

Hemşirelikte Klinik Süpervizyon ve Süpervisör Desteği: İş Doyumu, Tükenmişlik ve Bakım Kalitesine Etkileri

Nazan Yıldız¹

Özet

Klinik süpervizyon, hemşirelik uygulamalarında mesleki gelişimi destekleyen, iş doyumunu artıran, tükenmişliği azaltan ve bakım kalitesini iyileştiren temel bir yapı taşıdır. Modern sağlık hizmetlerinde artan iş yükü, hemşire açığı ve karmaşık klinik süreçler, süpervisör desteğinin önemini daha da artırmıştır. Literatür, etkili süpervizyonun hemşirelerde stres ve duygusal tükenmeyi azalttığını, rol netliğini güçlendirdiğini ve meslekte kalma niyetini yükselttiğini göstermektedir. Ayrıca süpervizyon, kritik düşünme becerilerinin gelişmesine, iletişim ve ekip uyumunun artmasına, hata farkındalığının güçlenmesine ve hemşirelik duyarlı sonuçlarda (NSO) belirgin iyileşmelere katkı sağlamaktadır. Düşme, bası yarası, enfeksiyon oranları ve ilaç hataları gibi önemli kalite göstergelerinin süpervizyon eşliğinde olumlu yönde etkilendiği çok merkezli çalışmalarda ortaya konmuştur.

Bu bölümde süpervizyon modelleri; yapısal, destekleyici, gelişimsel, çok yönlü, liderlik temelli ve çoklu süpervizyon başlıklarıyla kapsamlı biçimde ele alınmıştır. Dijital ve tele-süpervizyonun yükselen bir trend olarak literatürde yer aldığı görülmektedir. Türkiye bağlamında ise süpervizyonun henüz tam olarak kurumsallaşmadığı, ancak eğitim ve araştırma hastanelerinde yarı-formal yapıların bulunduğu belirtilmiştir. Bu doğrultuda Türkiye için üç katmanlı özgün bir model (klinik eğitim hemşiresi-sorumlu hemşire-başhemşire) önerilmiştir. Sonuç olarak klinik süpervizyon, hem hemşirelerin psikososyal iyilik hâlini hem de hasta güvenliği ve bakım kalitesini güçlendiren stratejik bir liderlik aracıdır.

1 Uzman Dr., Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi
E-posta: nazanyildizz1@gmail.com, Orcid ID: 0000-0001-5548-8937

1. Giriş

Hemşireler, sağlık alanında çeşitli görevlerde yer alırlar. Bu görevlerden bazıları klinikte görev alan hemşirelerden, yönetici ve denetleyici (süpervisör) hemşirelerden oluşur. Süpervisör hemşireler, bireysel ve örgütsel düzeyde profesyonel destek sağlayan ekip lideridir (1).

1.1. Klinik Süpervizyonun (Denetim) Tanımı

1.1.1. Klinik Süpervizyonun Temel Kavramı

Klinik süpervizyon tüm klinik programların önemli bir parçasıdır. Klinik denetimi, kliniğin misyonunu, hedeflerini ve tedavi felsefesini klinik teori ve kanıta dayalı uygulamalarla bütünleştiren merkezi bir organizasyon faaliyetidir. Klinik denetimin temel nedenleri, kaliteli hasta bakımı sağlamak ve klinik personelin mesleki gelişimini sistematik ve planlı bir şekilde sürdürmektir. Birçok tedavide, klinik gözetim, sağlanan bakımın kalitesini belirlemenin birincil yoludur (2).

Klinik süpervisörler, hemşirelerin ve yardımcı sağlık personelinin mesleki gelişimine katkıda bulunan, klinik karar verme becerilerine yön veren ve etik kurallara uyarak güvenli bakım sunumunu sağlayan akıl hocalarıdır. Bu nedenle süpervisörler klinik pratikte hastanelerde işleyiş ve düzenin sağlanmasında önemli bir rol almaktadırlar (3).

1.1.2. Hemşirelikte Süpervizyonun Tarihsel Gelişimi

Hemşirelikte süpervizyon kavramının temeli modern hemşireliğin öncüsü Florence Nightingale'e kadar uzanır. Nightingale'in 1860'ta açtığı hemşirelik okulunda "matron" ve "ward sister" olarak görevlendirilen kişiler eğitici ve denetleyici rolde idiler (4).

1960'lardan sonra hemşirelik mesleği psikoloji, danışmanlık ve sosyal hizmet becerilerine yönelmeye başladı. Modern klinik süpervizyon bakış açısı bu dönemde ortaya çıkmaya başlamıştır.

1990'lı yıllardan itibaren hemşirelik hizmet yelpazesine kurumsallaşma ve kalite yönetimi de eklendi.

2010–2025 yılları arasında ise kanıta dayalı, dijitalleşmiş, teknoloji ile iç içe, liderlik temelli, hizmet kalitesine önem veren halini aldı (5, 6, 7).

1.1.3. Uluslararası kuruluşların (International Council of Nurses (ICN), Royal College of Nursing (RCN), Australian College of Nursing (ACN) süpervizyon yaklaşımı

ICN, RCN, ACN gibi kuruluşlar süpervisörlüğü “hemşirelerin güvenli, etik ve kaliteli bakım sunmasını kolaylaştıran, hem hemşirelerin ruhsal iyilik halini hem de bakım kalitesini artıran, hemşirelerin mesleki gelişimini destekleyen profesyonel mentorlar olarak değerlendirmektedirler (8-9-10).

1.2. Klinik Süpervizyon Neden Güncel Bir Konu?

1.2.1. Artan Hemşire İş Yükü

Hemşirelerin çalışma alanları ve bu alanlarda üzerlerine düşen iş yoğunluğu son 10 yılda dünya çapında büyük ölçüde artmıştır; bu artan iş yoğunluğu hasta bakım kalitesini, istemeyerek yapılan yanlışları ve hemşirelerin kendi sağlığını etkilemektedir (11).

1.2.2. Tükenmişlik salgını

Özellikle COVID-19 salgınıyla beraber daha da belirginleşen hemşirelerdeki tükenmişlik ve bunun neden olduğu iş bırakma oranlarının ve iş bırakma niyetlerinin hasta sağlığını ve güvenliğini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (12).

1.2.3. Sağlık çalışanı eksikliği

Küresel çapta da hemşirelere olan ihtiyaç giderek artmasına rağmen mevcut hemşire sayısının yeterli olmamasından kaynaklı hemşire açığı çok ciddi düzeydedir. ICN, 2030'a kadar çok sayıda (milyonları bulabilir) hemşireye ihtiyaç oluşacağını belirtmektedir. Bu nedenle mevcut hemşirelerin iş yükü artışının kaçınılmaz olduğu ortadır (13).

1.2.4 .Hasta güvenliği ve kalite talebi

Mevcut literatüre bakıldığında, yanlışlıkların çoğunun aşırı iş yoğunluğu, iletişimle ilgili problemler ve destek eksikliği ile alakalı olduğu görülmektedir. Süpervisör, bu problemleri azaltan profesyonel mentordur (14).

1.3. Bölümün Amacı ve Kapsamı

Bu bölümün amacı, hemşirelikte süpervisör hemşirenin sağlık alanındaki görev ve sorumluluklarını ve bu durumun bakım kalitesi üzerindeki etkilerini bütüncül olarak incelemektir. Bölüm kapsamında süpervizyonun

tarihsel gelişimi, kuramsal modelleri, uluslararası kuruluşların yaklaşımları ve güncel araştırma bulgularına değinilmekte ve uygulama alanında güncel bir çerçeve sunulmaktadır. Ayrıca süpervisör hemşirelerde iş doyumu, tükenmişlik, profesyonel gelişim ve hasta güvenliği gibi kilit alanlardaki katkıları tartışılmıştır.

2. Süpervizyon Modelleri

2.1. Yapısal (Structured) Süpervizyon Modeli

2.1.1. Tanım

Yapısal süpervizyon modelinde, denetim periyotları belirlenmiş, düzenli aralıklarla görüşülecek konular ve amaçlar doğrultusunda yapılır. Planlanmış ve protokolleri olan bir şablondur.

2.1.2. Uygulama koşulları

Yapılacak toplantıların belirlenmiş bir periyodu vardır (ayda bir, iki haftada bir şeklinde). Belli bir düzene oturtulmuş form ve kayıtları bulunmaktadır. Bu toplantılarda eğitilmiş bir süpervisör bulunmalı, hastane yönetiminin desteği ve onayı önemlidir.

2.1.3. Avantajlar

Bu modelin avantajları belli bir düzen ve nosyon içinde olmasından kaynaklı tutarlı ve takip edilebilirdir. Hizmet kalitesinin gelişimini progresif olarak sağlarken aynı zamanda yeni başlayan hemşirelere yol gösterici olmaktadır.

2.1.4. Dezavantajlar

Bu modeli bazı durumlarda aşırı bürokratik olduğunu düşünenler vardır.

2.1.5. Dünya örnekleri

Dünyada bu modele örnek olarak İngiltere'deki Winston Project ve Avustralya'daki AHPRA verilebilir (6, 15-18).

2.2. Destekleyici (Supportive) Süpervizyon Modeli

2.2.1. Tanım

Destekleyici süpervizyon modeli, hemşirelerin tükenmişliği azaltarak ve psikososyal dayanıklılıklarını artırarak yürütülür.

2.2.2. Uygulama koşulları

Bu modelde esas önemli olan gizlilik ve güven duygusudur. Paylaşımlar için uygun ortam sağlanmalı ve iletişim dili yargılayıcı olmamalıdır.

2.2.3. Avantajlar

Bu modelin en önemli avantajlarından biri hemşirelerin stres düzeylerini azaltırken tükenmişlik bulgularını da hafifletmektedir. Ayrıca iş ortamında ekip uyumuna hızlı adapte olmalarını sağlar. Böylece iş doyumunu da artırmaktadır.

2.2.4. Dezavantajlar

Ancak süpervisör yeterli eğitime sahip değilse destekleyici süpervisör ve hemşire ilişkisi terapiye benzeyen bir doğrultuya yönelebilir.

2.2.5. Dünya örnekleri

Dünyada bu modele örnek olarak Birleşik Krallık'ta yürütülen 'Restorative Clinical Supervision Programı' verilebilir. Ayrıca İskandinav ülkelerinde destekleyici süpervizyonluğun psikososyal kısmı yasayla zorunlu hale getirilmiştir (15,19, 20, 21).

2.3. Gelişimsel / Öğretici (Developmental / Educational) Süpervizyon Modeli

2.3.1. Tanım

Öğretici süpervizyon modelinde amaç, hemşirelerin mesleki anlamda bilgi birikimini ve ustalıklarını geliştirmek, klinik yetkinliklerini güncel tutmaktır.

2.3.2. Uygulama koşulları

Öğrenme ve eğitime odaklı, geri bildirimle açık şekilde planlanmalıdır.

2.3.3. Avantajlar

Öğretici bir model olmasından kaynaklı hemşirlerde ve özellikle mesleğe yeni başlayan hemşirelerde çalıştıkları bölüme uyum ve klinik yetkinlik hızla artar. Bunun sonucu olarak hasta güvenliği iyileşir.

2.3.4. Dezavantajlar

Bu modelde önemli olan süpervisörün öğretme yeteneği ve bilgi birikimidir. Bu konuda eğitilmiş ve deneyimli olmayan süpervisör yanlış yönlendirici olabilir.

2.3.5. Dünya örnekleri

Dünyada bu modele örnek olarak ABD’ de yürütülen ‘Nurse Preceptorship’ programları ve Avustralya’da yürütülen ‘Graduate Nurse Transition Programs’ verilebilir (22-24).

2.4. Reflektif Süpervizyon Süpervizyon Modeli

2.4.1. Tanım

Reflektif süpervizyon modelinde, hemşirelerin kendi mesleki süreçlerinde mesleki farkındalığını artırarak kendi klinik kararlarını ve deneyimlerini incelemesini sağlamaktır.

2.4.2. Uygulama Koşulları

Bu modelde hemşirelerin soru sorma, analitik düşünme ve tartışma becerileri geliştirmek planlanmalıdır.

2.4.3. Avantajlar

Modelin avantajı hemşirelerin mesleki karar verme yetisini geliştirmektir. Hemşirelerin klinik yanlışlarından ders çıkararak mesleki anlamda gelişmesini sağlar. Bu sayede klinik öngörüler artar.

2.4.4. Dezavantajlar

Bu modelde hemşirenin gelişimi ve bilgi birikiminin artması için zamana ihtiyaç vardır.

2.4.5. Dünya Örnekleri

Dünyada bu modele örnek olarak Kanada’daki hemşirelik eğitimi verilebilir (25-28).

2.5. Klinik Liderlik Temelli Süpervizyon

2.5.1. Tanım

Klinik liderlik temelli süpervizyon modelinde süpervisör ekibin lideridir. Çalışanların çalışma performansı ve gelişimi konusunda yol göstericidir.

2.5.2. Uygulama Koşulları

Bu modelde süpervisör, liderlik özelliği olan, ekip çalışmasına uyumlu, iletişim becerisi yetkin olan kişilerden seçilmelidir.

2.5.3. Avantajlar

Modelin avantajları sağlık hizmetine bütüncül bakış açısı sağlar. Multidisipliner ekiplerin koordinasyonunda yardımcı olur. Bu sayede bakım kalitesi ve hemşire motivasyonu artar.

2.5.4. Dezavantajlar

Modelin dezavantajı ise liderlik eğitime ve becerisine sahip olan bir süpervisör olmasıdır.

2.5.5. Dünya Örnekleri

Dünyada bu modele örnek olarak ABD ve Avustralya merkezli birçok klinik verilebilir (29-31).

2.6. Çoklu Süpervizyon (Peer / Grup Süpervizyonu)

2.6.1. Tanım

Çoklu süpervizyon modelinde, birden fazla süpervisörün birbirleriyle iletişim halinde olarak bilgi, deneyim ve birikimlerini paylaşırlar.

2.6.2. Uygulama Koşulları

Bu modelde grup olarak çalışarak ortak sorunları tartışarak çözüm bulmak hedeflenir.

2.6.3. Avantajlar

Modelin avantajları olarak takım ruhu çalışma becerisini artırırken, multidisipliner klinik yaklaşımlardan öğrenme sağlar. Maliyet olarak da avantajlı bir modeldir.

2.6.4. Dezavantajlar

Modelin dezavantajları, grupta çıkar çatışması ve güven problemlerinin ortaya çıkması gösterilebilir.

2.6.5. Dünya Örnekleri

Dünyada bu modele örnek olarak İngiltere (Community nursing) ve Yeni Zelanda (Maori Nursing) verilebilir (32-34).

2.7. Dijital / Tele-Süpervizyon Modelleri (Güncel Eğilimler)

2.7.1. Tanım

Tele-süpervizyon modeli, denetimde çevrimiçi platformlar kullanılarak veya video konferans bağlantıları oluşturularak diğer sistemlere entegrasyonu ile hibrit bir şekilde yürütülmesidir.

2.7.2. Uygulama Koşulları

Bu modelin uygulanması için en kritik adım güvenli dijital yolların sağlanmasıdır.

2.7.3. Avantajlar

Bu modelin avantajlarından biri gelişen teknoloji sayesinde ulaşılabilen hemşire sayısının artmasıdır. Modelin sağladığı bir diğer avantaj ise yer, zaman açısından hemşirelere kolaylık sağlamasıdır. Bu model özellikle yoğun çalışan hemşirelerin bilgi ve becerilerini geliştirmesine de olanak sağlamaktadır.

2.7.4. Dezavantajlar

Bu modelin dezavantajların başında bağlantı ve altyapı sorunu gelmektedir. Ayrıca güvenlikle ilgili riskler de barındırmaktadır.

2.7.5. Dünya Örnekleri

Dünyada bu modele örnek olarak ABD (Tele-preceptorship sistemleri) ve İngiltere (NHS Learning Hub üzerinden dijital süpervizyon) verilebilir (35-38).

3. Süpervisör Desteği Ve Liderlik Modelleri

Süpervizyon sürecinin etkinliği, süpervisörün benimsediği liderlik yaklaşımıyla yakından ilişkilidir. Bu bağlamda süpervizyon uygulamalarında öne çıkan liderlik modelleri aşağıda ele alınmıştır.

3.1. Dönüşümcü (Transformational) Liderlik

Dönüşümcü liderler, mesleki ilerlemeyi destekleyen, ekip çalışmasını yönlendiren ve çalışanların motivasyonunu artıran liderlerdir. Dönüştürücü liderler, hemşirelerin potansiyelini ortaya çıkarmada ve klinik denetimde yol göstermede etkilidir (39).

3.2. Etkileşimci (Transactional) Liderlik

Etkileşimci liderler; ödül, geri bildirim ve performans beklentileri üzerine kurulu davranışsal bir modeldir. Süpervisör, süreçlerin düzenli yürütülmesini, görev-sorumluluk uyumunu ve hesap verebilirliği destekler (40).

3.3. Hizmetkâr (Servant) Liderlik

Hizmetkâr liderlikte, lider çalışanlarının gereksinimlerini ön planda tutar. Süpervisörler hemşirelere psikolojik destek, takım çalışması ve stres yönetiminde yardımcı olur (41-42).

3.4. Otantik (Authentic) Liderlik

Otantik liderlikte saydamlık ve etik ilkeler ön planda tutulur. Otantik süpervisörler hemşirelerin mesleki öz-yeterliliğini ve güven duygusunu geliştirmeye yardımcı olurlar (43).

3.5. Durumsal (Situational) Liderlik

Durumsal liderlikte, süpervisörler mevcut durum ve kişiye göre diğer liderlik tarzlarını (yönlendirici, koçluk, destekleyici, delege edici) harmanlayarak yardımcı olurlar (44).

3.6. Klinik Ortamda Süpervisör Davranışları

Süpervisörün klinik hizmette gösterdiği tutum ve davranışlar hemşirenin bilgi ve becerilerini ve sunulan hizmetin kalitesini etkiler.

3.6.1. İletişim

Süpervisörün iletişim şeklinin açık, empatik ve karşılıklı olması güvenli bir ortam sağlarken hemşirelerin hata oranlarını da azaltmaktadır.

3.6.2. Delege Etme

Süpervisörün hemşirelere iş paylaşımını yaparken yetkinlik ve iş yoğunluğu ön planda tutularak yapılması çalışan verimliliğini artırır.

3.6.3. Geri Bildirim

Süpervisörün hemşirelere zamanında, yapıcı ve yol gösterici geri bildirim yapması hemşirelerin klinik performansını iyileştirir.

3.6.4. Çatışma Yönetimi

Süpervisör, ekip içinde ortaya çıkan çatışma ve çıkmazları doğru şekilde yöneterek ekip uyumunu artırır ve hasta güvenliğini korur.

3.6.5. Öğretme-Rehberlik

Süpervisörün öğretici davranışları ve rehberlik etmesi, kendi bilgi ve deneyimlerini paylaşarak hemşirelerin gelişim ve yetkinlik kazanımı için kritiktir (22, 45, 46, 47, 48)

4. Süpervizyon Ve Hemşire İş Doyumu İlişkisi

4.1. İş Doyumunun Teorik Çerçevesi

4.1.1. Herzberg'in Çift Faktör Teorisi

Bu teoride iş doyumu ile ilgili iki faktöre değinilmiştir.

- Motivasyon faktörleri (intrinsic): Kişinin sahip olduğu başarı, sorumluluk, gelişim fırsatları iş doyumunu artırır.
- Hijyen faktörleri (extrinsic): Kişinin sahip olduğu iş yükünün fazla olması, yönetsel desteğin olmaması ve çalışma şartlarındaki eşitsizlik ve olumsuzluklar doyumsuzluğa neden olur.

Süpervizyon bu teoride hem motivasyon (öğrenme, geri bildirim) hem de hijyen (destek, rol netliği) faktörlerine etki etmektedir (49).

4.1.2. JD-R (Job-Demands-Resources) Modeli

Bu teoride iş doyumu ile ilgili iki durum vardır.

- İş talepleri (iş yükü, stres, duygusal talep) ile
- İş kaynakları (süpervisör desteği, geri bildirim, özerklik, ekip desteği) arasındaki denge ile ortaya çıkar.

Süpervisör desteği yeterli ve etkili olursa iş taleplerinin olumsuz etkisi azalırken iş doyumu artar (50).

4.2. Süpervisör Desteğinin İş Doyumuna Etkisi

Süpervisör desteği iş yükünü azaltır ve iş kaynaklarını artırır; bu nedenle, iş doyumu üzerinde güçlü ve karşılıklı bir etkiye sahiptir.

4.2.1. Geri Bildirim Mekanizması

Devamlı ve yapıcı geri bildirim mekanizması, hemşirelerin kendine verilen değeri hissetmesine ve mesleki gelişimini artırmasına olanak sağlar; bu durum iş doyumunun en kritik belirleyicilerinden biridir.

4.2.2. İş Yüğü Yönetimi

Süpervisör iş dağılımını adil bir şekilde yapması, kritik görevlerde yetkinliğe göre yönlendirmesi ve iş stresini azaltmaya yönelik tutumda olması iş doyumunu artırır.

4.2.3. Rol Netliği

Süpervisörler beklentileri netleştirdiğinde, yetki ve sorumluluk sınırlarını belirttiğinde ve klinik karar verme konusunda yardımcı olduğunda hemşireler arasındaki rol çatışması azalır (40, 48, 51).

4.3. Kanıtlar (2020’ler Dönemi)

4.3.1. Sistematik Derlemeler

Literatürde, süpervisör desteğinin iş doyumunu artırdığı ve tükenmişliği azalttığı bildirilmektedir. Meta-analiz araştırmalarında süpervisör desteğinin iş doyumunu ile güçlü pozitif ilişkide olduğu anlaşılmıştır.

4.3.2. Büyük Ölçekli Çalışmalar

Zhang ve ark. 2023 yılında binlerce hemşire üzerinde yapmış oldukları çalışmada süpervisör desteğinin iş doyumunu üzerinde oldukça anlamlı olduğunu göstermiştir.

Prentice ve ark. 2024 yılında 12 ülkeden 15.000 hemşire ile yapmış oldukları araştırmada süpervisör desteğinin, “işte kalma niyeti” ve “duygusal tükenmişlik” üzerinde güçlü biçimde ilişkili olduğu bildirilmiştir (52-55).

4.4. Yeni Mezun Hemşirelerde Süpervizyon–İş Doyumu İlişkisi

Yeni mezun olan ve meslekte ilk yılında olan hemşireler, adaptasyon problemleri, aşırı stres, mesleki güvensizlik ve görev belirsizliği yaşamalarından kaynaklı süpervisör desteğine en çok ihtiyacı olan gruptur (23, 56).

4.5. Yoğun Bakım / Kritik Bakım Hemşirelerinde Farklılıklar

Yoğun bakım ünitesinde (ICU) görevli olan hemşireler, aşırı iş yoğunluğu, ölümle çok sık karşılaşma ve hızlı klinik karar verme gerekliliğinden kaynaklı diğer hemşirelere göre tükenmişlik riskiyle daha çok karşı karşıya gelirler.

Bundan kaynaklı süpervisör desteği ICU hemşirelerinde iş doyumunu ve hizmet kalitesini belirlemektedir.

ICU hemşirelerinde süpervisör desteği iş doyumuna katkı sağlarken aynı zamanda hasta güvenliğini, ekip işleyişini doğrudan etkileyen önemli bir etkidir (57, 58).

5. Süpervizyon, Stres ve Tükenmişlik (Burnout)

5.1. Tükenmişlik Kavramı ve Ölçülmesi (MBI, ProQOL)

Maslach'ın tanımladığı şekliyle tükenmişlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalmadan oluşan işle ilgili bir sendromdur. Hemşirelik literatüründe en yaygın kullanılan ölçme aracı, bu üç yönlü yapıyı ölçen Maslach Tükenmişlik Envanteri'dir (MBI) (59).

Sıklıkla kullanılan bir diğer ölçüm aracı ise Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (ProQOL)'dir. Bu ölçek sadece tükenmişliği değil, aynı zamanda 'şefkat yorgunluğu ve şefkat memnuniyeti' yönlerini de değerlendirir (60).

5.2. Süpervisör Desteği → Stres Azaltma Mekanizması

Süpervisör desteği, hemşirelerin karmaşık bakım süreçleri, yüksek iş yoğunluğu, duygusal stresi yönetme becerisini artıran önleyici bir faktördür.

Stres azaltma mekanizması rol netliği, kaynak yönetimi ve duygusal desteği içeren üç temel faktörden meydana gelir (50,51, 61).

5.3. Süpervisör Desteğinin Duygusal Tükenmeye Etkisi

Duygusal tükenme, hemşire tükenmişliğinin çarpıcı kısmıdır. Süpervisör desteği, psikolojik sağlamlığı artırarak, adil iş dağılımı yaparak, ekip iletişimini düzenleyerek ve stres yönetimi becerilerini destekleyerek duygusal tükenmede önemli ölçüde yardımcı olur (62).

5.4. Süpervisör Yokluğunda Artan Tükenmişlik Riskleri

Süpervisör desteğinin yeterli olmadığı veya bulunmadığı kliniklerde tükenmişlik riskinde artış olduğu bilinmektedir. Süpervisör yokluğu sonucunda ağır iş yoğunluğu, geri bildirimin olmaması gibi riskler ortaya çıkmaktadır (55, 63).

5.5. Güncel Literatür Kanıtları

5.5.1. Sistematiik Derlemeler (2020'ler Dönemi)

Kim ve Lee'nin 2023 yılında yaptıkları araştırmada tükenmişliği azaltan kaynaklarından birinin süpervisör desteği olduğunu belirtmişlerdir. Chen ve ark. 2024 yılında yaptıkları meta-analizde de süpervisör desteğinin hemşire tükenmişliğinin azalmasıyla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (64-65).

5.5.2. Ülke Bazlı Veriler

Kanada'da 2023 yılında yayınlanan MacPhee & Havaei çalışması süpervisör destek düzeyi düşük olan hemşirelerde duygusal tükenmişlik prevalansının belirgin düzeyde artığını göstermiştir. Türkiye'de 2024 yılında Akgün ve ark. tarafından yayınlanan çalışmada süpervisör desteği düşük olan yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişlik düzeylerinin anlamlı ölçüde artığı gösterilmiştir (66-67).

5.5.3. Pandemi Sonrası Dönem

COVID-19 sonrası dönemde tükenmişlik oranlarında artış ortaya çıkmıştır. Süpervisör desteği pandemi sonrası toparlanmada koruyucu bir faktör olarak tanımlanmıştır. Uluslararası raporlarda, süpervisör desteğinin pandemi sonrası dönemde hemşirelerin iyilik hali ve hasta güvenliğinin sürdürülmesi açısından temel bir bileşen olduğu vurgulanmaktadır (68-70).

6. Bakım Kalitesi Ve Hemşirelik Duyarlı Sonuçlar (Nurse-Sensitive Outcomes (NSOs))

6.1. Nurse-Sensitive Outcomes (NSO) Tanımı

Hemşirelik duyarlı sonuçlar (NSO), hemşirelik bakım hizmetinin niteliğinden kaynaklanan klinik belirteçler anlamına gelir. Literatürde NSO tanımı, hemşirelerin gözlem, analiz etme, müdahale ve eşgüdüm rolleriyle ilişkili olan hasta sonuçları şeklindedir.

Sık kullanılan NSO örnekleri şunlardır:

- Bası yarası: Hastaya verilen pozisyon sıklığı, cilt dokusunun bakımı ve bunun sonucunda yapılan risk analiziyle hemşirelik bakımı ile doğrudan alakalıdır.
- İlaç hatası: Hemşirelik uygulamasının en önemli basamağını doğru ilacın, doğru dozda, doğru hastaya, doğru zamanda ve doğru yol ile verilmesi oluşturmaktadır.

- **Düşme:** Tüm hastalar için değerlendirilmesi gereken düşme riski, özellikle yaşlı ve çocuk hasta, bakım hastası ve kritik hastalarda önleyici hemşirelik hizmetinin en önemli parçasıdır.
- **Deliryum:** Hastanede yatan her hasta için kritik öneme sahiptir. Ancak yoğun bakım ve yaşlı hastalarda deliryum, ağrı ve sedasyon yönetimi gibi hemşirelik müdahaleleri ile doğrudan bağlantılıdır.
- **VAP (ventilatör ilişkili pnömoni), CAUTI (kateter ilişkili üriner enfeksiyon), CLABSI (santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu)** oranları: El hijyenine dikkat edilmesi, aseptik tekniklere uyulması, günlük kateter gerekliliği değerlendirmesi ve günlük hasta bakımının yapılması gibi hemşirelik uygulamalarının en önemli yansıtıcılarıdır.

Bu belirteçler, hemşirelik bakım kalitesini ölçmek ve iyileştirme girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek için kullanılan çekirdek kalite göstergeleridir (71-73).

6.2. Süpervizyonun Bakım Kalitesine Etkisi

Süpervisörler, hemşirelik hizmetinin kalitesini direkt ve indirekt olarak etkilerler. Direkt olarak izlemde, kritik düşünmede ve ekip koordinasyonunda rol alırken, indirekt olarak ise iş doyumu, stres ve tükenmişlik konularında da katkı sağlayabilir. Literatürde etkili süpervisörlerin varlığı hemşirenin bakım kalitesini pozitif yönde etkilediğini göstermektedir.

- **Erken fark etme:** Düzenli olarak yapılan süpervizyon hizmeti, zamanında fark edilen kritik hasta durumundaki değişikliklerinde erken müdahale etmeye olanak sağlar. Bu durum düşme, bası yarası ve enfeksiyon gibi NSO'lar üzerinde önleyici etkilerle ilişkili olduğu bildirilmektedir.
- **Kritik düşünme gelişimi:** Süpervisör, vaka tartışmalarında yol göstererek hemşirelerin klinik akıl yürütme becerisini geliştirir. Bu sayede hastalarda riskler olabildiğince erken saptanır ve bakım kalitesinde pozitif etki sağlar.
- **İletişim ve ekip uyumu:** İletişime açık, ulaşılabilir süpervisör desteği, hasta güvenliğini güçlendirerek olay bildirimini, hata farkındalığını ve öğrenme kültürünü destekler; bu da NSO'lar açısından daha iyi sonuçlara katkıda bulunur.

Klinik süpervizyon; hemşirelik bakımında karar verme becerisini ve ekip işbirliğini pekiştirerek NSO'larda iyileşmeye katkıda bulunur (74-76).

6.3. Güncel Direkt Kanıtlar

6.3.1. Çok Merkezli Çalışmalar

Son yıllarda yapılan çok merkezli araştırmalar, klinik süpervizyon ve liderlik desteğinin hemşirelik hizmet kalitesi üzerinde önemli faydaları olduğunu göstermiştir.

- 2023 tarihli bir çalışmada, klinik süpervizyon programının hemşirelik kalite belirteçlerinde (düşme, bası yarası, ilaç hatası oranları gibi) önemli düzeltilmeler olduğundan bahsedilmiştir.

6.3.2. Yoğun Bakım Ve Acil Birimlerinde Süpervizyon

Acil servisler ve yoğun bakım üniteleri, NSO'ların (deliryum, VAP, CLABSI, CAUTI, düşme) hastanenin diğer servislerine göre oldukça fazla ortaya çıktığı birimlerdir.

- 2023–2024 yılları arasında yapılan araştırmalar, acil servis ve yoğun bakım hemşirelerinin takip ettiği hastalarda hasta güvenliğinin süpervisör desteği ile anlamlı şekilde düzeldiğini ortaya koymuştur.
- Özellikle hemşirelerin hasta güvenliği yetkinliği ve liderlik desteğinin yüksek olduğu birimlerde, hasta güvenliği ile ilgili önemli belirteçlerin (düşme, bası yarası, enfeksiyon oranları gibi) azaldığı bildirilmiştir.

6.3.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ve Lider/Süpervisör Desteği

2023 ve 2024 yıllarında yapılan yayınlar, hasta güvenliği kültürü ile süpervisör desteği arasında kritik anlamlı bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur. Bu ilişki de dolaylı olarak NSO'lar üzerinden bakım kalitesini artırabildiği bildirilmektedir (77-79).

6.4. Hasta Memnuniyeti ve Süpervizyon

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetinde her konuda önemli bir gösterge olduğu gibi hemşirelik bakımında da duyarlı bir göstergedir. Yapılan derleme çalışmalar, hasta memnuniyetini hemşirelik bakımına duyarlı kalite göstergesi (nurse-sensitive quality indicator) olarak belirtmektedir. Özellikle hemşire iletişim becerileri, yanıt verme hızı ve empati yeteneği gibi hemşirelik davranışlarıyla bağlantılıdır. Klinik süpervisör desteği:

- Hemşirelerin iletişim becerilerini,
- Empati yeteneğini,
- Zaman yönetimi,

- Ekip içi koordinasyonu

iyileştirerek, hasta memnuniyetini artırır. Hemşire iş doyumunu artarken, tükenmişliğin azalması sayesinde hasta bakım kalitesi iyileşir. Bunun sonucu olarak hasta memnuniyeti olumlu yönde etkilenir (80-82).

7. Klinik Süpervizyonda Güncel Sistemik Derlemeler

7.1. Sistemik Derlemeler

Klinik süpervizyon, son yıllarda hem iş doyumunu hem de hasta güvenliği sonuçları açısından değerlendirilmiştir. 2023 yılında yayınlanan geniş çaplı bir derlemede, süpervisör desteğinin hemşirelerde stres seviyesini ve tükenmişliği azaltırken, aynı zamanda iş verimini ve bakım kalitesini artırdığını ortaya koymuştur. Anggeria ve ark. 2022 yılında yaptıkları sistemik derlemede, klinik süpervizyonun ekip uyumu, çok yönlü düşünme ve öz-yeterlilik üzerinde anlamlı olumlu etki yarattığını ortaya koymuştur. Bu derlemeler, süpervizyonun hem mesleki refahı hem de hemşirelik duyarlı sonuçlarını (NSO) iyileştiren güçlü bir kurumsal müdahale olduğunu kanıtlamaktadır (83-84).

7.2. Randomize Çalışmalar

Klinik süpervizyonun etkilerini araştıran randomize kontrollü çalışmalarda yeterli düzeyde değildir. Ancak en bilinen RCT, 2005 yılında Hyrkäs tarafından yapılmıştır. Düzenli süpervizyon alan hemşirelerde duygusal tükenmenin anlamlı şekilde azaldığını, iş doyumunun ise arttığını göstermiştir. Bu çalışma, klinik süpervizyonun duygusal iyilik hali üzerindeki etkilerini değerlendiren, kontrollü tasarıma sahip ve literatürde sık atıf alan çalışmalar arasında yer almaktadır. (85).

7.3. Liderlik ve Süpervisör Desteği Üzerine Çalışmalardan Öne Çıkan Bulgular

Liderlik modelleri ve süpervisör desteği, hem hemşirelerin psikolojik iyilik hâli hem de bakım sonuçları açısından önemli belirleyicilerdir. Cummings ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan geniş kapsamlı çalışmada, dönüşümcü liderlik ve güçlü süpervisör desteğinin tükenmişlik, iş doyumunu ve hasta güvenliği verileri üzerinde anlamlı pozitif etkiler yarattığını göstermiştir. 2024 yılında Prentice ve ark. 15 ülkede gerçekleştirmiş oldukları çalışmada liderlik desteğinin yeterli olmadığı kliniklerde, hemşirelerde oluşan tükenmişliğin belirgin şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Zhang ve ark. 2023 yılında yapmış oldukları çok merkezli çalışmada ise süpervisör

desteğinin düşük olduğu birimlerde hemşirelik bakım hatalarının daha fazla oluştuğunu tespit etmişlerdir (39, 55, 63).

7.4. Klinik Süpervizyonun Maliyet-Etkinlik Sonuçları

Süpervizyon sayesinde bakım kalitesi ve NSO göstergeleri iyileştiğinde, kurumların maliyetlerinde dolaylı olarak azalma meydana gelir. Düşmelerdeki, bası yaralarındaki ve enfeksiyonlardaki küçük iyileşmeler bile maliyet-etkinlik üzerinde önemli katkılar sağlayabilmektedir (72). Baptista-Sérgio ve ark. 2023'te yürüttükleri çok merkezli bir çalışma, düzenli klinik süpervizyon uygulanan birimlerin, NSO'ya dayalı komplikasyonları azaltarak yıllık önemli düzeyde maliyet tasarrufu potansiyeline işaret etmektedir (77).

7.5. Dijital Süpervizyon ve Yapay Zekâ Destekli Yeni Modeller

Dijital süpervizyon, özellikle pandemiyle birlikte hızla yaygınlaşmış ve hibrit eğitim-destek modeli olarak önem kazanmıştır. Martin & Kumar (2021), tele-süpervizyonun iletişim, erişilebilirlik ve esneklik açısından etkili bir model olduğunu göstermiştir. Yapay zekâ destekli modeller ise özellikle yoğun bakım ve acil servislerde karar desteği, risk skorlaması ve erken uyarı sistemleri üzerinden süpervisör rolünü güçlendiren yenilikçi araçlardır. Davenport & Kalakota (2019, 2024 güncellemeleri) sağlıkta yapay zekânın klinik gözetim ve iş yükü yönetimi süreçlerini iyileştirmesinden ayrıntılı şekilde bahsetmişlerdir (86, 87).

8. Türkiye’de Durum Analizi

8.1. Türkiye’de Hemşirelikte Süpervizyonun Tarihsel Konumu

Türkiye’de süpervizyon kavramı, diğer ülkelerde olduğu gibi erken dönemde kurumsal bir yapı kazanamamıştır. Aksine kıdemli hemşirelerin yeni başlayan hemşirelere rehberlik ettiği (usta-çırak ilişkisi şeklinde) gayri resmi bir yapı içinde ilerlemiştir. 1954 tarihli Hemşirelik Kanunu ve 1983 sonrası eğitim reformları ile hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesi hızlanmış olsa da, 2000’li yıllarda kalite çalışmalarının yaygınlaşması sayesinde klinik süpervizyonun sistematik olarak tanımlanmaya başlandığı görülmektedir. Türkiye’de süpervizyon kavramını açıkça tanımlayan ilk akademik çalışmalar, klinik eğitim ve rehberlik sistemlerinin geliştirilmesine odaklanmıştır. 2010 sonrasında ise tükenmişlik, iş memnuniyeti ve bakım kalitesi ile bağdaştırmaya başlanmıştır.

Bu bağlamda süpervizyon, Türkiye’de hem öğretici hem yönetsel hem de destekleyici işlevlerin hibrid bir şekilde yürütüldüğü özgün bir yapı olarak gelişmeye devam etmektedir (88-90).

8.2. Eğitim Araştırma Hastanelerinde Süpervisör Hemşire Uygulamaları

Türkiye’de eğitim ve araştırma (EA) hastaneleri ve şehir hastaneleriyle birlikte, hemşirelikte başhemşire – sorumlu hemşire – klinik eğitim hemşiresi olan üçlü bir yapı altında yarı resmî süpervizyon sistemi sunmaktadır. Bu modelde:

- Klinik eğitim hemşiresi, yeni başlayan hemşirelerin beceri eğitiminden ve adaptasyonundan sorumludur.
- Sorumlu hemşire, iş süreç yönetimi, görev dağılımı ve günlük gözetimi sağlar.
- Başhemşirelik yönetimi, performans değerlendirme ve kalite döngülerini yönetir.

Bu model, uluslararası anlamda “structured supervision” olarak adlandırılan modele benzese de Türkiye’de hâlâ standardize edilmiş bir süpervizyon protokolü bulunmamaktadır. Nitekim yapılan araştırmalar, EA hastanelerinde hemşirelerin çoğunluğunun günlük yönetsel destek aldığı, buna karşın daha sınırlı bir bölümünün yapılandırılmış süpervizyon deneyimine sahip olduğu bildirilmektedir (91-93).

8.3. Yönetmelikler (4857, Hemşirelik Yönetmeliği, Kalite Standartları)

Türkiye’de hastanelerde süpervizyon hakkında doğrudan bahsedilen yasal bir metin bulunmamakla birlikte, süpervizyon işlevi mevzuatta dolaylı olarak tanımlanmıştır.

8.3.1. 4857 Sayılı İş Kanunu

4857 sayılı İş Kanunu ve iş sağlığı–güvenliğine ilişkin ilgili mevzuat hükümleri, işverenin çalışan güvenliğini sağlama yükümlülüğünü tanımlar; bu çerçevede hemşirelik hizmetlerinde “izleme, eğitim ve denetim” süreçleri zorunlu kabul edilmektedir.

8.3.2. Hemşirelik Yönetmeliği (2010 ve ilgili değişiklikler)

Hemşirelik yönetmeliğinde sorumlu hemşire ve başhemşirenin görevleri arasında:

- Eğitim planlaması,
- Günlük bakımın gözetimi,
- Çalışanların mesleki gelişimini desteklenmesi yer almaktadır.

Bu tanımlar, süpervizyonun işlevsel temelini oluşturur.

8.3.3. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)

SKS-Hastane (2022) versiyonunda, klinik süreçlerin izlenmesi, performans değerlendirmesi, olay bildirim sistemi ve çalışan geri bildirim sistemleri, süpervizyonun kalite temelli işlevsel karşılığını oluşturmaktadır (94-96).

8.4. Güçlü Yönler – Eksiklikler

8.4.1. Güçlü yönler

- Türkiye’de hemşirelik yetki devri ve sorumluluk tanımları mevzuatta açık bir şekilde belirtilmiştir.
- EA hastanelerinde oryantasyon programları diğer ülkelere göre güçlüdür.
- Genç hemşire profilinin öğrenmeye açık olmasından kaynaklı süpervizyon uygulamalarına kabul oranı yüksektir.
- Klinik eğitim hemşiresi modeli giderek gelişmektedir.

8.4.2. Eksiklikler

- Standartlaşmış bir süpervizyon yapısı yoktur.
- Süpervisör eğitimi sistemli ve düzenli değildir; çoğu sorumlu hemşire süpervizyon becerileri konusunda eğitim almamıştır.
- Geri bildirim oranı azdır; bu durum hem iş doyumunu hem de bakım kalitesini olumsuz yönde etkiler.
- Özellikle yoğun bakım ünitesi ve acil servis birimlerinde iş yükünün ağır olması süpervizyonu güçleştirmektedir (97-99).

8.5. Türkiye İçin Önerilen Model (Özgün Tasarım)

Türkiye için uygulanabilir özgün bir model, üç faktörün birleşiminden oluşmalıdır.

-Yapılandırılmış Süpervizyon (Structured Supervision)

- Haftalık kısa bildirim toplantıları
- Aylık çok yönlü değerlendirme toplantıları
- 3-6-9-12 aylık performans–gelişim toplantıları

Bu yapılandırılmış süpervizyon döngüsü, hastanelerde uygulanabilir bütüncül bir model sunmaktadır.

-Rol Bazlı Süpervizyon: 3 Katmanlı Model

- Klinik Eğitim Hemşiresi: öğretici–gelişimsel rol
- Sorumlu Hemşire: yönetimsel–operasyonel rol
- Başhemşire/Koordinatör: stratejik–liderlik rolü

Bu üç rol birlikte çalıştığında güçlü bir sistem meydana gelir.

-Türkiye’ye Özgü NSO-Paketi (Hemşirelik Duyarlı Sonuçlar Paketi)

Süpervizyon etkisini izlemek için Türkiye’ye özgü uyarlanmış bir NSO paketi önerilebilir:

- Bası yarası
- Düşme
- İlaç hatası
- VAP/CAUTI/CLABSI
- Hemşire iş doyumu
- Hasta güvenliği kültürü skoru

Bu set, hem kalite hem de profesyonel gelişimi takip etmeyi sağlar (89, 96, 100).

9. Sonuç

Klinik süpervizyon, modern hemşirelik sürecinde sadece eğitimsel veya operasyonel bir araç değil, hemşire sonuçları ve hasta sonuçlarını direkt etkileyerek yön veren önemli bir mesleki işlevdir. Son yıllarda yapılan sistematik derlemeler ve çok merkezli çalışmalar; süpervisör desteğinin iş doyumunu artırdığını, tükenmişliği azalttığını ve bakım kalitesini iyileştirdiğini son derece önemli kanıtlar sunmuşlardır (101). Bu bulgular, süpervizyonun yalnızca bireysel destek değil, aynı zamanda hasta güvenliği ve NSO (hemşirelik duyarlı sonuçlar) sonuçlarını etkileyen belirleyici bir işlev olduğunu göstermektedir (39, 101).

Süpervisör desteğinin özellikle duygusal tükenme ve stres üzerinde azaltıcı ve önleyici bir rolü vardır. JD-R modeli açısından bakıldığında iş yükü baskısının olumsuz sonuçlarını önemli derecede azalttığı anlaşılmıştır (50). Yoğun bakım üniteleri ve acil servislere yapılan çalışmalar, süpervisör desteği yüksek ise hemşirelerde tükenmişlik oranlarının düşmeye başladığı, iş

birakma niyetinin azaldığını ve hasta güvenliği göstergelerinin pozitif yönde etkilendiğini rapor edilmiştir. Bu durum süpervizyonun yalnızca yönetim sistemi değil aynı zamanda psikolojik refahı destekleyen bir sistem olduğunu göstermektedir (55, 85).

Bakım kalitesi yönünden bakıldığında klinik süpervisörün etkili olduğu bölümlerde NSO göstergelerinde (düşme, bası yarası, ilaç hatası, VAP/CAUTI/CLABSI) önemli iyileşmeler ortaya çıkmaktadır. Çok merkezli yapılan kalite çalışmalarında, liderlik desteği ve süpervizyonun sağlam olduğu kliniklerde enfeksiyon oranlarında azalma, hasta geri bildiriminde olumlu dönüşler ve hata bildirimlerinin güçlenmesi belirgin olarak ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar, süpervizyonun dolaylı olarak maliyet-etkinlik ile ilişkili olabileceğini desteklemektedir (72, 77).

Türkiye’de ise hemşirelikte süpervizyonun daha tam anlamıyla kurumsallaşmadığı görülmektedir. Mevcut mevzuat (Hemşirelik Yönetmeliği, Sağlıkta Kalite Standartları ve İş Kanunu) süpervizyon fonksiyonlarını dolaylı olarak tanımlamış olsa da, ulusal düzeyde standardize edilmiş bir model bulunmamaktadır. Bu durum uygulamada istikrar ve sürdürülebilirlik ile ilgili sorunlara yol açmaktadır (89, 96).

Bu bölüm kapsamında önerilen Türkiye’ye özgü 3 katmanlı süpervizyon modeli (klinik eğitim hemşiresi – sorumlu hemşire – başhemşire), hem uluslararası kanıtlarla tutarlı hem de yerel ihtiyaçlara cevap veren uygulanabilir bir model sunmaktadır. Bu model, hemşirelik bakımının kalitesini artırma, profesyonel gelişimi destekleme, NSO göstergelerinde ve maliyet azaltmada sürdürülebilir iyileşme sağlama potansiyeline sahiptir.

Sonuç olarak, klinik süpervizyon hem hemşire refahını hem de hasta güvenliğini etkileyen stratejik bir liderlik aracıdır. Son yıllarda güçlü uluslararası kanıtlar, süpervizyonun sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmada vazgeçilmez bir bileşen olduğunu göstermektedir. Türkiye için, bu yapıyı kurumsal bir temele oturtmak, standartlaştırmak ve ulusal düzeyde uygulanabilir modeller geliştirmek, hem hemşirelik mesleğini güçlendirmek hem de hasta bakım kalitesini sürdürülebilir bir şekilde iyileştirmek için kritik öneme sahiptir.

* Bu çalışmanın ön hazırlık aşamasında, bölüm iskeletinin oluşturulması ve literatürün ön değerlendirilmesinde yapay zekâ tabanlı bir dil modeli (ChatGPT) kullanılmıştır. Üretilen tüm içerik yazar tarafından bağımsız biçimde doğrulanmış, yorumlanmış ve akademik bütünlük ilkeleri doğrultusunda yeniden yapılandırılmıştır.

Kaynaklar

1. Ege Üniversitesi. (n.d.). [Araştırma verisi veya yayın]. Retrieved from <https://acikerisim.ege.edu.tr/items/abb1fd61-3526-412f-8a9d-5f970ae553a5/full>
2. National Center for Biotechnology Information. (n.d.). [NCBI Bookshelf]. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64848/>
3. DergiPark. (n.d.). [Makale dosyası]. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/983760>
4. Dossey, B. M. (2010). Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer. Retrieved from <https://archive.org/details/florenceightingale>
5. Kadushin, A. (1985). Supervision in social work. Columbia University Press.
6. White, E., & Winstanley, J. (2006). Clinical supervision: Models, measures, and best practice. *Nursing Research*, 13(4), 42–54.
7. Snowdon, D. A., Hau, R., & Leggat, S. G. (2016). Does clinical supervision improve health professional outcomes? *International Journal for Quality in Health Care*, 28(4), 447–455.
8. International Council of Nurses. (2012). The ICN code of ethics for nurses. Retrieved from <https://www.icn.ch/>
9. Royal College of Nursing. (2015). Clinical supervision in the workplace: Guidance for nursing staff. Retrieved from <https://www.rcn.org.uk/>
10. Australian College of Nursing. (2019). Clinical supervision for nurses and midwives: Position statement. Retrieved from <https://www.acn.edu.au/>
11. Aiken, L. H., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
12. Prasad, K., et al. (2021). Prevalence and correlates of stress among health-care workers during COVID-19. *JAMA Network Open*, 4(1), e2039769.
13. International Council of Nurses. (2021). Sustain and retain in 2022 and beyond: The global nursing workforce shortage. Retrieved from <https://www.icn.ch/>
14. World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030. Retrieved from <https://www.who.int/>
15. Butterworth, T., & Faugier, J. (1992). Clinical supervision and mentorship in nursing.
16. Brunero, S., & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing. *Journal of Advanced Nursing*.
17. NHS / Winston Project. (2008). Clinical Supervision Implementation Report.
18. AHPRA. (2020). Supervision guidelines for nursing practice.

19. Proctor, B. (1986). Supervision: A co-operative exercise in accountability. In Marken & Payne (Eds.).
20. Edwards, D., Burnard, P., et al. (2006). Clinical supervision and burnout. *Journal of Clinical Nursing*.
21. Royal College of Nursing (RCN). (2017). Restorative Clinical Supervision Toolkit.
22. Myrick, F., & Yonge, O. (2005). Nursing preceptorship: Connecting practice & education.
23. Yonge, O. (2002). A historical perspective on preceptorship. *Journal of Professional Nursing*.
24. Dilworth, S., Higgins, I., & Parker, V. (2013). The role of the preceptor in nursing. *Nurse Education Today*.
25. Schön, D. A. (1987). The reflective practitioner.
26. Hawkins, P., & Shoet, R. (1989). Supervision in the helping professions.
27. Freshwater, D. (2001). Reflective practice and clinical supervision. *Journal of Clinical Nursing*.
28. Nursing and Midwifery Council (NMC). (2019). Revalidation requirements.
29. Stanley, D. (2014). Clinical leadership in nursing and healthcare.
30. Australian College of Nursing (ACN). (2021). Nursing leadership guidelines.
31. Magnet Hospitals / ANCC. (2019). Magnet model components.
32. Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., et al. (2014). Nurses' experience of group clinical supervision. *Journal of Nursing Management*.
33. Butterworth, T. (1992). *Group supervision in nursing practice*. In T. Butterworth & J. Faugier (Eds.), *Clinical supervision and mentorship in nursing*.
34. Hyrkäs, K. (2005). Clinical supervision outcomes in groups. *Journal of Nursing Management*.
35. Martin, P., & Kumar, S. (2021). Tele-supervision in clinical practice. *Nurse Education Today*.
36. Snowdon, D., Leggat, S., et al. (2022). Digital clinical supervision during COVID-19. *International Journal for Quality in Health Care*.
37. NHS England. (2021). Digital learning & remote supervision guidelines.
38. Australian Health Practitioner Regulation Agency (AHPRA). (2020). Telehealth and supervision guidance.
39. Cummings, G. G., et al. (2018). Leadership styles and outcomes in nursing. *International Journal of Nursing Studies*.
40. Bass, B. (1990). Bass & Stogdill's handbook of leadership.
41. Spears, L. (2010). Character and servant leadership.

42. van Dierendonck, D. (2011). Servant leadership and well-being. *Leadership Quarterly*.
43. Wong, C. A., & Laschinger, H. K. (2013). Authentic leadership and outcomes. *Journal of Nursing Management*.
44. Hersey, P., & Blanchard, K. (1982). Management of organizational behavior.
45. Arnold, E., & Boggs, K. (2019). Interpersonal relationships in nursing.
46. Marquis, B., & Huston, C. (2017). Leadership roles and management functions in nursing.
47. Cantillon, P., & Sargeant, J. (2008). Giving feedback. *BMJ*.
48. Almost, J., et al. (2016). Workplace conflict and its management. *Journal of Nursing Management*.
49. Herzberg, F. (1959). The motivation to work.
50. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands–Resources model. *Journal of Managerial Psychology*.
51. Laschinger, H. K., et al. (2001). Role clarity and support. *Nursing Research*.
52. Lee, Y., et al. (2023). Supervisor support and job satisfaction: A systematic review.
53. Havaei, F., & MacPhee, M. (2024). Manager support and nurse outcomes: Meta-analysis.
54. Zhang, X., et al. (2023). Large cross-sectional study of nurse job satisfaction.
55. Prentice, S., et al. (2024). International nurse workforce survey.
56. Rush, K., et al. (2019). Transition programs for new graduate nurses.
57. Hyrkäs, K. (2005). Clinical supervision outcomes for ICU nurses. *Journal of Nursing Management*.
58. Choi, J., & Kim, E. (2023). Supervisor support and ICU nurse outcomes.
59. Maslach, C., & Jackson, S. (1981). Maslach Burnout Inventory.
60. Stamm, B. (2010). Professional Quality of Life Scale (ProQOL).
61. Hyrkäs, K. (2005). Clinical supervision and burnout. *Journal of Nursing Management*.
62. Lee, Y., et al. (2023). Supervisor support and burnout: Systematic review.
63. Zhang, X., et al. (2023). Leadership support and burnout among nurses: A large cross-sectional analysis.
64. Kim, Y.-B., & Lee, S.-H. (2023). The nursing work environment, supervisory support, nurse characteristics, and burnout as predictors of intent to stay among hospital nurses. *Healthcare*, 11(11), 1653.
65. Chen, Y., Zhou, X., Bai, X., Liu, B., Chen, F., Chang, L., & Liu, H. (2024). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of social support on nurse outcomes. *Frontiers in Public Health*.

66. MacPhee, M., & Havaci, F. (2023). Canadian nurse burnout analysis.
67. Akgün, Ş., et al. (2024). ICU nurse burnout and managerial support (Türkiye verisi).
68. Prasad, K., et al. (2021–2023). Burnout during and after COVID-19.
69. World Health Organization (WHO). (2022). Global patient safety: Workforce report.
70. International Council of Nurses (ICN). (2023). Nursing workforce crisis report.
71. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2019). Nurse-sensitive indicators: Definitions and uses.
72. Needleman, J., et al. (2002). Nurse staffing and quality of care. *New England Journal of Medicine*.
73. National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). (2014). Nursing-sensitive quality indicators.
74. Brunero, S., & Stein-Parbury, J. (2008). Clinical supervision and its impact on quality of care. *Journal of Advanced Nursing*.
75. Winstanley, J., & White, E. (2006). Clinical supervision effectiveness. *Journal of Nursing Management*.
76. Hawkins, P., & Shohet, R. (2012). Supervision in the helping professions.
77. Baptista-Sérgio, M., et al. (2023). Clinical supervision and nursing quality indicators. *Journal of Nursing Care Quality*.
78. Kim, E., & Choi, J. (2024). Leader support and ICU patient safety outcomes. *Intensive and Critical Care Nursing*.
79. Lee, W., et al. (2023). Work environment, professionalism, and patient safety. *Journal of Clinical Nursing*.
80. Kutney-Lee, A., et al. (2009). Nurse work environment and patient satisfaction. *Medical Care*.
81. Aiken, L., et al. (2018). Nurse staffing, work environment, and patient outcomes. *The Lancet*.
82. Marteau, T., & Johnston, M. (2017). Communication and patient satisfaction. *BMJ*.
83. Lee, Y., et al. (2023). Supervisor support and nurse outcomes: Systematic review. *Journal of Nursing Management*.
84. Anggeria, E., et al. (2022). Effectiveness of clinical supervision in nursing: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*.
85. Hyrkäs, K. (2005). Randomized controlled trial of clinical supervision outcomes. *Journal of Nursing Management*.
86. Martin, P., & Kumar, S. (2021). Tele-supervision in clinical practice. *Nurse Education Today*.

87. Davenport, T., & Kalakota, R. (2019/2024). AI in healthcare: Decision support and supervision models. NEJM Catalyst / Harvard Business Review.
88. Erdemir, F., & Akpınar, R. (2014). Türkiye’de klinik hemşirelik eğitimi ve preseptörlük.
89. Avşar, G., & Kaşıkçı, M. (2020). Türkiye’de klinik süpervizyon modellerinin değerlendirilmesi.
90. Resmî Gazete. (6283). Hemşirelik Kanunu.
91. Kavaklı, M., & Yıldız, A. (2018). Türkiye’de klinik süpervizyon uygulamaları: Hemşire görüşleri.
92. Sağlık Bakanlığı. (2022). Kamu Hastaneleri Hemşirelik Hizmetleri Kılavuzu.
93. Şehir Hastaneleri Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Raporları. (2020–2023).
94. Türkiye Cumhuriyeti. (4857). İş Kanunu (Madde 77).
95. Resmî Gazete. (2010, Mart 8). Hemşirelik Yönetmeliği.
96. Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) – Hastane Sü-
rüm 2022.
97. Öztürkci, Z. T. (2023). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü araştırması.
98. Aydemir, A. (2023). Acil ve yoğun bakım hemşirelerinde güvenlik kültürü araştırması.
99. Sağlık Bakanlığı. (2022). SKS Raporları.
100. NDNQI Türkiye uyarlanmış göstergeler raporları. (2018–2023)
101. Lee, Y., et al. (2023). Supervisor support and nurse outcomes.