



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEKİM-HEMŞİRE ARASINDAKİ ÇATIŞMA NEDENLERİ

AYSUN MANİSALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. AYTOLAN YILDIRIM

İSTANBUL – 2013

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Yüksek Lisans programı Yüksek Lisans Öğrencisi Aysun MANİSALI tarafından hazırlanan “**Hekim-Hemşire Arasındaki Çatışma Nedenleri**” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 07.02.2013

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Aytolan YILDIRIM
: İstanbul Üni.F.N.Hem.Fak.(Danışman)

.....


Jüri Üyesi : Doç.Dr.Nefise BAHÇECİK
: Marmara Üni.Sağ.Bil.Hem.Böl.

.....


Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Gülbahar KESKİN
: İst.Üni.Bakırköy Sağlık Y.O.

.....


Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü V.

I) TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, en ufak sorunumda çekinmeden iletişime geçebildiğim ve engin bilgisi ile beni her konuda aydınlatan Tez Danışmanım Sayın Hocam Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a teşekkürü bir borç bilirim. Tez yazma safhasında uygulamış olduğum anketlerimi değerlendiren ve yorumlayan Erkan KALEM'e de teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde sonsuz katkısı olan anneme ve yüksek lisans eğitimim boyunca her türlü destek, sabır ve hoşgörü ile yanımda olan ve rahat bir çalışma ortamı sağlayan eşime ayrıca teşekkür etmek isterim.

Aysun MANİSALI

İÇİNDEKİLER

SAYFA

TEZİN BÖLÜMLERİ

I. Teşekkür	I
II. İçindekiler	II
III. Tablolar Listesi.....	III
1. ÖZET	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ ve AMAÇLAR	3

BÖLÜM 1

ÇATIŞMANIN NEDENLERİ VE ÇATIŞMA YÖNETİMİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR	5
1. ÇATIŞMANIN TANIMI, ÖNEMİ VE TÜRLERİ	5
1.1. Çatışmanın Tanımı	5
1.2. Çatışmaya İlişkin Yaklaşımlar	7
1.2.1. Geleneksel (Klasik) Yaklaşım	7
1.2.2. Davranışçı (Neo Klasik) Yaklaşım.....	8
1.2.3. Modern (Etkileşimci) Yaklaşım	8
1.3. Çatışma Süreci.....	9
1.3.1. Birinci Aşama: Potansiyel Zıtlasma ve Uyumsuzluk.....	9
1.3.2. İkinci Aşama: Kavrama (Algılama) ve Kişiselleştirme	9

1.3.3. Üçüncü Aşama: Çatışma Yönetimi	10
1.3.4. Dördüncü Aşama: Davranış.....	10
1.3.5. Beşinci Aşama: Sonuç Evresi	10
1.4. Çatışma Türleri.....	100
1.4.1. Psikolojik Çatışma ve Türleri	10
1.4.1.1. Engellenme.....	11
1.4.1.2. Gereksinme (Amaç) Çatışması	11
1.4.1.2.1. Yaklaşma-Yaklaşma Çatışması	11
1.4.1.2.2. Yaklaşma-Kaçınma Çatışması.....	11
1.4.1.2.3. Yaklaşma- Kaçınma Çatışması.....	12
1.4.1.3. Rol Çatışması ve Belirsizliği.....	12
1.4.2. Fonksiyonel ve Fonksiyonel Olmayan Çatışmalar.....	12
1.4.2.1. Bireyin Kendi İçindeki Çatışmalar	13
1.4.2.2. Bireyler Arası Çatışmalar	13
1.4.2.3. Bireyler ve Gruplar Arası Çatışmalar	13
1.4.2.4. Gruplar Arası Çatışmalar	14
1.4.2.5. Örgütler Arası Çatışmalar	14
1.4.3. Ortaya Çıkış Şekillerine Göre Çatışmalar.....	14
1.4.3.1. Gizli (Potansiyel) Çatışma	14
1.4.3.2. Algılanan Çatışma.....	14
1.4.3.3. Hissedilen Çatışma	15

1.4.3.4. Açık Çatışma	15
1.4.4. Dikey – Yatay ve Emir Komuta – Kurmay Çatışması	15
1.4.5. Kurumsal Çatışma	15
1.5. Örgütsel Çatışma Süreci.....	16
1.6. Genel Olarak Çatışma Nedenleri.....	16
1.6.1. İşler Arası Fonksiyonel Karşılıklı Bağlılık	16
1.6.2. Belirli Kaynakların Paylaşımı.....	17
1.6.3. Amaç Farklılıkları.....	17
1.6.4. Algılama Farklılıkları	18
1.6.5. Yönetim Alanı İle İlgili Belirsizlik.....	18
1.6.6. İletişim Noksanlıkları	18
1.6.7. Statü Farklılıkları	19
1.6.8. Yöneticilik Tarzları Arasındaki Farklılıklar.....	19
1.6.9. Kişilik Farklılıkları	19
1.6.10. Örgüt İçi Güç Mücadelesi	19
1.6.11. Örgütün Büyüklüğü.....	20
1.7. Çatışma Yönetiminde Tarafların Çıkarlarına Göre Başvurulan Stratejiler	20
1.7.1. Kayıp-Kayıp Stratejisi.....	20
1.7.2. Kazanç-Kayıp Stratejisi	20
1.7.3. Kazanç-Kazanç Stratejisi.....	21
1.8. Çatışmayı Çözme Teknikleri.....	21

1.8.1. Problem Çözme	21
1.8.2. Yumuşatma.....	21
1.8.3. Taviz Verme (Pazarlık)	22
1.8.4. Çatışmaya Taraf Olan Kişileri Değerlendirme	22
1.8.5. Kura Çekme.....	22
1.8.6. Çatışma Kaynağının Ortadan Kaldırılması	22
1.8.7. Politik Yaklaşımlar	22

BÖLÜM 2

HASTANELERDE ÇATIŞMA TÜRLERİ VE KAYNAKLARI	24
2.1. Hastanelerde Çatışma Türleri	24
2.1.1. Fonksiyonel ve Fonksiyonel Olmayan Çatışmalar.....	24
2.1.2. Ortaya Çıkış Şekillerine Göre Çatışmalar.....	24
2.1.3. Taraflar Açısından Çatışmalar	25
2.2. Hastanelerde Çatışmanın Kaynakları.....	27
2.2.1. İletişime İlişkin Nedenler.....	27
2.2.2. Anlam Güçlükleri.....	28
2.2.3. Algılama Farklılıkları	29
2.2.4.Amaç ve Rol Farklılıkları.....	29
2.2.5. Etkin Ekip Çalışmasının Uygulanması	30
2.2.6. Ortak Kaynak Kullanımı	30

2.3. Hastane İşletmelerinin İki Temel Meslek Grubu Olan Hekim ve Hemşireler Arasındaki İlişkiler	31
2.3.1. Hekim ve Hemşirenin Etkileşim Alanları.....	31
2.3.2. Hekim-Hemşire İlişkisini Etkileyen Faktörler	31
2.3.2.1. Toplumsal Faktörler	31
2.3.2.2. Eğitsel Faktörler.....	32
2.4. Hekim-Hemşire Arasında Yaşanan Sorunlar	32
2.4.1. İletişimden Kaynaklanan Sorunlar	32
2.4.2. Ödül Sisteminin Farklılığı.....	33
2.4.3. Matriks Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar.....	33
2.4.4. Denetim Biçimi	34
2.4.5. Kararlara Katılım	34
2.4.6. Eğitim Farklılığından Kaynaklanan Sorunlar	34
BÖLÜM 3	
GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
BULGULAR.....	45
TARTIŞMA	62
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
KAYNAKÇA	70
EKLER.....	77

III. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Araştırma Anketi Faktör Analizi Faktör Soru Dağılımı,

Tablo 2. Meslek Algısı Faktörü Güvenilirlik ve Madde Analizleri,

Tablo 3. Çalışma Koşulları Faktörü Güvenilirlik ve Madde Analizleri,

Tablo 4. İletişim Faktörü Güvenilirlik ve Madde Analizleri,

Tablo 5. Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları

Tablo 6. Mesleklere Göre Cinsiyet Dağılımı

Tablo 7. Mesleklere Göre Yaş Dağılımı (2 Grup Olarak)

Tablo 8. Mesleklere Göre Medeni Durum Dağılımı

Tablo 9. Mesleklere Göre Eğitim Durumu Dağılımı

Tablo 10. Mesleklere Göre Çalıştığı Bölüm Dağılımı

Tablo 11. Bulunduğu Bölümde Çalışma Süresi Dağılımı

Tablo 12. Hastanede Çalışma Süresi Dağılımı

Tablo 13. Ölçek Genel ve Alt boyut Ortalama Dağılımı

Tablo 14. Ölçek Genel ve Alt boyut Ortalamalarının Betimsel İstatistikleri

Tablo 15. Ölçek Genel ve Alt Boyut Ortalamalarının Mesleğe Göre Karşılaştırılması

Tablo 16. Tüm Örneklemde Cinsiyete Göre Anket Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları

Tablo 17. Tüm Örneklemde Yaşa Göre Anket Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları

Tablo 18. Tüm Örneklemde Medeni Duruma Göre Anket Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları

Tablo 19. Tüm Örneklemde Eğitim Durumuna Göre Anket Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları

Tablo 20. HHÇÖ' de Eğitim Durumuna Göre Anket Alt Boyut Dağılımları

Tablo 21. Hemşirelerde Eğitim Durumuna Göre Anket Alt Boyut Dağılımları

Tablo22. Hekimlerde Eğitim Durumuna Göre Anket Alt Boyut Dağılımları.

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

HEKİM-HEMŞİRE ARASINDAKİ ÇATIŞMA NEDENLERİ

Aysun MANİSALI

Haliç Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Bu araştırma İstanbul ilinden Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde, hekim ve hemşire arasındaki çatışma nedenlerini belirlemeye ilişkin bir ölçek geliştirmek ve uygulamak amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırmanın evreni, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan tüm hekim ve hemşireler oluşturmuş (N=760), örneklem seçimine gidilmeden evrenin tümüne ulaşması hedeflenmiştir. Araştırmacı tarafından literatür ışığında hazırlanan anket formlarına yanıt veren toplam 490 kişi örnekleme oluşturmaktadır.

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini içeren 9 soruluk Bilgi Formu ile geçerlik güvenirlik çalışması yapılan 40 soruluk Hekim Hemşire Çatışma Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma üç aşamada gerçekleştirildi. İlk aşamada ölçek geliştirme adımlarına göre ölçeğin, faktör analizi, güvenirlik analizi ve madde analizleri ile ölçeğin üç boyuttan oluşan geçerlik güvenirliği sınıandı, ikinci aşamada ölçeğin uygulanması sonucu elde edilen verilerin betimsel analizleri yapıldı ve genel ve alt boyut ortalama değerler demografik özelliklerle karşılaştırılarak, aralarında istatistiksel açıdan farkların bulunup bulunmadığı test edildi.

Araştırma sonucunda, hastanelerde hekim hemşire çatışma nedenlerini belirlemeye ilişkin geliştirilen ölçeğin geçerli güvenilir olduğu, hemşirelerin çatışma nedenlerini daha çok meslek algısı, çalışma koşullarındaki sorunlara, hekimlerin ise çalışma koşulları ile iletişimden kaynaklanan sorunlara bağladıkları saptandı(P<0.01).

Anahtar Sözcükler: Hastane, hekim, hemşire, çatışma, ölçek geliştirme.

2. SUMMARY

The Thesis of Master's Program The Reasons of Conflicts Between Doctors and Nurses

Aysun Manisalı

**Halic University
Institute of Social Sciences**

This study was done to define the reason of conflicts between doctor and nurse and build up a scale in a training and study hospital in Istanbul that is related to Health Ministry.

The study's universe consists of the doctors and nurses who work in the training and study hospital. The method of sampling was not used to reach all universe, 490 people make the universe in total by answering questionnaires which was prepared by researcher in the light of study.

The study's analysis was done in three stages. In the first stage factor analysis, reliability analysis and article analysis was done. In the second stage the average worth and the comparement of demographic features of every sub measurement of questionnaire was done. In the third stage it was examined whether there are differences between specific socio-demographic variable sub-groups in lower points and total points by using t-test and single variance analysis (ANOVA).

Finally it was appeared that nurses conflict with doctors on problems sourced by profession perception, working conditions and communication. It was stated that nurses usually have conflicts with doctors on profession perception and working conditions. But it was stated that doctors commonly have conflicts with nurses on lack of communication.

Key Words: Hospital, Doctor, nurse, conflict, building up scale.

3. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Sosyal bir varlık olan insan, yaşamı boyunca topluluk içinde yaşamaktadır. İnsanlar toplum içinde yaşadıkları sürece ilişki içinde olacaklar, birbirlerinin varlıklarından etkileneceklerdir. İçinde insanların karşılıklı etkileşimde bulunduğu herhangi bir organizasyonda potansiyel çatışma ortamı vardır.

Bireyler arası uyumsuzlukları, anlaşmazlıkları ya da zıtlıkları ifade eden çatışma olgusu, işletmeleri en çok meşgul eden, zaman ve enerji kaybına neden olan bir durumdur.

Çatışma organizasyonlar için vazgeçilmeyen, tümüyle ortadan kaldırılamayan bir olgudur. Bunun yanında organizasyonların etkin işleyebilmesi için belirli düzeyde çatışmanın da olması gerekmektedir. bu sebeple çatışmanın optimum düzeyde örgütte bulunması ve örgütün lehine dönüştürülmesi gerekir.

Hastane örgütlerinde çatışmalar; diğer örgütlerden farklılık gösterir. Çünkü hastaneler, pek çok uzmanlık branşının bir arada çalışma zorunda olduğu, örgüt yapısı itibarı ile de bir astın birçok üstten emir alması gibi nedenlerden dolayı karmaşık bir örgüt yapısına sahiptir.

Hastanelerin karmaşık organizasyonlar olması; karmaşık ilişki ve yapı seti çatışmaların çeşitli boyutlarda ve biçimlerde doğmasına neden olmakla birlikte grup veya birimlerin birbirine geçmez hali, söz konusu çatışmaların açık biçimde ölçümünü güçleştirir.

Hastanelerde yaşanan örgütsel çatışma, hastane hizmetlerinin yürütülmesi esnasında bir takım sorunlara neden olabilmektedir. Hastane örgütleri örgütsel yapılarından dolayı çeşitli faaliyetleri bir arada ve birbirine bağımlı olarak yürütmek zorunda olan organizasyonların başında gelmektedir. Bu nedenle hastane örgütlerinde iki temel meslek grubu olan hekim ve hemşireler arasındaki çatışmaların çözümü için önemlidir. Bunun için bu çalışmada temel amaç hastanelerde hekim ve hemşire arasında yaşanan çatışmaların nedenlerini incelemektir.

Hastane organizasyonlarının en önemli iki meslek grubu hekim ve hemşire ilişkilerinin pozitif olması durumunda; işbirliği içinde çalışıldığını, çatışmaların hasta yararına olacak şekilde çözümlendiğini, hasta bakımını etkin ve rahat sürdürüldüğünü gözlemek mümkündür. Aksine hemşire- hekim ilişkisinin zayıf olması durumunda çatışmaların etkin bir şekilde çözümlenemediğini hasta bakımı konusunda önemli sorunların ortaya çıkma ihtimali yüksektir.

Araştırma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde genel olarak çatışma ile ilgili kavramsal çerçeve oluşturulmuştur. Öncelikle çatışma kavramı değerlendirilmiş, daha sonra çatışmanın kaynakları ve çözüm yöntemlerine değinilmiştir.

İkinci bölümde hastanede çatışma nedenleri, türleri ve çatışma kaynakları ile, hekim- hemşire arasındaki çatışma nedenlerinden bahsedilmiştir.

Üçüncü bölümde ise İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşireler arasındaki çatışma nedenleri saptanarak, hekim-hemşire çatışma ölçeği geliştirilmeye çalışılmıştır.

BÖLÜM 1

ÇATIŞMANIN NEDENLERİ VE ÇATIŞMA YÖNETİMİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1. Çatışmanın Tanımı, Önemi ve Türleri

1.1. Çatışmanın Tanımı

Çatışmanın tek bir tanımını yapmak zordur. Çünkü çatışma sadece yönetimin değil, ekonomi, sosyoloji, antropoloji, psikoloji ve siyasal bilimlerde çatışmayı kendi açılarından incelemektedir (Uysal Ş. , 1998).

Türk Dil Kurumu'na göre; silahlı büyük kavga, arbede anlamına gelmektedir. Bir başka tanıma göre ise, hedef, çıkar, algı ve değerlerin uyumsuzluğundan doğan iki veya daha çok taraf arasındaki anlaşmazlıktır.

Çatışma kişi ya da grubun bir başka kişi ya da grubun amaç ve çıkarlarına ulaşmasını engellemek için kasten yapılan davranıştır (V. Yiğit, 1999).

Uyuşmazlık ve tutarsızlıklar tarafların kıt bir kaynağı paylaşımı, ortak bir eylem veya etkinlikte farklı şeyler yapmak istemeleri, farklı değerlere, tutumlara ve inançlara sahip olmalarından kaynaklanabilir.

Daha ayrıntılı bir tanım yaparsak, çatışmayı birbirine zıt aktiviteler meydana gelmesi olarak ifade edebiliriz. Uyuşmaz bir aktive diğer bir aktiviteyi tıkar engeller ya da bazı yönleriyle onu daha az etkili yapabilir.

Çatışma çok değişik ortam ve düzeylerde ortaya çıkabilir. Genel anlamıyla “ bir seçeneği tercih etmede bireyin ya da bir grubun güçlkle karşılaşması ve bunun sonucu olarak karar verme mekanizmalarında bozulma” olarak tanımlanabilir.

Diğer bir tanıma göre ise, bir örgütte çatışma, bireyler ve grupların birlikte çalışma sorunlarından kaynaklanan ve normal faaliyetlerin durmasına veya karışmasına neden olan olaydır.

Rahim, çatışma kavramını kişi, grup, örgüt vb. sosyal varlıklar arasında anlaşmazlık, farklılık ve uyuşmazlık biçiminde ortaya çıkan bir etkileşim süreci olarak tanımlanmıştır.

Çatışmanın net bir tanımını yapmak istersek, kişi ya da grubun başka bir kişi ya da grubun hedeflerine ulaşmasını engellemek üzere kasten yapılan planlı bir davranıştır. Başka bir ifadeyle örgüt içinde bir çalışanın çabalarının bir başka çalışan tarafından amaçlı ve planlı olarak engelleme girişimidir (Atiker, 2004).

Çatışmanın olumlu ya da olumsuz olması, çatışmanın nasıl yönetildiği ile ilgilidir. Bu hususta da en büyük pay yöneticilere düşmektedir. Bir organizasyonda çatışmanın varlığı, o organizasyonun değiştiğinin ve geliştiğinin göstergesi olarak kabul edilebilir. Önemli olan çatışmanın, organizasyonun geleceğine hizmet edecek şekilde yönetilmesidir (Dursun, 2008).

Örgütlerde çatışma kavramıyla anlatılmak istenen, birden fazla bireyin taraf olduğu anlaşmazlık, uyuşmazlık gibi durumlardır. Gerek bireylerin, gerekse örgütün sorun yaşamamasına neden olan örgütsel çatışmalar iyi yönetilmediği takdirde örgütsel faaliyetlerin etkinliğini sağlamada ve verimliliği arttırmada büyük engel olmaktadır (Şamdan, 2008).

Sağlık sektörüne olan taleplerin her geçen gün artması nedeniyle, hastanelerin verimli ve etkili şekilde kullanılmasını etkileyen öğelerin analizi de önem kazanmaya başlamıştır. Bu öğelerden en önemlisi de örgütsel çatışmadır. Hastaneler en karmaşık örgütler arasında yer aldıklarından, büyük bir çatışma potansiyeline sahiptirler (Akca & Erigüç, 2006).

Hastanelerde de çeşitli düzeylerde çatışma yaşanmaktadır. Bu çatışmaların bir kısmı hastanenin etkinliğini arttırması bakımından yapıcı olurken bir kısmı da hastanenin işleyişini olumsuz etkilediği için yıkıcı olarak değerlendirilmektedir. Çatışmaları hastanenin amaçlarına hizmet edecek şekilde yönetmek için hastane yöneticilerinin öncelikle, kurumlarda yaşanan çatışma nedenlerini bilmesi gerekmektedir (M.Aktaş, 2002).

Kompleks bir yapıya sahip olan hastanelerde çatışmaların sebepleri de çok değişiktir. Bazen bir çatışmanın arkasında birçok sebep yatabilmektedir. Çatışmalara

neden olan faktörleri bilmek ve çözüm üretmek en önemli aşamalardır. Gerçekte var olan bir çatışmanın teşhis edilebilmesi, azaltılabilmesi için çatışmayı güçlendiren temel faktörlerin tanımlanmış olması gerekmektedir (Akca & Erigüç, 2006).

1.2. Çatışmaya İlişkin Yaklaşımlar

Çatışma olgu bilimin gelişimi doğrultusunda her dönem de farklı yaklaşımlar öne sürülmüştür. Bunun sebebi ise çatışmaya ilişkin yaklaşımların zamanla değişikliğe uğramasıdır. Bu yaklaşımlar da çatışmanın zamanla örgütsel ve yönetsel açıdan nasıl algılandığı, değerlendirildiği ve nasıl kabul edildiğini ortaya koymaktadır (Demir, 2004).

1.2.1. Geleneksel (Klasik) Yaklaşım

Geleneksel Yaklaşım, 1940' lara kadar süren örgüt yönetimini temsil eden bir görüştür. Bu yaklaşıma göre çatışma, yıkıcı ve her ne pahasına olursa olsun kaçınılması gereken bir durum olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşımın öncüleri; Frederick Winslow Taylor, Henry Fayol ve Max Weber'dir. Bu yaklaşımın, çatışmanın yaratıcı ve verimliliği arttırıcı yönü dikkate alınmamıştır. Görevlerin, yöntemlerin, kuralların ve yetki ilişkilerinin açık olarak tanımlanmasını ve rasyonel bir örgüt yapısının geliştirilmesi üzerinde durur (Karahana, 2007).

Bu görüşün temsilcileri, örgütlerde ortaya çıkan belirtileri, var olan bir rahatsızlığın işareti olarak kabul etmiştir. Geleneksel yaklaşım, bir örgütte çatışmanın ortaya çıkmasını yöneticilerin başarısızlıklarına ya da yönetimle çalışanları ortak çıkarlar etrafında bütünleştirmemelerine bağlamaktadır. Başarısızlıkların üstesinden gelinebildiği takdirde, örgüt içinde uyumlu bir ilişki görülebilir ve işlevler eksiksiz yerine getirilir (Sungur, 2008).

Geleneksel yaklaşıma göre çatışma işletmeye zarar veren bir durumdur ve bu yönüyle de bir maliyet faktörüdür. Çatışma, stres ve sıkıntı yaratır. Bu durum altında alınan kararlar veya gerçekleştirilen davranışlar bireylerde iş tatminsizliği yaratarak, üretimi veya üretime katkıyı azaltacaktır (Aşçıoğlu, İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, 2007) .

Örgüt yapısının kurallar, prosedürler ve komuta zinciri gibi yapılarla belirlendiği için çalışanların çatışma çıkartabilecekleri olasılık dışı olarak kabul edilmiştir. Çünkü

geleneksel yaklaşım, çatışmanın olmadığı ve bunun sonucu olarak da uyum ve işbirliğindeki artışın örgütün etkinliğini arttırabilmek için gerekli olduğu üzerinde durmuştur. Kısacası, geleneksel yaklaşım da tüm çatışmaların zararlılığı ve çatışmalardan kaçınılması gerektiği yönündedir (Şahin, 2007).

1.2.2. Davranışçı (Neo Klasik) Yaklaşım

Davranışsal Teori adı altında toplanan ve insan davranışlarının çeşitli yönlerini inceleyen bu yaklaşımın en önemli özelliği insan unsurunu incelemesidir. Bu yaklaşımın öne sürdüğü yeni kavramlar ve tekniklerin hemen hepsi, birey olarak veya grup halinde, insanların nasıl davrandığı ve neden o şekilde davrandığı, davranışlarının yönlendirilmesi, insanların birbirleri ile ilişkilerinde yaşanan sorunlar gibi konularla ilgili olduğu için bu yaklaşım Klasik Yaklaşımın tamamlayıcısı olarak görülmüştür (Koçel, 2010).

Davranışsal görüşün öncülerinden Hugo Munsterberg, organizasyona dışarıdan gelen faktörlerin etkisini açıklamaya çalışmıştır. Elton Mayo da yorgunluk ve monotonluk üzerinde durmuştur. Davranışçı yaklaşımın başlangıcı, 1924-1932 yılları arasında yapılan Hawthorne deneyleri olarak bilinir. Yapılan bu deneylere göre ışıklandırma, ısıtma gibi fiziksel iyileştirmelerin dereceleri yükseldikçe verimliliğin de artacağını savunmuşlardır. Hawthorne deneyleri ile yapılan araştırmalarda çatışmanın bireylerde iletişim kopukluğu, yöneticilerin çalışanların ihtiyaçlarına karşı duyarsızlık, çalışanlarda güvensizlik gibi sonuçlar ortaya çıkarttığı görülmüştür (Karahan, 2007).

Davranışçı yaklaşımda çatışmaların, genel, bireyler ve gruplar arası farklılıklardan doğduğunu, çatışmanın yok edilmesinin bu farklılıkların ortadan kaldırılmasıyla mümkün olacağını öne sürerek; bunun imkânsız olduğunu, bireyler ve gruplar arasındaki çatışmaların benimsenip desteklenmesi gerektiğini savunmuşlardır (Karahan, 2007).

1.2.3. Modern (Etkileşimci) Yaklaşım

Geleneksel ve davranışsal yaklaşımlarda, işletmelerde olumsuzluklara yol açtığı düşünülen çatışma kavramı, modern yaklaşımda işletmenin performansı ve verimliliği için mutlaka bulunması gereken ve iyi yönetilmesi durumunda yarar sağlayan bir olgu

olarak kabul edilmiştir (Aşçıoğlu, İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, 2007).

Modern yönetim bilimcileri, çatışmayı fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan çatışma olmak üzere iki grupta inceler. Fonksiyonel çatışma örgütün iş başarısına katkı sağlayan ve örgütün başarısını artıran bir çatışma türüdür. Fonksiyonel olmayan çatışma türü ise fonksiyonel çatışmanın tam tersi olup örgüte zarar veren ve amaçların gerçekleştirilmesini engelleyen çatışmadır (Aslan, 2003).

Modern yaklaşımda, çatışma ve örgütsel etkinlik açısından her zaman olumsuz bir anlam taşımayacağı görüşü hakimdir. Örgütte belirli bir noktaya kadar verimlilik açısından olumlu etkiye sahipken, belirli bir noktadan sonra verimliliği azaltmakta ve bu durum örgüt açısından tehlike oluşturmaktadır (Karahana, 2007).

1.3. Çatışma Süreci

Çatışma sürecinin; potansiyel zıtlama ve uyumsuzluk, kavrama(algılama) ve kişiselleştirme, yönetim tarzı, davranış ve sonuç evresi olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır (Robbins, 1990).

1.3.1. Birinci Aşama: Potansiyel Zıtlama ve Uyumsuzluk

Çatışma sürecinde ilk basamak çatışmaya ortaya çıkartacak şartların meydana gelmesidir. Ortaya çıkan şartlar her zaman çatışmayla sonuçlanmak zorunda değildir, ancak çatışma çıkacaksa en az birisinin ortaya çıkmış olması gerekir. Bu şartlar; iletişim, yapı ve kişisel değişkenleri kapsamaktadır (Robbins, 1990).

1.3.2. İkinci Aşama: Kavrama (Algılama) ve Kişiselleştirme

Çatışma sürecinin algılandığı ve hissedildiği aşamadır. Bu basamak, çatışmanın taraflarca netleştiği ve duyguların algıları şekillendirdiği bir süre olması nedeniyle önemli bir rol üstlenmektedir. Birinci aşamadaki durumlar, taraflardan birisinin ilgilendiği ve önem verdiği bir şeyi olumsuz yönde etkilerse zıtlama ve uyumsuzluk potansiyeli bu aşamada gerçekleşmiş olur (Robbins S. , 1993).

1.3.3. Üçüncü Aşama: Çatışma Yönetimi

Bireylerin niyet ve amaçları; onların algıları, duyguları ve gözlenen davranışlardan anlaşılabilir. Niyet ve amaçlar, çatışan tarafların çatışmanın genel noktalarını bilmelerini sağlar. Niyetler, çatışmanın gidişatıyla, duygusal bir tepkimeyle değişebilir. Bazı insanlar çatışmayla karşı karşıya geldiğinde her ne pahasına kazanmak ister, bazıları kaçmak, bazıları hükmetmek, bazıları ise farklılıkları paylaşmak ister. Kısacası, bu aşamada çatışma yönetiminde izlenecek stratejiler belirginleşir (Robbins S. , 1993).

1.3.4. Dördüncü Aşama: Davranış

Bu aşamada, taraflar açıkça davranışta bulunup, karşı tarafın amaçlarına ulaşmasını açık ve bilinçli bir biçimde engellemeye çalışırlar. Bu noktada açık çatışma söz konusudur. Açık çatışma; gizli, saldırgan, şiddet içeren ve kontrol edilemeyen anlaşmazlıklara kadar çok geniş bir davranış yelpazesini kapsar (Aşçıoğlu, İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, 2007).

1.3.5. Beşinci Aşama: Sonuç Evresi

Sonuç aşamasında çatışan taraflar arasındaki etki ve tepkiler, grupların performanslarında artışa neden olan işlevsel ya da grup performansına zarar veren ve performansı azaltıcı etki gösteren işlevsel olmayan sonuçlara neden olmaktadır (Robbins S. , 1993).

1.4. Çatışma Türleri

Örgütlerde meydana gelen çatışmaları çok farklı şekillerde sınıflandırmak mümkündür.

1.4.1. Psikolojik Çatışma ve Türleri

Psikolojik çatışma, kişinin kendisinden ne beklediğinden emin olmadığı veya kendisinden farklı ve çelişkili davranış ve kararlar beklediği veya kendisinden yapabileceğinden fazlasının beklediği durumlarda ortaya çıkan ve kişiyi rahatsızlığa, kırgınlığa ve strese sevk eden çatışma türüdür (Başak, 2010).

Psikolojik çatışma engellenme, gereksinme çatışması ve rol çatışması ve belirsizliği olarak üçe ayrılır.

1.4.1.1. Engellenme

Engellenme, insan güdülerinin ve gereksinmelerinin karşılanmasının durdurulması, yavaşlatılması ya da beklediği düzeyden aşağıda kalmasıdır. İki kaynağı vardır. Birinci kaynak işgörenin kendisidir. İşgören olumsuz duyguları, düşük ya da yüksek düzeyde güdülenmesi, bazı güdü ve gereksinimin yetersizliği gibi durumlarla engeller. İkinci kaynak ise, örgüt içi ve toplumsal çevresidir. İşgörenin örgüt için beklentileri ya karşılanmaz ya da eksik karşılanır. Örgütsel çevrenin sorunları, işgörenin gereksinmelerinin gerçekleşmesini engeller (Başak, 2010).

1.4.1.2. Gereksinme (Amaç) Çatışması

Kişi ya da gruplar amaç konusunda bazen kendi bazen kendileri ile örgüt arasında uyumsuzluklar meydana gelebilir. Amaç çatışmaları azaltılabildiği ve işletme amaçlarıyla uyum sağlanabildiği sürece, örgütün performansı ve etkinliği artar (Aşçıoğlu, İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, 2007).

Amaç çatışmaları; yaklaşma-yaklaşma çatışması, yaklaşma-kaçınma çatışması, kaçınma-kaçınma çatışması olarak üçe ayrılır.

1.4.1.2.1. Yaklaşma-Yaklaşma Çatışması

Aynı anda ulaşılması mümkün olmayan iki olumlu amaçtan birini seçme konusunda kişinin karar vermede zorlandığı durumda yaşanan çatışma türüdür (Aşçıoğlu, İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, 2007).

1.4.1.2.2. Yaklaşma-Kaçınma Çatışması

Birey, gerçekleştirmek istediği iki amaçtan, hangisinin kendisi için daha yararlı olacağını bilemediği durumda kendisi ile çatışmaya girer. Örneğin çalışan bir kadın hem çalışarak iş hayatında kariyer yapmak istemekte, hem de küçük bir çocuğu olduğu için onun bedensel ve kişisel gelişimine destek olmak istemektedir. İki amacından birini seçmek durumunda olan birey bu çatışma türüne örnek gösterilebilir (Düşükcan, 2003).

1.4.1.2.3. Yaklaşma- Kaçınma Çatışması

Bazen amaçlar, hem istenilen özelliklere hem de istenilmeyen özelliklere sahip olabilir. Kişi bu durumda, hem o amaca yaklaşmak hem de o amaçtan kaçmak istemektedir (Başak, 2010).

1.4.1.3. Rol Çatışması ve Belirsizliği

Rol; insanların bir kişi ya da gruptan bekledikleri çeşitli davranışları ifade etmektedir. Birey özel yaşamında ve iş yaşamında kendisine yüklenen rolün gereği olan beklentileri yerine getirmekle görevlidir. Evinde ise bir eş, İşindeyse bir memur vb. olabilir. Rol, bireyin sosyal bir sistem içerisinde statüsünü ve buna eşlik eden haklar, yükümlülükler ve sorumlulukları yansıtmaktadır (Yörükoğlu, 2008).

Rol çatışması ise, bireysel anlamda çatışma, birbirleriyle uyuşmayan iki veya daha fazla güdü aynı anda bireyi etkilediği anlarda ortaya çıkar; güdülerin türüne, şiddetine, içinde bulunulan ortama göre değişiklik gösterir (Cüceloğlu, 1992).

Rol belirsizliği, çalışanın iş yerinde kendisine verilen görevden istenen performansı ortaya koyabilmesi için gerekli bilgiden yoksun olduğunda ortaya çıkar. Rol belirsizliği belirli bir görevde kişinin yapması gereken görevlere ilişkin bilginin yeterli olmama durumudur. İşgören karar verme yetisine sahip değilse, rol belirsizliği yaşayabilir (Yörükoğlu, 2008).

Örgüt içerisinde görülebilecek rol çatışması, örgütsel etkinliği azaltacak faktörlerin başında gelir. Rol çatışmalarını yok etmek için kuralları belirgin hale getirmek ve kontrol sistemi oluşturmak gerekmektedir. Kişilere işleriyle ilgili uygun roller verilmelidir (Başak, 2010).

1.4.2. Fonksiyonel ve Fonksiyonel Olmayan Çatışmalar

Fonksiyonel olan çatışmalar, organizasyonun amaçlarını gerçekleştirmesine katkıda bulunan çatışmalardır. Bu tür çatışmalar örgütün çeşitli kısımlarındaki sorunlara işaret edebilir. Dolayısıyla bu sorunların yöneticilerin dikkatinin çekilmesini sağlar. Ayrıca organizasyona canlılık kazandıracak yeniliklerin de gerçekleşmesini kolaylaştırır (Koçel, İşletme Yöneticiliği, 2010).

Fonksiyonel olmayan çatışma ise, işletmeyi amaçlarına ulaştırmaktan saptıran, amaçları gerçekleştirilmede katkıda bulunmayan çatışmalardır. Örgütsel çatışmanın fonksiyonel olmayan yönleri fonksiyonel yönlerine oranla daha çok bilinmektedir (Karahana, 2007).

Bir çatışmanın fonksiyonel olabilmesi için örgütün bazı özelliklere sahip olması beklenir. Bu özellikler şunlardır:

- ◆ Yönetici ve çalışanlar arasında ortak değerleri sistemi bulunmalıdır.
- ◆ Örgütteki çatışmanın olumlu şekilde çözümlenmesi için gerekli olan bilgi birikimi oluşmalıdır.
- ◆ Değişik görüşlere ve bakış açılara saygı göstermeli ve çatışan tarafların birbirlerini geliştirmelerine yardımcı olacak yapının oluşması sağlanmalıdır.
- ◆ Örgütteki yenileşme ve gelişme sürekli olarak teşvik edilmelidir (Özdemir G. , 2004).

1.4.2.1. Bireyin Kendi İçindeki Çatışmalar

Örgüt üyelerinden uzmanlıkları, deneyimler, ilgileri, amaçları ve değerleri ile uyumsuz görevlerde bulunmaları istenildiği zaman ortaya çıkmaktadır. Kişinin, kendi içinde çelişen ve birbirine zıt roller üstlenmesi ve bu roller arasında seçim yapmak durumunda kalması o bireylerde kişi içi çatışmalara neden olabilmektedir (Şahin, 2007).

1.4.2.2. Bireyler Arası Çatışmalar

Kişiler arası çatışmalar iki kişinin birbirleriyle çeşitli fikir, duygu ve görüş ayrılıklarına düşmeleridir (T. Kuhn, 2000). Örgüt içinde en fazla rastlanılan bireyler arası çatışma türleri ast-üst çatışmaları ile kurmay-komuta yöneticileri arasındaki çatışmalardır. Aynı şekilde örgüt içinde bireysel farklılıklardan dolayı da çatışmalar yaşanabilmektedir (Öztay, 2008).

1.4.2.3. Bireyler ve Gruplar Arası Çatışmalar

Grupların bireyleri grup normlarını ve standartlarını kabule zorlaması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Grup normlarını, standartlarını, amaçlarını ve bu amaçlara ulaşma yöntemlerini benimsemeyen bireyler grup ile çatışmaya girmektedir (Lee, 2001). Uygun

davranışı göstermeyen kişi ilk önce grubun tepkisini çeker. Daha sonra uyum sağlamaması durumunda ise grubun dışlanması ile karşılaşır (Uçar, 2007).

1.4.2.4. Gruplar Arası Çatışmalar

Çatışmanın grup içerisindeki yaratıcılığı arttırmadaki rolü hiçbir zaman ihmal edilmemelidir. Yeni ve ilginç fikirlerin oluşturulmasının bir koşulu, grup üyeleri arasında kabul edilir sınırlar içinde fikir ayrılıklarının bulunmasıdır. Bu yüzden işletmelerde grup ilişkileri ve bu ilişkilerin verimli işleyişi çatışmanın kaynağı olarak görülmeli, çatışmanın varlığı da yadırganmamalıdır (Çolak, 2007).

1.4.2.5. Örgütler Arası Çatışmalar

Aynı piyasada faaliyetlerini sürdüren örgütlerin birbirleriyle yarış ve rekabet içerisinde olmasından kaynaklanmaktadır. Bazen de örgütler ve bu örgütlerin ilişki de bulunduğu birlikler arasında sorunlar yaşanmakta, bu sorunlar ise çatışmaya dönüşebilmektedir (Şamdan, Örgütsel Çatışma ve Çözümleme Yöntemleri: Bir Araştırma, 2008).

1.4.3. Ortaya Çıkış Şekillerine Göre Çatışmalar

1.4.3.1. Gizli (Potansiyel) Çatışma

Organizasyon içinde, henüz var olmayan ancak çatışmaya neden olabilecek durumların olması durumunda potansiyel çatışmadan söz edilir.

Organizasyondaki kıt kaynaklar için rekabet, fonksiyonel bağlılık gruplar arasındaki amaçlardaki ve algılamadaki farklılık potansiyel çatışma için ortam yaratır (Çağlayan, 2006).

1.4.3.2. Algılanan Çatışma

Tarafların birbirlerinin pozisyonlarını yanlış algılamaları, bireylerin dolaylı bir şekilde karşılıklı tehditleri, baskı ya da suçlama altında tutma politikalarıyla sindirmeye çalışma girişimleri algılanan çatışma koşullarındandır (Tanrıverdi, 2008).

1.4.3.3. Hissedilen Çatışma

Çatışma halindeki tarafların olaylar konusundaki hislerini ifade eder. Örneğin taraflar kızgın, endişeli olabilir (Dursun, 2008).

1.4.3.4. Açık Çatışma

Çatışma halindeki tarafların fiilen gösterdiği davranışa işaret etmektedir. Örneğin açık çatışma, karşılıklı tartışma, birbirine ağır dil ve sözler kullanma, belirli bilgi ve verileri karşı tarafa iletmeme, hatta fiziksel kuvvet kullanma şeklinde ortaya çıkmaktadır (Özdemir, <http://mahmutozdemir.8m.com/seminer41.html>).

1.4.4. Dikey – Yatay ve Emir Komuta – Kurmay Çatışması

Genellikle ast-üst çatışması olarak bilinen dikey çatışma, üstlerin astlarını kontrol etmeye çalışması ve astların da bu duruma karşı gelmesi ile ortaya çıkan durumdur. Astlar bu kontrolü kendileri için bir engel olarak gördükleri için bu durumu kendi kişisel özgürlüklerine bir saldırı olarak algılayarak, üstleriyle çatışma içine girebilirler (Aşçıoğlu, İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, 2007).

Yatay çatışma, bir işletmede aynı düzeyde çalışan kişi ya da gruplar arasında çıkan bir çatışma türüdür. Genellikle bir grubun, diğer grupları düşünmeden kendi amaçlarını gerçekleştirmek için dayatma yapması ve amaçlarının uyuşmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır (D. Liam, 1995).

Organizasyonlarda görev yapan ve yürütme yetki ve sorumluluğu olan emir komuta personeli ile kurmay personel arasında da çatışma yaşanabilir. Kurmay birimde çalışan kişiler genellikle konusunda uzman olan kişilerdir. emir komuta personeli üzerinde yaptırım gücü yoktur. Burada çatışma, üstlendikleri rollerin özelliğinden kaynaklanmaktadır (Uysal, 2004).

1.4.5. Kurumsal Çatışma

Çatışmayı doğurabilecek koşulların, çatışmanın şiddet ve derecesinin ve çatışmanın çözüm yollarının içinde bulunan toplumsal sistem tarafından konulduğu ve çatışmanın meydana gelmesi durumunda nasıl bir çözüm süreci izlenileceğinin önceden

kurallara bağlandığı çatışmalara kurumsal çatışma denir. Bu tür çatışmalara örnek olarak işçi-işveren ilişkilerinde ortaya çıkan çatışmalar, grev-lokavt gibi konular birtakım yasal düzenlemelerle çözüm yöntemlerine bağlanmıştır (Koçel, İşletme Yöneticiliği, 2010).

1.5. Örgütsel Çatışma Süreci

Örgütlerde çatışma dört aşamada gerçekleşir. Potansiyel çatışma olarak bilinen ilk aşamada çatışma doğurabilecek nedenlerin varlığı söz konusudur. Bunlar çatışmaya doğrudan neden olmayabilir ama çatışmadan söz edebilmek için gereklidir. Bu nedenler iletişim, yapı ve kişilik değişkenleri olabilir (Martin, 2001). Çatışma sürecinin ikinci aşaması, potansiyel nedenlerin anlaşılması olan kişiselleştirme aşamasıdır. Birinci aşamadaki koşullar hayal kırıklığı yaratıyorsa, potansiyel uyuşmazlık gerçek düzeyine çıkmış olur. Çatışmanın üçüncü aşaması davranış aşamasıdır. Bu davranışlar rekabet, işbirliği, uzlaşma, kaçınma ve uyarlanma biçiminde ortaya çıkar. Son evre ise çatışmanın sonuçları ile ilgilidir. Bu sonuçlar grup başarısını artırıcı ya da düşürücü nitelikte olabilir (Akçakaya, 2003).

1.6. Genel Olarak Çatışma Nedenleri

Çatışmalar, insanlar arası etkileşimin olduğu her yerde ortaya çıkabilir, bu yüzden çatışmanın olmadığı bir örgüt düşünülemez. Çatışma zararlı değildir; ancak örgüt için maliyeti büyük olabilir bu yüzden göz ardı edilmemesi gerekir (Mccollin, 2003).

1.6.1. İşler Arası Fonksiyonel Karşılıklı Bağlılık

Örgütlerde yürütülen işler çoğunlukla faaliyetlerin birbirine bağımlılığı çerçevesinde gerçekleşmektedir. Bu nedenle bir bölümde yaşanan olumsuzluk farklı bölümleri de etkileyebilmektedir (L. Donaldson, 1995).

Örgütlerdeki fonksiyonel bağımlılığı, ekip bağımlılığı, seri bağlılık ve karşılıklı bağımlılık olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Ekip Bağlılığı; Bu bağlılıktan bahsedebilmek için iki grubun da aynı örgüt içinde yer almaları yeterlidir.

Seri Bağlılık; Bir işletme içinde bir bölümün üretiminin, diğer bir bölümün faaliyetlerini başlatarak sürdürebilmesi iim gerekli olduğu durumlarda söz konusudur.

Karşılıklı Bağlılık; Organizasyon içinde yer alan her bir bölümün üretiminin diğer grubun hammaddesini oluşturması halidir. Başka bir deyişle çift yanlı bir bağlılık söz konusudur.

Bu Şekilde çıkabilecek çatışmalara örnek verirsek eğer, bir organizasyonda bir gruba çok fazla görev ve iş verildiği durumlarda yaşanan anlaşmazlıklar, gerilim ve sorundan kaçmaya yönelik eğilimler örnek verilebilir (Dursun, 2008).

1.6.2. Belirli Kaynakların Paylaşımı

Organizasyondaki kişi ve grupların faaliyetleri ile ilgili olarak belirli kaynakları paylaşmaları ve kendi paylarını artırmak için birbiri ile rekabet etmeleri çatışmaların ortaya çıkması için ortam hazırlar. Özellikle uzlaşma ve paylaşma kültürünün ve empatinin olgusunun yerleşmediği toplumlarda ortak kaynak kullanımını pek çok çatışmaya neden olabilmektedir (Koçel, İşletme Yöneticiliği, 2010).

1.6.3. Amaç Farklılıkları

Kişilerin farklı amaç, değer yargısı, tutum, yetenek ve özelliklerde olması kişilik gelişmelerinin çatışmanın önemli bir nedenidir. Her bireyin farklılıkları aynı olaylar karşısında farklı tutum ve davranışlarda bulunmalarına neden olur (Mugh, 2001).

Bireylerin amaçlarının uyuşmaması veya bölümler arasındaki amaç farklılıklarını meydana getiren, artıran ya da değiştiren organizasyonun doğasının bir sonucudur. Çünkü organizasyonun bünyesinde farklılıkları arttıran, ayrılıklara öncülük eden birçok elaman vardır. İki insan ya da bölümün farklı amaçlara sahip olmaları durumunda aradaki farklılık giderek büyür. Farklılıkların artması sonucu olarak da çatışmalar yaşanır (. Bektaş, 2004).

Örgütteki iş bölümü ve i farklılaşma amaçları anlamada anlaşmazlıklara neden olabilir. Değişik niteler açıklıkla belirlenmemiş farklı amaçlara sahip olabilirler. Bu amaçlar kalıtsal olarak uyuşmaz olabilir (D: Boddy, 1998).

Örgüt amaçlarının kişiler tarafından iyi algılanmaması, kişisel amaçların da örgüt tarafından tespit edilememesine yol açmaktadır. Amaçlar arasında bütünlük sağlanmadığı sürece çatışmadan kaçmak mümkün değildir (Çağlayan, 2006).

1.6.4. Algılama Farklılıkları

İnsanlar, farklı bakış açılarına sahiptirler. Her bireyin farklı bir dünya algılaması ve görüşü vardır. Algı farklılıkları, farklı bireylerin aynı uyarıcılara karşı farklı anlamlar vermelerine neden olur. Algılar, bireylerin gerçeği ya da değer yargısı olursa potansiyel bir çatışma kaynağı olabilir (Oğuz, 2007).

1.6.5. Yönetim Alanı İle İlgili Belirsizlik

Organizasyonlarda bazen kimin hangi alan ve konularda ne ölçüde kime karşı sorumlu olacağı belirsiz bulunabilir. Dolayısıyla iki ayrı kişi veya grup aynı konularla ilgilenebilir. Bu tür belirsizlikler çatışma için uygun bir ortam yaratır. Bu açıdan bakıldığında organik tip organizasyon yapıları, matris yapılar ile kendi kendini yöneten takımlar çatışma için en uygun yapılardır (Koçel, İşletme Yöneticiliği, 2010) .

1.6.6. İletişim Noksanlıkları

Organizasyonlarda çatışmalar konusunda pek çok sebep ileri sürülebilir ancak tüm sebepler iletişim ortamına dayanmaktadır. Dolayısıyla çatışmaların çok önemli bir bölümünün, iletişim ve etkileşim süreçlerindeki aksamaların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Akın, 1998).

Örgüt içindeki bireyler, olayları algılamalarını belirleyen farklı algı kaynaklarına sahip olmalarından dolayı aynı olaya yaklaşımlarında farklı davranış biçimleri gösterebilirler. Bu da çatışmalara neden olabilmektedir (Collins, 1994).

İletişim çift yönlü bir süreçtir. Dolayısıyla bireylerin kimi zaman mesajın kaynağı, kimi zamanda alıcısı konumunda olabileceklerini unutmamalarının gerektiği çok önemlidir. Alıcı tarafından öncelikle mesajı dinlemesi ve daha sonra geri bildirimde bulunması olumlu etkileri artırır. Mesajın dinlenmeden geri bildirimde bulunulması bireyler arasındaki iletişimi engellediği için çatışmalara neden olmaktadır (Şendur, 2006).

1.6.7. Statü Farklılıkları

Farklı statüde bulunan ve farklı rolleri üstlenen bireyler arasındaki anlaşmazlıklar, çatışmalara neden olmaktadır. Değişik bölümlerde çalışan bireylerin, yaptıkları işi ya da buldukları statüyü diğerlerine göre daha üstün görmesi çatışma yaratmaktadır (Şamdan, Örgütsel Çatışma ve Çözümleme Yöntemleri: Bir Araştırma, 2008).

1.6.8. Yöneticilik Tarzları Arasındaki Farklılıklar

Her yöneticinin kendine has bir yönetim tarzı bulunmaktadır. Karar verme sürecinde iletişim kullanma özellikleri ve zamanın kullanılmasına kadar her yönetici değişik yollar izleyebilir ve değişik önceliklere sahip olabilmektedir (Darr, 1991). Eğer yönetici ve astları arasında bu tür konularda önemli farklılıklar söz konusuysa birer çatışma nedeni olabilmektedir. Özellikle çalışma düşkünü yönetici ile astları arasında çatışmalar görülebilmektedir. Aynı şekilde teknik becerisi çok iyi olan bir ast ile teknik konularda merkezi bir yönetim tarzı uygulayan üst arasında çatışma çıkması muhtemeldir (Koçel, İşletme Yöneticiliği, 2010).

1.6.9. Kişilik Farklılıkları

Organizasyonlarda görev yapan personelin kişisel farklılıkları önemli çatışma nedenlerindedir. Her bireyi farklı kültür ve aile geleneklerine, yetiştirilme tarzına sahiptir. Bireylerin bu gibi özellikleri çatışmaların önemli bir kaynağı olabilmektedir. Bireylerin bir takım kişilik özellikleri, örneğin saldırganlık, despotluk gibi özellikleri de çatışmalarda rol oynamaktadır (Demir H. , 2001). Ayrıca çatışmaların bireylerin yaşlarıyla ters orantılı olduğu gözükmektedir. Yani yaş arttıkça çatışmalar azalmaktadır. Personel devir hızının yüksek olduğu organizasyonlarda çatışma düzeyi yüksektir. Eski personel, gruba yeni dâhil olan personeli benimsemekte zorlanabilir. Personel devir hızının düşük olduğu durumlarda çatışma düzeyi de düşmektedir (Uysal, 2004).

1.6.10. Örgüt İçi Güç Mücadelesi

Organizasyon mensuplarının, çeşitli nedenlerle, sahip oldukları güç alanını genişletmek istemeleri çatışmaya neden olabilmektedir (Forum, 1998). Bu güç alanını arttırmak isteyen bireyler arasında çatışma görülmektedir; çünkü böyle bir tutum

takınılması sorunların kaynağına inilmekten uzaklaşılarak bir anlaşmazlığın çıkmasına neden olmaktadır (Koçel, İşletme Yöneticiliği, 2010).

1.6.11. Örgütün Büyüklüğü

Örgütün büyüklüğü ile çatışma düzeyi arasında doğru orantı vardır. Örgüt büyüdükçe örgütün amaçları ve amaçlara ulaşılmasını sağlayacak araçlarda artmakta, hiyerarşik kademeler artmakta, yeni uzmanlıklar, rol ve statüler ortaya çıkmakta ve bütün bunlar çatışmaların yaşanmasına neden olmaktadır (Başak, 2010).

1.7. Çatışma Yönetiminde Tarafların Çıkarlarına Göre Başvurulan Stratejiler

Herhangi bir çatışma durumunda, kişilerin içgüdüsel olarak tepkileri çatışma kazanma şeklinde olmaktadır. Yani kişi çatışmayı kendisinin kazanmasını, karşı tarafın ise kaybetmesini istemektedir. Daha sonra kişi kontrollü olarak aşağıdaki stratejilerden birine yönelecektir (Kaya, 1992).

1.7.1. Kayıp-Kayıp Stratejisi

Bu stratejide çatışmaya giren tarafların hepsinin kaybetmesi söz konusudur. Çatışma yaşandığında taraflar ikna edilerek çatışmadan çekilir ve hiçbir taraf istediğini alamaz. Bu strateji uygulandığında hiçbir tarafın dediği kabul edilmez. Bir diğer yol da, çatışan tarafların kurumun düzenleyici kural ve mevzuat çerçevesinde çatışmanın çözümü için yönetime başvurmasını sağlamaktır. Bu durumda da taraflar istediklerini elde edemeyecektir (Başak, 2010).

1.7.2. Kazanç-Kayıp Stratejisi

Bu stratejide, çatışmaya taraf olan gruplar kendi otoritelerini ve menfaatlerini arttırarak karşı tarafın konumunu görmemek eğilimindedir. Eğer kişi kendisini rakibinden daha kuvvetli hissediyorsa, bu doğru bir yaklaşım olabilir (T. Kılınç, 1997).

Kazan-kayıp stratejisi ile rekabet yakından ilişkilidir. Rekabetin çok yoğun olduğu durumlarda sonuç bir tarafın yenilgisi olacağından bu strateji bireyler ya da grupların hayal kırıklığı yaşamasına neden olacaktır (Başak, 2010).

1.7.3. Kazanç-Kazanç Stratejisi

Bu stratejide temel amaç çatışan tarafların tümünün konunun çözümünde başarılı olmaları yani kazançlı olmalarıdır (Kirel, 1997).

Bu stratejide çatışmaya pozitif yaklaşım söz konusudur. Problemin tüm nedenleri kişisel çıkarlardan bağımsız olarak ele alınır, sorunun temeline inilir. Böyle bir yaklaşım çatışmanın hem bireysel hem de organizasyonel boyutta yapıcı bir şekilde çözümlenmesine imkân sağlar (Başak, 2010).

1.8. Çatışmayı Çözme Teknikleri

Organizasyonlarda çeşitli düzeylerde ve çeşitli taraflar arasındaki çatışmanın yönetiminde yöneticiler değişik yolları izleyebilirler (A. Köksal, 2002).

1.8.1. Problem Çözme

Burada çatışmanın üzerine açık olarak gidilmesi söz konusudur. Yönetici çatışan tarafları yüz yüze getirerek kendisinin de katılımı ile konunun açık olarak ayrıntılı bir biçimde tartışılmasını sağlar. Böylece taraflar kendi durumlarını ve birbirlerinden farklı oldukları hususları daha net görürler. Özellikle iletişim ve veri eksikliğinden kaynaklanan çatışmalar da bu yöntem kullanılır (Koçel, İşletme Yöneticiliği, 2010).

1.8.2. Yumuşatma

Kısa vadeli çıkar hesapları yerine, uzun vadede işbirliği ihtiyacını ve bunun taraflara getireceği yararları vurgulamak ve durumun acil bir nitelik taşımadığını belirterek durumu olduğundan daha iyi gösterme çabasıdır. Yönetici çatışmanın kaynaklarına inmemekte, analitik bir yaklaşımda bulunmamaktadır. Yumuşatma yönteminin temel düşüncesinde; “üzerinde anlaşabileceğimiz konularda birlikte olalım, anlaşamadığımız konuları ise tartışmayalım” vardır (Argyris, 1994).

Bu yöntemde yönetici, kişilerin çatışmadan vazgeçmeleri için her birini ikna etmeye çalışmaktadır. Çatışan taraflar için çatışma konuları dikkatlerden uzak tutularak, daha çok anlaşabilecekleri konular üzerinde yoğunlaşmaları sağlamayı amaçlamaktadır (T. Asunakultu, 2004). Bu yöntem çatışmayı tamamen çözmekte, sadece yüzeysel çözüm getirmektedir (Aslan, 2003).

1.8.3. Taviz Verme (Pazarlık)

Taraflardan biri kendi amaçlarından fedakârlık yaparak orta bir noktada karşı taraf ile görüş birliğine varırlar. Burada taviz veren taraf zayıf olan taraftır. Bu yol çatışma çözümünde geçici bir sonuç sağlar. Bu teknik özellikle işçi-işveren ilişkilerinde sıklıkla rastlanır (Başak, 2010).

1.8.4. Çatışmaya Taraf Olan Kişileri Değerlendirme

Yöneticiler, bazen çatışmaları organizasyon amaçları doğrultusunda yönetebilmek için, çatışmaya taraf olan kişilerin yerlerini değiştirebilir. Çatışmaya taraf olan kişiler organizasyon içinde başka bölümlere nakledilirler (Çoruh, 1998).

Bu yolun bir başka şekli ise çatışmaya taraf olan kişileri eğitim ve geliştirme programlarına alarak bilgi, tutum ve davranışlarını değiştirmedir (Koçel, İşletme Yöneticiliği, 2010).

1.8.5. Kura Çekme

Yönetici; çatışan tarafların hepsine hak verdiği ve onların belirli bir noktada uzlaşmalarını istediği durumlarda, çatışmanın çözümü için, tarafların şanslarına ya da kaderlerine razı olma yaklaşımını öne sürebilir. Fakat kurada, haklarını kaderine razı olmak durumunda kalacaktır. Bu durum da onun motivasyonunun düşmesine neden olacaktır. Bu da zamanla kendisinin prestij ve öneminin azaldığını düşünerek işletmeyi terk etmesine neden olacaktır. Bu nedenle kura yöntemi çatışmayı çözerken, işletmede de kayıplara neden olabilmektedir (Aşçıoğlu, İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, 2007).

1.8.6. Çatışma Kaynağının Ortadan Kaldırılması

Bunun tekniğin esası çatışmaya neden olan koşulların ve nedenlerin ortadan kaldırılmasıdır. Özellikle kıt kaynakların paylaşılmasının neden olduğu çatışmalarda kaynakların artırılması, bu yolun bir uygulamasıdır (Koçel, İşletme Yöneticiliği, 2010).

1.8.7. Politik Yaklaşımlar

Yönetici; taraflardan birinin ya da hepsinin çatışma konusunda taviz vermesi durumunda ilerde başka bir şekilde kazançlı çıkacaklarından bahseder. Örneğin

konumlarını sarsacağı için son teknolojinin işletmeye karşı çıkan işveren ve işçilere yeni mevkiler vaat edildiğinde politik bir yaklaşım sergilenmiş olur (Başak, 2010).

BÖLÜM 2

HASTANELERDE ÇATIŞMA TÜRLERİ VE KAYNAKLARI

Hastaneler, kamusal otorite ve toplumsal baskı grupları ile karşılıklı etkileşimde bulunan örgütlerdir. Hastanelerde sunulan hizmetlerin, tüm uluslarca yasal olarak güvence alınmaları güç, sağlıkla ilgili hizmet vermeleri, hastanelerin yönetim ve işlevlerini daha karmaşık hale getirmektedir (Şahinler, 1991).

2.1. Hastanelerde Çatışma Türleri

2.1.1. Fonksiyonel ve Fonksiyonel Olmayan Çatışmalar

Fonksiyonel çatışma, örgütün amaçlarını gerçekleştirmesine ve örgütü güçlendirmeye katkıda bulunan çatışmalardır. Bu tür çatışmalar örgütün belli bir kısmında rahatsızlıkların olduğunu, yöneticilerin dikkatini çekerek örgüte dinamizm ve yaratıcılık kazandırmayı sağlayarak örgütün geneli için yararlar sağlamayı amaçlamaktadır (Karakılçık, 1997).

Fonksiyonel olmayan çatışma ise, örgütün amaçlarına ulaşmasını engelleyen çatışmalardır. Klasik ve neo klasik yaklaşımlar bütün çatışmaları fonksiyonel olmayan çatışmalar olarak ele almıştır. Bu yaklaşımlara göre çatışmanın varlığı organizasyon yapısının yetersizliğinin işaretidir. Ancak her türlü çatışmayı fonksiyonel olmayan çatışma olarak nitelenmek de mümkün değildir (Doğruöz, 1987).

2.1.2. Ortaya Çıkış Şekillerine Göre Çatışmalar

Çatışmalar, genellikle birey ya da grupların başka birey ya da grup tarafından yanlış anlaşılmasından çıkmaktadır. Çatışmanın nedeni devam eden bir sorun veya sonuç vermeyen çatışma çözme sivilidir. Bu nedenle çatışmanın belirtilerini erken görmek ve yerinde çözüm yönetimini kullanmak çok önemlidir (Düşükcan M. , 2003).

Çatışma şiddetine göre dört evrede sınıflandırılır: potansiyel çatışma, algılanan çatışma, hissedilen ve açık çatışma.

-Potansiyel çatışma; kurum içinde henüz ortaya çıkmayan fakat çatışmaya neden olabilecek durumlar söz konusu olduğunda ortaya çıkmaktadır. Çatışmanın nedenlerinin varlığı söz konusudur. Ancak bunlar doğrudan çatışmaya neden olmayabilir. Bu

nedenler iletişim, önderlik tarzı, ödül sistemleri, kişilik değişkenleri olabilir. Örneğin, hastanede iki birimde ortak kullanılan EKG cihazının ortak kullanılması bir çatışmaya neden olabilir. Bu durum da potansiyel çatışma kapsamında değerlendirilebilir (Aslan, 2003).

-Algılanan Çatışma; kurum içinde çalışan personelin çatışmalı durumları algılamasına bağlı ortaya çıkan çatışma türüdür. Bu evre bir kişi ya da grubun amaçlarının, bir başka kişi ya da grup tarafından engellediğinin farkına varmasıyla ortaya çıkmaktadır (Aslan, 2003).

-Hissedilen Çatışma; bir veya daha çok tarafın anlaşmazlıklar veya yanlış anlamalar sonucunda gerginlik veya kaygı hissetmesiyle birlikte çatışma, algılanan çatışmadan hissedilen çatışmaya dönüşür (Canova, 2005).

-Açık Çatışma; çatışma halinin fiilen ortaya çıkmasını ifade eder. Burada fiili olarak güce dayalı bir çatışma söz konusudur. Taraflardan biri, diğerine karşı nasıl mücadele vereceğini belirler ve birbirlerine zarar vermeye ve amaçlarını ulaşmalarını engellemeye çalışır. Açık çatışma, karşılıklı olarak tartışma, fiziksel şiddet, belirli bilgileri karşı tarafa iletmeme şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Aslan, 2003).

2.1.3. Taraflar Açısından Çatışmalar

-Bireyler Arası Çatışmalar

İki birey arasında fikir, duygu ve düşünce ayrılıklarının meydana gelmesidir. Kurum içinde en çok meydana gelen bireyler arası çatışma türleri ast üst çatışmaları ya da kurmay komuta yöneticileri arasında olan anlaşmazlıklardır.

Çatışma, bireylere bağlıdır. Birlikte çalışmak zorunda olan bireyler arasında denklik yoksa çatışma daha sık yaşanmaktadır.

İnsanların temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmaması, sınırlı kaynakların olması ve farklı değer yargıları çatışmalara neden olmaktadır. Kişiler arası çatışmaların başlangıç nedenleri, farklı biliş, algı, duygu, bilinçdışı ihtiyaçlar, iletişim becerileri gibi kişisel faktörlerden, kültürel faktörlerden, rol farklılıklarından, sosyal ve fiziksel çevrelerden veya iletişim sürecinde verilen mesajın niteliğinden kaynaklanabilir (Dökmen, 1996).

İnsanın sahip olduğu bilişsel özellikler, onun çevreyi, olayları ve diğer insanları algılamasını ve davranışlarını etkilemektedir. Özellikle bir çatışma ve problem durumunun sağlıklı çözülebilmesi için bireylerin sahip olduğu çatışma çözme ve problem çözme yaklaşımlarının bilinmesi gerekmektedir.

-Gruplar Arası Çatışmalar

Toplumsal çatışma kuramına göre çatışmalar, grupların birbiri ile rekabet halinde olan amaçlarından kaynaklanır. Gruplar çıkarlarını korurlar ve çıkarları korumaya yönelik eylemleri ödüllendirmek isterler. Grup çıkarlarına ters düşen eylemleri ise cezalandırırlar (Aslan, 2003).

Grupların ve bölümlerin amaçları, ilişkileri ve aralarındaki sınırlarının ortaya konulması, aralarındaki farklılıkların açıkça görünmesine neden olacağı gibi, aralarında çatışma ya da çatışmalar çıkmasına neden olabilecektir.

Gruplar arası davranış işlevseldir ve iki veya daha fazla grup arasında yaşanır. Bu ilişki olumlu ya da olumsuz bir biçimde yaşanabilir. Gruplar arası ilişkilerde zıt menfaatler belirlendiğinde ortaya rekabet çıkacaktır. Aynı hedefi elde etmek için girilen rekabet ortamı, gruplar arasında gerçek bir çatışmaya dönüşmesine neden olacaktır. Gruplar ortamda bulunan aynı hedefe ulaşmak için rekabete girebilirler. Böyle bir durumda bir grubun başarısı demek, diğer grubun yenilgisi anlamına gelecektir.

Bir grubun diğer bir grup üzerinde kontrol sahibi olma, onu idare etme gibi bir takım iddiaları olabilir. Diğer taraftan grupların birbirleriyle tamamlayıcı hedefleri de olabilir. Bu sebeple he biri kendi hedefine, diğerini engellemeden ulaşabilir.

Gruplar arası davranışın kendisine has özellikleri, kişilerin, grup üyeliğinin, sosyal çerçevesi dışında var olan kişisel heyecansal meselelerine veya kişiler arasındaki ilişkilerine dayanan ikincil özellikleri ile anlaşılabilir. Bu özellikler gruplar arası ortam içerisinde anlaşılabilir (Şerif, 2011).

-Bölümler Arası Çatışmalar

Aynı örgüt içinde temel fonksiyonları yerine getirmek için bir arada bulunan ve her birinin görev, yetki ve sorumlulukları ayrı olan bölümler arasında çıkan çatışmalardır.

Hastanelerde servisler arasında görülen çatışma şekli, bölümler arası çatışmaya örnek verilebilir. Özellikle aynı kaynak ve malzeme bağımlılığı veya görevlerin birbirine hem zamansal hem de ekip çalışmasını gerektirmesi, bölümler arası çatışmanın en büyük nedeni olarak sayılabilir (Aslan, 2003).

2.2. Hastanelerde Çatışmanın Kaynakları

Toplumların sağlık hizmetlerine olan taleplerinin her geçen gün artması nedeniyle, hastanelerin verimli ve etkili bir şekilde kullanılmasını etkileyen öğelerin analizi de önem kazanmaya başlamıştır. Bunlardan biri de çatışma olgusudur. Hastaneler en karmaşık örgütler arasında yer aldığından, büyük bir çatışma potansiyeline sahiptirler. Hastane örgütleri açısından örgütsel çatışma, hasta tedavi sürecinde yer alan personel arasındaki anlaşmazlık, rol karmaşıklığı, görev belirsizliği başta olmak üzere değişik çatışma unsurlarını içeren kapsamlı bir kavram olarak değerlendirilebilir (S. Ocak, 2004).

Hastaneler karmaşık bir yapıya sahip olduklarından ortaya çıkabilecek çatışmaların nedenleri çok değişiktir. Bazen herhangi bir birimdeki bir çatışma örneğinin arkasında çok sayıda neden yer alabilir. Çatışmalara neden olan faktörleri bilmek, çözüm için önemli bir aşamadır (Akca & Erigüç, 2006).

2.2.1. İletişime İlişkin Nedenler

İletişim en genel ve yalın tanımıyla duygu, düşünce, bilgi haber ve becerilerin paylaşılması; başka bir deyişle bireyler arasında duyguda, düşüncede, tutumda ortak bir payda yaratılması sürecidir.

İşletme içinde iletişim, kişilerin ve grupların, amaçlara uygun araç, yöntem ve politikalara bağlı olarak, biçimsel ve biçimsel olmayan etkileşim ilişkileridir. İletişim süreci; bir işletmede ast üst konumlarındaki kişilerle ya da aynı düzeydeki personel arasındaki bilgi, veri ve düşüncelerin aktarılmasını ve bu kişilerin belirli bir yapı içerisinde anlaşmalarını sağlamaktadır (Aşçıoğlu, İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, 2007).

Sağlık çalışanları bir ekibin üyeleri olmalarına rağmen, çoğunlukla özerk çalışma eğilimindedirler. Hasta bakımının kalitesini arttırmak için çabalayan klinik personel arasında işbirliğini engelleyen iletişim problemleri yaşanmaktadır. Bu iletişim

ve işbirliğini bozan engeller; kişisel değer ve beklentilerin farklı olması, kişilik farklılıkları, hiyerarşi, yıkıcı davranış, kültür farklılıkları, cinsiyet, kuşak farklılıkları gibi nedenler sayılabilir.

Özellikle cinsiyet farklılığı her yerde görülmektedir. Sağlık sektöründe hekimlerin çoğunun erkek, hemşirelerin de kadın olması iletişim sorunlarının cinsiyet farklılıklarından dolayı yaşandığı görülmektedir (O'Daniel & Rosenstein., 2008).

Hastanelerde, yönetimdeki hiyerarşiye bağlı iletişim problemlerine ek olarak matriks organizasyon yapısı tıbbi personel ile idari personel arasında iletişim problemlerine yol açmaktadır (Aslan, 2003).

Özellikle yöneticiler arasında oluşan çatışmayı yönetme yollarından biri iletişimi koruma ve teşvik etmeyi sağlamaktır. Yönetici ve iş arkadaşlarından alınan geri bildirim işlerin tam olarak yerine getirilmesinde önemli bir faktördür. Yöneticisinden ve iş arkadaşlarından işindeki başarıya ilişkin geri bildirim alamayan birey, kendini geliştirme ve düzeltme olanağı bulamayacağından işinde başarısız ve verimsiz olacaktır (Karahana, 2007).

Örgütte etkin karar alabilmek için bilgi paylaşımına ihtiyaç duyulmaktadır. İletişim, sağlık kuruluşları için hayati önem taşımaktadır. Sağlık personelinin verimli çalışabilmesi, kurum içinde düzenin sağlanabilmesi, kurumun imajı iç ve dış çevrede güven kazanması kurulacak olan sürekli ve sağlıklı iletişime bağlıdır. Bu yüzden hastane içindeki tüm çalışanların iletişim kurallarını bilek uygulamaları gerekmektedir.

2.2.2. Anlam Güçlükleri

Aynı dili konuşamam ya da uygun iletişim araçlarını kullanamamaktan kaynaklanan engellerdir. Örgütsel yapıyı oluşturan birçok departmanın mesleki terimleri bilmemesi; mesajların yeterince algılanmamasına dolayısıyla bireyler arasında anlaşmazlık ve çatışmalara neden olmaktadır. Örneğin, hastanelerde tıp eğitimi almış sağlık personeli tıbbi terimleri bilirken, aynı kurumdaki idari personel bu terimleri bilememektedir (Karahana, 2007).

2.2.3. Algılama Farklılıkları

Algılama duyu organlarından gelen verilerin değerlendirilmesi ve anlama kazandırılması sürecidir. Aynı ortamda bulunan insanlar, aynı şeyleri duyduğu gördüğü, hissettiği halde farklı algılamalarda bulunabilmektedir.

Her bireyin ailesinden aldığı gen, yaşadığı çevre, eğitim ve kültür düzeyi, duygu ve düşünce özellikleri birbirinden farklıdır. Dolayısıyla gördükleri ve hissettikleri de birbirlerinden farklı olmaktadır.

İnsanların bilgi, deneyim ve kültür özelliklerinin farklı olması örgüt içinde bir çatışma sebebi olmaktadır. Gönderici tarafından gönderilen mesaja alıcı tarafından farklı bir anlam yüklenme ihtimali yüksek olduğundan iletişim problemleri oluşmaktadır. Bu problemler de örgütü derinden sarsacak çatışmalara neden olabilmektedir (Akın, 1998).

Örneğin hekimler, kendilerini hastanın tanısını belirleyen ve tedavisini gerçekleştiren profesyoneller olarak görürler, Hastanın tıbbi direktiflerini alan diğer kişileri ise onun yardımcısı olarak kabul ederler. Hemşireler ise kendilerini hasta bakımı ve rahatını sağlamak, danışmanlık etmek ve hastanın sorunları ile başa çıkmasına yardımcı olmak olarak algırlar. Sağlık sektörünün iki önemli meslek grubunun bu şekilde algılama farklılıklarının bulunması hasta bakım kalitesini düşürmektedir.

2.2.4. Amaç ve Rol Farklılıkları

Örgüt içinde alt birimler uzmanlaştıkça amaçlar arasında farklılaşmalar oluşur. Bu farklı amaçlar, bitim üyeleri arasında farklı beklentilerin ortaya çıkmasına neden olur.

Amaçlarda ortaya çıkan farklılıklardan kaynaklanan çatışmalar kapsamına; rekabetçi ödüllendirme sistemleri, bireysel amaçlardaki farklılıklar, bölüm amaçlarındaki farklılıklar, yöneticilerin görüş ve uygulamalarındaki farklılıklar girmektedir.

Bireyler arasında amaçlarda, değerlerde ve çıkarılarda farklılıkların olması doğaldır. Farklılıkların ve uyuşmazlıkların örgütlerde yıkıcı çatışmaya dönüşmesi bireylerin tutum ve davranışları ile ilgili üç etkenden kaynaklanmaktadır. Birincisi,

başkalarının yanlışlarını görmek ve onları sürekli eleştirmektir. İkincisi, uyuşmazlık konularında yazılı açıklama yapmak, üçüncüsü ise egonun doyumsuzluğudur.

Örgütsel açıdan rol, bir kişinin bulunduğu görevine göre, gerçekleştirmek durumunda olduğu ve kendisinden beklenen davranışlar dizisidir. Örgüt üyelerinin birtakım işleri kendi rolleri içinde algılayıp algılamamaları ya da sahip oldukları rolleri kendilerine uygun bulup bulmamaları örgüt içi çatışmalar konusunda belirleyici olabilir.

Organizasyonlarda çalışma amaçlarının açık ve objektif belirlenmesi çatışmaları azaltacaktır (Aslan, 2003).

2.2.5. Etkin Ekip Çalışmasının Uygulanması

Sağlık hizmeti bir ekip çalışmasıdır. Bu ekibin temel üyeleri hemşire ve hekimlerdir. Hekim ve hemşireler ortak bir amaca hizmet ederler. Sağlık ekibin ortak hedefi tedavi etmek ve en iyi bakımı vermektir. Ekip üyeleri arasında iyi bir iletişim ve uyumlu bir çalışmanın olması verilen hizmetin kalitesini artırır. İyi bir ekip çalışması için ekip üyelerinin görev yetki ve sorumluluklarının açık ve anlaşılır şekilde belirtilmiş olması gerekmektedir. Ekip başarıya ulaştıkça hedeflere ulaşılabilecek ve ekip üyelerinin performansı artacaktır.

Sağlık ekibinin uyumlu ve verimli çalışmasını etkileyen, ekip içinde iyi bir iletişim, işbirliği, yardımlaşma ve mesleki rollerin yeterli olmasıdır (Kara, 2005).

2.2.6. Ortak Kaynak Kullanımı

Etkin kaynak kullanımı hastane örgütlerinde çok önemli bir konudur. Kaynak yetersizliği sağlık hizmetlerinde karşılaşılan ve çatışmaya sebep olan çatışma nedenlerinden birisidir. Bu sorunun nedeni talebin önceden karşılanmaması, malzeme alımlarındaki gecikme, uygun olmayan kullanım sayılabilir.

Örgütlerde bölümler için ayrılan kaynaklar oldukça sınırlıdır. Bu sınırlı olan kaynaklardan daha çoğuna sahip olabilmek bölümlerin başlıca amaçları arasındadır. Hastanelerde çatışmaların önemli bir kısmı aynı kaynağın iki bölümün beraber kullanılmak durumunda kaynaklanmasından çıkmaktadır. İşletmeler arasında hastaneler kaynak sıkıntısının en fazla yaşandığı sektör olarak görülmektedir. Çünkü tıbbi alandaki

pek çok malzeme ve cihaz aynı anda birkaç bölüm tarafından kullanma zorunluluğu vardır (Karahana, 2007).

2.3. Hastane İşletmelerinin İki Temel Meslek Grubu Olan Hekim ve Hemşireler Arasındaki İlişkiler

Farklı eğitim ve deneyime sahip olan sağlık profesyonellerinin belirli bir vizyonla sorunların çözümü için birlikte iletişime geçme, farklılıkları ortaya koyma süreci, işbirliği olarak tanımlanmıştır. Hekim hemşire ilişkisi ise, hekim ve hemşirelerin ortaklaşa çalışmaları, hasta bakımı için planın hazırlanması ve uygulanmasında birlikte kararlara katılımı ve problem çözmede sorumlulukların paylaşılması olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda hekim-hemşire ilişkisinde olması gereken temel unsurlar, hekim ve hemşirelerin aralarında açık bir iletişimin olması, saygı ve güven, deneyim ve becerinin karşılıklı paylaşılması ve kaliteli hasta bakımı sağlamak için ortak karar verilmesi ve her iki tarafın da birbirine aynı profesyonellikle yaklaşması olduğudur (Özkaraca, 2009).

2.3.1. Hekim ve Hemşirenin Etkileşim Alanları

- Hasta kabulü
- Tan ve tedaviye yardımcı girişimler
- Hasta viziteleri
- Hasta eğitimi ve rehabilitasyonu

2.3.2. Hekim-Hemşire İlişkisini Etkileyen Faktörler

2.3.2.1. Toplumsal Faktörler

Meslek üyeleri, toplumun mesleklere verdiği öneme göre olumlu ya da olumsuz yönde etkilenirler.

Hekimler mesleklerini bağımsız olarak uygulayabilmeleri, sundukları hizmetin toplum tarafından anlaşılması ve kabul görmesi, meslekleşme süreçlerini tamamlamış olmaları hekimlerin toplumsal konumlarının yükselmesinde rol oynamıştır.

Buna karşılık, hemşirelerin meslekleşme süreçlerinin devam etmesi, standart bir eğitim düzeyinin olmaması, bayanlara özgü bir meslek olarak görülmesi, verdikleri

hizmetin toplum tarafından net anlaşılabilmesi, hemşirelerin toplumsal konumlarının düşük olmasına neden olmuştur.

Toplumsal bakış açısındaki bu farklılıklar; hekimlik ve hemşirelik mesleklerinin var olma ve bir meslek olarak gelişme süreçlerindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır (Kara, 2005).

2.3.2.2. Eğitsel Faktörler

Ülkemizde hemşireler için farklı eğitim düzeylerine özgü görev tanımlarının olmayışı; hepsinin hemşire unvanı adı altında aynı işlevleri görmesi grup içi dayanışmayı azaltmaktadır.

Tıp fakültelerine girebilmenin ön koşulu lise mezunu olmaktır. Eğitim süresi altı yıldır. Sağlık ekibi içinde en fazla eğitim süresine sahip olduğu ve bu nedenle ekip lideri anlayışıyla yetiştirilmektedir.

Eğiticilere eğitilenlerin sürekli ve yoğun biçimde karşılıklı etkileşim içinde buldukları okullar ve hastaneler, hekim ve hemşire adaylarına mesleki kimlik kazandıran kurumlardır (Kara, 2005).

2.4. Hekim-Hemşire Arasında Yaşanan Sorunlar

Sağlık ekibi; sağlık kurumlarında bireye en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesini hedefleyen, farklı sağlık profesyonellerinin bir araya geldiği, her birinin kendi görevini yerine getirdiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir gruptur (Özçelik, 2009).

Sağlık hizmeti bir ekip çalışmasıdır. Bu ekibin temel üyeleri hekim ve hemşirelerdir. Hekim ve hemşireleri ortak bir amaca hizmet ederler. Amaç; hastanın iyileşmesine ve kendi kendine yetebilir duruma gelmesini sağlamaktır. Bu nedenle ekip içindeki anlaşmazlıklar Hem hekim hem de hemşireleri ilgilendirmektedir (Kara, 2005).

2.4.1. İletişimden Kaynaklanan Sorunlar

Hastaneler iletişim ve koordinasyon sağlamada güçlük çekilen örgütlerdir. Özellikle hekim ve hemşireler arasında yoğun bir biçimde yaşanan iletişim problemleri hastaneleri olumsuz yönde etkilemektedir. Hekimin; hasta bakımı ve tedavisine ilişkin

hemşirenin görüşlerini dikkate almaması, hemşirenin görüş bildirmede çekingen davranması, hekimlerle hemşireler arasında iletişim yetersizliğine neden olmaktadır. Hemşireler, hekimlere göre hastayla daha fazla zaman geçiren, onları gözleme fırsatına sahip olan kişilerdir. Bu gözlemlerine ilişkin görüşlerini hekimlerle paylaşırlar. Bunu yaparken hekimi rencide etmeyecek şekilde yapmalıdırlar (Karahan, 2007).

Hekim direktiflerinin yorumlanması sırasında hekimler ile hemşireler arasında ortaya çıkan anlaşmazlıklar; iletişim yetersizliğine bağlı uygulama hatalarına yol açarak hastanın yaşamını tehlikeye sokabilir. Bu nedenle hekimlerle hemşireler arasında etkin ve sağlıklı bir iletişimin olması önem kazanmaktadır (Kara, 2005).

2.4.2. Ödül Sisteminin Farklılığı

Ülkemizde hekim ve hemşire grupları arasında ödüllendirme ve kıt hastane kaynaklarından yararlanma konusunda bazı eşitsizlikler gözlenmektedir. Bu eşitsizlikler genelde maddi, fiziki alan (dinlenme odası, çalışma odası, toplantı salonu, yemekhane) personel, malzeme, araç ve gereç, sekreterlik hizmetleri gibi alanlarda görülmektedir.

Hekimler yaptıkları ameliyat ve muayene ettikleri hasta sayısına göre pay alırken hemşireler için böyle bir durum söz konusu değildir. Bu durumda hastane döner sermayesinden hekimlerin hemşirelerden fazla pay almasına neden olmaktadır.

2.4.3. Matriks Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar

Genellikle hekim ve hemşire arasında işe yönelik yaşanan sorunların başında, sağlık hizmeti organizasyon yapısının matriks yapıda olmasından kaynaklanır. Servise yatan hastalara sunulan sağlık hizmetinde hemşireler, bir yandan hekimin teşhis ve tedavi planını uygularken, diğer yandan da hastanın bakım gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını yaparlar. Hekim hastanın hastalığına göre yapılması gereken tedavi planını hazırlar ve sonuçlarını izler. Hemşireler ise hastaların teşhis ve tedavi planının uygulanmasından dolayı hekime karşı sorumludur. Diğer taraftan mesleki uygulamalarından ve hemşirelik bakım uygulamalarının yapılmasından dolayı ise servis sorumlu hemşiresine karşı sorumludur.

Matriks yapı içerisinde yer alan çalışanların çeşitli sorunlarla karşılaşmaları olasıdır. Özellikle iki ayrı yöneticiye bağlı olmak karışıklığa neden olmaktadır. Yapılması gereken işlerle ilgili sürekli değişikliklerin olması, çalışanlar ile yöneticiler

arasında çatışmalar yaşanmasına neden olmaktadır. Bir de matriks yapının neden olduğu kişilerin birden fazla kişiye karşı sorumlu olmaları karışıklığı ve çatışmayı arttırmaktadır (Yıldırım, 2012).

2.4.4. Denetim Biçimi

Sağlık meslek gruplarını ilgilendiren yasalarda; hemşirelik girişimlerinin tıbbi denetim altında uygulanması gerektiğini belirten maddeler bulunmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği' ne göre hemşirelerin yönetimi ve denetiminden başhemşire ve başhemşire yardımcıları sorumlu tutulurken, aynı yönetmeliğe göre servisteki çalışan hemşirelerin denetimi ve gözetiminden asistan hekimler sorumlu tutulmaktadır. Bu da hekim ve hemşireler arasında anlaşmalıkların yaşanmasına ve çatışmalara neden olmaktadır.

2.4.5. Kararlara Katılım

Sağlık ekibi üyeleri, hastanın iyileşme sürecini hızlandırmak amacıyla uzmanlık alanıyla ilgili kararlara eşit düzeyde katılmalıdır. Meslek gruplarından birinin kararlara katılımının sınırlanması durumunda hasta bakım hizmetlerinin etkinliği azalır.

Geleneksel olarak hastalar, tedavileri ile ilgili karar verme sorumluluğunu hekimlere bırakmakta ve hekimlerin en iyisini bildiklerini düşünmektedirler. Bu durum hekimlere ağır bir sorumluluk yüklemekte ve bireysel düzeyde sıkıntı yaşamasına neden olmaktadır.

Hekimler ile hemşireler arasında iletişimin dolayısıyla kararlara katılımın sınırlı olması; hasta bakımı ve tedavisini geliştirmeye yönelik bazı etkinliklerin düzenlenmesini engellemektedir (Kara, 2005).

2.4.6. Eğitim Farklılığından Kaynaklanan Sorunlar

Hekim ve hemşirelerin eğitim seviyesinde farklılıkların olması hekim ve hemşire ilişkisini etkilemektedir. Eğitimsel farklılıkların olması mesleki rollerin ve çalışma ortamında gücün farklı algılanmasına ve beklentilerin farklı olmasına neden olmaktadır. Ülkemizde hekimler tıp fakültesinden 6 yıllık eğitim sonrasında mezun olmakta ve kliniklerde sağlık meslek lisesi, ön lisans ve lisans mezunu hemşirelerle birlikte

çalışmaktadır. Hekim ve hemşireler arasındaki bu eğitim farklılığının olması hekim ve hemşire ilişkileri açısından önemlidir (Özkaraca, 2009).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma bir kamu hastanesinde, hastanelerin iki temel meslek grubu olan hekim ve hemşireler arasındaki çatışma nedenlerini ortaya koymak ve bir ölçek geliştirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte planlandı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Sağlık Bakanlığına bağlı bir Eğitim ve Araştırma hastanesinde 12 Ocak- 10 Nisan 2012 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan tüm hekim ve hemşirelerden oluşturuldu (N=760). Örneklem yöntemine gidilmeden, evrenin tümüne ulaşılması hedeflendi. Çeşitli nedenlerle (izinli, raporlu, sözlü izin alınmaması gibi), araştırma dışında kalanlar oldu ve araştırma 300 hemşire ve 190 hekim ile gerçekleştirildi. (N=490).

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgileri ışığında geliştirilen ve iki bölümden oluşan toplam 48 soruluk ölçek formu ile toplandı.

Anketin birinci bölümünde demografik bilgileri içeren 9 soru, ikinci bölümde literatürden yararlanarak hekim ve hemşireler arasındaki çatışma nedenlerini belirlemeye yönelik 5'li likert yöntemi ile hazırlanan 39 soruluk ölçek kullanıldı.

1.Bilgi Formu

Veri toplama aracının birinci bölümü, araştırmacı tarafından geliştirilen ve hekim ile hemşirelerin demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalıştığı bölüm, çalıştığı pozisyon, bulunduğu bölümde çalışma süresi,

hastanede çalışma süresi, meslekte toplam çalışma süresi) ile ilgili 9 sorudan oluşturuldu.

2. Hekim-Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği

İkinci bölümde hekim ve hemşire arasındaki çatışma nedenlerinin sorgulandığı 40 soru “tamamen katılıyorum” (5 puan), “katılıyorum” (4 puan), “kararsızım” (3 puan), “katılmıyorum” (2 puan), “hiç katılmıyorum” (1 puan) seçeneklerinden birinin işaretlenmesi yöntemi ile yanıtlanmıştır.

Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Araştırmaya başlanmadan önce 55 soruluk bir madde havuzu oluşturuldu. Uzman görüşü alınarak 48 soruluk bir anket hazırlandı ve 20 kişi üzerinde pilot uygulama yapıldı.

Bir sonraki aşamada araştırma anketinin faktör analizi, güvenilirlik analizi ve madde analizleri yapıldı. Faktör analizi ile araştırma anketinin kaç faktörden oluştuğu tespit edildi. Daha sonra elde edilen faktörlerin içerdiği sorular için güvenilirlik analizi ve madde analizleri yapıldı. Bu analizler çerçevesinde belirlenen anket soruları temel alınarak anket alt boyutlarının toplam puanları ve tüm anketin toplam puanı hesaplandı.

Araştırma analizlerinin ikinci aşamasında anketin her bir alt boyutundaki sorulara verilen cevapların frekans dağılımları ve betimsel istatistikleri (minimum, maksimum değerleri aritmetik ortalama ve standart sapma) tespit edildi. Ayrıca alt boyut ve tüm anket toplam puanları için de betimsel istatistikler hesaplandı.

Analizlerin üçüncü aşamasında, anket alt boyutları ve toplam puanları açısından belirli sosyo-demografik değişken alt grupları arasında farklar bulunup bulunmadığı t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak incelendi. Belirli sosyo-demografik değişkenler ile anket alt boyut puanları ve toplam puanı arasında korelatif bir ilişki bulunup bulunmadığı da Pearson korelasyon analizi kullanılarak incelendi.

Faktör Analizi

Araştırma anketi 40 sorudan oluşan 1-5 Likert puanlamaya göre cevaplanan bir ankettir. Anketin faktör analizi Ana Bileşenler Analizi ve Varimax rotasyonla yapılmıştır. Analizde sırasıyla 6, 5, 4, 3 faktörlü çözümler denendi. Elde edilen 6, 5 ve 4 faktörlü çözümlerin her birinden tespit edilmiş olan son faktör, güvenilirlik ve madde analizlerinde sorunlu gözüktü. Bu son faktörde, güvenilirlik analizlerinde yetersiz düzeyde Cronbach alfa ($<0,60$) ve madde analizlerinde yetersiz düzeyde madde-toplam puan korelasyonu ($<0,20$) görüldü. Ancak, 3 faktörlü çözümde hem faktör Cronbach alfa değerleri hem de madde-toplam puan korelasyonları iyi düzeyde çıktı. Bu yüzden faktör analizleri sonucunda 3 faktörlü çözüm benimsendi ve araştırma analizlerinde bu çözüm kullanıldı.

Tablo 1. Araştırma Anketi Faktör Analizi Faktör Soru Dağılımı

Soru No	Faktörler		
	Meslek Algısı Faktörü Meslek Algısı	Çalışma Koşulları Faktörü Çalışma Koşulları	Faktör-İletişim
Soru15	0.772		
Soru14	0.752		
Soru13	0.718		
Soru12	0.699		
Soru10	0.696		
Soru11	0.692		
Soru35	0.660		
Soru37	0.654		
Soru27	0.625		
Soru32	0.624		
Soru28	0.618		
Soru26	0.598		
Soru31	0.596		
Soru25	0.581		
Soru29	0.563		
Soru30	0.546		
Soru36	0.281		
Soru23		0.662	
Soru22		0.623	
Soru21		0.617	
Soru40		0.520	
Soru8		0.495	
Soru38		0.488	
Soru24		0.463	
Soru7		0.460	
Soru9		0.459	
Soru39		0.315	
Soru6		0.312	
Soru5		0.306	
Soru33		0.270	
Soru18			0.830
Soru3			0.809
Soru19			0.746
Soru4			0.735
Soru17			0.613
Soru16			0.571
Soru20			0.517
Soru2			0.319
Soru1			0.276
Soru34			0.179

Üç faktörlü çözümde 1. faktör %28,85, 2. faktör %9,60, 3. faktör %5,25 oranında açıklayıcı varyans içermiştir ve toplam varyans %43,70 olarak bulundu. Faktörlere dağılan soruların faktör yükü sınırı olarak 0,25 alınmış ve bu sınırın altında kalan tek soru olan 34. soru (Hastanede resmi ilişkilerin yoğunluğu hekim-hemşire arasında çatışma nedenidir) (0,18) araştırma anketinden çıkarıldı.

Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma ölçeğin uygulandığı örnekleme ile sınırlıdır.

Güvenilirlik ve Madde Analizleri

Araştırma anketi faktör analizi sonucunda elde edilen 3 faktörlü çözümün içerdiği faktörlerin her biri güvenilirlik ve madde analizine tabi tutuldu. Güvenilirlik analizinde boyut Cronbach Alfa değeri ve madde analizinde madde-toplam puan korelasyon değeri tespit edildi.

Tablo 2. Meslek Algısı Alt Boyutu Güvenilirlik ve Madde Analizleri

No	Soru	Madde- Toplam Puan Korelasyonu
Soru 15	Hekimler, hastaya ilişkin yaklaşım ve politikaların düzenlenmesi konusunda hemşirelerle işbirliği içine girmezler.	0.754
Soru 14	Hekimlerin bakımın yanı sıra düzen ve malzeme istemleri gibi bakım dışı işlerle de hemşirelerin ilgilenmesini istemeleri ilişkileri gerginleştirir.	0.822
Soru 13	Tıbbi istemlerin zamanında ve yazılı bir biçimde iletilmemesi mesleki ilişkileri zedeler.	0.813
Soru 12	Hekimler ile hemşirelerin arasında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkide sorunlara yol açar.	0.814
Soru 10	Yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi ilişkileri gerginleştirir.	0.816
Soru 11	Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmaları ilişkileri gerginleştirir.	0.828
Soru 35	Hekimler ve hemşireler arasındaki gelir farklılıkları çatışma nedenidir.	0.451
Soru 37	Hekimlerin, ekip içindeki statülerini yüksek görmeleri anlaşmazlıkları artırır.	0.736
Soru 27	Kurumda fazla çalışma süreleri bir çatışma nedenidir.	0.557
Soru 32	Hastanede ödüllendirme sisteminin yetersiz olması hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.	0.641
Soru 28	Kurumda yapılan yenilikler bir çatışma nedenidir.	0.576
Soru 26	Hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmaması bir çatışma sebebidir.	0.538
Soru 31	Hastanede yetki ve sorumluluk dengesizliği hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.	0.661
Soru 25	Hastanede işlerin çok yoğun olmasının yol açtığı stres çatışma nedenidir.	0.546
Soru 29	Kurumdaki hemşire sayısının yetersiz oluşu ekip içerisinde iletişim kopukluğuna neden olur.	0.640
Soru 30	Hekim-hemşire arasındaki eğitim farklılığı çatışma nedenidir.	0.433
Soru 36	Hekimler ve hemşirelerin görevlerinin bilgi ve yeteneklerine uygun olmaması çatışma nedenidir.	0.258
Cronbach Alfa		0.93

Analiz bulgularına göre, Meslek Algısı Faktörü Meslek Algısı Cronbach Alfa değeri 0,93'tür ve madde-toplam puan korelasyonları 0,26 ile 0,83 arasında yer almaktadır

Tablo 3. Çalışma Koşulları Alt Boyutu Güvenilirlik ve Madde Analizleri

No	Soru	Madde-Toplam Puan Korelasyonu
Soru 23	Yeterli sayıda tıbbi malzemelerin olmayışı hekimlerle olan ilişkileri gerginleştirir.	0.540
Soru 22	İşyerinin fiziksel şartlarının (ısıtma, havalandırma, aydınlatma, hijyen, güvenlik vb. bakımdan) yetersizliği çatışma nedenidir.	0.516
Soru 21	Hemşire-hekim arasında etkin bir takım çalışması uygulanması çatışmayı engeller.	0.494
Soru 40	Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmayı çözüm yöntemlerinden problem çözme yöntemi çatışmayı engeller.	0.521
Soru 8	Kurumda ekip çalışmasının yetersiz uygulanması çatışma nedenidir.	0.456
Soru 38	Çalışanların yönetim kararlarına katılmasının sağlanması çatışmayı engeller.	0.434
Soru 24	Hastanede birimler arasındaki güç ve hâkimiyet kurma mücadeleleri çatışma nedenidir.	0.265
Soru 7	Hekimler ve hemşirelerin kurumsal amaçları arasındaki farklılık bir çatışma nedenidir.	0.393
Soru 9	Hekimler ile ortak bilimsel ve sosyal toplantıların çok az sayıda oluşu ilişkileri sınırlar.	0.169
Soru 39	Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmada taraflardan birinin kaçınma davranışı göstermesi çatışmayı engeller.	0.347
Soru 6	Kişiler arası ayrımcılık yapılması bir çatışma nedenidir.	0.248
Soru 5	Hemşireler ile hekimler arasında çalışma uyumsuzluğun olması çatışmaya yol açmaktadır.	0.274
Soru 33	Hastanede iyi bir koordinasyon (iletişim, toplantı) sisteminin olmaması hekim-hemşire arasındaki çatışma nedenidir.	0.225
Cronbach Alfa		0.76

Analiz bulgularına göre Çalışma Koşulları Faktörü Çalışma Koşulları Cronbach Alfa değeri 0,76'dır ve madde-toplam puan korelasyonları 0,17 ile 0,54 arasında yer almaktadır. Soru 9'un madde-toplam puan korelasyon katsayısı sınır değer olarak

belirlenmiş olan 0,20'den düşük çıkmışsa da, bu sorunun değerinin hem pozitif hem de 0,20'ye yakın olmasından ve bilgi kaybına uğramamak için bu madde ankette tutuldu.

Tablo 4. İletişim Alt Boyutu Güvenilirlik ve Madde Analizleri

No	Soru	Madde-Toplam Puan Korelasyonu
Soru 18	Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına neden olur. (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor)	0.806
Soru 3	Hekimin iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz kalması hekimlerle sorun yaşanmasına sebep olur.	0.801
Soru 19	Hemşirenin kendisini mesleki açıdan yetersiz görmesi, hekimlerle sorun yaşamasına neden olur. (Sorun hemşirenin psikolojik yapısından kaynaklanıyor.)	0.744
Soru 4	Hemşirenin iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz kalması hekimlerle sorun yaşanmasına sebep olur.	0.739
Soru 17	Acil durumlarda hekimler gelinceye kadar ön müdahalede bulunulmasına, hekimlerin farklı tepkiler göstermesi ilişkileri gerginleştirir.	0.380
Soru 16	Hekimlerin, yeni başlayan hemşirelerin deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmamları ilişkileri gerginleştirir	0.354
Soru 20	Kurumda sosyal faaliyetlerin (gezi, tanışma ve kaynaşma toplantıları vb.) yetersiz yapılması hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.	0.449
Soru 2	Hemşireler ve yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişimin olmaması çatışma nedenidir.	0.213
Soru 1	Hekimler ve hemşireler arasındaki iletişim yetersizliği, çatışmaya neden olmaktadır.	0.207
Cronbach Alfa		0.81

Analiz bulgularına göre, Faktör-İletişim Cronbach Alfa değeri 0,81'dir ve madde toplam puan korelasyonları 0,21 ve 0,81 arasında yer almaktadır.

Faktör soruları frekans dağılımları ve betimsel istatistikleri Ek-2 de yer almaktadır.

Verilerin Toplanması ve Madde Analizleri

Araştırmanın yapılması için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli çalışma izni alındı (Ek-5). Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunması

gerektiğinden, araştırma kapsamına alınan hekim ve hemşirelere araştırmanın amacı alınarak sözlü onamları alındı. Ayrıca uzman kişilerin görüşleri alınmıştır (Ek-3).

BULGULAR

Sosyo-Demografik Değişkenlerin Frekans Dağılımları

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı 9 tabloda gösterilmektedir.

Tablo.5 Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımları (N=490)

Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	323	65,9
Erkek	167	34.1
Yaş		
18-34 yaş arası	337	68.8
35 ve üstü yaş	153	31.2
Medeni Durumu		
Evli	322	65.7
Bekar	168	34.3
Eğitim Durumu		
Lise	58	11.8
Ön Lisans	45	9.2
Lisans	180	36.7
Yüksek Lisans	207	42.2
Meslekte Çalışma Süresi		
0-8 yıl arası	317	64.7
8 yıl ve üstü	173	35.3

Tablo 5’te araştırmaya katılanların 323 (% 65,9) kadın, 167 (% 34,1) erkektir. Katılımcıların 337 kişi (% 68,8) 18-34 yaş arasında, 153 kişi (% 31,2) 35 ve üstü yaşadır. Örneklemde 168 kişi (% 34,3) bekâr, 322 kişi (% 65,7) evlidir. Örneklemde 58’i (% 11,8) lise, 45’i (% 9,2) ön lisans, 180’i (% 36,7) lisans, 207’si (% 42,2) yüksek lisans mezunudur. Tüm örneklemde 317 kişi (%64,7) 0-8 yıl arası, 173 (%35,3)’ü 8 yıl ve üstü mesleki kıdemi vardır.

Sosyo-Demografik Özelliklerin Mesleklere Göre Dağılımları

Araştırmaya katılan katılımcıların mesleklere göre sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo- 6.7.8.9.10.11.12 ‘de verilmiştir.

Tablo 6. Mesleklere Göre Cinsiyet Dağılımı (N= 490)

Pozisyonlar	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Tüm Örneklem	
	N	%	N	%	N	S%
Hemşire	248	82.7	52	17.3	300	61.2
Hekim	75	39.5	115	60.5	190	38.8
Tüm Örneklem	323	65.9	167	34.1	490	100.0

Tablo 6’da 300 (% 61,2) hemşire 190 (% 38,8) hekim yer almıştır. Hemşirelerin 248’i (% 82,7) kadın, 52’si (% 17,3) erkektir. Hekimlerin 75’i (% 39,5) kadın, 115’i (% 60,5) erkektir. Tüm örneklemde 323 (% 65,9) kadın, 167 (% 34,1) erkek bulunmaktadır.

Tablo 7. Mesleklere Göre Yaş Dağılımı (2 Grup Olarak) (N= 490)

Pozisyonlar	Yaş					
	18-34 Yaş		35 ve Üstü Yaş		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Hemşire	243	81.0	57	19.0	300	61.2
Hekim	94	49.5	96	50.5	190	38.8
Tüm Örneklem	337	68.8	153	31.2	490	100.0

Tablo 7’de mesleklere göre yaş dağılımı 2 grup olarak verilmiştir. Hemşirelerin 243’ü (% 81,0) 18-34 yaş arasında, 57’si (% 19,0) 35 ve üstü yaşıdır. Hekimlerin 94’ü (% 49,5) 18-34 yaş arasında, 96’sı (% 50,5) 35 ve üstü yaşıdır. Tüm örneklem de ise 337 kişi (% 68,8) 18-34 yaş arasında, 153 kişi (% 31,2) 35 ve üstü yaşıdır.

Tablo 8. Mesleklere Göre Medeni Durum Dağılımı (N= 490)

Pozisyonlar	Medeni Durum					
	Bekâr		Evli		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Hemşire	108	36.0	192	64.0	300	61.2
Hekim	60	31.6	130	68.4	190	38.8
Tüm Örneklem	168	34.3	322	65.7	490	100.0

Tablo 8’de mesleklere göre medeni durumu dağılımı verilmiştir. hemşirelerin 108’i (% 36,0) bekâr, 192’si (%64,0) evlidir. Hekimlerin 60’i (% 31,6) bekâr, 130’u (% 68,4) evlidir. Tüm örnekleme 168 kişi ((% 34,3) bekâr, 322 kişi (% 65,7) evlidir.

Tablo 9. Mesleklere Göre Eğitim Durumu Dağılımı (N= 490)

Pozisyonlar	Eğitim Durumu									
	Lise		Ön Lisans		Lisans		Yüksek Lisans		Tüm Örneklem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hemşire	58	19.3	45	15.0	173	57.7	24	8.0	300	61.2
Hekim	0	0.0	0	0.0	7	3.7	183	96.3	190	38.8
Tüm Örneklem	58	11.8	45	9.2	180	36.7	207	42.2	490	100

Tablo 9’da hemşirelerin 58’i (% 19,3) lise mezunu, 45’i (% 15,0) ön lisans mezunu, 173’ü (% 57,7) lisans mezunu, 24’ü (% 8,0) yüksek lisans mezunudur. Hekimlerin 7’si (% 3,7) lisans, 183’ü (% 96,3) yüksek lisans mezunudur. Tüm örneklemin 58’i (% 11,8) lise, 45’i (% 9,2) ön lisans, 180’i (% 36,7) lisans, 207’si (% 42,2) yüksek lisans mezunudur.

Tablo 10. Mesleklere Göre Çalıştığı Bölüm Dağılımı (N= 490)

Çalıştığı Bölüm	Pozisyon					
	Hemşire		Hekim		Tüm Örneklem	
	N	%	N	%	N	%
Acil Tıp	45	11.7	9	4.7	54	8.9
Dahili bilimler	88	24.6	91	45.9	179	30.2
Cerrahi birimler	86	37.8	90	49.4	212	44.5
Ameliyathane	36	12.0	0	0.0	36	7.3
Yoğun Bakım	14	4.7	0	0.0	14	2.8
Poliklinikler	26	8.7	0	0.0	26	5.3
Diğer	5	0.5	0	0.0	5	1.0
Toplam	300	100.0	190	100.0	490	100.0

Çalışma Süreleri

Çalışma sürelerine göre hekim ve hemşireler bulunduğu bölümde ve hastanede çalışma sürelerine göre 0-3 yıl ve 3 yıl üstü olarak gruplandırıldı.

Tablo.11 Bulunduğu Bölümde Çalışma Süresi Dağılımı (N=490)

Grup	N	%
Hemşire 0-3 yıl	73	14,9
Hekim 0-3 yıl	103	21.0
Hemşire 3 yıl	227	46.3
Hekim 3 yıl üstü	87	17.8
Toplam	490	100.0

Tablo 11' de katılımcıların bulunduğu bölümde çalışma süreleri verilmiştir. Hekimlerin 103 (%21)'ü bulunduğu bölümde 0-3 yıl arasında, hemşirelerin 227 (%46,3) kişisi bulunduğu bölümde 3 yıl üstü çalışmaktadır.

Tablo. 12 Hastanede Çalışma Süresi Dağılımı (N=490)

Grup	N	%
Hemşire 0-3 yıl	173	35.3
Hekim 0-3 yıl	105	21.4
Hemşire 3 yıl	127	25.9
Hekim 3 yıl üstü	85	17.3
Toplam	490	100.0

Tablo 12’ de hastanede çalışma sürelerine bakıldığında, hemşirelerin 173’ü (%35,3)’ü 0-3 yıl arası, hekimlerin 127 ‘si (%25,9) 3 yıl ve üstü çalışmakta olduğu görülmektedir.

Hekim- Hemşire Çatışma Ölçeğinin Genel ve Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hekim-Hemşire Çatışma Ölçeğinin Genel Ve Alt Boyut Ortalamaları

HHÇÖ genel ve alt boyut ortalamaları dağılımı 10 tablo ile gösterilmektedir.

Tablo 13. Ölçek Genel ve Alt boyut Ortalama Dağılımı (N=490)

Alt Boyutlar	Hemşire		Hekim		Toplam	
	Z	Ortalama	Z	Ortalama	n	Ortalama
Meslek Algısı Alt Boyutu	300	<u>4.52</u>	190	3.25	490	4.03
Çalışma Koşulları Alt Boyutu	300	<u>4.02</u>	190	<u>3.54</u>	490	3.83
İletişim Alt Boyutu	300	3.15	190	<u>3.36</u>	490	3.36

Meslek algısı faktörü (X=4,52) ve Çalışma Koşulları Faktöründe (X=4,02) hemşireler hekimlerden anlamlı derecede yüksek puan almışlardır. Çalışma Koşulları (X=3,54) ve İletişim Faktöründe (X=3,36) ise hekimler hemşirelerden anlamlı derecede yüksek puan almışlardır

Tablo.14 Ölçek Genel ve Alt boyut Ortalamalarının Betimsel İstatistikleri (N=490)

Alt Boyutlar	Min	Max	Ortalama	Std.Sapma
Meslek Algısı Alt Boyutu	2,41	5.00	4,03	0.70
Çalışma Koşulları Alt Boyutu	2,92	5.00	3.84	0.39
İletişim Alt Boyutu	2.00	4.89	3.37	0.64
Toplam	2.80	4.85	3.74	0.34

Hekim-hemşire çatışma ölçeği genel ve alt boyut ortalamaları betimsel istatistikleri tablo 14’de verilmiştir. Meslek algısı alt boyut ortalaması $X=4,03\pm 0.70$, Çalışma Koşulları Alt Boyutu $X=3,84\pm 0.39$ ve İletişim Alt Boyutu $X=3.37\pm 0.64$ olarak bulunmuş. Toplam ölçek ortalaması ise $X=3.74\pm 0.34$ olarak saptanmıştır.

Tablo 15. Ölçek Genel ve Alt Boyut Ortalamalarının Mesleklere Göre Dağılımı

(N= 490)

Alt Boyutlar	Pozisyon														
	Hemşire					Hekim					Tüm Örneklem				
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Meslek Algısı Alt Boyutu	300	3,24	5,00	4,52	0,36	190	2,41	4,18	3,25	0,29	490	2,41	5,00	4,03	0,70
Çalışma Koşulları Alt Boyutu	300	3,08	4,00	4,02	0,35	190	2,92	4,38	3,55	0,24	490	2,92	5,00	3,84	0,39
İletişim Alt Boyutu	300	2,00	4,89	3,15	0,52	190	2,11	4,56	3,70	0,66	490	2,00	4,89	3,37	0,64
Toplam	300	3,18	4,85	3,90	0,28	190	2,80	4,10	3,50	0,29	490	2,80	4,85	3,74	0,34

Hekim-Hemşire Çatışma ölçeği genel ve alt boyut ortalamalarının mesleklere göre dağılımı tablo 15’te verilmiştir. Hemşirelerde Meslek Algısı alt boyutu ($X=4,52\pm 0,36$) diğer alt boyutlara göre anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Hekimlerde İletişim alt boyutu ($X=3,70\pm 0,66$) diğer alt boyutlara göre anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Anket alt boyut ortalamaları açısından tüm örnekleme

bakıldığında, meslek algısı alt boyutu ($X=4.03\pm0.70$) diğer alt boyutlara göre anlamlı derecede yüksektir.

HHÇÖ' nin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Anket faktörleri açısından cinsiyete göre kadınlarda hemşire – hekim farkları ve erkeklerde hekim - hemşire farkları bağımsız gruplar t-testi ile incelenmiştir.

Tablo.16 Cinsiyete Göre Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları (N=490)

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Anlamlılık		
					t	sd	P
Meslek Algısı	Erkek	167	3,67	0,68	-8.776	488	0.000
	Kadın	323	4,23	0,64			
Çalışma Koşulları	Erkek	167	3,70	0,36	-5.834	488	0.000
	Kadın	323	3,91	0,38			
İletişim	Erkek	167	3,55	0,66	4.529	488	0.000
	Kadın	323	3,27	0,60			
Toplam	Erkek	167	3,64	0,35	-6.984	488	0.000
	Kadın	323	3,80	0,33			

Hekim-hemşire çatışma ölçeğinde genel ve alt boyut ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması tablo 16'da verilmiştir. Meslek Algısı ($t_{(488)} = -8.78$, $p<0.01$) ve Çalışma Koşulları Alt Boyutlarında ($t_{(488)} = -5.83$, $p<0.01$) ve Toplam'da ($t_{(488)} = -6.98$, $p<0.01$) kadınlar erkeklerden, İletişim Alt boyutunda ($t_{(488)} = 4.53$, $p<0.01$) erkeklerin ortalama puanları kadınlardan yüksek bulunmuş ve aralarında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark tespit edilmiştir.

HHÇÖ' nin Yaşa Göre Karşılaştırılması

Tablo. 17 Yaşa Göre Anket Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları (N=490)

Alt Boyutlar	Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	Anlamlılık		
					T	sd	P
Meslek Algısı	18-34	337	4,18	0,65	7.304	488	0.000
	35 ve Üstü	153	3,70	0,72			
Çalışma Koşulları	18-34	337	3,89	0,38	4.582	488	0.000
	35 ve Üstü	153	3,72	0,39			
İletişim	18-34	337	3,36	0,64	-0.286	488	0.775
	35 ve Üstü	153	3,38	0,64			
Toplam	18-34	337	3,81	0,30	7.299	488	0.000
	35 ve Üstü	153	3,60	0,39			

Hekim-hemşire çatışma ölçeğinde genel ve alt boyut ortalamalarının yaşa göre karşılaştırılması tablo 17'de verilmiştir., Meslek Algısı Alt Boyutu ($t_{(488)} = 7.30$, $p < 0.01$) ve Çalışma Koşulları Alt Boyutu ($t_{(488)} = 4.58$, $p < 0.01$) ve Toplam'da ($t_{(488)} = 7.30$, $p < 0.01$) 18-34 yaş grubu 35 ve üstü yaş grupları arasında istatistikî açıdan fark bulunmuştur. İletişim Alt Boyutunda ise yaş grupları arasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

HHÇÖ' nin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Tablo.18 Medeni Duruma Göre Anket Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları (N=490)

Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	Ortalama	Std. Sapma	Anlamlılık		
					T	sd	P
Meslek Algısı	Evli	322	4,00	0,72	-1.417	488	0.157
	Bekâr	168	4,09	0,68			
Çalışma Koşulları	Evli	322	3,82	0,38	-1.352	488	0.177
	Bekâr	168	3,87	0,40			
İletişim	Evli	322	3,34	0,64	-1.251	488	0.211
	Bekâr	168	3,42	0,64			
Toplam	Evli	322	3,72	0,35	-2.067	488	0.039
	Bekâr	168	3,79	0,32			

Hekim-hemşire çatışma ölçeğinde genel ve alt boyut ortalamalarının medeni duruma göre karşılaştırılması tablo 18'de verilmiştir. Ölçek puan ortalamalarında ($t_{(488)} = -2.07, p < 0.05$) bekâr grupların ortalama puanları evli gruplara göre yüksek olup ($X=3,79 \pm 0,32$) aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Meslek Algısı, Çalışma Koşulları ve İletişim Alt Boyutunda ise medeni durum grupları arasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo.19 HHÇÖ Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Anket Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları (N=490)

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Anlamlılık		
					F	sd	P
Meslek Algısı	Lise	58	4,53	0,37	222.255	3-386	0.000
	Ön Lisans	45	4,54	0,31			
	Lisans	180	4,46	0,47			
	Yüksek Lisans	207	3,41	0,50			
Çalışma Koşulları	Lise	58	4,07	0,37	72.648	3-386	0.000
	Ön Lisans	45	4,01	0,35			
	Lisans	180	4,01	0,36			
	Yüksek Lisans	207	3,59	0,27			
İletişim	Lise	58	3,33	0,51	29.852	3-386	0.000
	Ön Lisans	45	3,26	0,48			
	Lisans	180	3,09	0,54			
	Yüksek Lisans	207	3,65	0,66			
Toplam	Lise	58	3,98	0,30	122.200	3-386	0.000
	Ön Lisans	45	3,94	0,28			
	Lisans	180	3,85	0,29			
	Yüksek Lisans	207	3,55	0,31			

Hekim-hemşire çatışma ölçeğinde genel ve alt boyut ortalamalarının eğitim durum göre karşılaştırılması tablo 19’da verilmiştir Meslek Algısı’nda ($F_{(3-386)} = 222.26$, $p < 0.01$), Çalışma Koşulları’nda ($F_{(3-386)} = 72.65$, $p < 0.01$), İletişim’de ($F_{(3-386)} = 29.85$, $p < 0.01$) ve Toplam’da ($F_{(3-386)} = 122.20$, $p < 0.01$) eğitim grupları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklar vardır.

Çalışma Süreleri ile Korelatif İlişkiler

Tablo 20. HHÇÖ’ de Eğitim Durumuna Göre Anket Alt Boyut Dağılımları

Alt boyutlar	Eğitim Durumu	N	X	Ss	F	Sd	P
Meslek Algısı Alt Boyutu	Lise	58	76.93	6.26	222.255	3, 386	0.000
	Ön Lisans	45	77.24	5.18			
	Lisans	180	75.81	7.95			
	Yüksek Lisans	207	57.88	8.48			
Çalışma Koşulları Alt Boyutu	Lise	58	52.84	4.83	72.648	3, 386	0.000
	Ön Lisans	45	52.13	4.57			
	Lisans	180	52.12	4.63			
	Yüksek Lisans	207	46.62	3.47			
İletişim Alt Boyutu	Lise	58	30.00	4.54	29.852	3, 386	0.000
	Ön Lisans	45	29.31	4.34			
	Lisans	180	27.77	4.87			
	Yüksek Lisans	207	32.80	5.95			
Toplam	Lise	58	159.78	11.02	122.200	3, 386	0.000
	Ön Lisans	45	158.69	10.34			
	Lisans	180	155.71	11.14			
	Yüksek Lisans	207	137.30	11.85			

Tüm örnekleme eğitim durumuna göre lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans grupları arasında anket faktörleri açısından farkları inceleyen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) bulgularına göre Meslek Algısı Alt Boyutu ($F_{(3, 386)} = 222.26$, $p < 0.01$), Çalışma Koşulları Alt Boyutunda ($F_{(3, 386)} = 72.65$, $p < 0.01$) ve İletişim Alt boyutunda

($F_{(3, 386)} = 29.85, p < 0.01$) ve Toplam Alt Boyut Ortalamalarında ($F_{(3, 386)} = 122.20, p < 0.01$) eğitim grupları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklar tespit edilmiştir.

Tablo 21. Hemşirelerde Eğitim Durumuna Göre Anket Alt Boyut Dağılımları

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	N	X	Ss	F	sd	p
Meslek Algısı Alt Boyutu	Lise	58	76.93	6.26	0.095	3, 296	0.963
	Ön Lisans	45	77.24	5.18			
	Lisans	173	76.71	6.59			
	Yüksek Lisans	24	76.92	5.17			
Çalışma Koşulları Alt Boyutu	Lise	58	52.84	4.83	0.726	3, 296	0.537
	Ön Lisans	45	52.13	4.57			
	Lisans	173	52.27	4.56			
	Yüksek Lisans	24	51.25	3.48			
İletişim Alt Boyutu	Lise	58	30.00	4.54	4.633	3, 296	0.003
	Ön Lisans	45	29.31	4.34			
	Lisans	173	27.60	4.71			
	Yüksek Lisans	24	28.33	4.58			
Toplam	Lise	58	159.78	11.02	1.732	3, 296	0.160
	Ön Lisans	45	158.69	10.34			
	Lisans	173	156.58	10.11			
	Yüksek Lisans	24	156.50	7.45			

Hemşirelerde eğitim durumuna göre lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans grupları arasında anket faktörleri açısından farkları inceleyen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) bulgularına göre, İletişim Alt Boyutunda ($F_{(3, 296)} = 4.63, p < 0.01$) eğitim grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar tespit edilmiştir.

Tablo.22 Hekimlerde Eğitim Durumuna Göre Anket Alt Boyut Dağılımları

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	N	X	Ss	U	p
Meslek Algısı Alt Boyutu	Lisans	7	53.71	6.82	610.000	0.830
	Yüksek Lisans	183	55.38	4.90		
Çalışma Koşulları Alt Boyutu	Lisans	7	48.43	5.22	457.500	0.198
	Yüksek Lisans	183	46.01	2.99		
İletişim Alt Boyutu	Lisans	7	32.00	6.98	582.000	0.681
	Yüksek Lisans	183	33.39	5.87		
Toplam	Lisans	7	134.14	14.48	625.500	0.916
	Yüksek Lisans	183	134.78	9.84		

Hekimlerde eğitim durumuna göre lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans grupları arasında anket faktörleri açısından farkları inceleyen Mann-Whitney U testi bulgularına göre, hiçbir faktör puanında eğitim grupları arasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark yoktur.

TARTIŞMA

Bu araştırma İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşireler arasında çatışma nedenlerini belirlemek ve bir ölçek geliştirmek amacıyla planlandı.

Araştırmaya 300 hemşire (% 61,2), 190 hekim (% 38,8) katılmıştır. Hemşirelerin 248'i (% 82,7) kadın, 52'si (% 17,3) erkektir. Hekimlerin ise 75'i (% 39,5) kadın, 115'i (% 60,5) erkektir.

Günümüze kadar hemşirelik mesleği kadına özgü bir meslek olarak görülüyordu. Sağlık memurları hemşire statüsü içinde yer almıyordu. Dolayısıyla araştırmamızda kadın hemşirelerin, erkek hemşirelerde fazla çıkması beklenen bir durumdur.

Karahan'ın 2007 yılında yapmış olduğu araştırmada kadın hemşire sayısı yüksek çıktı Bu durum bizim araştırma bulgularımızı desteklemektedir. Hekimlerde de erkeklerin kadınlara göre fazla olduğu görülmektedir

Araştırmaya katılan hemşirelerin 243'ü (% 81,0) 18-34 yaş arasında, 57'si (% 19,0) 35 ve üstü yaştaadır. Hekimlerin 94'ü (% 49,5) 18-34 yaş arasında,96'sı (% 50,5) 35 ve üstü yaşta olduğu görülmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere hastane genç hemşirelerden, orta yaş grubunda olan hekimlerden oluşmaktadır.

Karahan'ın 2007 yılında yapmış olduğu çalışmada hekimlerin yaş ortalaması 31-40 yaş arasında bulunmuştur. Hemşirelerin ise yaş ortalaması 21-30 yaş arasındadır. Bu veriler bizim bulgularımızı desteklemektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin 108'i (% 36,0) bekâr, 192'si (% 64,0) evlidir. Hekimlerin ise 60'i (% 31,6) bekar, 130'u (% 68,4) evlidir.

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin eğitim durumuna bakıldığında, hemşirelerin eğitim durumlarında bir heterojenlik görülmektedir. Hekimlerde ise böyle bir durum söz konusu değildir. Hemşirelerin 58'i (% 19,3) lise mezunu, 45'i (% 15,0) ön lisans mezunu, 173'ü (% 57,7) lisans mezunu, 24'ü (% 8,0) yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Hekimlerde 7'si (% 3,7) lisans, 183'ü (% 96,3) yüksek lisans mezunudur. Bu durum hemşirelik mesleğinde eğitim durumunun belli bir standartta

olmadığını göstermektedir. Hekimlik mesleğinde 6 yıllık bir eğitim ardından hekimlik unvanı alınmaktadır.

Bulunduğu bölümde çalışma süreleri incelendiğinde, hekimlerin hemşirelere göre daha fazla süredir çalışmakta olduğu görülür. Bu durum hemşirelerde belli bir uzmanlaşmanın olmadığını, birimlerde hemşire açığının olup olmadığına göre değiştiğini göstermektedir. Hekimlerde ise, hekim uzman olduğu alanın dışında çalışmamaktadır.

Bulunduğu hastanede çalışma sürelerine bakıldığında ise, yine hekimlerin hemşirelere göre daha fazla süredir çalışmaları görülmektedir. Bu durum hemşirelerin istemedikleri pozisyonlarda ya da uzmanlık alanları dışında çalıştırıldıkları ve yer değişikliğinin yapılmamasından kaynaklanabilir. Hekimlerde ise böyle bir durum söz konusu değildir.

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin meslekte çalışma süreleri incelendiğinde ise, hekimlerin hemşirelerden daha uzun süredir çalışmakta olduğu görülmektedir. Bu durum Hastanenin genç bir hemşire topluluğundan oluştuğunu göstermektedir.

Birbirlerinden çok farklı amaçları gerçekleştirmeye çalışan ve bazı uzmanlık alanlarının bir arada faaliyet gösterdiği hastanelerde çatışmalar genellikle, iletişim yetersizliğinden, çalışma koşullarının elverişsiz olmasından, denetim biçiminden, personelin kendi arasındaki amaç, algılama ve statü farklılıklarından, yöneticilik tarzları ve kişilik farklılıklarından kaynaklandığı sayılabilir.

Kişilere sağlık hizmeti saunan hastane işletmelerinin bel kemiğini hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Hekim ve hemşireler hastanede işlerin yürütülebilmesi için koordineli olarak çalışmak zorundadır. Hastaların tedavisinden bakımına kadar her türlü sağlık hizmetinden sorumlu olan hekim ve hemşireler arasında çatışmalar yaşanmaktadır. Çalışmada sağlık hizmetlerinin önemli iki meslek grubu arasındaki çatışma nedenleri analiz edilmiştir.

Yapılan çalışmada hekim ve hemşirelerin genel olarak çatışma nedenleri iletişim eksikliği, çalışma koşullarının ve fiziksel şartların yetersizliği ve meslek algısından kaynaklanan sorunlar yer almaktadır.

Hekim ve hemşireler arasında çatışma nedenleri farklılık göstermektedir. Her iki grupta, çalışma koşullarının yetersizliği ve meslek algısının neden olduğu çatışmaları önemli görmektedir.

Araştırmada hemşireler en çok meslek algısından kaynaklanan nedenlerden dolayı hekimlerle çatışma yaşadıklarını belirtmiştir. Hemşireler hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmaması, kurumda fazla çalışma sürelerinin olması, hastanede işlerin çok yoğun olması, hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmaları gibi nedenlerden dolayı hekimlerle çatışma yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hekimler ise hemşirelerle, işlerin yoğun olması, dengesiz nöbet dağıtımı fazla çalışma süreleri, iyi bir koordinasyon sisteminin olmaması, hekim-hemşire arasındaki eğitim farklılığının olması, görev dağıtımının bilgi ve yeteneklere uygun dağıtılmaması gibi konularda çatışma yaşamaktadır.

İki grup arasındaki çatışmalarda her ne kadar kişisel ve örgütsel faktörler rol oynasa da çalışma şartlarının ve hastanenin fiziksel yapısının etkisinin olduğu bir gerçektir. Bu nedenler çalışanların görevlerini en iyi şekilde yerine getirebilmeleri için, fiziksel alt yapının sağlanması gerekmektedir.

Hemşireler, çalışma koşulları alt boyutundan kaynaklanan çatışmalarda hekimlerden daha yüksek puan almıştır. Ekip çalışmasının yetersiz uygulanması yetersiz tıbbi malzemenin olması, hekim-hemşire arasında etkin bir takım çalışmasının olmaması, işyerinin fiziksel koşullarının yetersiz olması gibi konularda hekimlerle çatışma yaşadıklarını ifade etmiştir.

Hekimler ise hemşirelerle hastanede resmi ilişkilerin yoğun olması, kişiler arası ayrımcılık, ortak bilimsel ve sosyal toplantıların az olması gibi nedenlerle daha çok çatışma yaşadıklarını söylemiştir.

Şimşek'in 2003 yılında yapmış olduğu çalışmada, görevlerin yeteneklere uygun olmaması, etkin ekip çalışmasının olmaması çatışma nedeni olarak görülmüştür. Bu bulgular bizim verilerimizle paralellik göstermektedir.

Hekimler, hemşirelerle en çok iletişim kaynaklı sorunlar yaşadıklarını ifade etmiştir. Hemşireler ve yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişiminin olmadığını

hekim-hemşire arasında iletişim yetersizliği olduğunu, hemşirelerin iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz olduğunu, hemşirelerin kendilerini mesleki açıdan yetersiz gördüğünü düşünmektedir.

Hemşireler ise hekimlerle, iletişim yetersizliği, acil durumlarda hekimler gelinceye kadar hemşirelerin müdahalede bulunmasına hekimlerin farklı tepkiler vermesi, hekimlerin hastaya ilişkin yaklaşımlarda hemşirelerle işbirliğine girmemeleri yüzünden çatışma yaşadıklarını ifade etmiştir.

Başak'ın 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada iletişim eksikliği önemli çatışma nedeni olarak bulunmuştur.

Aynı şekilde Şimşek'in 2003, Karahan'ın 2007 yılında yapmış olduğu çalışmalarda iletişim eksikliği sağlık çalışanları arasında önemli çatışma nedeni olarak bulunmuştur.

Hekimlerinin unvanlarının çatışmalar üzerinde etkili olduğu görülürken hemşireler için böyle bir durum söz konusu değildir. Hemşireler, işlerin sürekli hekimler tarafından denetlendiğini, hastaya ilişkin yaklaşım ve politikaların düzenlenmesi sırasında hemşireyle işbirliğine girilmediğini düşünmektedir.

Kara'nın 2005 yılında yapmış olduğu çalışmada kurum içinde hemşire sayısının yetersiz olması, iletişim kopukluğuna neden olduğu ve hekimlerle çatışmaları arttırdığı sonucu çıkmıştır. Bu veriler bizim çalışmamızı desteklemektedir. Bizim çalışmamızda hemşireler, kurum içindeki hemşire sayısının yetersiz olması sonucu hekimlerle çatışmalar yaşadıklarını ifade etmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

- Tüm örnekleme 300 (% 61,2) hemşire 190 (% 38,8) hekim yer almıştır. Hemşirelerin 248'i (% 82,7) kadın, 52'si (% 17,3) erkektir. Hekimlerin 75'i (% 39,5) kadın, 115'i (% 60,5) erkektir. Tüm örnekleme 323 (% 65,9) kadın, 167 (% 34,1) erkek bulunmaktadır
- Hemşirelerin 243'ü (% 81,0) 18-34 yaş arasında, 57'si (% 19,0) 35 ve üstü yaşıdadır. Hekimlerin 94'ü (% 49,5) 18-34 yaş arasında, 96'sı (% 50,5) 35 ve üstü yaşıdadır. Tüm örneklem de ise 337 kişi (% 68,8) 18-34 yaş arasında, 153 kişi (% 31,2) 35 ve üstü yaşıdadır.
- Hemşirelerin 108'i (% 36,0) bekâr, 192'si (% 64,0) evlidir. Hekimlerin 60'i (% 31,6) bekâr, 130'u (% 68,4) evlidir. Tüm örnekleme 168 kişi (% 34,3) bekâr, 322 kişi (% 65,7) evlidir.
- Hemşirelerin 58'i (% 19,3) lise mezunu, 45'i (% 15,0) ön lisans mezunu, 173'ü (% 57,7) lisans mezunu, 24'ü (% 8,0) yüksek lisans mezunudur. Hekimlerin 7'si (% 3,7) lisans, 183'ü (% 96,3) yüksek lisans mezunudur. Tüm örneklemin 58'i (% 11,8) lise, 45'i (% 9,2) ön lisans, 180'i (% 36,7) lisans, 207'si (% 42,2) yüksek lisans mezunudur.
- Bulunulan bölümde çalışma süresi incelendiğinde, hekimlerin ($X=3.43$, $Ss=1.38$) hemşirelere ($X=2.39$, $Ss=1.15$) göre daha fazla bir süredir çalışmakta oldukları görülmektedir.
- Bulunulan hastanede çalışma süreleri incelendiğinde, hekimlerin ($X=3.36$, $Ss=1.42$) hemşirelere göre ($X=3.01$, $Ss=1.24$) göre daha fazla bir süredir çalışmakta oldukları görülmektedir.

- Meslekte çalışma süresi incelendiğinde, hekimlerin ($X=9.10$, $Ss=4.27$) hemşirelere ($X=7.26$, $Ss=4.58$), göre daha fazla bir süredir çalışmakta oldukları görülmektedir.

Hemşireler hekimlerle:

- Yapılan işlerin sürekli hekimler tarafından denetlenmesinden,
- Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmalarından,,
- Hemşireler ile hekimler arasında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olmasından,
- Tıbbi istemlerin zamanında ve yazılı biçimde verilmemesinden,
- Hekimlerin hemşirelerden bakım dışı işlerle de ilgilenmelerini istemelerinden,
- Hekimlerin, hastaya ilişkin yaklaşım ve politikaların düzenlenmesi konusunda hemşirelerle işbirliğine girmediğinden,
- İşlerin yoğun olmasından kaynaklanan stresten,
- Nöbetlerin dengeli bir şekilde olmamasından,
- Kurumdaki fazla çalışma sürelerinin olmasının yol açtığı yorgunluk ve stres,
- Kurumda yapılan yenilikler,
- Hemşire sayısının yetersiz olması,
- Hastanedeki yetki ve sorumluluk dengesizliği,
- Ödüllendirme sisteminin yetersiz olması,
- Hekim- hemşire arasındaki gelir farklılıklarının olması,
- Görevlerin bilgi ve yeteneklere göre verilmemesi gibi nedenlerden dolayı daha çok çatışma yaşadıkları sonucu çıkmıştır.

Hekimler hemşirelerle:

- Kendi aralarında çalışma uyumsuzluğunun olması,
- Kişiler arası ayrımcılığın olması,
- Kurum içinde ekip çalışmasının yetersiz olması,
- Hekim-hemşire arasında etkin bir takım çalışmasının olmaması,

- Yeterli sayıda tıbbı malzemenin olmaması,
- Hastanede iyi bir koordinasyon sisteminin olmaması,
- Çalışanların yönetim kararlarına katılmaması,
- Hekim ve hemşire arasındaki çatışma durumunda taraflardan birinin kaçınma davranışının göstermemesi,
- Hekim- hemşire arasında iletişim yetersizliğinin olması,
- Hemşireler ile yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişimin olmaması,
- Hekimin ya da hemşirenin iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz olması,
- Hemşirenin kendini mesleki açıdan yetersiz görmesi gibi nedenlerle çatışma yaşadıkları sonucu çıkmıştır.

Bu araştırmanın bulgularına göre öneriler;

- Her iki meslek grubunun birlikte ve eşit koşullarda hasta için ortak karar verebilmesini sağlayacak düzenli hasta toplantıları yapılması ve hastanın ortaklık içinde izlenmesi,
- Hekim ve hemşirelerin ortak eğitimlerinin oluşturulması,
- Hekimlerin ve hemşirelerin profesyonellik durumuna ilişkin görüşlerini ortaya çıkarmaya yönelik görüşme yöntemi kullanılarak görüşlerin açık ve net bir şekilde elde edilmesi,
- Hastanelerde herkesin uzmanlaştığı, yetki ve sorumlulukların net bir şekilde belirlendiği bildirilerin hazırlanması,
- Hastanelerde iletişim olgusu geliştirilerek, örgüt içi çatışmaları önleyecek iletişim sistemlerinin oluşturulması,
- Kaynakların etkin bir şekilde kullanılarak çatışmaların önüne geçilmesi,

- Hekim ve hemşireler arasındaki çatışmaların nedenleri gözden geçirilerek uygun yollarla her iki tarafın uzlaşmasının sağlanması,
- Hekim ve hemşire arasındaki statü ile ilgili çatışmaları önlemek için hizmet içi eğitimlerle verimli çalışmanın artırılması sağlanmalıdır.

Kaynakça

A. Köksal, H. A. (2002). Çağdaş Yönetim nlayışı ve Hastane İşletmeciliği. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi* , 7-10.

Akçakaya, M. (2003). Çatışma Yönetimi ve Örgüt Verimliliğine Etkisi. *Kamu-İş*, 6-7.

Akın, M. (1998). *İşletmelerde Çatışma Yönetiminde İletişimin Yeri ve Önemi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Argyris, C. (1994). Good Communication That Blocks Learning. *Harvard Business Review*, 41-56.

Aslan, Ş. (2003). *Hastane İşletmelerinde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aşçıoğlu, V. (2007). *İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.

Aşçıoğlu, V. (2007). *İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.

Aşçıoğlu, V. (2007). *İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Programı Yüksek Lisans Tezi.

Atiker, M. (2004). *Çatışma*. Konya: Konya Ticaret Odası Etüd- Araştırma Servisi.

Başak, B. (2010). *Çatışma ve Çatışma Yönetimi: İzmir Kamu ve Vakıf Üniversitelerinin Karşılaştırılması*. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi İşletme Ana Bilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Programı Yüksek Lisans Tezi.

Candoğan Akca, G. E. (2006). Hastane Çalışanlarının Yöneticileri ve Çalışma Arkadaşları İle Yaşadıkları Çatışma Nedenlerine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 127-153.

Canova, S. (2005). *Çatışma*. nisan 15, 2012 tarihinde <http://www.nccogpdm.metu.edu.tr>: <http://www.nccogpdm.metu.edu.tr> adresinden alındı.

Collins, R. (1994). *Fuor Sociological Traditions*. Oxford University Pres, New York, 46-51.

Cüceloğlu, D. (1992). *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitapevi.

Ç. Bektaş, A. G. (2004). Hizmet İşletmelerinde Kalite Odaklı İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi Unsurları. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 26-28.

Çağlayan, O. A. (2006). *Örgütsel Çatışma Yönetimi ve Bir Araştırma*. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Çolak, M. (2007). *Örgütlerde Çatışmanın Yönetiminde Gücün Kullanımı ve Bir Araştırma*. Malatya: İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Çoruh, M. (1998). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 25-34.

D. Liam, S. J. (1995). Conflict, Power, Negotiation,. *British Medical Journal*, 36-49.

D: Boddy, T. S. (1998). How Teams Develop Management An Introduction. *Prantice Hll Europa, Fist Published*, 250-306.

Darr, K. (1991). Quality Improvement And Quality Assurence Compered. *Hospital Topics*, 71-77.

Demir, B. (2004). *Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneğinde Hastane Organizasyonu İçerisinde Hekim- Hemşire İlişkisinin Çatışma ve Güç İlişkileri Açısından Analizi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Demir, H. (2001). Türk Hizmet Sektöründe Yönetici Profili Turizm Sağlık Finans Örneği. *MPM Dergisi*, 19-32.

Doğruöz, S. (1987). *Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Yönetimi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Bilim Uzmanlığı Tezi.

Dökmen, Ü. (1996). *Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Dursun, P. (2008). *Kocaeli Bölgesinde Yer Alan Tüm Kamu ve Özel Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Çatışma Nedenleri ve Çatışma Yönetim Tarzlarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi.

Düşükcan, M. (2003). *Örgütlerde Çatışma ve Çatışma Yönetimi Sürecinde Örgütsel İletişimin Etkiliği Kuramsal ve Uygulamalı Bir Çalışma*. Konya: Doktora Tezi.

Düşükcan, M. (2003). *Örgütlerde Çatışma ve Çatışma Yönetimi Sürecinde Örgütsel İletişimin Etkiliği Kurumsal ve Uygulamalı Bir Çalışma*. konya: Doktora tezi.

Forum, C. (1998). Keeping The Peace. 1-3.

Kara, G. (2005). *Hekim-Hemşire İlişkisi ve Yaşanan Sorunlar*. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karahan, A. (2007). *Hastane işletmelerinde Örgütsel Yapıdan Kaynaklanan Çatışmalar*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karakılçık, Y. (1997). *Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi*. Malatya: Yayımlanmamış Doktora Tezi.

Kaya, S. (1992). Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Nedenler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 121-123.

Kırel, Ç. (1997). Örgütsel Çatışma ve Güç İlişkisi. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 477-494.

Koçel, T. (2010). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş.

Koçel, T. (2010). İşletme Yöneticiliği. T. koçel içinde, *İşletme Yöneticiliği* (s. 674). İstanbul: Beta.

L. Donaldson, J. S. (1995). Conflict, Power, Negatiation. *British Medical Journal*, 69-70.

Lee, D. (2001). Power Confct And Satisfection İn Supplier Chionese Distributer. *Journol Of Business Resuarch*, 148-155.

M.Aktaş. (2002). Hastane İşletmelerinde Örgütsel Çatışmanın Boyutları, Örgütsel Yapı ve Başarıda Etkinliğin Sağlanması Yönelik Bir Model Önerisi. Ankara.

Martin, J. (2001). Organizational Behaviour, Second Edition, The University Of Hull. *Printed In İtaly By Ganale&C*, 847-884.

Mccollin, A. (2003). İnterdisiplinary Team Deador Ship: Are Visionist Approach Foran . *Journal Of Nursing Management*, 97-113.

Mugh, B. (2001). *Collaboration And Conflict, Journal Of Inter Professional Care*.

O'Daniel, M., & Rosenstein., A. H. (2008). Professional Communication and Team Collaboration. *Patient Safety and Quality An Evidence-Based Handbook for Nurses*.

Oğuz, Y. (2007). *Okul Müdürlerinin Demografik Değişkenler ve Kişilik Özellikleri ile Çatışma Yönetimi Stili Tercihleri Arasındaki Farklılıklar ve İlişkiler*. İstanbul: Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi Teftişi Planlaması ve Ekonomisi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Özçelik, E. Ü. (2009). *Sağlık Ekibinin Hemşirenin Eğitimci rolüne Yönelik Düşünceleri*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özdemir, G. (2004). *Çatışma Yönetimi ve Afyon İl Emniyet Müdürlüğünde Bir Uygulama*. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özdemir, M. (tarih yok). <http://mahmutozdemir.8m.com/seminer41.html>. Şubat 14, 2012 tarihinde <http://mahmutozdemir.8m.com> adresinden alındı

Özdemir, M. (2012, Şubat 14). İşletmelerde Çatışma Yönetimi. İstanbul, Bakırköy, Türkiye.

Özkaraca, R. (2009). *Hekim ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumlar ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü.

Öztay, S. (2008). *İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Çatışma Yönetimi Stilleri*. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Denetimi Yüksel Lisans Programı.

Robbins, S. (1990). *Organization Theory Structure, Design And* . New Jersey: Prentice Hall International Editions.

Robbins, S. (1993). *Organizational Behavior Concepts, Controversies, and Applications*. New Jersey: Prentice Hall.

S. Ocak, Ö. G. (2004). Muğla Devlet Hastanesinde Hemşirelerde Rol Belirsizliğine İlişkin Bir Çatışma. *Modern Hastane Yönetimi*, 54-56.

S.P, R. (1993). *Organizational Behavior Concesps, and Applications*, . New Jersey: Prentice Hall.

Sungur, D. (2008). *Eskişehir İli Yenikent eğitim Bölgesi İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Çatışma Yönetimi Yaklaşımları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Şahin, A. (2007). *İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Kişiler Arası İletişim Becerileri ve Çatışma Yönetimi Stratejileri Arasındaki İlişki*. Antalya: Akdeniz üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şahinler, M. (1991). *Hastane Organizasyonu SSYB ve Üniversite Hastanelerinden Alınan Birer Örneğin Organizasyonların mukayeseli Olarak Karşılaştırılması*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı.

Şamdan, A. İ. (2008). *Örgütsel Çatışma ve Çözümleme Yöntemleri: Bir Araştırma*. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi.

Şamdan, A. İ. (2008). *Örgütsel Çatışma ve Çözümleme Yöntemleri: Bir Araştırma*. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Şamdan, A. İ. (2008). *Örgütsel Çatışma ve Çözümleme Yöntemleri: Bir Araştırma*. 2008: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Şendur, F. E. (2006). *Örgütsel Çatışma ve Çatışma Yönetimi*. Mersin: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Şerif, M. (2011, Şubat 2). Gruplar Arası Davranış. İstanbul, Türkiye.

T. Asunakultu, b. S. (2004). Kültürel Farklılıklardan Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Bir Araştırma (Marmaris Turizm Sektörü Örneği). *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26-29.

T. Kılınç, S. S. (1997). Hastanelerde Organizasyon Programı Çalışmaları. *Modern Hastane Yönetimi*, 33-39.

T. Kuhn, C. K. (2000). *Managing Conflict In Anurban Health Care Setting: What Do Etpets Know?*

Tanrıverdi, M. (2008). *Ortaöğretim Okulu Yöneticilerinin Öğretmenler Tarafından Algılanan Çatışma Yönetimi Stilleri ile Öğretmenlerin Okul İklimi Algıları Arasındaki İlişki*. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Denetimi Yüksek Lisans Programı.

Uçar, Y. (2007). *İş Yaşamında Çatışma Yönetimi ve Sivas Demir Çelik İşletmeleri A.Ş. de Bir Araştırma*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Uysal, İ. (2004). *Örgütsel Çatışma Yönetimi ve Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası'na Yönelik Bir Uygulama*. Ankara: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası İnsan Kaynakları Genel Müdürlüğü.

Uysal, Ő. (1998). *Toplumsal Kültürün rgtlerde atıŐmanın Yönetimine Etkisi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İŞletme Anabilim Dalı.

V. Yiğit, C. A. (1999). Sağlık Kurumlarında rgtsel atıŐmanın Yönetimi. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 7-10.

Yıldırım, D. (2012, AĞustos 20). Hekim-Hemşire atıŐması. Ankara, BeŐevler, İstanbul.

Yrkoğlu, S. (2008). *zel Bir Hastanede alıŐan Sağlık Personelinin Rol atıŐması, Rol Belirsizliği ve TükenmiŐlik Düzeylerinin Belirlenmesi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

EKLER

EK:1 ÇATIŞMA DEĞERLENDİRME ANKETİ

Sayın Katılımcı;

Hekim ve hemşireler arasındaki çatışma nedenlerini belirlemek ve bir ölçek geliştirmek amacıyla bir araştırma planlamaktayım. Anket sonuçlarının güvenilir olması, soruları yanıtlamada gösterdiğiniz samimiyete ve dikkate bağlıdır. Bu anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kişisel bilgilerinizle ilgili soruları, ikinci bölümde ise hekim - hemşire arasındaki çatışma nedenlerini belirlemek üzere oluşturulmuş sorular vardır. Vermiş olduğunuz bütün bilgilerin sadece bu araştırma ile ilgili kullanılacağı ve başka bir amaçla kullanılmayacağını özellikle belirtmek isterim.

İlgi ve içtenliğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Aysun MANİSALI

Haliç Üniversitesi

Yüksek Lisans Öğrencisi

BÖLÜM 1

- | | | | | |
|---------------------------------|--------|---------------|-------|------------|
| 1.) Cinsiyet: | Erkek | Kadın | | |
| 2.) Yaş: | 18-24 | 25-34 | 35-44 | 45 ve üstü |
| 3.) Medeni Durumunuz: | Bekâr | Evli | | |
| 4.)Eğitim Durumu: | Lise | Ön Lisans | | |
| | Lisans | Yüksek Lisans | | |
| 5.) Çalıştığınız Bölüm:..... | | | | |
| 6.) Çalıştığınız Pozisyon:..... | | | | |

7.) Bulduğunuz Bölümde Çalışma Süreniz:.....AyYıl

8.) Hastanede Çalışma Süreniz:.....AyYıl

9.) Mesleğinizde Toplam Çalışma Süreniz:..... Ay..... Yıl

BÖLÜM 2

Hastanenizde görevinizi yaparken daha uyumlu ilişkiler kurmanızı engelleyen (çatışmalara yol açan) bazı sebepler aşağıda sıralanmıştır. Bu sebeplerin size göre çatışmaya yol açma derecesini işaretleyiniz.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1) Hekimler ve hemşireler arasındaki iletişim yetersizliği, çatışmaya neden olmaktadır.					
2) Hemşireler ve yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişimin olmaması çatışma nedenidir.					
3) Hekimin iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz kalması hemşirelerle sorun yaşanmasına sebep olur					
4) Hemşirenin iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz kalması hekimlerle sorun yaşanmasına sebep olur					
5) Hemşireler ile hekimler arasında çalışma uyumsuzluğun olması çatışmaya yol açmaktadır.					
6) Kişiler arası ayrımcılık yapılması bir çatışma nedenidir.					

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
7) Hekimler ve hemşirelerin kurumsal amaçları arasındaki farklılık bir çatışma nedenidir.					
8) Kurumda ekip çalışmasının yetersiz uygulanması çatışma nedenidir.					
9) Hekimler ile ortak bilimsel ve sosyal toplantıların çok az sayıda oluşu ilişkileri sınırlar.					
10) Yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi ilişkileri gerginleştirir.					
11) Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmaları ilişkileri gerginleştirir.					
12) Hekimler ile hemşirelerin arasında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkide sorunlara yol açar.					
13) Tıbbi istemlerin zamanında ve yazılı bir biçimde iletilmemesi mesleki ilişkileri zedeler.					
14) Hekimlerin bakımın yanı sıra düzen ve malzeme istemleri gibi bakım dışı işlerle de hemşirelerden ilgilenmesini istemeleri ilişkileri gerginleştirir.					

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
15) Hekimlerin, yeni başlayan hemşirelerin deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmaları ilişkileri gerginleştirir					
16) Acil durumlarda hekimler gelinceye kadar hemşirelerin ön müdahalede bulunulmasına, hekimlerin farklı tepkiler göstermesi ilişkileri gerginleştirir.					
17) Hekimler, hastaya ilişkin yaklaşım ve politikaların düzenlenmesi konusunda hemşirelerle işbirliğine girmezler.					
18) Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına neden olur (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).					
19) Hemşirenin kendisini mesleki açıdan yetersiz görmesi, hekimlerle sorun yaşamasına neden olur (Sorun hemşirenin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).					
20) Kurumda sosyal faaliyetlerin (gezi, tanışma ve kaynaşma toplantıları vb.) yetersiz yapılması hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.					

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
21) Hemşire-hekim arasında etkin bir takım çalışması uygulanması çatışmayı engeller.					
22) İşyerinin fiziksel şartlarının (ısıtma, havalandırma, aydınlatma, hijyen, güvenlik vb. bakımdan) yetersizliği çatışma nedenidir.					
23) Yeterli sayıda tıbbi malzemelerin olmayışı hekimlerle olan ilişkileri gerginleştirir.					
24) Hastanede birimler arasındaki güç ve hâkimiyet kurma mücadeleleri çatışma nedenidir.					
25) Hastanede işlerin çok yoğun olmasının yol açtığı stres çatışma nedenidir.					
26) Hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmaması bir çatışma sebebidir.					
27) Kurumda fazla çalışma süreleri bir çatışma nedenidir.					
28) Kurumda yapılan yenilikler bir çatışma nedenidir.					
29) Kurumdaki hemşire sayısının yetersiz oluşu ekip içerisinde iletişim kopukluğuna neden olur.					

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
30) Hastanede iyi bir koordinasyon (iletişim, toplantı) sisteminin olmaması hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.					
31) Hastanede yetki ve sorumluluk dengesizliği hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.					
32) Hastanede ödüllendirme sisteminin yetersiz olması hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.					
33) Hastanede resmi ilişkilerin yoğunluğu hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.					
34) Hekimler ve hemşireler arasındaki gelir farklılıkları çatışma nedenidir.					
35) Hekimler ve hemşirelerin arasındaki eğitim farklılığı çatışma nedenidir.					
36) Hekimler ve hemşirelerin görevlerinin bilgi ve yeteneklerine uygun olmaması çatışma nedenidir.					
37) Hekimlerin, ekip içindeki statülerini yüksek görmeleri anlaşmazlıkları arttırır.					

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
38) Çalışanların hemşirelerin yönetim kararlarına katılmasının sağlanması çatışmayı engeller.					
39) Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmada taraflardan birinin kaçınma davranışı göstermesi çatışmayı engeller.					
40) Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmayı çözüm yöntemlerinden problem çözme yöntemi çatışmayı engeller.					

EK2: Faktör Soruları Frekans Dağılımları ve Betimsel İstatistikleri

Meslek Algısı Alt Boyutunda Hemşire, Hekim ve Tüm Örneklem için Cevap Frekansları

Meslek Algısı Faktörü Soruları		Pozisyon					
		Hemşire		Hekim		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Soru 10	Hiç Katılmıyorum	1	33.3	2	66.7	3	0.6
	Katılmıyorum	6	6.5	87	93.5	93	19.0
	Kararsızım	6	7.3	76	92.7	82	16.7
	Katılıyorum	119	83.2	24	16.8	143	29.2
	Tamamen Katılıyorum	168	99.4	1	0.6	169	34.5
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 11	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	12	100.0	12	2.4
	Katılmıyorum	0	0.0	115	100.0	115	23.5
	Kararsızım	1	2.2	44	97.8	45	9.2
	Katılıyorum	104	85.2	18	14.8	122	24.9
	Tamamen Katılıyorum	195	99.5	1	0.5	196	40.0
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 12	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	41	100.0	41	8.4
	Katılmıyorum	7	7.4	88	92.6	95	19.4
	Kararsızım	8	16.0	42	84.0	50	10.2
	Katılıyorum	104	84.6	19	15.4	123	25.1
	Tamamen Katılıyorum	181	100.0	0	0.0	181	36.9
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 13	Hiç Katılmıyorum	1	11.1	8	88.9	9	1.8
	Katılmıyorum	8	7.1	104	92.9	112	22.9
	Kararsızım	14	17.5	66	82.5	80	16.3
	Katılıyorum	116	91.3	11	8.7	127	25.9
	Tamamen Katılıyorum	161	99.4	1	0.6	162	33.1
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 14	Hiç Katılmıyorum	1	14.3	6	85.7	7	1.4
	Katılmıyorum	10	9.2	99	90.8	109	22.2
	Kararsızım	15	17.2	72	82.8	87	17.8
	Katılıyorum	111	90.2	12	9.8	123	25.1
	Tamamen Katılıyorum	163	99.4	1	0.6	164	33.5
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 15	Hiç Katılmıyorum	4	33.3	8	66.7	12	2.4
	Katılmıyorum	25	28.1	64	71.9	89	18.2
	Kararsızım	18	15.8	96	84.2	114	23.3
	Katılıyorum	90	81.8	20	18.2	110	22.4
	Tamamen Katılıyorum	163	98.8	2	1.2	165	33.7
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 25	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Katılmıyorum	3	42.9	4	57.1	7	1.4
	Kararsızım	3	11.5	23	88.5	26	5.3
	Katılıyorum	57	32.2	120	67.8	177	36.1
	Tamamen Katılıyorum	237	84.6	43	15.4	280	57.1
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 26	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Katılmıyorum	2	33.3	4	66.7	6	1.2
	Kararsızım	4	20.0	16	80.0	20	4.1
	Katılıyorum	47	29.4	113	70.6	160	32.7
	Tamamen Katılıyorum	247	81.3	57	18.8	304	62.0
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0

**(devamı) Meslek Algısı Alt Boyutunda Hemşire, Hekim ve Tüm Örneklem için
Cevap Frekansları**

Meslek Algısı Faktörü Soruları		Pozisyon					
		Hemşire		Hekim		Toplam	
		n	%	n	%	N	%
Soru 27	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Katılmıyorum	3	50.0	3	50.0	6	1.2
	Kararsızım	10	40.0	15	60.0	25	5.1
	Katılıyorum	39	24.4	121	75.6	160	32.7
	Tamamen Katılıyorum	248	82.9	51	17.1	299	61.0
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 28	Hiç Katılmıyorum	2	100.0	0	0.0	2	0.4
	Katılmıyorum	20	54.1	17	45.9	37	7.6
	Kararsızım	19	19.8	77	80.2	96	19.6
	Katılıyorum	46	34.6	87	65.4	133	27.1
	Tamamen Katılıyorum	213	95.9	9	4.1	222	45.3
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 29	Hiç Katılmıyorum	1	100.0	0	0.0	1	0.2
	Katılmıyorum	5	21.7	18	78.3	23	4.7
	Kararsızım	6	9.8	55	90.2	61	12.4
	Katılıyorum	65	40.1	97	59.9	162	33.1
	Tamamen Katılıyorum	223	91.8	20	8.2	243	49.6
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 30	Hiç Katılmıyorum	4	100.0	0	0.0	4	0.8
	Katılmıyorum	13	54.2	11	45.8	24	4.9
	Kararsızım	19	36.5	33	63.5	52	10.6
	Katılıyorum	70	41.7	98	58.3	168	34.3
	Tamamen Katılıyorum	194	80.2	48	19.8	242	49.4
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 31	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	1	100.0	1	0.2
	Katılmıyorum	6	37.5	10	62.5	16	3.3
	Kararsızım	14	16.3	72	83.7	86	17.6
	Katılıyorum	87	47.0	98	53.0	185	37.8
	Tamamen Katılıyorum	193	95.5	9	4.5	202	41.2
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 32	Hiç Katılmıyorum	4	57.1	3	42.9	7	1.4
	Katılmıyorum	16	53.3	14	46.7	30	6.1
	Kararsızım	11	11.0	89	89.0	100	20.4
	Katılıyorum	85	50.9	82	49.1	167	34.1
	Tamamen Katılıyorum	184	98.9	2	1.1	186	38.0
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 35	Hiç Katılmıyorum	1	11.1	8	88.9	9	1.8
	Katılmıyorum	13	34.2	25	65.8	38	7.8
	Kararsızım	16	42.1	22	57.9	38	7.8
	Katılıyorum	68	49.6	69	50.4	137	28.0
	Tamamen Katılıyorum	202	75.4	66	24.6	268	54.7
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 36	Hiç Katılmıyorum	2	50.0	2	50.0	4	.8
	Katılmıyorum	7	35.0	13	65.0	20	4.1
	Kararsızım	20	39.2	31	60.8	51	10.4
	Katılıyorum	218	63.4	126	36.6	344	70.2
	Tamamen Katılıyorum	53	74.6	18	25.4	71	14.5
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 37	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	23	100.0	23	4.7
	Katılmıyorum	6	7.5	74	92.5	80	16.3
	Kararsızım	9	11.4	70	88.6	79	16.1
	Katılıyorum	100	83.3	20	16.7	120	24.5
	Tamamen Katılıyorum	185	98.4	3	1.6	188	38.4
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0

Meslek Algısı Alt Boyutunda Hemşire, Hekim ve Tüm Örneklem için Betimsel İstatistikler

Meslek Algısı Faktörü Soruları	Pozisyon														
	Hemşire					Hekim					Tüm Örneklem				
	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Soru 10	300	1	5	4.49	0.67	190	1	5	2.66	0.73	490	1	5	3.78	1.13
Soru 11	300	3	5	4.65	0.49	190	1	5	2.37	0.76	490	1	5	3.77	1.26
Soru 12	300	2	5	4.53	0.67	190	1	4	2.21	0.89	490	1	5	3.63	1.37
Soru 13	300	1	5	4.43	0.73	190	1	5	2.44	0.69	490	1	5	3.66	1.21
Soru 14	300	1	5	4.42	0.76	190	1	5	2.49	0.69	490	1	5	3.67	1.19
Soru 15	300	1	5	4.28	0.99	190	1	5	2.71	0.75	490	1	5	3.67	1.19
Soru 25	300	2	5	4.76	0.51	190	2	5	4.06	0.66	490	2	5	4.49	0.67
Soru 26	300	2	5	4.80	0.48	190	2	5	4.17	0.66	490	2	5	4.56	0.63
Soru 27	300	2	5	4.77	0.55	190	2	5	4.16	0.62	490	2	5	4.53	0.65
Soru 28	300	1	5	4.49	0.93	190	2	5	3.46	0.72	490	1	5	4.09	0.99
Soru 29	300	1	5	4.68	0.63	190	2	5	3.63	0.80	490	1	5	4.27	0.87
Soru 30	300	1	5	4.46	0.89	190	2	5	3.96	0.81	490	1	5	4.27	0.89
Soru 31	300	2	5	4.56	0.68	190	1	5	3.55	0.69	490	1	5	4.17	0.84
Soru 32	300	1	5	4.43	0.90	190	1	5	3.35	0.70	490	1	5	4.01	0.98
Soru 35	300	1	5	4.52	0.81	190	1	5	3.84	1.16	490	1	5	4.26	1.02
Soru 36	300	1	5	4.04	0.63	190	1	5	3.76	0.76	490	1	5	3.93	0.69
Soru 37	300	2	5	4.55	0.66	190	1	5	2.51	0.90	490	1	5	3.76	1.25

Çalışma Koşulları Alt Boyutunda Hemşire, Hekim ve Tüm Örneklem için Cevap

Frekansları

Çalışma Koşulları Alt Boyutunda Soruları		Pozisyon					
		Hemşire		Hekim		Toplam	
		N	%	n	%	n	%
Soru 5	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Katılmıyorum	12	70.6	5	29.4	17	3.5
	Kararsızım	40	38.5	64	61.5	104	21.2
	Katılıyorum	211	66.6	106	33.4	317	64.7
	Tamamen Katılıyorum	37	71.2	15	28.8	52	10.6
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 6	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Katılmıyorum	7	100.0	0	0.0	7	1.4
	Kararsızım	22	30.6	50	69.4	72	14.7
	Katılıyorum	195	60.2	129	39.8	324	66.1
	Tamamen Katılıyorum	76	87.4	11	12.6	87	17.8
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 7	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	3	100.0	3	.6
	Katılmıyorum	21	33.9	41	66.1	62	12.7
	Kararsızım	37	37.0	63	63.0	100	20.4
	Katılıyorum	184	69.4	81	30.6	265	54.1
	Tamamen Katılıyorum	58	96.7	2	3.3	60	12.2
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 8	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Katılmıyorum	5	41.7	7	58.3	12	2.4
	Kararsızım	8	9.6	75	90.4	83	16.9
	Katılıyorum	125	55.6	100	44.4	225	45.9
	Tamamen Katılıyorum	162	95.3	8	4.7	170	34.7
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 9	Hiç Katılmıyorum	2	66.7	1	33.3	3	.6
	Katılmıyorum	97	80.2	24	19.8	121	24.7
	Kararsızım	91	51.4	86	48.6	177	36.1
	Katılıyorum	55	41.0	79	59.0	134	27.3
	Tamamen Katılıyorum	55	100.0	0	0.0	55	11.2
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 21	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Katılmıyorum	2	33.3	4	66.7	6	1.2
	Kararsızım	12	17.6	56	82.4	68	13.9
	Katılıyorum	201	63.2	117	36.8	318	64.9
	Tamamen Katılıyorum	85	86.7	13	13.3	98	20.0
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 22	Hiç Katılmıyorum	1	100.0	0	0.0	1	.2
	Katılmıyorum	8	33.3	16	66.7	24	4.9
	Kararsızım	8	8.2	90	91.8	98	20.0
	Katılıyorum	202	71.6	80	28.4	282	57.6
	Tamamen Katılıyorum	81	95.3	4	4.7	85	17.3
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 23	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Katılmıyorum	5	27.8	13	72.2	18	3.7
	Kararsızım	8	11.3	63	88.7	71	14.5
	Katılıyorum	192	64.2	107	35.8	299	61.0
	Tamamen Katılıyorum	95	93.1	7	6.9	102	20.8
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0

(devamı) Çalışma Koşulları Alt Boyutunda Hemşire, Hekim ve Tüm Örneklem için Cevap Frekansları

Çalışma Koşulları Alt Boyutunda Soruları		Pozisyon					
		Hemşire		Hekim		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Soru 24	Hiç Katılmıyorum	1	100.0	0	0.0	1	0.2
	Katılmıyorum	61	67.0	30	33.0	91	18.6
	Kararsızım	50	38.8	79	61.2	129	26.3
	Katılıyorum	108	63.2	63	36.8	171	34.9
	Tamamen Katılıyorum	80	81.6	18	18.4	98	20.0
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 33	Hiç Katılmıyorum	1	100.0	0	0.0	1	0.2
	Katılmıyorum	6	60.0	4	40.0	10	2.0
	Kararsızım	23	41.1	33	58.9	56	11.4
	Katılıyorum	224	61.4	141	38.6	365	74.5
	Tamamen Katılıyorum	46	79.3	12	20.7	58	11.8
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 38	Hiç Katılmıyorum	1	100.0	0	0.0	1	0.2
	Katılmıyorum	9	69.2	4	30.8	13	2.7
	Kararsızım	39	43.3	51	56.7	90	18.4
	Katılıyorum	163	57.6	120	42.4	283	57.8
	Tamamen Katılıyorum	88	85.4	15	14.6	103	21.0
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 39	Hiç Katılmıyorum	3	27.3	8	72.7	11	2.2
	Katılmıyorum	10	31.3	22	68.8	32	6.5
	Kararsızım	30	50.8	29	49.2	59	12.0
	Katılıyorum	177	61.9	109	38.1	286	58.4
	Tamamen Katılıyorum	80	78.4	22	21.6	102	20.8
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 40	Hiç Katılmıyorum	1	50.0	1	50.0	2	0.4
	Katılmıyorum	16	47.1	18	52.9	34	6.9
	Kararsızım	31	23.5	101	76.5	132	26.9
	Katılıyorum	164	72.2	63	27.8	227	46.3
	Tamamen Katılıyorum	88	92.6	7	7.4	95	19.4
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0

Çalışma Koşulları Alt Boyutunda Hemşire, Hekim ve Tüm Örneklem için Betimsel İstatistikler

Çalışma Koşulları Faktörü Soruları	Pozisyon														
	Hemşire					Hekim					Toplam				
	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Soru5	300	2	5	3.91	0.64	190	2	5	3.69	0.65	490	2	5	3.82	0.65
Soru 6	300	2	5	4.13	0.64	190	3	5	3.79	0.53	490	2	5	4.00	0.62
Soru 7	300	2	5	3.93	0.77	190	1	5	3.20	0.84	490	1	5	3.65	0.87
Soru 8	300	2	5	4.48	0.64	190	2	5	3.57	0.64	490	2	5	4.13	0.77
Soru 9	300	1	5	3.21	1.11	190	1	4	3.28	0.70	490	1	5	3.24	0.97
Soru 21	300	2	5	4.23	0.55	190	2	5	3.73	0.61	490	2	5	4.04	0.62
Soru 22	300	1	5	4.18	0.63	190	2	5	3.38	0.67	490	1	5	3.87	0.76
Soru 23	300	2	5	4.26	0.59	190	2	5	3.57	0.68	490	2	5	3.99	0.71
Soru 24	300	1	5	3.68	1.09	190	2	5	3.36	0.86	490	1	5	3.56	1.02
Soru 33	300	1	5	4.03	0.58	190	2	5	3.85	0.55	490	1	5	3.96	0.58
Soru 38	300	1	5	4.09	0.75	190	2	5	3.77	0.62	490	1	5	3.97	0.72
Soru 39	300	1	5	4.07	0.77	190	1	5	3.61	0.98	490	1	5	3.89	0.88
Soru 40	300	1	5	4.07	0.80	190	1	5	3.30	0.71	490	1	5	3.77	0.85

İletişim Alt Boyutunda Hemşire, Hekim ve Tüm Örneklem için Cevap Frekansları

İletişim Alt Boyutunda Soruları		Pozisyon					
		Hemşire		Hekim		Toplam	
		N	%	n	%	n	%
Soru 1	Hiç Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Katılmıyorum	6	85.7	1	14.3	7	1.4
	Kararsızım	22	48.9	23	51.1	45	9.2
	Katılıyorum	251	63.1	147	36.9	398	81.2
	Tamamen Katılıyorum	21	52.5	19	47.5	40	8.2
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 2	Hiç Katılmıyorum	1	100.0	0	0.0	1	0.2
	Katılmıyorum	12	100.0	0	0.0	12	2.4
	Kararsızım	44	57.1	33	42.9	77	15.7
	Katılıyorum	215	61.6	134	38.4	349	71.2
	Tamamen Katılıyorum	28	54.9	23	45.1	51	10.4
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 3	Hiç Katılmıyorum	9	42.9	12	57.1	21	4.3
	Katılmıyorum	155	86.1	25	13.9	180	36.7
	Kararsızım	66	85.7	11	14.3	77	15.7
	Katılıyorum	58	38.7	92	61.3	150	30.6
	Tamamen Katılıyorum	12	19.4	50	80.6	62	12.7
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 4	Hiç Katılmıyorum	11	73.3	4	26.7	15	3.1
	Katılmıyorum	172	91.0	17	9.0	189	38.6
	Kararsızım	71	74.0	25	26.0	96	19.6
	Katılıyorum	37	28.2	94	71.8	131	26.7
	Tamamen Katılıyorum	9	15.3	50	84.7	59	12.0
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 16	Hiç Katılmıyorum	2	50.0	2	50.0	4	0.8
	Katılmıyorum	25	48.1	27	51.9	52	10.6
	Kararsızım	60	52.2	55	47.8	115	23.5
	Katılıyorum	128	56.6	98	43.4	226	46.1
	Tamamen Katılıyorum	85	91.4	8	8.6	93	19.0
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 17	Hiç Katılmıyorum	4	57.1	3	42.9	7	1.4
	Katılmıyorum	43	51.8	40	48.2	83	16.9
	Kararsızım	72	61.0	46	39.0	118	24.1
	Katılıyorum	99	56.9	75	43.1	174	35.5
	Tamamen Katılıyorum	82	75.9	26	24.1	108	22.0
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 18	Hiç Katılmıyorum	21	53.8	18	46.2	39	8.0
	Katılmıyorum	174	89.7	20	10.3	194	39.6
	Kararsızım	53	67.1	26	32.9	79	16.1
	Katılıyorum	38	29.2	92	70.8	130	26.5
	Tamamen Katılıyorum	14	29.2	34	70.8	48	9.8
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 19	Hiç Katılmıyorum	25	78.1	7	21.9	32	6.5
	Katılmıyorum	186	93.9	12	6.1	198	40.4
	Kararsızım	54	60.7	35	39.3	89	18.2
	Katılıyorum	22	17.9	101	82.1	123	25.1
	Tamamen Katılıyorum	13	27.1	35	72.9	48	9.8
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0
Soru 20	Hiç Katılmıyorum	3	100.0	0	0.0	3	0.6
	Katılmıyorum	117	92.9	9	7.1	126	25.7
	Kararsızım	114	62.6	68	37.4	182	37.1
	Katılıyorum	52	33.8	102	66.2	154	31.4
	Tamamen Katılıyorum	14	56.0	11	44.0	25	5.1
	Toplam	300	61.2	190	38.8	490	100.0

İletişim Alt Boyutunda Hemşire, Hekim ve Tüm Örneklem için Betimsel İstatistikler

İletişim Faktörü Soruları	Pozisyon														
	Hemşire					Hekim					Tüm Örneklem				
	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Soru 1	300	2	5	3.96	0.47	190	2	5	3.97	0.49	490	2	5	3.96	0.48
Soru 2	300	1	5	3.86	0.64	190	3	5	3.95	0.54	490	1	5	3.89	0.61
Soru 3	300	1	5	2.70	0.95	190	1	5	3.75	1.17	490	1	5	3.11	1.16
Soru 4	300	1	5	2.54	0.87	190	1	5	3.89	0.97	490	1	5	3.06	1.12
Soru 16	300	1	5	3.90	0.93	190	1	5	3.44	0.83	490	1	5	3.72	0.92
Soru 17	300	1	5	3.71	1.06	190	1	5	3.43	1.02	490	1	5	3.60	1.05
Soru 18	300	1	5	2.50	0.96	190	1	5	3.55	1.18	490	1	5	2.91	1.17
Soru 19	300	1	5	2.37	0.90	190	1	5	3.76	0.95	490	1	5	2.91	1.14
Soru 20	300	1	5	2.86	0.88	190	2	5	3.61	0.67	490	1	5	3.15	0.88

Faktör Puanlarında Hemşire, Hekim ve Tüm Örneklem için Betimsel İstatistikler

Faktörler	Pozisyon														
	Hemşire					Hemşire					Tüm Örneklem				
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
F-1	300	55.00	85.00	76.85	6.20	190	41.00	71.00	55.32	4.97	490	41.00	85.00	68.50	11.97
F-2	300	40.00	65.00	52.28	4.54	190	38.00	57.00	46.10	3.11	490	38.00	65.00	49.88	5.04
F-3	300	18.00	44.00	28.38	4.70	190	19.00	41.00	33.34	5.90	490	18.00	44.00	30.30	5.73
Toplam	300	131.0	189.0	157.5	10.18	190	111.0	160.0	134.8	10.00	490	111.0	189.0	148.7	15.01

EK:3 Uzman Görüşü Alınan Eğitimciler

- Yrd. Doç. Dr. Bedriye AK
- Yrd. Doç. Dr. Azize KARAHAN
- Yrd. Doç. Dr. Leman ŞENTURAN
- Yrd. Doç. Dr. Hatice YORULMAZ

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile *Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aysun MANİSALI* arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çalışmanın adı: "Hastanelerde Hekim- Hemşire Çalışma Nedenleri ve Çözüm Yöntemleri"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: *Aysun MANİSALI* dır.

Konusu: Madde 2- a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç:** 10.01.2012 / **Bitiş:** 10.04.2012

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

10.01/2012

Adı-Soyadı
Aysun MANİSALI



OLUR
10.01/2012
Vali a.
Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU
Sağlık Müdürü



10.01/2012
Uz. Dr. Fetin Rüştu YILDIZ
Sağlık Müdür Yardımcısı



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Aysun MANİSALI
Doğum Yeri ve Tarihi : Eskişehir / 04.09.1987
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : aysun.inceelli@gmail.com
Tel : 0(553) 281 49 60

Eğitim ve Akademik Durum

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Balıkesir Üniversitesi Bandırma SYO	2009

İş Tecrübesi

	<u>Görev</u>	<u>Süre</u>
Bursa Acıbadem Hastanesi	Hemşire	2009
Maslak Acıbadem Hastanesi	Hemşire	2009-2010
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire	2011-.....