

Doktor-Hemþire Arasındaki Etkileþim ile Hastanenin Performansı Arasındaki İliþki: Bir Kamu Hastanesi Örneði

Mehmet SALUVAN¹
Sıdıka KAYA²

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, bir kamu hastanesindeki doktor ve hemþire grubunun etkileþimi ile bakımın algılanan teknik kalitesi, hasta yakınlarının ihtiyaçlarının algılanan karşılanma derecesi, hemþireleri serviste tutabilme ve çalışan memnuniyeti gibi hastane performans göstergeleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırma evrenini, Ankara ili Altındağ ilçesinde bulunan Dr. Sami Ulus ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin servislerinde görev yapan tüm doktor ve hemþireler oluşturmaktadır. Bu araştırmada, veri toplama aracı olarak, Shortell (1996a) tarafından hazırlanan “Yoğun Bakım Ünitelerinin Organizasyonu ve Yönetimi Anketi” kullanılmıştır. Araştırmada anketler aracılığıyla toplanan veriler Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS 13.0) programı ile analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda; doktor-hemþire etkileþimi ile performans göstergeleri olarak alınan, hasta yakınlarının ihtiyaçlarının algılanan karşılanma derecesi, hemþireleri serviste tutabilme ve çalışan memnuniyeti arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde, bakımın algılanan teknik kalitesi ile de pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Performans, Doktor-Hemþire Etkileþimi.

1 Uzman, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

2 Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü Öğretim Üyesi

Relationship between Doctor-Nurse Interaction and Hospital Performance: An Example of a Public Hospital

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the relationship between doctor-nurse interaction and performance indicators of the hospital including; perceived technical quality of care, perceived effectiveness at meeting family member needs, perceived effectiveness at retaining nurses in the unit and job satisfaction in a public hospital. Research population consist of all the doctors and nurses who are working at clinics of Dr. Sami Ulus Children Health and Diseases Training and Research Hospital (Altındağ, Ankara). In this research, “Intensive Care Units Organization and Management Survey” prepared by Shortell (1996a) was used as a data collection tool. The data collected through surveys was analysed by Statistical Package for Social Science for Windows program (SPSS 13.0). As a result of the study; positive, weak and statistically significant relationships were found between doctor-nurse interaction and; perceived ability to meet patient needs, perceived effectiveness at retaining nurses in the unit), job satisfaction. There was a positive, moderate level and statistically significant relationship between doctor-nurse interaction and perceived technical quality of care.

Key Words: Hospital, Performance, Doctor-Nurse Interaction.

GİRİŞ

Her organizasyon gibi hastaneler de belirli amaçları gerçekleştirmek için kurulurlar. Belirlenen amaçlara ne düzeyde ulaşıldığı ise performans ölçümü ile belirlenir. Son zamanlarda hastaların artan sağlık bilgileri ve kaliteli hizmet talepleri, düzenleyici kuruluşların baskıları (Curtright vd. 2000:58; Pakdil, 2007: 115), sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri (Kavuncubaşı, 2000: 338), hastanelerin rekabet gücüne (Griffith, 1999, s.185) ve çalışanların motivasyonuna etkileri (Aydın, 2007, s. 266) gibi gerekçeler hastanelerde performans ölçümünü zorunlu hale getirmiştir.

Literatürde, hastanelerin performans ölçümünde kullanılan birçok boyut ve gösterge olduğu görülmektedir. Hastanelerde performans ölçümüne dikkatler yoğunlaştıkça birçok bilim adamı ve kurum konuyla ilgili kendi yaklaşımlarını sunmuşlardır (Saluvan ve Kaya, 2010: 25).

Hastanelerde bir yandan performans ölçümü yaygınlaşırken diğer taraftan aynı şartlara sahip birimler arasındaki performans farklılıklarının nedenleri araştırılmaya başlanmıştır. Yapılan araştırmalar performansın, yatan hasta servislerinde çalışanlar arasındaki iletişim düzeyinden, servis liderlerinin liderlik becerilerinden, servisin kendi içinde ve diğer hastane birimleri ile koordinasyonu konusundaki başarısından, birim kültüründen ve ortaya çıktığında serviste uygulanan çatışma yönetimi tarzlarından etkilenebileceğini göstermiştir (Shortell vd, 1994).

Bu konuda araştırma yapan Shortell vd. (1994) iletişim, liderlik, koordinasyon, örgüt kültürü ve çatışma yönetiminin birbirleri ile çok ilişkili konular olduğunu ve bunların etkileşim kavramı içerisinde değerlendirilebileceğini ifade etmiş ve çalışmasını bu yönde yürütmüştür. Literatürde birçok araştırmacının bu yaklaşımı benimsedikleri görülmektedir. Bu araştırmada, doktorlar ve hemşireler arasındaki iletişim, liderlik, koordinasyon ve çatışma yönetimi etkileşim kavramı kapsamında değerlendirilmiş, doktor-hemşire etkileşiminin bakımın algılanan teknik kalitesi, hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanma derecesi, hemşireleri serviste tutabilme ve çalışan memnuniyeti gibi performans göstergeleri ile ilişkisi incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki¹ liderlik, iletişim, koordinasyon, çatışma yönetimi gibi alt boyutlardan oluşan doktor ve hemşire grubunun etkileşimi ile bakımın algılanan teknik kalitesi, hasta yakınlarının ihtiyaçlarının algılanan karşılanma derecesi, hemşireleri serviste tutabilme ve çalışan memnuniyeti gibi hastanenin performans göstergeleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Materyal ve Yöntem

1. Problem Cümlesi: Doktor ve hemşireler arasındaki etkileşim ile hastanenin performansı arasında ilişki var mıdır?

2. Hipotezler:

- Doktor ve hemşireler arasındaki etkileşim düzeyi arttıkça, hastanenin performansı artar.
- Doktor ve hemşireler arasındaki etkileşim düzeyi arttıkça, bakımın algılanan teknik kalitesi artar.
- Doktor ve hemşireler arasındaki etkileşim düzeyi arttıkça, hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının algılanan karşılanma derecesi artar.
- Doktor ve hemşireler arasındaki etkileşim düzeyi arttıkça, hemşireleri serviste tutabilme derecesi artar.
- Doktor ve hemşireler arasındaki etkileşim düzeyi arttıkça, çalışanların memnuniyeti artar.

3. Evren: Araştırma evrenini, Ankara ili Altındağ ilçesinde bulunan Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin servislerinde görev yapan tüm doktor ve hemşireler oluşturmaktadır, örneklem seçilmemiştir. Araştırma evreni olarak Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, araştırmacının bu hastanede çalışıyor olması ve böylelikle veri toplama sürecini hızlandıracağı düşüncesi ile tercih edilmiştir.

1 Daha sonra adı "Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi" olarak değiştirilmiştir.

Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Sağlık Bakanlığı'na bağlı 300 yatak kapasiteli bir hastanedir. Hastanenin servislerinde 102 doktor, 136 hemşire görev almaktadır. Hastanede, çoğu farklı alanda hizmet veren 13 servis (yatan hasta servisi) bulunmaktadır. Her servis, başhekime bağlı klinik şef doktorları tarafından yönetilmektedir. Serviste çalışan tüm personel operasyonel yönetici olan klinik şefine bağlıdır. Klinik şefine yönetme görevinde serviste çalışan hemşirelerin sevk ve idaresini sağlayan servis sorumlu hemşiresi yardım eder. Servis sorumlu hemşiresi, operasyonel olarak klinik şefine, idari olarak başhemşireliğe bağlıdır.

4. Sınırlılıklar: Araştırma, Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Bu nedenle araştırma bulguları sadece bu kuruluşun durumunu yansıtmaktadır.

Doktor-hemşire etkileşimi; iletişim, liderlik, koordinasyon ve çatışma yönetimi boyutları ile sınırlıdır. Shortell vd. (1994), araştırmalarında boyut olarak yer verdikleri örgüt kültürü, çok sayıda soru ile ölçüldüğü için daha fazla zaman alabileceği ve böylelikle anket doldurulma oranlarını düşürebileceği öngörüsü ile araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Hastane performansı sadece; bakımın algılanan teknik kalitesi, hasta yakınlarının ihtiyaçlarının algılanan karşılama derecesi, hemşireleri serviste tutma ve çalışan memnuniyeti göstergeleri ile ölçülmüştür.

Ankete katılanlardan isimlerini yazmaları istenmemiştir. Bu yüzden katılanlar ile katılmayanlar arasında cevap yanlılığını gösteren bir karşılaştırma yapılamamaktadır.

5. Veri Toplama Aracı: Shortell vd. (1994:508), sağlık hizmetleri araştırmalarında kullanılmak üzere, uygulanan tedavilerin hasta sonuçlarındaki farklılıkları açıklamaya ve hasta bakımının kalitesini sürekli olarak iyileştirme çabalarına yardım edebilecek, teoriye dayalı, güvenilir ve geçerli “yönetmelik uygulamalar ve örgütsel süreçler” ölçeklerine büyük ihtiyaç olduğu düşüncesi ile bu ihtiyaca cevap verecek bir ölçek geliştirmişlerdir. Oluşturulan ölçek, ABD'deki 42 Yoğun Bakım Ünitesinden 1700 çalışanla (doktor, hemşire, diğer çalışanlar) yapılan bir araştırmada kullanılmıştır.

Araştırma; liderlik, örgüt kültürü, iletişim, koordinasyon ve çatışma yönetimi ile ilgili kapsamlı bir grup örgüt değerlendirme ölçeğinin (YBÜ Hemşire-Hekim Anketi) güvenilir ve geçerli olarak kullanılabilceğini göstermiştir (Shortell vd., 1994:515). Shortell vd. (1991:721) anketin geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirdikleri bir başka makalelerinde, sağlık hizmeti sunan organizasyonların farklı servislerinde de ölçeğin geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilceğini belirtmişlerdir.

Dougherty ve Larson (2005: 5), doktor-hemşire etkileşimini ölçmek için kullanılan ölçekleri gözden geçirmek ve bu ölçeklerin güçlü ve zayıf yönlerini karşılaştırmak amacıyla bir araştırma yapmıştır. Bu çalışmada, ilk olarak doktor-hemşire etkileşimini ölçmek amacıyla geliştiren ve 1990 ile 2004 yılları arası yayınlanan makalelerde kullanılan ölçekleri “PubMed” gibi büyük veri tabanları ve literatürü araştırarak belirlemişlerdir. Bu makaleler daha sonra “ISI Web of Science”ın alıntı indeksinde araştırılarak en az iki başka çalışmada kullanılanlar seçilmiştir. Seçilen ölçeklerin geliştirilme şekli, nasıl tanımlandığı, geçerlilik ve güvenilirlikleri, güçlü ve zayıf yanları değerlendirilmek üzere yeniden gözden geçirilmiştir. Bu çalışmalar sonucu Shortell (1996a)’ın bu çalışmada kullanılan anketleri karşılaştırmaya değer görülen 5 ölçekten biri olmuştur.

Tablo 1. Doktor-Hemşire Etkileşimini Ölçmek İçin Kullanılan Ölçekler

Ölçek	Araştırmacılar ve Ölçeğin Kullanıldığı Makale
Collaborative Practice Scale (CPS)	Weiss, S., & Davis H. (1985). Validity and Reliability of the Collaborative Practise Scales. Nurse Res.(34), 299-304. [A1]
Collaboration and Satisfaction with Care Decisions (CSACD)	Baggs, J. (1994). Development of an Instrument to Measure Collaboration and Satisfaction About Care Decisions. J. Adv. Nurse(20), 176-182.
The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician Nurse Collaboration	Hojat, M., & Fields, S. (1999). Psychometric Properties Of An Attitude Scale Measuring Physician Nurse Collaboration. Eval Health Prof., 2(22), 208-220.
Collaboration with Medical Staff Scale (CMSS) of the Nurses Opinion Questionnaire (NOQ)	Adams, A., Bond, S., & Arber, S. (1995). Development and Validation of Scales to Measure Organizational Features of Acute Hospital Wards. Int. J. Nurs. Stud., 6(32), 612-627.
ICU RN-MD Questionnaire	Shortell, S., Rousseau, D., Gillies, R., Devers, K., & Simons, T. (1991). Organizational Assessment in Intensive Care Units (ICUs): Construct Development, Reliability And Validity of the ICU Nurse Physician Questionnaire. Med. Care(29), 709-723.

Kaynak: Dougherty ve Larson, 2005: 246

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak, Shortell (1996a) tarafından doktor ve hemşireler için ayrı olarak hazırlanan “Yoğun Bakım Ünitelerinin Organizasyonu ve Yönetimi Anketi”nin kısa formu kullanılmıştır. Kısa formun Türkçe çevirisi, Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi tarafından desteklenen “Yoğun Bakım Ünitelerinin Organizasyonu ve Yönetimi Projesi (Kaya ve Şahin, 2009)” yürütücüleri tarafından yapılmıştır. Bu çeviri, tüm servisleri kapsayacak şekilde uyarlandıktan sonra kullanılmıştır. Uyarlama işlemi sadece “yoğun bakım üniteleri”nin “servis” kelimesine çevrilmesi şeklinde yapılmıştır. Anketin uzun formu ile kısa formunda yer alan boyutlarla, bu boyutlardaki soru sayıları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Yönetimi ve Organizasyonu Anketinin Uzun ve Kısa Formlarının Karşılaştırması

Boyut	Soru Sayısı	
	Uzun Form	Kısa Form
İletişim	43	19
Liderlik	16	12
Çatışma Yönetimi	26	14
Koordinasyon	13	4
Performans	8	8
Toplam	105	56

Anketin uzun formu, katılımcıların yoğun iş tempoları göz önünde bulundurulduğunda uzun zaman alacağı düşüncesi ve katılımcı sayısında azalmaya neden olacağı öngörüsüyle kullanılmamış, bunun yerine doldurulması daha kısa süren kısa form tercih edilmiştir. Anket soruları hakkında, araştırmanın yapılacağı Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile yine bu hastaneye benzer yapıdaki Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinden² toplam beş doktor ve beş hemşire ile görüşülmüş ve katılımcılar tarafından anlaşılmayan, anketin uygulanmasını zorlaştıran, cevaplanma oranını düşüren maddeler yeniden düzenlenmiştir.

Anketler; “servisteki iletişim”, “liderlik ve koordinasyon”, “performans”, “çatışma yönetimi”, “memnuniyet”, “kişisel bilgiler” ve “sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili sorunlar” başlıkları ile ifade edilen yedi bölümden oluşmaktadır.

2 Daha sonra ismi “Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi” olarak değiştirilmiştir.

“Servisteki iletişim” bölümü; meslek gruplarının kendi aralarındaki (doktor-doktor, hemşire-hemşire), diğer meslek grubu ile (hemşire-doktor) ve genel olarak ilişkiler ve iletişimin sorulduğu bölümdür. İletişime ait ifadelerde iletişimin; açıklığı, doğruluğu ve zamanlılığı değerlendirilmiştir. Bu bölümde, meslek gruplarının kendi aralarındaki iletişim düzeyini ölçmek için sekiz, iki meslek grubu arasındaki iletişim düzeyini ölçmek için sekiz, servisteki genel ilişkiler ve iletişim düzeyini belirlemek için üç ifade yer almış ve katılımcıların bu ifadelere katılma derecesi, katılıyorum (5) ile katılmıyorum (1) arasında 5 seçenekten oluşan Likert ölçeği ile belirlenmeye çalışılmıştır.

Anketin ikinci bölümü olan “liderlik ve koordinasyon” bölümünde, klinik şefi ve servis sorumlu hemşiresinin liderlik becerileri; hedef ve beklenti oluşturarak bunları çalışanlara iletebilme ve değişen durumlara cevap verebilme derecesini ortaya çıkarmayı amaçlayan ifadelerle ölçülmeye çalışılmaktadır. Bu bölümde aynı zamanda servisin diğer hastane birimleri ile yapıcı iş ilişkileri kurabilme derecesi ölçülmeye çalışılmıştır. Katılımcılara servis sorumlu hemşiresi ve klinik şefinin liderlik becerilerini ölçen altışar, servisin diğer hastane birimleri ile yapıcı iş ilişkileri kurabilme derecesini belirlemek için de dört ifade yöneltilmiş ve her ifade için 1–5 (katılmıyorum-katılıyorum) arasında değişen katılma derecelerini belirten seçeneği işaretlemeleri istenmiştir.

“Performans” bölümünde, servis doktor ve hemşirelerinin hastalara sundukları hizmetin teknik kalitesi ile ilgili görüşleri, sundukları hizmetlerin hasta yakınlarının ihtiyaçlarını karşılama derecesi ile ilgili görüşleri ve hemşirelerin serviste kalmasını sağlayabilme ile ilgili görüşleri sorgulanmıştır. Bu bölümde yedi ifade sunulmuş ve yine katılımcılardan bu ifadelere katılma derecelerini, 1–5 (katılmıyorum-katılıyorum) arasında değişen ölçeğe göre değerlendirmeleri istenmiştir.

“Çatışma yönetimi” bölümü, meslek grubunun kendi arasındaki çatışma yönetimi (doktor-doktor, hemşire-hemşire) ile iki meslek grubu (hemşire-doktor) arasındaki çatışma yönetimi olarak iki bölüme ayrılmıştır. Her iki bölüm de yedişer sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde katılımcılardan serviste çatışma, anlaşmazlık durumu söz konusu olursa o servisteki tecrübeleri ışığında, verilen yedi ifadenin olma olasılığını düşük olasılıktan (1) yüksek olasılığa (5) kadar değişen beşli ölçeğe göre değerlendirmeleri istenmiştir. Bölüm, be-

lirtilen meslekler için grup içi ve gruplar arası çatışmalarda problem çözme stratejileri ve çatışmadan kaçınma stratejileri ile ilgili ifadelerden oluşmuştur.

“Memnuniyet” bölümünde katılımcıların işlerinden memnuniyet derecesi, memnun değilim (1) ile memnunum (5) arasında değişen beş seçenikle ölçül-meye çalışılmıştır. “Kişisel bilgiler” bölümünde unvan, cinsiyet, yaş ve çalışılan servis soruları yer almıştır. “Sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili sorunlar” bölümünde katılımcılardan servislerinde sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili (varsa) en önemli üç sorunu yazmaları istenmiştir.

Anket değerlendirmesinde yer alan temel ve alt boyutların kısaltmaları ve bu boyutları oluşturan ifadeler Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Anketteki Temel Boyutlar, Alt Boyutlar ve Göstergeler

	Temel Boyutlar	Alt Boyutlar
Etkileşim	İletişim	Grup İçi İletişimin Açıklığı (GİİA)
		Gruplar Arası İletişimin Açıklığı (GAİA)
		Grup İçi İletişimin Doğruluğu (GİİD)
		Gruplar Arası İletişimin Doğruluğu (GAİD)
		Zamanında İletişim (Zİ)
	Liderlik	Hemşire Liderliği (HL)
		Doktor Liderliği (DL)
	Koordinasyon	Servisin Diğer Hastane Birimleri ile İlişkileri (SDHBİ)
	Çatışma Yönetimi	Grup İçi Problem Çözme Stratejileri (GİPÇS)
		Gruplar Arası Problem Çözme Stratejileri (GAPÇS)
Grup İçi Çatışmadan Kaçınma Stratejileri (GİÇKS)		
Gruplar Arası Çatışmadan Kaçınma Stratejileri (GAÇKS)		
Performans Göstergeleri	Hemşireleri Serviste Tutabilme (HST)	
	Bakımın Algılanan Teknik Kalitesi (BATK)	
	Hasta Yakınlarının İhtiyaçlarının Algılanan Karşılama Derecesi (HYİAKD)	
	Memnuniyet (MEM)	

Tablo 3’teki boyut ve alt boyutların açıklaması şu şekildedir (Shortell, 1996a: 1-12):

Tablo 3’teki temel boyutlardan iletişim; açıklık, doğruluk ve zamanlamayı içeren farklı boyutları ile incelenmiştir. Tabloda iletişimin alt boyutlarını oluşturan;

- Grup İçi İletişimin Açıklığı (GİİA): Doktor veya hemşirelerin kendi meslektaşları ile konuşurken ifade etmek istediklerini terslenme veya yanlış anlaşılma korkusu olmaksızın söyleyebilme derecesini,
- Gruplar Arası İletişimin Açıklığı (GAİA): Doktor veya hemşirelerin diğer meslek grubu ile (doktor ise hemşirelerle, hemşire ise doktorlarla) konuşurken, ifade etmek istediklerini terslenme veya yanlış anlaşılma korkusu olmaksızın söyleyebilme derecesini,
- Grup İçi İletişimin Doğruluğu (GİİD): Doktor veya hemşirelerin kendi meslektaşları tarafından kendilerine iletilen bilginin doğruluğuna inanma derecesini,
- Gruplar Arası İletişimin Doğruluğu (GAİD): Doktor veya hemşirelerin diğer meslek grubu tarafından (doktor ise hemşirelerden, hemşire ise doktorlardan) kendilerine iletilen bilginin doğruluğuna inanma derecesini,
- Zamanında İletişim (Zİ): Hasta bakımıyla ilgili bilginin, bu bilgiden haberdar olması gereken kişiye hızlıca ulaştırılma derecesini ifade etmektedir.

Tablo 3'teki temel boyutlardan liderlik, birimin amaç ve hedeflerine ulaşmada birim liderlerinin diğerlerini etkileme kabiliyetini ifade eder (Shortell vd., 1994: 512). Tabloda liderliğin alt boyutlarını oluşturan;

- Hemşire liderliği (HL): Servis sorumlu hemşiresinin, açık amaçlar ve beklentiler oluşturarak bunları anlatma; değişen ihtiyaç ve durumlara karşı esnek olma derecesini,
- Doktor Liderliği (DL): Klinik şefinin, açık amaçlar ve beklentiler oluşturarak bunları anlatma; değişen ihtiyaç ve durumlara karşı esnek olma derecesini ifade eder.

Tablo 3'teki temel boyutlardan koordinasyon, birim içindeki ve birimler arasındaki işlev ve aktivitelerin hasta bakımını devam ettirebilmek için uygun şekilde bir araya gelme derecesini belirtir (Shortell vd., 1994: 512). Koordinasyon boyutu;

- Servisin Diğer Hastane Birimleri ile İlişkileri (SDHBİ) olarak tanımlanmıştır ve servisin performansını etkileyen diğer hastane birimleri ile ilişki derecesini ifade eden tek bir alt boyutla ölçülmektedir.

Tablo 3'teki temel boyutlardan çatışma yönetimi;

- Grup İçi Problem Çözme Stratejileri (GİPÇS): Kendi içlerinde anlaşmazlık yaşayan hemşire veya doktor grubunun, problemin çözümü için mevcut tüm deneyimler bir araya getirilerek muhtemel en iyi çözüm geliştirildiğinden emin olana kadar aktif bir şekilde görüşme derecesini,
- Gruplar Arası Problem Çözme Stratejileri (GAPÇS): Birbirleri ile anlaşmazlık yaşayan hemşire ve doktor grubunun, problemin çözümü için mevcut tüm deneyimler bir araya getirilerek muhtemel en iyi çözüm geliştirildiğinden emin olana kadar aktif bir şekilde görüşme derecesini,
- Grup İçi Çatışmadan Kaçınma Stratejileri (GİÇKS): Doktor veya hemşirelerin kendi içlerindeki anlaşmazlıkları görmezlikten gelme (önemsememe) veya karşılıklı olarak tartışmaya girmeme derecesini, arkadaşlık ilişkilerinin sürdürülmesine yönelik vurguyu,
- Gruplar Arası Çatışmadan Kaçınma Stratejileri (GAÇKS): Doktor ve hemşirelerin birbirleri ile anlaşmazlıklarını görmezlikten gelme (önemsememe) veya karşılıklı olarak tartışmaya girmeme derecesidir. Arkadaşlık ilişkilerinin sürdürülmesine yönelik vurgu şeklinde ifade edilen alt boyutları ile servisteki problem çözme ve çatışma yönetimi anlayışını ifade eder.

Tablo 3'teki temel boyutlardan performans boyutu aşağıda belirtilen alt boyutları ile servisin performansını ifade eder. Tabloda performans alt boyutlarını oluşturan;

- Hemşireleri Serviste Tutabilme (HST): Servisin kendi hemşirelerinin başka servislere gitmesini engelleyebilme, kendi servislerinde kalmalarını sağlayabilme derecesini,
- Bakımın Algılanan Teknik Kalitesi (BATK): Servisin hasta bakımı gerekliliklerini ve hasta bakımı sonuçlarını karşılama konusunda servis çalışanları tarafından algılanan etkililiği,
- Hasta Yakınlarının İhtiyaçlarının Algılanan Karşılama Derecesi (HYİ-AKD): Servis çalışanlarının, kendi servislerinde tedavi gören hastaların yakınlarının ihtiyaçlarını ne derecede karşıladıkları ile ilgili düşüncelerini,
- Memnuniyet (MEM): Genel olarak, çalışanların işlerindeki memnuniyet derecelerini ifade eder.

Verilerin Toplanması

Çalışmada görüşleri yer alan doktor ve hemşirelere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra araştırma anketi teslim edilerek, okuyup cevaplamaları istenmiştir. Anket, servislerin amirleri konumundaki klinik şef ve sorumlu hemşiresi hakkında değerlendirmeleri içerdiğinden, katılımcılara anket formlarının araştırma yürütücüsünden başka kimse tarafından görülemeyeceği konusunda açıklamada bulunulmuş, isim yazma zorunluluğu olmadığı özellikle ifade edilmiştir. Katılımcıların iş yoğunluğu düşünülerek, anketler bir süre sonra toplanmak üzere katılımcılara verilmiş, cevaplama sırasında herhangi bir açıklamaya ihtiyaç duymaları hâlinde araştırma yürütücüsüyle irtibat kurabilecekleri kanallar belirtilmiş ve anket formları toplandığı zaman da ihtiyaç hâlinde açıklama yapılacağı ifade edilmiştir.

Bu ilk dağıtımdan sonra araştırmada yer alan doktor ve hemşirelere yeniden anket dağıtılmamıştır. Sadece anket formunu kaybettiğini belirten katılımcılara tekrar anket formu ulaştırılmıştır.

Araştırma anketleri 15.10.2006–15.01.2007 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmaya katılanların sayı ve yüzdeleri Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Araştırmanın Evreni ve Araştırmaya Katılanlar

Unvan	Evren	Araştırmaya Katılanlar	
	Sayı	Sayı	(%)
Doktor	102	70	69
Hemşire	136	113	83
Toplam	238	183	77

Araştırmaya evrendeki doktorlar %69 oranında katılım gösterirken, hemşireler % 83 oranında katılım göstermiştir. Genel katılım ise %77 düzeyinde gerçekleşmiştir. Shortell vd.’nin (1994: 515) yaptığı çalışmada da hemşirelerin %78’i, doktorların ise % 65’i araştırmaya katılmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmada toplanan veriler, Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS 13.0) paket programı kullanılarak oluşturulan veri tabanına kaydedilmiş, verilerin analizi de aynı program kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin analizinde Shortell'in (1996b: 1-2) bu anket için geliştirdiği yöntem kullanılmıştır. Buna göre;

Veri girişi yapıldıktan sonra anket formlarındaki olumsuz ifadeler için SPSS programında yeniden kodlama (recode) işlemi yapılmıştır. Bu olumsuz ifadelerle verilen 1 değerleri 5'e; 5 değerleri 1'e; 2 değerleri 4'e ve 4 değerleri 2'ye çevrilmiştir. 3 değerinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Tablo 3'te gösterilen her bir "alt boyut" kendisini oluşturan ifadelerin ortalamasından, "temel boyutlar" da kendisini oluşturan alt boyutların ortalamasından hesaplanmıştır. Aynı metotla etkileşim skoru kendisini oluşturan temel boyutların ortalamasından, performans skoru da performans göstergelerinin ortalamalarından elde edilmiştir.

Anketin ikinci bölümünde servis sorumlusu hemşirelerinin ve klinik şeflerinin liderlik becerilerini ölçen ifadeler yer almaktadır. Bu bölümlerde kendisi ile ilgili bölümleri dolduran klinik şefi ve servis sorumlu hemşirelerinin cevapları değerlendirilmeye alınmamıştır.

Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için Cronbach α güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Cronbach α güvenilirlik katsayısı;

80 – 100 arası yüksek güvenilir,

60 – 80 arası oldukça güvenilir,

40 – 60 arası düşük güvenilir,

40'ın altı güvenilir değil,

şeklinde yorumlanmıştır (Alpar, 2001: 284).

Araştırmanın 1., 2., 3., 4. ve 5. hipotezini test etmek amacıyla, parametrik test varsayımları yerine gelmediği için "Spearman Korelasyon Analizi" kullanılmıştır.

Analiz sonucunda çıkan "r" değeri;

$r = 0,00 - 0,24$ Çok Zayıf

$r = 0,25 - 0,49$ Zayıf

$r = 0,50 - 0,69$ Orta

$r = 0,70 - 0,89$ Yüksek

$r = 0,90 - 1,00$ Çok Yüksek ilişki olarak yorumlanmıştır (Akgül, 2005: 384).

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma bulgularına ve bu bulgulara ilişkin tartışmalara yer verilmiştir. Anketlerin uygulanmasından elde edilen bulgular ve tartışma üç bölüm hâlinde sunulmuştur. Birinci bölümde araştırma kapsamındaki doktor ve hemşirelere ilişkin tanımlayıcı bulgulara, ikinci bölümde boyutlara ilişkin tanımlayıcı bulgulara, üçüncü bölümde ise araştırmanın hipotezlerinin sınamasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıları Tanımlayıcı Bulgular ve Tartışma

Araştırmaya katılan doktorların yaş, cinsiyet ve unvanlarına göre dağılımı Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Doktorların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı

Kişisel Özellik	Özelliklere Göre Gruplar	Sayı	(%)
Unvan	Klinik Şefi	3	4,3
	Uzman Doktor	32	45,7
	Asistan Doktor	33	47,1
	Belirtilmemiş	2	2,9
	Toplam	70	100,0
Cinsiyet	Kadın	29	41,4
	Erkek	39	55,7
	Belirtilmemiş	2	2,9
	Toplam	70	100,0
Yaş	20–24	2	2,9
	25–29	26	37,1
	30–34	10	14,3
	35–39	13	18,6
	40–44	7	10,0
	45–49	3	4,3
	50 üstü	2	2,9
	Belirtilmemiş	7	10,0
	Toplam	70	100,0

Araştırmaya katılan doktorların en çok %37,1 ile 25–29 yaş grubunda olduğu gözlenmektedir. Bu durum, araştırmaya katılan asistan doktor sayısına ve bu asistan doktorların yaş ortalamasına atfedilebilir (Araştırmaya katılan asistan

doktorların yaş ortalaması 27,5 ($\pm 2,3$)'tür). Araştırmaya katılan kadın doktorlar için yaş ortalaması 32,07 ($\pm 7,46$) olup erkek doktorlar için yaş ortalaması 34,00 ($\pm 6,88$) olarak hesaplanmıştır.

Asistan doktorların ankete katılanlar içindeki oranı %47,1'ken uzman doktorların katılanlar arasındaki oranı %45,7 olmuştur. Klinik şeflerinin katılanlar arasındaki oranı %4,3 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırmaya katılan doktorların %55,7'sini erkek doktorlar oluşturmaktadır. Kadın doktorların katılımcılar arasındaki oranının ise %41,4 olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ve unvanlarına göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı

Kişisel Özellik	Özelliklere Göre Gruplar	Sayı	(%)
Unvan	Servis Sorumlu Hemşiresi	13	11,5
	Yüksek Hemşire	25	22,1
	Hemşire	73	64,6
	Belirtilmemiş	2	1,8
	Toplam	113	100,0
Yaş	20-24	2	1,8
	25-29	60	53,1
	30-34	17	15,0
	35-39	12	10,6
	40-44	14	12,4
	45-49	2	1,8
	Belirtilmemiş	6	5,3
	Toplam	113	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 30,90 ($\pm 5,81$)'dir. Tablo 6'da görüldüğü gibi servis sorumlu hemşirelerinin, klinik şeflerinin aksine, 13 kişi ile toplam hemşire katılımının %11,5'ini oluşturduğu gözlenmiştir. Yüksek hemşirelerin katılımcılar arasındaki oranı %22,1 olurken hemşirelerin katılımcılar arasındaki oranı %64,6 olarak gerçekleşmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yarıdan fazlasının (% 53,1) 25–29 yaş grubunda olduğu gözlenmiştir.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Doktor ve Hemşirelerin Servislere Göre Dağılımı

Servis	Doktor		Hemşire		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Bebek 1	5	7,1	7	6,2	12	6,6
Bebek 2	4	5,7	6	5,3	10	5,5
Büyük Çocuk	8	11,4	5	4,4	13	7,1
İntaniye	3	4,3	7	6,2	10	5,5
Hematoloji	4	5,7	9	8,0	13	7,1
Kardiyoloji	3	4,3	10	8,8	13	7,1
Onkoloji	5	7,1	13	11,5	18	9,8
Cerrahi	6	8,6	5	4,4	11	6,0
Nöroloji	6	8,6	7	6,2	13	7,1
Nefroloji	6	8,6	8	7,1	14	7,7
Yeni Doğan	8	11,4	15	13,3	23	12,6
75. Yıl Cerrahi	3	4,3	5	4,4	8	4,4
Acil	4	5,7	10	8,8	14	7,7
Belirtilmemiş	5	7,1	6	5,3	11	6,0
TOPLAM	70	100,0	113	100,0	183	100,0

Tablo 7’de görüldüğü üzere araştırmaya katılanlar arasında en çok sayı ile temsil edilen servisin 23 kişi ile (%12,6) “Yeni Doğan” servisi, en az sayı ile temsilin ise 8 kişi ile (%4,4) “75.Yıl Cerrahi” servisi olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan doktorlar arasında “Yeni Doğan” ve “Büyük Çocuk” servisleri sekizer doktor ile (%11,4) temsil edilirken; “İntaniye”, “75. Yıl Cerrahi” ve Kardiyoloji” servislerinin araştırmaya bu servislerden katılan üçer doktor (%4,3) ile temsil edildiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşireler arasında en çok sayı ile temsil edilen servisin 15 hemşire ile (%13,3) “Yeni Doğan” servisi; en az sayı ile temsilin ise beşer hemşire ile (%4,4) “Büyük Çocuk”, “Cerrahi” ve “75.Yıl Cerrahi” servisleri olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan 5’i doktor (%7,1), 6’sı hemşire (%5,3) toplam 11 kişi (%6) servisini belirtmemiştir.

Boyutlara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular ve Tartışma

Temel boyutlara ait “Tanımlayıcı İstatistikler” ve “Cronbach α Güvenilirlik Katsayısı” doktor ve hemşire anketleri için ayrı ayrı hesaplanarak Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Temel Boyutları Tanımlayıcı İstatistikler ve Cronbach α Güvenilirlik Katsayıları

Temel Boyutlar	İfade Sayısı	Doktor			Hemşire			
		Ort	SS	α	Ort	SS	α	
Etkileşim	İletişim	19	4,06	0,69	0,92	4,22	0,58	0,88
	Liderlik	12	3,89	0,71	0,77	3,76	0,76	0,73
	Koordinasyon	4	3,70	0,77	0,47	3,67	0,94	0,51
	Çatışma Yönetimi	14	3,27	0,61	0,77	3,20	0,60	0,67
Performans	8	3,70	0,65	0,80	3,85	0,87	0,83	

Ort= Ortalama, SS = Standart Sapma, α = Cronbach Alpha Güvenilirlik Katsayısı

Her iki meslek grubu için de etkileşimin alt boyutları; iletişim, liderlik, koordinasyon ve çatışma yönetimi boyutları ortalamasının 3,00'in üzerinde olması tüm bu boyutların doktor ve hemşirelerce olumlu olarak değerlendirildiğini göstermektedir. Her iki meslek grubu için de en yüksek skorların iletişim boyutunda (doktor = 4,06 \pm 0,69; hemşire = 4,22 \pm 0,58), en düşük skorların ise çatışma yönetimi boyutunda olduğu görülmektedir (doktor = 3,27 \pm 0,61; hemşire = 3,20 \pm 0,60).

Performans boyutunun doktor anketi için ortalaması 3,70 \pm 0,65, hemşire anketi için ortalaması ise 3,85 \pm 0,87 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler de hem doktor hem de hemşirelerin servislerinin performanslarını olumlu değerlendirdiklerini göstermektedir.

Her iki anket için iletişim (doktor = 0,92; hemşire = 0,88) ve performans (doktor = 0,80; hemşire = 0,83) boyutlarının yüksek güvenilir düzeyde, liderlik (doktor = 0,77; hemşire = 0,73) ve çatışma yönetimi (doktor = 0,77; hemşire = 0,67) boyutlarının ise oldukça güvenilir düzeyde oldukları görülmektedir. Koordinasyon boyutu ise her iki ankette de (doktor = 0,47; hemşire = 0,51) düşük güvenilir düzeydedir. Koordinasyon boyutundaki güvenilirlik seviyesinin düşüklüğü, bu boyutun az sayıda soruyla ölçülmüş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Ayrıca 49 ifadeden oluşan doktor ve hemşire etkileşiminin Cronbach α güvenilirlik katsayısı hemşire anketi için 0,89, doktor anketleri için ise 0,92 olarak

hesaplanmıştır ki bu da etkileşim boyutunun güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

Temkin-Greener vd. (2004: 477-478) de araştırmalarında Shortell (1996a) tarafından hazırlanan anketi, yaşlılar için sağlık bakımı veren merkezlere uyarlayarak uygulamışlardır. 26 merkezden 1220 çalışana uygulanan bu ankette 10 soru ile ölçülen iletişim boyutunun ortalaması $3,60 \pm 0,69$, Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,82; 9 soru ile ölçülen liderlik boyutunun ortalaması $3,79 \pm 0,77$, Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,81; 6 soru ile ölçülen koordinasyon boyutunun ortalaması $3,87 \pm 0,75$, Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,76; 10 soru ile ölçülen çatışma yönetimi boyutunun ortalaması $3,55 \pm 0,66$, Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,76; 7 soru ile ölçülen performans boyutunun ortalaması $4,19 \pm 0,69$, Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 8 ve yukarıda verilen sonuçlar birlikte incelendiğinde, bu çalışmada kullanılan anketin güvenilirlik skorları ile aynı anketi uyarlayarak kullanılan Temkin-Greener vd. (2004: 477-478)'nin çalışmasında elde edilen skorlar arasında paralellik olduğu görülmektedir.

Alt boyutlara ait “Tanımlayıcı İstatistikler” ve “Cronbach α Güvenilirlik Katsayısı” yapılan diğer çalışmalarla kıyaslama yapılabilmesi için, araştırmaya tüm katılanların anket verileri baz alınarak hesaplanmış ve sonuçları Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Doktor ve Hemşire Anketleri Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri ve Cronbach α Güvenilirlik Katsayıları

Temel ve Alt Boyutlar	n	Ort	SS	α
İletişim				
Grup İçi İletişimin Açıklığı (GİİA)	4	4,35	0,68	0,69
Gruplar Arası İletişimin Açıklığı (GAİA)	4	3,82	1,06	0,81
Grup İçi İletişimin Doğruluğu (GİİD)	4	4,36	0,74	0,67
Gruplar Arası İletişimin Doğruluğu (GAİD)	4	3,94	0,92	0,75
Zamanında İletişim (Zİ)	3	4,40	0,70	0,55
Liderlik				
Hemşire Liderliği (HL)	6	4,09	0,83	0,72
Doktor Liderliği (DL)	6	3,54	0,97	0,70

Temel ve Alt Boyutlar	n	Ort	SS	α
Koordinasyon				
Servisin Diğer Hastane Birimleri ile İlişkileri (SDHBİ)	4	3,68	0,88	0,47
Çatışma Yönetimi				
Grup İçi Problem Çözme Stratejileri (GİPÇS)	4	3,90	0,95	0,77
Gruplar Arası Problem Çözme Stratejileri (GAPÇS)	4	3,54	1,12	0,82
Gruplar Arası Çatışmadan Kaçınma Stratejileri (GAÇKS)	3	2,79	0,89	0,30
Grup İçi Çatışmadan Kaçınma Stratejileri (GİÇKS)	3	2,69	0,98	0,45
Performans				
Hemşireleri Serviste Tutabilme (HST)	1	3,90	1,29	-
Bakımın Algılanan Teknik Kalitesi (BATK)	5	4,12	0,72	0,78
Hasta Yakınlarının İhtiyaçlarının Karşılama Derecesi (HYİAKD)	1	3,61	1,23	-
Memnuniyet (MEM)	1	3,68	1,09	-

n = Boyuttaki İfade Sayısı, Ort = Boyut Skor Ortalaması, SS = Standart Sapma, α : Cronbach Alpha Güvenilirlik Katsayısı

“Gruplar arası çatışmadan kaçınma stratejileri (GAÇKS)” ve “grup içi çatışmadan kaçınma stratejileri (GİÇKS)” dışındaki tüm alt boyutların ortalamalarının 3,50'nin üzerinde olduğu görülmektedir ki bu değer doktor ve hemşirelerin bu boyutlarla ilgili düşüncelerinin olumlu ya da olumluya yakın olduğunu göstermektedir. Bu değerler Shortell vd.'nin (1991: 715) yaptıkları çalışmadaki değerlere paralellik göstermektedir.

Gruplar arası çatışmadan kaçınma stratejileri (GAÇKS) için ortalamasının 2,79 \pm 0,89 ve grup içi çatışmadan kaçınma stratejileri (GİÇKS) için ortalamasının ise 2,69 \pm 0,98 olması doktor ve hemşirelerin bu boyutla ilgili düşüncelerinin olumsuz olduğunu göstermektedir. Shortell vd. yaptıkları çalışmada (1991: 715), gruplar arası çatışmadan kaçınma stratejilerinin ortalamasını 2,12 \pm 0,65 ve grup içi çatışmadan kaçınma stratejileri ortalamasını ise 2,29 \pm 0,70 olarak hesaplamışlardır.

Cronbach α güvenilirlik katsayısı, gruplar arası iletişimin açıklığı (GAİA) için 0,81; gruplar arası problem çözme stratejileri (GAPÇS) için de 0,82 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler bu iki boyutun yüksek güvenilirlikleri olduğunu göstermektedir. Gruplar arası iletişimin açıklığı için Cronbach α güvenilirlik katsayısını Shortell vd. (1991: 715) 0,81, Boyle ve Kochinda (2004: 65)

ise 0,94 olarak hesaplamışlardır. Gruplar arası problem çözme stratejileri için Cronbach α güvenilirlik katsayısını Shortell vd. (1991: 715) 0,82; Boyle ve Kochinda (2004: 65) ise 0,84 olarak hesaplamışlardır.

Cronbach α güvenilirlik katsayısı, grup içi iletişimin açıklığı (GİİA) için 0,69, grup içi iletişimin doğruluğu (GİİD) için 0,67, gruplar arası iletişimin doğruluğu (GAİD) için 0,75, hemşire liderliği (HL) için 0,72, doktor liderliği (DL) için 0,70, grup içi problem çözme stratejileri (GİPÇS) için 0,77, bakımın algılanan teknik kalitesi (BATK) için 0,78 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler bu boyutların oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Shortell vd. (1991: 715) Cronbach α güvenilirlik katsayısını, grup içi iletişimin açıklığı (GİİA) için 0,83, grup içi iletişimin doğruluğu (GİİD) için 0,78, gruplar arası iletişimin doğruluğu (GAİD) için 0,74, hemşire liderliği (HL) için 0,87, doktor liderliği (DL) için 0,88, grup içi problem çözme stratejileri (GİPÇS) için 0,81, bakımın algılanan teknik kalitesi (BATK) için 0,76 olarak hesaplamıştır.

Cronbach α güvenilirlik katsayısı, zamanında iletişim (Zİ) için 0,55, servisin diğer hastane birimleri ile ilişkileri (SDHBİ) için 0,47, grup içi çatışmadan kaçınma stratejileri (GİÇKS) içinse 0,45 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler bu boyutların düşük güvenilirlikte olduğunu göstermektedir. Shortell vd. (1991: 715) ise Cronbach α güvenilirlik katsayısını, zamanında iletişim (Zİ) için 0,86, servisin diğer hastane birimleri ile ilişkileri (SDHBİ) için 0,75, grup içi çatışmadan kaçınma stratejileri (GİÇKS) içinse 0,72 olarak hesaplamıştır.

Gruplar arası çatışmadan kaçınma stratejileri (GAÇKS) için Cronbach α güvenilirlik katsayısı ise 0,30 olarak hesaplanmıştır ki bu sonuç bu boyutun güvenilir olmadığını göstermektedir. Shortell vd. (1991: 715) gruplar arası çatışmadan kaçınma stratejileri için Cronbach α güvenilirlik katsayısını 0,72 olarak hesaplamıştır.

Hemşireleri serviste tutabilme (HST), hasta yakınlarının ihtiyaçlarının algılanan karşılama derecesi (HYİAKD) ve memnuniyet boyutları ankette tek bir ifade ile ölçüldüğünden bu boyutlar için Cronbach α güvenilirlik katsayısı hesaplanamamıştır.

Aynı anketi kullanarak yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, anketin güvenilirliğinin benzer düzeyde olduğu söylenebilir.

Hipotezlere İlişkin Bulgular ve Tartışma

Bu bölümde araştırmanın anket verilerine dayanarak belirlenen hipotezler test edilmiştir. Doktor ve hemşire arasındaki etkileşim ile hastanenin performansı arasındaki ilişki parametrik test koşulları sağlanmadığı için Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 10’da gösterilmiştir. Doktor ve hemşirelerin servisleri için yaptıkları değerlendirme sonucunda bulunan değerlerin ortalamasından hastane performans ortalaması hesaplanmıştır. Katılımcıların doktor-hemşire arasındaki etkileşim için yaptıkları değerlendirmelerin ortalaması $3,71 \pm 0,52$, hastane performansı için yaptıkları değerlendirme ortalaması ise $3,79 \pm 0,79$ ’dir. Bu ortalamalar katılımcıların hastanedeki etkileşim düzeyini ve hastanenin performansını olumlu algıladıklarını göstermektedir.

Tablo 10. Katılımcılara Göre Hastanedeki Etkileşim Düzeyi ile Hastane Performansı Arasındaki İlişki

Göstergeler	Ortalama	SS	Değer Aralığı	r*
Etkileşim	3,71	0,52	2,08–4,95	0,62a
Performans	3,79	0,79	1,10–5,00	

* Spearman Korelasyon Katsayısı, SS: Standart Sapma, * $p < 0,01$

Analiz sonucuna göre, araştırmaya katılanların tamamı dikkate alındığında doktor-hemşire etkileşimi ile hastane performansı arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r = 0,62$; $p < 0,01$). Böylece araştırmanın “Doktor ve hemşireler arasındaki etkileşim düzeyi arttıkça, hastanenin performansı artar.” şeklindeki 1. hipotezi kabul edilmiştir.

Doktor-hemşire etkileşimi skoru servisteki iletişim, liderlik, koordinasyon ve çatışma yönetimi boyutlarının ortalamasından hesaplanmıştır. Performans boyutu ise serviste sunulan bakımın algılanan teknik kalitesi, hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanma derecesi, hemşireleri serviste tutabilme derecesi ve çalışan memnuniyeti göstergelerinin ortalamasından hesaplanmaktadır. Her bir etkileşim boyutunun, her bir performans göstergesi ile ilişkili olması muhtemeldir. Dolayısı ile elde edilen bu sonuç beklenebilir bir sonuçtur. Bu boyut ve göstergelerin birbirleri ile ilişkileri de aşağıda sunulmuştur. Boyutlar ara-

sındaki tüm ilişkiler sunuldukça bu sonucun beklenebilir bir sonuç olduğuna dair yorumlar daha da pekişecektir.

Doktor ve hemşire arasındaki etkileşim ile hastanenin performans göstergeleri arasındaki ilişki parametrik test koşulları sağlanamadığı için Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcılara Göre Hastanedeki Etkileşim Düzeyi ile Hastane Performans Göstergeleri Arasındaki İlişki

Boyut	HST	BATK	HYİAKD	MEM
Etkileşim	0,39 ^a	0,58 ^a	0,40 ^a	0,42 ^a

^ap < 0,01;

Analiz sonucuna göre, araştırmaya katılanların tamamı dikkate alındığında doktor-hemşire etkileşimi ile hastane performans göstergelerinden; HST (r = 0,39; p < 0,01), HYİAKD (r = 0,40; p < 0,01) ve Memnuniyet (r = 0,42; p < 0,01) arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Doktor-hemşire etkileşimi ile BATK arasındaki ilişki ise pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkidir (r = 0,58; p < 0,01).

Böylece araştırmanın “Doktor ve hemşireler arasındaki etkileşim düzeyi arttıkça, bakımın algılanan teknik kalitesi artar.” şeklindeki 2. hipotezi, “Doktor ve hemşireler arasındaki etkileşim düzeyi arttıkça, hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının algılanan karşılama derecesi artar.” şeklindeki 3. hipotezi, “Doktor ve hemşireler arasındaki etkileşim düzeyi arttıkça, hemşireleri serviste tutabilme derecesi artar” şeklindeki 4. hipotezi ve “Doktor ve hemşireler arasındaki etkileşim arttıkça, çalışanların memnuniyeti artar” şeklindeki 5. hipotezi kabul edilmiştir.

Meslektaşları ve servis doktorları ile iyi iletişimleri olan servisteki klinik şefi ve servis sorumlu hemşirelerinin yönetsel yaklaşımlarından ve servisin diğer servislerle ilişkilerinden memnun olan, yaşanan problem ve çatışmaların herkesi memnun edecek şekilde yönetildiği servislerde çalışan hemşirelerin, bu şartları taşımayan servislerde çalışan hemşirelere göre servislerine daha bağlı olabilecekleri ve çalıştıkları servisten ayrılmak istemeyebilecekleri düşünülebilir. Dolayısıyla HST ile etkileşim arasındaki ilişki beklenebilir bir ilişkidir.

Daha önce yapılmış araştırmalar da bu bulguyu destekler niteliktedir. Stone vd. (2006) yaptıkları araştırmada hemşirelerin işlerini yaptıkları yerde devam ettirme kararlılıklarının, servisteki etkileşim düzeyi ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer bir sonuç da Cardin (1995)'in yaptığı araştırmada elde edilmiştir. Cardin, servisteki liderlik, iletişim, problem çözme becerilerinin ortalamasından hesapladığı etkileşim skoru ile HST arasında pozitif yönde bir ilişki saptamıştır.

BATK, serviste sunulan hasta bakımının kalite düzeyini gösteren bir performans göstergesidir. Kaliteli bir bakımdan söz edebilmek için, hastanın bakımında yer alan tüm unsurların en iyi düzeyde bir araya getirilebilmiş olması beklenir. Servislerde hasta bakımında yer alan bu unsurların içerisinde, doktorların sunduğu tanı ve tedavi hizmetleri ve hemşirelerin sunduğu hemşirelik hizmetlerinin yanında diğer hastane birimlerinden gelen hizmetlerin tümü (örn: laboratuvarlar, diyet bölümü, sosyal servis, eczane) yer almaktadır. Tüm bu unsurlar ancak iyi iletişimle, etkin liderlerle, iyi bir koordinasyon yapısıyla ve ortaya çıktığında en iyi çatışma yönetimi yollarının uygulanması ile bir araya getirilebilir. Bu anlamda BATK'nin etkileşimle ilişkili olması muhtemel bir sonuçtur.

İyi etkileşim düzeyinin BATK'yı olumlu yönde etkilediğini ortaya koyan birçok çalışma da bu bulguyu pekiştirmektedir. Shortell vd. (1994), Cardin (1995) ve Rafferty vd. (2003) araştırmalarında etkileşimin BATK'yı etkilediğini bulmuşlardır.

Tıpkı hastaların bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında olduğu gibi hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmasında da servisteki etkileşim düzeyi önemli bir etken olabilir. Hasta yakınları, özellikle hastaların moral kaynakları olmaları ve bu moralin hastadan elde edilebilecek sonuçları etkileme ihtimali olmasından dolayı önemlidir. Hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için servis liderlerinin konuya yaklaşımları önemlidir. Aldığı kararlar ve yönettiği uygulamalarda, tüm koşullarla birlikte hasta yakınlarının ihtiyaçlarını da dikkate almak iyi bir liderlik becerisi gerektirir. Ayrıca kendi aralarında anlaşamayan, koordinasyon yapısı zayıf ve sürekli çatışmaların yaşandığı bir ortamda hasta yakınlarının ihtiyaçlarına gereken önem verilmeyebilir. Dolayısıyla servislerdeki etkileşim düzeyinin HYİKD ile ilişkili olması beklenebilir.

Yapılan başka araştırmalarda da HYİAKD'nin etkileşimle ilişkili olduğu görülmektedir. Temkin-Greener vd. (2004), Cardin (1995) ve Shortell vd. (1994) araştırmalarında hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanma derecesinin, servisteki etkileşim düzeyinden etkilendiğini bulmuşlardır.

Hizmet işletmelerinde sunulan hizmetin kalite ve performansı, hizmeti sunan kişilerin kalite ve performansları kadardır. Hastanın memnuniyeti için öncelikle sağlık çalışanının memnun olması gerektiği açıktır (Pakdil, 2007: 138). Çalışan memnuniyetinin ise servisteki iletişim düzeyinden, çalışanlarının düşünce ve kaygılarından haberdar olan ve bu kaygıları gidermek için elinden gelen her türlü çabayı gösteren servis liderlerinden, çatışma durumu olduğunda tüm çalışanların çözüm sürecine katılmaya çalıştığı çatışma yönetimi anlayışından etkileneceğini düşünmek yanlış olmayacaktır. Bu yönüyle çalışan memnuniyetinin servisteki etkileşim düzeyi ile ilişkili olması beklenebilir bir durumdur.

Birçok araştırmacı araştırmalarında bu bulguyu destekleyici sonuçlara ulaşmıştır. Ericson vd. (2000), Anderson (1996) ve Rafferty vd. (2001) araştırmaları sonucunda servisteki etkileşim düzeyinin çalışan memnuniyetini etkileyebileceğini gösteren sonuçlara ulaşmışlardır.

Etkileşimi oluşturan temel boyutlar ile ortalama performans skoru ve bu skoru oluşturan performans göstergeleri arasındaki ilişkiyi görebilmek için doktor ve hemşire anket verilerine (parametrik test koşulları sağlanamadığı için) Spearman Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 12 ve Tablo 13'te görülmektedir.

Tablo 12. Doktor Anketi Temel Boyutlar - Performans Alt Boyutları İlişkisi

Boyut	Performans	HST	BATK	HYİAKD	MEM
İletişim	0,60 ^a	0.47 ^a	0.55 ^a	0.16	0,25 ^b
Liderlik	0,59 ^a	0.39 ^a	0.59 ^a	0.27 ^b	0,33 ^a
Koordinasyon	0,45 ^a	0.17	0.50 ^a	0.26 ^b	0,28 ^b
Çatışma Yönetimi	0,28 ^a	0.18	0.41 ^a	0.14	0,13

^ap < 0,01; ^bp < 0,05

Tablo 12'deki verilere bakıldığında, doktor grubunun değerlendirmelerine göre servis performansı ile en çok servisteki iletişim düzeyinin ilişkili olduğu

görülmektedir. Doktor değerlendirmelerine göre performans ile iletişim arasında orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r = 0,60$, $p < 0,01$).

Doktorlara göre servisteki performans ile en çok ilişkili ikinci etkileşim boyutu, servisteki klinik şefi ve servis sorumlu hemşirelerinin liderlik becerileridir. Doktor değerlendirmelerine göre performans ile liderlik becerileri arasında orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r = 0,59$, $p < 0,01$).

Ayrıca doktor değerlendirmelerine göre performans ile koordinasyon ($r = 0,45$, $p < 0,01$), performans ile çatışma yönetimi ($r = 0,28$, $p < 0,01$) arasında da zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Doktorlara göre HST daha çok servisteki iletişim düzeyi ile ilgilidir. Analiz sonuçları hemşireleri serviste tutma ile iletişim arasında zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r = 0,47$, $p < 0,01$). HST’de 2. etken servis liderleridir. Liderlik ile hemşireleri serviste tutma arasındaki ilişki de zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r = 0,39$, $p < 0,01$).

Doktorlara göre BATK, servisteki iletişim, liderlik, koordinasyon ve çatışma yönetimi ile ilişkilidir. Bu ilişki iletişim ($r = 0,55$, $p < 0,01$), liderlik ($r = 0,59$, $p < 0,01$) ve koordinasyon ($r = 0,50$, $p < 0,01$) ile orta düzeyde; çatışma yönetimi ($r = 0,41$, $p < 0,01$) ile zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkidir.

Doktorlara göre HYİAKD, liderlik ($r = 0,27$, $p < 0,05$) ve koordinasyon ($r = 0,27$, $p < 0,05$) ile zayıf düzeyde ilişkilidir.

Doktorların memnuniyet düzeyleri ile en fazla ilişkili boyut liderlik boyutudur. Memnuniyet ile liderlik arasında zayıf düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($r = 0,33$, $p < 0,01$). Memnuniyet düzeyi ile en çok ilişkili ikinci boyutun ise koordinasyon olduğu görülmektedir. Memnuniyet ile koordinasyon arasındaki ilişki zayıf düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkidir ($r = 0,28$, $p < 0,05$). Doktor memnuniyeti ile iletişim arasındaki ilişki de çok zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkidir ($r = 0,25$, $p < 0,05$).

Tablo 13. Hemşire Anketi Temel Boyutlar - Performans Alt Boyutları İlişkisi

Boyut	Performans	HST	BATK	HYİAKD	MEM
İletişim	0,63 ^a	0.39 ^a	0.58 ^a	0.57 ^a	0.41 ^a
Liderlik	0,42 ^a	0.28 ^a	0.42 ^a	0.31 ^a	0.31 ^a
Koordinasyon	0,40 ^a	0.24 ^a	0.39 ^a	0.22 ^b	0.34 ^a
Çatışma Yönetimi	0,48 ^a	0.27 ^a	0.31 ^a	0.45 ^a	0.42 ^a

^a p < 0,01; ^b p < 0,05

Tablo 13'teki değerlere bakıldığında hemşire grubunun değerlendirmelerine göre, servis performansı ile en çok servisteki iletişim düzeyinin ilişkili olduğu görülmektedir. Hemşire grubunun değerlendirmelerine göre, performans ile iletişim arasında orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (r = 0,63, p < 0,01).

Ayrıca hemşire değerlendirmelerine göre performans–liderlik (r = 0,42, p < 0,01); performans-koordinasyon (r = 0,40, p < 0,01), performans-çatışma yönetimi (r = 0,48, p < 0,01) arasında zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Hemşirelere göre HST en çok servisteki iletişim düzeyi ile ilgilidir (r = 0,39, p < 0,01). HST'de 2. önemli boyut liderliktir. Liderlik ile hemşireleri serviste tutma arasında zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (r = 0,28, p < 0,01). Hemşireleri serviste tutma çatışma yönetimi ile zayıf düzeyde (r = 0,27, p < 0,01), koordinasyon ile ise çok zayıf ilişkilidir (r = 0,24, p < 0,01).

Hemşirelere göre BATK en çok iletişim ile ilgilidir. BATK ile iletişim arasında orta düzeyde (r = 0,58, p < 0,01); liderlik (r = 0,42, p < 0,01), koordinasyon (r = 0,39, p < 0,01) ve çatışma yönetimi (r = 0,31, p < 0,01) ile de zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Hemşirelere göre HYİAKD de en çok iletişim ile ilgilidir. HYİAKD iletişim ile orta düzeyde (r = 0,57, p < 0,01), liderlik (r = 0,31, p < 0,01) ve çatışma yönetimi (r = 0,45, p < 0,01) ile zayıf düzeyde, koordinasyon (r = 0,22, p < 0,05) ile de çok zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkilidir.

Hemşirelerin memnuniyeti ile en çok ilişkili boyutun çatışma yönetimi olduğu görülmektedir, bu ilişki zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkidir (r = 0,42, p < 0,01). Hemşire memnuniyeti ile en çok ilişkili ikinci boyutun

ise servisteki iletişim boyutu olduğu görülmektedir. Hemşire memnuniyeti ile iletişim arasında zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r = 0,41$, $p < 0,01$). Hemşire memnuniyeti ayrıca koordinasyon ($r = 0,34$, $p < 0,01$) ve liderlik ($r = 0,31$, $p < 0,01$) ile de zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkilidir.

Doktor ve hemşirelerin servis performanslarını değerlendirmeleri arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla parametrik test koşulları sağlanamadığından Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Araştırmaya Katılanların Performans Değerlendirmelerinin Meslek Grubuna Göre Dağılımı

Meslek	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma
Doktor	70	3,70	0,65
Hemşire	113	3,85	0,89

U = 2924, p = 0,13

Analiz sonucunda performans değerlendirmeleri açısından meslek grupları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (U = 2924, p > 0,05). Aynı şartlarda hizmet sunan iki meslek grubunun, servisin durumu ile ilgili değerlendirmelerinin aynı olması beklenen bir durumdur.

Anketin “Sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili sorunlar” bölümünde katılımcıların ifade ettikleri sorunlar Tablo 15 ’de gösterilmiştir.

Tablo 15. Sağlık Hizmetleri Sunumu İle İlgili Sorunlar

İfade Edilen Sorun	Çalışanlarca İfade Edilme Sıklığı					
	Doktor		Hemşire		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastanenin fiziksel koşullarının yetersizliği	21	26	36	41	57	34
Teknolojik alt yapı ve malzeme yetersizliği	19	23	19	21	38	22
Aşırı iş yükü	18	22	6	7	24	14
Personel yetersizliği	9	11	8	9	17	10
Çalışanlar ve hizmet birimleri arasındaki koordinasyonsuzluk	5	6	9	10	14	8
Hasta ve hasta yakınlarının bilinçsizliği	3	4	8	9	11	6
Çalışanların bilgi eksikliği	2	2	3	3	5	3
İdari sorunlar	5	6	-	-	5	3
TOPLAM	82	100	89	100	171	100

Çalışanlar en çok hastanenin fiziksel koşullarının yetersizliğini sağlık hizmetleri sunumunda sorun olarak görmektedirler. Anketin “Sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili sorunlar” bölümünde belirtilen sorunların %34’ünü fiziksel koşulların yetersizliğini belirten ifadeler oluşturmaktadır. Bu bölüme yazılan sorunların %22’sini teknolojik alt yapı ve malzeme yetersizliği, %14’ünü aşırı iş yükü, %10’unu personel yetersizliği, % 8’ini çalışanlar ve hizmet birimleri arasındaki koordinasyonsuzluk, %6’sını hasta ve hasta yakınlarının bilinçsizliği, %3’ünü çalışanların bilgi eksikliği ve diğer %3’ünü de idari sorunlar oluşturmaktadır.

SONUÇ

Hastaneler birçok meslek grubunun beraber çalıştığı ve temel amacı sağlık sorunlarıyla başvuran hastalara hizmet sunmak olan kurumlardır. Yatarak hizmet alan hastalara sunulan hizmette diğer meslek gruplarından çok doktor ve hemşireler ön plana çıkmaktadır. Hastaya sunulan hizmetin arzulan sonuçlara ulaşmasında doktor ve hemşirelerin iyi niyetle ve işbirliği içinde çalışmalarının çok büyük önemi vardır. Çünkü doktor ve hemşireler tarafından hastaya sunulan hizmet birbirini tamamlayıcı niteliktedir ve bir bütün olarak hastanın sağlık durumunu etkileyecektir. Tıpkı hastalarda olduğu gibi hasta yakınlarının da servislerdeki ilk muhatapları doktor ve hemşire grubudur. Hasta yakınlarının beklentilerine yeterli derecede karşılık verebilmek yine önemli oranda bu iki meslek grubunun çabasına bağlıdır. Hem hastaların hem de yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmasındaki rolleri ile sunulan hizmetin kalitesinin temel unsuru olan doktor ve hemşirelerin işbirliği içinde işlerini yapmalarını sağlayacak örgütsel ve yönetsel uygulamaların iyi planlanması gerekmektedir.

Araştırmanın yürütüldüğü hastanenin yatan hasta servislerinin performansı ile bu servislerdeki doktor-hemşire etkileşimi arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Doktor-hemşire etkileşimi; iletişim, liderlik, koordinasyon ve çatışma yönetimi skorlarının ortalamasından hesaplanmıştır. Dolayısıyla araştırmanın yürütüldüğü servislerdeki iletişim düzeyini yükseltmek için yöneticilerin sergileyeceği çabalar, servis liderlerinin (klinik şefi ve servis sorumlu hemşiresi) liderlik becerilerini geliştirmeye yönelik alacağı eğitimler, serviste uygulanacak etkin çatışma yönetimi stratejileri ve birimler arasında geliştirilen iyi koordinasyon mekanizmasının servis performansını artırabileceği söylenebilir.

KAYNAKLAR

- **Akgül, A., (2005).** Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri, SPSS Uygulamaları. Ankara: Emek Ofset.
- **Alpar, R., (2001).** Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- **Anderson, A., (1996, Jun).** Nurse-Physician Interaction and Job Satisfaction. *Nursing Management*, 6(27), 33-36.
- **Aydın, S., (2007).** Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Anlayışına Geçiş. H. Ateş, H. Kırılmaz, & S. Aydın içinde, Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- **Boyle, D. K., (2004, February).** Enhancing Collaborative Communication of Nurse and Phisician Leadership in Two Intensive Care Units. *Journal of Nursing Administration*, 34(2), 60-70.
- **Cardin, S., (1995).** Outcomes of Unit Effectiveness in Relation to the Leadership Role of Nurse Managers in Critical Care Nursing . Los Angeles, California, USA: University of California.
- **Curtright, J. W., Stolp, S., & Edell, S., (2000, Jan/Fab).** Strategic Performance Management Development of a Performance Measurement System at Mayo Clinic. *Journal of Health Care Management*, 58-68.
- **Dougherty, M. B.-L., (2005).** A review of instruments Measuring Nurse-Physician Collaboration. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 244-253.
- **Erickson, J. -F.-D.-H., (2000).** A Model for Multidisciplinary Evaluation of the Professional Practice Environment. *Acad Health Serv Res Health Policy Meet.*, 17.
- **Griffith, J., (1999).** The Well-Managed Healthcare Organization. Chicago, USA: İllinois AUPHA Press.
- **Kavuncubaşı, Ş., (2000).** Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

- **Kaya, S., & Şahin, İ., (2009).** Yoğun Bakım Ünitelerinin Etkililiği ile Yönetimsel ve Örgütsel Faktörler Arasındaki İlişki. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 12(1), 37-68.
- **Pakdil, F., (2007).** Sağlık Sektöründe Kurumsal Performans Yönetimi. H. Ateş, H. Kırılmaz, & S. Aydın içinde, Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti.
- **Rafferty A., M., Ball, J., & Aiken, L. H., (2001, December).** Are Teamwork and Professional Autonomy Compatible, and Do They Result in Improved Hospital Care?. Quality in Health Care, 10 (Suppl II), ii32-ii37.
- **Saluvan, M., & Kaya, S., (2010).** Hastanelerde Performans Ölçümü. Verimlilik Dergisi(4), 25-48.
- **Shortell, S. M., (1996a).** ICU Study Survey Scales & Component Questions. 10 11, 2006 tarihinde <http://shortellresearch.berkeley.edu/ICU/instruments/ShortSCALETXT-050321.doc> adresinden alındı.
- **Shortell, S. M., (1996b).** Computing Scales for the Nurse/Physician Questionnaire. 10 11, 2006 tarihinde <http://shortellresearch.berkeley.edu/ICU/instruments/COMPUTE1%20UCB.doc> adresinden alındı
- **Shortell, S. M., Rousseu, D. M., Gillies, R. R., Devers, K. J., & Simons, T. L., (1991).** Organizational Assesment in Intensive Care Units: Construct Development, Reliability and Validity of ICU Nurse-Physician Questionnaire. Medical Care, 32(5), 508-525.
- **Shortell, S. M., Zimmerman, J. E., Rousseu, D. M., Gillies, R. R., Wagner, D. P., Draper, E. A., et al., (1994).** The Performance of Intensive Care Units: Does Good Management Make a Difference? Medical Care, 32(5), 508-525.
- **Stone, P. W., Larson, E. L., Mooney-Kane, C., Smolowitz, J., Lin, S. X., & Dick, A. W., (2006).** Organizational Climate and Intensive Care Unit Nurses' Intention to Leave. Critical Care Medicine, 34(7), 1907-1912.
- **Temkin-Greener, H., Gross, D., Kunitz, S. J., & Mukamel, D., (2004).** Measuring Interdisciplinary Team Performans in a Long-Term Care Settings. Medical Care, 42(5), 472-481.