



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**SAĞLIK KURUMLARINDA ALTURİSTİK LİDERLİĞİN HEKİM  
HEMŞİRE İŞBİRLİĞİ VE LİDER-ÜYE ETKİLEŞİMİ  
ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

Ecenur AYDEMİR

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2022



SAĞLIK KURUMLARINDA ALTURİSTİK LİDERLİĞİN HEKİM HEMŞİRE İŞBİRLİĞİ  
VE LİDER-ÜYE ETKİLEŞİMİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Ecenur AYDEMİR

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2022

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ..... ay ertelenmiştir.
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

27/12/2022

Ecenur AYDEMİR

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Prof. Dr. Özgür UğURLUOğLU** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Ecenur AYDEMİR

## ÖZET

AYDEMİR, Ecenur. *Sağlık Kurumlarında Alturistik Liderliğin Hekim-Hemşire İşbirliği ve Lider-Üye Etkileşimi Üzerindeki Etkileri*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022.

Alturizm, kişinin ödül beklentisi olmadan bir başkasına yardım etme davranışdır. Alturistik liderlik, astlarının ihtiyaçlarına odaklanan ve astlarına yardımcı olmak için kişisel çıkarlarından fedakârlıkta bulunmayı göze alan liderlik biçimini ifade etmektedir. Doğaları gereği alturistik davranışların sürekli sergilendiği sağlık kurumlarında insan odaklı liderlik türlerinin çeşitli değişkenler üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu ifade edilmektedir. Bu değişkenlerden birisi ortak saygı ve güvene dayalı hekim hemşire iş birliği kavramı; diğeri ise lider ile üye arasındaki karşılıklı etkileşimi konu alan olan lider üye etkileşimidir. Alturistik liderliğin, özünde benzer kavramları barındırması nedeniyle, hekim hemşire iş birliği ve lider üye etkileşimi üzerinde pozitif etkiye sahip olacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda gerçekleştirilen tez çalışmasının amaçları, hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik algıları, hekim hemşire iş birliğine eğilimleri ve lider üye etkileşimi düzeylerinin belirlenmesi; söz konusu değişkenlere ilişkin algıların katılımcıların bireysel özellikleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi; hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik algılarının hekim hemşire iş birliğine olan eğilimleri ve lider üye etkileşimi düzeyleri üzerinde etkisinin olup olmadığının tespit edilmesidir. Bu kapsamda Ankara'da faaliyet gösteren bir vakıf üniversitesine bağlı eğitim araştırma hastanesinde görev yapmakta olan toplam 192 hekim ve hemşireden elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Analizler sonucunda katılımcıların alturistik liderlik algıları ve lider üye etkileşimi düzeyleri orta seviyenin üzerinde; hekim hemşire iş birliğine yatkınlıkları ise yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların alturistik liderlik ve alt boyutları, hekim hemşire iş birliği ve alt boyutları, lider üye etkileşimi ve alt boyutlarına dair ortalamalarının bireysel özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Regresyon analizlerinden elde edilen bulgulara göre ise alturistik liderlik alt boyutlarının hekim hemşire iş birliği ve alt boyutları ile lider üye etkileşimi ve alt boyutları üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularından elde edilen sonuçlar doğrultusunda hekim hemşire iş birliği ve lider üye etkileşimi düzeylerini artırma amacıyla olan sağlık yöneticilerine alturistik liderlik davranışları sergilemeleri önerilmektedir.

### Anahtar Sözcükler

Sağlık kurumları, alturistik liderlik, hekim hemşire iş birliği, lider üye etkileşimi

## ABSTRACT

AYDEMİR, Ecenur. *The Effects of Altruistic Leadership on Physician-Nurse Collaboration and Leader-Member Exchange in Healthcare Organizations*, Master's Thesis, Ankara, 2022.

Altruism is the behavior of helping another person without expecting any rewards. Altruistic leadership refers to a leadership style that focuses on the needs of their subordinates. It is stated that human oriented leadership styles have positive effects on various variables in healthcare organizations where altruistic behaviors are constantly exhibited. One of these variables is physician nurse collaboration, and the other is leader member exchange. It is expected that altruistic leadership will have a positive effect on mentioned variables, considering they have the same values at their core. Therefore the aims of the current study are, first to determine the altruistic leadership perceptions of physicians and nurses, their tendencies towards physician-nurse collaboration and their levels of leader-member exchange; secondly, examining whether these findings differ in terms of the individual characteristics of the participants and finally it is aimed to reveal whether the altruistic leadership perceptions of physicians and nurses have an effect on their tendency regarding physician-nurse collaboration and the level of leader-member exchange. The findings obtained from a total of 192 physicians and nurses working in a training and research hospital operating in Ankara were evaluated. Analysis results showed that the altruistic leadership perceptions and leader-member exchange levels of the participants were above the average; and their tendency of physician-nurse collaboration was found to be high. In terms of their sociodemographic attributes, participants showed statistically significant differences in their mean scores regarding all of the variables. According to the findings obtained from the regression analyses, it was determined that altruistic leadership sub-dimensions had positive effects on physician-nurse collaboration, leader-member exchange and their sub-dimensions. In line with the results obtained from the research findings, it is recommended that healthcare managers, who aim to increase the levels of physician nurse collaboration and leader member exchange, should exhibit altruistic leadership behaviors.

### Key Words

Healthcare organizations, altruistic leadership, physician nurse collaboration, leader member exchange

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	i
ETİK BEYAN.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
KISALTMALAR DİZİNİ .....	ix
TABLolar DİZİNİ .....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xiii
GİRİŞ .....	1
BÖLÜM 1: ALTURİSTİK LİDERLİK.....	4
1.1. ALTURİZM VE LİDERLİK KAVRAMI .....	4
1.2. ALTURİSTİK LİDERLİK KAVRAMI.....	5
1.3. ALTURİSTİK LİDERLİK ALT BOYUTLARI .....	8
1.4. SAĞLIK KURUMLARINDA ALTURİSTİK LİDERLİK.....	9
BÖLÜM 2: HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ .....	12
2.1. HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ KAVRAMI.....	12
2.2. HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN ALT BOYUTLARI.....	15
2.3. ALTURİSTİK LİDERLİK VE HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ İLİŞKİSİ .....	16
BÖLÜM 3: LİDER ÜYE ETKİLEŞİMİ.....	19
3.1. LİDER ÜYE ETKİLEŞİMİ TEORİSİ.....	19
3.1.1. Sosyal Değişim Teorisi .....	22
3.1.2. Rol Teorisi.....	22
3.2. LİDER ÜYE ETKİLEŞİMİNİN ALT BOYUTLARI .....	23



3.3. SAĞLIK KURUMLARINDA LİDER ÜYE ETKİLEŞİMİ .....	24
3.4. ALTURİSTİK LİDERLİK VE LİDER ÜYE ETKİLEŞİMİ İLİŞKİSİ .....	25
<b>BÖLÜM 4: GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>27</b>
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ .....	27
4.2. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLERİ.....	27
4.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	30
4.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	31
4.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ.....	31
4.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	32
<b>BÖLÜM 5: BULGULAR.....</b>	<b>34</b>
<b>5.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERE İLİŞKİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ .....</b>	<b>34</b>
5.1.1. Alturistik Liderlik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği .....	34
5.1.2. Hekim Hemşire İş Birliği Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği.....	36
5.1.3. Lider Üye Etkileşimi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği.....	38
<b>5.2. TANIMLAYICI BULGULAR.....</b>	<b>40</b>
5.2.1. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular .....	41
5.2.2. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Alturistik Liderlik, Hekim Hemşire İş Birliği ve Lider Üye Etkileşimi Ölçeklerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular .....	42
<b>5.3. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR .....</b>	<b>44</b>
5.3.1. Hekim ve Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Alturistik Liderlik Algılarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi .....	44
5.3.2. Hekim ve Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Hekim Hemşire İş Birliğine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi .....	49

5.3.3. Hekim ve Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Lider Üye Etkileşimine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi .....	55
5.3.4. Hekim ve Hemşirelerin Alturistik Liderlik Algılarının Hekim Hemşire İş Birliği Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi.....	61
5.3.5. Hekim ve Hemşirelerin Alturistik Liderlik Algılarının Lider Üye Etkileşimi Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi.....	64
<b>BÖLÜM 6: TARTIŞMA.....</b>	<b>68</b>
<b>BÖLÜM 7: SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>80</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>88</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>107</b>

## KISALTMALAR DİZİNİ

AMOS: Analysis of Moment Structures

ANOVA: Analysis of Variance (Varyans Analizi)

CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

COVID-19: Coronavirus Disease of 2019 (Koronavirüs Hastalığı 2019)

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GFI: Goodness of Fit Indices (Uyum İyiliği İndeksi)

LÜE: Lider Üye Etkileşimi

NFI: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Kök Ortalama Kare Hata)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)

TLI: Tucker-Lewis Index (Tucker-Lewis İndeksi)

VIF: Variance Inflation Factor (Varyans Şişkinlik Katsayısı)

## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Alturistik Liderlik Ölçüm Modeline İlişkin Uyum İndeksleri.....	35
Tablo 2. Alturistik Liderlik Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları .....	36
Tablo 3. Hekim Hemşire İş Birliği Modeline İlişkin Uyum İndeksleri .....	37
Tablo 4. Hekim Hemşire İş Birliği Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları .....	38
Tablo 5. Lider Üye Etkileşimi Ölçüm Modeline İlişkin Uyum İndeksleri .....	39
Tablo 6. Lider Üye Etkileşimi Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları..	40
Tablo 7. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular .....	41
Tablo 8. Katılımcıların Alturistik Liderlik, Hekim Hemşire İş Birliği ve Lider Üye Etkileşimi Ölçeklerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyon Katsayıları .....	43
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi .....	44
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Yaşlarına Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi .....	45
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi.....	45
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi.....	46
Tablo 13. Eğitim Durumuna Göre Alturistik Liderlik Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları.....	46
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Hastanedeki Görevlerine Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi.....	47
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Sağlık Sektöründeki Toplam Çalışma Sürelerine Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi .....	48
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Liderlik Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi .....	48
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi .....	49

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Yaşlarına Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi.....	50
Tablo 19. Yaşa Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları.....	50
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi .....	51
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi .....	52
Tablo 22. Eğitim Durumuna Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları.....	53
Tablo 23. Katılımcıların Hastanedeki Görevlerine Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi.....	53
Tablo 24. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Sağlık Sektöründeki Toplam Çalışma Sürelerine Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi .....	54
Tablo 25. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Liderlik Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi .....	55
Tablo 26. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi.....	56
Tablo 27. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Yaşlarına Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi.....	56
Tablo 28. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi.....	57
Tablo 29. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi.....	57
Tablo 30. Eğitim Durumuna Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları.....	58
Tablo 31. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Hastanedeki Görevlerine Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi .....	59
Tablo 32. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Sağlık Sektöründeki Toplam Çalışma Sürelerine Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi.....	59

Tablo 33. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Liderlik Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi....	60
Tablo 34. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Ortak Eğitim ve İş birliği Boyutu Üzerindeki Etkisi .....	61
Tablo 35. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Tedaviye Karşı Bakım Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	62
Tablo 36. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Hemşire Otonomisi Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	62
Tablo 37. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Hekim Otoritesi Boyutu Üzerindeki Etkisi .....	63
Tablo 38. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Genel Hekim Hemşire İş Birliği Üzerindeki Etkisi .....	63
Tablo 39. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Katkı Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	64
Tablo 40. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Sadakat Boyutu Üzerindeki Etkisi .....	65
Tablo 41. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Duygusal Etkileşim Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	65
Tablo 42. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Profesyonel Saygı Boyutu Üzerindeki Etkisi.....	66
Tablo 43. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Genel Lider Üye Etkileşimi Üzerindeki Etkisi.....	67
Tablo 44. Alturistik Liderlik Alt Boyutları, Hekim Hemşire İş Birliği Alt Boyutları ve Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutlarının Bireysel Değişkenlere Göre Farklılaşma Durumları.....	83
Tablo 45. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Hekim Hemşire İş Birliği ve Alt Boyutları ile Lider Üye Etkileşimi ve Alt Boyutları Üzerinde Etkisi.....	84

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma Modeli .....	28
Şekil 2. Alturistik Liderlik Ölçüm Modeli.....	35
Şekil 3. Hekim Hemşire İş Birliği Ölçüm Modeli .....	37
Şekil 4. Lider Üye Etkileşimi Ölçüm Modeli .....	39

## GİRİŞ

Günümüzde tüm kurum ve kuruluşlar küreselleşme nedeniyle zorlu, hareketli ve değişken bir rekabet ortamı içinde gelişimlerini ve devamlılıklarını sürdürmek zorundadırlar. Bu durum sağlık kurumlarının da değişime ve gelişime ayak uydurmalarını zorunlu kılmaktadır. Sağlık kurumları teknoloji ve insan kaynağını etkili bir şekilde kullanmak, hizmet kalitesini artırmak ve sürekli gelişimi sağlamak için bilgili, ilkel, yaratıcı ve vizyoner liderlerin varlığına ihtiyaç duymaktadır.

Çağdaş kurumlarda geleneksel liderlik türleri etkilerini yitirmiş, insan odaklı liderlik türleri arayışına girilmiştir. Söz konusu liderlik türlerinde, astların ihtiyaçlarını ve isteklerini gözetmek en az kurumsal amaçlara ulaşmak kadar önemlidir (Amin vd., 2018: 403). Bu bağlamda öne çıkan liderlik türlerinden birisi de alturistik liderliktir. Singh ve Krishnan (2008: 267) alturistik lideri, yöneticisi olduğu insanları düşünerek hareket eden lider olarak tanımlamışlardır. Kanungo ve Mendonca (1998: 137), liderin ancak fedakârca davranışlar sergileyerek diğer bireylerin yararına olacak davranışlar gösterdiğinde etkili bir lider olabileceğini belirtmişlerdir. Alturistik liderler bireysel çıkarlarını bir kenara bırakarak karşılıksız bir biçimde astlarına yardımcı davranışlarda bulunurlar. Bir yöneticinin karşılık beklentisi olmadan bir astının iş yüküne yardımcı olması, fazladan mesaiye kalması, iş tanımlarının dışına çıkarak astına destek olması gibi davranışlar alturistik davranışlara örnektir.

Sağlık hizmeti, farklı görevlere sahip birçok sağlık çalışanının dâhil olduğu bir iş birliği sürecidir. Sağlık reformlarının uygulanması ve değerlendirilmesinde maliyet ve kalite kadar algılar ve değerler de önemlidir (Tresolini, 1994: 16). Sağlık çalışanları arasındaki ilişkiler sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biridir fakat bu ilişkilerin hasta bakımının ve hizmet çıktısının kalitesinin belirlenmesindeki önemi yeteri kadar çalışılmamıştır (Garber vd., 2009: 333). Sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iş birliği düzeyi sağlık hizmeti çıktısının kalitesini etkilemektedir (DSÖ, 2010: 18). Özellikle hekim ve hemşirelerin iş birliğine yönelik algıları verilen sağlık hizmetinin kalitesi açısından önem arz etmektedir. Çalışma ortamındaki saygı, güven, dürüstlük gibi unsurlar iş birliğini güçlendirmektedir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde hekim



hemşire iş birliğinin ve alturistik liderliğin yapı taşlarının örtüştüğü görülmektedir. Bu nedenle alturistik liderliğin hekim hemşire iş birliğini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Geleneksel liderlik kuramları lidere odaklanırken modern liderlik kuramlarının üyelere odaklandığı görülmektedir. Bu liderlik kuramlarından birisi de Lider Üye Etkileşimi Teorisi'dir. Bu teori liderin her çalışanı ile farklı düzeyde etkileşimler geliştirerek her biriyle benzersiz ilişkiler kurmasını önermektedir. 21. yüzyılın rekabetçi ve hızla değişen şartlarına uyum sağlayabilmek için lider üye etkileşiminin organizasyonlara sağladığı katkılar, sürdürülebilirlik ve kârlılık iyi analiz edilmelidir (Truckenbrodt, 2000: 234). Sağlık kurumlarında lider üye etkileşiminin yüksek seviyede olması, iş tatminini (Laschinger vd., 2007) ve örgütsel bağlılığı (López-Ibort vd., 2020) artırarak verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artmasına neden olmaktadır.

Alturistik liderlik, insan odaklı bir liderlik türüdür (Salas-Vallina ve Alegre, 2018: 633). Bu nedenle lider ve üye arasındaki etkileşimi de kapsamaktadır. Liderin sergilediği fedakârca davranışların, çalışanların hissettiği güven ve saygıyı artırması beklenmektedir (Avolio ve Locke, 2002: 176) ve liderlerin bu tür davranışları, çalışanlara kurumları ve liderleri için fedakârca davranışlarda bulunma yönünde ilham vermektedir (Abdillah vd., 2022: 355). Bu kapsamda alturistik liderliğin lider üye etkileşimi üzerinde pozitif etkiye sahip olması beklenmektedir.

Hekim ve hemşirelerin alturistik liderliğe, hekim hemşire iş birliğine ve lider üye etkileşimine ilişkin değerlendirmelerini etkileyen bireysel özelliklerinin tespit edilmesinin ve alturistik liderlik algılarının hekim hemşire iş birliği düzeyleri ve lider üye etkileşimi algıları üzerinde etkisinin olup olmadığının araştırılmasının, sağlık kurumları yöneticilerine söz konusu değişkenlerin sağlık kurumunda neden olacağı olumlu etkilerden yararlanma konusunda fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun yanında, literatürde alturistik liderlik ile hekim hemşire iş birliği arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamış; alturistik liderlik ile lider üye etkileşimi arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma (Chanko ve Rahmat, 2022; Abdillah vd.,

2022) olduğu tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen tez çalışmasının bu kapsamda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın ilk üç bölümünde alturistik liderlik, hekim hemşire iş birliği ve lider üye etkileşimi kavramları açıklanmaktadır. Çalışmanın gereç ve yöntemine ilişkin açıklamaların bulunduğu dördüncü kısımda ilk olarak araştırmanın amacı ve önemine değinilmiş ve sonrasında araştırma modeli ve hipotezleri, veri toplama yöntemi, araştırmanın evren ve örnekleme açıklanmıştır. Son olarak araştırma verilerinin analizlerine ilişkin açıklamalara yer verilmiş ve araştırmanın sınırlılıklarından söz edilmiştir. Araştırmanın beşinci bölümünde araştırma kapsamında toplanan verilerden elde edilen bulgulara yer verilmiş ve altıncı bölümde ise söz konusu bulgular tartışılmıştır. Son olarak araştırmanın yedinci bölümünde araştırma kapsamında ortaya koyulan sonuç ve önerilere yer verilmektedir.

## **BÖLÜM 1: ALTURİSTİK LİDERLİK**

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın temel değişkenlerinden birisi olan alturistik liderlik kavramı üzerinde durulmaktadır. Alturistik liderlik kavramını tanımlamadan önce liderlik kavramının tanımlanmasının konunun anlaşılmasına yardımcı olacağı düşünülerek ilk olarak liderlik konusuna değinilmektedir. Sonrasında alturistik liderliğin alt boyutları ve sağlık kurumlarında alturistik liderlik konuları üzerinde durulmakta ve son olarak sağlık kurumlarında alturistik liderlik ile ilgili ulusal ve uluslararası araştırmalar ve sonuçları incelenmektedir.

### **1.1. ALTURİZM VE LİDERLİK KAVRAMI**

Liderlik, karmaşık ve çok boyutlu yapıda bir kavramdır. Bennis ve Nanus (1985: 19) liderliğin “sosyal bilimler içerisinde en çok araştırılan fakat en az anlaşılan konu” olduğunu öne sürmüşlerdir. Silva (2016: 1), liderliğin kullanıldığı bağlama göre farklı şekillerde açıklanan bir kavram olduğunu ve literatürde birçok farklı tanıma sahip olduğunu belirtmiştir. Günümüzde liderlik teorileri üzerine çalışmalar sürmektedir ve bahsi geçen tanımlar çeşitlenmektedir.

Northouse (2016: 6)’a göre liderlik, bir bireyin bir grubu ortak bir amacı gerçekleştirmek üzere etkilemesi sürecidir. Kozues ve Posner (2012: 2) liderliği değerleri davranışlara, engelleri fırsatlara, ayrılıkları birliğe ve riskleri ödüllere çevirme yeteneği olarak tanımlamışlardır. Malik ve Azmat (2019: 25)’a göre liderlik, ortak amaçlara ulaşmak için bireyleri zorlamaktan ziyade bireylerle bağ kurarak onları amaca ulaşma yolunda motive etmektir. Silva (2016: 3) liderliği, bireylerin ortak bir amaca ulaşmak için bir bireyi liderleri olarak kabul ettikleri karşılıklı etkileşim süreci olarak tanımlamıştır. Bunun yanı sıra Samad (2012: 488), tüm durumlarda ideal kabul edilebilecek tek bir liderlik stilinden bahsetmenin mümkün olmadığına vurgu yapmıştır.

Literatüre bakıldığında, geleneksel liderlik teorilerinin odak noktası lider ve davranışları iken günümüzde insan merkezli, gönüllü olarak bireylerin faydasına odaklanan liderlik türlerinin ön planda olduğu görülmektedir (Sendjaya vd., 2008: 402; Avolio vd., 2009:

422; van Dierendonck, 2011: 1228). Çalışan refahına verilen önemin artmasıyla, ilgili ve yardımsever liderlik türleri ön plana çıkmıştır (van Dierendonck, 2011: 1228). Bu liderlik yaklaşımlarından bazıları etik liderlik, otantik liderlik, ruhsal liderlik, hizmetkâr liderlik ve alturistik liderliktir.

## 1.2. ALTURİSTİK LİDERLİK KAVRAMI

Alturizm kelimesi Latince “öteki” anlamına gelen “alter” kökünden türemiştir (Çakmak vd., 2019: 788). Alturizm kavramı, ilk olarak Fransız sosyolog Auguste Comte tarafından *Système de Politique Positive* isimli kitabında egoizm kavramının karşıtı olarak kullanılmıştır (Steiner, 2014: 4). Kişinin hiçbir çıkar gözetmeksizin diğer bireylerin ihtiyaçlarına ve beklentilerine öncelik vermesi olarak özetlenebilecek alturizm kavramı (Ümmet vd., 2013: 303) psikoloji, sosyobiyojoloji, siyasal bilim, ekonomi ve yönetim gibi birçok farklı disiplinde kapsamlı bir şekilde tartışılmıştır (Batson vd., 2003: 284). Alturizm genel olarak diğer bireylerin yararı gözetilerek sergilenen fedakârca davranış olarak anılsa da söz konusu fedakâr davranışın ve yararın ne şekilde tanımlandığı konusunda fikir birliği sağlanamamıştır (Bykov, 2017: 1).

Feigin ve arkadaşları (2014: 1) alturizmi kasıtlı ve gönüllü olarak, ödül beklemeksizin başkasına yardım etme motivasyonu ile sergilenen davranışlar olarak tanımlamıştır. Benzer bir şekilde Steinberg (2010: 249) alturizmin, kişisel çıkar gözetmeden ve ödül beklentisi olmadan başkasının yararı için sergilenen gönüllü davranışlar olduğunu belirtmiştir. Campbell ve arkadaşlarının (2015: 3) alturistik davranış tanımı ise bir bireyin çalışma arkadaşına yardım etmek için zaman ve enerji gibi kişisel kaynaklarını gönüllü olarak kullanması şeklindedir. Simmons (1991: 3)’a göre, bir davranışın alturistik olarak nitelendirilmesi için kişinin (1) kendi çıkarlarını gözetmeden diğerlerinin gelişimine önem vermesi, (2) bu süreci tamamen gönüllü bir şekilde gerçekleştirmesi, (3) diğer bireylere yardım etme amacıyla olması ve (4) hiçbir beklentisinin olmaması gerekmektedir. Yukl (2012: 348) alturistik davranışları, başkalarına yardım etme, başkalarını korumak ya da başkalarına yardımda bulunmak adına fedakârlıklarda bulunma veya risk alma, kendi çıkarlarından ziyade başkalarının

çıklarlarını gözetme, resmi iş tanımlarının ötesinde fazladan zaman harcayarak gönüllü yardımda bulunma olarak açıklamıştır.

Alturizm çeşitli liderlik türlerinde yapı taşı olarak yer almaktadır. Etik liderlik, ruhsal liderlik, dönüşümcü liderlik, otantik liderlik ve hizmetkâr liderlik içerisinde alturizm kavramını barındıran liderlik türleridir (Brown ve Trevino, 2006: 598; Salas-Vallina, 2018: 862; Çakmak vd., 2019: 790).

Etik liderler çalışanlarına ilgi gösterir, çalışanlarının kendilerini geliştirmelerine yardımcı olur, örgüt içindeki adaleti sağlamaya çalışır, çalışanları arasında ortak güven ve saygı ortamı oluşturma gayretindedir, ortaya çıkan sorunlar karşısında kişisel çıkarlarını bir kenara bırakarak tüm paydaşların yararına olacak çözümler üretirler (Yukl, 2012: 357).

Ruhani liderlik içinde dürüstlük, alçakgönüllülük, güvenilirlik değerlerini barındıran bir liderlik türüdür (Reave, 2005: 663). Ruhani liderlerin temel amacı çalışanların kendilerine ve birbirlerine özen gösterdikleri, şükran duydukları, kendilerini takdir edilmiş ve anlaşılmiş hissettikleri, alturistik sevgiye dayalı bir organizasyon kültürü oluşturmaktır (Fry, 2003: 711).

Dönüşümcü liderler çalışanlarının görüşlerini dikkate alarak onları cesaretlendirirler, kendi çıkarlarını gözetmeksizin çalışanlarını grubun yararına doğru hareket etmeye yönlendirirler ve çalışanlarının kişisel gelişimlerine öncelik vererek onlara kendi liderlik potansiyellerini geliştirmelerinde yardımcı olurlar (Uğurluoğlu vd., 2019: 223; Bass ve Riggio, 2006: 4).

Otantik liderler pozitif, şeffaf, etik, gelecek odaklı, dürüst, nazik ve alturistik bireylerdir (Luthans ve Avolio 2003: 243; Yukl, 2012: 351). Otantik liderlerin öne çıkan özellikleri, düşünceleri doğrultusunda hareket etmeleri, özlerine sadık olmaları, değer yargıları ve tutumları arasında tutarlılık göstermeleridir (Tabak vd., 2012: 93).

Hizmetkâr liderler çalışanlarının gelişimlerine yardımcı olan, alçakgönüllü ve otantik davranışlar sergileyen, insanları olduğu gibi kabul eden ve alturistik motivasyonlarla çalışanlarına hizmet eden liderlerdir (van Dierendonck, 2011: 1232; Eva vd., 2019: 113).

Bahsedilen liderlik türlerinde liderin, çalışanların yararına olacak türde davranışlarda bulunmasının arkasındaki motivasyon farklılaşmaktadır. Bu tip motivasyonlar fedakârlık davranışlarıyla doğrudan ilişkilendirilemez (Zheltoukhova, 2016: 45). Örneğin, hizmetkâr liderlik ile alturistik liderlik arasındaki fark temel bileşenlerindedir. Hizmetkâr liderlik yardım etme davranışına dayalı iken alturistik liderlik yardım etme davranışının altında yatan motivasyona dayalıdır (Miller vd., 2005: 5). Bu kapsamda hizmetkâr bir liderin çalışanlarına hizmet etmesinin, onların yararına olacak davranışlarda bulunmasının nedeni, çalışanların performanslarının yükselmesi ve kurumdaki hizmet kalitesinin artırılması olabilir. Bu durumda lider kendi çıkarlarını gözetmeksizin fedakâr davranışlarda bulunmaktadır fakat bu fedakârlığa karşılık bir beklenti içerisindedir (Mallén vd., 2015: 6). Dolayısıyla liderin bu davranışı “gerçek” alturistik bir davranış değildir.

Alturistik liderlik, çalışanlarının gelişimine kendi gelişiminden daha çok önem vermeyi ve bunu hiçbir karşılık beklemeden gönüllü bir şekilde yapmayı ifade etmektedir (Escrig vd., 2016: 1060). Miller ve arkadaşları (2005: 4) alturistik liderlerin nihai hedeflerinin, çalışanlarının iyilik hallerini geliştirmek olduğunu ileri sürmüşlerdir. Avolio ve Locke (2002: 177)’a göre alturistik lider, sergilediği davranışları fedakârlık olarak görmemektedir ve bu davranışlar yalnızca astlarının iyiliklerine katkıda bulunma çabasının bir sonucudur. Alturistik liderler astlarına karşı alçakgönüllü, sabırlı, anlayışlı, şefkatli ve nazik tutumlar sergilerler (Abdillah vd., 2022: 353). Çalışanlarının refahını ve iyiliğini gözeten alturistik liderler öğrenmenin, deneyimlemenin, katılmanın, tartışmanın ve risk almanın daha kolay olduğu güven dolu bir çalışma ortamı yaratarak kurumun performansının artmasını sağlarlar (Mallén vd., 2015: 9). Alturistik liderler çalışanlarına sağladıkları güçlü destek ile öne çıkmaktadırlar (Salas-Vallina vd., 2018: 863). Alturistik liderliği diğer insan merkezli liderlik türlerinden ayıran nokta, liderin

astlarının ihtiyaçlarına odaklanması ve astlarına yardımcı olmak için kişisel çıkarlarından fedakârlıkta bulunmayı göze almasıdır (Abdillah vd., 2022: 353).

Zheltoukhova (2016: 178) alturistik liderlik ölçeği geliştirme çalışması sonucunda alturistik liderliğe ait iki alt boyut ileri sürmüştür. Bu boyutlardan ilki, fedakârlığı gerçekleştirme gönüllülüğünü vurgulayan “empati kurarak yardım etme” (empathic helping), ikincisi ise liderin gerçekleştirdiği fedakârlık davranışının ortaya çıkaracağı sonuçları göze almayı ifade eden “fedakârca davranışlar sergileme”dir (expectation to bear the costs of self-sacrifice). Bu iki boyut alturistik liderliği, içinde alturizm kavramını barındıran diğer liderlik türlerinden ayırmaktadır (Zheltoukhova, 2016: 199).

### **1.3. ALTURİSTİK LİDERLİK ALT BOYUTLARI**

Empati, kullanıldığı bağlama göre anlamı değişen ve dolayısıyla tanımında fikir birliğine varılamamış bir kavramdır (Cuff vd., 2014: 144). Barker (1995: 102)’a göre empati, başka bir kişinin duygu durumunu ve düşüncelerini anlamak, tecrübe etmek ve bu duygu ve düşüncelere tepki göstermektir. Preston (2007: 428)’a göre ise empati, bireyin bir başka bireyin içinde bulunduğu durumu anlayarak bu kişiyle benzer duygular yaşaması sonucunda meydana gelen ortak bir duygusal deneyimdir. Pelligra (2011: 170) empatiyi, diğer bireylerin duygusal durumlarını sezme yeteneği olarak tanımlamıştır.

Batson (1943: 11) empati duygusunun bireylerde alturistik motivasyon oluşmasına neden olduğunu öne sürmüştür. Empati duygusunun oluşması için öncelikle bireyin yardıma ihtiyacı olan kişileri algılaması, sonrasında ise bu kişilerin ihtiyaçlarını önemsemesi gerekmektedir (Batson, 1943: 34). Bu iki şart sağlandığında birey yardıma ihtiyacı olan kişiye karşı empati duygusu geliştirecek ve oluşan bu empati duygusu bireyde alturistik motivasyonun oluşmasına neden olacaktır.

Empati kurarak yardım etme boyutu, liderin çalışanların iş yükünü hafifletmesi, çalışanlarına yardım etmek amacıyla birtakım bedellere katlanması, çalışanların duygusal durumlarına önem vermesi, kendi çıkarlarına ters düşse bile çalışanları ile

ilgilenmesi ve yardım etmesi, çalışanlarına eşit davranması ve adaletli olması davranışlarını kapsamaktadır (Zheltoukhova, 2016: 180).

Literatürde fedakârlık (self-sacrifice) kavramı ile alturizm kavramının eş anlamlı olarak kullanıldığı görülmektedir fakat fedakârlık farklı kategorilerde değerlendirilmektedir. Örneğin, “karşılıklı fedakârlık” (reciprocal sacrifice) davranışı kapsamında birey kişisel çıkarlarını göz önünde bulundurmaz ancak sergilediği fedakârlığa karşılık bekler. Prososyal davranışta ise asıl hedef diğer bireylere yardımcı olmaktır fakat kişisel fedakârlık şart değildir. Bu türde davranışlar alturizm kapsamında değerlendirilemez (Zheltoukhova, 2016: 6). Sergilenen davranışın alturizm kapsamında değerlendirilebilmesi için bireyin davranış sonucunda ortaya çıkabilecek maddi ya da manevi kayıpları göze alması ve bunu herhangi bir karşılık beklemeden yapması gerekir (Zheltoukhova, 2016: 134).

Fedakârca davranışlar sergileme boyutu kapsamında lider çalışanlarına yardım ederken kişisel çıkarlarını göz önünde bulundurmaz, kendi sorumluluğu olmayan konularda dahi onlara yardımcı olur, kendi çıkarları pahasına astlarının ihtiyaçlarını karşılar ve astlarına haksızlık yapılmasını engeller (Zheltoukhova, 2016: 180). Liderin zor görevleri yerine getirirken çalışanlarına yardımcı olması ve çalışanlarına destek olmak için kişisel zamanından harcaması fedakârca davranışlara örnek olarak gösterilebilir (Zheltoukhova, 2016: 125). Zheltoukhova (2016: 199), insan merkezli diğer liderlik türlerine daha önce dâhil edilmemiş olan “fedakârca davranışlar sergileme” boyutunun alturistik liderliğe özgü bir boyut olduğunu belirtmiştir.

#### **1.4. SAĞLIK KURUMLARINDA ALTURİSTİK LİDERLİK**

Günümüzde güç kullanarak otorite sahibi olmayı hedefleyen liderler çağ dışı kalmıştır. Gönüllü olarak çalışanlara fayda sağlama amacındaki liderlere olan ihtiyaç giderek artmaya başlamıştır (Küçük ve Yavuz, 2018: 82). Sağlık kurumları, hastanın aldığı hizmetin kalitesini artırmaya ve hizmet sunanların çalışmak isteyeceği bir iş ortamı yaratmaya odaklanmış liderlik tarzları arayışındadır (Garber vd., 2009: 332). Bu noktada alturistik liderlik yaklaşımı önem kazanmaktadır. Sağlık kurumlarında



liderlerin çalışanlarına karşı samimi, yardımsever, çalışanlarının kariyer gelişimini destekleyen bir tutum sergilemeleri son derece önemlidir (Özer, 2019: 111). Gunnarsdóttir (2014: 55) sağlık kurumlarında güvene, ortaklığa ve destekleyiciliğe dayalı liderliğin hem hastalar hem de çalışanlar açısından pozitif gelişmelere yol açacağını belirtmiştir.

Kurumsal seviyedeki alturizm; işe yeni başlayan çalışanlara zorunlu olmamasına rağmen yardımcı olma, yol gösterme veya çalışma arkadaşlarının iş yükünü hafifletme şeklinde örneklendirilebilir (Smith vd., 1983: 657). Campbell ve arkadaşları (2015: 3) iş yerindeki alturistik davranışı, bir bireyin çalışma arkadaşına yardım etmek için zaman ve enerji gibi kişisel kaynaklarını gönüllü olarak kullanması olarak tanımlamaktadır. Sağlık çalışanlarının sağlık kurumundaki çalışma ortamından memnun olmaları, nitelikli sağlık hizmeti sunumu açısından son derece önemlidir (Saygılı, 2008: 1). Alturistik liderlerin uyumlu kişilikleri çalışanların pozitif tutumlarını şekillendiren rahat ve pozitif bir çalışma ortamı yaratmaktadır (Abdillah vd., 2022: 355).

Sağlık kurumlarında öncelik hastanın tedavi edilmesidir. Bunun sağlanabilmesi için bazı durumlarda sağlık çalışanları kendi çıkarlarından fedakârlık ederek hastanın tedavisine odaklanmaktadır. Sağlık çalışanlarının hastaların çıkarlarına öncelik vermeleri alturistik davranış kapsamına girmektedir. Sağlık kurumları doğası gereği çalışanlarının alturistik davranışlar sergilemesi gereken bir çalışma ortamıdır. Alturistik liderlerin çalışanlarına bu yönde davranışlar sergilemeleri konusunda örnek olarak onları kişisel çıkarlarını bir kenara bırakmaları ve yalnızca hastanın tedavisine odaklanmaları yönünde teşvik etmeleri beklenmektedir (Axelsson ve Axelsson, 2009: 324-325).

Alturistik liderliğin farklı sektörlerdeki etkilerini inceleyen çalışmalar (Miller vd., 2005; Sosik vd., 2009; Mallén vd., 2015; Zheltoukhova, 2016; Buford, 2016; Escrig vd., 2016; Salas-Vallina ve Alegre, 2018; Abdillah vd., 2020; Karahalilöz ve Çelebi, 2021) olmasına karşın, doğası gereği sağlık kurumları için son derece uygun olan bu liderlik modelinin sağlık sektöründeki etkilerini inceleyen çalışma sayısının ulusal ve uluslararası literatürde oldukça az sayıda olduğu Salas-Vallina vd., 2018; Mansur ve Uysal, 2021; Myrvang, 2021, Uçar vd., 2021) tespit edilmiştir.

Literatür incelendiğinde içerisinde yapı taşı olarak alturizmi barındıran, insan odaklı liderlik türlerinin lider üye etkileşimi (Barbuto ve Hayden, 2011; Dal ve Çorbacığlu, 2014; Köse vd., 2015; ) ve iş birliği (O'Brien vd., 2008; Sturm, 2009) üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların bulgularına dayanarak alturistik liderliğin lider üye etkileşimi ve hekim hemşire iş birliği üzerinde olumlu etkiye sahip olması beklenmektedir.

## **BÖLÜM 2: HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ**

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın temel değişkenlerinden bir diğeri olan hekim hemşire iş birliği kavramı üzerinde durulmaktadır. Hekim hemşire iş birliği kavramı tanımlandıktan sonra kavramın alt boyutlarına değinilmiştir. Devamında hekim hemşire iş birliği ile ilgili ulusal ve uluslararası araştırmalar incelenmektedir. Son olarak alturistik liderlik ve hekim hemşire iş birliği ilişkisi ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

### **2.1. HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ KAVRAMI**

Hasta beklentilerindeki değişim, teknolojiye ortaya çıkan hızlı gelişme, kaynak yetersizliği gibi durumlarla başa çıkmak durumunda olan sağlık kurumlarının yaşamlarını devam ettirebilmeleri konusunda öne çıkan diğeri bir önemli kavram hekim hemşire iş birliğidir (physician nurse collaboration).

Hekim hemşire iş birliği Baggs ve Schmitt (1988: 145) tarafından, hasta bakım sürecindeki gerekli planların yapılması, kararların verilmesi ve karşılaşılan problemlerin çözülmesi konusunda hekim ve hemşirelerin birlikte çalışması ve sorumlulukları paylaşması olarak tanımlanmıştır. İş birliği kavramı, özellikle sağlık profesyonelleri bağlamında uyum ve güven içinde, ortak bir hedefe yönelik topluca eylem gerçekleştirme durumunu ifade etmektedir (D'Amour vd., 2005: 116). Dünya Sağlık Örgütü (2010: 13) iş birliğini, farklı disiplinlerdeki sağlık çalışanlarının hastalara, hasta ailelerine ve topluma en yüksek kalitede sağlık hizmeti sunma amacıyla bir araya gelmesi olarak tanımlamaktadır. Hasta bakımında iş birliği, tek bir bireyin bilgi birikimiyle çözülemeyecek sorunlara çözümler geliştirilmesini sağlamaktadır. İş birliği süreci sırasında farklı bakış açılarının sentez edilmesi, sorunlara en uygun çözümlerin bulunması açısından önem arz etmektedir (Tschannen, 2004: 312-313).

Sağlık sisteminin karmaşıklığı ve dinamikliği sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliğinin önemini artırmaktadır (Gardner, 2005: 7). Sağlık kurumlarında iş birliği, hekimler ve hemşireler başta olmak üzere çeşitli sağlık hizmeti sunucuları arasında büyük bir çaba gerektirmektedir (Sterchi, 2007: 45). D'Amour ve arkadaşları (2015) iş

birliğinin karmaşık ve dinamik bir süreç olduğunu ifade etmişlerdir. Benzer bir şekilde Lindeke ve Sieckert (2005: 1) iş birliğinin bilgi paylaşımı ve ortak sorumluluk gerektiren karmaşık bir süreç olduğunu öne sürmüşlerdir. Hekim hemşire iş birliği, tarafların birbirlerinin tecrübelerine ve uzmanlıklarına saygı göstermelerini gerektirmektedir. Hekim ve hemşireler hiyerarşik bir yapı gözetmeksizin hasta bakımına odaklı bir şekilde çalışmalıdırlar ve ilişkilerinin temel bileşenleri güven ve ortak iletişim olmalıdır. Bunun sonucunda iş tatmini artacak ve sağlık hizmeti kalitesi yükselecektir (Taylor 1996: 69) .

Sağlık kurumlarında nihai amaç hastanın sağlığına kavuşturulmasıdır. Güvenli ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için sağlık profesyonellerinin etkili bir şekilde iş birliği içinde olması gerekir (Reeves vd., 2017: 7). Bunu gerçekleştirebilmenin en verimli yolu hekim ve hemşirelerin hasta bakımı sürecinde birlikte çalışarak tecrübe ve bilgi açısından sürece katkıda bulunmalarıdır. Hekim ve hemşire arasındaki iş birliğinin sağlanması, çalışma ortamındaki güvene, açık iletişime, bağlılığa ve ortak amaçlara bağlıdır. İş birliği süreci ve sağlık hizmeti kalitesi arasında pozitif bir bağlantı olmasından dolayı sağlık kurumları hekim ve hemşirelerin iş birliği yapmasına müsait bir çalışma ortamı yaratmalıdırlar (Tschannen, 2004: 312).

Dünya Sağlık Örgütü (2010: 18) iş birliğine dayalı uygulamaların sağlık hizmetine ulaşım, klinik kaynakların kullanımı, kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık çıktıları, hasta güvenliği, ortalama kalış süresi, komplikasyon oranları, klinik hata oranları, ölüm hızı, personel değişim hızı, sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişim eksiklikleri, sağlık hizmeti maliyeti, hasta tatmini ve tedavi süresi üzerinde olumlu etkisi olduğunu ifade etmektedir.

Hekim ve hemşireler arasındaki iletişimde yaşanan olumsuzluklar sağlık hizmetinin kalitesini negatif etkilemekte ve etkili takım çalışmasının önüne geçmektedir (Hughes ve Fitzpatrick, 2010: 625). Henneman (1995: 360), hekim hemşire iş birliğinin sağlanması için tarafların sahip olması gereken tutumları; ekip çalışmasına gönüllü olma, kararları ve sorumlulukları ortak bir şekilde alma, hiyerarşik olmayan bir ilişki oluşturma, bilgi ve uzmanlığa dayalı olan güç paylaşımı şeklinde ifade etmiştir. Güven,

açık iletişim, kararlılık ve ortak amaçlar iş birliğini güçlendiren ve takım çalışmasının etkililiğini artıran unsurlardır (Tschannen, 2004: 313). Hekim hemşire iş birliği düzeyinin yetersiz olması hastaya verilen bakımı olumsuz etkilemekte ve zaman zaman bu bakımın yetersiz kalmasına neden olmaktadır (Özkaraca, 2009: 2). Hojat ve arkadaşları (1999: 209), iş birliğini olumsuz etkileyen faktörlerin eğitim durumu, kültür, sosyal statü, önyargı, iletişim stili, toplumsal cinsiyet rolleri, rol belirsizliği ve uygunsuz beklentiler gibi değişkenlere bağlı olabileceğine değinmiştir.

Stein (1967) tarafından disiplinlerarası iş birliğine engel olduğu belirtilen “Doctor Nurse Game (Doktor Hemşire Oyunu)” olarak isimlendirilen bir teori öne sürülmüştür. Stein, doktor ve hemşire arasında iki tarafça kanıksanan, doktorun hemşireden üstün olduğu bir hiyerarşinin mevcudiyetinden bahsetmektedir (Stein, 1990: 546). Oyunun kuralları gereğince hemşireler kararlı, girişimci ve sorumluluk sahibi olmalıdır fakat bütün bunları gerçekleştirirken pasif rolde kalmalıdır. Hemşirelerin hasta bakımı süresince verdiği tavsiyelerin doktor tarafından sunulmuş gibi görünmesi gerekmektedir (Stein, 1967: 699). Oyunun kurallarını doktorlar mezun olup alanda çalışmaya başladıklarında öğrenirken, hemşireler henüz eğitim yıllarında oyunun kurallarına maruz kalmaktadırlar. Hemşirelerin doktorlara verdiği tavsiyelerin aşağılayıcı ve küçümseyici olduğu düşüncesi eğitim yıllarında aşılacaktır (Stein, 1967: 702). Yine de hastanın hayatı söz konusu olduğu için, tavsiyelerin doktora üstü kapalı bir şekilde iletilmesi gerekmektedir (Stein, 1967: 703).

Doctor Nurse Game Revisited isimli makalesinde Stein (1990), oyunun yıllar içinde birçok açıdan değişime uğradığını belirtmiştir. Buna neden olan değişimlerden biri yıllar geçtikçe artan kadın doktor sayısıdır. Kadın doktorlar da mezun olduktan sonra aynı oyunu oynama yönünde eğitilseler de, oyunun ana elementlerinden olan erkek dominantlığı ve kadın pasifliği algısı 1967 yılına göre azalmıştır (Stein, 1990: 546). Diğer yandan hemşirelerin doktor yardımcısından ziyade alanında eğitim almış uzmanlar olarak görüldüğü fikri daha çok kabullenilmeye başlanmıştır. Hemşirelerin otonomi alanı genişlerken doktorların otorite alanı kısıtlanmaya başlamıştır (Reeves vd., 2008: 1).

Reeves ve arkadaşları 2008 yılında oyunu güncel bir bakış açısıyla gözden geçirmişlerdir. Gittikçe karmaşık hale gelen sağlık hizmeti sektöründe doktor ve hemşire arasındaki iletişim ve iş birliği önem kazanmaktadır (Reeves vd., 2008: 1). İş birliğinin önündeki en büyük engellerden biri olan profesyonel bölgecilik, hem doktor hem de hemşire tarafından gerçekleştirilmektedir. Oysa hasta bakım sürecinin problemsiz bir şekilde yürütülmesi hekim ve hemşire arasındaki ortak güvene, saygıya ve iş birliğine bağlıdır (Reeves vd., 2008: 2). Profesyonel bölgecilik kavramının tanımı, alturistik liderlik ile ilişkisinden dolayı “Alturistik Liderlik ve Hekim Hemşire İş Birliği İlişkisi” başlığı altında açıklanmaktadır.

## 2.2. HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN ALT BOYUTLARI

Hojat ve arkadaşları (1999) hekim hemşire iş birliğinin dört alt boyuttan oluştuğunu ifade etmişlerdir. Bu alt boyutlar ortak eğitim ve iş birliği (shared education and collaborative relationships), tedaviye karşı bakım (caring as opposed to curing), hemşire otonomisi (nurse’s autonomy) ve hekim otoritesi (physician’s authority) boyutlarıdır.

Ortak eğitim ve iş birliği boyutu, hekim ve hemşirelerin öğrencilik sürecinde iş birliğine dair aldıkları eğitimi ifade etmektedir. Literatürde kimi zaman disiplinlerarası eğitim olarak da yer alan bu kavram, sağlık hizmeti kalitesini yükseltmek ve etkili bir iş birliği ortamı hazırlamak amacıyla farklı disiplinlerden gelen öğrencilerin birlikte eğitim alarak birbirlerinin alanlarını tanımasını ifade etmektedir (DSÖ, 2010: 10). Hekim hemşire iş birliğine dair tutumun iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde disiplinlerarası eğitim büyük rol oynamaktadır (Sterchi, 2007: 56). McNair (2005: 462) farklı uzmanlıklardan gelen sağlık çalışanlarının öğrencilik hayatlarında iş birliği konusunda ders almalarının ve henüz mezun olmadan klinik ortamda bir araya gelmelerinin meslek hayatlarındaki iş birliği sürecini olumlu yönde etkileyeceğini öne sürmüştür.

Tedaviye karşı bakım boyutu, hasta bakımının iki yüzüne odaklanmaktadır. Tedavi, hastanın fiziksel bir problemini iyileştiren ve ömrünü uzatan teknik bir eylemdir. Bakım, hastanın başa çıkma sürecine odaklanan, psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran bütüncül bir süreçtir (De Valck vd., 2001: 120; Van Biesen vd.,

2004: 538; Choudhury ve Nortjé, 2020: 42). Literatür incelendiğinde tedavi kavramının hekimlik mesleği ile, bakım kavramının ise hemşirelik mesleği ile özdeşleştiği görülmektedir. Oysaki bu iki kavram iç içe geçmiş durumdadır ve ikisi de eşit öneme sahiptir (Mahboube vd., 2019: 3264).

Hemşire otonomisi boyutunda yer alan otonomi kavramı kişinin kendi davranışlarını yönetebilme özgürlüğünü ifade etmektedir. Bu kapsamda hemşire otonomisi, sağlık hizmeti sürecinde hemşirelerin kendi kararlarını verme yeteneklerini ve görev alanları çerçevesindeki bağımsızlıklarını ifade etmektedir (Erikmen ve Vatan: 2019: 142). Ne yazık ki çoğu zaman hemşirelerin otonomi alanları hekimler tarafından kabul görmemekte ve hekimler hasta bakımında asıl sorumluluğun ve otoritenin kendilerinde olduğunu düşünmektedir (Mahboube vd., 2019: 3264). Fakat tedaviye karşı bakım boyutunda da vurgulandığı üzere hemşirelerin görevleri de hekimler kadar önem arz etmektedir.

Hekim otoritesi boyutu ise hekimin tedavi sürecinde ve hastane genelindeki baskınlığı ile ilgilidir. 1967 yılında Stein tarafından betimlenen hekim hemşire ilişkisinde hekimler hasta bakım sürecinde baskın olan taraftadır (Stein, 1967: 703). Bu yıllarda hemşirelik eğitim ve öğretiminin henüz gelişmemiş olması ve hemşirelerin bilgi dağarcığının hekimlere kıyasla daha az olması nedeniyle hekimler hasta bakımında otorite durumundaydı. Ancak günümüzde hemşirelik biliminin gelişmesi ve hemşirelerin uzmanlık alanlarının genişlemesi sonucunda hemşire görevlerinin de hekim görevleriyle eşit düzeyde öneme sahip olduğu düşüncesi benimsenmeye başlanmıştır (Mahboube vd., 2019: 3264).

### **2.3. ALTURİSTİK LİDERLİK VE HEKİM HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ İLİŞKİSİ**

Sağlık kurumlarının çalışma ortamı oldukça streslidir ve iletişimde aksaklıklar yaşanmasına müsaittir. Bu olumsuz durumları engellemek ve hizmet çıktısının olumsuzluklardan etkilenmesini önlemek amacıyla sağlık kurumları çalışanlarının; özellikle hekim ve hemşirelerin iş birliği içinde çalışmaları gerekmektedir. Bu noktada hekim hemşire iş birliği kavramı öne çıkmaktadır.

İş birliği takım çalışmasını, ortak değerlere sahip olmayı, diğerlerinin uzmanlıklarından yeni şeyler öğrenmeyi, diğerlerinin gelişimine yardımcı olmayı ve hiyerarşiyi bir kenara bırakmayı gerektirmektedir (Tresolini, 1994: 27). İş birliği sürecinde ekip üyelerinin çatışmaları çözebilmeleri, ortak bir çalışma biçimi ve iş birliği ihtiyacına dayalı bir kültür oluşturabilmeleri için bir güven oluşturma süreci gereklidir (Axelsson ve Axelsson, 2009: 328). Boswell ve Cannon (2005: 1), başarılı bir iş birliği sürecinde liderliğin önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir. Bu kapsamda alturistik liderlik davranışları göz önünde bulundurulduğunda, hekim hemşire iş birliği ve alturistik liderliği yapı taşlarının örtüştüğü görülmektedir.

Axelsson ve Axelsson (2009), hekim hemşire iş birliğine dair en büyük engelin “profesyonel bölgecilik” olduğunu öne sürmüştür. Profesyonel bölgecilik, uzmanların alanlarını sahiplenerek alanlarıyla ilgili katı kurallar koymaları ve alanları dışındaki uzmanlardan bu kurallara uymaları konusundaki beklentilerini kapsamaktadır. İş birliğinin gerçekleşebilmesi için uzmanlıklar arasındaki sınırların aşılması, uzman grupların çıkarlarını bir kenara bırakarak “bölgeci” düşünce tarzlarından taviz vermelerine bağlıdır. Alturistik liderlerin sergiledikleri davranışların ve yapıcı tutumlarının astları iş birliği gerçekleştirme yönünde motive edeceği, böylece “bölgecilik” sorunlarının önüne geçileceği düşünülmektedir (Axelsson ve Axelsson, 2009: 324-325).

İçinde alturizmi barındıran “disiplinlerarası profesyonellik” kavramının (Arnold, 2002: 506), disiplinlerarası iş birliğini olumlu etkilediği tespit edilmiştir (McNair, 2005; Holtman vd., 2011). Disiplinlerarası profesyonellik, hastaların ve ailelerin yararına iletişim ve bakımda koordinasyonu desteklemek için uzmanlıklar arasında gelişen bir olgudur (Holtman vd., 2011: 383). Bireylerde ve toplumda optimal sağlığa ulaşmak için farklı disiplinlerden gelen uzmanların alturizm, mükemmellik, özen, etik, saygı, iletişim ve hesap verebilirlik ilkeleri temelinde birlikte çalışmasıdır (Stern, 2006: 19). Benzer bir şekilde, sağlık kurumlarında iş birliğini güçlendiren unsurları araştıran bir çalışmada (Terry vd., 2018) disiplinlerarası iş birliğine etki eden en büyük faktörlerden birinin alturizm olduğu ortaya çıkarılmıştır. Diğer yandan, insan odaklı liderlik türlerinden biri olan ve temelinde alturizm kavramını barındıran otantik liderliğin hemşirelerin



disiplinlerarası iş birliğine karşı olan tutumları üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaların (Laschinger ve Smith, 2013; Regan vd., 2016) bulgularına göre otantik liderliğin disiplinlerarası iş birliği üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bahsi geçen çalışmaların bulgularına dayanarak alturistik liderliğin hekim hemşire iş birliğini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

## **BÖLÜM 3: LİDER ÜYE ETKİLEŞİMİ**

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın temel değişkenlerinden bir diğeri olan lider üye etkileşimi kavramı üzerinde durulmaktadır. İlk olarak Lider Üye Etkileşimi Teorisi açıklanmış, sonrasında ise teorinin kavramsal temelleri olan Sosyal Değişim Teorisi ve Rol Teorisi'nden bahsedilmiştir. Daha sonra lider üye etkileşiminin alt boyutlarına değinilmiştir. Ardından sağlık kurumlarında lider üye etkileşimi açıklanmış ve son olarak alturistik liderlik ile lider üye etkileşimi ilişkisi üzerinde durulmuştur.

### **3.1. LİDER ÜYE ETKİLEŞİMİ TEORİSİ**

Lider Üye Etkileşimi Teorisi (Leader Member Exchange)'nin odak noktası lider ve üye arasındaki etkileşimdir (Stewart Wherry, 2012: 8). Diğer liderlik yaklaşımları genel olarak tüm astların benzer şekilde davranışlar sergilediğini varsaymaktadır ve onların bireysel özellikleri ya da ikili ilişkilerindeki farklılıklar üzerinde durmamaktadır. Diğer yandan Lider Üye Etkileşimi (LÜE) Teorisi, liderin tüm astlara karşı belli bir tutum takınması anlayışına karşı çıkarak her bir astı ile farklı ilişkilere sahip olması gerektiğini savunmaktadır (Çekmecelioğlu ve Ülker, 2014: 37). LÜE Teorisi liderliğe ilişki odaklı bir yaklaşım sunarak çalışanları yönetmekten ziyade çalışanlarla etkin iletişim kurmaya odaklanmaktadır (Aslan ve Özata, 2009: 96).

İlk olarak Graen ve Scandura (1987) tarafından geliştirilerek Dikey İkili Bağlantı Modeli olarak adlandırılmış olan bu teori, liderlerin tüm takipçilerine aynı şekilde davranmaları yerine her bireyle benzersiz ilişkiler kurmayı önererek diğer klasikleşmiş liderlik teorilerinden ayrılmayı hedeflemiştir (Boies ve Howell, 2006: 246). Modelin “dikey ikili bağlantı” olarak isimlendirilmesinin nedeni, liderin astı üzerindeki direkt otoritesi sonucu oluşan dikey ikili ilişkideki etkileşim sürecine odaklanmasıdır (Ürek, 2015: 7). Lider ve astı arasındaki dikey iki yönlü etkileşim LÜE Teorisi'nin temelini oluşturmaktadır (Truckenbrodt, 2000: 234).

Dikey İkili Bağlantı Modeli kapsamındaki ilk çalışmalarda (Dansereau Jr vd., 1975; Vecchio ve Gobdel, 1984) farklı çalışanların aynı yönetici hakkında çok farklı

yorumlarda buldukları gözlemlenmiştir. Çalışma bulgularına göre iç gruptaki çalışanlar liderleriyle ortak güvene ve saygıya dayalı, yüksek kalitede etkileşime işaret eden yorumlarda bulunurken dış gruptaki çalışanlar liderleriyle aralarındaki etkileşimin kalitesinin düşük olduğuna dair söylemlerde bulunmuşlardır. Bu iki uç etkileşimden yola çıkarak liderin her çalışan ile aynı kalitede etkileşimde bulunamayacağı öne sürülmüştür. Kısıtlı zamana ve sosyal kaynaklara sahip olan liderlerin yüksek kalitede etkileşime girebileceği çalışan sayısı da kısıtlıdır. Liderin yalnızca belirli sayıda çalışan ile yüksek kalitede etkileşim içinde olması, kalan grup üyeleri ile rutin görev tanımları çerçevesinde düşük kaliteli etkileşime sahip olması beklenen bir durumdur. Astlar tarafından aynı lider hakkında bildirilen farklı görüşler “dikey ikili” bağlantılara dikkat çekmiştir ve LÜE Teorisi de bu ilişkiler çerçevesinde gelişmeye başlamıştır (Graen ve Uhl-Bien, 1995: 227).

LÜE Teorisi, liderlerin iş, görev ve sorumluluk kaynaklı farklılıklara paralel olarak astlarına karşı farklı tutumlar sergilediğini ileri sürmektedir. Buna göre, liderler ve astlar arasında “iç grup” ve “dış grup” olmak üzere iki farklı düzey bulunmaktadır (Dal ve Çorbacıoğlu, 2014: 295). Teoriye göre, zaman ve kaynakların kısıtlı oluşundan dolayı liderler tüm grup üyelerine aynı yaklaşımı gösterememekte; bazı grup üyeleri ile daha yakın ilişkiler kurarak onlara daha fazla sorumluluk vermekte ve kaynaklarını da bu astlarla paylaşmaktadır. Lider ile üye arasında gelişen yüksek etkileşimin sonucunda lider üyeye daha ilginç ve arzulanan görevler, daha büyük sorumluluklar ve otorite yetkisi verir, üyeye daha fazla bilgi paylaşarak karar verme süreçlerine üyeyi dâhil eder. Maaş zammı, daha iyi çalışma saatleri ve daha büyük bir ofis gibi özel yan haklar, kariyer konusunda kolaylık sağlama ve yol gösterme (terfi önerisi, asta onu öne çıkaracak görevler verme vs.) gibi yüksek etkileşim çıktıları doğrultusunda üyenin daha çok çalışması, verilen görevlere daha bağlı kalması, lidere sadık olması ve liderin fazla iş yüküne destek olması gibi fazladan sorumluluklar alması beklenir (Yukl, 2012: 222).

Lider ile üye arasındaki yüksek etkileşim, lider açısından birtakım sorumluluklar ve kısıtlamalar doğurmaktadır. Lider, yüksek etkileşimde olduğu üyelerine zaman ayırmalı, bu üyelerin ihtiyaçlarına ve hislerine kulak vermeli, kısıtlı zaman kaynağını onlara

danışmanlık yaparak harcamalıdır. Lider bu davranışları gerçekleştirmediğinde üye ile aralarındaki yüksek etkileşim tehlikeye düşmektedir (Yukl, 2012: 222).

Liderin her grup üyesi ile aynı derecede etkileşimde bulunması söz konusu olamayacağından dolayı bazı grup üyeleri ile daha mesafeli ilişkiler kurmaktadır (Çekmecelioglu ve Ülker, 2014: 37). Bunun sonucu olarak liderin astına verdiği destek azalmaktadır ve aralarındaki iletişim sınırlı bir şekilde kalmaktadır (Turgut vd., 2015: 434). Bahsedilen özellikteki astlar dış grupta kalan çalışanlardır. Liderin düşük seviyede etkileşimde olduğu üyelerden beklentisi direkt emirleri uygulamak, standart işlemleri gerçekleştirmek ve kurallara uymak gibi resmi gereklilikleri yerine getirmeleridir. Bunun sonucunda üye, maaş gibi yalnızca görev tanımının vadettiği standart haklara sahip olmaktadır (Yukl, 2012: 222). Liderin dış gruptaki astlarına da ekibin önemli ve saygı duyulan bir üyesi olduklarını hissettirmesi gerekmektedir. Her üye fazladan sorumluluk almak istemeyebilir ancak tüm üyelere yetenekleri baz alınarak eşit fırsatlar sunulmalıdır (Yukl, 2012: 225).

Öte yandan liderler, yüksek kaliteli etkileşimde buldukları, daha yakın ve özel bir çalışma ilişkisine sahip oldukları iç grup üyelerine formal sınırların dışında sosyal destek ve kaynak sağlarlar (Bolat, 2011: 67). İç gruptaki astlar fazladan sorumluluk üstlenerek görevlere daha fazla katılım sağlamaktayken; liderleri ile düşük etkileşime sahip dış gruptaki astlar yalnızca rutin görevlerini yerine getirmektedirler (George ve Hancer, 2004: 88; Liden ve Graen, 1980: 452).

LÜE Teorisi'nin temelinde liderin her astı ile farklı türde ve boyutta etkileşimler içinde olduğu varsayımı yer almaktadır. Bu etkileşimler taraflar arasındaki kişisel uyum ve astın yeteneği ve güvenilirliği doğrultusunda şekillenir. Teoriye göre liderler sadece az sayıda astı ile yüksek kalitede etkileşime girerler. Bu ilişkiler, etkileşim döngüsü sırasında, karşılıklı pekiştirme davranışları doğrultusunda belirli bir süre içerisinde kademeli olarak oluşur. Etkileşim döngüsü bozulmadığı sürece karşılıklı bağlılık, sadakat ve destek düzeylerinin yüksek olduğu bir ilişkiye dönüşür (Yukl, 2012: 222).

LÜE Teorisi öncü çalışmalarda tek boyutlu olarak ele alınmıştır (Liden ve Maslyn, 1998: 44). Ancak sonraki çalışmalarda lider üye etkileşiminin arka planında Rol Teorisi'nin ve Sosyal Değişim Teorisi'nin etkili olduğu görülmüştür (Turgut vd., 2015: 3).

### **3.1.1. Sosyal Değişim Teorisi**

Sosyal Değişim Teorisi (Social Exchange Theory), Sosyal Etkileşim Kuramı veya Sosyal Mübadele Kuramı olarak da anılmaktadır. Bunun nedeni teori kapsamında kişiler arasındaki ilişkilerin ekonomik bir mübadeleye benzetilmesidir (Bolat, 2011: 68). Teoriye göre bir yardım davranışı gerçekleştiren birey, zamanı ve dönüş şekli belirli olmaksızın iyiliğine karşılık alacağı inancındadır (Blau 1964: 315).

Kurumsal bağlamda maddi veya manevi birçok çeşit sosyal etkileşim türü gerçekleşebilir. Lider ve üyeler arasındaki ilişkiler, yaşadıkları sosyal etkileşime göre çeşitlenebilmektedir. Önemli bir projenin zamanında tamamlanması için ekstra çaba sarf eden bir çalışanın, zor bir durumla karşılaştığında lider tarafından korunması bir sosyal etkileşim örneğidir. Öte yandan, aralarındaki arkadaşlık ilişkisinden mutlu olan çalışan ve lideri de bir sosyal etkileşim içerisindedir. Lider üye etkileşimi tek boyutlu olarak ele alındığında her iki etkileşim de yüksek seviyede görünmektedir fakat aslında tür, neden ve sonuç bakımından çok farklı etkileşimlerdir. Bu nedenle lider üye etkileşiminin çok boyutlu olarak incelenmesi gerekmektedir (Greguras ve Ford, 2006: 5-6; Baş vd., 2010: 1017).

### **3.1.2. Rol Teorisi**

LÜE Teorisi'nin temelini hazırlayan Rol Teorisi'ne göre, lider ve üye arasındaki ilişki "rol gerçekleştirme" vakaları sonucunda şekillenir (Liden ve Maslyn 1998: 44). Graen ve Scandura (1987) tarafından geliştirilen rol gerçekleştirme (role making) modeli üç aşamadan oluşmaktadır. İkili etkileşimin başlangıcında lider, üyenin yeteneklerini ve kapasitesini anlamak ve sınamak için ona çeşitli görevler verir. Bu başlangıç evresi "görev üstlenme" (role taking) olarak adlandırılmıştır. Bu aşamadaki görevler üyenin

formal görevleri içerisinde, standart rutinleri çerçevesindedir. Lider, üyenin yetenekleri ve gelecekte yapabileceği görevler hakkında fikir sahibi olmuştur. Görev üstlenme sürecinin sonlarında “görev geliştirme” (role development) süreci başlar. Bu aşamada üye, standart görevlerinin dışına çıkar ve ekstra gayret gösterir. Liderin, üyenin gösterdiği fazladan çabaya karşı olan tepkisi ve bu çaba hakkındaki düşünceleri neticesinde ikilinin arasındaki ilişkinin mizacı belirlenir. Gelişim sürecinden sonra “görev rutinleşmesi” (role routinization) evresi gelmektedir. Bu aşamada lider ve astların tutumları daha tahmin edilebilir hale geldiğinden ilişkilerinin kalitesi daha belirgin olur (Bolat, 2011: 68). Artık lider ve üyenin davranışları rutin hale gelmiştir (Graen ve Scandura 1987: 180-185). Liden ve Maslyn (1998: 44), rollerin içeriklerinin çok boyutlu olduğunu, buna bağlı olarak lider üye etkileşiminin de çok boyutlu bir yapı ile açıklanması gerektiğini savunmuşlardır.

### **3.2. LİDER ÜYE ETKİLEŞİMİNİN ALT BOYUTLARI**

Dienesch ve Liden (1986) LÜE Teorisi'nin duygusal etkileşim (affect), sadakat (loyalty) ve katkı (contribution) olmak üzere üç boyut içerdiğini öne sürmüşlerdir. Bu boyutlandırmadan yola çıkarak Liden ve Maslyn (1998) profesyonel saygı (professional respect) boyutunu da ekleyerek teoriyi dört boyutta incelemişlerdir (Ürek, 2015: 22). Bu çalışmada Liden ve Maslyn'in (1998) dört boyutlu modeli kullanılmıştır.

Duygusal etkileşim boyutu, görevlerinden ve profesyonel değerlerinden bağımsız olarak etkileşim içindeki taraflar arasında meydana gelen karşılıklı ilgiyi ve sevgiyi ifade etmektedir. Etkileşim içindeki tarafların arasındaki ilişkinin doğasını belirleyen bu boyut, çalışma ortamındaki sıcak ve arkadaşça atmosferi sağlamak açısından önemlidir (Dienesch ve Liden, 1986: 625). Bu boyut kapsamında, çalışan ile lider arasında arkadaşça bir sevgi oluşması ve bu sevginin etkisiyle lider ile üyenin beraber çalışmaktan mutluluk duymaları örneklendirilebilir (Çekmecelioğlu ve Ülker, 2014: 38).

Sadakat boyutu, lider ve üye arasındaki bağlılığa odaklanmaktadır (Bulgurcu Gürel, 2016: 1737). Bu boyut lider ve üyenin birbirlerinin kararlarına ve hareketlerine saygı duymalarıyla ve birbirlerini desteklemeleriyle ilgilidir (Göksel ve Aydın, 2012: 250).

Aynı zamanda lider ve üyenin birbirini kollamalarını içerir (Dienesch ve Liden, 1986: 625). Liderler sorumluluk gerektiren görevlerde sadakati yüksek astlar tercih edeceği için bu boyut lider ve üye arasındaki etkileşimin gelişmesinde ve sürdürülmesinde kritik öneme sahiptir (Uğurluoğlu vd., 2013: 3).

Katkı boyutu, karşılıklı olarak ortak hedeflere ulaşmak amacıyla işe yönelik gerçekleştirilen faaliyetlerin kalitesini, miktarını ve yönünü kapsamaktadır (Dienesch ve Liden, 1986: 624). Belirlenen görevin dışına çıkarak fazladan çalışmak ve çalışma sırasında birbirine yardımcı olmak bu boyutun unsurları arasındadır (Göksel ve Aydın, 2012: 250). Dienesch ve Liden'e (1986: 625) göre lider çalışanına zor bir görev verdiğinde çalışanın bu kritik görevi başarıyla tamamlayacağına inanmalıdır. Aynı zamanda çalışanın da kendisine güvenerek daha zor işleri başarmaya istekli olması ve liderin sağlayacağı kaynaklara, desteğe ve gösterdiği yola güvenmesi gerekir.

Profesyonel saygı boyutunu Liden ve Maslyn (1998: 49), taraflardan her birinin sahip olduğu saygınlık derecesine yönelik algı şeklinde tanımlamışlardır. Söz konusu algı, bireyle yaşanmış kişisel tecrübeler, kurum içindeki veya kurum dışındaki kişilerin birey hakkında yaptıkları yorumlar ya da bireyin kazanmış olduğu ödüller ve elde ettiği başarılar doğrultusunda şekillenmektedir (Liden ve Maslyn, 1998: 50). Astlar, liderlerinin kendilerini saygıyla yönettiklerine ne derece inanırlarsa işgücüne katılımları o denli yüksek olur ve bu doğrultuda kendilerinden yüksek performans beklenir (Liden ve Maslyn, 1998: 62).

### **3.3. SAĞLIK KURUMLARINDA LİDER ÜYE ETKİLEŞİMİ**

Sağlık kurumları karmaşık süreçlere sahip, küçük iletişimliliklerin büyük hatalara neden olabileceği yüksek riskli kurumlardır. Bu nedenle sağlık kurumlarında kişiler arasındaki iletişim ve etkileşim diğer kurumlara kıyasla çok daha önemlidir. Lider ile daha güçlü bir iletişime sahip olan astlar liderlerinden daha çok destek görmekte ve liderlerine daha bağlı olmaktadır. Bunun sonucunda liderlerine, çalıştıkları birime ve kurumlarına başarı ve yarar sağlayacak davranışlarda bulunma olasılıkları artmaktadır (Ürek ve Uğurluoğlu, 2019: 89). Liderleriyle aralarında yüksek kalitede etkileşim olan

sağlık çalışanlarının daha yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmaları beklenmektedir (Ürek, 2015: 28).

Sağlık kurumları bağlamında lider üye etkileşimini araştıran çalışmaların bulguları incelendiğinde lider ve üye arasındaki yüksek kalitede etkileşimlerin bireysel ve kurumsal olarak pozitif sonuçlara yol açtığı görülmektedir. Söz konusu araştırmalarda lider üye etkileşiminin örgütsel vatandaşlık davranışı (Ürek ve Uğurluoğlu, 2019; Chen vd., 2008), örgütsel bağlılık (López-Ibort vd., 2020), iş tatmini (Laschinger vd., 2007) ve işe gömülmürlük (Dechawatanapaisal, 2018) üzerinde pozitif; tükenmişlik (Uğurluoğlu vd., 2013) üzerinde negatif etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgulardan hareketle, lider ve üye arasındaki yüksek kalitedeki etkileşim, güçlü iletişim, liderin üyeye sağladığı destek ve üyenin liderin görevlerini yerine getirme sürecindeki ekstra çabasının sağlık kurumlarında verilen hizmette hata oranını azaltarak hizmet kalitesini artıracığı düşünülmektedir.

### **3.4. ALTURİSTİK LİDERLİK VE LİDER ÜYE ETKİLEŞİMİ İLİŞKİSİ**

Alturistik liderlik, lider ve izleyicileri arasındaki karşılıklı etkileşimi de içine alan bir süreçtir. Bu karşılıklı ilişkiyi konu alan liderlik teorilerinden birisi de LÜE Teorisi'dir. Alturistik liderler çalışanların gelişimlerine son derece önem vermektedirler ve mutlu bir çalışma ortamı yaratma amacındadırlar. Çalışma ortamındaki stresin şartlar dâhilinde minimum seviyeye indirilmesi ve verimli bir çalışma ortamı yaratılması büyük ölçüde lider ve çalışan arasındaki ilişkiye bağlıdır. LÜE Teorisi'ne göre liderin astlarının refahlarını artıracak davranışlarda bulunması astlar tarafından algılandığında aralarındaki ilişkinin kalitesi artmaktadır (Hanse vd., 2014: 1). Lider ve astı arasındaki ilişkinin kalitenin artması, astların performans ve motivasyonlarına pozitif etki etmektedir (Uğurluoğlu vd., 2013: 2).

Yukl (2012: 223), lider üye etkileşimini değerlendirme sürecinde astların görüşlerini etkileyen unsurların liderin astlara karşı adil davranması ve onlara sağladığı destek olduğunu; liderin görüşlerini etkileyen unsurların ise astların yetenekleri ve güvenilirlikleri olduğunu belirtmiştir. Alturistik liderlerin fedakâr davranışları,



çalışanlarını desteklemeleri, kendilerini geliştirebilmeleri için onlara fırsatlar sunmaları, çalışanlarıyla aralarında güçlü bir bağ kurmalarına yol açar (Mostafa ve El-Motalib, 2018: 5). Barbuto ve Hayden (2011: 25), astların çıkarlarını kendi çıkarlarının önüne koyan liderlerin, çalışanlarının güvenini ve saygısını kazanacağını belirterek, bu durumun aralarındaki ilişkinin kalitesini artıracığını öne sürmüştür. Alturistik liderlerin çalışanları destekleyici ve yüreklendirici davranışları sonucunda, bu davranışlardan yararlanan çalışanlar, lider ile aralarında kaliteli bir ilişki geliştirmektedirler (Amah, 2015: 112).

Abdillah ve arkadaşları (2020: 355), liderinden fedakârca davranışlar gören çalışanların karşılık olarak liderlerine ve kurumlarına fayda sağlayacak tutumlar geliştireceklerini ve bunun için ekstra çaba sarf edeceklerini; söz konusu çaba sonucunda lider ile aralarındaki etkileşimin kalitesinin artacağını öne sürmüşlerdir. Liderin bencil olmayan, gönüllü yardım davranışlarının astlarında alçakgönüllülük, sabır, anlayış, merhamet ve nezaket duyguları uyandıracığını belirtmiştir. Liderin bu davranışları astları ile arasında birlik ve arkadaşlık doğmasına neden olarak aralarında yüksek kalitede etkileşim olmasına sebebiyet vermektedir (Abdillah vd., 2020: 362). Bu kapsamda gerçekleştirdikleri araştırmada alturistik liderliğin lider üye etkileşimi üzerinde pozitif bir etki yarattığını ortaya çıkarmışlardır. Chanko ve Rahmat (2022) tarafından 203 polis üzerinde gerçekleştirilen araştırmada alturistik liderliğin lider üye etkileşimini pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Literatürde sağlık sektöründe alturistik liderlik ve lider üye etkileşimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yukarıda bahsi geçen araştırmaların bulgularına dayanarak sağlık sektöründe alturistik liderliğin lider üye etkileşimi üzerinde pozitif etkisi olacağı düşünülmektedir.

## **BÖLÜM 4: GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırmanın bu bölümünde ilk olarak araştırmanın amacı ve önemi, daha sonra araştırma modeli ile hipotezleri, veri toplama yöntemi, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırma verilerinin analizi ve son olarak araştırmanın sınırlılıkları ele alınmaktadır.

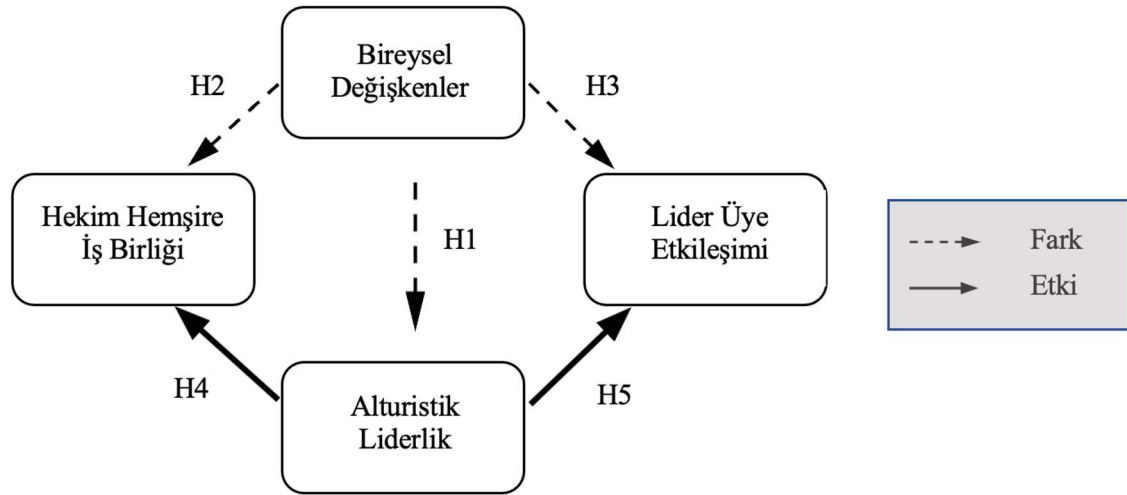
### **4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ**

Bu araştırmanın temel amacı, araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik davranışlarına ilişkin algılarının ortaya koyulması ve bu algıların lider üye etkileşimi ve hekim hemşire iş birliği üzerindeki etkilerinin belirlenmesidir. Çalışmanın bir diğer amacı ise, hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik, lider üye etkileşimi ve hekim hemşire iş birliğine ilişkin değerlendirmelerinin çeşitli bireysel özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymaktır.

Yapılan literatür taraması sonucunda, lider üye etkileşimi ve hekim hemşire iş birliği hakkında pek çok çalışma mevcut olmasına rağmen, alturistik liderliğin bu iki kavram üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Diğer yandan, alturistik liderliğin doğası gereği sağlık kurumları için uygun bir liderlik modeli olmasına karşın bu liderlik modelini sağlık kurumları kapsamında inceleyen az sayıda çalışma olduğunun (Çakmak vd., 2019; Mansur ve Uysal, 2021; Uçar vd., 2021; Myrvang, 2021) tespit edilmesinden dolayı, gerçekleştirilecek olan çalışmanın literatürdeki bu boşluğu doldurması açısından önem taşıyacağı düşünülmektedir.

### **4.2. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLERİ**

Şekil 1’de araştırma amaçları doğrultusunda oluşturulan ve araştırma kapsamında incelenen değişkenlerin yer aldığı araştırma modeli gösterilmektedir.



**Şekil 1. Araştırma Modeli**

Araştırmada bağımsız değişken alturistik liderlik, bağımlı değişkenler ise hekim hemşire iş birliği ve lider üye etkileşimi olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir.

**H1:** Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik davranışlarına ilişkin algıları;

- a) cinsiyetlerine,
- b) yaşlarına,
- c) medeni durumlarına,
- d) eğitim durumlarına,
- e) hastanedeki görevlerine,
- f) sağlık sektöründe toplam çalışma sürelerine ve
- g) liderlik eğitimi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

**H2:** Hekim ve hemşirelerin hekim hemşire iş birliğine eğilimleri;

- a) cinsiyetlerine,
- b) yaşlarına,
- c) medeni durumlarına,
- d) eğitim durumlarına,
- e) hastanedeki görevlerine,

- f) sağlık sektöründe toplam çalışma sürelerine ve
- g) liderlik eğitimi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

**H3:** Hekim ve hemşirelerin lider üye etkileşimine ilişkin algıları;

- a) cinsiyetlerine,
- b) yaşlarına,
- c) medeni durumlarına,
- d) eğitim durumlarına,
- e) hastanedeki görevlerine,
- f) sağlık sektöründe toplam çalışma sürelerine ve
- g) liderlik eğitimi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

**H4:** Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik ve alt boyutlarına ilişkin algıları hekim hemşire iş birliğine eğilimleri ve alt boyutlarından;

- a) ortak eğitim ve iş birliği,
- b) tedaviye karşı bakım,
- c) hemşire otonomisi,
- d) hekim otoritesi ve
- e) genel hekim hemşire iş birliğine eğilimlerini etkiler.

**H5:** Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik ve alt boyutlarına ilişkin algıları lider üye etkileşimine eğilimleri ve alt boyutlarından;

- a) katkı,
- b) sadakat,
- c) duygusal etkileşim,
- d) profesyonel saygı ve
- e) genel lider üye etkileşimine eğilimlerini etkiler.

### 4.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmada veri toplama aracı olarak dört bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır (EK 1). Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, hastanedeki görev, medeni durum, sağlık sektöründeki toplam çalışma süresi, liderlik konusunda eğitim alma durumu gibi bireysel özelliklerini belirlemek amacıyla 7 soru bulunmaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde, Zheltoukhova (2016) tarafından alturistik liderlik algısının ölçümünde kullanılmak üzere geliştirilmiş olan Alturistik Liderlik Ölçeği yer almaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çakmak vd. (2019) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme olmak üzere iki alt boyuta sahiptir. Ölçekte toplam 8 soru bulunmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler 5’li Likert tipi ölçeğe göre hazırlanmıştır.

Anket formunun üçüncü bölümünde, hekim hemşire iş birliği algısının ölçümünde kullanılan ve Hojat ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiş olan Hekim Hemşire İş Birliği Ölçeği yer almaktadır. Ölçeğin dil geçerliliği geri çeviri yöntemiyle sağlanmıştır. Yabancı dil açısından yetkin üç akademisyenin desteğiyle Mart 2022 tarihinde ölçek İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Ortaya çıkan üç çeviriden, uzman bir öğretim üyesinin önerileri doğrultusunda orijinal maddeleri en iyi açıkladığı düşünülen ifadeler seçilerek ölçeğin Türkçe haline ulaşılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu profesyonel yeminli bir tercüman tarafından İngilizceye geri çevrilerek orijinal İngilizce versiyonu ile karşılaştırılmıştır. İfadeler birbirine çok yakın bulunarak ölçeğin son hali oluşturulmuştur. Ölçek ortak eğitim ve iş birliği, tedaviye karşı bakım, hemşire otonomisi ve hekim otoritesi olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte toplam 15 soru bulunmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler 5’li Likert tipi ölçeğe göre hazırlanmıştır. Hekim otoritesi boyutu altındaki 8. ve 10. maddeler ters ifadeler olup analize tabi tutulmadan önce ters kodlanmışlardır. Söz konusu ifadelerin ters kodlanması, hekim otoritesi boyutuna ilişkin ortalamanın yükseldikçe katılımcıların hekimin hasta bakımındaki otoritesini daha güçlü reddettiği anlamına gelmektedir (Sterchi, 2007: 54).

Anket formunun son bölümünde, lider üye etkileşimi algısının ölçümünde kullanılan ve Liden ve Maslyn (1998) tarafından geliştirilmiş olan Lider Üye Etkileşimi Ölçeği yer almaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Baş ve arkadaşları (2010) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek katkı, sadakat, duygusal etkileşim ve profesyonel saygı olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte toplam 12 soru bulunmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler 5'li Likert tipi ölçeğe göre hazırlanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklere ait geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin detayları bulgular başlığı altında açıklanmıştır.

#### **4.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini Ankara'da bir vakıf üniversitesine bağlı eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmeyip hastanedeki 275 hekim ve hemşireden oluşan evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Veri toplama süreci 2022 yılının Şubat ve Mayıs ayları arasında gerçekleşmiştir. Araştırma kapsamında kullanılmak üzere hazırlanan anket formları, hastanedeki hekim ve hemşirelere araştırmacı tarafından dağıtılmış ve yine araştırmacı tarafından geri toplanmıştır. Anketleri dolduran hekim ve hemşire sayısı 204'tür. 12 adet eksik doldurulan anket çalışmadan çıkarılarak 136'sı hemşirelere ve 56'sı hekimlere ait olmak üzere toplamda 192 (%70) anket formu verisi üzerinden analizler gerçekleştirilmiştir.

#### **4.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ**

Araştırmada yer alan istatistiksel analizler SPSS 21.0 ve AMOS 21.0 paket programları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin bireysel özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulguları ortaya koymak için frekans, yüzde, ortalama ve standart sapmadan faydalanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri için doğrulayıcı faktör analizi ve Cronbach Alfa katsayısına başvurulmuş, ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkilerin varlığını, kuvvetini ve yönünü belirlemek amacıyla ise Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırmada yer alan değişkenlere ilişkin verilerin normal dağılıp dağılmadığını ortaya koymak amacıyla çarpıklık ve basıklık ölçüleri kullanılmıştır. Alturistik liderlik için çarpıklık ve basıklık değerleri sırasıyla -0.682 ve 0.861; hekim hemşire iş birliği için -1.770 ve 6.989; lider üye etkileşimi için -1.005 ve 2.080 olarak hesaplanmıştır. Literatürde çarpıklık ve basıklık ölçülerinin referans değerlerine dair farklı görüşler bulunmakla birlikte West ve arkadaşları (1995: 74) normal dağılım için çarpıklık değerinin -2 ile +2; basıklık değerinin -7 ile +7 kabul edilebilir sınırlar olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu sınırlar göz önünde bulundurulduğunda araştırmada yer alan değişkenlere ilişkin verilerin normal dağılım gösterdiği söylenebilir.

Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik ve alt boyutları, hekim hemşire iş birliği ve alt boyutları, lider üye etkileşimi ve alt boyutlarının bireysel özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (standart t testi) ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunması durumunda farkın kaynaklandığı grubu tespit etmek amacıyla Scheffe testine başvurulmuştur.

Alturistik liderlik ve alt boyutlarının, hekim hemşire iş birliği ve alt boyutları ile lider üye etkileşimi ve alt boyutları üzerindeki etkisini test etmek için çoklu regresyon analizinden yararlanılmıştır. Regresyon modellerinde çoklu bağlantı ve otokorelasyonun olup olmadığını tespit etmek için Durbin Watson Katsayısı ile Varyans Şişkinlik Katsayısı (Variance Inflation Factor-VIF) hesaplanmıştır. Kullanılan tüm istatistiksel testlerde alfa düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

#### **4.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma Ankara'da bir vakıf üniversitesine bağlı eğitim araştırma hastanesinde yürütülmüştür. Araştırma sonuçlarının yalnızca araştırmanın yürütülmüş olduğu hastane için geçerli olması ve araştırma evreni dışında yer alan sağlık kurumları için genellenebilir olmaması araştırmanın bir sınırlılığı olarak belirlenmiştir.

COVID-19 salgını sağlık kurumlarında yoğunluğun ciddi bir şekilde artmasına neden olmuştur. Pandeminin neden olduğu fazladan iş yũkũ, özellikle sağlık çalışanlarının hassasiyet gũstermesi gereken sosyal mesafe vb. hijyen kuralları ve COVID-19 virũsũnũn sağlık çalışanlarını etkilemesi, anket çalışmasına katılım açısından dezavantaj yaratmıştır. Bununla birlikte pandeminin neden olduğu ekstra yũkũmlũlũklerin ve stresin, katılımcıların alturistik liderlik, hekim hemşire iş birliği ve lider ũye etkileşimine ilişkin değerlendirmelerinde farklılıklar yaratmış olabileceği dũřũnũlmektedir.



## **BÖLÜM 5: BULGULAR**

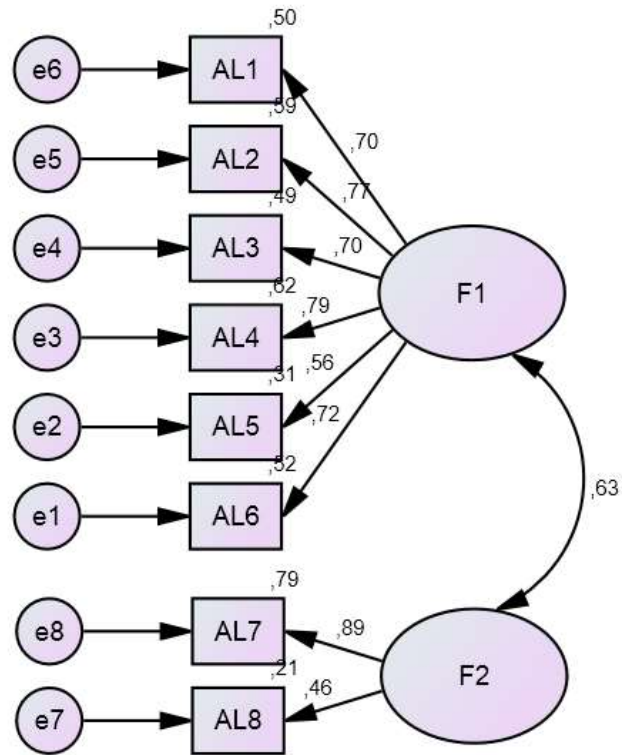
Bu bölümde sırasıyla; araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonuçları, araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin bireysel özelliklerine ve araştırmanın temel değişkenleri olan alturistik liderlik, hekim hemşire iş birliği ve lider üye etkileşimi algılarına ilişkin tanımlayıcı bulgular, hekim ve hemşirelerin bireysel özelliklerine göre alturistik liderlik, hekim hemşire iş birliği ve lider üye etkileşimi algılarını ortaya koyan tek değişkenli analizlere yönelik bulgular ve son olarak araştırma modeli doğrultusunda söz konusu temel değişkenlerle ilgili olarak kurulan hipotezlere ilişkin çoklu regresyon analizi bulguları yer almaktadır.

### **5.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERE İLİŞKİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ**

Araştırmada kullanılan ölçeklerin yapısal geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ve Cronbach Alfa katsayısı kullanılmıştır. DFA, psikometrik değerlendirme, yapı doğrulaması ve ölçüm değişmezliğinin değerlendirilmesi gibi çeşitli amaçlar için kullanılabilir (Brown ve Moore, 2012: 3). Bu kapsamda çalışmada kullanılan ölçeklerin önceden belirlenen faktör yapılarının doğrulanmasında DFA'dan yararlanılmıştır.

#### **5.1.1. Alturistik Liderlik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği**

Alturistik Liderlik Ölçeği'nde yer alan maddelerin AMOS programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulması sonucunda Şekil 2'de yer alan model elde edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre model uyum indekslerinin (Tablo 1) kabul edilebilir değerler (Tucker ve Lewis, 1973; Bentler, 1990; MacCallum vd., 1996; Hu ve Bentler, 1998) içerisinde yer aldığı tespit edilmiştir.



**Şekil 2. Alturistik Liderlik Ölçüm Modeli**

F1: Empati Kurarak Yardım Etme, F2: Fedakârca Davranışlar Sergileme

**Tablo 1. Alturistik Liderlik Ölçüm Modeline İlişkin Uyum İndeksleri**

Uyum İndeksleri	İndeks Değerleri
$\chi^2/sd$	1,54
<b>p</b>	<0,001
Hata Tahminlerinin Kareköklerinin Ortalaması ( <b>RMSEA</b> )	0,05
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi ( <b>CFI</b> )	0,98
Uyum İyiliği İndeksi ( <b>GFI</b> )	0,97
Tucker-Lewis İndeksi ( <b>TLI</b> )	0,97
Normlanmış Uyum İndeksi ( <b>NFI</b> )	0,95

Tablo 2’de ölçüm modeline ilişkin doğrulayıcı faktör analizi bulgularına yer verilmektedir. Alturistik Liderlik Ölçeği’nde boyutların altında yer alan ifadelerin faktör yükleri ve anlamlılık düzeyleri incelendiğinde, ifadelerin ilgili boyutları açıklama durumlarının anlamlı ( $p < 0,001$ ) olduğu görülmektedir.

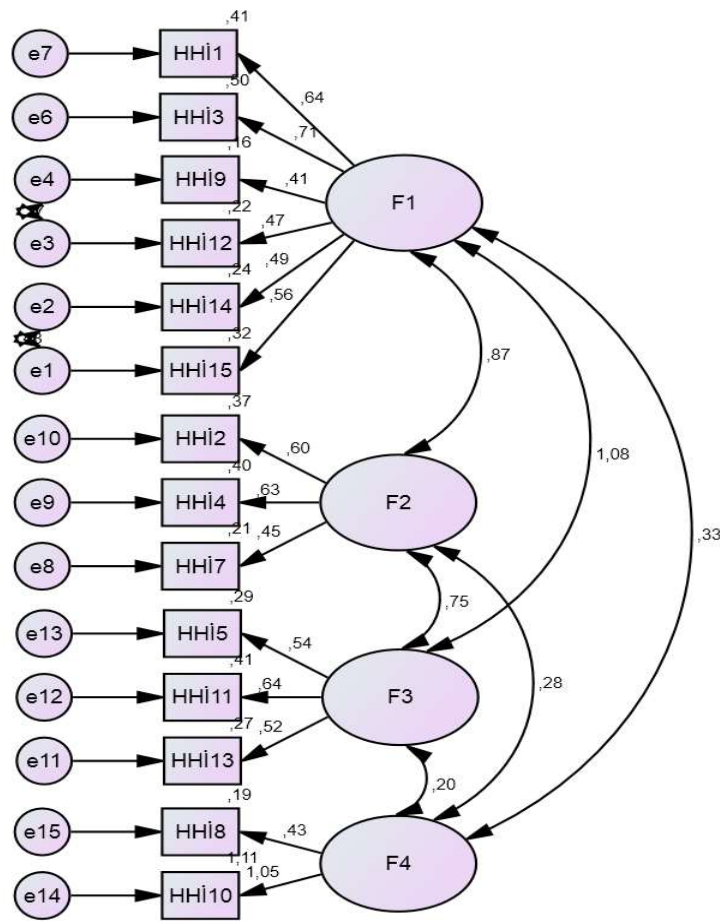
**Tablo 2. Alturistik Liderlik Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları**

Yordanan <-- Yordayan Değişkenler	Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı ( $\beta$ )	P
AL6 <--- Empati Kurarak Yardım Etme	0,72	-
AL5 <--- Empati Kurarak Yardım Etme	0,56	<0,001
AL4 <--- Empati Kurarak Yardım Etme	0,79	<0,001
AL3 <--- Empati Kurarak Yardım Etme	0,70	<0,001
AL2 <--- Empati Kurarak Yardım Etme	0,77	<0,001
AL1 <--- Empati Kurarak Yardım Etme	0,71	<0,001
AL8 <--- Fedakârca Davranışlar Sergileme	0,46	-
AL7 <--- Fedakârca Davranışlar Sergileme	0,89	<0,001

Alturistik Liderlik Ölçeği'ne ilişkin güvenilirlik analizinde alt boyutlardan empati kurarak yardım etme için 0,86; fedâkarca davranışlar sergileme için 0,60 ve ölçeğin tümü için 0,85 güvenilirlik değerleri elde edilmiştir. Literatüre göre Cronbach Alfa değerinin 0,60 üzerinde olması güvenilirlik açısından genellikle yeterli kabul edilmektedir (Hinton vd., 2004: 356). Dolayısıyla Alturistik Liderlik Ölçeği'nin yeterli bir güvenilirlik standardına sahip olduğu söylenebilir.

### 5.1.2. Hekim Hemşire İş Birliği Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği

Hekim Hemşire İş Birliği Ölçeği'ne ilişkin doğrulayıcı faktör analizinin gerçekleştirilmesinde AMOS programından yararlanılmıştır. Analiz sonrasında faktör yapısını bozan bir ifade ölçekten çıkarılmıştır. Bu ifade, ortak eğitim ve iş birliği alt boyutu altında yer alan “hekimler ve hemşirelerin birçok ortak sorumluluk alanı vardır” ifadesidir. Kalan 14 maddenin analize tabi tutulması sonucunda Şekil 3'teki model elde edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre model uyum indekslerinin (Tablo 3) kabul edilebilir değerler (Tucker ve Lewis, 1973; Bentler, 1990; MacCallum vd., 1996; Hu ve Bentler, 1998) içerisinde yer aldığı tespit edilmiştir.



**Şekil 3. Hekim Hemşire İş Birliği Ölçüm Modeli**

F1: Ortak Eğitim ve İş Birliği, F2: Tedaviye Karşı Bakım, F3: Hemşire Otonomisi,  
F4: Hekim Otoritesi

**Tablo 3. Hekim Hemşire İş Birliği Modeline İlişkin Uyum İndeksleri**

Uyum İndeksleri	İndeks Değerleri
$X^2/sd$	2,00
$p$	<0,001
Hata Tahminlerinin Kareköklerinin Ortalaması (RMSEA)	0,07
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,90
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,92
Tucker-Lewis İndeksi (TLI)	0,87
Normlanmış Uyum İndeksi (NFI)	0,82

Tablo 4'te ölçüm modeline ilişkin doğrulayıcı faktör analizi bulgularına yer verilmektedir. Hekim Hemşire İş Birliği Ölçeği'nde boyutların altında yer alan

ifadelerin faktör yükleri ve anlamlılık düzeyleri incelendiğinde, ifadelerin ilgili boyutları açıklama durumlarının anlamlı ( $p < 0,05$ ) olduğu görülmektedir.

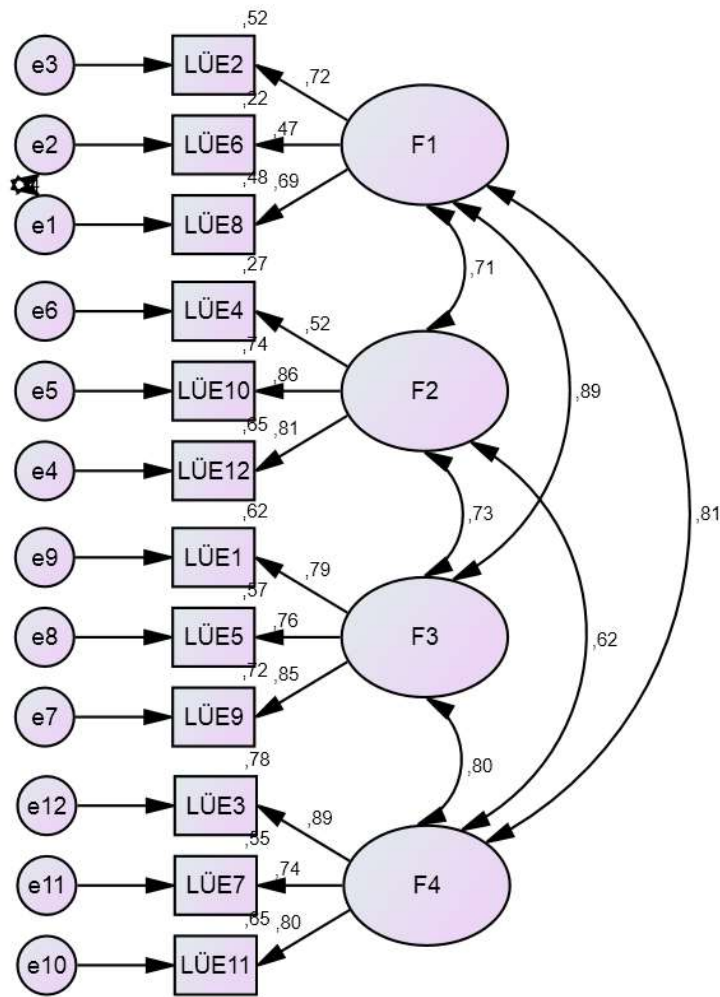
**Tablo 4. Hekim Hemşire İş Birliği Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları**

Yordanan < Yordayan Değişkenler	Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı ( $\beta$ )	P
HHİ15 <--- Ortak Eğitim ve İş Birliği	0,56	-
HHİ14 <--- Ortak Eğitim ve İş Birliği	0,49	<0,001
HHİ12 <--- Ortak Eğitim ve İş Birliği	0,47	<0,001
HHİ9 <--- Ortak Eğitim ve İş Birliği	0,41	<0,001
HHİ3 <--- Ortak Eğitim ve İş Birliği	0,71	<0,001
HHİ1 <--- Ortak Eğitim ve İş Birliği	0,64	<0,001
HHİ7 <--- Tedaviye Karşı Bakım	0,46	-
HHİ4 <--- Tedaviye Karşı Bakım	0,63	<0,001
HHİ2 <--- Tedaviye Karşı Bakım	0,61	<0,001
HHİ13 <--- Hemşire Otonomisi	0,52	-
HHİ11 <--- Hemşire Otonomisi	0,64	<0,001
HHİ5 <--- Hemşire Otonomisi	0,54	<0,001
HHİ10 <--- Hekim Otoritesi	1,05	0,04
HHİ8 <--- Hekim Otoritesi	0,43	-

Hekim Hemşire İş Birliği Ölçeği'ne ilişkin güvenilirlik analizlerinde alt boyutlardan ortak eğitim ve iş birliği için 0,70; tedaviye karşı bakım için 0,60; hemşire otonomisi için 0,60; hekim otoritesi için 0,63 ve ölçeğin tümü için 0,80 güvenilirlik değerleri elde edilmiştir. Literatüre göre Cronbach Alfa değerinin 0,60 üzerinde olması güvenilirlik açısından genellikle yeterli kabul edilmektedir (Hinton vd., 2004: 356). Dolayısıyla Hekim Hemşire İş Birliği Ölçeği'nin yeterli bir güvenilirlik standardına sahip olduğu söylenebilir.

### 5.1.3. Lider Üye Etkileşimi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği

Lider Üye Etkileşimi Ölçeği'nde yer alan maddelerin doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulması sonucunda Şekil 4'te yer alan model elde edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre model uyum indekslerinin (Tablo 5) kabul edilebilir değerler (Tucker ve Lewis, 1973; Bentler, 1990; MacCallum vd., 1996; Hu ve Bentler, 1998) içerisinde yer aldığı tespit edilmiştir.



**Şekil 4. Lider Üye Etkileşimi Ölçüm Modeli**

F1: Katkı, F2: Sadakat, F3: Duygusal Etkileşim, F4: Profesyonel Saygı

**Tablo 5. Lider Üye Etkileşimi Ölçüm Modeline İlişkin Uyum İndeksleri**

Uyum İndeksleri	İndeks Değerleri
$\chi^2/sd$	2,37
<b>p</b>	<0,001
Hata Tahminlerinin Kareköklerinin Ortalaması ( <b>RMSEA</b> )	0,09
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi ( <b>CFI</b> )	0,95
Uyum İyiliği İndeksi ( <b>GFI</b> )	0,92
Tucker-Lewis İndeksi ( <b>TLI</b> )	0,92
Normlanmış Uyum İndeksi ( <b>NFI</b> )	0,91

Tablo 6’da ölçüm modeline ilişkin doğrulayıcı faktör analizi bulgularına yer verilmektedir. Lider Üye Etkileşimi Ölçeği’nde boyutların altında yer alan ifadelerin

faktör yükleri ve anlamlılık düzeyleri incelendiğinde, ifadelerin ilgili boyutları açıklama durumlarının anlamlı ( $p<0,001$ ) olduğu görülmektedir.

**Tablo 6. Lider Üye Etkileşimi Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları**

Yordanan <-- Yordayan Değişkenler	Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı ( $\beta$ )	P
LÜE8 <--- Katkı	0,69	-
LÜE6 <--- Katkı	0,47	<0,001
LÜE2 <--- Katkı	0,72	<0,001
LÜE12 <--- Sadakat	0,81	-
LÜE10 <--- Sadakat	0,86	<0,001
LÜE4 <--- Sadakat	0,52	<0,001
LÜE9 <--- Duygusal Etkileşim	0,85	-
LÜE5 <--- Duygusal Etkileşim	0,76	<0,001
LÜE1 <--- Duygusal Etkileşim	0,79	<0,001
LÜE11 <--- Profesyonel Saygı	0,80	-
LÜE7 <--- Profesyonel Saygı	0,74	<0,001
LÜE3 <--- Profesyonel Saygı	0,89	<0,001

Lider Üye Etkileşimi Ölçeği'ne ilişkin güvenilirlik analizlerinde alt boyutlardan katkı için 0,70; sadakat için 0,77; duygusal etkileşim için 0,84; profesyonel saygı için 0,85 ve ölçeğin tümü için 0,90 güvenilirlik değerleri elde edilmiştir. Literatüre göre Cronbach Alfa değerinin 0,60 üzerinde olması güvenilirlik açısından genellikle yeterli kabul edilmektedir (Hinton vd., 2004: 356). Dolayısıyla Lider Üye Etkileşimi Ölçeği'nin yeterli bir güvenilirlik standardına sahip olduğu söylenebilir.

## 5.2. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hekim ve hemşirelere ait tanımlayıcı bulgulara yer verilmektedir. Hekim ve hemşirelerin tanımlayıcı bulguları bireysel özelliklerine ve araştırma ölçeklerine vermiş oldukları cevaplarına ilişkin tanımlayıcı bulgular olmak üzere iki alt başlık altında ele alınmaktadır.

### 5.2.1. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 7’de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin bireysel özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgulara yer verilmektedir. Buna göre araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin %67,2’si kadın ve %32,8’i erkektir. Hekim ve hemşirelerin %32,8’i 25 yaş altında; %34,9’u 26-36 yaş aralığında; %32,3’ü ise 37 yaş üstündedir. Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin %45,3’ünün bekâr, %54,7’sinin ise evli olduğu görülmektedir. Katılımcıların %49’u lise, %16,1’i ön lisans, %34,9’u lisans ve lisansüstü mezundur. Eğitim durumu lisans ve lisansüstü olan 67 kişinin %43,3’ü tıpta uzmanlık; %23,9’u doktora; %14,9’u yüksek lisans; %10,4’ü 4 yıllık fakülte; %7,5’i 6 yıllık fakülte mezundur. Katılımcıların %29,2’si hekim ve %70,8’i hemşiredir. Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin %34,4’ü 5 yıldan daha kısa süredir, %33,9’u 6-14 yıl arasında, %31,8’i ise 15 yıldan uzun süredir sağlık sektöründe çalışmaktadır. Katılımcıların liderlik konusunda eğitim alma durumlarına bakıldığında ise %20,3’ü evet, %79,7’i hayır yanıtını vermişlerdir.

**Tablo 7. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular**

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	129	67,2
	Erkek	63	32,8
Yaş	≤ 25	63	32,8
	26-36	67	34,9
	≥ 37	62	32,3
Medeni Durum	Bekâr	87	45,3
	Evli	105	54,7
Eğitim Durumu	Lise	94	49,0
	Ön Lisans	31	16,1
	Lisans ve Lisansüstü	67	34,9
Hastanedeki Görevi	Hekim	56	29,2
	Hemşire	136	70,8
Sağlık Sektöründeki Toplam Çalışma Süresi	≤ 5 yıl	66	34,4
	6-14 yıl	65	33,9
	≥ 15 yıl	61	31,8
Liderlik Konusunda Eğitim Alma Durumu	Evet	39	20,3
	Hayır	153	79,7



### 5.2.2. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Alturistik Liderlik, Hekim Hemşire İş Birliği ve Lider Üye Etkileşimi Ölçeklerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik, hekim hemşire iş birliği ve lider üye etkileşimi ölçeklerine verdikleri cevaplara ilişkin tanımlayıcı bulgulara yer verilmektedir. Katılımcıların ölçeklere vermiş oldukları puanların ortalama ve standart sapmaları Tablo 8’de yer almaktadır. Hekim ve hemşirelerin Alturistik Liderlik Ölçeği’ne verdikleri puanların ortalaması 3,75’tir. Alturistik liderlik boyutlarına bakıldığında empati kurarak yardım etme alt boyutu 3,79; fedakârca davranışlar sergileme alt boyutu ise 3,61 ortalama sahiptir.

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin Hekim Hemşire İş Birliği Ölçeği’ne verdikleri puanların ortalaması 4,08’dir. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında 4,32 ile hemşire otonomisi en yüksek ortalama sahiptir. Bu boyutu sırasıyla 4,19 ortalama ile ortak eğitim ve iş birliği; 3,93 ortalama ile tedaviye karşı bakım ve 3,41 ile hekim otoritesi alt boyutları izlemektedir.

Katılımcıların Lider Üye Etkileşimi Ölçeği’ne verdikleri puanların ortalaması 3,85’tir. Bu ölçekte en yüksek ortalama sahip alt boyut 4,10 ile duygusal etkileşimdir. Ölçekteki diğer alt boyutlara bakıldığında profesyonel saygı için 4,07; katkı için 3,63; sadakat için 3,60 ortalama puan görülmektedir.

Araştırma değişkenlerine yönelik korelasyon katsayıları da Tablo 8’de yer almaktadır. Alturistik liderlik alt boyutları ile hekim hemşire iş birliği alt boyutları arasında ( $0,190 \leq r \leq 0,280$ ) düşük düzeyde pozitif ilişkiler bulunmuştur. Alturistik liderlik alt boyutları ile lider üye etkileşimi alt boyutları arasında ( $0,308 \leq r \leq 0,661$ ) orta düzeyde pozitif ilişkiler bulunmuştur.



### 5.3. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde hipotezlere yönelik bulgular tablolar halinde sunulularak yorumlanmıştır. İlk olarak araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin bireysel özelliklerine göre sırasıyla alturistik liderlik, hekim hemşire iş birliği ve lider üye etkileşimine ilişkin görüşleri değerlendirilmiştir. Bireysel özellikler arasında yer alan eğitim durumu değişkeninde denek sayılarının düşük olan değişken grupları birleştirilmiştir. Bu kapsamda 4 yıllık fakülte, 6 yıllık fakülte, yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık grupları birleştirilerek lisans ve lisansüstü grubu oluşturulmuştur. Sonrasında katılımcıların alturistik liderlik ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin hekim hemşire iş birliği, lider üye etkileşimi ve bu iki değişkenin alt boyutlarına ait değerlendirmelerini etkileyip etkilemediğini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen çoklu regresyon analizi sonuçlarına yer verilmektedir.

#### 5.3.1. Hekim ve Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Alturistik Liderlik Algılarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Bu başlıkta araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum vb. bireysel özelliklerine göre alturistik liderlik puanlarının istatistiksel olarak farklılıklar gösterip göstermediği ortaya koyulmuştur.

**Tablo 9. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi**

Alturistik Liderlik Alt Boyutları	Cinsiyet	Ort.	SS	t	p
Empati Kurarak Yardım Etme	Kadın	3,77	0,83	-0,434	0,665
	Erkek	3,83	0,83		
Fedakârca Davranışlar Sergileme	Kadın	3,55	0,94	-1,210	0,228
	Erkek	3,73	0,95		
Genel Alturistik Liderlik	Kadın	3,72	0,75	-0,730	0,467
	Erkek	3,80	0,78		

Tablo 9’da araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre alturistik liderlik puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına

göre hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alguları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{1a}$  hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Yaşlarına Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi**

Alturistik Liderlik Alt Boyutları	Yaş	Ort.	SS	F	p
Empati Kurarak Yardım Etme	$\leq 25$	3,84	0,80	1,195	0,305
	26-36	3,87	0,78		
	$\geq 37$	3,66	0,91		
Fedakârca Davranışlar Sergileme	$\leq 25$	3,59	0,94	0,265	0,767
	26-36	3,68	0,94		
	$\geq 37$	3,56	0,97		
Genel Alturistik Liderlik	$\leq 25$	3,77	0,77	1,039	0,356
	26-36	3,82	0,70		
	$\geq 37$	3,64	0,81		

Tablo 10’da araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre alturistik liderlik puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alguları ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{1b}$  hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi**

Alturistik Liderlik Alt Boyutları	Medeni Durum	Ort.	SS	t	p
Empati Kurarak Yardım Etme	Bekâr	3,90	0,77	1,735	0,084
	Evli	3,70	0,87		
Fedakârca Davranışlar Sergileme	Bekâr	3,56	1,00	-0,725	0,469
	Evli	3,66	0,91		
Genel Alturistik Liderlik	Bekâr	3,82	0,72	1,184	0,238
	Evli	3,69	0,79		

Tablo 11’de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına göre alturistik liderlik puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik puanları ile medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{1c}$  hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi**

Alturistik Liderlik Alt Boyutları	Eğitim Durumu	Ort.	SS	F	p
Empati Kurarak Yardım Etme	Lise	3,99	0,77	7,577	<b>0,001</b>
	Ön lisans	3,85	0,90		
	Lisans ve Lisansüstü	3,49	0,80		
Fedakârca Davranışlar Sergileme	Lise	3,61	0,96	0,238	0,788
	Ön lisans	3,71	1,08		
	Lisans ve Lisansüstü	3,57	0,87		
Genel Alturistik Liderlik	Lise	3,89	0,71	5,321	<b>0,006</b>
	Ön lisans	3,81	0,88		
	Lisans ve Lisansüstü	3,51	0,73		

Tablo 12’de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin eğitim durumlarına göre alturistik liderlik puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre genel alturistik liderlik ( $F=5,321$ ;  $p<0,05$ ) ve empati kurarak yardım etme alt boyutunun ( $F=7,577$ ;  $p<0,05$ ) eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya koyulmuştur. Hekim ve hemşirelerin genel alturistik liderlik puanları ve empati kurarak yardım etme alt boyutu puanları incelendiğinde en yüksek puanın lise mezunlarına, en düşük puanın ise lisans ve lisansüstü mezunlarına ait olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan  $H_{1d}$  hipotezi, empati kurarak yardım etme boyutu ve genel alturistik liderlik için kabul edilmiştir.

**Tablo 13. Eğitim Durumuna Göre Alturistik Liderlik Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Alturistik Liderlik Alt Boyutları	Eğitim Durumu (I)	Eğitim Durumu (J)	Ortalama Farkı (I-J)	SS	p
Empati Kurarak Yardım Etme	Lise	Önlisans	0,136	0,166	0,714
		Lisans ve Lisansüstü	0,495*	0,128	<b>0,001</b>
	Önlisans	Lise	-0,136	0,166	0,714
		Lisans ve Lisansüstü	0,359	0,174	0,122
	Lisans ve Lisansüstü	Lise	-0,495*	0,128	<b>0,001</b>
		Önlisans	-0,359	0,174	0,122

**Tablo 13. Eğitim Durumuna Göre Alturistik Liderlik Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları (Devamı)**

Alturistik Liderlik Alt Boyutları	Eğitim Durumu (I)	Eğitim Durumu (J)	Ortalama Farkı (I-J)	SS	p
Genel Alturistik Liderlik	Lise	Önlisans	0,077	0,154	0,881
		Lisans ve Lisansüstü	0,382*	0,119	<b>0,007</b>
	Önlisans	Lise	-0,077	0,154	0,881
		Lisans ve Lisansüstü	0,305	0,162	0,172
	Lisans ve Lisansüstü	Lise	-0,382*	0,119	<b>0,007</b>
		Önlisans	-0,305	0,162	0,172

Gruplar arası farklılığın hangi mezun kategorisinden kaynaklandığını bulmak amacıyla Scheffe testine başvurulmuştur. Tablo 13'te görüleceği üzere empati kurarak yardım etme puanlarına yönelik olarak, lise mezunlarının grup ortalamaları ile lisans ve lisansüstü (0,49±0,13) grup ortalama puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Genel alturistik liderlik puanlarına yönelik olarak, lise mezunlarının grup ortalamaları ile lisans ve lisansüstü (0,38±0,12) grup ortalama puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 14. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Hastanedeki Görevlerine Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi**

Alturistik Liderlik Alt Boyutları	Hastanedeki Görev	Ort.	SS	t	p
Empati Kurarak Yardım Etme	Hekim	3,48	0,80	-3,401	<b>0,001</b>
	Hemşire	3,92	0,81		
Fedakârca Davranışlar Sergileme	Hekim	3,56	0,89	-0,464	0,644
	Hemşire	3,63	0,97		
Genel Alturistik Liderlik	Hekim	3,50	0,75	-2,901	<b>0,004</b>
	Hemşire	3,85	0,75		

Tablo 14'te araştırma katılımcılarının hastanedeki görevlerine göre alturistik liderlik puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre genel alturistik liderlik puanları ve empati kurarak yardım etme alt boyutu puanlarının katılımcıların hastanedeki görevlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin hem alturistik liderlik hem de empati kurarak yardım etmeye ilişkin puanları hekimlere kıyasla daha yüksektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda,

kurulan  $H_{1e}$  hipotezi, empati kurarak yardım etme boyutu ve genel alturistik liderlik için kabul edilmiştir.

**Tablo 15. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Sağlık Sektöründeki Toplam Çalışma Sürelerine Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi**

Alturistik Liderlik Alt Boyutları	Çalışma Süresi	Ort.	SS	F	p
Empati Kurarak Yardım Etme	≤ 5 yıl	3,82	0,70	0,288	0,750
	6-14 yıl	3,82	0,92		
	≥ 15 yıl	3,72	0,86		
Fedakârca Davranışlar Sergileme	≤ 5 yıl	3,63	0,87	0,144	0,866
	6-14 yıl	3,56	1,02		
	≥ 15 yıl	3,65	0,96		
Genel Alturistik Liderlik	≤ 5 yıl	3,77	0,69	0,139	0,870
	6-14 yıl	3,76	0,80		
	≥ 15 yıl	3,70	0,80		

Tablo 15'te araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin sağlık sektöründeki toplam çalışma sürelerine göre alturistik liderlik puanlarını karşılaştıran ANOVA sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik puanları ile sağlık sektöründeki toplam çalışma süreleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{1f}$  hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 16. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Liderlik Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Alturistik Liderlik Puanlarının Değerlendirilmesi**

Alturistik Liderlik Alt Boyutları	Liderlik Eğitimi	Ort.	SS	t	p
Empati Kurarak Yardım Etme	Evet	3,83	1,04	0,358	0,721
	Hayır	3,78	0,77		
Fedakârca Davranışlar Sergileme	Evet	3,53	1,12	-0,637	0,525
	Hayır	3,63	0,90		
Genel Alturistik Liderlik	Evet	3,76	0,93	0,094	0,925
	Hayır	3,74	0,72		

Tablo 16'da araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin liderlik konusunda eğitim almalarına göre alturistik liderlik puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer

verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre hekim ve hemşirelerin altüstistik liderlik puanları ile liderlik konusunda eğitim almaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{1g}$  hipotezi reddedilmiştir.

### 5.3.2. Hekim ve Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Hekim Hemşire İş Birliğine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Bu başlıkta araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum vb. bireysel özelliklerine göre hekim hemşire iş birliği puanlarının istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği tartışılmıştır.

**Tablo 17. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi**

Hekim Hemşire İş Birliği Alt Boyutları	Cinsiyet	Ort.	SS	t	p
Ortak Eğitim ve İş Birliği	Kadın	4,22	0,58	0,731	0,466
	Erkek	4,15	0,58		
Tedaviye Karşı Bakım	Kadın	4,02	0,75	2,421	<b>0,016</b>
	Erkek	3,74	0,81		
Hemşire Otonomisi	Kadın	4,32	0,62	0,004	0,997
	Erkek	4,32	0,56		
Hekim Otoritesi	Kadın	3,53	1,01	2,099	<b>0,037</b>
	Erkek	3,17	1,28		
Genel Hekim Hemşire İş Birliği	Kadın	4,12	0,50	1,636	0,103
	Erkek	3,99	0,54		

Tablo 17’de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre hekim hemşire iş birliği puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre tedaviye karşı bakım ve hekim otoritesi alt boyutlarına ait puanların hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Kadın katılımcıların hem tedaviye karşı bakım hem de hekim otoritesine ilişkin puanları erkek katılımcılara kıyasla daha yüksektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan  $H_{2a}$  hipotezi, tedaviye karşı bakım ve hekim otoritesi boyutları için kabul edilmiştir.



**Tablo 18. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Yaşlarına Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi**

Hekim Hemşire İş Birliği Alt Boyutları	Yaş	Ort.	SS	F	p
Ortak Eğitim ve İş Birliği	≤ 25	4,20	0,68	0,011	0,990
	26-36	4,19	0,39		
	≥ 37	4,20	0,64		
Tedaviye Karşı Bakım	≤ 25	4,00	0,84	1,232	0,294
	26-36	3,98	0,73		
	≥ 37	3,80	0,77		
Hemşire Otonomisi	≤ 25	4,28	0,77	0,351	0,704
	26-36	4,31	0,49		
	≥ 37	4,37	0,52		
Hekim Otoritesi	≤ 25	3,67	1,01	3,987	<b>0,020</b>
	26-36	3,13	1,14		
	≥ 37	3,45	1,13		
Genel Hekim Hemşire İş Birliği	≤ 25	4,13	0,62	0,490	0,614
	26-36	4,04	0,40		
	≥ 37	4,07	0,52		

Tablo 18’de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre hekim hemşire iş birliği puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına hekim otoritesi alt boyutunun ( $F=3,987$ ;  $p<0,05$ ) yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya konulmuştur. Hekim ve hemşirelerin hekim otoritesi alt boyutu puanlarına bakıldığında en yüksek puanın 25 altı yaş grubuna, en düşük puanın ise 26-36 yaş grubuna ait olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan  $H_{2b}$  hipotezi, hekim otoritesi boyutu için kabul edilmiştir.

**Tablo 19. Yaşa Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Hekim Hemşire İş Birliği Alt Boyutları	Yaş (I)	Yaş (J)	Ortalama Farkı (I-J)	SS	p
Hekim Otoritesi	≤ 25	26-36	0,540*	0,193	<b>0,021</b>
		≥ 37	0,223	0,196	0,526
	26-36	≤ 25	-0,540*	0,193	<b>0,021</b>
		≥ 37	-0,317	0,193	0,263
	≥ 37	≤ 25	-0,223	0,196	0,526
		26-36	0,317	0,193	0,263

Gruplar arası farklılığın hangi yaş kategorisinden kaynaklandığını bulmak amacıyla Scheffe testine başvurulmuştur. Tablo 19’da görüleceği üzere hekim otoritesi puanlarına yönelik olarak, 25 yaş altı grup ortalamaları ile 26-36 yaş ( $0,54\pm 0,19$ ) grup ortalama puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 20. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi**

Hekim Hemşire İş Birliği Alt Boyutları	Medeni Durum	Ort.	SS	t	p
Ortak Eğitim ve İş Birliği	Bekâr	4,30	0,51	2,306	<b>0,022</b>
	Evli	4,11	0,61		
Tedaviye Karşı Bakım	Bekâr	4,07	0,72	2,282	<b>0,024</b>
	Evli	3,81	0,82		
Hemşire Otonomisi	Bekâr	4,37	0,57	1,128	0,261
	Evli	4,27	0,63		
Hekim Otoritesi	Bekâr	3,55	1,04	1,497	0,136
	Evli	3,30	1,16		
Genel Hekim Hemşire İş Birliği	Bekâr	4,18	0,46	2,645	<b>0,009</b>
	Evli	3,99	0,54		

Tablo 20’de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına göre hekim hemşire iş birliği puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre genel hekim iş birliği puanları, ortak eğitim ve iş birliği ve tedaviye karşı bakım alt boyutlarına ait puanların hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına göre anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bekâr katılımcıların her üç boyuta ilişkin puanları evli katılımcılara kıyasla daha yüksektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan  $H_{2c}$  hipotezi, ortak eğitim ve iş birliği ile tedaviye karşı bakım alt boyutları ve genel hekim hemşire iş birliği için kabul edilmiştir.

**Tablo 21. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi**

Hekim Hemşire İş Birliği Alt Boyutları	Eğitim Durumu	Ort.	SS	F	p
Ortak Eğitim ve İş Birliği	Lise	4,22	0,62	0,570	0,567
	Ön lisans	4,24	0,43		
	Lisans ve Lisansüstü	4,13	0,57		
Tedaviye Karşı Bakım	Lise	4,06	0,71	5,146	<b>0,007</b>
	Ön lisans	4,04	0,73		
	Lisans ve Lisansüstü	3,69	0,85		
Hemşire Otonomisi	Lise	4,29	0,62	0,538	0,585
	Ön lisans	4,42	0,51		
	Lisans ve Lisansüstü	4,31	0,63		
Hekim Otoritesi	Lise	3,55	1,05	4,216	<b>0,016</b>
	Ön lisans	3,66	0,95		
	Lisans ve Lisansüstü	3,10	1,21		
Genel Hekim Hemşire İş Birliği	Lise	4,13	0,53	2,834	0,061
	Ön lisans	4,17	0,39		
	Lisans ve Lisansüstü	3,96	0,54		

Tablo 21’de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin eğitim durumlarına göre hekim hemşire iş birliği puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına tedaviye karşı bakım ( $F=5,146$ ;  $p<0,05$ ) ve hekim otoritesi alt boyutunun ( $F=4,216$ ;  $p<0,05$ ) eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya koyulmuştur. Hekim ve hemşirelerin tedaviye karşı bakım alt boyutu puanlarına bakıldığında en yüksek puanın lise mezunlarına, en düşük puanın ise lisans ve lisansüstü mezunlarına ait olduğu görülmektedir. Hekim ve hemşirelerin hekim otoritesi alt boyutu puanlarına bakıldığında en yüksek puanın ön lisans mezunlarına, en düşük puanın ise lisans ve lisansüstü mezunlarına ait olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan  $H_{2d}$  hipotezi, tedaviye karşı bakım ve hekim otoritesi boyutları için kabul edilmiştir.

**Tablo 22. Eğitim Durumuna Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Hekim Hemşire İş Birliği Alt Boyutları	Eğitim Durumu (I)	Eğitim Durumu (J)	Ortalama Farkı (I-J)	SS	p
Tedaviye Karşı Bakım	Lise	Ön lisans	0,021	0,159	0,991
		Lisans ve Lisansüstü	0,377*	0,123	<b>0,010</b>
	Ön lisans	Lise	-0,021	0,159	0,991
		Lisans ve Lisansüstü	0,356	0,167	0,104
	Lisans ve Lisansüstü	Lise	-0,377*	0,123	<b>0,010</b>
		Ön lisans	-0,356	0,167	0,104
Hekim Otoritesi	Lise	Ön lisans	-0,108	0,227	0,893
		Lisans ve Lisansüstü	0,448*	0,175	<b>0,040</b>
	Ön lisans	Lise	0,108	0,227	0,893
		Lisans ve Lisansüstü	0,557	0,238	0,068
	Lisans ve Lisansüstü	Lise	-0,448*	0,175	<b>0,040</b>
		Ön lisans	-0,557	0,238	0,068

Gruplar arası farklılığın hangi mezun kategorisinden kaynaklandığını bulmak amacıyla Scheffe testine başvurulmuştur. Tablo 22’de görüleceği üzere tedaviye karşı bakım puanlarına yönelik olarak, lise mezunu grup ortalama puanları ile lisans ve lisansüstü ( $0,38 \pm 0,12$ ) grup ortalama puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Hekim otoritesi puanlarına yönelik olarak, lise mezunu grup ortalamaları ile lisans ve lisansüstü ( $0,45 \pm 0,18$ ) grup ortalama puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 23. Katılımcıların Hastanedeki Görevlerine Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi**

Hekim Hemşire İş Birliği Alt Boyutları	Hastanedeki Görev	Ort.	SS	t	p
Ortak Eğitim ve İş Birliği	Hekim	4,08	0,56	-1,813	0,071
	Hemşire	4,24	0,58		
Tedaviye Karşı Bakım	Hekim	3,54	0,84	-4,624	<b>&lt;0,001</b>
	Hemşire	4,09	0,70		
Hemşire Otonomisi	Hekim	4,30	0,58	-0,208	0,836
	Hemşire	4,32	0,62		
Hekim Otoritesi	Hekim	2,91	1,16	-4,185	<b>&lt;0,001</b>
	Hemşire	3,62	1,03		
Genel Hekim Hemşire İş Birliği	Hekim	3,88	0,52	-3,524	<b>0,001</b>
	Hemşire	4,16	0,50		

Tablo 23'te araştırma katılımcılarının hastanedeki görevlerine göre hekim hemşire iş birliği puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre genel hekim iş birliği puanları, tedaviye karşı bakım ve hekim otoritesi alt boyutlarına ait puanların katılımcıların hastanedeki görevlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin her üç boyuta ilişkin puanları hekimlere kıyasla daha yüksektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan  $H_{2c}$  hipotezi, tedaviye karşı bakım ile hekim otoritesi alt boyutları ve genel hekim hemşire iş birliği için kabul edilmiştir.

**Tablo 24. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Sağlık Sektöründeki Toplam Çalışma Sürelerine Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi**

Hekim Hemşire İş Birliği Alt Boyutları	Çalışma Süresi	Ort.	SS	F	p
Ortak Eğitim ve İş Birliği	≤ 5 yıl	4,22	0,50	0,462	0,631
	6-14 yıl	4,14	0,68		
	≥ 15 yıl	4,23	0,55		
Tedaviye Karşı Bakım	≤ 5 yıl	4,01	0,73	1,719	0,182
	6-14 yıl	3,99	0,83		
	≥ 15 yıl	3,78	0,78		
Hemşire Otonomisi	≤ 5 yıl	4,31	0,62	0,526	0,592
	6-14 yıl	4,27	0,67		
	≥ 15 yıl	4,38	0,51		
Hekim Otoritesi	≤ 5 yıl	3,40	1,16	0,965	0,383
	6-14 yıl	3,55	0,99		
	≥ 15 yıl	3,28	1,19		
Genel Hekim Hemşire İş Birliği	≤ 5 yıl	4,10	0,47	0,126	0,882
	6-14 yıl	4,07	0,58		
	≥ 15 yıl	4,06	0,50		

Tablo 24'te araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin sağlık sektöründeki toplam çalışma sürelerine göre hekim hemşire iş birliği puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre hekim ve hemşirelerin hekim hemşire iş birliği puanları ile sağlık sektöründeki toplam çalışma süreleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p > 0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{2f}$  hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 25. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Liderlik Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Hekim Hemşire İş Birliği Puanlarının Değerlendirilmesi**

Hekim Hemşire İş Birliği Alt Boyutları	Liderlik Eğitimi	Ort.	SS	t	p
Ortak Eğitim ve İş Birliği	Evet	4,40	0,39	2,547	<b>0,012</b>
	Hayır	4,14	0,61		
Tedaviye Karşı Bakım	Evet	4,06	0,81	1,171	0,243
	Hayır	3,90	0,78		
Hemşire Otonomisi	Evet	4,48	0,47	1,877	0,062
	Hayır	4,28	0,63		
Hekim Otoritesi	Evet	3,64	1,22	1,428	0,155
	Hayır	3,36	1,08		
Genel Hekim Hemşire İş Birliği	Evet	4,26	0,39	2,541	<b>0,012</b>
	Hayır	4,03	0,53		

Tablo 25’te araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin liderlik konusunda eğitim alma durumlarına göre hekim hemşire iş birliği puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre genel hekim iş birliği puanları ve ortak eğitim ve iş birliği alt boyutuna ait puanların hekim ve hemşirelerin liderlik konusunda eğitim alma durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Liderlik konusunda eğitim alan katılımcıların her iki boyuta ilişkin puanları liderlik konusunda eğitim almayan katılımcılara kıyasla daha yüksektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan  $H_{2g}$  hipotezi, ortak eğitim ve iş birliği ile genel hekim hemşire iş birliği için kabul edilmiştir.

### 5.3.3. Hekim ve Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Lider Üye Etkileşimine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Bu başlıkta araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum vb. bireysel özelliklerine göre lider üye etkileşimi puanlarının istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği tartışılmıştır.

**Tablo 26. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi**

Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutları	Cinsiyet	Ort.	SS	t	p
Katkı	Kadın	3,63	0,84	0,024	0,981
	Erkek	3,63	1,12		
Sadakat	Kadın	3,56	0,86	-1,021	0,308
	Erkek	3,69	0,91		
Duygusal Etkileşim	Kadın	4,12	0,78	0,393	0,695
	Erkek	4,07	0,93		
Profesyonel Saygı	Kadın	4,09	0,71	0,385	0,701
	Erkek	4,04	0,88		
Genel Lider Üye Etkileşimi	Kadın	3,85	0,63	-0,088	0,930
	Erkek	3,86	0,84		

Tablo 26’da araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre lider üye etkileşimi puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre hekim ve hemşirelerin lider üye etkileşimi puanları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{3a}$  hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 27. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Yaşlarına Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi**

Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutları	Yaş	Ort.	SS	F	p
Katkı	≤ 25	3,54	0,92	0,469	0,627
	26-36	3,69	0,96		
	≥ 37	3,66	0,94		
Sadakat	≤ 25	3,49	0,84	0,849	0,430
	26-36	3,68	0,97		
	≥ 37	3,63	0,81		
Duygusal Etkileşim	≤ 25	4,03	0,71	0,733	0,482
	26-36	4,20	0,89		
	≥ 37	4,07	0,87		
Profesyonel Saygı	≤ 25	4,09	0,64	2,349	0,098
	26-36	4,20	0,76		
	≥ 37	3,91	0,87		
Genel Lider Üye Etkileşimi	≤ 25	3,79	0,58	0,903	0,407
	26-36	3,94	0,77		
	≥ 37	3,82	0,75		

Tablo 27’de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre lider üye etkileşimi puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre hekim ve hemşirelerin lider üye etkileşimi puanları ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{3b}$  hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 28. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi**

Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutları	Medeni Durum	Ort.	SS	t	p
Katkı	Bekâr	3,63	0,94	0,003	0,997
	Evli	3,63	0,94		
Sadakat	Bekâr	3,56	0,86	-0,593	0,554
	Evli	3,63	0,89		
Duygusal Etkileşim	Bekâr	4,14	0,79	0,599	0,550
	Evli	4,07	0,86		
Profesyonel Saygı	Bekâr	4,24	0,60	2,749	<b>0,007</b>
	Evli	3,94	0,86		
Genel Lider Üye Etkileşimi	Bekâr	3,89	0,62	0,726	0,469
	Evli	3,82	0,77		

Tablo 28’de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına göre lider üye etkileşimi puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre profesyonel saygı alt boyutuna ait puanların hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bekâr katılımcıların profesyonel saygı alt boyutuna ilişkin puanları evli katılımcılara kıyasla daha yüksektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan  $H_{3c}$  hipotezi, profesyonel saygı boyutu için kabul edilmiştir.

**Tablo 29. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi**

Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutları	Eğitim Durumu	Ort.	SS	F	p
Katkı	Lise	3,70	0,78	0,521	0,595
	Önlisans	3,55	1,11		
	Lisans ve Lisansüstü	3,57	1,06		
Sadakat	Lise	3,64	0,84	0,528	0,590
	Önlisans	3,67	1,06		
	Lisans ve Lisansüstü	3,51	0,84		



**Tablo 29. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi (Devamı)**

Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutları	Eğitim Durumu	Ort.	SS	F	p
Duygusal Etkileşim	Lise	4,27	0,65	3,743	<b>0,025</b>
	Önlisans	3,98	1,07		
	Lisans ve Lisansüstü	3,93	0,89		
Profesyonel Saygı	Lise	4,17	0,57	3,142	0,045
	Önlisans	4,19	0,90		
	Lisans ve Lisansüstü	3,89	0,91		
Genel Lider Üye Etkileşimi	Lise	3,94	0,53	1,899	0,153
	Önlisans	3,85	0,90		
	Lisans ve Lisansüstü	3,73	0,81		

Tablo 29’da araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin eğitim durumlarına göre hekim lider üye etkileşimi puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre duygusal etkileşim ( $F=3,742$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutunun eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Hekim ve hemşirelerin duygusal etkileşim alt boyutu puanlarına bakıldığında en yüksek puanın lise mezunlarına, en düşük puanın ise lisans ve lisansüstü mezunlarına ait olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan  $H_{3d}$  hipotezi, duygusal etkileşim boyutu için kabul edilmiştir.

**Tablo 30. Eğitim Durumuna Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutları	Eğitim Durumu (I)	Eğitim Durumu (J)	Ortalama Farkı (I-J)	SS	p
Duygusal Etkileşim	Lise	Ön lisans	0,287	0,169	0,237
		Lisans ve Lisansüstü	0,335*	0,130	<b>0,038</b>
	Ön lisans	Lise	-0,287	0,169	0,237
		Lisans ve Lisansüstü	0,048	0,177	0,964
	Lisans ve Lisansüstü	Lise	-0,335*	0,130	<b>0,038</b>
		Ön lisans	-0,048	0,177	0,964

Gruplar arası farklılığın hangi mezun kategorisinden kaynaklandığını bulmak amacıyla Scheffe testine başvurulmuştur. Tablo 30’da görüleceği üzere duygusal etkileşim puanlarına yönelik olarak, lise mezunu grup ortalama puanları, lisans ve lisansüstü ( $0,34\pm 0,13$ ) grup ortalama puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 31. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Hastanedeki Görevlerine Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi**

Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutları	Hastanedeki Görev	Ort.	SS	t	p
Katki	Hekim	3,49	1,09	-1,311	0,192
	Hemşire	3,69	0,87		
Sadakat	Hekim	3,45	0,87	-1,571	0,118
	Hemşire	3,66	0,88		
Duygusal Etkileşim	Hekim	3,86	0,93	-2,613	<b>0,010</b>
	Hemşire	4,20	0,76		
Profesyonel Saygı	Hekim	3,83	0,90	-2,823	<b>0,005</b>
	Hemşire	4,17	0,69		
Genel Lider Üye Etkileşimi	Hekim	3,66	0,83	-2,458	<b>0,015</b>
	Hemşire	3,93	0,63		

Tablo 31’de araştırma katılımcılarının hastanedeki görevlerine göre lider üye etkileşimi puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre genel lider üye etkileşimi puanı, duygusal etkileşim alt boyutu puanı ve profesyonel saygı alt boyutuna ait puanların katılımcıların hastanedeki görevlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin her üç boyuta ilişkin puanları hekimlere kıyasla daha yüksektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan  $H_{3e}$  hipotezi, duygusal etkileşim, profesyonel saygı alt boyutları ve genel lider üye etkileşimi için kabul edilmiştir.

**Tablo 32. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Sağlık Sektöründeki Toplam Çalışma Sürelerine Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi**

Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutları	Çalışma Süresi	Ort.	SS	F	p
Katki	≤ 5 yıl	3,48	0,93	1,346	0,263
	6-14 yıl	3,70	0,92		
	≥ 15 yıl	3,73	0,96		
Sadakat	≤ 5 yıl	3,46	0,76	1,564	0,212
	6-14 yıl	3,73	1,00		
	≥ 15 yıl	3,62	0,85		
Duygusal Etkileşim	≤ 5 yıl	3,94	0,79	2,018	0,136
	6-14 yıl	4,23	0,83		
	≥ 15 yıl	4,14	0,84		

**Tablo 32. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Sağlık Sektöründeki Toplam Çalışma Sürelerine Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi (Devamı)**

Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutları	Çalışma Süresi	Ort.	SS	F	p
Profesyonel Saygı	≤ 5 yıl	4,08	0,66	0,590	0,555
	6-14 yıl	4,14	0,79		
	≥ 15 yıl	3,99	0,85		
Genel Lider Üye Etkileşimi	≤ 5 yıl	3,74	0,60	1,467	0,233
	6-14 yıl	3,95	0,73		
	≥ 15 yıl	3,87	0,77		

Tablo 32’de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin sağlık sektöründeki toplam çalışma sürelerine göre lider üye etkileşimi puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre hekim ve hemşirelerin lider üye etkileşimi puanları ile sağlık sektöründeki toplam çalışma süreleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{3f}$  hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 33. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hemşirelerin Liderlik Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Lider Üye Etkileşimi Puanlarının Değerlendirilmesi**

Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutları	Liderlik Eğitimi	Ort.	SS	t	p
Katkı	Evet	3,66	1,13	0,195	0,846
	Hayır	3,63	0,88		
Sadakat	Evet	3,61	1,07	0,049	0,961
	Hayır	3,60	0,82		
Duygusal Etkileşim	Evet	4,20	0,99	0,796	0,427
	Hayır	4,08	0,78		
Profesyonel Saygı	Evet	4,15	0,99	0,736	0,463
	Hayır	4,05	0,70		
Genel Lider Üye Etkileşimi	Evet	3,90	0,91	0,512	0,609
	Hayır	3,84	0,65		

Tablo 33’te araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin liderlik konusunda eğitim alma durumlarına göre lider üye etkileşimi puanlarını karşılaştıran t testi sonuçlarına yer verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre hekim ve hemşirelerin lider üye etkileşimi puanları ile liderlik konusunda eğitim alma durumları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{3g}$  hipotezi reddedilmiştir.

### 5.3.4. Hekim ve Hemşirelerin Alturistik Liderlik Algılarının Hekim Hemşire İş Birliği Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi

Bu başlıkta araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik algılarının hekim hemşire iş birliği ve alt boyutları üzerinde etkisi olup olmadığına yönelik çoklu regresyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 34. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Ortak Eğitim ve İş birliği Boyutu Üzerindeki Etkisi**

Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p	VIF
Sabit	3,576	0,206		17,329	<0,001	
Empati Kurarak Yardım Etme	0,156	0,056	0,224	2,796	<b>0,006</b>	1,281
Fedakârca Davranışlar Sergileme	0,007	0,049	0,012	0,152	0,879	1,281
R = 0,230	R <sup>2</sup> = 0,053					
F = 5,279	<b>p = 0,006</b>		Durbin Watson = 1,875			

Tablo 34'te araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutları olan empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme algılarının hekim hemşire iş birliği alt boyutu olan ortak eğitim ve iş birliği üzerindeki etkisini gösteren regresyon analizi sonucu yer almaktadır. İstatistiksel tahminler doğrultusunda modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F=5,279; p<0,05). Modele dâhil edilen alturistik liderlik alt boyutları, ortak eğitim ve iş birliği boyutundaki toplam varyansın %5,3'ünü açıklamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olan alt boyutun empati kurarak yardım etme olduğu görülmektedir (t=2,796; p<0,05). Bu durumda hekim ve hemşirelerin empati kurarak yardım etme boyutuna ilişkin algılarının yükselmesi ortak eğitim ve iş birliğine olan eğilimlerini artırmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, kurulan H<sub>4a</sub> hipotezi yalnızca empati kurarak yardım etme boyutu için kısmen kabul edilmiştir.

**Tablo 35. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Tedaviye Karşı Bakım Boyutu Üzerindeki Etkisi**

Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p	VIF
Sabit	2,828	0,275		10,269	<0,001	
Empati Kurarak Yardım Etme	0,231	0,074	0,245	3,103	<b>0,002</b>	1,281
Fedakârca Davranışlar Sergileme	0,062	0,065	0,075	0,951	0,343	1,281
R = 0,288	R <sup>2</sup> = 0,083					
F = 8,520	<b>p &lt; 0,001</b>		Durbin Watson = 1,862			

Tablo 35'te araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutları olan empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme algılarının hekim hemşire iş birliği alt boyutu olan tedaviye karşı bakım üzerindeki etkisini gösteren regresyon analizi sonucu yer almaktadır. İstatistiksel tahminler doğrultusunda modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F=8,520; p<0,05). Modele dâhil edilen alturistik liderlik alt boyutları, tedaviye karşı bakım boyutundaki toplam varyansın %8,3'ünü açıklamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olan alt boyutun empati kurarak yardım etme olduğu görülmektedir (t=3,103; p<0,05). Bu durumda hekim ve hemşirelerin empati kurarak yardım etme boyutuna ilişkin algılarının yükselmesi tedaviye karşı bakım boyutuna ilişkin algılarını artırmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, kurulan H<sub>4b</sub> hipotezi yalnızca empati kurarak yardım etme boyutu için kısmen kabul edilmiştir.

**Tablo 36. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Hemşire Otonomisi Boyutu Üzerindeki Etkisi**

Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p	VIF
Sabit	4,028	0,220		18,270	<0,001	
Empati Kurarak Yardım Etme	0,077	0,060	0,105	1,285	0,200	1,281
Fedakârca Davranışlar Sergileme	0,000	0,052	0,000	-0,005	0,996	1,281
R = 0,105	R <sup>2</sup> = 0,011					
F = 1,054	p = 0,351		Durbin Watson = 1,972			

Tablo 36'da araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutları olan empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme algılarının hekim hemşire iş birliği alt boyutu hemşire otonomisine etkisini gösteren regresyon analizi

sonucu yer almaktadır. İstatistiksel tahminler doğrultusunda modelin anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{4c}$  hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 37. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Hekim Otoritesi Boyutu Üzerindeki Etkisi**

Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p	VIF
Sabit	3,270	0,408		8,019	<0,001	
Empati Kurarak Yardım Etme	0,123	0,110	0,092	1,116	0,266	1,281
Fedakârca Davranışlar Sergileme	-0,089	0,097	-0,076	-0,925	0,356	1,281
R = 0,087	R <sup>2</sup> = 0,008					
F = 0,726	p = 0,485		Durbin Watson = 1,499			

Tablo 37’de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutları olan empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme algılarının hekim hemşire iş birliği alt boyutu olan hekim otoritesine etkisini gösteren regresyon analizi sonucu yer almaktadır. İstatistiksel tahminler doğrultusunda modelin anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla kurulan  $H_{4d}$  hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 38. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Genel Hekim Hemşire İş Birliği Üzerindeki Etkisi**

Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p	VIF
Sabit	3,481	0,184		18,936	<0,001	
Empati Kurarak Yardım Etme	0,155	0,050	0,248	3,110	<b>0,002</b>	1,281
Fedakârca Davranışlar Sergileme	0,003	0,044	0,005	0,062	0,950	1,281
R = 0,250	R <sup>2</sup> = 0,063					
F = 6,313	<b>p = 0,002</b>		Durbin Watson = 1,828			

Tablo 38’te araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutları olan empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme algılarının genel hekim hemşire iş birliğine etkisini gösteren regresyon analizi sonucu yer almaktadır. İstatistiksel tahminler doğrultusunda modelin anlamlı olduğu görülmektedir ( $F=6,313$ ;  $p<0,05$ ). Modele dâhil edilen alturistik liderlik alt boyutları, genel hekim hemşire iş birliği boyutundaki toplam varyansın %6,3’ünü açıklamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olan alt boyutun empati kurarak yardım etme olduğu görülmektedir ( $t=3,110$ ;  $p<0,05$ ). Bu durumda hekim ve hemşirelerin empati kurarak yardım etme

boyutuna ilişkin algılarının yükselmesi genel hekim hemşire iş birliğine olan eğilimlerini artırmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda H<sub>4e</sub> hipotezi, empati kurarak yardım etme boyutu için kısmen kabul edilmiştir.

### 5.3.5. Hekim ve Hemşirelerin Alturistik Liderlik Algılarının Lider Üye Etkileşimi Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi

Bu başlıkta araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik algılarının lider üye etkileşimi ve alt boyutları üzerinde etkisi olup olmadığına yönelik çoklu regresyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 39. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Katkı Boyutu Üzerindeki Etkisi**

Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p	VIF
Sabit	1,271	0,296		4,299	<0,001	
Empati Kurarak Yardım Etme	0,471	0,080	0,416	5,888	<0,001	1,281
Fedakârca Davranışlar Sergileme	0,160	0,070	0,161	2,280	<b>0,024</b>	1,281
R = 0,512	R <sup>2</sup> = 0,262					
F = 33,600	<b>p&lt;0,001</b>		Durbin Watson = 1,876			

Tablo 39’da araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutları olan empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme algılarının lider üye etkileşimi alt boyutu olan katkıya etkisini gösteren regresyon analizi sonucu yer almaktadır. İstatistiksel tahminler doğrultusunda modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F=33,600; p<0,05). Modele dâhil edilen alturistik liderlik alt boyutları, katkı boyutundaki toplam varyansın %26,2’sini açıklamaktadır. Empati kurarak yardım etme (t=5,888; p<0,05) ve fedakârca davranışlar sergileme (t=2,280; p<0,05) olmak üzere her iki alt boyutun da istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu durumda hekim ve hemşirelerin empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme eğilimleri arttıkça katkı boyutuna olan eğilimleri artmaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına ( $\beta$ ) göre, yordayıcı değişkenlerin katkı boyutu üzerindeki önem sırası; empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme boyutları şeklindedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan H<sub>5a</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 40. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Sadakat Boyutu Üzerindeki Etkisi**

Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p	VIF
Sabit	1,091	0,262		4,165	<0,001	
Empati Kurarak Yardım Etme	0,489	0,071	0,463	6,908	<0,001	1,281
Fedakârca Davranışlar Sergileme	0,181	0,062	0,196	2,921	<b>0,004</b>	1,281
R = 0,581	R <sup>2</sup> = 0,338					
F = 48,144	<b>p&lt;0,001</b>		Durbin Watson = 1,643			

Tablo 40'ta araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutları olan empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme algılarının lider üye etkileşimi alt boyutu olan sadakate etkisini gösteren regresyon analizi sonucu yer almaktadır. İstatistiksel tahminler doğrultusunda modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F=48,144; p<0,05). Modele dâhil edilen alturistik liderlik alt boyutları, sadakat boyutundaki toplam varyansın %33,8'ini açıklamaktadır. Empati kurarak yardım etme (t=6,908; p<0,05) ve fedakârca davranışlar sergileme (t=2,921; p<0,05) olmak üzere her iki alt boyutun da istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu durumda hekim ve hemşirelerin empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme eğilimleri arttıkça sadakat boyutuna olan eğilimleri artmaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına ( $\beta$ ) göre, yordayıcı değişkenlerin sadakat boyutu üzerindeki önem sırası; empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme boyutları şeklindedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kurulan H<sub>5b</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 41. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Duygusal Etkileşim Boyutu Üzerindeki Etkisi**

Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p	VIF
Sabit	1,428	0,225		6,340	<0,001	
Empati Kurarak Yardım Etme	0,600	0,061	0,601	9,844	<0,001	1,281
Fedakârca Davranışlar Sergileme	0,111	0,053	0,127	2,079	<b>0,039</b>	1,281
R = 0,670	R <sup>2</sup> = 0,449					
F = 77,123	<b>p&lt;0,001</b>		Durbin Watson = 1,880			

Tablo 41'de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutları olan empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme algılarının lider üye etkileşimi alt boyutu olan duygusal etkileşime etkisini gösteren regresyon analizi



sonucu yer almaktadır. İstatistiksel tahminler doğrultusunda modelin anlamlı olduğu görülmektedir ( $F=77,123$ ;  $p<0,05$ ). Modele dâhil edilen alturistik liderlik alt boyutları, duygusal etkileşim boyutundaki toplam varyansın %44,9'unu açıklamaktadır. Empati kurarak yardım etme ( $t=9,844$ ;  $p<0,05$ ) ve fedakârca davranışlar sergileme ( $t=2,079$ ;  $p<0,05$ ) olmak üzere her iki alt boyutun da istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu durumda hekim ve hemşirelerin empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme eğilimleri arttıkça duygusal etkileşim boyutuna olan eğilimleri artmaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına ( $\beta$ ) göre, yordayıcı değişkenlerin duygusal etkileşim boyutu üzerindeki önem sırası; empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme boyutları şeklindedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, kurulan  $H_{5c}$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 42. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Profesyonel Saygı Boyutu Üzerindeki Etkisi**

Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p	VIF
Sabit	1,912	0,225		8,502	<0,001	
Empati Kurarak Yardım Etme	0,545	0,061	0,588	8,961	<0,001	1,281
Fedakârca Davranışlar Sergileme	0,026	0,053	0,032	0,490	0,625	1,281
R = 0,604		R <sup>2</sup> = 0,365				
F = 54,230		p<0,001		Durbin Watson = 1,805		

Tablo 42'de araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutları olan empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme algılarının lider üye etkileşimi alt boyutu olan profesyonel saygıya etkisini gösteren regresyon analizi sonucu yer almaktadır. İstatistiksel tahminler doğrultusunda modelin anlamlı olduğu görülmektedir ( $F=54,230$ ;  $p<0,05$ ). Modele dâhil edilen alturistik liderlik alt boyutları, profesyonel saygı boyutundaki toplam varyansın %36,5'ini açıklamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olan alt boyutun empati kurarak yardım etme olduğu görülmektedir ( $t=8,961$ ;  $p<0,05$ ). Bu durumda, hekim ve hemşirelerin empati kurarak yardım etme eğilimleri arttıkça profesyonel saygı boyutuna olan eğilimlerini artırmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, kurulan  $H_{5d}$  hipotezi sadece empati kurarak yardım etme boyutu için kısmen kabul edilmiştir.

**Tablo 43. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Genel Lider Üye Etkileşimi Üzerindeki Etkisi**

Değişkenler	B	Standart Hata	$\beta$	t	p	VIF
Sabit	1,426	0,184		7,768	<0,001	
Empati Kurarak Yardım Etme	0,526	0,050	0,618	10,602	<0,001	1,281
Fedakârca Davranışlar Sergileme	0,119	0,043	0,160	2,749	<b>0,007</b>	1,281
R = 0,707		R <sup>2</sup> = 0,500				
F = 94,341		<b>p&lt;0,001</b>		Durbin Watson = 1,858		

Tablo 43'te araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutları olan empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme algılarının genel lider üye etkileşimine etkisini gösteren regresyon analizi sonucu yer almaktadır. İstatistiksel tahminler doğrultusunda modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F=94,341; p<0,05). Modele dâhil edilen alturistik liderlik alt boyutları, genel lider üye etkileşimindeki toplam varyansın %50'sini açıklamaktadır. Empati kurarak yardım etme (t=10,602; p<0,05) ve fedakârca davranışlar sergileme (t=2,749; p<0,05) olmak üzere her iki alt boyutun da istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Standardize edilmiş regresyon katsayısına ( $\beta$ ) göre, yordayıcı değişkenlerin genel lider üye etkileşimi üzerindeki önem sırası; empati kurarak yardım etme ve fedâkarca davranışlar sergileme boyutları şeklindedir. Bu durumda hekim ve hemşirelerin empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme eğilimleri arttıkça genel lider üye etkileşimine olan eğilimleri artmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda H<sub>5c</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

## BÖLÜM 6: TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik algılarının hekim hemşire iş birliği algıları ve lider üye etkileşimi algıları üzerinde etkisi olup olmadığını araştırmaktır. Bunun yanında hekim ve hemşirelerin bireysel özelliklerinin alturistik liderlik, hekim hemşire iş birliği ve lider üye etkileşimi algıları üzerinde farklılık yaratıp yaratmadığı da incelenmiştir. Bu kapsamda Ankara'da bir vakıf üniversitesine bağlı eğitim araştırma hastanesinde görev yapmakta olan hekim ve hemşirelerden elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Araştırmanın bu bölümünde söz konusu bulgulara ilişkin değerlendirmeler yer almaktadır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hekim ve hemşirelerin Alturistik Liderlik Ölçeği'ne verdikleri puanların ortalaması 3,75'tir. Alturistik liderlik boyutlarına bakıldığında empati kurarak yardım etme alt boyutu 3,79; fedakârca davranışlar sergileme alt boyutu ise 3,61 ortalamaya sahiptir. Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik algılarının orta seviyenin üzerinde olduğu görülmektedir. Alturizm tıbbi uygulamaların ve sağlık profesyonellerinin temel bir özelliğidir (Çakmak vd., 2019: 792; Feldman, 2017: 719; McGaghie, 2002: 374; Marcia vd., 2000: 42). Bu bağlamda araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik algılarının yüksek olması beklenmektedir. Fakat literatür incelendiğinde sağlık profesyonellerinin alturistik liderlik algılarının genellikle orta düzeyde tespit edildiği görülmektedir. Salas-Vallina ve arkadaşları (2018) tarafından İspanya kamu hastanelerinde çalışan 324 hemşire üzerinde gerçekleştirilen araştırma sonucunda hemşirelerin alturistik liderlik algılarının 3,46 ile orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Benzer bir şekilde Myrvang (2021) tarafından 199 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirilen araştırmada sağlık çalışanlarının alturistik liderlik algılarının 3,42 ile orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin Hekim Hemşire İş Birliği Ölçeği'ne verdikleri puanların ortalaması 4,08'dir. Bu doğrultuda, katılımcıların hekim hemşire iş birliğine yatkın oldukları öne sürülebilir. Bu durumun, sağlık hizmeti sunumu sürecinin tek bir sağlık profesyoneli grubu tarafından gerçekleştirilmesinin söz konusu olmaması ve sağlık hizmeti sunumunun, farklı role sahip birçok sağlık çalışanının katılım

sağladığı bir iş birliği sürecine dayanıyor olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında 4,32 ile hemşire otonomisi en yüksek ortalamaya sahiptir. Bu boyutu sırasıyla 4,19 ortalama ile ortak eğitim ve iş birliği; 3,93 ortalama ile tedaviye karşı bakım ve 3,41 ile hekim otoritesi alt boyutları izlemektedir. Benzer bir şekilde, Japonya’da gerçekleştirilen bir araştırmada (Onishi vd., 2013) hekim ve hemşirelerin hemşire otonomisi boyutuna dair puanlamaları en yüksek ortalamaya sahip iken hekim otoritesi boyutu en düşük ortalamaya sahiptir.

Katılımcıların Lider Üye Etkileşimi Ölçeği’ne verdikleri puanların ortalaması 3,85’tir. Bu ölçekte en yüksek ortalamaya sahip alt boyut 4,10 ile duygusal etkileşimdir. Ölçekteki diğer alt boyutlara bakıldığında profesyonel saygı için 4,07; katkı için 3,63; sadakat için 3,60 ortalama puanlar görülmektedir. Yine başka bir çalışmada (Ürek, 2015) lider üye etkileşimine ilişkin ortalamalara bakıldığında en yüksek ortalama duygusal etkileşim boyutuna, en düşük ortalama ise sadakat boyutuna aittir. Sadakat boyutu liderin üye ile arasındaki bağlılığı temsil etmektedir. Liderler sorumluluk gerektiren görevlerde bağlılığı yüksek üyeleri tercih etmektedirler (Uğurluoğlu vd., 2013: 3). Sağlık kurumlarının çalışanların sorumluluklarını titizlikle yerine getirmesi gereken, hassas ve kritik görevlerin yürütüldüğü kurumlar olması nedeniyle lider ve üye arasındaki bağlılığın yüksek olması arzulanan bir durumdur.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının alturistik liderlik ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri bireysel özelliklerine göre incelendiğinde eğitim durumu ve hastanedeki görev dışındaki değişkenlerin (cinsiyet, yaş, medeni durum, sağlık sektöründeki toplam çalışma süresi ve liderlik konusunda eğitim alma durumu) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği tespit edilmiştir. Benzer bir şekilde 3262 öğretmen üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada (Karahalilöz, 2021) katılımcıların cinsiyet, yaş ve çalışma süreleri açısından alturistik liderliğe dair ortalamaları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. 396 hemşire üzerinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada (Mansur ve Uysal, 2021) katılımcıların yaş ve cinsiyetleri bakımından alturistik liderliğe ilişkin ortalamaları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ortaya koyulmuştur. Uçar ve arkadaşları (2021) 132 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada

katılımcıların yaş, cinsiyet ve medeni durumları açısından alturistik liderliğe dair ortalamaları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu kapsamda çalışmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki bulgular uyum göstermektedir. Katılımcıların alturistik liderliğe dair puanlamaları liderlik konusunda eğitim alma durumlarına göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde katılımcıların liderlik eğitimi alma durumlarını sorgulayan herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Katılımcıların alturistik liderliğe dair puanlamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde, lise mezunu katılımcıların empati kurarak yardım etme ve genel alturistik liderlik boyutlarına ilişkin ortalamalarının lisans ve lisansüstü mezunu katılımcılara kıyasla yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu durum liderin sergilediği alturistik özelliklerin lise mezunları tarafından daha yüksek seviyede algılanırken lisans ve lisansüstü mezunlarca daha düşük seviyede algılandığını göstermektedir. Benzer bir şekilde hemşireler üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada da (Mansur ve Uysal, 2021) lisans mezunu katılımcıların alturistik liderliğe ilişkin ortalamalarının ön lisans mezunu katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Öğretmenler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada (Karahalilöz, 2021) ise katılımcıların eğitim durumları açısından alturistik liderliğe dair ortalamaları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların alturistik liderliğe dair puanlamaları hastanedeki görevlerine göre incelendiğinde, hemşirelerin empati kurarak yardım etme ve genel alturistik liderlik boyutlarına ilişkin ortalamalarının hekimlere kıyasla yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu durum, liderin sergilediği alturistik davranışların hemşireler tarafından daha yüksek seviyede algılanırken hekimler tarafından daha düşük seviyede algılandığını göstermektedir. Ortaya çıkan farkın, kurumdaki hekim ve hemşirelerin bağlı oldukları liderlerin yönetim tarzındaki farklılıklardan kaynaklandığı öne sürülebilir. Benzer bir şekilde sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada (Uçar vd., 2021) katılımcıların hastanedeki görevleri açısından alturistik liderliğe ilişkin ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Fakat bu

çalışmadan elde edilen bulgulara zıt olarak Uçar ve arkadaşları hekimlerin alturistik liderliğe ilişkin ortalamalarını hemşirelere kıyasla daha yüksek bulmuşlardır. Elde edilen bulgular zıt nitelikte olsa da tespit edilen farklılığa neden olabilecek sebep olarak öne sürülen liderlerin yönetim stillerindeki farklılık unsurunu destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hekim hemşire iş birliği ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri bireysel özelliklerine göre incelendiğinde sağlık sektöründeki toplam çalışma süresi dışındaki tüm değişkenlerin (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, hastanedeki görev ve liderlik konusunda eğitim alma durumu) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Toplam çalışma süresinin, literatürde yer alan birçok çalışmada anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (Hughes ve Fitzpatrick, 2010; Onishi vd., 2013; Amsalu vd., 2014; Elsous vd., 2017; Ahmadih vd., 2019; Girish, 2019). Söz konusu çalışmaların aksine Sterchi (2007) tarafından gerçekleştirilen araştırmada dikkat çeken anlamlı bir istatistiksel farklılık mevcuttur. Hekimlerin çalışma süreleri arttıkça iş birliğine karşı daha pozitif tutumlar geliştirdikleri, hemşirelerin ise çalışma süreleri arttıkça iş birliğine karşı olan pozitif tutumlarının azaldığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların hekim hemşire iş birliğine dair puanlamaları cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre tedaviye karşı bakım ve hekim otoritesi boyutlarındaki ortalamaların daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bu durum, tedaviye karşı bakım boyutu kapsamında kadın katılımcıların “tedavi ve bakım bir madalyonun iki yüzü gibidir” düşüncesini desteklediğini; erkek katılımcıların ise bu düşünceye daha az katıldıklarını göstermektedir. 1967’de Stein tarafından açıklanan ve günümüzde hala etkilerini gösteren Doktor Hemşire Oyunu kapsamında hemşireler tedavi ve bakıma eşit derece önem verirken hekimler tedaviye daha çok önem vermektedir. Oyun kapsamında 1967 yılının şartları çerçevesinde kadınlar hemşirelik mesleği ile, erkekler ise hekimlik mesleğiyle özdeşleşmiştir. Günümüzde kadın hekim ve erkek hemşire sayıları artmış olsa da sağlık çalışanlarının bu algıya hala maruz kaldığı bilinmektedir. Bu nedenle kadın katılımcıların tedaviye karşı bakım boyutunda erkeklere kıyasla daha yüksek ortalamaya sahip olması Doktor Hemşire Oyunu tarafından desteklenmektedir. Söz konusu oyunun disiplinlerarası iş

birliğinin önündeki en büyük engellerden biri olduğu bilinmektedir. Hekim otoritesi boyutu ise, hekimin tedavi sürecindeki genel baskınlığı ile ilgilidir. Bu boyut altındaki maddeler ters ifadeler olup analize tabi tutulmadan önce ters kodlanmışlardır. Söz konusu ifadelerin ters kodlanması, hekim otoritesi boyutuna ilişkin ortalamaların yükseldikçe katılımcıların hekimin hasta bakımındaki otoritesini daha güçlü reddettiği anlamına gelmektedir (Sterchi, 2007: 54). Bu kapsamda, kadın katılımcıların bu boyuta ilişkin ortalamalarının erkeklere kıyasla yüksek olması, kadın katılımcıların hekimin hasta sürecindeki dominantlığını erkek katılımcılara kıyasla daha güçlü reddettiklerini ifade etmektedir. Benzer bir şekilde Alcusky ve arkadaşları (2016) tarafından hekim ve hemşireler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada kadın katılımcıların hekim hemşire iş birliğine ilişkin ortalamaları erkek katılımcılara kıyasla daha yüksektir. Aynı şekilde, Hojat ve arkadaşları (2015) tarafından sağlıkla ilgili bölümlerde eğitim alan öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen araştırmada kadın katılımcıların hekim hemşire iş birliğine ilişkin ortalamalarının erkek katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular bu kapsamda literatürle uyumludur. Ancak literatürde karşılaşılan birçok çalışmada (Hojat vd. 2001; Fitzpatrick, 2009; Hughes ve Fitzpatrick, 2010; Onishi vd., 2013; Girish, 2019) cinsiyetin hekim hemşire iş birliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı gözlemlenmiştir.

Katılımcıların hekim hemşire iş birliğine dair puanlamaları yaşlarına göre incelendiğinde 25 yaşından küçük katılımcıların hekim otoritesi boyutuna dair ortalamalarının 26-36 yaş grubundaki katılımcılardan daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlıdır. Hekim otoritesi boyutundaki maddelerin ters kodlanması nedeniyle, 25 yaşından küçük katılımcıların hekim otoritesi boyutuna ilişkin ortalamalarının yüksek olması, hekimlerin sağlık hizmeti sürecindeki baskın otorite olduğu fikrini 26-36 yaş aralığındaki katılımcılara kıyasla daha güçlü reddettikleri anlamına gelmektedir. Benzer bir şekilde Elsous ve arkadaşları (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların hekim otoritesi alt boyutuna dair ortalamalarının yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur. Buna karşılık literatürde yaş ile hekim hemşire iş birliği ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığını tespit eden birçok çalışma bulunmaktadır (Hansson vd., 2010; Onishi vd., 2013; Amsalu vd., 2014; Hojat vd., 2015;).

Katılımcıların hekim hemşire iş birliğine dair puanlamaları medeni durumlarına göre incelendiğinde bekâr katılımcıların genel hekim hemşire iş birliği, ortak eğitim ve iş birliği ve tedaviye karşı bakım boyutlarına dair ortalamalarının evli katılımcılardan daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bu kapsamda bekâr katılımcılar tedavi ve bakımın bütüncül bir süreç olduğu ve hekimler ile hemşirelerin henüz öğrencilik yıllarında iş birliğine yönelik eğitim almaları gerektiği düşüncesine evli katılımcılardan daha yatkındır. Literatür taraması sırasında karşılaşılan çalışmalarda (Hojat vd., 2001; Fitzpatrick, 2009; Hughes ve Fitzpatrick, 2010; Onishi vd., 2013; Girish, 2019; Ahmadiéh vd., 2019) katılımcıların medeni durumlarının bireysel değişkenlere dâhil edilmediği görülmüştür.

Katılımcıların hekim hemşire iş birliğine dair puanlamaları hastanedeki görevlerine göre incelendiğinde hemşirelerin genel hekim hemşire iş birliği, tedaviye karşı bakım ve hekim otoritesi boyutlarına dair ortalamalarının hekimlerden daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlıdır. Buna göre, hemşireler hasta bakım sürecinde hekimin sahip olduğu otoriteyi hekimlere kıyasla daha güçlü reddetmekte ve tedavi ile bakım süreçlerini bir bütün olarak kabul etmekteyken hekimler bu düşünceye daha az katılmaktadır. Stein 1967’de yayınladığı “Doktor Hemşire Oyunu” isimli makalesinde hemşirelerin iş birliğine doktorlara kıyasla daha yatkın olduğunu belirtmiştir. Literatürde hekim hemşire iş birliği konusunda karşılaşılan çalışmaların çoğunluğunda (Hojat vd., 2001; Sterchi, 2007; Fitzpatrick, 2009; Hughes ve Fitzpatrick, 2010; Hansson vd., 2010; Onishi vd., 2013; Amsalu vd., 2014; Alcusky vd., 2016; Elsous vd., 2017; Girish, 2019; Ahmadiéh vd., 2019) hemşirelerin hekim hemşire iş birliğine yönelik ortalamalarının hekimlere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Sollami ve arkadaşları (2015) tarafından gerçekleştirilen meta analiz çalışmasında hekim hemşire iş birliği ölçeği kullanan 51 araştırma incelenmiş ve hemşirelerin iş birliğine yönelik algılarının hekimlerin algılarından daha yüksek düzeyde olduğu ortaya koyulmuştur. Bu kapsamda çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile uyumludur.

Katılımcıların hekim hemşire iş birliğine dair puanlamaları eğitim durumlarına göre incelendiğinde lise mezunu katılımcıların tedaviye karşı bakım ve hekim otoritesi boyutlarına dair ortalamalarının lisans ve lisansüstü mezunu katılımcılardan daha



yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlıdır. Hekim ve hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde lise mezunu grubun hemşirelerden oluştuğu; lisans ve lisansüstü mezunların ise çoğunlukla doktor olduğu görülmektedir. Bu nedenle önceki paragrafta tartışılan katılımcıların hastanedeki görevlerine göre tedaviye karşı bakım ve hekim otoritesi boyutları incelendiğinde hemşire puanlamalarının hekimlere kıyasla yüksek olması bulguların birbirlerini desteklediğini göstermektedir.

Katılımcıların hekim hemşire iş birliğine dair puanlamaları liderlik eğitimi alma durumlarına göre incelendiğinde liderlik konusunda eğitim almış olan katılımcıların genel hekim hemşire iş birliği ve ortak eğitim ve iş birliği boyutlarına dair ortalamalarının liderlik konusunda eğitim almayanlardan daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bu durumda liderlik eğitimi alan katılımcılar hekim hemşire iş birliğine dair tutumun iyileştirilmesinde ortak eğitimin öneminin farkındadırlar, hekim ve hemşirelerin öğrencilik sürelerince birlikte çalışarak iş birliğini öğrenmeleri gerektiğini düşünmektedirler. Genel olarak iş birliği, liderlik teorilerinde de anlatılan ve teşvik edilen bir süreç olduğundan, liderlik eğitimi alan katılımcıların bu boyuta yönelik daha yüksek ortalamaya sahip olması beklenen bir durumdur.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının lider üye etkileşimi ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri bireysel özelliklerine göre incelendiğinde katılımcıların medeni durum, eğitim durumu ve hastanedeki görevlerine dair farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu; cinsiyet, yaş, toplam çalışma süresi ve liderlik konusunda eğitim alma durumlarının ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Benzer bir şekilde, 204 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada cinsiyet, yaş ve toplam çalışma süresi bakımından katılımcıların lider üye etkileşimi ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir (Atakişi, 2020). 220 hemşire üzerinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada (Yadmaa, 2020) da cinsiyet, yaş ve toplam çalışma süresi açısından lider üye etkileşimi ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği tespit edilmiştir. Demirci (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da cinsiyet ve yaş değişkenlerinin katılımcıların lider üye etkileşimi ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuştur.

Katılımcıların lider üye etkileşimine dair puanlamaları liderlik eğitimi alma durumlarına göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde lider üye etkileşimi konulu araştırmalarda katılımcıların liderlik konusunda eğitim alıp almadığını sorgulayan bir çalışmaya rastlanmıştır (Ürek, 2015). Söz konusu çalışmadan elde edilen bulgulara göre liderlik eğitimi alan katılımcıların katkı boyutuna ait ortalamalarının liderlik eğitimi almayanlara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Liderlik eğitimi alma durumu açısından diğer alt boyutlara ilişkin ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir (Ürek, 2015: 93). Bu kapsamda bu çalışmadan elde edilen bulguların literatür ile kısmen uyumlu olduğu söylenebilir.

Katılımcıların lider üye etkileşimine dair puanlamaları hastanedeki görevlerine göre incelendiğinde hemşirelerin duygusal etkileşim, profesyonel saygı ve genel lider üye etkileşimine ilişkin ortalamalarının hekimlere kıyasla yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlıdır. Hekimlerin bu boyutlarda daha düşük ortalamalara sahip olması, sağlık hizmetinde baskın rolde olmaları ve hareket alanlarının kısıtlanmasını istememeleri nedeniyle liderleriyle yüksek etkileşime sahip ilişkiler geliştirmeye çabalamamalarına bağlanabilir (Ürek, 2015: 115). Literatürde sağlık kurumlarında lider üye etkileşimi konulu araştırmalarda katılımcıların hastanedeki görevlerini sorgulayan tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Söz konusu çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde hekimlerin lider üye etkileşimi ortalamaları diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha düşük bulunmuştur (Ürek, 2015: 99). Bu kapsamda çalışmadan elde edilen bulgular literatürdeki bu çalışma ile uyumludur.

Katılımcıların lider üye etkileşimine dair puanlamaları medeni durumlarına göre incelendiğinde bekâr katılımcıların profesyonel saygı boyutuna ilişkin ortalamalarının evli katılımcılara kıyasla yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlıdır. Buna karşılık, Ürek (2015: 98) tarafından gerçekleştirilen çalışmada sağlık çalışanlarının lider üye etkileşimine dair puanlamaları medeni durumlarına göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Benzer bir şekilde, Ülker (2015), Demirci (2021) ve Berketaş (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda da medeni durum bakımından katılımcıların lider üye etkileşimi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Katılımcıların lider üye etkileşimine dair puanlamaları eğitim durumlarına göre incelendiğinde lise mezunu katılımcıların duygusal etkileşim boyutuna ilişkin ortalamalarının lisans ve lisansüstü mezunu katılımcılara kıyasla yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlıdır. Duygusal etkileşim boyutu, lider ve çalışanın çalışma ortamları dışında günlük yaşamlarında sürdürdükleri arkadaşlık ilişkisini kapsamaktadır. Benzer şekilde Ürek (2015) tarafından 423 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada lise mezunu katılımcıların lider üye etkileşimi ve tüm alt boyutlarına ilişkin ortalamaları, lisans ve lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamalarına kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ürek (2015: 115), lise grubundaki katılımcıların eğitim seviyelerinden dolayı kendilerini yetersiz hissederek işlerini kaybetme korkusu yaşayabileceklerini, bu endişe sonucunda liderleri ile aralarındaki ilişkiyi güçlendirmeye daha yatkın olabileceklerini öne sürmüştür. Yadmaa (2020), araştırmasında eğitim durumunun lider üye etkileşimi ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığını bulmuştur fakat bu çalışmanın aksine ön lisans ve altı derecelere sahip katılımcıların lider üye etkileşimi ortalamaları, lisans ve lisansüstü dereceye sahip katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Araştırmada hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin hekim hemşire iş birliği ve alt boyutları üzerinde etki gösterip göstermediği de incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların alturistik liderlik alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin ortak eğitim ve iş birliği, tedaviye karşı bakım ve genel hekim hemşire iş birliğine olan eğilimlerini etkilediği; hemşire otonomisi ve hekim otoritesi boyutlarına dair algıları üzerinde etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutlarına ilişkin algıları ortak eğitim ve iş birliği sergileme eğilimlerindeki toplam varyansın %5,3'ünü açıklamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı olan tek ilişkinin empati kurarak yardım etme boyutunda olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda, hekim ve hemşirelerin liderlerinden gördükleri empati kurarak yardım etme davranışlarına ilişkin algılarının yükselmesi ortak eğitim ve iş birliğine olan eğilimlerini artırmaktadır. Ortak eğitim ve iş birliği boyutu, hekim ve

hemşirelerin daha öğrencilik yıllarında iş birliği gerçekleştirmeye yönelik eğitim almalarıyla ilgilidir. Empati kurarak yardım etme, liderin çalışanlarına destek ve yardımcı olması, tüm çalışanlarına adil davranması, çalışanların duygusal durumlarına önem vermesi gibi davranışlarını kapsamaktadır. Liderin sergilediği bu pozitif davranışlara çalışanların da pozitif davranışlarla karşılık vereceği, bu etkileşimden dolayı ortak eğitim ve iş birliğine yatkınlığın artacağı düşünülebilir.

Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutlarına ilişkin algıları tedaviye karşı bakım boyutundaki toplam varyansın %8,3'ünü açıklamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı olan tek ilişkinin empati kurarak yardım etme boyutunda olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda, hekim ve hemşirelerin liderlerinden gördükleri empati kurarak yardım etme davranışlarına ilişkin algılarının yükselmesi tedaviye karşı bakım boyutuna ilişkin algılarını artırmaktadır. Tedaviye karşı bakım boyutu, hasta bakım sürecinde tedavi ve bakımın eşit öneme sahip olmasıyla ilgilidir. Tedavi süreci hastanın iyileştirilmesinde gerçekleştirilen teknik eylemleri kapsarken bakım, hastanın hastalıkla başa çıkma sürecini, psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurmaktadır. Liderlerinden empatik davranışlar gören hekim ve hemşirelerin hastayla empati kurarak tedavi ve bakım süreçlerinin bütüncül olarak ele alınmasının önemini anlayacakları öne sürülebilir.

Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutlarına ilişkin algıları genel hekim hemşire iş birliğine eğilimlerindeki toplam varyansın %6,3'ünü açıklamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı olan tek ilişkinin empati kurarak yardım etme boyutunda olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda, hekim ve hemşirelerin liderlerinden gördükleri empati kurarak yardım etme davranışlarına ilişkin algılarının yükselmesi genel hekim hemşire iş birliğine olan eğilimlerini artırmaktadır. Bu durumda, liderlerinden destek ve yardım gören, liderlerinin onlara adil davrandığını düşünen çalışanların iş birliğine yatkınlıklarının artacağı düşünülebilir.

Araştırmada hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin lider üye etkileşimi ve alt boyutları üzerinde etki gösterip göstermediği de incelenmiştir. Empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar

sergileme boyutlarının katkı boyutu, sadakat boyutu, duygusal etkileşim boyutu ve genel lider üye etkileşimi üzerindeki etkileri istatistiksel olarak anlamlıdır. Profesyonel saygı boyutu üzerinde yalnızca empati kurarak yardım etme boyutunun etkisi istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutlarına ilişkin algıları katkı boyutuna ilişkin algılarındaki toplam varyansın %26,2'sini açıklamaktadır. Empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme olmak üzere her iki alt boyutun da istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda, hekim ve hemşirelerin liderlerinden gördükleri empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme davranışlarına ilişkin algıları arttıkça katkı boyutuna olan eğilimleri artmaktadır. Katkı boyutu, formal görev tanımlarının dışına çıkarak fazladan çaba göstermeyi içermektedir. Bu durumda liderlerinden empati ve fedakârlık davranışlarını gören çalışanların karşılık olarak fazladan çaba göstermeye gönüllü olacakları düşünülebilir.

Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutlarına ilişkin algıları sadakat boyutuna ilişkin algılarındaki toplam varyansın %33,8'ini açıklamaktadır. Empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme olmak üzere her iki alt boyutun da istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Bu kapsamda, hekim ve hemşirelerin liderlerinden gördükleri empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme davranışlarına ilişkin algıları arttıkça sadakat boyutuna olan eğilimleri artmaktadır. Sadakat boyutu lider ile çalışan arasındaki bağlılığı kapsamaktadır. Bu durumda liderinden empatik ve fedakârca davranışlar gören çalışanın liderine daha çok bağlanacağı ve liderini koruyup kollama davranışlarını geliştireceği öne sürülebilir.

Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutlarına ilişkin algıları duygusal etkileşim boyutuna ilişkin algılarındaki toplam varyansın %44,9'unu açıklamaktadır. Empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme olmak üzere her iki alt boyutun da istatistiksel olarak anlamlı bir etki gösterdiği tespit edilmiştir. Bu kapsamda, hekim ve hemşirelerin liderlerinden gördükleri empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme davranışlarına ilişkin algıları arttıkça duygusal

etkileşim boyutuna olan eğilimleri artmaktadır. Duygusal etkileşim boyutu, lider ve çalışanın profesyonel yaşamları dışında sahip oldukları arkadaşlık ilişkisiyle ilgilidir. Bu durumda liderlerinden yardım ve fedakârlık gören çalışanların liderlerine karşı geliştirecekleri sevginin liderleri ile aralarında arkadaşlık bağı oluşmasına neden olabileceği söylenebilir.

Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutlarına ilişkin algıları profesyonel saygı boyutuna ilişkin algılarındaki toplam varyansın %36,5'ini açıklamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olan alt boyutun empati kurarak yardım etme olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda, hekim ve hemşirelerin liderlerinden gördükleri empati kurarak yardım etme davranışlarına ilişkin algıları arttıkça profesyonel saygı boyutuna olan eğilimleri artmaktadır. Profesyonel saygı boyutu, liderinin belirli bir saygınlığa sahip olduğunu düşünen üyelerin verilen görevler karşısında daha çok performans göstermesiyle ilgilidir. Bu durumda liderlerinden yardım ve destek gören çalışanların gözlerinde liderlerinin saygınlığının artacağı, bunun sonucunda performanslarının yükseleceği düşünülebilir.

Hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutlarına ilişkin algıları genel lider üye etkileşimi ilişkin algılarındaki toplam varyansın %50'sini açıklamaktadır. Empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme olmak üzere her iki alt boyutun da istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda, hekim ve hemşirelerin liderlerinden gördükleri empati kurarak yardım etme ve fedakârca davranışlar sergileme davranışlarına ilişkin algıları arttıkça genel lider üye etkileşimine olan eğilimleri artmaktadır. Bu durumda liderlerinden fazladan çaba, yardım, destek ve fedakârlık davranışları gören çalışanların liderleri ile aralarında yüksek etkileşime sahip ilişkilerin gelişmesi beklenebilir.

## BÖLÜM 7: SONUÇ VE ÖNERİLER

Dinamik ve karmaşık bir çevrede yaşamını sürdürmeye çalışan sağlık kurumlarında etkili liderlik son derece önemlidir. Geleneksel liderlik türleri modern dünyada uyum sağlama yeteneklerini yitirmiş, odak noktası insan unsuru olan çağdaş liderlik stillerine yönelim artmıştır. Bu liderlik tarzlarından birisi alturistik liderliktir. Alturistik liderler çalışanlarının duygularını ve ihtiyaçlarını önemserler, çalışanlarına formal görev tanımlarının ötesinde de yardım ederler ve destek olurlar. Liderin sergilediği alturistik davranışlar hem çalışanların kendi aralarındaki ilişkilerde hem de liderin çalışanı ile sahip olduğu ilişkide pozitif sonuçlar doğurmaktadır. Çalışanlar açısından bakıldığında bu sonuçlardan biri, hekim ve hemşire arasındaki iş birliği düzeyinin artmasıdır. Sağlık hizmetinin tek bir uzman tarafından verilmesi söz konusu olamayacağından sağlık çalışanlarının iş birliği içinde çalışması gerekmektedir. Özellikle hekim ve hemşireler arasındaki iş birliği düzeyi sağlık hizmetini etkileyen en önemli unsurlardan biridir. En küçük bir iletişimsizliğin veya hatanın telafi edilemez sonuçlar doğurabileceği stresli bir çalışma ortamında olası hataları engellemek için hekimler ve hemşirelerin arasındaki iş birliği düzeyi önem arz etmektedir. Bu nedenle alturistik liderlik davranışlarının hekim hemşire iş birliğini hangi noktalarda etkilediğini incelemenin önemli olduğu düşünülmektedir. Alturistik lider davranışları lider ile çalışan arasındaki ilişkiye de pozitif etki etmektedir. Dolayısıyla alturistik liderlik, lider ile çalışan arasındaki ilişkiye odaklanan lider üye etkileşimi sürecini de pozitif olarak etkilemektedir. Lider üye etkileşiminin sağlık kurumlarında neden olduğu olumlu sonuçlar göz önünde bulundurularak, alturistik liderliğin lider üye etkileşimini hangi şekilde etkilediğini araştırmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda gerçekleştirilen tez çalışmasından elde edilen bulgular neticesinde ulaşılan sonuçlar aşağıda maddeler halinde sunulmuştur.

⇒ Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutları arasında empati kurarak yardım etme boyutu fedakârca davranışlar sergileme boyutundan daha yüksek ortalamaya sahiptir. Hekim ve hemşirelerin genel alturistik liderlik düzeyleri ortalamanın üzerindedir. Katılımcılar hekim hemşire iş birliği alt boyutları arasında en yüksek puanı hemşire otonomisi boyutuna, en düşük puanı ise hekim

otoritesi boyutuna vermişlerdir. Katılımcıların genel hekim hemşire iş birliği düzeyleri yüksek seviyededir. Hekim ve hemşirelerin lider üye etkileşimi alt boyutları arasında en yüksek puanı duygusal etkileşim boyutuna, en düşük puanı ise sadakat boyutuna verdikleri görülmektedir. Katılımcıların genel lider üye etkileşim puanları yüksek seviyededir.

- ⇒ Araştırmada alturistik liderlik alt boyutları ile hekim hemşire iş birliği alt boyutları arasında düşük düzeyde pozitif; alturistik liderlik alt boyutları ile lider üye etkileşimi alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif ilişkiler bulunmuştur.
- ⇒ Araştırmada lise mezunu katılımcıların genel alturistik liderlik ve empati kurarak yardım etme algılarının lisans ve lisansüstü mezunlara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- ⇒ Araştırma kapsamında hemşirelerin genel alturistik liderlik ve empati kurarak yardım etme algılarının hekimlere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- ⇒ Hekim hemşire iş birliği düzeylerine cinsiyet açısından bakıldığında, kadın katılımcıların tedaviye karşı bakım ve hekim otoritesi boyutlarına olan eğilimlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.
- ⇒ Elde edilen sonuçlara göre 25 yaşından küçük katılımcıların hekim hemşire iş birliğinin hekim otoritesi alt boyutu puanlamaları 26-36 yaş grubundaki katılımcılardan daha yüksektir.
- ⇒ Hekim hemşire iş birliği düzeylerine medeni durum açısından bakıldığında, bekâr katılımcıların genel hekim hemşire iş birliği, ortak eğitim ve iş birliği ile tedaviye karşı bakım puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.



- ⇒ Hekim hemşire iş birliği düzeylerine eğitim durumu açısından bakıldığında, lise mezunu katılımcıların tedaviye karşı bakım ve hekim otoritesi puanlarının lisans ve lisansüstü mezunlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.
- ⇒ Yapılan analizlere göre, hemşirelerin genel hekim hemşire iş birliği, tedaviye karşı bakım ve hekim otoritesi boyutlarına ait puanları hekimlerden daha yüksektir.
- ⇒ Çalışmadan elde edilen bulgulara göre liderlik eğitimi almış olan katılımcıların genel hekim hemşire iş birliği ve ortak eğitim ve iş birliği puanları, liderlik eğitimi almayanlardan daha yüksektir.
- ⇒ Katılımcılardan bekâr olanlar lider üye etkileşiminin profesyonel saygı boyutunu evli katılımcılara göre daha yüksek puanlamışlardır.
- ⇒ Analiz sonuçlarına göre lise mezunu katılımcıların lider üye etkileşiminin duygusal etkileşim boyutuna ilişkin puanlamaları lisans ve lisansüstü mezunlara göre daha yüksektir.
- ⇒ Lider üye etkileşimi düzeyleri hastanedeki görev açısından incelendiğinde hemşirelerin duygusal etkileşim, profesyonel saygı ve genel lider üye etkileşimi puanlarının hekimlerden yüksek olduğu görülmektedir.

		Cinsiyet	Yaş	Medeni durum	Eğitim durumu	Hastanedeki görev	Toplam çalışma süresi	Liderlik eğitimi alma durumu
Alturistik Liderlik	Empati kurarak yardım etme				✓	✓		
	Fedakârca davranışlar sergileme							
	Genel alturistik liderlik				✓	✓		
Hekim Hemşire İş Birliği	Ortak eğitim ve iş birliği			✓				✓
	Tedaviye karşı bakım	✓		✓	✓	✓		
	Hemşire otonomisi							
	Hekim otoritesi	✓	✓		✓	✓		
	Genel hekim hemşire iş birliği			✓		✓		✓
Lider Üye Etkileşimi	Katkı							
	Sadakat							
	Duygusal etkileşim				✓	✓		
	Profesyonel saygı			✓		✓		
	Genel lider üye etkileşimi					✓		

**Tablo 44. Alturistik Liderlik Alt Boyutları, Hekim Hemşire İş Birliği Alt Boyutları ve Lider Üye Etkileşimi Alt Boyutlarının Bireysel Değişkenlere Göre Farklılaşma Durumları**

⇒ Araştırmanın tanımlayıcı sonuçlarının özeti Şekil 5'te verilmiştir. Bu kapsamda, alturistik liderlik alt boyutlarından fedakârca davranışlar sergileme boyutunun; hekim hemşire iş birliği alt boyutlarından hemşire otonomisi boyutunun; lider üye etkileşimi alt boyutlarından katkı ve sadakat boyutlarının hiçbir bireysel değişkenden etkilenmediği görülmektedir. Diğer yandan, toplam çalışma süresinin hiçbir değişkeni ve alt boyutunu etkilemediği göze çarpmaktadır.

⇒ Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hekim ve hemşirelerin alturistik liderlik alt boyutlarından empati kurarak yardım etme boyutu ilgili değerlendirmelerinin hekim hemşire iş birliği alt boyutlarından ortak eğitim ve iş birliği, tedaviye karşı bakım ile genel hekim hemşire iş birliği üzerinde olumlu etki gösterdiği tespit edilmiştir. Benzer şekilde alturistik liderlik ve alt boyutlarıyla ilgili değerlendirmelerinin lider üye etkileşim düzeyi alt boyutları (katkı, sadakat, duygusal etkileşim ve profesyonel saygı) ile genel lider üye etkileşimi üzerinde olumlu etkiler gösterdiği bulunmuştur.

		<b>Alturistik Liderlik</b>	
		Empati Kurarak Yardım Etme	Fedakârca Davranışlar Sergileme
<b>Hekim Hemşire İş Birliği</b>	Ortak Eğitim ve İş Birliği	✓	
	Tedaviye Karşı Bakım	✓	
	Hemşire Otonomisi		
	Hekim Otoritesi		
	Genel Hekim Hemşire İş Birliği	✓	
<b>Lider Üye Etkileşimi</b>	Katkı	✓	✓
	Sadakat	✓	✓
	Duygusal Etkileşim	✓	✓
	Profesyonel Saygı	✓	
	Genel Lider Üye Etkileşimi	✓	✓

**Tablo 45. Alturistik Liderlik Alt Boyutlarının Hekim Hemşire İş Birliği ve Alt Boyutları ile Lider Üye Etkileşimi ve Alt Boyutları Üzerinde Etkisi**

⇒ Araştırmada regresyon analizlerinden elde edilen bulgular Şekil 6'da özetlenmiştir. Bu kapsamda, alturistik liderlik alt boyutlarından fedakârca davranışlar sergilemenin hekim hemşire iş birliğinin hiçbir alt boyutunu etkilemediği görülmektedir. Diğer yandan, alturistik liderlik alt boyutlarının lider üye etkileşimi alt boyutlarından profesyonel saygı hariç her alt boyut üzerinde etkisi olduğu görülmektedir.

Elde edilen bulgulardan yola çıkılarak sağlık kurumları yöneticilerine ve sağlık profesyonellerine yönelik hazırlanan öneriler aşağıda maddeler halinde sunulmuştur.

- ✓ Hekim hemşire iş birliğinin hekim otoritesi boyutunda hekimlerin puanlamalarının hemşirelere kıyasla düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, hekimlerin hasta bakımı sürecinde kendilerini baskın otorite olarak gördükleri anlamına gelmektedir. Ortaya çıkan bu sonuç, Doktor Hemşire Oyunu'nun etkisinin hala sürdüğü anlamına gelebilir. Söz edilen oyunda hekim, hasta bakımında dominant rol üstlenmektedir, hiyerarşik olarak hemşireden üstündür ve bu hiyerarşi doğrultusunda hekim ile hemşire arasında bir iş birliği süreci gelişmesi söz konusu değildir. Bu nedenle Doktor Hemşire Oyunu, disiplinlerarası iş birliği önündeki en büyük engellerden biri olarak görülmektedir. Disiplinlerarası iş birliğini olumlu etkilediği bilinen kavramlardan biri olan disiplinlerarası profesyonellik, sağlık uzmanlarının içinde alturizmi de barındıran belirli ilkeler çerçevesinde bireylerin ve toplumun sağlığını yükseltmek amacıyla birlikte çalışmasıdır. Disiplinlerarası profesyonelliğin içerisinde alturizmi barındırması nedeniyle, alturistik liderliğin bu kavramı besleyerek büyüteceği düşünülmektedir. Bu kapsamda, hekim hemşire iş birliğinin önündeki engelleri kaldırmak isteyen sağlık yöneticilerine, alturistik davranışlar sergilemeleri tavsiye olarak verilebilir.
- ✓ Hekim hemşire iş birliğinin tedaviye karşı bakım boyutunda hemşirelerin puanlamaları yüksek düzeydeyken hekimlerin puanlamalarının ortalama düzeyde olduğu görülmektedir. Bu bulguya Doktor Hemşire Oyunu kapsamında kanıksanan tedavinin bakımdan daha önemli olduğu düşüncesinin neden olduğu düşünülmektedir. Oysa hastanın hastalığı kabullenmesi ve duygusal açıdan verdiği mücadele yani bakım süreci de hasta bakımının göz ardı edilmemesi gereken bir parçasıdır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık “bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. Hastanın sağlık kurumundan sağlığına tamamen kavuşmuş bir şekilde ayrılabilmesi için bakıma da tedavi kadar önem verilmelidir. Bu kapsamda sağlık yöneticilerine hekimlerin bakımın önemini anlamalarına yönelik eğitimler düzenlenmesi tavsiye olarak verilebilir.
- ✓ Hemşirelerin genel olarak iş birliğine yatkınlığı hekimlerden yüksektir. Bu durum yine Doktor Hemşire Oyunu teorisi kapsamında açıklanan hemşirelerin doktorların asistanı gibi görülmesiyle açıklanabilir. Oyun kapsamında hemşireler her daim

hekimlere yardımcı olmak için hazır durumdadırlar. Hekimlerin hemşirelerden açık bir şekilde tıbbi tavsiye alması söz konusu değildir. Bu nedenle hemşireler hekimlere kıyasla iş birliğine daha çok yatkındırlar. Söz konusu oyunun ilk bahsedildiği tarih olan 1967 yılına göre hemşireler aldıkları eğitim ve edindikleri kazanım açısından çok daha ileri bir noktadadırlar. Hemşireliğin de hekimlik gibi bir uzmanlık alanı olduğu gerçeği fark edilmekte ve kabullenilmektedir. Hekimlerin bu algıya daha kolay adapte olabilmeleri adına, hemşirelerin sağlık kurumu içinde görevlerini yerine getirirken sergiledikleri teknik bilgi ve becerilerin hekimler tarafından fark edilmesinin önü açılmalıdır. Bu kapsamda hekim ve hemşirelerin kurumsal alanda bir araya getirilmesi, hekimlerin profesyonelliğinin yanında hemşirelerin profesyonelliğinin de ön planda olduğu multidisipliner toplantılar düzenlenmesi sağlık yöneticilerine tavsiye olarak verilebilir.

- ✓ Liderlik eğitimi alanların hekim hemşire iş birliğine daha çok yatkınlık gösterdiği görülmektedir. Hekim hemşire iş birliği sağlık kurumlarında hem hizmet çıktısı açısından hem de çalışanlar açısından birçok pozitif etkiye sahiptir. Bu nedenle hekim ve hemşirelere liderlik konusunda eğitim verilmesi tavsiye edilebilir.
- ✓ Hekimlerin genel olarak lider üye etkileşimine yatkınlıkları hemşirelerden düşüktür. Duygusal etkileşim ve profesyonel saygı boyutlarına ilişkin ortalamalar incelendiğinde hekimlerin liderleriyle arkadaşlık ilişkisi geliştirmeye dair bir ilgilerinin olmadığı; liderlerinin sahip olduğu saygınlığın performansları üzerinde herhangi bir etkiye neden olmadığı sonucuna varılabilir. Lider üye etkileşiminin sağlık kurumlarında sebep olduğu pozitif çıktılar göz önünde bulundurularak hekimlerin liderleri ile arasındaki etkileşimi yükseltmek adına çeşitli adımlar atılması gerektiği söylenebilir. Bu kapsamda, hekimler ile liderlerinin profesyonel ortam dışında bir araya gelerek birlikte vakit geçirmeleri, etkinlikler gerçekleştirmeleri ve böylece arkadaşlık bağlarını geliştirmeye yönelik çaba sarf etmeleri tavsiye edilebilir.
- ✓ Liderin sergilediği alturistik davranışlar, özellikle empati kurarak yardım etme davranışı, hekim hemşire iş birliğini, hekim hemşire iş birliği ise sağlık hizmeti

çıktılarını pozitif etkilemektedir. Dolayısıyla liderlerin çalışanlarına formal iş tanımları dışında yardımcı olmaları, onlara destek vermeleri, çalışanlarının duygu ve ihtiyaçlarına karşı hassas davranmaları gibi alturistik davranışlar sergilemeleri hekim hemşire iş birliği düzeyini artırarak sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin yükselmesine neden olabilir.

- ✓ Liderin sergilediği alturistik davranışlar lider üye etkileşimini, lider üye etkileşimi ise iş tatmini, örgütsel bağlılık gibi çıktıları pozitif etkilemektedir. Liderin çalışanlarına karşı yardımsever bir şekilde yaklaşması, kendi zaman ve enerjisinden fedakârlıkta bulunarak çalışanlarına destek olması gibi alturistik davranışlar lider ile üye arasındaki etkileşimi artıracaktır. Lider ve üye arasındaki etkileşimin kalitesinin artması, çalışanların iş tatmininin ve örgütsel bağlılıklarının artmasına neden olarak sağlık hizmeti kalitesinin yükselmesine etki edebilir. Alturistik liderliğin hizmet çıktıları üzerindeki olası etkileri göz önünde bulundurulduğunda liderlere geleneksel liderlik türlerinden sıyrılarak insan odaklı liderlik türlerine yönelmeleri tavsiye olarak verilebilir.

Araştırmacılara yönelik hazırlanan öneriler aşağıda maddeler halinde sunulmuştur.

- ✓ Bu araştırmanın yalnızca bir vakıf üniversitesine bağlı eğitim araştırma hastanesinde yürütülmüş olması araştırma sonuçlarının genellenebilir olmasını engellemektedir. Gelecekte gerçekleştirilecek çalışmaların kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde de yürütülerek elde edilen bulguların karşılaştırılması önerilmektedir.
- ✓ Bu çalışmada alturistik liderliğin yalnızca hekim hemşire iş birliği ve lider üye etkileşimi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Literatürde alturistik liderlik konulu çalışmaların sayıca az olması nedeniyle gelecekte bu konuda gerçekleştirilecek araştırmaların alana katkı sağlayacağı söylenebilir. Geleneksel liderlik anlayışlarından çağdaş liderlik stillerine doğru olan dönüşüm kapsamında, odak noktası olarak insan unsurunu kabul eden alturistik liderliğin özellikle sağlık sektöründe araştırılmasının liderlik literatürüne sağlayacağı katkının önemli olduğu düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abdillah, M. R., Wu, W. ve Anita, R. (2022). Can Altruistic Leadership Prevent Knowledge-Hiding Behaviour? Testing Dual Mediation Mechanisms. *Knowledge Management Research & Practice*, 20(3), 352-366.
- Ahmadih, H., Majzoub, G. H., Abou Radi, F. M. ve Abou Baraki, A. H. (2020). Inter-professional Physician-Nurse Collaboration in Lebanon. *International Journal of Health Governance*, 25(1), 34-45.
- Alcusky, M., Ferrari, L., Rossi, G., Liu, M., Hojat, M. ve Maio, V. (2016). Attitudes Toward Collaboration Among Practitioners in Newly Established Medical Homes: a Survey of Nurses, General Practitioners, and Specialists. *American Journal of Medical Quality*, 31(6), 526-535.
- Amah, O. (2015). Servant Leadership Relationship with Leader-Member Exchange: The Moderating Role of Motivation-to-Serve and Motivation-to-Lead. *International Journal of Management, Economics and Social Sciences*, 4(3), 108-127.
- Amin, M., Till, A. ve McKimm, J. (2018). Inclusive and Person-Centred Leadership: Creating a Culture That Involves Everyone. *British Journal of Hospital Medicine*, 79(7), 402-407.
- Amsalu, E., Boru, B., Getahun, F. ve Tulu, B. (2014). Attitudes of Nurses And Physicians Towards Nurse-Physician Collaboration in Northwest Ethiopia: a Hospital Based Cross-Sectional Study. *BMC Nursing*, 13(1), 1-6.
- Arnold, L. (2002). Assessing Professional Behavior: Yesterday, Today, and Tomorrow. *Academic Medicine*, 77(6), 502-515.

- Aslan, Ş. ve Özata, M. (2009). Lider-Üye Etkileşiminin (LMX) Yöneticiye Duyulan Güven Düzeyine Etkisi. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 9(17), 94-116.
- Atakışi, C. (2020). *Lider Üye Etkileşiminin Örgütsel Özdeşleşmeye Etkisi Pozitif Psikolojik Sermayenin Aracı Rolü: Kafkas Üniversitesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Kafkas Üniversitesi, Kars.
- Avolio, B. J. ve Locke, E. E. (2002). Contrasting Different Philosophies of Leader Motivation: Altruism Versus Egoism. *The Leadership Quarterly*, 13(2), 169-191.
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. ve Weber, T. J. (2009). Leadership: Current Theories, Research, and Future Directions. *Annual Review of Psychology*, 60, 421-449.
- Axelsson, S. B. ve Axelsson, R. (2009). From Territoriality to Altruism in Interprofessional Collaboration and Leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 320-330.
- Baggs, J. G. ve Schmitt, M. H. (1988). Collaboration Between Nurses and Physicians. *The Journal of Nursing Scholarship*, 20(3), 145-149.
- Barbuto, J. E. ve Hayden, R. W. (2011). Testing Relationships Between Servant Leadership Dimensions and Leader Member Exchange (LMX). *Journal of Leadership Education*, 10(2), 22-37.
- Barker, R. L. (1995). *The Social Work Dictionary* (3. baskı). Washington: NASW Press.
- Bass, B. M. ve Riggio, R. E. (2006). *Transformational Leadership* (2. baskı). New Jersey: Psychology press.



- Baş, T., Keskin, N. ve Mert, İ. S. (2010). Lider Üye Etkileşimi (LÜE) Modeli ve Ölçme Aracının Türkçe'de Geçerlik ve Güvenilirlik Analizi. *Ege Academic Review*, 10(3), 1013-1039.
- Batson, C. D., Van Lange, P. A. M., Ahmad, N. ve Lishner, D. A. (2003). Altruism and Helping Behavior. M. A. Hogg ve J. Cooper (Ed.). *The Sage Handbook of Social Psychology* (s. 279-295). London: Sage Publications.
- Batson, D. (1943). *Altruism in Humans*. USA: Oxford University Press.
- Bennis, W. G. ve Nanus, B. (1985). *Leaders: Strategies for Taking Charge*. New York: Harper & Row.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246.
- Berktaş, İ. (2021). *Lider Üye Etkileşiminin Örgütsel Özdeşleşmeye Etkisinde Yöneticiye Duyulan Güvenin Aracılık Rolü: Savunma Alanında Bir Araştırma* Yüksek Lisans Tezi, Milli Savunma Üniversitesi, İstanbul.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and Power in Social Life* (2. baskı). New York: Wiley.
- Boies, K. ve Howell, J. M. (2006). Leader–Member Exchange in Teams: an Examination of the Interaction Between Relationship Differentiation and Mean LMX in Explaining Team-Level Outcomes. *The Leadership Quarterly*, 17(3), 246-257.
- Bolat, O. İ. (2011). Lider Üye Etkileşimi ve Tükenmişlik İlişkisi. *İşGüç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(2), 63-80.

- Boswell, C. ve Cannon, S. (2005). New Horizons for Collaborative Partnerships. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(1), 1-5.
- Brown, M. E. ve Treviño, L. K. (2006). Ethical Leadership: a Review and Future Directions. *The Leadership Quarterly*, 17(6), 595-616.
- Brown, T. A. ve Moore, M. T. (2012). Confirmatory Factor Analysis. D. A. Kenny (Ed.). *Handbook of Structural Equation Modeling* (s. 361-379). New York: Guilford Publications.
- Buford, B. (2016). Altruistic Leadership. *Leader to Leader*, 2016(82), 19-22.
- Bulgurcu Gürel, E. (2016). Lider-Üye Etkileşiminin Çalışanların Tutumları Üzerindeki Etkisi: Ampirik Bir Araştırma. *Journal of International Social Research*, 9(43), 1736-1743.
- Bykov, A. (2017). Altruism: New perspectives of Research on a Classical Theme in Sociology of Morality. *Current Sociology*, 65(6), 797-813.
- Campbell, J. W., Lee, H. ve Im, T. (2015). At the Expense of Others: Altruistic Helping Behaviour, Performance Management and Transformational Leadership. *Public Management Review*, 18(6), 795-818.
- Chanko, B. O. ve Rahmat, A. (2022). Altruistic Leadership and Organizational Citizenship Behavior: Mediating Role of Leader-Member Exchange. *Sains Organisasi*, 1(1), 1-9.
- Chen, C. H. V., Wang, S. J., Chang, W. C. ve Hu, C. S. (2008). The Effect of Leader-Member Exchange, Trust, Supervisor Support on Organizational Citizenship Behavior in Nurses. *Journal of Nursing Research*, 16(4), 321-328.

- Choudhury, D. ve Nortjé, N. (2020). The Hidden Curriculum and Integrating Cure-And Care-Based Approaches to Medicine. *Hec Forum*, 34(1), 41-53.
- Cuff, B. M., Brown, S. J., Taylor, L. ve Howat, D. J. (2014). Empathy: A Review of the Concept. *Emotion review*, 8(2), 144-153.
- Çakmak, C., Biçer, İ. ve Uğurluoğlu, Ö. (2019). Alturistik (Özgeci) Liderlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 785-802.
- Çekmecelioğlu, H. G. ve Ülker, F. (2014). Lider-Üye Etkileşimi ve Çalışan Tutumları Üzerindeki Etkisi: Eğitim Sektöründe Bir Araştırma. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 28, 35-58.
- D'amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. ve Beaulieu, M. D. (2005). The Conceptual Basis for İnterprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 116-131.
- Dal, L. ve Çorbacıoğlu, S. (2014). Hizmetkar Liderlik Davranışları ve Lider-Üye Etkileşimi İlişkisi: Bir Devlet Üniversitesi Üzerine Araştırma. *Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*, 19(4), 287-310.
- Dansereau Jr, F., Graen, G. ve Haga, W. J. (1975). A Vertical Dyad Linkage Approach to Leadership Within Formal Organizations: A Longitudinal Investigation of the Role Making Process. *Organizational Behavior and Human Performance*, 13(1), 46-78.
- De Valck, C., Bensing, J., Bruynooghe, R. ve Batenburg, V. (2001). Cure-Oriented versus Care-Oriented Attitudes in Medicine. *Patient Education and Counseling*, 45(2), 119-126.

- Dechowatanapaisal, D. (2018). Nurses' Turnover Intention: The Impact of Leader-Member Exchange, Organizational Identification and Job Embeddedness. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1380-1391.
- Demirci, U. (2021). *Psikodinamik Liderlik Yaklaşımı Bağlamında Liderlik Tarzları ile Lider-Üye Etkileşimi İlişkisi Üzerine Bir Araştırma: Örgüt Kültürünün Düzenleyici Etkisi*. Doktora Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.
- Dienesch, R. M. ve Liden, R. C. (1986). Leader-Member Exchange Model of Leadership: A Critique and Further Development. *Academy of Management Review*, 11(3), 618-634.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Erişim: 14 Kasım 2022 <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- Elsous, A., Radwan, M. ve Mohsen, S. (2017). Nurses and Physicians Attitudes Toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey From Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*, 2017, 1-7.
- Erikmen, E. ve Vatan, F. (2019). Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Otonomilerinin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(6), 141-152.
- Escrig, E. D., Broch, F. F. M., Gómez, R. C. ve Alcamí, R. L. (2016). How Does Altruistic Leader Behavior Foster Radical Innovation? The Mediating Effect of Organizational Learning Capability. *Leadership & Organization Development Journal*, 37(8), 1056-1082.

- Eva, N., Robin, M., Sendjaya, S., Van Dierendonck, D. ve Liden, R. C. (2019). Servant Leadership: A Systematic Review and Call for Future Research. *The Leadership Quarterly*, 30(1), 111-132.
- Feigin, S., Owens, G. ve Goodyear-Smith, F. (2014). Theories of Human Altruism: A Systematic Review. *Annals of Neuroscience and Psychology*, 1(1), 1-9.
- Feldman, M. D. (2017). Altruism and Medical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 32(7), 719-720.
- Fitzpatrick, J. J. (2009). CRNA-Physician Collaboration in Anesthesia. *American Association of Nurse Anesthesiology Journal*, 77(6), 431-436.
- Fry, L. W. (2003). Toward a Theory of Spiritual Leadership. *The Leadership Quarterly*, 14(6), 693-727.
- Garber, J. S., Madigan, E. A., Click, E. R. ve Fitzpatrick, J. J. (2009). Attitudes Towards Collaboration and Servant Leadership Among Nurses, Physicians and Residents. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 331-340.
- Gardner, D. (2005). Ten Lessons in Collaboration. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(1), 1-10.
- George, R. T. ve Hancer, M. (2004). Leader-Member Exchange Quality: An Empirical Investigation in Restaurants. *Journal of Human Resources in Hospitality & Tourism*, 3(2), 85-99.
- Girish, D. (2019). Collaboration Between Nurses and Physicians. *International Journal of Advances in Nursing Management*, 7(1), 63-68.

- Göksel, A. ve Aydınlan, B. (2012). Lider-Üye Etkileşimi Düzeyinin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Görgül Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(2), 247-271.
- Graen, G. B. ve Scandura, T. A. (1987). Toward a Psychology of Dyadic Organizing. *Research in Organizational Behavior*, 9, 175-208.
- Graen, G. B. ve Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-Based Approach to Leadership: Development of Leader-Member Exchange (LMX) Theory of Leadership Over 25 Years: Applying a Multi-Level Multi-Domain Perspective. *The Leadership Quarterly*, 6(2), 219-247.
- Greguras, G. J. ve Ford, J. M. (2006). An Examination of the Multidimensionality of Supervisor and Subordinate Perceptions of Leader-Member Exchange. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(3), 433-465.
- Gunnarsdóttir, S. (2014). Is Servant Leadership Useful for Sustainable Nordic Health Care? *Vård i Norden*, 34(2), 53-55.
- Hanse, J. J., Harlin, U., Jarebrant, C., Ulin, K. ve Winkel, J. (2014). Leader-Member Exchange (LMX) and Psychosocial Factors at Work Among Healthcare Professionals. *Journal of Nursing & Care*, 3(5), 1-5.
- Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B. ve Mattsson, B. (2010). Working Together—Primary Care Doctors' and Nurses' Attitudes to Collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 78-85.
- Henneman, E. A. (1995). Nurse-Physician Collaboration: a Poststructuralist View. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 359-363.

- Hinton, P., McMurray, I. ve Brownlow, C. (2014). *SPSS explained* (3. baskı). London: Routledge.
- Hojat, M., Fields, S. K., Veloski, J. J., Griffiths, M., Cohen, M. J. ve Plumb, J. D. (1999). Psychometric Properties of an Attitude Scale Measuring Physician-Nurse Collaboration. *Evaluation & the Health Professions*, 22(2), 208-220.
- Hojat, M., Nasca, T. J., Cohen, M. J., Fields, S. K., Rattner, S. L., Griffiths, M., ve diğerleri. (2001). Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration: A Cross-Cultural Study of Male and Female Physicians and Nurses in The United States and Mexico. *Nursing Research*, 50(2), 123-128.
- Hojat, M., Ward, J., Spandorfer, J., Arenson, C., Van Winkle, L. J. ve Williams, B. (2015). The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): Development and Multi-Institution Psychometric Data. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 238-244.
- Holtman, M. C., Frost, J. S., Hammer, D. P., McGuinn, K. ve Nunez, L. M. (2011). Interprofessional Professionalism: Linking Professionalism and Interprofessional Care. *Journal of Interprofessional Care*, 25(5), 383-385.
- Hu, L. T. ve Bentler, P. M. (1998). Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparameterized Model Misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424.
- Hughes, B. ve Fitzpatrick, J. J. (2010). Nurse-Physician Collaboration in an Acute Care Community Hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 625-632.
- Kanungo, R. ve Mendonca, M. (1998). Ethical Leadership in Three Dimensions. *Journal of Human Values*, 4(2), 133-148.

- Karahalilöz, O. (2021). *Öğretmen Görüşlerine Göre Okul Müdürlerinin Alturistik (Özgeci) Liderlik Davranışlarının İncelenmesi*. Doktora Tezi, Karabük Üniversitesi, Karabük.
- Karahalilöz, O. ve Çelebi, N. (2021). Öğretmenlerin Algılarına Göre Okul Müdürlerinin Alturistik (Özgeci) Liderlik Davranışları. *Yıldız Journal of Educational Research*, 6(2), 122-135.
- Kozues, J. M. ve Posner, B. Z. (2012). *The Leadership Challenge: How to Make Extraordinary Things Happen in Organizations* (5. baskı). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Köse, S. D., Uğurluoğlu, Ö. ve Köse, T. (2015). Sağlık Çalışanlarının Hizmetkâr Liderlik Algılarının Lider-Üye Etkileşimi ve Örgütsel Güven Üzerindeki Etkisi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 19(2), 239-262.
- Küçük, K. ve Yavuz, E. (2018). Hizmetkâr Liderlik: Gandhi Örneği. *Uluslararası Liderlik Çalışmaları Dergisi: Kuram ve Uygulama*, 1(2), 81-93.
- Laschinger, H. K. ve Smith, L. M. (2013). The Influence of Authentic Leadership and Empowerment on New-Graduate Nurses' Perceptions of Interprofessional Collaboration. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(1), 24-29.
- Laschinger, H. K. S., Purdy, N. ve Almost, J. (2007). The Impact of Leader-Member Exchange Quality, Empowerment, and Core Self-Evaluation on Nurse Manager's Job Satisfaction. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 37(5), 221-229.
- Liden, R. C. ve Graen, G. (1980). Generalizability of the Vertical Dyad Linkage Model of Leadership. *Academy of Management Journal*, 23(3), 451-465.



- Liden, R. C. ve Maslyn, J. M. (1998). Multidimensionality of Leader-Member Exchange: An Empirical Assessment Through Scale Development. *Journal of Management*, 24(1), 43-72.
- Lindeke, L. L. ve Sieckert, A. M. (2005). Nurse-Physician Workplace Collaboration. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 10(1), 1-7.
- López-Ibort, N., González-de la Cuesta, D., Antoñanzas-Lombarte, T. ve Gascón-Catalán, A. (2020). The Correlation Between Leader–Member Exchange and Organisational Commitment Among Spanish Registered Nurses: The Moderating Role of Sex and Hospital Size. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 721.
- Luthans, F. ve Avolio, B. J. (2003). Authentic Leadership Development. K. S. Cameron, E. Dutton ve R. E. Quinn (Ed.). *Positive Organizational Scholarship* (s. 241-261). San Francisco: Barrett-Koehler.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W. ve Sugawara, H. M. (1996). Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130.
- Mahboube, L., Talebi, E., Porouhan, P., Orak, R. J. ve Farahani, M. A. (2019). Comparing the Attitude of Doctors and Nurses Toward Factor of Collaborative Relationships. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(10), 3263–3267.
- Malik, M. A. ve Azmat, S. (2019). Leader and Leadership: Historical Development of the Terms and Critical Review of Literature. *Annals of the University of Craiova for Journalism, Communication and Management*, 5(1), 16-32.

- Mallén, F., Chiva, R., Alegre, J. ve Guinot, J. (2015). Are Altruistic Leaders Worthy? The Role of Organizational Learning Capability. *International Journal of Manpower*, 36(3), 271-295.
- Mansur, F. ve Uysal, D. (2021). Covid-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerin Etik ve Alturistik Liderlik Algısı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(2), 329-344.
- Marcia, A., Kassirer, P. K. ve Relman, A. (2000). Looking Back on the Millennium in Medicine. *The New England Journal of Medicine*, 342(1), 42-49.
- McGaghie, W. C., Mytko, J. J., Brown, W. N. ve Cameron, J. R. (2002). Altruism and Compassion in the Health Professions: a Search for Clarity and Precision. *Medical Teacher*, 24(4), 374-378.
- McNair, R. P. (2005). The Case for Educating Health Care Students in Professionalism as the Core Content of Interprofessional Education. *Medical Education*, 39(5), 456-464.
- Miller, L. M., Fink, J. S., Pastore, D. L. ve Baker, R. E. (2005). Defining Altruistic Leadership in the Management of Intercollegiate Coaching. *The Smart Journal*, 2(1), 4-16.
- Mostafa, A. M. S. ve El-Motalib, E. A. A. (2018). Servant Leadership, Leader–Member Exchange and Proactive Behavior in the Public Health Sector. *Public Personnel Management*, 48(3), 309-324.
- Myrvang, N. A. (2021). Sağlık Çalışanlarında Alturistik Liderlik Yaklaşımı ve Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki. *Turkish Studies-Social Sciences*, 16(3), 1147-1159.

- Northouse, P. (2016). *Leadership Theory and Practice* (7. baskı). Thousand Oaks, CA: Sage.
- O'Brien, J. L., Martin, D. R., Heyworth, J. ve Meyer, N. R. (2008). Negotiating Transformational Leadership: A Key to Effective Collaboration. *Nursing & Health Sciences*, 10(2), 137-143.
- Onishi, M., Komi, K. ve Kanda, K. (2013). Physicians' Perceptions of Physician-Nurse Collaboration in Japan: Effects of Collaborative Experience. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 231-237.
- Özer, Ö. (2019). Hemşirelerde Hizmetkâr Liderlik ve Çalışan Performansının İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 105-112.
- Özkaraca, R. (2009). *Hekim ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumları ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Pelligra, V. (2011). Empathy, Guilt-Aversion, and Patterns of Reciprocity. *Journal of Neuroscience, Psychology, and Economics*, 4(3), 161–173.
- Preston, S. D. (2007). A Perception-Action Model for Empathy. T. Farrow ve P. Woodruff (Ed.). *Empathy in mental illness* (s. 428-447). New York: Cambridge University Press.
- Reave, L. (2005). Spiritual Values and Practices related to Leadership Effectiveness. *The Leadership Quarterly*, 16(5), 655-687.
- Reeves, S., Nelson, S. ve Zwarenstein, M. (2008). The Doctor-Nurse Game in the Age of Interprofessional Care: A View from Canada. *Nursing Inquiry*, 15(1), 1-2.

- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. ve Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional Collaboration to Improve Professional Practice and Healthcare Outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1-48.
- Regan, S., Laschinger, H. K. ve Wong, C. A. (2016). The Influence of Empowerment, Authentic Leadership, and Professional Practice Environments on Nurses' Perceived Interprofessional Collaboration. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 54-61.
- Salas-Vallina, A. ve Alegre, J. (2018). Unselfish Leaders? Understanding the Role of Altruistic Leadership and Organizational Learning on Happiness at Work (HAW). *Leadership & Organization Development Journal*, 39(5), 633-649.
- Salas-Vallina, A., Ferrer-Franco, A. ve Fernandez Guerrero, R. (2018). Altruistic Leadership and Affiliative Humor's Role on Service Innovation: Lessons from Spanish Public Hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(3), 861-872.
- Samad, S. (2012). The Influence Of Innovation and Transformational Leadership on Organizational Performance. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 57, 486-493.
- Saygılı, M. (2008). *Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Sendjaya, S., Sarros, J. C. ve Santora, J. C. (2008). Defining and Measuring Servant Leadership Behaviour in Organizations. *Journal of Management Studies*, 45(2), 402-424.
- Silva, A. (2016). What is Leadership? *Journal of Business Studies Quarterly*, 8(1), 1-5.

- Simmons, R. G. (1991). Presidential Address on Altruism and Sociology. *The Sociological Quarterly*, 32(1), 1-22.
- Singh, N. ve Krishnan, V. R. (2008). Self-sacrifice and Transformational Leadership: Mediating Role of Altruism. *Leadership & Organization Development Journal*, 29(3), 261-274.
- Smith, C. A., Organ, D. W. ve Near, J. P. (1983). Organizational Citizenship Behavior: Its Nature and Antecedents. *Journal of Applied Psychology*, 68(4), 653.
- Sollami, A., Caricati, L. ve Sarli, L. (2015). Nurse–Physician Collaboration: A Meta-Analytical Investigation of Survey Scores. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 223-229.
- Sosik, J. J., Jung, D. ve Dinger, S. L. (2009). Values in Authentic Action: Examining the Roots and Rewards of Altruistic Leadership. *Group & Organization Management*, 34(4), 395-431.
- Stein, L. (1967). The Doctor-Nurse Game. *Archives of General Psychiatry*, 16(6), 699-703.
- Stein, L. I., Watts, D. T. ve Howell, T. (1990). The Doctor–Nurse Game Revisited. 322(8), 546-549.
- Steinberg, D. (2010). Altruism in Medicine: Its Definition, Nature, and Dilemmas. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 19(2), 249-257.
- Steiner, P. (2014). *Comte, Altruism and the Critique of Political Economy* [Bildiri]. XVIII ISA World Congress of Sociology, Japonya.

- Sterchi, L. S. (2007). Perceptions That Affect Physician-Nurse Collaboration in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 86(1), 45-57.
- Stern, D. T. (2006). *Measuring Medical Professionalism*. New York: Oxford University Press.
- Stewart Wherry, H. M. (2012). *Authentic Leadership, Leader-Member Exchange, and Organizational Citizenship Behavior: A Multilevel Analysis*. Yüksek Lisans Tezi, University of Nebraska, Nebraska.
- Sturm, B. A. (2009). Principles of Servant-Leadership in Community Health Nursing: Management Issues and Behaviors Discovered in Ethnographic Research. *Home Health Care Management & Practice*, 21(2), 82-89.
- Tabak, A., Polat, M., Coşar, S. ve Türköz, T. (2012). Otantik Liderlik Ölçeği: Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 14(4), 89-106.
- Taylor, J. S. (1996). Collaborative Practice Within the Intensive Care Unit: a Deconstruction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(2), 64-70.
- Terry, V., Sandoval, A., Garza, J., Lowdermilk, J., Lerma, E., Lapka, S., ve diğerleri. (2018). What Drives Members of an Interprofessional Care Team: a Sense of Self. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 13, 27-32.
- Tresolini, C. P. (1994), *Health Professions Education and Relationship-centered Care*. San Francisco: Pew Health Professions Commission.
- Truckenbrodt, Y. B. (2000). The Relationship Between Leader-Member Exchange and Commitment and Organizational Citizenship Behavior. *Acquisition Review Quarterly*, 7(3), 233.

- Tschannen, D. (2004). The Effect of Individual Characteristics on Perceptions of Collaboration in the Work Environment. *Medsurg Nursing*, 13(5), 312-318.
- Tucker, L. R. ve Lewis, C. (1973). A Reliability Coefficient for Maximum Likelihood Factor Analysis. *Psychometrika*, 38(1), 1-10.
- Turgut, H., Tokmak, İ. ve Ateş, M. F. (2015). Lider-Üye Etkileşiminin İşgören Performansına Etkisinde Çalışanların Örgütsel Adalet Algılarının Rolü. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(2), 417-442.
- Uçar, Z. M., Akbolat, M. ve Özer, A. (2021). Covid-19 Dönemindeki Sağlık Çalışanlarında Alturistik Liderlik ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. M. Akbolat ve Ö. Ünal (Ed.). *COVID-19 Pandemisinde İşletme Yönetiminin Dönüşümü* (s. 1-12). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Uğurluoğlu, Ö., Bilgin Demir, İ. ve Ürek, D. (2019). *Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- 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.
- Ülker, F. (2015). *Lider Üye Etkileşimi ve Çalışan Tutumları Üzerinde Etkisi: Eğitim Sektöründe Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Ümmet, D., Halil, E. ve Otrar, M. (2013). Özgecilik (Altruizm) Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(26), 301-321.

- Ürek, D. (2015). *Sağlık Kurumlarında Lider-Üye Etkileşim Düzeyi ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Ürek, D. ve Uğurluoğlu, Ö. (2019). Examining the Impact of Leader–Member Exchange on Organizational Citizenship Behaviour in Healthcare Sector. *İş ve İnsan Dergisi*, 6(1), 81-92.
- Van Biesen, W., Lameire, N., Veys, N. ve Vanderhaegen, B. (2004). From Curing to Caring: One Character Change Makes a World of Difference. Issues Related to Withholding/Withdrawing Renal Replacement Therapy (RRT) from Patients with Important Co-Morbidities. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19(3), 536-540.
- van Dierendonck, D. (2011). Servant Leadership: A Review and Synthesis. *Journal of Management*, 37(4), 1228-1261.
- Vecchio, R. P. ve Gobdel, B. C. (1984). The Vertical Dyad Linkage Model of Leadership: Problems and Prospects. *Organizational Behavior and Human Performance*, 34(1), 5-20.
- West, S. G., Finch, J. F. ve Curran, P. J. (1995). Structural Equation Models with Nonnormal Variables: Problems and Remedies. R. H. Hoyle (Ed.). *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications* (s. 56-75). Thousand Oaks: Sage.
- Yadmaa, N. (2020). *Lider Üye Etkileşiminin Kariyer Memnuniyeti ve Bireysel Performans Üzerindeki Etkisi: Moğolistan Sağlık Kurumlarında Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Yukl, G. (2012). *Leadership in Organizations* (8. baskı). New Jersey: Pearson



Zheltoukhova, K. (2016). *Developing and Validating a Scale of Altruistic Leadership*.  
Doktora Tezi, Lancaster University, United Kingdom.

## EKLER

### EK 1: ANKET FORMU

#### GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma; Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU danışmanlığında yürütülmekte olan “Sağlık Kurumlarında Alturistik Liderliğin Hekim-Hemşire İşbirliği ve Lider-Üye Etkileşimi Üzerindeki Etkileri” konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgilidir. Söz konusu araştırma; çalışanlarının gelişimine kendi gelişiminden daha çok önem vermeyi ve bunu hiçbir karşılık beklemeden gönüllü bir şekilde yapmayı ifade eden alturistik liderliğin, liderlik sürecindeki yönetici-ast arasındaki karşılıklı etkileşimi konu alan Lider Üye Etkileşimi Teorisi ile sağlık kurumlarındaki hizmet çıktısını etkileyen faktörlerden biri olan hekim hemşire iş birliği düzeyleri üzerindeki etkilerini inceleme amacındadır.

Doğası gereği sağlık kurumları için son derece uygun olan fakat günümüzde hastanelerde uygulamaları henüz yaygınlaşmamış durumdaki alturistik liderliğin, İstanbul metropolitan alanda hizmet veren hastanelerdeki lider üye etkileşimi ve hekim hemşire iş birliği düzeyleri üzerindeki etkileri, siz değerli katılımcıların desteği ile araştırılmak istenmektedir.

Bu çalışma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı reddedebilir veya dilediğiniz herhangi bir anda çalışmayı yarıda bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilerek yalnız bu araştırma amacıyla kullanılacaktır.

#### **Sorumlu Araştırmacı**

**Adı-Soyadı:** Ecenur Aydemir

## BÖLÜM 1: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz:	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek		
2. Yaşınız (Yıl):	..... (Lütfen belirtiniz)			
3. Eğitim Durumunuz:	<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Ön lisans	<input type="checkbox"/> 4 Yıllık Fakülte/Y.O.	<input type="checkbox"/> 6 Yıllık Fakülte
	<input type="checkbox"/> Tıpta Uzmanlık	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans	<input type="checkbox"/> Doktora	
4. Hastanedeki Göreviniz:	<input type="checkbox"/> Hekim	<input type="checkbox"/> Hemşire		
5. Medeni Durumunuz:	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekâr		
6. Sağlık Sektöründeki Toplam Çalışma Süreniz (Yıl):	..... (Lütfen belirtiniz)			
7. Liderlik Konusunda Herhangi Bir Eğitim Aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		

## BÖLÜM 2: ALTURİSTİK LİDERLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular alturistik liderlik ile ilgilidir. Grup üyesi olarak bağlı olduğunuz lider (üst) ile ilişkileriniz açısından aşağıdaki ifadelerden size göre en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yöneticim bana yardımcı olmak için tanımlanmış rollerinin dışındaki görevleri kabul eder (örneğin, yardım etmek uğruna geride durmak, iş yüküne katkıda bulunmak gibi).	1	2	3	4	5
2. Yöneticim kendi çıkarlarından vazgeçmesini gerektiren durumlarda bile, takımına sahip çıkan birisidir.	1	2	3	4	5
3. İlave iş yükünü desteklemek için yöneticim de çalışır.	1	2	3	4	5
4. Yöneticim söz konusu durumun kendisi üzerindeki etkilerini düşünmeden önce başkalarına yardımcı olmayı düşünür.	1	2	3	4	5
5. Yöneticim bana nasıl hissettiğimi mutlaka sorar.	1	2	3	4	5
6. Yöneticim takımdaki birisine adaletsiz bir şekilde davranılmasına ya da takımdaki birisinden faydalanılmasına katlanamaz.	1	2	3	4	5
7. Yöneticim sevdiği iş arkadaşları için görevinin gerektirdiklerinden fazlasını yapmaya hazırdır.	1	2	3	4	5
8. Yöneticim kendi kişisel çıkarları ile çatışmadığı sürece bana yardımcı olur.	1	2	3	4	5

### BÖLÜM 3: HEKİM-HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular hekim hemşire iş birliği ile ilgilidir. Bu ifadelerden her biri için en uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Bir hemşire hekimin asistanından ziyade iş birliği yaptığı bir mesai iş arkadaşı olarak görülmelidir.	1	2	3	4	5
2. Hemşireler hasta ihtiyaçlarının psikolojik yönlerini değerlendirip karşılayabilecek yeterliliktedir.	1	2	3	4	5
3. Tıp ve hemşirelik öğrencileri eğitimleri süresince kendi rollerini anlamak için takım çalışması içinde olmalıdır.	1	2	3	4	5
4. Hemşireler çalışma koşullarını etkileyen politik kararların alınması sürecine dâhil edilmelidir.	1	2	3	4	5
5. Hemşireler sağladıkları hemşirelik hizmetinden hastalara karşı sorumlu olmalıdır.	1	2	3	4	5
6. Hekimler ve hemşirelerin birçok ortak sorumluluk alanı vardır.	1	2	3	4	5
7. Hasta eğitimi ve psikolojik danışmanlık hemşirelerin uzmanlık alanıdır.	1	2	3	4	5
8. Hekimler bütün sağlık hizmetleri alanlarında baskın otorite olmalıdır.	1	2	3	4	5
9. Hekimler ve hemşireler hastaların taburcu edilmeleri hakkındaki kararları birlikte almalıdır.	1	2	3	4	5
10. Hemşirelerin temel görevi doktorların emirlerini yerine getirmektir.	1	2	3	4	5
11. Hemşireler kendi çalışma alanlarının ilgilendiren hastane destek hizmetleri ile ilgili kararlarda söz sahibi olmalıdır.	1	2	3	4	5
12. Hemşirelerin tıbbi tedavinin etkilerini izleme konusunda da sorumlulukları olmalıdır.	1	2	3	4	5
13. Hemşireler hasta üzerinde zararlı etkileri olabileceğini düşündükleri hekim talimatlarını açıklığa kavuşturmalıdır.	1	2	3	4	5
14. Hekimler hemşireler ile iş birliği kurmak üzere eğitilmelidir.	1	2	3	4	5
15. Hekimler ve hemşireler arasındaki meslekler arası ilişkiler eğitim programlarına dâhil edilmelidir.	1	2	3	4	5

## BÖLÜM 4: LİDER-ÜYE ETKİLEŞİMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular lider üye ilişkileriyle ilgilidir. Grup üyesi olarak bağlı olduğunuz lider (üst) ile ilişkileriniz açısından aşağıdaki ifadelerden size göre en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Yöneticimi birey olarak çok severim.	1	2	3	4	5
2. Yöneticimin işe yönelik hedeflerini karşılamak için benden beklenenin ötesinde çaba göstermeye hazırım.	1	2	3	4	5
3. Yöneticimin mesleki becerilerine hayranlık duyarım.	1	2	3	4	5
4. Konu hakkında tam olarak bilgisi olmasa bile, yöneticim yaptığım işleri başka bir üste karşı savunur.	1	2	3	4	5
5. Yöneticim herkesin arkadaş olmayı isteyeceği türde bir insandır.	1	2	3	4	5
6. Yöneticim için görevim olmayan başka işleri de yaparım.	1	2	3	4	5
7. Yöneticimin iş konusundaki bilgi ve uzmanlığına saygı duyarım.	1	2	3	4	5
8. Yöneticim için elimden geldiğince çok çalışmayı sorun etmem.	1	2	3	4	5
9. Yöneticimle çalışmak zevklidir.	1	2	3	4	5
10. Herhangi bir konuda başkaları üzerime gelirse yöneticim beni onlara karşı savunacaktır.	1	2	3	4	5
11. Yöneticimin işine yönelik bilgisinden etkilenirim.	1	2	3	4	5
12. Eğer bilmeden bir hata yaparsam yöneticim beni işletmedeki diğer insanlara karşı savunacaktır.	1	2	3	4	5

**EK 2: ETİK KURUL FORMU**

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Rektörlük



Sayı : 35853172-050.06  
Konu : Ecnur AYDEMİR (Etik Komisyon İzni)

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

İlgi : 05.02.2020 tarihli ve 12908312-050.06/00000988035 sayılı yazımız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden **Ecnur AYDEMİR**'in **Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU** danışmanlığında hazırladığı "**Sağlık Kurumlarında Alturistik Liderliğin Hekim- Hemşire İşbirliği ve Lider-Üye Etkileşimi Üzerindeki Etkileri**" başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **10 Mart 2020** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-imzalıdır  
Prof. Dr. Rahime Meral NOHUTCU  
Rektör Yardımcısı

**EK 3: ARAŞTIRMA İZNİ**

Tarih: 20/01/2022  
Sayı: E-000-00001989770

HASTANESİ

Konu: Ecenur AYDEMİR'in Anket İzni Hk. 20.01.2022

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 12.01.2022 tarihli ve E-35853172-300-00001969479 sayılı yazınız; Uzantısı

: Ecenur AYDEMİR isimli öğrencinin  
anket yapması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.

## EK 4: ORJİNALLİK RAPORU

### SAĞLIK KURUMLARINDA ALTURİSTİK LİDERLİĞİN HEKİM HEMŞİRE İŞBİRLİĞİ VE LİDER-ÜYE ETKİLEŞİMİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

#### ORJİNALLİK RAPORU


% <b>11</b>	% <b>10</b>	% <b>3</b>	% <b>1</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>4</b>
<b>2</b>	<a href="http://acikbilim.yok.gov.tr">acikbilim.yok.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<a href="http://dergipark.org.tr">dergipark.org.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<a href="http://docplayer.biz.tr">docplayer.biz.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>5</b>	<a href="http://dspace.balikesir.edu.tr">dspace.balikesir.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>6</b>	<a href="http://toad.halileksi.net">toad.halileksi.net</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<a href="http://www.altso.org.tr">www.altso.org.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>



## EK 5: ORJİNALLİK RAPORU FORMU

 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;"> <p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b>  <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b>  <b>YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b></p> </div>
<p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b>  <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b>  <b>SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA</b></p>
Tarih: 28/12/2022
<p>Tez Başlığı : SAĞLIK KURUMLARINDA ALTURİSTİK LİDERLİĞİN HEKİM HEMŞİRE İŞBİRLİĞİ VE LİDER ÜYE-ETKİLEŞİMİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 88 sayfalık kısmına ilişkin, 28/12/2022 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 11 'dir.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç</li> <li>2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç</li> <li>3- <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç</li> <li>4- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil</li> <li>5- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimeden 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>
Tarih ve İmza
<p><b>Adı Soyadı:</b> ECENUR AYDEMİR</p> <p><b>Öğrenci No:</b> N18137676</p> <p><b>Anabilim Dalı:</b> SAĞLIK YÖNETİMİ</p> <p><b>Programı:</b> TEZLİ YÜKSEK LİSANS</p>
<p><b><u>DANIŞMAN ONAYI</u></b></p> <p>UYGUNDUR.</p> <p><b>PROF. DR. ÖZGÜR UĞURLUOĞLU</b></p> <p>(Unvan, Ad Soyad, İmza)</p>