

## Çalışma Ortamlarında Hekim-Hemşire Arasındaki Çatışma Nedenleri ve Çatışmaların Yönetimi

### *Causes of Conflict Between Physicians and Nurses in Working Environments and Management of Conflicts*

Yaşar Mahsut Dinçel 

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

### ÖZ

Bu çalışmanın amacı, hekim ve hemşireler arasındaki çatışma nedenlerini dikkate alan çalışmaları inceleyerek, konuya ilişkin yazınlardan derleme yaparak ve elde edilen bulguları sentezleyerek okuyucuların dikkatine sunmaktır. Bu çalışmada, gerek uygulayıcılara gerekse araştırmacılara hekim ile hemşire arasındaki çatışma nedenlerine ilişkin önerilerde bulunulması, çatışmaları yönetmede yeğledikleri yaklaşımlar hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın evrenini hekim ve hemşireler arasındaki çatışmaların incelendiği çalışmalar oluşturmaktadır. İlgili çalışmalar Google Akademik, Ulakbim, YÖK Tez ve Türk Tıp Dizini gibi veri tabanlarından sağlanmıştır. 2004-2018 yılları arasında konuyla ilgili yapılmış olan ulusal yayınlar taranmış ve 41 çalışmaya erişilmiştir. Bunlar arasından çalışmaya kabul ölçütlerine uymayan çalışmalar dışlanmış ve kalan 17 çalışma araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmaların taranmasında; "hastane," "hemşire," "hekim" ve "çatışma" anahtar sözcükleri kullanılmıştır. Hekim ve hemşireler arasındaki temel çatışma nedenlerinin görev tanımlarının belirsizliği, iletişim sorunları, çalışma koşulları, hekimin kaba ve yıkıcı davranışları ile meslek algısı olduğu saptanmıştır. Çatışmaların yönetiminde en fazla kullanılan stillerin tümleştirme, uzlaşma, dinleme/anlama ve kaçınma olduğu, en az kullanılanların ise zorlama ve hükmetme olduğu belirlenmiştir. Hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının meslektaşları ile çeşitli nedenlerden dolayı çatışma yaşadıkları ve çatışmalarını yönetmede farklı yönetim yaklaşımlarını kullandıkları belirlenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Hekim, hemşire, çatışma nedenleri, çatışma yönetimi

### ABSTRACT

The aim of the current study was to investigate the empirical studies on the reasons for conflict among physicians and nurses, review relevant literature on the topic, and synthesize the data obtained for the consideration of the readers. By conducting this study, it was aimed to present some recommendations and provide information about the preferred approaches for the conflict management to the professionals and researchers in the field. The universe of the study consists of studies examining conflicts between physicians and nurses. Related studies were provided from databases such as Google Scholar, Ulakbim, YOK Thesis and Turkish Medical Index. Between the years of 2004-2018 national publications on the subject were screened and 41 studies were reached. Among these, studies that did not meet the inclusion criteria were excluded and the remaining 17 studies were included in the study. In the screening of studies keywords such as "hospital," "nurse," "physician" and "conflict" were used. The main reasons of conflicts between physicians and nurses was found to be the uncertainty of job descriptions, communication problems, working conditions, physician's rude and destructive behaviors and occupational perception. The most commonly used styles in conflict management were determined as integration, compromise, listening/comprehension and avoidance; the least used ones were coercion, and domination. It was determined that both nurses and physicians are experiencing conflict because of different reasons and using different conflict management approaches.

**Keywords:** Physician, nurse, reasons of conflict, conflict management

**Geliş Tarihi / Arrival Date:** 30.03.2018

**Kabul tarihi / Date of Acceptance:** 08.05.2019

**İletişim / Corresponding author:** Yaşar Mahsut Dinçel, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, 35330 Tekirdağ - Türkiye

**E-posta / E-mail:** ymd61@hotmail.com

**Yazarların ORCID bilgileri:**

Y.M.D. 0000-0001-6576-1802

## GİRİŞ

Bu çalışmada, hekimler ve hemşireler arasında zaman zaman oluşabilen çatışmaların nedenleri, sonuçları ve yönetimine ilişkin yapılmış araştırmalar incelenmiştir. Çatışma, yaşamın doğal süreçlerinden biri olarak değerlendirildiğinde bireysel yaşamda olduğu gibi örgütsel yaşamda da kaçınılmaz bir olgu olarak kabul edilebilir. Çatışmaların nedenleri ve ortaya çıkardığı sonuçlar çatışma yönetimini zorunlu kılmaktadır.

Örgütlerde belli bir düzeyde çatışma olması; bireyin ve örgütün gelişimini destekleyici bir bileşen olarak düşünülmektedir. Çatışmalar bakış açısı farklılıkları oluşturarak kapasite gelişimine ve verimliliğe katkı sağlayabilmektedir. Ayrıca, tekdüzeliği azaltma, geribildirim oluşturma, başarıyı artırma gibi olumlu etkileri de olabilmektedir. Örgütsel açıdan yönetilemeyen çatışma ortamları ise olumsuz sonuçlar oluşturabilmektedir. Çatışmanın olumlu ya da olumsuz olması, çatışmanın nasıl yönetildiğine bağlı olarak değişebilmektedir. Çatışmanın fark/analiz edilmesi ve yönetilmesi konusunda en büyük pay yöneticilere düşmektedir. Çatışmanın var olması o örgütün yaşadığı, değiştiği ve geliştiğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Önemli olan çatışmanın, örgütün geleceğine hizmet edecek şekilde yönetilebilmesidir (Sütlü, 2007).

Örgütlerde yaşanan çatışmalar, hem örgütsel hem de yönetsel açıdan önemli derecede zaman ve enerji kaybına neden olmasının yanı sıra sağlık hizmetlerinden yararlanan vatandaşların da bu durumdan olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Çatışmanın örgütün hangi düzeyinde, kimler arasında ortaya çıkarsa çıksın nedenlerinin doğru belirlenmesi ve etkili yönetilmesi gerekmektedir. Etkin bir çatışma yönetimi, çatışmaların zararlı yönlerini en aza indiren, yararlı yönlerini ise arttıran, örgütteki çatışma düzeyini en uygun düzeyde tutan ve çatışmalarda kazan-kazan çözüm yaklaşımını benimseyen işlevlerin toplamı olarak belirtilmektedir (Akkirman, 1998). Hastane örgütlerinde yaşanan örgütsel çatışmaların; olumsuz duyguların oluşumuna, bireyler arasındaki ilişkilerin bozulmasına, örgütsel iletişim ve eşgüdümünün bozulmasına, karar verme sürecinin olumsuz etkilenmesine ve sonuçta hasta bakımında olumsuz durumların yaşanmasına neden olabileceği belirtilebilir. Bu bağlamda, hastane ortamında oluşabilecek çatışma ve sonuçlarını incelemek daha farklı bir öneme sahip olmaktadır. Bu çalışmada, hekim ve hemşire arasındaki çatışma durumlarına ilişkin yapılmış araştırmalar incelenmiş ve araştırma sonuçları alan yazına dayandırılarak değerlendirilmiştir.

Derlemede, hekim ve hemşireler arasındaki çatışmaların nedenleri ve yönetilmesi sürecinde taraflarca kabul gören yaklaşımların konu edildiği ve araştırıldığı çalışmalar incelenmiştir. Bu bağlamda derlemede, özel bir üniversitenin kütüphanesinin üye olduğu veri tabanlarında "hastane", "hemşire", "hekim" ve "çatışma" anahtar sözcükleriyle makaleler taranmıştır. Tarama işlemleri için Ulakbim, Türk Tıp Dizini, Google Akademik ve YÖK Tez veri tabanları kullanılmıştır. Bu makaleler arasından araştırma kapsamında uygun görülen makaleler seçilerek incelenmiştir.

Çalışmaya kabul edilme ölçütleri, ilgili veri tabanlarında yer alan çalışmaların 2004-2018 yılları arasında yayınlanması, yayın dilinin Türkçe olması, nicel bir desene sahip olması, sözel bildiri olarak sunulması, yalnızca Türkiye örnekleminde gerçekleştirilmesi ve çatışma nedenleri ile onun yönetimine ilişkin veri sağlanması şeklinde belirlenmiştir. Çalışmadan dışlanma ölçütleri ise; 2004 yılı öncesinde yayınlanmış olması, nitel bir desene sahip olması, özellikle yüksek lisans ve doktora tezlerinin henüz erişime açılmamış olması ve poster bildiri olması şeklinde ortaya konmuştur.

Tarama sürecinde, daha önceden belirlenen ölçütler göz önünde bulundurularak, yapılan ilk alan yazın incelemesinde toplam 41 adet çalışmaya ulaşılmış ve bunlardan beşinin doğrudan doğruya çalışma amacına uygun olmadığı, üçünün İngilizce dilinde yazıldığı, onunun ilgili yıl aralıkları dışında yer aldığı, altısının henüz erişime açılmadığı belirlenmiştir. Daha sonra bunlar arasından, ilgili ölçütlere uygunluk göstermeyen çalışmalar elendikten sonra en son aşamada 17 adet çalışma değerlendirmeye alınmıştır (Aslan, 2004; Kara, 2005; Akyürek ve ark., 2005; Akgün Çıtak, 2006; Karahan, 2007; Bucak, 2010; Şahin ve Örselli, 2010; İntepeler ve Harmancı, 2011; Akgün Çıtak ve Çam, 2011; Manisalı, 2013; Aydın, 2013; İnce, 2014; Kale ve Tıncılık, 2015; Koraş ve ark., 2015; Erdenk, 2016; Turgut ve ark., 2017; Yılmaz, 2018). Derlemede ayrıca bunların dışında alan yazına ilişkin kitap ve makalelerden de yararlanılmıştır.

## ÇATIŞMA KAVRAMI

Çatışma kavramı, farklı disiplinler tarafından ele alınmış olup, bu durum farklı tanımların yapılmasına neden olmuştur. Eren (2000) çatışmayı, "bireyler ve grupların birlikte çalışma sorunlarından kaynaklanan ve normal çalışmaların durmasına veya karışmasına neden olan olaylar" şeklinde tanımlarken, Koçel (2005), "iki veya daha fazla kişi veya grup arasındaki çeşitli kaynaklardan doğan anlaşmazlık" olarak tanımlamıştır. Karip (2003) daha geniş bir tanım yaparak "çatışmayı kaynaklar, güç, statü, inançlar, çıkarlar ve diğer isteklere sahip olma çekişmesi olarak görülecek toplumsal bir süreç" olarak belirtmiştir. Çatışma kavramının anlamı üzerinde evrensel bir uzlaşma olmamakla

birlikte, bu kavramın daha çok toplumsal taraflar arasında etkinlikler, ilişkiler ve davranışlar bağlamında uyumsuzluk olarak açıklandığı görülmektedir. Bu uyumsuzluklar genellikle şiddet içermemekte ya da şiddet düzeyine ulaşmadan bir uzlaşma ortamı sağlanmaktadır.

Sağlık çalışanları arasındaki çatışma, tüm dünyadaki sağlık bakım çevrelerinde oldukça önemli bir konu olarak ele alınmaktadır. Sağlık çalışanları arasındaki çatışmanın en önemli nedenleri; yönetim yaklaşımları ve çalışanların algılarındaki farklılıklar, işgören yetersizliği, amaç farklılıkları ve çalışma grupları arasındaki rekabet şeklinde belirtilmektedir. Daha çok ast-üst ilişkileri çatışmaya yol açmaktadır. Sağlık bakım kuruluşlarında etkisiz çatışma yönetimi, sağlıklı çalışma koşullarına, güç oyunlarına, hasta doyumсуuzluğuna, bakımın kalitesinin azalmasına ve sağlık giderlerinin artmasına neden olmaktadır. Bireylerin veya grupların amaçlarına yönelik bir tehdit olarak algılanması nedeniyle tüm çatışmalar, fonksiyonel olsun ya da olmasın, özünde duygusal bir tepki olarak değerlendirilmektedir (Jordan ve Troth, 2004). Sağlık ekibi üyelerinden hekimler ile onlarla birlikte hastaya doğrudan hizmet sunan hemşirelerin, bakım ve tedavi hizmetini gerçekleştirmeleri sırasında gerçekleşen çatışmaların nedenlerini ve etkilerini sorgulamaları, yorumlamaları ve bunları hasta açısından kaliteli hizmet alma, örgütleri ve kendileri açısından da öğrenme ve başarıyı artırma ile sonuçlanacak şekilde yönetmeleri büyük önem taşımaktadır.

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇATIŞMA

Hastanelerde sağlık hizmetini etkileyen en önemli bileşen, örgütsel çatışmalar olmaktadır. Hastanelerde örgütsel çatışma, hastanın tedavisini sağlayan sağlık çalışanları arasındaki uyumsuzluk, anlaşmazlık, rol karmaşıklığı ve belirsizliği başta olmak üzere birçok değişkeni kapsayan karmaşık bir olgu olarak ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kişiler arası çatışmalar, tüm sağlık çalışanları arasında olabilmektedir. Hastaneler, karmaşık örgütsel yapıya sahip olmalarının yanı sıra tedavi ve bakım sağlama sürecinde tüm sağlık profesyonellerinin iş birliği ve eşgüdüm halinde birlikte çalışmasını gerektirdiğinden, böyle bir çalışma ortamında çatışmaların oluşma olasılığı sık görülmektedir (Bousari ve ark., 2009). Sağlık işletmeleri, yürütülen işler bakımından birbirleriyle karşılıklı bağımlılık gösteren bölümlerden oluşmaktadır. Dolayısıyla bir işin zamanlama veya yürütülmesinde meydana gelen aksaklık, diğer bölümlerdeki işlerin yürütülmesini de olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlık işletmelerinde yapılan işin doğası gereği özellikle hekim ve hemşireler arasında karşılıklı bağımlılık söz konusu olmaktadır. Örneğin, hemşirenin hastanın tedavisini uygulaması için hekimin istemini yazılı olarak iletmesi gerekmektedir (Almost, 2006).

Sağlık hizmetleri değiştikçe, sağlık profesyonelleri arasında hasta merkezli sağlık ekipleri, işlevsel olarak bir araya gelmektedir. Bu bağlamda ekip çalışması, tüm sağlık işletmelerinde özellikle de hastanelerde önemli bir bileşen olmaktadır. Disiplinler arası sağlık hizmeti veren bu ekipler, verdikleri hizmetin özelliklerinin ve hizmet alanların farklılık göstermesi nedeniyle geleneksel ekiplerden ayrılmaktadır. Burada sağlık hizmetinden yararlanan hastalar, fiziksel, duygusal ve psiko-sosyal yönden olağanüstü bir süreçten geçmektedirler. Bu nedenle, sağlık gibi karmaşık bir alanda hizmet vermek, farklı sağlık disiplinleriyle bir araya gelmeyi ve ortak çalışmayı gerektiren, etkin bir ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır (Karahana, 2007). Bu şekilde disiplinler arası ekibin oluşturulması ve yürütülmesi de farklı kişiler arası çatışmaların oluşma olasılığını artırmaktadır.

Sağlık işletmelerinin örgütsel yapılarında yatay ve dikey büyümeye yönelik çatışma nedenleri incelendiğinde, birçok etkenle karşılaşmaktadır. Sağlık işletmelerinde aynı görev, yetki ve sorumluluklara sahip hemşirelerin sözleşmeli ve kadrolu olarak farklı haklara sahip olmaları, yoğun bakım gibi birimlerde çalışan hemşirelere uygulanan ücretlendirmenin dolayısıyla kurumdaki ödüllendirme sisteminin farklılık göstermesi ve hekimlerle hemşireler arasındaki görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği gibi çeşitli etmenler çatışmalara neden olabilmektedir (Almost, 2006).

### SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA ÇATIŞMA

Hastaneler, diğer örgütlerden farklı olarak pek çok hizmet grubunu yapısında barındırarak hizmetlerini sunmaktadır. Bu nedenle, sağlık sektöründe yaşanan değişim ve gelişmeyle beraber hizmet veren bu farklı iş kollarında görev alan meslek gruplarının sayısı ve yetkinliği de hızla artmaktadır. Bu değişen koşullar beraberinde çalışanlar arası çatışmalara ortam hazırlamaktadır. Sağlık işletmelerinde görev alan hemşirelerin yaşadıkları çatışmaların kaynakları; farklı yönetim yaklaşımları, ekip üyelerinin farklı bakış açıları, yüksek düzeyde stres, gruplar arasındaki amaç farklılıkları ve rekabet olarak belirtilmektedir. Ayrıca, hastane ortamındaki önemli bir çatışma kaynağını da sürekli iletişim ve iş birliği halinde çalışması gereken hemşire ve hekimler oluşturmaktadır (Almost, 2006). Amaçları birbirleriyle zıt olan çalışanlardan ve ekiplerden oluşmuş örgütlerde, tarafların amaçlarını kısmen ya da tamamen gerçekleştirebilmek için giriştikleri mücadele sonucunda, bireyler ve gruplar arası ilişkilerde çatışmalar ortaya çıkabilmektedir. Örgütlerde çalışan kişilerin farklı iş önceliklerine sahip olmaları, olaylar karşısında farklı davranış ve tutum göstermelerine ortam hazırlayabilmektedir (Akgün Çıtak, 2006).

Statü farklılığının olmamasını ve mesleklerinin özerkliğinin dikkate alınmasını isteyen hemşireler, buna karşı olan uygulamalarda gerilim yaşayarak özellikle hekimlerle bu konularda sorunlar yaşamaktadırlar (Ardahan, 2003). Hem-

şire ve hekim işbirliğinin sağlanmasında, bu meslek üyelerinin birbirleriyle kaynaşmamaları ve bunun gerçekleşeceğine de inanmamaları önemli bir etken olmaktadır (Aslan ve Vural, 2001). Bousari ve arkadaşları (2009) hekim hemşire arasındaki çatışma sürecini modelleyerek, oluşturdukları bu modelin, üç aşamadan meydana geldiğini ve her bir aşamadaki göstergeyi sonraki aşamaya geçişi sağladığını belirtmişlerdir. Bireysel aşamada gelişen olumsuz duygular, kişiler arası çatışmalara, sözlü ve sözlü olmayan tepkilere yol açarak, bireysel ilişkilerde olumsuz davranışlar şeklinde kendini göstermektedir. Koraş ve arkadaşları (2015) tarafından 100 hemşirenin katılımıyla yürütülen araştırmada, cerrahların ameliyat odasındaki gergin davranışlarına, hemşirelerin %96'sının maruz kaldığı, %49'unun bu durumdan olumsuz etkilendiği ve öfkelenildiği, %52'sinin ise hekimlere karşı öfkelerini belli etmemeye çalıştıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin yaşadıkları çatışmaların düzeyinin artması, hasta bakım kalitesini olumsuz etkilemekte, işletmede yetkin çalışanların sürekliliğini engelleyerek, devir hızını artırmakta, sonuçta yeni personelin bulunmasına ve oryantasyon eğitiminin verilmesinin gerekliliği nedeniyle ekonomik kayıplara ve işlevlerde bozulmaya neden olmaktadır (Coombs, 2004). Hekimlerle hemşireler arasında yaşanan çatışmalardan en önemlisi karşılıklı bağımlılık kavramıyla ilişkili olmaktadır. Karşılıklı bağımlılık, örgütlerde bir grubun çıktısının diğer gruplar için girdi olarak ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Karşılıklı bağımlılığın olduğu durumlarda, çatışmanın oluşma olasılığı oldukça yüksektir. Bu durumda eşgüdüm önem kazanmakta ve etkili bir eşgüdümün sağlanması için hekim-hemşire iletişim ve karar verme sürecinin etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir (Gibson ve ark., 2000).

## HEKİM HEMŞİRE ÇATIŞMASININ NEDENLERİ

Tıbbi yaklaşımın belirsizliği, disiplinler arası ilişkilerin doğası ve tanı-tedavi sürecinin karşılıklı bağımlı yapısı çalışma ortamında çatışma nedenleri arasında belirtilmektedir. Hastanın öncelikli sorununun, hastalık tanısının konması ve tedavisinin yapılması olduğu durumlarda, hastanın hekimi sağlık ekibinin lideri konumunda olup diğer hekimler, hemşireler, teknisyenler ve diğer sağlık çalışanları ekip üyesi olarak rol üstlenmektedirler. Sağlık hizmetinin özelliği nedeniyle her hasta için farklı bir ekibin oluşturulması ve hastanın taburculuğuyla ekibin dağılması durumu söz konusu olmaktadır. Bu ekiplerin hızlı bir oluşum ve dağılım göstermesi, aynı bireylerin aynı ekipte seyrek olarak yer almasına bağlı olarak birbirleri ile yeterince kaynaşmamaları, ortaklaşa yapılan işlerde çatışma ortamını hazırlayan etkenler arasında gösterilmektedir. Hastanelerde hem dikey hem de yatay eşgüdümün gerekliliği, örgütsel yapının matris yapı olarak oluşturulmasına neden olmaktadır (Aslan ve Vural, 2001). Bu bağlamda, sağlık çalışanları hem kendi fonksiyonel birim yöneticisinin hem de bağlı olduğu sağlık ekibi yöneticisinin yönetim alanı içinde kalmakta, bu da beraberinde yönetsel ilişkilerde karışıklık, rol çatışması ve belirsizliği, iletişim bozukluğu, karmaşa, eşgüdümün sağlanamamasına ve sonunda çatışmalara yol açmaktadır (Tunç ve Kutanis, 2009). Matris yapının getirdiği yönetsel sorunların dışında, hekim ve hemşirelerin rol çatışması ve belirsizliği yaşamalarının sağlık sisteminden kaynaklanan diğer nedenleri üzerinde de durulmaktadır. Örneğin, hemşirelik eğitiminde hemşireye öğretilen hasta bakımına yönelik tutum ve davranışlar ile hasta ve yakınlarının hemşireden beklentilerinin birbiriyle uyumlu olmaması, ayrıca hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının da hemşireden mesleki beklentilerinin olması diğer çatışma kaynağı olarak belirtilmektedir. Ayrıca, eğitimleri boyunca zaman ve ortam gözetmeksizin hastaya bakma, acılarını azaltma, destek ve yardımcı olma anlayışla yetiştirilen hekimlerde, sağlık kurumunda hizmet veren bir çalışan olarak, koşulların gerektirdiği yeni roller üstlenirken kendi içinde çatışma yaşayabilmektedir (Tunç, 2008). Aslan (2004) iletişim eksikliği, yetki ve sorumluluk dengesizliği, görev tanımlarındaki belirsizlik, kararlara katılım konusunda yaşanan sorunlar ve terfi/yükselmeye görülen eşitsizliklerden kaynaklanan birçok etmenin sağlık çalışanları arasında yaşanan çatışmalarda rol oynayan temel nedenler olduğunu belirtmektedir. Bu çatışmaların en aza indirgenmesinde, çalışanlar arasında sosyalleşmenin artırılmasının, yerinden yönetim anlayışının benimsenmesinin ve eşit işe eşit ücret anlayışının etkili olabileceği üzerinde durulmaktadır. Kara (2005) tarafından, 100 sağlık çalışanı örnekleminde yapılan çalışmada, hekim-hemşire çatışmasının temel nedenleri, görev tanımlarındaki eksiklikler, iletişim eksikliği, bencil-egoist yaklaşımlar ve gergin-ajite davranışlar sergilenmesi, işi erteleme alışkanlığı, ekip çalışması eksikliği, her şeyden hemşirelerin sorumlu tutulması, rutin saatler dışında kan alınmasının istenmesi şeklinde sıralanmıştır. Manisalı (2013) tarafından 490 hekim ve hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada ise, taraflar arasında yaşanan çatışmaların hemşireler açısından meslek algısı ve çalışma koşulları, hekimler açısından ise iletişim ve çalışma koşullarına ilişkin nedenlerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Hekimlerle hemşireler arasında yaşanan çatışmaların bir diğer kaynağı da amaçlardaki farklılaşma olmaktadır. Sağlık kurumlarında uzmanlaşma arttıkça hedeflerde de farklılıklar görülmektedir. Örneğin, hekimin amacı uygulanacak işlemi etik değerlere bağlı bir şekilde gerçekleştirmek iken, hemşirelerin amacı yapılacak işlemin hasta ile olabilecek en az çatışma yaşanacak şekilde yapılması olabilmektedir. Bu durumda, hekimler ile hemşireler arasında görülen amaç farklılığı çatışma yaşanması kaçınılmaz hale getirmektedir (Gibson ve ark., 2000).

Hekimlerin çalışma koşulları ve nöbet sistemi birlikte değerlendirildiğinde, riskli ve yorucu bir ortamda, uzun zaman aralıklarında çalışmaları, hasta muayene etme ve ameliyat yapma gibi sağlık hizmeti sunma görevlerinin dışında, eğitim, bilimsel araştırma, idari ve akademik görev gibi ek sorumlulukları da üstlenmiş bulunmaları çatışma yaşan-



masına ortam hazırlamaktadır. Ayrıca hekimlerin, görevlerini verimlilik standartlarının üzerinde yapmalarının beklenmesi nedeniyle, daha stresli ve hızlı çalışmak durumunda kalmaları, hata risklerini ve bununla birlikte hukuki ve cezai yaptırımlarla karşılaşma risklerini arttırmaktadır (Kumaş ve Beyaztaş, 2007).

Çatışmaların en önemli nedenlerinin başında iletişimin yetersizliği gelmektedir. Sağlık işletmelerinde iletişim yetersizliğine yol açan etmenler, hemşirelerin farklı eğitim düzeylerine sahip farklı disiplinlerle bir arada çalışması, ortak bir dilin kullanılamaması nedeniyle anlam güçlüklerinin yaşanması, karmaşık bir tıbbi terminolojinin kullanılması, stresin yoğun olarak yaşandığı bir çalışma ortamının olması, zamanla yarışılması, duygusal yükü ağır olan bir işte çalışıyor olunması ve uzun çalışma süreleri nedeniyle algıdaki farklılıklar ve kişilerin sahip olduğu iletişim becerileri şeklinde sıralanmaktadır (Vivar, 2006). Şahin ve Örselli (2010) tarafından 192 sağlık çalışanı örneğinde yapılan çalışmada, iletişim eksikliği, görev/yetki belirsizliği, görevde yükselmeye liyakatsizlik, kaynak yetersizliği ve personelin değişen iş koşullarına uyum sağlayamaması gibi etmenlerin en fazla çatışma nedeni olduğu belirlenmiştir. İntepeler ve Harmancı (2011) tarafından 247 hemşire ve 169 hekim üzerinden yapılan araştırmada da, her iki meslek grubu arasındaki çatışmaların kökeninde, aşırı iş yükü ile görev ve yetki belirsizliklerinin yer aldığı belirlenmiştir. Hekim ve hemşireler tarafından en fazla yardımına başvurulmuş çatışma yönetim yaklaşımının ise uzlaşma ve zorlama olduğu belirlenmiştir. İnce'nin (2014) çalışmasında, hekimin hemşireye bağırması ve sesini yükseltmesi, saygısız davranışlarda bulunması, hastaların ya da meslektaşlarının yanında hemşireyi azarlaması en önemli nedenler olarak saptanırken, bu davranışların en fazla yoğun bakım ünitelerinde deneyimlendiği vurgulanmıştır. Çatışma yönetimi yaklaşımı açısından da hemşirelerin, kendine güven yaklaşımını benimsedikleri belirlenmiştir. Kale ve Tinkılıç (2015) tarafından 138 sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada, ayrımcılık, alınan eğitim ile yapılan görevin uygun olmaması, sorunların çözümsüz kalması, ani görev yeri değişikliği ve iş tanımının olmaması gibi etmenlerin en fazla çatışmaya neden olduğu sonuçuna varılmıştır. Çatışmaların çözümünde ise etkin bir iletişim sisteminin oluşturulması, takım çalışmasına önem verilmesi ve yetki-sorumluluk denkleğinin sağlanması gibi konulara daha fazla dikkat edilmesi önerilmiştir.

Hemşireler ile hekimler arasında olası bir diğer çatışma kaynağı ise kaynakların kısıtlılığı ve ödüllendirme sisteminin iyi çalışmamasıdır. Örgütler, insan, araç-gereç ve maddi kaynaklardan meydana gelmiş yapılardır. Çeşitli görevleri gerçekleştirmek için bir araya gelmiş ve alanlarında uzmanlaşmış olan birimler, hedeflerine ulaşmak için örgütsel kaynaklara gereksinim duymaktadırlar (Eren, 2000). Sağlık işletmelerinde de kaynakların sınırlı olması çatışmalara neden olmaktadır. Özellikle sağlık işletmelerinin klinikleri arasında yaşanan çatışmaların en büyük nedenlerinden birisi de bu kaynak dağılımındaki eşitsizlik durumu olmaktadır. Bu açıdan, sınırlı kaynakların dağıtılması gerektiği durumlarda, karşılıklı bağımlılık artmakta ve çalışanlar arasındaki hedef farklılıkları daha belirgin hale gelmektedir.

Hemşire ve hekimler arasında kazanılan gelirden yaşanan farklılıklar ise olası bir çatışma kaynağı olarak gösterilmektedir. Hemşireler hep sınırlı düzeyde olan kaynaklara sahip olmuşlardır. Hemşireler, yardımcı personel bulundurma, araç-gereç sağlama, ödenek alma, hastalar için gerekli kaynakları sağlama, daha yüksek ücret alma, hasta oranının azaltılması ve daha olumlu çalışma koşullarına sahip olabilmek için sürekli çaba göstermek ve diğer sağlık çalışanlarıyla rekabet etmek zorunda kalmaktadırlar (Coombs, 2004; Almost, 2006).

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇATIŞMA YÖNETİMİ

Hastaneler, insan yaşamını kurtarma ve sağlığını iyileştirme gibi oldukça önemli bir konuda hizmet vermeleri ve hastayı merkeze almaları nedeniyle özellikle örgütler olarak kabul edilmektedir. Bakım ve tedavi kalitesinin artırılabilmesi için hastalık belirtilerinin değerlendirilerek tanının konulması, gerekli tedavinin uygulanması, tedavi ve bakım sürecinin bütünlendirilerek sağlık çalışanlarının eşgüdüm, iş birliği ve etkin iletişim içinde görev yapmaları, görüş alışverişinde bulunmaları ve hızlı karar vererek hareket etmeleri gerekmektedir. Bu çalışma koşulları, sağlık çalışanları için çatışma ortamı hazırlamaktadır. Hastanelerin matriks yapıda işlev göstermesine bağlı çoklu yönetsel ilişkisi, farklı mesleki eğitim ve yetkinliği olan işgören çeşitliliği, ekip halinde çalışma, statü farklılıkları, uzun çalışma saatleri, vardiya, nöbet, aşırı iş yükü, rol çatışması ve belirsizliği, hızlı ve net karar vermenin gerekliliği, aşırı rekabet, hasta ve hasta yakınları ile ilişkiler, yorgunluk, kaynak ve eleman yetersizliği, hata yapmaya bağlı gelişebilecek sonuçları düşünme gibi çok sayıda etmenin yarattığı kaygı ve gerilim çatışmaların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Şimşek ve ark., 2001).

Hekim ve hemşirelerin çalışma ortamlarında karşılaştıkları olumsuz iş koşullarının iyileştirilmemesi ya da ortadan kaldırılmaması, iş doyumunun azalması, işten ayrılma niyeti ve tükenme gibi bireysel ve örgütsel açıdan istenmeyen sonuçlara yol açmaktadır. Çalışma ortamındaki yüksek düzeydeki iş gerilimi, işgörende strese, iş doyumсуzluğuna, sağlık yakınmalarına, örgütsel ortamda ise yüksek işgücü devri, devamsızlık, düşük iş kalitesi, verimsizlik, örgütsel bağlılıkta azalma gibi olumsuz bireysel ve örgütsel sonuçlara neden olabilmektedir (Şimşek ve ark., 2001). Sağlık işletmelerindeki çatışmaların, çalışanları endişeli ve saldırgan bir duruma getirmesi, hem kurumsal hem de içinde yaşanan toplum açısından tehlikeli ve istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Dolayısıyla, sağlık örgütlerinin amaçlarına ulaşmasında ve hasta bakım kalitesinin artırılmasında, yönetici hemşirelerin çatışma yönetim yaklaşım-

ları ve yönetim becerileri büyük önem taşımaktadır (Köse, 1994). Örgütlerde çatışmaları yönetmek içi öncelikli olarak çatışmayı tanımak, anlamak, kabul etmek ve yorumlamak gerekmektedir. Zaman içerisinde örgütsel çatışmaya verilen anlamlar, çatışmanın değişik yönlerine dikkat çekmeyi başarmıştır. Önceleri örgütsel çatışma yazınının ortak noktası “farklılık”, “anlaşmazlık”, “uyuşmazlık” iken daha sonraları “iletişim”, “etkileşim” ve “süreçe” odaklanıldığı görülmektedir. Sonrasında çatışmalı durumun varlığının bireyin kabulüne bağlı olduğunun anlaşılması ile algıların ve duyguların önem kazandığı, takım çalışmasının ön plana çıkması ile birbirine bağımlı bireyler arasındaki ilişkilerin ve iş birliğinin gerekli olduğu üzerinde durulmuştur. Akyürek ve arkadaşları (2005) tarafından 259 katılımcıyla gerçekleştirilen araştırmada, hemşirelerin yaklaşık %85’inin yıkıcı hekim davranışlarının etkisinde kaldıkları belirtilerek, hastane yönetimleri tarafından hemşirelere gereken idari desteğin sağlanması gerektiği önerisinde bulunulmuştur. Örgütlerde yaşamın kaçınılmaz bir bileşeni olan çatışmayı yok saymak ya da tamamen ortadan kaldırmak doğru bir yönetim anlayışını göstermemektedir. Yapılması gereken, yaşanan çatışmanın örgütün etkinliğine, yaratıcılığına, değişimine, çalışanların güdülenmesi ve yüksek performansına katkı sağlayacak şekilde yönetilmesidir.

### EKİP ÇALIŞMASI

Sağlık çalışanları işlevlerini yürütürken birçok kaynağı paylaşmak durumunda kalmakta ve kaynaklar kısıtlı olduğunda da aralarında sorunlar yaşanabilmektedir. Ayrıca, hastanede görev yapan tüm sağlık ekibi üyeleri pek çok yoldan birbirleriyle karşılıklı görev bağıllığı içinde çalışmaktadırlar. Bunun yanı sıra Türkiye’de sağlık personelinin çalışma yaşamını düzenleyen mevzuattaki eksiklik, dağınıklık ve yetersizliklerin öncelikle yeniden ele alınması gerekmektedir. Hastanenin sayıca en kalabalık ve etkili personel grubunu oluşturan hemşirelerin etkin ve güçlü bir yönetsel yapıya sahip olmalarının, hemşire yöneticilerin yönetsel becerilerinin ve çatışma yönetimi becerilerinin gelişmiş olması gerekmektedir (Aslan ve Vural, 2001).

Hastanelerde hastaya verilen hizmetin kalitesi, ekip üyelerinin birlikte çalışma istek ve/veya hastaya odaklanmasına bağlı olarak değişmektedir. Hastane yönetiminin, yüksek kalitede hizmet vermek, maliyetleri azaltmak ve tüm birimlerin birlikte hareket etmesini sağlamak şeklinde belirtilen ortak amaçlara, etkin iletişim ve iş birliğinin sağlanması yoluyla ulaşabileceği üzerinde durulmaktadır (Al-Doghaither ve ark., 2001). Hastanelerde çatışmaların oluşumunu engelleyebilmek için hekimlerin yönetime daha fazla katılımının sağlanmasının yanı sıra hemşirelere de aldıkları eğitimle uyumlu olacak şekilde yeteneklerini kullanabilecekleri görevlerin verilmesi ve güçlendirilmeleri büyük önem taşımaktadır (Aslan, 2002).

### ÇATIŞMA ÇÖZÜMLEME YAKLAŞIMLARI

Çalışma ortamında benzer değerleri paylaşan kişilerin daha kolay iletişim sağladığı, kişiler arası ilişkilerin daha güçlü olduğu ve gerilim riskinin düştüğü belirtilirken, kişilerin birbirlerine duydukları güven ve saygının arttığı üzerinde durulmaktadır. Çatışma sürecinde, hemşirelerin ağırlıklı kadın olmaları nedeniyle, cinsiyet özelliği önemli bir etmen olmaktadır. Diğer bir söylemle, kadınlaşma (feminizasyon) düzeyinin en yüksek olduğu meslek gruplarından birisi hemşirelik ve ebelik olduğundan (Hoşgör ve ark., 2016) çatışma çözüm sürecinde bunun dikkate alınması gerekmektedir. Kadınların çatışma sürecinde verdikleri tepkiler incelendiğinde, erkeklere kıyasla daha çok tümleştirme, kaçınma ve uyma yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir (Ohlinger ve ark., 2003). Ayrıca Özdemir ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, kadın ve erkek hemşirelerin kullandıkları çatışma çözme stratejilerindeki farklılıklara değinilmiştir. Bu farklılıkların, hükmetme ve uyma alt boyutları bazında anlamlı olduğu ve anlamlılığın erkek hemşirelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Akgün Çıtak (2006) tarafından 38 katılımcı üzerinden yapılan çalışmada, hemşireler açısından en fazla yeğlenen çatışma yönetimi yaklaşımının dinleme ve tümleştirme, en az kullanım alanı bulanın ise kaçınma olduğu belirlenmiştir. Bucak (2010) çalışmasında, en çok kullanılan çatışma yönetimi yaklaşımının sırayla tümleştirme, hükmetme, ödün verme ve kaçınma olduğu ortaya konulmuştur. Erdenk (2016) tarafından 237 hemşire üzerinden gerçekleştirilen çalışmada, hemşirelerin kişilik özelliklerinin çatışma yönetimi yaklaşımlarını etkilediği ve hemşireler tarafından en çok benimsenen yaklaşımın tümleştirme olduğu rapor edilmiştir. Karahan (2007) tarafından 375 hekim ve hemşire örnekleminde ele alınan çalışmada da, iletişim yetersizliği, ödül mekanizması eksikliği, iş yerinin fiziksel koşulları, ortak kaynak kullanımı, ekip ruhunun eksikliği ve sıkı kontrol/denetim gibi etmenlerin hekim-hemşire çatışmasına yol açtığı ortaya konulmuştur. Hekim ve hemşirelerin en fazla benimsedikleri çatışma yönetimi yaklaşımının, sorun çözüme ve görüş alışverişinde bulunma olduğu, güç kullanımının ise en az kullanılan yaklaşım olduğu belirlenmiştir. Akgün Çıtak ve Çam’ın (2011) çalışmasında, en fazla kullanılan çatışma yönetimi yaklaşımının tümleştirme, en az kullanılanın ise kaçınma olduğu ortaya konulmuştur. Mahon ve Nicotera (2011) tarafından 57 hemşire ile yapılan çalışmada, hemşirelerin çatışmayla doğrudan yüzleşmemeyi yeğledikleri ve hemşire yöneticilerin doğrudan iletişimden kaçınma olasılıklarının daha düşük olduğu ortaya konulmuştur. Aydın’ın (2013) çalışmasında, eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin daha fazla yüzleşme yaklaşımını kullandıkları sonucuna varılmıştır. Turgut ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, çatışma yönetimi yaklaşımı olarak sağlık çalışanları tarafından sıklıkla kullanılan ve yardımına başvuru yapılan yaklaşımın, dinleme ve anlama becerisi olduğu belirlenmiştir. Yılmaz (2018) tarafından 136 hemşirenin katılımıyla yürütülen çalışmada, sağlık çalışanları arasındaki çatışma nedenlerinin genel olarak iletişim eksikliği, aşırı iş yükü ve görev/yetki belirsizliği olduğu ortaya konulmuştur. Hemşirelerin en az kullandıkları

çatışma yönetim yaklaşımının hükmetme ve kaçınma, en çok benimsedikleri yaklaşımın ise uzlaşma ve tümleştirme olduğu belirlenmiştir.

Hemşireler üzerinde yapılan diğer araştırmalarda, sıklıkla “kaçınma” ve “uyuma” yaklaşımlarının kullanıldığı belirlenmiştir (Ergün, 1999). Kadınların ve hemşirelerin bu yöntemleri daha sık kullanmalarının nedenleri, kadınların sosyalizasyon süreci, geleneksel hekim otoritesi ve hemşirelerin boyun eğme davranışını sürdürmelerine açıklanmıştır. Kadınların sosyalleşme sürecinde, diğer insanların duygusal gereksinimlerini karşılamaya yönelik şekilde yetiştirildikleri ve çatışmanın kişiler üzerinde incitici ve zararlı etkisi olduğu düşüncesinin kadınlara dayatıldığı öne sürülmüştür. Cinsiyetle ilgili diğer bir etken de güç kavramı olup, çatışma yönetiminde uyuma yönteminin sık kullanılmasının nedeni güç dengesizliğiyle açıklanmıştır. Hemşirelerin, hekimler ve sağlık yöneticilerine göre daha güçsüz görülmeleri, otonomilerinin az olması ve hemşireliğin düşük statüde bir meslek olarak görülmesi gibi nedenlerin “uyuma” yaklaşımının kullanılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Almost, 2006).

Hasta ve ailesinin bütün sorunları için başvuru ve sağlık çalışanı olarak kilit rol oynayan hemşire ve hekimlerin, çatışmanın yapıcı etkilerini artırırken, yıkıcı etkilerini azaltmayı öğrenmeleri gerekmektedir. Tjosvold'a (1997) göre, işbirlikçi uyum ve çatışmadan sakınmayı öngören yaygın görüşe karşın, yapıcı çatışma, karşıt görüşleri açıkça tartışmayı gerektirmektedir. Burada amaçların uyumu söz konusu olduğunda, tarafların ortak etkinliği artırması, çatışmanın çözüme ulaşmasının herkesin yararına olduğunun kabul edilmesi ve düşüncelerin özgür olarak açıklanarak tartışılmasında istekli olunması üzerinde durulmaktadır.

Rekabetçi amaçlara sahip bireylerin, karşıt durumu ve bunu savunan tarafı kabul etmedikleri, diğer görüşleri kendi karar süreçlerine katmayı istemedikleri ve sonuçta da bireylerle anlaşmada başarısız oldukları belirtilmektedir. Bu durumun verimliliği azaltma, stresi artırma ve ilişkileri olumsuz etkilemede rolü olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık ekibi üyelerinin hastanın etkin ve kaliteli tedavi ve bakımı alabilmesi için daha çok araştırma yapmaları, eğitime önem vermeleri ve mesleklerinin profesyonel gereklerini yerine getirebilmeleri için bireysel önceliklere dayanan rekabetçi yaklaşım ile yıkıcı çatışma yerine, işbirliği ve yapıcı çatışma yaklaşımını benimseyerek, bunun etkilerini güçlendirmeleri gerekmektedir (Tjosvold, 1997).

Bu bağlamda, odak noktası hasta olan disiplinler arası işbirlikçi uygulamanın gerçekleşmesinde, sağlık çalışanlarının tutumlarının da bu yönde değişim göstermesi gerekmektedir. Bu değişimi kolaylaştırmak için güveni, tedavi sürecindeki kararları paylaşmaya istekli olmayı ve hastanın ve/veya ailesinin verilen kararlara etkin bir şekilde katılmasını destekleyen bir çalışma ortamı oluşturulmalıdır (Şahin ve Örselli, 2010).

Hemşire yöneticilerden, sağlık çalışanları arasındaki geleneksel çıkar çatışmalarının yanında, işle ilgili çıkar çatışmalarının da farkında olmaları beklenmektedir. Yönetici hemşirelerin, çatışma yönetimine ilişkin ortak bir dünya görüşünü oluşturmaları ve çatışma davranışlarının temel nedenlerini analiz eden bir yaklaşım sergilemeleri gerekmektedir (Almost, 2006). Skjørshammer (2001) tarafından, her çatışma yönetimi yaklaşımına farklı bir bakış açısıyla yaklaşılması gerektiğini vurgulayan, dört düzeyli bir yapı gösteren çatışma yönetim programı önerilmiştir. Sistemin temel dayanağı, çatışma yönetiminin hastanenin örgüt yapısı boyunca işletilmesidir. Bu yapıda:

- Düzey 1'de (açık kapıda) amaç, çalışanların işteki rollerine, ekibe ve ilk amirine olabildiğince yakın olması ve çatışmanın eşik değerinin düşürülmesidir. Eğer ilk amir çatışmanın parçası ise ya da çatışmayı önleyen bir kişiliğe ya da ilişkilere sahip ise insan kaynakları bölümü ya da diğer yardımcıların kullanılması bir seçenek olabilmektedir. İnsan kaynakları bölümü, çatışma ortamında yapılabilecekleri açıklamakla görevli olup, çalışanın tarafsız bir danışmana gereksinim duyması durumunda, diğer yardımcıları da başvuru yapma olanağı sağlanmaktadır.
- Düzey 2'de (konferansta) amaç, sorunu ortadan kaldırmak olmayıp, çatışmayı yaşayanlar için sürecin tartışılması ve çatışma yönetim sürecinin hangi yöne doğru ilerleyeceği konusunda karar verilmesini sağlamaktır. Genellikle insan kaynakları yöneticisi ya da tarafların isteğine göre başka bir birey görüşmeye aracılık edebilmektedir. Sonuç olarak ya düzey 1'e dönüşebilmekte ya da düzey 3'e geçilebilmektedir.
- Düzey 3'te (arabuluculukta) amaç, insan kaynakları yöneticisi olmak üzere örgüt içinden bir arabulucunun, taraflar arasında olumsuzluk yaratmayacak şekilde süreci yönetmesini sağlamaktır.
- Düzey 4 (hukuki dava) ise çatışma çözme sürecindeki son aşamayı göstermektedir. Bu aşamada amaç, kesin kararın hukuki davanın sonucuna göre verilmesidir (Skjørshammer, 2001).

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Hekim ve hemşireler arasındaki çatışma nedenlerini dikkate alan çalışmaları inceleyerek, hekim ve hemşire arasındaki çatışma nedenleri ve çatışma yönetimi yaklaşımlarına ilişkin araştırma verilerinin derlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, elde edilen bilginin sağlık işletmelerinde etkili çatışma yönetimi yaklaşımlarının sergilenmesine katkı sağlaması öngörülmüştür.

Sonuç olarak, çatışmaya neden olan etmenlerin çok boyutlu olduğu, biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin, çalışanların davranışını şekillendirmede etkin rol üstlendiği kabul edilmektedir. Bu bağlamda çatışma yönetimi yaklaşımlarını, örgütsel etmenlerin yanı sıra bireysel özelliklerin de etkilediği ve örgütsel çatışma yönetiminin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması gerekmektedir. Örgütsel etmenleri kontrol altında tutmak ya da değiştirmek özel bir çaba gerektirmektedir. Çatışma yönetimi sürecinde, bireyin kendi psikolojik ve sosyal özelliklerini tanıması, olası çatışma tepkilerini öngörebilmesi ve gerektirdiğinde davranışlarını değiştirmesi, çatışmanın çözüme kavuşturulmasında etkili olabilecek bireysel katkıyı göstermektedir. Hastanelerde farklı meslek grupları arasındaki eşgüdüm ve iletişim içinde çalışma zorunluluğu, nöbet, aşırı iş yükü gibi olumsuz çalışma koşullarının varlığı, hastaların tanı ve tedavisinde farklı teknolojilerin kullanımı, yönetsel açıdan çoklu otorite ilişkisi gibi birçok etmenin çatışmaların görülme olasılığını artırdığı üzerinde durulmaktadır. Hekim ve hemşireler arasında çatışmaların daha sık yaşanması nedeniyle, bu çatışmalarının çok yönlü ve yaşamsal etkilerinin önlenmesi amacıyla, gerekli yönetsel girişimlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Çalışma sonucunda, hekim ve hemşire arasında olası çatışmaların önüne geçmek için hastane yönetimlerinin ve özellikle hemşire yöneticilerin etkin rol üstlenmeleri, çatışma nedenlerinin ayrıntılı incelenerek bunların giderilmesine yönelik çalışmaların yapılması ve bu bağlamda çalışanların görüşlerinin alınması önerilebilir. Ayrıca, araştırmacıların hekim ve hemşire çatışmasının nedenlerine ve etkin çatışma çözümleme yaklaşımlarına ilişkin nitel araştırmalar yaparak daha derinlemesine bilgiye ulaşılması önerilebilir.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Conflict of Interest:** Not applicable.

**Funding:** None.

## KAYNAKLAR

**Akgün Çıtak, E. (2006).** Çatışma Çözümü Eğitiminin Hemşirelerin Çatışma Çözüm Becerisi, Yönetimi ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

**Akgün Çıtak, E., Çam, O. (2011).** Hemşirelere verilen eğitimin çatışma çözme becerisine, yöntemine ve tükenmişlik düzeylerine etkisinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4:4, 165-171.

**Akkirman, A. D. (1998).** Etkin çatışma yönetimi ve müdahale stratejileri. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13:2, 1-11.

**Akyürek, B., Özer, S., Argon, G., Conk, Z. (2005).** Hekim davranışlarının hemşire memnuniyeti ve hemşirelerin işine devam etme durumu üzerine etkisi. Ege Tıp Dergisi, 44:3, 167-172.

**Al-Doghaither, A. H., Mohamed, B. A., Abdalla, A. E., Magzoub, M. E., Al-Doghaither, M. H. (2001).** Physician-nurse communication: Perceptions of physicians in Riyadh. Saudi Medical Journal, 22:4, 315-319.

**Almost, J. (2006).** Conflict within nursing environments: concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 53:4, 444-453.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03738.x>

**Ardahan, M. (2003).** Hemşirelerin savunuculuk rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7:2, 23-27.

**Aslan, A. E. (2002).** Yaratıcı problem çözme-örgütte kişisel gelişim. Nobel Yayınları, İstanbul. S: 325-370.

**Aslan, Ö., Vural, H. (2001).** Yönetici hemşirelerin çalıştıkları ortamda karşılaştıkları çatışma nedenlerinin ve kullandıkları çatışma yönetim yaklaşımlarının belirlenmesi. Hemşirelik Forumu, 4 (4-5), Temmuz-Ekim, 42-48.

**Aslan, Ş. (2004).** Hastanelerde örgütsel çatışma: Teori ve örnek bir uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11, 599-617.

**Aydın, A. (2013).** Hemşirelerin Kişilerarası Duyarlılık Ve Çatışma Çözme Yaklaşımları. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.



- Bousari, P. M., Ebrahimi, H., Ahmadi, F., Abedi, H. A., Kennedy, N. (2009).** The process of nurses interpersonal conflict: Qualitative study. *Research Journal of Biological Sciences*, 4:2, 236-243.
- Bucak, F. (2010).** Ankara'da İki Farklı Hastanede Görev Yapan Yönetici Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımlarının Ve Çatışma Yönetimi Stratejilerinin Astları Tarafından Algılanma Durumları. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Coombs, M. (2004).** Power and conflict between doctors and nurses. Routledge Taylor and Francis Group, London, New York. 37-51.  
<https://doi.org/10.4324/9780203507346>
- Erdenk, N. (2016).** Hemşirelerin Kişilik Özelliklerine Göre Çatışma Yönetim Yaklaşımlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.
- Eren, E. (2001).** Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi. Beta Basım Yayım, İstanbul. 540-541.
- Ergün, Y. (1999).** Hastanelerde Hekim-Hemşire İlişkilerinde Yaşanan Çatışma Kaynaklarının Belirlenmesi ve Çözüm Önerileri. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly JR., J. H. (2000).** Organizations: Behaviour structure processes. Irwin McGraw-Hill, Tenth Edition, Boston. 268-289.
- Hoşgör, H., Hoşgör G, D., Memiş, K. (2016).** Sosyo-demografik özellikler ile cam tavan sendromu arasındaki ilişki ve farklılıkların incelenmesi: Sağlık çalışanları örneği. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13:35, 345-362.
- İnce, S. (2014).** Hekim davranışlarının hemşirelerin stresle başetme durumları üzerine etkisi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 16:2, 41-53.
- İntepeler, Ş. S., Harmancı, A. K. (2011).** Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşire ve hekimlerin çatışma nedenleri, çatışma çözme becerileri ile kullandıkları stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8:2, 38-43.
- Jordan, P. J., Troth, A. C. (2004).** Managing emotions during team problem solving: Emotional intelligence and conflict resolution. *Human Performance*, 17:2, 195-218.  
[https://doi.org/10.1207/s15327043hup1702\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327043hup1702_4)
- Kale, E., Tıncılıç, N. (2015).** Hastanelerde örgütsel çatışmanın sebepleri ve çözüm önerileri. 23. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı, Muğla, 662-686.
- Kara, G. (2005).** Hekim-Hemşire İlişkisi ve Yaşanan Sorunlar (Anlaşmazlıklar). Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyonkarahisar.
- Karahan, A. (2007).** Hastane İşletmelerinde Örgütsel Yapıdan Kaynaklanan Çatışmalar ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği. Doktora Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Afyonkarahisar.
- Karip, E. (2003).** Çatışma Yönetimi. (Geliştirilmiş 3. Baskı). Pegem A Yayıncılık, Ankara. 6-11.
- Koçel, T. (2005).** İşletme Yöneticiliği (10. Baskı). Arıkan Yayıncılık, İstanbul. 659-678.
- Koraş, K., Öcalan, D., Solak, O. (2015).** Cerrahi hekimlerin ameliyathanedeki gergin davranışlarının hemşireler üzerindeki etkileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4:4, 502-515.
- Köse, S. (1994).** Çatışma ve yönetimi. 2. Yönetim Kongresi, İzmir. Kongre Özet Kitabı. 467-470
- Kumaş, H., Beyaztaş, F. Y. (2007).** Türkiye'deki hekimlerin çalışma koşullarının irdelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 29:3, 123-127.
- Mahon, M. M., Nicotera, A. M. (2011).** Nursing and conflict communication: avoidance as preferred strategy. *Nursing Administration Quarterly*, 35:2, 152-163.  
<https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e31820f47d5>

- Manisalı, A. (2013).** Hekim-Hemşire Arasındaki Çatışma Nedenleri. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Ohlinger, J., Brown, M., Laudert, S. (2003).** Development of potentially better practice for the neonatal intensive care unit as a culture of collobration. *Pediatrics*, 111:4, 471-481.
- Özdemir, A. A., Terzi, Ç., Bayrak, C., Ağaoğlu, E., Ceylan, M. (Ed.). (2012).** Çatışma ve stres yönetimi. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını, No: 2547/1517. 74-89.
- Skjørshammer, M. (2001).** Conflict management in a hospital. *Journal of Management in Medicine*, 15:2, 156-16. <https://doi.org/10.1108/02689230110394660>
- Sütlü, T. (2007).** Örgütsel Çatışma ve İşgören Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Şahin, A., Örselli, E. (2010).** Devlet hastanelerinde örgütsel çatışma nedenleri bir anket uygulaması. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 10:19, 42-62.
- Şimşek, Ş., Akgemci, A., Çelik, A. (2001).** Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütsel Davranış. Geliştirilmiş 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara. 210-230.
- Tjosvold, D. (1997).** Conflict with in inter dependence: Its value for productivity and individuality-using conflict in organizations. Sage Publications Ltd. 23-37. <https://doi.org/10.4135/9781446217016.n3>
- Tunç, T. (2008).** Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ile Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sakarya.
- Tunç, T., Kutanis, R. O. (2009).** Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey. *Nursing & Health Sciences*, 11:4, 410-416. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00475.x>
- Turgut, E., Demirkol, H., Türk, M. K., Cirit, N., Bilge, A., Engin, E. (2017).** Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışanlarda çatışma yönetimi eğitiminin etkililiği. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 9, 33-52.
- Vivar, C. (2006).** Putting conflict management into practice: A nursing case study. *Journal of Nursing Management*, 14, 201-206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00554.x>
- Yılmaz, H. (2018).** Hemşirelerin Çatışma Yönetim Stilleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Alanya Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Antalya.