştan gelen bir nitelik olduğuna inanılıyordu (Stogdill, 1948). Ancak 1940'lı yıllarda odak noktası bireysel özelliklerden ziyade lider davranışlarının incelenmesine yöneldi (Lewin, vd., 1939). 1950'li yıllara kadar yapılan araştırmalar, liderliğin zaman içinde geliştirilebilecek bir beceri olduğunu ortaya çıkardı ve bu da çağdaş yaklaşımların ortaya çıkmasına yol açtı (Fiedler, 1967). Bu gelişmeler ve organizasyonel değişiklikler aynı zamanda liderlik ihtiyaçlarının da değişmesine yol açtı. Liderlik kavramı sürekli bir evrim halindedir (Yukl, 2013). Literatürde liderliğin çok sayıda tanımı mevcuttur. Ancak bu tanımlar arasındaki ortak nokta, liderin takipçilerini etkileme ve örgütün hedeflerine başarılı bir şekilde ulaşma becerisine yapılan vurgudur (Bass ve Bass, 2008). Bu tanımlara ilişkin birkaç örnek aşağıda verilmiştir:

- Liderlik, lider, takipçiler ve mevcut koşullar arasındaki dinamik etkileşim olarak anlaşılabilir; bu unsurları etkili bir şekilde yönetme ve senkronize etme yeteneğinin yanı sıra takipçilerine ortak hedefler doğrultusunda ilham verme ve rehberlik etme yeteneği de çok önemlidir (Şencan vd., 2015).
- Liderlik eylemi, bireylere dönüşümü gerçekleştirmeleri için rehberlik etmeyi ve ilham vermeyi içerir. Hedeflere ulaşma yolculuğu boyunca gerekli eylem ve yöntemlere ilişkin ortak bir anlayış oluşturmak çok önemlidir. Bu süreç, Yukl'un (2018) vurguladığı gibi hem bireylerin hem de grupların harekete geçirilmesini gerektirir.
- Liderlik, bireylerden oluşan bir topluluğun davranışlarını, bakış açılarını, kavramlarını, hedeflerini, ihtiyaçlarını ve ilkelerini değiştirme, yönetme ve şekillendirme kapasitesini kapsar. Liderliğin en güçlü temeli, başkalarını etkileme ve onlara ilham verme yeteneğinde yatmaktadır (Camarillo, 2019).
- Liderlik, takipçileri örgütsel amaç ve hedeflere ulaşma konusunda yönlendirmede ve motive etmede çok önemli bir rol oynar. Bireylerin duygusal, ruhsal ve fiziksel enerjilerinin etkili bir şekilde kanalize edilmesini, gönüllü ve coşkulu katılımlarının teşvik edilmesini içerir (Winston ve Patterson, 2006).
- En istisnai ve karmaşık olmayan haliyle liderlik, etkileme gücü olarak tanımlanabilir. Bu etkileme gücü yapıcı ve erdemli bir şekilde kullanıldığında, kısaca ilham verici etki olarak tanımlanabilir (Scanlan, 2006).

- Liderler için başarının gerçek ölçüsü, başkalarını etkilemek yerine, yeteneklerini ve kaynaklarını önem yaratmak için kullanma becerilerinde yatmaktadır. Önemliliğin oluşması, öğrenmenin ve büyümenin çeşitli aşamalarını kapsayan çok yönlü bir yolculuktur. Bu aşamalarda amaç, bireylerin eylemlerinin ardındaki amacı anlamalarını kolaylaştırmak ve sonuçta istenilen ve etkili sonuçların elde edilmesini sağlamaktır (Drath ve Palus, 1994).
- Liderlik, sıklıkla çeşitli şekillerde tanımlanan çok yönlü bir kavramdır. Ancak sürekli olarak ortaya çıkan üç temel unsur vardır: hedefler, insanlar ve etki. Liderliğin özü, ortak hedefleri gerçekleştirmek için bireyleri bir araya getirme, motive etme ve etki yaratma becerisinde yatmaktadır (Toptaş, 2019).

2.1.1.Liderlik ve Yöneticilik Arasındaki Farklar

Liderlik ve yönetim kavramları sıklıkla yanlışlıkla birbirinin yerine kullanılmak ve bu da karışıklığa neden olabilmektedir. Bu kavramların benzerlikleri olmasına rağmen belirgin farklılıkları da vardır. Liderler bireyleri belirli hedeflere ulaşma yönünde etkileme yeteneğine sahipken, yöneticiler bireylerin bu hedeflere ulaşmak için birlikte uyum içinde çalışmasını sağlar. Belirlenen hedeflere ulaşmak için ikna edici beceriler gerektirdiğinden, liderliğin yönetimin yalnızca bir yönü olduğunu unutmamak önemlidir. Liderler çalışanlarına yol açarken, yöneticiler de çalışanlarına belirlenen yol boyunca rehberlik eder ve onları denetler.

"Yönetici" terimini kullandığımızda genellikle bir işletmenin operasyonlarını denetlemekten sorumlu olan kişileri düşünürüz. Çünkü yöneticiler örgütün işleyişinin yönetilmesinde ve sürdürülmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Buna karşılık liderlerin farklı bir hedefi vardır. Organizasyon yapısını, içinde pozitiflik ve enerji duygusunu teşvik ederek ileriye taşımayı amaçlarlar (Maccoby, 2000).

2.1.2.Liderlik Teorileri

Liderlik konusundaki bilimsel araştırmaların kökenleri klasik yönetim yaklaşımına kadar uzanmaktadır. Literatürde liderlerin kişisel özelliklerine odaklanan liderlik çalışmaları ilk kez 1930'lu yıllarda ortaya çıkmıştır. 1940'lı yıllara gelindiğinde dikkatler liderlerin davranış kalıplarının incelenmesine yönelmiştir. Dünyanın evrimi modern liderlik teorilerinin gelişmesine yol açmıştır. Bu teoriler dört ana yaklaşıma

ayrılabilir: özellik teorisi, davranış teorisi, durumsallık teorisi ve modern liderlik teorileri (Toptaş, 2019).

2.1.3.Özellikler Kuramı

Özellik Teorisi, insan özelliklerini ve davranışlarını anlamayı ve açıklamayı amaçlayan önemli bir çerçevedir. Bu teori, bireylerin sahip olduğu, dolayısıyla onların düşüncelerini, duygularını ve eylemlerini etkileyen belirli özellikleri tanımlamaya ve sınıflandırmaya odaklanır. Araştırmacılar bu özellikleri inceleyerek insan davranışının ve kişiliğinin çeşitli yönlerine dair içgörü kazanabilirler. Özellik Teorisi, bireysel farklılıkları analiz etmek ve yorumlamak için değerli bir bakış açısı sağlayarak, her insanı benzersiz kılan şeyin ne olduğuna dair kapsamlı bir anlayış sunar (Şahin, 2012).

20. yüzyılın başlarında liderlik özelliklerinin bilimsel olarak araştırılması, bu konuyla ilgili ilk çalışmaların yayınlanmasına yol açmıştır. Bu çalışmalar, bireylerin kendilerini doğal lider yapan belirli kişisel özelliklerle doğduklarını öne süren özellikler yaklaşımını ortaya koymuştur. Özellikler yaklaşımı ayrıca liderlerin sergilediği zekâ, ikna edici yetenekler, yetenek, kendine güven ve fiziksel görünüm gibi belirli özellikleri de araştırır. Bu teoriye göre bireylerin liderlik rollerini üstlenebilmeleri için bu doğuştan gelen yeteneklere sahip olmaları gerekmektedir. Bu özelliklere sahip bireylerin kendi organizasyonlarında lider olarak tanınma ve ekiplerini etkin bir şekilde yönetme olasılıkları daha yüksektir (Nal, 2018).

Özellik yaklaşımına ilişkin ilk araştırmalar, o dönemin ünlü askeri ve siyasi liderlerinin kişilik özelliklerinin analiz edilmesini içermiştir. Özellikler yaklaşımı yaygın olarak büyük adam teorisi olarak bilinse de, alanda kaydedilen gelişmeler nedeniyle geleneksel yaklaşım olarak da anılmaktadır. Özellikler yaklaşımı örgütler bağlamında incelendiğinde, yönetici pozisyonundaki bireylerin özelliklerinin belirlenmesiyle etkin yönetim ve işleyiş sağlanabileceğine inanılmaktadır. Hem mevcut hem de potansiyel yöneticilerin özelliklerini belirlemeyi amaçlayan, yönetici rollerine uygun adayları seçmek için psikolojik kişilik değerlendirme testleri geliştirilmiştir (Korkmaz, 2018).

Liderlerin yönetim prosedürlerindeki önemi ve etkili liderlik için temel niteliklerin belirlenmesi, kuruluşlar tarafından vurgulanan ve özellikler yaklaşımının güçlü yönlerini gösteren temel hususlardır. Ancak bu yaklaşım, liderliği, süreçlerini ve

dinamiklerini kapsamlı bir şekilde açıklama konusunda yetersiz kalmakta ve dolayısıyla onun zayıf yönlerinden birini ortaya çıkarmaktadır. Araştırmalar, liderlerin kişisel özelliklerinin incelenmesinden bunların örgütsel ortamdaki öneminin anlaşılmasına doğru ilerledikçe, dikkatler lider davranışlarının incelenmesine yönelmiş ve bu da davranışsal liderlik yaklaşımlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Korkmaz, 2018).

Özellikler teorisine göre liderliğin etkililiğinin temel belirleyicisi liderin kalitesinde yatmaktadır. 1930 ile 1950 yılları arasında yürütülen kapsamlı araştırmalar, başarılarına katkıda bulunan belirli nitelikleri belirlemek için çeşitli liderleri incelemiştir. Bu liderlerin fiziksel özelliklerinin yanı sıra zihinsel durumları da detaylı bir şekilde analiz edilmiştir (Şahin, 2012).

Bu teoriye göre liderlik öğrenilebilecek, zamanla kazanılabilecek bir şey değildir; daha ziyade, belirli bireylerin sahip olduğu doğuştan gelen bir beceridir. Bu ayırt edici nitelikler liderleri nüfusun geri kalanından ayırır. Sonuç olarak, liderliği tanımlamanın tek yolu, liderliğin sahip olduğu belirli nitelikleri belirlemektir (Pazarbaş, 2012).

Özellik teorisi, bir liderin cinsiyet, yaş ve boy gibi fiziksel özellikleri, özgürlük duygusu ve kendine güven gibi kişisel niteliklerin yanı sıra yenilikçilik ve zeka gibi doğuştan gelen nitelikler de dahil olmak üzere çeşitli yönlerini değerlendirmektedir (Demir vd., 2010).

Özellikler liderliği teorisi, liderlik niteliklerine sahip bireylerin mutlaka lider olarak tanınmayabileceği veya geliştirilemeyeceği konusunda önemli bir eleştiriyle karşı karşıyadır. Bu çelişki teorinin geçerliliğini zayıflatmaktadır. Bu nedenle kapsamlı bir liderlik anlayışına sahip olabilmek için bahsi geçen niteliklerin ötesinde birden fazla faktörün de dikkate alınması gerekmektedir. Ayrıca bir liderin belirli niteliklerinin ölçülebilir bir şekilde tanımlanması ve bu niteliklerin subjektif olarak yorumlanması bu teorinin getirdiği başka zorlukları da beraberinde getirmektedir (Koçel, 2014).

Pratik düzeyde bu teorinin özü, liderlerin sahip olduğu belirli fiziksel ve kişisel niteliklerin belirlenmesi ve bu niteliklere hangi liderlerin sahip olduğunun belirlenmesi etrafında dönmektedir. Organizasyon içerisinde liderler, sahip oldukları benzersiz özellikler nedeniyle diğer üyelerden öne çıkmaktadır. Tam tersine bu liderler, çevrenin

değişkenlik gösterebilen ve ortaya çıkma ihtimali olan koşullarından ve beklentilerinden etkilenirler (Genç, 2019).

Araştırma ilerledikçe etkili liderlikle bağlantılı niteliklere ilişkin soruları yanıtlamak için çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Çok sayıda çalışmada sürekli olarak incelenen bir husus zekadır. Ancak yüksek zekaya sahip olmanın liderlik yeteneklerini garanti etmediği ve istisnai liderlerin tamamının yüksek zekaya sahip olmadığı da belirtildi. Bu bulgular liderliğin anlaşılmasında alternatif teorilerin araştırılmasına yol açmış, liderin özelliklerini, takipçileriyle ve çevreyle olan etkileşimlerini vurgulayan davranış teorisinin gelişmesine yol açmıştır (Akşehirli, 2016).

2.1.4.Davranışsal Kuram

Davranışsal liderlik teorisinin hâkim bakış açısına göre, bir liderin etkililiğinin temel belirleyicisi, doğuştan gelen niteliklerinden ziyade liderlik sürecindeki eylemleridir. Liderin etkinliğine katkıda bulunan temel unsurlar arasında iletişim tarzı, yetki devri, planlama ve kontrol yöntemleri ile hedef belirleme yaklaşımı yer alır. Bu faktörler bir liderin etkililiğinin değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Bakan ve Büyükbeşe, 2010).

Liderin yaklaşımını inceleyen davranışsal yaklaşımla liderlik süreci aydınlatılmaktadır. Davranışsal liderlik teorisinin ilerlemesine kayda değer bir katkı, Ohio State Üniversitesi'nde yürütülen araştırmalar ve özellikle üstlenilen liderlik faaliyetleridir (Stogdill ve Coons, 1957). Bu kurumda liderlik davranışı üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır. Ohio Eyalet Üniversitesi'nin liderlik araştırmasından elde edilen bulgular, iki temel liderlik tutumunu belirledi: "başarı yönelimi" (initiating structure) ve "insana yönelik davranış" (consideration) (Fleishman, 1953).

Liderlik davranışları iki ana türe ayrılabilir: insanlara öncelik verenler ve işe öncelik verenler. Ekip üyelerini güçlendiren liderler, bireylere önem verme, onların duygularına değer verme ve onların ihtiyaç ve arzularına saygı gösterme etrafında dönen tutumlar sergilerler. Tersine, iş odaklı liderler yalnızca verilen görevleri yerine getirmeye veya önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmaya odaklanan davranışlar sergilerler. Bu tip lider için performans, prosedürler ve standartlar kişilerarası ilişkilerden önceliklidir (Yukl, 2010).

Michigan Üniversitesi, davranışsal liderlik teorisinin ilerlemesine önemli destek sağlayan bir liderlik çalışması yürütmüştür. Ohio Eyalet Üniversitesi'nde yürütülen araştırmaya benzer şekilde, Michigan liderlik araştırması da liderlerin genellikle hem kişisel hem de iş odaklı tutumlar sergilediğini ortaya çıkarmıştır. Araştırma, iş odaklı liderlerin, çalışanlarını çalışma saatleri içerisinde yakından takip etme ve yetkilerini ceza ve statü yoluyla kullanma eğiliminde olduklarını ortaya çıkarmıştır. İnsan odaklı liderler ise yetki devrine öncelik vererek çalışanlarının çalışma koşullarını ve kişisel niteliklerini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Koçel, 2014).

Liderlerin kişisel özelliklerine odaklanan davranışsal teorilerin özellik yaklaşımından farklı olarak davranışsal teoriler, liderlerin sergilediği davranışsal özelliklere odaklanır. Davranış teorilerine temel oluşturan çalışmalardan biri de örgütlerde insan unsurunun önemini vurgulayan K. Lewin ve meslektaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışma, davranışsal açıdan liderlik üzerine daha ileri araştırmalar için bir temel taşı görevi görmüştür. Ayrıca Ohio ve Michigan üniversitelerinin çalışmaları ile Blake ve Mount, McGregor ve Likert'in araştırmaları da bu teorinin şekillenmesinde önemli rol oynamıştır. Bu çalışmalar öncelikle etkili liderlik davranışlarını hedefler, kişilerarası ilişkiler ve hiyerarşik yapılar bağlamında incelemektedir (Cesur, 2015).

Davranış teorilerinin odak noktası, başarılı ve muzaffer liderlerin bireysel özelliklerinde değil, liderlik çabaları boyunca sergiledikleri eylemlerde yatmaktadır. Liderlerin takipçileriyle iletişim kurma, operasyonları strateji oluşturma ve denetleme, yetkilerini devretme, hedefler belirleme gibi tarzları, bu liderlerin etkinliğinin belirlenmesinde önemli rol oynar (Blake ve Mouton, 1964). Özellikle Ohio ve Michigan üniversitelerinin öncü çalışmalar olarak yürüttüğü araştırmalar, iş odaklı yaklaşımları ön planda tutan liderler ile ilişki odaklı yaklaşımları ön planda tutan liderler arasındaki ayrımın ve bunun örgütsel yönetim süreçleri üzerindeki etkisine ışık tutmuştur (Likert, 1961; Fleishman, 1973).

1945'te Ohio Üniversitesi hem askeri hem de sivil figürler de dahil olmak üzere çok çeşitli liderleri konu olarak kullanan kapsamlı bir çalışma yürüttü. Kapsamlı araştırma ve faktör analizi yoluyla, bireyi dikkate alma ve inisiyatif gösterme gibi bazı bağımsız değişkenlerin, liderlerin davranışlarını şekillendirmede önemli rol oynadığı sonucuna vardılar (Stogdill ve Coons, 1957). Bulgular ayrıca, liderlerin ekip üyelerinin refahını

ön planda tuttuğunda işten ayrılma ve devamsızlık oranlarında kayda değer bir düşüş olduğunu da ortaya çıkardı (Fleishman ve Harris, 1962). Ayrıca, proaktif davranış sergileyen liderlerin takipçilerinin performans sonuçlarının arttığı keşfedildi (Halpin ve Winer, 1957).

1947'de Michigan Üniversitesi, Rensis Likert'in öncülüğünde, liderlerin takipçileri arasında iş tatminini ve üretkenliği etkileyen faktörlere odaklanan bir dizi çalışma yürüttü (Likert, 1961). Bu çalışmalar yalnızca üretkenliği ve iş tatminini incelemekle kalmadı, aynı zamanda personel devir oranları, işe devam, motivasyon ve maliyet faktörlerini de ele aldı (Katz ve Kahn, 1952). Bu çalışmaların sonuçları, Ohio Üniversitesi tarafından yürütülenlere benzer şekilde, iki temel unsur etrafında dönüyordu: kişi odaklı ve görev odaklı davranışlar. İş odaklı liderlerin, kendi çalışma yöntemleri veya ilkeleriyle yakından uyumlu, ceza ve hiyerarşiye büyük ölçüde güvenen davranışlar sergiledikleri görüldü (Likert, 1967). Bunun tersine, kişi odaklı liderler, takipçilerinin kişisel gelişimine gerçek bir ilgi gösterdiler, motivasyonu ve memnuniyeti teşvik ederken aynı zamanda gerektiğinde otoriteyi devrettiler. Bu araştırmanın en önemli bulgusu, kişi odaklı liderlerin davranışlarının daha etkili sonuçlar vermesidir (Likert, 1967).

McGregor'un davranışsal yaklaşımlar üzerine çalışması alana yapılan bir diğer önemli katkıdır. McGregor (1957) araştırmasında liderlerin davranışlarına odaklanan X ve Y Teorilerini ortaya koymuştur. Bu teorilere göre liderlerin takipçileri hakkındaki varsayımları, onların davranışlarının belirlenmesinde hayati bir rol oynamaktadır. Teori X liderleri genellikle bireylerin işten hoşlanmadıklarına, sorumluluklardan kaçtıklarına, motivasyon eksikliğine sahip olduklarına ve güvenliğe öncelik verdiklerine inanırlar. Dolayısıyla takipçilerini yönetmek için yakın denetim, sıkı kontrol, zorlama ve cezalandırma gibi yöntemlere başvurmuşlardır. Öte yandan, Y Teorisi liderleri insanları doğası gereği tembel olarak görmüyorlar. İşin yaşamın doğal bir parçası olduğuna, bireylerin kontrollü bir şekilde hedeflere yönelik çalışabileceğine ve doğru koşullar sağlandığında sorumluluk alabileceklerine inanırlar. Dolayısıyla bu teoriye göre liderler, uygun bir ortam yaratarak takipçilerinin kişisel gelişimini ve hedef odaklı çalışmasını teşvik edebilir. Özetle, Teori X'e bağlı liderler daha öz düzenleyici ve otoriter olma eğilimindeyken, Teori Y'yi benimseyen liderler daha fazla öz düzenleme ve otoriter olma eğilimindedir (Toptaş, 2019).

Likert'in (1961) Sistem 4 modeli davranışsal yaklaşım alanında en bilinen teorilerden biridir. Michigan Üniversitesi'nde yürütülen araştırmayı temel alıyor ve liderlerin davranışlarını dört farklı kritere göre sınıflandırıyor: takipçilere güven, takipçilerin algılanan özgürlüğü ve liderin takipçilerle ilişkisi. Bu kriterler sömürücü otokratik, otoriter-yardımcı otokratik, katılımcı liderlik ve demokratik liderlik gibi farklı liderlik tarzlarına karşılık gelir. Sömürücü otokratik bir lider, takipçilerine güvenmez, onların fikirlerini göz ardı eder, bağımsız kararlar alır ve katı bir disiplin uygular. Öte yandan otoriter-yardımsever bir otokratik lider resmi bir güven düzeyini korur, otoriteyi bir dereceye kadar devreder ve takipçileri kendilerini tamamen özgür hissetmeseler de fikirlerini kısmen ifade etme fırsatına sahip olurlar. Katılımcı bir lider kısmi güven gösterir, takipçilerinin görüşlerine değer verir ve karar alma süreçleri üzerinde kontrol uygular. Demokratik bir liderin liderliğinde, takipçilerin fikirlerini özgürce ifade etme konusunda kendilerini yetkin hissettikleri ve daha sonra bu fikirlerin değerlendirilip uygulandığı güven dolu bir ortam teşvik edilir. Likert'in çalışması, katılımcı ve demokratik liderlik tarzıyla yönetilen grupların yüksek verimlilik sergilediğini, sömürücü ve yardımsever otokratik liderlerin liderliğindeki grupların ise daha düşük üretkenliğe sahip olma eğiliminde olduğunu göstermektedir (Çalışkan, 2009; Toptaş, 2019).

Blake ve Mouton'un 1964 yılında Ohio Üniversitesi'nde yaptığı araştırmaya göre, davranışlarına göre en etkili liderlik tarzlarını belirlemek için Yönetim Gözenek Modeli oluşturulmuştur. Bu model iki temel faktörü tanımlar: insanla ilgili ve işle ilgili. Bu iki faktörün birleştirilmesiyle optimal liderlik tarzına ulaşılabileceğine inanılmaktadır (Nal, 2018). İnsani ilgi faktörü, çalışma koşullarını iyileştiren, adaleti teşvik eden ve hedeflere ulaşan lider davranışlarını kapsar. Öte yandan işle ilgili faktör, ürün geliştirmeye ve yeni ürünler yaratmaya öncelik veren lider davranışlarıyla ilgilidir.

2.1.5.Durumsallık Kuramı

Durumsallık teorisi, liderlerin ortaya çıktığı koşulların önemini vurgulayan bir yaklaşımdır. Liderliğin geliştiği ortam, onun özelliklerini şekillendirebilmektedir (Abacı, 2020). Liderler, belirlenen hedeflere ulaşmak için eylemlerini sosyo-duyusal (ilişki) davranış, yönlendirici (görev) davranış ve takipçilerinin olgunluğu arasındaki etkileşime dayandırır. 1970'lerde yönetim araştırmacıları "en iyi" liderlik stilini

belirlemeye çalıştılar ve bu durum durumsal liderlik yaklaşımlarının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Araştırma bulguları, evrensel olarak etkili bir liderlik tarzının ya da tek bir "en iyi" ya da optimal yaklaşımın olmadığını tartışmasız bir şekilde göstermiştir. Başarılı liderler davranışlarını buna göre uyarlayabilenlerdir. Durumsal liderler için farklı takipçilere uyum sağlamak, denetim ve kontrol tarzlarını buna göre ayarlamayı gerektirir. Bu durumsal değişikliklere duyarlı olmayı gerektirir (Fernandez, Vecchio, 1997; Schermerhorn, 1997).

Olasılık teorisi olarak da bilinen Durum Teorisi, yönetimde herkese uyan tek bir yaklaşımın olmadığı fikrini araştıran bir kavramdır. Bunun yerine, en etkili yönetim tarzının veya karar verme sürecinin belirli duruma veya bağlama bağlı olduğunu ileri sürer. Bu teori, evrensel yönetim yaklaşımı kavramına meydan okumakta ve farklı koşullara uyum sağlamanın önemini vurgulamaktadır. Yöneticiler, her durumun kendine özgü özelliklerini dikkate alarak daha bilinçli kararlar verebilir ve daha iyi sonuçlar elde edebilir. Olasılık teorilerini araştırmak için araştırmacılar tarafından çeşitli yaklaşımlar ve modeller formüle edilmiştir. Bu teoriler durumsal liderliğin temelini oluşturur ve Hedef-Yol Teorisi, Fiedler'in Etkin Liderlik teorisi, Reddin'in Üç Boyutlu Liderlik Modeli ve Vroom-Yetton-Jago modelini içermektedir.

Fiedler'in ilk kez 1967'de tanıtılan çığır açan durumsal liderlik teorisi, yüksek performanslı organizasyonlara katkıda bulunan faktörlere ilişkin kapsamlı bir anlayış sunmaktadır. Fiedler'e göre etkili liderlik yalnızca liderin takipçileriyle bağlantı kurma becerisiyle değil, aynı zamanda liderin belirli durumlarda sahip olduğu kontrol düzeyiyle de belirlenir. Onun modeli, örgütsel performans ile durumsal değişkenler arasındaki ilişkinin yanı sıra liderin kullandığı liderlik tarzını da araştırmaktadır. Fiedler'in teorisi, bir liderin etkililiğinin, lider-üye ilişkileriyle ölçülen, benzersiz koşullar ile liderin tarzı arasındaki uyuma bağlı olduğu varsayımı üzerinde çalışır. Bu yaklaşım, tarafsızlık ölçümünü de dâhil ederek liderin nitelikleri ile sınıflandırılması arasında bağlantı kurmayı amaçlamaktadır (Hyde, 2021).

1970'lerin başında Robert House ve Martin Evans tarafından formüle edilen ve Hedef-Yol teorisi olarak bilinen teori, Vroom'un motivasyon ve beklenti teorisi üzerine inşa edilmiştir. Bu teori, bireylerin arzu edilen sonuçlarının eylemlerinden ve bu sonuçlara attıkları değerden nasıl etkilendiğini araştırır. Liderlerin, takipçilerinin kişisel

güçlerini ve performanslarını nasıl etkilediğinin yanı sıra hedeflerine ulaşmak için izledikleri yolu da araştırmaktadır. Liderin, takipçilerini arzu edilen sonuca ulaşma yönünde motive etme ve etkileme yeteneği, bu teoride çok önemli bir husus olarak kabul edilir (Sökmen ve Boylu, 2009).

2.1.6. Modern Liderlik Kuramı

1970'li yıllarda yönetim ve liderlik araştırmaları alanı, Bass ve Burns'ün çalışmalarının da vurguladığı gibi, liderlik davranış biçimlerine ilişkin yeni bir bakış açısının ortaya çıkmasına tanık olmuştur. Bu değişim, karizma kavramını liderlik çalışmalarına dahil eden dönüşümcü ve etkileşimci bir modelin geliştirilmesine yol açmıştır. Bunun sonucunda modern liderlik yaklaşımları ortaya çıkmıştır (Seçmen, 2001).

2.1.6.1.Dönüşümcü (Transformasyonel) Liderlik

Dönüşümcü liderlik kavramı ilk olarak 1978'de Burns tarafından ortaya atılmış ve 1985'te Bass tarafından daha da geliştirilmiştir. Bu liderlik yaklaşımı, organizasyonel değişiklikleri teşvik etmeye, bir vizyon ve misyon oluşturmaya ve takipçileri vizyonla uyumlu hedeflere ulaşmak için çalışmaya teşvik etmeye odaklanır. Dönüşümcü liderlik yaklaşımı üç farklı aşamayı kapsamaktadır. İlk olarak, takipçilerin işlerine karşı ilgi ve takdir duygusunu geliştirmeyi, onları organizasyonun iyileştirilmesi için kişisel çıkarlarının ötesine geçmeye teşvik etmeyi içerir. İkincisi, liderin, takipçilerinin ihtiyaçlarını ve isteklerini göz önünde bulundurarak onları daha fazla çaba göstermeye motive etmesini gerektirir. Son olarak bu aşamalardan geçerek liderin, takipçilerinin odak noktalarını bireysel hedeflerden örgütsel hedeflere kaydırmasına rehberlik ettiği, iş tatminini, motivasyonu ve olağanüstü performansı teşvik ettiği bir dönüşüm meydana gelir (Yücebalkan ve Aksu, 2013).

2.1.6.2.Etkileşimci Liderlik

Bass'a (1985) göre etkileşimci liderlik, takipçilerine beklentilerini etkili bir şekilde ileten ve bu beklentilerin karşılanması durumunda alacakları ödüllerin ana hatlarını çizen bir lider tarafından karakterize edilir. Etkileşimci liderlik tarzı, liderin takipçilerini teşvik yoluyla hedeflere ulaşmaya motive etmesiyle lider ve takipçileri arasındaki alışverişi vurgular. Ana odak noktaları statükoyu korumak ve yerleşik

gelenekleri sürdürmek olduğundan, yenilikçilik ve yaratıcılığa öncelik verilmez (Lawton ve Pérez, 2015).

İş odaklı bir yaklaşım benimseyen etkileşimci liderlik üç boyuttan anlaşılabilir. Bu boyutlar, hem pasif hem de aktif istisnalar dışında, koşullu yönetimi içerir. Takipçileri motive etmek ve istenen davranışı teşvik etmek için etkileşimci liderler, hedeflere ulaşmaya bağlı olarak ödüller sunar. Ödüllerin bu şekilde kullanılması bir motivasyon kaynağı olarak hizmet eder. Tersine, olumsuz durumlarda ceza uygulanabilir. İstisnalarla aktif yönetim, liderin organizasyon içindeki normal yöntemlerden sapmalara ve düzensizliklere proaktif tepki vermesini ifade eder. Öte yandan, istisna yoluyla pasif yönetim, ancak sorunlar ortaya çıktıktan sonra harekete geçmeyi içerir (Eren ve Titizoğlu, 2014).

2.1.6.3.Karizmatik Liderlik

Karizmatik tarza sahip liderler, dikkat çekici düzeyde bir özgüvene sahiptir ve başkaları üzerinde etki yaratma becerisine sahiptir. Karizmatik liderlik tarzı birkaç temel özellik ile karakterize edilir. Bunlar arasında takipçiler arasında coşku uyandırma yeteneği, açık ve ikna edici bir vizyon ve misyona sahip olma ve takipçilerine tutku, heyecan ve enerjiyi etkili bir şekilde iletme kapasitesi yer almaktadır. Sonuç olarak, bu liderler büyüleyici bir etkiye sahiptir, önemli bir ilgi toplar ve sözlerinin emir olarak kabul edilmesini sağlar. Beklentileri zahmetsizce karşılar ve büyük bir hayranlıkla takip edilmektedir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2008).

Karizmatik liderlik tarzının ortaya çıkışı, çalkantılı ve kaotik ortamlarda olduğu kadar kriz zamanlarında da sıklıkla görülmektedir. Karizmatik liderlerin yalnızca kaos ve kriz gibi olumsuz koşullar sonucunda değil, aynı zamanda önemli ve dönüştürücü değişimlerin gerekli olduğu durumlarda da ortaya çıkabileceğini belirtmek önemlidir (Cinel, 2008).

Karizmatik liderliğin odak noktası; takipçilerin ihtiyaçlarını karşılamak, hızlı karar vermek, vizyon oluşturmak, çevreye uyum sağlamak ve risk almayı benimsemektir. Bu liderlik tarzı, normdan sapsak ve statükoyu korumak yerine aktif olarak değişim aramakla karakterize edilir. Bu ayırt edici özellikler karizmatik liderleri diğer liderlik tarzlarından ayırır (Kaya, 2022). Karizmatik liderlik kavramı ilk olarak Weber (1947)

tarafından herkesin erişemeyeceği bir dizi olağanüstü nitelik ve yetenek olarak tanımlanmıştır. Karizmatik liderler doğaüstü, insanüstü ve son derece dikkat çekici güçlere veya niteliklere sahiptir. Karizmatik liderler, umutsuzluk zamanlarında umut aşılama konusundaki doğuştan gelen yetenekleri sayesinde, takipçilerine kendi kaderlerini gönüllü olarak onların ellerine bırakma konusunda ilham verir (Antonakis, 2012).

2.1.6.4.Otantik Liderlik

Grandner ve Avolio'nun tanımladığı gibi, pozitif liderlik otantik liderliğin özüdür. Bu liderlik yaklaşımı, takipçilerin liderlerinin düşünce ve davranışlarına yönelik algılarını içermektedir. Otantik liderler, takipçilerinin değerleri, normları ve ahlaki sınırları konusunda derin bir anlayışa sahiptir. Güçlü bir öz farkındalığa sahiptirler, kendi güçlü ve zayıf yönlerini bilirler ve aynı zamanda organizasyonlarının işleyişi konusunda bilgilidirler. Bu liderler zorluklar karşısında dayanıklılık sergilerler, yüksek düzeyde özgüven sergilerler ve iyimser ve ahlaki bir bakış açısını korurlar. Bu niteliklerle otantik liderler, takipçileriyle güçlü ve etkili bir ilişki geliştirebilirler. Otantik liderlerin ahlak, şefkat ve bilgelikle karakterize edilen bir organizasyon yapısı kurması çok önemlidir. Yararlanabilecekleri değerler ve kaynaklar konusunda keskin bir farkındalığa sahip olan otantik liderlerin uyguladığı değişiklikler gerçeğe dayanmaktadır (Lawton ve Páez, 2015).

Otantik liderlik teorisi, hem liderlerin hem de takipçilerin öz farkındalığının yanı sıra pozitif psikolojik sermayenin önemine ve olumlu bir örgütsel iklimin etkisine önemli bir vurgu yapar. Otantik liderliği diğer liderlik tarzlarından ayıran şey, otantik liderlerin derin öz algısıdır. Önemli konularda, değerlerde ve inançlarda duruşlarını net bir şekilde anlarlar ve inançlarında kararlı davranırlar. Üstelik ilkeleri, ahlakı ve değerleri başkalarına sadece sözleriyle değil, eylemleriyle de aktarırlar. Özünde otantik liderlik, değişen koşullar karşısında bile liderlerin beyan ettikleri değerlerini, inançlarını ve eylemlerini tutarlı bir şekilde uyumlu hale getirmeleri fikri etrafında döner. Otantik liderlerin sergilediği güven, umut ve iyimserlik, sarsılmaz inanç kendi içlerinde, pozitif psikolojik sermayeleri ve ihtiyaçlarını meslektaşlarına etkili bir şekilde iletme yetenekleri, bireysel, ekip ve organizasyonel düzeylerde sürdürülebilir büyüme ve performans elde etmelerini sağlar (Avolio ve Gardner, 2005).

2.1.6.5.Etik Liderlik

Liderliğin etik yönüne odaklanmak, özellikle dünyanın en önde gelen kuruluşlarından bazılarında etik olmayan davranışlarda bulunan liderleri içeren yüksek profilli kurumsal skandallar ışığında hem kamu hem de yönetim uzmanlarından önemli ilgi toplamıştır. İçsel meraklarıyla hareket eden liderler, hayal güçlerinin sınırlarını keşfetmek için zaman zaman yerleşik kurallardan ve geleneklerden sapabilirler. Bu bağlamda bazı liderler, takipçilerine örnek olacak bir standart belirlemeyi veya mükemmellik çabasını ön planda tutmayabilir. Sonuç olarak etik liderlik kavramına ışık tutacak araştırmalar ortaya çıkmıştır (Kaya, 2022).

Etik liderlik kavramı hem kişisel eylemlerde hem de başkalarıyla olan etkileşimlerde ahlaki açıdan doğru davranışlar sergilenmesini ve bu davranışların takipçilere aktarılmasını kapsamaktadır. Etik hususların karar verme süreçlerine entegre edilmesini ve etik ilkelere bağlı anlamlı ilişkilerin geliştirilmesini içerir. Etik liderler sadece kendi eylemleriyle değil aynı zamanda ahlaki karakterlerinin gelişimiyle de ilgilenirler. Örnek davranışlarıyla başkalarına ilham vermeyi ve etik standartları korumayı amaçlarlar. Etik liderliğin merkezinde, takipçiler arasında inanılrlık ve güven oluşturmak için çok önemli olan dürüstlük erdemi vardır (Lawton ve Páez, 2015).

2.1.6.6.Hizmetkâr Liderlik

Hizmetkar liderliğin kökenleri 1977'de Robert K. Greenleaf'e kadar uzanabilir. Greenleaf, bu rollerin bir arada var olabileceğine inanarak hem lider hem de hizmetkar olma kavramını ortaya attı. Hizmetkar liderliğin temeli, lider olarak hizmet etme arzusunu ateşleyen, dini ve felsefi ilkelere dayanan derin bir duygusal bağda yatmaktadır. Hizmetkar liderler, yalnızca onların refahını artırmak ve hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olmak amacıyla takipçilerinin ihtiyaçlarını belirlemeye ve karşılamaya öncelik verir. Hizmetkar liderler, takipçilerine sarsılmaz bir bağlılık göstererek güven ve sadakati teşvik eder ve liderlik ettikleri kişilerden güçlü bir destek alırlar (West ve Lee, 2015).

Hizmetkar liderlik öncelikle takipçilerinin yeteneklerini, hedeflerini, isteklerini ve ihtiyaçlarını belirlemeye ve sergilemeye odaklanır. Amacı, takipçileri arasında kişisel

gelişimi ve özgüveni teşvik eden etkili liderlik sağlamaktır. Bireye değer verilmesine büyük önem veren bu liderlik tarzı, güçlü ahlaki ve etik değerlere sahip olmayı, ortak bir hedef belirlemeyi ve bu amaca hizmet etmeyi gerektirir. Hizmetkar liderlik literatürü, olağanüstü ikna ve iletişim becerileri, dürüstlük, güvenilirlik, vizyoner düşünme, öncü olma, olumlu bir rol model olarak hizmet etme, takipçileri güçlendirme ve onlara hizmet etme konusunda gerçek bir arzuya sahip olma gibi birçok temel özelliği vurgulamaktadır (Duyan ve Dierendonck, 2014).

Hizmetkar liderlik yaklaşımı, şöhret ya da güç gibi kişisel hırsların peşinde koşmaktan farklıdır. Aksine, hizmet etme eğilimi dışarıdan empoze edilen bir yapı değil, davranışlarının doğal bir tezahürüdür. Bu liderler, takipçilerinin refahına öncelik verirler ve kararlarının kendilerini nasıl etkilediğinin son derece farkındadırlar. Takipçilerini kurumun en değerli varlığı olarak görürler ve kendilerinin anlaşılmasından önce onları anlamaya öncelik verirler. Üstelik benmerkezcilikten kaçınarak katılımcı, bilgi odaklı, süreç odaklı, etik ve ahlaki davranışlar sergileyerek başkalarına örnek olurlar (Korkmaz, 2018).

Hizmetkar liderlik ile geleneksel liderlik arasındaki temel ayrım, onların güce yaklaşımlarında yatmaktadır. Geleneksel liderlik gücü doğrudan kullanırken, hizmetkar liderlik başkalarıyla güç paylaşımını benimser. Hizmetkar liderler, takipçilerinin ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarının üstünde tutarak, takipçilerinin gelişimini ve performansını kolaylaştırır (Dal ve Çorbacıoğlu, 2014).

2.1.6.7.Örtük Liderlik

Örtülü Liderlik, liderliğin çeşitli yönlerini açıkça belirtmeden kapsayan bir kavramı ifade eder. Açıkça böyle kabul edilmese bile, birini etkili bir lider yapan temel nitelikleri ve davranışları içerir. Doğal karizmaya, güçlü iletişim becerisine, başkalarına ilham verme ve motive etme yeteneğine sahip bireylerde örtülü liderlik gözlemlenebilir. Bu liderler resmi otorite pozisyonlarına sahip olmayabilirler ancak etraflarındakiler üzerinde derin bir etkiye sahiptirler. Örtük liderlik, açık bir tanınma ya da onay olmasa bile, bir grubu ya da organizasyonu şekillendirebilen ve etkileyebilen güçlü bir güçtür (Kaya, 2022).

Örtülü liderlik kavramı ilk olarak Hollander ve Julian (1969) tarafından ortaya atılmıştır. Çalışmaları, örtülü liderin, ideal bir lidere ilişkin toplumsal algıya benzeyen, takipçiler için bir rol model görevi gördüğünü vurguladı. Bireyler, içsel motivasyonlarını ve liderlik niteliklerine ilişkin inançlarını şekillendiren bilinçaltı bir lider prototipine sahiptir. Sonuç olarak insanlar bireyleri, bu prototiplere ne kadar yakın olduklarına bağlı olarak liderler ve lider olmayanlar olarak sınıflandırır. Liderliğin takipçiler tarafından kendiliğinden tanınması, bireye verilen organik bir ödül biçimini temsil eden örtülü liderlik yaklaşımı olarak bilinir (Antonakis, 2012).

2.1.7.Klinik Liderlik

Klinik liderlik, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma gereksiniminden doğan bir liderlik yaklaşımıdır. 20. yüzyılın sonlarına doğru, özellikle 1990'lı yıllarda, sağlık sektöründe yaşanan hızlı değişim ve kompleks yapıların artmasıyla birlikte önem kazanmıştır (Mountford ve Webb, 2009; West ve Dawson, 2012). Klinik liderliğin gelişimi, sağlık profesyonellerinin sadece klinik becerilerle değil, aynı zamanda liderlik yetkinlikleriyle de donatılması gerektiği fikri üzerine şekillenmiştir (Swanwick ve McKimm, 2011). Bu dönemde, liderlik eğitiminin sağlık hizmetlerinde daha iyi hasta sonuçları ve daha etkin bir yönetim sağladığına dair farkındalık artmıştır. Klinik liderlik, sağlık sektöründe hastalar, çalışanlar ve organizasyonlar arasında köprü kurarak, ekipleri etkili bir şekilde yönetme, sağlık hizmetlerini iyileştirme ve yenilikçi çözümler üretme hedeflerini taşır.

Klinik liderlik, modern sağlık hizmetlerinin en kritik unsurlarından biri haline gelmektedir. Sağlık sektöründe yaşanan hızlı değişimler ve artan karmaşıklık, etkili liderlik becerilerine sahip sağlık profesyonellerine olan ihtiyacı daha da belirgin hale getirmiştir (Gilmartin ve D'Aunno, 2007). Klinik liderler, sadece hasta bakımını yönetmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artırmak için stratejik kararlar alır, ekiplerini motive eder ve hasta merkezli bakım modellerini teşvik eder (West vd., 2015).

Klinik liderlik, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artırmak için sağlık profesyonellerinin liderlik rollerini üstlenmelerini ifade eder. Klinik liderler, hasta bakımını iyileştirmek ve sağlık hizmetlerinin genel performansını artırmak için ekiplerini yönlendirir ve motive ederler (Stanley, 2011).

Klinik liderlik, sağlık sektöründe yenilikçi uygulamaların hayata geçirilmesinde önemli bir rol oynar. Bu liderler, hem klinik hem de idari sorumlulukları üstlenerek sağlık hizmetlerinin sürekli iyileştirilmesine katkıda bulunurlar (West vd., 2015).

Klinik liderlik, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve hasta memnuniyetini sağlamak için kritik bir öneme sahiptir. Klinik liderler, ekiplerinin eğitim ve gelişimini destekler, böylece en iyi bakım standartlarına ulaşılır (Buchanan vd., 2007). Klinik liderler, sadece mevcut sorunları çözmekle kalmaz, aynı zamanda gelecekteki zorluklara da hazırlıklı olurlar. Bu, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve adaptasyonu açısından kritik bir faktördür (Goleman, 1998).

2.1.8.Klinik Liderlik Özellikleri

Klinik liderlik, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve hasta bakımının kalitesini artırmak için hayati öneme sahip bir dizi yetkinliği içerir. Bu yetkinlikler, liderlerin hem ekipleri hem de hastaları için etkili ve güvenilir bir rehber olmalarını sağlar. Klinik liderliğin başlıca özellikleri aşağıdaki gibidir:

Etkili İletişim: Etkili iletişim, klinik liderliğin temel taşlarından biridir. Klinik liderler, ekip üyeleriyle açık, dürüst ve sürekli bir iletişim kurarak bilgi paylaşımını ve işbirliğini teşvik ederler (Northouse, 2018). Bu, hem ekip içi uyumu artırır hem de hastaların tedavi süreçlerine dair bilgilendirilmelerini sağlar. Etkili iletişim, yanlış anlamaları ve hataları önleyerek hasta güvenliğini de artırır. Etkili iletişim, sadece bilgi paylaşımıyla sınırlı değildir. Aynı zamanda liderlerin, ekip üyelerinin geri bildirimlerini dikkate almasını ve onları dinlemesini de içerir. Bu çift yönlü iletişim, ekip üyelerinin liderlerine olan güvenini artırır ve işbirliğini güçlendirir. Ayrıca, etkili iletişim, hasta ve aileleriyle olan ilişkilerde de kritik bir rol oynar. Hasta merkezli bakımda, hastaların endişeleri ve beklentileri dikkate alınarak iletişim kurulması, hasta memnuniyetini artırır (Epstein ve Street, 2011).

Empati: Empati, klinik liderlerin sahip olması gereken kritik bir özelliktir. Empatik liderler, ekip üyelerinin ve hastaların duygusal ihtiyaçlarını anlar ve onlara uygun destek sağlar (Marquis ve Huston, 2017). Empati, liderlerin ekip üyeleriyle daha güçlü bağlar kurmasını ve onları motive etmesini sağlar. Ayrıca, empati sayesinde hastalar, daha insancıl ve bireyselleştirilmiş bir bakım alır. Empati, liderlerin sadece duygusal

zekâ düzeyini değil, aynı zamanda sosyal becerilerini de geliştirmesini sağlar. Empatik liderler, ekip üyelerinin iş tatmini ve motivasyonunu artırarak iş yerinde olumlu bir atmosfer yaratır. Hastalar açısından ise empati, tedavi sürecinin bir parçası olarak hastaların duygusal ihtiyaçlarını karşılamak ve onlara psikolojik destek sağlamak anlamına gelir. Bu, hasta sonuçlarını ve genel bakım kalitesini iyileştirir (Goleman, 1998).

Karar Verme Becerileri: Klinik liderlerin karar verme becerileri, sağlık hizmetlerinde kritik öneme sahiptir. Hızlı ve etkili kararlar almak, hasta güvenliği ve bakım kalitesi açısından hayati öneme sahiptir (Avolio ve Yammarino, 2013). Bu beceri, liderlerin acil durumlarda ve karmaşık klinik vakalarda doğru adımlar atmalarını sağlar. Klinik liderlerin karar verme süreçlerinde kanıta dayalı uygulamaları kullanmaları önemlidir. Kanıta dayalı uygulamalar, liderlerin en iyi hasta sonuçlarını elde etmek için en güncel ve geçerli bilgileri kullanmalarını sağlar. Ayrıca, karar verme sürecinde etik ilkelerin göz önünde bulundurulması, hasta haklarının korunmasını ve adil bir bakım sağlanmasını garanti eder (Sackett vd., 1996).

Öz-Yönetim: Öz-yönetim, klinik liderlerin kendi streslerini ve duygusal tepkilerini kontrol edebilmelerini içerir (Covey, 1989). Öz-yönetim, liderlerin sakin, odaklı ve dengeli kalmalarına yardımcı olur. Bu özellik, liderlerin zor ve stresli durumlarla başa çıkarken bile ekiplerine güven vermelerini sağlar. Öz-yönetim becerisi, liderlerin kendi sağlıklarını ve iş-yaşam dengesini korumalarını da içerir. Liderler, yüksek stres düzeyleri ve yoğun çalışma temposu altında bile etkin bir şekilde çalışabilmek için kendi fiziksel ve mental sağlıklarına özen göstermelidir. Bu, aynı zamanda ekip üyelerine de örnek teşkil eder ve onların da öz-yönetim becerilerini geliştirmelerine yardımcı olur (Shanafelt vd., 2015).

Esneklik: Esneklik, klinik liderlerin değişen koşullara hızlı bir şekilde uyum sağlama yeteneğidir (Kotter, 1996). Esnek liderler, beklenmedik durumlarla başa çıkmada daha başarılıdır ve yeniliklere açık olurlar. Bu, sağlık hizmetlerinde sürekli iyileştirme ve yeniliklerin uygulanması için önemlidir. Esneklik, liderlerin yenilikçi düşünme ve problem çözme yeteneklerini geliştirmelerini sağlar. Esnek liderler, sağlık hizmetlerinde meydana gelen hızlı değişimlere adapte olabilen ve bu değişimleri fırsata

çevirebilen kişilerdir. Bu, sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir iyileştirmeler ve inovasyonlar için kritik bir özelliktir (Cameron ve Green, 2012).

Klinik liderliğin bu temel özellikleri, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artırmak için kritik bir rol oynar. Bu özelliklerin her biri, liderlerin hem ekipleri hem de hastaları için güvenilir bir rehber olmalarını sağlar. Klinik liderler, bu özellikleri geliştirerek sağlık hizmetlerinde mükemmeliyete ulaşabilirler.

2.1.9.Klinik Liderlik Stratejileri

Klinik liderlik stratejileri, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini artırmak için liderlerin kullanabileceği bir dizi yaklaşımdan oluşur. Bu stratejiler, liderlerin ekiplerinin profesyonel gelişimini desteklemelerine, bilgi ve becerilerini sürekli güncellemelerine ve değişim süreçlerini yönetmelerine yardımcı olur.

- **Mentorluk ve Koçluk:** Mentorluk ve koçluk, klinik liderlerin ekip üyelerinin profesyonel gelişimlerini desteklemeleri için etkili yöntemlerdir. Mentorluk, daha deneyimli bir liderin, daha az deneyimli bir ekip üyesine rehberlik etmesini içerir (Ehrich vd., 2004). Bu süreçte, mentorlar bilgi, deneyim ve becerilerini mentee'leriyle paylaşarak onların kariyer gelişimlerine katkıda bulunurlar. Koçluk ise bireysel performansı ve becerileri artırmaya yönelik, daha yapılandırılmış ve hedef odaklı bir süreçtir. Klinik liderler, mentorluk ve koçluk yoluyla ekip üyelerinin güçlü yönlerini ve geliştirilmesi gereken alanları belirleyebilir ve bu doğrultuda destek sağlayabilirler. Mentorluk ve koçluk, liderlerin hem kendilerinin hem de ekip üyelerinin gelişimine katkıda bulunur. Bu süreçlerde, liderler kendi liderlik stillerini ve yaklaşımlarını da gözden geçirebilir ve geliştirebilirler. Mentorluk, aynı zamanda kurumsal kültürün ve bilgi birikiminin korunmasına da katkıda bulunur. Koçluk ise bireysel performansın yanı sıra takım performansını da artırabilir. Etkili bir koçluk süreci, ekip üyelerinin kendi potansiyellerini keşfetmelerine ve daha yüksek performans göstermelerine olanak tanır (Ehrich vd., 2004).
- **Sürekli Eğitim ve Gelişim:** Sürekli eğitim ve gelişim, klinik liderlerin ve ekiplerinin en güncel bilgi ve becerilere sahip olmalarını sağlar. Bu strateji, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için kritik bir öneme sahiptir (Armstrong, 2009). Sağlık sektöründe sürekli değişen ve gelişen bilgi ve

teknolojiler, klinik liderlerin ve ekiplerinin sürekli öğrenme süreçlerine dahil olmalarını gerektirir. Klinik liderler, ekiplerinin eğitim ihtiyaçlarını belirleyerek, gerekli eğitim programlarını ve gelişim fırsatlarını sunmalıdır. Ayrıca, sürekli eğitim, klinik liderlerin mesleki yeterliliklerini ve liderlik becerilerini geliştirmeleri için de önemlidir. Sürekli eğitim ve gelişim stratejileri, sadece mesleki bilgi ve becerilerin güncellenmesi ile sınırlı kalmaz, aynı zamanda kişisel gelişim ve liderlik becerilerinin de artırılmasını kapsar. Eğitim programları, liderlik seminerleri, çalıştaylar ve online kurslar gibi çeşitli yöntemlerle gerçekleştirilebilir. Ayrıca, sürekli eğitim, klinik liderlerin etik standartları ve hasta güvenliği protokollerini sürekli olarak gözden geçirmelerini ve güncellemelerini sağlar (Armstrong, 2009).

- **Kültürel Yetkinlik:** Kültürel yetkinlik, klinik liderlerin çeşitli hasta popülasyonlarıyla etkili bir şekilde çalışabilmelerini sağlar (Betancourt vd., 2003). Kültürel yetkinlik, farklı kültürel, etnik ve dilsel geçmişlere sahip hastaların sağlık hizmetlerine eşit erişimini ve bakımını sağlamayı amaçlar. Klinik liderler, kültürel yetkinlik eğitimleri ve farkındalık programları düzenleyerek ekiplerinin kültürel duyarlılığını artırabilirler. Bu strateji, hasta bakımını iyileştirir ve sağlık eşitsizliklerini azaltır. Ayrıca, kültürel yetkinlik, ekip üyelerinin birbirleriyle olan iletişimini ve işbirliğini de güçlendirir. Kültürel yetkinlik stratejileri, sadece hastaların değil, aynı zamanda ekip üyelerinin de çeşitli kültürel geçmişlere sahip olabileceğini dikkate alır. Bu durum, ekip dinamiklerini ve işbirliğini etkileyebilir. Kültürel yetkinlik eğitimleri, ekip üyelerinin birbirlerine olan anlayışlarını ve saygılarını artırır. Ayrıca, liderlerin kültürel farklılıklara duyarlı kararlar almasını ve bu farklılıkları iş süreçlerine entegre etmesini sağlar (Betancourt vd., 2003).
- **Değişim Yönetimi:** Değişim yönetimi, klinik liderlerin sağlık hizmetlerindeki yenilikleri ve iyileştirmeleri uygulamalarını içerir (Kotter, 1996). Sağlık sektöründe sürekli olarak yeni teknolojiler, prosedürler ve politikalar ortaya çıkar. Klinik liderler, bu değişikliklere uyum sağlamak ve bunları başarılı bir şekilde uygulamak için değişim yönetimi becerilerine sahip olmalıdır. Değişim yönetimi, ekip üyelerinin yeni süreçlere ve teknolojilere uyum sağlamalarını destekler ve dirençle başa çıkma stratejilerini içerir. Klinik liderler, değişim süreçlerinde şeffaf iletişim, eğitim ve destek sağlayarak ekiplerinin değişime

adapte olmasını kolaylaştırabilirler. Değişim yönetimi, liderlerin sadece yeni süreçleri ve teknolojileri tanıtmakla kalmayıp, aynı zamanda bu değişimlerin başarılı bir şekilde benimsenmesini sağlamalarını da içerir. Bu süreçte, liderlerin değişim yönetimi modelleri ve teorilerini kullanmaları faydalı olabilir. John Kotter'in 8 adımlı değişim modeli gibi yaklaşımlar, değişim süreçlerinin daha yapılandırılmış ve etkili bir şekilde yönetilmesini sağlar (Kotter, 1996). Liderler, değişim süreçlerinde ekip üyelerini dahil ederek ve onların geri bildirimlerini dikkate alarak, değişime olan direnci azaltabilir ve katılımı artırabilirler.

2.1.10.Klinik Liderlik ve Hasta Bakımı

Klinik liderler, hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini artırmak için çeşitli stratejiler ve yaklaşımlar kullanırlar. Bu süreçler, hasta sonuçlarını iyileştirmek, hasta merkezli bakım modellerini teşvik etmek ve hasta memnuniyetini artırmak için yenilikçi yöntemler ve teknolojiler kullanmayı içerir.

Sürekli İyileştirme Süreçleri: Klinik liderler, hasta güvenliğini ve bakım kalitesini artırmak için sürekli iyileştirme süreçlerini yönetirler. Bu süreçler, hasta sonuçlarını iyileştirmek için veri analizini ve geri bildirimini içerir (Berwick, 2003). Sürekli iyileştirme süreçleri, liderlerin mevcut uygulamaları değerlendirmelerini ve iyileştirme alanlarını belirlemelerini sağlar. Bu süreçler, hasta bakımında hataları azaltmayı ve kalite standartlarını yükseltmeyi hedefler (Berwick, 1998). Liderler, kalite iyileştirme ekipleri kurarak ve hasta bakım süreçlerini sürekli olarak izleyerek bu hedeflere ulaşabilirler (Batalden ve Davidoff, 2007). Ayrıca, sürekli eğitim ve gelişim programları, ekip üyelerinin bilgi ve becerilerini güncellemelerine yardımcı olur (Spath, 2013).

Veri Analizi ve Geri Bildirim: Veri analizi ve geri bildirim, klinik liderlerin hasta bakımını sürekli olarak iyileştirmeleri için kritik araçlardır. Verilerin toplanması ve analiz edilmesi, hasta bakımında ortaya çıkan sorunları ve iyileştirme alanlarını belirlemeye yardımcı olur. Geri bildirim mekanizmaları ise, ekip üyelerinin performanslarını değerlendirmelerine ve geliştirmelerine olanak tanır. Klinik liderler, bu verileri kullanarak stratejik kararlar alabilir ve bakım süreçlerini optimize edebilirler (Berwick, 2003).

Hasta Merkezli Bakım Modelleri: Klinik liderler, hasta merkezli bakım modellerini teşvik ederler. Bu, hastaların bakım sürecine aktif katılımını ve bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlar (Epstein ve Street, 2011). Hasta merkezli bakım, hastaların tedavi kararlarına katılımını ve kendi sağlıklarına ilişkin sorumluluk almalarını teşvik eder. Bu model, hasta memnuniyetini artırır ve tedavi sonuçlarını iyileştirir. Klinik liderler, hasta merkezli bakım modellerini uygulamak için ekip üyelerine eğitimler vererek ve hasta katılımını artıracak stratejiler geliştirerek bu sürece katkıda bulunabilirler.

İletişim ve Ortak Karar Alma: Hasta merkezli bakımın temel bileşenlerinden biri etkili iletişim ve ortak karar alma süreçleridir. Klinik liderler, ekiplerinin hastalarla açık ve empatik bir iletişim kurmalarını sağlamalıdır. Ortak karar alma süreçleri, hastaların tedavi seçeneklerini anlama ve kendi bakım planlarını oluşturma konusundaki tercihlerini dikkate alır. Bu yaklaşım, hastaların bakım sürecine daha fazla katılım göstermelerini ve tedaviye olan bağlılıklarını artırır (Epstein ve Street, 2011).

Yenilikçi Bakım Yöntemleri ve Teknolojiler: Klinik liderler, hasta memnuniyetini artırmak için yenilikçi bakım yöntemlerini ve teknolojileri kullanırlar. Bu, sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli olmasına katkıda bulunur (Goldstein vd., 2014). Yenilikçi teknolojiler, hasta bakımını iyileştirmek ve klinik süreçleri optimize etmek için kullanılabilir. Örneğin, telemedicine, uzaktan hasta izleme sistemleri ve elektronik sağlık kayıtları gibi teknolojiler, hasta bakımını daha erişilebilir ve verimli hale getirebilir. Klinik liderler, bu teknolojileri kullanarak hasta bakımını modernize edebilir ve hasta memnuniyetini artırabilirler.

Teknoloji ve Hasta Bakımı: Yenilikçi teknolojilerin entegrasyonu, hasta bakımında önemli iyileştirmeler sağlar. Elektronik sağlık kayıtları (EHR), hasta bilgilerinin daha kolay erişilebilir ve yönetilebilir olmasını sağlar. Telemedicine ve uzaktan izleme sistemleri, hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi geliştirir ve bakımın sürekliliğini sağlar. Bu teknolojiler, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde büyük avantajlar sunar (Goldstein vd., 2014).

İnovasyon ve Uygulama: Klinik liderler, sağlık hizmetlerinde inovasyonu teşvik ederek ve yeni yöntemlerin uygulanmasını destekleyerek bakım kalitesini artırır. İnovasyon, klinik uygulamalarda daha etkili ve verimli yöntemlerin geliştirilmesine

yardımcı olur. Liderler, yeni fikirleri ve yöntemleri ekiplerine tanıtarak, bu yeniliklerin günlük uygulamalara entegre edilmesini sağlar. Bu süreçte, liderlerin açık fikirli ve değişime açık olmaları, ekip üyelerinin de yenilikçi düşünce ve uygulamaları benimsemelerini kolaylaştırır (Goldstein vd., 2014).

Hasta İlişkileri ve Memnuniyet: Hasta memnuniyeti, klinik liderlerin odaklandığı önemli bir faktördür. Hasta memnuniyetini artırmak için liderler, hasta deneyimlerini sürekli olarak değerlendirmeli ve iyileştirme alanlarını belirlemelidir. Bu, hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini ve memnuniyet düzeylerini anlamak için anketler ve geri bildirim formları kullanmayı içerir. Elde edilen veriler, hasta bakımında kalite iyileştirmeleri yapmak için kullanılabilir. Ayrıca, hasta ilişkileri yönetimi, hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyeti artırmak için etkili bir stratejidir (Epstein ve Street, 2011).

2.1.11.Klinik Liderlik Mesleki Özerklik İlişkisi

Klinik liderlik, sağlık hizmetleri ortamında liderlerin rolünü ve etkisini tanımlayan önemli bir kavramdır. Klinik liderlik, hasta bakımının kalitesini artırmak, sağlık ekiplerinin performansını iyileştirmek ve yenilikleri teşvik etmek için kritik bir öneme sahiptir (Stanley, 2006). Bu liderlik tarzı, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin mesleki özerkliklerini de doğrudan etkiler (Cummings vd., 2010). Mesleki özerklik, sağlık çalışanlarının kendi klinik kararlarını alabilme ve uygulama yeteneği olarak tanımlanır ve bu, kaliteli sağlık hizmeti sunumu için hayati bir unsurdur (Kramer ve Schmalenberg, 2008).

Klinik liderlik algısı, sağlık profesyonellerinin mesleki özerkliklerini nasıl algıladıklarını ve deneyimlediklerini önemli ölçüde etkileyebilir. Klinik liderler, ekiplerinin özerkliklerini destekleyerek, onların daha etkili ve bağımsız çalışabilmelerini sağlar. Bu destek, sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırır ve iş tatminini yükseltir (Wong ve Cummings, 2007).

Klinik liderler, ekip üyelerine rehberlik ederken aynı zamanda onların klinik karar verme süreçlerine katılımını teşvik eder. Bu katılım, sağlık profesyonellerinin kendilerini daha yetkin ve bağımsız hissetmelerine yol açar. Örneğin, liderler, ekip üyelerinin kendi kararlarını almalarına izin vererek ve onlara bu süreçte destek olarak,

mesleki özerkliği artırabilirler. Bu durum, sağlık çalışanlarının işlerine olan bağlılıklarını ve performanslarını olumlu yönde etkiler (Gifford vd., 2018).

Klinik liderlik, sağlık hizmetleri alanında kaliteyi ve etkinliği artırmak için çeşitli stratejiler ve yaklaşımlar içerir. Klinik liderler, hasta bakımında yüksek standartları sağlamak ve sürekli iyileştirme süreçlerini yönetmek için kritik bir rol oynarlar. Ayrıca, liderlerin ekip üyelerinin mesleki gelişimlerini desteklemeleri, onların mesleki özerkliklerini doğrudan etkileyebilir (Stanley, 2011).

Klinik liderler, ekip üyeleriyle açık ve etkili bir iletişim kurarak, bilgi paylaşımını ve işbirliğini teşvik ederler. Bu iletişim, ekip üyelerinin kendilerini daha değerli ve önemli hissetmelerine yardımcı olur ve onların klinik karar verme süreçlerine katılımlarını artırır. Etkili iletişim, aynı zamanda liderlerin ekip üyelerinin ihtiyaçlarını ve görüşlerini anlamalarını sağlar, bu da mesleki özerkliği destekler (West vd., 2014).

Klinik liderler, ekip üyelerinin sürekli eğitim ve gelişimlerini destekleyerek, onların mesleki yetkinliklerini ve özerkliklerini artırır. Sürekli eğitim programları, sağlık profesyonellerinin en güncel bilgi ve becerilere sahip olmalarını sağlar ve onların klinik karar verme süreçlerinde daha bağımsız olmalarına yardımcı olur. Klinik liderler, ekip üyelerinin eğitim ihtiyaçlarını belirleyerek ve bu doğrultuda destek sağlayarak, mesleki özerkliği teşvik eder (Aiken vd., 2012).

Klinik liderler, ekip üyelerine düzenli geri bildirim vererek ve onları destekleyerek, mesleki özerkliklerini artırabilirler. Geri bildirim mekanizmaları, ekip üyelerinin performanslarını değerlendirmelerine ve geliştirmelerine olanak tanır. Bu süreç, sağlık profesyonellerinin kendilerini daha yetkin ve bağımsız hissetmelerine yardımcı olur ve mesleki özerkliklerini güçlendirir (Laschinger vd., 2009).

Son yıllarda yapılan araştırmalar, klinik liderlik algısının mesleki özerklik üzerindeki etkisini daha iyi anlamamıza yardımcı olmuştur. Örneğin, Wong ve Cummings (2007), klinik liderliğin hemşireler arasındaki mesleki özerkliği ve iş tatminini önemli ölçüde artırdığını bulmuşlardır. Bu çalışma, etkili klinik liderliğin sağlık çalışanlarının işlerine olan bağlılıklarını ve performanslarını artırabileceğini göstermektedir.

Benzer şekilde, Gifford ve arkadaşları (2018), klinik liderlik tarzlarının hemşirelik uygulamaları üzerindeki etkilerini incelemiş ve liderlik desteğinin hemşirelerin klinik karar verme süreçlerindeki özerkliklerini artırdığını bulmuşlardır. Bu çalışma, klinik liderlerin ekip üyelerine sağladıkları desteğin, onların mesleki özerkliklerini nasıl etkilediğini vurgulamaktadır.

Klinik liderlik, sağlık hizmetleri alanında kaliteyi ve etkinliği artırmak için kritik bir rol oynar. Klinik liderlerin ekip üyelerine sağladıkları destek ve rehberlik, onların mesleki özerkliklerini doğrudan etkiler. Etkili klinik liderlik, sağlık profesyonellerinin kendilerini daha yetkin ve bağımsız hissetmelerine yardımcı olur ve bu da hasta bakımının kalitesini artırır. Güncel araştırmalar, klinik liderlik algısının mesleki özerklik üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymaktadır ve bu alanda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

2.2. Mesleki Özerklik

2.2.1.Özerklik Kavramı

Genel olarak özyönetim olarak tanımlanan özerklik kavramı (Aveyard, 2000), literatürde kendi kaderini tayin etme, özyönetim ve diğer profesyonellerle karşılıklı bağımlılık düzeyinde etkileşimde bulunma özgürlüğü anlamında çeşitli şekillerde kullanılmaktadır. Bu arka plana dayanarak Batey ve Lewis (1982) özerkliği şu şekilde tanımlamaktadır: Kişinin uygulama alanıyla tutarlı, gönüllü, bağlayıcı kararlar alma özgürlüğü ve bu kararlara dayanarak hareket etme özgürlüğü olarak tanımlamaktadır (Batey ve Lewis, 1982).

Türk Dil Kurumu (2022) “özerklik” kavramını “bir üst organa bağlı, ancak ayrı kanunlarla (örgüt, devlet vb.) kendini yönetme yetkisine sahip, özerk bir kişi olan lider” olarak açıklamaktadır. Türkçe'deki "özerklik" kelimesinin kökenine bakıldığında "kendi" anlamına gelen "self" ve "o güç" anlamına gelen "erk" kelimelerinin birleşmesinden oluşmuştur. Teriminin anlamıyla insanların kişisel yaşamlarını kendi seçimleri ve yetenekleri doğrultusunda yönlendirebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Çakalcı, 2019). Her ne kadar Türkçede "özerklik" ve "bağımsızlık" kavramları sıklıkla birbirinin yerine kullanılsa ve aynı anlama geldiği düşünülse de bu çalışma ve benzer literatür çerçevesinde incelenen "özerklik" kavramı "özerklik" kavramıyla aynı şekilde ele alınmaktadır. Bağımsızlık kavramı. Özerklik; bireyin yaşamdaki tercihleri sonucunda ortaya çıkan durumları ifade etmesi, bağımsızlığa ya da bütünden kopuşa işaret etmez. Daha ziyade, gösterilen karar ve davranışlardan tamamen uzaklaşmadan, özgür iradeyle karar ve eylemlerin sorumluluğunu üstlenmek anlamına gelir (Deniz vd., 2013). Bireylerin özerk kabul edilmesi; bireysel ve bireysel olarak yerel düzeyde kendi kararlarıyla gerçekleştirdiği eylemler ve bu eylemlerin gerçekleşmesini sağlayan kaynakların varlığı nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Boztepe, 2019). Swaraj idari konularda kendi kendine yetme ve özgürlük durumu olarak tanımlansa da dokunulmazlık veya bağımsızlık anlamına gelmez. Özerklik; hukukun kapsamına alınması gereken bir kavram olup, otoritelerin kendi işlerini kontrol etme ilkesini içeren, kendi tercihlerinden doğan hak ve yetkileri içermektedir (Kutluay, 2016).

“Özerklik” terimini literatüre sokan ilk teorisyenlerden biri Erikson'du. Erikson, psikososyal gelişim kuramına göre özerkliğin ikinci aşamada kazanıldığını belirtmektedir. Bu aşama 1 ila 3 yaş arasındaki döneme karşılık gelir ve özerkliğe ilişkin şüphe ve utançtan kaynaklanan kafa karışıklığının başarılı bir şekilde aşılmasını temsil eder. Fiziksel ve zihinsel beceri gelişiminin bu döneminde çocuklara yeni deneyimler yaşamaları ve seçimler yapmaları için sık sık fırsatlar verilmelidir (Erikson, 1963).

Erikson'a göre özerklik, çocukların davranışları kendi başlarına öğrenmeleri anlamına gelmektedir (Morsünbül, 2011; Y. Özdemir ve Çok, 2011). Psikanaliz teorisyenlerinden ve Freud'un kızı Anna Freud'a göre özerklik, "başkalarından bağımsızlık" olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, sağlıklı bir insanın sahip olması gereken gelişimsel özelliklerden biri olarak kabul edilmekte ve aile ilişkilerine dayanmaktadır (Y. Özdemir, 2012). Bireyler ergenlik çağına gelip ebeveynlerinden uzaklaşmaya başladıklarında iletişimini devam ettirebilecekleri yeni insanlar ararlar. Bu noktada ebeveynleri bırakıp bağımsız diyalog kurabilme yeteneği özerklik olarak kabul edilmektedir (Özdemir ve Çok, 2011). Murray, özerkliği ayrılık ve kopukluk olarak tanımlayarak insanların bu yola kendi iradeleriyle çıktıklarını savunanlardan biriydi. Murray'e göre toplumsal dayatmalardan ve müdahalelerden uzaklaşarak özgürleşme çabaları özerklik olarak görülmektedir (Morsünbül, 2011).

Bazı yaklaşımlarda bireyin statükodan tamamen kopması ve yalnızlığından söz edilmeyip, kişinin kendi davranışlarını kontrol etmesi olarak tanımlanmakta, toplumdan bağımsızlığın mümkün olmadığı, tam tersine özerkliğin geliştiği söylenmektedir. Bu yaklaşımlar aile tutumlarının önemini vurgulamakta ve aile ile bağları koparmadan kontrollü özerklik sağlayarak bağları güçlendirmektedir. İnsanların özyönetim yeteneği geliştikçe çevreleriyle diyaloglarını da geliştirdikleri ve ayrılma isteklerinin azaldığı düşünülmektedir (Deniz vd., 2013).

Y. Özdemir ve Çok (2011), Özerklik; çocuğun kimseye bağlı olmaması, bağımsız olması ve seçimler yapabilmesi, hedef belirlerken eylemlerini, duygu ve düşüncelerini düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır. Budak (2017) kendi kaderini tayin teorisi doğrultusunda özerkliği, insanların karar verme aşamasında dış faktörlerden ziyade iç faktörlere göre hareket etmesi olarak tanımlamaktadır. Bilişsel teorisyenlere göre

özerklik, olay ve olguları çoklu perspektiflerden değerlendirebilme ve sosyal bağlamlarda akıl yürütebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Deniz vd., 2013).

Bir kişinin özerk hareket edebilmesi için bazı özelliklerin mevcut olması gerekir. Bu işlevler; "karmaşık niyetler, hedefler, arzular oluşturma ve verilen taahhütleri sürdürme becerisi", "kişinin yaşam seyrinin yönünü ve değerli veya yapılmaya değer olay ve olguları belirlemek için kendi bakış açısını oluşturma özgürlüğü" " " "Kişinin kendi seçimlerini ve işlerini kontrol edebilmesi için gereken farkındalık, farkındalık ve enerji", "çok sayıda değerli seçenek sunan bir ortama girmek" olarak listeleniyor. Bu işlevlerden ilk ikisi bilişsel beceriler olarak sınıflandırılır. Son iki özellik, bireyin yaşamında stres yaratabilecek güçleri, ilişkileri ve koşulları ifade eder (Wall, 2003).

Özerkliğin hem tanımlayıcı hem de kuralcı bir yanı vardır ve ikisi birbiriyle ilişkilidir. Tanımlayıcı olarak özerklik, kendini yönetme yeteneğidir. Özerklik (en azından) insanların kontrolüne müdahale edilmemesi anlamına gelir. Özerklik, bireylerin müdahaleden uzak olmak yerine belirli kişi ve kurumlarla ilişkiler kurmasını gerektirir ve böylece bireylere gerçek seçim fırsatları sunar (MacDonald, 2002).

Farh ve Scott (1983) özerkliği, çalışanın görevleri istediği sırayla yerine getirmesine ve başka bir göreve geçmeden önce belirli bir göreve mümkün olduğunca fazla zaman harcamasına izin vermesi olarak tanımlamaktadır. Karmaşık işlerde, çalışanların işlerini mümkün olan en yüksek tatmini ve performansı elde edecek şekilde yapılandırmakta özgür olmaları için yüksek derecede özerkliğe sahip olmak özellikle önemlidir (Dodd ve Ganster, 1996).

Özerkliğin temeli, çalışanların işyerinde kendi hedeflerine ulaşabilmeleri ve kendi değerlerini yaratabilmeleri için alan bulabilmeleridir. Bu durumda aldıkları kararlar, planlar ve eylemlerle örgütün genel hedeflerine ve kişisel çıkarlarına katkıda bulunmakta özgürdürler. Böylece çalıştıkları örgütün amaçlarını ve ilgili standartlarını belirleyebilirler (Brey, 1999). İş çeşitliliği özerklikten yararlanılarak sağlanabilir. Özerklik, çalışanların operasyonları seçme, operasyonları sıralama ve iş temposunu seçme konusunda sahip olduğu kontrolü ifade eder. Özerklik olmadan, bir kişinin görevlerin nasıl yerine getirileceği ve sonraki strateji formülasyonu hakkında fazla düşünmesi pek olası değildir (Dodd ve Ganster, 1996). Özerklik, çalışanlara zorlu

Çalışma koşulları altında sosyal etkileşim fırsatları sunarak onları seçim yapmaya ve kendilerini yetenekli hissetmeye teşvik eder (Snyder ve Lopez, 2001).

2.2.2. Bireysel zerklik

Biyoetik Terimler Sözlüğü'ne göre kişisel özerklik, bireyin kendi değerlerinden etkilenerek kendisi hakkında kararlar alabilme yeteneğidir. Bireysel zerklik insanın temel niteliklerinden biridir (Oğuz vd., 2005).

Beauchamp ve Childress zerkliği savunuyor; iki temel koşulun sağlanması önemli olduğunu belirtiyor: zgrlk ve znellik. Aynı zamanda özerkliği kişinin kendisine baskı yapmadan karar vermesi olarak da tanımlamaktadır (Beauchamp ve Childress, 2017). Özerklik, bireyin yaşam deneyimlerinden, toplumsal kültüründen, psikolojik ve ruhsal gelişiminden etkilenir (Baykara ve şahinoğlu, 2013).

Kişisel zerklik için bireyin; bağımsız hareket edebilme yeteneğine sahip olması gerekir. Bireylerin anlama ve akıl yürütme gibi öz düzenleme becerilerine sahip olması gerekir. Bireyler bağımsız hareket etmelidir (Helwig, 2006). Kişisel zerklikte bireysel yetenekler önemli rol oynamaktadır (Yalım ve Baykara, 2022).

2.2.3. Mesleki zerklik

Mesleki zerklik; kişinin mesleki sorumluluklarını yerine getirirken bağımsız kararlar alabilmesi ve kendini yönetebilmesidir (Oğuz vd., 2005). Mesleki zerklik, bireyin uzmanlığına dayanarak karar verebilme ve hareket edebilme gücüdür (Timuçin, 2003). Bir mesleğin özerkliği, onun başka bir mesleğe indirgenememesi ve mantıksal veya kavramsal olarak diğer mesleklerden bağımsız olması anlamına gelir (Sevitzky, 2005). Mesleki zerklik, bir mesleğin üyelerinin kendi işlevlerini düzenleyebilmeleri ve mesleğe ilişkin standartları belirleyebilmeleri durumunda ortaya çıkmaktadır (Timuçin, 2003). Mesleki yeterliliğin göstergesi özerkliktir. Mesleki yeterlilik düzeyi arttıkça mesleki özerklik alanları da artmaktadır (Barazatti vd., 2007).

Hackman ve Oldham'ın iş özellikleri modelinde kariyer özerkliği, çalışanların işe tepkileri üzerinde etkisi olduğu düşünülen çalışma koşullarından (görev çeşitliliği, geri bildirim, görev tamamlama ve görev önemi gibi) biridir (Lin ve Ping, 2016). Hackman ve Oldham'a (1975) göre kariyer zerkliği; "Bir işin planlama, karar verme ve görevleri

tamamlama yöntemlerini seçme konusunda bağımsızlığa, özgürlüğe ve takdir yetkisine ne ölçüde izin verdiğini yansıtır." Tanımı mesleki özerklik; bir çalışanın işi planlama ve yürütmede kullanılacak prosedürleri/adımları belirlemede önemli derecede özgürlük, özgürlük ve takdir yetkisine sahip olma derecesini ifade eder (Saraj, 2015).

Mesleki özerkliği, çalışanların çalışma durumları üzerindeki kontrolünü ifade eder (Brey, 1999) ve duygusal kariyer bağlılığının geliştirilmesinde temel faktörlerden biridir (Satoh, 2017). Mesleki özerklik, bir çalışanın görevlerin yerine getirilmesi üzerindeki kontrolünü ifade eder (Petrou vd., 2012), ancak daha spesifik bir açıklama, “çalışanların çeşitli konularda karar verme konusunda işlerinin doğasında sahip olduğu kendi kaderini tayin etme, takdir yetkisi veya özgürlüktür” (De Junge, 1995).

Lynch'e (2013) göre mesleki özerklik; çalışanların artık bağımsız olarak görev atamaması, iş faaliyetlerini herhangi bir destek almadan kişisel tercihlerine göre yürütmesidir. Raelin (1989) mesleki özerkliğin üç farklı şekilde test edilmesi gerektiğini öne sürmektedir. Bunlar; stratejik/kurumsal özerklik, operasyonel özerklik ve son olarak yönetsel özerklidir.

Stratejik/kurumsal özerklik; örgütün mevcut misyon ve vizyonunu tanımlamak için özgürce hareket edebilme becerisini gerektirir. Bu tür bağımsızlığa sahip iş karar vericileri, faaliyetlerini ve politikalarını belirlerken dış çevreyi de dikkate almalıdır.

Operasyonel özerklik; çalışanların, yönetim kısıtlamaları dahilinde, tanımlanmış bir amaç için inisiyatif alma veya bir iş sorununu kendi yöntemlerini kullanarak çözme özgürlüğüdür.

İdari özerklik; bir örgüt içindeki her birimin kendi faaliyetlerini yönetme ve çalışmalarını diğer birimlerle koordine etme sorumluluğunu ifade eder (Kılıç, 1998).

Bu seviye, bir çalışanın belirli iş standartları kapsamındaki fırsatlarıyla ilgilidir. Bireyin kendi çalışmasını değerlendirme veya kendi öğrenme yöntemlerine karar verme yeteneği, içerik boyutlarına örnek teşkil etmektedir. Öte yandan, dış mesleki özerklik düzeyi, çalışanlara görev yapısındaki çeşitli girdi ve çıktıları belirleme fırsatı ile ilgilidir. Bu mesleki özerklik derecesi üretim sürecini, yani eserin yaratılmasını kapsar. Dış boyut, mesleki özerkliğin “bağlamsal yönlerini” kapsar. Örneğin çalışanların

herhangi bir zamanda işten çıkıp ara vermesi veya görevlerin iş yükünün belirlenmesi gibi durumları içermektedir (De Jonge, 1995).

Kariyer özerkliği eğilimleri gelişmiş bireylerin sosyal ortamlarda aktif olma eğiliminde olmalarının kendilerini işlerine daha bağlı ve yetkin hissetmelerini sağlayacağı, aynı zamanda işletme yöneticileri ve diğer çalışanlarla iyi ilişkiler geliştirme olasılığını da artıracığı düşünülmektedir (Baard vd., 2004).

Mesleki özerkliği yüksek olan çalışanların, işlerinin sonuçlarının kendi çabaları, eylemleri ve kararları tarafından belirlendiğini hissetmeleri nedeniyle işlerinden daha fazla tatmin oldukları gözlemlenmiştir. Bireyler yüksek derecede özerkliğe sahip oldukları ölçüde, iş çıktıları üst düzey emirlerin veya prosedür kılavuzlarının yeterliliğine bağlıdır. Kişinin kendi çabasına, inisiyatifine ve kararlarına bağlı olarak görülmektedir (Saragih, 2015). Mesleki özerklik algısı düşük olan çalışanlar için bu, bazı durumlarda özerklik gerektiren görev durumlarında öz liderlik becerilerini proaktif olarak kullanmalarına engel olabilir. Ayrıca rol faaliyetlerinde özerkliğin düşük olması nedeniyle öz liderlik becerilerini kullanamadıklarında iş doyumları daha düşük olabilir. Dolayısıyla, yüksek düzeyde özerklik gerektiren işler, çalışanlara öz liderlik eğilimlerini ifade etmeleri için daha fazla fırsat sağlar. Araştırma sonuçları, özerklik düzeyi yüksek çalışanların iş doyumlarının ve iyi performans gösterme konusunda öz motivasyonlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Ho ve Nesbit, 2014).

Breaugh (1985), Hackman ve Oldham (1975) tarafından önerilen iki boyutlu özerklik ölçeğini genişleterek üç boyuta taşımıştır: çalışma yöntemlerinde özerklik, iş planlarında özerklik ve çalışma standartlarında özerklik. Çalışma yöntemi özerkliği, bireyin işini gerçekleştirmek için prosedürleri/yöntemleri seçme kararıdır; iş planlama özerkliği, görevlerin sırasını veya zamanlamasını kontrol etme yeteneği düzeyidir ve çalışma standardı özerkliği, bireyin göstergeler/kriterler üzerindeki kontrolüdür. Bu tanıma göre yeterli mesleki özerkliğe sahip olmak, çalışanların işle ilgili görevleri yerine getirmek için karar verme yeteneklerini kullanmalarını sağlayan uygun bir işyeri koşulu olarak kabul edilmektedir (Lin ve Ping, 2016).

Kariyer özerkliğini kendi kaderini tayin teorisi perspektifinden ele alan bir çalışmada (Korkmaz, 2020), kariyer özerkliğine sahip bir çalışanın işiyle özdeşleşmesi

durumunda kişisel değerlerinin yanı sıra kişisel yönelimini de destekleyerek karar verebileceği ileri sürülmüştür. Bulgular, kariyer özerkliğinin çok yönlü kariyer tutumları üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Dodd ve Ganster (1996) tarafından yapılan araştırma, 197 gönüllü katılımcıyla yapılan bir çalışmada çalışanların davranış ve tutumlarını incelemiş ve mesleki özerklik ile görev türünün çalışan verimliliği ile ne ölçüde etkileşime girdiğini incelemiştir. Araştırmanın sonuçları, karmaşık görev türlerinde mesleki özerkliğin artırılmasının çalışan verimliliğini %16 oranında artırabildiğini, ancak artan özerkliğin karmaşık olmayan (monoton) görev türlerinde üretkenlik üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı belirlendi. Aynı çalışmada, artan geri bildirimin özerkliği yüksek işlerde çalışan verimliliği üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu, ancak özerkliği düşük işlerde olmadığı bulunmuştur.

Sekiguchi ve diğerleri (2017) tarafından yapılan bir araştırma, kariyer özerkliğinin çalışanların iş becerikliliği algısında önemli bir faktör olduğunu ve çalışanların sosyal beceri düzeylerinin kariyer özerkliği ile iş becerikliliği arasındaki ilişkiyi değiştirebileceğini göstermiştir. Yüksek düzeyde algılanan kariyer özerkliği çalışanların iş becerikliliğini etkilemektedir. Beceriklilik için algılanan fırsatları artırarak iş yaratma motivasyonlarını ortaya çıkaracağı kaydedildi. Öte yandan aynı çalışmada sosyal beceri düzeyi düşük çalışanların, mesleki özerklikleri daha yüksek olmasına rağmen, kişilerarası ilişkilerin oluşturduğu engelleri aşamayacaklarına inandıkları için iş yaratma konusunda daha az istekli oldukları ileri sürülmüştür. Özetle, yüksek düzeydeki sosyal becerilerin çalışanların iş yaratması ve kariyer özerkliği üzerinde arttırıcı bir etkisi vardır; düşük düzeydeki sosyal becerilerin ise azaltıcı bir etkiye sahip olacağı vurgulanmalıdır.

Kariyer özerkliğiyle ilgili bir diğer kavram ise iş tatminidir. Çeşitli çalışmalar, iki kavram arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu, kalıcı ve geçici çalışanlar için aynı etkiyi gösterdiğini ortaya koymuştur (Sankar ve Yeong, 1997 ; Thatcher vd., 2002).

Literatür araştırmaları, kariyer özerkliğinin içsel iş motivasyonu ve iş performansı ile istatistiksel olarak pozitif ve anlamlı bir ilişkiye sahip olduğuna ve iş performansının önemli bir belirleyicisi olduğuna işaret etmektedir (Fried ve Ferris, 1987; Humphrey

vd., 2007). Başka bir araştırmada ise kariyer özerkliğinin öz yeterliliği desteklediği ve çalışanların kendilerini daha sorumlu hissetmelerine ve dolayısıyla daha iyi performans göstermelerine yardımcı olduğu belirtilmiştir (Parker ve Ohly, 2008).

Yapılan başka bir çalışmada Nonaka ve meslektaşları (2000), özerkliğin örgütsel düzeyde bilgi yaratımını teşvik etmek için gerekli koşullardan biri olduğunu (örneğin, örgütsel niyet, değişkenlik ve yaratıcı kaos, bilgi fazlalığı ve gerekli çeşitlilik cinsiyeti) savundu.

Khoshnaw ve Alavi (2020) üst düzey yöneticilerin mesleki özerkliğin örgütsel ortamda yer almasının sağlanmasında aktif rol oynadığını ileri sürmektedir. Bu rol, yöneticilerin mesleki özerklik kavramına ilişkin farklı tutum ve anlayışlarıyla belirlenmektedir. Örneğin, bazı yöneticiler özerkliği çalışanları ilerletmek için bir fırsat olarak görürken, diğerleri denetimsiz kariyer özerkliğinin hedeflerden sapmalara yol açabileceğine inanıyor.

Doğan ve Can (2009) tarafından yapılan sentezde kariyer özerkliği kavramı; bilgi, karşılaştırma yeteneği, bağımsızlık, karar verme yeteneği/becerileri ve kararlılık gibi bazı temel unsurlara dayanmaktadır. Bu faktörlere göre mesleki özerklik; “bir bireyin veya grubun hakim olduğu alandaki bilgi, beceri ve deneyime paralel karşılaştırmaları, kararları ve sonuçları bağımsız ve özgürce kullanabilme yeteneği” olarak tanımlanmaktadır.

2.2.4.Mesleki Özerklik Kavramının Temel Unsurları

Bir organizasyonda mesleki özerkliğin sağlanması için gerekli görülen beş temel unsur vardır. Bu unsurlar; bilgi, bağımsızlık, karşılaştırma becerileri, karar verme yetenekleri/becerileri ve kararlılıktır.

2.2.4.1. Bilgi

Bilginin varlığı mesleki özerkliğin kaçınılmaz bir bileşenidir. Bilgi ve özerklik olgusunun belirli bir mesleki kapsam veya aynı alan içerisinde var olması gerektiğini vurgulamaktadır. Mesleki özerklik bilgisi, iş için gerekli olan sosyolojik ve kültürel donanımına maruz kalmak anlamına gelir. Bu açıdan bakıldığında bilgi, mesleki özerkliğin temel bir bileşeni olarak görülmektedir. Bilgi, doğru karar alınması,

aksiyonların yönetilmesi ve işin doğru uygulanması için gerekli olan tüm veri ve çıktılara kurum adına erişimi ve iç kaynaklar içerisinde etkin ve verimli kullanılmasını sağlar. Başka bir deyişle entelektüel özerklik, boş iş tanımlarından kurtularak kimin hangi işe atanması gerektiğini, hangi bilgi, belge veya kayıtların gerekli olduğunu ve hangi yasal koşullara uyulacağını ifade eder (Doğan ve Can, 2009).

Başka bir araştırmacı olan Kutanis'in (2018) tanımına göre bilgi kavramı, profesyonel bireylerde mesleki özerklik duygusunun oluşmasına temel oluşturan niteliklerin elde edilmesi için gerekli olan eğitim, entelektüel altyapı ve deneyim ile açıklanmaktadır. Ayrıca bilgi, mesleki özerkliğin önemli unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir.

2.2.4.2. Bağımsızlık (İrade Serbestliği)

Bağımsızlık, bir çalışanın üstün olduğu işi veya görevleri belirleme özgürlüğüdür. Bir kişi kendi alanında yüksek düzeyde yetkinliğe, bilgiye ya da deneyime sahip olsa bile gerekli karar verme özgürlüğüne sahip değilse mesleki özerkliğin altyapısını oluşturan önemli bileşenlerden biri eksiktir (Doğan ve Can, 2009). Çalışanların uzmanlık alanları dahilinde karar vermelerini sağlamak, kuruluşların çalışanlarından en iyi faydayı almasını ve işle ilgili verimliliği artıran görev tanımlarına sahip olmasını sağlar (Kutanis, 2018).

2.2.4.3. Kıyaslama Gücü

Çalışanların mesleki özerkliğe sahip olabilmeleri için üçüncü temel unsur karşılaştırma yeteneği yani ayırt etme yeteneğidir. Bir organizasyonda doğru karar verme sürecinin başlangıcı, mevcut alternatifleri bilgiye dayalı çıktılarıyla karşılaştırabilmektir (Doğan ve Can, 2009). Mesleki özerkliğe sahip bir çalışanın, kendisine verilen görevleri yerine getirirken sonuç açısından son derece belirleyici olan kararları dikkate alması gerekebilir. Dolayısıyla bireyin alacağı her kararı ve bunun sonucunda ortaya çıkan sonuçları karşılaştırabilmesinin, kendisinin ve örgütün mesleki özerkliğinden gerekli verimi almasına yardımcı olacağı söylenmektedir (Kutanis, 2018).

2.2.4.4. Karar Alma Kapasitesi/ Becerisi

Bir çalışana uzmanlık alanında özerklik tanınması, bu özgürlüğü en etkin şekilde kullanması anlamına gelmemektedir. Bireye sağlanan özgür ortamın, dış etkenlerden bağımsız olarak, onu en iyi şekilde kullanabilmesi ile ilişkilidir. Karar verme yeteneği

olmayanlara verilen özerklik ise örgütlerde ancak hoş bir kavram haline gelecektir (Doğan ve Can, 2009).

2.2.4.5.Kararlılık

Bireylerin özerk olma ya da kendilerine tanınan özerkliğin uygulanmasında istekli ve bir o kadar da kararlı olmaları önem arz etmektedir. Yani özerklik gereksinimi pasif değil, kişisel irade yönünü ön plana çıkaracak kadar aktiftir (Doğan ve Can, 2009:).

2.2.5.Mesleki Özerkliğin Sonuçları

Kiggundu (1983), çalışanların iş yerinde özerk veya bağımsız olma becerisinin iki farklı davranışsal yöntemle elde edildiğini öne sürmüştür. Kişisel sorumluluğun özerkliği ve bağımsızlığı benzer ve bağlantılı kavramlar olmasına rağmen, kendileri farklıdır. Bu iki kavramın çalışan motivasyonu, işe bağlılığı, iş tatmini gibi iş sonuçlarının oluşumunda farklı etkileri bulunmaktadır. Örneğin özerklik, çalışanların meydan okuma ve kişisel başarı gibi içsel ihtiyaçlarını karşılamada olumlu bir araç olarak hizmet ederken, bazı çalışanlar için bağımsızlık, sosyal, ait olma ve ilişki ihtiyaçlarının tatminini olumsuz yönde etkileyebilir (Sadler-Smith vd., 2003).

Üretimde ön saflarda yer alan personelin çalışma özelliklerinin üretim güvenliği üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri üzerine yapılan araştırmaya göre, iş özellikleri arasında mesleki özerklik, destekleyici denetim, rol çatışması ve aşırı rol yükü gibi kavramlar yer alıyor. İş güvenliği, iletişim kalitesi ve eğitim yeterliliği. Bunu kapsıyor. Bulgular mesleki özerkliğin güvenli çalışma üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu arada, ek analizler örgütsel bağlılığın mesleki özerkliğin güvenlik çalışmaları üzerindeki etkisine tam olarak aracılık ettiğini göstermektedir (Parker vd., 2001).

Kariyer özerkliğinin çalışanların yaşamlarında önemli bir rol oynadığını iddia eden çalışmalarda (Thompson ve Prottas, 2006), kariyer özerkliği düzeyi yüksek olan bireylerin iş, aile yaşamı ve genel yaşamdan daha yüksek doyum gösterdikleri görülmektedir. Araştırmacılar, yüksek kariyer özerkliğine sahip katılımcıların iş ve aileyi daha iyi ayırabildiklerini ve yeni bir iş arama olasılıklarının daha düşük olduğunu buldu. İş-aile çatışması veya stres gibi olumsuz duyguları deneyimleme olasılıklarının daha düşük olduğu söyleniyor.

Kim ve Stoner (2008) sosyal hizmet uzmanlarıyla yaptıkları çalışmada tükenmişlik ve işten ayrılma niyetlerini yordamada rol stresi, mesleki özerklik ve sosyal desteğin etkilerini analiz etmişlerdir. Çalışma, kariyer özerkliği ve sosyal destek değişkenlerinin işten ayrılma niyeti üzerinde doğrudan olumsuz etkiye sahip olduğunu ancak tükenmişlik üzerinde hiçbir etkisinin olmadığını buldu. Analiz sonuçlarına göre, kariyer özerkliğinin tükenmişliği öngörmeye rol stresi ile etkileşime girdiğini, sosyal desteğin ise işten ayrılma niyetini tahmin etmede rol stresi ile etkileşime girdiğini bulduk.

Dysvik ve Kuvaas (2011) kariyer özerkliği ile çalışanların sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmacılar, algılanan kariyer özerkliğinin içsel motivasyonu artırarak iş performansına yol açtığı yönündeki yaygın görüşün aksine, içsel motivasyonun algılanan kariyer özerkliği ile iş performansı arasındaki ilişkiye aracılık ettiğine inanmaktadır. 302 hizmet kuruluşu çalışanı üzerinde yapılan bir araştırmada, çalışanlar ve yöneticileri tarafından ölçülen kariyer özerkliği algıları ile iş kalitesi arasındaki ilişkiye içsel motivasyonun aracılık ettiği gözlemlendi. Dolayısıyla olumlu ilişkilerin yalnızca yüksek içsel motivasyona sahip çalışanlar arasında var olabileceği sonucuna varılmıştır.

Özaslan (2015) tarafından Milli Eğitim Bakanlığına bağlı okullarda görev yapan öğretmenler üzerinde yapılan araştırmada öğretmenlerin mesleki özerklikleri ve genel algıları öğretmen bakış açısıyla ölçülmüştür. Araştırma, katılımcıların genel özerklik algısının, başarılı oldukları alanlardaki sorumluluklarının belirli yönlerinde kişisel tercihlerine müdahale edilmediği yönünde olduğunu gösterdi. Katılımcılar, öğrencilere Milli Eğitim Bakanlığı'nın belirlediği eşdeğer başarı düzeylerini sağlamak için bu özerkliğin gerekli olduğunu ifade ettiler.

Serinikli'ye (2020) göre otonom çalışan sağlık çalışanları daha iyi performans gösteriyor. 153 sağlık profesyonelinin katıldığı bu çalışma, mesleki özerkliğin iş performansı ve iş tatmini üzerinde olumlu ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu sonucuna varmıştır.

Koçak (2020), 385 hizmet sektörü çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada kariyer özerkliği ile işe bağlanma arasındaki ilişkiyi analiz etmiş ve kişi-iş uyumunun kariyer özerkliği

ve işe bağlanmada anahtar rol oynadığı, bağlanmanın ise aracı rol oynadığı sonucuna varmıştır. Aynı çalışmada algılanan yönetici desteği yüksek olduğunda mesleki özerkliğin işe adanmışlık üzerindeki dolaylı etkisinin daha güçlü olduğu, tersine yönetici desteğini düşük algılayanlarda ise etkinin daha zayıf olduğu görülmüştür.

2.2.6.İş Özellikleri (Karakteristikleri) Modeli

İş Özellikleri Modeli; işin temel özelliklerine, önemli psikolojik durumlarına ve kişisel tercihlere ilişkin faydaları içeren bir iş tasarım modelidir (Daft, 1991).

Modeldeki anket, iş yeniden yapılandırmasının öncesi ve sonrası çalışanlar üzerindeki etkisini değerlendiriyor. Hackman ve Oldham (1976) tarafından geliştirilen model, iş ortamındaki motivasyonel dış faktörlerin özelliklerinin belirlenmesinde ve işin yeniden tasarlanması öncesinde iş tasarım projelerinin oluşturulmasında destekleyici bir rol oynamıştır (Sökmen, 1999).

Hackman ve Oldham (1976) tarafından geliştirilen İş Özellikleri Modeline (JCM) göre, her çalışanın en kritik psikolojik durumunu belirleyen ve motivasyonunu artıran işin temel özellikleri beş boyutta toplanmaktadır. Bunlar; görev kimliği, beceri çeşitliliği, görevin önemi, özerklik ve geri bildirimdir.

Beceri çeşitliliği; bir işin yerine getirilmesinde farklı faaliyetlerin gerekli olma derecesidir ve bireyin farklı beceri ve yeteneklerinin gerekli iş olgusunda kullanılmasını içerir. Beceri çeşitliliğine olan talebin yüksek olduğu işlerde, iş yüklenicilerinin bu becerileri eşit şekilde kullanması gerekmektedir. Örneğin mühendisler çalışırken birçok fiziksel ve zihinsel beceriyi kullanırlar (Bilgiç, 2008).

Görev Kimliği; işin ne ölçüde "bütünsel" ve tanımlanabilir bir eserin tamamlanmasını gerektirdiği, diğer bir deyişle işin başından sonuna kadar görünür sonuçlarla yapılmasıdır. Örneğin kurumsal bir üretim hattında çalışanlar işin sadece bir kısmında yer alırken, bir televizyon yapım grubunda çalışanlar üretimin her aşamasında yer almaktadır (Bilgiç, 2008).

Görevin önemi; işin kuruluş içindeki veya dışındaki diğer kişilerin hayatları veya çalışmaları üzerinde ne ölçüde önemli bir etkiye sahip olduğunu açıklar. Örneğin hemşirelerin hastaların yaşamları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır (Bilgiç, 2008).

Özerklik; çalışanların işlerinin planlanması ve yürütülmesi aşamalarında izlenecek prosedürlerin belirlenmesinde tam özgürlük, bağımsızlık ve takdir yetkisine sahip olma derecesini ifade eder. Örneğin temizlik personeli veya sekreterler, her adımda çalışma talimatları alıyor ve bu da onların özerkliklerinin sınırlı olduğunu gösteriyor. Öte yandan mimarın tasarım yaparken özgürce hareket edebilmesi, onun daha fazla özerkliğe sahip olması ve dolayısıyla daha fazla sorumluluk duygusu yaşaması anlamına gelmektedir (Bilgiç, 2008).

Geribildirim; bireyin işi gerçekleştirmek için gerekli olan iş aktivitelerini ne ölçüde yerine getirdiğini ve performansının etkinliği hakkında doğrudan ve net bilgi ürettiğini tanımlar. Örneğin bir bilgisayar programcısı, bir programın doğru çalıştırılmasıyla bir işin yanlış yapıp yapılmadığını öğrenebilirken, bir tişört üretim hattında çalışan insanlar, kalite kontrol sırasında amirlerinden aldıkları geri bildirimler sayesinde hatalarını öğrenirler (Bilgic, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin klinik liderlik algısının mesleki özerklik üzerindeki etkisini incelemektir. Çalışma klinik liderliğin hemşirelerin mesleki özerklik düzeylerine nasıl katkıda bulunduğunu ve bu durumun sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerindeki olası etkilerini incelemesi açısından önem arz etmektedir. Özellikle, hemşirelerin klinik liderlik algılarının mesleki özerklik tutumlarını ne ölçüde etkilediğini belirlemek hem sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi hem de hemşirelerin iş memnuniyetinin artırılması açısından kritik bir rol oynayabilir. Bu araştırma, sağlık kurumlarında hemşirelerin liderlik yeteneklerinin geliştirilmesine yönelik stratejilerin belirlenmesine katkı sağlaması açısından da önemlidir.

3.2. Araştırma Hipotezleri ve Araştırma Modeli

Araştırma ilişki arayıcı ve tanımlayıcı araştırma modelinde tasarlanmıştır. Bu doğrultuda araştırma hipotezleri aşağıdaki gibidir:

- **H1:** Hemşirelerin klinik liderlik algıları ile mesleki özerklikleri arasında anlamlı ilişki vardır.

Bu hipotez, klinik liderlik ve mesleki özerklik arasındaki ilişkiyi inceleyen literatür tarafından desteklenmektedir. Örneğin, Wong ve Cummings (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, etkili liderliğin hemşirelerin mesleki özerkliği üzerinde pozitif bir etkisi olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde, Casida ve Pinto-Zipp (2008) liderlik algılarının hemşirelerin mesleki özerklik deneyimlerini şekillendirdiğini göstermiştir.

- **H2:** Hemşirelerin klinik liderlik algılarının mesleki özerklikleri üzerindeki anlamlı etkisi vardır.

Bu hipotez, liderlik algısının mesleki özerklik üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmalarla desteklenmektedir. Kramer ve Schmalenberg (2003), liderlik becerilerinin gelişmiş olduğu ortamlarda hemşirelerin mesleki özerklik düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

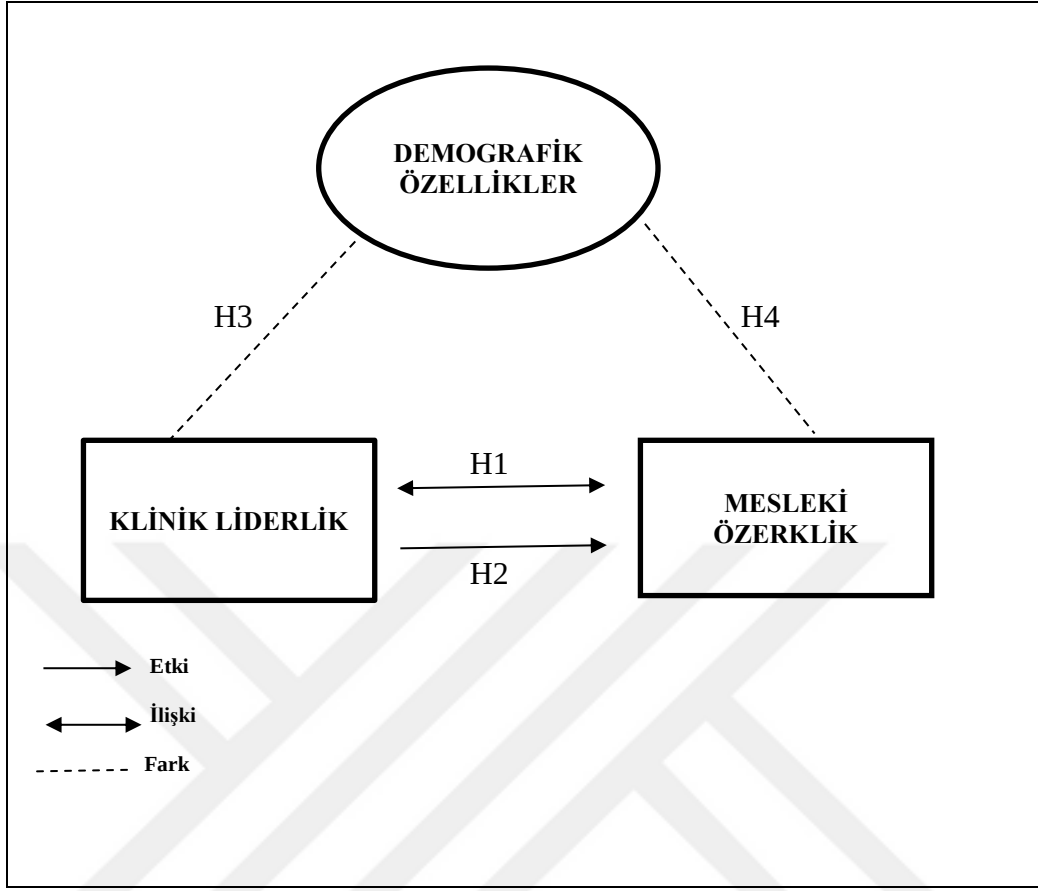
- **H3:** Hemşirelerin klinik liderlik algısı demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Bu hipotez, liderlik algılarının demografik özelliklere göre farklılık gösterebileceğini ileri süren çalışmalara dayanmaktadır. Avolio ve Bass (2004) gibi araştırmacılar, liderlik algısının yaş, cinsiyet ve eğitim gibi demografik faktörlerden etkilenebileceğini belirtmektedir.

- **H4:** Hemşirelerin mesleki özerklikleri demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Bu hipotez, mesleki özerklik düzeylerinin demografik faktörlere göre değişebileceğini ortaya koyan literatüre dayanmaktadır. Spence Laschinger ve Havens (1996), mesleki özerkliğin demografik faktörlerle ilişkili olabileceğini göstermiştir.

Araştırmada yer alan bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkilerin verildiği model Şekil 1'de gösterilmektedir.



Şekil 4.1. Araştırma Modeli

3.3. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında kişisel bilgiler formu ve Klinik Liderlik Ölçeği ve Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum ölçeğinden faydalanılmıştır.

Klinik Liderlik Ölçeği: Klinik Liderlik Ölçeği 5 bölümden ve toplamda 40 ifadeden oluşmaktadır. Bu ölçek; Budak (2017) tarafından, NHS Liderlik Akademisinin 2012 yılında geliştirdiği “Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi: Kendi Kendine Değerlendirme Anketi” doğrultusunda geliştirilmiştir. Ölçek 3’lü likert tipindedir ve 1= Neredeyse Asla; 2= Bazen; 3= Neredeyse Her Zaman şeklinde değerlendirilmiştir. Ölçekten alınan puan 40 ile 120 arasında değişmekte ve puanın yükselmesi klinik liderlik algısının yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek üzere güvenirlik analizi uygulanmıştır. Güvenirlik analizi ölçekte bulunan maddelerin birbirleri ve ölçek geneli ile tutarlı olup olmadığını göstermektedir. Aynı zamanda ölçek ifadelerinin denekler tarafından aynı anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemektedir.

Güvenirlilik, katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar arasındaki tutarlılıktır (Büyüköztürk, 2011). Literatürde ölçeğin güvenirliği (iç tutarlılık) yaygın olarak Cronbach's Alpha katsayısı ile belirlenmektedir. Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri olarak " $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir", " $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenirliktedir", " $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir", " $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir" olarak belirlenmektedir (Özdamar, 2004). Bu araştırmada Klinik Liderlik ölçeğinin güvenirliği Cronbach's Alpha=0,932 olarak yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Ölçeği: Hemşirelerin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Ölçeği (HMÖ-TÖ) 2016 yılında Asakura, Satoh ve Watanabe tarafından hemşirelerin mesleki özerkliğine yönelik tutumunun psikometrik özelliklerini geliştirmek ve test etmek amacıyla geliştirilmiştir (Asakura ve diğerleri, 2016). Ölçek 18 maddeden ve üç alt boyuttan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Bu üç alt boyut; Çalışma koşulları üzerinde kontrol 6 sorudan oluşmaktadır ve alınabilecek puan aralığı 6 ile 30 arasında değişmektedir; İşle ilgili bağımsızlık 5 sorudan oluşmaktadır ve puan aralığı 5 ile 25 puan arasında değişiklik göstermektedir; Otonom klinik yargı 7 sorudan oluşmaktadır ve alınabilecek toplam puan 7 ile 35 puan arasında değişmektedir. Bu ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2019 yılında Atasoy ve Göçmen Baykara tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada ölçeğin güvenirliği Cronbach's Alpha=0,899 olarak yüksek bulunmuştur.

3.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde yer alan bir devlet hastanesinde görev yapan 715 hemşire oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'ın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır. Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, $\pm$ % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü minimum 250 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmada 300 hemşireye ulaşılmıştır.

$$^1n = \frac{N * t^2 * p * q}{(N - 1) * d^2 + t^2 * p * q}$$

$$n = \frac{715 * 1.96^2 * 0,5 * 0,5}{(715 - 1) * 0,05^2 + (0,5 * 0,5 * 1.96^2)}$$

$$n = \frac{686,686}{2,745} = 250,112 = 250$$

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma, hemşirelerin klinik liderlik algıları ile mesleki özerklikleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma sürecinde, katılımcıların haklarına saygı gösterilmesi, gönüllülük esasına dayalı katılımın sağlanması ve verilerin gizliliğinin korunması temel etik ilkeler olarak benimsenmiştir.

Etik Kurul Onayı: Araştırma, başlamadan önce Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 13.10.2023 tarih ve 2023/16 sayılı kararınca uygun görülmüştür gerekli onay alınmıştır. Etik kurul, araştırmanın hem bilimsel hem de etik standartlara uygun olduğunu teyit etmiş, araştırmanın yürütülmesine izin vermiştir.

Gönüllü Katılım: Araştırma kapsamında İstanbul ilinde yer alan bir devlet hastanesinde görev yapan 300 hemşire, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında detaylı olarak bilgilendirilmiştir. Katılımcıların araştırmaya katılımı tamamen gönüllülük esasına dayanmış ve her bir katılımcıdan yazılı onam formu alınmıştır. Katılımcılara, istedikleri zaman araştırmadan çekilme haklarının bulunduğu açıkça belirtilmiştir.

Gizlilik ve Anonimlik: Araştırma verileri toplandıktan sonra, katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmuş ve veriler anonimleştirilmiştir. Veriler, sadece bu araştırmanın

¹ N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen □ örneklem hatasıdır

amacına uygun olarak kullanılmış ve üçüncü kişilerle paylaşılmamıştır. Araştırmanın tamamlanmasının ardından, veriler etik kurallar doğrultusunda güvenli bir şekilde imha edilmiştir.

Veri Kullanımı: Araştırmadan elde edilen bulgular, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılmıştır. Bulgular, genel istatistiksel analizlerle sunulmuş ve bireysel katılımcıların kimliklerinin belirlenmesine yol açabilecek herhangi bir bilgi içermemiştir.

Katılımcı Hakları: Katılımcılara, araştırma sürecinin her aşamasında haklarına riayet edilmiştir. Katılımcılar, araştırmanın sonuçları hakkında bilgi alma hakkına sahip olmuşlar ve sonuçlar kendileri ile paylaşılmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma İstanbul ilinde yer alan bir devlet hastanesinde görev yapan hemşireler ile sınırlıdır.
- Araştırma evren ve örneklem ile sınırlıdır.
- Araştırma veri toplama aracı ile sınırlıdır.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 3.1. Normal Dağılım

ÖLÇEKLER	N	Basıklık	Çarpıklık
Klinik Liderlik Toplam	300	0,239	-0,760
Kişisel Özellikler Alanı	300	0,541	-1,414
Diğerleriyle Çalışma Alanı	300	0,822	-1,153
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	300	1,025	-1,238
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	300	0,646	-0,935
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	300	-0,507	-0,495
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	300	0,261	-0,700
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	300	-0,023	-0,514
İşle İlgili Bağımsızlık	300	-0,381	-0,556
Otonom Klinik Yargı	300	0,610	-0,746

Tablo 3.1.'de ölçeklere ilişkin çarpıklık basıklık testi sonuçları gösterilmiştir. İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Tablo 3.1.' de çarpıklık basıklık değeri sırayla klinik liderlik ölçeği için 0,239 ve -0,760, mesleki özerkliği yönelik tutum ölçeği için 0,261 ve -0,700 olarak belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Hemşirelerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı,2006). Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özellikler

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular Tablo 4.1.' de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	196	65,3
Erkek	104	34,7
Yaş		
25 Yaş ve Altı	77	25,7
26 35 Yaş Arası	190	63,3
36 ve Üzeri	33	11,0
Medeni Durum		
Evli	132	44,0
Bekâr	168	56,0
Eğitim Durumu		
Ön Lisans	30	10,0
Lisans	252	84,0
Lisansüstü	18	6,0
Çalışılan Birim		
Acil Servis	125	41,7
Cerrahi Servis	22	7,3
Dahiliye Servisi	103	34,3
Yoğun Bakım	50	16,7
Kurumda Çalışma Süresi		
0-5 Yıl Arası	177	59,0
6-10 Yıl Arası	106	35,3
11 Yıl ve Üzeri	17	5,7
Meslekte Çalışma Süresi		
0-5 Yıl Arası	142	47,3
6-10 Yıl Arası	114	38,0
11 Yıl ve Üzeri	44	14,7
Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumu		
Evet	111	37,0
Hayır	189	63,0
Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumu		
Evet	82	27,3
Hayır	218	72,7
Klinik Liderlik Üzerine Formal Eğitim Alma Durumu		
Evet	53	17,7
Hayır	247	82,3

Hemşireler cinsiyete göre 196'sı (%65,3) kadın, 104'ü (%34,7) erkek olarak dağılmaktadır.

Hemşireler yaşa göre 77'si (%25,7) 25 yaş ve altı, 190'ı (%63,3) 26 35 yaş arası, 33'ü (%11,0) 36 ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Hemşireler medeni duruma göre 132'si (%44,0) evli, 168'i (%56,0) bekâr olarak dağılmaktadır.

Hemşireler eğitim durumuna göre 30'u (%10,0) ön lisans, 252'si (%84,0) lisans, 18'i (%6,0) lisansüstü olarak dağılmaktadır.

Hemşireler çalışılan birime göre 125'i (%41,7) acil servis, 22'si (%7,3) cerrahi servis, 103'ü (%34,3) dahiliye servisi, 50'si (%16,7) yoğun bakım olarak dağılmaktadır.

Hemşireler kurumda çalışma süresine göre 177'si (%59,0) 0-5 yıl arası, 106'sı (%35,3) 6-10 yıl arası, 17'si (%5,7) 11 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Hemşireler meslekte çalışma süresine göre 142'si (%47,3) 0-5 yıl arası, 114'ü (%38,0) 6-10 yıl arası, 44'ü (%14,7) 11 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Hemşireler yönetim üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre 111'i (%37,0) evet, 189'u (%63,0) hayır olarak dağılmaktadır.

Hemşireler liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre 82'si (%27,3) evet, 218'i (%72,7) hayır olarak dağılmaktadır.

Hemşireler klinik liderlik üzerine formal eğitim alma durumuna göre 53'ü (%17,7) evet, 247'si (%82,3) hayır olarak dağılmaktadır.

4.2. Klinik Liderlik ve Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puan Ortalamaları

Hemşirelerin klinik liderliğe yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri tablo 4.2.'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Klinik Liderlik Puan Ortalamaları

Ölçekler ve Alt Boyutları	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Ölçek Min-Maks.	Cronbach's Alpha
Klinik Liderlik Toplam	300	105,677	10,537	68,000	120,000	40-120	0,932
Kişisel Özellikler Alanı	300	21,443	2,125	9,000	24,000	8-24	0,925
Diğerleriyle Çalışma Alanı	300	21,460	2,322	10,000	24,000	8-24	0,914
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	300	21,530	2,567	9,000	24,000	8-24	0,906
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	300	21,207	2,640	12,000	24,000	8-24	0,899
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	300	20,037	3,123	9,000	24,000	8-24	0,908

Tablo 4.2.'de hemşirelerin "klinik liderlik toplam" ortalaması $105,677 \pm 10,537$ (Min=68; Maks=120) olarak saptanmıştır. Alt boyutlarının ortalamaları, "kişisel özellikler alanı" ortalaması $21,443 \pm 2,125$ (Min=9; Maks=24), "diğerleriyle çalışma alanı" ortalaması $21,460 \pm 2,322$ (Min=10; Maks=24), "hizmetlerin yönetimi alanı" ortalaması $21,530 \pm 2,567$ (Min=9; Maks=24), "hizmetlerin iyileştirilmesi alanı" ortalaması $21,207 \pm 2,640$ (Min=12; Maks=24), "yönlendirmelerin kurgulanması alanı" ortalaması $20,037 \pm 3,123$ (Min=9; Maks=24) olarak saptanmıştır.

Hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutum yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri tablo 4.3.'de yer almaktadır.

Tablo 4.3. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puan Ortalamaları

Ölçekler ve Alt Boyutları	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Ölçek Min-Maks.	Cronbach's Alpha
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	300	74,870	9,873	37,000	90,000	18-90	0,899
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	300	24,607	3,492	13,000	30,000	6-30	0,887
İşle İlgili Bağımsızlık	300	21,230	3,006	13,000	25,000	5-25	0,876
Otonom Klinik Yargı	300	29,033	4,504	10,000	35,000	7-35	0,881

Tablo 4.3.' de hemşirelerin "mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam" ortalaması $74,870 \pm 9,873$ (Min=37; Maks=90) olarak saptanmıştır. Alt boyutları, "çalışma

koşulları üzerindeki kontrol” ortalaması 24,607±3,492 (Min=13; Maks=30), “işle ilgili bağımsızlık” ortalaması 21,230±3,006 (Min=13; Maks=25), “otonom klinik yargı” ortalaması 29,033±4,504 (Min=10; Maks=35) olarak saptanmıştır.

4.3. Klinik Liderlik ve Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Arasındaki İlişkiler

Hemşirelerin klinik liderlik ve mesleki özerkliğe yönelik tutum düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları tablo 4.4.’de verilmiştir.

Tablo 4.4. Klinik Liderlik ve Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Ölçekler ve Alt Boyutları		Klinik Liderlik	Kişisel Özellikler Alanı	Diğerleriyle Çalışma Alanı	Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum	r	0,251**	0,253**	0,212**	0,204**	0,170**	0,206**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000
<i>Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol</i>	r	0,261**	0,241**	0,247**	0,240**	0,167**	0,196**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,004	0,001
<i>İşle İlgili Bağımsızlık</i>	r	0,167**	0,188**	0,136*	0,121*	0,112	0,139*
	p	0,004	0,001	0,018	0,037	0,053	0,016
<i>Otonom Klinik Yargı</i>	r	0,237**	0,242**	0,183**	0,181**	0,168**	0,208**
	p	0,000	0,000	0,001	0,002	0,003	0,000

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Araştırma kapsamında klinik liderlik ve mesleki özerkliğe yönelik tutum ile alt boyutları arasındaki ilişkileri analiz etmek için Pearson Korelasyon analizi yönteminden faydalanılmıştır ve tablo 4.4.’de gösterilmektedir. Korelasyon katsayılarında 0,00 ilişki yok, 0,01-0,29 düşük ilişki, 0,30-0,70 orta düzey ilişki, 0,71-0,99 yüksek ilişki ve 1,00 ise mükemmel ilişkiyi temsil etmektedir (Köklü vd., 2006).

Klinik liderlik toplam, kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı, mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam, çalışma koşulları üzerindeki kontrol, işle ilgili bağımsızlık, otonom klinik yargı, puanları arasında korelasyon analizleri tablo 4.4.’de incelendiğinde; mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam ile klinik liderlik toplam arasında $r=0.251$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam ile kişisel özellikler alanı arasında $r=0.253$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$),

mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam ile diğerleriyle çalışma alanı arasında $r=0.212$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam ile hizmetlerin yönetimi alanı arasında $r=0.204$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam ile hizmetlerin iyileştirilmesi alanı arasında $r=0.17$ pozitif çok zayıf ($p=0,003<0.05$), mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam ile yönlendirmelerin kurgulanması alanı arasında $r=0.206$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), çalışma koşulları üzerindeki kontrol ile klinik liderlik toplam arasında $r=0.261$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), çalışma koşulları üzerindeki kontrol ile kişisel özellikler alanı arasında $r=0.241$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), çalışma koşulları üzerindeki kontrol ile diğerleriyle çalışma alanı arasında $r=0.247$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), çalışma koşulları üzerindeki kontrol ile hizmetlerin yönetimi alanı arasında $r=0.24$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), çalışma koşulları üzerindeki kontrol ile hizmetlerin iyileştirilmesi alanı arasında $r=0.167$ pozitif çok zayıf ($p=0,004<0.05$), çalışma koşulları üzerindeki kontrol ile yönlendirmelerin kurgulanması alanı arasında $r=0.196$ pozitif çok zayıf ($p=0,001<0.05$), işle ilgili bağımsızlık ile klinik liderlik toplam arasında $r=0.167$ pozitif çok zayıf ($p=0,004<0.05$), işle ilgili bağımsızlık ile kişisel özellikler alanı arasında $r=0.188$ pozitif çok zayıf ($p=0,001<0.05$), işle ilgili bağımsızlık ile diğerleriyle çalışma alanı arasında $r=0.136$ pozitif çok zayıf ($p=0,018<0.05$), işle ilgili bağımsızlık ile hizmetlerin yönetimi alanı arasında $r=0.121$ pozitif çok zayıf ($p=0,037<0.05$), işle ilgili bağımsızlık ile yönlendirmelerin kurgulanması alanı arasında $r=0.139$ pozitif çok zayıf ($p=0,016<0.05$), otonom klinik yargı ile klinik liderlik toplam arasında $r=0.237$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), otonom klinik yargı ile kişisel özellikler alanı arasında $r=0.242$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), otonom klinik yargı ile diğerleriyle çalışma alanı arasında $r=0.183$ pozitif çok zayıf ($p=0,001<0.05$), otonom klinik yargı ile hizmetlerin yönetimi alanı arasında $r=0.181$ pozitif çok zayıf ($p=0,002<0.05$), otonom klinik yargı ile hizmetlerin iyileştirilmesi alanı arasında $r=0.168$ pozitif çok zayıf ($p=0,003<0.05$), otonom klinik yargı ile yönlendirmelerin kurgulanması alanı arasında $r=0.208$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Klinik Liderliğin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	T	p	%95 Güven Aralığı		VIF
	B	SE	B			Alt	Üst	
Sabit	49,984	5,579		8,959	0,000	39,004	60,963	
Klinik Liderlik Toplam	0,235	0,053	0,251	4,483	0,000	0,132	0,339	1,000
*Bağımlı Değişken=Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam, $R=0,251$; $R^2=0,060$; $F=20,093$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,739								

Klinik liderlik ile mesleki özerkliğe yönelik tutum arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi tablo 4.5.'de görülmektedir. Tabloda bulunan sonuca göre, model istatistiksel açıdan anlamlıdır ($F=20,093$; $p=0,000<0.05$). Mesleki özerkliğe yönelik tutum düzeyindeki toplam değişim %6 oranında klinik liderlik tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,060$). Klinik liderlik mesleki özerkliğe yönelik tutum düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,251$).

Tablo 4.6. Klinik Liderlik Alt Boyutlarının Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	T	p	%95 Güven Aralığı		VIF
	B	SE	β			Alt	Üst	
Sabit	46,060	6,074		7,583	0,000	34,105	58,014	
Kişisel Özellikler Alanı	0,962	0,361	0,207	2,668	0,008	0,253	1,672	1,930
Diğerleriyle Çalışma Alanı	0,107	0,392	0,025	0,272	0,786	-0,665	0,878	2,723
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	0,026	0,373	0,007	0,069	0,945	-0,708	0,759	3,010
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	-0,264	0,360	-0,071	-0,733	0,464	-0,972	0,445	2,969
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	0,546	0,264	0,173	2,070	0,039	0,027	1,064	2,228
*Bağımlı Değişken=Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam, $R=0,288$; $R^2=0,067$; $F=5,301$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,722								

Kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı ile mesleki özerkliğe yönelik tutum arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi tablo 4.6.'da görülmektedir. Tabloda görüleceği üzere, model istatistiksel açıdan anlamlıdır. ($F=5,301$; $p=0,000<0.05$). Mesleki özerkliğe yönelik tutum düzeyindeki toplam değişim %6.7 oranında kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,067$). Kişisel özellikler alanı mesleki özerkliğe yönelik tutum düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,207$). Diğerleriyle çalışma alanı mesleki özerkliğe yönelik tutum düzeyini etkilememektedir ($p=0.786>0.05$). Hizmetlerin yönetimi alanı mesleki özerkliğe yönelik tutum düzeyini etkilememektedir ($p=0.945>0.05$). Hizmetlerin iyileştirilmesi alanı mesleki özerkliğe yönelik tutum düzeyini etkilememektedir ($p=0.464>0.05$). Yönlendirmelerin kurgulanması alanı mesleki özerkliğe yönelik tutum düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,173$).

Tablo 4.7. Klinik Liderlik Alt Boyutlarının Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	T	p	%95 Güven Aralığı		VIF
	B	SE	B			Alt	Üst	
Sabit	14,499	2,147		6,753	0,000	10,274	18,725	
Kişisel Özellikler Alanı	0,208	0,127	0,127	1,636	0,103	-0,042	0,459	1,930
Diğerleriyle Çalışma Alanı	0,146	0,139	0,097	1,052	0,294	-0,127	0,418	2,723
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	0,128	0,132	0,094	0,974	0,331	-0,131	0,388	3,010
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	-0,150	0,127	-0,114	-1,181	0,238	-0,401	0,100	2,969
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	0,147	0,093	0,131	1,573	0,117	-0,037	0,330	2,228
*Bağımlı Değişken=Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol, $R=0,289$; $R^2=0,068$; $F=5,374$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,867								

Kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı ile çalışma

koşulları üzerindeki kontrol arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi tablo 4.7.' de görülmektedir. Tabloda görüleceği üzere, model istatistiksel açıdan anlamlıdır. ($F=5,374$; $p=0,000<0.05$). çalışma koşulları üzerindeki kontrol düzeyindeki toplam değişim %6.8 oranında kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,068$). Kişisel özellikler alanı çalışma koşulları üzerindeki kontrol düzeyini etkilememektedir ($p=0.103>0.05$). Diğerleriyle çalışma alanı çalışma koşulları üzerindeki kontrol düzeyini etkilememektedir ($p=0.294>0.05$). Hizmetlerin yönetimi alanı çalışma koşulları üzerindeki kontrol düzeyini etkilememektedir ($p=0.331>0.05$). Hizmetlerin iyileştirilmesi alanı çalışma koşulları üzerindeki kontrol düzeyini etkilememektedir ($p=0.238>0.05$). Yönlendirmelerin kurgulanması alanı çalışma koşulları üzerindeki kontrol düzeyini etkilememektedir ($p=0.117>0.05$).

Tablo 4.8. Klinik Liderlik Alt Boyutlarının İşle İlgili Bağımsızlık Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	T	p	%95 Güven Aralığı		VIF
	B	SE	B			Alt	Üst	
Sabit	15,003	1,888		7,948	0,000	11,288	18,718	
Kişisel Özellikler Alanı	0,270	0,112	0,191	2,411	0,017	0,050	0,491	1,930
Diğerleriyle Çalışma Alanı	0,000	0,122	0,000	-0,001	0,999	-0,240	0,240	2,723
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	-0,056	0,116	-0,048	-0,486	0,627	-0,284	0,172	3,010
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	-0,040	0,112	-0,035	-0,360	0,719	-0,260	0,180	2,969
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	0,125	0,082	0,130	1,524	0,128	-0,036	0,286	2,228
*Bağımlı Değişken=İşle İlgili Bağımsızlık, $R=0,210$; $R^2=0,028$; $F=2,718$; $p=0,020$; Durbin Watson Değeri=1,654								

Kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı ile işle ilgili bağımsızlık arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi tablo 4.8.' de görülmektedir. Tabloda görüleceği üzere, model istatistiksel

açından anlamlıdır ($F=2,718$; $p=0,020<0.05$). İşle ilgili bağımsızlık düzeyindeki toplam değişim %2.8 oranında kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,028$). Kişisel özellikler alanı işle ilgili bağımsızlık düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,191$). Diğerleriyle çalışma alanı işle ilgili bağımsızlık düzeyini etkilememektedir ($p=0.999>0.05$). Hizmetlerin yönetimi alanı işle ilgili bağımsızlık düzeyini etkilememektedir ($p=0.627>0.05$). Hizmetlerin iyileştirilmesi alanı işle ilgili bağımsızlık düzeyini etkilememektedir ($p=0.719>0.05$). Yönlendirmelerin kurgulanması alanı işle ilgili bağımsızlık düzeyini etkilememektedir ($p=0.128>0.05$).

Tablo 4.9. Klinik Liderlik Alt Boyutlarının Otonom Klinik Yargı Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	T	p	%95 Güven Aralığı		VIF
	B	SE	β			Alt	Üst	
Sabit	16,557	2,777		5,963	0,000	11,093	22,022	
Kişisel Özellikler Alanı	0,483	0,165	0,228	2,934	0,004	0,159	0,808	1,930
Diğerleriyle Çalışma Alanı	-0,039	0,179	-0,020	-0,218	0,828	-0,392	0,314	2,723
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	-0,046	0,170	-0,026	-0,271	0,787	-0,381	0,289	3,010
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	-0,073	0,165	-0,043	-0,445	0,656	-0,397	0,251	2,969
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	0,274	0,120	0,190	2,276	0,024	0,037	0,511	2,228
*Bağımlı Değişken=Otonom Klinik Yargı, $R=0,281$; $R^2=0,063$; $F=5,052$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,727								

Kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı ile otonom klinik yargı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi tablo 4.9.' da görülmektedir. Tabloda görüleceği üzere, model istatistiksel açıdan anlamlıdır ($F=5,052$; $p=0,000<0.05$). Otonom klinik yargı düzeyindeki toplam değişim %6.3 oranında kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı

tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,063$). Kişisel özellikler alanı otonom klinik yargı düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,228$). Diğerleriyle çalışma alanı otonom klinik yargı düzeyini etkilememektedir ($p=0.828>0.05$). Hizmetlerin yönetimi alanı otonom klinik yargı düzeyini etkilememektedir ($p=0.787>0.05$). Hizmetlerin iyileştirilmesi alanı otonom klinik yargı düzeyini etkilememektedir ($p=0.656>0.05$). Yönlendirmelerin kurgulanması alanı otonom klinik yargı düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,190$).

4.4.Klinik Liderlik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.10. Klinik Liderlik Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Klinik Liderlik Toplam	≤ 25	77	104,234	11,758	0,973	0,379
	26 -35	190	106,195	9,993		
	≥ 36	33	106,061	10,606		
Kişisel Özellikler Alanı	≤ 25	77	21,208	2,642	0,656	0,520
	26 -35	190	21,537	1,885		
	≥ 36	33	21,455	2,108		
Diğerleriyle Çalışma Alanı	≤ 25	77	21,221	2,426	0,810	0,446
	26 -35	190	21,590	2,270		
	≥ 36	33	21,273	2,388		
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	≤ 25	77	21,117	2,978	1,449	0,236
	26 -35	190	21,705	2,347		
	≥ 36	33	21,485	2,717		
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	≤ 25	77	21,026	2,743	0,243	0,784
	26 -35	190	21,274	2,610		
	≥ 36	33	21,242	2,622		
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	≤ 25	77	19,662	3,311	1,130	0,325
	26 -35	190	20,090	3,123		
	≥ 36	33	20,606	2,609		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.10.'de görülmektedir

Hemşirelerin klinik liderlik toplam, kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Klinik Liderlik Puanlarının Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Klinik Liderlik Toplam	Acil Servis	125	105,360	10,438	1,905	0,129
	Cerrahi Servis	22	104,364	10,298		
	Dahiliye Servisi	103	104,806	11,144		
	Yoğun Bakım	50	108,840	9,215		
Kişisel Özellikler Alanı	Acil Servis	125	21,480	2,139	0,937	0,423
	Cerrahi Servis	22	21,455	2,132		
	Dahiliye Servisi	103	21,214	2,177		
	Yoğun Bakım	50	21,820	1,976		
Diğerleriyle Çalışma Alanı	Acil Servis	125	21,448	2,340	0,807	0,491
	Cerrahi Servis	22	21,273	2,074		
	Dahiliye Servisi	103	21,301	2,469		
	Yoğun Bakım	50	21,900	2,063		
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Acil Servis	125	21,384	2,672	1,750	0,157
	Cerrahi Servis	22	21,000	2,960		
	Dahiliye Servisi	103	21,476	2,539		
	Yoğun Bakım	50	22,240	2,066		
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Acil Servis	125	21,064	2,583	1,833	0,141
	Cerrahi Servis	22	20,955	2,803		
	Dahiliye Servisi	103	21,049	2,809		
	Yoğun Bakım	50	22,000	2,250		
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Acil Servis	125	19,984	3,165	1,587	0,193
	Cerrahi Servis	22	19,682	2,679		
	Dahiliye Servisi	103	19,767	3,279		
	Yoğun Bakım	50	20,880	2,789		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışılan birime göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.11.'de görülmektedir

Hemşirelerin klinik liderlik toplam, kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanları çalışılan birime göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Klinik Liderlik Puanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Klinik Liderlik Toplam	0-5 Yıl	177	104,763	10,843	1,683	0,188
	6-10 Yıl	106	107,113	9,809		
	≥11 Yıl	17	106,235	11,261		
Kişisel Özellikler Alanı	0-5 Yıl	177	21,277	2,310	1,897	0,152
	6-10 Yıl	106	21,764	1,732		
	≥11 Yıl	17	21,177	2,215		
Diğerleriyle Çalışma Alanı	0-5 Yıl	177	21,299	2,392	1,122	0,327
	6-10 Yıl	106	21,726	2,189		
	≥11 Yıl	17	21,471	2,375		
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	0-5 Yıl	177	21,283	2,697	2,025	0,134
	6-10 Yıl	106	21,877	2,233		
	≥11 Yıl	17	21,941	2,968		
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	0-5 Yıl	177	21,079	2,664	0,718	0,488
	6-10 Yıl	106	21,453	2,545		
	≥11 Yıl	17	21,000	3,000		
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	0-5 Yıl	177	19,825	3,259	1,088	0,338
	6-10 Yıl	106	20,293	2,921		
	≥11 Yıl	17	20,647	2,849		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmaya katılan hemşirelerin kurumda çalışma süresine göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.12.'de görülmektedir

Hemşirelerin klinik liderlik toplam, kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanları kurumda çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Klinik Liderlik Puanlarının Meslekte Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Klinik Liderlik Toplam	0-5 Yıl	142	105,197	10,412	0,280	0,756
	6-10 Yıl	114	106,070	10,749		
	≥11 Yıl	44	106,205	10,558		
Kişisel Özellikler Alanı	0-5 Yıl	142	21,317	2,236	0,791	0,454
	6-10 Yıl	114	21,640	1,938		
	≥11 Yıl	44	21,341	2,230		
Diğerleriyle Çalışma Alanı	0-5 Yıl	142	21,338	2,355	0,666	0,514
	6-10 Yıl	114	21,658	2,284		
	≥11 Yıl	44	21,341	2,332		
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	0-5 Yıl	142	21,338	2,676	0,763	0,467
	6-10 Yıl	114	21,684	2,422		
	≥11 Yıl	44	21,750	2,589		
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	0-5 Yıl	142	21,275	2,541	0,342	0,711
	6-10 Yıl	114	21,053	2,815		
	≥11 Yıl	44	21,386	2,517		
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	0-5 Yıl	142	19,930	3,186	0,358	0,700
	6-10 Yıl	114	20,035	3,162		
	≥11 Yıl	44	20,386	2,847		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmaya katılan hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.13.'de görülmektedir

Hemşirelerin klinik liderlik toplam, kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanları meslekte çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Klinik Liderlik Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Klinik Liderlik Toplam	Ön Lisans	30	98,167	15,182	11,770	0,000	p=0.000; 2>1 p=0.000; 3>1 p=0.021; 3>2
	Lisans	252	106,127	9,635			
	Lisansüstü	18	111,889	6,738			
Kişisel Özellikler Alanı	Ön Lisans	30	19,900	2,857	10,727	0,000	p=0.000; 2>1 p=0.000; 3>1
	Lisans	252	21,560	1,972			
	Lisansüstü	18	22,389	1,650			
Diğerleriyle Çalışma Alanı	Ön Lisans	30	19,967	3,045	8,882	0,000	p=0.000; 2>1 p=0.000; 3>1
	Lisans	252	21,560	2,187			
	Lisansüstü	18	22,556	1,756			
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Ön Lisans	30	19,767	3,501	11,678	0,000	p=0.000; 2>1 p=0.000; 3>1 p=0.011; 3>2
	Lisans	252	21,623	2,405			
	Lisansüstü	18	23,167	1,098			
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Ön Lisans	30	19,667	3,872	6,336	0,002	p=0.001; 2>1 p=0.003; 3>1
	Lisans	252	21,337	2,438			
	Lisansüstü	18	21,944	2,043			
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Ön Lisans	30	18,867	3,329	5,229	0,006	p=0.048; 2>1 p=0.001; 3>1 p=0.018; 3>2
	Lisans	252	20,048	3,093			
	Lisansüstü	18	21,833	2,358			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Hemşirelerin eğitim durumuna göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.14.'de görülmektedir. Klinik liderlik toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=11,770$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; lisans mezunlarının klinik liderlik toplam puanlarının ($\bar{x}=106,127$), ön lisans mezunlarının klinik liderlik toplam puanlarından ($\bar{x}=98,167$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının klinik liderlik toplam puanlarının ($\bar{x}=111,889$), ön lisans mezunlarının klinik liderlik toplam puanlarından ($\bar{x}=98,167$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının klinik liderlik toplam puanlarının ($\bar{x}=111,889$), lisans mezunlarının klinik liderlik toplam puanlarından ($\bar{x}=106,127$) yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre kişisel özellikler alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=10,727$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; lisans mezunlarının kişisel özellikler alanı puanlarının ($\bar{x}=21,560$), ön lisans mezunlarının kişisel özellikler alanı puanlarından ($\bar{x}=19,900$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının kişisel özellikler alanı puanlarının ($\bar{x}=22,389$), ön lisans mezunlarının kişisel özellikler alanı puanlarından ($\bar{x}=19,900$) yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre diğerleriyle çalışma alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=8,882$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; lisans mezunlarının diğerleriyle çalışma alanı puanlarının ($\bar{x}=21,560$), ön lisans mezunlarının diğerleriyle çalışma alanı puanlarından ($\bar{x}=19,967$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının diğerleriyle çalışma alanı puanlarının ($\bar{x}=22,556$), ön lisans mezunlarının diğerleriyle çalışma alanı puanlarından ($\bar{x}=19,967$) yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre hizmetlerin yönetimi alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=11,678$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; lisans mezunlarının hizmetlerin yönetimi alanı puanlarının ($\bar{x}=21,623$), ön lisans mezunlarının hizmetlerin yönetimi alanı puanlarından ($\bar{x}=19,767$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının hizmetlerin yönetimi alanı puanlarının ($\bar{x}=23,167$), ön lisans mezunlarının hizmetlerin yönetimi alanı puanlarından ($\bar{x}=19,767$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının hizmetlerin yönetimi alanı puanlarının ($\bar{x}=23,167$), lisans mezunlarının hizmetlerin yönetimi alanı puanlarından ($\bar{x}=21,623$) yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre hizmetlerin iyileştirilmesi alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=6,336$; $p=0,002<0.05$). Farkın nedeni; lisans mezunlarının hizmetlerin iyileştirilmesi alanı puanlarının ($\bar{x}=21,337$), ön lisans mezunlarının hizmetlerin iyileştirilmesi alanı puanlarından ($\bar{x}=19,667$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının hizmetlerin iyileştirilmesi alanı puanlarının ($\bar{x}=21,944$), ön lisans mezunlarının hizmetlerin iyileştirilmesi alanı puanlarından ($\bar{x}=19,667$) yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=5,229$; $p=0,006<0.05$). Farkın nedeni; lisans mezunlarının yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanlarının ($\bar{x}=20,048$), ön lisans mezunlarının yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanlarından ($\bar{x}=18,867$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanlarının ($\bar{x}=21,833$), ön lisans mezunlarının yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanlarından ($\bar{x}=18,867$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanlarının ($\bar{x}=21,833$), lisans mezunlarının yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanlarından ($\bar{x}=20,048$) yüksek olmasıdır.

Tablo 4.15. Klinik Liderlik Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	T	sd	P
Klinik Liderlik Toplam	Kadın	196	106,566	9,896	2,018	298	0,044
	Erkek	104	104,000	11,512			
Kişisel Özellikler Alanı	Kadın	196	21,556	1,956	1,263	298	0,207
	Erkek	104	21,231	2,406			
Diğerleriyle Çalışma Alanı	Kadın	196	21,663	2,253	2,093	298	0,037
	Erkek	104	21,077	2,412			
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Kadın	196	21,745	2,478	2,000	298	0,046
	Erkek	104	21,125	2,694			
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Kadın	196	21,536	2,393	3,004	298	0,005
	Erkek	104	20,587	2,965			
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Kadın	196	20,066	3,255	0,225	298	0,822
	Erkek	104	19,981	2,873			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin cinsiyete göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren bağımsız gruplar T-testi analizi sonuçları Tablo 4.15.'de görülmektedir. Klinik liderlik toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=2.018$; $p=0.044<0.05$). Kadınların klinik liderlik toplam puanları ($\bar{x}=106,566$), erkeklerin klinik liderlik toplam puanlarından ($\bar{x}=104,000$) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin cinsiyete göre diğerleriyle çalışma alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=2.093$; $p=0.037<0.05$). Kadınların diğerleriyle çalışma alanı puanları ($\bar{x}=21,663$), erkeklerin diğerleriyle çalışma alanı puanlarından ($\bar{x}=21,077$) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin cinsiyete göre hizmetlerin yönetimi alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=2.000$; $p=0.046<0.05$). Kadınların hizmetlerin yönetimi alanı puanları ($\bar{x}=21,745$), erkeklerin hizmetlerin yönetimi alanı puanlarından ($\bar{x}=21,125$) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin cinsiyete göre hizmetlerin iyileştirilmesi alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=3.004$; $p=0.005<0.05$). Kadınların hizmetlerin iyileştirilmesi alanı puanları ($\bar{x}=21,536$), erkeklerin hizmetlerin iyileştirilmesi alanı puanlarından ($\bar{x}=20,587$) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin kişisel özellikler alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Klinik Liderlik Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	T	sd	P
Klinik Liderlik Toplam	Evli	132	104,515	11,156	-1,698	298	0,091
	Bekâr	168	106,589	9,962			
Kişisel Özellikler Alanı	Evli	132	21,273	2,049	-1,234	298	0,218
	Bekâr	168	21,577	2,179			
Diğerleriyle Çalışma Alanı	Evli	132	21,197	2,410	-1,745	298	0,085
	Bekâr	168	21,667	2,237			
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Evli	132	21,273	2,688	-1,542	298	0,124
	Bekâr	168	21,732	2,458			
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Evli	132	20,932	2,874	-1,603	298	0,110
	Bekâr	168	21,423	2,426			
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Evli	132	19,841	3,248	-0,962	298	0,337
	Bekâr	168	20,191	3,023			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin klinik liderlik toplam, kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanları medeni duruma göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren bağımsız gruplar T-testi analizi sonuçları Tablo 4.16.'de görülmektedir. Anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.17. Klinik Liderlik Puanlarının Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	T	Sd	P
Klinik Liderlik Toplam	Evet	111	106,919	10,136	1,569	298	0,118
	Hayır	189	104,947	10,725			
Kişisel Özellikler Alanı	Evet	111	21,667	2,188	1,397	298	0,163
	Hayır	189	21,312	2,082			
Diğerleriyle Çalışma Alanı	Evet	111	21,757	2,150	1,702	298	0,090
	Hayır	189	21,286	2,406			
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Evet	111	22,063	2,213	2,787	298	0,004
	Hayır	189	21,217	2,711			
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Evet	111	21,189	2,474	-0,088	298	0,930
	Hayır	189	21,217	2,739			
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Evet	111	20,243	3,058	0,878	298	0,381
	Hayır	189	19,915	3,163			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin yönetim üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren bağımsız gruplar T-testi analizi sonuçları Tablo 4.17.'de görülmektedir. Tabloda görüleceğe üzere, hizmetlerin yönetimi alanı boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t_{(298)}=2.787$; $p=0.004<0.05$). Yönetim üzerine formal bir eğitim alanların hizmetlerin yönetimi alanı puanları ($\bar{x}=22,063$), yönetim üzerine formal bir eğitim almayanların hizmetlerin yönetimi alanı puanlarından ($\bar{x}=21,217$) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin klinik liderlik toplam, kişisel özellikler alanı, diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanları yönetim üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.18. Klinik Liderlik Puanlarının Klinik Liderlik Üzerine Formal Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	T	sd	P
Klinik Liderlik Toplam	Evet	53	108,509	10,449	2,170	298	0,031
	Hayır	247	105,069	10,477			
Kişisel Özellikler Alanı	Evet	53	21,981	2,126	2,041	298	0,042
	Hayır	247	21,328	2,111			
Diğerleriyle Çalışma Alanı	Evet	53	22,264	2,030	2,810	298	0,005
	Hayır	247	21,287	2,348			
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Evet	53	22,226	2,233	2,190	298	0,029
	Hayır	247	21,381	2,613			
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Evet	53	21,396	2,589	0,576	298	0,565
	Hayır	247	21,166	2,654			
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Evet	53	20,642	2,870	1,557	298	0,120
	Hayır	247	19,907	3,165			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin klinik liderlik üzerine formal eğitim alma durumuna göre göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren bağımsız gruplar T-testi analizi sonuçları Tablo 4.18.'de görülmektedir. Tabloda görüleceğe üzere, istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t_{(298)}=2.170$; $p=0.031<0.05$). Klinik liderlik üzerine formal eğitim alanların klinik liderlik toplam puanları ($\bar{x}=108,509$), klinik liderlik üzerine formal eğitim almayanların klinik liderlik toplam puanlarından ($\bar{x}=105,069$) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin klinik liderlik üzerine formal eğitim alma durumuna göre kişisel özellikler alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=2.041$; $p=0.042<0.05$). Klinik liderlik üzerine formal eğitim alanların kişisel özellikler alanı puanları ($\bar{x}=21,981$), klinik liderlik üzerine formal eğitim almayanların kişisel özellikler alanı puanlarından ($\bar{x}=21,328$) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin klinik liderlik üzerine formal eğitim alma durumuna göre diğerleriyle çalışma alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=2.810$; $p=0.005<0.05$). Klinik liderlik üzerine formal eğitim alanların diğerleriyle çalışma alanı puanları ($\bar{x}=22,264$), klinik liderlik üzerine formal eğitim almayanların diğerleriyle çalışma alanı puanlarından ($\bar{x}=21,287$) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin klinik liderlik üzerine formal eğitim alma durumuna göre hizmetlerin yönetimi alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=2.190$; $p=0.029<0.05$). Klinik liderlik üzerine formal eğitim alanların hizmetlerin yönetimi alanı puanları ($\bar{x}=22,226$), klinik liderlik üzerine formal eğitim almayanların hizmetlerin yönetimi alanı puanlarından ($\bar{x}=21,381$) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin hizmetlerin iyileştirilmesi alanı, yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanları klinik liderlik üzerine formal eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.19. Klinik Liderlik Puanlarının Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	T	sd	P
Klinik Liderlik Toplam	Evet	82	109,183	9,094	3,605	298	0,000
	Hayır	218	104,358	10,757			
Kişisel Özellikler Alanı	Evet	82	21,829	1,923	1,938	298	0,054
	Hayır	218	21,298	2,182			
Diğerleriyle Çalışma Alanı	Evet	82	22,195	2,027	3,422	298	0,001
	Hayır	218	21,184	2,370			
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Evet	82	22,610	1,616	4,617	298	0,000
	Hayır	218	21,124	2,739			
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Evet	82	21,793	2,392	2,377	298	0,018
	Hayır	218	20,986	2,699			
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Evet	82	20,756	2,917	2,468	298	0,014
	Hayır	218	19,766	3,162			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin liderlik üzerine formal eğitim alma durumuna göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren bağımsız gruplar T-testi analizi sonuçları Tablo 4.19.'de görülmektedir. Tabloda görüleceğe üzere, istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t_{(298)}=3.605$; $p=0.000<0.05$). Liderlik üzerine formal bir eğitim alanların klinik liderlik toplam puanları ($\bar{x}=109,183$), liderlik üzerine formal bir eğitim almayanların klinik liderlik toplam puanlarından ($\bar{x}=104,358$) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre diğerleriyle çalışma alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=3.422$; $p=0.001<0.05$). Liderlik üzerine formal bir eğitim alanların diğerleriyle çalışma alanı puanları

($\bar{x}$ =22,195), liderlik üzerine formal bir eğitim almayanların diğerleriyle çalışma alanı puanlarından ($\bar{x}$ =21,184) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre hizmetlerin yönetimi alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=4.617$; $p=0.000<0.05$). Liderlik üzerine formal bir eğitim alanların hizmetlerin yönetimi alanı puanları ($\bar{x}$ =22,610), liderlik üzerine formal bir eğitim almayanların hizmetlerin yönetimi alanı puanlarından ($\bar{x}$ =21,124) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre hizmetlerin iyileştirilmesi alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=2.377$; $p=0.018<0.05$). Liderlik üzerine formal bir eğitim alanların hizmetlerin iyileştirilmesi alanı puanları ($\bar{x}$ =21,793), liderlik üzerine formal bir eğitim almayanların hizmetlerin iyileştirilmesi alanı puanlarından ($\bar{x}$ =20,986) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=2.468$; $p=0.014<0.05$). Liderlik üzerine formal bir eğitim alanların yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanları ($\bar{x}$ =20,756), liderlik üzerine formal bir eğitim almayanların yönlendirmelerin kurgulanması alanı puanlarından ($\bar{x}$ =19,766) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin kişisel özellikler alanı puanları liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.5. Mesleki Özerklik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.20. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	≤25	77	74,130	12,697	2,963	0,053	
	26 -35	190	75,758	7,973			
	≥36	33	71,485	11,600			
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	≤25	77	24,507	4,474	1,373	0,255	
	26 -35	190	24,800	3,024			
	≥36	33	23,727	3,366			
İşle İlgili Bağımsızlık	≤25	77	20,922	3,583	4,659	0,010	p=0.004; 2>3
	26 -35	190	21,574	2,677			
	≥36	33	19,970	3,005			
Otonom Klinik Yargı	≤25	77	28,701	5,314	2,062	0,129	
	26 -35	190	29,384	3,786			
	≥36	33	27,788	5,936			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Hemşirelerin yaş gruplarına göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.20.'de görülmektedir. Hemşirelerin yaşa göre işle ilgili bağımsızlık puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=4,659$; $p=0,010<0.05$). Farkın nedeni; yaş 26-35 yaş arası olanların işle ilgili bağımsızlık puanlarının ($\bar{x}=21,574$), 36 ve üzeri olanların işle ilgili bağımsızlık puanlarından ($\bar{x}=19,970$) yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam, çalışma koşulları üzerindeki kontrol, otonom klinik yargı puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.21. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	Acil Servis	125	76,464	9,117	1,924	0,126
	Cerrahi Servis	22	73,136	10,306		
	Dahiliye Servisi	103	73,932	10,092		
	Yoğun Bakım	50	73,580	10,748		
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	Acil Servis	125	24,992	3,325	1,189	0,314
	Cerrahi Servis	22	23,682	3,315		
	Dahiliye Servisi	103	24,369	3,548		
	Yoğun Bakım	50	24,540	3,824		
İşle İlgili Bağımsızlık	Acil Servis	125	21,688	2,933	1,861	0,136
	Cerrahi Servis	22	20,455	3,097		
	Dahiliye Servisi	103	20,971	3,008		
	Yoğun Bakım	50	20,960	3,064		
Otonom Klinik Yargı	Acil Servis	125	29,784	4,093	2,262	0,081
	Cerrahi Servis	22	29,000	4,986		
	Dahiliye Servisi	103	28,592	4,605		
	Yoğun Bakım	50	28,080	4,882		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam, çalışma koşulları üzerindeki kontrol, işle ilgili bağımsızlık, otonom klinik yargı puanları çalışılan birime göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları tablo 4.21.'de görülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.22. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	0-5 Yıl	177	75,045	10,766	2,782	0,064	
	6-10 Yıl	106	75,443	7,981			
	≥11 Yıl	17	69,471	9,748			
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	0-5 Yıl	177	24,667	3,843	0,679	0,508	
	6-10 Yıl	106	24,660	2,911			
	≥11 Yıl	17	23,647	2,957			
İşle İlgili Bağımsızlık	0-5 Yıl	177	21,367	3,169	3,371	0,036	p=0.010; 1>3 p=0.016; 2>3
	6-10 Yıl	106	21,293	2,708			
	≥11 Yıl	17	19,412	2,551			
Otonom Klinik Yargı	0-5 Yıl	177	29,011	4,801	3,485	0,032	p=0.023; 1>3 p=0.009; 2>3
	6-10 Yıl	106	29,491	3,696			
	≥11 Yıl	17	26,412	5,221			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmaya katılan hemşirelerin kurumda çalışma süresine göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.22.'de görülmektedir

Hemşirelerin kurumda çalışma süresine göre işle ilgili bağımsızlık puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=3,371$; $p=0,036<0.05$). Farkın nedeni; kurumda çalışma süresi 0-5 yıl arası işle ilgili bağımsızlık puanlarının ($\bar{x}=21,367$), 11 yıl ve üzeri olanların işle ilgili bağımsızlık puanlarından ($\bar{x}=19,412$) yüksek olmasıdır. Kurumda çalışma süresi 6-10 yıl arası olanların işle ilgili bağımsızlık puanlarının ($\bar{x}=21,293$), 11 yıl ve üzeri olanların işle ilgili bağımsızlık puanlarından ($\bar{x}=19,412$) yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin kurumda çalışma süresine göre otonom klinik yargı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=3,485$; $p=0,032<0.05$). Farkın nedeni; kurumda çalışma süresi 0-5 yıl arası otonom klinik yargı puanlarının ($\bar{x}=29,011$), 11 yıl ve üzeri olanların otonom klinik yargı puanlarından ($\bar{x}=26,412$) yüksek olmasıdır. Kurumda çalışma süresi 6-10 yıl arası olanların otonom klinik yargı puanlarının ($\bar{x}=29,491$), 11 yıl ve üzeri olanların otonom klinik yargı puanlarından ($\bar{x}=26,412$) yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam, çalışma koşulları üzerindeki kontrol puanları kurumda çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.23. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Meslekte Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	0-5 Yıl	142	74,986	10,630	0,593	0,553
	6-10 Yıl	114	75,290	8,072		
	≥11 Yıl	44	73,409	11,546		
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	0-5 Yıl	142	24,563	3,834	0,091	0,913
	6-10 Yıl	114	24,711	3,059		
	≥11 Yıl	44	24,477	3,454		
İşle İlgili Bağımsızlık	0-5 Yıl	142	21,317	3,163	1,010	0,366
	6-10 Yıl	114	21,351	2,674		
	≥11 Yıl	44	20,636	3,286		
Otonom Klinik Yargı	0-5 Yıl	142	29,106	4,732	0,714	0,491
	6-10 Yıl	114	29,228	3,570		
	≥11 Yıl	44	28,296	5,785		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmaya katılan hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.23.'de görülmektedir

Hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam, çalışma koşulları üzerindeki kontrol, işle ilgili bağımsızlık, otonom klinik yargı puanları meslekte çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.24. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	Ön Lisans	30	67,933	11,295	8,667	0,000	$p=0.000$; $2>1$ $p=0.005$; $3>1$
	Lisans	252	75,611	9,547			
	Lisansüstü	18	76,056	7,518			
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	Ön Lisans	30	22,867	3,937	4,308	0,014	$p=0.004$; $2>1$ $p=0.030$; $3>1$
	Lisans	252	24,778	3,437			
	Lisansüstü	18	25,111	2,742			
İşle İlgili Bağımsızlık	Ön Lisans	30	19,633	3,045	4,843	0,009	$p=0.002$; $2>1$
	Lisans	252	21,417	3,009			
	Lisansüstü	18	21,278	2,081			
Otonom Klinik Yargı	Ön Lisans	30	25,433	5,354	11,417	0,000	$p=0.000$; $2>1$ $p=0.001$; $3>1$
	Lisans	252	29,417	4,272			
	Lisansüstü	18	29,667	3,597			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Hemşirelerin eğitim durumuna göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.24.'de görülmektedir

Hemşirelerin eğitim durumuna göre mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=8,667$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; lisans mezunlarının mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam puanlarının ($\bar{x}=75,611$), ön lisans mezunlarının mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam puanlarından ($\bar{x}=67,933$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam puanlarının ($\bar{x}=76,056$), ön lisans mezunlarının mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam puanlarından ($\bar{x}=67,933$) yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre çalışma koşulları üzerindeki kontrol puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=4,308$; $p=0,014<0.05$). Farkın nedeni; lisans mezunlarının çalışma koşulları üzerindeki kontrol puanlarının ($\bar{x}=24,778$), ön lisans mezunlarının çalışma koşulları üzerindeki kontrol puanlarından ($\bar{x}=22,867$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının çalışma koşulları üzerindeki kontrol puanlarının ($\bar{x}=25,111$), ön lisans mezunlarının çalışma koşulları üzerindeki kontrol puanlarından ($\bar{x}=22,867$) yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre işle ilgili bağımsızlık puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=4,843$; $p=0,009<0.05$). Farkın nedeni; lisans mezunlarının işle ilgili bağımsızlık puanlarının ($\bar{x}=21,417$), ön lisans mezunlarının işle ilgili bağımsızlık puanlarından ($\bar{x}=19,633$) yüksek olmasıdır.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre otonom klinik yargı puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 297)}=11,417$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; lisans mezunlarının otonom klinik yargı puanlarının ($\bar{x}=29,417$), ön lisans mezunlarının otonom klinik yargı puanlarından ($\bar{x}=25,433$) yüksek olmasıdır. Lisansüstü mezunlarının otonom klinik yargı puanlarının ($\bar{x}=29,667$), ön lisans mezunlarının otonom klinik yargı puanlarından ($\bar{x}=25,433$) yüksek olmasıdır.

Tablo 4.25. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	T	sd	P
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	Kadın	196	75,362	9,153	1,186	298	0,265
	Erkek	104	73,942	11,092			
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	Kadın	196	24,847	3,306	1,641	298	0,102
	Erkek	104	24,154	3,793			
İşle İlgili Bağımsızlık	Kadın	196	21,260	2,954	0,239	298	0,812
	Erkek	104	21,173	3,114			
Otonom Klinik Yargı	Kadın	196	29,255	3,991	1,171	298	0,285
	Erkek	104	28,615	5,336			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin cinsiyete göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren bağımsız gruplar T-testi analizi sonuçları Tablo 4.25.'de görülmektedir .Hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam, çalışma koşulları üzerindeki kontrol, işle ilgili bağımsızlık, otonom klinik yargı puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.26. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	T	sd	P
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	Evli	132	74,023	9,535	-1,319	298	0,188
	Bekâr	168	75,536	10,109			
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	Evli	132	24,424	3,248	-0,802	298	0,423
	Bekâr	168	24,750	3,675			
İşle İlgili Bağımsızlık	Evli	132	21,121	2,921	-0,555	298	0,579
	Bekâr	168	21,316	3,076			
Otonom Klinik Yargı	Evli	132	28,477	4,490	-1,904	298	0,058
	Bekâr	168	29,470	4,480			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam, çalışma koşulları üzerindeki kontrol, işle ilgili bağımsızlık, otonom klinik yargı puanları medeni duruma göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren bağımsız gruplar T-testi tablo 4.26.'da görülmektedir. Tablo 4.26'da görüleceği üzere anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.27. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	T	sd	P
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	Evet	111	73,694	9,614	-1,586	298	0,114
	Hayır	189	75,561	9,982			
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	Evet	111	24,414	3,293	-0,730	298	0,466
	Hayır	189	24,720	3,607			
İşle İlgili Bağımsızlık	Evet	111	20,595	3,031	-2,839	298	0,005
	Hayır	189	21,603	2,935			
Otonom Klinik Yargı	Evet	111	28,685	4,315	-1,028	298	0,305
	Hayır	189	29,238	4,611			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin yönetim üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren bağımsız gruplar T-testi tablo 4.27.'de görülmektedir. İşle ilgili bağımsızlık puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=-2.839$; $p=0.005<0.05$). Yönetim üzerine formal bir eğitim almayanların işle ilgili bağımsızlık puanları ($\bar{x}=21,603$), yönetim üzerine formal bir eğitim alanların işle ilgili bağımsızlık puanlarından ($\bar{x}=20,595$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.27.'de görüleceği üzere hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam, çalışma koşulları üzerindeki kontrol, otonom klinik yargı puanları yönetim üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.28. Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Klinik Liderlik Üzerine Formal Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	T	sd	P
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	Evet	53	72,660	10,460	-1,802	298	0,072
	Hayır	247	75,344	9,699			
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	Evet	53	24,094	3,707	-1,178	298	0,240
	Hayır	247	24,717	3,442			
İşle İlgili Bağımsızlık	Evet	53	20,453	2,932	-2,086	298	0,038
	Hayır	247	21,397	3,001			
Otonom Klinik Yargı	Evet	53	28,113	4,535	-1,644	298	0,101
	Hayır	247	29,231	4,482			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin klinik liderlik üzerine formal eğitim alma durumuna göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren bağımsız gruplar T-testi tablo 4.28.'de görülmektedir. işle

ilgili bağımsızlık puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(298)}=-2.086$; $p=0.038<0.05$). Klinik liderlik üzerine formal eğitim almayanların işle ilgili bağımsızlık puanları ($\bar{x}=21,397$), klinik liderlik üzerine formal eğitim alanların işle ilgili bağımsızlık puanlarından ($\bar{x}=20,453$) yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam, çalışma koşulları üzerindeki kontrol, otonom klinik yargı puanları klinik liderlik üzerine formal eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.29 Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Puanlarının Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	T	sd	P
Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Toplam	Evet	82	74,256	9,168	-0,660	298	0,510
	Hayır	218	75,101	10,136			
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	Evet	82	24,561	3,131	-0,139	298	0,890
	Hayır	218	24,624	3,625			
İşle İlgili Bağımsızlık	Evet	82	20,878	2,786	-1,245	298	0,214
	Hayır	218	21,362	3,080			
Otonom Klinik Yargı	Evet	82	28,817	4,269	-0,509	298	0,611
	Hayır	218	29,115	4,596			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutum toplam, çalışma koşulları üzerindeki kontrol, işle ilgili bağımsızlık, otonom klinik yargı puanları liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumuna göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren bağımsız gruplar T-testi tablo 4.29.'da gösterilmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Araştırma hipotezlerine ilişkin sonuçlar aşağıda verilmektedir. Hipotezlerin sonuçları, hemşirelerin klinik liderlik algıları ile mesleki özerklikleri ve demografik özellikleri arasındaki ilişkileri değerlendirmektedir.

Tablo 4.30. Hipotezlerin Sonuçları

Hipotez	Sonuç
H1: Hemşirelerin klinik liderlik algıları ile mesleki özerklikleri arasında anlamlı ilişki vardır.	Kabul
H2: Hemşirelerin klinik liderlik algılarının mesleki özerklikleri üzerindeki anlamlı etkisi vardır.	Kabul
H3: Hemşirelerin klinik liderlik algısı demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.	Kabul
H4: Hemşirelerin mesleki özerklikleri demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.	Kabul

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hemşirelerin klinik liderlik algısının mesleki özerklik üzerine etkisinin incelendiği çalışmaya 300 hemşire gönüllü olarak katılmışlardır. Araştırmada hemşirelerin klinik liderlik algıları;” Kişisel Özellikler Alanı”, “Diğerleriyle Çalışma Alanı”, “Hizmetlerin Yönetimi Alanı”, “Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı” ve “Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı” olarak beş boyutta ayrıca bu beş boyutun toplam ortalamasını ifade eden toplam klinik liderlik olarak incelenmiştir. En yüksek 120 puan alınabilen toplam klinik liderlikten hemşireler 105,677 ortalama puan almışlardır. Alt boyutların hepsinden en yüksek 24 puan alınabilmektedir. Hemşireler en düşük yönlendirmelerin kurgulanması alanından 20,037, en yüksek ise 21,530 ortalama ile hizmetlerin yönetim alanı boyutundan almışlardır. Bu veriler hemşirelerin yüksek düzeyde klinik liderlik algısına sahip olduğunu göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin mesleki özerlik tutumları “Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol”, “İşle İlgili Bağımsızlık” ve “Otonom Klinik Yargı” boyutlarıyla ayrıca bu boyutların toplam ortalamasını ifade eden toplam Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum olarak incelenmiştir. En yüksek 90 puan alınabilen ölçekten hemşireler ortalama 74,870 puan almışlardır. En yüksek 30 puan alınabilen çalışma koşulları üzerindeki kontrol boyutundan hemşireler 24,607 puan, en yüksek 25 puan alınabilen işle ilgili bağımsızlık boyutundan ortalama 21,230 puan almışlardır. En yüksek 35 puan alınabilen otonom klinik yargı boyutundan ise hemşireler 29,033 puan almışlardır. Bu veriler hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutumlarının ortalamanın üzerinde olduğunu ancak geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu bulgular, hemşirelerin hizmetlerin yönetimi ve iyileştirilmesi konularında güçlü liderlik özelliklerine sahip olduğunu, ancak yönlendirme ve strateji geliştirme alanlarında daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Klinik liderlik, sağlık profesyonellerinin ekiplerini etkili bir şekilde yönlendirme, kaynakları yönetme ve hasta bakım süreçlerini iyileştirme yeteneklerini içerir (Stanley, 2011). Bu yeteneklerin geliştirilmesi, hemşirelerin mesleki özerkliklerini artırabilir.

Araştırmada hemşirelerin klinik liderlik algıları ile mesleki özerkliğe yönelik tutumları arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda hemşirelerin klinik liderlik algılarını belirleyen tüm boyutlar ile mesleki özerklik tutumlarını belirleyen tüm boyutlar arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişkilerin olduğu saptanmıştır. Bu sonuç; hemşirelerin klinik liderlik algıları ile mesleki özerkliğe yönelik tutumlarının birlikte düşüp birlikte yükseldikleri yönünde yorumlanabilir. Hemşirelerin çalışma koşulları üzerindeki kontrolü, iş tatmini ve performansları üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. Araştırmada bu boyutta alınan 24,607 puan, hemşirelerin çalışma koşullarını yönetmede yeterli düzeyde olduklarını ancak bu konuda daha fazla özerklik kazanmalarının gerekli olduğunu göstermektedir (Laschinger ve vd., 2009). İşle ilgili bağımsızlık, hemşirelerin kendi klinik kararlarını alabilme yeteneğini ifade eder. Bu boyutta alınan 21,230 puan, hemşirelerin bağımsız çalışma yeteneklerinin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Klinik liderler, hemşirelerin bu yeteneklerini desteklemek için onları karar alma süreçlerine dahil etmeli ve eğitim fırsatları sunmalıdır (Wong ve Cummings, 2007). Hemşirelerin otonom klinik yargı yetenekleri, hasta bakımında bağımsız kararlar alabilme kapasitelerini yansıtır. Araştırmada bu boyutta alınan 29,033 puan, hemşirelerin bu alanda oldukça yetkin olduklarını göstermektedir. Ancak, bu yeteneklerin daha da geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir (Aiken ve vd., 2002).

Klinik liderlik ve mesleki özerklik arasındaki ilişkiler genellikle zayıf pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Aynı şekilde, klinik liderliğin farklı boyutları ile mesleki özerklik boyutları arasında da zayıf pozitif korelasyonlar gözlemlenmiştir. Bu bulgular, Laschinger ve arkadaşlarının (2009) çalışmasıyla uyumludur. Laschinger ve arkadaşları, çalışma ortamında liderlik desteği ve güçlendirme stratejilerinin hemşirelerin iş tatmini ve mesleki özerkliği üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirlemiştir. Ayrıca, Wong ve Cummings'in (2007) sistematik incelemesinde, hemşire liderliğinin hasta sonuçları ve hemşirelerin mesleki özerkliği üzerindeki pozitif etkileri vurgulanmıştır. Bu çalışmalar, liderlik desteğinin hemşirelerin klinik karar verme yeteneklerini ve mesleki bağımsızlıklarını artırdığını göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin klinik liderlik algılarının mesleki özerklik tutumları üzerindeki etkisi regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda klinik liderlik algısının mesleki özerklik tutumunu pozitif yönde etkileyerek %6 oranında artırdığı saptanmıştır. Alt boyutlar bazında yapılan analizde ise klinik liderlik boyutlarından kişisel özellikler ile yönlendirmelerin kurgulanması alanının mesleki özerkliği etkileyen belirleyici değişkenler olduğu, diğer klinik liderlik boyutlarının ise mesleki özerkliği etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar, Aiken ve arkadaşlarının (2002) çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Aiken ve arkadaşları, hemşire liderliğinin ve personel güçlendirmenin, hemşirelerin iş memnuniyeti ve hasta bakım kalitesi üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Stanley (2011) klinik liderliğin yenilikçi yaklaşımlar ve sürekli iyileştirme süreçleri aracılığıyla hemşirelerin mesleki özerkliğini ve hasta bakımını geliştirdiğini belirtmiştir. Hemşire liderlerinin kişisel özelliklerinin ve yönlendirme yeteneklerinin mesleki özerklik üzerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Laschinger ve arkadaşlarının (2009) çalışması, liderlik becerilerinin ve kişisel özelliklerin hemşirelerin iş tatmini ve bağımsız klinik karar verme yeteneklerini geliştirdiğini vurgulamaktadır. Wong ve Cummings (2007) de, etkili liderliğin hemşirelerin klinik özerkliğini ve profesyonel gelişimini desteklediğini belirtmiştir.

Araştırmada hemşirelerin klinik liderlik algıları tanımlayıcı özellikleri açısından da sorgulanmıştır. Bu kapsamda ele alınan değişkenlerden hemşirelerin yaşlarına, çalıştıkları birime, kurumda çalışma süresine, meslekte çalışma süresine ve medeni durumlarına göre klinik liderlik algılarında farklılık olmadığı belirlenmiştir. Buradan farklı yaşlarda bulunan, farklı birimlerde çalışan farklı sürelerde kurumda çalışma ve meslekte çalışma süresine sahip evli veya bekar hemşirelerin klinik liderlik algıları birbirine benzer düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmada hemşirelerin eğitim durumlarına, cinsiyetlerine ve yönetim, klinik liderlik ve liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumlarına göre klinik liderlik algılarında farklılıklar tespit edilmiştir. Buna göre;

- Lisansüstü eğitim alan hemşirelerin tüm klinik liderlik algılarının daha düşük eğitim seviyesindeki hemşirelere göre daha yüksek olduğu,

- Kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetim alanı, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı ve toplan klinik liderlik algılarının daha yüksek olduğu,
- Yönetim üzerine formal bir eğitim alan hemşirelerin almayan hemşirelere göre hizmetlerin yönetim alanı boyutunda klinik liderlik algılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Ayrıca klinik liderlik üzerine eğitim alan hemşirelerin almayanlara göre hizmetlerin iyileştirilmesi alanı ve yönlendirmelerin kurgulanması alanı boyutları dışındaki klinik liderlik algılarının daha yüksek olduğu,
- Liderlik üzerine formal eğitim alan hemşirelerin ise almayanlara göre kişisel özellikler alanı boyutu dışındaki tüm klinik liderlik boyutlarındaki algılarının daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma bulguları, hemşirelerin algıladıkları klinik liderlik puanlarının yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır. Benzer sonuçlar, mevcut literatürde de bulunmaktadır. Örneğin, Scully (2015) çalışmasında, yaşın liderlik algısı üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını belirtmiştir. Bu bulgu, klinik liderlik yeteneklerinin deneyim ve eğitimle kazanıldığına işaret edebilir, yaşın tek başına belirleyici bir faktör olmadığını göstermektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre klinik liderlik algıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Swearingen (2009), farklı klinik birimlerde çalışan hemşirelerin liderlik algılarında büyük farklılıklar olmadığını vurgulamıştır. Bu durum, farklı birimlerde benzer liderlik eğitimlerinin ve uygulamalarının etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Kurumda çalışma süresi ile klinik liderlik algısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. McCarthy ve Fitzpatrick (2009), hemşirelerin belirli bir süre boyunca bir kurumda çalışmasının liderlik becerileri üzerinde doğrudan bir etkisinin olmadığını belirtmiştir. Bu sonuç, liderlik becerilerinin daha çok bireysel çaba ve sürekli eğitimle geliştiğini gösterebilir.

Meslekte çalışma süresine göre klinik liderlik algısında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cummings ve McLennan (2005), hemşirelik mesleğinde geçirilen

sürenin liderlik algısı üzerinde tek başına belirleyici olmadığını öne sürmüştür. Bu bulgu, deneyim kadar sürekli profesyonel gelişimin de önemine işaret etmektedir.

Eğitim durumu, hemşirelerin klinik liderlik algısı üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşireler, ön lisans mezunlarına göre daha yüksek liderlik puanları almıştır. Sherman ve Pross (2010), yüksek eğitim seviyesinin liderlik becerilerini artırdığını belirtmiştir. Bu, liderlik eğitimi ve gelişiminin formal eğitim süreçlerinde daha etkin bir şekilde verildiğini göstermektedir.

Kadın hemşireler, erkek hemşirelere göre daha yüksek klinik liderlik algısına sahiptir. Stokes ve O'Neal (2016), kadın liderlerin daha empatik ve iletişim becerilerinin güçlü olduğunu ve bu nedenle daha yüksek liderlik algısına sahip olabileceğini belirtmiştir. Bu sonuç, cinsiyetin liderlik algısı üzerinde bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Medeni durumun klinik liderlik algısı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Roussel (2013), medeni durumun iş yerindeki liderlik algısı üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığını belirtmiştir. Bu, liderlik algısının daha çok bireysel özellikler ve profesyonel deneyimlerle şekillendiğini göstermektedir.

Hemşirelerin klinik liderlik algılarının bazı demografik değişkenlere göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini, ancak bazılarına göre göstermediğini ortaya koymaktadır. Eğitim durumu ve cinsiyetin klinik liderlik algısı üzerinde önemli etkileri olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, hemşirelik eğitim programlarının liderlik eğitime odaklanmasının ve cinsiyet eşitliğinin desteklenmesinin önemini vurgulamaktadır. Ancak yaş, çalışma süresi ve medeni durum gibi faktörlerin tek başına liderlik algısı üzerinde belirleyici olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durum, liderlik gelişiminin daha çok bireysel çaba ve sürekli eğitimle desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre mesleki özerkliğe yönelik tutumları da sorgulanmıştır. Bu kapsamda hemşirelerin çalıştıkları birimlere, meslekte çalışma sürelerine, cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumlarına göre mesleki özerkliğe yönelik tutularında farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Buradan farklı birimlerde çalışan, farklı sürelerde çalışma süresine sahip, kadın veya erkek, evli veya bekar, liderlik alanında formal eğitim alan

ve almayan hemşirelerin mesleki özerkliğe yönelik tutumlarının birbirine benzer düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada hemşirelerin; yaşlarına, kurumda çalışma sürelerine, eğitim durumlarına, yönetim ve klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumlarına göre mesleki özerkliğe yönelik tutumlarında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Buna göre;

- 36 yaş ve üzerindeki hemşirelerin işle ilgili bağımsızlık düzeylerinin 26-35 yaş arasındaki hemşirelerden daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, daha genç hemşirelerin kariyerlerinde daha bağımsız olma eğiliminde olduklarını veya bu yaş grubunun daha fazla sorumluluk alarak içlerinde bağımsızlık kazandıklarını göstermektedir. Bu sonuçlar, Benner'in (1984) hemşirelikte uzmanlık gelişimi modeline uygun olabilir; daha genç hemşireler "yeterli" veya "deneyimli" aşamada olabilirken, daha yaşlı hemşireler "uzman" aşamasında daha fazla gözetim ve rehberlik sağlayabilirler.
- Hemşirelerin cinsiyete göre mesleki özerklik puanlarının farklılık göstermediğini ortaya çıkmıştır. Bu sonuç, cinsiyetin mesleki özerklik algısını etkilemediğini ve hem kadın hem de erkek hemşirelerin benzer özerklik düzeylerine sahip olduklarını göstermektedir. Bu durum, Laschinger ve Havens (1996) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde bulunmuştur; cinsiyetin mesleki özerklik algısı üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı belirtilmiştir.
- Kurumlarında 11 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip hemşirelerin daha az süre çalışanlara göre işle ilgili bağımsızlık ve otonom klinik yargı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, kurumda uzun süre çalışan hemşirelerin rutin işlerle daha fazla meşgul olduklarını ve bu nedenle bağımsızlık ve özerklik algılarının azaldığını düşündürebilir.
- Tüm mesleki özerklik boyutlarında ön lisans mezunu hemşirelerin daha yüksek eğitim düzeyindekilere göre mesleki özerklik tutumlarının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu durum, daha yüksek eğitim seviyesinin mesleki özerkliği artırdığı ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip hemşirelerin daha fazla bağımsızlık ve özerklik algısına sahip olduklarını göstermektedir. Bu bulgu, Irvine, Sidani ve Hall (1998) tarafından yapılan bir çalışmada da

desteklenmektedir; yüksek eğitim düzeyinin hemşirelerin iş tatmini ve mesleki özerklik algısını artırdığı bulunmuştur.

- Yönetim ve klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alan hemşirelerin almayanlara göre işle ilgili bağımsızlık düzeylerinin daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlar ışığında; hemşirelerin yüksek düzeyde klinik liderlik algısına sahip olduğu, mesleki özerkliğe yönelik tutumlarının ise ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin klinik liderlik algıları ile mesleki özerkliğe yönelik tutumları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişkilerin olduğu, hemşirelerin klinik liderlik algılarının mesleki özerklik tutumlarını pozitif yönde etkileyerek %6 oranında artırdığı saptanmıştır. Hemşirelerin yaşlarına, kurumda çalışma sürelerine, eğitim durumlarına, yönetim ve klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alma durumlarına göre mesleki özerkliğe yönelik tutumlarında farklılıklar olduğu saptanmıştır. Hemşirelik uygulamalarında ve eğitiminde çeşitli stratejiler geliştirilebilir. Özellikle genç ve daha az deneyimli hemşirelerin bağımsızlık ve özerkliklerini artırmak için desteklenmeleri önemlidir. Aynı zamanda, daha deneyimli hemşirelerin rutin işlerden kurtulup daha fazla özerklik sağlayacak görevlerde bulunmalarını sağlamak, mesleki tatmin ve iş verimliliğini artırabilir.

Araştırmadan ulaşılan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

- Bu araştırma, hemşirelerin klinik liderlik algılarının yüksek düzeyde olduğunu ve bu algının mesleki özerkliklerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Ancak, mesleki özerkliklerinin bazı boyutlarında gelişim ihtiyacı olduğu açıktır.
- Klinik liderlerin, hemşirelerin mesleki özerkliklerini desteklemek için çeşitli stratejiler uygulamaları gerekmektedir. Bu stratejiler arasında sürekli eğitim ve gelişim programları, etkili iletişim ve geri bildirim mekanizmaları ile çalışma koşullarının iyileştirilmesi yer alabilir.
- Liderlik eğitimleri, mentorluk programları ve profesyonel gelişim fırsatları, hemşirelerin klinik liderlik becerilerini ve mesleki özerkliklerini artırabilir. Ayrıca, çalışma ortamının iyileştirilmesi ve hemşirelerin karar alma süreçlerine aktif katılımının sağlanması, mesleki özerkliklerini destekleyecektir.

- Klinik liderliğin güçlü olduğu sağlık kuruluşlarında, hemşirelerin mesleki özerklikleri de artmaktadır. Bu durum, hemşirelerin iş tatminini ve hasta bakımının kalitesini yükseltir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde klinik liderliğin önemi ve etkisi vurgulanmalı, liderlik becerilerinin geliştirilmesi için yatırımlar yapılmalıdır.
- Sağlık sisteminde değişim ve gelişim hızlı olmaktadır. Hemşirelerin bu değişime ayak uydurabilmesi için etkin liderlere ve liderlik ruhunu, tavrını benimsemiş yönetici hemşirelere ihtiyaç vardır. Sağlık kuruluşlarının klinik liderliğin farkındalığını artıracak çalışmalar yapılmalıdır. Hemşirelerin sertifika programlarına katılmaları desteklenmeli ve alanda uzmanlaşması sağlanması önerilmektedir.
- Araştırmada hemşirelerin klinik liderlik algıları ve mesleki özerkliğe yönelik tutumları ortalamanın üzerinde olsa da geliştirilmesi gerektiği saptanmıştır. Aynı zamanda klinik liderlik ile mesleki özerklik arasında pozitif yönlü ilişkilerin olduğu araştırmada bir kez daha ortaya çıkmıştır. Hemşirelik alanında uzmanlaşmanın yetki, sorumluluk ve bağımsızlığı artırdığı dikkat çekmektedir. Hemşirelerin daha yüksek klinik liderlik gösterebilmeleri ve daha mesleki özerk tutum sergileyebilmelerine kurum içi hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve hemşirelik alanının da uzmanlaşmanın desteklenmesi önerilmiştir.
- Araştırmada klinik liderliğin ve mesleki özerklik tutumunun eğitim durumu ile paralel şekilde yükselmesi, hemşirelik alanında lisans ve lisansüstü eğitimin önemini göstermektedir. Hemşirelerin lisansüstü eğitim almalarına yönelik kurum içi teşvik mekanizmalarının işletilmesi önerilmektedir.
- Hemşirelerin klinik liderlik özelliklerini geliştirmek için lisans eğitimlerinde ki ders müfredatlarına konu ile ilgili dersler eklenmelidir.
- Hemşirelerin özerk olması, sağlık bakım sisteminin kalitesinin yükselmesinde oldukça önemlidir. Hemşirelerin sağlık bakım sisteminde karar verme mekanizmalarına katılmaları desteklenmeli, mesleki karar vermede engelleyici etmenler kaldırılması önerilmektedir.
- Aynı zamanda formal olarak alınan liderlik ve klinik liderlik eğitimlerinin klinik liderlik algısına yaptığı katkıyı mesleki özerkliğe yapmadığı

görülmüştür. Bu nedenle klinik liderlik ve liderlik eğitimlerine, mesleki özerkliğin artırılmasına yönelik konuların da entegre edilmesi önerilmiştir.

- Etkili liderlik davranışlarının değerlendirilmesi için akademik çalışmalara ihtiyaç vardır. Sağlık kurumlarında liderlik ve mesleki özerklik ile ilgili eğitim ve araştırmanın yapılması için bir altyapı oluşturulması önerilmiştir.
- Sağlık hizmetlerinde, üst kademedeki yöneticilerin , kendi iradesiyle bazı yetkilerini bazı koşullarda alt kademedeki yöneticilere devretmesi önerilir. Alt kademedeki yöneticilerin klinik liderlik ve özerklik tutumlarını destekleyecektir. Sağlık kuruluşlarında ki bu yetki devri etkili ve verimli sağlık hizmetini destekleyecektir.
- Hemşirelerin başarılı, bağımsız olmaları ve güçlerinin farkında olabilmeleri için kendi alanlarıyla ilgili politika ve yönetmelikleri öğrenmeleri, araştırmaları ve katılmaları önerilmektedir.
- Hemşirelerin etik kararlar alabilmeleri için etik duyarlılık, empati ve etkili iletişim gibi etmenler onların liderlik becerilerini güçlendirecektir. Sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini artırmak ve mesleki doyumu yükseltmek için, hemşirelere empatik beceri, etkili iletişim ve etik duyarlılığı geliştiren eğitimler verilmelidir.
- Sağlık kuruluşlarında kaliteli sağlık hizmeti sunumu için, yönetici pozisyonlarına seçilecek personellerde klinik liderlik özelliği gösteren kişiler tercih edilmesi önerilir. Seçilen bu kişiler gelecek planlamalarını sağlıklı yapar ve doğru strateji belirler. Bu durum diğer ekip üyelerinin de iş motivasyonunu artıracaktır.
- Bu araştırma İstanbul ilinde yer alan bir devlet hastanesinde görev yapan 300 hemşirenin görüşleri ile sınırlıdır. Daha geniş örneklem grupları üzerinde yapılacak benzer araştırmalarla konu hakkında daha genel verilere ulaşılabileceği düşünülmektedir.

6. KAYNAKLAR

Abacı, Ş. (2020). Yöneticilerin paternalist liderlik davranışlarının çalışanların işletme ile ilgili algıları üzerine etkileri: Tekstil sektöründe bir araştırma.(Yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Acarbay, F. (2022). Zehirli Liderler: Eğitimde Toksik Liderlik. Eğitimde Liderlik Yaklaşımları.(1. Baskı, s.24-46). Efe Akademi Yayınları.

Adalan, Ç. H. (2016). *Liderlik yaklaşımının çalışan motivasyonuna etkisi: Kamu sektörüne yönelik bir uygulama*.(Yüksek lisans tezi). Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ağalday, B. (2017). İlkokul müdürlerinin paternalist liderlik davranışları ile öğretmenlerin örgütsel yaratıcılık ve örgütsel muhalefet düzeyleri arasındaki ilişki.(Doktora Tezi) . Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

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

Alkın, C. ve Ünsar, S. (2007). Liderlik özellikleri ve davranışlarının belirlenmesi üzerine bir araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*.9(3), 75-94.

Amabile, T.M., Schatzel, E.A., Moneta, G.B., & Kramer, S.J. (2004). Leader behaviors and the work environment for creativity: Perceived leader support. *Leadership Quarterly*, 15(1), 5-32.

Anılır, M. (2017). Basketbol Antrenörlerinin Metaprogramları İle Sporcuları Tarafından Algılanan Liderlik Nitelikleri Arasındaki İlişki.(Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Antonakis, J. (2017). "Transformational and charismatic leadership." The nature of leadership (2nd ed. ,s,256-288).Sage publications.

Armstrong, S. J. (2009). The SAGE Handbook of management learning, education and development. *The SAGE handbook of management learning, education and development*, 1, 1-22.

Asakura, K., Satoh, M and Watanabe, I. (2016). The Development of the Attitude Toward Professional Autonomy Scale for Nurses in Japan. *Psychological Reports,Sage journals*, 119(3), 761–782.

Ataman, G. (2009). "İşletme yönetimi: temel kavramlar-yeni yaklaşımlar." (3. Baskı). Türkmen Kitabevi.

Aveyard, H. (2000). Is there a concept of autonomy that can usefully inform nursing practice?. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 352-358.

Avolio, B. J., & Gardner, W. L. (2005). "Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership." *The leadership quarterly*, 16(3), 315-338.

Avolio, B. J., & Bass, B. M. (2004). Multifactor Leadership Questionnaire: Manual and Sampler Set. *Mind Garden*, 7(5),870-878.

Avolio, B. J., & Yammarino, F. J. (2013). *Transformational and charismatic leadership: The road ahead*. (2nd ed.) Emerald Group Publishing.

Aydinoğlu, N. (2020). Yöneticilerin otantik ve paternalist liderlik davranışlarının öğretmenlerin motivasyon, iş tatmini ve örgüt bağlılığına etkilerinin incelenmesi.(Doktora tezi). İstanbul gelişim üniversitesi,İstanbul.

Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: a motivational basis of performance and weil-being in two work settings 1. *Journal of applied social psychology*, 34(10), 2045-2068.

Bakan, İ., & Büyükbeşe, T. (2010). Liderlik “türleri” ve “güç kaynakları” na ilişkin mevcut-gelecek durum karşılaştırması. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (2),73-84.

Balaban, S. (2018). Kriz yönetimde liderlik ve liderlik özelliklerinin kriz yönetimine etkisi üzerine bir araştırma. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.

Bass, B. M., & Bass, R. (2008). The Bass Handbook of Leadership: Theory, Research, and Managerial Applications (4th ed.). Free Press.

Başar, Ş. (2022). Lise Yöneticilerinin Paternalist (Babacan) Liderlik Davranışları ile Öğretmenlerin Örgütsel Sessizlik Düzeyleri Arasındaki İlişki. (Yüksek Lisans Tezi). Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siirt.

Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is “Quality Improvement” and How Can It Transform Healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 16(1), 2-3.

Batey, M. V., ve Lewis, F. M. (1982). Clarifying autonomy and accountability in nursing service: Part 1. *Journal of nursing administration*, 13-18.

Benner, P. (1984). From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison. (1nd ed, s.13-34).Wesley Publishing Company.

Berwick, D. M. (1975). Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 2003;289(15): 1969-

Berwick, D. M. (1998). Developing and Testing Changes in Delivery of Care. *Annals of Internal Medicine*, 128(8), 651-656.

Berwick, D. M. (2003). Improvement, trust, and the healthcare workforce. *Quality and Safety in Health Care*, 12(Suppl 1), 2-6.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293-302.

Bilgiç, R. (2008). İş özellikleri kuramı: Geniş kapsamlı gözden geçirme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(22), 66-77.

Blake, R. R., & Mouton, J. S. (1964). *The Managerial Grid: The Key to Leadership Excellence*. Gulf Publishing Company.

Brey, P. (1999). Worker autonomy and the drama of digital networks in organizations. *Journal of Business Ethics*, 22(1), 15-25.

Buchanan, D. A., Fitzgerald, L., & Ketley, D. (Eds.). (2007). *The sustainability and spread of organizational change*. (1.baskı). Modernizing healthcare.

Budak, F. (2017). Klinik liderlik ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması: Kamu hastaneleri örneği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 85-91.

Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal Bilimler için veri analizi el kitabı*. (31. Baskı). Pegem Yayıncılık, Ankara.

Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. Ve Köklü, N. (2018). *Sosyal bilimler için istatistik*. (27. Baskı). Pegem Akademi, Ankara.

Camarillo, G. R. (2019). “A study of teachers’ perceptions of principals’ leadership and source of power and teachers’ satisfaction with supervision (principal)”. Our Lady of the Lake University.

Cameron, E., & Green, M. (2012). Making sense of change management: A complete guide to the models, tools, and techniques of organizational change. (4th ed.). Kogan Page Publishers.

Casida, J., & Pinto-Zipp, G. (2008). Leadership-organizational culture relationship in nursing units of acute care hospitals. *Nursing Economics*, 26(1), 7-15.

Cesur, D. K. (2015). *Paternalist Liderlik ve Örgüt Kültürü İlişkisi: Sakarya Üniversitesi Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

Cinel, M. O. (2008). *Karizmatik üzerindeki etkileri ve bir liderlik özelliklerinin örgütsel bağlılık unsurları araştırma* (Yüksek lisans tezi).Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü), Kocaeli.

Covey, S. R. (1989). *The 7 habits of highly effective people: Powerful lessons in personal change*.(1. Baskı). Simon and Schuster.

Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., ... & Stafford, E. (2010). Leadership Styles and Outcome Patterns for the Nursing Workforce and Work Environment: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363-385.

Cummings, G., & McLennan, M. (2005). Leadership perceptions in nursing: How nurses experience leadership in their roles. *Journal of Nursing Management*,13(4), 239-246.

Çalışkan, S. C. (2009). “Yöneticilerin bireysel yetkinliklerinin liderlik tarzları ve lider üye etkileşimine verdikleri önem üzerindeki etkileri ve bu etkileşimde kültürel varsayımların rolü” (Doktora tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Çetin, Nesrin. G. ve Beceren, E. (2007). Lider Kişilik: Gandhi, Süleyman Demirel Üniversitesi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(5), 110-132.

Çiftçi, İ. (2021). *Spor yöneticilerin liderlik stilleri*. (1. Baskı).Akademisyen Kitabevi.

Daft. R. L. (1991). *Managemelll*.(2nd ed.). The Dryden Press.Orlando.

Dal, L., Çorbacioğlu, S. (2014). “Hizmetkar Liderlik Davranışları ve Lider-Üye Etkileşimi İlişkisi: Bir Devlet Üniversitesi Üzerine Araştırma.” *Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*, 19(4).

Day, D. V., Fleenor, J. W., Atwater, L. E., Sturm, R. E., & McKee, R. A. (2014). Advances in leader and leadership development: A review of 25 years of research and theory. *The Leadership Quarterly*, 25(1), 63-82.

De Jonge, J. (1995). Job autonomy, well-being, and health: A study among Dutch health care workers. (Doktora tezi). Maastricht University.

Demir, C., Yılmaz, M. K. ve Çevirgen, A. (2010). Liderlik yaklaşımları ve liderlik tarzlarına ilişkin bir araştırma. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 2 (1), 129-152.

Deniz, M., Çok, F., & Duyan, V. (2013). Duygusal Özerklik Ölçeği'nin ergenler için uyarlanması ve psikometrik özellikleri. *Eğitim ve Bilim*, 38(167).

Dodd, N. G., ve Ganster, D. C. (1996). The interactive effects of variety, autonomy, and feedback on attitudes and performance. *Journal of organizational behavior*, 17(4), 329-347.

Doğan, H., ve Ali, C. (2009). Örgütlerde mesleki özerklik sorunu ve Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ampirik bir çalışma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(1), 133-148.

Dönmez, A., Emiralioğlu, Ş., ve Yavuz, A. (2023). Liderlik uygulamalarının ebe ve hemşirelerin kariyer geliştirmelerine etkisinin incelenmesi. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 117-130.

Drath, W. H., Palus, C. J. (1994). "Making common sense: Leadership as meaning-making in a community of practice". *Center for Creative Leadership*.

Dreachslin, J. L., Gilbert, M. J., & Malone, B. (2012). *Diversity and cultural competence in health care: A systems approach*. (1st ed.) Jossey Bass.

Duyan, E., VAN Dierendonck, D. (2014). Hizmetkar liderliği anlamak: Teoriden ampirik araştırmaya doğru. *Istanbul Journal of Sociological Studies*, (49).

Dysvik, A., ve Kuvaas, B. (2011). Intrinsic motivation as a moderator on the relationship between perceived job autonomy and work performance. *European journal of work and organizational psychology*, 20(3), 367-387.

Ehrich, L. C., Hansford, B., & Tennent, L. (2004). Formal mentoring programs in education and other professions: A review of the literature. *Educational Administration Quarterly*, 40(4) ,518-540.

Enss, V., Currie, S. and Wang, J. (2015). Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nursing Outlook*, 63(3) , 269-77.

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. National Cancer Institute. *NIH Publication*.(07-6225).

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2) , 100-103.

Eren, E. (2008). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi* (11. Basım.) Beta Basım Yayım, İstanbul.

Erener, M. (2014). *Liderlik-motivasyon etkileşimi ve ilişkileri* (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society* (2nd ed.). W.W. Norton & Company.

Eva, N., Robin, M., Sendjaya, S., Van Dierendonck, D., & Liden, R. C. (2019). “Servant leadership: A systematic review and call for future research.” *The leadership quarterly*, 30(1), 111-132.

Farh, J. L., ve Scott, W. E. (1983). The experimental effects of “autonomy” on performance and self-reports of satisfaction. *Organizational Behavior and Human Performance*, 31(2), 203-222.

Farrell, C., Walshe, C. and Molassiotis, A. (2017). Are nurse-led chemotherapy clinics really nurse-led? An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 1 – 8.

Fernandez, C. F., Vecchio, R. P. (1997). Situational leadership theory revisited: A test of an across-jobs perspective. *The Leadership Quarterly*, 8(1),67-84.

Fiedler, F. E. (1967). *A Theory of Leadership Effectiveness*. MCGRAW-HILL SERIES IN MANAGEMENT.

Fleishman, E. A. (1953). The description of supervisory behavior. *Journal of Applied Psychology*, 37(1), 1-6.

Fleishman, E. A. (1973). Twenty years of consideration and structure. In E. A. Fleishman & J. G. Hunt (Eds.), *Current Developments in the Study of Leadership* (pp. 1-40). *Southern Illinois University Press*,(1),13-26.

Fleishman, E. A., & Harris, E. F. (1962). Patterns of leadership behavior related to employee grievances and turnover. *Personnel Psychology*, 15(1), 43-56.

Fried, Y., & Ferris, G. R. (1987). The validity of the job characteristics model: A review and meta-analysis. *Personnel psychology*, 40(2), 287-322.

Gedük, E. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253 – 258.

Genç, K. Y. (2019). “Özellikler Yaklaşımı. Liderlik.” Ed.: Kurtuluş Yılmaz Genç, (1.baskı,13-94). Nobel Bilimsel Eserler Yayınları,Ankara.

George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update. (10th. ed.) Boston: Pearson.

Gifford, W. A., Graham, I. D., Ehrhart, M. G., Davies, B. L., & Aarons, G. A. (2018). Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines. *Implementation Science*, 13(1), 1-12.

Gilmartin, M. J., & D'Aunno, T. A. (2007). Leadership Research in Healthcare: A Review and Roadmap. *Academy of Management Annals*, 1(1), 387-438.

Gittell, J. H. (2016). Transforming Relationships for High Performance: The Power of Relational Coordination. *Stanford University Press*.

Goldstein, M. M., & Thorpe, J. H. (2014). Innovations in health information technologies: Transforming health care delivery and policy. *Health Affairs*, 33(2), 123-129.

Goleman, D. (1998). What makes a leader? *Harvard Business Review*, 76(6), 93-102.

Gonos, J., Gallo, P. (2013). Model for leadership style evaluation. *Management*, 18(2), 157 – 168.

Gözlü, K. (2023). Kurumsal sağlık okuryazarlığı. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 66-76.

Greenleaf Center For Servant Leadership (2013). “What is Servant Leadership” <https://greenleaf.org/what-is-servant-leadership/>

Güngör, T., ve Polat, Ü. (2022). Liderlik yaklaşımlarının sağlık hizmetlerinde kalite üzerine etkili çalışan davranışları ile ilişkisi. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 248-257.

Hackman, J. R. ve Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory, *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.

Hackman, J. R., ve Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied psychology*, 60(2), 159.

Halpin, A. W., & Winer, B. J. (1957). A factorial study of the leader behavior descriptions. In R. M. Stogdill & A. E. Coons (Eds.), *Leader Behavior: Its Description and Measurement* (s. 39-51). Bureau of Business Research, Ohio State University.

Helwig, C.C. (2006). The Development of Personal Autonomy Cultures. *Cognitive Development*, 21(4), 458-473.

Ho, J., & Nesbit, P. L. (2014). Self-leadership in a Chinese context: Work outcomes and the moderating role of job autonomy. *Group & Organization Management*, 39(4), 389-415.

House, R. J., Howell, J. M. (1992). "Personality and charismatic leadership." *The Leadership Quarterly*, 3(2),81-108.

Humphrey, S. E., Nahrgang, J. D., ve Morgeson, F. P. (2007). Integrating motivational, social, and contextual work design features: a meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of applied psychology*, 92(5), 1332.

Hyde, D. (2021). Staff Perceptions on Leadership Style Influence of Services to Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer (LGBTQ) Domestic Violence Victims: A Case Study (Doktora tezi). Capella University.

Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economic*, 16(2), 58-64.

Kalaycı, Ş. (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti,Ankara, 12(1),116.

Karadağ, A. (2002). Meslek Olarak Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 1-8.

Katz, D., & Kahn, R. L. (1952). *Some recent findings in human relations research*. In E. Swanson, T. Newcomb, & E. Hartley (Eds.), (5. Edition ,650-665). Readings in Social Psychology

Kaya, A. (2022). “Kriz Dönemlerinde Liderlik Hikayeleri”. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 21-29.

Khoshnaw, S., ve Alavi, H. (2020). Examining the Interrelation Between Job Autonomy and Job Performance: A Critical Literature Review. *Multidisciplinary Aspects of Production Engineering*, 3, 606- 616.

Kılıç, M. (1998). Profesyonellerin yönetiminde örgüt-çalışan ilişkilerinin düzenlenmesinde mesleki özerklik sorunu: Hastane- Hekim ilişkileri. (Doktora Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kim, H., ve Stoner, M. (2008). Burnout and turnover intention among social workers: Effects of role stress, job autonomy and social support. *Administration in Social work*, 32(3), 5-25.

Koçak, D. (2020). İş özerkliği ile işe bağlanma arasındaki ilişki: Kişi-iş uyumunun aracı ve algılanan yönetici desteğinin düzenleyici rolü. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 15(2), 699-718.

Koçel, T. (2014). *İşletme Yöneticiliği*. (18. Baskı). Beta Basım, İstanbul.

Korkmaz, F. (2018). Babacan (paternalist) liderlik davranışının örgütsel özdeşleşme üzerindeki etkisinde çalışanların işe tutkunluk düzeylerinin aracılık rolü: Kamu ve özel sektör karşılaştırmalı bir analiz. (Doktora tezi). Kırıkkale üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kırıkkale.

Korkmaz, F. (2020). İş Özerkliğinin Çok Yönlü Kariyer Tutumu Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(4), 367-386.

Kotter, J. P. (1990). *A Force for Change: How Leadership Differs from Management*. Free Press.

Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Harvard Business Press.

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

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008). Confirmation of a Healthy Work Environment. *Critical Care Nurse*, 28(2), 56-63.

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 56(1), 4-14.

Kutunis, P. (2018). Kendi kendine liderlik tarzının iş tatmini ve iş özerkliği üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik bir araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Laschinger, H. K. S., & Havens, D. S. (1996). Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice: Conditions for work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 26(9), 27-35.

Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2009). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 30(1), 160-180.

Lawton, A., Páez, I. (2015). Developing a framework for ethical leadership. *Journal of Business Ethics*, 130(3), 639-649.

Lewin, K., Lippitt, R., & White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates. *The Journal of Social Psychology*, 10(2), 271-299.

Likert, R. (1961). *New Patterns of Management*. McGraw-Hill.

Likert, R. (1967). *The Human Organization: Its Management and Value*. McGraw-Hill.

Lin, J. T. P., & Ping, N. C. L. (2016). Perceived job autonomy and employee engagement as predictors of organizational commitment. *Undergraduate Journal of Psychology*, 29(1), 1-16.

Lynch, M. F. (2013). Attachment, autonomy, and emotional reliance: A multilevel model. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 301-312.

MacDonald, C. (2002). Nurse autonomy as relational. *Nursing ethics*, 9(2),194-201.

Mahnegar, F., & Far, P. (2015). Surveying the Relationship between Leadership Style and Job Satisfaction of Payam- e- Noor University Personnel. *International Journal on New Trends in Education and Literature*, 1 (6), 22- 36.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*.(11. Baskı). Lippincott Williams & Wilkins.

McCarthy, G., & Fitzpatrick, J. (2009). Development and testing of the nursing leadership self-assessment tool. *Journal of Nursing Scholarship*,41(4), 378-384.

McKimm, J., & Swanwick, T. (2011). Leadership development for clinicians: what are we trying to achieve?. *The clinical teacher*, 8(3), 181-185.

Mountford, J., & Webb, C. (2009). When clinicians lead: the McKinsey Quarterly. *Healthcare Leadership Review*, 28(5), 1-4.

N. Atasoy ve Z. (2020). Göçmen Baykara Hemşirelerin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*,28(2),206-15.

Nal, M. (2018). Sağlık yöneticilerinin paternalist liderlik davranışlarının çalışanların iş doyumunu ve örgütsel adalet algısı ilişkilerinin incelenmesi. (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Nonaka, I., Toyama, R., ve Konno, N. (2000). SECI, Ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation. *Long range planning*,33(1), 5-34.

Northouse, P. G. (2018). *Leadership: Theory and Practice*.(8th ed.). Sage publications.

Oğuz, Y.N., Tepe, O.H. Büken, N.Ö. ve Kucur, D.K. (2005). *Biyotik Terimleri Sözlüğü*. (175-176).Türkiye Felsefe Kurumu.

Özaslan, G. (2015). Öğretmenlerin sahip oldukları mesleki özerklik düzeyine ilişkin algıları. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*,3(2), 25-39.

Özdamar, K. (2004). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*.(11. Baskı). Kaan Kitabevi.

Özdemir, H. N., Çakır, R., ve Küçükali, R. (2019). Sağlık yöneticilerinin liderlik özellikleri. *PUS International Journal of Society Researches*, 2893-2907.

Özdemir, Y., & Çok, F. (2011).Ergenlikte Özerklik Gelişimi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*,4(36),152-164.

Özkan, Ş. (2021). Klinik liderlik ve sağlık kurumlarına yansımaları. *Uluslararası Liderlik Çalışmaları Dergisi: Kuram ve Uygulama*,4(1),40-50.

Parker, S. K., Axtell, C. M., ve Turner, N. (2001). Designing a safer workplace: importance of job autonomy, communication quality, and supportive supervisors. *Journal of occupational health psychology*, 6(3), 211.

Parker, S. K., ve Ohly, S. (2008).Designing motivating jobs: An expanded framework for linking work characteristics and motivation. (1st ed. 260-311). Work Motivation.

Pazarbaş, M. (2012). Liderlik Ve Otorite: *Lise Öğrencilerinin Liderlik Ve Otorite Algısı Üzerine Bir Araştırma*.(Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi.

Potter, P. A. and Perry, A. G. (2020). *Fundamentals of Nursing*. (11th ed.) Elsevier.

Qiu, S., Dooley, L. (2022). “How servant leadership affects organizational citizenship behavior: the mediating roles of perceived procedural justice and trust.” *Leadership & Organization Development Journal*.43(3),350-369.

Roussel, L. (2013). *Management and leadership for nurse administrators*.(6th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Sabuncuoğlu, Z., Tüz, M. (2008). *Örgütsel Psikoloji*. (4. Baskı) Alfa Aktüel Yayınevi, Bursa.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ: British Medical Journal*, 312(7023),71-72.

Sadler-Smith, E., El-Kot, G., ve Leat, M. (2003). Differentiating work autonomy facets in a non-Western context. *Journal of organizational behavior: The international journal of industrial, occupational and organizational psychology and behavior*,24(6), 709-731.

Sankar, C. S. ve Yeong, W. Y. (1997). Factors influencing job satisfaction of technical personnel in the U. S., Singapore, and India. *Engineering Management Journal*, 9(3), 15-21.

Saragih, S. (2015).The effects of job autonomy on work outcomes: Self efficacy as an intervening variable.*International Research Journal of Business Studies*, 4(3), 203-215.

Satır, F., & Karacaoğlu, K. (2017). İşgörenlerin otantik ve hizmetkâr liderlik algılamalarının performansları üzerine etkileri: Kayseri Organize Sanayi Bölgesinde bir işletme uygulaması (Yüksek lisans tezi).Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi.

Satoh, M., Watanabe, I., &Asakura, K. (2017). Factors related to affective occupational commitment among Japanese nurses. *Open Journal of Nursing*, 7(3), 449-469.

Scanlan, L. (2006). “Leadership and Management. Leadership = Influence: Do you Inspire or Deflate the People Around you? Him” ,*Healthcare Financial Management*, 60(3), 98-99.

Schermerhorn, J. R. (1997). Situational leadership: conversations with Paul Hersey. *Mid American Journal of Business*, 12, 5-12.

Scully, N. J. (2015). Leadership in nursing: The importance of recognising inherent values and attributes to secure a positive future for the profession. *Collegian*, 22(4), 439-444.

Seçmen, S. (2001). Amirlerin Liderlik Tarzları Ve Kişilik Özellikleri İle İlgili Değerlendirmelerin İş Tatmini Üzerindeki Etkileri: TSK'da Yapılan Bir Araştırma. (doktora tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Sekiguchi, T., Li, J., & Hosomi, M. (2017). Predicting job crafting from the socially embedded perspective: The interactive effect of job autonomy, social skill, and employee status. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 53(4), 470-497.

Serinikli, N. (2020). Sağlık çalışanlarında iş özerkliği ve iş performansı arasındaki ilişkide örgütsel sinizm ve yaşam tatmini seri çoklu arabuluculuğu. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 12(2), 1693-1711.

Sezgin, F. (2003). Kriz yönetimi. *Manas Sosyal Bilimler Dergisi*, 4 (8), 181-195.

Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., ... & Swensen, S. J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432-440.

Sherman, R., & Pross, E. (2010). Growing future nurse leaders to build and sustain healthy work environments at the unit level. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1).

Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2001). *Handbook of positive psychology*. (2nd edn). Oxford university press.

Sökmen, A. ve Boylu, Y. (2009). Yol amaç modeli kapsamında önderlik davranışlarının incelenmesine yönelik bir araştırma. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 4 (15), 2381-2402.

Spath, P. L. (2013). *Introduction to Healthcare Quality Management*. (3rd ed.) Health Administration Press.

Spence Laschinger, H. K., & Havens, D. S. (1996). Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice: Conditions for work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 26(9), 27-35.

Staggs, V. S., & Dunton, N. (2012). Hospital and unit characteristics associated with nursing turnover include skill mix but not staffing level: An observational cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1138-1145.

Stanley, D. (2006). Recognizing and Defining Clinical Leadership. *Journal of Nursing Management*, 14(1), 7-16.

Stanley, D. (2011). Clinical leadership and innovation. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 431-439.

Stanley, D. (2011). *Clinical leadership: Innovation into action*. (7th ed.) Palgrave Macmillan.

Stogdill, R. M. (1948). Personal factors associated with leadership: A survey of the literature. *Journal of Psychology*, 25(1), 35-71.

Stogdill, R. M., & Coons, A. E. (1957). *Leader Behavior: Its Description and Measurement*. Bureau of Business Research, Ohio State University.

Stogdill, R. M., & Coons, A. E. (1957). *Leader Behavior: Its Description and Measurement*. Bureau of Business Research, Ohio State University.

Stokes, P., & O'Neal, L. (2016). Leadership and gender in healthcare: A review. *Journal of Healthcare Leadership*, 8, 21-29.

Swearingen, S. (2009). A journey to leadership: Designing a nursing leadership development program. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(3), 107-112.

Şafaklı, O. V. (2005). KKTC’deki Kamu bankalarında liderlik stilleri üzerine bir çalışma. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 6 (1), 132-143.

Şahin, F. (2012). Büyük Adam Düüncesinden Liderlikte Özellikler Kuramına Kavramsal Bir Bakış. *C.Ü. İktisadi Ve Dari Bilimler Dergisi*, Cilt 13, Sayı 1, 141- 163.

Şencan, M. N., İbicioğlu, H., Karabekir, M. (2015). Kadın Yöneticilerin Liderlik Özelliklerinin İncelenmesi: Türkiye’deki Kadın Rektörler Üzerine Bir İçerik Analizi *Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*, 20(1).

Şimşek, M. Ş. (2002).*Yönetim ve organizasyon*.Eğitim Yayınevi.

Tabachnick and Fidell, B.G. (2013). *Tabachnick, L.S. Fidell Using Multivariate Statistics* (sixth ed.)Pearson, Boston.

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics*. (6. Baskı,s. 497-516). Boston, MA: pearson.

Thatcher, J. B., Stepnia, L. P. & Boyle, R. J. (2002). Turnover of Information Technology Workers: Examining Empirically The Influence of Attitudes, Job Characteristics, and External Markets, *Journal of Management Information Systems*, 19(3), 231-261.

Thompson, C. A., ve Prottas, D. J. (2006).Relationships among organizational family support, job autonomy, perceived control, and employee well-being. *Journal of occupational health psychology*, 11(1), 100.

Thorup CB, Rundqvist E, Roberts C, Delmar C. (2012). Care as a matter of courage: Vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 427-35.

Timuçin, A. (2003).*Felsefe Sözlüğü*. (İkinci Baskı). Paradigma Yayınları. Engin Yayıncılık, İstanbul.

Toptaş, A. (2019). Otel işletmelerinde paternalist liderlik ve lider üye etkileşimi ilişkisi: Örtük liderlik ve güç mesafesinin etkisi. (Doktora Tezi).Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.

Turner, K. (2022). “Servant leadership to support wellbeing in higher education teaching.” *Journal of Further and Higher Education*, 1-12.

Ulaş, S. (2023). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ekip çalışmasını etkileyen faktörler. *Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 11-23.

Vatan, F., Argon, G., Dursun Engin, M., Binbir, H. ve Çiçek, A. (2012). The evulation of the staff nurses decisional involvement. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3),13-24.

Wade GH. (2004). A Model of the Attitudinal Component of Professional Nurse Autonomy. *Journal of Nursing Education*.43(3):116-124.

West, M. A., & Dawson, J. F. (2012). Employee Engagement and NHS Performance. *The King's Fund Report*, 1-23.

West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T., & Lee, A. (2015). Leadership and leadership development in healthcare: The evidence base. *London: Faculty of Medical Leadership and Management*.

Winston, B. E., & Patterson, K. (2006). An integrative definition of leadership. *International journal of leadership studies*, 1(2), 6-66.

Wong, C. A., & Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 508-521.

Yalım, N.Y. ve Göçmen Baykara, Z. (2022). *Hemşirelik ve Etik* (1.Baskı,s.52-94).Nobel Tıp Kitabevleri, ANKARA.

Yılmaz, A. A. (2011). Tarih öğretmenlerinin eski çağ tarihi ve eski Türk tarihi öğretiminde karşılaştıkları sorunlar ve çözüm önerileri. *Education Sciences*, 2148-2156.

Yukl, G. (2018). *Örgütlerde liderlik* (8. basımdan çeviri, Çev. Ed. Çetin, Ş., Baltacı, R.).Nobel Yayıncılık, ANKARA.

Yukl, G. A. (2013). *Leadership in Organizations* (8th ed.). Pearson Education.

Yücebalkan, B., & Aksu, B. (2013). Potansiyel İşgücü Olarak Y Kuşağının Transformasyonel Liderlerle Çalışabilirliğine Yönelik Bir Araştırma. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 5(1), 16-32.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

“HEMŞİRELERİN KLİNİK LİDERLİK ALGISININ MESLEKİ ÖZERKLİK ÜZERİNE

ETKİSİ” adlı Yüksek Lisans Tez Çalışması

Değerli katılımcı,

Bu araştırma Dr. Öğretim Üyesi Serhan ŞAHİNLİ danışmanlığında Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Seher AYDEMİR tarafından yürütülecek olup, sizi “hemşirelerin klinik liderlik algısının mesleki özerklik üzerine etkisi” konulu araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Söz konusu çalışma, bir sağlık yönetimi yüksek lisans tez çalışması gerekliliğidir. Bu çalışmanın amacı: Hemşirelikte klinik liderlik algısının mesleki özerklik üzerine olumlu-olumsuz etkilerini incelemektir. Bu sebeple klinik liderlik ve mesleki özerklik kavramlarının boyutları itibarı ile ilişkileri ölçülerek analiz yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, sizin 20 dakikanızı alacak bir anketi cevaplamanız istenecektir. Elde edilecek tüm veriler anonim olup, tamamen gizli kalacaktır. Hiçbir veri başka bir formatta başka bir amaçla yayınlanmayacaktır. Veriler güvenli bir ortamda saklanacak ve sadece araştırmacı erişime sahip olacaktır. Herhangi bant kaydı veya yazılı metin kullanıcı tarafından çalışma tamamlandığında yok edilecektir. Bu çalışmayı katılım gönüllüdür. Bu çalışmaya katılmak veya katılmamak, Yeni Yüzyıl Üniversitesi ile mevcut veya gelecekteki ilişkilerinizi etkilemez. Eğer katılmaya karar verirsiniz, istediğiniz zaman ayrılma hakkına sahip olup tüm verilerinizin tahrir edilmesini isteyebilirsiniz.

Çalışmaya katılımınız ve gösterdiğiniz özen için teşekkür ederim.

Rıza Beyanı:

Yukarıdaki bilgileri okudum ve aydınlatıldı ☐

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. ☐

BÖLÜM 1– SOSYO-DEMOGRAFIK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz

☐ Kadın ☐ Erkek

2. Yaşınız

☐ 25 yaş ve altı ☐ 26 – 35 yaş arası
☐ 36 – 45 yaş arası ☐ 46 yaş ve üzeri

3. Medeni Durumunuz

☐ Evli ☐ Bekâr

4. Eğitim Durumunuz

☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü

5. Mesleğiniz

☐ Hemşire

6. Bulunduğunuz Hastane

☐ İl Hastanesi ☐ İlçe Hastanesi

7. Bulunduğunuz Birim

..... (Yönetim, İç Hastalıkları, KBB, vb.)

8. Bulunduğunuz Kurumdaki Toplam Çalışma Süreniz

☐ 0 – 5 yıl arası ☐ 6 – 10 yıl arası ☐ 11 -15 yıl arası ☐ 16 yıl ve üzeri

9. Meslek Hayatınızdaki Toplam Çalışma Süreniz

☐ 0 – 5 yıl arası ☐ 6 – 10 yıl arası ☐ 11 -15 yıl arası ☐ 16 yıl ve üzeri

10. Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

11. Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

12. Klinik Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

BÖLÜM 2 – KLİNİK LİDERLİK ÖZERKLİĞİ

Bu bölümde; Klinik Liderlik özelliklerine ilişkin toplam 40 ifade yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyup size uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

		Neredeyse Asla (1)	Bazen (2)	Neredeyse Her Zaman (3)
1	Kendi değer ve ilkelerimin, davranışımı nasıl etkilediğini ve diğerleri üzerindeki etkilerinin ne olduğunu düşünürüm.	☐	☐	☐
2	Güçlü ve zayıf yanlarıma ilişkin diğer kişilerden geri bildirim almak ve davranışımı buna göre değiştirmek isterim.	☐	☐	☐
3	İşimi yaparken; baskı altında sakin ve odaklanmış kalırım.	☐	☐	☐
4	İş yükümü planlar, sorumluluklarımı istikrarlı bir biçimde yerine getiririm.	☐	☐	☐
5	Öğrenmek ve kendimi geliştirmek için sürekli olarak fırsat ararım.	☐	☐	☐
6	Öğrendiklerimi uygulamaya koyarım.	☐	☐	☐
7	Diğer insanların kültürüne, inançlarına ve yeteneklerine saygı duyarım ve onlara karşı; açık, dürüst ve kapsayıcı bir şekilde davranırım.	☐	☐	☐
8	Etik kavramlar veya değerlerin zarar gördüğünü hissettiğimde, bunu dile getiririm.	☐	☐	☐
9	Diğerleriyle ortak çalışmanın hasta bakımına katkı sağlayacağı durumlarda, fırsatları değerlendiririm.	☐	☐	☐
10	İş ağırları arasında, bilgi ve kaynak paylaşımı yaparım.	☐	☐	☐
11	Diğerleriyle açık ve etkili bir iletişim kurarım.	☐	☐	☐
12	Diğerlerinin ihtiyaçlarını ve duygularını önemser, onları dikkate alırım.	☐	☐	☐
13	Diğerlerinin sağlayacağı katkı ve görüşleri, her zaman isterim.	☐	☐	☐
14	Çıkar çatışmalarını ve fikir ayrılıklarını, rahatlıkla yönetebilirim.	☐	☐	☐
15	Doğru insanlarla doğru zamanda bir arada olduğumda, takım liderliği konusunda kendimi öne sürerim.	☐	☐	☐
16	Takım içinde diğerlerinin çabalarının farkında olur ve onları takdir eder, takımın kararına saygı duyarım.	☐	☐	☐
17	Plan geliştirirken; hastalardan, hizmet kullanıcılarından ve iş arkadaşlarımdan gelen geri bildirimleri kullanırım.	☐	☐	☐
18	Mevcut seçenekleri, fayda ve riskler açısından değerlendiririm.	☐	☐	☐
19	Belirlenen kaynaklar dâhilinde, güvenli ve etkin hizmetler sunarım.	☐	☐	☐
20	Kaynaklar, etkili ve verimli olarak kullanılmadığında; harekete geçerim.	☐	☐	☐
21	Rollerin ve sorumlulukların geliştirilmesinde, takım üyelerini desteklerim.	☐	☐	☐
22	Diğerlerine, net bir amaç ve yön belirlerim.	☐	☐	☐

23	Performansa ilişkin pek çok kaynaktan edindiğim bilgiyi, incelerim.	☐	☐	☐
24	Performansı geliştirmek için harekete geçerim.	☐	☐	☐
25	Hasta güvenliğinde eksiklikler gördüğümde, harekete geçerim.	☐	☐	☐
		Neredeyse Asla (1)	Bazen (2)	Neredeyse Her Zaman (3)
26	Hasta güvenliğini geliştirmek ve riski en aza indirmek için, uygulamaları gözden geçiririm.	☐	☐	☐
27	Hizmet sunumunun iyileştirilmesine katkıda bulunmak için; hastalar, hasta yakınları ve hizmet kullanıcılarından gelen geri bildirimleri kullanırım.	☐	☐	☐
28	Hizmetlerimizi yapıcı bir şekilde değerlendirmek için, diğerleriyle çalışırım.	☐	☐	☐
29	Hizmet kalitesini geliştirmek için fikirler öne sürerim.	☐	☐	☐
30	Çeşitli insanlarla yeni fikirler hakkında yapılacak tartışmaları teşvik ederim.	☐	☐	☐
31	Değişiklik ihtiyacının, insanlar ile hizmetler üzerindeki etkisini dile getiririm.	☐	☐	☐
32	Değişikliğin sağlanması için kendim odaklanırım ve diğerlerini de bu konuda motive ederim.	☐	☐	☐
33	Değişim faktörlerini (örn. Siyasi, sosyal, teknik, ekonomik, örgütsel, mesleki çevre) tanımlarım.	☐	☐	☐
34	Gelecekte değişim ihtiyacı doğuracak zorlukları tahmin eder, bunları diğerlerine iletirim.	☐	☐	☐
35	Hizmetlerin iyileştirilmesi için, veri ve bilgileri kullanırım.	☐	☐	☐
36	En iyi uygulamaya ulaşmak için; bilgi ve kanıtların kullanılması yönünde diğerlerini de etkilerim.	☐	☐	☐
37	Karar verirken; hizmet değerlerini ve önceliklerini dikkate alır, anahtar kişi ve gruplara danışırım.	☐	☐	☐
38	Hizmetlerin geleceği ile ilgili olarak; resmî ve gayri resmî karar verme süreçlerine aktif olarak katılırım.	☐	☐	☐
39	Yeni yöntemleri uygulamaya koymak adına, sorumluluk alırım.	☐	☐	☐
40	Değişimlerin, hastalar ve hizmet sunumu üzerindeki etkisini değerlendiririm.	☐	☐	☐

BÖLÜM 3 - Hemşirelerin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Ölçeği (HMÖ-TÖ)

Aşağıda mesleğinizin çeşitli yönleriyle ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve size en uygun cevabı (X) işareti ile belirtiniz.

Hemşirelerin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım/ Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1) Hekimlerden farklı bir fikre sahip olduğumda, fikrimi söylemek isterim.					
2) Bir hemşire olarak, hastalara nasıl bakım vereceğime kendim karar vermek isterim.					
3) Hemşireliği kendi kararına göre uygulamak isterim.					
4) Çalışma vardiyama kendim karar vermek isterim.					
5) Görevlerimi nasıl düzenleyeceğime, hastanın durumunu da göz önünde bulundurarak, kendim bağımsız olarak karar vermek isterim.					
6) Ne zaman izin günüm olacağına, kendim karar vermek isterim.					
7) Ne zaman gece nöbeti tutacağıma, kendim karar vermek isterim.					
8) Tercih ettiğim görev alanında çalışmayı isterim.					
9) Hemşirelerin, görevlerini kendilerinin düzenlemek isteyeceklerini düşünüyorum.					
10) Hemşirelerin, bir hekime bağlı olmaksızın kendi kararlarını vermeyi istediklerini düşünüyorum.					
11) Hemşirelerin, hastalara hangi profesyonel tarafından bakım verileceğine karar vermeyi istediklerini düşünüyorum.					
12) Hemşirelerin, iş kıyafetlerini seçmek istediklerini düşünüyorum.					
13) Hemşirelerin, görevlerini engellemediği sürece, iş sırasında sevdikleri saç stilini kullanmayı istediklerini düşünüyorum.					
14) Hemşirelerin, kendi uygulamalarının sahibi olmalarına imkân verilmesini arzuladıklarını düşünüyorum.					
15) Hemşirelerin, bir hekim gözetimi olmadan hemşireliği uygulamak isteyeceklerini düşünüyorum.					

Hemşirelerin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım/ Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
16) Hemşirelerin, bir sağlık kuruluşunun yöneticisi olmayı isteyeceklerini düşünüyorum.					
17) Hemşirelerin, toplumda bağımsız olarak uygulama yapmayı isteyeceklerini düşünüyorum.					
18) Hemşirelerin, primer hemşirelik bakımı için klinikleri bağımsız olarak yönetmek isteyeceklerini düşünüyorum.					

