

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

**AMELİYATHANEDE ANESTEZİST CERRAH İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Sevgi SEYHAN

UZMANLIK TEZİ

**Ağustos 2014
BOLU**

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

**AMELİYATHANEDE ANESTEZİST CERRAH İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Sevgi SEYHAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: Yrd.Doç.Dr. Murat BİLGİ

**Ağustos 2014
BOLU**

ÖZET

AMELİYATHANEDE ANESTEZİST CERRAH İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ameliyathanede operasyon ekibinin en önemli iki grubu cerrahlar ve anesteziistlerdir. Bu iki ekip arasındaki çatışma hasta güvenliğini etkileyebilir. Bu çalışmada cerrah ve anesteziistler arasında yaşanan çatışmaların nedenlerinin incelenmesi amaçlandı.

Türkiye’de Mayıs ve Temmuz 2014 tarihleri arasında 11 hastanede 192 anesteziist ve 211 cerrahdan oluşan kesitsel bir çalışma yapıldı. Katılımcılara 41 sorudan oluşan anket sunuldu. Ankette yer alan sorular, demografik veriler, cerrah anesteziist arasındaki ilişki ve cerrah anesteziist arasındaki çatışma nedenlerini içeriyordu. Anesteziistler Grup 1 ve diğer cerrahi branşların tamamı Grup 2 olarak sınıflandırıldı.

İki grup arasında anesteziist-cerrah ilişkisi sorgulandığında anesteziistlerin %42’si kötü, cerrahların ise %17’si ilişkisinin kötü olduğunu bildirdi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi ($p=0.000$).

Cerrah-anesteziist arasındaki çatışma sebepleri sorgulandığında, iş yükünün fazla olması, hastanın yüksek riskli olması, personeller arasındaki iletişimin yetersiz olması, cerrahların ve anesteziistlerin operasyona hakim olamaması, preoperatif değerlendirmenin yetersiz olması, cerrah ve anesteziistlerin birbirini yeterince takdir etmemesi, iş dışında birlikte sosyal aktivitelerinin olmaması, iletişim beceriksizliğinin olması, hastanın uygulanacak anestezi ya da cerrahi hakkında bilgisinin olmaması, cerrahların hastayı olması gerekenden fazla sahiplenmesi, zaman yönetimlerinin kötü olması, operasyon sırasında hasta hakkında karşılıklı bilgi verilmemesi, anesteziistlerin talimatlarına cerrahların uymaması, gereksiz konsültasyon istenmesi, performansa dayalı ücret sistemi, dava edilme korkusu ve primer soruna yönelerek yandaş hastalıkların gözardı edilmesi anlamlı olarak iki grup arasında farklı çıkmıştır ($p<0.05$). Personel sayısının yetersiz olması,

operasyonun acil olması her iki grupta da yüksek oranda çatışma nedeni olarak saptanmıştır.

Sonuç olarak; ameliyathanenin iki önemli çalışanı olan cerrah-anestezist arasındaki çatışma sebeplerini tesbit ettik.

Anahtar Kelimeler: Anestezist, Cerrah, Çatışma, İletişim.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ANESTHESIOLOGIST AND SURGEON IN THE OPERATING ROOM

Two members of the operating team in the operating room, anesthesiologists and the surgeons are the most important groups. The conflict between these two groups can affect safe of the patients. In this study, we aimed to resource reasons of the conflict between anesthesiologists and surgeons.

A cross-sectional study of 192 anesthesiologists and 211 surgeons at 11 Hospitals in Turkey, was conducted between May and July 2014. It is a self-reported questionnaire with 41 items. The questions were prepared to reveal the relation between the anesthesiologist and the surgeons, possible reasons of conflicts between them, and demografic data. Anesthetists were accepted as Group 1, and all other branches of surgery were classified as Group 2.

Forty two percent of anesthesiologists and seventeen percent of surgeons answered the questions of relation as unfavourable ($p = 0.000$). When asked the reason of possible conflict, the findings were overwork, high risk patients, insufficient communication between staff, inadequate preoperatif assessment, lack of appreciation, social interaction outside work, lack of communication ability, patient unawareness about surgery and anesthetics rivals for stalking patients claim, patients, bad timing, insufsicient communication during surgery, unnecessary consultations, performance-based wage system, fear of ligitation, comorbidities be disregard ($p < 0.05$). Staff shortage, the emergency operations in both groups showed a high rate of conflict as a cause of.

In conclusion, we determined conflict causes between surgeons and anesthesiologist in the operating room.

Key Words: Anesthesiologist, Surgen, Conflict, Communication

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışma onuruna sahip olduğum, bana mesleğimden önce sabrı, hoşgörüyü ve her şeyden öte merhameti öğreten, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, yetişmemde büyük katkısı ve emeği olan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Hasan KOÇOĞLU'na,

Uzmanlık eğitimime katkıları olan, ameliyathane ve yoğun bakımda mesleki bilgi ve tecrübelerini aktarmaktan mutluluk duyan, mesleki ve sosyal hayatımda her zaman yanımda olacaklarını bildiğim saygıdeğer tez hocam Yrd. Doç. Dr. Murat BİLGİ'ye, Doç. Dr. Ümit Yaşar TEKELİOĞLU'na, Yrd. Doç. Dr. Abdullah DEMİRHAN'a, Yrd. Doç. Dr. Akcan AKKAYA'ya, Yrd. Doç. Dr. İsa YILDIZ'a

Ameliyathane koşullarında zamanı paylaştığım tüm mesai arkadaşlarıma, Bugünlere gelmemde emeğini esirgemeyen aileme,

Asistanlık sürecinde her zaman yanımda olan, sıkıntımı ve sevincimi paylaştığım, kahrımı çeken sevgili eşim Ahmet'e,

Sonsuz sevgi, teşekkür ve saygılarımla...

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	viii
TABLolar	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. İletişim	4
2.2. İletişim Türleri	4
2.3. İletişim Biçimleri	5
2.4. Çatışma.....	6
2.5. Çatışmaya İlişkin Yaklaşımlar	7
2.6. Çatışma Süreci	8
2.7. Çatışma Türleri	9
2.8. Çatışma Nedenleri	12
2.9. Çatışmanın Yarar ve Sakıncaları	14
2.10. Çatışma Yönetimi Stratejileri.....	16
2.11. Hastaneler ve Çatışma Yönetimi.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	21
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
7. KAYNAKLAR	41

KISALTMALAR

AD	: Ana Bilim Dalı
Araç. Gör.	: Araştırma Görevlisi
a	: Anesteziist
c	: Cerrah
Doç.	: Doçent
Dr.	: Doktor
N	: Frekans
Prof.	: Profesör
Rekonst.	: Rekonstrüktif
s	: Sayfa
SPSS	: Statistical Programme for Social Sciences
Yrd. Doç.	: Yardımcı Doçent

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
1. Anket soru yönergesi	23
2. Çalışmaya katılan hekimlerin demografik verileri (sayısal değer $\pm$ standart sapma), tıp fakültesini tercih etme sebepleri ve hizmet süreleri.....	27
3. Katılımcıların bilim dalına göre dağılımı	28
4. Anestezistler / cerrahlar arasındaki ilişki	29
5. Cerrahlarla anestezistler arasındaki ilişkinin kurumlara göre değerlendirilmesi.	30
6. Akademik ünvanlara göre tartışma sıklığı	31
7. Cerrahlar ile anestezistler arasındaki tartışma sebepleri.....	32
Grafik	
1. Cerrahlarla anestezistler arasındaki ilişkinin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi	30

I. GİRİŞ

Sosyal bir varlık olan insan, yaşamı boyunca topluluk içinde yaşamaktadır. İnsanlar toplum içinde yaşadıkları sürece ilişki içinde olacaklar, birbirlerinin varlıklarından etkileneceklerdir (1). İnsanların karşılıklı etkileşimde, iletişimde bulunduğu herhangi bir organizasyonda potansiyel olarak bir çatışma ortamı vardır (2). Diğer bir deyişle; insan unsurunun bulunduğu her yer ve ortamda çeşitli düzeyde çatışmanın ortaya çıkması mümkündür.

Çatışma toplumsal yaşamın bir parçasıdır. Bireysel değerler, inançlar ve algılardaki farklılıkların doğal bir sonucu olarak anlaşmazlıklar ve uzlaşmazlıkların yaşanması kaçınılmazdır. Çatışma bazen değişim ve gelişmenin temel dinamiği olurken bazen de organizasyonları kaosa sürükleyen performansı düşüren bir niteliğe sahip olabilmektedir.

Bireyler arası uyumsuzlukları, anlaşmazlıkları ya da zıtlıkları ifade eden çatışma olgusu, yöneticileri en çok meşgul eden konuların başında gelmektedir. Bu durum hem kurum açısından ve hem de yönetsel açıdan önemli derecede zaman ve enerji kaybına neden olduğu gibi kamu hizmetlerinden ya da sağlık hizmetlerinden yararlanan vatandaşlar da bu olumsuz durumdan etkilenebilmektedirler. Hoş olmasa da çatışmadan kaçınmanın ve tamamen ortadan kaldırmanın anlamı olmadığı gibi, ideal bir yolu da yoktur (3).

Çatışmanın olumlu ya da olumsuz olması, çatışmanın nasıl yönetildiğine bağlıdır. Çatışmanın fark edilmesi, analiz edilmesi ve yönetilmesi konusunda en büyük pay yöneticilere düşmektedir (4, 5). Çatışmanın var olması o organizasyonun yaşadığı, değiştiği ve geliştiğinin bir göstergesidir. Önemli olan çatışmanın organizasyonun geleceğine hizmet edecek şekilde yönetilmesidir (6).

Toplumların sağlık hizmetlerine olan taleplerinin her geçen gün artması nedeniyle hastanelerin verimli ve etkili şekilde kullanılmasını etkileyen öğelerin analizi daha fazla önem kazanmaktadır. Bunlardan biri de örgütsel çatışmadır (7). Hastaneler en karmaşık örgütler arasında yer aldıklarından büyük bir çatışma potansiyeline sahiptirler. Hastane örgütleri açısından örgütsel çatışma hasta tedavisi

sürecinde yer alan personel arasındaki anlaşmazlık, uyumsuzluk, rol karmaşıklığı, görev belirsizliği başta olmak üzere değişik çatışma unsurlarını içeren kapsamlı bir kavram olarak değerlendirilebilir. Bu çatışmaların bir kısmı hastanenin etkinliğini artırması bakımından yapıcı olarak değerlendirilirken bir kısmı da hastanenin işlerini olumsuz etkilediği için yıkıcı olarak değerlendirilmektedir. Çatışmaları hastanenin amaçlarına hizmet verecek şekilde yönetmek ve işleyişi oluşturmak için hastane yöneticilerinin öncelikle kurumlarda yaşanan çatışma nedenlerini bilmesi gerekmektedir.

Çatışma yaşanan ortamda dinamizme yol açmakta ve uygun yaklaşımlar kullanıldığında gelişimin ayrılmaz bir parçası olmaktadır. Yaşamın kaçınılmaz bir unsuru olan çatışmayı yok saymak ya da tamamen ortadan kaldırmak doğru bir yönetim anlayışını ifade etmemektedir. Yapılması gereken şey yaşanan çatışmayı organizasyonlarda etkinliğe, yaratıcılığa, değişime, motivasyona ve yüksek performansa katkı sağlayacak şekilde yönetmektir. Çatışmadaki sorunu çözmede en büyük faktör yöneten kişinin tutumu ve becerisidir (4, 5). Dolayısıyla ameliyathanelerde doktor yöneticilerin bu konudaki rolleri çok önemlidir.

Sağlık ortamında çatışma ‘birden fazla birey içeren bazı karar ve eylem gerektiren hasta yönetimine ilişkin görüş farkı’ olarak tanımlanmaktadır (8). Çatışmalar küçük anlaşmazlıklar, görüş farklılıklarından kaynaklanan kişisel düşmanlıklar, fiziksel de dahil bariz tartışmalar arasında değişen bir süreklilikten oluşabilir (9). Yapılan çalışmalar hastaların % 50-78’nde sağlık çalışanları arasında çatışmaların meydana geldiğini göstermiştir. Bu çatışmaların % 38-48’i cerrah ve anesteziist hekimler arasında olmaktadır (10, 11).

Hastanelerde yaşanan örgütsel çatışma hastane ve hasta hizmetlerinin yürütülmesi esnasında bir takım sorunlara neden olabilmektedir. Hastaneler örgütsel yapılarından dolayı çeşitli faaliyetlerin bir arada ve birbirine bağımlı olarak yürütüldüğü yerlerdir. Hastanelerin önemli bir birimi olan ameliyathaneler dışa kapalı, gün ışığının girmediği, teknisyen, hemşire, anesteziist, cerrahın birlikte çalıştığı ortamlardır. İş verimi ve hasta güvenliği açısından bu ekibin uyumu ve motivasyonu önemlidir. Bu nedenle ameliyathanenin iki temel meslek grubu olan cerrah ve anesteziist hekimler arasındaki çatışmaların çözümü önemlidir.

Çatışma yönetimi, önemli bir konu olmasına rağmen konu ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Konu ile ilgili yapılmış olan araştırmaların çoğunun sağlık hizmetleri alanı dışında olduğu, sağlık hizmeti alanında yapılan konuyla ilgili çalışmaların ise cerrah ve anesteziist ilişkisi ile ilgili olmadığı görülmektedir. Cerrah ve anesteziist hekimlerin ameliyathanede ilişkisini inceleyen bu araştırma, ülkemizde bir ilk olması bakımından önemlidir.

Bu çalışmada ameliyathanelerde operasyon ekibinin önemli iki üyesi olan cerrah ve anesteziist hekimler arasında yaşanan çatışmaların nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İletişim

İletişim oldukça geniş ve farklı tanımlara sahip bir kavramdır. Neredeyse her düşünür kendince bir anlam yükleyerek iletişim kavramını tanımlamıştır. İletişimi karşılıklı konuşma olarak tanımlayan olduğu gibi beden duruşunu, kıyafetleri, sembolleri iletişimin bir parçası olarak görüp tanımlayanlar da vardır.

Baker Brownell iletişimi dolaylı ve dolaysız diye ikiye ayırmış ve dolaylı iletişimi 'bireyin simgelere dönüştürülüp bir kişiden bir başkasınailetildiği bir süreç', dolaysız iletişimi ise 'kişilerin birbirleriyle özdeşleşmeleri' diye tanımlamıştır (12). Jorgen Reusch için de iletişim kişilerin birbirleriyle etkilemesini sağlayan tüm süreçlerdir (13). Colin Cherry iletişimin temelde toplumsal bir olgu olduğunu, varolan kural dizilerine uyarak yaşama biçimleriyle davranış öğelerinin paylaşılması anlamına geldiğini ifade etmektedir (14). Frank Dance iletişimin sürekli değiştiğini belirterek iletişimi bir etkileşim olarak tanımlar (15). Cüceloğlu'na göre iletişim iki birim arasında birbiriyle ilişkili mesaj alışverişidir (16). Örneğin iki insan birbirinin farkına varınca iletişim başlar. İletişim kısaca bilgi üretme, aktarma ve anlamlandırma süreci olarak tanımlanır (17).

2.2. İletişim Türleri

İletişim türleri 4 ana gruba ayrılır (13).

Kişi içi iletişim: İnsanın düşünmesi, duygulanması, kendi iç dünyasında çeşitli planlar yapması, rüya görmesi iç iletişim sayılır. İnsanın diğer insanlarla kuracağı iletişim önce kendi içinde başlar. Diğer insanlarla iletişim geçtiğinde de iç iletişim devam eder. Çünkü aldığı mesajları kendi içinde değerlendirip yorumladıktan sonra uygun cevabı ve ya karşılığı verir.

Kişilerarası iletişim: İnsanların karşılıklı iletişim kurmaları olarak tanımlanabilir. İnsanlar bilgi üreterek karşılıklı iletişimi devam ettirirler. Sosyal iletişim ve sosyal etkileşimle eş anlamlı kullanılmaktadır. İletişimin temelinde anlatımın iletiye dönüştürülmesi ya da kodlanması ve iletide anlam çıkarılması bulunmaktadır.

Bir iletişimin kişilerarası iletişim sayılabilmesi için üç önkoşul vardır (17, 18).

- a) Kişiler belli bir yakınlık içinde yüz yüze olmalıdır.
- b) Tek yönlü değil karşılıklı ileti alışverişi olmalıdır.
- c) İletiler sözlü ve sözsüz olmalıdır. Yazışmalar bu iletişim grubuna girmez.

Kişiler arası iletişimi kesin çizgilerle diğer iletişim türlerinden ayırmak son derece güçtür (19, 20).

Örgüt içi iletişim: Örgüt üyelerinin arasındaki bilgi alışverişine örgüt içi iletişim denir. Bu iletişim hem alt-üst hem de alt-alt arasındaki iletişimi kapsar.

Kitle iletişimi: Bilgilerin bazı hedefler tarafından üretilmesi, insan kitlelerine aktarılması ve bu insanlar tarafından değerlendirilmesi sürecine kitle iletişimi denir.

2.3. İletişim Biçimleri

Sözlü İletişim: “Dil ve dil ötesi” olmak üzere iki alt gruba ayrılmaktadır (17). Gerek karşılıklı konuşma gerekse yazışmalar dil ile yapılan iletişim kabul edilir. Dil ile yapılan iletişimde bilgi aktarımı söz konusudur. Dil ötesi iletişim sesin tonu, şiddeti, kelimelerde vurgu vb özellikleri kapsar. Dil ile iletişimde “söylenenler” yani “ne söylendiği”, dil ötesi iletişimde ise “söyleme biçimi” yani “nasıl söylendiği” öne çıkar. Dille iletişimi etkili kılan ve iletişimi canlı tutan “dil ötesi iletişim”dir. İletişimde asıl iletilmek istenen mesaj söyleme biçiminde saklıdır. İletişimde kasıtlı ve kasıtsız dil ötesi davranışlar görülebilir.

İletişim bir amaç, dil bir araç, konuşma da bir eylemdir (19).

Sözsüz iletişim: Bu iletişim biçiminde söylenenler değil yapılanlar önemlidir. Sözsüz iletişimde “yüz ve beden” hareketlerinin önemi büyüktür. Sözsüz iletişimde mesajlar jest, mimik ve beden duruşu gibi unsurlarla gönderilir.

2.4. Çatışma

atışmanın birçok tanımını yapmak mümkündür. Çatışma sadece yönetim açısından değil, ekonomi, sosyoloji, antropoloji, psikoloji ve siyasal bilimlerde kendi açılarından da incelenmektedir (20).

Türk Dil Kurumunun tanımına göre çatışma ‘silahlı büyük kavga, arbede’ anlamına gelmektedir.

Çatışma kişi ya da grubun bir başka kişi ya da grubun amaç ve çıkarlarına ulaşmasını engellemek için kasten yapılan davranıştır (21).

Uyuşmazlık ve tutarsızlıklar tarafların yeterli kaynağa sahip olmaması, ortak bir eylem veya etkinlikte farklı şeyler yapmak istemeleri, farklı değerlere, tutumlara ve inançlara sahip olmalarından kaynaklanabilir (21).

Çatışma 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 engellenme girişimidir (22).

atışmanın olumlu ya da olumsuz olması çatışmanın nasıl yönetildiği ile ilgilidir (23). 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 (24).

Örgütlerde çatışma kavramıyla anlatılmak istenen birden fazla bireyin taraf olduğu anlaşmazlık, uyuşmazlık gibi durumlardır. Gerek bireylerin, gerekse örgütün sorun yaşamasına neden olan örgütsel çatışmalar iyi yönetilmediği takdirde örgütsel faaliyetlerin etkinliğini sağlamada ve verimliliği büyük engel olmaktadır (25).

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 sahiptir (26).

Ameliyathanelerde de çeşitli düzeylerde çatışma yaşanmaktadır. Bu çatışmaların bir kısmı ameliyathanenin etkinliğini artırması bakımından yapıcı olurken bir kısmı da ameliyathane işleyişini olumsuz etkilediği için yıkıcı olarak değerlendirilmektedir. Çatışmaları ameliyathanenin amaçlarına hizmet edecek şekilde yönetmek için ameliyathane yöneticilerinin öncelikle kurumlarda yaşanan çatışma nedenlerini bilmeleri gerekmektedir.

Kompleks bir yapıya sahip olan ameliyathanelerde çatışmaların sebepleri de çok değişiktir. Bazen bir çatışmanın arkasında birçok sebep yatabilmektedir. Çatışmalara neden olan faktörleri bilmek çözüm üretmek için önemli aşamadır.

2.5. Çatışmaya İlişkin Yaklaşımlar

Çatışmaya ilişkin yaklaşımlar zamanla değişikliğe uğramış, dönem dönem farklı yaklaşımlar öne sürülmüştür (27). Bu yaklaşımlar da çatışmanın zamanla örgütsel ve yönetsel açıdan nasıl algılandığı, değerlendirildiği ve nasıl kabul edildiğini ortaya koymaktadır (28).

Geleneksel (klasik) yaklaşıma göre çatışma yıkıcı ve her ne pahasına olursa olsun kaçınılması gereken bir durum olarak kabul edilmektedir. Görevlerin, yöntemlerin, kuralların ve yetki ilişkilerinin açık olarak tanımlanması ve rasyonel bir örgüt yapısının geliştirilmesi üzerinde durur (29).

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 (30).

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 oluşturarak üretimi veya üretime katkıyı azaltacaktır (28).

Davranışçı (neo-klasik) yaklaşım insan davranışlarının çeşitli yönlerini inceler. Bu yaklaşım klasik yaklaşımın tamamlayıcısı olarak görülmüştür. Birey olarak veya grup halinde insanların nasıl davrandığı, davranışlarının yönlendirilmesi, insanların birbirleriyle olan ilişkilerinde yaşanan sorunlar gibi konularla ilgilenir (31).

Davranışçı yaklaşım çatışmaların bireyler ve gruplar arası farklılıklardan kaynaklandığını, çatışmanın yok edilmesinin ancak bu farklılıkların ortadan kaldırılmasıyla mümkün olacağını öne sürmektedir. Ancak bu farklılıkların ortadan kaldırılmasının imkânsız olduğunu, bireyler ve gruplar arasındaki çatışmaların benimsenip desteklenmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir (32).

Modern (etkileşimci) yaklaşımda çatışma işletmenin performansı ve verimliliği için mutlaka bulunması gereken ve iyi yönetilmesi durumunda yarar sağlayan bir olgu olarak kabul edilmiştir.

Modern yönetim bilimcileri çatışmayı fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan çatışma olmak üzere iki grupta inceler. Fonksiyonel çatışmanın örgütün iş başarısına katkı sağladığını ve örgütün başarısını artırdığını öne sürmüşlerdir. Fonksiyonel olmayan çatışmayı ise örgüte zarar veren ve amaçların gerçekleştirilmesini engelleyen çatışma olarak ifade etmişlerdir (33).

2.6. Çatışma Süreci

Çatışma süreci potansiyel zıtlasma ve uyumsuzluk, kavrama (algılama) ve kişiselleştirme, yönetim tarzı, davranış ve sonuç evresi olarak beş aşamadan oluşmaktadır (34).

Potansiyel Zıtlasma ve Uyumsuzluk (Birinci Aşama): Çatışma sürecinde ilk basamak çatışmayı ortaya çıkartacak şartların meydana gelmesidir. Ortaya çıkan şartlar her zaman çatışmayla sonuçlanmak zorunda değildir, ancak çatışma çıkacaksa iletişim, yapı ve kişisel değişkenler gibi şartlardan en az birisinin olmalıdır (34).

Kavrama (Algılama) ve Kişiselleştirme (İkinci Aşama): Çatışma sürecinin algılandığı ve hissedildiği aşamadır. Bu basamakta çatışma taraflarca netleşir ve duygular algıları şekillendirir. Birinci aşamadaki durumlar, taraflardan birisinin ilgilendiği ve önem verdiği bir şeyi olumsuz yönde etkilerse zıtlasma ve uyumsuzluk potansiyeli bu aşamada gerçekleşmiş olur (34).

Çatışma Yönetimi (Üçüncü Aşama): Bireylerin niyet ve amaçları onların algılarından, duygularından ve davranışlardan gözlenerek anlaşılabilir. Niyetler çatışmanın gidişatıyla, duygusal bir tepkimeyle değişebilir. Bu aşamada çatışma yönetiminde izlenecek stratejiler belirginleşir. Bazı insanlar çatışmayla karşı karşıya geldiğinde her ne pahasına olursa olsun kazanmak isterken, bazıları kaçmak, bazıları hükmetmek, bazıları ise farklılıkları paylaşmak ister (34).

Davranış (Dördüncü Aşama): Bu aşamada taraflar 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 (35).

Sonuç Evresi (Beşinci Aşama): 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 (34).

2.7. Çatışma Türleri

a) Psikolojik çatışma: Kişinin kendisinden ne beklediğinden emin olmadığı veya kendisinden yapabileceğinden fazlasının beklendiği durumlarda ortaya çıkan ve kişiyi rahatsızlığa, kızgınlığa ve strese sevk eden çatışma türüdür (36). Psikolojik çatışma engellenme, gereksinme çatışması ve rol çatışması ve belirsizliği olarak üçe ayrılır.

Engellenme insan güdülerinin ve gereksinmelerinin karşılanmasının durdurulması, yavaşlatılması ya da beklediği düzeyden aşağıda kalmasıdır (36).

Gereksinme (amaç) çatışması amaç konusunda, kişi ya da grupların bazen kendisiyle, bazen kendisi ve örgüt arasında meydana gelen uyuşmazlıkları olarak tanımlanır. Amaç çatışmaları azaltılabildiği ve işletme amaçlarıyla uyum sağlanabildiği sürece, örgütün performansı ve etkinliği artar (37).

Rol çatışması ve belirsizliği bireysel anlamda çatışma, birbirleriyle uyuşmayan iki veya daha fazla güdünün aynı anda bireyi etkilemesiyle ortaya çıkar. Güdülerin türüne, şiddetine, içinde bulunulan ortama göre değişiklik gösterir (38).

Rol belirsizliği çalışanın iş yerinde kendisine verilen görevden istenen performansı ortaya koyabilmesi için gerekli bilgiye sahip olmadığında ortaya çıkar (39). 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 (40).

Fonksiyonel olan çatışmalar organizasyonun amaçlarını gerçekleştirmesine katkıda bulunan çatışmalardır. Bu tür çatışmalar örgütün çeşitli kısımlarındaki sorunlara işaret edebilir. Dolayısıyla yöneticilerin dikkatinin bu sorunlara çekilmesini sağlar. Ayrıca organizasyona canlılık kazandıracak yeniliklerin de gerçekleşmesini kolaylaştırır (41) .

Fonksiyonel olmayan çatışma ise işletmeyi amaçlarına ulaştırmaktan saptıran, amaçları gerçekleştirmeye katkıda bulunmayan çatışmalardır (42).

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

- Yönetici ve çalışanlar arasında ortak değerler bulunmalıdır.
- Örgütteki çatışmanın olumlu şekilde çözülmesi için gerekli olan bilgi birikimi oluşmalıdır.
- Değişik görüşlere ve bakış açlarına saygı göstermeli ve çatışan tarafların birbirlerini geliştirmelerine yardımcı olacak yapının oluşması sağlanmalıdır.

➤ Örgütteki yenileşme ve gelişme sürekli olarak teşvik edilmelidir (43).

b) Bireyler Arası Çatışmalar: Kişiler arası çatışmalar iki kişinin birbirleriyle çeşitli fikir, duygu ve görüş ayrılıklarına düşmesi olarak tanımlanmaktadır (44). 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 (45).

c) Bireyler ve Gruplar Arası Çatışmalar: Grupların bireyleri grup normlarına ve standartlarına kabule zorlaması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Grup normlarını, standartlarını, amaçlarını ve bu amaçlara ulaşma yöntemlerini benimsemeyen bireyler grup ile çatışmaya girmektedirler. Uygun davranışı göstermeyen kişi ilk önce grubun tepkisini çeker. Daha sonra uyum sağlamaması durumunda ise grubun dışlaması ile karşılaşır (46).

Ortaya çıkış şekillerine göre çatışmalar altı alt gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

1) Gizli (potansiyel) çatışma; Organizasyon içinde, henüz var olmayan ancak çatışmaya neden olabilecek durumların olması durumunda potansiyel çatışmadan söz edilir.

2) Algılanan çatışma; Bazı koşullara sahiptir. Bunlar; tarafların birbirlerinin pozisyonlarını yanlış algılamaları, bireylerin dolaylı şekilde karşılıklı tehditleri, bireylerin baskı ya da suçlama altında tutarak sindirmeye çalışma girişimleri algılanan çatışma koşullarındandır (47).

3) Hissedilen çatışma; Çatışma halindeki tarafların kızgınlık, endişe gibi hislerini ifade eder.

4) Açık çatışma; çatışma halindeki tarafların fiilen gösterdiği davranışa işaret etmektedir. Örneğin açık çatışma karşılıklı tartışma, birbirine ağır dil ve sözler kullanma, hatta fiziksel kuvvet kullanma şeklinde ortaya çıkmaktadır (48).

5) 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.

6) Kurumsal çatışma; Toplumsal sistem tarafından çatışmanın şiddeti ve derecesi, çatışmanın çözüm yollarının belirlendiği ve çatışmanın meydana gelmesi durumunda ise nasıl bir çözüm süreci izlenileceğinin önceden kurallara bağlandığı çatışmalardır (49).

2.8. Çatışma Nedenleri

Çatışmalar insanlar arası etkileşimin olduğu her yerde ortaya çıkabilir. Bu yüzden çatışmanın olmadığı bir örgüt düşünülemez (50). Çatışma zararlı değildir ancak örgüt için maliyeti büyük olabilir Bu yüzden gözardı edilmemesi gerekir (51). Örgütlerde yürütülen işler çoğunlukla birbirine bağımlı faaliyetlerle gerçekleşmektedir. Bu nedenle bir bölümde yaşanan olumsuzluk farklı bölümleri de etkileyebilmektedir (52). Örgütlerdeki fonksiyonel bağlılık ekip bağlılığı, seri bağlılık ve karşılıklı bağlılık olmak üzere üçe ayrılmaktadır (53).

- a) Ekip bağlılığı; Bu bağlılıktan bahsedebilmek için iki grubun da aynı örgüt içinde yer almaları gereklidir.
- b) Seri bağlılık; Bir işletme içinde bir bölümün üretimi, diğer bir bölümün faaliyetlerini başlatır.
- c) 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 olarak, bir organizasyonda bir gruba çok fazla görev ve iş verildiği durumlarda yaşanan anlaşmazlıklar, gerilim ve sorundan kaçmaya yönelik eğilimler gösterilebilir.

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 empati olgusunun yerleşmediği toplumlarda ortak kaynak kullanımı pek çok çatışmaya neden olabilmektedir.

Kişilerin farklı amaç, değer yargısı, tutum, yetenek ve özelliklerde olması çatışmanın önemli bir nedenidir. Her bireyin farklılıkları aynı olaylar karşısında farklı tutum ve davranışlarda bulunmalarına neden olur (54).

Örgütteki iş bölümü ve iç farklılaşma, amaçları kavramada anlaşmazlıklara neden olabilir. Değişik üniteler açıkça belirtilmemiş farklı amaçlara sahip olabilirler. Bu amaçlar da birbiriyle uyumlayabilir (55).

Örgüt amaçlarının kişiler tarafından iyi algılanmaması, kişisel amaçların da örgüt tarafından tespit edilememesine neden olur. Amaçlar arasında bütünlük sağlanmadığı sürece çatışmadan kaçınılamaz.

Örgüt içinde olayların algılanmalarını belirleyen algı kaynakları farklı olabilir. Bundan dolayı bireyler aynı olaya yaklaşımda farklı davranış biçimleri gösterilebilirler. Bu da çatışmalara neden olabilmektedir (56).

İletişim çift yönlü bir süreçtir. Dolayısıyla bireyler, kimi zaman mesajın kaynağı, kimi zaman da mesajın alıcısı konumunda olabilirler. 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. Farklı statüde bulunan ve farklı rolleri üstlenen bireyler arasındaki anlaşmazlıklar çatışmalara neden olmaktadır. Değişik bölümlerde çalışan bireylerin yaptıkları işi ya da bulundukları statüyü diğerlerine göre daha üstün görmesi çatışma yaratmaktadır (56).

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 (56). Eğer yönetici ve astları arasında bu tür konularda önemli farklılıklar 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 (55).

Bireylerin bir takım kişilik özellikleri, örneğin saldırganlık, despotluk gibi özellikleri de çatışmalarda rol oynamaktadır. Ayrıca çatışmaların bireylerin yaşlarıyla ters orantılı olduğu gözükmemektedir. Özellikle hemşire ve doktorlarda yaş arttıkça çatışmalar azalmaktadır (57). Personel devir hızının yüksek olduğu organizasyonlarda çatışma düzeyi yüksektir. Eski personel grubu yeni dâhil olan personeli benimsemekte zorlanabilir. Personel devir hızının düşük olduğu durumlarda çatışma düzeyi de düşmektedir (20).

Herhangi bir çatışma durumunda, kişilerin içgüdüsel olarak tepkileri çatışmayı kazanma şeklinde olmaktadır. Yani kişi çatışmayı kendisinin kazanmasını, karşı tarafın ise kaybetmesini istemektedir. Daha sonra kişi kontrollü olarak aşağıdaki stratejilerden birine yönelecektir (58).

Kayıp-Kayıp Stratejisi: Bu stratejide çatışmaya giren tarafların hepsinin kaybetmesi söz konusudur.

Kazanç-Kayıp Stratejisi: Bu stratejide çatışmaya taraf olan gruplar kendi otoritelerini ve menfaatlerini artırarak karşı tarafın konumunu görmezler.

Kazanç-Kazanç Stratejisi: Bu stratejide temel amaç çatışan tarafların tümünün konunun çözümünde başarılı olmaları, yani kazançlı olmalarıdır.

2.9. Çatışmanın Yarar ve Sakıncaları

Geleneksel düşünceye sahip yöneticiler çatışmayı örgüt için sakıncalı hatta yıkıcı görmekte, örgütü çatışmalardan korumaya çalışmakta ve çatışma nedenlerini yok etmek için çaba harcamaktadırlar. Oysa örgütlerdeki çatışmalar kontrol edilebildiği ve belirli bir düzeyde tutulabildiği takdirde yararlı tarafları da bulunmaktadır.

Genel olarak çatışmanın olumlu yönleri şunlardır (59):

- Daha iyi ilişkiler kurmayı sağlar.
- Bireysel gelişimi sağlar.
- Bireyin kendine olan saygısını artırır.
- Problemlerin farkına varılmasını ve tanınmasını sağlar.
- Sorunların tartışılmasını sağlar.
- Soruna ilgiyi artırır, sorun çözme yeteneğini geliştirir.
- Örgütte rekabetçi bir ortamın oluşmasına neden olur.
- Örgütte yaratıcılığı artırır ve yeni fikirlerin ortaya çıkmasını sağlar.
- Etkinliği ve verimliliği geliştirir.
- Çalışanların örgütsel sorunlara ve örgüte ilgisini artırır.
- Örgüte dinamizm kazandırır.
- Etkinliği ve verimliliği geliştirir.
- Örgütte demokratik ortamın gelişimine katkı sağlar.
- Örgütlerde yenilik, değişim ve yaratıcılığı olumlu etkiler.

Çatışmanın sakıncaları ise şunlardır (59):

- Stres ve işten bıkkınlığa sebep olur.
- Örgütteki iletişim azalmasına ve/veya bozulmasına neden olur.
- Güvensizlik ve şüpheliğin hakim olduğu bir hava oluşturur.
- Karar alınmasında gecikmelere neden olabilir.
- Çatışma nedeniyle aşırı tavizler verilmesi örgütün amaçlarından uzaklaşmasına neden olabilir.
- Örgütte motivasyonun azalmasına sebep olur.
- Enerjinin amaçlar dışında tüketilmesine neden olur.
- Örgütte verimin azalmasına neden olur.

Organizasyonlarda çatışma düzeyi sıfır olduğunda örgütsel performans düşük düzeydedir. Belirli bir düzeye kadar çatışma arttıkça örgüt performansı da birlikte artmakta, bir noktadan sonra tekrar düşme eğilimine girmektedir. Yani makul düzeyde bir çatışma organizasyonlar için gerekli olduğundan teşvik edilmelidir (60).

2.10. Çatışma Yönetimi Stratejileri

Yöneticiler çatışmanın örgüte olabilecek zararlı etkilerini ortadan kaldırmak için çeşitli çözüm yollarını uygulayabilir veya türlü araçlardan yararlanabilirler. Çatışma çözüm yollarını aşağıdaki başlıklar altında ele alarak incelemek mümkündür (61).

Problem çözme yöntemi: Bu yöntemde çatışmaya taraf olanlar yüz yüze getirilerek çatışmanın nedenleri konusunda görüşürölmekte ve yönetici de çatışmanın çözümü hususunda katkı vermektedir.

Kaçınma yöntemi: Burada yönetici çatışmayı görmemezlikten gelmekte ve çatışma yokmuş gibi davranmaktadır. Bu yöntemde çatışma konularının önemsiz olması, gündemde daha önemli şeylerin bulunması ve çatışmanın üstüne gidilmesi durumunda elde edilecek olanların kaybedilecek olanlardan daha az olması durumunda başvurulur (62).

Çatışmaya taraf olan kişilerin değıştirilmesi: Bu yöntemde çatışmaya taraf olan, kişi örgütte başka görevlere getirilerek çatışmaya son verilmeye çalışılmaktadır.

Güç kullanma yöntemi: Çatışmanın başlangıcında yönetici çatışmanın devam etmesi halinde tarafların cezalandırılacağını veya çatışmanın sona ermesi halinde tarafların ödüllendirileceğini bildirir. Taraflar yöneticinin gücünü kabullendikleri taktirde çatışma sona erecek ancak yöneticinin güçsüz olduğu durumlarda çatışma tekrar ortaya çıkabilecektir (63). Yönetici güç ve otoritesini kullanarak çatışmayı çözmektedir. Bu yöntem taraflar arasında bir anlaşma sağlamayabilir, ancak çatışmanın sona ermesini sağlayabilir (61).

Yumuşatma yöntemi: Burada yönetici çatışan tarafları farklılıkları konusunda yumuşatmakta ve probleme ortak çözümler arama konusunda ikna etmeye çalışmaktadır. (63).

Örgütsel ilişkileri değiştirme: Örgüt yapısı değiştirilir ve buna bağlı olarak örgütsel ilişkiler yeniden düzenlenir.

Kaynakların artırılması yöntemi: Kaynakların yetersizliği veya ortak kullanımından kaynaklanan çatışmaların çözümünde kullanılabilecek olan bir yöntemdir.

Oylama yöntemi: Çatışmaların çözümünde uygulanabilecek demokratik bir yöntemdir. Çatışmaya taraf olan kişilere ilgililer önünde görüşlerinin açıklanmasına olanak sağlanarak alternatif önerilerin oylanmasıdır.

Hakeme başvurma yöntemi: Bu yöntemde çatışmaya taraf olanlar çatışma konusunun çözümünü hakemin kararına bırakmaktadırlar. Hakem tek bir kişi olabileceği gibi, bir kurul şeklinde de olabilir.

Kura çekme yöntemi: Çatışmayı sonlandırmak amacıyla çatışmaya taraf olan kişi veya gruplar arasında kura çekme yöntemidir. Yöntemin etkili olabilmesi için çatışma taraflarının kura sonuçlarını kabul edeceklerini önceden belirtmeleri gerekir.

Pazarlık etme ve karşılıklı ödün verme yöntemi: Çatışmaya taraf olanlar arasında karşılıklı tavizler verilerek uzlaşı yolunun bulunmasıdır

2.11. Hastaneler ve Çatışma Yönetimi

Hastaneler, başta doktorlar olmak üzere, farklı meslek gruplarındaki çalışanların farklı hizmet basamaklarında ve birimlerinde çalıştığı sağlık hizmeti üretimi yanında eğitim verilen yoğun hizmet kurumlarıdır. Ayrıca çatışmanın çok olması ve iyi yönetilememesi sağlık çalışanlarının tümünü etkileyen, çok etmenli ve ağır çalışma koşullarındandır. Çatışma varlığında akademik misyon ve üretkenlik zarar görmektedir. Bu nedenle çatışma yönetiminde genel olarak esneklik, şeffaflık, kurum kültürü ve liderlik önemlidir (64).

Hastanelerde, özellikle de ameliyathanede, çalışan doktorlar çatışma ile ilgili konulara sıklıkla maruz kalırlar. Tıp fakóltesi hastanelerinde de öğretim üyesi olarak görev yapan doktorlar değişik alanlarda değişik çatışmalarla karşılaşabilirler ve

çatışma sonunda hastalar, personeller, hasta yakınları ve öğrenciler ağır derecede etkilenirler (65).

Doktorların diğer doktorlarla çatışma sebepleri (66):

- Çalışma ortamındaki hiyerarşik düzen (ast-üst ilişkisi). Üstlerin astlara ne yapılacağını, nasıl ve ne zaman yapılacağını olasılık bırakmadan kesin olarak söylemeleri. Astların, üstlerin verdiği kararların olumsuz sonuçlarına maruz kalmaları.
- İdareci kadroda bulunan görevlilerden gerekli desteği alamamaları.
- Kurumdaki organizasyon ve yönetimin zayıf olması. Kurumda çalışanların rollerinin ve sınırlarının iyi belirlenmemiş olması.
- Hekimlerin meslektaşlarıyla ve diğer tedavi ekibi üyeleriyle yaşadıkları kişisel ve sosyokültürel sorunlar. Farklı sosyoekonomik ve eğitim düzeylerine sahip olma, kişisel rekabet ve ya grup rekabeti.
- Çalışma koşullarıyla ilgili olumsuzluklar. Fiziki şartların yetersizliği veya iş yoğunluğu.

2.11.1. Hastanelerde Çatışma Yönetimi Durumu

Her yönetici yönetim labirentinin başında bulunduğu organizasyonlarda meydana gelen çatışmaları yönetmek durumundadır. Asırlardır iş idareciliği literatürleri, yönetim ve liderlik becerilerinin önemini vurgularken bu konunun sağlık eğitiminde önemi yeni anlaşılmaya ve çalışılmaya başlanmıştır. Diğer alanlarda olduğu gibi çatışma yönetimi becerileri etkili doktor yöneticilerin özellikleri arasında da temeldir ve sağlık alanında giderek daha kritik ve kompleks hale gelmektedir. 115 gönüllünün katıldığı bir çalışmada sağlık idarecilerinin zamanlarının %20'sini çatışmaların yönetimi ile geçirdikleri bulunmuştur (67).

Diğer kurumlarda olduğu gibi hastane örgütlerinde de çatışma genellikle çalışma enerjisini azaltan, konsantrasyonu düşüren, huzursuzluk ve düşmanlığa sebep olan negatif bir duygu olarak algılandığı için çatışma oluşturan faktörlerle ilgilenmekten çok bu faktörlerden kaçınılmaya çalışılmaktadır. Kelly çatışmanın önceden belirlenen kurallarla önlenebileceğini rapor etmiştir (68). Bu amaçla içinde

hastanelerin de olduğu bazı kurumlarda kullanılan yaygın bir teknik, kontrat yapılmasıdır. Kontrat yapılmasında temel özellik, resmi ilişkilerdeki her çatışma olasılığının tahmin edilmesi ve bu her olasılık için çözüm üretilmesidir. Kontrat yapılması bazı çatışmaları önleyebilir, bazılarını yönetmeyi de tanımlayabilir (68).

Öte yandan doktorlar bir çok sebeple tartışma güçlüğü yaşarlar. Aslında çoğunun çok zeki, çalışkan ve kendilerini geliştirmeye odaklı olduğu doktorlar için tartışma becerilerini geliştirmek çok zor değildir. Ancak doktorlar çeşitli sebeplerle bunu başaramazlar. Bu sebepler şunlardır (63):

- Doktorlar genellikle yüzleşme karşıtı oldukları için çatışma konusu genellikle güç bir durumdur.
- Doktorlar bir çok tartışma tekniğini etik bulmazlar.
- Doktorların çoğu duygularını ortaya çıkarmamak için eğitilmişlerdir.
- Doktorlar çözüm bulmada, veri toplamak üzere eğitilmişlerdir. Bu bilim adamları için standart eğitimidir. Bu yaklaşım tüm verileri toplamadan herhangi bir yorum yapmaktan kaçınmayı gerektirir ve hasta tedavisinde mükemmel bir metottur. Fakat çatışma yönetiminde iyi değildir.
- Doktorlar kaybetmekten hoşlanmaz.

Doktorların genel davranış şekillerine bakıldığında bu özelliklerini anlamak güç değildir. Doktorlar aşırı işkolik ve kronik olarak hep bir şeyler yapmaya programlanmışlardır. Bu davranışların çoğu doktor olmayla ilgilidir, tıp eğitiminde kazandırılır ve daha sonra da toplum tarafından motive edilir (63).

Doktorların tıbbi pratiklerini geliştirmeye yönelik çabalarından dolayı aslında yaşamsal bir tecrübe olan çatışma yönetimine ayıracak zamanları azdır. Bu nedenle doktorlar hastanede çatışma ile karşılaşınca uyguladıkları çatışma yönetimleri eğitici olmayan, bu konuda fikirleri de olmayan, içgüdüsel davranan anne ve babalarından öğrendikleri modelleri yansıtır. Bundan dolayı hastanede yaşanan ve bu modellere dayanan çatışma sonuçları kötüdür (69).

Bakerman tıp eğitimcilerinin çatışmaları başarıyla yönetmeleri ve lider yönetici özelliklerini kazanmaları için gerekli en büyük özelliği, etkili iletişim kurmak ve devam ettirmek olarak belirtmektedir (70).

Sotile ve arkadaşları(71) eğitimcilik görevi de üstlenen doktorların eğitici ve doktor olarak görev yaptıkları hastanelerdeki çatışmaları çözmelerindeki anahtarı olarak 7 basamaklı bir klavuz önermektedir. Bu klavuzun basamakları şunlardır:

1. Personel ilişkilerinde olası çatışmaları öngörerek önleyici kuralları koymak.
2. Etkili iletişim sağlamak, özellikle dinlemek.
3. Şikayeti olanlara verilerle cevap vermek.
4. Gerektiğinde çatışmayı çözmek için yardım istemek.
5. Pozitif yaklaşmak.
6. Çatışma sonrası dönemi takip etmek.
7. Konuyla ilgili kendi kendini yetiştirmek.

Lider düzeyinde etkili doktor yönetici yetiştirmek için, özel eğitim programları geliştirilmekte ve bu programlar üzerine araştırmalar yapılmaktadır (72, 73). Bu programlarda günümüzde değişen sağlık hizmetinin gerektirdiği etkili sağlık yöneticilerinin yetiştirilmesi amaçlanmaktadır.

Literatürde anestezi cerrah ilişkisini inceleyen çalışmalar çok azdır. Çalışmalar daha çok sağlık personellerinin tükenmişlik düzeylerini, iş verimini ve iş stresini incelemektedir (30, 57, 61).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'nda 27/03/2014 tarihli ve 2014/14-72 karar numaralı etik kurul onayı ve hastane kurum izinleri alınarak yapıldı. Çok merkezli anket çalışması olarak planlandı.

Mayıs 2014 – Temmuz 2014 tarihleri arasında, onbir farklı merkezden farklı cerrahi branşlara sahip hekimlere anket yapıldı. Çalışmaya araştırma görevlisi, uzman, yardımcı doçent, doçent ve profesör ünvanına sahip, anesteziyen 192 hekim ve diğer cerrahi branşlardan (Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Üroloji Anabilim Dalı, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı) 211 hekim dâhil edildi.

Araştırma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Özel Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Düzce Özel Hayri Sivrikaya Hastanesi, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Dicle Üniversitesi Hastanesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aziziye Hastanesi, Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapıldı.

Deneklere iki bölümden oluşan 41 soruluk anket formu verildi. Anketin birinci bölümünde demografik bilgileri içeren çoktan seçmeli 13 soru, ikinci bölümünde literatürden yararlanarak cerrahlarla anesteziistler arasındaki tartışma nedenlerini algılamaya yönelik 28 soru yer aldı (Tablo 1). Deneklerden bu formun doldurulması istendi.

Araştırmanın yapılabilmesi için hastanelerden gerekli çalışma izni alındı. Araştırma kapsamına alınan cerrah ve anesteziist hekimler araştırma hakkında bilgilendirildi. Verilerin nasıl doldurulacağı açıklandıktan sonra anket yapıldı.

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı (AD)'nda çalışan hekimlerle,

Cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin uzmanlık alanını ve tıp fakültesini tercih etme sebebi, psikiyatrik ilaç kullanımı, cerrahlarla anesteziistler arasındaki ilişkinin nasıl olduğu, anesteziistlerle/cerrahlarla tartışma yapıp yapmadığı ve tartışma yapıyorsa sıklığı karşılaştırıldı. Anesteziyoloji ve Reanimasyon alanında çalışan hekimler Grup 1, cerrahi bilimlerin tamamı Grup 2 olarak belirlendi. Ayrıca Grup 2’de yer alan 10 farklı cerrahi branş Grup 1 ile tek tek karşılaştırıldı. Erkek-kadın, evli-bekar, çalışılan kurum ve yaş guruplarına göre, cerrahlarla anesteziistler arasındaki ilişkinin nasıl olduğu, anesteziistlerle/cerrahlarla tartışma yapıp yapmadığı, tartışma yapıyorsa sıklığı karşılaştırıldı. Kurumlar (üniversite hastanesi, eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel hastane), çalışanlara yönelik stres yönetimi hakkında eğitimi açısından karşılaştırıldı.

Tablo1. Anket soru yönergesi

SAYIN KATILIMCI,
AŞAĞIDA YER ALAN ANKET, CERRAHLAR İLE ANESTEZİSTLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TESBİTİNE YÖNELİK BİLİMSEL BİR ÇALIŞMADIR. DEĞERLİ ZAMANINIZI AYIRARAK GÖSTERECEĞİNİZ ALAKA NEDENİYLE ŞİMDİDEN TEŞEKKÜR EDERİM

1-Uzmanlık alanınız?

☐ Anesteziyoloji ve Reanimasyon ☐ Beyin Cerrahi ☐ Genel Cerrahi ☐ Göz Cerrahi ☐ Kadın Hastalıkları ve Doğum ☐ Kulak Burun Boğaz ☐ Ortopedi ve Travmatoloji ☐ Üroloji ☐ Pediatric Cerrahi ☐ Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ☐ Göğüs, Kalp Damar Cerrahi

2-Cinsiyetiniz?

☐ Kadın ☐ Erkek

3-Yaşınız?

Belirtiniz.....

4-Medeni durumunuz?

☐ Bekar ☐ Evli

5-Akademik ünvanınız?

☐ Profesör ☐ Doçent ☐ Yardımcı Doçent ☐ Uzman ☐ Araştırma görevlisi

6-Uzmanlık alanınızdaki toplam hizmet süreniz?

Belirtiniz.....yıl.....ay

7- Çalıştığınız kurum?

☐ Üniversite Hastanesi ☐ Eğitim Araştırma Hastanesi ☐ Devlet Hastanesi ☐ Özel Hastane

8- Tıp fakültesini tercih etme sebebiniz?

☐ Kendi isteğimle ☐ Yakınlarımla etkisiyle

9- Uzmanlık alanınızı tercih etme sebebiniz?

☐ Kendi isteğimle ☐ Yakınlarımla isteğiyle ☐ TUS puanım yettiği için

10- Cerrahlarla anesteziistler arasındaki ilişki nasıldır?

☐ İyi ☐ Kötü

11- Anesteziistlerle / cerrahlarla ne kadar sıklıkta tartışmaya giriyorsunuz?

☐ Günde..... ☐ Haftada ☐ Ayda..... ☐ Yılda.....

12- Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

13- Kurumunuzda çalışanlara yönelik stres yönetimi hakkında eğitim verildi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

Aşağıda yazan ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyarak, cerrahlarla anesteziistler arasındaki tartışma nedenlerinden her biri hakkındaki düşüncenizi yandaki parantezi işaretleyerek belirtiniz.

	EVET	HAYIR
14. Personel sayısının yetersiz olması	()	()
15- Personelin beceriksiz olması	()	()
16- Personeller arasındaki iletişimin yetersiz olması	()	()
17- Cerrahların ameliyata hakim olamaması	()	()
18- Anesteziistlerin ameliyata hakim olamaması	()	()
19- İşinizi yapmak için yeterli araç ve gerecin olmaması	()	()
20- İş yükünün fazla olması	()	()
21- Operasyonun acil olması	()	()
22- Hastanın yüksek riskli olması	()	()
23- Anamnez ve fizik muayenenin yetersiz olması	()	()
24- Cerrahların sizi yeterince takdir etmemesi	()	()
25- Cerrahlarla iş dışında sosyal aktivitesinin olmaması	()	()
26- Farklı sosyokültürel değerler, dini inanışlar yada siyasi düşünceler	()	()
27- Anesteziistlerde iletişim beceriksizliği mevcut	()	()
28- Cerrahlarda iletişim beceriksizliği mevcut	()	()
29- Hastanın uygulanacak anestezi hakkında bilgisinin olmaması	()	()
30- Hastanın uygulanacak cerrahi hakkında bilgisinin olmaması	()	()
31- Cerrahların hastayı olması gerekenden fazla sahipleniyor olması	()	()
32- Cerrahların zaman yönetiminin kötü olması	()	()
33- Operasyon sırasında hasta hakkında karşılıklı bilgi verilmemesi (Kanama, hipertansiyon..vb)	()	()
34- Anesteziistlerin kararlarına cerrahların uymaması	()	()
35- Cerrahların kararlarına anesteziistlerin uymaması	()	()
36- Diğer bölümlerden gereksiz konsültasyonların istenmesi	()	()
37- Hastanenin performansa dayalı ücret sistemi uygulaması	()	()
38- Dava edilme korkusunun olması	()	()
39- Anesteziistlerin operasyonu iptal etmesi ya da ertelemesi	()	()
40- Primer soruna (Herni, tümör..vb) yönelerek yandaş hastalıklara (Hipertansiyon, diyabet ..vb) bağlı gözardı edilmesi	()	()
41- Operasyon odasında müzik dinlenmemesi	()	()

Verilerin analizi için Statistical Package for the Social Sciences version 18 software (SPSS, Chicago, IL, ABD) programı kullanıldı. Değişkenler için, ortalama±standart sapmalar ve yüzdelik değerler hesaplandı. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Normal dağılan değişken grupları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için Independent-Samples T test kullanılırken, normal dağılmayan değişkenler için Mann–Whitney U testi kullanıldı. Katagorik değişkenlerin analizi için Ki kare testi kullanıldı. Beklenen değerlerin %20’den fazlası 5’ten küçük olması durumları için de ki kare testi yerine, ki kare kökenli ilişki katsayılarından “Contingency Coefficient, Phi and Cramer’s, Uncertainty Coefficient” testleri kullanıldı. Yapılan analizler sonucunda bulunan $P < 0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan cerrah ve anesteziist hekimlerin anket aracılığıyla elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular yer almaktadır. Çalışmamıza; üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri, devlet hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan, 192'si anesteziist (grup 1) 211'i cerrah (grup 2) olmak üzere 403 hekim kabul edildi. Çalışmaya katılan hekimlerin demografik verileri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Çalışmaya katılan hekimlerin demografik verileri (sayısal değer $\pm$ standart sapma), tıp fakültesini tercih etme sebepleri ve hizmet süreleri

	Grup 1	Grup 2	P ⁺
Yaş	34,14 $\pm$ 7.26	34,32 $\pm$ 7.27	P=0.80
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	108/84	161/50	P=0.00 ⁺
Medeni durum (Evli/Bekar)	137/55	134/77	P=0.09
Ünvan (P/D/YD/U/AG)	7/12/17/56/100	8/7/24/71/101	P=0.48
Tıp fakültesini tercih etme sebebi(ki/ai)	152/40	182/29	P=0.06
Hizmet süresi (yıl)	5,82 $\pm$ 5.62	6.75 $\pm$ 5.88	P=0.11

⁺ p<0.05,

P/D/YD/U; P: Profesör, D:Doçent, YD:Yardımcı Doçent, U:Uzman, AG: Araştırma görevlisi
ki/ai; ki: kendi isteğiyle, ai :ailemin isteğiyle

Ankete katılanlarda cinsiyet, medeni durum, ünvan, tıp fakültesini tercih etme sebepleri ve hizmet süreleri açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0.05). Ankete katılan anesteziist kadın sayısı (84), cerrah kadın sayısından (50) fazla bulundu. Araştırmaya katılanların 269'u (%67) erkek 134'ü (%33) kadın idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.05).

Tablo 3 incelendiğinde katılımcıların %48'i anesteziist hekimlerden %52'si cerrahi branşlardaki (Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kadın hastalıkları ve Doğum

Anabilim Dalı, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Üroloji Anabilim Dalı, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı) hekimlerden oluşmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların bilim dalına göre dağılımı

Ünvan	Katılımcı sayısı	%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD ⁺	192	48
Beyin ve Sinir Cerrahisi AD	11	3
Genel Cerrahi AD	32	8
Göz Hastalıkları AD	25	6
Kadın hastalıkları ve Doğum AD	38	9
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD	25	6
Ortopedi ve Travmatoloji AD	30	7
Çocuk Cerrahisi AD	8	2
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD	14	4
Üroloji AD	18	4
Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi AD	10	3
Toplam	403	100

⁺AD: Anabilim Dalı

Cerrahlara anesteziistlerle olan ilişkileri, anesteziistlere de cerrahlarla olan ilişkileri sorgulanmış ve verilen cevaplar Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Anestezistler / cerrahlar arasındaki ilişki

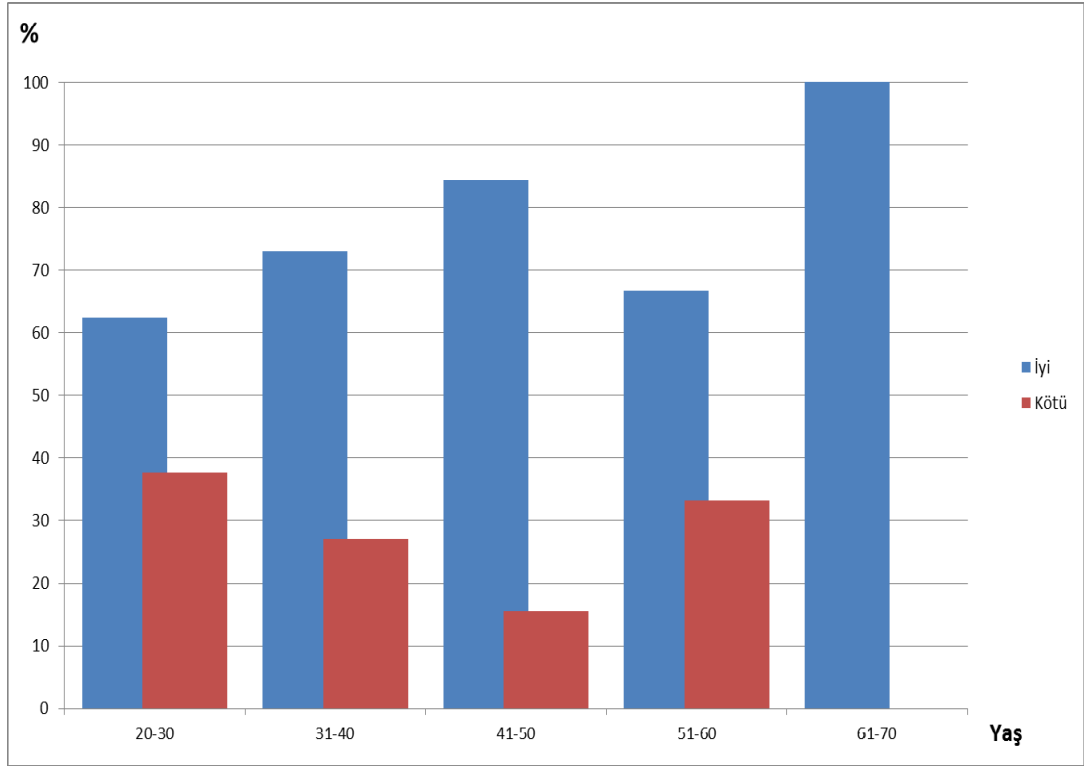
	İyi	Kötü	P değeri
Grup 1 (n=192)	110 (%57.3)	82 (%42.7)	P=0.000
Grup 2 (n=211)	174 (%82.5)	37 (%17.5)	
Beyin ve Sinir Cerrahisi AD	11 (%100)	0 (%0)	P=0.003
Genel Cerrahi AD	27 (%84.4)	5 (%16.4)	P=0.004
Göz Hastalıkları AD	21 (%84)	4 (%16)	P=0.01
Kadın hastalıkları ve Doğum AD	29 (%76.3)	9 (%23.7)	P=0.03
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD	20 (%80)	5 (%20)	P=0.02
Ortopedi ve Travmatoloji AD	21 (%70)	9 (%30)	P=0.18
Çocuk Cerrahisi AD	6 (%75)	2 (%25)	P=0.30
Plastik Rekonst. ⁺ ve Estetik Cerrahi AD	13 (%92.9)	1 (%7.1)	P=0.009
Üroloji AD	17 (%94.4)	1 (%5.6)	P=0.002
Göğüs, Kalp ve Damar ve Cerrahisi AD	9 (%90)	1 (%10)	P=0.02

⁺Rekonst: Rekonstrüktif

Cerrahla anestezist arasındaki ilişkinin kötü olduğunu en fazla Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD (%42,3), sonra sırasıyla Ortopedi ve Travmatoloji AD (%30) ve Çocuk Cerrahisi AD’nda (%25) çalışan hekimler ifade etmişlerdir.

Cerrahlarla anestezistler arasındaki ilişki yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde; 20-30 yaş grubunda kötü olarak değerlendirenlerin oranı % 37,7 ile en yüksek iken daha sonra % 33,3 ile 51-60 yaş grubu gelmektedir. 61-70 yaş grubunda ise 2 hekim ankete katılmış olup ‘cerrahlarla anestezistler arasındaki ilişki nasıldır?’ sorusuna ‘iyi’ şeklinde cevap vermiştir (Grafik 1).

Grafik 1: Cerrahlarla anesteziistler arasındaki ilişkinin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi.



Cerrahlarla anesteziistler arasındaki ilişki kurumlara göre değerlendirildiğinde üniversite hastanelerinde cerrahlarla anesteziistler arasındaki ilişkinin anlamlı derecede kötü olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5: Cerrahlarla anesteziistler arasındaki ilişkinin kurumlara göre değerlendirilmesi.

Kurum	İyi		Kötü		P değeri
	N	%	N	%	
Üniversite Hastanesi	127	64.1	71	35.9	P=0.02
Eğitim Araştırma Hastanesi	68	71.6	27	28.4	
Devlet Hastanesi	43	81.1	10	18.9	
Özel Hastane	46	80.7	11	19.3	

Cerrahlarla anesteziistler arasındaki ilişki, tıp fakültesini kendi isteğiyle tercih eden hekimler ile ailesinin isteği doğrultusunda tıp fakültesini tercih etmiş hekimler açısından karşılaştırıldı. Tıp fakültesini kendi isteğiyle tercih eden hekimlerin

%28,4'ü cerrah-anestezist ilişkisinin kötü olduğunu bildirirken, ailesinin isteği doğrultusunda tıp fakültesini tercih etmiş hekimlerin %34,8'i cerrah-anestezist ilişkisinin kötü olduğunu bildirmiştir. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Ankete katılan erkek katılımcıların %73,2'si cerrahlar ile anestezistlerin, anestezistler-cerrahların arasındaki ilişkinin iyi olduğunu belirtirken, % 26,8'i kötü olduğunu belirtmiştir. Ankete katılan kadın katılımcıların %64,9'u cerrah-anestezist arasındaki ilişkinin iyi olduğunu belirtirken % 35,1'i kötü olduğunu belirtmişlerdir. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Ankete katılan katılımcılar evli ve bekâr olarak iki gruba ayrılmış ve cerrah-anestezist ilişkisinin nasıl olduğu sorulmuştur. Evli olan katılımcıların %71,6'sı cerrah-anestezist arasındaki ilişkinin 'iyi' olduğunu belirtirken, % 28,4'ü 'kötü' olduğunu belirtmişlerdir. Bekâr olan katılımcıların %68,2'si cerrah-anestezist arasındaki ilişkinin iyi olduğunu belirtirken, % 28,4'ü kötü olduğunu belirtmişlerdir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Akademik ünvanlara göre tartışma sıklığı analiz edildiğinde hiç tartışmayan grupta % 48,8 ile yardımcı doçentler en büyük yüzdeye sahiptir (Tablo 6).

Tablo 6. Akademik ünvanlara göre tartışma sıklığı.

Ünvan	Hiç	Günde	Haftada	Ayda	Yılda
Profesör	%40,0	%6,7	%26,7	%6,7	%20,0
Doçent	%21,1	%10,5	%15,8	%15,8	%36,8
Yardımcı Doçent	%48,8	%7,3	%7,3	%19,5	%17,1
Uzman	%32,3	%8,7	%10,2	%21,3	%27,6
Araştırma Görevlisi	%14,9	%15,9	%24,4	%29,4	%15,4

‘Kurumunuzda çalışanlara yönelik stres yönetimi hakkında bilgi verildi mi?’ sorusuna 374 hekim (%92,8) ‘hayır’ 29 hekim (%7,2) ‘evet’ yanıtı vermişlerdir. Üniversite hastanesindeki hekimlerin %95’i, eğitim araştırma hastanesindeki hekimlerin %88’i, devlet hastanesindeki hekimlerin %48’i, özel hastanelerdeki hekimlerin %53’ü hayır yanıtı vermişlerdir (p=0.157).

Tablo 7. Cerrahlar ile anesteziistler arasındaki çatışma sebepleri

Cerrah-anesteziist çatışma sebepleri	Evet %		Hayır%		P değeri
	a	c	a	c	
Personel sayısının yetersiz olması	75	71.6	25.5	28.4	0,511
Personelin beceriksiz olması	38.5	37.4	61.5	62.6	0.820
Personeller arasındaki iletişimin yetersiz olması	68.9	58.8	30.2	41.2	0.021
Cerrahların ameliyata hakim olamaması	58.3	15.2	41.7	84.8	0.000
Anesteziistlerin ameliyata hâkim olmaması	16.1	25.1	83.9	74.9	0.027
İşinizi yapmak için yeterli araç ve gerecin olmaması	42.7	50.2	57.3	49.8	0.130
İş yükünün fazla olması	88	66.8	12	33.2	0.000
Operasyonun acil olması	55.7	54	44.3	46	0.732
Hastanın yüksek riskli olması	73.4	49.8	26.6	50.2	0.000
Anamnez ve fizik muayenenin yetersiz olması	62.5	24.6	37.5	75.4	0.000
Anesteziistlerin/Cerrahların sizi yeterince takdir etmemesi	50	17.1	50	82.9	0.000
Anesteziistlerle/Cerrahlarla iş dışında sosyal aktivitenin olmaması	41.7	31.8	58.3	68.2	0.039
Farklı sosyokültürel değerler, dini inanışlar ya da siyasi düşünceler	19.8	19.4	80.2	80.6	0.927
Anesteziistlerde iletişim beceriksizliği mevcut	11.5	20.4	88.5	79.6	0.015
Cerrahlarda iletişim beceriksizliği mevcut	54.2	17.5	45.8	82	0.000
Hastanın uygulanacak anestezi hakkında bilgisinin olmaması	33.9	19	66.1	81	0.001
Hastanın uygulanacak cerrahi hakkında bilgisinin olmaması	49	14.7	51	85.3	0.000
Anesteziistlerin / Cerrahların hastayı olması gerekenden fazla sahipleniyor olması	23.4	11.4	76.6	88.6	0.001
Anesteziistlerin / Cerrahların zaman yönetiminin kötü olması	71.4	39.8	28.6	59.7	0.000
Operasyon sırasında hasta hakkında karşılıklı bilgi verilmemesi (Kanama, hipertansiyon... vb)	59.4	29.4	40.6	70.6	0.000
Anesteziistlerin kararlarına cerrahların uymaması	69.3	16.6	30.7	83.4	0.000
Cerrahların kararlarına anesteziistlerin uymaması	23.4	31.3	76.6	68.7	0.078
Diğer bölümlerden gereksiz konsültasyonların istenmesi	35.9	54	64.1	46	0.000
Hastanenin performansa dayalı ücret sistemi uygulaması	47.9	28.4	52.1	71.6	0.000
Dava edilme korkusunun olması	53.6	42.2	46.4	57.8	0.021
Anesteziistlerin operasyonu iptal etmesi ya da ertelemesi	62	55	38	45	0.154
Primer soruna (Herni, tümör..vb) yönelerek yandaş hastalıkların (Hipertansiyon, diyabet..vb) gözardı edilmesi	68.8	27	31.2	73	0.000
Operasyon odasında müzik dinlenmemesi	18.8	19.9	81.2	80.1	0.769

a: Anesteziist c: Cerrah

Grup 1 ve Grup 2’de, ‘personelin beceriksiz olması’ sorusuna verilen cevaplar kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.82$). Ancak anesteziistler (Grup 1), Grup 2’nin alt birimleri olan beyin cerrahisi, kadın doğum, kalp damar ve göğüs cerrahisi hekimleriyle tek tek kıyaslandığında, anesteziistler anlamlı derecede daha fazla evet cevabı vermişlerdir ($p<0.05$).

Grup 1 ve Grup 2’de, ‘cerrahların ameliyata hâkim olamaması’ sorusuna verilen cevaplar kıyaslandığında anesteziistler anlamlı derecede daha fazla evet cevabı vermiştir ($p=0.00$). Ancak Grup 1, Grup 2 nin alt birimleri olan, çocuk cerrahisi ve kalp damar ve göğüs cerrahisi hekimleriyle tek tek kıyaslandığında anlamlı derecede fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Grup 1 ve Grup 2’de, ‘işinizi yapmak için yeterli araç ve gerecin olmaması’ sorusuna verilen cevaplar kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.82$). Ancak Grup 1, Grup 2 nin alt birimi olan kulak burun boğaz cerrahisi hekimleriyle kıyaslandığında, anesteziistler anlamlı derecede daha fazla evet cevabı vermişlerdir ($p=0.044$).

Grup 1 ve Grup 2’de, ‘operasyonun acil olması’ sorusuna verilen cevaplar kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.732$). Ancak Grup 1, Grup 2 nin alt birimi olan üroloji hekimleriyle kıyaslandığında, anesteziistler anlamlı derecede daha fazla evet cevabı vermişlerdir ($p<0.023$).

Grup 1 ve Grup 2’de, ‘anesteziistlerin/cerrahların sizi yeterince takdir etmemesi’ sorusuna verilen cevaplar kıyaslandığında Grup 1 anlamlı derecede daha fazla evet cevabı vermişlerdir ($p=0.00$). Ancak Grup 1, Grup 2 nin alt birimleri olan, çocuk cerrahisi, plastik rekonst. ve estetik cerrahisi hekimleriyle tek tek kıyaslandığında anlamlı derecede fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Grup 1 ve Grup 2’de, ‘farklı sosyo-kültürel değerler, dini inanışlar ya da siyasi düşüncelerin olması’ sorusuna verilen cevaplar kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.927$). Ancak Grup 1, Grup 2 nin alt birimi olan çocuk cerrahisi hekimleriyle kıyaslandığında, çocuk cerrahisi hekimleri anlamlı derecede daha fazla hayır cevabını vermiştir ($p=0.040$).

Grup 1 ve Grup 2’de, ‘cerrahlarda iletişim beceriksizliği mevcut’ sorusuna verilen cevaplar kıyaslandığında anesteziistler anlamlı derecede daha fazla evet cevabı vermiştir ($p=0.00$). Ancak Grup 1, Grup 2 nin alt birimleri olan, çocuk cerrahisi ve plastik rekonst. ve estetik cerrahisi hekimleriyle tek tek kıyaslandığında anlamlı derecede fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Grup 1 ve Grup 2’de, ‘Cerrahların kararlarına anesteziistlerin uymaması’ sorusuna verilen cevaplar kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.078$). Ancak Grup 1 (anesteziistler), Grup 2’nin alt birimi olan genel cerrahi hekimleriyle kıyaslandığında, Grup 1 anlamlı derecede daha fazla hayır cevabı vermişlerdir ($p=0.040$).

Grup 1 ve Grup 2’de, ‘Anesteziistlerin operasyonu iptal etmesi ya da ertelemesi’ sorusuna verilen cevaplar kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.154$). Ancak Grup 1, Grup 2 nin alt birimi olan kadın hastalıkları ve doğum hekimleriyle kıyaslandığında, Grup 1 anlamlı derecede daha fazla evet cevabı vermişlerdir ($p=0.004$).

5.TARTIŞMA

Hastanenin önemli bir bölümü olan ameliyathaneler, ekip çalışmasının ön plana çıktığı, ast-üst ilişkisinin belirgin olduğu farklı görevler üstlenen çalışanları barındıran ortamlardır. Bizim çalışmamız bu ekibin en önemli iki üyesi olan cerrah-anestezist ilişkisini incelemeyi ve çatışma sebeplerini ortaya koymayı amaçlamıştır.

Cerrahi bilimlerde çalışan hekimler cinsiyet yönünden incelendiğinde erkek cerrah oranın kadın cerrahdan fazla olduğu bilinmektedir (74, 75). Sexton ve ark. (76) yaptığı çalışmada da kadın cerrah hekim oranı %8.6'dır. Türk cerrahi derneğinin 2009 raporuna göre ülkemizde kadın cerrah sayısı yaklaşık 500'dür (77). Bizim çalışmamızda çalışmaya katılan anestezist kadın hekim oranını ankete katılan cerrah kadın hekim oranından fazla saptadık.

Medeni durum ve iş ilişkilerini inceleyen çalışmalar mevcuttur (78). Hemşireler üzerinde yapılan çalışmada evliliğin iş stresini artırdığı rapor edilmiştir (79). Bizim çalışmamızda medeni durumun cerrah anestezist ilişkileri konusundaki algıyı etkilemediği bulunmuştur.

Anestezistler-cerrahlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar nadirdir (78). El-Masry ve ark (78). cerrah-anestezist ilişkisini inceleyen çalışmalarında, anestezistlerin çoğu cerrahlarla ilişkilerinin kötü olduğunu, cerrahların ise az bir kısmı anestezistlerle ilişkisinin kötü olduğu bildirilmiştir (80). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde cerrahlar anestezistlere göre daha az oranda ilişkilerinin kötü olduğunu belirttiler. Bu veriler bize cerrahlar ve anestezistler arasında problemin olduğunu ama cerrahların bu problemin farkında olmadığını göstermektedir. Bilindiği gibi var olan bir problemi çözebilmek için öncelikle problemin varlığını ortaya koymak gerekmektedir. Bizim çalışmamız cerrah-anestezist arasındaki ilişki ve çatışma sebeplerini ortaya koyan geniş örneklem sayısı olan ilk çalışmadır.

Kurumlardaki çatışmalar yaşa göre farklılık göstermektedir (81). Hastane personelleriyle yapılan bir çalışmada, çatışmanın yaşla birlikte ters korelasyon oluşturduğu gösterilmiş (81). Aslan ve ark. 30-39 yaş grubunda çatışmanın en fazla olduğunu, yaş ve kıdem arttıkça çatışmaların azaldığını rapor etmişler (81). Bizim

çalışmamızda cerrah-anestezist arasındaki ilişki 20-30 yaş grubunda, diğer yaş gruplarına göre daha kötü olduğu gözlenmiştir. Aslan ve ark. kıdem arttıkça çatışmaların azaldığını bildirmiştir (81). Bizim çalışmamızda ise kıdem arttıkça çatışmalar azalmamaktadır. Yardımcı doçentlerde hiç çatışmama oranının profesörlerden daha fazla olduğu gözlenmiştir. Çalışma ortamındaki hiyerarşik düzenin çatışma sebeplerinden olduğu bilinmektedir (66). Bizim çalışmamızda, hiyerarşinin daha fazla olduğu üniversite hastanesi ve eğitim araştırma hastanelerinde cerrah anestezist ilişkisinin kötü, hiyerarşinin daha az olduğu devlet hastanesi ve özel hastanelerde daha iyi olduğu bulunmuştur.

Hastanelerde aşırı iş yükünün olmasının başka mesleklere göre sağlık personellerinde daha çok çatışmaya sebep olduğu bilinmektedir (28, 82). İşyerlerinde iş yükü fazlalığının ve kaynak yetersizliğinin önemli stres nedenleri arasında olduğu bilinmektedir (83). Ülkemizde cerrah ve anestezist hekimlerin pek çoğunun, bu olumsuz koşullara rağmen, bir adanmışlıkla ve genellikle yasal çalışma sürelerinin üzerinde çalışmaktadır (77). Biz çalışmamızda ülkemizde yıllar önce saptanan bu sorunun hala devam ettiğini belirledik. İş yükünün fazla olması her iki grupta da en çok çatışma sebebi olarak saptandı.

Bir iş yerinde personel sayısının yetersiz olması kişi başına düşen iş yükünü arttıracak için iş verimini etkileyen en önemli etkenlerden biridir (84). Terzi ve ark. nın işgücü ve işyükünü inceleyen çalışmalarında, cerrahi branşların optimal olmayan koşullarda çalıştığı, çalışma ortamında yardımcı sağlık personeli, tıbbi ve cerrahi olanaklarının yetersiz olduğu rapor edilmiştir (77). Ogbimi ve ark. ameliyathanede personel sayısının yetersiz olmasının önemli bir çatışma sebebi olduğunu bildirmektedir (85). Bizim çalışmamızda da; personel sayısının yetersiz olmasının anestezistlerin de cerrahların da büyük bir kısmı için önemli bir çatışma nedeni olduğu gözlenmiştir.

Dava edilme korkusunun doktorlarda işe olan ilgiyi azalttığı, işle ilgili motivasyonu düşürdüğü, stresi artırıp çatışmalara neden olduğu bilinmektedir (86). Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi malpraktis davaları için yüksek risk grubunda yer almaktadır (87, 88). Bizim

çalışmamızda; anesteziist ve cerrahların ise yarısında dava edilme korkusunun önemli bir çatışma nedeni olduğu gözlemlendi.

El-Masry ve ark. 64 anesteziist ve 45 cerrah üzerinde yaptıkları anket çalışmasında, operasyonun acil olmasının cerrah-anesteziist çatışmasına sebep olup olmadığını incelemişler (78). Anesteziistlerin tamamına yakını acil operasyonların çatışma sebebi görürken, cerrahların ise çok az bir kısmı çatışmaya neden olacağını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda onlardan farklı olarak anesteziistlerin de cerrahlarında yaklaşık yarısı acil operasyonları çatışma sebebi olarak bildirmiştir. Biz bu iki çalışma arasındaki farklılığın; ülkemizdeki anesteziistlerin ani ve acil durumlar için multidisipliner yaklaşıma sahip ve yeterli koordinasyon eğitiminden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Cerrahların, hastanın yasal ve tıbbi sorumluluklarını kendi başına üstlenmesi 1949-1950 yıllarında popüler olmuştur ve geminin kaptanı olduğu anlayışı yerleşmiştir (87). Günümüzde bu yaklaşım yerini sorumlulukların paylaşılması ve etkin bir şekilde işbirliği yaparak çalışmaya bırakmalıdır. Çünkü cerrah geminin kaptanıdır yaklaşımı anesteziistlerin uzmanlığını küçümsemek anlamına gelecek anesteziistlerin cerrahlara karşı tepki oluşturmaya sebep olacak, böylelikle çatışmalar artacaktır (89, 90). Bizim çalışmamızda cerrahların hastayı olması gerekenden daha fazla sahipleniyor sorusunda, anesteziistlerin de cerrahlarında çoğu bunun çatışma nedeni olmadığını belirtti. Cerrahlar anesteziistlere göre hastayı olması gerekenden 2 kat daha fazla sahiplendiği görüldü ama iki grupta da oran çok düşük saptandı. Bu da bize ekip şeklinde çalışma anlayışının eskiye göre oldukça arttığını göstermektedir.

Cerrah-anesteziist çatışması ülkelerin sağlık politikalarına göre farklılık gösterebilir. Performansa dayalı ücret sisteminin pek çok olumlu yönü olmakla birlikte performans ve ücret arasındaki ilişkinin açık olmaması, iş saati ve iş yükünün artması, hekimler arasında iç çekişme ve çekememezliklerin artması gibi olumsuzlukları içermektedir (91). Performansa dayalı ücret sisteminin bu olumsuz özellikleri cerrah-anesteziist çatışmasını tetikleyebilir. Çalışmamızda, anesteziistlerin yarısı performansa dayalı ücret sisteminin cerrahlarla çatışmaya sebebiyet verdiğini

düşünürken, cerrahların az bir kısmı performansa dayalı ücret sisteminin anesteziistlerle çatışma sebebi olduğunu bildirmişlerdir.

El-Masry ve ark. yaptıkları çalışmada anesteziistlerin tamamı cerrahların zaman yönetiminin kötü olmasından dolayı çatışma yaşandığını düşünürken aynı cerrahların çok az bir kısmı anesteziistlerin zaman yönetiminin kötü olduğunu ve bunun çatışmaya sebebiyet verdiğini bildirmiştir. (80). Bizim çalışmamızda da anlamlı bir şekilde anesteziist hekimler, cerrah hekimlerden daha fazla ‘evet’ yanıtını vererek El-Masry ve ark. yaptıkları çalışmayı desteklemektedir.

Sosyokültürel değerler ve dini inanışların iletişimde önemli rol oynadığı bilinmektedir (92). Kültürel değerlerde ortaya çıkan küçük farklılıklar bile, tavır ve davranışlara büyüyerek yansımaktadır (93). Din önemli bir kültürel değişkendir. Bireylerin alışkanlıkları ve davranışları üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır. Dinî inançlar sosyal davranışın şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (94). Bizim çalışmamızda; ‘farklı sosyokültürel değerler, dini inanışlar yada siyasi düşünceler çatışmaya sebep olurmu?’ sorusuna cerrah ve anesteziistlerin çok az bir kısmı evet yanıtını vermişlerdir. Bu sonuç ülkemizdeki farklı sosyokültürel değerlere ve farklı dini inanışlara sahip hekimler arasındaki iletişimin iyi olduğunu göstermektedir.

Çatışmayı önlemek için en iyi yöntem açık ve etkili bir iletişimdir (67). Aslan ve ark. özellikle hastanelerde oluşan örgütsel çatışmanın en önemli sebebinin iletişim yetersizliği olduğunu savunmaktadır (81). Bizim çalışmamızda anesteziistlerin yarısı iletişim bozukluğu nedeniyle çatışma yaşandığını belirtmiştir. Ancak diğer çalışmalardan (67,81) farklı olarak bizim çalışmamızda cerrahların %20’si iletişim bozukluğunun çatışmaya sebebiyet vereceğini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ‘anesteziist ve cerrahlara yöneltilen iletişim bozukluğu çatışma nedeni midir?’ sorusuna verilen cevaplar arasında anlamlı derecede fark gözlenmiştir.

Yoğun ve stresli iş hayatından uzaklaşıp iş dışında personellerin birbirleri ile sosyal aktivitede bulunması neticesinde daha iyi iletişim kurulabileceği ve çalışanlar arasında çatışmaların bu şekilde azaltılabileceği bildirilmiştir (95). Çalışmamızda iş dışında sosyal aktivite de bulunmamanın cerrah ve anesteziistlerin az bir kısmı için çatışmaya neden olduğunu saptadık.

Kozer ve ark. yaptıkları çalışmada hastanın tıbbi durumun karmaşık, riskli ve akut olmasının hata yapma riskini arttırdığını ve bu durumlarda hastalara yanlış ilaç uygulama riskinin arttığı belirtilmiştir (96). İş yerinde risk arttıkça hata payı artacağından çalışanların stresleri de artmaktadır (97). Stres arttıkça çatışmanın artacağını bizim çalışmamız desteklemektedir. Çalışmamızda cerrah ve anesteziistlerin çoğu hastanın yüksek riskli olmasının çatışma nedeni olduğunu belirtmiştir.

Uygulanacak anestezi hakkında hastanın bilgisinin olmaması, bizim çalışmamızda anesteziist ve cerrah hekimlerin az bir kısmı için çatışma nedeni olmaktadır. Bu verilere göre uygulanacak anestezi hakkında hastanın bilgisinin olmaması konusunda da çalışmamız El-Masry ve ark. yaptıkları çalışmayı desteklememektedir. El-Masry ve ark. yaptıkları çalışmada ise anesteziist hekimlerin neredeyse tamamı için çatışma nedeni olduğunu, cerrah hekimlerin ise neredeyse hiçbiri için çatışma nedeni olmadığını saptamışlar (80). Bu da bize ülkemizde cerrah ve anesteziist hekimlerin hastaya ameliyattan önce operasyon için yeterli bilgiyi verdiğini gösterir.

Anesteziistlerin kararlarına cerrahların uymaması, bizim çalışmamızda anesteziist hekimlerin çoğu için çatışma nedeni iken cerrah hekimlerin az bir kısmı için çatışma nedeni olmaktadır. Cerrahların kararlarına anesteziistlerin uymaması ise anesteziist ve cerrah hekimlerin az bir kısmı için çatışma nedeni olmaktadır. Ancak El-Masry ve ark. yaptıkları çalışmada ise anesteziist ve cerrah hekimlerin neredeyse tamamı ‘cerrahların anesteziistlerin kararlarına uymamaları’ sorusunun çatışma nedeni olduğunu belirtmiş (80). El-Masry ve ark. yaptıkları çalışmada anesteziist hekimlerin bu kadar yüksek oranda ‘evet’, cerrah hekimlerin ise ‘hayır’ yanıtı vermesi bizim çalışmamızı desteklememektedir. Çalışmamızda da operasyon sırasında hastanın durumu hakkında karşılıklı bilgi verilmemesinin anesteziist hekimler için cerrah hekimlere göre anlamlı olarak daha fazla çatışma nedeni olduğunu saptadık.

El-Masry ve ark. yaptıkları çalışmada ise planlanan operasyonun iptal edilmesinin anesteziist hekimlerin az bir kısmı cerrah hekimlerin ise çoğu için çatışma nedeni olduğunu saptamış (80). Bizim çalışmamızda, planlanan operasyonun

iptal edilmesinin anesteziist ve cerrah hekimlerin yarısından fazlası için çatışma nedeni olduğunu saptadık. Hatta bizim çalışmamıza göre planlanan operasyonu iptal etmek cerrahlardan çok anesteziistler için çatışma nedeni olmaktadır.

Araştırma ölçeğın uygulandığı örneklem ile sınırlıdır. Askeri hastaneler çalışma kapsamına alınmadı. Sadece 11 hastanede çalışan cerrah ve anesteziist hekimler çalışmaya dahil edildi.

Cerrah ve anesteziistlerin tespit edilen çatışma nedenlerine dikkat etmesi ile ameliyathanedeki cerrah-anesteziist çatışması azaltılabilir. Bu çatışma sebeplerleri ortadan kaldırılırsa çalışma ekibinin motivasyonu, iş verimi ve iş kalitesi artabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ameliyathanenin iki önemli elemanı olan cerrah ve anesteziist doktorların çoğunluğu ameliyathanede operasyon sırasında çatışma yaşamaktadır. Çatışma nedenlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda cerrah-anesteziist arasındaki çatışmaya sebep olan bir çok neden bulundu. Personel sayısının yetersiz olması ve çalışanların iş yükünün fazla olması öne çıkan çatışma nedenleri olarak tesbit edildi.

KAYNAKLAR

1. **Kaftancıoğlu Ü.** Yönetici Hemşirelerin Hemşirelerde Kullandıkları Güç Tarzları., Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 2004:20-22
2. **Swansburg R.J.** Management And Leadership For Nurse Managers. 2nd Ed. Canada: Jones and Bartlett Publishing Company; 1996
3. **Strutton D. and Knouse SB.** Resolving conflict through managing relationships in health care institutions. *The Health Care Supervisor*, **1997**;16(1):15-28.
4. **Follett M. P.** Prophet of Management. U.S.A: Harvard College; 1995
5. **Medcalf H. C. and Urwick L.** Dynamic Administration: The Collected Papers of Mary Parker Follett. London: Routledge Publishing Company; 2003
6. **Sütlü T.** Örgütsel Çatışma ve İşgören Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2007:40-45
7. **Rizzo J.R. House R.J. Lirtzman SI.** Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*. **1970**;15(2):150-163.
8. **Studdert D.M. Mello M.M. Burns J.P. Puopolo A.L. Galper B.Z. Truog R.D. et al.** Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Medicine*. **2003**;29(9):1489-1497.
9. **Katz J.D.** Conflict and its resolution in the operating room. *Journal of Clinical Anesthesia*. **2007**;19(2):152-158.
10. **Burns J.P. Mello M.M. Studdert D.M. Puopolo A.L. Truog R.D. Brennan T.A.** Results of a clinical trial on care improvement for the critically ill. *Critical Care Medicine*. **2003**;31(8):2107-2117.
11. **Breen C.M. Abernethy A.P. Abbott K.H. Tulskey J.A.** Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *Journal of General Internal Medicine*. **2001**;16(5):283-289.
12. **Brownell B.** The human community. New York. 1950
13. **Ruesch J. and Bateson G.** Communication: The social matrix of psychiatry. 2nd Ed. New Jersey: Transaction Publishers; 2009
14. **Cherry C.** On human communication; a review, a survey, and a criticism. Cambridge: MIT Press; 1957
15. **Dance F.E.** Human communication theory: Original essays. New York: Holt, Rinehart and Winston Publishing Company; 1967
16. **Cüceloğlu D. ve Bozok E.** İnsan insana: insan ilişkilerinin getirdikleri ve götördükleri. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1997
17. **Dökmen Ü.** İletişim Çalışmaları ve Empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 2005.
18. **Tubbs S.L. and Moss S.** Human communication: An interpersonal perspective. New York: Random House Publishing Company; 1974
19. **Konrot A.** İletişim, Dil ve Konuşma Bozuklukları. Ankara: Kök Yayıncılık; 2007.
20. **Uysal S.** Toplumsal Kültürün Örgütlerde Çatışmanın Yönetimine Etkisi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; 1998.

21. **Bercovitch J.** The Nature of Conflict Management in the Asia-Pacific Region. Unraveling Internal Conflicts in East Asia and the Pacific: Incidence, Consequences, and Resolutions. 2011:29.
22. **Hancock P. Szalma J. van Driel M.** A Review of Literatures. DTIC Document, 2007.
23. **Samokhvalov I.M. Kotenko P.K. Severin V.V.** Problems of organization of surgical care to the wounded in a modern armed conflict: surgical care to the walking wounded in armed conflicts Report 2. *Voenno-meditsinskii zhurnal*. **2013**;334(1):4-8.
24. **Wayne J.H. Casper W.J. Matthews R.A. Allen T.D.** Family-supportive organization perceptions and organizational commitment: the mediating role of work-family conflict and enrichment and partner attitudes. *The Journal of applied psychology*. **2013**;98(4):606-622.
25. **Dreachslin J.L. and Kiddy D.** From conflict to consensus: managing competing interests in your organization. *Healthcare executive*. **2006**;21(6):8-14.
26. **Candoğan A. ve Erigüç G.** Hastane Çalışanlarının Yöneticileri Ve Çalışma Arkadaşları İle Yaşadıkları Çatışma Nedenlerine Yönelik Bir Araştırma. *Sağlık İdaresi Dergisi*, **2007**.
<http://www.saglikidaresidergisi.hacettepe.edu.tr/Makale/92.1.pdf>
27. **Blake R.R. Mouton J.S. Barnes L.B. Greiner L.E.** Breakthrough in organization development. *Harvard Business Review*. **1964**;42(6):133-155.
28. **Kelly E.L. Moen P. Tranby E.** Changing Workplaces to Reduce Work-Family Conflict: Schedule Control in a White-Collar Organization. *American sociological review*. **2011**;76(2):265-290.
29. **Pesarin A. Cristani M. Murino V. Vinciarelli A.** Conversation analysis at work: detection of conflict in competitive discussions through semi-automatic turn-organization analysis. *Cognitive processing*. **2012**;13(2):533-540.
30. **Haraway D.L. and Haraway W.M.** 3rd. Analysis of the effect of conflict-management and resolution training on employee stress at a healthcare organization. *Hospital topics*. **2005**;83(4):11-7.
31. **Zeydan M. ve Adnan A.** İşletme Yaşam Çevrimi Bağlamında Yönetici-Liderlik Matriksi. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **2011**.
<http://e-dergi.atauni.edu.tr/atauniiibd/article/view/1025006538/0>
32. **Küçükilhan M. ve Lamba M.** Ünverste hastanelerde örgütsel yapıdan kaynaklanan sorunlar (hasta hakları örnek olayı). *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*. **2007**;9(2): 111- 138
33. **Baykal K. ve Kovancı A.** Yönetici ve Astlar Arasındaki Anlaşmazlıkların Çözümüne Yönelik Bir Araştırma. *Havacılık ve Uzun Teknolojileri Dergisi*. **2008**;3(3):21-38
34. **Robbins S.P. and Judge T.A.** Organizational Behavior 15th Edition. U.S.A. Prentice Hall Publishing Company; 2013.
35. **Chango J.M. McElhaney K.B. Allen J.P.** Attachment organization and patterns of conflict resolution in friendships predicting adolescents' depressive symptoms over time. *Attachment & Human Development*. **2009**;11(4):331-346.
36. **Hall J.A.** An exploratory study of communication, gender-role conflict, and social support of parents of children treated at children's hospital. *Journal of Psychosocial Oncology*. **2010**;28(5):511-25.
37. **Tekin Ö.A. Turan S.N. Özmen M. Turhan A.A. Kökçü A.** Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ve Örgütsel Çatışma Yönetimi Arasındaki İlişkiler: Ankara'daki

Beş Yıldızlı Otel İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama. *Journal of Yasar University*. **2012**;27(7):4611-41.

38. **Cüceloğlu D.** İDPT Kavramları. Remzi Kitapevi. İstanbul; 1991.

39. **Yörükoğlu S.** Özel Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Rol Çatışması, Rol Belirsizliği Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2008:34-36

40. **Efimenko N.A. Gumanenko E.K. Samokhvalov I.M. Trusov A.A.** Surgical care for the wounded in an armed conflict: the organization and support of qualified surgical care 2. *Voenna-meditsinskii zhurnal*. **1999**;320(9):25-30.

41. **Klunk SW.** Conflict and the dynamic organization. *Hospital materiel management quarterly*. 1997;19(2):37-44.

42. **Küçükilhan M. ve Lamba M.** Üniversite Hastanelerinde Örgütsel Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*. **2007**;9(2):111-138

43. **Gire M.K.** Avoiding conflict of interest and related organization problems. *Hospital materiel management quarterly*. 1981;2(4):1-8.

44. **Kuhn CK.** Managing Conflict In An Urban Health Care Setting: What Do Experts Know? *J Health Care Law Policy*. 2002;5(2):364-446

45. **Manisalı A.** Hekim Hemşire Arasındaki Çatışma Nedenleri., Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2013:13s.

46. **Egri C.P. and Ralston D.A.** Corporate responsibility: A review of international management research from 1998 to 2007. *Journal of international management*, 2008;14(4):319-39.

47. **Aydoğan İ. ve Kaşkaya A.** İlköğretim okulu yöneticilerinin iletişim becerilerinin yönetici ve öğretmen görüşlerine göre değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2010;30(1):1-16.

48. **Pondy L.R.** Organizational conflict: Concepts and models. *Administrative science quarterly*, 1967:296-320.

49. **Iacono M.** Managing conflict/employee counseling. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 2000;15(4):260-262.

50. **Martin J.S. Ghahramanlou-Holloway M. Englert D.R. Bakalar J.L. Olsen C. Nademin E.M. et al.** Marital status, life stressor precipitants, and communications of distress and suicide intent in a sample of United States Air Force suicide decedents. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 2013;17(2):148-160.

51. **Graydon J.E. West P. Galloway S. Burlein-Hall S. Palmer-Wickham S. Blair A. et al.** Bridging the gap between research and clinical practice: a collaborative approach. *Oncology nursing forum*, 1993;20(6):953-957.

52. **Tsasis P. Evans J.M. Rush L. Diamond J.** Learning to Learn: towards a Relational and Transformational Model of Learning for Improved Integrated Care Delivery. *Administrative Sciences*. 2013;3(2):9-31.

53. **Randolph W.A.** Understanding and managing organizational behavior: A developmental perspective: RD Irwin; 1985.

54. **Thomas E.J. Sexton J.B. Helmreich R.L.** Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical care medicine*, 2003;31(3):956-9.

55. **Pelton J.N.** The basics of satellite communications: International Engineering Consortium; 2nd Edition. U.S.A. 2006.
56. **Cruess S.R.** Professionalism and medicine's social contract with society. *Clinical orthopaedics and related research*, 2006;449:170-176.
57. **Beaver R.C. Sharp E.S. Cotsonis G.A.** Burnout experienced by nurse midwives. *Journal of nurse midwifery*, 1986;31(1):3-15.
58. **Gannon M.J.** Organizational behavior: A managerial and organizational perspective: Little, Brown; 1979.
59. **Kılıç S.** Özel okul öğretmenlerinin çatışma yaklaşımları ile çatışmayı yönetme stilleri. *Yüksek lisans tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul. 2006:7-8.
60. **Rahim M.A.** Managing conflict in organizations. 4th.Ed., Transaction Publishers, , 2011.
61. **Rahim M.A. Antonioni D. Psenicka C.** A structural equations model of leader power, subordinates styles of handling conflict, and job performance. *International Journal of Conflict Management*, 2001;12(3):191-211.
62. **Kuchar J.K. and Yang L.C.** A review of conflict detection and resolution modeling methods. *Intelligent Transportation Systems*, IEEE Transactions on. 2000;1(4):179-89.
63. **Andrew L.B.** Conflict management, prevention, and resolution in medical settings. *Physician Exec.* 1999;25(4):38-42.
64. **Guthrie M.B.** Challenges in developing physician leadership and management. *Frontiers of health services management*. 1999;15(4):3-26.
65. **Burrow G.N.** Tensions within the academic health center. *Academic Medicine*. 1993;68(8):585-7.
66. **Ahmady S. Changiz T. Masiello I. Brommels M.** Organizational role stress among medical school faculty members in Iran: dealing with role conflict. *BMC medical education*. 2007;7(1):1-14.
67. **Aschenbrener C. and Siders C.** Part 2, Conflict management. Managing low-to-mid intensity conflict in the health care setting. *Physician executive*. 1998;25(5):44-50.
68. **Kelly J.** An overview of conflict. *Dimensions of critical care nursing*. 2006;25(1):22-8.
69. **Johnson D.E.** Physician conflicts are tough to resolve. *Health care strategic management*. 2003;21(9):2-3.
70. **Bakerman M.** The 7 habits of highly effective medical directors. *Physician Exec.* 2001;27(3):40-44.
71. **Sotile W.M. and Sotile M.O.** How to shape positive relationships in medical practices and hospitals. *Physician Exec.* 1999;25(4):57-61.
72. **McAlearney A.S. Fisher D. Heiser K. Robbins D. Kelleher K.** Developing effective physician leaders: changing cultures and transforming organizations. *Hospital topics*. 2005;83(2):11-18.
73. **Treister N.W.** Development of a local Physician Executive Leadership Program. *Physician Exec.* 1995;21(4):22-24.
74. **Weiser T.G. Regenbogen S.E. Thompson K.D. Haynes A.B. Lipsitz S.R. Berry W.R. et al.** An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet*. 2008;372(9633):139-44.

75. **Joyce C.M. McNeil J.J. Stoelwinder J.U.** Time for a new approach to medical workforce planning. *The Medical Journal of Australia*. **2004**;180(7):343-6.
76. **Sexton J.B. Makary M.A. Tersigni A.R. Pryor D. Hendrich A. Thomas E.J. et al.** Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. *Anesthesiology*. **2006**;105(5):877-84.
77. **Terzi C. Okman U. Eryılmaz M.** Türkiye'de genel cerrahi insan gücü işgücü ve işyükü raporu 2009: *Türk Cerrahi Derneği*; **2009**.
78. **Fang L. and Hung C.** Predictors of Married Female Nurses' Health. *Workplace health & safety*. **2014**:1-9.
79. **Fang L. Fang S-H. Chung Y-H. Fang C-L.** The Predictors of the Job Stress among Female Married Hospital Nurses. *Industrial health*. **2014**.
80. **El-Masry R.S. Shams T. Al-Wadani H.** Anaesthetist-Surgeon Conflicts at the Workplace: An Exploratory Single-Center Study from Egypt. *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences*. **2013**;5(3):148-56.
81. **Aslan Ş.** Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. **2004**;11:599-618.
82. **Öztürk H.** Hastanelerde Yönetici Hemşirelerin Karşılaştıkları Çatışma Nedenleri ve Çatışma Yönetim Yaklaşımları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. **2012**;19(3):145-52.
83. **Mazzocato P. Thor J. Bäckman U. Brommels M. Carlsson J. Jonsson F. et al.** Complexity complicates lean: Lessons from seven emergency services. *Journal of Health Organization and Management*. **2014**;28(2):9-19.
84. **Wilkins A.L. and Ouchi W.G.** Efficient cultures: Exploring the relationship between culture and organizational performance. *Administrative science quarterly*. **1983**:468-81.
85. **Ogbimi R.I. and Adebamowo C.A.** Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria. *BMC nursing*. **2006**;5(1):2.
86. **Edbril S.D. and Lagasse RS.** Relationship between malpractice litigation and human errors. *Anesthesiology*. **1999**;91(3):848.
87. **Mavroforou A. Giannoukas A. Michalodimitrakis E.** Medical litigation in cosmetic plastic surgery. *Medicine and law*. **2003**;23(3):479-88.
88. **Reanimasyon Z.V. and Dern N.** Anestezi Uzmanlarının Mesleki ve Hukuki Sorumlulukları, Yasal Hükümler, İlgili Yasa ve Yönetmelikler.
89. **Murphy E.K.** "Captain of the ship" doctrine continues to take on water. *AORN journal*. **2001**;74(4):525-8.
90. **Butterworth J. Mackey D.C. Wasnick J.** Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology: McGraw Hill Professional; 2013.
91. **Halil Z.** "Performansa Dayalı Ücret" Uygulamasının Doktor Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. **2011**(53).
92. **Aydinalp H.** Sosyal çatışma ve din. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. **2010**;19(2):187-215.
93. **Sargut S.** Kùltürler arası farklılaşma ve yönetim: *İmge Kitabevi*; 2001.
94. **Delener N.** Religious contrasts in consumer decision behaviour patterns: their dimensions and marketing implications. *European Journal of Marketing*. **1994**;28(5):36-53.

95. **Garrett D.K. and McDaniel A.M.** A new look at nurse burnout: the effects of environmental uncertainty and social climate. *Journal of Nursing Administration*. **2001**;31(2):91-6.
96. **Kozer E. Berkovitch M. Koren G.** Medication errors in children. *Pediatric Clinics of North America*. **2006**;53(6):1155-68.
97. **Akalın H.E.** Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi* . **2005**;5(3):141-6.