



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

**KLİNİK LİDERLİK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK  
GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI: NİĞDE İLİ KAMU HASTANELERİ  
BİRLİĞİ ÖRNEĞİ**

Fatih BUDAK

Doktora Tezi

Ankara, 2016



KLİNİK LİDERLİK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI:  
NİĞDE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ ÖRNEĞİ

Fatih BUDAK

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2016

## KABUL VE ONAY

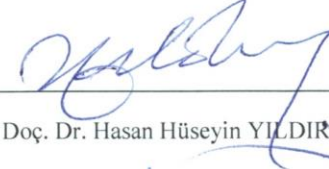
Fatih BUDAK tarafından hazırlanan "Klinik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Güvenilirlik Çalışması: Niğde İli Kamu Hastaneleri Birliği Örneği" başlıklı bu çalışma, 27.06.2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.




Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Başkan)



Yrd. Doç. Dr. Ahmet KARAGÖZ (Danışman)



Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM



Yrd. Doç. Dr. A i YILMAZ



Yrd. Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Sibel BOZBEYOĞLU

Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezinin kâğıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 2 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezinin tamamı her yerden erişime açılabilir.

27.06.2016



Fatih BUDAK

## TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanıp son hâline getirilmesi sürecinde, maddî ve manevî desteklerini benden esirgemeyen, tez danışmanın Yrd. Doç. Dr. Ahmet KARAGÖZ hocama,

Gerek tez konusu belirlememde ve gerekse tez yazım sürecinde, her zaman destek ve yardımlarına başvurduğum, Prof. Dr. Yusuf ÇELİK, Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU ve Doç. Dr. Necmettin CİHANGİROĞLU hocalarıma,

Bilgi birikimleri ve değerli katkılarıyla, tez çalışma ve değerlendirme süreçlerinde yanımda olan, tez izleme komitesi ve jüri üyeleri Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM, Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ ve Yrd. Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK hocalarıma,

Tez kapsamında kullanılan Klinik Liderlik Ölçeğinin uygulama sürecinde destek ve yardımlarını esirgemeyen, başta Niğde ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri Uzm. Dr. Fatih BALCI ve Niğde ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanı Uzm. Dr. Yücel YILMAZ olmak üzere, Niğde ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği çalışanlarına ve araştırma ölçeğini cevaplandırma nezaketinde bulunan hekim ve hemşirelere,

Tez yazım sürecinde ilgi ve desteklerini esirgemeyen, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Bölümü'nde görev yapan kıymetli hocalarıma, sevgili arkadaşlarıma, Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖZER ve Dr. Şenol ŞEN hocalarıma,

Anneme, babama ve ailemin diğer bireylerinin yanı sıra, tez sürecinin en sıkıntılı anlarında dahi madden ve manen her an yanımda olan kıymetli eşime ve canım oğluma,

En kalbî teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

BUDAK, Fatih. *Klinik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Güvenilirlik Çalışması: Niğde İli Kamu Hastaneleri Birliği Örneği*, Doktora Tezi, Ankara, 2016.

Sağlık hizmetleri sistemi; bu hizmeti kullananlara güvenli, kaliteli ve etkili bir sağlık hizmeti sunmak için, yüksek düzeyde liderlik özellikleri gerektirir. Bu özelliklere ulaşabilmek için de mevcut sistem içerisinde maksimum düzeyde yaratıcılığa ve mevcut ihtiyaçlara cevap verebilecek tüm farklı liderlik yeteneklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu aşamada, sağlık hizmetleri sunumunda ana unsur olan klinisyenlerin sahip olduğu liderlik özelliklerinin ise, karar verme süreçlerine farklı bakış açıları ve çözüm önerileri getireceği düşünülmektedir. Klinik liderlik kavramı, lider rolü üstlenen klinisyenlerde bulunması gereken liderlik özelliklerini bir araya getiren bir kavramdır. Klinik liderlik; bir sağlık kurumu dâhilinde, bölümdeki, birimdeki ya da kurumdaki klinisyenlerin, hastaya birebir hizmet sunumunun yanı sıra bu hizmet sunumunun çok daha iyi olması için gayret göstermesi ve bu gayretle politikaları, prosedürleri ve sistemleri değiştirme gücü ve yeteneğidir. Bu çalışmanın amacı; klinik liderlik ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak bu ölçeği ulusal literatüre kazandırmak ve yine bu ölçek aracılığıyla, Türkiye kamu hastanelerinde görev yapan klinisyenlerin sahip olduğu klinik liderlik özelliklerini belirleyip değerlendirerek, bu özelliklerden hareketle politika yapıcılara ve hizmet sunucularına önerilerde bulunmaktır. Çalışmada, nicel araştırma yöntemlerinden birisi olan ölçek uygulama tekniği kullanılmış ve uygulama sonucunda elde edilen nicel veriler, yapısal eşitlik modeli ve hipotez testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma, Niğde ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği bünyesinde bulunan kamu hastanelerinde görev yapan hekim ve hemşireler üzerinde uygulanmış olup elde edilen veriler, LISREL 8.7 ve SPSS 20 programları ile analiz edilmiştir. Klinik liderlik ölçeğinin; Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda iyi derecede uyum indekslerine sahip olduğu ve orijinal ölçekteki şekliyle, 5 boyut ve 40 sorudan oluştuğu ortaya konulmuştur. Yine, çalışma sonucunda; meslek ve çalışma birimi değişkenlerinin bir bütün olarak klinik liderlik özelliklerini etkilediği görülürken; yönetim ve klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama değişkenlerininse klinik liderlik ölçeğinin bazı alt boyutlarını etkilediği belirlenmiştir.

### **Anahtar Sözcükler**

Klinik Liderlik, Geçerlik, Güvenilirlik, Kamu Hastaneleri, Hekim, Hemşire

## ABSTRACT

BUDAK, Fatih. *Turkish Validity and Reliability Study of Clinical Leadership Scale: The Case of Niğde Public Hospitals Association*, PhD Dissertation, Ankara, 2016.

Health care services system requires a high level of leadership to provide a delicate, quality and an efficient healthcare service for the users of this service. To attain this, maximum-level creativity and all sorts of leadership skills as a means of fulfilling current necessities within current system are of paramount importance. In that, leadership skills possessed by clinicians who are a main factor in the presentation of health services are considered to bring about new perspectives in decision-making processes and come up with ideas solution-wise. Concept of clinical leadership is a notion that brings together the leadership skills to be had by clinicians who take up the role of leader. Clinical leadership is when clinicians in any given health institute, in any given position provide an effortful service as well as take presented service to new heights with said effort by possessing the will and the skill to change policies, procedures and systems if need be. By making a Turkish validity and reliability study of clinical leadership scale, this study aims to enable said scale in the national literature and via said scale, determine and evaluate clinical leadership skills of clinicians working in Turkish public hospitals to come up with new suggestions for policy-makers and service-providers. Scale implementation method was utilized as one of the quantitative research methods in the study, then obtained quantitative data was put into evaluation using structural equivalence model and hypothesis tests. Study was applied to doctors and nurses working in public hospitals within the body of Association of Public Hospitals, Secretary General in the province of Niğde. Obtained data was analyzed via LISREL 8.7 and SPSS 20 software programs. In wake of study, it was put forth that clinical leadership scale possessed positive fit indexes in the Turkish validity and reliability studies, and was made up of 5 dimensions and 40 questions, as is so in the original scale. It was also observed that occupation and work unit variables affect clinical leadership skills as a whole, while the variable of formal-educatedness in administration and clinical leadership and/or uneducatedness affects some sub-dimensions of the clinical leadership scale.

### Keywords

Clinical Leadership, Validity, Reliability, Public Hospitals, Doctor, Nurse



## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	<b>i</b>
<b>BİLDİRİM</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xiv</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>1. BÖLÜM: LİDERLİK KAVRAMI</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1. LİDERLİK TANIMLARI</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2. LİDERLİK TEORİLERİ</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3. SAĞLIK KURUMLARINDA LİDERLİĞİN ÖNEMİ</b> .....	<b>11</b>
<b>2. BÖLÜM: KLİNİK LİDERLİK</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1. KLİNİK YÖNETİŞİM</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2. KLİNİK LİDERLİK</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3. NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) VE KLİNİK LİDERLİK</b> .....	<b>23</b>
<b>2.4. KLİNİK LİDERLİK YETKİNLİK ÇERÇEVESİ</b> .....	<b>27</b>
2.4.1. Kişisel Özellikler Alanı .....	<b>29</b>
2.4.1.1. Kişisel Farkındalığın Gelişimi .....	<b>30</b>
2.4.1.2. Kendi Kendini Yönetim .....	<b>30</b>
2.4.1.3. Kişisel Gelişimin Devam Ettirilmesi.....	<b>31</b>
2.4.1.4. Dürüst Davranmak .....	<b>31</b>
2.4.2. Diğerleriyle Çalışma Alanı .....	<b>32</b>
2.4.2.1. İletişim Geliştirme .....	<b>33</b>
2.4.2.2. İlişkilerin Oluşturulması ve Sürdürülmesi .....	<b>33</b>
2.4.2.3. Cesaret Verici Katkı .....	<b>34</b>
2.4.2.4. Ekipler Hâlinde Çalışma .....	<b>34</b>

2.4.3. Hizmetlerin Yönetimi Alanı .....	35
2.4.3.1. Planlama .....	36
2.4.3.2. Kaynak Yönetimi .....	36
2.4.3.3. İnsan Yönetimi .....	37
2.4.3.4. Performans Yönetimi .....	37
2.4.4. Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı .....	38
2.4.4.1. Hasta Güvenliğinin Sağlanması .....	39
2.4.4.2. Eleştirel Değerlendirme.....	39
2.4.4.3. İyileştirme ve İnovasyona Cesaretlendirme .....	40
2.4.4.4. Dönüşümün Kolaylaştırılması.....	40
2.4.5. Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı .....	41
2.4.5.1. Değişim İçin İçeriğin Belirlenmesi .....	42
2.4.5.2. Bilgi ve Kanıtların Kullanılması .....	42
2.4.5.3. Karar Verme .....	43
2.4.5.4. Etkinin Değerlendirilmesi .....	43
<b>3. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>44</b>
<b>3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....</b>	<b>44</b>
<b>3.2. PROBLEM CÜMLESİ .....</b>	<b>46</b>
<b>3.3. ARAŞTIRMANIN DÜZENLENMESİ.....</b>	<b>46</b>
<b>3.4. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ.....</b>	<b>48</b>
<b>3.5. VERİ TOPLAMA ARACI.....</b>	<b>57</b>
<b>3.6. EVREN VE ÖRNEKLEM .....</b>	<b>58</b>
<b>3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....</b>	<b>61</b>
<b>3.8. VERİLERİN ANALİZİ.....</b>	<b>62</b>
3.8.1. Klinik Liderlik Ölçeğinin Geçerlik, Güvenilirlik Analizleri.....	63
3.8.1.1. Klinik Liderlik Ölçeğinin Dil Geçerliği .....	63
3.8.1.2. Klinik Liderlik Ölçeğinin Kapsam (İçerik) Geçerliği .....	64
3.8.1.3. Klinik Liderlik Ölçeğinin Yapı Geçerliği .....	68
3.8.1.4. Klinik Liderlik Ölçeğinin Güvenilirlik Analizleri .....	77
<b>4. BÖLÜM: BULGULAR.....</b>	<b>80</b>
<b>4.1. TANIMLAYICI BULGULAR .....</b>	<b>80</b>
4.1.1. Çalışmaya Katılan Klinisyenlerin Kişisel Özellikleri .....	80

4.1.2. Çalışmaya Katılan Klinisyenlerin Örgütsel Özellikleri.....	83
4.1.3. Klinik Liderlik Ölçeği'ne Ait Alt Boyutların Ortalama Puanları ve İlişki Analizleri.....	84
<b>4.2. KLİNİK LİDERLİK BULGULARI .....</b>	<b>87</b>
4.2.1. Klinik Liderlik Süreciyle İlgili Klinisyenlerin Görüşleri .....	87
4.2.2. Araştırmaya Katılan Klinisyenlerin Sosyo Demografik Özelliklerinin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu.....	94
4.2.2.1. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Cinsiyet Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu.....	95
4.2.2.2. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Yaş Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu .....	96
4.2.2.3. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Medenî Durum Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu .....	97
4.2.2.4. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Eğitim Durumu Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu .....	98
4.2.2.5. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Meslek Grubu Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu .....	99
4.2.2.6. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Bulunulan Kurumdaki Toplam Çalışma Süresi Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu .....	101
4.2.2.7. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Meslekteki Toplam Çalışma Süresi Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu ....	102
4.2.2.8. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Alıp Almama Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu .....	104
4.2.2.9. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alıp Almama Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu .....	105
4.2.2.10. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Klinik Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alıp Almama Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu.....	106

4.2.2.11. Araştırmaya Katılan Klinisyenlerin Buldukları Hastane Türü Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu .....	108
4.2.2.12. Araştırmaya Katılan Klinisyenlerin Buldukları Birim Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu .....	109
<b>5. BÖLÜM: TARTIŞMA.....</b>	<b>113</b>
<b>6. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>122</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>132</b>
<b>EK 1. KLİNİK LİDERLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ.....</b>	<b>146</b>
<b>EK 2. KLİNİK LİDERLİK ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>147</b>
<b>EK 3. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL İZİNİ .....</b>	<b>151</b>
<b>EK 4. NİĞDE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ÖLÇEK UYGULAMA İZİNİ.....</b>	<b>152</b>
<b>EK 5. ORJİNALLİK RAPORU .....</b>	<b>153</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>155</b>

## KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACHS	: The Australian Council on Healthcare Standards
AICD	: Australian Institute of Company Directors
BMJ	: British Medical Journal
BOA	: British Orthopaedic Association
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CLCF	: Clinical Leadership Competency Framework
DÇA	: Diğerleriyle Çalışma Alanı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ELH	: e-Learning for Healthcare
FMLM	: Faculty of Medical Leadership and Management
GMC	: General Medical Council
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
GW	: The George Washington University
HİA	: Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı
HRSA	: Health Resources and Services Administration
HYA	: Hizmetlerin Yönetimi Alanı
KHB	: Kamu Hastaneleri Birliği
KHK	: Kamu Hastaneleri Kurumu
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KLÖ	: Klinik Liderlik Ölçeği
KÖA	: Kişisel Özellikler Alanı
MLCF	: Medical Leadership Competency Framework

MRC	: Medical Royal College
NCL	: Newcastle University
NHB	: National Health Board
NHS	: National Health Services
RCN	: Royal College of Nursing
RCPL	: Royal College of Physicians of London
RCS	: Royal College of Surgeons
SB	: Sağlık Bakanlığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USC	: University of the Sunshine Coast
USES	: Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi
VHA	: Victorian Healthcare Association
VQC	: Victorian Quality Council
WHO	: World Health Organization
YKA	: Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu

## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bazı Yazarlar Tarafından Yapılan Liderlik Tanımları .....	5
Tablo 2. Özellikler Teorisine Göre Başarılı ve Başarısız Liderleri Birbirinden Ayıran Özellikler.....	7
Tablo 3. Klinik Liderlik Ölçeği Alt Boyutları ve Cevap Değerleri .....	57
Tablo 4. Çalışma Evrenindeki Klinisyenlerin Sayı ve Yüzdeler Dağılımları .....	59
Tablo 5. Çalışma Evrenindeki Klinisyenlerin Hastanelere Göre Dağılımı.....	59
Tablo 6. Araştırma Evrenine Hekim ve Hemşire Düzeyinde Ulaşılma Oranları.....	60
Tablo 7. Uzman Sayılarına Göre Olması Beklenen En Küçük KGO Değerleri .....	65
Tablo 8. KLÖ'ye Yönelik Uzman Görüşlerinin Toplanması ve Kapsam Geçerlik Oranlarının Elde Edilmesi.....	66
Tablo 9. Klinik Liderlik Ölçeğinin Alt Boyutlarına Ait KGİ Değerleri .....	67
Tablo 10. KLÖ'ye Ait KMO ve Barlett's Küresellik Test Sonuçları .....	69
Tablo 11. Klinik Liderlik Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Veri-Model Uyum İndeksleri .....	71
Tablo 12. İlişkili Beş Boyutlu Modele İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Değerleri ....	74
Tablo 13. KLÖ'ye Ait Madde Toplam Korelasyonları, $\alpha$ ve $\omega$ Değerleri .....	78
Tablo 14. Çalışmaya Katılan Klinisyenlerin Sahip Olduğu Tanımlayıcı Özellikler .....	81
Tablo 15. Çalışmaya Katılan Klinisyenlerin Sahip Olduğu Tanımlayıcı Özelliklerin, Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı.....	82
Tablo 16. Klinisyenlerin Görev Yaptığı Ana Bölümler ve Alt Birimler .....	83
Tablo 17. Çalışmaya Katılan Klinisyenlerin Sahip Olduğu Örgütsel Özelliklerin, Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı.....	84
Tablo 18. Klinik Liderlik Ölçeğine Ait Alt Boyutların Ortalama Puanları ve İlişki Analizleri .....	86
Tablo 19. Klinisyenlerin, Klinik Liderlik Sürecinde Kişisel Özellikler Alanı Boyutuyla İlgili Görüşleri .....	88
Tablo 20. Klinisyenlerin, Klinik Liderlik Sürecinde Diğerleriyle Çalışma Alanı Boyutuyla İlgili Görüşleri.....	89
Tablo 21. Klinisyenlerin, Klinik Liderlik Sürecinde Hizmetlerin Yönetimi Alanı Boyutuyla İlgili Görüşleri.....	91

Tablo 22. Klinisyenlerin, Klinik Liderlik Sürecinde Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı Boyutuyla İlgili Görüşleri.....	92
Tablo 23. Klinisyenlerin, Klinik Liderlik Sürecinde Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı Boyutuyla İlgili Görüşleri.....	93
Tablo 24. Klinik Liderlik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Normallik Testleri.....	94
Tablo 25. Cinsiyet Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	95
Tablo 26. Yaş Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	96
Tablo 27. Medenî Durum Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	97
Tablo 28. Eğitim Durumu Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	98
Tablo 29. Meslek Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	99
Tablo 30. Bulunulan Kurumdaki Çalışma Süresi Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	101
Tablo 31. Meslekteki Çalışma Süresi Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	103
Tablo 32. Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumu Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	105
Tablo 33. Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumu Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	106
Tablo 34. Klinik Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumu Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	107
Tablo 35. Bulunulan Hastane Türü Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	108
Tablo 36. Çalışma Birimi Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	111
Tablo 37. Çalışma Hipotezleri Karar Tablosu.....	112



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlıkta Liderlik Davranışının Dokuz Boyutu .....	13
Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Sistemi Kapsamında Klinik Yönetişim Sistemi .....	16
Şekil 3. NHS Liderlik Kalite Çerçevesi .....	25
Şekil 4. Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi.....	28
Şekil 5. Kişisel Özellikler Alanı.....	29
Şekil 6. Diğerleriyle Çalışma Alanı .....	32
Şekil 7. Hizmetlerin Yönetimi Alanı .....	35
Şekil 8. Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı .....	38
Şekil 9. Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı .....	41
Şekil 10. Araştırma Modeli .....	48
Şekil 11. Klinik Liderlik Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Yol Şeması.....	76

## GİRİŞ

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tıp Enstitüsü, sağlık hizmetlerinde kaliteyi; bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin istenilen sağlık sonuçlarına erişme olasılığını artırma ve mevcut meslekî bilgiyle uyumlu olma derecesi şeklinde tanımlarken (Lohr, 1990: 21), Brook ve Williams (1975: 134) ise, sağlık hizmetlerinde kaliteyi; teknik kalite ve tedavi sanatının bir kombinasyonu olacak şekilde formüle etmiş ve buradaki teknik kaliteyi, teşhis, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin modern tıbbı, bilimsel norm ve standartlara uygunluğu olarak; tedavi sanatını ise, sunulan hizmetin hasta memnuniyetini sağlama başarısı olarak ifade etmiştir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 470; Taylor, 1994: 228). Gerek bu tanımlamalar ve gerekse ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı'nın geliştirmiş olduğu kalite iyileştirme prensipleri (sistem ve sürecin bir parçası olmak, hastalara odaklanmak, takımın bir parçası olduğuna odaklanmak, veri kullanımına odaklanmak) incelendiğinde (HRSA, 2011: 1), sağlık hizmetleri sunumunda amaçlanan sürekli kalite iyileştirme çalışmalarının temelinde liderlik özelliklerinin bulunduğu görülmektedir.

Son yıllardaki uluslararası çalışmalarda, liderlik; klinik çalışmaların ve klinisyenlerin (hekim, hemşire vb.) merkezî konumunda bulunan odak nokta olarak dikkat çekmektedir (Howieson ve Thiagarajah, 2011: 9). Sağlık hizmetleri sunumunda liderlik; yalnızca yüksek sağlık bakım standartlarını sürdürmek için değil, aynı zamanda mükemmel seviyeye ulaşmak adına, hizmetlerin dönüşümü için de gereklidir (Swayne vd., 2006: 7). Özellikle klinik ortamlarda hastayla birebir iletişim hâlinde olan ve hastaya müdahale eden hekim ve hemşirelerin, sağlık hizmetleri sunumunda güvenlik ve kaliteye bakış açılarının ve yine sahip oldukları liderlik özelliklerinin, sağlık hizmetleri sisteminin kalbi konumunda olan klinik hizmetlerde önemli bir yeri olduğu ifade edilmekte ve klinisyenlerin sahip olduğu bu liderlik türüne de klinik liderlik adı verilmektedir (VQC, 2005: 2).

Klinik liderlik, klinik olmayan liderlikle karşılaştırıldığında; hem farklı bir amaca hem de farklı bir etki tabanına sahiptir. Klinik liderlikte odak noktasının, hasta bakımı süresince, kanıta dayalı uygulamaları ve iyileştirilmiş hasta çıktılarına kolaylaştırmak olduğu ileri sürülmektedir. Klinik liderliğin etki tabanı, iki ana kaynağa sahiptir. Bunlar;

takım çalışması ve kişisel klinik uzmanlıktır. Klinik liderlik üzerine yapılan son literatür çalışmalarına bakıldığında, sağlık hizmetleri sunumunda klinisyenlerin anahtar liderlik rolü üstlendikleri ve hekimler arasındaki bu bireysel ve kolektif liderliğin önemli olduğu görülmektedir (Hartley ve Benington, 2010: 30).

Özellikle ABD, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerin yanı sıra; İngiltere’de, National Health Services (NHS) bünyesinde, son on yıldır klinik liderlik üzerine yapılan çalışmaların hız kazandığı görülmektedir (Gauld ve Horsburgh, 2012; VQC, 2005; NHS, 2010). Bu süreçte, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastanelerinde görev yapan klinisyenlerin sahip olduğu klinik liderlik özelliklerinin ortaya konulmasının; gerek sağlık hizmet sunumunun kaliteli ve etkin hâle getirilmesi ve iyileştirilmesinde ve gerekse bu doğrultuda gerçekleştirilecek olan sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir veri kaynağı olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda, tezin amacı; NHS tarafından geliştirilen klinik liderlik ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışmasını yaparak bu ölçeği Türkçe literatüre kazandırmak ve yine bu ölçek aracılığıyla, Türkiye kamu hastanelerinde görev yapan klinisyenlerin sahip olduğu klinik liderlik özelliklerini belirleyip değerlendirerek, bu özelliklerden hareketle politika yapıcılara ve hizmet sunuculara çeşitli önerilerde bulunmaktır.

Bu amaç doğrultusunda, tezin ilk bölümünde liderlik kavram ve teorileriyle birlikte sağlık kurumlarında liderliğin önemi kısaca ele alınırken, ikinci bölümünde; klinik yönetim (clinical governance) ve klinik liderlik (clinical leadership) kavramları, NHS ve klinik liderlik ilişkisi, Klinik Liderlik Ölçeğinin (KLÖ) kaynak modelini oluşturan Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi konuları tartışılmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde, araştırmada kullanılan ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizlerine yer verilirken, araştırma bölümü olan dördüncü bölümde, klinisyenlerin sahip olduğu klinik liderlik özellikleriyle birlikte bu özellikleri etkileyen kişisel ve örgütsel değişkenlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Beşinci bölümde, elde edilen bulgular tartışılırken; son bölümde ise çalışmaya ilişkin sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

## 1. BÖLÜM

### LİDERLİK KAVRAMI

İnsanlık tarihinin başlangıcından günümüze kadar, sosyal bir varlık olarak yaşamını sürdüren insanoğlu; bireysel ve toplumsal beklenti ve zorunluluklarını karşılayabilmek için bir diğerine ihtiyaç duymakta ve gruplar halinde hareket etmektedir (Saylı ve Baytok, 2014: 5). Çünkü hemen herkes, grup yaşantısının özünü oluşturan aidiyet duygusunu yaşamak ve hissetmek ister. İşte bu noktada, grup dinamiklerinin önemli bir ögesi de liderliktir (Macionis, 2012: 163). Liderlik, insanlar arasında sürekli heyecanla ve ilgiyle karşılanan bir konu olmuştur. Liderlik terimi; muzaffer orduları kumanda eden, ışıltılı gökdelenlerin tepesinden kurumsal imparatorlukları yöneten ya da ulusların seyirlerine yön veren güçlü dinamik bireylerin görüntülerini çağrıştırır. Cesur ve zeki liderlerin kahramanlıkları, tarihte birçok destan ve efsanenin de özünü oluşturmaktadır (Yukl, 2010: 19).

Liderlik; tarihi, insan ırkının varlığıyla eş derecede, çok eskilere dayanan ve böyle olmasına rağmen de güncelliğini hiçbir zaman kaybetmeyen, araştırmacıların her zaman yoğun ilgisini çeken konulardan birisidir (Bakan ve Doğan, 2013: 3). Özellikle son yüz yılda, psikoloji alanında önemli bir araştırma konusu olan ve bu sebeple; hakkında binlerce deneysel ve kavramsal çalışmalar yapılan liderlik (Zaccaro ve Klimoski, 2001: 3) doğası itibariyle, aynı zamanda yönetim ve organizasyon alanının da konusudur. Bu sebeptendir ki liderlik kavramı, çok geniş bir alana hitap etmektedir. Liderlik üzerine yazılanlara, konuşulanlara ve verilen eğitimlere bakıldığında, bu kargaşayı en uygun ifade edecek tanımın, liderliğin; bir tropikal orman olarak tanımlandığı ifadesi olacaktır. Ve halen, bu ormanın; fikirler, kitaplar ve uygulamalardan oluşan bitkileri, tek bir insanın hayatı boyunca okuyabileceğinden çok daha fazla bir bilgi üreterek, hızla büyümeye devam etmektedir (Hartley ve Benington, 2010: 1).

En basit şekliyle, internet üzerinden, Google (2016a, 2016b) arama motorunda İngilizce “Leadership” anahtar kelimesi ile yapılan bir taramada, 512 milyon ve yine Türkçe

“Liderlik” anahtar kelimesi ile yapılan taramada ise 2 milyon 900 bin gibi bir sonuç karşımıza çıkmaktadır. Buradan da anlaşılacağı üzere; Stogdill’in (1974: 7) de ifadesiyle, liderliği tanımlamaya çalışan ne kadar çok insan varsa, orada o kadar çok liderlik tanımı vardır.

### 1.1. LİDERLİK TANIMLARI

Oxford Dictionaries (2016a; 2016b) ve Türk Dil Kurumu (TDK) Büyük Türkçe Sözlük, genel olarak liderliği; bir amaç doğrultusunda bir gruba rehberlik etmek ve o grubu yönlendirmek olarak tanımlarken, lideri ise; bir grubu, organizasyonu ya da ülkeyi yöneten kişi olarak tanımlamaktadır (TDK, 2016a; TDK, 2016b). Bugüne kadar, araştırmacılar tarafından, liderlik tanımıyla ilgili birçok çalışma geliştirilmiştir. Bu çalışmaların birçok ortak yanı olmasına rağmen, her biri, liderliğin farklı yönlerini dikkate almıştır. Bazı araştırmacılar, liderliği; grup sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak tanımlarken bazıları da; esasen, bir etki süreci olarak tanımlamaktadır. Yine bazıları, liderliği; bir yapının başlatılması ve hedefe ulaşmada bir başarı enstrümanı olarak görmekte ve hatta son görüşler, liderleri; izleyicilerinin hizmetkârları olarak değerlendirmektedir (Nahavandi, 2000: 4).

Liderlik; bir lider, onun izleyicileri ve mevcut durum arasındaki etkileşim sonucunda oluşan karmaşık bir süreç olarak tanımlanabilir ve bu süreci; aşağıdaki gibi bir fonksiyonla ifade etmek mümkündür (Koçel, 2011: 574):

$$Liderlik = f(Lider, İzleyiciler, Koşullar)$$

Bu üç unsur, liderlik sürecinin anahtarı konumundadır. Batı dünyasında 19. yüzyılın sonlarında liderlik üzerine resmî çalışmalar başladığından bugüne; liderlik kavramı üzerine birçok tanım geliştirilmiştir. Bu tanımlardan bazılarını, Tablo 1.’de görmek mümkündür.

**Tablo 1. Bazı Yazarlar Tarafından Yapılan Liderlik Tanımları**


---

Liderlik; organize olmuş bir grubun hedeflerini belirleme ve bu hedefleri gerçekleştirmeye yönelik faaliyetlerini etkileme süreci (eylemi) olarak değerlendirilebilir (Stogdill, 1950: 3).

---

Liderlik; değişime karşı gösterilen direncin üstesinden gelmek için duyulan ihtiyaç örneğindeki gibi, yapılacak faaliyetlerin yeniden sıralamasını ya da yeni bir düzenlemesini içerir (Bass, 1960: 83).

---

Liderlik, beklentiler ve ilişkiler çerçevesinde yapıyı harekete geçirme ve muhafaza etme davranışıdır (Stogdill, 1974: 411).

---

Liderlik; yetkin yöneticilerin, kendi çalışanlarını, ne yapılması gerektiği yönünde ve yapılması gerekeni gönüllü ve en iyi şekilde yapmaları yönünde etkileme sürecidir (Cribbin, 1981: 13).

---

Liderlik; herhangi bir görevi, hedefi ve projeyi en iyi şekilde gerçekleştirmeleri adına, diğerlerini etkileme sanatıdır (Cohen, 1990: 9).

---

Liderlik; iş görenler tarafından paylaşılan bir vizyona yönelik olarak örgütü yönlendiren hedef, strateji ve uygulamalara yönelik etkinliklere, onların bütün varlıklarıyla katkıda bulunmasını sağlayan sinerjik bir yönetim sürecidir (Aytaç, 2003: 61).

---

Liderlik, yalnızca meslektaşlarını ve astlarını etkilemek değildir. Aynı zamanda; özelde, kamuda ve gönüllü Sivil Toplum Kuruluşlarından bir dizi paydaşlar ve ağlar, giderek önem kazanmaktadır. Bu noktada liderlik; bütün bunları etkileme süreci olarak karşımıza çıkmaktadır (Hartley ve Benington, 2010; 46).

---

Her ne kadar, liderlik kavramı tarihsel süreçte bir gelişim ve değişim geçirse de tarihsel süreç, bizi bilgilendirir ve bugün için liderliği anlamada bize yardım eder (Nahavandi, 2000: 1).

Lider ve liderlik tanımları üzerine en kapsamlı yaklaşım, kişisel özellikler üzerine kurulmuştur. Bu noktada, fikirleriyle başlangıç noktası olarak görülebilecek antik Yunan düşünürlerinden Aristo, Sokrates ve Eflatun gibi isimler, yöneticileri diğer insanlardan ayıran bir dizi bireysel, fiziksel ve sosyal özellikleri yönünden sıralayarak sınıflandırmıştır. Sonraki zamanlarda ise dini inanışlar ya da egemen sınıfların

dayatmalarıyla; Tanrının verdiği güç ya da soylu kan gibi kavramlar, liderlik gücünün temelleri olarak görülmüştür (Barutçugil, 2014: 26). Özellikle sosyal, politik ve askeri alandaki büyük liderlerin sahip oldukları niteliklerin doğuştan geldiği düşünülmüş ve onların doğal liderler oldukları varsayılmıştır. Bu tür liderlerin, başkalarının sahip olmadığı bu özelliklerle dünyaya geldiklerine ve sadece “büyük adam”ların bu özelliklere sahip olabileceklerine inanılmıştır (Northouse, 2001: 15).

Bu “büyük adamlar” insanlık tarihinden günümüze kadar geçen süre içerisinde mevcut olmakla birlikte, ilk kez Thomas Carlyle tarafından felsefi bir dille, 1840 yılında yayımlanan “Kahramanlar Üzerine / On Heroes” adlı eserde incelemiştir. Carlyle’ye göre, dış dünyada mükemmel ve hazır görünen her şey maddi bir varlık gibi görünse de, kaynağını büyük adamların düşüncelerinden almıştır. Ona göre insanlık tarihi, büyük adamların tarihidir (Carlyle, 1840: 3). Yine; 1850 yılında Ralph Waldo Emerson tarafından yayımlanan “Örnek Adam / Representative Man” eseri ile Francis Galton’un 1869 yılında yayımlanmış olan “Kalıtsal Deha / Hereditary Genius” adlı eseri de büyük adamları ve kahramanları incelemektedir (Adasal, 1979: 230). Bu ve benzeri çalışmaların, liderlik araştırmalarında “büyük adam” düşüncesini hızlandırdığı ifade edilebilir.

## 1.2. LİDERLİK TEORİLERİ

Temelinde Büyük Adamlar Teorisi’nin bulunduğu varsayılan geleneksel liderlik yaklaşımlarından ilki, **Özellikler Teorisi**’dir. Bu teoriye göre; bir kişinin, herhangi bir gruba liderlik etmesini sağlayan temel sebep, bu kişinin sahip olduğu kişisel özelliklerdir. Bu konuda yapılan ilk çalışmalar, Büyük adamlar Teorisi’ne dayanmaktadır. Bu teorinin özünü ise; geçmişte insanları büyük yapan liderlik özelliklerini belirleme ve bu özelliklere sahip olan kişileri, geleceğin lideri olarak seçme ve bu özellikleri geliştirme oluşturmaktadır (Daft, 2010: 415; Aksel, 2012: 34). Başka bir deyişle; belirli bir grup içinde bir kişinin lider olarak belirmesi (kabul edilmesi) ve grubu yönetmesinin nedeni, bu kişinin sahip olduğu özelliklerdir. Lider, bu özellikler itibarıyla, diğer grup üyelerinden farklı bir kişidir. Bu teoriye göre lider, fiziksel ve kişilik özellikleri açısından, izleyicilerden farklıdır. Bu anlayışın sonucu olarak,

liderlerin hangi açılardan izleyicilerden farklı olduğunu açıklayabilmek için, yüzlerce araştırma yapılmıştır (Scoat vd., 1981: 143; Koçel, 2011: 575-576).

Özellikler teorisi kapsamında yapılan ilk çalışmaların büyük bir çoğunluğunda temel yaklaşım; liderleri lider olmayanlarla kıyaslayarak fiziksel özellik, kişilik ve yetenek olarak ne tür farklılıkların var olduğunu ortaya çıkarmak olmuştur (Yukl, 1989; 174). Bu araştırmalar neticesinde, başarılı ve başarısız liderleri birbirinden ayırmada, üzerinde en çok durulan özellikler, Tablo 2.'de sunulmuştur (Güney, 2015: 371).

**Tablo 2. Özellikler Teorisine Göre Başarılı ve Başarısız Liderleri Birbirinden Ayıran Özellikler**

Yaş	Bilgi
Boy	Yöneticilik Yeteneği
Cinsiyet	İş Başarma Yeteneği
Zekâ	İkna Gücü Yeteneği
Olgunluk	İleriye Görebilme Yeteneği
Yakışıklılık	Güzel Konuşma Yeteneği
Güzel Konuşma	Kişiler Arası İlişki Kurabilme Yeteneği
Dürüstlük	İnisiyatif Kullanabilme
Samimiyet	Adaletli Olma
Özgüven	Hissel olgunluk
Başkalarına Güven verme	Kararlılık

**Kaynak:** Güney (2015: 371)



Zaman içerisinde, özellikler teorisine getirilen;

- Başarılı liderlerin özelliklerini sınıflarken, tutarlı bir şablonun ortaya konulamaması,
- Başarılı liderlerin belirlenmesinde, çoğunlukla fiziksel karakterlerin ortaya konulması,
- Bir grup içerisinde, liderin kişisel ve bireysel özelliklerinden daha fazlasına sahip olanlar bulunmasına rağmen, bu kişilerin lider olamamaları,
- Bazı etkili liderlerin, birbirleriyle aynı özelliklere sahip olmamaları,
- Liderlerin kişisel özelliklerin ölçmede, güçlükler yaşanması,

gibi eleştiriler, bu teorinin, liderlik sürecini açıklamada yetersiz kaldığını ortaya koymuş ve araştırmacılar, dikkatlerini, liderliğe konu olan grup ya da yapıların işleyişine çevirmiştir (Robbins ve Judge, 2012: 349; Bakan ve Doğan, 2013: 12; Avcı ve Topaloğlu, 2009: 4-5).

Liderin sahip olduğu özellikler yerine, grup içerisinde liderin izleyicilerine “nasıl” davrandığına ve “ne” yaptığına bakılması gerektiğine yönelik çalışmalar ortaya konulmuş ve böylelikle, **Davranışsal Teoriler** ortaya çıkmıştır (Koçel, 2011: 577; Tengilimoğlu, 2005: 4).

Liderlik sürecini açıklamaya çalışan davranışsal teorinin ana fikri; liderleri başarılı ve etkin yapan hususun, liderin özelliklerinden çok, liderin liderlik yaparken gösterdiği davranışlar, liderlik yaptığı grubu oluşturan insanlarla ilişkilerin özellikleri olduğudur. Liderin astları ile iletişim şekli, yetki devredip devretmemesi, karar verme tarzı, planlama ve kontrol şekli, amaçları belirleme şekli, anlaşmazlıkları çözüm şekli vb. gibi davranışlar, liderin etkinliğini belirleyen önemli faktörler olarak ele alınmıştır. Dolayısıyla bu teori; liderin kendisi kadar, izleyicilerine de ağırlık vermiştir (Koçel, 2011: 577; Owens, 1976: 226). Özellikler teorisi araştırmaları, liderlik için doğru kişiyi seçebilmenin temel olduğunu öne sürerken; davranışçı teoriler, kişilerin lider olabilmeleri için eğitilebileceğini savunmuştur (Robbins ve Judge, 2012: 380).

Davranışsal teorilerin gelişiminde, liderlerin sergiledikleri davranış tarzlarını araştıran birçok teorik çalışma ve uygulamalı araştırmalar yapılmıştır. Yönetim bilimciler tarafından gerçekleştirilen ve davranışsal teorilere temel oluşturan başlıca çalışmalar, aşağıdaki gibi ifade edilebilir (Koçel, 2011: 578-583; Tengilimoğlu, 2005: 4-5) :

- Ohio State Üniversitesi Liderlik Çalışmaları
- Michigan Üniversitesi Liderlik Çalışmaları
- Blake ve Mouton'un Yönetimsel Diyagram Modeli
- McGregor'un X ve Y Teorileri
- Likert'in Sistem 4 Modeli

Bu çalışmalar neticesinde elde edilen bulgular ışığında çeşitli lider davranışları belirlenmiştir. Belirlenen bu davranışlar sınıflandırılarak liderlik tarzları saptanmış ve bu liderlik tarzlarının etkinlikleri araştırılmıştır. Netice itibariyle; davranış yaklaşımlarında liderliğin “görev yönelimli” ve “ilişki yönelimli” olmak üzere iki genel davranış çeşidinden oluştuğu belirlenmiştir (Bakan ve Doğan, 2013: 13; Sayılı ve Baytok, 2014: 44; Paksoy, 2002: 171).

Genellikle yönetimde “tek ve en iyi” yönetim tarzı bulunduğunu savunan davranışsal teorilerin, liderlik sürecinin oluştuğu çevreye ve koşullara ağırlık vermemeleri, bu görüşlerin de zayıf tarafı olmuş ve bu teorilere getirilen eleştiriler neticesinde; en uygun liderlik davranışının, koşullara ve durumlara göre değişebileceği ifade edilmiştir (Huse ve Bowditch, 1977: 237). Bu durumda, liderlik fonksiyonunun üçüncü değişkeni olan “koşullar” değişkeni önem kazanmaya başlamış, liderlik olayının oluştuğu koşulların da liderlik sürecinde önem taşıdığı görüşüne ağırlık verilmeye başlanmış ve böylelikle, **Durumsallık Teorileri** ortaya çıkmıştır (Bakan ve Doğan, 2013: 21).

Durumsallık teorilerinin temel felsefesi; her zaman ve her yerde geçerli mutlak bir liderlik tarzının olmadığı; duruma göre bazen izleyicilerin yerine getirdikleri göreve önem veren liderlik tarzı ve bazen de bireylerin kişiliğine önem veren liderlik tarzının daha etkili olabildiği yönündedir (Gibson vd., 2009: 323).

Bu teoriye göre; bazı durumlar bazı insanlarda, diğer durumlar da başka insanlarda liderlik duyguları uyandıracaktır. Bu sebeple liderlik hakkında genel bir kanıda bulunmak doğru değildir (Uğurluoğlu, 2009: 61). Hellriegel, Slocum ve Woodman'a (1986: 311) göre, içinde bulunulan durumu belirleyen ve liderin davranışları ile başarısını etkileyen dört faktör vardır. Bunlar;

- Liderin kişisel özellikleri,
- İzleyenlerin kişisel özellikleri,
- Grubun özellikleri,
- Örgütün yapısal özellikleridir.

Durumsal teoriler de tıpkı davranışsal teoriler gibi, çeşitli bilimsel çalışmalar neticesinde ortaya çıkmıştır. Durumsal teorilere temel oluşturduğu varsayılan başlıca çalışmalar şunlardır (Bakan ve Doğan, 2013: 21) :

- Fiedler'in Etkin Liderlik Modeli
- Amaç – Yol Modeli
- Reddin'in Üç Boyutlu Liderlik Modeli
- Hersey ve Blanchard'ın Yaşam Eğrisi Modeli
- Vroom – Yetton'un Normatif Liderlik Modeli

Yirminci yüzyılın son çeyreğinde bütün dünyada ve özellikle iş dünyasında yaşanan köklü değişimlere neden olan durumların ortaya çıkmasıyla birlikte, eski paradigmaların çözüm üretme yetenekleri de zayıflamış ve bunların yerine, bilimsel çalışmalarda **Modern Liderlik Yaklaşımları** olarak isimlendirilen; Lider-Üye Etkileşim Teorisi, Stratejik Liderlik, Karizmatik Liderlik, Dönüştürücü Liderlik, Hizmetkâr Liderlik, Otantik Liderlik, Duygusal Liderlik, vb. isimlendirmelerle yeni liderlik teorileri ortaya çıkmıştır ve çıkmaya da devam etmektedir (Bakan ve Doğan, 2013: 39; Sayılı ve Baytok, 2014: 111).

### 1.3. SAĞLIK KURUMLARINDA LİDERLİĞİN ÖNEMİ

Dünya üzerindeki her insan, sağlık hizmetine ihtiyaç duyar. Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (GSYH) içerisinde, sağlık hizmetlerine yönelik yüksek oranlarda harcamalar yapılır. Hükümetler, sağlık hizmetleri sunumu üzerinden değerlendirilir. Nüfus, sağlık tarafından belirlenir ve neredeyse herkes, sağlık hizmet sunumuyla bir şekilde ilgilidir. Gerek ulusal ve yerel düzeyde ve gerekse sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki bireysel iletişim düzeyinde sağlık hizmet sunumunu organize etmek ve yönetmek, karmaşık bir iş ve sorumluluktur. Bu sebeptendir ki sağlık hizmetleri genellikle büyük kurum ve kuruluşlarca gerçekleştirilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti'nde, GSYH içerisinde sağlık harcamalarının oranı %5,4 seviyelerinde olup (TÜİK, 2015) 2014 yılı Sağlık İstatistik Yıllığı verilerine göre; Sağlık Bakanlığı (SB) bünyesinde 1.528 hastane, 206.836 yatak ve 760.322 sağlık personeli bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015: 141). Herkes için yüksek kaliteli sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi için, böylesine devasa büyüklükteki sistemleri etkinleştirmek gerekmektedir (Jonas vd., 2011: 1).

Hizmet sektörü içerisinde önemli bir konuma ve paya sahip olan sağlık sektörü, emek yoğun bir alan olmasının yanı sıra bir bütün olarak insan sağlığını iyileştirme amacı taşıması sebebiyle de devasa bir sektör olarak ekonomik sistem içerisinde yer almaktadır (Keklik, 2012: 74). Yine; küresel olarak sağlık sektörü dikkate alındığında, sektörün pek çok güçlük ve çözülmesi beklenen birçok problemle karşı karşıya olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri sektörü ve bu hizmeti veren kurumlar, değişken ve karmaşık çevre koşulları altında rekabet etmek ve sundukları hizmetleri en uygun şekilde (etkili, ucuz ve kaliteli) sunmanın yollarını bulmak zorundadır (Uğurluoğlu, 2009: 149). İşte, bütün bu sebeplerden dolayıdır ki liderlik; diğer organizasyonlara kıyasla, sağlık kurumlarında hayati derecede büyük bir öneme sahiptir (The Governance Institute, 2009: 1).

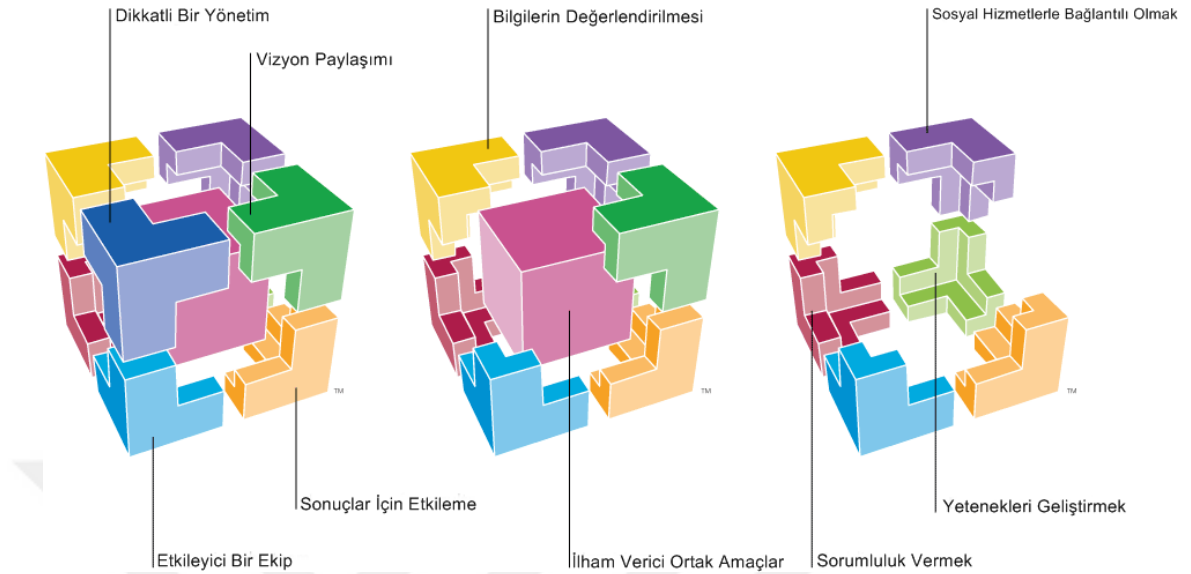
Kuşkusuz ki sağlık kurumlarında liderlik, sağlık dışındaki diğer kamu veya özel sektörlere kıyasla çok daha zordur (Nicol, 2012: 60). Çünkü sağlık sektörü, gerek çevresel ve gerekse örgütsel açıdan karmaşık bir yapıya sahiptir ve sağlık sektöründeki

bu karmaşıklık, liderlik gelişimi ve uygulamaları için çevresel ve örgütsel faktörlerin birleşiminden kaynaklanan özel zorluklar yaratır. Çevre açısından bakıldığında; sağlık kurum ve kuruluşları, büyük ölçüde kendi kontrolleri dışında düzenleyici çevresel faktörlerle karşı karşıyadır. Örgütsel açıdan bakıldığında ise; sağlık organizasyonları, düzensiz bir iç koordinasyona sahip olmalarından dolayı kötü bir üne sahiptir. Örgütün hem klinik hem de idari yönden çoklu meslekî hiyerarşiye sahip olması, kurum içi organizasyon ve koordinasyon için büyük zorluklar oluşturur. Bu da genellikle yöneticiler ve klinisyenler arasındaki kültürel uçurumun bir neticesi olarak ifade edilir (McAlearney, 2006: 968). Sağlık hizmet sektöründeki bu çevresel ve örgütsel uyumsuzlukların giderilebilmesi ve eşgüdümün sağlanabilmesi için de sağlık sisteminin her kademesinde, etkili liderlik, hayati önem arz etmektedir.

Sağlık kurumlarında liderlik; aynı zamanda sağlık hizmet sunumunda sürekli kalite iyileştirme aşamalarının ve örgütün yönetim süreçlerindeki gelişimin merkezî odak noktası olarak da görülmektedir (Hartley vd., 2008: 7). Çünkü sağlık hizmet sunum kalitesinin sürekli iyileştirilmesi gerekliliği; sağlık sektöründe, sunulan hizmetin süreç ve işlevlerinin müşteri (sağlık hizmeti kullananlar ve bu hizmetten etkilenenler) beklentilerine uygun olarak gerçekleştirilmesi için bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır (Kaya, 2005: 32 ).

Şayet, genel anlamda liderlik; amaçların gerçekleştirilmesi için insanları etkileme süreci olarak düşünülürse, bu amaçlar doğrultusunda, sağlık kurumlarında çalışan herkes, çeşitli zamanlarda liderlik özellikleri gösterebilir (Hartley ve Benington, 2010: 26). Bu varsayımdan hareketle, sağlık çalışanlarında bulunması gereken liderlik davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalardan birisi de İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin 2013 yılında ilk versiyonunu yayımladığı ve hâlen çalışmalarına devam edilen Sağlık Kurumları Liderlik Modelidir (NHS, 2013: 4). Bu model, sağlık çalışanlarında bulunması gereken liderlik davranışlarının dokuz boyutunu ortaya koymaktadır.

### Şekil 1. Sağlıkta Liderlik Davranışının Dokuz Boyutu



**Kaynak:** NHS (2013: 4)

Şekil 1.'de de görüldüğü üzere; Sağlık Kurumları Liderlik Modeli, liderlik davranışının dokuz boyutu üzerine kurgulanmıştır. Bu dokuz boyut, genel olarak bütün sağlık kurumları çalışanlarının ortak liderlik davranışları olarak ifade edilebilir. Merkezine 'İlham Verici Ortak Amaçlar'ı alan model; bu amaçlar etrafında bir araya gelen "Dikkatli Bir Yönetim, Etkileyici Bir Ekip, Vizyon Paylaşımı, Sonuçlar İçin Etkileme, Bilgilerin Değerlendirilmesi, Sorumluluk Vermek, Sosyal Hizmetlerle Bağlantılı Olmak ve Yetenekleri Geliştirmek" boyutlarından oluşmaktadır (NHS, 2013: 3).

Öte yandan, gösterilen liderlik türleri açısından, sağlık çalışanları arasında (hastane yöneticisi, tıbbi yönetici, klinisyenler ve diğerleri) farklı liderlik uygulamaları görmek mümkündür. Bunlardan birisi ve belki de en önemlisi, klinisyenlerin (hekim ve hemşirelerin) sahip oldukları ya da olmaları gereken ve literatürde klinik liderlik olarak adlandırılan liderlik türüdür (NHS, 2009: 27).

## 2. BÖLÜM

### KLİNİK LİDERLİK

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1946 yılında kabul edilen ve 1948 yılında yürürlüğe giren tüzüğünde, sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hâli olarak tanımlanmıştır (WHO, 1946; World Health Forum, 1988: 30). DSÖ tarafından yapılan bu sağlık tanımının zor yönü ise, oldukça kapsamlı oluşudur (Çelik, 2013: 26). Burada hedeflenen tam iyilik hâline erişebilmek için, toplumun neredeyse bütün kesimlerini, kurum ve kuruluşlarını içine alan, kapsamlı bir sağlık hizmetleri sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Bir bütün olarak sağlık hizmetleri sistemi; amaç ve işleyiş açısından birbirinden farklı kurum, meslek ve kişilerin karmaşık ilişkilerinden oluşurken, ayrıntılı bir bakış açısıyla; bu çok sayıdaki meslek grubuna dâhil olan kişi ve kurumların, bir düzen içerisinde, etkileşim hâlinde olduğu görülebilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 54). Aynı zamanda; sağlık hizmetlerinin, sanat ve bilimin birleşiminden oluştuğu ve bu sebeple, teknolojik ve bilimsel özellikleriyle karmaşık bir sektör olduğu da ifade edilmektedir (Lipsitz, 2012: 1-2). Bütün bu karmaşıklığın yanı sıra, merkezine insanı alan, insana yönelik bir faaliyetler bütünü olarak tanımlanabilecek sağlık hizmet sunumunun nasıl iyileştirilebileceğine dair bilinçli kararlar alabilmek için; sağlık hizmetleri sisteminin ve alt sistemlerinin işleyişinin bilinmesi, bu hizmeti sunan ve sunulan hizmeti yalnızca bilim ve teknolojiyle değil de aynı zamanda insanları ve insan davranışlarını anlayarak gerçekleştiren sağlık çalışanlarıyla ilişki içerisinde olunması; sağlık hizmet sunumu ve yönetimi açısından önemlidir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010: 35; Walsh, 2010: 1). Sağlık hizmetlerinde liderlik, yalnızca yüksek sağlık bakım standartlarını sürdürmek için değil, aynı zamanda mükemmel seviyeye ulaşmak adına, hizmetlerin dönüşümü için de gereklidir (Swayne vd., 2006: 7). Lider yokluğu; örgütsel eksiklikle ilişkilendirilirken, liderlik; yüksek performans gösteren kuruluşların önemli bir bileşeni olarak tanımlanmakta, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için, merkezî etken olarak görülmektedir (RAND Europe, 2013: 11). Kaliteli sağlık hizmeti ise, bu hizmetin sunulduğu klinik ortamlarda, en uygun klinik yönetim sistemini oluşturmakla mümkün olacaktır.

## 2.1. KLİNİK YÖNETİŞİM

Klinik yönetişim; sağlık bakım hizmetlerinde, sürekli kalite iyileştirme çalışmalarını merkezine alarak, klinik hizmetleri iyileştirecek en uygun çevreyi oluşturacak yüksek standartların belirlenmesi ve bu standartların devamlılığı için gerekli yönetsel şartların oluşturulması şeklinde tanımlanabilir (Freeman, 2003: 50; Halligan ve Donaldson, 2001: 7). Klinik yönetişim sistemi ise, klinik hizmetlerin iyileştirilmesi için gerekli olan bu şartların birleşiminden oluşan; merkezine hasta deneyimlerinden yola çıkarak sürekli kalite iyileştirmeyi alan, belirli amaç ve kapsamı bulunan, bu amaç ve kapsamlar doğrultusunda klinik liderlik özelliklerinden yararlanarak hizmette kalite kültürü oluşturan, klinik yönetişim araçlarını kullanarak klinik takiplerde bulunan ve bütün bu işleyişin neticesinde değerlendirme ve öğrenme yoluyla klinik hizmetlerin iyileştirilmesini sağlayan bir işleyiş bütünü olarak tanımlanabilir (Starey, 1999: 1).

Scally ve Donaldson'a (1998: 61) göre, klinik yönetişimin iki temel amacı vardır. Bunlar; sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve hesap verilebilirliği geliştirmektir. Klinik yönetişimi, diğer sektörel yönetişimlerden ayırt eden en önemli özellik ise; klinik sistemlerin büyük ölçüde beşeri sermayeden ve insan biyolojisi ve psikolojisi karmaşıklığı ile yapılan işlerden oluşuyor olmasıdır. Klinik yönetişimin ulaşmak istediği birçok hedef vardır. Bu hedefler, aşağıdaki gibi sıralanabilir (AICD, 2011: 2):

- Artan sağlık hizmet sunumu ve hasta memnuniyeti
- Kalite kontrol ve kalite iyileştirme
- Kültürel değişim
- Risk azaltma
- Yasal ve mevzuata uygun olma (Yönetici sorumluluğunun bulunması)
- Maliyet yönetimi (Verimlilik, daha az sigorta ve dava masrafları)
- Rekabet avantajı
- Hesap verebilirlik ve paydaş memnuniyeti, olarak ifade edilebilir.



**Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Sistemi Kapsamında Klinik Yönetişim Sistemi**



**Kaynak:** AICD (2011: 9)

Sağlık hizmetleri sistemi kapsamında, daha geniş bir kurumsal yönetim sisteminin bir parçası olan klinik yönetim sisteminin unsurları Şekil 2.'de görülmektedir. Buna göre; klinik yönetim, aynı zamanda, örgütsel sistem içinde yer alan bir klinik sistem olarak, sistem içinde bir sistemdir. Dolayısıyla, sağlık kurumlarında klinik yönetim, mevcut kurumsal yönetim sisteminin kalbi konumundadır (Fardazar vd., 2015: 70).

Yüksek kaliteli sağlık hizmet sunumu için, her klinisyenden, klinik yönetim sürecinin kapsamını bilmesi ve klinik yönetimi destekleyen ilkeleri anlayarak meslekî uygulamalarında bu ilkelere uyması beklenir (Sccally ve Donaldson, 1998: 61).

Klinik yönetim kapsamında; tıpkı organizasyonun finansal ve yönetsel birimlerinde olduğu gibi, klinik bakım kalite ve güvenliğinin izlenmesinde de profesyonel sağlık kurumları yöneticilerinin bilgi, tecrübe ve sorumluluğuna ihtiyaç duyulmaktadır. Klinik yönetim sistemi içerisinde, profesyonel sağlık yöneticilerinin uyması gereken görev ve ilkeleri, aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (AICD, 2111: 10; VQC, 2005: 3):

- Daha geniş kapsamlı olan kurumsal yönetim içerisine, klinik yönetimi yerleştirmek; klinik yönetim sisteminin amacını ve klinik yönetim içerisinde kurum yönetiminin rolünü belirlemek
- Bir klinik yönetim çerçevesi oluşturmak ve istenen amaca ulaşmak için uygun politikalar, yapılar ve süreçler kullanmak
- Organizasyonun her düzeyinde, klinik liderleri tespit etmek, geliştirmek ve desteklemek
- Kurum içinde kaliteli sağlık bakım hizmetleri kültürü oluşturmak için; klinik liderliği, insan kaynakları politikalarını, işgücü planlamasını, akreditasyonu ve kıyaslamayı kullanmak
- Klinik yönetim sisteminin çıktılarını takip ederek iyi performansı desteklemek ve ödüllendirmek, düşük performansı iyileştirmek ve sonuca göre organizasyonun klinik yönetim modelini geliştirmek
- Organizasyonun ve diğer organizasyonların performansları dikkate alınarak, mevcut klinik yönetim modelini değerlendirmek ve geliştirmek
- Organizasyonun klinik yönetim sistemini, ilgili kuruluşların klinik yönetim sistemleriyle bağlayarak; sağlık hizmetleri sektörünün güçlendirilmesine katkıda bulunmak

Bu görevlerin ise, liderlik yapısı ve klinisyenler olmadan, uygulanabilir ve sürdürülebilir olarak başarılamayacağı düşünülmektedir.

## 2.2. KLİNİK LİDERLİK

Tıp, psikiyatri ve klinik psikoloji uygulamalarında nitelik olarak uzmanlaşmış, teşhis, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde doğrudan hastalarla çalışan, hekim ve hemşire gibi meslekî gruplar, klinisyen olarak adlandırılmaktadır (Philips, 2003: 27; Merriam-Webster, 2016).

Uluslararası sağlık sistemlerinde, her ne kadar teşhis edilen hastalıklar belli bir sınıflamaya göre tasnif edilse de (CDC, 2016) her hasta; kendine göre ayrı bir vaka; hastaneye giriş sürecinden iyileşip hastaneden ayrılma ve hatta topluma adapte olma süreçlerine kadar yönetilmesi gereken başlı başına bir proje olarak görülmelidir. Bu sebeple, sağlık hizmet sunum kalitesinin sürekli iyileştirilmesi amacıyla, her bir proje (vaka) etkili ve verimli bir şekilde yönetilmelidir (VHA, 2009: 6). Teşhis, tetkik, tedavi ve gerektiğinde rehabilitasyon aşamalarından oluşan bu klinik süreçler kapsamında, başta klinisyenler (hekim ve hemşireler) olmak üzere onlarca uzman, sağlık personeli ve yardımcı personel görev yapmaktadır (Brown vd., 2015: 1).

Tüm boyutlarıyla, böylesine karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık hizmet sektörü özelinde, bu hizmetin sunulduğu klinik ortamlardaki işleyişin; güvenli, kaliteli ve etkin bir şekilde gerçekleştirilebilmesi, sağlık hizmet sunumuna duyulan ihtiyacın karşılanabilmesi ve bu hizmet sunumunda yaşanan zorlukların üstesinden gelinebilmesi için; benzersiz bir bakış açısı ve uzmanlığa sahip olan ve sağlığın ana hizmet sunucuları olarak ifade edilen klinisyenlerin liderliğe dâhil olmaları gerekli görülmektedir (Swanwick ve McKimm, 2011: 1).

Dünya genelinde sağlık sistemleri, sistem geneline yayılmış, kanıta dayalı, hasta merkezli, etkili ve verimli bir hizmet sunumunu sağlama görevi ile meşgulken; klinik liderliğin, özellikle hekim ve hemşirelerde, bu hedefe ulaşmada bütünleştirici bir rol üstlendiği varsayılmaktadır (Ogrin ve Barrett, 2015: 45).

Her ne kadar bazı klinisyenler arasında; mali ve siyasi kaygılardan bağımsız, hastalarını savunabilme ve klinik gerekçelerle tedavi kararlarını verme gibi bir duygu varsa da ve yine bu sebeple, yönetime veya liderliğe katılımları, doğrudan bu düşüncenin karşısında durmak olarak algılansa da (Okasha, 2013: 64-65); neredeyse bütün hekim ve hemşireler, sağlık kurumlarında kaynak kullanımından sorumludur ve ayrıca, birçoğu da takımlara liderlik eder veya meslektaşlarının denetimine dâhil olur ve yönetilen bir sistem içerisinde çalışır. Bu açıdan, klinisyenlerin; hastalarına, işverenlerine ve kamuya karşı sorumlulukları vardır. Bu da demektir ki klinisyenler yöneten ve yönetilen gruplardır (GMC, 2012: 8).

Sağlık ve sosyal hizmet sistemi; güvenlik, etkililik ve hasta deneyimi açısından hastalara daha iyi hizmet sunmak ve gerekli verimlilik tasarrufunu sağlamak için, yüksek kalitede liderlik gerektirir. Kaliteyi artırmak için, mevcut ekonomik durum içerisinde, maksimum düzeyde yaratıcılığa ve mevcut ihtiyaçlara cevap verecek tüm farklı liderlik yeteneklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu aşamada klinisyenlerin eline liderlik gücünü vermenin, karar verme sürecine farklı bakış açıları ve çözüm önerileri getireceği düşünülmektedir (Department of Health, 2011: 4).

Klinik liderlik kavramı, lider rolü üstlenen klinisyenlerde bulunması gereken liderlik özelliklerini (sistemi düzenleme, izleyicileri etkileme, değerleri ve vizyonu teşvik etme ve sağlık kurumunun amaç ve hizmet sunumunda merkez odağını oluşturan hasta ihtiyaçlarını karşılamak için sahip olunan klinik deneyim ve yetenekleri kullanma) bir araya toplayan bir kavramdır. Klinik liderlik; yüksek kaliteli klinik bakımın teşvik edilmesinde ve hizmet sunumunda mükemmelin başarılması için hizmetlerin dönüştürülmesinde anahtar konumdadır. Bu nedenle, sağlık kurum ve sistemlerinin her düzeyinde, klinik liderlik için bir rol vardır (VQC, 2005: 3).

Klinik liderlik; bir sağlık kurumu dâhilinde, bölümdeki, birimdeki ya da kurumdaki klinisyenlerin, hastaya birebir hizmet sunumunun yanı sıra bu hizmet sunumunun çok daha iyi olması için gayret göstermesi ve bu gayretle politikaları, prosedürleri ve sistemleri değiştirme gücü ve yeteneğidir (Walsh, 2010: 1).

Bir başka ifadeyle klinik liderlik; değişimle başa çıkma ve yön belirleme yeteneğidir. Dolayısıyla; bir vizyon oluşturmayı, bu vizyonun uygulanması için ihtiyaç duyulan değişimin ortaya konulması için stratejiler geliştirmeyi ve bu stratejileri başarmak için insanları bilinçlendirerek onları motive edip onlara ilham vermeyi içerir (Stanley, 2013: 9).

Klinik liderliğin temelini; hizmet sunumu esnasında, hastalıktan çok hastaya, yani insana odaklanma oluşturmaktadır. Çünkü profesyonel sağlık hizmeti sunumunun temelinde, her hastanın kendi başına ayrı bir vaka olduğu anlayışı yatmaktadır. Bu anlayış doğrultusunda, merkezine hastalık yerine insanı alan klinik liderlik; sağlık sistemindeki bütüncül kalite kültürünün klinik boyutundaki hizmet sunum sürecinde kendisini göstermektedir (O'Neill, 2013: 24).

Victorian Quality Council'ın (2005: 4) tanımıyla, klinik liderlik; sağlık bakımında güvenlik ve kalitenin iyileştirilmesine öncülük etmek ve gerekli nitelikleri başarıyla gerçekleştirmek şeklinde tanımlanabilir. Klinik liderlik; hastaların yararına olan performans gelişimi için arayış içinde olan klinisyenlerin enerjilerinden yararlanma girişimi olarak da tanımlanmaktadır; ancak literatürde, birçok araştırma ve yorumun ortak tanımı olan "klinisyenlerin yapması gereken görevler dizisi" dışında, tam olarak kabul edilen bir tanımı yoktur. Bu görevler dizisi arasında, stratejik öneme sahip olanları, aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Lee, 1996: 98; Donaldson, 2001: 10):

- Güvenlik ve kalite gündemini belirleme sürecine katılmak ve bu gündemin uygulanması için sorumluluk almak
- En iyi uygulamaları desteklemek için, önceliklerin belirlenmesinde önemli bir rol üstlenmek
- Gelişim için, şampiyonlar gibi davranmak
- Güvenlik ve kalite faaliyetlerine, meslekî ve örgütsel durumu eklemek
- Sağlık bakım hizmetlerinin önceliklendirilmesi, tasarımı ve uygulanması aşamalarına öncülük etmek
- Klinik yönetim faaliyetlerine katılımı desteklemek için eğitimsel ve örgütsel destek sağlamak

Klinik liderlik; devamlılık, adanmışlık, duygusal zekâ, empati, (korku ile değil de saygı ve sevgiyle) insanları etkileme gücü gibi bazı kişisel özellikler gerektirir. Bunların yanı sıra; duygusal denge, esneklik, yenilik, geleceği görme kapasitesi ve gerekli stratejiler oluşturma becerisi de bu özellikler arasında gösterilebilir. Bu özelliklerden bazılarının genetik olarak bulunması muhtemel olmasına rağmen, pek çoğu da eğitim yoluyla elde edilebilir (Okasha, 2013: 71).

Etkili klinik liderlik, bir sağlık kuruluşunun her kademesinde, disiplinler arası hizmet sunumuna odaklanan bireylerdeki uygun yetenek ve nitelikleri kapsamaktadır (VHA, 2009: 16). Liderlik çatısı altında kendine has disiplini, kavram ve teorileriyle önemli bir yer tutan klinik liderlik kapsamında klinik liderin; genel olarak bazı özelliklere sahip olması gerektiği düşünülmektedir. Bu özellikler şunlardır (Klaber ve Bridle, 2010: 92):

- Vizyon sahibi olmak
- Fedakâr olmak
- Rol model olmak
- Takım sözcüsü olarak hareket etmek
- Yüksek performans sergilemek
- Diğerlerinin katkısının farkında olmak
- Klinik uzmanlığa sahip olmak
- Hesap verebilir olmak
- Akılcı argümanlar ortaya koyabilmek

National Health Board (2012: 23) ise, klinik liderliği; klinik ve yönetsel liderlerle birlikte çalışarak, hasta yararına olacak şekilde sistemi değiştirecek davranışlar ortaya koymak olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla, klinik yönetim sürecinde kritik bir öneme sahip olan klinik liderlik uygulamalarında, sağlık kurumları yöneticisinin de belirli rolleri vardır

Klinik liderlik sürecinde sağlık kurumları yöneticisinin rolleri, aşağıdaki şekilde sıralanabilir (AICD, 2011: 22):

- Yönetim kurulunun, klinik liderlikteki rolünü tanımlamak
- Klinik yönetim için gerekli yaklaşım ve çerçeveyi kurup iletişimi sağlamak
- Hasta merkezli bir kültür oluşturup diğerlerini de teşvik etmek
- Kurumdaki yeni ve mevcut klinik liderleri tanımlamak, desteklemek ve geliştirmek
- Klinik yönetim sürecinde gerekli olan tartışmaların gerçekleşmesi için, kurum içinde tartışma platformları oluşturmak ve bu platformlarda, klinik eğitim programları gerçekleştirmek
- Klinik yönetim çerçevelerini, yapılarını ve üst düzey politikaları onaylayıp takip etmek
- Klinik yönetimin kurulması ya da geliştirilmesi için gerekli olan her türlü değişim yönetim sürecine öncülük etmek
- Hasta sağlık hizmetlerinin sürekli iyileştirilmesine rehberlik etmek
- Pozitif bir örgüt kültürü oluşturmak
- Birimleri ve sağlık personelini, kendi kendilerini denetlemeye teşvik etmek
- Akreditasyonu takip etmek
- Yetki devrini kullanarak personeli yetkilendirmek
- Güvenlik ve gizlilik yöntemlerini benimsemek
- Klinik yönetim ve arzu edilen model davranışlar hususunda sorumluluk almak ve ilgili olmak

### 2.3. NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) VE KLİNİK LİDERLİK

5 Temmuz 1948 tarihinde, İngiltere’de kurulan NHS, bu ülkede yaşayan bütün vatandaşların eşit ve etkin bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için, İngiltere Sağlık Bakanlığı başkanlığında aktif hale getirilmiş bir ulusal sağlık sistemidir (Wilcocks, 1967: 105; NHS, 2016). Kuruluş aşamasında; ücretsiz sağlık hizmetleri sunumu için hastaneler, hekimler, hemşireler, eczacılar, optisyenler ve diş hekimleri, NHS çatısı altında bir araya getirilmiştir (Bradbeer, 1954: 14).

NHS’nin oluşturulması ile etkin bir sağlık hizmeti sunumu için bütün hastaneler, hekimler, diş hekimleri, optisyenler ve eczacılar bir araya getirilmiş ve bunu destekleyecek bir yapı oluşturulmuştur. Buna göre NHS’nin; İngiltere Sağlık Bakanlığı başkanlığında, dört ana kurul ve komite (Eğitim Hastaneleri Yönetim Kurulu, Bölge Hastane Komiteleri, İlçe Sağlık Komiteleri ve İlçe Belde Konseyleri, Yürütme Kurulu) ile bu kurul ve komitelere bağlı alt sistemlerden oluşan bir yapılanma şeklinde oluşturulduğu görülmektedir (Bradbeer, 1954: 12). Türkiye sağlık sistemi kapsamında; 02.11.2011 tarihinde, 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (KHK) ve Kamu Hastane Birlikleri (KHB) benzeri bir yapının, 1948 yılında, NHS ile birlikte, İngiltere sağlık sisteminde oluşturulduğu görülmektedir.

NHS'nin tıbbi katılım ve liderlik arasındaki ilişki çalışmaları, esasen yeni bir konu değildir. Bu alandaki ilk çalışmalardan biri, 6 Ekim 1983 yılında, E. Roy Griffiths tarafından yayımlanan “NHS Yönetim Araştırması” isimli rapordur. Bu rapora göre; Griffiths, gerek genel yönetim kapsamında, gerekse Klinik Yönetici adıyla (bölüm yöneticisi olarak) hekimlerin de yönetime dâhil olması gerekliliğini ifade etmiştir (NHS History, 2016; Warren ve Carnall, 2010: 27)



1986 yılında, NHS yönetim kurulunun "Kaynak Yönetim İnsiyatifi" adıyla 6 hastanede başlattığı ve 1989 yılında, İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından ülke genelinde 250 üzeri yatağa sahip tüm hastanelerde uygulamaya koyduğu Kaynak Yönetim Programı kapsamında hazırlanan raporlarda, hasta bakımının sürekli iyileştirilmesi için, hekimlerin de yönetsel düzeyde katılımının gerekli olduğu ve bunun için de klinik yönetim yapısının oluşturulması gerektiği ifade edilmiştir (Mills, 1987: 41; Dixon ve Garside, 1995: 1).

1990'lı yıllara gelindiğinde ise, farklı araştırmacılar; geliştirilmiş hekim liderliğinin, sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi katılımı artırdığını ifade etmişlerdir (Keen vd., 1993: 79; Chantler, 1999: 1180).

İngiltere Sağlık Bakanlığı'nın, 2004 yılının Ekim ayında yayımladığı NHS Bilgi ve Yetkinlik Çerçevesi raporu, sağlık hizmetlerinde kalite ve liderlik boyutuyla bir model oluşturmak adına yapılan ilk çalışmalardandır. Buna göre, NHS Bilgi ve Yetkinlik Çerçevesi modeli; kaliteli hizmet sunumunda, NHS personelinin ihtiyaç duyduğu ve uygulaması gereken bilgi ve yetenekleri tanımlayıp açıklamaktadır (Department of Health, 2004: 3).

2005 yılının Aralık ayında, Royal College of Physicians of London (RCPL) tarafından yayımlanan "Toplumdaki Hekimler, Değişen Dünyada Tıbbi Profesyonellik" başlıklı raporda; sağlık hizmet sunumunun iyileştirilmesi ve sağlıkta kalitenin sürekliliği için, profesyonelliği destekleme eğitimlerine, lider ve izleyici olarak hekimlerin de dâhil edilmesi gerekliliği belirtilmiştir (RCPL, 2005: 21-25).

NHS Ulusal Liderlik Konseyi; NHS Ceosu Sir David Nicholson başkanlığında, sağlık hizmetleri sunumunun desteklenmesi için yeni bir liderlik kültürü oluşturulması ve sağlık çalışanlarının liderlik özelliklerinin tanımlanması amacıyla, 2006 yılında kurulmuş ve daha sonra NHS İnovasyon ve İyileştirme Enstitüsü adını almıştır (NHS, 2011a; NHS, 2010a: 6).

NHS İnovasyon ve İyileştirme Enstitüsü, sağlık çalışanlarına yönelik yapılan liderlik çalışmaları neticesinde, 2006 yılında, **Kişisel Nitelikler** odağında **Yönlendirmelerin Kurgulanması** ve **Hizmet Sunumu** başlıklı üç ana bölümden ve her bir bölümde beşer madde olmak üzere toplam on beş maddeden oluşan Liderlik Kalite Çerçevesi adında bir model oluşturmuştur (NHS, 2006: 4). NHS Liderlik Kalite Çerçevesi modeli ve bu modeli oluşturan bölümler ve maddeler, Şekil 3.'te görülmektedir.

**Şekil 3. NHS Liderlik Kalite Çerçevesi**



**Kaynak:** NHS (2006: 4)

2007 yılında, Ara Darzi tarafından, NHS için hazırlanan “Londra İçin Sağlık: Eylem Çerçevesi” başlıklı raporda ve daha sonra 2008 yılında yine Darzi tarafından hazırlanan “Bir Bütün Olarak NHS'nin Sonraki Aşaması İçin Yüksek Kaliteli Bakım” başlıklı iki farklı raporda, sağlık hizmet sunumunda kalitenin gerekliliği olarak klinik liderlik kavramı ve klinik liderliğe yönelik çalışmaların önemi vurgulanmış ve bu çalışmaların NHS Ulusal Liderlik Konseyi tarafından yapılması önerilmiştir (Darzi, 2007: 118; Department Of Health, 2008a: 10; Department of Health, 2008b: 9).

Bu öneri doğrultusunda; NHS Ulusal Liderlik Konseyi ile Academy of Medical Royal Colleges'in geniş kapsamlı bir müşterek çalışması olarak, Tıbbi Liderliğe Katılım Projesi adıyla, 2006 yılında bir çalışma başlatılmış ve bu çalışmanın neticesinde, 2008 yılında, Medical Leadership Competency Framework (MLCF), Türkçe ifadeyle “Medikal Liderlik Yetkinlik Çerçevesi” adıyla, bir liderlik modeli geliştirilmiştir. Bu model; sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve dönüştürülmesi süreçlerinde hekimlerin ihtiyaç duyacakları liderlik ve yönetim becerilerini açıklayan bir model olarak ortaya çıkmıştır (NHS, 2010b: 5). Bu model, aynı zamanda, NHS İnovasyon ve İyileştirme Enstitüsü tarafından 2006 yılında oluşturulan NHS Liderlik Kalite Çerçevesini de tamamlayan bir modeldir (Nicol, 2012: 61).

Şubat 2010 tarihinde, MLCF'nin hekimler dışındaki diğer klinik çalışanlar için de uygulanabilirliğini test etmek için, NHS tarafından bir komisyon kurulmuş ve bu komisyon; İngiltere sağlık sistemindeki kurum ve kuruluşlar ile yükseköğretim sektörünü temsil eden 51 kuruluştan 97 uzmanla istişare ederek, klinik anlamda 21 meslek (hekim ve hemşirelerin bölümlere ayrılmış uzmanlık dalları) üzerinde çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmalar neticesinde, 2010 yılının Temmuz ayında, klinisyenlerin meslekî uygulamalarında göstermiş olduğu liderlik aşamalarını ortaya koyan ve neredeyse her klinisyen için meslekî aşamalarda benzerlikler taşıyan Clinical Leadership Competency Framework (CLCF), Türkçe ifadeyle “Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi” modeli oluşturulmuştur (NHS, 2010a: 7).

## 2.4. KLİNİK LİDERLİK YETKİNLİK ÇERÇEVESİ

Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi; Tıbbi Liderlik Yetkinlik Çerçevesinin yalnızca hekimleri değil, bütün klinisyenleri kapsayacak şekilde uygulandığı, klinisyenlerin, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin planlanması, sunulması ve dönüşümü süreçlerine daha aktif bir şekilde katılım sağlamaları için sahip olmaları gereken liderlik ve yönetim yetkinliklerini açıklayan ve henüz geliştirilme aşamasında olan Sağlık Hizmetleri Liderlik Modelinin kalbini oluşturan bir çerçevedir (NHS, 2010a: 6)

“Paylaşılan liderlik” kavramı üzerine inşa edilen Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi, yalnızca insanlar için belirlenen somut liderlik özelliklerini değil; aynı zamanda hizmet sunulan birimin ve örgütün başarısı adına sahip olunması gereken sorumluluk duygularını da içermektedir. Buna göre; liderlik özellikleri ve eylemleri, farklı zamanlarda ve organizasyon içerisinde herhangi bir klinisyende görülebilir. Bu özellikler, kişisel başarıdan ziyade grup başarısına odaklanmalıdır. Dolayısıyla, paylaşılan liderlik; aktif bir şekilde, etkili takım çalışmasını destekler (NHS, 2011b: 6).

Çalışmanın ilk bölümünde de görüleceği üzere; liderlik kavramı üzerine bugüne kadar çeşitli kuram ve teoriler oluşturulmuş ve bu teoriler, merkezine tek bir lider olarak bu liderin etrafındaki izleyicileri nasıl etkilediği ya da etkileyebileceği üzerine çalışmalar ortaya koymuştur. Bugüne kadar geliştirilmiş tüm bu çalışma, kuram ve teorilerden farklı olarak; Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi, merkezine tek bir lider almak yerine, liderlik süreçleri doğrultusunda her bir bireye odaklanmak ve organizasyondaki bütün klinisyenlerin bireysel olarak sergilemeleri gereken liderlik süreçlerini ve sahip olmaları gereken liderlik özelliklerini ortaya koymaktadır (Swanwick ve McKimm, 2011: 25).

Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi; bir klinisyende bulunması gereken klinik liderlik özelliklerinin belirlenerek bu özelliklerin standartlaştırılması ve klinisyenlerin yetiştirilmesi eğitimi süreçlerinde bu standartlara uygun eğitimler verilerek, etkili ve kaliteli hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir modeldir. Bu model, aynı zamanda; personel değerlendirmelerinde, kişisel değerlendirmelerde ve performans yönetimi süreçlerinde de kullanılabilir (NHS, 2010a: 7).

Hastalara, hasta yakınlarına, diğer hizmet kullanıcılarına ve kamuya sunulan hizmet, Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi'nin merkezini oluşturmaktadır. Bu sebeptir ki klinisyenler, insanlara sunulan bu hizmetin geliştirilmesi için daha çok çalışır. Buradaki hasta kelimesi genel olarak hastaları, hizmet kullanıcıları ve sağlık hizmeti alan herkesi kapsamaktadır. Diğer kelimesi ise; bir başka organizasyondan ya da birimden bir meslektaş, hastaları ya da hizmet kullanıcıları tanımlamak için kullanılmaktadır (NHS, 2012: 1).

Şekil 4.'te de görüldüğü gibi; bir klinik liderde bulunması gereken ve hizmet sunumunu merkeze alarak klinik liderlerin hareket alanını belirleyen beş etki alanı vardır (NHS, 2009: 10). Bunlar;

1. Kişisel Özellikler Alanı,
2. Diğerleriyle Çalışma Alanı,
3. Hizmetlerin Yönetimi Alanı,
4. Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı,
5. Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı'dır.

**Şekil 4. Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi**



**Kaynak:** NHS (2011b: 7)

### 2.4.1. Kişisel Özellikler Alanı

Klinisyenler, etkili liderlik göstererek yüksek standartlarda sağlık bakım hizmeti sunmak için; kendi değerlerini, güçlü yönlerini ve yeteneklerini belirlemeye ihtiyaç duyarlar (NHS, 2010b: 13). Bu ihtiyaçların karşılanabilmesi için sahip olunması gereken yetkinlikler ve her bir yetkinliğin taşınması gereken özellikler, Şekil 5.'teki gibi sıralanabilir.

Şekil 5. Kişisel Özellikler Alanı



**Kaynak:** NHS (2010b: 13)

#### 2.4.1.1. Kişisel Farkındalığın Gelişimi

Klinisyenler; kendi deneyimlerinden öğrendiği bireysel değer, ilke ve varsayımlarının farkında olma süreci olarak adlandırılabilir kişisel farkındalıklarının gelişimi yetkinliğiyle liderlik özellikleri gösterebilir. Bu süreçte, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2011b: 12):

- Kendi değer ve ilkelerini açıkça tanımlayıp ifade edebilmek, bu değer ve ilkelerin diğer bireysel ve grup ilkelerinden farklı yönlerini ortaya koyabilmek,
- Bireysel anlamda güçlü yanlarını ve sınırlılıklarını, kendi davranışlarının diğerleri üzerindeki etkisini ve stresin kendi davranışları üzerindeki etkisini tanımlayabilmek,
- Kendi duygu ve önyargılarını tanımlayabilmek ve bu duygu ve önyargıların, kendi karar ve davranışları üzerindeki etkisini anlamlandırabilmek,
- Elde edilen bilgiler, bu bilgilerin analizi ve çeşitli kaynaklardan gelen geri bildirimlerle hareket edebilmek.

#### 2.4.1.2. Kendi Kendini Yönetim

Klinisyenler; diğerlerinin önceliklerini dikkate alarak kendilerini organize etme ve yönetme süreci olarak adlandırılabilir kendi kendini yönetim yetkinliğiyle liderlik özellikleri gösterebilir. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gereken özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanabilir (NHS, 2010b: 17):

- Duygularının, diğerleri üzerindeki etkisini de dikkate alarak, kendi davranışları üzerindeki etkisini yönetebilmek,
- Sürekli yüksek standartlarda sorumluluklarını ve taahhütlerini yerine getirmede güvenilir olmak,
- Planların ve eylemlerin esnekliğinden emin olmak, diğerlerinin çalışma alanlarını ve ihtiyaçlarını dikkate almak,
- Kendi sağlıklarından ödün vermeden, çalışma şart ve taahhütlerini yerine getirmek için, kendi iş yükü ve faaliyetlerini planlamak.

#### 2.4.1.3. Kişisel Gelişimin Devam Ettirilmesi

Klinisyenler; sürekli mesleki gelişim, deneyim ve geri bildirimlerden yararlanarak öğrenme süreci olarak adlandırılabilir kişisel gelişimin devam ettirilmesi yetkinliğiyle liderlik özellikleri gösterebilir. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2011a: 6):

- Kişisel öğrenme ve gelişim için fırsatları ve meydan okumaları, sürekli olarak aramak,
- Hatalarını kabul edip bu hataları birer öğrenme fırsatı olacak şekilde düzeltmek,
- Mesleki gelişim faaliyetlerine sürekli olarak katılmak,
- Geribildirim ve yansımalar ışığında, kendi davranışlarını değiştirmek.

#### 2.4.1.4. Dürüst Davranmak

Klinisyenler; açık, dürüst ve etik bir şekilde davranış süreci olarak adlandırılabilir dürüst davranma yetkinliğiyle liderlik özellikleri gösterebilir. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler (NHS, 2011b: 18), aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

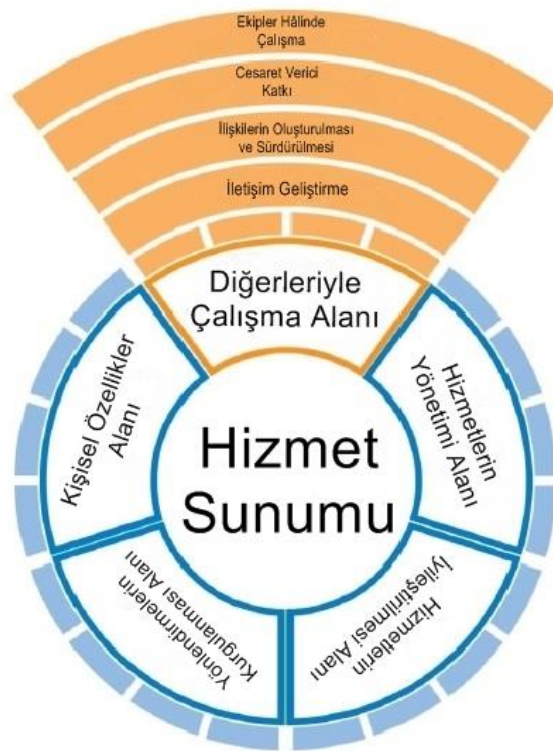
- Örgütsel değerleri, kültürel saygınlığı, inançları ve bireysel yetenekleri dikkate alarak bireysel ve mesleki etik değerleri savunmak,
- Bireylerin sosyal, kültürel, dini ve etnik geçmişlerini; yaş, cinsiyet ve yeteneklerini takdir ederek onlarla etkili bir iletişim kurmak,
- Değer vermek, saygı göstermek, eşitlik ve çeşitliliği teşvik etmek,
- Etik ve değerler tehlikeye girdiğinde, uygun eylemi gerçekleştirmek.



### 2.4.2. Diğerleriyle Çalışma Alanı

Klinisyenler, hizmetlerin sunum ve gelişimini sağlamak için, takımlar ve çalışma ağları içinde diğerleriyle birlikte çalışarak liderlik gösterirler. Takım ve çalışma ağları içindeki liderlik özellikleri için sahip olunması gereken yetkinlikler ve her bir yetkinliğin taşınması gereken özellikler, Şekil 6.'daki gibi sıralanabilir (NHS, 2012: 3).

### Şekil 6. Diğerleriyle Çalışma Alanı



**Kaynak:** NHS (2009: 27)

#### 2.4.2.1. İletişim Geliştirme

Klinisyenler; sistemler arasında hizmetlerin sunumu ve geliştirilmesi için, hastalarla, hasta bakıcılarla, hizmet kullanıcılar ve onların temsilcileriyle ve klinisyen meslektaşlarıyla işbirliği içinde çalışma olarak adlandırılabilir iletişim geliştirme yetkinliği aracılığıyla liderlik özellikleri gösterebilir. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2011b: 22):

- Klinik ortamda, hastalarla ve meslektaşlarıyla çalışırken, ilave faydalar sağlayacak fırsatları belirlemek,
- Bireysel ve grup olarak hedeflere ulaşabilmek için, fırsatlar yaratmak,
- Bilgi ve kaynakların paylaşımını teşvik etmek,
- Sürekli olarak diğerlerinin görüşlerini almak.

#### 2.4.2.2. İlişkilerin Oluşturulması ve Sürdürülmesi

Klinisyenler; diğerlerini dinleme, destekleme, onların güvenlerini kazanma ve onlara anlayış gösterme olarak adlandırılabilir ilişkilerin oluşturulması ve geliştirilmesi yetkinliği aracılığıyla liderlik özellikleri gösterebilir. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2010b: 31):

- Diğerlerini dinlemek ve farklı bakış açılarını tanımak,
- Diğerlerinin duygu ve ihtiyaçlarını dikkate alarak onlarla empati kurmak,
- Bireyler ve gruplarla etkili bir iletişim kurup pozitif bir rol model olarak davranmak,
- Arkadaşlarının güven ve desteğini kazanıp bu güven ve desteği devam ettirebilmek.

#### 2.4.2.3. Cesaret Verici Katkı

Klinisyenler; diğerlerine, katkı sunmaları için fırsat sunacak bir çevre oluşturma olarak adlandırılabilir cesaret verici katkı yetkinliği aracılığıyla liderlik özellikleri gösterebilir. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gereken özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanabilir (NHS, 2011b: 26):

- Karar vermeleri ve yapıcı eleştiriler sunmaları için insanlara cesaret vermek ve fırsatlar sunmak,
- Rollere, katkılara ve diğerlerinin uzmanlık alanlarına saygı göstermek, değer vermek ve bunları kabul etmek,
- Çıkar çatışmalarını ve düşünce farklılıklarını yönetebilmek için stratejiler geliştirmek,
- Hastalara yönelik hizmet sunumuna ve bu hizmetin gelişimine katkı sağlamaya odaklanmak.

#### 2.4.2.4. Ekipler Hâlinde Çalışma

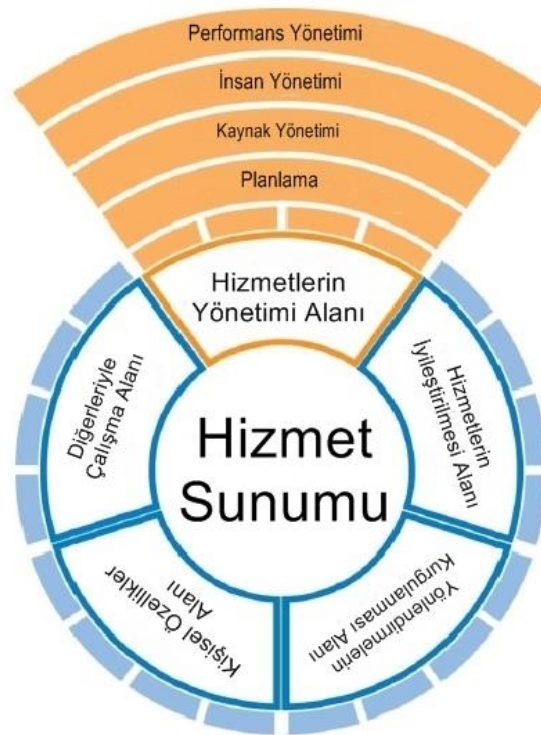
Klinisyenler; hizmetlerin sunumu ve geliştirilmesi için ekipler halinde çalışma yetkinliği aracılığıyla liderlik özellikleri gösterebilir. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2009: 37):

- Takım içerisinde açıkça ifade edilmiş rol, amaç ve sorumluluklara sahip olmak,
- Gayretleri, katkıları ve uzlaşmaları kabul ve takdir eden bir ekip yaklaşımını benimsemek,
- Ekibin ortak amaçlarını tanımak ve ekip kararlarına saygı duymak,
- Doğru zamanda, doğru insanların yer aldığı bir ekibin yönetimine gönüllü olmak.

### 2.4.3. Hizmetlerin Yönetimi Alanı

Etkili liderlik özelliklerine sahip klinisyenler, birlikte çalıştıkları organizasyonların başarısına odaklanırlar. Bu odaklanmayı başarabilmek için sahip olunması gereken yetkinlikler ve her bir yetkinliğin taşınması gereken özellikler, Şekil 7.'deki gibi sıralanabilir (NHS, 2012: 4).

Şekil 7. Hizmetlerin Yönetimi Alanı



**Kaynak:** NHS (2011b: 31)

#### 2.4.3.1. Planlama

Klinisyenler; hizmet sunumuna yönelik hedeflere ulaşmak için planlar yapıp aktif olarak planlamaya katkıda bulunarak planlama yetkinliği aracılığıyla, liderlik özellikleri gösterebilir. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2009: 42):

- Daha geniş sağlık sistemlerinde stratejinin bir parçası olan klinik hizmetler için planları desteklemek,
- Hastalardan, hizmet kullanıcılarından ve iş arkadaşlarından, planların geliştirilmesine yardımcı olmak için geri bildirim toplamak,
- Planlama sürecine, uzman olarak katkı sağlamak,
- Fayda ve riskler açısından seçenekleri değerlendirmek.

#### 2.4.3.2. Kaynak Yönetimi

Klinisyenler; mevcut olan kaynakların neler olduğunu bilerek ve bu kaynakların etkilerini kullanarak hizmet sunumuna yönelik hedeflere ulaşmak için planlar yapıp aktif olarak planlamaya katkıda bulunurlar ve bu planlama yetkinliği sayesinde liderlik özellikleri gösterebilirler. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gereken özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanabilir (NHS, 2010b: 45):

- Güvenli ve etkili hizmet sunumu için gerekli uygun kaynakların çeşit ve düzeyini açıkça tanımlamak,
- Tahsis edilen kaynaklar çerçevesinde hizmet sunumunu sağlamak,
- İsrafı minimize etmek,
- Kaynakların etkili ve verimli kullanılmadığı anda harekete geçmek.

#### 2.4.3.3. İnsan Yönetimi

Klinisyenler; yön belirleme, performansları gözden geçirme, diğerlerini motive etme gibi özelliklerden oluşan insan yönetimi yetkinliği sayesinde liderlik özellikleri gösterebilirler. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler (NHS, 2011b: 36), aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- Ekip üyelerinin, yeteneklerini etkili bir şekilde kullanmaları için onlara rehberlik edip yol göstermek,
- Planlanan hizmet sunum çıktılarına erişebilmek adına, ekip üyelerinin performansını gözden geçirmek,
- Rol ve sorumluluklarının gelişimi için, ekip üyelerini desteklemek,
- İyi hasta bakımı ve daha iyi hizmet sunumu için, diğerlerini desteklemek.

#### 2.4.3.4. Performans Yönetimi

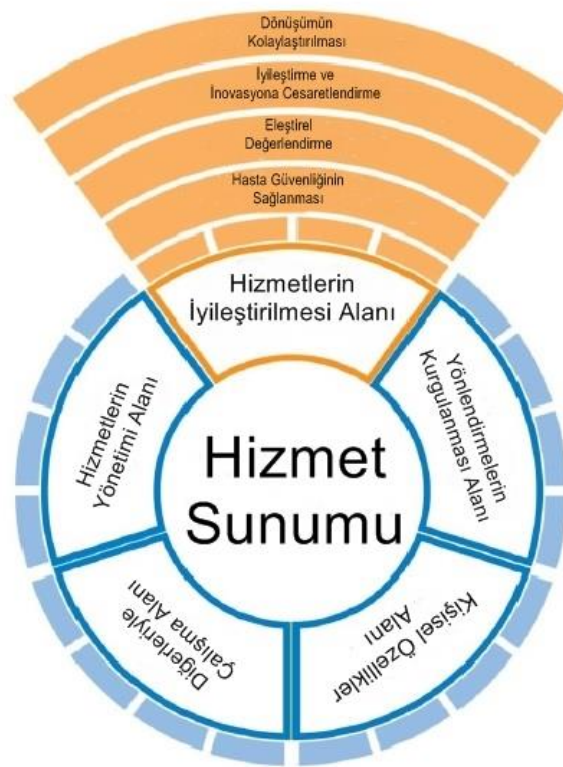
Klinisyenler; kendilerini ve diğerlerini, hizmet sunum çıktılarından sorumlu tutarak oluşan performans yönetimi yetkinliği sayesinde liderlik özellikleri gösterebilirler. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2009: 51):

- Performanslar hakkında, çeşitli kaynaklardan elde edilen bilgileri analiz etmek,
- Performansı artırmak için harekete geçmek,
- Zor konularla mücadele için sorumluluk almak,
- Gelecek planları için, deneyimlerden öğrenme metodunu inşa etmek.

#### 2.4.4. Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı

Etkili liderlik özelliklerine sahip klinisyenler, yüksek kalitede hizmet sunumuyla ve hizmet sunumunun gelişimini sağlayarak, insan sağlığında gerçek bir fark yaratırlar. Bu farkı ortaya koyabilmek için sahip olunması gereken unsurlar ve bu unsurlar için gerekli olan yetkinlikler, Şekil 8.'de görülmektedir (NHS, 2012: 5).

#### Şekil 8. Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı



**Kaynak:** NHS (2012: 5)

#### 2.4.4.1. Hasta Güvenliğinin Sağlanması

Klinisyenler; hizmet geliştirmeye alakalı olarak hastalara yönelik riskleri değerlendirip yöneterek ve hasta güvenliği için ekonomik olarak dengeleri dikkate alarak oluşturulacakları hasta güvenliğini sağlayarak liderlik özellikleri gösterebilirler. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2009: 56):

- Çeşitli kaynaklardan elde edilen bilgileri kullanarak, hastalara yönelik riskleri ölçmek ve tanımlamak,
- Pozitif ve negatif kanıtları kullanarak, seçenekleri tanımlamak,
- Risklerin değerlendirilmesi ve minimize edilmesinde, sistematik yollar kullanmak,
- Değişimin sonuçlarını ve etkilerini izlemek.

#### 2.4.4.2. Eleştirel Değerlendirme

Klinisyenler; analitik ve kavramsal düşünme, hizmetin nerelerde iyileştirilebileceğini tanımlayıp bu iyileştirme için bireysel ya da takımın bir parçası olarak çalışma olarak tanımlanabilecek eleştirel değerlendirme aracılığıyla liderlik özellikleri gösterebilirler. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2010b: 59):

- Hasta, hasta bakıcı ve kullanıcı deneyim ve geri bildirimlerini elde etmek ve harekete geçmek,
- Güncel iyileştirme yöntemlerini kullanarak süreçleri değerlendirmek ve analiz etmek,
- Sağlık hizmetleri iyileştirmelerini tanımlamak ve ortak bir çalışma yaparak çözüm üretmek,
- Seçenekleri değerlendirmek, iyileştirmelerin uygulanması ve değerlendirilmesi için planlama yapmak ve harekete geçmek.



#### 2.4.4.3. İyileştirme ve İnovasyona Cesaretlendirme

Klinisyenler; hizmet iyileştirmelerini devam ettirecek bir iklim yaratarak oluşturdukları iyileştirme ve inovasyona cesaretlendirme ile liderlik özellikleri gösterebilirler. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2011b: 46):

- Mevcut durumu (statükoyu) sorgulamak,
- İnovasyon için pozitif bir rol model olarak hareket etmek,
- İnsanlar arasında diyalogu ve geniş bir yelpazede tartışmayı teşvik etmek,
- Sağlık bakım hizmetlerinin dönüşümü için, yaratıcı çözümler geliştirmek.

#### 2.4.4.4. Dönüşümün Kolaylaştırılması

Klinisyenler; sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için liderlik ederek süreçlerin değişiminde aktif olarak katkıda bulunup dönüşümü kolaylaştırarak liderlik özellikleri gösterebilirler. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler (NHS, 2009: 65), aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- Beklenen değişikliği modellemek,
- Değişime duyulan ihtiyacı ve bu değişimin insanlar ve hizmetler üzerindeki etkisini açıkça ifade etmek,
- Sistemin yeniden tasarlanmasına öncülük edecek değişimleri desteklemek,
- Değişimi gerçekleştirmek için bir gruba odaklanmak ve motive olmak.

### 2.4.5. Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı

Etkili liderlik özelliklerine sahip klinisyenler, organizasyonun amaç ve stratejilerine katkıda bulunurlar ve örgütsel değerlere uyumlu bir şekilde hareket ederler. Bu katkı ve uyum için sahip olunması gereken unsurlar ve bu unsurlar için gerekli olan yetkinlikler, Şekil 9.'da görülmektedir (NHS, 2012: 6).

### Şekil 9. Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı



**Kaynak:** NHS (2012: 6)

#### 2.4.5.1. Değişim İçin İçeriğin Belirlenmesi

Klinisyenler; dikkate alınması gereken faktörlerin farkında olup değişim için içeriği belirleyerek liderlik özellikleri gösterebilirler. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2009: 70):

- Siyasi, sosyal, teknik, ekonomik, örgütsel ve mesleki çevre bilincini göstermek,
- İlgili mevzuat ve sorumluluk çerçevesini anlamak ve yorumlamak,
- Sağlık hizmet çıktıları üzerinde bir etkisi olacak fikirler, en iyi deneyimler ve yeni ortaya çıkan eğilimlerin taranması aracılığıyla, geleceği öngörmek ve gelecek için hazırlanmak,
- Beklentiler için iletişim kurup bu beklentileri geliştirmek.

#### 2.4.5.2. Bilgi ve Kanıtların Kullanılması

Klinisyenler; hizmetlerin geliştirilmesi adına fırsatları tanımlamak amacıyla, sistemler ve süreçlere yönelik kanıta dayalı değişimler üretmek için bilgi toplama olarak adlandırılacak bilgi ve kanıtların kullanılması aracılığıyla, liderlik özellikleri gösterebilirler. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2010b: 73):

- Veri ve bilgi toplamak için uygun yöntemler kullanmak,
- Kanıta dayalı ölçekler setiyle, analizler yapmak,
- Kalıplaşmış uygulamaların ve süreçlerin üstesinden gelebilmek için bilgiyi kullanmak,
- En iyi uygulamaları gerçekleştirmek için bilgi ve kanıtları kullanarak, diğerlerini etkilemek.

#### 2.4.5.3. Karar Verme

Klinisyenler; iyi kararlar alabilmek için kendi değerlerini ve delillerini kullanarak karar verme aracılığıyla, liderlik özellikleri gösterebilirler. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2011b: 56):

- Örgütsel karar verme süreçlerine katılmak ve bu süreçlere katkıda bulunmak,
- Örgütsel ve mesleki önceliklere ve değerlere uyumlu bir şekilde hareket etmek,
- Karar verme süreçlerini etkileyen kilit noktadaki insanları eğitmek ve bilgilendirmek,
- Klinik bir bakış açısıyla; ekibe, birime, sisteme ve örgütsel kararlara katkıda bulunmak.

#### 2.4.5.4. Etkinin Değerlendirilmesi

Klinisyenler; sonuçların ölçülmesi ve değerlendirilmesi, gerektiğinde düzeltici faaliyetlerde bulunulması ve kendi kararlarının yeniden gözden geçirilmesi aşamalarından oluşan etkileri değerlendirme aracılığıyla, liderlik özellikleri gösterebilirler. Bu yetkinlik sürecinde, klinisyenlerde bulunması gerektiği düşünülen özellikler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (NHS, 2009: 79):

- Yeni hizmet seçeneklerini test edip değerlendirmek,
- Yeni yaklaşımları standartlaştırıp teşvik etmek,
- Yeni uygulamaların önündeki engellerin üstesinden gelmek,
- Formal ve informal yararlı uygulamaları yaygınlaştırmak.

Klinik liderlik, diğer liderlik türleriyle karşılaştırıldığında; sağlık hizmet sunumu odağında, farklı bir amaca ve farklı bir etki tabanına sahip olduğu görülmektedir. Yapılan son çalışmalar ise, etkili ve kaliteli bir sağlık hizmet sunumu için klinisyenler arasındaki bu bireysel ve kolektif liderliğin, hayati önem taşıdığını göstermektedir (Hartley ve Benington, 2010: 30).

### 3. BÖLÜM

#### GEREÇ VE YÖNTEM

##### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Eski Yunancadan Almancaya, Almancadan Fransızcaya ve Fransızcadan da tıbbî ve gündelik kullanım olarak dilimize geçen Klinik kavramı, TDK'ya göre, hastaların bakıldığı, muayene edildiği yer olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2016c). Bunun yanı sıra, tıbbi literatürde ise, klinik kavramı; yataklı tedavi ve hasta bakımının yapıldığı yer, hastane olarak da tanımlanabilir (Medical Dictionary, 2016). Klinisyen ise; klinik ve polikliniklerde görev yapan, özellikle teşhis, tetkik ve tedavi aşamalarında aktif rol alan, hekim ve hemşireler için kullanılan tanımlayıcı isim olarak ifade edilebilir (Philips, 2003: 27). Bu sebeptendir ki her hastanın başlı başına bir vaka olarak kabul edildiği klinik ortamlarda görev yapan klinisyenlerin, bu vakaların kliniksel anlamda yönetimi aşamasında, klinik liderlik özelliklerine sahip olmaları beklenmektedir.

Bu çalışmanın temel amaçlarını, aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür:

- NHS tarafından, İngiltere merkezli geliştirilen Klinik Liderlik Ölçeğini Türkçe'ye uyarlayarak, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmak ve bu ölçeği, Türkçe literatüre kazandırmak,
- Ülkemizde kamu hastanelerinde görev yapan klinisyenlerin (hekim ve hemşirelerin), klinik liderlik özelliklerini ne derece kullandıklarını ortaya koymak ve
- Klinisyenlerin (hekim ve hemşirelerin) klinik liderlik özelliklerini kullanmalarını etkileyen kişisel ve örgütsel özellikleri belirlemek.

Araştırma öncesinde, çalışılacak konu ile ilgili tezler, kitaplar, süreli yayınlar, ilgili kurum ve kuruluşların rapor ve dokümanları incelenmiş olup yine birçok bilimsel kaynaktan ve online veri tabanından (Pubmed, Medline, Web of Science, ProQuest, Ulusal Tez Merkezi, Ulakbim, Ebsco, Scopus, Asos Index, vb.) konuyla ilgili ulusal ve uluslararası literatür taramaları yapılmıştır. Bütün bu taramalar neticesinde, aşağıdaki çıkarımlara ulaşılmıştır:

Profesyonel olarak liderlik kavramının bilimsel araştırmalarda kullanılmasıyla birlikte, bugüne kadar genelde sağlık sektörüne ve özelde ise, sağlık hizmet sunumunun merkezinde bulunan klinisyenlere özgü bir liderlik kavramı ve modelinin geliştirilemediği görülmektedir. Dolayısıyla, sağlık yönetimindeki bu ihtiyaç, her geçen gün giderek önemini artırmaktadır.

Kaliteli sağlık hizmet sunumu amacıyla, klinik liderlik üzerine, başta İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri olmak üzere, Avustralya Sağlık Bakanlığınca oluşturulan ve 2012’de sonlandırılan Victoria Kalite Konseyi’nin ve Ontario, Kanada, ABD ve diğer ülkelerin uluslararası kurum ve kuruluşlarında çeşitli kavram ve model geliştirme çalışmaları devam etmektedir (Lett, 2014: 18).

Klinik Liderlik konusunda uluslararası boyutta yaşanan bu gelişmelere rağmen, yapılan ulusal literatür taramalarında, klinik liderlik üzerine yapılan bilimsel çalışmalara rastlanılamamıştır. Dolayısıyla, yapılacak olan bu tez çalışmasının, ulusal literatürde konu ile ilgili bir ilk çalışma örneği olduğu düşünülmektedir.

Yapılan bu tez çalışmasıyla birlikte; NHS’nin geliştirmiş olduğu Klinik Liderlik Modeli ve ölçeğinin, bir tez çalışması kapsamında ilk kez kullanıldığı, bu çalışmanın ulusal literatürde konu ile ilgili geniş kapsamlı ilk çalışma örneği olduğu ve yine, klinik liderlik kavramı ve modeli üzerine, ulusal literatüre ilk ölçeğin kazandırıldığı düşünülmektedir.

Bunun yanı sıra, klinisyenlerin (hekim ve hemşirelerin) klinik liderlik özelliklerinin kullanım düzeylerini ortaya koymanın; ulusal düzeyde klinik liderlik konusundaki mevcut durumu belirleyerek bu mevcut duruma göre, gerek klinisyenlerin eğitim sürecine ve gerekse klinik süreçlerin (teşhis, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon) iyileştirilmesine yönelik yapılacak olan plan ve programlara katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

### **3.2. PROBLEM CÜMLESİ**

Bu çalışma kapsamında, aşağıdaki üç ana soruya cevap bulunmaya çalışılmıştır:

1. Türkiye sağlık sisteminde, kamu hastanelerindeki klinik ortamlarda sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren klinisyenler, hangi klinik liderlik özelliklerine sahiptir?
2. Türkiye sağlık sisteminde, kamu hastanelerindeki klinik ortamlarda sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren klinisyenlerin klinik liderlik özelliklerini etkileyen kişisel ve örgütsel özellikler nelerdir?
3. Türkiye sağlık sisteminde, kamu hastanelerindeki klinik ortamlarda sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren klinisyenlerin klinik liderlik özelliklerini geliştirmek için neler yapılabilir?

### **3.3. ARAŞTIRMANIN DÜZENLENMESİ**

Bu araştırmanın kuramsal ve kavramsal çerçevesi ve araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler, Şekil 11.'de görülmektedir. Bu araştırma kapsamında, hekim ve hemşirelerin klinik liderlik düzeylerinin ve yine, hekim ve hemşirelerin klinik liderlik özelliklerinin kişisel ve örgütsel özelliklerden etkilenip etkilenmediğinin ortaya konulması beklenmektedir.

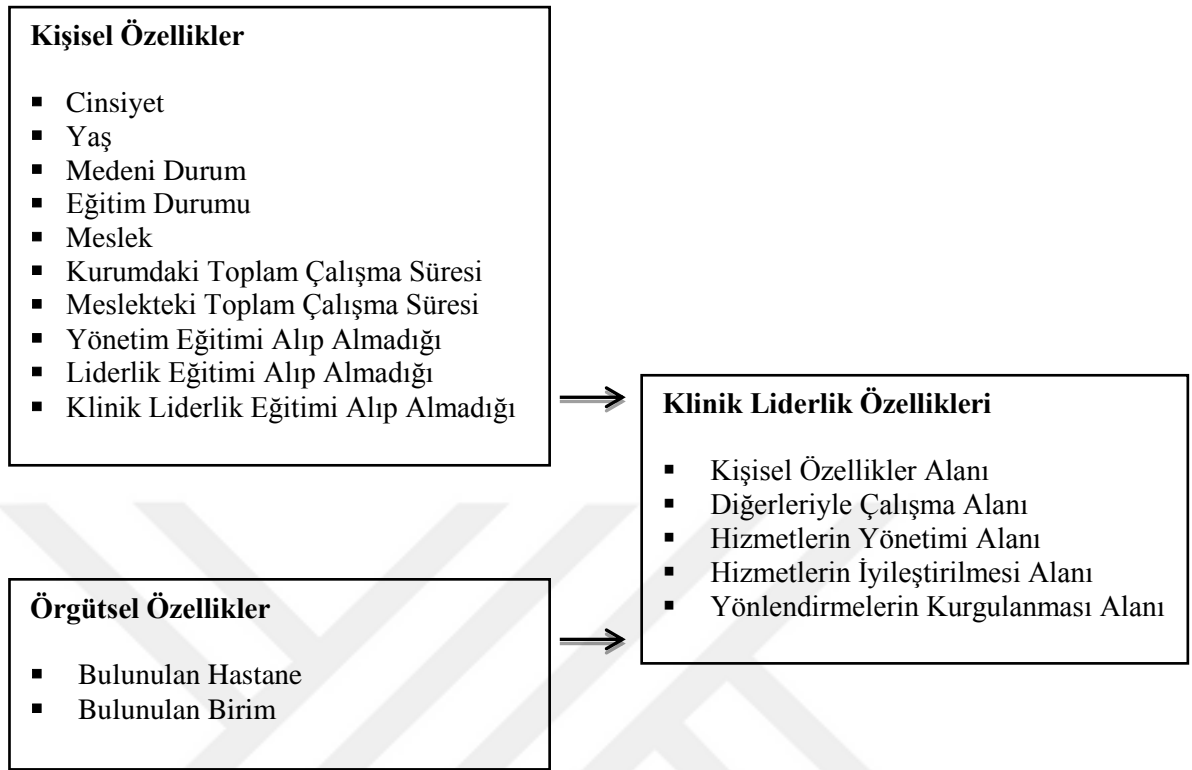
Klinik liderlik özellikleri, NHS'nin (2012) geliştirdiği klinik liderlik modeli ile uyumlu olarak; Kişisel Özellikler Alanı, Diğerleriyle Çalışma Alanı, Hizmetlerin Yönetimi Alanı, Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı şeklinde, beş bölümden oluşmaktadır. Bu bağlamda bu çalışma, NHS'in klinik liderlik modeli kapsamında yapılan doktora tezi çalışmalarından biri olma özelliğini de taşımaktadır.

Klinik liderlik özelliklerinin yanı sıra, çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin kişisel ve örgütsel özelliklerine de ilgili literatüre bağlı kalınarak, çalışma kapsamında yer verilmiştir. Stogdill, özellikle yirminci yüzyılın başlarından itibaren yapılan liderlik araştırmalarında; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal statü gibi değişkenlerin kullanıldığını belirtmektedir (Bass, 1990: 81). Uğurluoğlu (2009: 103) ise, liderliğin yalnızca liderin izleyiciler üzerindeki marjinal etkisinden ibaret olmadığını, aynı zamanda içinde bulunulan sistemin özellikleriyle birlikte ortak bir etkiyi kapsadığını ifade etmektedir. Büyük adamlar teorisinin de ana düşüncesini oluşturan, liderlik özelliklerinin doğuştan gelen kişisel özellikler tarafından belirlendiği (Bass, 1990: 37) düşüncesi, geçmişte yapılan birçok liderlik çalışmasında olduğu gibi, günümüz liderlik çalışmalarında da etkisini göstermekte ve bu bağlamda, bu ve benzeri çalışmalarda, kişisel özellikleri ortaya koyan değişkenler dikkate alınmaktadır (Yukl, 2010: 79). Benzer şekilde, içinde bulunulan çevre, çalışma koşulları ve genel olarak örgütsel değişkenlerin de liderlik özelliklerine etki ettiği varsayılmakta (Cook, 2001: 43) ve bilimsel araştırmalar dâhilinde, örgütsel değişkenlere de yer verilmektedir.

Yukarıda ifade edilen bilgiler doğrultusunda, klinisyenlerin (hekim ve hemşire) klinik liderlik özellikleri ve bu özellikleri etkilediği varsayılan klinisyenlerin kişisel özellikleriyle çalıştıkları kurumların örgütsel özellikleri, Şekil 10.'da gösterilen araştırma modelinde belirtilen değişkenlerden oluşmaktadır. Bu model, aynı zamanda, çalışmanın hipotezlerinin de kaynağını oluşturmaktadır.



### Şekil 10. Araştırma Modeli



### 3.4. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

Literatür bilgilerinden ve araştırma modelinden yola çıkılarak hazırlanan bu çalışmanın ana ve alt hipotezleri, aşağıdaki gibi sıralanabilir:

H1: Hekim ve hemşirelerin cinsiyet özellikleri, klinik liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H1.1: Hekim ve hemşirelerin cinsiyet özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel Özellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H1.2: Hekim ve hemşirelerin cinsiyet özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle Çalışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H1.3: Hekim ve hemşirelerin cinsiyet özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H1.4: Hekim ve hemşirelerin cinsiyet özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H1.5: Hekim ve hemşirelerin cinsiyet özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H2: Hekim ve hemşirelerin yaş özellikleri, klinik liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H2.1: Hekim ve hemşirelerin yaş özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel Özellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H2.2: Hekim ve hemşirelerin yaş özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle Çalışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H2.3: Hekim ve hemşirelerin yaş özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H2.4: Hekim ve hemşirelerin yaş özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H2.5: Hekim ve hemşirelerin yaş özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H3: Hekim ve hemşirelerin medenî durum özellikleri, klinik liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H3.1: Hekim ve hemşirelerin medenî durum özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel Özellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H3.2: Hekim ve hemşirelerin medenî durum özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle Çalışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H3.3: Hekim ve hemşirelerin medenî durum özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H3.4: Hekim ve hemşirelerin medenî durum özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H3.5: Hekim ve hemşirelerin medenî durum özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H4: Hekim ve hemşirelerin eğitim durumu özellikleri, klinik liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H4.1: Hekim ve hemşirelerin eğitim durumu özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel Özellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H4.2: Hekim ve hemşirelerin eğitim durumu özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle Çalışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H4.3: Hekim ve hemşirelerin eğitim durumu özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H4.4: Hekim ve hemşirelerin eğitim durumu özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin iyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H4.5: Hekim ve hemşirelerin eğitim durumu özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H5: Hekim ve hemşirelerin meslekî özellikleri, klinik liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H5.1: Hekim ve hemşirelerin meslekî özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel Özellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H5.2: Hekim ve hemşirelerin meslekî özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle Çalışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H5.3: Hekim ve hemşirelerin meslekî özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H5.4: Hekim ve hemşirelerin meslekî özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H5.5: Hekim ve hemşirelerin meslekî özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H6: Hekim ve hemşirelerin kurumdaki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H6.1: Hekim ve hemşirelerin kurumdaki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel zellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H6.2: Hekim ve hemşirelerin kurumdaki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle alışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H6.3: Hekim ve hemşirelerin kurumdaki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H6.4: Hekim ve hemşirelerin kurumdaki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H6.5: Hekim ve hemşirelerin kurumdaki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H7: Hekim ve hemşirelerin meslekteki toplam çalışma süresi zellikleri, Klinik Liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H7.1: Hekim ve hemşirelerin meslekteki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel zellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H7.2: Hekim ve hemşirelerin meslekteki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle Çalışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H7.3: Hekim ve hemşirelerin meslekteki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H7.4: Hekim ve hemşirelerin meslekteki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H7.5: Hekim ve hemşirelerin meslekteki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H8: Hekim ve hemşirelerin yönetim eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H8.1: Hekim ve hemşirelerin yönetim eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel Özellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H8.2: Hekim ve hemşirelerin yönetim eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle Çalışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H8.3: Hekim ve hemşirelerin yönetim eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H8.4: Hekim ve hemşirelerin yönetim eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H8.5: Hekim ve hemşirelerin yönetim eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H9: Hekim ve hemşirelerin liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H9.1: Hekim ve hemşirelerin liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel Özellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H9.2: Hekim ve hemşirelerin liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle Çalışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H9.3: Hekim ve hemşirelerin liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H9.4: Hekim ve hemşirelerin liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H9.5: Hekim ve hemşirelerin liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H10: Hekim ve hemşirelerin klinik liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H10.1: Hekim ve hemşirelerin klinik liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel Özellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H10.2: Hekim ve hemşirelerin klinik liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle Çalışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H10.3: Hekim ve hemşirelerin klinik liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H10.4: Hekim ve hemşirelerin klinik liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H10.5: Hekim ve hemşirelerin klinik liderlik eğitimi alıp almama özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H11: Hekim ve hemşirelerin buldukları hastane türü özelliği, klinik liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H11.1: Hekim ve hemşirelerin buldukları hastane türü özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel Özellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H11.2: Hekim ve hemşirelerin buldukları hastane türü özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle Çalışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.



H11.3: Hekim ve hemşirelerin buldukları hastane türü özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H11.4: Hekim ve hemşirelerin buldukları hastane türü özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H11.5: Hekim ve hemşirelerin buldukları hastane türü özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H12: Hekim ve hemşirelerin buldukları birim özelliği, klinik liderlik özelliklerini anlamlı düzeyde etkiler.

H12.1: Hekim ve hemşirelerin buldukları birim özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Kişisel Özellikler Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H12.2: Hekim ve hemşirelerin buldukları birim özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Diğerleriyle Çalışma Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H12.3: Hekim ve hemşirelerin buldukları birim özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin Yönetimi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H12.4: Hekim ve hemşirelerin buldukları birim özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

H12.5: Hekim ve hemşirelerin buldukları birim özelliği, klinik liderlik özelliklerinden Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı özelliğini anlamlı düzeyde etkiler.

### 3.5. VERİ TOPLAMA ARACI

Konu ile ilgili olarak yapılan literatür taraması neticesinde ulaşılan ölçekler içerisinde, “Klinik Liderlik Yeterlik Çerçevesi: Kendi Kendine Değerlendirme Anketi” (Clinical Leadership Competency Framework Self Assessment Tool) çalışma amacı doğrultusunda, kullanımı en uygun ölçek olarak değerlendirilmiştir (NHS, 2012). Tez kapsamında kısaca Klinik Liderlik Ölçeği (KLÖ) olarak adlandırılan bu ölçek, NHS Leadership Academy tarafından 2012 yılında geliştirilmiş ve bu tez çalışması öncesinde, bu denli kapsamlı bir çalışmada kullanımına rastlanılmamıştır. KLÖ’nün bu tez çalışması kapsamında kullanımı konusunda NHS Leadership Academy ile iletişime geçilmiş ve 17 Temmuz 2015 tarihinde, ilgili birimden, gerekli izin belgesi alınmıştır. Adı geçen izin belgesinin orijinal hâli, EK1.’de yer almaktadır.

KLÖ iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yer alan 12 soru ile katılımcılara; sosyo-demografik özellikleri (kişisel özellikleri ve çalıştıkları kurumların örgütsel özellikleri) sorulurken, ikinci bölümde ise; katılımcıların klinik liderlik özelliklerini değerlendirmede kullanılan beş alt boyuttan oluşan 40 soru yer almaktadır. Araştırma kapsamında kullanılan ve ilgili geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda oluşturulan KLÖ’nün son haline, EK 2.’de yer verilmiştir. Tablo 3.’te ise KLÖ alt boyutları, soru sayıları ve cevap skalası görülmektedir.

**Tablo 3. Klinik Liderlik Ölçeği Alt Boyutları ve Cevap Değerleri**

	Bölüm	Soru Sayısı	Cevap Skalası
Birinci Bölüm	Sosyo-Demografik Özellikler	12 (1-12)	Sorulara bağlı olarak değişmektedir
İkinci Bölüm	Klinik Liderlik Özellikleri	40 (1-40)	(1) Neredeyse Asla (2) Bazen (3) Neredeyse Her Zaman
	1. Boyut: KÖA (1-8 arası)		
	2. Boyut: DÇA (9-16 arası)		
	3. Boyut: HYA (16-24 arası)		
	4. Boyut: HİA (25-32 arası)		
	5. Boyut: YKA (33-40 arası)		

### 3.6. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, saha araştırmasının yapıldığı 14 Aralık 2015 – 29 Ocak 2016 tarihleri arasında Niğde Kamu Hastaneleri Birliği (NKHB) Genel Sekreterliği'ne bağlı beş hastanede (Niğde Devlet Hastanesi, Niğde Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Bor Devlet Hastanesi, Bor Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ulukışla Devlet Hastanesi) görev yapan, toplam 701 klinisyen (225 hekim ve 476 hemşire) oluşturmaktadır.

Bu tez çalışmasının yapılabilirliğiyle ilgili, 17 Kasım 2015 tarihinde, Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonu'ndan alınan Etik Kurul İzni (EK3.) ile birlikte, saha çalışması süreci de başlatılmıştır. İstanbul ve Ankara gibi benzer büyük şehirlerde, hekim ve hemşirelerin gerek iş yoğunlukları ve gerekse hekim ve hemşirelere yönelik anket çalışmalarının yoğunluğuna bağlı oluşan doygunluktan dolayı ve yine bu tür bilimsel çalışmaların ülke geneline yaygınlaştırılarak diğer şehirlerde görev yapan hekim ve hemşirelerin de bilimsel çalışmalarda değerlendirilmesi amacıyla, evren olarak Niğde Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) Genel Sekreterliği'ne bağlı kamu hastanelerinde görev yapan hekim ve hemşirelerin seçilmesi düşünülmüştür. Niğde ili, gerek Anadolu'nun merkezî konumunda bulunan bir il olması ve gerekse hastane, hekim ve hemşire olarak sahip olduğu kozmopolit yapısıyla, Türkiye Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı hastanelerde görev yapan hekim ve hemşirelerin bir örnekleme olarak görülebilir. Bütün bu sebeplerden yola çıkılarak, Tez İzleme Komitesi'ne, saha çalışmasının Niğde KHB Genel Sekreterliği'ne bağlı kamu hastanelerinde yapılması teklif edilmiş ve bu teklif, Tez İzleme Komitesi üyelerince uygun görülerek kabul edilmiştir.

14 Aralık 2015 tarihinde, Niğde KHB Genel Sekreterliği ile öncelikle telefonla irtibata geçilmiş ve Genel Sekreterlik bünyesindeki bilimsel araştırmalar birimi, çalışma ile ilgili bilgilendirilerek çalışmanın yapılabilmesi için gerekli başvuru koşulları ile ilgili kendilerinden bilgi edinilmiştir. 28 Aralık 2015 tarihinde, saha çalışması izni için Niğde KHB Genel Sekreterliği'ne başvurulmuş. 8 Ocak 2016 tarihi itibarıyla gerekli izinlerin (EK 4.) alınmasıyla birlikte, 11 Ocak 2016 tarihinde saha çalışması başlatılmıştır.

Saha çalışmasının yapıldığı 11 Ocak 2016 – 12 Şubat 2016 tarihleri arasında, Niğde ili KHB Genel Sekreterliği'ne bağlı olan ve aktif olarak hizmet sunumunun gerçekleştirildiği toplam 5 hastanede, 225'i hekim ve 476'sı hemşire olmak üzere toplam 701 klinisyen görev yapmaktadır. Tablo 4.'te, çalışma evrenindeki klinisyenlerin frekans ve yüzdelik dağılımları yer alırken; Tablo 5.'te bu klinisyenlerin hastanelere göre dağılımı görülmektedir.

**Tablo 4. Çalışma Evrenindeki Klinisyenlerin Sayı ve Yüzdelik Dağılımları**

Klinisyenler	n	%
Hekim	225	32,1
Hemşire	476	67,9
<b>Toplam</b>	<b>701</b>	<b>100,0</b>

**Kaynak:** Niğde Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Tablo 4.'te; araştırma evrenini oluşturan toplam 701 klinisyenin %32,1'inin hekimlerden oluştuğu, %67,9'unun ise hemşirelerden oluştuğu görülmektedir.

**Tablo 5. Çalışma Evrenindeki Klinisyenlerin Hastanelere Göre Dağılımı**

Hastaneler	Klinisyenler					
	Hekim (n=225)		Hemşire (n=476)		Toplam (n=701)	
	n	%	n	%	n	%
Niğde Devlet Hastanesi	144	64,0	376	79,0	520	74,2
Ağız Diş Sağlığı Merkezi	38	16,9	9	1,9	47	6,7
Bor Devlet Hastanesi	31	13,8	63	13,2	94	13,4
Bor Fizik Tedavi Hastanesi	7	3,1	25	5,3	32	4,6
Çiftlik Devlet Hastanesi	5	2,2	3	0,6	8	1,1

**Kaynak:** Niğde Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Tablo 5.'e bakıldığında ise; çalışma evreninde yer alan klinisyenlerin, meslekî boyutta hastane bazlı dağılımları görülmektedir. Buna göre, beş hastane içerisinde, %74,2'lik oranla, en fazla klinisyenin bulunduğu hastane, Niğde Devlet Hastanesi iken; Niğde Devlet Hastanesi'nde bulunan hekimlerin oranı, toplam hekim sayısının %64'ü, yine aynı hastanede bulunan hemşire oranı, toplam hemşire sayısının %79'u olarak görülmektedir.

Saha araştırması; araştırmacının, araştırma evrenini oluşturan bütün klinisyenleri, ilgili hastanelerde birebir ziyaret ederek kendilerini araştırma konusu ile ilgili bilgilendirdikten sonra, bazı klinisyenlere yüz yüze görüşme yöntemiyle, bazı klinisyenlere ise anketlerin bırakılıp daha sonra alınması yöntemiyle anketleri uygulamasıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kapsamında örneklem çekilmemiş olup, çalışma evreninin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak; yukarıda ifade edilen saha araştırması tarihleri arasında, bazı klinisyenlerin izinli olması, bazılarının araştırma kapsamına alınmayı kabul etmemesi ve bazı doldurulan anketlerin de eksiklik doldurulmasından dolayı çalışma kapsamına alınamaması sebebiyle, evreninin tamamına ulaşılamamıştır. Tablo 6.'da, araştırma evrenini oluşturan klinisyenlere, araştırma kapsamında hekim ve hemşire bazlı ulaşılp ulaşılamama durumu görülmektedir.

**Tablo 6. Araştırma Evrenine Hekim ve Hemşire Düzeyinde Ulaşılma Oranları**

Klinisyenler		Toplam (n=701)				
		n	%	n	%	
Evren	Hekim	Ulaşılan	97	43,1	225	32,1
		Ulaşılamayan	128	56,9		
	Hemşire	Ulaşılan	421	88,4	476	67,9
		Ulaşılamayan	55	11,6		
	Ulaşılan	Hekim	97	18,7	518	73,9
		Hemşire	421	81,3		
Ulaşılamayan	Hekim	128	69,9	183	26,1	
	Hemşire	55	30,1			

Tablo 6.'da da görüldüğü üzere; araştırma evrenini oluşturan toplam klinisyen sayısının %32,1'i hekimlerden, %67,9'u ise hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında, klinisyenlerin %73,9'una ulaşılrken, %26,1'ine ise ulaşılamamıştır. Ulaşılan klinisyenlerin de %18,7'sini hekimler oluştururken, %81,3'ünü ise hemşireler oluşturmaktadır. Yine, araştırma kapsamında; mevcut hekim sayısının %43,1'ine ulaşılrken, mevcut hemşire sayısının da %88,4'üne ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamında ulaşılamayan 183 klinisyene ulaşılamama sebepleri ise, aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

- Saha araştırması süresince; yıllık izin, sağlık raporu, doğum izni ve süt izni kullanmalarından dolayı hastanelerde bulunmayan 42 klinisyene ulaşılamamıştır.
- Araştırma kapsamında klinisyenlere uygulanan toplam 30 anket, eksik bilgiler içermeleri sebebiyle, çalışma kapsamının dışında tutulmuştur.
- 111 klinisyen ise, araştırmaya katılmada gönüllü olmadıkları için, araştırma kapsamının dışında tutulmuştur.

### **3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma kapsamındaki ölçek uygulaması, hekim ve hemşirelerle yüz yüze görüşme şeklinde gerçekleştirildiği ve kendisine ulaşılan her klinisyen, klinik liderlik kavramıyla alakalı bilgilendirildiği halde, uygulama esnasında kavramla alakalı bilgi yetersizliğinden kaynaklanan olumsuzluklar yaşanmış; kimi klinisyenler ölçeği doldurmayı reddetmiş ve kimi klinisyenlerin de ölçeği eksik doldurduğu tespit edilmiştir.

Yine, araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerdeki yzdelik dağılımların birbirlerine yakın oranlarda olmaması da (Bakınız: Tablo 6.) araştırmanın sınırlılıkları arasında gsterilebilir. Bunun sebebi ise; hekimlere kıyasla, hemşirelerin, bu çalışmaya olan ggnlllklernin çok daha fazla olması ve ölçek uygulaması esnasında, izinde olan hekim sayısının, izinde olan hemşire sayısından oldukça fazla olması şeklinde ifade edilebilir.

Bu çalışma kapsamında, hekim ve hemşirelerin Klinik Liderlik özellikleri değerlendirilmektedir. Ancak, çalışma kapsamında kullanılan ölçekte yer alan ve klinik liderlik özelliklerini oluşturan beş alan dışında da klinik liderlik özelliklerini etkileyen farklı alanlar ya da dış etkenler bulunabilir. Ve bu alanlar, klinisyenlerin klinik liderlik özelliklerini artırabilir ya da azaltabilir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2015 İdari Faaliyet Raporu'na göre; mevcut durumda Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde 53.792 hekim ve 90.719 hemşire olmak üzere toplamda 144.511 klinisyen görev yapmaktadır (KHK, 2015: 34). Bu araştırmanın evrenini ise, Niğde ili kamu hastanelerinde çalışan toplam 701 hekim ve hemşire oluşturmaktadır. Dolayısıyla, her ne kadar bu araştırma, klinik liderlik alanında Türkiye'de ilk kez yapıldığı dışünülen ve konuyla ilgili uluslararası bir ölçeğin geçerlik güvenilirlik ve uygulama çalışması olsa da, çalışma kapsamında Türkiye'deki bütün hekim ve hemşirelere ulaşma imkânının olmaması, araştırma sonuçlarının, Türkiye sağlık sisteminin bütününü yansıtacak şekilde yorumlanmasında sınırlılık oluşturmaktadır.

### **3.8. VERİLERİN ANALİZİ**

Bu bölümde; araştırmaya ait verilerin geçerlik güvenilirlik analizleriyle, uygulama analizlerinde kullanılan yöntemler yer alınmaktadır.

### 3.8.1. Klinik Liderlik Ölçeğinin Geçerlik Güvenilirlik Analizleri

Geçerlik kavramı; bir ölçeğin, hedeflediği özellikleri ölçmesiyle ilgili bir kavram olup yine Alpar'ın (2014: 434) ifadesiyle; bir testin ölçmek istediği özelliği, doğru bir şekilde ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçebilmesi neticesinde, bu testin geçerli olduğu söylenebilir. Aynı zamanda, geçerlik; yapılandırılmış bir ölçeğin, belirli olayları yordama yeteneği veya farklı yapıların ölçümleriyle olan ilişkisi şeklinde tanımlanabilir (DeVellis, 2014: 59). Geçerlik kavramının literatürde geçen pek çok genel türü olmakla birlikte (Neuman, 2012: 281), genelde üç temel türü üzerinde durulmuş ve bu çalışma kapsamında da Klinik Liderlik ölçeğinin genel itibariyle bu üç temel geçerlik türü ele alınmıştır. Bunlar; dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliğidir.

Geçerli bir ölçeğin taşınması gereken en önemli özelliklerden biri de bu ölçeğin güvenilir olmasıdır. Güvenilirlik; ardı ardına yapılan ölçümlerden aynı sonucun elde edilmesi ya da ölçümler neticesinde elde edilen sonuçların, tesadüfi hatalardan arınlık derecesi olarak ifade edilebilir (Tanrıöğen, 2011 :171). Özellikle, toplam puanlar üzerine kurulu likert tipi ölçeklerde (bu araştırma kapsamında kullanılan klinik liderlik ölçeği de likert tipi bir ölçektir) güvenilirliğin hesaplanmasında, Cronbach Alfa ( $\alpha$ ) katsayısı sıklıkla kullanılmakta ve tercih edilmektedir (Alpar, 2014: 483). Yine özellikle son zamanlarda, konjenerik ölçümlerin güvenilirlik hesaplamalarında kullanılan ve yapısal güvenilirlik olarak adlandırılan, McDonald'ın omega ( $\omega$ ) güvenilirlik katsayısı da bilimsel yazınlarda sıklıkla kullanılmaktadır (Yurdugül, 2006: 29). Bu çalışma kapsamında bu iki güvenilirlik katsayısı da kullanılmaktadır.

#### 3.8.1.1. Klinik Liderlik Ölçeğinin Dil Geçerliği

Ölçeğin dil geçerliği aşamalarında, geleneksel dil geçerlik yaklaşımı (Hansen, 1987: 165) dikkate alınmıştır. Buna göre; KLÖ'nün kullanımıyla ilgili NHS Leadership Academy'den gerekli izinler alındıktan sonra, ilk olarak ölçeğin İngilizce orijinal metni, hem İngilizce'ye hem de yönetim ve liderlik konularına hâkim, ana dili Türkçe olan üç Türk öğretim üyesi tarafından, 2015'in Ağustos ayı içerisinde, birbirlerinden bağımsız olarak İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir.



Daha sonra, elde edilen bu üç farklı çeviri, yine gerek İngilizcede ve gerekse bilimsel alanda yetkin bir başka Türk öğretim üyesi tarafından ele alınarak, içlerinden benzer maddeleri en iyi şekilde ifade eden Türkçe maddeler tek tek seçilmiş ve netice itibariyle tek bir Türkçe ölçek elde edilmiştir. Sonraki aşamada, elde edilen bu Türkçe ölçek, yeminli bir tercüman tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Türkçeden İngilizceye çevrilen bu ölçek, İngilizce orijinal ölçekle kıyaslanmış, her iki ölçekte de ifadeler birbirine çok yakın bulunmuş, Türkçe kullanıma uygun olmadığı tespit edilen ifadeler ise tekrar gözden geçirilerek revize edilmiş ve netice itibariyle, Türkçe ölçeğin son şekli elde edilmiştir.

### 3.8.1.2. Klinik Liderlik Ölçeğinin Kapsam (İçerik) Geçerliği

Kapsam (İçerik) geçerliği; ölçeğin, ölçülmek istenen yapıyı ne derece kapsadığını değerlendirmek için kullanılan (Koçak vd., 2015: 174) ve bir ölçümün, ölçülmek istenen yapının kavramsal tanımının tüm yönlerini temsil etmesini gerektiren geçerlik türüdür (Neuman, 2012: 283). Kapsam geçerliği konusunda geliştirilen en önemli ve bilimsel çalışmalarda en sık kullanılan teknik, Lawshe (1975: 564) tekniğidir. Bu teknikte, kapsam geçerliğini ölçebilmek için en az 5 ve en fazla 40 uzman görüşüne ihtiyaç vardır. Bu çalışmanın kapsam geçerliği için de Lawshe tekniği kullanılmıştır.

Bu doğrultuda, dil geçerliği neticesinde elde edilen Türkçe ölçeğin son şekli, konuyla ilgili alanlarında uzman üç hekim, üç hemşire ve üç yönetim bilimci olmak üzere, toplam dokuz uzmanın bilgi ve görüşlerine sunulmuştur. Kendilerinden, ölçekte yer alan maddelerin konuyla ilgi olup olmadığı ve bu ölçekte yer alan her bir ifadenin anlaşılır olup olmadığı konusunda görüşler istenmiştir. Bu görüşlerin, istatistikî olarak yorumlanabilmesi açısından, uzman görüşlerinin incelenmesinde, kapsam geçerlik indeksi (KGİ) kullanılmıştır.

Bu indekse göre; öncelikle uzmanlardan, ölçekte yer alan her bir ifadeyi (gerekli; yararlı, ancak yetersiz; gereksiz) skalalarından oluşan üçlü derecelendirme formu kullanılarak değerlendirmeleri istenmiş ve elde edilen bu form neticesinde, her bir madde için Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) hesaplanmıştır.

Bu hesaplama; G: ‘‘Gerekli’’ diyen uzman sayısı ve N: Toplam uzman sayısı olmak üzere,  $KGO=[G/(N/2)]-1$  eşitliği ile elde edilir (Alpar, 2014: 439).  $\alpha=0,05$  anlamlılık düzeyinde olması beklenen en küçük Kapsam Geçerlik Oranlarına ise, Tablo 7.’de yer verilmiştir (Vaneziano ve Hooper, 1997: 69).

**Tablo 7. Uzman Sayılarına Göre Olması Beklenen En Küçük KGO Değerleri**

Uzman Sayısı	5	6	7	8	9	10	20	30	40+
En Küçük KGO	0,99	0,99	0,99	0,78	0,75	0,62	0,42	0,33	0,29

**Kaynak:** Vaneziano ve Hooper (1997)

Ölçeğe ilişkin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) ise, istatistiksel değerlendirme neticesinde, minimum değerlerin üstünde olup ölçeğe dâhil olan maddelerin kapsam geçerlik oranlarının ortalaması şeklinde ifade edilebilir (Lawshe, 1975: 567). Kapsam Geçerliği İndeksi hesaplamalarında, bulunan değerin, 0,67’den büyük olması beklenir (Alpar, 2014: 439).

Bütün bu veriler ışığında, Klinik Liderlik Ölçeğine yönelik elde edilen uzman görüşleri, ölçekte yer alan her bir maddenin KGO değerleri ve ölçeğin geneline ilişkin KGI değeri, Tablo 8.’de yer almaktadır.

**Tablo 8. KLÖ'ye Yönelik Uzman Görüşlerinin Toplanması ve Kapsam Geçerlik Oranlarının Elde Edilmesi**

Maddeler	Gerekli	Yararlı ancak yetersiz	Gereksiz	Kapsam Geçerlik Oranları	Maddeler	Gerekli	Yararlı ancak yetersiz	Gereksiz	Kapsam Geçerlik Oranları
1	9			1,00	21	9			1,00
2	9			1,00	22	8		1	0,77
3	8	1		0,77	23	9			1,00
4	9			1,00	24	9			1,00
5	8	1		0,77	25	9			1,00
6	9			1,00	26	9			1,00
7	9			1,00	27	9			1,00
8	9			1,00	28	8	1		0,77
9	9			1,00	29	9			1,00
10	9			1,00	30	9			1,00
11	9			1,00	31	9			1,00
12	9			1,00	32	9			1,00
13	9			1,00	33	9			1,00
14	9			1,00	34	9			1,00
15	9			1,00	35	9			1,00
16	8		1	0,77	36	9			1,00
17	9			1,00	37	9			1,00
18	9			1,00	38	9			1,00
19	9			1,00	39	8		1	0,77
20	9			1,00	40	9			1,00
<b>Uzman Sayısı</b>					9				
<b>Kapsam Geçerlik İndeksi</b>					0,97				

Tablo 8.'e göre; çalışma kapsamında başvuru alan uzman sayısı 9 olup bu uzmanların değerlendirilmeleri neticesinde,  $\alpha=0,05$  anlamlılık düzeyinde ölçek kapsamındaki en küçük KGO değeri 0,77 olarak hesaplanmıştır. 9 kişilik uzman görüşünde olması gereken minimum KGO değeri 0,75 olarak değerlendirildiğinde, ölçek kapsamından hiçbir madde çıkartılmamıştır. Yine yukarıda ifade edilen KGİ formülü ile yapılan hesaplama doğrultusunda, ölçeğin KGİ değeri 0,97 olarak bulunmuştur.  $0,97>0,67$  olduğu için, kapsam geçerliği açısından ölçek, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Klinik Liderlik Ölçeği, 5 boyutlu bir yapıdan oluştuğu için, her bir boyut için de ayrı ayrı KGİ değerleri hesaplanmış ve bu sonuçlar, Tablo 9.'da gösterilmiştir.

**Tablo 9. Klinik Liderlik Ölçeğinin Alt Boyutlarına Ait KGİ Değerleri**

<b>KLÖ Boyutları</b>	<b>KGİ Değerleri</b>
Boyut 1. Kişisel Özellikler Alanı	0,94
Boyut 2. Diğerleriyle Çalışma Alanı	0,97
Boyut 3. Hizmetlerin Yönetimi Alanı	0,97
Boyut 4. Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	0,97
Boyut 5. Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	0,97

Tablo 9.'da görüldüğü gibi; Klinik Liderlik Ölçeğinin alt boyutlarına ait Kapsam Geçerliği İndeksi değerleri oldukça yüksek olup her bir boyutun KGİ değeri, 0,67'den büyüktür. Dolayısıyla, her bir boyut kendi içerisinde de istatistikî açıdan anlamlı bulunmuştur.

### 3.8.1.3. Klinik Liderlik Ölçeğinin Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği; doğrudan ölçülemeyen bir özelliği ölçmek için kullanılan bir ölçeğin, o özelliği ölçme derecesi olarak ifade edilebilir (Alpar, 2014: 456). Burada söz konusu olan; doğrudan ölçülemeyen örtük özellikleri ölçebileceği düşünülen değişkenlerin oluşturduğu yapının, bu örtük özelliği ölçüp ölçemeyeceğinin belirlenmesidir. Bu belirlenme sürecinde kullanılan en önemli metot ise, yapısal eşitlik modelidir.

Yapısal eşitlik modeli; örtük özellikleri ölçebilecek uygun bir model bulmak yerine, var olan bir modelin değerlendirilerek, “bu model geçerli mi?” sorusuna cevap arandığı; açıklayıcı olmaktan daha ziyade büyük ölçüde doğrulayıcı tekniklerden oluşan, istatistiksel bir yöntemdir (Çokluk vd., 2014: 254-255). Yapısal eşitlik modeli kapsamında; Amos, EQS, LISREL, MPlus, MLwin ve benzeri birçok istatistik paket programları kullanılarak, doğrulayıcı faktör analizi, çoklu regresyon, yol analizi gibi bazı analizler yapılabilmektedir.

Bu çalışmada, yapı geçerliğinin ölçülebilmesi için, yapısal eşitlik modeli kullanılmış olup bu model çerçevesinde LISREL 8.7 paket programından yararlanılmış ve yine bu program aracılığıyla, doğrulayıcı faktör analizi, model uyum indisleri ve yol şemaları verilmiştir.

Kaplan’a (2008: 12) göre, yapısal eşitlik modeli uygulamalarında izlenmesi gereken ve bu çalışma kapsamında takip edilen adımlar, şu şekilde sıralanabilir:

- Kuramsal çerçevenin oluşturulması
- Uygulanacak modelin belirlenmesi
- Örneklem ve ölçüm
- Uyum değerlendirmesi
- Gerekliyse, modelin modifikasyonun yapılarak tekrar değerlendirilmesi
- Tartışma

Çalışma dâhilinde, bu aşamaya kadar; klinik liderlikle ilgili kuramsal çerçeve oluşturulmuş, bu çerçeve kapsamında uygulanacak olan klinik liderlik modeli ve bu model dâhilindeki ölçek belirlenmiş, ölçeğin dil ve kapsam geçerliliği yapılmıştır. Örneklem çekilmeksizin, ölçeğin uygulanması için belirlenen evrenin tamamına ölçek uygulanmış ve elde edilen veriler, SPSS Statistics 20 programına tanımlanarak, analize uygun hâle getirilmiştir.

Yapısal eşitlik analizlerine geçmeden önce örneklem yeterliliğinin belirlenmesi ve verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığının tespit edilmesi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett's Küresellik testleri yapılmıştır. İyi bir faktör analizi için KMO ölçüsünün 0,80'den fazla olması beklenir. Yine, korelasyon matrisinin tümel anlamlılığının incelenmesi için de Barlett's Küresellik Testi'nden yararlanılır ve bu testin, anlamlı çıkması ( $p<0,05$ ) verilerin faktör analizi için uygun olduğunu gösterir (Alpar, 2014: 529). SPSS analizleriyle elde edilen KMO ve Barlett's Küresellik testleri, Tablo 10.'da görülmektedir.

**Tablo 10. KLÖ'ye Ait KMO ve Barlett's Küresellik Test Sonuçları**

KMO Örneklem Yeterliliği Testi		0,943
Barlett's Küresellik Testi	Ki Kare	9176,241
	Sd	780
	Sig.	0,000

Tablo 10.'da görüldüğü gibi KMO değeri örneklem yeterliliğinin oldukça iyi düzeyde olduğunu gösteren bir değer olan 0,943 bulunmuştur. İstatistikî olarak bu sonuç; çok iyi örneklem yeterliliği anlamına gelmektedir. Verilerin faktör analizi için uygunluğunu gösteren Bartlett's küresellik testi sonucu da ( $X^2=9176,241$   $p<0,05$ ) oldukça anlamlı bulunmuştur.

Çalışmanın bu aşamasında; yapı geçerliğini ölçmek ve kendi aralarında karşılaştırma yapabilmek için LISREL 8.7. istatistik paket programı kullanılarak üç farklı ölçme modeli sınanmıştır. Bu modeller;

1. Tüm maddelerin tek bir yapıyı ölçtüğüne ilişkin geliştirilen Model 1.
2. Orijinal ölçekte yer alan 40 maddenin, ilişkisiz 5 farklı boyutu ölçtüğüne ilişkin geliştirilen Model 2.
3. Orijinal ölçekte tanımlandığı şekliyle, 40 maddenin, ilişkili 5 farklı boyutu ölçtüğüne ilişkin geliştirilen Model 3. şeklinde ifade edilebilir.

Bu ölçme modellerinin çözümlenmesi için doğrulayıcı faktör analizine başvurulmuş ve doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen model uyum değerleri, Tablo 11.'de gösterilmiştir.

Doğrulayıcı faktör analizi; daha önceden belirlenmiş (maddeleri, boyutları ve her bir boyutun hangi maddelerden oluştuğu tespit edilmiş) bir yapının (bir ölçeğin) doğrulanmasını test etmek amacıyla gerçekleştirilen bir yapısal eşitlik analizidir. Bu analizde, modelin, elde edilen veriyi ne derece iyi açıkladığı, uyum iyiliği indeksleri ile belirlenir. Analiz neticesinde elde edilen uyum iyiliği indekslerine ait sonuçlar, modelin kabul ve reddedilme kararının verilmesini sağlar (Özabacı, 2011: 164).

Yapısal eşitlik modeli analizlerinde  $\chi^2/sd$  oranının kullanılması konusunda araştırmacılar hemfikir olsa da bu görüş birliği, diğer uyum indeksleri için geçerli olmamış ve diğer uyum indekslerinden hangisinin kullanılması gerektiğine yönelik, farklı araştırmacılar tarafından farklı öneriler sunulmuştur (İlhan ve Çetin, 2014: 31).

**Tablo 11. Klinik Liderlik Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Veri-Model Uyum İndeksleri**

Model	Veri-model uyum indeksleri (kabul edilebilir uyum değerleri)								
	$\chi^2/sd$ ( $\leq 5,0$ )	RMSEA ( $\leq 0,08$ )	SRMR ( $\leq 0,08$ )	CFI ( $\geq 0,90$ )	GFI ( $\geq 0,90$ )	AGFI ( $\geq 0,90$ )	NFI ( $\geq 0,90$ )	NNFI ( $\geq 0,90$ )	IFI ( $\geq 0,90$ )
Model I: Tek Faktörlü	6,42	0,102	<b>0,072</b>	<b>0,94</b>	0,69	0,65	<b>0,92</b>	<b>0,94</b>	<b>0,94</b>
Model II: Beş Faktörlü (İlişkisiz)	6,68	0,105	0,27	<b>0,92</b>	0,68	0,64	<b>0,90</b>	<b>0,92</b>	<b>0,92</b>
Model III: Beş Faktörlü (İlişkili)	<b>4,05</b>	<b>0,077</b>	<b>0,065</b>	<b>0,96</b>	0,78	0,75	<b>0,94</b>	<b>0,96</b>	<b>0,96</b>



Tablo 11.'de, klinik liderlik ölçeğinin yapı geçerliğini ölçmek için geliştirilen ve doğrulayıcı faktör analizi ile test edilen üç farklı ölçme modelinin uyum değerleri; yukarıda adı geçen uyum indekslerinin en önemlilerinden olan  $X^2/sd$  (Ki Kare / Serbestlik Derecesi), RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü), SRMR (Standardize Edilmiş Artık Ortalamaların Karekökü), CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi), GFI (İyilik Uyum İndeksi), AGFI (Düzenlenmiş İyilik Uyum İndeksi), NFI (Normlaştırılmış Uyum İndeksi), NNFI (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi) ve IFI (Fazlalık Uyum İndeksi) indeksleri ile test edilmiş ve elde edilen sonuçlar ile her bir indeks için kabul edilebilir uyum ölçütleri parantez içerisinde verilmiştir (Çokluk vd., 2014: 271-272).

Tablo 11.'de görüldüğü gibi; öncelikle KLÖ'deki 40 maddenin tek bir faktörü yordadığına yönelik, tek faktörlü model adı verilen bir kurgu yapılmış (Model 1) ve bu model doğrultusunda yapılan analizlerle elde edilen uyum indekslerinden birkaç indeks olumlu sonuç verse de en önemlileri sayılabilecek iki uyum indeksi ( $X^2/sd=6,42$  ve  $RMSA=0,102$ ) olumlu sonuçlar vermemiştir. Bu durum; klinisyenlerin 40 maddeye verdikleri yanıtlardan oluşan veri kümesinin tek faktörlü modele uymadığının ve KLÖ'nün birden fazla alt boyuta sahip olduğunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Çalışmada daha sonra, KLÖ'yü oluşturan 40 maddenin, orijinal ölçeğin geliştirilme çalışmasında elde edilen madde-yapı bağlantıları üzerine tanımlanmış 5 farklı alt boyutu yordadığına yönelik, boyutların birbiriyle ilişkisiz olduğu beş boyutlu model (Model 2) sınanmıştır. Bu sınama neticesinde elde edilen sonuçlara bakıldığında, elde edilen uyum indekslerinde, Model 1'e göre bir iyileşme olması beklenirken, indeks oranları daha da düşük sonuçlar vermiştir ( $X^2/sd=6,68$ ;  $RMSA=0,105$ ;  $SRMR=0,27$ ).

Yukarıda sınanan ilk iki model sonuçları ortaya koymaktadır ki KLÖ; tek boyutlu bir ölçek olmamakla birlikte, boyutlar arasında da ilişki olduğu düşünülen bir ölçektir.

Son olarak, KLÖ'yü oluşturan 40 maddenin, ölçeğin orjinalinde olduğu gibi, birbiriyle ilişkili beş faktör altında toplandığı modelin (Model 3) veri-model uyum indekslerine bakılmış ve modele ait elde edilen uyum indekslerinin ( $X^2/sd=4,05$ ;  $RMSA=0,077$ ;  $SRMR=0,065$ ;  $CFI=0,96$ ;  $GFI=0,78$ ;  $AGFI=0,75$ ;  $NFI=0,94$ ;  $NNFI=0,96$ ;  $IFI=0,96$ ) uyum için gerekli asgari düzeyi karşıladığı kabul edilmiştir. Tablo 11'de, parantez içerisinde, kabul edilebilir uyum değerleri verilmiştir. Bu değerlere göre, GFI ve AGFI dışındaki tüm değerlerin, kabul edilebilir değerler aralığında yer aldığı; GFI ve AGFI değerlerinin de kabul edilebilir değerlere yakın sonuçlar vermesinden dolayı, modelin, tüm veriye yönelik olumlu sonuçlar verdiği ve yapı geçerliğini sağladığı söylenebilir. Garver ve Mentzer (1999: 39) kabul edilebilir uyum indeksleri için NNFI, CFI ve RMSEA değerlerinin dikkate alınabileceğini ifade etmiş, yine Hoe de (2008: 77) NNFI, CFI ve RMSEA ile birlikte  $X^2/sd$  indekslerinin, yapı geçerliğini sağlamada yeterli olduğunu ifade etmiştir. Türkiye'de yapılan bir geçerlik güvenirlik çalışmasında da (Şen ve Yılmaz, 2014: 24) aynı oranların kullanıldığı ve yapı geçerliğinin, benzer oranlarla test edildiği görülmüştür. Bu yüzden bu çalışmada; NNFI, CFI, RMSEA ve  $X^2/sd$  indekslerinin kabul edilebilir değerlere sahip olduğu gözlemlenmiş ve ölçeğin yapı geçerliğini sağladığı kabul edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda çalışmaya, ilişkili beş faktörlü model ile devam edilmiştir.

KLÖ'nün alt boyutları ve KLÖ'yü oluşturan maddelere yönelik, ilişkili beş faktörlü ölçme modelinin doğrulayıcı faktör çözümlemesi sonucunda elde edilen faktör yükleri ( $\lambda_x$ ), standart hata oranları ( $\delta$ ), t değerleri ve açıklayıcılık katsayısı ( $R^2$ ), Tablo 12.'de verilmiştir.

**Tablo 12. İlişkili Beş Boyutlu Modele İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Değerleri**

Alt Boyutlar	Madde No	$\lambda_x$	$\delta$	t	R <sup>2</sup>
Kişisel Özellikler Alanı (KÖA)	1	0,54	0,71	12,24	0,29
	2	0,42	0,82	9,36	0,18
	3	0,28	0,92	5,94	0,08
	4	0,65	0,57	15,55	0,42
	5	0,61	0,63	14,16	0,37
	6	0,64	0,60	15,06	0,41
	7	0,61	0,63	14,36	0,37
	8	0,52	0,73	11,90	0,27
Diğerleriyle Çalışma Alanı (DÇA)	9	0,64	0,59	15,38	0,41
	10	0,61	0,62	14,61	0,32
	11	0,63	0,60	15,14	0,40
	12	0,63	0,60	15,26	0,40
	13	0,59	0,65	14,01	0,35
	14	0,49	0,76	11,15	0,24
	15	0,36	0,87	8,02	0,13
	16	0,55	0,70	12,78	0,30
Hizmetlerin Yönetimi Alanı (HYA)	17	0,60	0,64	14,49	0,36
	18	0,62	0,61	15,03	0,35
	19	0,62	0,62	14,91	0,35
	20	0,65	0,58	15,81	0,42
	21	0,64	0,59	15,55	0,41
	22	0,60	0,64	14,47	0,36
	23	0,67	0,55	16,70	0,45
	24	0,67	0,55	16,49	0,45
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı (HİA)	25	0,54	0,71	12,54	0,29
	26	0,57	0,68	13,47	0,32
	27	0,62	0,62	14,89	0,35
	28	0,64	0,60	15,40	0,41
	29	0,66	0,56	16,21	0,44
	30	0,64	0,59	15,58	0,41
	31	0,68	0,53	16,96	0,46
	32	0,64	0,59	15,55	0,41
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı (YKA)	33	0,59	0,65	14,21	0,35
	34	0,68	0,53	17,03	0,46
	35	0,65	0,58	15,92	0,42
	36	0,72	0,48	18,32	0,52
	37	0,69	0,53	17,20	0,48
	38	0,71	0,49	18,01	0,50
	39	0,75	0,44	19,21	0,56
	40	0,75	0,43	19,50	0,56

Tablo 12.'de; KLÖ'ye ait ilişkili beş boyutlu yapıda yer alan her bir maddeye ilişkin standartlaştırılmış faktör yükleri ( $\lambda_x$ ), hata varyansları ( $\delta$ ), t değerleri ve bağımlı değişkendeki toplam değişimin yüzde kaçının bağımsız değişken tarafından açıklanabildiğini belirten açıklayıcılık katsayısı ( $R^2$ ) değerleri verilmiştir. Yapılan analizler neticesinde; t değerlerinin anlamlı olduğu ve faktör yüklerinin 0,36 – 0,75 arasında değiştiği (3. madde hariç) ve her bir maddenin ölçeği açıklaması bakımından  $R^2$  değerlerinin de anlamlı olduğu görülmektedir. Yapısal eşitlik modeli yol analizlerinden olan t analizlerinde, t değeri anlamlı olarak bulunan (0,92) 3. madde ise; gerek faktör yükünün 0,30'a yakın (0,28) olması ve gerekse kapsam geçerliği sürecinde orijinal ölçekte bulunması gerekliliği göz önünde bulundurularak, ölçek dışına çıkarılmamıştır.

Ölçeğin yapı geçerliği analizleri neticesinde, KLÖ'ye ait ilişkili beş boyutlu ölçme modeli geçerli bulunup doğrulanmış ve modele ait yol şeması, Şekil 11.'de verilmiştir. Şekil 11.'de yer alan kısaltmalar, ölçeğin alt boyutlarının kısaltmaları olup LISREL programın Türkçe karakter kullanmamasından dolayı açılımları, Şekil 11.'e özgü olarak, aşağıdaki gibi verilmiştir.

KOA: Kişisel Özellikler Alanı

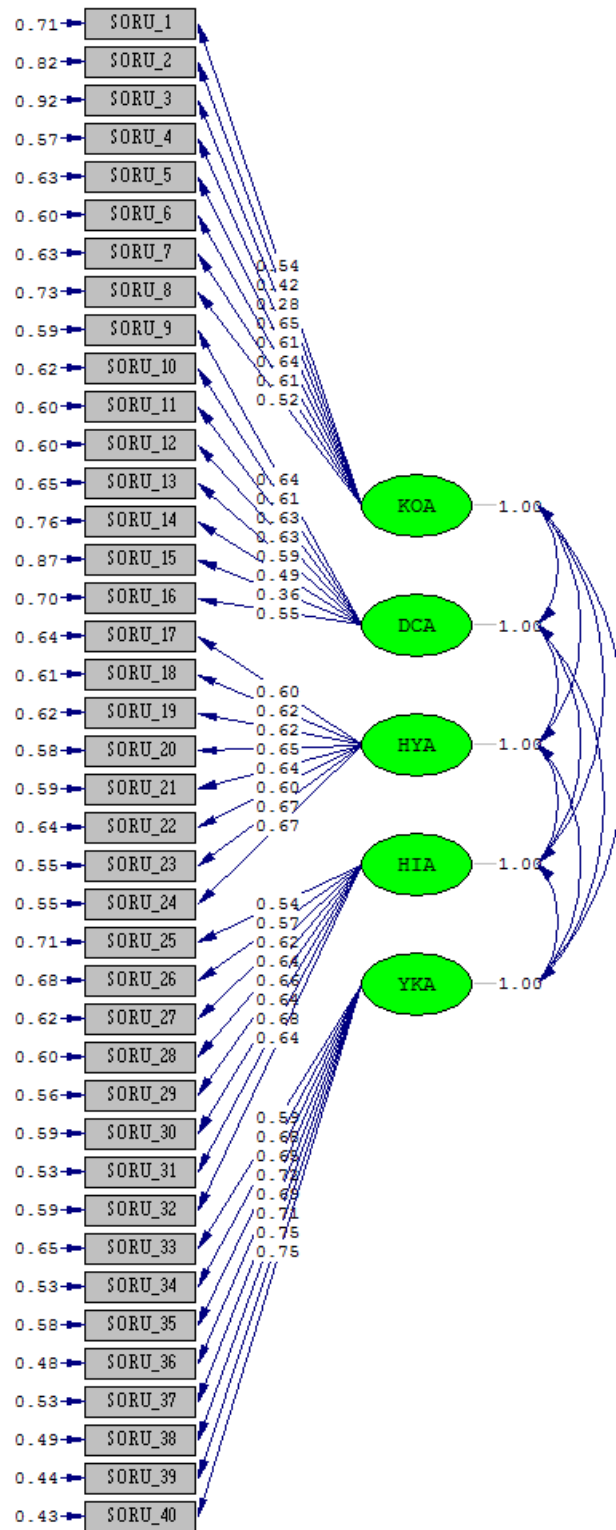
DCA: Diğerleriyle Çalışma Alanı

HYA: Hizmetlerin Yönetimi Alanı

HIA: Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı

YKA: Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı

Şekil 11. Klinik Liderlik Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Yol Şeması



### 3.8.1.4 Klinik Liderlik Ölçeğinin Güvenilirlik Analizleri

Çalışma kapsamında kullanılan KLÖ'nün güvenilirliğini test etmek için; özellikle, toplam puanlar üzerine kurulu likert tipi ölçeklerin (bu çalışmada kullanılan KLÖ de likert tipi bir ölçektir) güvenilirliğini hesaplamada sıklıkla kullanılan ve iç tutarlılık katsayısı olarak ifade edilen cronbach alpha ( $\alpha$ ) değerlerinin yanı sıra konjenerik ölçümlerin (faktör yüklerinin birbirine eşit olmadığı durumlar) güvenilirlik hesaplamaları için önerilen ve aynı zamanda yapısal güvenilirlik olarak da ifade edilen (Nunnally & Bernstein, 1994) McDonald'in omega ( $\omega$ ) katsayısı, ölçeğin tamamı ve her bir boyut için hesaplanmıştır.

Cronbach alpha katsayısının 0,70'ten yüksek olması, geliştirilen ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunun bir göstergesidir (Alpar, 2014: 485). Alpha katsayısı hesaplaması, SPSS 20 paket programı analizleri kullanılarak gerçekleştirilmiş; McDonald'in omega katsayısı ise, McDonald tarafından geliştirilen ve doğrulayıcı faktör analizi verileri (Tablo 12.'deki veriler) kullanılarak hesaplanan aşağıdaki formül aracılığıyla elde edilmiştir (McDonald, 1985; Yurdugül, 2006: 29).

$$\omega = \frac{(Faktör\ Yüklerinin\ Toplamı)^2}{(Faktör\ Yüklerinin\ Toplamı)^2 + (Hata\ Varyanslarının\ Toplamı)}$$

Cronbach alpha ( $\alpha$ ) ve McDonald'in omega ( $\omega$ ) katsayılarının yanı sıra; ölçekteki her bir maddenin, ölçeğin tamamı ile tutarlılığının bir göstergesi olan madde toplam korelasyon değerleri de hesaplanmış olup KLÖ'ye ait  $\alpha$ ,  $\omega$  ve madde toplam korelasyon değerleri, Tablo 13.'te görülmektedir.

**Tablo 13. KLÖ'ye Ait Madde Toplam Korelasyonları,  $\alpha$  ve  $\omega$  Değerleri**

Alt Boyutlar	Madde No	Madde Top. Kor.	$\alpha$	$\omega$
Kişisel Özellikler Alanı (KÖA)	1	0,45	0,75	0,76
	2	0,37		
	3	0,27		
	4	0,52		
	5	0,51		
	6	0,49		
	7	0,47		
	8	0,48		
Diğerleriyle Çalışma Alanı (DÇA)	9	0,54	0,78	0,80
	10	0,54		
	11	0,55		
	12	0,53		
	13	0,50		
	14	0,50		
	15	0,41		
	16	0,47		
Hizmetlerin Yönetimi Alanı (HYA)	17	0,56	0,84	0,84
	18	0,57		
	19	0,55		
	20	0,59		
	21	0,57		
	22	0,57		
	23	0,62		
	24	0,62		
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı (HİA)	25	0,57	0,83	0,84
	26	0,55		
	27	0,56		
	28	0,58		
	29	0,58		
	30	0,53		
	31	0,60		
	32	0,56		
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı (YKA)	33	0,50	0,88	0,88
	34	0,57		
	35	0,60		
	36	0,61		
	37	0,64		
	38	0,59		
	39	0,61		
	40	0,65		

Tablo 13.'ten de anlaşılacağı üzere; çalışma kapsamında kullanılan ölçeğin güvenilirlik analizleri; cronbach alpha katsayısı ( $\alpha$ ), McDonald'ın omega katsayısı ( $\omega$ ) ve madde toplam korelasyon katsayıları hesaplanarak gerçekleştirilmiştir. Bu hesaplamalar neticesinde; KLÖ'nün tümü için elde edilen alpha değeri ( $\alpha_{KLÖ} = 0,95$ ) olarak hesaplanırken, omega katsayısı ise ( $\omega_{KLÖ} = 0,96$ ) olarak bulunmuştur. Yine, ölçeğin her bir alt boyutu için hesaplanan  $\alpha$  ve  $\omega$  değerleri ise; ( $\alpha_{KÖA} = 0,75$  ,  $\alpha_{DÇA} = 0,78$  ,  $\alpha_{HYA} = 0,84$  ,  $\alpha_{HiA} = 0,83$  ,  $\alpha_{YKA} = 0,88$  ,  $\omega_{KÖA} = 0,76$  ,  $\omega_{DÇA} = 0,80$  ,  $\omega_{HYA} = 0,84$  ,  $\omega_{HiA} = 0,84$  ,  $\omega_{YKA} = 0,88$ ) olarak tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara göre; KLÖ'nün gerek iç tutarlılık katsayısı olarak hesaplanan  $\alpha$  değeri ve gerekse yapı güvenilirliği olarak hesaplanan  $\omega$  katsayılarının; ölçeğin tümüne ve alt boyutlarına ilişkin sonuçları, 0,70'in üzerinde tespit edilmiş ve her iki hesaplamada da ölçeğin güvenilir olduğu, istatistikî olarak ortaya konulmuştur.

Yine Tablo 13.'te, KLÖ'ye ait her bir madde için madde toplam korelasyon değerleri verilmiş, tüm maddelerin 0,30 değerinden yüksek ya da bu değere yakın (3. madde) olduğu gözlenmiştir. Ölçeğe ait cronbach alpha katsayıları, McDonald'ın omega katsayıları ve madde toplam korelasyon değerleri incelendiğinde; ölçeğin istatistiki anlamda güvenilirlik düzeyini sağladığı görülmektedir.



## 4. BÖLÜM

### BULGULAR

Bu bölümde, çalışma kapsamında kullanılan ölçeğin (KLÖ) klinisyenlere (hekim ve hemşireler) uygulanması neticesinde elde edilmiş olan bulgulara yer verilmiştir. İlk bölümde, araştırmaya katılan klinisyenlerin sosyo-demografik özelliklerine dair bulgular incelenirken; ikinci bölümde ise araştırmaya katılan klinisyenlerin klinik liderlik özellikleri ve bu özelliklerin, çeşitli değişkenlere göre etkilenme düzeylerine dair bulgulara yer verilmiştir.

#### 4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

##### 4.1.1. Çalışmaya Katılan Klinisyenlerin Kişisel Özellikleri

Tablo 14.'te görüldüğü üzere; çalışmaya katılan klinisyenlerin %66,8'i kadınlardan, %33,2'si ise erkeklerden oluşmaktadır. %81,3'ünü hemşirelerin oluşturduğu klinisyenlerin %45,4'ü 36-45 yaş arasında olup %77,6'sı ise evlidir. Yine bu klinisyenlerin %41,9'u lisans mezunu olup %55,4'ünün buldukları kurumdaki çalışma süresi 0-5 yıl arasında değişmekte, meslekteki toplam çalışma sürelerine bakıldığında ise, %37,3'ünün 16 yıl ve üzeri meslekî tecrübeye sahip olduğu görülmektedir. Çalışmaya dâhil edilen klinisyenlerin %91,9'u yönetim ve klinik liderlik eğitimi almadığını, %8,9'u ise liderlik eğitimi aldığını ifade etmiştir.

Tablo 14. Çalışmaya Katılan Klinisyenlerin Sahip Olduğu Tanımlayıcı Özellikler

Tanımlayıcı Özellikler		n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	346	66,8
	Erkek	172	33,2
<b>Meslek</b>	Hekim	97	18,7
	Hemşire	421	81,3
<b>Yaş</b>	≤ 25	53	10,2
	26 – 35	190	36,7
	36 – 45	235	45,4
	≥ 46	40	7,7
<b>Medenî Durum</b>	Evli	402	77,6
	Bekâr	116	22,4
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise	75	14,5
	Ön Lisans	151	29,1
	Lisans	217	41,9
	Lisansüstü	75	14,5
<b>Kurumdaki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)</b>	≤ 5	287	55,4
	6 – 10	118	22,8
	11 – 15	38	7,3
	≥ 16	75	14,5
<b>Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)</b>	≤ 5	101	19,5
	6 – 10	125	24,1
	11 – 15	99	19,1
	≥ 16	193	37,3
<b>Yönetim Eğitimi Alıp Almadığı</b>	Evet	42	8,1
	Hayır	476	91,9
<b>Liderlik Eğitimi Alıp Almadığı</b>	Evet	46	8,9
	Hayır	472	91,1
<b>Klinik Liderlik Eğitimi Alıp Almadığı</b>	Evet	42	8,1
	Hayır	476	91,9
<b>TOPLAM</b>		518	100,0

**Tablo 15. Çalışmaya Katılan Klinisyenlerin Sahip Olduğu Tanımlayıcı Özelliklerin, Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı**

	Kişisel Özellikler	Hekim (n = 97)		Hemşire (n = 421)		Toplam (n = 518)	
		n	%	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	35	36,1	311	73,9	346	66,8
	Erkek	62	63,9	110	26,1	172	33,2
<b>Yaş</b>	≤ 25	3	3,1	50	11,9	53	10,2
	26 – 35	39	40,2	151	35,8	190	36,7
	36 – 45	41	42,3	194	46,1	235	45,4
	≥ 46	14	14,4	26	6,2	40	7,7
<b>Medenî Durum</b>	Evli	76	78,4	326	77,4	402	77,6
	Bekâr	21	21,6	95	22,6	116	22,4
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise	0	0	75	17,8	75	14,5
	Ön Lisans	0	0	151	35,9	151	29,1
	Lisans	31	32	186	44,2	217	41,9
	Lisansüstü	66	68	9	2,1	75	14,5
<b>Kurumdaki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)</b>	0 – 5	66	68,1	221	52,5	287	55,4
	6 – 10	21	21,6	97	23,0	118	22,8
	11 – 15	2	2,1	36	8,6	38	7,3
	≥ 16	8	8,2	67	15,9	75	14,5
<b>Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)</b>	0 – 5	16	16,4	85	20,2	101	19,5
	6 – 10	31	32	94	22,3	125	24,1
	11 – 15	22	22,7	77	18,3	99	19,1
	≥ 16	28	28,9	165	39,2	193	37,3
<b>Yönetim Eğitimi Alıp Almadığı</b>	Evet	3	3,1	39	9,3	42	8,1
	Hayır	94	96,9	382	90,7	476	91,9
<b>Liderlik Eğitimi Alıp Almadığı</b>	Evet	4	4,1	42	10	46	8,9
	Hayır	93	95,9	379	90	472	91,1
<b>Klinik Liderlik Eğitimi Alıp Almadığı</b>	Evet	3	3,1	39	9,3	42	8,1
	Hayır	94	96,9	382	90,7	476	91,9

Tablo 15.'te ise; çalışmaya katılan klinisyenlerin Tablo 14.'te verilen tanımlayıcı özelliklerinin, hekim ve hemşirelere göre dağılımı görülmektedir. Tablo 15.'in verilmesindeki amaç; çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin sahip olduğu tanımlayıcı özellikleri ayrıntılı olarak ortaya koymak ve daha fazla istatistikî yorumlamaya fırsat oluşturmaktır. Örneğin, Tablo 15.'te görüldüğü üzere; hekimlerin %68'i lisansüstü mezunu olup bu oran hemşirelerde %2,1'dir. Yine çalışmaya katılan hekimlerin %3,1'i klinik liderlik eğitimi aldıklarını ifade ederken, hemşirelerde klinik liderlik eğitimi alma oranı %9,3 olarak görülmektedir.

#### 4.1.2. Çalışmaya Katılan Klinisyenlerin Örgütsel Özellikleri

Çalışma kapsamında toplam 5 hastanede araştırma yapılmış olup bu hastanelerden iki tanesi (Niğde Devlet Hastanesi, Niğde Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi) il merkezinde, geriye kalan üç tanesi (Bor Devlet Hastanesi, Bor Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ulukışla Devlet Hastanesi) ise ilçelerde bulunmaktadır. Bu hastanelerdeki klinisyenler, toplam 26 birimde görev yapmakta olup bu birimler, istatistikî olarak değerlendirilebilmeleri açısından, 19 Haziran 2002 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü sınıflandırması göz önünde bulundurularak, altı bölüm altında toplanmıştır. Bu altı bölüm ve her bir bölüm altında yer alan alt birimler, Tablo 16.'da verilmiştir.

**Tablo 16. Klinisyenlerin Görev Yaptığı Ana Bölümler ve Alt Birimler**

ANA BÖLÜMLER	ALT BİRİMLER
Temel Tıp Bilimleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laboratuvar</li> <li>▪ Fizik Tedavi</li> <li>▪ Acil</li> <li>▪ İç Hastalıkları</li> <li>▪ Kardiyoloji</li> <li>▪ Dermatoloji</li> <li>▪ Nöroloji</li> <li>▪ Radyoloji</li> </ul>
Dâhili Tıp Bilimleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Çocuk Hastalıkları</li> <li>▪ Enfeksiyon Hastalıkları</li> <li>▪ Psikiyatri</li> <li>▪ Göğüs Hastalıkları</li> <li>▪ Diyaliz</li> <li>▪ Adli Tıp</li> </ul>
Cerrahi Tıp Bilimleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Genel Cerrahi</li> <li>▪ Ortopedi</li> <li>▪ Kulak Burun Boğaz</li> <li>▪ Kadın Doğum</li> <li>▪ Üroloji</li> <li>▪ Ameliyathane</li> <li>▪ Göz Hastalıkları</li> <li>▪ Plastik Cerrahi</li> <li>▪ Beyin Sinir Cerrahisi</li> </ul>
Ağız Diş Sağlığı	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diş Hastalıkları</li> </ul>
Yoğun Bakım	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Yoğun Bakım Ünitesi</li> </ul>
Evde Bakım	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evde Bakım Hizmetleri</li> </ul>

Tablo 17.'de, çalışmaya katılan klinisyenlerin sahip olduğu örgütsel özelliklerin, hekim ve hemşirelere göre dağılımı görülmektedir. Buna göre; çalışmaya katılan hekimlerin %81,4'ü il hastanelerinde çalışırken, hemşirelerde bu oran %74,1 olarak görülmektedir. Yine, çalışmaya katılan hemşirelerin %60'ı dâhili tıp bilimlerinde görev yaparken, hekimlerin %52,6'sı dâhili tıp bilimlerinde çalışmaktadır.

**Tablo 17. Çalışmaya Katılan Klinisyenlerin Sahip Olduğu Örgütsel Özelliklerin, Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımı**

Örgütsel Özellikler		Hekim (n = 97)		Hemşire (n = 421)		Toplam (n = 518)	
		n	%	n	%	n	%
<b>Bulunulan Hastane</b>	İl Hastanesi	79	81,4	312	74,1	391	75,5
	İlçe Hastanesi	18	18,6	109	25,9	127	24,5
<b>Bulunulan Birim</b>	Temel Tıp B.	4	4,1	22	5,2	26	5,0
	Dâhili Tıp B.	51	52,6	255	60,6	306	59,0
	Cerrahi Tıp B.	24	24,7	121	28,7	145	28,0
	Ağız Diş Sağlığı	18	18,6	11	2,6	29	5,6
	Yoğun Bakım	0	0	7	1,7	7	1,4
	Evde Bakım	0	0	5	1,2	5	1,0

#### 4.1.3. Klinik Liderlik Ölçeğine Ait Alt Boyutların Ortalama Puanları ve İlişki Analizleri

KLÖ'yü oluşturan her bir alt boyutun ve ölçeğin tamamının aldığı puan ortalaması ( $\bar{X}$ ) ve standart sapması (SS) hesaplanmış ve yine bu boyutlarla birlikte KLÖ'nün kendi aralarındaki ilişki düzeyini belirlemek adına, Spearman korelasyon analizi yapılmış; elde edilen sonuçlar, Tablo 18.'de verilmiştir.

Tablo 18.'de de görüleceği üzere; Kişisel Özellikler Alanı ortalama puanı (20,55±264), Diğerleriyle Çalışma Alanı ortalama puanı (20,14±2,80), Hizmetlerin Yönetimi Alanı ortalama puanı (20,45±3,00), Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı ortalama puanı (20,23±3,00), Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı ortalama puanı (19,40±3,49) ve Klinik Liderlik ortalama puanı (100,77±12,65) olarak bulunmuştur.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda ise,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde;

Kişisel Özellikler Alanı ile Diğerleriyle Çalışma Alanı, Hizmetlerin Yönetimi Alanı, Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ( $r=0,624$ ;  $r=0,602$ ;  $r=0,532$ ;  $r=0,503$ ), Boyut 1 ile Klinik Liderlik arasında ise pozitif yönlü güçlü bir ilişki ( $r=0,749$ ) olduğu,

Diğerleriyle Çalışma Alanı ile Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ( $r=0,618$ ;  $r=0,607$ ) varken, Diğerleriyle Çalışma Alanı ile Hizmetlerin Yönetimi Alanı ve Klinik Liderlik arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ( $r=0,710$ ;  $r=0,833$ ) olduğu,

Hizmetlerin Yönetimi Alanı ile Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ( $r=0,669$ ) ve Hizmetlerin Yönetimi Alanı ile Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ( $r=0,716$ ) varken, Hizmetlerin Yönetimi Alanı ile Klinik Liderlik arasında pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki ( $r=0,876$ ) olduğu,

Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı ile Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ( $r=0,751$ ) varken, Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı ile Klinik Liderlik arasında pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki ( $r=0,865$ ) olduğu,

Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı ile Klinik Liderlik arasında ise pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki ( $r=0,856$ ) olduğu söylenebilir.

**Tablo 18. Klinik Liderlik Ölçeğine Ait Alt Boyutların Ortalama Puanları ve İlişki Analizleri (n=518)**

	<b>X±SS</b>	<b>Boyut 1</b>	<b>Boyut 2</b>	<b>Boyut 3</b>	<b>Boyut 4</b>	<b>Boyut 5</b>	<b>KLÖ</b>
Boyut 1: Kişisel Özellikler Alanı	20,55 ± 2,64	1,000	0,624 (*)	0,602 (*)	0,532 (*)	0,503 (*)	0,749 (*)
Boyut 2: Diğerleriyle Çalışma Alanı	20,14 ± 2,80		1,000	0,710 (*)	0,618 (*)	0,607 (*)	0,833 (*)
Boyut 3: Hizmetlerin Yönetimi Alanı	20,45 ± 3,00			1,000	0,716 (*)	0,669 (*)	0,876 (*)
Boyut 4: Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	20,23 ± 3,00				1,000	0,751 (*)	0,865 (*)
Boyut 5: Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	19,40 ± 3,49					1,000	0,856 (*)
KLÖ: Klinik Liderlik Ölçeği	100,77 ± 12,65						

\* p&lt;0,05

## 4.2. KLİNİK LİDERLİK BULGULARI

Bu bölümde, klinisyenlere yönelik KLÖ uygulamasıyla elde edilen nicel verilerin değerlendirilmesine ilişkin bulgular yer almaktadır. Kullanılan ölçek neticesinde elde edilen veriler, SPSS Statistic 20 paket programı kullanılarak tanımlanmış ve analiz edilmiştir. Buna göre, ilk olarak; klinisyenlerin, klinik liderlik süreciyle ilgili KLÖ'nün her bir maddesine, alt boyutlarına ve tümüne ilişkin görüşleri ortaya konulmuş ve sonrasında araştırmaya katılan klinisyenlerin sahip olduğu sosyo-demografik özelliklerin, klinik liderlik özelliklerini ne derece etkileyip etkilemediğine dair bulgulara yer verilmiştir.

### 4.2.1. Klinik Liderlik Süreciyle İlgili Klinisyenlerin Görüşleri

Bu çalışma kapsamında klinisyenlere uygulanan klinik liderlik ölçeği; beş alt boyuttan ve toplam kırk maddeden oluşmaktadır. Bu beş alt boyut, ölçek kapsamında sırasıyla sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçek, toplamda 518 klinisyen üzerinde uygulanmış ve ölçek kapsamındaki her bir maddenin ölçümü, orijinal ölçeğe sadık kalınarak, üçlü likert skalası (1=Neredeyse Asla, 2=Bazen, 3=Neredeyse Her Zaman) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerle, klinisyenlerin klinik liderlik süreciyle ilgili görüşleri; her bir madde bazında ortalama ( $\bar{x}$ ), standart sapma (SS) ve yüzdelik ifadelerle (%) istatistikî olarak ortaya konulmuştur. Bu bölümde; her bir maddeye verilen cevapların yüzdelik dilimleriyle ortalamaları ve standart sapmaları, boyutlar ve her bir boyutu oluşturan maddeler bazında yorumlanmıştır.

Yapılan analizler neticesinde; KLÖ'nün tümüne verilen cevapların ortalama değeri, (2,52±0,32) olarak bulunmuştur. Ölçek içerisinde en yüksek ortalamaya (2,77±0,46) sahip madde “Diğer insanların kültürüne, inançlarına ve yeteneklerine saygı duyarak; açık, dürüst ve kapsayıcı bir şekilde davranırım.” ifadeli yedinci madde iken; en düşük ortalamaya (2,15±0,68) sahip madde ise “Doğru insanlarla doğru zamanda bir arada olduğumda, takım liderliği konusunda kendimi öne sürerim.” ifadesiyle on beşinci maddedir. KLÖ'nün boyutlarına göre bakıldığında ise, genel itibarıyla boyutlar arası



birbirine yakın ortalamalar ortaya çıksa da beş boyut arasında en yüksek ortalama, Kişisel Özellikler Alanı boyutunda (2,56±0,33), en düşük ortalama ise Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı boyutunda (2,43±0,44) görülmektedir.

**Tablo 19. Klinisyenlerin, Klinik Liderlik Sürecinde Kişisel Özellikler Alanı Boyutuyla İlgili Görüşleri (n=518)**

Madde No	Maddeler	Neredeyse Asla (%)	Bazen (%)	Neredeyse Her Zaman (%)	X ± SS
1	Kendi değer ve ilkelerimin, davranışımı nasıl etkilediğini ve diğerleri üzerindeki etkilerinin ne olduğunu düşünürüm.	4,1	40,2	55,8	2,52 ± 0,58
2	Güçlü ve zayıf yanlarıma ilişkin diğer kişilerden geri bildirim almak ve davranışımı buna göre değiştirmek isterim.	6,0	55,4	38,6	2,33 ± 0,58
3	İşimi yaparken; baskı altında sakin ve odaklanmış kalırım.	12,9	45,2	41,9	2,29 ± 0,68
4	İş yükümü planlar, sorumluluklarımı istikrarlı bir biçimde yerine getiririm.	3,1	21,0	75,9	2,73 ± 0,51
5	Öğrenmek ve kendimi geliştirmek için sürekli olarak fırsat ararım.	3,3	35,7	61,0	2,58 ± 0,56
6	Öğrendiklerimi uygulamaya koyarım.	1,7	21,8	76,4	2,75 ± 0,47
7	Diğer insanların kültürüne, inançlarına ve yeteneklerine saygı duyarak; açık, dürüst ve kapsayıcı bir şekilde davranırım.	1,9	18,9	79,2	2,77 ± 0,46
8	Etik kavramlar veya değerlerin zarar gördüğünü hissettiğimde, bunu dile getiririm.	1,7	37,3	61,0	2,59 ± 0,53
Kişisel Özellikler Alanı					2,56 ± 0,33

Tablo 19.'da; klinisyenlerin, klinik liderlik sürecinde, kişisel özellikler alanı boyutuyla ilgili görüşlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Buna göre, kişisel özellikler alanı boyutunun ortalama değeri (2,56±0,33) olarak görülmektedir. Ölçekte bu boyutu oluşturan ilk sekiz maddeye bakıldığında ise, “Diğer insanların kültürüne, inançlarına ve yeteneklerine saygı duyarak; açık, dürüst ve kapsayıcı bir şekilde davranırım.”

ifadesinden oluşan yedinci maddenin (2,77±0,46) ortalama değeriyle, boyut içerisindeki en yüksek ortalamaya sahip madde olduğu ifade edilebilir.

Yine aynı maddenin cevap skalasında ise %79,2 ile “Neredeyse Her Zaman” ifadesi, en yüksek oranlı ifade olarak görülmektedir. Boyut içerisindeki en düşük ortalama değere sahip madde ise (2,29±0,68) ortalama ile, “İşimi yaparken; baskı altında sakin ve odaklanmış kalırım.” ifadesinden oluşan üçüncü maddedir. Bu maddenin cevap skalasına bakıldığında ise, %45,2 ile “Bazen” cevabının öne çıktığı görülmektedir.

**Tablo 20. Klinisyenlerin, Klinik Liderlik Sürecinde Diğerleriyle Çalışma Alanı Boyutuyla İlgili Görüşleri (n=518)**

Madde No	Maddeler	Neredeyse Asla (%)	Bazen (%)	Neredeyse Her Zaman (%)	X ± SS
9	Diğerleriyle ortak çalışmanın hasta bakımına katkı sağlayacağı durumlarda, fırsatları değerlendiririm.	2,5	31,7	65,8	2,63 ± 0,53
10	İş ağları arasında bilgi ve kaynak paylaşımı yaparım.	2,9	42,3	54,8	2,52 ± 0,56
11	Diğerleriyle açık ve etkili bir iletişim kurarım.	2,7	34,6	62,7	2,60 ± 0,54
12	Diğerlerinin ihtiyaçlarını ve duygularını önemser, onları dikkate alırım.	1,2	25,9	73,0	2,72 ± 0,48
13	Diğerlerinin sağlayacağı katkı ve görüşleri, her zaman isterim.	2,7	34,6	62,7	2,60 ± 0,54
14	Çıkar çatışmalarını ve fikir ayrılıklarını, rahatlıkla yönetebilirim.	6,9	56,4	36,7	2,30 ± 0,59
15	Doğru insanlarla doğru zamanda bir arada olduğumda, takım liderliği konusunda kendimi öne sürerim.	16,8	51,5	31,7	2,15 ± 0,68
16	Takım içinde diğerlerinin çabalarının farkında olur ve onları takdir eder, takımın kararına saygı duyarım.	2,1	33,2	64,7	2,63 ± 0,53
Diğerleriyle Çalışma Alanı					2,52 ± 0,35

Tablo 20.'de; klinisyenlerin, klinik liderlik sürecinde, diğerleriyle çalışma alanı boyutuyla ilgili görüşlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Buna göre, diğerleriyle çalışma alanı boyutunun ortalama değeri ( $2,52\pm 0,35$ ) olarak görülmektedir.

Ölçekte bu boyutu oluşturan ikinci sekiz maddeye bakıldığında ise, “Diğerlerinin ihtiyaçlarını ve duygularını önemser, onları dikkate alırım.” ifadesinden oluşan on ikinci maddenin ( $2,72\pm 0,48$ ) ortalama değeriyle, boyut içerisindeki en yüksek ortalamaya sahip madde olduğu ifade edilebilir. Yine aynı maddenin cevap skalasında ise %73,0 ile “Neredeyse Her Zaman” ifadesi, boyut içerisindeki en yüksek oranlı ifade olarak görülmektedir. Boyut içerisindeki en düşük ortalama değere sahip madde ise ( $2,15\pm 0,68$ ) ortalama ile, “Doğru insanlarla doğru zamanda bir arada olduğumda, takım liderliği konusunda kendimi öne sürerim.” ifadesinden oluşan on beşinci maddedir. Bu maddenin cevap skalasına bakıldığında ise, %51,5 ile “Bazen” cevabının öne çıktığı görülmektedir.

Tablo 21.'de; klinisyenlerin, klinik liderlik sürecinde, hizmetlerin yönetimi alanı boyutuyla ilgili görüşlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Buna göre, hizmetlerin yönetimi alanı boyutunun ortalama değeri ( $2,56\pm 0,38$ ) olarak görülmektedir. Ölçekte bu boyutu oluşturan on yedi ve yirmi dört arası maddelere bakıldığında ise, “Belirlenen kaynaklar dâhilinde, güvenli ve etkin hizmetler sunarım.” ifadesinden oluşan on dokuzuncu maddenin ( $2,66\pm 0,51$ ) ortalama değeriyle, boyut içerisindeki en yüksek ortalamaya sahip madde olduğu ifade edilebilir. Yine aynı maddenin cevap skalasında ise %67,6 ile “Neredeyse Her Zaman” ifadesi, boyut içerisindeki en yüksek oranlı ifade olarak görülmektedir. Boyut içerisindeki en düşük ortalama değere sahip madde ise ( $2,41\pm 0,60$ ) ortalama ile, “Diğerlerine, net bir amaç ve yön belirlerim.” ifadesinden oluşan yirmi ikinci maddedir. Bu maddenin cevap skalasına bakıldığında ise, %47,9 ile “Bazen” cevabının öne çıktığı görülmektedir.

**Tablo 21. Klinisyenlerin, Klinik Liderlik Sürecinde Hizmetlerin Yönetimi Alanı Boyutuyla İlgili Görüşleri (n=518)**

Madde No	Maddeler	Neredeyse Asla (%)	Bazen (%)	Neredeyse Her Zaman (%)	X ± SS
17	Plan geliştirirken; hastalardan, hizmet kullanıcılarından ve iş arkadaşlarımdan gelen geri bildirimleri kullanırım.	2,7	35,9	61,4	2,59 ± 0,55
18	Mevcut seçenekleri, fayda ve riskler açısından değerlendiririm.	1,9	33,6	64,5	2,63 ± 0,52
19	Belirlenen kaynaklar dâhilinde, güvenli ve etkin hizmetler sunarım.	1,5	30,9	67,6	2,66 ± 0,51
20	Kaynaklar, etkili ve verimli olarak kullanılmadığında; harekete geçerim.	1,9	38,3	59,8	2,58 ± 0,53
21	Rollerin ve sorumlulukların geliştirilmesinde, takım üyelerini desteklerim.	1,4	33,7	64,9	2,64 ± 0,51
22	Diğerlerine, net bir amaç ve yön belirlerim.	5,8	47,9	46,3	2,41 ± 0,60
23	Performansa ilişkin pek çok kaynaktan edindiğim bilgiyi, incelerim.	5,4	45,2	49,4	2,44 ± 0,60
24	Performansı geliştirmek için eyleme geçerim.	2,3	44,0	53,7	2,51 ± 0,55
Hizmetlerin Yönetimi Alanı					2,56 ± 0,38

Tablo 22.'de ise; klinisyenlerin, klinik liderlik sürecinde, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı boyutuyla ilgili görüşlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Buna göre, hizmetlerin iyileştirilmesi alanı boyutunun ortalama değeri (2,53±0,38) olarak görülmektedir. Ölçekte bu boyutu oluşturan yirmi beş ve otuz iki arası maddelere bakıldığında ise, “Hasta güvenliğinde eksiklikler gördüğümde, eyleme geçerim.” ifadesinden oluşan yirmi beşinci maddenin (2,66±0,52) ortalama değerle, boyut içerisindeki en yüksek ortalamaya sahip madde olduğu ifade edilebilir. Yine aynı maddenin cevap skalasında ise %64,9 ile “Neredeyse Her Zaman” ifadesi, boyut içerisindeki en yüksek oranlı ifade olarak görülmektedir. Boyut içerisindeki en düşük ortalama değere sahip madde ise (2,37±0,62) ortalamayla, “Çeşitli insanlarla yeni fikirler hakkında yapılacak tartışmaları teşvik ederim.” ifadesinden oluşan otuzuncu maddedir. Bu maddenin cevap skalasına bakıldığında ise, %48,5 ile “Bazen” cevabının öne çıktığı görülmektedir.

**Tablo 22. Klinisyenlerin, Klinik Liderlik Sürecinde Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı Boyutuyla İlgili Görüşleri (n=518)**

Madde No	Maddeler	Neredeyse Asla (%)	Bazen (%)	Neredeyse Her Zaman (%)	X ± SS
25	Hasta güvenliğinde eksiklikler gördüğümde, eyleme geçerim.	2,1	29,9	68,0	2,66 ± 0,52
26	Hasta güvenliğini geliştirmek ve riski en aza indirmek için, uygulamaları gözden geçiririm.	2,3	32,8	64,9	2,63 ± 0,53
27	Hizmet sunumunun iyileştirilmesine katkıda bulunmak için; hastalar, bakıcılar ve hizmet kullanıcılarından gelen geri bildirimleri kullanırım.	2,7	38,0	59,3	2,57 ± 0,55
28	Hizmetlerimizi yapıcı bir şekilde değerlendirmek için, diğerleriyle çalışırım.	1,4	32,0	66,6	2,65 ± 0,50
29	Hizmet kalitesini geliştirmek için fikirler öne sürerim.	1,7	45,0	53,3	2,52 ± 0,53
30	Çeşitli insanlarla yeni fikirler hakkında yapılacak tartışmaları teşvik ederim.	7,3	48,5	44,2	2,37 ± 0,62
31	Değişiklik ihtiyacı ve onun insanlar ile hizmetler üzerindeki etkisini dile getiririm.	3,4	48,1	48,5	2,45 ± 0,56
32	Değişikliğin sağlanması için kendim odaklanırım ve diğerlerini de bu konuda motive ederim.	5,6	49,4	45,0	2,39 ± 0,59
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı					2,53 ± 0,38

Tablo 23.'te; klinisyenlerin, klinik liderlik sürecinde yönlendirmelerin kurgulanması alanı boyutuyla ilgili görüşlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Buna göre, yönlendirmelerin kurgulanması alanı boyutunun ortalama değeri (2,43±0,44) olarak görülmektedir. Ölçekte bu boyutu oluşturan son sekiz maddeye bakıldığında ise, "Hizmetlerin iyileştirilmesi için, veri ve bilgileri kullanırım." ifadesinden oluşan otuz beşinci maddenin (2,53±0,56) ortalama değeriyle, boyut içerisindeki en yüksek ortalamaya sahip madde olduğu ifade edilebilir.

Yine aynı maddenin cevap skalasında ise %55,8 ile “Neredeyse Her Zaman” ifadesi, boyut içerisindeki en yüksek oranlı ifade olarak görülmektedir. Boyut içerisindeki en düşük ortalama değere sahip maddeler ise (2,37±0,59 ve 2,37±0,61) ortalamayla, otuz dört ve otuz sekizinci maddelerdir. Bu maddelerin cevap skalasına bakıldığında ise, %51,5 ve %48,6 ile “Bazen” cevabının öne çıktığı görülmektedir.

**Tablo 23. Klinisyenlerin, Klinik Liderlik Sürecinde Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı Boyutuyla İlgili Görüşleri (n=518)**

Madde No	Maddeler	Neredeyse Asla (%)	Bazen (%)	Neredeyse Her Zaman (%)	X ± SS
33	Değişim faktörlerini (örn. Siyasi, sosyal, teknik, ekonomik, örgütsel, mesleki çevre) tanımlarım.	11,6	51,1	37,3	2,26 ± 0,65
34	Değişim ihtiyacı doğuracak gelecekteki zorlukları tahmin eder, bunları diğerlerine iletirim.	5,6	51,5	42,9	2,37 ± 0,59
35	Hizmetlerin iyileştirilmesi için, veri ve bilgileri kullanırım.	2,9	41,3	55,8	2,53 ± 0,56
36	En iyi uygulamaya ulaşmak için; bilgi ve kanıtların kullanılması yönünde diğerlerini de etkilerim.	4,6	45,4	50,0	2,45 ± 0,58
37	Karar verirken; hizmet değerlerini ve önceliklerini dikkate alır, anahtar kişi ve gruplara danışırım.	3,9	40,7	55,4	2,52 ± 0,57
38	Hizmetlerin geleceği ile ilgili olarak; resmi ve gayri resmi karar verme süreçlerine aktif olarak katılırım.	7,2	48,6	44,2	2,37 ± 0,61
39	Yeni yöntemleri uygulamaya koymak adına, sorumluluk alırım.	6,8	46,7	46,5	2,40 ± 0,61
40	Değişimlerin, hastalar ve hizmet sunumu üzerindeki etkisini değerlendiririm.	3,3	43,1	53,6	2,50 ± 0,56
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı					2,43 ± 0,44

#### 4.2.2. Araştırmaya Katılan Klinisyenlerin Sosyo Demografik Özelliklerinin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Bu bölümde; çalışmaya dair hipotezleri test etmek adına, araştırmaya katılan klinisyenlerin kişisel ve örgütsel özelliklerinin, klinik liderlik özelliklerini etkileme durumu, çeşitli istatistikî analizlerle ortaya konulmuştur. Hipotez testlerine geçmeden önce; çalışma kapsamında uygulanacak olan istatistikî analizlerin seçimi için, verilerin normal dağılım gösterip göstermediği belirlenmiş ve buna göre, parametrik ya da parametrik olmayan testlerin seçimi gerçekleştirilmiştir.

Çalışma kapsamında kullanılan verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını ortaya koymak amacıyla kullanılan çeşitli normallik test yöntemleri bulunmaktadır. Bu yöntemlerden en yaygın olarak kullanılanı, Shapiro Wilk W testi yöntemidir (Alpar, 2014: 159). 1965 yılında Shapiro ve Wilk tarafından geliştirilen bu normallik testi; normal dağılım gösteren bir toplumdaki rasgele seçilen  $n$  birimlik  $X_i$  gözlemlerinin normal dağılım gösterip göstermemeye durumunu, W test istatistiği ile test eder (Shapiro ve Wilk, 1965: 592). Bu istatistik için, SPSS 20 paket programı kullanılmıştır.

**Tablo 24. Klinik Liderlik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Normallik Testleri (n=518)**

	Shapiro-Wilk	
	W	P
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	0,917	<b>0,000*</b>
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	0,938	<b>0,000*</b>
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	0,919	<b>0,000*</b>
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	0,934	<b>0,000*</b>
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	0,940	<b>0,000*</b>
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	0,964	<b>0,000*</b>

\*  $p < 0,05$

Ölçek puanları için yapılan normallik testi sonuçlarına göre (Tablo 24.)  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde, Boyut 1, Boyut 2, Boyut 3, Boyut 4, Boyut 5 ve Klinik Liderlik puanlarının karşılaştırma analizlerinde normal dağılım göstermedikleri tespit edilmiş ve bu sonuçlara göre, karşılaştırma analizlerinde, parametrik olmayan istatistiksel yöntemlerden Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır.

#### 4.2.2.1. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Cinsiyet Değişkenlerinin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Bu çalışmanın araştırma modeli kapsamında geliştirilmiş 12 ana hipotez ve her bir ana hipotez altında alt boyutlarla ilgili 5 hipotez olmak üzere toplamda 72 hipotez bulunmaktadır. Araştırmaya katılan klinisyenlere ait cinsiyet değişkenlerinin, klinik liderlik özelliklerini etkileme durumu; bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan Mann-Whitney U testi (Mann ve Whitney, 1947: 51) kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 25. Cinsiyet Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	Cinsiyet	n	Sıra Ort.	U	p
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	Kadın	346	259,95	29599,5	0,922
	Erkek	172	258,59		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	Kadın	346	264,10	28164,0	0,318
	Erkek	172	250,24		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Kadın	346	258,71	29483,5	0,864
	Erkek	172	261,08		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Kadın	346	260,17	29525,0	0,885
	Erkek	172	258,16		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Kadın	346	260,91	29268,0	0,760
	Erkek	172	256,66		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	Kadın	346	260,98	29244,0	0,750
	Erkek	172	256,53		

Tablo 25.'te de görüldüğü üzere, farklı cinsiyet grupları için yapılan Mann-Whitney U testine göre; cinsiyet grupları arasında Boyut 1, Boyut 2, Boyut 3, Boyut 4, Boyut 5 ve Klinik Liderlik puanları bakımından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Bu sonuçlara göre; klinisyenlerdeki farklı cinsiyet gruplarının, klinik liderlik özelliklerini ve klinik liderliğin alt boyutlarını etkilemediği görülmektedir. Dolayısıyla, çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden olan; cinsiyet değişkeninin, klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki ilk 6 hipotez (H1., H1.1., H1.2., H1.3., H1.4. ve H1.5.) reddedilmiştir.



#### 4.2.2.2. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Yaş Değişkenlerinin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Araştırmaya katılan klinisyenlere ait yaş değişkenlerinin klinik liderlik özelliklerini etkileme durumu; bağımsız k grubun ( $k > 2$ ) nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan Kruskal-Wallis testi (Kruskal ve Wallis, 1952: 599) kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 26. Yaş Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	Yaş	n	Sıra Ort.	$X^2$	p
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	≤ 25	53	239,83	4,125	0,248
	26-35	190	247,22		
	36-45	235	271,91		
	≥ 46	40	271,01		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	≤ 25	53	248,53	0,879	0,830
	26-35	190	254,68		
	36-45	235	264,41		
	≥ 46	40	268,11		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	≤ 25	53	233,80	5,447	0,142
	26-35	190	247,59		
	36-45	235	275,19		
	≥ 46	40	257,94		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	≤ 25	53	247,46	0,717	0,869
	26-35	190	257,92		
	36-45	235	264,58		
	≥ 46	40	253,11		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	≤ 25	53	255,60	0,896	0,826
	26-35	190	252,28		
	36-45	235	265,06		
	≥ 46	40	266,29		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	≤ 25	53	243,71	2,558	0,465
	26-35	190	249,82		
	36-45	235	269,57		
	≥ 46	40	267,24		

Farklı yaş grupları için yapılan Kruskal-Wallis testine göre; yaş grupları arasında Boyut 1, Boyut 2, Boyut 3, Boyut 4, Boyut 5 ve Klinik Liderlik puanları bakımından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

Klinisyenlerdeki farklı yaş gruplarının, klinik liderlik özelliklerini ve klinik liderliğin alt boyutlarını etkilemediği, Tablo 26.'da görülmektedir. Dolayısıyla, bu sonuçlara göre; çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden, yaş değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki H2. Hipotezi ve alt hipotezleri (H2.1., H2.2., H2.3., H2.4. ve H2.5.) reddedilmiştir.

#### 4.2.2.3. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Medenî Durum Değişkenlerinin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Medenî durumu farklı olan gruplar için yapılan Mann-Whitney U testine göre; medenî durum grupları arasında Boyut 1, Boyut 2, Boyut 3, Boyut 4, Boyut 5 ve Klinik Liderlik puanları bakımından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 27. Medenî Durum Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	Medenî Durum	n	Sıra Ort.	U	p
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	Evli	402	263,91	21541,5	0,207
	Bekâr	116	244,20		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	Evli	402	264,79	21188,5	0,131
	Bekâr	116	241,16		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Evli	402	264,37	21356,5	0,164
	Bekâr	116	242,61		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Evli	402	265,40	20946	0,093
	Bekâr	116	239,07		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Evli	402	264,82	21176,5	0,130
	Bekâr	116	241,06		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	Evli	402	265,88	20752,5	0,071
	Bekâr	116	237,40		

Tablo 27.'de verilen sonuçlara göre; klinisyenlerdeki farklı medenî durum gruplarının, klinik liderlik özelliklerini ve klinik liderliğin alt boyutlarını etkilemediği görülmektedir. Dolayısıyla, çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden; medenî durum değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki H3. Hipotezi ve alt hipotezleri (H3.1., H3.2., H3.3., H3.4. ve H3.5.) reddedilmiştir.

#### 4.2.2.4. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Eğitim Durumu Değişkenlerinin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Farklı eğitim grupları için yapılan Kruskal-Wallis testine göre; eğitim grupları arasında Boyut 1, Boyut 2, Boyut 3, Boyut 4, Boyut 5 ve Klinik Liderlik puanları bakımından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 28. Eğitim Durumu Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	Eğitim Durumu	n	Sıra Ort.	X <sup>2</sup>	p
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	Lise	75	249,94	2,231	0,526
	Ön lisans	152	262,27		
	Lisans	216	253,55		
	Lisansüstü	75	280,59		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	Lise	75	275,82	4,062	0,255
	Ön lisans	152	273,49		
	Lisans	216	249,29		
	Lisansüstü	75	244,23		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Lise	75	265,90	0,823	0,844
	Ön lisans	152	264,01		
	Lisans	216	252,55		
	Lisansüstü	75	263,99		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Lise	75	285,73	5,664	0,129
	Ön lisans	152	271,78		
	Lisans	216	246,51		
	Lisansüstü	75	245,79		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Lise	75	285,47	3,421	0,331
	Ön lisans	152	262,97		
	Lisans	216	249,35		
	Lisansüstü	75	255,72		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	Lise	75	273,57	2,494	0,476
	Ön lisans	152	269,43		
	Lisans	216	248,67		
	Lisansüstü	75	256,51		

Klinisyenlerdeki farklı eğitim durumu gruplarının, klinik liderlik özelliklerini ve klinik liderliğin alt boyutlarını etkilemediği, Tablo 28.'de görülmektedir. Dolayısıyla, bu sonuçlara göre; çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden, eğitim durumu değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki H4. hipotezi ve alt hipotezleri (H4.1., H4.2., H4.3., H4.4. ve H4.5.) reddedilmiştir.

#### 4.2.2.5. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Meslek Grubu Değişkenlerinin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Farklı meslek grupları için yapılan Mann-Whitney U testine göre;

Meslek grupları arasında, Diğerleriyle Çalışma Alanı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Diğerleriyle Çalışma Alanı boyutunda hekimlerin puan sıra ortalaması 214,08 iken, hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 269,96'dır. Buna göre hemşirelerin Boyut 2. puanı, hekimlerin Boyut 2. puanından daha yüksektir.

**Tablo 29. Meslek Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	Meslek	n	Sıra Ort.	U	p
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	Hekim	97	251,45	19638,0	,553
	Hemşire	421	261,35		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	Hekim	97	214,08	<b>16013,0</b>	<b>,001*</b>
	Hemşire	421	269,96		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Hekim	97	233,65	17911,5	,057
	Hemşire	421	265,45		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Hekim	97	219,70	<b>16557,5</b>	<b>,003*</b>
	Hemşire	421	268,67		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Hekim	97	221,90	<b>16771,5</b>	<b>,006*</b>
	Hemşire	421	268,16		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	Hekim	97	222,42	<b>16821,5</b>	<b>,007*</b>
	Hemşire	421	268,04		

\* $p < 0,05$

Meslek grupları arasında, Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı boyutunda hekimlerin puan sıra ortalaması 219,70 iken, hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 268,67'dir. Buna göre hemşirelerin Boyut 4 puanı, hekimlerin Boyut 4. puanından daha yüksektir.

Meslek grupları arasında, Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı boyutunda hekimlerin puan sıra ortalaması 221,90 iken, hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 268,16'dır. Buna göre hemşirelerin Boyut 5. puanı, hekimlerin Boyut 5. puanından daha yüksektir.

Meslek grupları arasında, Klinik Liderlik puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Klinik Liderlikte hekimlerin puan sıra ortalaması 222,42 iken, hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 268,04'tür. Buna göre hemşirelerin Klinik Liderlik puanı, hekimlerin Klinik Liderlik puanından daha yüksektir.

Meslek grupları arasında, Boyut 1. ve Boyut 3. puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Tablo 29.'daki bu sonuçlara göre; klinisyenlerdeki farklı meslek gruplarının, Klinik Liderlik özelliklerini etkilediği ve klinik liderliğin alt boyutlarından Diğerleriyle Çalışma, Hizmetlerin İyileştirilmesi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını etkilerken; Kişisel Özellikler ve Hizmetlerin Yönetimi Alanlarını etkilemediği görülmektedir. Dolayısıyla, çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden; meslekî gruplar değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki H5., H5.2., H5.4. ve H5.5. hipotezleri kabul edilirken, H5.1. ve H5.3. hipotezleri reddedilmiştir.

#### 4.2.2.6. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Bulunulan Kurumdaki Toplam Çalışma Süresi Değişkenlerinin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Bulunulan kurumdaki toplam çalışma süreleri farklı olan gruplar için yapılan Kruskal-Wallis testine göre; kurumdaki çalışma süreleri farklı olan gruplar arasında Boyut 1, Boyut 2., Boyut 3., Boyut 4., Boyut 5. ve Klinik Liderlik puanları bakımından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 30. Bulunulan Kurumdaki Çalışma Süresi Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	Bulunulan Kurumdaki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	n	Sıra Ort.	X <sup>2</sup>	p
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	≤ 5	287	249,05	4,214	0,239
	6-10	118	276,11		
	11-15	38	250,39		
	≥ 16	75	277,95		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	≤ 5	287	247,99	5,099	0,165
	6-10	118	274,97		
	11-15	38	250,87		
	≥ 16	75	283,58		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	≤ 5	287	251,98	5,002	0,172
	6-10	118	272,41		
	11-15	38	230,01		
	≥ 16	75	282,91		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	≤ 5	287	250,35	2,661	0,447
	6-10	118	275,31		
	11-15	38	264,64		
	≥ 16	75	267,03		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	≤ 5	287	244,56	6,921	0,074
	6-10	118	277,55		
	11-15	38	265,74		
	≥ 16	75	285,11		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	≤ 5	287	245,36	6,986	0,072
	6-10	118	280,21		
	11-15	38	252,71		
	≥ 16	75	284,45		

Klinisyenlerin buldukları kurumdaki toplam çalışma süreleri gruplarının, klinik liderlik özelliklerini ve klinik liderliğin alt boyutlarını etkilemediği, Tablo 30.'da görülmektedir. Dolayısıyla, bu sonuçlara göre; çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden, bulunulan kurumdaki toplam çalışma süresi değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki H6. hipotezi ve alt hipotezleri (H6.1., H6.2., H6.3., H6.4. ve H6.5.) reddedilmiştir.

#### 4.2.2.7. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Meslekteki Toplam Çalışma Süresi Değişkenlerinin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Meslekteki toplam çalışma süreleri farklı olan gruplar için yapılan Kruskal-Wallis testine göre; kurumdaki çalışma süreleri farklı olan gruplar arasında Boyut 1., Boyut 2., Boyut 3., Boyut 4., Boyut 5. ve Klinik Liderlik puanları bakımından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Tablo 31.'deki sonuçlara göre; klinisyenlerin meslekteki toplam çalışma süreleri gruplarının, klinik liderlik özelliklerini ve klinik liderliğin alt boyutlarını etkilemediği görülmektedir. Dolayısıyla, çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden; bulunulan kurumdaki toplam çalışma süresi değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki H7. hipotezi ve alt hipotezleri (H7.1., H7.2., H7.3., H7.4. ve H7.5.) reddedilmiştir.

**Tablo 31. Meslekteki Çalışma Süresi Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	n	Sıra Ort.	$\chi^2$	p
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	≤ 5	101	237,88	4,032	0,258
	6-10	125	258,70		
	11-15	99	254,82		
	≥ 16	193	273,74		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	≤ 5	101	236,90	3,254	0,354
	6-10	125	260,06		
	11-15	99	262,26		
	≥ 16	193	269,55		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	≤ 5	101	234,96	4,588	0,205
	6-10	125	262,98		
	11-15	99	253,76		
	≥ 16	193	273,03		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	≤ 5	101	241,77	2,443	0,486
	6-10	125	272,42		
	11-15	99	257,25		
	≥ 16	193	261,56		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	≤ 5	101	237,45	3,066	0,382
	6-10	125	261,15		
	11-15	99	261,01		
	≥ 16	193	269,20		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	≤ 5	101	233,41	4,439	0,218
	6-10	125	264,44		
	11-15	99	256,87		
	≥ 16	193	271,30		



#### 4.2.2.8. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Alıp Almama Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Yönetim üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu farklı olan klinisyen grupları için yapılan Mann-Whitney U testine göre;

Yönetim üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu farklı gruplar arasında, Hizmetlerin Yönetim Alanı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Yönetim üzerine formal bir eğitim alanların Hizmetlerin Yönetimi Alanı boyutu puan sıra ortalaması 291,36 iken, almayanların puan sıra ortalaması 253,77'dir. Buna göre yönetim üzerine formal bir eğitim alanların Boyut 3. puanı, bu eğitimi almayanların puanından daha yüksektir.

Yönetim üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu farklı gruplar arasında, Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Yönetim üzerine formal bir eğitim alanların Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı boyutu puan sıra ortalaması 290,27 iken, almayanların puan sıra ortalaması 253,96'dır. Buna göre yönetim üzerine formal bir eğitim alanların Boyut 5 puanı, bu eğitimi almayanların puanından daha yüksektir.

Yönetim üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu farklı gruplar arasında, Boyut 1, Boyut 2, Boyut 4 ve Klinik Liderlik puanları açısından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

Klinisyenlerin yönetim üzerine formal bir eğitim alıp almama durumunun, Hizmetlerin Yönetimi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını etkilediği; Kişisel Özellikler, Diğerleriyle Çalışma, Hizmetlerin iyileştirilmesi Alanlarını ve genel olarak Klinik Liderlik özelliklerini ise etkilemediği, Tablo 32.'de görülmektedir. Dolayısıyla, bu sonuçlara göre; çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden, yönetim üzerine formal bir eğitim alıp almama değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki H8.3. ve H8.5. hipotezleri kabul edilirken; H8., H8.1., H8.2. ve H8.4. hipotezleri ise reddedilmiştir.

**Tablo 32. Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumu Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	Yönetim Üzerine Formal Bir Eğitim Alma	n	Sıra Ort.	U	p
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	Evet	79	264,11	16976,0	0,764
	Hayır	439	258,67		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	Evet	79	289,54	14967,5	0,051
	Hayır	439	254,09		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Evet	79	291,36	<b>14823,5</b>	<b>0,038*</b>
	Hayır	439	253,77		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Evet	79	289,49	14971,5	0,051
	Hayır	439	254,10		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Evet	79	290,27	<b>14909,5</b>	<b>0,046*</b>
	Hayır	439	253,96		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	Evet	79	288,88	15066,5	0,063
	Hayır	439	254,32		

\*p<0,05

#### 4.2.2.9. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alıp Almama Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu farklı olan klinisyen grupları için yapılan Mann-Whitney U testine göre; liderlik üzerine eğitim alıp almama durumu farklı olan gruplar arasında Boyut 1, Boyut 2, Boyut 3, Boyut 4, Boyut 5 ve Klinik Liderlik puanları açısından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 33.'teki sonuçlara göre; liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu farklı klinisyen gruplarının, Boyut 1, Boyut 2, Boyut 3, Boyut 4, Boyut 5 ve Klinik Liderlik özelliklerini etkilemediği görülmektedir. Dolayısıyla; çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden, liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki H9. hipotezi ve alt hipotezleri (H9.1., H9.2., H9.3., H9.4. ve H9.5.) reddedilmiştir.

**Tablo 33. Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumu Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma	n	Sıra Ort.	U	p
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	Evet	46	283,04	9773,0	0,259
	Hayır	472	257,21		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	Evet	46	300,24	8982,0	0,051
	Hayır	472	255,53		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Evet	46	296,58	9150,5	0,076
	Hayır	472	255,89		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Evet	46	284,65	9699,0	0,229
	Hayır	472	257,05		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Evet	46	295,43	9203,0	0,086
	Hayır	472	256,00		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	Evet	46	296,88	9136,5	0,076
	Hayır	472	255,86		

#### 4.2.2.10. Araştırmaya Katılan Klinisyenlere Ait Klinik Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alıp Almama Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu farklı olan klinisyen grupları için yapılan Mann-Whitney U testine göre;

Klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu farklı gruplar arasında, Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alanların Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı boyutu puan sıra ortalaması 302,69 iken, almayanların puan sıra ortalaması 255,69'dur. Buna göre klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alanların Boyut 4. puanı, bu eğitimi almayanların puanından daha yüksektir.

Klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu farklı gruplar arasında, Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alanların Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı boyutu puan sıra ortalaması 304,80 iken, almayanların puan sıra ortalaması 255,50'dir. Buna göre klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alanların Boyut 5. puanı, bu eğitimi almayanların puanından daha yüksektir.

Klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu farklı gruplar arasında, Boyut 1., Boyut 2., Boyut 3. ve Klinik Liderlik puanları açısından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 34. Klinik Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumu Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma	n	Sıra Ort.	U	p
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	Evet	42	262,62	9865,0	0,887
	Hayır	476	259,22		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	Evet	42	301,00	8253,0	0,059
	Hayır	476	255,84		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Evet	42	302,08	8207,5	0,052
	Hayır	476	255,74		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Evet	42	302,69	<b>8182,0</b>	<b>0,049*</b>
	Hayır	476	255,69		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Evet	42	304,80	<b>8093,5</b>	<b>0,040*</b>
	Hayır	476	255,50		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	Evet	42	299,79	8304,0	0,069
	Hayır	476	255,90		

\* $p<0,05$

Tablo 34.'teki sonuçlara göre; klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu farklı klinisyen gruplarının, Hizmetlerin iyileştirilmesi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını etkilediği; Kişisel Özellikler, Diğerleriyle Çalışma ve Hizmetlerin Yönetimi Alanlarıyla, bir bütün olarak Klinik Liderlik özelliklerini ise etkilemediği görülmektedir.

Dolayısıyla, bu sonuçlara göre; çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden, klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki H10.4. ve H10.5. hipotezleri kabul edilirken; H10., H10.1., H10.2. ve H10.3. hipotezleri ise reddedilmiştir.

#### 4.2.2.11. Araştırmaya Katılan Klinisyenlerin Buldukları Hastane Türü Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Buldukları hastane türü farklı olan klinisyen grupları için yapılan Mann-Whitney U testine göre; bulunulan hastane türü farklı olan gruplar arasında Boyut 1, Boyut 2, Boyut 3., Boyut 4., Boyut 5. ve Klinik Liderlik puanları açısından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 35. Bulunulan Hastane Türü Farklı Grupların Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	Bulunulan Hastane Türü	n	Sıra Ort.	U	p
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	İl hastanesi	391	261,73	23955,0	0,547
	İlçe hastanesi	127	252,62		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	İl hastanesi	391	260,61	24394,5	0,766
	İlçe hastanesi	127	256,08		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	İl hastanesi	391	263,38	23311,0	0,296
	İlçe hastanesi	127	247,55		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	İl hastanesi	391	258,04	24257,0	0,694
	İlçe hastanesi	127	264,00		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	İl hastanesi	391	264,73	22783,0	0,160
	İlçe hastanesi	127	243,39		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	İl hastanesi	391	262,38	23701,5	0,442
	İlçe hastanesi	127	250,63		

Tablo 35.'teki sonuçlara göre; bulunulan hastane türü farklı olan klinisyen gruplarının, Boyut 1., Boyut 2., Boyut 3., Boyut 4., Boyut 5. ve Klinik Liderlik özelliklerini etkilemediği görülmektedir.

Dolayısıyla, çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden, bulunulan hastane türü değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki H11. hipotezi ve alt hipotezleri (H11.1., H11.2., H11.3., H11.4. ve H11.5.) reddedilmiştir.

#### 4.2.2.12. Araştırmaya Katılan Klinisyenlerin Buldukları Birim Değişkeninin, Klinik Liderlik Özelliklerini Etkileme Durumu

Çalışma birimi farklı olan klinisyen grupları için yapılan Kruskal-Wallis testine göre;

Çalışma birimi grupları arasında, Kişisel Özellikler Alanı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Temel Tıp Bilimlerinde çalışan klinisyenlerin Kişisel Özellikler Alanı boyutu puan sıra ortalaması 250,17; Dâhili Tıp Bilimlerinde çalışanların 255,24; Cerrahi Tıp Bilimlerinde çalışanların 282,71; Ağız Diş Sağlığında çalışanların 192,57; Yoğun Bakımda çalışanların 221,00 ve Evde Bakımda çalışan klinisyenlerin puan sıra ortalaması ise 337,60'tır. Buna göre, Evde Bakım biriminde çalışan klinisyenler, Boyut 1 içerisinde en yüksek puana sahiptir.

Çalışma birimi grupları arasında, Hizmetlerin Yönetimi Alanı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Temel Tıp Bilimlerinde çalışan klinisyenlerin Hizmetlerin Yönetimi Alanı boyutu puan sıra ortalaması 246,02; Dâhili Tıp Bilimlerinde çalışanların 254,59; Cerrahi Tıp Bilimlerinde çalışanların 278,43; Ağız Diş Sağlığında çalışanların 185,33; Yoğun Bakımda çalışanların 406,64 ve Evde Bakımda çalışan klinisyenlerin puan sıra ortalaması ise 305,30'dur. Buna göre, Yoğun Bakımda çalışan klinisyenler, Boyut 3 içerisinde en yüksek puana sahiptir.

Çalışma birimi grupları arasında, Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Temel Tıp Bilimlerinde çalışan klinisyenlerin Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı boyutu puan sıra ortalaması 235,73; Dâhili Tıp Bilimlerinde çalışanların 246,67; Cerrahi Tıp Bilimlerinde çalışanların 290,22; Ağız Diş Sağlığında çalışanların 225,03; Yoğun Bakımda çalışanların 371,57 ve Evde Bakımda çalışan klinisyenlerin puan sıra ortalaması ise

320,10'dur. Buna göre, Yoğun Bakımda çalışan klinisyenler, Boyut 4 içerisinde en yüksek puana sahiptir.

Çalışma birimi grupları arasında, Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı boyutu dâhilinde, Temel Tıp Bilimlerinde çalışan klinisyenlerin puan sıra ortalaması 234,63; Dâhili Tıp Bilimlerinde çalışanların 248,08; Cerrahi Tıp Bilimlerinde çalışanların 289,25; Ağız Diş Sağlığında çalışanların 220,55; Yoğun Bakımda çalışanların 347,64 ve Evde Bakımda çalışan klinisyenlerin puan sıra ortalaması ise 327,80'dir. Buna göre, Yoğun Bakımda çalışan klinisyenler, Boyut 5 içerisinde en yüksek puana sahiptir.

Çalışma birimi grupları arasında, Klinik Liderlik puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). KLÖ genelinde, Temel Tıp Bilimlerinde çalışan klinisyenlerin Klinik Liderlik puan sıra ortalaması 243,69; Dâhili Tıp Bilimlerinde çalışanların 249,34; Cerrahi Tıp Bilimlerinde çalışanların 290,03; Ağız Diş Sağlığında çalışanların 199,38; Yoğun Bakımda çalışanların 332,00 ve Evde Bakımda çalışan klinisyenlerin Klinik Liderlik puan sıra ortalaması ise 325,30'dur. Buna göre, Yoğun Bakımda çalışan klinisyenler, Klinik Liderlik açısından en yüksek puana sahiptir.

Çalışma birimi grupları arasında, Boyut 2 puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Klinisyenlerin çalışma birimlerinin farklı olmasının, Kişisel Özellikler, Hizmetlerin Yönetimi, Hizmetlerin İyileştirilmesi, Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarıyla birlikte bir bütün olarak Klinik Liderlik özelliklerini etkilediği; Diğerleriyle Çalışma Alanını ise etkilemediği, Tablo 37'de görülmektedir. Bu sonuçlara göre, çalışma kapsamındaki araştırma hipotezlerinden; bulunulan birim değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını etkilediği yönündeki H12., H12.1., H12.3., H12.4. ve H12.5. hipotezleri kabul edilirken, H12.2. hipotezi ise reddedilmiştir.

**Tablo 36. Çalışma Birimi Gruplarının Klinik Liderlik Ölçeği İle Karşılaştırılması (n=518)**

	<b>Bulunulan Birim</b>	<b>n</b>	<b>Sıra Ort.</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Boyut 1:</b> Kişisel Özellikler Alanı	Temel Tıp Bilimleri	26	250,17	<b>11,682</b>	<b>0,039*</b>
	Dâhili Tıp Bilimleri	306	255,24		
	Cerrahi Tıp Bilimleri	145	282,71		
	Ağız Diş Sağlığı	29	192,57		
	Yoğun Bakım	7	221,00		
	Evde Bakım	5	337,60		
<b>Boyut 2:</b> Diğerleriyle Çalışma Alanı	Temel Tıp Bilimleri	26	273,67	6,127	0,294
	Dâhili Tıp Bilimleri	306	253,39		
	Cerrahi Tıp Bilimleri	145	277,98		
	Ağız Diş Sağlığı	29	217,90		
	Yoğun Bakım	7	228,21		
	Evde Bakım	5	308,70		
<b>Boyut 3:</b> Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Temel Tıp Bilimleri	26	246,02	<b>17,527</b>	<b>0,004*</b>
	Dâhili Tıp Bilimleri	306	254,59		
	Cerrahi Tıp Bilimleri	145	278,43		
	Ağız Diş Sağlığı	29	185,33		
	Yoğun Bakım	7	406,64		
	Evde Bakım	5	305,30		
<b>Boyut 4:</b> Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Temel Tıp Bilimleri	26	235,73	<b>15,518</b>	<b>0,008*</b>
	Dâhili Tıp Bilimleri	306	246,67		
	Cerrahi Tıp Bilimleri	145	290,22		
	Ağız Diş Sağlığı	29	225,03		
	Yoğun Bakım	7	371,57		
	Evde Bakım	5	320,10		
<b>Boyut 5:</b> Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	Temel Tıp Bilimleri	26	234,63	<b>13,829</b>	<b>0,017*</b>
	Dâhili Tıp Bilimleri	306	248,08		
	Cerrahi Tıp Bilimleri	145	289,25		
	Ağız Diş Sağlığı	29	220,55		
	Yoğun Bakım	7	347,64		
	Evde Bakım	5	327,80		
<b>KLÖ:</b> Klinik Liderlik Ölçeği	Temel Tıp Bilimleri	26	243,69	<b>15,030</b>	<b>0,010*</b>
	Dâhili Tıp Bilimleri	306	249,34		
	Cerrahi Tıp Bilimleri	145	290,03		
	Ağız Diş Sağlığı	29	199,38		
	Yoğun Bakım	7	332,00		
	Evde Bakım	5	325,30		

\*p<0,05



Tablo 37. Çalışma Hipotezleri Karar Tablosu

Hipotezler	Değer (p)	Karar (Kabul – Ret)	Hipotezler	Değer (p)	Karar (Kabul – Ret)	Hipotezler	Değer (p)	Karar (Kabul – Ret)
<b>H1.</b>	0,750	Ret	<b>H5.</b>	<b>0,007*</b>	Kabul	<b>H9.</b>	0,076	Ret
H1.1.	0,922	Ret	H5.1.	0,553	Ret	H9.1.	0,259	Ret
H1.2.	0,318	Ret	H5.2.	<b>0,001*</b>	Kabul	H9.2.	0,051	Ret
H1.3.	0,864	Ret	H5.3.	0,057	Ret	H9.3.	0,076	Ret
H1.4.	0,885	Ret	H5.4.	<b>0,003*</b>	Kabul	H9.4.	0,229	Ret
H1.5.	0,760	Ret	H5.5.	<b>0,006*</b>	Kabul	H9.5.	0,086	Ret
<b>H2.</b>	0,465	Ret	<b>H6.</b>	0,072	Ret	<b>H10.</b>	0,069	Ret
H2.1.	0,248	Ret	H6.1.	0,239	Ret	H10.1.	0,887	Ret
H2.2.	0,830	Ret	H6.2.	0,165	Ret	H10.2.	0,959	Ret
H2.3.	0,142	Ret	H6.3.	0,172	Ret	H10.3.	0,052	Ret
H2.4.	0,869	Ret	H6.4.	0,447	Ret	H10.4.	<b>0,049*</b>	Kabul
H2.5.	0,826	Ret	H6.5.	0,074	Ret	H10.5.	<b>0,040*</b>	Kabul
<b>H3.</b>	0,071	Ret	<b>H7.</b>	0,218	Ret	<b>H11.</b>	0,442	Ret
H3.1.	0,207	Ret	H7.1.	0,258	Ret	H11.1.	0,547	Ret
H3.2.	0,131	Ret	H7.2.	0,354	Ret	H11.2.	0,766	Ret
H3.3.	0,164	Ret	H7.3.	0,205	Ret	H11.3.	0,296	Ret
H3.4.	0,093	Ret	H7.4.	0,486	Ret	H11.4.	0,694	Ret
H3.5.	0,130	Ret	H7.5.	0,382	Ret	H11.5.	0,160	Ret
<b>H4.</b>	0,476	Ret	<b>H8.</b>	0,063	Ret	<b>H12.</b>	<b>0,010*</b>	Kabul
H4.1.	0,526	Ret	H8.1.	0,764	Ret	H12.1.	<b>0,039*</b>	Kabul
H4.2.	0,255	Ret	H8.2.	0,051	Ret	H12.2.	0,294	Ret
H4.3.	0,844	Ret	H8.3.	<b>0,038*</b>	Kabul	H12.3.	<b>0,004*</b>	Kabul
H4.4.	0,129	Ret	H8.4.	0,051	Ret	H12.4.	<b>0,008*</b>	Kabul
H4.5.	0,331	Ret	H8.5.	<b>0,046*</b>	Kabul	H12.5.	<b>0,017*</b>	Kabul

\*p&lt;0,05

## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı; klinik liderlik ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak bu ölçeği ulusal literatüre kazandırmak ve yine bu ölçek aracılığıyla, Niğde ili Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı hastanelerde görev yapan klinisyenlerin sahip olduğu klinik liderlik özelliklerini belirleyip değerlendirerek, bu özelliklerden hareketle politika yapıcılara ve hizmet sunuculara çeşitli önerilerde bulunmaktır.

Çalışmada, klinisyenlerin sahip olduğu klinik liderlik özelliklerini belirleyebilmek için; İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri tarafından, Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi model çalışması kapsamında geliştirilen, klinik liderlik modelinin beş boyutunu ayrı ayrı değerlendirebilmek adına beş boyut ve her bir boyut altında yer alan 8 ifadeyle, toplamda 40 ifadeden oluşan ve tez kapsamında kısaca KLÖ olarak ifade edilen “Klinik Liderlik Yeterlilik Çerçevesi: Kendi Kendini Değerlendirme Anketi” kullanılmıştır. Öncelikle ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının gerçekleştirilebilmesi için dil ve kapsam geçerlikleri yapılmış, dil ve kapsam geçerlikleri neticesinde ortaya çıkan Türkçe ölçek; Niğde ili KHB Genel Sekreterliği bünyesinde bulunan kamu hastanelerinde görev yapan hekim ve hemşireler üzerinde uygulanmıştır. Bu uygulama neticesinde elde edilen nicel veriler, ilk olarak ölçeğin yapı geçerliğini test etmek adına yapısal eşitlik modeli kullanılarak değerlendirilmiş ve yine güvenilirlik testleri de bu veriler üzerinden gerçekleştirilmiştir. KLÖ'ye ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına bakıldığında; ölçeğe ait ilişkili beş faktörlü yapı çerçevesinde elde edilen veri-model uyum indekslerinin ( $X^2/sd=4,05$ ;  $RMSA=0,077$ ;  $SRMR=0,065$ ;  $CFI=0,96$ ;  $GFI=0,78$ ;  $AGFI=0,75$ ;  $NFI=0,94$ ;  $NNFI=0,96$ ;  $IFI=0,96$ ) uyum için gerekli asgari düzeyi karşıladığı görülmektedir. Ulusal ve uluslararası literatürde, yapılan bazı benzer geçerlik güvenilirlik çalışmaları (Yurdugül ve Sırakaya, 2013: 397; Şen ve Yılmaz, 2014: 24; Garver ve Mentzer, 1999: 39; Hoe, 2008: 77) incelendiğinde ise bu

çalışmalarda da benzer uyum indekslerinin kullanıldığı ve uyum ölçüt seviyelerinin de aynı düzeylerde olduğu görölmektedir.

Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için; likert tipi ölçeklerin güvenilirliğini hesaplamada sıklıkla kullanılan ve iç tutarlılık katsayısı olarak ifade edilen cronbach alpha ( $\alpha$ ) değerleri ve yine, konjenerik ölçümlerin güvenilirlik hesaplamaları için önerilen ve aynı zamanda yapısal güvenilirlik olarak da ifade edilen McDonald'ın omega ( $\omega$ ) katsayısı hesaplanmış ve bu hesaplamalar neticesinde; KLÖ'nün tümü için elde edilen alpha değerleri ( $\alpha_{KLÖ} = 0,95$ ), omega katsayısı ise ( $\omega_{KLÖ} = 0,96$ ) olarak bulunmuştur. İlgili literatürde (Alpar, 2014: 485; McDonald, 1985; Yurdugöl, 2006: 29) elde edilen bu sonuçların, yüksek derecede güvenilir olduğu ifade edilmektedir.

Niğe ili KHB Genel Sekreterliği'ne bağlı kamu hastanelerinde görev yapan klinisyenler (hekim ve hemşire) araştırma evrenini oluştururken, araştırma kapsamında örneklem çekilmemiş olup bu evrenin %73,9'una ulaşılmıştır. Bu tez kapsamında çalışma evrenine ulaşma oranı, hekim ve hemşire düzeyinde yapılan diğer ölçek uygulamalarına kıyasla (Canpolat, 2012: 57; Güleç ve Seren-İntepeler, 2013: 28; Koyuncu, 2015: 186) oldukça yüksek bir oran olarak görölmektedir.

Orijinalinde olduğu gibi Türkçe uyarlamasında da üçlü likert puanlaması (1: Neredeyse Asla, 2: Bazen, 3: Neredeyse Her Zaman) kullanılan ve toplamda 40 ifadeden oluşan KLÖ'den alınabilecek en yüksek ortalama puan 120 iken, alınabilecek en düşük ortalama puan ise 40'tır. Çalışma sonucunda, çalışma evreninde yer alan klinisyenlerin klinik liderlik ortalama puanı ( $100,77 \pm 12,65$ ) olarak bulunmuştur. Bu ortalama; çalışma evrenindeki klinisyenlerin klinik liderlik özelliklerinin oldukça yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Yine, üçlü likert puanlamasına göre, KLÖ'yü oluşturan her bir alt boyuta dair alınabilecek minimum ortalama puan 8 iken, maksimum ortalama puan 24'tür. Buna göre, çalışma evrenindeki klinisyenlerin, her bir alt boyuta dair sahip olduğu ortalama puanların "Kişisel Özellikler Alanı ortalama puanı ( $20,55 \pm 2,64$ ), Diğerleriyle Çalışma Alanı ortalama puanı ( $20,14 \pm 2,80$ ), Hizmetlerin Yönetimi Alanı ortalama puanı ( $20,45 \pm 3,00$ ), Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı ortalama puanı ( $20,23 \pm 3,00$ ) ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı ortalama puanı ( $19,40 \pm 3,49$ )" da oldukça

yüksek seviyelerde olduğu görülmektedir. Özellikle son yıllarda, Türkiye sağlık sisteminde görev yapan hemşirelere yönelik yapılan liderlik araştırmalarında (Serinkan ve İpekçi, 2005: 293; Duygulu ve Kublay, 2008: 13; Öztürk vd., 2012: 23) da bu çalışmaya benzer sonuçlara ulaşılmış ve bir klinisyen olarak hemşirelerin sahip olduğu liderlik özelliklerinin oldukça yüksek olduğu sonuçlar elde edilmiştir.

Ölçeğin ortalama puanlarının yanı sıra, bu çalışmanın araştırma modeline dayandırılarak kurulmuş olan hipotezlere dair elde edilen bulgulara ilişkin tartışmalar, aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

**Bulgu 1. Hekim ve hemşirelerin cinsiyet özellikleri, klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını, anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).** Her ne kadar son zamanlarda kadınların sağlık alanında sahip olduğu liderlik özelliklerini ön plana çıkarmaya çalışan ve gerek yönetsel gerekse duygusal zekâ olarak kadınların erkeklere kıyasla çok daha kuvvetli liderlik özelliklerine sahip olduğunu ifade eden çalışmalar (NCHL, 2016; NHS, 2011c: 14; Kathryn vd., 2014: 23) yapıyor olsa da, bu araştırmada; klinisyenlerin sahip olduğu cinsiyet özelliklerinin, klinik liderlik özelliklerini etkilemediği görülmektedir. Bu çalışmaya destek olacak nitelikte; Canpolat'ın (2012: 86) hemşireler üzerinde yapmış olduğu tez çalışmasında da, cinsiyet özelliklerinin liderlik özelliklerini etkilemediği ve yine, Mosadeghrad ve Ferdosi (2013: 123) tarafından yapılan bir araştırmada da cinsiyetin, liderliğin bir etkileyicisi olan örgütsel bağlılığı etkilemediği görülmektedir.

**Bulgu 2. Hekim ve hemşirelerin yaş özellikleri, klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını, anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).** İbicioğlu ve arkadaşlarının (2009: 15) liderliği etkileyen normlar üzerine yapmış olduğu bir çalışmada, liderlik davranışı ile liderlerin yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olsa da Delice ve Günbeyi (2014: 224) tarafından yapılan bir başka araştırmada ise, liderliğin bir gerekliliği olarak kabul edilen duygusal zekâ ve yaş arasında, anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Klinik liderlik dışındaki bu araştırmaların yanı sıra, klinisyenlerin sahip olduğu liderlik özelliklerinin, yaş değişkenleriyle ilişkili olduğuna dair literatürde herhangi bir çalışma ve bulguya rastlanılmamış olmakla birlikte; Mosadeghrad ve

Ferdosi (2013: 123) tarafından, sağlık çalışanları üzerinde yapılan liderlik araştırmasında, yaş değişkeninin liderlik özelliklerini etkilemediği görülmektedir. Yine Canpolat (2012: 86) tarafından hemşireler üzerine yapılan çalışmada, hemşirelerin sahip olduğu yaş değişkeniyle liderlik özellikleri arasında, anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

**Bulgu 3. Hekim ve hemşirelerin medenî durum özellikleri, klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını, anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).** Bakan (2008: 18) tarafından, liderlik türleri ile demografik özellikler arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmada, katılımcıların sergilemiş oldukları liderlik türleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Yine, gerek sağlık yönetimi ve gerekse klinisyenler üzerine yapılan diğer çalışmalarda da (Canpolat, 2013: 86; Ebrahimzade vd., 2015: 3; Mosadeghrad ve Ferdosi, 2013: 123; ) sağlık yöneticilerinin ya da klinisyenlerin sahip olduğu liderlik özellikleriyle, klinisyenlerin medeni durumları arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Dolayısıyla literatür ve araştırmalar, bu çalışmada medeni durum ve klinik liderlik özellikleri arasındaki ilişkiye dair ulaşılan bulguyu doğrular niteliktedir.

**Bulgu 4. Hekim ve hemşirelerin eğitim durumu özellikleri, klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını, anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).** Burada bahsedilen eğitim durumu; yönetim, liderlik veya klinik liderlik üzerine alınan bir eğitim olmayıp klinisyenlerin almış olduğu lise, ön lisans, lisans veya yüksek lisans eğitimleridir. Buna göre, bu çalışmada; klinisyenlerin eğitim düzeylerinin klinik liderlik özelliklerini etkilemediği görülmektedir. Tengilimoğlu ve Yiğit (2005: 390) tarafından, içerisinde klinisyenlerin de yer aldığı sağlık çalışanları grubu üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının sahip olduğu eğitim düzeyleriyle liderlik davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yine Uğurluoğlu ve arkadaşlarının (2013: 12) hemşireler üzerinde, lider üye etkileşimiyle ilgili yapmış olduğu bir çalışmada, eğitim durumu değişkeninin hemşirelerin lider üye etkileşimi alt boyutlarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

**Bulgu 5. Hekim ve hemşirelerin meslek grubu özellikleri; klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarından Diğerleriyle Çalışma, Hizmetlerin İyileştirilmesi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını anlamlı düzeyde etkilerken ( $p<0,05$ ), Kişisel Özellikler ve Hizmetlerin Yönetimi alanlarını anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).** Çalışma kapsamında, klinisyenlerin sahip olduğu meslek grubu (hekim ya da hemşire olma durumu) değişkeninin klinik liderlik özelliklerini ve bazı alt boyutlarını etkilediği görülmektedir. Buna göre; klinik liderlik özellikleri açısından, hemşirelerin puan sıra ortalaması 268,04 olarak hesaplanırken, hekimlerin klinik liderlik puan sıra ortalaması ise 222,42 olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla bu sonuca göre; hemşirelerin sahip olduğu klinik liderlik özelliklerinin hekimlerin sahip olduğu klinik liderlik özelliklerinden çok daha fazla olduğu ifade edilebilir. Ulusal literatürde hekimlerin liderlik özelliklerinden daha ziyade, hemşirelerin sahip olduğu liderlik özellikleri üzerine yapılan çalışmalar (Serinkan ve İpekçi, 2005: 281; Erkan ve Abaan, 2006: 1; Öztürk vd., 2012: 17; Canpolat, 2012: 1; Öztürk ve Kahrıman, 2013: 111) mevcuttur ve bu çalışmaların ortak sonucu; klinik ortamlarda hemşirelerin sahip olduğu liderlik özelliklerinin oldukça yüksek olduğu yönündedir. Türkiye sağlık sisteminde, özellikle kamu hastanelerinde, klinik ortamlarda hekimlerden daha çok hemşirelerin yönetici pozisyonlarda yer alması ve yine kliniklerden sorumlu yöneticilerin hemşirelerden seçilmesi, bugüne kadar hemşirelerin liderlik özellikleri üzerine yapılmış olan ulusal çalışmaların sebebi olarak görülebilir ve yine bu çalışmalar, bu tez kapsamında ulaşılan; hemşirelerin hekimlerden daha fazla liderlik özelliklerine sahip olduğu bulgusunu destekleyen çalışmalardır. Bu durum, ulusal literatürde bu şekilde olmasına rağmen, uluslararası literatürde, genel olarak hekim ve hemşirelerin sahip olduğu liderlik özellikleri üzerine eşdeğer çalışmalar (Goodal, 2011: 9; Martin vd., 2011: 72; BMA, 2012: 6; Bohmer, 2012: 4; NHB, 2012: 39; Bohmer, 2013: 1468; Stoddart vd., 2014: 49) yapılmaktadır ve bu çalışmalarda, ilk zamanlarda hekimlerin klinik liderlik özellikleri ön plana çıkarılırken, son zamanlarda ise klinisyenlerin sahip olduğu liderlik özellikleri açısından; birbirine olan üstünlükleri yerine, paylaşılan liderlik çerçevesinde, eşit liderlik özelliklerine sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır.

**Bulgu 6. Hekim ve hemşirelerin buldukları kurumdaki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını, anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).** Bu sonuca göre; çalışma kapsamında, klinisyenlerin sahip olduğu klinik liderlik özellikleriyle, klinisyenlerin buldukları kurumlardaki toplam çalışma süreleri arasında istatistikî bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Keklik (2012: 87) tarafından, Türkiye sağlık sistemi içerisinde özel bir hastanede yapılan liderlik çalışmasında, kurumdaki toplam çalışma süresiyle liderlik türleri arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, Stoddart ve arkadaşlarının (2014: 52) klinik liderlik üzerine yapmış olduğu çalışmada ise, bulunan kurumdaki çalışma süresinin, klinik liderlik özelliklerini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Klinik liderlik model ve çalışmalarının, sağlık çalışanlarına uygulanan diğer liderlik çalışmalarından farklı olduğu dikkate alındığında; her ne kadar ulusal liderlik çalışmalarında aksi bir sonuç çıksa da uluslararası klinik liderlik çalışmalarının bu bulguyu desteklediği görülmektedir.

**Bulgu 7. Hekim ve hemşirelerin mesleklerindeki toplam çalışma süresi özellikleri, klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını, anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).** Çalışmanın bu sonucuna göre; klinisyenlerin mesleklerindeki toplam çalışma süreleriyle liderlik özellikleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. NHB (2012: 57) tarafından Yeni Zelanda'da gerçekleştirilen Ulusal Sağlık Meslekî Araştırma raporuna göre; klinisyenlerin mesleklerindeki toplam çalışma sürelerinin, klinik liderlik özelliklerini etkilediği sonucuna ulaşılırken, Asiabar ve arkadaşları (2015: 24) tarafından sağlık yöneticileri üzerinde yapılan araştırmada ise; meslekî deneyim olarak da adlandırılabilir meslekteki toplam çalışma süresi ile liderlik özellikleri arasında değişken bir sonuç elde edilmiştir. Buna göre; meslekteki toplam çalışma süresinin liderlik özelliklerini etkileme durumu, liderlik türüne göre değişmektedir.

**Bulgu 8. Hekim ve hemşirelerin yönetim üzerine formal bir eğitim alıp almama özellikleri, klinik liderlik özellikleri alt boyutlarından Hizmetlerin Yönetimi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını anlamlı düzeyde etkilerken ( $p<0,05$ ); klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarından Kişisel Özellikler, Diğerleriyle Çalışma ve Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanlarını, anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).** Çalışmanın bu sonucuna göre; klinisyenlere, yönetim

üzerine verilecek olan bir eğitimin, klinisyenlerin liderlik özelliklerinden hizmetlerin yönetimi ve yine yönlendirmelerin kurgulanması alanlarını etkilediği, ama bir bütün olarak klinik liderlik özelliklerini etkilemediği görülmektedir. Bu sonuç, literatürle ilişkilendirildiğinde; klinisyenlere verilecek olan yönetim eğitiminin, klinisyenlerin klinik liderlik özelliklerinin tamamını etkilemesinden ziyade, yönetsel faaliyetlerle ilgili olan alt boyutlarını etkilemesi beklenmektedir (GW, 2016; BMJ, 2016).

**Bulgu 9. Hekim ve hemşirelerin liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama özellikleri, klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını, anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).** Bu sonuca göre; klinisyenlerin almış olduğu liderlik eğitimlerinin, klinik liderlik özelliklerini etkilemediği görülmektedir. Canpolat (2012: 86) tarafından Türkiye sağlık sisteminde, hemşireler üzerine yapılan liderlik araştırmasında da alınan liderlik eğitimiyle klinik liderlik özellikleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Oysaki Türkiye sağlık sistemi kapsamında da klinisyenlere (genelde hemşirelere) yönelik birçok liderlik eğitim programları açılmaktadır (USES, 2016). İlgili uluslararası literatürde (The Governance Institute, 2009: 34; ELH, 2016; FMLM, 2015: 16) ise, klinisyenlerin alacağı liderlik eğitimlerinin; klinik liderlik özelliklerinin tamamını olmasa da alt boyutlarından genel liderlik davranışlarıyla ilgili özellikleri etkileyebileceği ifade edilmektedir.

**Bulgu 10. Hekim ve hemşirelerin klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama özellikleri, klinik liderlik özellikleri alt boyutlarından Hizmetlerin İyileştirilmesi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını anlamlı düzeyde etkilerken ( $p<0,05$ ); klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarından Kişisel Özellikler, Diğerleriyle Çalışma ve Hizmetlerin Yönetimi Alanlarını, anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).** Çalışmanın bu sonucuna göre; klinisyenlerin almış olduğu klinik liderlik eğitimleriyle, yalnızca, klinik liderlik alt boyutlarından hizmetlerin iyileştirilmesi ve yönlendirmelerin kurgulanması alanlarıyla ilgili bir ilişki mevcutken, klinik liderlik eğitimiyle klinik liderlik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu sonuç, gerek NHS klinik liderlik modeli çalışmalarının (NHS, 2010a: 15; NHS, 2011b: 9) ve gerekse diğer uluslararası klinik liderlik çalışmalarının (RCN, 2004: 7; VQC, 2009: 11; Warren ve Carnall, 2011: 28) desteklemediği bir



sonuçtur. Bu çalışmada, klinisyenlerin %8,1'lik bir kısmı klinik liderlik eğitimi aldığını ifade etmiş olsa da bu eğitimin kapsam ve içeriği hakkında bilgi sahibi olunamadığı ve yine Türkiye sağlık ve eğitim sisteminde, gerek üniversiteler ve gerekse sağlık sektörü tarafından ciddi anlamda bir klinik liderlik eğitiminin verilemediği dikkate alındığında; bu sonucun uluslararası literatür ve çalışmalar tarafından desteklenememe sebebini açıklayabileceği düşünülmektedir.

**Bulgu 11. Hekim ve hemşirelerin buldukları hastane türü özellikleri, klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarını, anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).**

Çalışma kapsamında, kamu hastanelerinde görev yapan klinisyenlerin il ya da ilçe hastanelerinde olmalarıyla klinik liderlik özellikleri arasında bir ilişki bulunup bulunmadığı da incelenmiş ve istatistikî olarak bu tür bir ilişkinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu tez çalışmasının modeli ve hipotezleri oluşturulurken, klinisyenlerin buldukları hastanenin il ya da ilçe hastanesi olma durumunun, klinik liderlik özelliklerini etkileyebileceği dikkate alınarak bu hipotez kurulmuştur. Oysaki ulusal liderlik araştırmalarında, bulunulan hastane türü sorgusu genelde kamu, özel ya da üniversite hastaneleri olarak sınıflandırılırken, bu kapsamda yapılan liderlik araştırmalarında il ya da ilçe hastanesinde çalışma durumunu sorgulayan bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Uğurluoğlu ve arkadaşları (2013: 13) tarafından yapılan bir liderlik araştırmasında, araştırmaya katılan hemşirelerin özel ya da kamu hastanelerinde görev yapması ile liderlik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, Koçak ve Özüdoğru (2012: 84) tarafından yapılan bir başka liderlik araştırmasında ise, araştırmaya katılan yöneticilerin buldukları hastanenin kamu ya da özel hastane olmasının, liderlik özelliklerini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Uluslararası literatürde ise genelde hastane sınıflandırılmasına çok fazla gidilmeden; iyi bir hastanede, liderlik ve klinik liderlik açısından bulunması gereken özelliklere dikkate alınmaktadır (Robinson ve Tyndale-Biscoe, 2011: 9).

**Bulgu 12. Hekim ve hemşirelerin buldukları birim özellikleri, klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarından Kişisel Özellikler, Hizmetlerin Yönetimi, Hizmetlerin İyileştirilmesi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını anlamlı düzeyde etkilerken ( $p<0,05$ ), Diğerleriyle Çalışma Alanını ise anlamlı düzeyde etkilememektedir ( $p>0,05$ ).** Çalışmanın bu sonucuna göre; klinisyenlerin buldukları birimler ile klinik liderlik özellikleri arasında güçlü bir ilişki bulunmuş olup 332,00 puan sıra ortalamasıyla, klinisyenlerin en yüksek klinik liderlik özelliklerine sahip olduğu birim ise yoğun bakım ünitesi olmuştur. Yoğun bakım ünitesini, 325, 30 puan sıra ortalamasıyla evde bakım birimi takip ederken, klinik liderlik açısından birimler arasında en düşük puan ortalamasına sahip birim ise, 199,38 puan ile ağız-diş sağlığı birimi olmuştur. Hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların tıbbi hata ve hasta güvenliği açısından daha yüksek riskler taşıdığı ve yine bu birimdeki hayatiyet derecesinin daha yüksek olduğu (Akalin, 2005: 142) göz önünde bulundurulduğunda, burada görev yapan klinisyenlerin sahip olduğu klinik liderlik özelliklerinin daha yüksek olması beklenmektedir. Dolayısıyla, çalışma kapsamında, yoğun bakım ünitesinde görev yapan klinisyenlerin klinik liderlik özelliklerinin diğer birimlere kıyasla yüksek olması, yoğun bakımın, hayatiyet derecesi açısından öneminden kaynaklanmakta olduğu düşünülmektedir. Özellikle son zamanlarda, bazı uluslararası klinik liderlik çalışmalarında (NHS, 2010a: 24-31; Pantouvakis ve Mpogiatzidis, 2011: 310) klinisyenlerin hastane içerisinde çalıştığı birimin klinik liderlik özelliklerini önemli derecede etkilediği sonucuna ulaşılmış olup bu sonuçlardan yola çıkılarak, daha ileri boyutlarda gerçekleştirilen klinik liderlik çalışmalarında ise, hastanenin bütününden ziyade, birimsel bazda araştırmalar yapılmaya başlanmış ve hatta her birim için ayrı ayrı klinik liderlik programları uygulamaya geçirilmiştir (RCS, 2014: 14; BOA, 2016; Kingston University, 2016).

## 6. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Liderlik, her ne kadar insanlık tarihiyle eş zamanlı bir geçmişe sahip olsa da; özellikle son yüz yılda psikoloji ve yönetim-organizasyon alanlarında araştırmacıların ve sektörlerin güncel konusu olarak popüler bir hâl almış ve liderlik kavramına olan bu ilgi, günümüze kadar artarak devam etmiştir. Liderlik kavram ve çalışmaları, bugün de aynı ilgiyi görmeye devam etmektedir.

Genel kabul görmüş hâliyle liderlik, organize olmuş bir grubun hedeflerini belirleme ve bu hedefleri gerçekleştirmeye yönelik faaliyetlerini etkileme sürecinde; bir lider, bu liderin grubun diğer üyelerinden oluşan izleyicileri ve liderle izleyicilerin etkileşimini sağlayan ve bu etkileşimi görünür kılan koşulların ve davranışların birleşiminden oluşan bir fonksiyon olarak tanımlanmaktadır. Özellikle 1840'lı yıllarda Büyük Adamlar teorisiyle birlikte başlayan; daha sonraları, özellikler teorisi, davranışsal teori ve durumsallık teorileriyle devam eden ve yine günümüz dünyasında stratejik liderlik, dönüşümcü liderlik, ahlaki liderlik vb. isimlendirmelerle ortaya çıkan birçok modern liderlik teorilerinin tamamı, merkezine; bir lideri, bu lideri takip eden izleyicileri ve liderin izleyicilere liderlik edeceği koşul ve davranışları almaktadır. Yine, liderlik kavramı etrafında gelişen bütün bu teoriler ve liderlik türleri, genel bir kavram olarak kullanılmakta; eğitim sektöründen inşaat sektörüne, otomotiv sektöründen sağlık sektörüne kadar bütün sektörler için aynı model ve teoriler etrafında liderlik çalışmaları ve uygulamaları gerçekleştirilmektedir.

Hizmet sektörü içerisinde önemli bir konuma ve paya sahip olan sağlık sektörü, emek yoğun bir alan olmasının yanı sıra, her bir bireyi başlı başına bir vaka olan insan sağlığını iyileştirme amacı taşıması sebebiyle de devasa bir sektör olarak ekonomik sistem içerisinde yer almaktadır. Bundan dolayı, sağlık kurumlarında liderlik, sağlık dışındaki diğer kamu veya özel sektörlerle kıyasla çok daha zor bir hâl almaktadır. Çünkü sağlık sektörü, gerek çevresel ve gerekse örgütsel açıdan karmaşık bir yapıya

sahiptir. Çevre açısından bakıldığında; sağlık kurum ve kuruluşları, büyük ölçüde kendi kontrolleri dışında düzenleyici çevresel faktörlerle karşı karşıyayken, örgütsel açıdan bakıldığında ise; sağlık kurumlarının hem klinik hem de idari yönden çoklu meslekî hiyerarşiye sahip olması, kurum içi organizasyon ve koordinasyon için büyük zorluklar oluşturur. Sağlık hizmet sektöründeki bu çevresel ve örgütsel uyumsuzlukların giderilebilmesi ve eşgüdümün sağlanabilmesi için de sağlık sisteminin her kademesinde, bu sektöre özel, etkili bir liderlik, hayati önem arz etmektedir.

Yukarıda da ifade edildiği gibi; bugüne kadar geliştirilmiş olan liderlik tanım ve teorileri, her ne kadar bütün sektörel yapılar için ortak bir bakış açısıyla geliştirilip uygulamaları gerçekleştirilse de tüm boyutlarıyla karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık hizmet sektörüne özel bir liderlik modeli geliştirme çalışmaları; başta İngiltere olmak üzere, ABD, Yeni Zelanda ve Avustralya gibi birçok ülkede, son 10 yıldır devam etmektedir. Bu çalışmalar içerisinde en kapsamlı ve uzun soluklu olanı ise, İngiltere Sağlık Hizmetleri tarafından geliştirilen ve ilk olarak 2010 yılında Medikal Liderlik adıyla yalnızca hekimlerin ve Tıp Fakültesi öğrencilerinin liderlik davranışlarını merkeze alan ve daha sonra ise klinisyen olarak ifade edilen hekim ve hemşirelerin liderlik davranışlarına odaklanarak 2011 yılında Klinik Liderlik adını alan, sağlık hizmet sunumuna özgü liderlik modeli çalışması olmuştur.

Klinik liderlik modelinin temelini; sağlık kurumlarında yer alan klinik ortamlardaki işleyişin; güvenli, kaliteli ve etkin bir şekilde gerçekleştirilebilmesi, sağlık hizmet sunumuna duyulan ihtiyacın karşılanabilmesi ve bu hizmet sunumunda yaşanan zorlukların üstesinden gelinebilmesi için; benzersiz bir bakış açısı ve uzmanlığa sahip olan ve sağlığın ana hizmet sunucuları olarak ifade edilen klinisyenlerin de liderliğe dâhil olmalarının gerekli olduğu düşüncesi oluşturmaktadır. Çünkü bir sağlık sisteminde, klinisyenler, sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren ana özne konumundadır ve klinisyenlerin sunmuş olduğu sağlık hizmetinin etki ve kalitesi, öncelikle kurumu ve daha sonra ise bütün bir sağlık sistemini etkilemektedir.

Klinik liderlik kavramı; sistemi düzenleme, izleyicileri etkileme, değerleri ve vizyonu teşvik etme ve sağlık kurumunun amaç ve hizmet sunumunda merkez odağını oluşturan

hasta ihtiyaçlarını karşılamak için sahip olunan klinik deneyim ve yetenekleri kullanma gibi, lider rolü üstlenen klinisyenlerde bulunması gereken liderlik özelliklerini bir araya toplayan bir kavramdır. Bu bağlamda klinik liderlik; yüksek kaliteli klinik bakımın teşvik edilmesi ve hizmet sunumunda mükemmelin başarılmaması için; bölümdeki, birimdeki ya da kurumdaki klinisyenlerin, hastaya birebir hizmet sunumunun yanı sıra bu hizmet sunumunun etkili ve kaliteli olması için gayret göstermesi ve bu gayretle, politikaları, prosedürleri ve sistemleri değiştirme gücü ve yeteneği şeklinde tanımlanabilir.

Klinik liderlik modeli, diğer liderlik teorilerinde olduğu gibi merkezine bir lider ve bu liderin izleyicilerini almak yerine, “paylaşılan liderlik” kavramını merkezine almakta ve bu kavram üzerine inşa edilmektedir. Yine, klinik liderliği, diğer liderlik teorilerinden ayıran en önemli özelliklerinden biri de klinik liderliğin yalnızca insanlar için belirlenen somut liderlik özelliklerini değil; aynı zamanda hizmet sunulan birimin ve örgütün başarısı adına sahip olunması gereken sorumluluk duygularını da içeriyor olmasıdır. Buna göre; liderlik özellikleri ve eylemleri, belirli bir kişi yerine; farklı zamanlarda ve organizasyon içerisinde herhangi bir klinisyende görülebilir. Çünkü klinik liderlik özellikleri, kişisel başarıdan ziyade grup başarısına odaklanmaktadır. Dolayısıyla, paylaşılan liderlik; aktif bir şekilde, etkili takım çalışmasını desteklemektedir.

Türkiye sağlık sistemi dâhilinde ilk kez yapıldığı düşünölen bu çalışma kapsamında; Türkiye kamu hastanelerinde görev yapan hekim ve hemşirelerin klinik liderlik özelliklerini ve bu özellikleri etkileyen kişisel ve örgütsel değişkenleri ortaya koyabilmek adına, NHS tarafından klinik liderlik modeli içerisinde geliştirilen klinik liderlik ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılarak, bu ölçeğin hekim ve hemşireler üzerinde uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Klinik liderlik ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması çerçevesinde yapılan dil, kapsam ve yapı geçerlikleri neticesinde elde edilen veri-model uyum indekslerinin ve yine güvenilirlik analizleri neticesinde elde edilen alpha ve omega katsayılarının sonuçlarına göre, ölçeğin istatistikî olarak geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Klinik liderlik ölçeğinin uygulamasıyla elde edilen verilerin analiz sonuçlarına bakıldığında ise, çalışma evrenindeki klinisyenlerin sahip olduğu klinik liderlik özellikleri ve klinik liderliği oluşturan her bir alt boyut özelliklerinin ortalama puanlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Yine, çalışma kapsamında oluşturulan hipotez test sonuçlarına göre;

Klinisyenlerin sahip olduğu cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, buldukları kurumdaki toplam çalışma süresi, meslekteki toplam çalışma süresi, liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama durumu ve buldukları hastane türü özelliklerinin, klinisyenlerin sergilemiş olduğu klinik liderlik özelliklerini ve klinik liderliğin alt boyutlarını anlamlı düzeyde etkilemediği görülmektedir.

Klinisyenlerin meslek grubu özelliklerinin (hekim ya da hemşire olma durumu); klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarından Diğerleriyle Çalışma, Hizmetlerin İyileştirilmesi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını anlamlı düzeyde etkilediği, Kişisel Özellikler ve Hizmetlerin Yönetimi alanlarını ise anlamlı düzeyde etkilemediği görülmektedir. Buna göre; çalışma evreninde yer alan hemşirelerin sahip olduğu klinik liderlik özellikleri, hekimlerin sahip olduğu klinik liderlik özelliklerinden çok daha yüksektir.

Klinisyenlerin, yönetim üzerine formal bir eğitim alıp almama durumunun, klinik liderlik özellikleri alt boyutlarından Hizmetlerin Yönetimi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını anlamlı düzeyde etkilediği görülürken; klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarından Kişisel Özellikler, Diğerleriyle Çalışma ve Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanlarını, anlamlı düzeyde etkilemediği görülmektedir.

Klinisyenlerin, klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama durumunun, klinik liderlik özellikleri alt boyutlarından Hizmetlerin İyileştirilmesi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını anlamlı düzeyde etkilediği; klinik liderlik özelliklerini ve alt

boyutlarından Kişisel Özellikler, Diğerleriyle Çalışma ve Hizmetlerin Yönetimi Alanlarını ise anlamlı düzeyde etkilemediği görülmektedir.

Klinisyenlerin buldukları birim özelliklerinin, klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarından Kişisel Özellikler, Hizmetlerin Yönetimi, Hizmetlerin İyileştirilmesi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını anlamlı düzeyde etkilediği görülürken, Diğerleriyle Çalışma Alanını ise anlamlı düzeyde etkilemediği görülmektedir. Buna göre; çalışma evrenindeki hastanelerde bulunan diğer birimlerde görev yapan klinisyenlere kıyasla, yoğun bakım biriminde görev yapan klinisyenlerin klinik liderlik özelliklerinin çok daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

Gerek bu çalışma bulguları ve gerekse ilgili literatür doğrultusunda, Türkiye sağlık sisteminde klinik liderlik uygulamalarının iyileştirilmesine dair, aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

### **Klinisyenlere Yönelik Öneriler**

- Klinisyenlerin; klinik uzmanlıklarını ve klinik yönetim becerilerini geliştirebilecek meslekî ve yönetsel kademelere talip olmaları önerilmektedir.
- Klinisyenler arasında, hekimlerin ya da hemşirelerin üstünlüğü gibi bir yanılgıya düşülerek meslekî anlamda bir üstünlük sınıflandırmasına gidilmemesi önerilmektedir. Bu bağlamda, gerek klinik sistem ve gerekse bütün bir sağlık sistemi içerisinde klinisyenlerin (hekim, hemşire) birbirlerini, sağlık hizmet sunumunun aynı özelliklere sahip eşit paydaşları olarak görmeleri, paylaşılan klinik liderlik açısından önemli bir husus olarak düşünülmektedir.
- Klinisyenlerin; kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili teorik ve pratik eğitim ve uygulamaları en iyi şekilde tamamlayarak, kendi alanlarıyla ilgili ulusal ve uluslararası bilimsel çalışmaları ve teknolojik gelişmeleri takip etmeleri

önerilmektedir. Böylelikle klinisyenlerin, iyi derecede bir klinik uzmanlığa sahip olabileceği düşünülmektedir.

- Klinisyenlerin vizyon ve misyon sahibi olmalarının; gerek hasta ve hasta yakınları, gerekse diğer meslektaşları için fedakâr davranışlar sergileyebilmelerinin ve diğer klinisyenlere rol model olabilmelerinin, klinik liderlik açısından önemli olduğu düşünülmektedir.
- Klinisyenlerin; kişisel özellikler olarak, kendi değerlerini, güçlü yönlerini ve yeteneklerini belirleyebilmesi, diğer takım arkadaşlarıyla sürekli iletişim içerisinde olabilmesi ve takım içerisindeki ilişkilerin oluşturulması ve sürdürülmesi için gayret gösterebilmesi, klinik liderlik özellikleri açısından önerilmektedir.
- Klinisyenlerin; takımdaki diğer arkadaşlarının sağladığı katkıların farkında olarak yüksek bir performans sergileyebilmek adına gayret göstermesi, akılcı argümanlar ortaya koyması, gerektiğinde takım sözcüsü olarak hareket etmesi ve hesap verebilir olması gerekliliği önerilmektedir.
- Klinisyenlerin; sağlık hizmetleri planlaması, kaynak kullanım yönetimi, insan kaynakları yönetimi ve performans yönetimi konularında yetkin olmaları önerilmektedir.
- Klinisyenler; en iyi klinik uygulamaları desteklemek için, sağlık bakım hizmetlerinin önceliklendirilmesi, tasarımı ve uygulanması aşamalarına öncülük edebilmeli, önceliklerin belirlenmesinde önemli roller üstlenebilmeli ve yine sağlık hizmet sunumunda güvenlik ve kalite gündemini belirleme süreçlerine katılarak, bu gündemin uygulanması için sorumluluk alabilmelidir.
- Klinisyenler; klinik yönetim faaliyetlerine katılımı desteklemek için eğitimsel ve örgütsel destek sağlayabilmelidir.



## Sağlık Kurumları Yöneticisine Yönelik Öneriler

- Sağlık kurumları yöneticisi; kurum içinde hasta merkezli, kaliteli sağlık bakım hizmetleri kültürünü oluşturabilmek için klinik yönetişimi, insan kaynakları politikalarını, işgücü planlamasını, akreditasyonu, kıyaslamayı ve genel olarak klinik liderlik sistemini kullanabilmelidir.
- Sağlık kurumları yöneticisinin; bir klinik yönetişim çerçevesi oluşturarak, istenen amaca ulaşmak için uygun politikaları, yapıları ve süreçleri kullanarak ve kurumsal yönetişim içerisine klinik yönetişimi yerleştirerek, klinik yönetişim sisteminin amacını ve klinik yönetişim içerisinde kurum yönetiminin rolünü belirleyebilmesi gerekliliği düşünülmektedir.
- Sağlık kurumları yöneticisi; klinik yönetişimin kurulması ya da var olan klinik yönetişimin geliştirilmesi için gerekli olan her türlü değişim yönetim sürecine öncülük edebilmelidir.
- Sağlık kurumları yöneticisi; yönetim kurulunun, klinik liderlikteki rolünü tanımlayabilmelidir.
- Sağlık kurumları yöneticisinin; kurumdaki mevcut ve yeni klinik liderleri tanımlayarak ve bu klinik liderleri destekleyerek, kurumdaki bütün klinisyenlerin klinik liderlik özelliklerinin gelişimi için, klinik liderlik eğitim programları düzenleyebileceği önerilmektedir.
- Sağlık kurumları yöneticisi; yetki devrini kullanarak, özellikle klinik yönetişim çerçevesinde belirlenen klinik liderleri ve diğer klinisyenleri güçlendirebilmelidir.

- Sağlık kurumları yöneticisinin; klinik yönetim sisteminin çıktılarını takip edip iyi performansı destekleyerek, düşük performansı ise iyileştirerek, sonuca göre organizasyonun klinik yönetim modelini geliştirmek için öncülük edebilmesi önerilmektedir.
- Sağlık kurumları yöneticisi; organizasyonun klinik yönetim sistemini, ilgili kurum ve kuruluşların klinik yönetim sistemleriyle bağlayarak sağlık hizmetleri sektörünün güçlendirilmesine katkıda bulunabilmelidir.

### **Diğer Öneriler**

- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve YÖK işbirliğiyle; sağlık hizmetlerinde klinik yönetim ve liderlik kavram ve teorileri üzerine bilimsel çalışmaların yapılabileceği ve Türkiye sağlık sistemini bilimsel anlamda destekleyebilecek bir Klinik Yönetişim ve Liderlik Akademisi kurulabilir.
- Mevcut durumda, YÖK’e bağlı üniversitelerde yer alan Tıp Fakültelerinde, klinik liderlik dersi, seçmeli ders olarak dâhi yer almazken; bazı üniversitelerin Hemşirelik Fakültelerinde ya da Hemşirelik Yüksek Okullarında “Hemşirelik ve Liderlik” adıyla zorunlu ya da seçmeli olarak liderlik dersleri bulunmaktadır. Bu aşamada, sağlık hizmet sunumunun etkili ve kaliteli olabilmesi adına, öncelikle; Tıp Fakülteleri, Hemşirelik Fakülteleri ve Sağlık Yönetimi bölümlerinin ders programlarında, “Klinik Yönetişim ve Liderlik” dersi, zorunlu ders olarak yer alabilir.
- Bunun yanı sıra, klinik yönetim süreçlerinde yönetici olarak görev yapabilecek klinik yöneticiler yetiştirmek için, üniversitelerin Sağlık Bilimleri Enstitüsü veya Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde “Klinik Liderlik” yüksek lisans ve doktora programları açılabilir. Özellikle İngiltere, Avustralya ve ABD’de bunun birçok örneği mevcuttur (GW, 2016; NCL, 2016; USC, 2016).

### **Bu Alanla İlgili Yapılabilecek Diğer Çalışmalara Yönelik Öneriler**

- Bu araştırmanın; NHS tarafından geliştirilen klinik liderlik modeli referans alınarak ve yine NHS tarafından bu model kapsamında geliştirilen klinik liderlik ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılarak, klinik liderlik üzerine Türkiye sağlık sisteminde gerçekleştirilmiş ilk bilimsel çalışma olduğu ve bu alanla ilgili bundan sonra yapılacak olan diğer çalışmalara öncülük edeceği düşünülmektedir.
- Bu çalışmada veri toplama aracı olarak üçlü likert ölçeği kullanılmıştır. Likert tipi ölçek dışında, görüşme formları oluşturularak, açık uçlu sorularla gerek klinisyenlerin ve gerekse klinik yönetim ve liderlik üzerine diğer paydaşların görüş ve düşünceleri alınarak klinik liderlik özellikleri değerlendirilebilir.
- Bu araştırma, klinisyenlerin sahip olduğu klinik liderlik özelliklerinin kendi kendine değerlendirmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bundan sonraki yapılacak olan çalışmalarda, bu değerlendirme, klinisyenlerin çalışmış olduğu diğer ekip arkadaşları ve klinik yönetim sürecine dâhil olan diğer yöneticiler tarafından yapılabileceği gibi, klinik liderlik sürecini etkilediği düşünülen diğer etkenlerin klinik liderlik süreciyle ilişkileri de araştırma kapsamına dâhil edilebilir.
- Bu çalışmayla birlikte Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan klinik liderlik ölçeği, birçok kamu, üniversite ve özel hastanelerde uygulanarak buradaki klinisyenlerin klinik liderlik özellikleri değerlendirilip birbiriyle kıyaslanabilir ve böylece, Türkiye sağlık sistemine bütüncül bir bakış gerçekleştirilmiş olacaktır.
- Bu çalışmada kullanılan klinik liderlik ölçeğinin, bir hastanenin tüm birimlerine uygulanması yerine, o hastanede bulunan her bir birime ayrı ayrı uygulanarak, uygulanan birimde çalışan klinisyenlerin klinik liderlik özelliklerini geliştirmek adına, birim bazlı eğitim model ve programları oluşturulabilir..

- Bundan sonraki çalışmalarda, Türkiye sağlık sistemine özgü bir klinik yönetişim ve liderlik modeli geliştirilerek, bu model geliştirme sürecinde, Türkiye sağlık sistemine özgü bir klinik yönetişim ve liderlik ölçeği de geliştirilip kullanılabilir.



## KAYNAKÇA

- Adasal, R. (1979). *Yeryüzü Tanrıları: Liderler, Komutanlar ve Kahramanlar Psikolojisi*, İstanbul: Minnetoğlu Yayınları.
- AICD, (2011). *The Board's Role in Clinical Governance*, Sydney: The Australian Institute of Company Directors.
- Akalın, H.E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3): 141-146.
- Aksel, İ. (2012). Liderlik Teorileri, Celalettin Serinkan (Editör), *Liderlik ve Motivasyon: Geleneksel ve Güncel Yaklaşımlar (3. Basım)* içinde (s. 33-61). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Alpar, R. (2014). *Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik – SPSS’de Çözümleme Adımları İle Birlikte (3. Baskı)*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Asiabar, A.S. Azar, F.E. Pur, M.A. ve Kafaimehr, M.H. (2015). Active Leadership Can Promote Leadership Effectiveness in Healthcare Organizations, *International Journal of Hospital Research*, 4(1): 21-26.
- Avcı, U. ve Topaloğlu, C. (2009). Hiyerarşik Kademelere Göre Liderlik Davranışlarını Algılama Farklılıkları: Otel Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma, *KMU İİBF Dergisi*, 11(16): 1-20
- Aytaç, T. (2003). *Post-Modern Eğitim Yöneticisi, 21. Yüzyıl Eğitim Yöneticilerinin Yetiştirilmesi Sempozyumu*, 16-17 Mayıs 2002, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları.
- Bakan, İ. (2008). Örgüt Kültürü ve Liderlik Türlerine İlişkin Algılamalar İle Yöneticilerin Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki: Bir Alan Araştırması, *KMU İİBF Dergisi*, 10(14): 1-28.
- Bakan, İ. ve Doğan, İ.F. (2013). *Liderlik: Güncel Konular ve Yaklaşımlar*, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Barutçugil, İ. (2014). *Liderlik*, İstanbul: Kariyer Developer.

- Bass, B.M. (1960). *Leadership, Psychology and Organizational Behavior*, New York: Harper & Row.
- Bass, B.M. (1990). *Bass & Stogdill's Handbook of Leadership: Theory, Research and Managerial Applications (3. Baskı)*, New York: The Free Press.
- BMA, (2012). *Doctors' Perspectives on Clinical Leadership*, London: Health Policy & Economic Research Unit.
- BMJ, (2016). How Doctors can Take Steps into Leadership and Management, <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20015488> (Erişim Tarihi: 23.05.2016).
- Bohmer, R. (2012). *The Instrumental Value of Medical Leadership: Engaging Doctors in Improving Services*, The King's Fund.
- Bohmer, R.J. (2013). Leading Clinicians and Clinicians Leading, *The New England Journal of Medicine*, 368(16): 1468-1470.
- Bradbeer, A.F. (1954). *The Bradbeer Committee Report on the Internal Administration of Hospitals for the Central Health Services Council*, The International Administration of Hospitals. HMSO, London.
- Brook, R.H. ve Williams, K.N. (1975). Quality of Health Care for the Disadvantaged, *Journal of Community Health*, 1(2) Winter.
- Brown, A. Crookes, P. ve Dewing, J. (2015). *Clinical Leadership Development in a Pre Registration Nursing Curriculum: What The Profession has to Say About It*, Nurse Education Today: Elsevier Ltd.
- BOA, (2016). BOA Clinical Leaders Programme 2016-2017, <http://www.boa.ac.uk/training-education/boa-national-clinical-leaders-fellowships-programme/> (Erişim Tarihi: 23.05.2016).
- Canpolat, Z. (2012). *Hemşirelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılığın Değerlendirilmesi*, T.C İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Tezi.
- Carlyle, T. (1840). *On Heroes, Hero-Worship, and The Heroic of History*, London: Chapman and Hall.

- CDC, (2016). International Classification of Diseases Tenth Revision, Clinical Modification, <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm> (Erişim Tarihi: 17.05.2016).
- Chantler, C. (1999). The Role and Education of Doctors in the Delivery of Health Care, *Lancet*, 353: 1178-1181
- Cohen, W. A. (1990). *The Art of A Leader: Englewood Cliffs*, New Jersey: Jossey-Bass.
- Cook, M.J. (2001). The Renaissance of Clinical Leadership, International Council of Nurses, *International Nursing Review*, 48: 38-46.
- Cribbin, J.J. (1981). *Leadership: Strategies for Organizational Effectiveness*, New York: Amacom.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi (2. Baskı)*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çokluk, Ö. Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları (3. Baskı)*, Ankara: Pegem Akademi.
- Daft, R.L. (2010). *Management (9. Baskı)*, USA: South-Western Cengage Learning.
- Darzi, A. (2007). *Healthcare for London: A Framework for Action*, London: NHS Reports.
- Delice, M. ve Günbeyi, M. (2013). Duygusal Zekâ ve Liderlik ilişkisinin İncelenmesi: Polis Teşkilatı Örneği, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 27(1): 209-239.
- Department of Health, (2004). *The NHS Knowledge and Skills Framework (NHS KSF) and the Development Review Process*, London: Agenda for Change Project Team.
- Department of Health, (2008a). *NHS Next Stage Review: A High Quality Workforce*, London: NHS.
- Department of Health, (2008b). *NHS Next Stage Review Final Report: High Quality Care For All*, London: NHS.
- Department of Health, (2011). National Allied Health Professional Leadership Challenge: Toolkit, *AHP Bulletin*, Temmuz/Ağustos 2009.

- DeVellis, R.F. (2014). *Ölçek Geliştirme: Kuramlar ve Uygulamalar* (3. Baskıdan Çeviri: Tarık Totan), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Dixon, J.L. ve Garside, M. (1995). Resource Management Progress of the Program in the NHS in England, *Medinfo*, 8(2): 16-34.
- Donaldson, L. (2001). Safe, High Quality Health Care: Investing in Tomorrow's Leaders, *Quality in Health Care*, 10(2): 8-12.
- Duygulu, S. ve Kublay, G. (2008). Yönetici Hemşirelerin ve Birlikte Çalıştıkları Hemşirelerin Liderliğe İlişkin Değerlendirmeleri ve Yönetici Hemşirelerin Sahip Oldukları Liderlik Özellikleri, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 1(15): 1-15.
- Ebrahimzade, N. Mooghali, A. Lankarani, K.M. ve Sadati, A.K. (2015). Relationship Between Nursing Managers' Leadership Styles and Nurses' Job Burnout: A Study at Shahid Dr. Faghihi Hospital, Shiraz, Iran, *Shiraz E-Med J*, 16(8): 1-5.
- ELH, (2016). Leadership for Clinicians, <http://www.e-lfh.org.uk/programmes/leadership-for-clinicians/> (Erişim Tarihi: 23.05.2016).
- Erkan, E. ve Abaan, S. (2006). Devlete ve Özel Sektöre Bağlı Hastanelerde Çalışan Servis Sorumlu Hemşirelerinin İşe ve İnsana Yönelik Liderlik Yönelimlerinin İncelenmesi, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*: 1-13.
- Fardazar, F.E. Safari, H. Habibi, F. Haghighi, F.A. ve Rezapour, A. (2015). Hospitals' Readiness to Implement Clinical Governance, *International Journal of Health Policy Management*, 4(2): 69-74.
- FMLM, (2015). *Leadership and Leadership Development in Health Care: The Evidence Base*, London: Rapidity.
- Freeman, T. (2003). Measuring Progress in Clinical Governance: Assessing The Reliability and Validity of The Clinical Governance Climate Questionnaire, *Health Serv Manage Research*, 16(4): 234-50.
- Garver, M.S. ve Mentzer, J.T. (1999). Logistics Research Methods: Employing Structural Equation Modeling to Test for Construct Validity, *Journal of Business Logistics*, 20(1): 33-45



- Gauld, R. ve Horsburgh, S. (2012). *Clinical Governance Assessment Project: Final Report on a National Health Professional Survey and Site Visits to 19 New Zealand DHBs*, Dunedin: Centre for Health Systems, University of Otago
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnelly, J.H. ve Konopaske, R. (2009). *Organizations: Behavior, Structure, Processes (14. Baskı)*, New York: McGraw-Hill.
- GMC, (2012). *Leadership and Management for All Doctors*, London: General Medical Council.
- Goodal, A.H. (2011). *Physician-Leaders and Hospital Performance: Is There an Association?* Germany: IZA and Cass Business School, Discussion Paper No. 5830.
- Google, (2016a). <https://www.google.com.tr/#q=leadership> (Erişim Tarihi: 16.05.2016).
- Google, (2016b). <https://www.google.com.tr/#q=liderlik> (Erişim Tarihi: 16.05.2016).
- Güleç, D. ve Seren-İntepeler, Ş. (2013). Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3): 26-39.
- Güney, S. (2015). *Liderlik (2. Baskı)*, Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara
- GW, (2016). *Clinical Management and Leadership*, <https://www.gwu.edu/undergraduate-programs-clinical-management-and-leadership> (Erişim Tarihi: 23.05.2016).
- Halligan, A. ve Donaldson, L. (2001). Implementing Clinical Governance: Turning Vision into Reality, *BMJ*, 322(7299): 1413-7.
- Hansen, J. (1987). Cross-Cultural Research on Vocational Interests, *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 19: 163-176.
- Hartley, J. Martin, J. ve Benington, J. (2008). *A Review of The Literature for Health Care Professionals Managers and Researchers*, Institute of Governance and Public Management, University of Warwick
- Hartley, J. ve Benington, J. (2010). *Leadership for Healthcare*, Bristol: The Policy Press.
- Hellriegel, D. Slocum, J.W. ve Woodman, R.W. (1986). *Organizational Behavior (4. Baskı)*, West Publication.

- Hoe, S.L. (2008). Issues and Procedures in Adopting Structural Equation Modeling Technique, *JAQM*, 3(1): 76-83.
- Howieson, B. Thiagarajah, T. (2011). What is Clinical Leadership? A Journal-Base Meta-Review, *The International Journal of Clinical Leadership*, 17: 7-18.
- HRSA, (2011). *Quality Improvement*, U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration: Washington DC.
- Huse, E. ve Bowditch, J. (1977). *Behavior in Organizations: A Systems Approach to Managing (2. Baskı)*, Addison-Wesley Publishing Company
- İbicioğlu, H. Özmen, H.İ. ve Taş, S. (2009). Liderlik Davranışı ve Toplumsal Norm İlişkisi: Ampirik Bir Çalışma, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2): 1-23.
- İlhan, M. ve Çetin, B. (2014). LISREL ve AMOS Programları Kullanılarak Gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Analizlerine İlişkin Sonuçların Karşılaştırılması, *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 5(2): 26-42.
- Jonas, S. McCay, L. ve Keogh, S.B. (2011). The Importance of Clinical Leadership, Tim Swanwick ve Judy McKimm (Editör), *ABC of Clinical Leadership* içinde (s. 1-4). UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Kaplan, D. (2008). *Structural Equation Modeling (2. Baskı)*, SAGE Publications, Inc.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (3. Baskı)*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Ankara: Pelikan Yayınları.
- Keen, J. Buxton, M. ve Packwood T. (1993). Doctors and Resource Management: Incentives and Goodwill, *Health Policy*, 24: 71-82.
- Keklik, B. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Benimsenen Liderlik Tiplerinin Belirlenmesi: özel Bir Hastane Örneği, *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 14(1): 73-93

- KHK, (2015). *2015 İdare Faaliyet Raporu*, Ankara: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu.
- Kingston University, (2016). Clinical Leadership MSc, <http://www.kingston.ac.uk/postgraduate-course/clinical-leadership-msc/> (Erişim Tarihi: 23.05.2016).
- Klüber, B. ve Bridle, D. (2010). Education and Training for Clinical Leadership, *Clinical Leadership: Bridging The Divide* içinde (s. 89-100), Quay Books
- Koçak, D.R. ve Özüdoğru, H. (2012). Yöneticilerin Liderlik Özelliklerinin Çalışanların Motivasyonu ve Performansı Üzerindeki Etkileri Etkileri: Kamu ve Özel Hastanelerinde Bir Uygulama, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2012 (1): 76-88.
- Koçak, V. Altuntuğ, K. Geçkil, E. ve Ege, E. (2015). Babaların Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 18(3): 172-180
- Koçel, T. (2011). *İşletme Yöneticiliği (13. Baskı)*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Kruskal, W. H. ve Wallis, W. A. (1952). Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis, *Journal of American Statistical Association*, 47: 583-621.
- Lawshe, C.H. (1975). A Quantitative Approach to Content Validity, *Personnel Psychology*, 28: 563-575.
- Lee, L. (1996). Clinicians as Managers: Organisational Change at the Illawarra Regional Hospital, *Australian Health Review*, 19(1): 95-106.
- Lett, M. (2014). The Concept of Clinical Leadership, *Contemporary Nurse*, 12(1): 16-21.
- Lipsitz, L.A. (2012). Understanding Health Care as a Complex System: The Foundation for Unintended Consequences, *JAMA*, 308(3): 243-244.
- Lohr, K.N. (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I*, Washington DC: National Academy Press.
- Macionis, J.J. (2012). *Sosyoloji (13. Basımdan Çeviri: Vildan Akan)*, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Mann, H. B. ve Whitney, D. R. (1947). On a Test of Whether One of Two Random Variables is Stochastically Larger Than The Other, *The Annals of Mathematical Statistics*, 18(1): 50-60.
- Martin, J.S. McCormack, B. Fitzsimons, D. ve Spiring, R. (2012). Evaluation of a Clinical Leadership Programme for Nurse Leaders, *Journal of Nursing Management*, 20: 72-80.
- McAlearney, A.S. (2006). Leadership Development in Healthcare: A Qualitative Study, *Journal of Organizational Behavior*, 27: 967-982
- MCDonagh, K.J. Bobrowski, P. Hoss, M.A.K. Paris, N.M. ve Schulte, M. (2014). The Leadership Gap: Ensuring Effective Healthcare Leadership Requires Inclusion of Women at the Top, *Open Journal of Leadership*, 3: 20-29.
- McDonald, R. (1985). *Factor Analysis and Related Methods*, Hillsdale, N J: Erlbaum.
- Medical Dictionary, (2016). <http://www.online-medical-dictionary.org/definitions-c/clinic-urgent-care.html> (Erişim Tarihi: 12.03.2016)
- Merriam-Webster, (2016). <http://www.merriam-webster.com/dictionary/Clinician> (Erişim Tarihi: 17.05.2016).
- Mills, I. (1987). Resource Management Initiative, *J Manag Med*, 2: 38-43.
- Mosadeghrat, A.M. ve Ferdosi, M. (2013). Leadership, Job Satisfaction and Organizational Commitment in Healthcare Sector: Proposing and Testing a Model, *Mat Soc Med*, 25(2): 121-126.
- Nahavandi, A. (2000). *The Art and Science of Leadership*, Prentice Hall: New Jersey
- NCHL, (2016). Women in Healthcare Leadership Project, <http://www.nchl.org/static.asp?path=2851,6147> (Erişim Tarihi: 23.05.2016).
- NCL, (2016). Clinical Leadership PGCert, <http://www.ncl.ac.uk/postgraduate/courses/degrees/clinical-leadership-pgcert/#profile> (Erişim Tarihi: 18.05.2016).
- Neuman, W.L. (2006). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar I-II* (5. Baskı, Çeviren: Sedef Özger), İstanbul: Yayın Odası.
- NHB, (2012). *Clinical Governance Assessment Project: Final Report on a National Health Professional Survey and Site Visits to 19 New Zealand DHBs*, New

Zealand: Centre for Health Systems Department of Preventive and Social Medicine.

NHS, (2006). *NHS Leadership Qualities Framework*, London: NHS Institute for Innovation and Improvement.

NHS, (2009). *Medical Leadership Competency Framework Enhancing Engagement in Medical Leadership Second Edition*, London: NHS Institute for Innovation and Improvement.

NHS, (2010a). *Clinical Leadership Competency Framework Project: Report on Findings*, London: National Leadership Council.

NHS, (2010b). *Medical Leadership Competency Framework: Enhancing Engagement in Medical Leadership (3. Baskı)*, Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement.

NHS, (2011a). *Leadership Framework: A Summary*, Coventry: NHS Leadership Academy.

NHS, (2011b). *Clinical Leadership Competency Framework*, Coventry: NHS Leadership Academy.

NHS, (2012). *Clinical Leadership Competency Framework: Self Assessment Tool*, NHS Leadership Academy.

NHS, (2013). *Healthcare Leadership Model: The Nine Dimensions of Leadership Behaviour*, Leeds: NHS Leadership Academy.

NHS, (2016). The History of the NHS in England, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/NHShistory1948.aspx> (Erişim Tarihi: 18.05.2016).

NHS History, (2016). The Griffiths Report, <http://www.nhshistory.net/griffiths.html> (Erişim Tarihi: 18.05.2016).

Nicol, E.D. (2012). Improving clinical leadership and management in the NHS, *Journal of Healthcare Leadership*, 2012(4): 59-69

Northouse, P. G. (2001). *Leadership: Theory and Practice (2. Baskı)*, London: Sage Publications.

- Ogrin, R. ve Barrett, E. (2015). Clinical Leadership and Nursing, *Focus*, 23(2): 45.
- Okasha, A. (2013). Clinical Leadership, *Leadership in Psychiatry* içinde (s. 63-73), John Wiley & Sons, Ltd.
- O'Neill, K. (2013). *Patient-centred Leadership: Rediscovering Our Purpose*, The King's Fund.
- Owens, J. (1976). The Uses of Leadership Theory, Hicks, H.G. ve Powell, J.D. (Editör), *Management, Organizastions and Human Resources (2. Baskı)* içinde (s. 221-242), McGraw-Hill.
- Oxford Dictionaries, (2016a). <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/leadership> (Erişim Tarihi: 10.03.2016).
- Oxford Dictionaries, (2016b). <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/leader> (Erişim Tarihi: 10.03.2016)
- Özabacı, N. (2011). İlişki Niteliği Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Eğitim ve Bilim*, 36(162): 159-167.
- Öztürk, H. Bahçecik, N. ve Gürdoğan, E.P. (2012). Hastanelere Göre Yönetici Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi, *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 20(81): 17-25.
- Öztürk, H. ve Kahrıman, İ. (2013). The Opinions of Nurse Students Regarding Leadership in Nursing, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 93: 111-115.
- Paksoy, M. (2002). *Çalışma Ortamında İnsan ve Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul: İÜ İşletme Fakültesi.
- Pantouvakis, A. ve Mpogiatzidis, P. (2011). Measuring Clinical Department Efficiency – The Impact of Clinical Leadership Job Satisfaction: An Application to Public Hospitals, Benchmarking, *An International Journal*, 20(3): 305-321.
- Philips, A. (2003). *Healthcare Management Dictionary*, UK: Radcliffe Medical Press Ltd.
- RAND Europe, (2013). *Barking, Havering and Redbridge University Hospitals NHS Trust Fellowships in Clinical Leadership Programme: An Evaluation*, London.

- RCN, (2004). *Royal College of Nursing Clinical Leadership Programme: Advancing Excellence in Clinical Leadership*, Clinical Leader Pre-programme Information Booklet.
- RCPL, (2005). *Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World*, Report of a Working Party, Royal College of Physicians of London.
- RCS, (2014). *Surgical Leadership: A Guide to Best Practice*, London: Professional Standards The Royal College of Surgeons of England.
- Resmî Gazete, (2002). Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, Sayı: 24790, Tarih: 19 Haziran 2002, <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2002/06/20020619.htm/20020619.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2002/06/20020619.htm> (Erişim Tarihi: 18.05.2016).
- Resmî Gazete, (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Sayı: 28103, Tarih: 2 Kasım 2011, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (Erişim Tarihi: 18.05.2016).
- Robbins, S.P. ve Judge, T.A. (2012). *Örgüsel Davranış* (14. Basımdan Çeviri: İnci Erdem), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Robinson, P. ve Tyndale-Biscoe, J. (2011). *What Makes a Top Hospital?*, UK: CHKS.
- Sağlık Bakanlığı, (2015). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*, Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- Sayılı, H. ve Baytok, A. (2014). *Örgütlerde Liderlik: Teori, Uygulama ve Yeni Perspektifler*, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Scally, G. ve Donaldson, L. (1998). Clinical Governance and The Drive for Quality Improvement in The New NHS in England, *BMJ*, 317: 61.
- Scott, W. G., Mitchell, T. R. ve Birnbaum, P. H. (1981). *Organization Theory: A structural and Behavioral Analysis (4. Baskı)*, R.D. Irwin: Homewood.
- Serinkan, C. ve İpekçi, İ. (2005). Yönetici Hemşirelerde Liderlik ve Liderlik Özelliklerine İlişkin Bir Araştırma, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(1): 281-294.

- Shapiro, S.S. ve Wilk, M.B. (1965). An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples), *Biometrika*, 52(3): 591-611.
- Stanley, D. (2013). *Perceptions of Clinical Leadership in the St. John Ambulance Service in WA: A Research Report*, ISBN: 978-0-9875229-0-0.
- Starey, N. (1999). *What is Clinical Governance?*, Hayward Medical Communications.
- Stoddart, K. Bugge, C. Shepherd, A. ve Faequharson, B. (2014). The New Clinical Leadership Role of Senior Charge Nurses: A Mixed Methods Study of Their Views and Experience, *Journal of Nursing Management*, 22: 49-59.
- Stogdill, R. M. (1950). Leadership, Membership and Organization, *Psychological Bulletin*, 47: 1-14.
- Stogdill, R.M. (1974). *Handbook of Leadership: A Survey of Theory and Research* (2. Baskı), New York: Free Press.
- Swanwick, T. ve McKimm, J. (2011a). What is Clinical Leadership...and Why is It Important?, *The Clinical Teacher*, 8: 22–26
- Swanwick, T. ve McKimm, J. (2011b). *ABC of Clinical Leadership*, Blackwell Publishing Ltd.
- Swayne, L.E. Duncan, W.J. Ginter, P.M (2006). *Strategic Management of Health Care Organizations*, USA: Blackwell Publishing.
- Şen, Ş. ve Yılmaz, A. (2014). Lise ve Üniversite Öğrencilerinin Kimyaya Yönelik Motivasyonlarının İncelenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, *Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi*, 5(10): 17-37.
- Taylor, S.A. (1994). Distinguishing Service Quality from Patient Satisfaction in Developing Health Care Marketing Strategies, *Hospital & Health Services Administration*, 39(2).
- Tanrıöğen, A. (2011). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (2. Baskı), Ankara: Anı Yayıncılık.
- TDK, (2016a). [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.57397ee5364cb3.03023708](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.57397ee5364cb3.03023708) (Erişim Tarihi: 10.03.2016).



- TDK, (2016b). [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.57398060321b93.08486340](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.57398060321b93.08486340) (Erişim Tarihi: 10.03.2016).
- TDK, (2016c). [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.574ae731422ae1.28631592](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.574ae731422ae1.28631592) (Erişim Tarihi: 12.05.2016).
- Tengilimoğlu, D. (2005). Kamu ve Özel Sektör Örgütlerinde Liderlik Davranışı Özelliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(14): 1-16.
- Tengilimoğlu, D. ve Yiğit, A. (2005). Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3): 375-400.
- Tengilimoğlu, D. Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- The Governance Institute, (2009). *Leadership in Healthcare Organizations: A Guide to Joint Commission Leadership Standards*, White Paper, Winter: San Diego.
- TÜİK, (2015). Haber Bülteni, Sayı: 18853, Tarih: 25 Kasım 2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18853> (Erişim Tarihi: 03.04.2016).
- Uğurluoğlu, Ö. (2009). *Hastane Yöneticilerinin Stratejik Liderlik Özelliklerinin Değerlendirilmesi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi, Ankara.
- Uğurluoğlu, Ö. Şantaş, F. ve Demirgil, B. (2013). Lider-Üye Etkileşimi ve Tükenmişlik İlişkisi: Hastanelerde Bir Uygulama, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16(1): 1-21.
- USC, (2016). Master of Nursing (Clinical Leadership), <http://www.usc.edu.au/learn/courses-and-programs/postgraduate-degrees/master-of-nursing-clinical-leadership> (Erişim Tarihi: 18.05.2016).
- USES, (2016). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Eğitimi, <http://uses.gov.tr/egitimler.aspx> (Erişim Tarihi: 23.05.2016).

- Veneziano L. ve Hooper J. (1997). A Method for Quantifying Content Validity of Health-Related Questionnaires, *American Journal of Health Behavior*, 21(1):67-70
- VHA, (2009). *Clinical Leadership in Community Health: Project Report*, VHA Clinical Leadership in Community Health.
- WHO, (1946). *The International Health Conference*, New York: 19 Haziran-22 Temmuz.
- World Health Forum, (1988). WHO: From Small Beginnings (with Szeming Sze), *World Health Forum Interview*, 9: 30.
- VQC, (2005). *Developing the Clinical Leadership Role in Clinical Governance: A Guide for Clinicians and Health Services*, Victoria: Department of Human Services.
- Walsh, M. (2010). *Clinical Leadership Podcast Interview Transcript*, VQC Podcast Series Produced by RealTime Health.
- Warren, O.J. ve Carnall, R. (2010). Medical Leadership: Why It's Important, What is Required, and How We Develop It, *Postgrad Med J*, 87: 27-32.
- Wilcocks, A.J. (1967). *The Creation of the National Health Service : A Study of Pressure Groups and A Major Social Policy Decision*, London : Routledge & K. Paul.
- Yukl, G. (1989). Managerial Leadership: A Review of Theory and Research, *Journal of Management*, 15(2): 251-289.
- Yukl, G. (2010). *Leadership in Organizastions (7. Baskı)*, New York: Pearson.
- Yurdugül, H. (2006). Paralel, Eşdeğer ve Konjenerik Ölçmelerde Güvenirlik Katsayılarının Karşılaştırılması, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39(1): 15-37.
- Yurdugül, H. ve Sırakaya, D.A. (2013). Çevrimiçi Öğrenme Hazır Bulunuşluluk Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Eğitim ve Bilim*, 38(169): 391-406.
- Zaccaro, S.J. ve Klimoski, R.J. (2001). *The Nature of Organizational Leadership*, California: Jossey-Bass.

## EK 1. KLİNİK LİDERLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



NHS Leadership Academy HQ  
3 The Embankment  
Sovereign Street  
Leeds  
LS1 4GP

Tel: 0113 322 5659  
Email: [enquiries@leadershipacademy.nhs.uk](mailto:enquiries@leadershipacademy.nhs.uk)  
Web: [www.leadershipacademy.nhs.uk](http://www.leadershipacademy.nhs.uk)  
Twitter: [twitter.com/NHSLeadership](https://twitter.com/NHSLeadership)

17 July 2015

To whom it may concern,

I write to confirm that the NHS Leadership Academy grants permission to:

- Fatih Budak, PhD student at Hacettepe University, Institute of Social Sciences, Department of Health Care Management

To use:

- Clinical Leadership Competency Framework (CLCF) self assessment tool

Within their research. This resource was developed by the NHS Leadership Academy, who hold its' copyright. This permission is granted with the following conditions:

- Appropriate statement is included which makes clear the changes made to the original document, i.e. 'The Clinical Leadership Competency Framework (CLCF) and associated self assessment tool is ©NHS Leadership Academy, 2011. This tool has been adapted and translated with permission of, but not verification by, the NHS Leadership Academy. To view the original version please see [www.leadershipacademy.nhs.uk](http://www.leadershipacademy.nhs.uk)'
- Appropriate statement is included to make it clear to participants that the questionnaire is not being used as a developmental tool, as originally intended, but has instead been amended to reflect the nature of the research being carried out; i.e. that results will be visible to and shared with others, rather than only being for their own reference and development.

Yours sincerely,

**Tracy Lonetto**  
Programme Lead, Healthcare Leadership Model



## EK 2. KLİNİK LİDERLİK ÖLÇEĞİ

### KLİNİK LİDERLİK YETERLİK ÇERÇEVESİ KENDİ KENDİNE DEĞERLENDİRME ANKETİ

Sayın ilgili,

Bu anket; Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı'nda "Klinik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Güvenilirlik Çalışması: Niğde İli Kamu Hastaneleri Birliği Örneği" başlıklı doktora tez çalışması için yapılmaktadır. En ufak bir hatanın insan hayatına mâl olabileceği ve bu sebeple, en basit hâliyle dâhi karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık hizmet sektöründe liderlik, diğer sektörlerle kıyasla daha da büyük önem arz etmektedir. Sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirildiği klinik ortamlarda ise bu önem, sağlık hizmet sektörüne bağlı diğer alanlara göre daha da belirgin bir hâl almaktadır. Klinik liderlik; klinik ortamda, sağlık hizmet sunumunun güvenli ve kaliteli bir şekilde gerçekleştirilmesi yönündeki iyileştirmelere öncülük etmek ve bu öncülüğü başarabilecek niteliklere sahip olmak şeklinde tanımlanabilir. Bir başka ifadeyle klinik liderlik; düzenleme, ilham verici ve teşvik edici değerler ve vizyon gibi liderlik özelliklerini üstlenen klinisyenlerin (hekim ve hemşirelerin), sağlık kurumunun amaçlarına ve hizmet sunumuna odaklanarak; hasta ihtiyaçlarını karşılamak için, kendi klinik deneyim ve yeteneklerini kullanmaları olarak ifade edilebilir. Anketi doldurmak için ayracağınız kıymetli vaktiniz ve değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür eder, anketi doldururken karşılaşılabileceğiniz herhangi bir sorunda, her an bana ulaşabileceğinizi bilmenizi isterim.

Saygılarımla.

Arş. Gör. Fatih BUDAK  
Hacettepe Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü

Adres: Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü  
06800, Beytepe, Çankaya, Ankara  
Tel: 0(312) 297 63 56 / 270 (Dâhili)  
E-Posta: [fatih.budak@hacettepe.edu.tr](mailto:fatih.budak@hacettepe.edu.tr)

#### **Anket Hakkında**

Klinik Liderlik Yeterlik Çerçevesi Kendi Kendine Değerlendirme Anketi, iki bölümden oluşmaktadır.

- Bölüm I.'de, araştırma için gerekli olan sosyo-demografik bilgileriniz sorulmaktadır.
- Bölüm II.'de ise, klinik liderlik özelliklerinizi değerlendiren sorular yer almaktadır.

## BÖLÜM I – SOSYO-DEMOGRAFİK 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**

Hekim       Hemşire

**6. Bulduğunuz Hastane**

İl Hastanesi       İlçe Hastanesi

**7. Bulduğunuz Birim**

..... (İç Hastalıkları, KBB, vb.)

**8. Bulduğunuz 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 II – KLİNİK LİDERLİK ÖZELLİKLERİ

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Güçlü ve zayıf yanlarıma ilişkin diğer kişilerden geri bildirim almak ve davranışımı buna göre değiştirmek isterim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	İşimi yaparken; baskı altında sakin ve odaklanmış kalırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	İş yükümü planlar, sorumluluklarımı istikrarlı bir biçimde yerine getiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Öğrenmek ve kendimi geliştirmek için sürekli olarak fırsat ararım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Öğrendiklerimi uygulamaya koyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Diğer insanların kültürüne, inançlarına ve yeteneklerine saygı duyarım ve onlarakarı; açık, dürüst ve kapsayıcı bir şekilde davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Etik kavramlar veya değerlerin zarar gördüğünü hissettiğimde, bunu dile getiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Diğerleriyle ortak çalışmanın hasta bakımına katkı sağlayacağı durumlarda, fırsatları değerlendiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	İş ağları arasında, bilgi ve kaynak paylaşımı yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Diğerleriyle açık ve etkili bir iletişim kurarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Diğerlerinin ihtiyaçlarını ve duygularını önemser, onları dikkate alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Diğerlerinin sağlayacağı katkı ve görüşleri, her zaman isterim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Çıkar çatışmalarını ve fikir ayrılıklarını, rahatlıkla yönetebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Doğru insanlarla doğru zamanda bir arada olduğumda, takım liderliği konusunda kendimi öne sürerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Takım içinde diğerlerinin çabalarının farkında olur ve onları takdir eder, takımın kararına saygı duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Plan geliştirirken; hastalardan, hizmet kullanıcılarından ve iş arkadaşlarımdan gelen geri bildirimleri kullanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Mevcut seçenekleri, fayda ve riskler açısından değerlendiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Belirlenen kaynaklar dâhilinde, güvenli ve etkin hizmetler sunarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Kaynaklar, etkili ve verimli olarak kullanılmadığında; harekete geçerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Rollerin ve sorumlulukların geliştirilmesinde, takım üyelerini desteklerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Diğerlerine, net bir amaç ve yön belirlerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Performansa ilişkin pek çok kaynaktan edindiğim bilgiyi, incelerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Performansı geliştirmek için harekete geçerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Hasta güvenliğinde eksiklikler gördüğümde, harekete geçerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

### EK 3. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL İZİNİ



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Rektörlük

23 Kasım 2015


Sayı : 35853172/ 433-3248

#### SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 04.11.2015 tarih ve 5143 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Bütünleşik Doktora Programı öğrencilerinden **Fatih BUDAK**'ın Yrd. Doç. Dr. **Ahmet KARAGÖZ** danışmanlığında hazırladığı "**Klinik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Uygulama**" başlıklı çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 17 Kasım 2015 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof. Dr. Ömer UĞUR  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak



## EK 4. NİĞDE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ÖLÇEK UYGULAMA İZNI



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

NİĞDE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - NİĞDE İLİ KHBGS TIBBİ HİZMETLER  
BAŞKANLIĞI

18/05/2016 17:00 - 63524359 - 730.08.03 - E.640



00023974136

Sayı : 63524359/730.08.03  
Konu : Anket İzni (Fatih BUDAK )

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
(Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı)

İlgi : 28/12/2015 tarihli ve 106 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı doktora öğrencisi Fatih BUDAK'ın (Yrd. Doç. Dr. Ahmet KARAGÖZ danışmanlığında) üzerinde çalıştığı " Klinik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Uygulama " başlıklı tezi kapsamında kullanmak üzere hazırladığı "Klinik Liderlik Yeterlik Çerçevesi, Kendi Kendine Değerlendirme Anketi'ni Genel Sekreterliğimize bağlı Hastanelerde görevli doktor ve hemşirelere uygulanabilmesi için izin istenmiştir.

İlgili anket çalışmasının, Birliğimize bağlı Hastanelerde uygulanması 08.01.2016 tarihli izin yazımız ile Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereği arz ederim.

Uzm.Dr. Fatih BALCI  
Genel Sekreter

Belgenin aslı elektronik imzalıdır

İlknur TAYAKS

Tıbbi Sekreter

28/12/2015

Adres: Aşağı Kayabaşı Mah. Hastaneler Cad. Çocuk Hastanesi 51100 NİĞDE - Tıbbi  
Hizmetler Başkanlığı  
Faks No:03882212627

e-Posta:hatice.ayhan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Tel:03882210858 Faks:03882212627

E-posta: khb51.tb@saglik.gov.tr H.ÜLKE (Dahili:117)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 16eadeeb-573c-4e2a-9e3a-0fa8a7329ac4 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Hatice ÜLKE

Unvan:VERİ HAZIRLAMA VE KONT. İŞLT.

Telefon No:03882212626

**EK 5. ORJİNALLİK RAPORU**

 <p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b></p>
<p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</b></p> <p style="text-align: right;">Tarih: 30/06/2016</p> <p>Tez Başlığı / Konusu: KLİNİK LİDERLİK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI: NIĞDE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ ÖRNEĞİ</p> <p>Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 142 sayfalık kısmına ilişkin, 30/06/2016 tarihinde şahsım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 7'dir.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,</li> <li>2- Kaynakça hariç</li> <li>3- Alıntılar hariç</li> <li>4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç</li> </ol> <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <p style="text-align: right;">   30.06.2016 </p> <p><b>Adı Soyadı:</b> Fatih BUDAK</p> <p><b>Öğrenci No:</b> H11225335</p> <p><b>Anabilim Dalı:</b> SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ</p> <p><b>Programı:</b> SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ</p> <p><b>Statüsü:</b> <input type="checkbox"/> Y.Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input checked="" type="checkbox"/> Bütünleşik Dr.</p>
<p><b><u>DANIŞMAN ONAYI</u></b></p> <p style="text-align: center;">UYGUNDUR.</p> <p style="text-align: center;">   Yrd. Doç. Dr. Ahmet KARAGÖZ </p>



**HACETTEPE UNIVERSITY  
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES  
THESIS/DISSERTATION ORIGINALITY REPORT**

**HACETTEPE UNIVERSITY  
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES  
TO THE DEPARTMENT OF HEALTH CARE MANAGEMENT**

Date: 30/06/2016

Thesis Title / Topic: TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF CLINICAL LEADERSHIP SCALE: THE CASE OF NIĞDE PUBLIC HOSPITALS ASSOCIATION

According to the originality report obtained by myself by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options stated below on 30/06/2016 for the total of 142 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 7 %.

Filtering options applied:

1. Approval and Declaration sections excluded
2. Bibliography/Works Cited excluded
3. Quotes excluded
4. Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

  
30.06.2016

**Name Surname:** Fatih BUDAK

**Student No:** H11225335

**Department:** HEALTH CARE MANAGEMENT

**Program:** HEALTH CARE MANAGEMENT

**Status:**  Masters  Ph.D.  Integrated Ph.D.

**ADVISOR APPROVAL**

APPROVED.



Assist. Prof. Ahmet KARAGÖZ

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Fatih BUDAK

Doğum Yeri ve Tarihi : Niğde, 01/01/1985

### Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü (2004-2009, Tam Burslu)

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri : *Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler*

1. **Budak, F.** (2014). Sağlık Kurumları Yönetiminde Duygusal Zekânın Önemi, *Akademik Bakış Dergisi*, 43: 1-22.
2. **Budak, F.** ve Kar, A. (2014). The Importance of Strategic Leadership in Healthcare Management, *IIB International Refereed Academic Social Sciences Journal*, 15(8): 155-171.
3. Korkmaz, M. Germir, H.N. ve **Budak, F.** (2015). Applied Turkey Example of The Relationship of Investments with Health Institutions, *International Refereed Journal of Researches on Economy Management*, 05: 143-163.

*Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler*

1. **Budak, F.** ve Özer, Ö. (2012). İşçi ve İşveren Sendikalarının Genel Sağlık Sigortası Uygulamalarına Yönelik Bilgi ve Görüşleri: Türkiye Örneği, *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, 3(5): 47-60.
2. Özer, Ö. Şantaş, F. ve **Budak, F.** (2012). Sağlık Web Sitelerinin Kullanım Düzeylerinin İncelenmesi: Örnek Bir Uygulama, *G.Ü. İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 4: 128-140.
3. Kar, A. Özer, Ö. Şantaş, F. ve **Budak, F.** (2012). Kâr Dağıtımının Hisse Senedi Değeriyle İlişkisi: Spor Hizmetleri Sektörü Üzerine Bir Değerlendirme, *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 4(1): 1-9.

*Tam Metni Yayımlanmış Ulusal Kongre Bildirileri*

1. Yıldırım, HH. **Budak, F.** ve Özer, Ö. (2012). Sağlık İşyeri Ortamında Şiddet: Özel Güvenlik Görevlilerinin Şiddet Algısı ve Değerlendirmeleri, 6. *Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*, Isparta: 13-15 Eylül 2012.
2. Erigüç, G. Kar, A. **Budak, F.** ve Özer, Ö. (2012). Ankara Metropolitan Alanda Seçilmiş Özel Hastanelerin İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalarını Değerlendirme Üzerine Bir Araştırma, 6. *Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*, Isparta: 13-15 Eylül 2012.
3. Saygılı, M. Numanoğlu Tekin, R. Yılmaz, F. **Budak, F.** Yılmaz, A. ve Ersoy, K. (2014). Farklı Üniversitelerde Eğitim Gören Sağlık Kurumları Yönetimi Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme, Problem Çözme Becerileri ve Karar Verme Stratejilerinin Değerlendirilmesi, 8. *Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*, Kıbrıs: 10-12 Eylül 2014.

4. Malhan, S. Çöklü, G. Numanoğlu Tekin, R. Yılmaz, F. ve **Budak, F.** (2014). Sağlık Yöneticilerinin Bakış Açısıyla Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Sağlık Hizmetlerine Olası Etkilerinin Değerlendirilmesi, *8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*, Kıbrıs: 10-12 Eylül 2014.

*Özet Metni Yayımlanmış Uluslararası Posterler*

1. Özer, Ö. Şantaş, F. ve **Budak, F.** (2012). Opinions of Academic Personnel Employed in a State University Regarding Medical Web Sites, *The Seventh International Symposium on Health Informatics and Bioinformatics*, Cappadocia: 19-22 April 2012.
2. Özer, Ö. **Budak, F.** ve Koçak, M. (2012). Assessment of Patients' Level of Knowledge Regarding Medical Records, *The Seventh International Symposium on Health Informatics and Bioinformatics*, Cappadocia: 19-22 April 2012.

*Uluslararası Kongrelerde Davetli Konuşmacı Olarak Sunulan Bildiriler*

1. **Budak, F.** (2015). Kadına Yönelik Ekonomik Şiddet, *İkinci Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi*, İstanbul: 3-4 Eylül 2015.

**İş Deneyimi**

Stajlar : Sosyal Güvenlik Kurumu, Genel Sağlık Sigortası  
Genel Müdürlüğü (2008)

Çalıştığı Kurumlar : Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek  
Yüksekokulu (Araştırma Görevlisi, 2010-2011)

Hacettepe Üniversitesi, İİBF,  
Sağlık İdaresi Bölümü (Araştırma Görevlisi, 2011 - )

**İletişim**

E-Posta Adresi : [fatih.budak@hacettepe.edu.tr](mailto:fatih.budak@hacettepe.edu.tr)

Tarih : 27.06.2016