

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEKİM-HEMŞİRE İLİŞKİSİ VE YAŞANAN SORUNLAR
(ANLAŞMAZLIKLAR)**

Gülizar KARA

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Gökhan AKBULUT**

Tez No:2005-031

2005-AFYON

ÖNSÖZ

Araştırma konumun seçiminde rehberliğimi üstlenen ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleriyle beni destekleyen, çalışmamı büyük bir özveri ve titizlikle değerlendiren değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Gökhan AKBULUT'a, değerli jüri üyelerim Doç. Dr. Cem GÜLER'e ve Yrd. Doç. Dr. İlhami KURU'ya, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan tüm meslektaşlarıma, tezimin yazım ve basımında emeği geçen herkese; çalışmamın yürütülmesinde her zaman katkılarını esirgemeyen yanımda olan, gösterdikleri engin destek, anlayış ve hoş görüden dolayı AİLEME teşekkür ederim.

Gülizar KARA

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii-
iv	
TABLolar DİZİNİ.....	v-vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
SİMGELEr VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY.....	x-xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİ.....	3
2.1. İletişim Nedir?.....	3
2.2. Kişiler Arası İlişkiler.....	3
2.3. İletişim Türleri.....	4
2.3.1. Sözlü İletişim.....	4
2.3.2. Sözsüz İletişim.....	5
2.4. İletişimin Amacı ve Önemi.....	5
2.5. Ekip Nedir?.....	6
2.5.1. Ekip Çalışması Nedir?.....	7
2.5.2. Ekip Çalışmasının Avantajları ve Dezavantajları.....	7
2.5.3. Etkin Ekip Çalışması için Gerekli Özellikler.....	7
2.6. Sağlık Ekibi.....	8
2.6.1. Hemşirelik Hizmetleri.....	10
2.6.1.1. Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu.....	12
2.6.2. Hekimlik Hizmetleri.....	15
2.6.2.1. Sağlık Koruyucu Hizmetler.....	15
2.6.2.1.1. Çevreye Yönelik Hizmetler.....	15
2.6.2.1.2. Kişiyeye Yönelik Hizmetler.....	15
2.6.2.2. Tedavi Hizmetleri.....	15
2.6.2.2.1. İlk Basamak Ayakta-Evde Tedavi Hizmeti.....	15
2.6.2.2.2. İkinci Basamak Hastanede Tedavi Hizmeti.....	16
2.7. Hekim-Hemşire İlişkileri.....	16
2.7.1. Hekimlerle Hemşirelerin Etkileşim Alanları.....	16
2.7.2. Hekim-Hemşire İlişkisini Etkileyen Faktörler.....	17
2.7.2.1. Toplumsal Faktörler.....	17
2.7.2.2. Eğitsel Faktörler.....	17
2.7.3. Hekim-Hemşire İlişkisinde Yaşanan Sorunlar.....	18
2.8. Hekimlik ve Hemşirelik Grupları Arasındaki Farklılıklar.....	19
2.8.1. Üye Farklılıkları.....	19
2.8.2. Statü Farklılıkları.....	19
2.8.2.1. Türk Toplumunda Kadının Yeri.....	19
2.8.3. Algılama Farklılıkları.....	20
2.8.4. Amaç, Çıkar ve Değer Yargıları.....	21
2.9. Hastane Organizasyonundan Kaynaklanan Sorunlar.....	21
2.9.1. İletişimden Kaynaklanan Sorunlar.....	21
2.9.2. Sorumlulukların Yetersiz Tanımlanması.....	22
2.9.3. Görev Bağımlılığının Yarattığı Sorunlar.....	24
2.9.4. Ödül Sistemlerinin Farklılığı.....	24
2.9.5. Matriks Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar.....	25
2.9.6. Denetim Biçimi.....	25
2.9.6. Kararlara Katılım.....	26
3. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	27
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
4.1. Araştırmanın Tipi.....	27

4.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre	27
4.3.	Araştırmanın Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Yöntemi.....	27
4.4.	Veri Toplama Tekniği.....	28
4.5.	Likert Tipi Ölçekli Sorular.....	28
5.	BULGULAR	29
6.	TARTIŞMA	64
7.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER	74
7.1.	Sonuçlar.....	74
7.2.	Öneriler.....	77
8.	KAYNAKLAR	79
9.	EKLER	85
9.1.	EK-I: ANKET FORMU	85

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Ekip çalışmasının avantajları ve dezavantajları.....	7
Tablo 2. Sosyo-demografik özellikler ve çalıştıkları birimlere göre dağılım.....	30
Tablo 3: Hizmet içi eğitimi alma ve mesleğini isteme özelliklerine göre dağılım	31
Tablo 4: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı temel sorunların yüzdelik dağılımı.....	32
Tablo 5: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “Görev tanımlarının açık ve net olmayışı görev karmaşası yaşanmasına neden olur.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	33
Tablo 6: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “Hekimler ile ortak bilimsel ve sosyal toplantıların çok az sayıda oluşu ilişkileri sınırlar.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	33
Tablo 7 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi ilişkileri gerginleştirir." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	33
Tablo 8 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Hekimler ile hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli olan iletişim ve koordinasyon rahatlıkla sağlanır." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	34
Tablo 9 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Hemşirelerin hastahaneye olan katkıları hekimlere göre daha az ödüllendirilmesi, kuruma olan bağlılık/motivasyonunu azaltır." fadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	34
Tablo 10 : Hemşirelerin "Kurumdaki hemşire sayısı yeterlidir." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	34
Tablo 11 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Hekimler ile hemşireler mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda oldukça uyumlu ilişkiler içindedirler." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	35
Tablo 12: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmaları ilişkileri gerginleştirir.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	35
Tablo 13 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Hekimler ile hemşireler arasında belirgin amaç ve beklenti farklılıklarının olması ilişkide sorunlara yol açar." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	35
Tablo 14 : Hemşirelerin hekimlere yaşadığı sorunlardan "Hekimler hemşirelerden hastaya ilişkin görüş aldıklarında, kendi prestijlerinin azalacağı endişesini taşırlar." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	36
Tablo 15 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Tıbbi istemlerin zamanında ve yazılı bir biçimde iletilmemesi mesleki ilişkileri zedeler." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	36
Tablo 16 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Hekimlerin bakımın yanı sıra düzen ve malzeme istemleri gibi bakım dışı işlerle de hemşirelerden ilgilenmesini istemeleri ilişkileri gerginleştirir." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	36
Tablo 17 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Hekimlerin, yeni başlayan hemşirelerin bilgisiz/deneyimsizliklerini hoşgörülü yaklaşmamaları ilişkileri gerginleştirir." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	37
Tablo 18 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Hekimlerin, ekip içindeki statülerini yüksek görmeleri anlaşmazlıkları artırır." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	37
Tablo 19 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Yönetici hemşire ve hekimlerden; birbiriyle çekişen ikili direktifler alınması, hekimler ile ilişkilerde sıkıntılar oluşturur." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	37
Tablo 20 : Hemşirelerin hekimler ile yaşadığı sorunlardan "Acil durumlarda hekimler gelinceye kadar hastaya ön müdahalede bulunulmasına, hekimlerin farklı tepkiler göstermesi ilişkileri gerginleştirir." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	38
Tablo 21 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Yeterli sayıda tıbbi malzemelerin olmayışı hekimlerle olan ilişkileri gerginleştirir." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	38
Tablo 22 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “Hemşirelerin; hangi durumlarda hekimlere hangi durumlarda yönetici hemşireye sorumlu olduğu konusundaki belirsizlikler ilişkilerde sürtüşmelere yol açar.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	39
Tablo 23 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan " Hekimler, hastaya ilişkin yaklaşım ve politikaların düzenlenmesi konusunda hemşirelerle iş birliği içine girmezler." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	39

Tablo 24: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “Kurumdaki hemşire sayısının yetersiz oluşu ekip içerisinde iletişim kopukluğuna sebep olur.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	39
Tablo 25 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına sebep olur (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor)." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	40
Tablo 26 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması problemlere yol açar (Sorun hekimin kişilik yapısından kaynaklanıyor)." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	40
Tablo 27 : Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan "Hemşirenin kendisini mesleki açıdan yetersiz görmesi hekimlerle sorun yaşamasına sebep olur (Sorun hemşirenin psikolojik yapısından kaynaklanıyor)." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	40
Tablo 28 : Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları "Sorunun o bireyine karşılıklı konuşurum." ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	41
Tablo 29: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Sorunu o bireyle karşılıklı konuşurum.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı	41
Tablo 30: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Sorunu onun da fark etmesini sağlamak için tavır alırım.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	41
Tablo 31: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Hiçbir şey olmamış gibi davranır işimi kendim yürütürüm.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı.....	42
Tablo 32: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Servis sorumlu hemşiresine iletir, onun çözüm bulmasını beklerim.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı...	42
Tablo 33: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Servis sorumlu hocasına iletir (Bölüm başkanı öğretim üyesine), onun çözüm bulmasını beklerim.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı	42
Tablo 34: Hemşirelerin “Hekimler ile hemşirelerin aralarında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkide sorunlara yol açar.” ifadesine hemşirelerin iletişim ile ilgili hizmet içi eğitim/ders alıp almama durumuna göre dağılımı.....	43
Tablo 35: Hemşirelerin “Hekimler ile hemşirelerin arasında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkide sorunlara yol açar.” ifadesine hemşirelerin iletişim ile ilgili hizmet içi eğitim/ders alıp almama durumuna göre dağılımı.....	44
Tablo 36: Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Hekimler ile ortak bilimsel ve sosyal toplantıların çok az sayıda oluşu ilişkileri sınırlar.” ifadesine verdikleri cevapların eğitim durumlarına göre dağılımı.....	45
Tablo 37: Hemşirelerin “Hekimin kendini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına sebep olur (Sorun hekimin kişilik yapısından kaynaklanıyor)." ifadesine katılımlarında hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımı.	46
Tablo 38: Hemşirelerin “Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına sebep olur (Sorun hekimin kişilik yapısından kaynaklanıyor)." ifadesine katılımlarında mesleki deneyim sürelerine göre dağılımı.....	47
Tablo 39: Hemşirelerin “Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına sebep olur (Sorun hekimin kişilik yapısından kaynaklanıyor)." ifadesine verdikleri cevapların kurum içi deneyim yılına göre dağılımı.....	48
Tablo 40: Hemşirelerin “Hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması problemlere yol açar (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor)." ifadesine verdikleri cevapların mesleki deneyim süresine göre dağılımı.....	49
Tablo 41: Hemşirelerin “Hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması problemlere yol açar (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor)." ifadesine katılımlarında verdikleri cevapların çalıştıkları kurumdaki deneyim süresine göre dağılımı	50
Tablo 42: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Sorunu o bireyle karşılıklı konuşurum” şeklindeki ifadeye katılım yüzdelerinin yaşlarına göre dağılımı.....	51
Tablo 43: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Sorunu o bireyle karşılıklı konuşurum” şeklindeki ifadeye katılım yüzdelerinin hizmet içi eğitim/ders alıp almamalarına göre dağılımı.....	52
Tablo 44: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Sorunu onun da fark etmesini sağlamak için tavır alırım” şeklindeki ifadeye katılım yüzdelerinin mesleğini değiştirip değiştirmeme isteklerine göre dağılımı.....	53

Tablo 45 : Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Hiçbir şey olmamış gibi davranır işimi kendim yürütürüm” şeklindeki ifadeye katılım yüzdelerinin servis hemşiresi veya servis sorumlu hemşiresi olup olmamasına (bulduğu pozisyona) göre dağılımı.....	54
Tablo 46 : “Hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması problemlere yol açar (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).” ifadesine katılımlarının hemşirelerin mesleki deneyim süresine göre dağılımı.....	55
Tablo 47 : Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Hekimler ile hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli olan iletişim ve koordinasyon rahatlıkla sağlanır.” ifadesine verdikleri cevapların çalıştıkları kliniklere göre dağılımları.....	56
Tablo 48 : Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Hemşirelerin hastaneye olan katkıları hekimlere göre daha az ödüllendirilmesi, kuruma olan bağlılık/motivasyonunu azaltır.” ifadesine verdikleri cevapların adaptasyon programı uygulanıp uygulanmama durumuna göre dağılımları.....	57
Tablo 49 : Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Acil durumlarda hekimler gelinceye kadar hastaya ön müdahalede bulunulmasına, hekimlerin farklı tepkiler göstermesi ilişkileri gerginleştirir.” ifadesine verdikleri cevapların çalıştıkları kliniklere göre dağılımları.....	58
Tablo 50 : “Hemşirelerin; hangi durumlarda hekimlere hangi durumlarda yönetici hemşireye sorumlu olduğu konusundaki belirsizlikler ilişkilerde sürtüşmelere yol açar.” ifadesine verdikleri cevapların çalıştıkları kliniklere göre dağılımı.....	59
Tablo 51 : Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Hekimler ile hemşireler, mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda oldukça uyumlu ilişkiler içindedirler.” ifadesine verdikleri cevapların adaptasyon programı uygulanıp uygulanmama durumuna göre dağılımları	60
Tablo 52 : Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi ilişkileri gerginleştirir.” ifadesine verdikleri cevapların mesleğini değiştirip değiştirmeme isteklerine göre dağılımları.....	61
Tablo 53 : Ölçek puan dağılımına ait istatistiksel değerler.....	62

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İletişimde kaynak ve hedef birimlerini etkileyen faktörler.....	3
Şekil 1. Kişiler arası iletişim sınıflaması.....	4
Şekil 3. Bağımsız işlevleri Tedavi dışı işlevleri.....	12
Şekil 4. Ölçek puan dağılımına ait histogram	63

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Simgeler</u>	<u>Açıklama</u>
X^2	Ki-kare (Chi-square) değeri,
$p < 0.05$	İstatistiksel anlamlılık,
<i>Min</i>	Minimum değer,
<i>Maks</i>	Maksimum değer,
<u>Kısaltmalar</u>	<u>Açıklama</u>
SPSS	İstatistiksel Değerlendirme İçin Bilgisayar Programı.
YTKİY	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

ÖZET

Hekim Hemşire İlişkisi ve Hekim Hemşire İlişkisinde Yaşanan Sorunların Araştırılması

Bu araştırma Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Rektörlük Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin hekimlerle olan ilişkilerinde yaşanan sorunları belirlemek amacıyla, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına bütün birimlerde (cerrahi, dahiliye, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, kadın hastalıkları ve doğum servisleri; koroner, cerrahi, anestezi yoğun bakımları ile çocuk polikliniği, kan alma ünitesi) çalışan hemşirelerden rastlantısal örneklem yöntemiyle seçilen 100 hemşire alınmıştır. Veriler 1–15 Nisan 2005 tarihleri arasında toplanmıştır.

Literatür ışığında hazırlanan 41 sorudan oluşan anket formu geliştirilmiş ve üç bölüme ayrılmıştır. İlk bölümde demografik özellikler, ikinci bölümde hekim-hemşire grupları arasında soruna (anlaşmazlık/çatışma) sebep olabileceğine inandığımız ifadeler, üçüncü bölümde ise iletişim gücünü gidermek için belirlediğimiz ifadeler yer verilmiştir. Toplanan veriler Statistical Packages for Social Sciences (SPSS) paket programı kullanılarak değerlendirilmiş, verilerin çözümlenmesinde Khi-kare testi uygulanmıştır.

Sonuç olarak; hemşirelerin hekimlerle sorun yaşadığı saptanmıştır. Araştırma verilerine göre hemşirelerin bireysel özellikleri ile hekimlerle sorun yaşanmasına sebep olan ifadeler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Genel olarak yaş, tecrübe, eğitim durumu, adaptasyon programına katılma, çalışılan bölüm, bulunduğu pozisyon, mesleğini değiştirme isteği gibi özelliklerin hemşirelerin çatışma düzeyi üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: hekim hemşire ilişkisi, yaşanan sorunlar, anlaşmazlıklar

SUMMARY

Relationship Between the Doctor and the Nurse, Investigation of Problems Between the Doctors and the Nurse Relationship

The purpose of this study is determining the problems between the nurses who worked in of Afyon Kocatepe Universty Ahmet Necdet Sezer Presidency Practice and Research Hospital the nurses and the doctors. One hundred nurses who worked in all units (Surgery, internal affairs, cardiology, gynecology clinics; coroner, surgery, anhesteziology intensive care units and pediatri polyclinic, blood to take unit) were randomly selected. Datas were collected between 1st-15th April 2005.

According to the previous literatures 41 questions were taking in public survey form. Public survey form has three parts. First part of the study was about demographic properties. Second part of the study was about the expressions which were believed to cause to problems between the groups of doctors and nurses. Third part of the study was about the situations which are determined for solving the difficulties of relationship between the doctors and the nurses. Datas were evaluated by Statistical Packages for Social Sciences (SPSS) program and were analyzed with chi-square test.

As a conclusion nurses have problems with the doctors. According to the datas there is a significant differences between the personal properties of nurses and the situations which are cause to problems with the doctors. In generally age, experience, educational status, position in the working unit, wish to change of job, studying in adaptation program before workproperties are effective to the level of conflict of nurses and doctors.

Keywords: Relationship between the doctor and nurse, problems

1. GİRİŞ

Hızlı gelişen teknoloji, iletişim, globalleşme, bilgi çağı tüm sektörleri etkilediği gibi, sağlık sektörünü de etkilemektedir. Sürekli yeni bilimsel araştırmalar ve uygulamalar sağlık sektörünün de hızlı ilerlemesini ve çalışanlarının da bu gelişime ayak uydurabilmesi sürekli kendilerini yenilemelerini gerekli kılmıştır.

21. yüzyılın rekabet koşulları her sektörü etkilediği gibi hastaneleri de etkilemiştir. Bu rekabet koşullarında kurumlar çağa ayak uydurabilmek için kendilerini yenilemeli ve bilgi çağını yakalamalıdır. Bilgi çağını yakalamak artık bireysel çabalarla mümkün değildir, kurumun tüm bireylerinin ortak çabalarıyla mümkündür. Ortak çabanın gerekliliği işletmelerde ekip çalışmasını, ekip kavramını doğurmuştur.

İnsanlığın varoluşuyla birlikte ortaya çıkan en eski iki meslek hekimlik ve hemşirelik hizmetleridir. İlk çağlarda hekimler hastanın tedavisini yapar, bakımını verir ve hatta ilacını da kendileri hazırlarlardı. Tıp geliştikçe, hekimler kendi alanlarında uzmanlaştıkça, bir takım görevlerini diğer sağlık profesyonellerine devretti. Dolayısıyla aynı amacı güden bu meslek grupları sağlık ekibinin ilk çekirdeğini oluşturdu.

Tıp bilimi ve teknolojisindeki ilerlemelere paralel olarak hastanelere olan talebin artması, çok sayıda, farklı uzmanlıklara sahip profesyonellerin bir arada hizmet vermesi hastaneleri karmaşık sosyal örgütler haline getirmiştir.

Yapıcı insan ilişkileri, insanların birbirlerini anlamalarının, birbirlerinin işini kolaylaştırmalarının, birbirlerine duygu ve fikir olarak ulaşabilmelerinin temel koşuludur. Kendisine ulaşılması gereken insan eğer hasta ise bu iletişim daha da önemlidir.

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

Örgütler, yapıları gereği çatışma kaynaklarını bünyesinde barındırmaktadır. Bir hizmet kuruluşu olan hastanelerde de çeşitli düzeylerde ve çok sayıda çatışmalar

yaşanmaktadır. Hastanelerde yaşanan çatışmalar hastayı etkilediği kadar içinde hizmet veren profesyonelleri de olumsuz etkilemektedir.

Oluşan bu çatışmaları hastanenin amaçlarına hizmet edecek şekilde yönetmek ve sağlıklı hastane yapısı ve işleyişi oluşturmak için hastane yöneticilerinin öncelikle, kurumlarında yaşanan çatışma nedenlerini belirlemeleri gerekmektedir.

Hemşire-hekim ilişkisinin pozitif olması durumunda; işbirliği içinde çalışıldığını, anlaşmazlıkların hasta yararına olacak şekilde çözümlendiğini, hasta bakımının etkin ve rahat sürdürüldüğünü gözlemek mümkündür. Aksine hemşire-hekim ilişkisinin zayıf olması durumunda ise anlaşmazlıkların etkin şekilde çözümlenemediğini hasta bakımı konusunda önemli sorunların ortaya çıkabileceğini söylemek mümkün olabilir.

Bu araştırma, işletmecilik ve yönetsel yetki düzeyine sahip hastanede, cerrahi servis ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerin; hekimlerle olan ilişkisinde sorun (anlaşmazlık) yaşama düzeyini ölçmek, sorunların (anlaşmazlıkların) kaynaklarını belirlemek ve sorunlara yönelik çözüm önerilerinde bulunmak amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya hastane, iletişim, kişiler arası iletişim, ekip, sağlık ekibi, hekim-hemşire hizmetleri gibi temel kavramların tanıtılmasıyla başlanmıştır. Devamında hekim-hemşire ilişkisini etkileyen faktörler, etkileşim alanları, hemşire ve hekim grubu arasındaki temel çatışma kaynakları ve yönetimine yer verilmiştir.

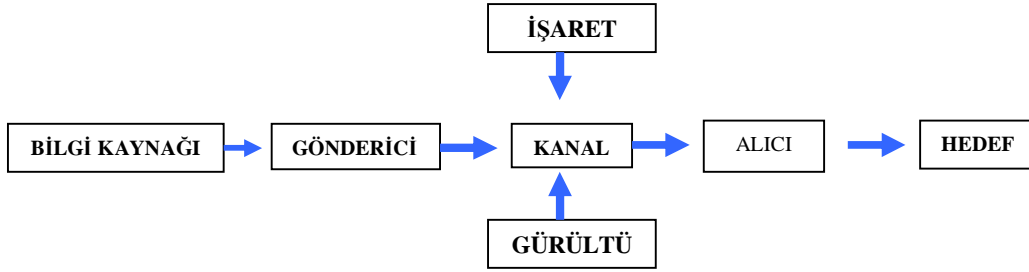
Araştırma; ilgili varsayımların geçerliliğini test etmek için Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörlük Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde tüm birimlerde çalışan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİ

2.1. İletişim nedir?

İletişim, bireyleri birbirlerine duygu ve fikir olarak ulaşabilmelerinde, birbirlerini anlamalarında bir araç olarak kabul edilir ve bireyler arasında karşılıklı duygu, düşünce ve bilgi alış-verişi olarak tanımlanır (12,15).

İletişimin doğasında bireyler arası mesaj alış-verişini sağlayan bir kaynak ve bir de hedef birim vardır. Bir başka deyişle kaynak birim mesajın oluştuğu, hedef birim ise mesajın gönderildiği birimdir. Bu birimler dinamiktir. Yani pozisyonları dönüşümlü olarak değişebilir (28).



Şekil 2. İletişimde kaynak ve hedef birimlerini etkileyen faktörler

İletişim insan varlık sürdürme biçiminin bir ürünü ve insanın varlık sürdürme biçimindeki gelişmelere göre insan ile insan arasındaki sözel bir süreç şeklinde işleyen konuşmadır (59).

İletişimin iyi olması, bireyin kendini tanımasını gerektirir. Kendini tanıma, bireyin kendini düşünce ve duygularını anlayıp kavrayabilmesidir. Kendini tanıyan birey, bedeninin verdiği mesajı değerlendirebilir; çevresindeki insanların nasıl etkilendiğini bilir (5).

2.2. Kişiler arası iletişim nedir?

Genel bir tanımlamayla kaynağını ve hedefini insanların oluşturduğu iletişime kişiler arası iletişim denir. Karşılıklı iletişimde bulunan kişiler bilgi, sembol üreterek bunları birbirlerine aktararak ve yorumlayarak iletişimi sürdürürler (22).

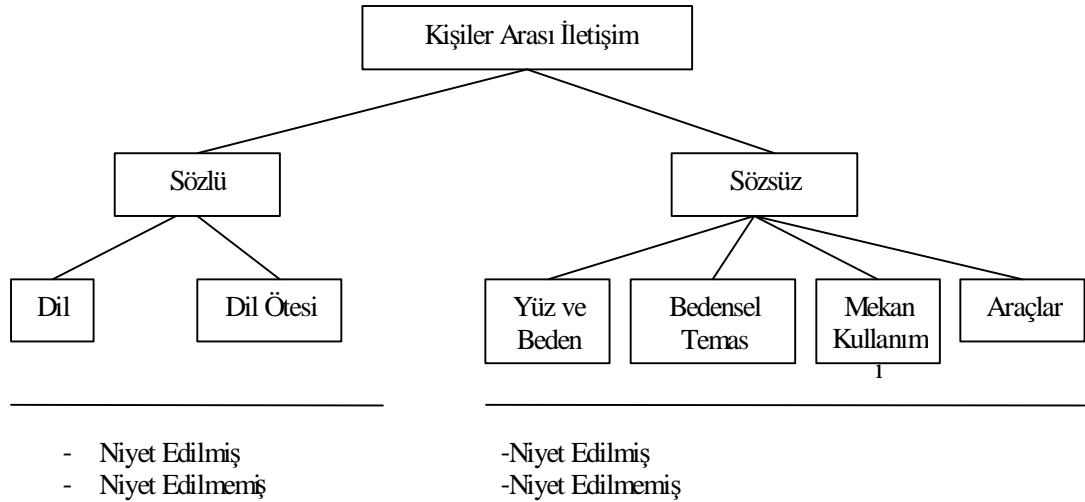
İki kişi arasında yüz yüze gerçekleşir. Kendiliğinden ve teklifsizdir. İletişimi gerçekleştirenler birbirlerinden sürekli geri bildirim alırlar. Kişiler arası iletişim başkalarını tartıp, varılan yargıya göre davranma sanatıdır.

Yapılan bir araştırmaya göre bir iletişimin kişiler arası iletişim sayılabilmesi için 3 şart aranır:

- § Yüz yüze olması,
- § Katılımcılar arasında bir mesaj alışverişinin olması,
- § Söz konusu iletişim sözlü veya sözsüz nitelikte olmasıdır (21).

2.3. İletişim Türleri

İnsan fikir, düşünce ve duygularını iki ana iletişim türü ile dile getirir. Bunlar; sözlü ya da sözsüz iletişimdir.



Şekil 3. Kişiler arası iletişim sınıflaması

2.3.1. Sözlü İletişim

Sözlü iletişim dile dayanır ve genellikle daha kolay anlaşılır. Bu tür iletişim dile getirilen sözler ve/veya yazılı anlatımlarla yapılır. İnsanların kullandığı semboller arasında sözcükler en çok kullanılanlar ve en üst düzeyde olanlardır. Sözcükler aracılığı ile birey her türlü duygu, düşünce ve isteklerini, kısaca kendini ortaya koyabilir; başkalarının davranışlarını etkileyebilir. Sözlü iletişim bir iletiyi aktarmanın en kolay, en önemli ve en anlaşılır yoludur. Bireyin kullandığı sözcükler anlamının dışında bir anlam taşıyabilir. Dolayısıyla kişinin kelimeyi kullanım biçimi,

onun için bu kelimenin taşıdığı anlam ve kişinin o anki duygusal durumu çok önemlidir (6,13,20,21,24,65).

2.3.2. Sözsüz İletişim

Sözsüz iletişim bireyin duygularını, düşüncelerini ve isteklerini çeşitli araçlarla karşısındakine bilinçli ya da bilinç dışı olarak iletmesidir. Yüz ifadesi (öfke, kızgınlık, merak, vb.) duygu ve düşünceleri yansıtan (yürüme ve duruş biçimi, vb.) hareket ve mimiklerdir. İletişim etkinliklerinin büyük bölümünü sözsüz iletişim oluşturur. Sözsüz iletişim jestlere, beden hareketlerine, ses tonundaki değişmelere ve diğer sözsüz düşünce aktarmalarına dayandığı için anlaşılması biraz daha zordur. Genellikle sözsüz iletilenler, bireyin gizli duygu ve düşüncelerini söylenen sözcüklerden daha iyi açıklar. Ses tonu ve davranışlar sözler kadar kolay kontrol edilemez bu nedenle duygu ve düşünceleri gerçeğe daha uygun ortaya koyarlar. Beden-tavır-ses ve sözcüklerin iletişime ne kadar katkıda bulunduğunu belirlemek için 7 yıl süren inceleme çalışmasında; iletişimde mesajların % 60.0'ı bedenle, % 30.0'u ses tonu ile % 10.0'u sözcüklerle iletilmekte olduğu belirlenmiştir.

İletişimde yüz ifadeleri göz teması ve beden duruşu konuşma kadar önemlidir. Sözsüz iletişim bireyler arasındaki iletişimin önemli bir parçası olarak kullanılır. Etkili iletişim hemşirenin sözsüz iletişim becerilerine de bağlıdır.

Jestlerin aktardıkları anlamlar da farklı olabilir. Bir kimsenin anlatımı, karşısındaki değişik kişilerce değişik biçimde de yorumlanabilir (6,13,20,21,24, 51,58,65,74).

2.4. İletişimin Amacı ve Önemi

İletişim insanların toplu yaşamasının ürünü ve gereğidir. İnsanlarda iletişim kurma gereksinimi doğuştandır ve bir arada yaşayan insanların ilişki kurmadan etkileşmeden yaşamlarını sürdürmeleri olanaksızdır. İnsanların içinde buldukları değişik sosyal grupların özelliklerine göre iletişimin amacı ve biçimi değişir. Birey iletişim aracılığıyla çevresi ve kendi yaşamında etkin ve belirleyici olmak ister. Buna göre kişi açısından özel amaçları farklı olsa bile asıl amaç çevre üzerinde etkin olmak, karşısındakilerde davranış oluşturmak, tutum değiştirmek ve geliştirmektir (84).

İletişim bir örgütte şu işlevleri yerine getirir:

- **Bilgi taşır.** Bilgi bir örgütün en önemli girdisidir.
- **İlişkilere aracılık eder.** Yönetimlerde insan ilişkilerinin aracı iletişimdir
- **Etkileşime aracılık eder.** Yönetimsel ve eğitsel iletişimler etkileşim amaçlıdır.
- **Kararları taşır.** Yönetimsel kararlar, örgütsel etkililiğin araçlarıdır.
- **Buyrukları taşır.** Örgütsel amaçların, görevlerin, işlerin açıklanmasına ilişkin bilgiler iletişim yoluyla iş görenlere ulaşır.
- **Geribildirimini bildirir.** Geri bildirim (feed back, dönüt, geriye besleme), bir örgütün amaçlarını gerçekleştirmede ve çıktılarında görülen kısımların, eksiklerin, engellerin yanında üstünlüklerini, başarılarını bildiren bilgidir (7).

2.5. *Ekip nedir?*

Ekip, kendini ortak bir amaca, performans hedeflerine ve kendilerini beraberce sorumlu tuttukları yaklaşıma adanmış, birbirini tamamlayıcı becerilere sahip az sayıda kişiden oluşan gruptur (18).

Ekipler ürünlerin tasarımı, geliştirilmesi, üretimi, yardımcı malzeme veya lojistik desteğin sağlanması, tüketicilerin ihtiyaçlarının karşılanması, iyileştirme ve örgütün değişik kısımlarını bütünleştirmek görevlerini üstlenir (46).

Ekipler, oldukça yüksek düzeyde iletişim içindedir ve ekiplerin mutlaka açık şekilde tanımlanmış hedefleri vardır. Ekip üyeleri farklı alt yapıya, yetenek ve becerilere, ortak bir misyon anlayışına sahiptir (23).

Francis ve Young'a göre ekip; ortak hedefleri başarmaya adanmış, beraber çalışan ve birbirine bağımlı, yüksek kaliteli sonuçlar üreten enerjik bir insan topluluğudur. J. W. Atkinson "Başarı BEN'li bir şey değil BİZ'li bir şeydir ve birçok kafa ve ellerin ürünüdür." şeklinde tanımıyla ekip kavramını tanımlamaya çalışmıştır (18).

Ekipler, ortak çalışma yaklaşımı belirler ve birbirlerini tamamlayıcı beceriler geliştirirler. Ayrıca faaliyetlerin sonuçlarının sorumluluğunu paylaşırlar. Ekipler oldukça yüksek düzeyde iletişim içindedir (23).

2.5.1. Ekip çalışması nedir?

Verimli bir ekip çalışması hastanelerde, hastane olduğu kadar hastane ekip üyelerine de bir takım avantajlar sağlamaktadır. Bu avantajlar Toseland, Palmer-Ganales ve Chapman'a göre 3 başlık altında toplanmıştır

1. Bireysel müracaatçı ihtiyaçlarını karşılamak,
2. Daha iyi tedavi programı sunmak,
3. Çalışanlara daha motive edici ve doyurucu bir ortam sağlamak (4).

2.5.2. Ekip çalışmasının avantajları ve dezavantajları (27).

Avantajları	Dezavantajları
<ul style="list-style-type: none"> • Becerilerden en iyi şekilde yararlanmayı sağlar. • Koordinasyonu sağlar. • Sinerjik etkiyi artırır. • Esneklik sağlar. • Destek ve dayanışmayı artırır. • Yükümlülük, sorumluluk duygusunu geliştirir. • Geribildirimde bulunurken denetleme ve değerlendirme fırsatı doğar. • Büyüme, gelişme fırsatı sağlar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kişiler arası iletişim becerisi gerektirir. • Çatışmalar doğabilir. • Zaman gerektirir • Otonomi azalır. • Uyumluluk gerektirir. • İnceleme, kontrol artar. • Sorumluluk dağılır.

2.5.3. Etkin Ekip Çalışması İçin Gerekli Özellikler

- Çalışma grubunun görevleri ve amaçları açık bir şekilde tespit edilmelidir.
- Çalışma atmosferi enformel ve rahat olmalıdır.
- Çalışma grubundaki tartışmalar yeterli düzeyde ve seviyede olmalıdır.

- Çalışma grubunun üyeleri birbirini dinlemelidir.
- Çalışma grubu toplantılarında fikir ayrılıkları ve fikir çatışmaları normal karşılanmalı ve tolerans gösterilmelidir.
- Eleştiriler “yıkıcı” değil, “yapıcı” özellikte olmalıdır.
- Çalışma grubu üyeleri birbirlerinin duygularını da anlamaya çalışmalıdır.
- Çalışma grubunun lideri ya da başkanı üyeler üzerinde hâkimiyet kurmaya çalışmamalıdır.
- Liderler esnek olabilmelidir.
- Çalışma grubu kendi faaliyetlerini kendisi gözden geçirmelidir.
- Grup üyelerine verilen görevler açık ve anlaşılır olmalı ve görev verilen kişi tarafından kabul edilmelidir.
- Kararlarda konsensüse ulaşmaya önem verilmelidir.
- Toplantılarda kurallar ve davranışlar uygun olmalıdır.
- Çalışma grubu, organizasyonda çeşitli birimler ile işbirliği içinde çalışmasını sürdürmelidir.
- Çalışma grubu, yürütülen çalışmaların sonuçlarına karşı sorumluluğunu bilmelidir (3).

2.6. Sağlık Ekibi

Sağlık ya da hastalık durumunda benzer amaçlar veya tanımlanan ortak amaçlar doğrultusunda belirli görev, sorumluluk, yetki ve farklı rollerdeki sağlık disiplini üyelerinin sistematize ve planlı iş birliği ile birey ve topluma doğrudan veya dolaylı, etkin ve nitelikli hizmet dağılımı sağlanmasına sağlık hizmeti denir (61).

Sağlık kurumlarındaki sağlık hizmetinin kalitesi nitelikli sağlıklı insan gücü ile orantılıdır. Sağlık kurumlarında personel yönetiminin önemli bir özelliği sağlık personelinin bir ekip anlayışını benimsemeleridir (81).

Sağlık ekibi tanımlanacak olursa; sağlık kurumlarında ortak hedefleri bireye kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesi olan değişik meslek üyelerinin bir

araya geldikleri her birinin görevlerinin yerine getirildiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birliktir (78).

Sağlık personeli sorumluluk duygusu olan, insana saygı duyan, istekle çalışan, insan haklarına ve hasta haklarına sahip çıkan, çevresini koruyan ve sağlıklı çevre koşullarının oluşmasında birey olarak ve bir meslek üyesi olarak en üst düzeyde sağlık hizmeti sunma çabası içinde olan kişi olacaktır (2).

Sağlık hizmeti bir ekip çalışmasıdır. Bu ekibin temel üyeleri hemşire ve hekimlerdir. Hekimler ve hemşireler ortak bir amaca hizmet ederler. Amaç; hastanın iyileşmesine ve kendi kendine yetebilir duruma gelmesine destek vermektir. Bu nedenle doğal bir ekip oluşmakta ve ekip içindeki iletişim hem hekimleri hem de hemşireleri ilgilendirmektedir (31,42,43,57,73).

Hastanelerde yer alan sağlık ekibinin ortak hedefi tedavi etmek ve en iyi bakımı vermektir. İletişim, koordine faaliyetlerinin ve etkin bir ekip çalışmasının temelidir. Ekip üyeleri arasında iyi bir iletişim ve uyumlu bir ilişki olması hizmetin kalitesini yükseltir. İyi bir ekip çalışması için ekip üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarının açık, anlaşılır ve birbirleriyle çakışmayacak şekilde belirtilmesi gerekir. Ekip başarıya ulaştıkça hedeflere ulaşılacak bu da ekip üyelerinin doyum sağlamasına neden olacaktır (87).

Sağlık ekibinin uyumlu ve verimli çalışmasını etkileyen faktörler, ekip içinde iyi bir iletişim, işbirliği, yardımlaşma ve her iki ekip üyesinin mesleki rollerinde yeterli olmasıdır. Sağlık ekibini oluşturan bireylerin, birbirlerinin görev ve sorumluluklarını bilmesi bireylerin yeteneklerinden optimal düzeyde yararlanılması ve mesleki doyumun yaşanması bakımından oldukça önem taşır. Hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi, hekim-hemşire etkileşimi ve işbirliği ile olasıdır (71).

Sağlık sistemi içinde, hastaya sürekli bakım sağlamak için birbirleriyle etkileşim halinde bulunan iki temel ekip vardır:

- **Temel bakım ekibi;** Hastaya doğrudan hizmet veren sağlık profesyonelleri ile bu görevlilerle birlikte çalışan yardımcı sağlık elemanlarından oluştuğu gruptur. Hekim ve hemşire genellikle temel üyelerdir.
- **Tıbbi bakım ekibi;** Temel bakım ekibine gerekli desteği sağlayan gruptur. Bunlar eczacı, diyetisyen, laboratuvar teknisyeni gibi üyelerdir (62).

Profesyonelliğin ön koşulu; rutin yaklaşımlardan uzaklaşıp yaratıcı gücün kullanıldığı görevler yüklenme ve bunları iyi-doğru şekilde kullanmadır. Bir meslekte profesyonellik, “amaç” sözcüğü ile bireyin kendisi için ne istenildiğini bilmekle başlar (56).

Kurumsal olarak ekip, hemşire, hekim, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, eczacı hizmet uzmanlarından oluşur (62).

Hastanelerde, farklı uzmanlık alanlarına sahip çok sayıdaki sağlık profesyoneli hastaya bir ekip halinde hizmet sunar. Bu ekip içinde yer alan hekimler ile hemşirelerin görevleri gereği, diğer hizmet gruplarına kıyasla hasta ile daha uzun süreli ve yoğun ilişkiler içinde çalıştıkları, dolayısıyla hasta doğum ve iyileşme yadsınamaz bir gerçektir. Bu iki meslek üyesinin hastaya birbirlerini tamamlar nitelikte hizmet sunmaları halinde, hizmet kalitesinin artması beklenen bir durumdur (27).

2.6.1. Hemşirelik hizmetleri

Günümüzde birey ve toplumun gelişen ve değişen sağlık gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili yeni felsefe doğrultusunda hemşireler üstlendiği rol ve işlevlerinde başarılı olabilmek için sorumluluklarını tekrar gözden geçirmek zorundadır. Tartışmasız hemşirenin en önemli sorumluluğu hastaya kişisel, teknik, bilimsel ve gereksinimi doğrultusunda bakım vermektir. Bu anlayışla hemşirelik mesleği; sağlık hizmetlerinde bakımın kalite güvencesi ile sunulmasında belirleyici konumdadır. Kalite amaca uygunluk ya da gereksinimlerin karşılanma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Hasta bakımının kalitesini güvence altına almak için oluşturulan hemşirelik hizmetleri felsefesi doğrultusunda biçimlendirilen hedeflere ulaşmak için bakım standartlarının belirlenmesi gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü; 1990 yılında tüm üye ülkelerin sağlık bakım sistemlerinde hasta bakımının kalitesini güvence altına almak için etkili mekanizmalar oluşturulmasını önermiştir. Sağlık bakım standartlarını güvenceye almak ve yükseltmek sağlık hizmetlerinde çalışan herkesin görevidir. Hemşireler, mesleki girişimlerden sorumludur. Profesyonel hemşire yeni araştırma bulgularının ışığında bakım verdiği bireyin gereksinimlerini saptayan, gereksinimleri doğrultusunda bakım planı geliştiren kendi sunduğu bakımın sorumluluğunu üstlenen özerk bir uygulayıcı konumundadır. Hemşirelik bakımında kalite ilkesine dayanan

bir yaklaşım biçimi ile hasta-hemşire oranının belirlenmesi, bakım standartlarının ve hemşirelik uygulama talimatlarının oluşturulması bakım hizmetinin güvenliğine temel oluşturur (16).

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu, hemşireliği şöyle tanımlamıştır; “Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini (10).

Hemşirelik hizmetlerinin ana uğraşı alanı birey ve toplumdur (50). Toplum gereksinimlerini karşılamaya yönelik olan hemşirelik felsefesi aşağıdaki ilkeleri içerir:

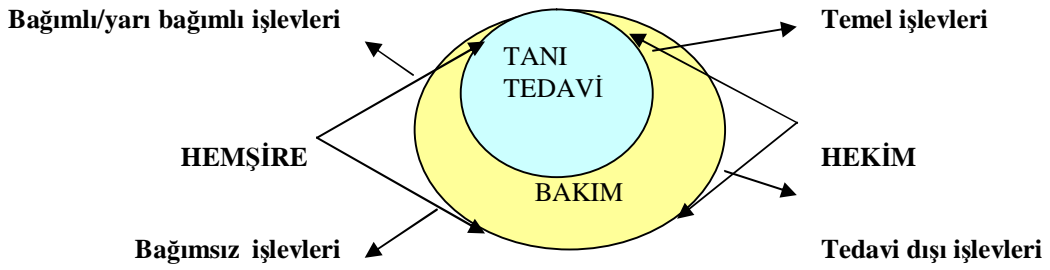
- ◆ Hemşirelik, bireyin sağlıklı ortamda yaşamaya hakkı olduğuna inanır.
- ◆ Hemşirelik, sağlıktan sapmalar olduğu zaman bireyin optimal sağlık bakımı almaya hakkı olduğunu savunur.
- ◆ Hemşirelik, kendine özgü bilgi ve olgular içeriği olan bağımsız bir sağlık disiplini (10).
- ◆ Hemşirelik, bireyin kendine özgü özelliği ve bütünlüğü içinde hak ve mahremiyetine saygıyı içerir.
- ◆ Hemşirelik mesleği, topluma hizmet götürme işlevinde, diğer sağlık disiplinleri ile sıkı bir işbirliği yapılması gerektiğine inanır (75).

Hemşirelerin görevleriyle ilgili etkileşimleri göz önüne alındığında; hemşirelik hizmetleri bağımsız, yarı bağımlı ve bağımlı fonksiyonlar olarak gruplandırılır.

Bağımsız işlevlerde hemşire, hasta bakım gereksinimlerine göre bakım faaliyetlerini başlatma ve yürütme becerisine sahiptir. Hemşirenin kendi bilgi ve becerisine dayalı olarak karar verip uyguladığı girişimlerdir. Bu işlevler; yatağa bağımlı hastada gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine ilişkin etkinlikler, hastanın yapamadığı günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı olmaya ve ona bağımsızlığını kazandırma gibi etkinliklerdir. Hemşirelikte bağımsız rollerin içine bakım, eğitim, araştırma ve hasta haklarını savunma gibi işlevler girmektedir (26,39,61).

Planlanan tedaviyi uygulaması ve tanı işlemlerine yardımcı olması sırasında hemşirenin, kendi bilgi ve deneyimleri doğrultusunda olası sorunların gelişip gelişmediğini izlemesi ve gerekli önlemleri alması, hemşirenin yarı bağımlı işlevleridir (76).

Hemşirenin bağımlı işlevleri, hekim tarafından verilen tıbbi istemlerin hastaya uygulaması ile yerine getirir. Tanı ve tedavi edici işlevlerde hemşirenin girişimleri hekime bağlıdır (53).



Şekil 3. Bağımsız işlevleri Tedavi dışı işlevleri

2.6.1.1. Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu

Hastane içindeki hemşirelik hizmetleri başhemşireye bağlı olarak organize edilmiştir. Hemşirelik hizmetlerinin organizasyonunda tepede başhemşire, o'nun altında nezaretçi hemşireler, nezaretçi hemşirelerin altında klinik (servis) sorumlu hemşireleri yer almaktadır. Hemşirelik hizmetleri bölümünün işlevi, hekimlerin teşhis ve tedavi faaliyetlerine yardımcı olmak üzere hasta bakımının yapılması, hastaların ve yakınlarının eğitilmesidir. Bu hizmetlerin hastane genelinde planlanması; organizasyonu ve denetimleri başhemşireye verilmiştir. Başhemşirenin doktora veya master derecesine sahip, en az 5 yıllık tecrübeye sahip olması öngörülmüştür.

Başhemşirenin görevleri şunlardır:

- Hemşirelik hizmetlerinde takip edilecek politikaların, kural ve yöntemlerin tespiti,

- Bölüm içinde yer alacak idari pozisyonların ve diğer görevlilerin sorumluluk ve yetkilerinin belirlenmesi, hemşirelik bölümü ile hastanedeki diğer bölümler arasındaki koordinasyonun sağlanması,
- Bölümün malzeme ve personel ihtiyacının tespiti, bu ihtiyaçların karşılanmasında takip edilecek politika ve usuller konusunda idari işler müdürlüğüne yardımcı olunması,
- Hemşirelik hizmetleriyle ilgili kayıt ve raporlama sisteminin oluşturulması,
- Bölüm personeli için hizmet-içi eğitim programlarının hazırlanması,
- Hemşirelik bakımını ve hemşirelik hizmetleri idaresini geliştirmek üzere araştırmalar yapılması,
- Bölüm bütçesinin hazırlanması,
- Hastaneye bağlı hemşirelik okulu varsa öğreticilerin klinik eğitimleri için okul idarecisi ile işbirliği yapılması,
- Hemşire personelin işyeri ve çalışma disiplinine uygun davranmalarının temini.

Hemşirelik hizmetlerinin organizasyonunda başhemşireden sonra nezaretçi hemşirelere yer verilmiştir. Hastanede her kat veya her blok ya da 2–3 klinik için birer nezaretçi hemşire tayin edilmesi öngörülmüştür. Nezaretçi hemşire sorumlu olduğu kliniklerde hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinde en üst yetkili amir durumundadır.

Nezaretçi hemşirenin görevleri şunlardır:

- Sorumlu olduğu kliniklerde hemşirelik hizmetlerini planlamak; organize etmek, koordinasyonu sağlamak ve denetlemek,
- Servis sorumlu hemşirelerinin çalışmalarını takip etmek, çalışmalarını değerlendirmek,

- Hemşire personelin işyeri ve çalışma disiplinine uygun davranmalarını sağlamak.

Nezaretçi hemşirelerin altında servis sorumlu hemşirelerine yer verilmiştir. Hemşirelik hizmeti verilen servislerde veya birimlerde, hizmetlerin planlanmasından, organizasyonundan, yürütülmesinden ve denetiminden sorumlu olan bu alt kademe idarecilerinin görevleri şu şekilde düzenlenmiştir:

- Klinikteki hastaların hemşirelik bakımını planlamak,
- Hemşire personel arasında görev dağıtımını yapmak, eğer ekip hemşireliği uygulanıyorsa ekipleri oluşturmak, ekip başlarını tayin etmek,
- Personelin işyeri ve çalışma disiplinine uygun davranmalarını sağlamak,
- Hasta bakımının planlanması konusunda hekimlerle işbirliği yapmak,
- Hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinde ortaya çıkan problemleri tespit etmek, çözümü için tedbirler almak veya alınmasını sağlamak,
- Klinikte hasta için güvenli bir çevre ve ortam yaratmak,
- Vizitlerde hekime eşlik etmek,
- Hekimlerin direktiflerini almak, daha sonraki vizitlerde hastadaki gelişmeleri hekime aktarmak,
- Ekip hemşireliği uygulanıyorsa ekip başlarının da bu görevleri yerine getirmelerini sağlamak ve onlara nezaret etmek,
- Hemşirelik hizmetleriyle ilgili kayıtların tutulmasını sağlamak,
- Klinikte hasta sayısı, hastaların durumları; kliniğin acil ihtiyaçları, ortaya çıkan olağanüstü durumlar hakkında nezaretçi hemşireye günlük rapor vermek,
- Klinikte standartlara uygun miktarda ilaç, kimyevi madde ve malzeme bulundurulmasını sağlamak; klinikte bulunan uyuşturucu ilaçların kaydını tutmak,

- Klinikte bulunan ilaçların; malzemelerin ve cihazların muhafazasını ve her zaman kullanıma hazır bulundurulmasını sağlamak,
- Hemşirelerin hizmet-içi eğitimleri konusunda nezaretçi hemşireye yardımcı olmak,
- Hemşirelik bakımını geliştirici çalışmalara katılmaktır (64).

2.6.2. Hekimlik Hizmetleri

Sağlık hizmetleri koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç grupta toplanır. Koruma ve tedavi hizmetleri de aşağıdaki şekilde alt dallara ayrılır:

2.6.2.1. Sağlığı Koruyucu Hizmetler: Ülkemizde sözü geçen birçok hekim ve yönetici, koruyucu hekimlik hizmetini hâlâ Birinci Dünya Savaşından önce kabul edilen çerçevede anlarlar. Bunlara göre koruyucu hekimlik hizmetleri bulaşıcı hastalıklarla savaş için çevreyi olumlu duruma getirmek ve aşılama programları uygulamaktır. Zamanımızda koruyucu hizmetleri şu iki temel gruba ayırmak zorunluluğu vardır:

2.6.2.1.1. Çevreye yönelik hizmetler: Suların kontrolü, atıkların yok edilmesi, vektörlerle savaş ve besin kontrolü gibi hizmetler

2.6.2.1.2. Kişiyeye yönelik hizmetler: Halkın sağlık konularında eğitimi, aşılama, beslenme, erken tanı ve tedavi amacıyla tarama ve periyodik muayeneler ve aile planlaması hizmetleri.

2.6.2.2. Tedavi Hizmetleri: Gelişmiş batı ülkelerinde ve sosyalist ülkelerde tedavi hizmetlerini inceleyenler -halkın kültüründen gelen davranışlar ve hükümet ve sigorta kurumlarının koyduğu kurallar sonucu- bu hizmetlerin aşağıdaki gibi iki basamaklı bir sistem olarak geliştiğini saptamışlardır:

2.6.2.2.1. İlk Basamak, evde-ayakta tedavi hizmeti (primary care): Bu basamakta köy ve mahallelere dağılmış hastaları evde ve ayakta tedavi eden tek başına, grup halinde ya da sağlık merkezlerinde çalışan hekimler vardır.

2.6.2.2.2. İkinci basamak, hastanede tedavi hizmeti (secondary care): Sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde, evde ve ayakta tedavi yapan hekimlere görünmeden, kimse doğrudan hastaneye gitmez ya da gidemez (86).

Hekimler tanı koyma ve tedavi etme işlevlerini ya tek başına çalışarak ya da hastanelerde ekip çalışması içinde katılımcı olarak sunmaktadırlar. Çoğunlukla hekimler hastaneleri, kendilerine ve hastalarına hizmet eden yapılar olarak görürler. Hastaneye olan talebin belirlenmesinde oldukça etkin olan hekim kadrosu, hastanenin tüm donanım ve olanaklarından yararlanan profesyonel bir gruptur (63).

2.7. Hekim-Hemşire İlişkileri

Ortak uğraşı alanı hasta bireyin bakımı ve tedavisi olan hekimlerle hemşirelerin ilişkileri; kurumsal etkilerin yanı sıra toplum, mesleki eğitim ve mesleki örgütler gibi kurum dışından gelen çeşitli etkilere maruz kalmaktadır. Meslek grupları aile, okul, mesleki örgüt ve toplum gibi çeşitlim sosyal kurumlardan edindikleri donanımlarla örgütlere gelerek örgütsel işleyiş üzerinde etkili olmaktadır. Bu durum örgütsel grupların koordinasyonunda sıkıntılara yol açarak çatışmalara neden olur. Hemşire hekim ilişkisinde bu donanım farklılığının daha belirgin bir biçimden görünmesi, bu ilişkilerin daha geniş bir perspektifle ele alınmasını zorunlu hale getirmiştir (27).

Hekim-hemşire ilişkisini anlamak; meslekler arası anlaşmazlığın kaynağını araştırmak, daha etkin ve daha güvenli hasta bakımını sürdürmek ve anlaşmazlıkları çözmek için etkin yöntemler geliştirmek hastalar, hastaneler ve diğer sağlık meslekleri için büyük önem taşır (71).

2.7.1. Hekimlerle Hemşirelerin Etkileşim Alanları:

- Hasta kabulü
- Tanı ve tedaviye yardımcı girişimler
- Hasta viziteleri
- Hasta eğitimi ve rehabilitasyonu (27).

2.7.2. Hekim-Hemşire İlişisini Etkileyen Faktörler

2.7.2.1. Toplumsal Faktörler

Meslek üyeleri, toplumun mesleklerine verdiği değerden olumlu ya da olumsuz yönde etkilenirler. Hekimlerin mesleklerini bağımsız olarak uygulayabilmeleri, sundukları hizmetlerin toplum tarafından anlaşılması ve kabul görmesi, meslekleşme süreçlerini tamamlamış olmaları, hekimlerin toplumsal konumların yüksek olmasında rol oynayan etkenlerdir.

Buna karşın, hemşirelerin meslekleşme süreçlerinin devam etmesi, standart eğitim düzeylerinin olmaması, bayanlara özgü bir meslek olması, verdikleri hizmetin toplum tarafından net anlaşılabilmesi, hemşirelerin toplumsal konumlarının düşük olmasına neden olan faktörlerdir. Bu iki meslek üyesinin farklı toplumsal saygınlık düzeyine sahip olması, onları sosyo-psikolojik açıdan farklı şekillerde etkiler. Hekimlerde bu etkilenme; mesleğe bağlılık, özgüven ve motivasyon artışı şeklinde gözlenirken hemşirelerde tam tersi bir durum görülmektedir.

Toplumsal bakış açısındaki bu farklılıklar; hekimlik ve hemşirelik mesleklerinin varolma ve bir meslek olarak gelişme süreçlerindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Önceleri, hekimlik mesleğinin saygınlık düzeyinin yüksek olması onun meslek iyileştirme gücüne bağlanırken bugün bu saygınlık düzeyi tıp bilimi ve teknolojisindeki ilerlemelere paralel olarak gelişen uzmanlık gücüne bağlanmaktadır (52). Eskiden dini kuruluşların desteği altında işlev gören hemşirelerin konumları oldukça yüksek iken daha sonraları bilimsel bilgi temeli olmayan hemşireler üzerinden bu desteğin kalkması, üniversite mezunu hekimlere olan talebin artması sonucu hemşirelerin toplumsal konumlarında düşüş gözlenmiştir (77).

Birçok toplumda hemşire ve hemşirelik mesleği, “hastaya bakan”, “anne”, “melek ve şefkatli” gibi imgelerle tanımlanırken; hekim ve hekimlik mesleği “hami”, “şifa dağıtan kimse” imgeleriyle tanımlanmaktadır (80).

2.7.2.2. Eğitsel Faktörler

Hemşirelik mesleği, diğer meslek gruplarıyla karşılaştırıldığında hemşirelik eğitimi heterojenlik gösterir. Liseye dayalı dört yıllık, bilim uzmanlığı ve doktora yapmış, akademik ortamda öğretim üyeliğine yükselmiş hemşireler mevcuttur.

Sağlık meslek lisesi yaş ortalamasının bireyin akımını üstlenemeyecek kadar küçüktür (77).

Ülkemizde hemşireler için farklı eğitim düzeylerine özgü görev tanımlarının olmayışı; hepsinin hemşire unvanı adı altında aynı işlevleri görmesi, grup-içi dayanışmayı azaltmaktadır. Hemşirelik eğitimi ve yönetimi konusundaki politik kararlarda etkin olan kişilerden bir kısmı, hala hemşireliğin pek fazla bilgi ve beceri gerektirmediğine inanır. Hemşirelikte yükselmek pek çok kimse, hekimler ve hatta hemşireler tarafından kuşkuyla karşılanmakta ve anlamsız bulunmaktadır (33).

Tıp fakültelerine girebilmenin ön koşulu lise mezunu olmaktır. Eğitim süresi altı yıldır. Sağlık ekibi içinde en fazla eğitim süresine sahip olduğu ve bu nedenle ekip lideri ve eğiticisi olması gerektiği anlayışıyla yetiştirilmektedir (30).

Hemşirelik eğitimi ekip üyelerinin eşdeğer öneme sahip olduğunu, ekip alışmasında hiyerarşik ilişki tarzının söz konusu olamayacağını vurgularken; hekimlik öğretisi, sağlık hizmetinin ekip halinde sunulabileceğini ve ekip liderinin hekim olması gerektiğini ileri sürer (19).

Eğiticilere eğitilenlerin sürekli ve yoğun biçimde karşılıklı etkileşim içinde buldukları okullar ve hastaneler, hekim ve hemşire adaylarına mesleki kimlik kazandıran eğitim ortamlarıdır. Tıp ve hemşirelik eğitimi bilginin yanında beceri eğitimini de gerektirdiğinden hekimlik ve hemşirelik sanatı ve rolü hemen her zaman usta-çırak ilişkisi içinde öğrenilip kazanılmaktadır (33).

2.7.3. Hekim-Hemşire İlişkisinde Yaşanan Sorunlar

Hizmet birimlerinin karşılıklı görev bağımlılığı içinde çalışması, bürokratik kurallara karşın onların otonom çalışma isteklerinin ağır basması hastanelerin başarısını olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir. Hastaneler içinde yaşanan çatışmaların doğrudan hizmet verdiği hasta gurubunu etkilemesi yönünden ayrıcalıklı bir konuma sahiptir.

Hastanelerde çatışma; hizmet guruplarından birinin çalışma düzenine, görev sınırlarına, kaynak tahsisine, ödül sistemine, hedeflerine diğerlerinin açık ya da kapalı zıt davranışları olarak tanımlanır (27).

2.8. Hekimlik ve Hemşirelik Gurupları Arasındaki Farklılıklar

2.8.1. Üye Farklılıkları: Her iki meslek üyesinin üye farklılıkları yönünden tanımlanırsa hekimlerin çoğu erkektir, mesleği ile ilgili bilimsel gelişmeleri yakından takip eder, hemşirelere göre daha uzun mesleki eğitim ve deneyim süresine sahiptir ve yaşça daha büyüktür. Hemşireler ise genellikle daha genç olup çoğunluğu bayandır ve standart bir eğitimden gelmemiştir (9).

2.8.2. Statü farklılıkları: Örgüt içinde bazı grupların kendi prestijlerini başkalarından daha yüksek görmeleri ya da başka gruplarca daha yüksek statüye sahip olarak görülmeleri gruplar arası ilişkilerde çatışmaların yaşanmasına neden olabilir (48). Hekimlerin hasta bakımı konusunda hemşireleri pasif pozisyonda tutmalarına karşın hemşireler aktif olmak ister ve hekimlerin kendileri için düşünmüş oldukları bu geleneksel role karşı çıkarlar (67).

Hekimlerin hemşirelerle olan ilişkilerini meslektaşlık ilişkisinden çok ast-üst ilişkisi şeklinde düşünmeleri, profesyoneller arası ilişkilerde gerginlik yaratır. Hekimlerin kendi katkılarını öne çıkarması diğerlerinin katkılarını önemsememesi ya da engellemesi, hemşirelerin tüm potansiyeli ile hasta bakımına katılımlarını önler (8).

Hekimler, hemşirelerin kendi alanlarına girmesini engellemeye çalışırken hemşireliği ilgilendiren konularda söz sahibi olmak ister. Bunun nedeni şüphesiz ki hekimlerin kendilerini sağlık alanında tek otorite olarak görmesidir. Bu durum, sağlık ekibinin başarı ve etkinliğini azaltır (40,79).

Bir başka sorun ise hemşirelerden bir kısmının hekimlerle çatışmaya girmemek ve üstün olanların saygı ve sevgisini kazanmak için hekimin güçlü pozisyonunu desteklemeleridir. Bu durumda hemşire grubu statüye ilişkin çatışmayı, hem kendi grubu içinde hem de hekimlerle ilişkilerinde yaşamaktadır (37,79).

2.8.2.1. Türk Toplumunda Kadının Yeri

Tarihimizin en eski dönemlerinden beri, Türklerde kadın aile hayatında eşit olarak sosyal, ekonomik ve hatta askerlik alanlarında daima erkeğin yanında yer almıştır. Bir toplumun bilinçlenmesi ve yaşanan çağın her alanında kendine lâıyk yeri alabilmesi o toplumun en ufak birimi yani ailenin bilinçlenmesi ile mümkündür. Bilinci noksan, hayata katkısı noksan bir aileyi tam saymak mümkün değildir.

Türk sosyal hayatının temelini oluşturan en kutsal birimi olan ailenin vazgeçilmez unsuru kuşkusuz kadındır. Kadın, anne, eş, abla vs. unvanlarla aile içinde olduğu kadar, 'kadın' kimliği ile de Türk toplumunda önemli bir yere sahip olmuştur (68,82).

Tarih boyunca Türk kadınına dahil olduğu kültür dairesi içinde üç grupta değerlendirmek mümkündür:

1. Göçebe hayatı içinde kadın
2. Yerleşik medeniyet ile İslâmî kültür çevresinde kadın
3. Batı medeniyeti tesiri altında kadın

Türklerin yaşadığı medeniyet dairelerine göre kadın;

- Avcı toplayıcı cemiyette → oyunla, eğlenceyle meşgul bir varlık;
- Atlı-göçebe toplumda → hayatın her safhasında faal;
- Yerleşik medeniyet dairesinde → yaşadığı hayat tarzına bağlı olarak durgun ve atlı göçebe toplumdaki kadına nazaran pasif; fakat yine de erkeğinin yanında yer almış ve öyle görülmüştür (72).

Osmanlı toplumunun giderek Batı tesiri altına girmesiyle, toplum hayatında eğitim, kültür, sanat ve edebiyatta meydana gelen gelişmeler, kadının eğitim seviyesinin yükseltilmesi fikrinin doğmasına yol açmıştır. Böylece, Türk kadınına ilk defa resmi eğitim verilmeye başlanmıştır. Türk kadını bu dönemde ilk defa devletten maaş alarak resmen çalışmıştır. Hukuki alanda da yeni bazı haklar kazanmıştır.

Türkiye'de kadınların ancak belirli bir öğrenim seviyesine ulaştıktan sonra kendi geleneksel kalıplarının dışına çıkarak iş hayatına atılabilecekleri şeklinde dar bir düşünce kalıbının yerine; kadınların sivilleşmiş, demokratik hak ve hürriyetlerin ön plana çıktığı çağdaş bir toplum içerisinde fazla katılımcı, arayıcı, çözüm getirici bir konumda olmaları gerekmektedir (68,82).

2.8.3. Algılama Farklılıkları: Hekimlerle hemşireler arasında algılama farklılıklarına ilişkin en önemli çatışmalar; kendilerinin ve birbirlerinin rollerini farklı algılamalarından kaynaklanmaktadır. Hekimler, kendilerini hastanın tanısını

belirleyen ve tedavisini gerçekleştiren profesyoneller olarak görürler. Hastanın tüm tıbbi direktiflerini alan kişilerin onun yardımcısı, kendisinin ve ekibi lideri olduğu anlayışı hâkimdir. Hekimler kendilerini ve diğerlerini böyle algılamak hemşireler rollerini hasta bakımı ve rahatını sağlamak, danışmanlık etmek ve hastanın sorunları ile başa çıkmasına yardım etmek olarak algırlar. İki meslek grubu arasında böylesine algılama farklılıklarının bulunması onların hasta başındaki etkileşimlerini olumsuz yönde etkilemesi doğaldır (9).

Hekimlerde genellikle daha iyi eğitilmiş hemşire ile çalışırken daha fazla sıkıntı yaşayacağı önyargısı vardır. Eğitimli hemşirelerin onun direktif ve yaklaşımlarını sorgulaması, hastayı tedavi ve bakımın zararlı etkilerinden koruması hekimi rahatsız etmektedir (40).

Algılar profesyonel gruplar arasında farklılar gösterebilir. Hekimlerin kendilerini algılamaları ile diğer ekip üyelerinin onları algılamaları farklı olabilir. Farklılıklarının bir dereceye kadar tolere edilmesine karşın ekip üyeleri arasında aşırı algısal uyumsuzlukların olması koordinasyon çabalarını boşa çıkarabilir (60).

2.8.4. Amaç, Çıkar ve Değer Yargıları: Bir sistemde yer alan birey ya da grupların amaç, çıkar ve değerlerinin birbiriyle ya da sistemle uyuşmaması bir çatışma potansiyelidir (70). Birime daha fazla hasta yatıran, daha fazla sayıda ameliyat gerçekleştiren hekimlerin diğer hizmet birimlerinin çalışma düzenlerini ve iş yükleri ile ilgili sorunları göz ardı etmesi ilişkilerin gerginleşmesine neden olur. Hemşirelik bölümünün belirli sayıdaki hasta grubuna nitelikli bakım hizmeti verebilecekleri bunun üstündeki hasta sayısını kendi çalışma kapasitelerini zorlayacağını belirtmesine rağmen hekimlerin daha fazla gelir temin etmek amacıyla vaka sayısını arttırmaları hekim-hemşire arasında çatışmaların yaşanmasına neden olur. Burada bir grubun çıkarı diğer grubun çalışma kapasitesini zorlamaktadır (11).

2.9. Hastane Organizasyonundan Kaynaklanan Sorunlar

2.9.1. İletişimden Kaynaklanan Sorunlar: Örgütsel gruplar arasında yeterli ve uygun iletişimi engelleyen pek çok faktör bulunmaktadır. Hekimlerle hemşirelerin arasında yaşanan çatışmaların büyük çoğunluğu iletişim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Hekimin; hasta bakımı ve tedavisine ilişkin hemşirelik görüşlerini dikkate almaması, hemşirenin görüş bildirmede çekingen davranması,

hekimlerle hemşireler arasında iletişim yetersizliği ve kopukluğuna neden olmaktadır. Hemşireler, hekimlere göre hastayı daha uzun süre gözleme fırsatına sahip olduğundan hastaya ilişkin gözlemlerini hekimler ile paylaşırlar. Ancak bunu hastanın tedaviye olan güvenini azaltmayacak ve hekimi rencide etmeyecek şekilde yerine getirirler (48,54,85).

Amerikan Hemşireler Derneği ile Amerikan Tıp Birliği; hekimler ile hemşireler arasında işbirliği sağlama yöntemleri konusunda ortak toplantılar düzenler. Bu komisyon üyelerinden olan Huntington gözlemlerini “hemşireler, hemşirelik tanısından bahsederken hekimler o terimin sadece kendilerine ait olduğunu belirtir; hemşireler işbirlikçi yaklaşımdan söz ederken hekimler denetimci-gözetimci ilişkiden bahseder; hemşireler bağımsız hemşirelik bakımından söz ederken hekimler bağımlı ilişkilerden söz ederler.” şeklinde belirtmektedir. Bu saptama; hekimlerle hemşirelerin bazı temel kavramlarda uzlaşamadıklarını göstermektedir (37).

Hekim direktiflerinin yorumlanma yöntemleri konusunda hekimler ile hemşireler arasında ortaya çıkan anlaşmazlıklar; iletişim yetersizliğine bağlı uygulama hatalarına yol açarak hastanın yaşamını tehlikeye sokabilir (44). Bu nedenle hekimlerle hemşireler arasında etkin ve sağlıklı bir iletişim sisteminin kurulması ve iletişim kanallarının artırılması önem kazanmaktadır (40,44). Hekimler ile hemşireler arasında meslektaşlık ilkelerinden çok hiyerarşiye temellenen direktif verici ilişkilerin olması hasta bakımına yönelik hekim-hemşire işbirliğini oluşturmada ciddi engeller yaratmaktadır (44).

2.9.2. Sorumlulukların Yetersiz Tanımlanması: İlişki içinde olan tarafların yetki sınırlarının belirgin olmaması çatışmayı arttıran nedenlerdir. Örgütlerde iş tanımlarının günün gereklerine uygun olmaması; sorumlulukların açıkça belirlenmemesi, ortaya çıkabilecek bir hatayı kimsenin üstlenmeyip başkalarını üstüne atmasına yol açarak bireysel ve gruplar arası uyuşmazlıkların daha da büyümesine neden olur (47).

Hemşirelerin eğitimi ve uzmanlık alanıyla ilişkili olmayan görevlere yönlendirildikleri, görevlerinin ne olduğu konusunda belirsizlikler yaşadığı gözlenmektedir (49).

Hekimler, hemşirelerden tıbbi destek olabilecek hizmetleri beklerken, yönetici hemşireler hasta bakımının yanı sıra kırtasiye işleri, servis temizliği ve düzeni ile ilgili görevleri beklemektedir. Hemşirelerin gerçekleştirmeyi istedikleri görevler ile çoğunlukla gerçekleştirmiş oldukları görevleri belirlemeye yönelik bir araştırmada; hemşirelerin çoğunluğunun (% 81.0) bakıma yönelik görevleri yerine getirmek istediklerini belirtmelerine karşın, yarıdan fazlasının (% 70.0) hekim istemine bağlı görevleri yerine getirdiklerini belirtmişlerdir (36).

Hekimler ile hemşirelerin görev tanımlarıyla ilgili hukuki düzenlemelere bakıldığında; bu konuda pek çok yasal metinler bulunmaktadır. Hekim ve hemşirelerin iş tanımlarının yer aldığı ilk yasa Tıp ve Tıpla İlgili Mesleklerin Uygulanışına ilişkin Yasa; bunun yanında hemşirelerin iş tanımlarıyla ilgili olarak Hemşirelik Kanunu mevcuttur. Ancak bunlardan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine (YTKİY) göre servis hemşirelerine, hastaların genel temizliğini yaptırmak, serviste yemek dağıtımına nezaret etmek, yemek yiyemeyen hastalara yemeğini yedirmek, hastaları hekim muayenesi için hazırlamak, hastaların tedavisi için gerekli bakım ve tedavi uygulamalarını hekim tariflerine göre yerine getirmek, ilaçlarını vermek, enjeksiyonlarını yapmak ve bunları kaydetmek, hastaların vital bulgularını almak ve kaydetmek, demirbaş eşya ile alet ve ilaçları muhafaza etmek, sağlık eğitimi vermek, servisin genel hizmetlerinin ve servis temizliğinin yolunda gitmesini kontrol etmek vb. gibi görevler verilmektedir. Görüldüğü gibi hemşirelerin zamanlarının çoğunu bakım dışı işlere harcamaları hasta bakımında yetersizliklere neden olmaktadır

Aynı yönetmeliğe göre hekimler; hastaneye kabul edilen hastaların müşahedelerini almak ve sonuçlarını değerlendirerek ilgili uzmanlıklara haber vermek, hastalık istatistikleri tutmak, servis düzeni ve temizliğini, ilaçların ve yemeklerin dağıtımını kontrol etmek ile görevlidir. Bazı görevler hem hekimlerin hem de hemşirelerin görev tanımları arasında yer almaktadır. Bu durum hekimler ile hemşirelerin görev karmaşası yaşamasına neden olmaktadır (66).

Özetle hekim ve hemşirelerin görevlerini belirten yasal metinlerde; görev, yetki ve sorumluluklarının belirsiz olduğu gözlenmektedir (14).

2.9.3. Görev Bağımlılığının Yarattığı Sorunlar: Tüm hastane çalışanları örgütsel görevlerini yerine getirmek üzere birbiriyle görev bağımlılığı içinde çalışır. Hastanelerde aşırı iş bölümü ve uzmanlaşmanın olması, görev bağımlılığını arttırmakta ve koordinasyon çabalarını güçleştirmektedir. Hastanedeki hekimler, hemşireler ve diğer çalışanların işlevleri karşılıklı olarak tamamlayıcı, birbirine bağlı ve bağımlıdır (1).

Hemşirelerin günlük iş miktarı genellikle hekimlerin kararına bağlıdır (54).

Hekimler kendi hizmetlerinin desteklenmesini beklerken hemşirelerin bir kısmı da bu beklentiler doğrultusunda hareket etmektedir. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin aynı anda soru soran hasta ile hekimden, hekime cevap verdiği, hastanın sorusunu ise yanıtız bıraktığı gözlenmiştir (40).

2.9.4. Ödül Sistemlerinin Farklılığı: Hastanelerde ödüllendirilme konusunda hekimler ile hemşireler arasında farklılıkların olduğu gözlenmektedir. Bir hemşire yükselebilmek için bürokratik hiyerarşi zincirinde ilerlemek zorundadır. Bununla beraber, hiyerarşideki ödüller hasta bakımından çok yönetsel görevlerle ilgilidir (47).

Ülkemizde hekim ve hemşire grupları arasında ödüllendirme ve kıt hastane kaynaklarından yararlanma konusunda benzer eşitsizlikler gözlenmektedir. Bu eşitsizlikler sıklıkla örgütsel fonlar, fiziki alan (dinlenme odası, çalışma odası, toplantı salonu, yemekhane) personel, malzeme, araç ve gereç, sekreterlik hizmetleri kurum olanaklarının sağlık profesyonelleri arasında paylaşılması sırasında görülmektedir.

Hekimler yaptıkları ameliyat ve muayene ettikleri hasta sayısına göre pay alırken hemşireler için böyle bir kriter belirlenmemiş olup döner sermayeden ortalama bir ödeme yapılmakta ve bu hekimlerden daha az olmaktadır (1).

2.9.5. Matriks Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar: Matriks organizasyon, faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyonun üstüne proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır (64).

Matriks yapı geniş, karmaşık organizasyonlarda artan karar verme, koordinasyon ve kontrol problemlerinin bazılarının üstesinden gelmek için kullanılır. Matriks organizasyonun amacı, geleneksel komuta yapısından daha yüksek seviyede koordinasyonu temin edebilmektir (69). Hastanelerde hekim ve hemşire

grupları arasında yaşanan gerginliklerin bir kısmı; matriks yapı konusundaki ayrılıklardan kaynaklanmaktadır. Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayalı olarak, hemşireler ile yönetsel ilişki içinde oldukları izlemine vermesi; hekim-hemşire ilişkisinde gerginliklere yol açar. Kişinin, çalıştığı kurumda egemen olan güç ilişkilerini, değerleri, öncelikleri, davranış normlarını kavrama becerisi, çalıştığı kurumun gücünü ve verimliliğini tanımasına imkân vermektedir. Organizasyonla ilgili bilgileri iş sonuçları elde etmek için kullanmayı bilmek kurumsal farkındalıktır (27).

Sürekli haberleşme, sorunları açık olarak tartışma, yardımlaşma, empati, ikna etme ve amaçlara açıklık kazandırma matris yapıda önem kazanan tutum ve davranış biçimleridir (64).

2.9.6. Denetim Biçimi: Sağlık meslek gruplarını ilgilendiren yasalarda; hemşirelik girişimlerinin tıbbi denetim altında uygulanması gerektiğini belirten maddeler bulunmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin (YTKİY) 134., 135. ve 136. maddelerinde hemşirelerin ve diğer hizmetli grubunun yönetimi ve denetiminden başhemşire ve başhemşire yardımcısını sorumlu tutarken aynı yönetmeliğin 129. maddesinde servisteki hemşire ve diğer çalışanların gözetimi ve denetiminden asistan hekimler sorumlu tutulmaktadır (66). Bu durum, yönetici hemşireler ile hekimler arasında anlaşmazlıklara neden olmaktadır (25).

Hastanelerde, hekimler ile hemşirelerin birlikte çalışmalarını sırasında birbirlerinin, işlerini gözetme konumunda bulunması ve birbirlerinin başarı ya da başarısızlıklarına tanık olması; hekim-hemşire ilişkisinde daha sağlıklı çalışmalar yapılmasını sağlar (27).

2.9.7. Kararlara Katılım: Sağlık ekibi üyeleri, hastanın iyileşme sürecini hızlandırmak amacıyla kendi uzmanlık alanıyla ilgili kararlara eşit düzeyde katılmalıdır. Meslek gruplarından birinin kararlara katılımının sınırlanması durumunda hasta bakım hizmetlerinin etkinliği azalır. Hemşireler, hasta bakımına yönelik kararlara katılım konusunda kendilerini etkin ve yetkin görmeli ve bu konudaki bilgi ve deneyim eksikliklerini belirleyerek buna göre yetiştirmelidir (55).

Geleneksel olarak hastalar, tedavileri ile ilgili karar verme sorumluluğunu hekimlere bırakmakta ve hekimlerin en iyisini bildiklerine güvenmektedir. Bu durum hekimlere ağır bir sorumluluk yüklemekte, hastanın hekime olan güveni artmakta ve bireysel düzeyde sıkıntı yaşamasına neden olmaktadır.

Hekimler ile hemşireler arasında iletişimin dolayısıyla kararlara katılımın sınırlı olması; hasta bakımı ve tedavisini geliştirmeye yönelik bazı ortak etkinliklerin düzenlenmesini engellemektedir (29).

3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu Araştırma işletmecilik anlayışına ve yönetsel yetki düzeyine sahip oldukları varsayılan üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çatışma düzeyini ve kaynaklarını belirlemek, hastane ortamının hekim-hemşire ilişkisine etkili olup olmadığını araştırmak amacıyla planlanmıştır. Her iki hizmet grubu arasında anlaşmazlıklar ile karşılaşma sıklıklarının belirlenmesi hedeflenmiştir.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ile hekim-hemşire ilişkisinde yaşanan iletişim problemlerinin nedenleri, iletişimi engelleyen etkenlerin neler olduğu ile ilgili olarak hemşirelerin görüşleri alınmıştır. Hemşireler ile hekimlerin yaklaşımları arasında anlamlı farklılıklar olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmanın tipi görüşlerin belirlenmesine yönelik tarama modelinde betimsel bir çalışmadır.

4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre

Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörlük Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşireler incelemeye alınmıştır. Afyon'da yaşayan ve bu kurumda görev yapan hemşireler araştırmanın evreni olup, bu çalışma için hedeflenen denek sayısı tamamlanıncaya kadar 1-15 Nisan 2005 tarihleri arasında yürütülmüştür.

4.3. Araştırmanın Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Yöntemi

Belirtilen tarihler arasında yapılan bu araştırmada çalışmaya katılmaya istekli toplam 100 hemşire alınmıştır. Araştırmaya rast gele seçilen ve katılmaya istekli hemşireler alınmıştır.

4.4. Veri Toplama Tekniği

Araştırma verileri Ek-I'de sunulan, hemşireler için düzenlenen anket formu aracılığı ve yüz yüze anket uygulaması yöntemi ile elde edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı kurumda iş yoğunluğunun az olduğu zaman dilimlerinde anketlerin dağıtılması planlanmış ve böylelikle, sağlıklı verilerin elde edilmesi hedeflenmiştir. Bu aşamalardan sonra hemşirelere çalışmanın amacı anlatılmış, kabul edenlere gerekli n açıklamalar yapılarak anket formları dağıtılmıştır.

İstatistik hesaplamalar Statistical Package for Social Science (SPSS) programı kullanılarak elde edilmiştir. İstatistiksel analiz için Pearson chi-kare (X^2) testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise $p < 0.05$ ile tanımlanmıştır.

4.5. Likert lekli Sorular

Hemşirelere yöneltilen ve Likert leğine göre 5 şıkta (5-Her zaman, 4-çoğunlukla, 3-Bazen, 2-Nadiren ve 1-Hiçbir zaman) cevaplanması istenen soruların cevapları verilmiştir. Her tablonun altında o soruya ait yargının değerlendirilmesi yapılmıştır. Her zaman-çoğunlukla-Bazen seçenekleri birleştirilerek her zaman; Nadiren-Hiçbir zaman seçenekleri birleştirilerek de hiçbir zaman şeklinde değerlendirme yapılmıştır.

5. BULGULAR

Bu araştırma Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörlük Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi, dahiliye ve diğer birimlerde çalışan, araştırmaya katılmaya istekli toplam 100 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve çalıştıkları birimlere göre dağılımları Tablo 2’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan toplam 100 hemşirenin “yaş gruplarına” göre dağılımları araştırıldığında; Tablo 2’de belirtildiği gibi, deneklerin % 50.0’si 20–25 yaş grubuna (23.82 ± 1.34), diğer % 50.0’sinin de 25 ve üstü yaş grubuna (28.08 ± 2.26) girdiği saptanmıştır.

Tablo 2’de görüldüğü gibi hemşirelerin “eğitim düzeylerine” göre dağılımları incelendiğinde % 6.0’sı meslek lisesi mezunu, % 7.0’si ön lisans mezunu, % 73.0’ü lisans mezunu, % 14.0’ü yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin “medeni durumlarına” göre dağılımlarına bakıldığında; % 64.0’ünün bekar, % 36.0’sının evli olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin “çalıştıkları kliniğe” göre dağılımlarına bakıldığında; % 17.0’si cerrahi klinikte, % 24.0’ü yoğun bakımda, % 11.0’i ameliyathanede ve % 48.0’inin de diğer kliniklerde çalıştığı görülmektedir.

Örnekleme oluşturan hemşirelerin “bulunduğu pozisyona” göre dağılımları araştırıldığında; % 81.0’i servis hemşiresi, % 19.0’unun da servis sorumlusu (*) olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin “mesleki deneyim yılına” göre dağılımlarına bakıldığında; deneklerin % 57.0’si 23.60 ± 13.87 (ortalama \pm SD) ile 0-4 yıl arası ve % 42.0’si 76.33 ± 2.55 ile 4 yıl ve üzeri mesleki deneyim yılına sahip olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin “kurum deneyim yılına” bakıldığında ise % 72.0’sinin 18.79 ± 12.30 ile 0–3 yıl arası bir süre ve geri kalan % 28’lik kısmının da 63.43 ± 8.71 ile 3 yıldan daha fazladır bu kurumda çalıştıkları görülmektedir.

(*) (Klinik sorumlu haricindeki başhemşire, başhemşire yardımcısı, süpervisör hemşireler de servis sorumlu hemşiresi olarak kabul edilmiştir.)

Tablo 2: Sosyo-demografik özellikler ve çalıştıkları birimlere göre dağılım		
<u>Yaş</u>	Sayı	(%)
20-25	50	50.0 (23.82±1.34)
>25	50	50.0 (28.08±2.26)
Toplam	100	100.0
<u>Eğitim Durumu</u>		
Ortaöğretim	6	6.0
Önlisans	7	7.0
Lisans	73	73.0
Yüksek lisans	14	14.0
Toplam	100	100.0
<u>Medeni Hal</u>		
Evli	36	36.0
Bekar	64	64.0
Toplam	100	100.0
<u>Çalıştığı Bölüm</u>		
Cerrahi servis	17	17.0
Yoğun bakım	24	24.0
Ameliyathane	11	11.0
Diğer	48	48.0
Toplam	100	100.0
<u>Bulunduğu Pozisyon</u>		
Servis hemsiresi	81	81.0
Servis sorumlu hemsiresi	19	19.0
Toplam	100	100.0
<u>Mesleki Deneyim Süresi</u>		
0-48 ay	57	57.0 (23.60±13.87)
>48 ay	43	43.0 (76.33±29.50)
Toplam	100	100.0
<u>Kurumdaki Deneyim Süresi</u>		
0-36 ay	72	72.0 (18.79±12.30)
>36 ay	28	28.0 (63.43±8.71)
Toplam	100	100.0

Tablo 3: Hizmet içi eğitim ve mesleğini isteme özelliklerine göre dağılım		
Hizmet içi eğitim aldınız mı?	Sayı (n)	(%)
Evet	69	69.0
Hayir	31	31.0
Toplam	100	100.0
Adaptasyon programlarından geçirildiniz mi?	Sayı	(%)
Evet	17	17.0
Hayir	83	83.0
Toplam	100	100.0
Mesleğinizi severek mi tercih ettiniz?	Sayı	(%)
Evet	45	45.0
Hayir	55	55.0
Toplam	100	100.0
İmkân olsa mesleğinizi değiştirir misiniz?	Sayı	(%)
Evet	73	73.0
Hayir	27	27.0
Toplam	100	100.0

Tablo 3'te, hemşirelerin eğitim döneminde veya çalışırken hizmet içi eğitim programlarından geçirilme durumları sorulduğunda % 69.0'u (n=69) iletişimle ilgili hizmet içi eğitim aldıklarını % 31.0'i (n=31) almadıklarını belirtmişlerdir.

Buna karşın hemşirelerin % 83.0'ü (n=83) kuruma adaptasyon programlarından geçirilmediklerini ifade ederken % 17.0'si (n=17) adaptasyon programlarından geçirildiklerini belirtmişlerdir.

Bunun yanında hemşirelerin "mesleğinizi severek mi tercih ettiniz?" sorusuna % 45.0'i (n=45) bu mesleği severek tercih ettiğini belirtmiş, % 55.0'i (n=55) severek tercih etmediklerini söylemişlerdir.

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin "imkanınız olsa mesleğinizi değiştirir miydiniz?" sorusuna % 73.0'ü (n=73) imkanı olursa mesleğini değiştirmek istediğini % 27.0'si (n=27) değiştirmek istemediğini belirtmişlerdir.

Tablo 4: Hemşirelerin “Hekimlerle yaşadığınız en temel sorun nedir?” açık uçlu sorusuna verdikleri cevapların yüzdelik dağılımı

Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı en temel sorunlar	Sayı (n)	(%)
Görev tanımıyla ilgili sorunlar	26	26.0
Yorum yok	19	19.0
İletişim kopukluğu	11	11.0
Orderler	9	9.0
Problem yok	8	8.0
Egoist yaklaşımlar	5	5.0
Ertelemeyi alışkanlık haline getirmeleri	2	2.0
Dağınık olmaları	2	2.0
Ajite davranışlar	2	2.0
Her şeyde hemşireleri sorumlu göstermeleri	2	2.0
Rutin saatler dışında kan almamızı istemeleri	2	2.0
Yardımlaşma eksikliği	1	1.0
Diğer (*)	11	11.0
Toplam	100	100.0

(*) (Hastanın resmi işlemlerini takip etmemiz bekleniyor, Sözel istemde bulunmaları, Gereksiz istemler, Kaprisli davranışlar, Fikirlerimize danışılmaması, Hastayı sahiplenmeme, İlaçların zamanında reçete edilmemesi, Panik olmaları ve Çevresindekileri strese sokmaları, Malzemeye ilgili sorunlar, Hemşire sayısının yeterli olmamasına bağlı olarak işe stresli gelmemiz) cevaplarıdır.

Hemşirelere sorulan “Hekimlerle yaşadığınız en temel sorun nedir?” sorusuna hemşirelerin % 26.0’sı (n=26) görev tanımıyla ilgili sorunlardan, % 11.0’i (n=11) iletişimin kopuk olmasından, % 9.0’u (n=9) orderlerden, % 5.0’i (n=5) egoist yaklaşımlarından, % 2.0’si (n=2) ertelemeyi alışkanlık haline getirmelerinden, % 2.0’si (n=2) dağınık olmalarından, % 2.0’si (n=2) ajite davranışlar sergilemelerinden, % 2.0’si (n=2) her şeyde hemşireleri sorumlu tutulmalarından, % 2.0’si (n=2) rutin saatler dışında kan alma isteminde bulunmalarından, % 1.0’i (n=1) yardımlaşmada bulunmadıklarından yakındıklarını belirtmişlerdir. Yine hemşirelerin % 19.0’u (n=19) yorumda bulunmayıp boş bırakmış, % 8.0’i (n=8) problem yaşamadığını söylemişlerdir.

Tablo 5: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “**Görev tanımlarının açık ve net olmayışı görev karmaşası yaşanmasına neden olur.**” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	8	8.0
Her zaman	92	92.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin çoğunluğu (% 92.0) (n=92) görev tanımlarının açık ve net olmayışının görev karmaşası yaşamamasına neden olduğunu ve % 8.0’i (n=8) görev karmaşası yaşamadığını söylemişlerdir.

Tablo 6: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “**Hekimler ile ortak bilimsel ve sosyal toplantıların çok az sayıda oluşu ilişkileri sınırlar.**” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	25	25.0
Her zaman	75	75.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 75.0’i (n=75) hekimlerle birlikte katılabilecekleri bilimsel ve sosyal toplantıların az sayıda olmasının aralarındaki ilişkiyi sınırladığını, buna karşın % 25.0’i (n=25) bununla bir ilgisi olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 7: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “**Yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi ilişkileri gerginleştirir.**” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	28	28.0
Her zaman	72	72.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 28.0’i (n=28) hekimlerin, hemşirelerin yaptıkları her işi sürekli denetlemelerinin hiçbir zaman gerginleştirmedğini, % 72.0’si (n=72) her zaman hemşire-doktor ilişkisini gerginleştirdiğini söylemişlerdir.

Tablo 8: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hekimler ile hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli olan iletişim ve koordinasyon rahatlıkla sağlanır.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	14	14.0
Her zaman	86	86.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 86.0’sı (n=86) hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli olan iletişim ve koordinasyonun hekimlerle sağlandığını, % 14.0’ü (n=14) sağlanmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 9: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hemşirelerin hastaneye olan katkıları hekimlere göre daha az ödüllendirilmesi, kuruma olan bağlılık/motivasyonunu azaltır.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	15	15.0
Her zaman	85	85.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 85.0’i (n=85) hastaneye olan katkılarının hekimlere göre daha nadir ödüllendirilmesinin, çalıştıkları kuruma olan bağlılık ve motivasyonlarını azalttığını söylerken % 15.0’i (n=15) bunun kendilerin olumsuz yönde etkilemediğini söylemiştir.

Tablo 10: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Kurumdaki hemşire sayısı yeterlidir.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	100	100.0
Her zaman	-	-
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin hepsi (% 100.0’ü) çalıştıkları kurumdaki hemşire sayısının yeterli olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 11: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hekimler ile hemşireler, mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda oldukça uyumlu ilişkiler içindedirler.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	29	29.0
Her zaman	71	71.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 71.0’i (n=71) hekimler ile mesleki amaçlarını gerçekleştirme konusunda oldukça uyum içerisinde olduklarını belirtmiş, % 29.0’u (n=29) uyumun olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 12: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmaları ilişkileri gerginleştirir.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	10	10.0
Her zaman	90	90.0
Toplam	100	100.0

Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmalarının hemşirelerdeki etkisine bakıldığında, hemşirelerin % 90.0’ı (n=90) bunun aralarındaki ilişkiyi zedelediğini söylerken % 10.0’u (n=10) ilişkiyi gerginleştirmedeğini söylemişlerdir.

Tablo 13: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hekimler ile hemşirelerin arasında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkide sorunlara yol açar.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	23	23.0
Her zaman	77	77.0
Toplam	100	100.0

Amaç ve beklenti olarak hekimlerle hemşireler arasındaki farklılıklar hemşirelerin % 23.0’ü (n=23) ilişkilerde sorun oluşturmayacağını belirtirlerken hemşirelerin % 77.0’si (n=77) bunun sorun oluşturacağını savunmuşlardır.

Tablo 14: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “**Hekimler hemşirelerden hastaya ilişkin görüş aldıklarında, kendi prestijlerinin azalacağı endişesini taşırlar.**” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	29	29.0
Her zaman	71	71.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 29.0’u (n=29), hekimlerin hastalara ilişkin konularda hemşirelerle görüş alış-verişinde bulunmalarının prestijlerini azaltacağı endişesini taşımadıklarını düşünürken buna karşın % 71.0’i (n=71) azaltacağı endişesini taşıdıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 15: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “**Tıbbi istemlerin zamanında ve yazılı bir biçimde iletilmemesi mesleki ilişkileri zedeler.**” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	11	11.0
Her zaman	89	89.0
Toplam	100	100.0

Çalışma prensibi olarak tıbbi istemlerin zamanında ve yazılı bir biçimde hemşirelere iletilmemesi durumunda, hemşirelerin % 11.0’i (n=11) mesleki ilişkilerin zedelenmediğini ve % 89.0’u (n=89) zedelendiğini belirtmişlerdir.

Tablo 16: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “**Hekimlerin bakımın yanı sıra düzen ve malzeme istemleri gibi bakım dışı işlerle de hemşirelerden ilgilenmesini istemeleri ilişkileri gerginleştirir.**” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	15	15.0
Her zaman	85	85.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 85.0’i (n=85) hekimlerin hasta bakımı dışında düzen ve malzeme istemi gibi konularla da ilgilenilmesini istenilmeleri ilişkileri gerginleştirdiğini söylerken % 15.0’i (n=15) gerginleştirmedeğini söylemişlerdir.

Tablo 17: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hekimlerin, yeni başlayan hemşirelerin bilgisizlik/deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmamaları ilişkileri gerginleştirir.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	9	9.0
Her zaman	91	91.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 91.0’i (n=91) hekimlerin yeni başlayan hemşirelerin bilgisizlik ve deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmamalarının ilişkilerini gerginleştirdiğini, buna karşın % 9.0’u (n=9) gerginleştirmedini belirtmişlerdir.

Tablo 18: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hekimlerin, ekip içindeki statülerini yüksek görmeleri anlaşmazlıkları arttırır.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	28	28.0
Her zaman	72	72.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 72.0’si (n=72) hekimlerin ekip içerisindeki statülerinin yüksek olmasının anlaşmazlıkları arttırdığını söylerken % 28.0’i (n=28) sorun olmadığını söylemişlerdir.

Tablo 19: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Yönetici hemşire ve hekimlerden; birbirleri ile çelişen ikili direktifler alınması, hekimler ile ilişkilerde sıkıntılar oluşturur.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	22	22.0
Her zaman	78	78.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 78.0’i (n=78) yönetici hemşire ve hekimlerden birbiri ile çelişen ikili direktifler alınmanın hekimler ile ilişkilerde sıkıntı oluşturduğunu, % 22.0’si (n=22) oluşturmadığını söylemişlerdir.

Tablo 20: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “**Acil durumlarda hekimler gelinceye kadar hastaya ön müdahalede bulunulmasına, hekimlerin farklı tepkiler göstermesi ilişkileri gerginleştirir.**” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	35	35.0
Her zaman	65	65.0
Toplam	100	100.0

Hemşireler; acil durumlarda hekimler gelinceye kadar kendilerinin ön müdahalede bulunmasına hekimlerin farklı tepkiler göstermeleri, hemşirelerin % 65.0'ine (n=65) göre ilişkileri gerginleştirmekte, % 35.0'ine (n=35) göre gerginleştirmemektedir.

Tablo 21: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan “**Yeterli sayıda tıbbi malzemelerin olmayışı hekimlerle olan ilişkileri gerginleştirir.**” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	21	21.0
Her zaman	79	79.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 79.0'u (n=79) yeterli sayıda tıbbi malzemelerin olmayışının hekimlerle olan ilişkilerini gerginleştirdiğini, % 21.0'i (n=21) gerginleştirmedini söylemişlerdir.

Tablo 22: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hemşirelerin; hangi durumlarda hekimlere hangi durumlarda yönetici hemşireye sorumlu olduğu konusundaki belirsizlikler ilişkilerde sürtüşmelere yol açar.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	25	25.0
Her zaman	75	75.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 75.0'i (n=75) hangi durumlarda hekimlere ve hangi durumlarda sorumlu hemşireye karşı sorumlu oldukları konusundaki belirsizliklerin iki grup arasındaki ilişkilerde sürtüşmelere neden olduğunu belirtirken % 25.0'i (n=25) bunun sorun oluşturmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 23: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hekimler, hastaya ilişkin yaklaşım ve politikaların düzenlenmesi konusunda hemşirelerle işbirliğine girmezler.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	26	26.0
Her zaman	74	74.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 74.0'ü (n=74) hekimlerin hastaya ilişkin yaklaşım ve politikalarının düzenlenmesi konusunda hemşirelerle işbirliği içine girmeyeceklerini söylerken % 26.0'sı (n=26) buna katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 24: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Kurumdaki hemşire sayısının yetersiz oluşu ekip içerisinde iletişim kopukluğuna sebep olur.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	12	12.0
Her zaman	88	88.0
Toplam	100	100.0

Çalıştıkları kurumdaki hemşire sayısının yetersiz oluşu, hemşirelerin % 88.0'ine (n=88) göre iletişim kopukluğuna neden olurken % 12.0'si (n=12) buna katılmamaktadır.

Tablo 25: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hekimin kendini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına sebep olur (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	11	11.0
Her zaman	89	89.0
Toplam	100	100.0

Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz görmesini hemşirelerin % 89.0'u (n=89) hekimin psikolojik yapısına bağlarken % 11.0'i (n=11) kişilik yapısından kaynaklanmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 26: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması problemlere yol açar (Sorun hekimin kişilik yapısından kaynaklanıyor).”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı	(%)
Hiçbir zaman	9	9.0
Her zaman	91	91.0
Toplam	100	100.0

Hekimin kişiler arası ilişkiler yönünden yeterli olmayışı hemşirelerin % 91.0'ine (n=91) göre hekimin kişilik yapısına bağlı olarak sorunlara neden olduğu, % 9.0'una (n=9) göre olmadığı belirtilmiştir.

Tablo 27: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hemşirenin kendisini mesleki açıdan yetersiz görmesi, hekimlerle sorun yaşamasına sebep olur (Sorun hemşirenin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	70	70.0
Her zaman	30	30.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin kendilerini mesleki açıdan yetersiz görmeleri % 30.0'una (n=30) göre kendi psikolojik yapılarına bağlı olarak hekimlerle sorun yaşadıklarını, % 70.0'ine (n=70) göre ise sorunun kendilerinden kaynaklanmadığını belirtmektedir.

Tablo 28: Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı sorunlardan **“Hemşirenin iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz kalması hekimlerle sorun yaşamasına sebep olur (Sorun hemşirenin kişilik yapısından kaynaklanıyor).”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	61	61.0
Her zaman	39	39.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz kalmaları % 39.0'una (n=39) göre kendi kişilik yapısına bağlı olarak hekimlerle sorun yaşanmasına neden olduğu, % 61.0'ine (n=61) göre olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 29: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları **“Sorunu o bireyle karşılıklı konuşurum.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	14	14.0
Her zaman	86	86.0
Toplam	100	100.0

Hemşirelerin % 86.0'sı (n=86) hekimlerle aralarında bir sorun olduğunda konuştuklarını, % 14.0'ü (n=14) konuşmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 30: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları **“Sorunu onun da fark etmesini sağlamak için tavır alırım.”** ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	33	33.0
Her zaman	67	67.0
Toplam	100	100.0

Bir sorun olduğunda hemşirelerin % 67.0'si (n=67) hekimlerin fark edecekleri şekilde tavır aldıklarını ifade ederken % 33.0'ü (n=33) tavır almadıklarını söylemişlerdir.

Tablo 31: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Hiçbir şey olmamış gibi davranır işimi kendim yürütürüm.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	45	45.0
Her zaman	55	55.0
Toplam	100	100.0

Herhangi bir sorun olduğunda hemşirelerin % 55.0’i (n=55) hiçbir şey olmamış gibi davranıp işlerine devam ettiklerini, % 45.0’i (n=45) böyle davranmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 32: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Servis sorumlu hemşiresine iletir, onun çözüm bulmasını beklerim.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	31	31.0
Her zaman	69	69.0
Toplam	100	100.0

Sorunun çözülmesinde hemşirelerin % 69.0’u (n=69) sorunu servis sorumlusuna iletmeyi ve çözümün onun tarafından bulunmasını beklediklerini ifade etmiş, % 31.0’i (n=31) sorunu sorumlu hemşiresine iletmediklerini söylemişlerdir.

Tablo 33: Hemşirelerin hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için yaptıkları “Servis sorumlu hocasına iletir (Bölüm başkanı öğretim üyesine), onun çözüm bulmasını beklerim.” ifadesine katılma durumlarına göre dağılımı

Yargı	Sayı (n)	(%)
Hiçbir zaman	66	66.0
Her zaman	34	34.0
Toplam	100	100.0

Sorunun çözülmesinde hemşirelerin % 34.0’ü (n=34) sorunu servis sorumlusu hocaya iletmeyi ve çözümün onun tarafından bulunmasını beklediklerini ifade etmiş, % 66.0’sı (n=66) bunu sorumlu hocaya iletmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 34: Hemşirelerin “**Hekimler ile hemşirelerin aralarında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkide sorunlara yol açar.**” ifadesine hemşirelerin iletişim ile ilgili hizmet içi eğitim/ders alıp almama durumuna göre dağılımı

Hizmet içi eğitim alma		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
Evet	Sayı	12	57	69
	%	17.4%	82.6%	100.0%
Hayır	Sayı	11	20	31
	%	35.5%	64.5%	100.0%
Toplam	Sayı	23	77	100
	%	23.0%	77.0%	100.0%
		c²=3.95	SD=1	p<0.05

Hemşirelerin eğitim döneminde veya çalışırken sağlık ekibindeki ilişkilerle ilgili ders/hizmet içi eğitim alıp almamalarına göre bakıldığında alanlar (evet) ve almayanlar (hayır) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Eğitim döneminde veya çalışırken sağlık ekibindeki ilişkilerle ilgili ders/hizmet içi eğitim alan 69 hemşireden % 17.4’ü (n=12) hekimlerle aralarında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkide hiçbir zaman sorunlara yol açmadığını söylerken % 82.6’sı (n=57) her zaman sorunlara yol açtığını belirtmişlerdir. Aynı ifadeye hizmet içi eğitim almayan 31 hemşireden % 35.5’i (n=11) hekimlerle aralarında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkide hiçbir zaman sorunlara yol açmadığını söylerken % 64.5’i (n=20) her zaman sorunlara yol açtığını söylemiştir.

Hem hizmet içi eğitim alan hem de hizmet içi eğitim almayan hemşirelerin belirgin olarak hekimler ile arasında amaç ve beklenti farkı olduğu sonucu çıkmaktadır (p< 0.05).

Tablo 35: Hemşirelerin “**Hekimler ile hemşirelerin arasında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkide sorunlara yol açar.**” ifadesine hemşirelerin iletişim ile ilgili hizmet içi eğitim/ders alıp almama durumuna göre dağılımı

Mesleki deneyim yılı		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
0-4 yıl arası	Sayı	9	48	57
	%	15.8%	84.2%	100.0%
4 yıldan fazla	Sayı	14	29	43
	%	32.6%	67.4%	100.0%
Toplam	Sayı	23	77	100
	%	23.0%	77.0%	100.0%
		c²=3.89	SD=1	p<0.05

Hemşirelerin mesleki deneyim süresine göre 0–4 yıl arası deneyim süresine sahip ve 4 yıl üstü deneyim süresine sahip olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. 0–4 yıl mesleki deneyim süresine sahip hemşire sayısı 57, 4 yıldan fazla deneyim süresine sahip hemşire sayısı 43’tür.

Mesleki deneyim süresi 0–4 yıl arası olan 57 hemşireden % 84.2’si (n=48) hekimler ile aralarında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkilerde her zaman sorunlara yol açtığını söylerken % 15.8’i (n=9) hiçbir zaman sorunlara yol açmadığını söylemiştir. Aynı ifadeye 4 yıldan fazla mesleki deneyime sahip 43 hemşireden % 67.4 (n=29) hekimler ile aralarında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkilerde her zaman sorunlara yol açtığını söylerken % 32.6’sı (n=14) hiçbir zaman sorunlara yol açmadığını söylemiştir.

Hem 0–4 yıl arası deneyime hem de 4 yıl üstü deneyime sahip hemşirelerin belirgin olarak hekimler ile arasında amaç ve beklenti farkı olduğu sonucu çıkmaktadır (p< 0.05).

Tablo 36: Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Hekimler ile ortak bilimsel ve sosyal toplantıların çok az sayıda oluşu ilişkileri sınırlar.” ifadesine verdikleri cevapların eğitim durumlarına göre dağılımı

Eğitim Durumu		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
Orta öğretim	Sayı	4	2	6
	%	66.7%	33.3%	100.0%
Ön lisans	Sayı	1	6	7
	%	14.3%	85.7%	100.0%
Lisans	Sayı	19	54	73
	%	26.0%	74.0%	100.0%
Yüksek lisans	Sayı	1	13	14
	%	7.1%	92.9%	100.0%
Toplam	Sayı	25	75	100
	%	25.0%	75.0%	100.0%
		c²=8.41	SD=3	p<0.05

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre bakıldığında orta öğretim, ön lisans, lisans, yüksek lisans mezunu olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır.

Eğitim durumu orta öğretim olan 6 hemşireden % 33.3’ü (n=2) ortak bilimsel ve sosyal toplantıların çok az sayıda oluşu ilişkileri her zaman sınırlar derken % 66.7’si (n=4) hiçbir zaman sınırlamadığını söylemişlerdir. Ön lisans mezunu 7 hemşireden % 85.7’si (n=6), 73 lisans mezunu hemşireden % 74.0’ü (n=54), 14 yüksek lisans mezunu hemşireden % 92.9’u (n=13) ilişkileri her zaman sınırladığını söylerken aynı ifadeye 7 ön lisans mezunu hemşireden % 14.3’ü (n=1), 73 lisans mezunu hemşireden % 26.0’sı (n=19), 14 yüksek lisans mezunu hemşireden % 7.1’i (n=1) ilişkileri hiçbir zaman sınırlamadığını söylemiştir.

Tablo 37: Hemşirelerin “Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına sebep olur (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).” ifadesine katılımlarında hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
20-25 yaş arası	Sayı	9	41	50
	%	18.0%	82.0%	100.0%
25'ten büyük	Sayı	2	48	50
	%	4.0%	96.0%	100.0%
Toplam	Sayı	11	89	100
	%	11.0%	89.0%	100.0%
		c²=5.01	SD=1	p<0.05

Hemşireler 20–25 yaş arası ve 25 yaş üstü olmak üzere 2 yaş grubuna ayrılmıştır. Her yaş grubunda 50 hemşire yer almaktadır.

Yaş ortalaması 20–25 yaş arası olan 50 hemşireden % 82.0’si (n=41) hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi her zaman sorun yaşanmasına sebep olduğunu söylerken % 18.0’i (n=9) hiçbir zaman sorunlara yol açmadığını söylemiştir. Aynı ifadeye yaş ortalaması 25’ten büyük olan 50 hemşireden % 96.0’sı (n=48) hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi her zaman sorunlara yol açtığını söylerken % 4.0’ü (n=2) hiçbir zaman sorun yaşanmasına sebep olmadığını söylemiştir. Bunu hekimin psikolojik yapısına bağlamaktadır.

Buna göre; kurumda çalışan 20–25 yaş arasındaki hemşireler ile 25 yaş üstü hemşirelerde hekimin mesleki açıdan kendisini yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına sebep olduğu konusunda fikir birliği vardır (p<0.05).

Tablo 38: Hemşirelerin “**Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına sebep olur (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).**” ifadesine katılımlarında mesleki deneyim sürelerine göre dağılımı

Mesleki deneyim yılı		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
0-4 yıl arası	Sayı	11	46	57
	%	19.3%	80.7%	100.0%
4 yıldan fazla	Sayı		43	43
	%		100.0%	100.0%
Toplam	Sayı	11	89	100
	%	11.0%	89.0%	100.0%
		$\chi^2=9.32$	SD=1	p<0.05

Hemşireler mesleki deneyim sürelerine göre bakıldığında 0–4 yıl arası ve 4 yıl üstü olmak üzere iki ayrı gruba ayrılmıştır.

Tablo 38’e göre mesleki deneyim süresi 0–4 yıl arası olan 57 hemşireden % 80.7’si (n=46) hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi her zaman sorunlara yol açtığını söylerken % 19.3’ü (n=11) hiçbir zaman sorunlara yol açmadığını söylemiştir. Aynı ifadeye 4 yıldan fazla mesleki deneyim süresine sahip 43 hemşirenin hepsi (% 100.0’ü) hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi her zaman sorunlara yol açtığını söylemiştir. Bunun da hekimin psikolojik yapısından kaynaklanabileceğini düşünmektedir.

Tablo 39: Hemşirelerin “Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına sebep olur (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).” ifadesine verdikleri cevapların kurum içi deneyim yılına göre dağılımı

Kurum deneyim yılı		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
0-3 yıl arası	Sayı	11	61	72
	%	15.3%	84.7%	100.0%
3 yıldan fazla	Sayı		28	28
	%		100.0%	100.0%
Toplam	Sayı	11	89	100
	%	11.0%	89.0%	100.0%
		c²=4.81	SD=1	p<0.05

Hemşireler kurum içi deneyim sürelerine göre bakıldığında 0–3 yıl arası ve 3 yıldan fazla olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Tablo 39’a göre kurumdaki deneyim süresi 0–3 yıl arası olan 72 hemşireden % 84.7’si (n=61) hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi her zaman sorunlara yol açtığını söylerken % 15.3’ü (n=11) hiçbir zaman sorunlara yol açmadığını söylemiştir. Aynı ifadeye 3 yıldan fazla kurum içi deneyim süresine sahip 28 hemşirenin hepsi (% 100.0’ü) hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi her zaman sorunlara yol açtığını söylemiştir. Bunun da hekimin psikolojik yapısından kaynaklanabileceğini düşünmektedir.

Hemşirelerin kurum içi deneyim süresi 0–3 yıl arası ile 3 yıldan fazla bu kurumda çalışan hemşirelerin hekimin mesleki açıdan kendisini yetersiz hissetmesine bağlı olarak sorun yaşanmasına sebep olduğu ifadesine verdikleri cevap anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 40: Hemşirelerin “Hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması problemlere yol açar (Sorun hekimin kişilik yapısından kaynaklanıyor).” ifadesine verdikleri cevapların mesleki deneyim süresine göre dağılımı

Mesleki deneyim yılı		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
0-4 yıl arası	Sayı	8	49	57
	%	14.0%	86.0%	100.0%
4 yıldan fazla	Sayı	1	42	43
	%	2.3%	97.7%	100.0%
Toplam	Sayı	9	91	100
	%	9.0%	91.0%	100.0%
		c²=4.10	SD=1	p<0.05

Hemşireler mesleki deneyim sürelerine göre bakıldığında 0–4 yıl arası ve 4 yıldan fazla olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Tablo 40’a göre mesleki deneyim süresi 0–4 yıl arası olan 57 hemşireden % 86.0’sı (n=49) hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması her zaman problemlere yol açtığını söylerken % 14.0’ü (n=8) hiçbir zaman sorunlara yol açmadığını söylemiştir. Aynı ifadeye 4 yıldan fazla mesleki deneyim süresine sahip 43 hemşireden % 97.7’si (n=42) hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması her zaman problemlere yol açtığını söylerken % 2.3’ü (n=1) hiçbir zaman sorunlara yol açmadığını söylemiştir. Bunun da hekimin kişilik yapısından kaynaklanabileceğini düşünmektedir.

Tablo 41: Hemşirelerin “**Hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması problemlere yol açar (Sorun hekimin kişilik yapısından kaynaklanıyor).**” ifadesine katılımlarında verdikleri cevapların çalıştıkları kurumdaki deneyim süresine göre dağılımı

Kurum deneyim yılı		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
0-3 yıl arası	Sayı	9	63	72
	%	12.5%	87.5%	100.0%
3 yıldan fazla	Sayı		28	28
	%		100.0%	100.0%
Toplam	Sayı	9	91	100
	%	9.0%	91.0%	100.0%
		c²=3.85	SD=1	p<0.05

Hemşireler kurum içi deneyim sürelerine göre bakıldığında 0-3 yıl arası ve 3 yıl üstü olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Tablo 41’e göre kurumdaki deneyim süresi 0-3 yıl arası olan 72 hemşireden % 87.5’i (n=63) hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması her zaman sorun yaşanmasına sebep olduğunu söylerken % 12.5’i (n=9) hiçbir zaman sorunlara yol açmadığını söylemiştir. Aynı ifadeye 3 yıldan fazla kurum içi deneyim süresine sahip 28 hemşirenin hepsi (% 100.0’ü) hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması her zaman sorun yaşanmasına sebep olduğunu söylemiştir. Bunun da hekimin kişilik yapısından kaynaklanabileceğini düşünmektedir.

Kurum içi mesleki deneyim süresine göre 0-3 yıl arası ile 3 yıl üzeri çalışan hemşirelerin “hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması problemlere yol açar” ifadesine verdikleri cevap anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 42: Hemşirelerin “Hekimler ile iletişim güçlüğüne gidermek için neler yapıyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların yaşlarına göre dağılımı				
		Sorunu o bireyle karşılıklı konuşurum.		
Yaş		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
20–25 yaş arası	Sayı	11	39	50
	%	22.0%	78.0%	100.0%
25'ten büyük	Sayı	3	47	50
	%	6.0%	94.0%	100.0%
Toplam	Sayı	14	86	100
	%	14.0%	86.0%	100.0%
		c²=5.32	SD=1	p<0.05

Hemşireler 20–25 yaş arası ve 25 yaş üstü olmak üzere 2 yaş grubuna ayrılmıştır. Her yaş grubunda 50 hemşire yer almaktadır.

Tablo 42’ye göre yaş ortalaması 20–25 yaş arası olan 50 hemşireden % 78.0’i (n=39) hekimler ile olan iletişim güçlüğüne gidermek için her zaman sorunu o bireyle karşılıklı konuştuğunu söylerken % 22.0’i (n=11) hiçbir zaman sorunu o bireyle konuşmadığını söylemiştir. Aynı ifadeye yaş ortalaması 25’ten büyük olan 50 hemşireden % 94.0’ü (n=47) hekimler ile olan iletişim güçlüğüne gidermek için her zaman sorunu o bireyle karşılıklı konuştuğunu söylerken % 6.0’sı (n=3) hiçbir zaman sorunu o bireyle konuşmadığını söylemiştir.

Kurumda çalışan 20–25 yaş arasındaki hemşireler ile 25 yaş üstü hemşirelerin “sorunu o bireyle karşılıklı konuşurum” ifadesine katılımları anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 43: Hemşirelerin “Hekimler ile iletişim gücünü gidermek için neler yapıyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların hizmet içi eğitim alıp almamalarına göre dağılımı

		Sorunu o bireyle karşılıklı konuşurum.		
Hizmet içi eğitim alma		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
Evet	Sayı	5	64	69
	%	7.2%	92.8%	100.0%
Hayir	Sayı	9	22	31
	%	29.0%	71.0%	100.0%
Toplam	Sayı	14	86	100
	%	14.0%	86.0%	100.0%
		$\chi^2=8.43$	$SD=1$	$p<0.05$

Eğitim döneminde veya çalışırken sağlık ekibindeki ilişkilerle ilgili ders/hizmet içi eğitim alıp almamalarına göre bakıldığında alanlar (evet) ve almayanlar (hayır) olmak üzere iki ayrı gruba ayrılmıştır.

Eğitim döneminde veya çalışırken sağlık ekibindeki ilişkilerle ilgili ders/hizmet içi eğitim alan 69 hemşireden % 92.8’i (n=64) hekimler ile olan iletişim gücünü gidermek için her zaman sorunu o bireyle karşılıklı konuştuğunu söylerken % 7.2’si (n=5) hiçbir zaman sorunu o bireyle konuşmadığını belirtmişlerdir. Aynı ifadeye hizmet içi eğitim almayan 31 hemşireden % 71.0’i (n=22) hekimler ile iletişim gücünü gidermek için her zaman sorunu o bireyle karşılıklı konuştuğunu söylerken % 29.0’u (n=9) hiçbir zaman sorunu o bireyle konuşmadığını söylemiştir.

Hem hizmet içi eğitim alan hem de hizmet içi eğitim almayan hemşirelerin hekimler ile yaşadığı iletişim gücünü gidermek için sorunu karşılıklı o bireyle konuştuğu sonucu çıkmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 44: Hemşirelerin “Hekimler ile iletişim güçlüğünü gidermek için neler yapıyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların mesleğini değiştirip değiştirmeme isteklerine göre dağılımı				
		Sorunu onun da fark etmesini sağlamak için tavrı alırım.		
Mesleğini değiştirmek isteme		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
Evet	Sayı	19	54	73
	%	26.0%	74.0%	100.0%
Hayır	Sayı	14	13	27
	%	51.9%	48.1%	100.0%
Toplam	Sayı	33	67	100
	%	33.0%	67.0%	100.0%
		$\chi^2=5.95$	SD=1	p<0.05

Hemşireler şu anda başka bir mesleği yapma olanağı olsa mesleklerini değiştirip değiştirmeme durumlarına göre değiştirmek isteyenler (evet diyenler) ve değiştirmek istemeyenler (hayır diyenler) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Tablo 44'e göre imkanı olsa mesleğini değiştirmek isteyen 73 hemşireden % 74.0'ü (n=54) hekimler ile olan iletişim güçlüğünü gidermek için her zaman sorunu fark etmesini sağlamak için tavrı aldığını söylerken % 26.0'sı (n=19) hiçbir zaman sorunu fark etmesini sağlamak için tavrı almadığını belirtmişlerdir. Aynı ifadeye imkanı olsa mesleğini değiştirmek istemeyen 27 hemşireden % 48.1'i (n=13) hekimler ile iletişim güçlüğünü gidermek için her zaman sorunu fark etmesini sağlamak için tavrı aldığını söylerken % 51.9'u (n=14) hiçbir zaman sorunu fark etmesini sağlamak için tavrı almadığını söylemiştir.

Tablo 45: Hemşirelerin “Hekimler ile olan iletişim güçlüğüne gidermek için neler yapıyorsunuz?” sorusuna verilen cevapların servis hemşiresi veya servis sorumlu hemşiresi olup olmamasına (bulduğu pozisyona) göre dağılımı				
		Hiçbir şey olmamış gibi davranır işimi kendim yürütürüm.		
Bulduğu pozisyon		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
Servis Hemşiresi	Sayı	30	51	81
	%	37.0%	63.0%	100.0%
Servis Sorumlu Hemşiresi	Sayı	15	4	19
	%	78.9%	21.1%	100.0%
Toplam	Sayı	45	55	100
	%	45.0%	55.0%	100.0%
		c²=10.92	SD=1	p<0.05

Hemşireler buldukları pozisyona göre servis hemşiresi ve servis sorumlu hemşiresi olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Tablo 45'e göre üstlenmiş olduğu pozisyona göre servis hemşiresi 81 hemşirenin % 63.0'ü (n=51) hekimler ile olan iletişim güçlüğüne gidermek için her zaman hiçbir şey olmamış gibi davranıp işine devam ettiğini söylerken % 37.0'si (n=30) hiçbir zaman hiçbir şey olmamış gibi davranmadığını belirtmişlerdir. Aynı ifadeye servis sorumlu hemşiresi 19 hemşirenin % 21.1'i (n=4) hekimler ile iletişim güçlüğüne gidermek için her zaman hiçbir şey olmamış gibi davranıp işine devam ettiğini söylerken % 78.9'u (n=15) hiçbir zaman hiçbir şey olmamış gibi davranmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 46: Hemşirelerin “Hekimler ile olan iletişim güçlüğünü gidermek için neler yapıyorsunuz?” sorusuna verilen cevapların kurumdaki deneyim süresine göre dağılımı

		Hiçbir şey olmamış gibi davranır işimi kendim yürütürüm.		
Kurum deneyim yılı		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
0-3 yıl arası	Sayı	28	44	72
	%	38.9%	61.1%	100.0%
3 yıldan fazla	Sayı	17	11	28
	%	60.7%	39.3%	100.0%
Toplam	Sayı	45	55	100
	%	45.0%	55.0%	100.0%
		$\chi^2=3.88$	SD=1	p<0.05

Hemşireler kurum içi deneyim sürelerine göre bakıldığında 0–3 yıl arası ve 3 yıl üstü olmak üzere iki ayrı gruba ayrılmıştır. Toplam 100 hemşireden kurumdaki deneyimi 0–3 yıl arası olan hemşire sayısı 72, 3 yıldan fazla deneyime sahip hemşire sayısı ise 28’dir.

Tablo 46’ya göre kurumdaki deneyim süresi 0–3 yıl arası olan 72 hemşireden % 61.1’i (n=44) hekimler ile iletişim güçlüğünü gidermek için her zaman hiçbir şey olmamış gibi davranıp işine devam ettiğini söylerken % 38.9’u (n=28) hiçbir zaman hiçbir şey olmamış gibi davranmadığını belirtmişlerdir. Aynı ifadeye 3 yıldan fazla kurum içi deneyim süresine sahip 28 hemşirenin % 39.3’ü (n=11) hekimler ile iletişim güçlüğünü gidermek için her zaman hiçbir şey olmamış gibi davranıp işine devam ettiğini söylerken % 60.7’si (n=17) hiçbir zaman hiçbir şey olmamış gibi davranmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 47: Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Hekimler ile hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli olan iletişim ve koordinasyon rahatlıkla sağlanır.” ifadesine verdikleri cevapların çalıştıkları kliniklere göre dağılımları

Çalıştıkları klinik		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
Cerrahi servis	Sayı	6	11	17
	%	35.3%	64.7%	100.0%
Yoğun bakım	Sayı	3	21	24
	%	12.5%	87.5%	100.0%
Ameliyathane	Sayı		11	11
	%		100.0%	100.0%
Diğer	Sayı	5	43	48
	%	10.4%	89.6%	100.0%
Toplam	Sayı	14	86	100
	%	14.0%	86.0%	100.0%
		$\chi^2=8.75$	SD=3	p<0.05

Hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre bakıldığında cerrahi servis (karışık cerrahi servis I-II ile kadın hastalıkları ve doğum servisi), yoğun bakım (cerrahi, dahili, koroner, yeni doğan yoğun bakımları), ameliyathane ve diğer klinikler (dahiliye, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, psikiatri, pediatri, acil servisi ile çocuk polikliniği ve kan alma ünitesi) olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır.

Çalıştıkları kliniklere göre cerrahi serviste çalışan 17 hemşireden % 64.7’si (n=11) hekimler ile hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli iletişim ve koordinasyonu her zaman rahatlıkla sağladıklarını söylerken % 35.3’ü (n=6) hiçbir zaman sağlayamadıklarını söylemişlerdir. Yoğun bakımda çalışan 24 hemşireden % 87.5’i (n=21), diğer kliniklerde çalışan 48 hemşireden % 89.6’sı (n=43) her zaman hekimler ile hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli iletişim ve koordinasyonu rahatlıkla sağladıklarını söylerken yoğun bakımda çalışan 24 hemşireden % 12.5’i (n=3), diğer kliniklerde çalışan 48 hemşireden % 10.4’ü (n=5) hiçbir zaman hekimler ile hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli iletişim ve koordinasyonu rahatlıkla sağlayamadıklarını söylemişlerdir. Aynı ifadeye ameliyathanede çalışan 11 hemşirenin hepsi (% 100.0’ü) hekimler ile hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli iletişim ve koordinasyonu her zaman rahatlıkla sağladıklarını söylemişlerdir.

Tablo 48: Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Hemşirelerin hastaneye olan katkıları hekimlere göre daha az ödüllendirilmesi, kuruma olan bağlılık/motivasyonunu azaltır.” ifadesine verdikleri cevapların adaptasyon programı uygulanıp uygulanmama durumuna göre dağılımları

Adaptasyon programı alma		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
Evet	Sayı	6	11	17
	%	35.3%	64.7%	100.0%
Hayır	Sayı	9	74	83
	%	10.8%	89.2%	100.0%
Toplam	Sayı	15	85	100
	%	15.0%	85.0%	100.0%
		$\chi^2=6.12$	$SD=1$	$p<0.05$

Hemşireler kuruma adaptasyon programı uygulanıp uygulanmama durumuna göre uygulananlar ve uygulanmayanlar olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Tablo 48’e göre adaptasyon programından geçirilen 17 hemşireden % 64.7’si (n=11) hastaneye olan katkılarının hekimlere göre daha az ödüllendirilmesi, kuruma olan bağlılık/motivasyonlarını her zaman azalttığını söylerken % 35.3’ü (n=6) hiçbir zaman hastaneye olan katkılarının hekimlere göre daha az ödüllendirilmesi, kuruma olan bağlılık/motivasyonlarını azaltmadığını söylemiştir. Aynı ifadeye adaptasyon programından geçirilmeyen 83 hemşireden % 89.2’si (n=74) hastaneye olan katkılarının hekimlere göre daha az ödüllendirilmesi, kuruma olan bağlılık/motivasyonlarını her zaman azalttığını söylerken % 10.8’i (n=9) hiçbir zaman hastaneye olan katkılarının hekimlere göre daha az ödüllendirilmesi, kuruma olan bağlılık/motivasyonlarını azaltmadığını söylemiştir.

Tablo 49: Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Acil durumlarda hekimler gelinceye kadar hastaya ön müdahalede bulunulmasına, hekimlerin farklı tepkiler göstermesi ilişkileri gerginleştirir.” ifadesine verdikleri cevapların çalıştıkları kliniklere göre dağılımları

Çalıştıkları klinik		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
Cerrahi servis	Sayı	4	13	17
	%	23.5%	76.5%	100.0%
Yoğun bakım	Sayı	15	9	24
	%	62.5%	37.5%	100.0%
Ameliyathane	Sayı	4	7	11
	%	36.4%	63.6%	100.0%
Diğer	Sayı	12	36	48
	%	25.0%	75.0%	100.0%
Toplam	Sayı	35	65	100
	%	35.0%	65.0%	100.0%
		c²=11.08	SD=3	p<0.05

Hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre bakıldığında cerrahi servis, yoğun bakım, ameliyathane ve diğer klinikler olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır.

Tablo 49’a göre cerrahi serviste çalışan 17 hemşireden % 76.5’i (n=13), yoğun bakımda çalışan 24 hemşireden % 37.5’i (n=9), ameliyathanede çalışan 11 hemşireden % 63.6’sı (n=7), diğer kliniklerde çalışan 48 hemşireden % 75.0’i (n=36) acil durumlarda hekimler gelinceye kadar hastaya ön müdahalede bulunulmasına, hekimlerin farklı tepkiler göstermesi ilişkileri her zaman gerginleştiğini söylerken cerrahi serviste çalışan 17 hemşireden % 23.5’i (n=4), yoğun bakımda çalışan 24 hemşireden % 62.5’i (n=15), ameliyathanede çalışan 11 hemşireden % 36.4’ü (n=4), diğer kliniklerde çalışan 48 hemşireden % 25.0’i (n=12) hiçbir zaman acil durumlarda hekimler gelinceye kadar hastaya ön müdahalede bulunulmasına, hekimlerin farklı tepkiler göstermesi ilişkileri gerginleştirmediklerini söylemişlerdir.

Sonuç olarak en çok cerrahi serviste çalışan hemşireler acil durumlarda hekimlerle sıkıntıya girdiğini; en az ise yoğun bakım hemşireleri sorun yaşadığını belirtmişlerdir.

Tablo 50: Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Hemşirelerin; hangi durumlarda hekimlere hangi durumlarda yönetici hemşireye sorumlu olduğu konusundaki belirsizlikler ilişkilerde sürtüşmelere yol açar.” ifadesine verdikleri cevapların çalıştıkları kliniklere göre dağılımları

Çalıştıkları klinik		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
Cerrahi servis	Sayı	1	16	17
	%	5.9%	94.1%	100.0%
Yoğun bakım	Sayı	12	12	24
	%	50.0%	50.0%	100.0%
Ameliyathane	Sayı		11	11
	%		100.0%	100.0%
Diğer	Sayı	12	36	48
	%	25.0%	75.0%	100.0%
Toplam	Sayı	25	75	100
	%	25.0%	75.0%	100.0%
		c²=14.98	SD=3	p<0.05

Hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre bakıldığında cerrahi servis, yoğun bakım, ameliyathane ve diğer klinikler olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır.

Tablo 50'ye göre cerrahi serviste çalışan 17 hemşireden % 94.1'i (n=16), yoğun bakımda çalışan 24 hemşireden % 50.0'si (n=12), diğer kliniklerde çalışan 48 hemşireden % 75.0'i (n=36) hangi durumlarda hekimlere hangi durumlarda yönetici hemşireye sorumlu olduğu konusundaki belirsizlikler her zaman ilişkilerde sürtüşmelere yol açtığını söylerken cerrahi serviste çalışan 17 hemşireden % 5.9'u (n=1), yoğun bakımda çalışan 24 hemşireden % 50.0'si (n=12), diğer kliniklerde çalışan 48 hemşireden % 25.0'i (n=12) hiçbir zaman hangi durumlarda hekimlere hangi durumlarda yönetici hemşireye sorumlu olduğu konusundaki belirsizlikler ilişkilerde sürtüşmelere yol açmadığını söylemişlerdir. Aynı ifadeye ameliyathanede çalışan 11 hemşirenin hepsi (% 100.0'ü) hangi durumlarda hekimlere hangi durumlarda yönetici hemşireye sorumlu olduğu konusundaki belirsizlikler her zaman ilişkilerde sürtüşmelere yol açtığını söylemişlerdir.

Sonuç olarak ameliyathane hemşirelerinin tamamı görev karmaşası yaşadığını ifade etmesidir. En az görev karmaşası yaşayan ise yoğun bakım hemşireleri olduğu görülmektedir.

Tablo 51: Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Hekimler ile hemşireler, mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda oldukça uyumlu ilişkiler içindedirler.” ifadesine verdikleri cevapların adaptasyon programı uygulanıp uygulanmama durumuna göre dağılımları

Adaptasyon programı alma		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
Evet	Sayı	10	7	17
	%	58.8%	41.2%	100.0%
Hayır	Sayı	19	64	83
	%	22.9%	77.1%	100.0%
Toplam	Sayı	29	71	100
	%	29.0%	71.0%	100.0%
		c²=8.85	SD=1	p<0.05

Hemşireler kuruma adaptasyon programı uygulanıp uygulanmama durumuna göre uygulananlar ve uygulanmayanlar olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Tablo 51’e göre adaptasyon programından geçirilen 17 hemşirenin % 41.2’si (n=7) her zaman hekimler ile mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda oldukça uyumlu ilişkiler içinde olduklarını söylerken % 58.8’i (n=10) hiçbir zaman hekimler ile mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda oldukça uyumlu ilişkiler içinde olmadıklarını söylemiştir. Aynı ifadeye adaptasyon programından geçirilmeyen 83 hemşireden % 77.1’i (n=64) her zaman hekimler ile mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda oldukça uyumlu ilişkiler içinde olduklarını söylerken % 22.9’u (n=19) hiçbir zaman hekimler ile mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda oldukça uyumlu ilişkiler içinde olmadıklarını söylemiştir.

Tabloya bakılınca adaptasyon programı uygulanan hemşirelerin çoğunluğu hekimler ile mesleki amaçların gerçekleştirilmesi konusunda uyum sağlayamadıklarını belirtirken adaptasyon programı uygulanmayanların çoğunluğu uyumlu ilişkiler içinde olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 52: Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan “Yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi ilişkileri gerginleştirir.” ifadesine verdikleri cevapların mesleğini değiştirip değiştirmeme isteklerine göre dağılımları

Mesleğini değiştirmek isteme		Hiçbir zaman	Her zaman	Toplam
Evet	Sayı	25	48	73
	%	34.2%	65.8%	100.0%
Hayır	Sayı	3	24	27
	%	11.1%	88.9%	100.0%
Toplam	Sayı	28	72	100
	%	28.0%	72.0%	100.0%
		c²=5.23	SD=1	p<0.05

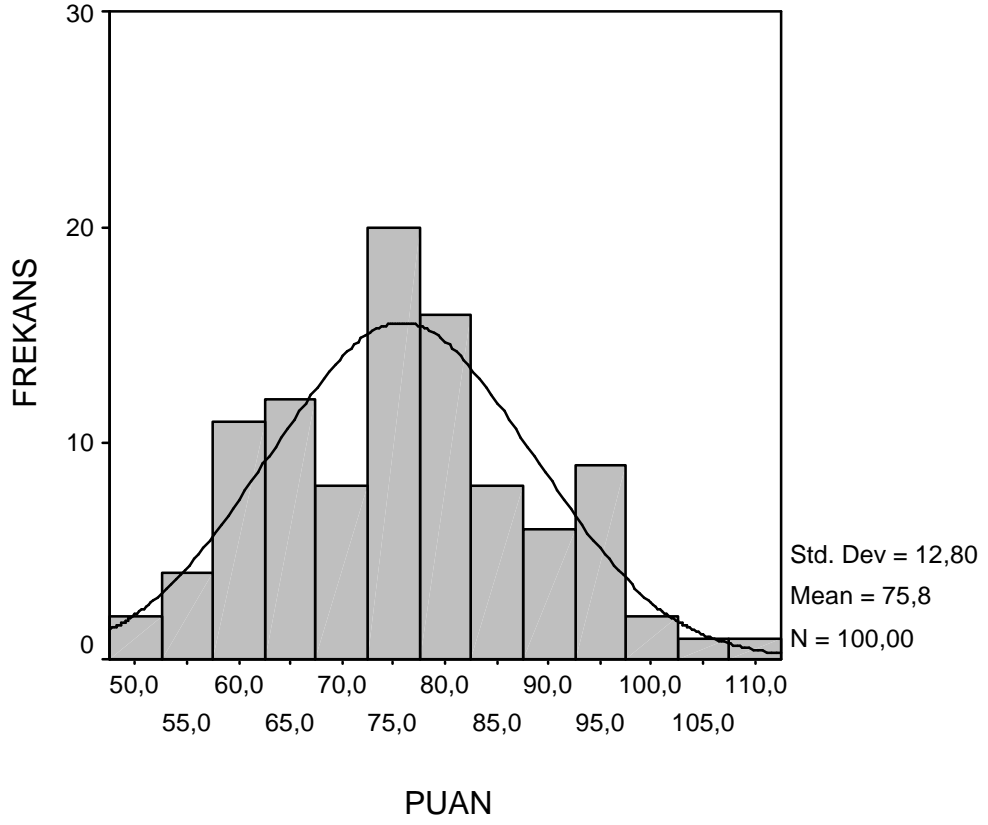
Hemşireler şu anda başka bir mesleği yapma olanağı olsa mesleklerini değiştirip değiştirmeme durumlarına göre değiştirmek isteyenler ve değiştirmek istemeyenler olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Tablo 52’ye göre imkanı olsa mesleğini değiştirmek isteyen 73 hemşireden % 65.8’i (n=48) yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi her zaman ilişkileri gerginleştirdiğini söylerken % 34.2’si (n=25) hiçbir zaman yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi ilişkileri gerginleştirmedini belirtmişlerdir. Aynı ifadeye imkanı olsa mesleğini değiştirmek istemeyen 27 hemşireden % 88.9’u (n=24) yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi her zaman ilişkileri gerginleştirdiğini söylerken % 11.1’i (n=3) hiçbir zaman yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi ilişkileri gerginleştirmedini söylemiştir.

Buraya kadar olan kısımda (Tablo 2–52) sorulan yargılara hemşirelerin katılıp katılmadıkları belirlenmiştir. Likert tipi ölçeğe göre elde edilen ölçek puan dağılımına ait istatistikler Tablo 53’te verilmektedir.

Tablo 53: Ölçek puan dağılımına ait istatistiksel değerler.		
İstatistik (İng.)	İstatistik (Türkçe)	Değer
Mean	Aritmetik Ortalama	75.77
Std. Error of Mean	Standart Hata	1.28
Median	Ortanca	75.50
Std. Deviation	Standart Sapma	12.80
Variance	Varyans	163.78
Skewness	Çarpıklık	0.25
Kurtosis	Sivrilik	-0.40
Range	Genişlik	59.00
Minimum	En küçük puan	51.00
Maximum	En büyük puan	110.00

Verilen ölçekte 29 madde bulunduğu için alınabilecek en düşük puan 29, en yüksek puan ise 145’tir. Ölçek puanlarının tutumun en olumsuz ucundan en olumlu ucuna kadar olan tutum öğelerini kapsaması için dizi genişliğinin $(145-29=)$ 116 olması beklenirken, bu çalışmada dizi genişliğinin 61 olduğu görülmektedir. Şu halde, bu ölçeğin beklenen genişliğinin bir kısmını kapsadığı görülmektedir. Şekil 4’te ölçek puan dağılımları normal dağılım eğrisi ile karşılaştıran histogram değeri görülmektedir.



Şekil 4. Ölçek puan dağılımına ait histogram.

6.TARTIŞMA

Cerrahi servislerinde hekim-hemşire ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmaya Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Rektörlük Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde cerrahi, dahiliye, göğüs, kardiyoloji, acil, kadın hastalıkları ve doğum servisleri; koroner, cerrahi, anestezi yoğun bakımları ile pediatri polikliniği, kan almada çalışan toplam 100 hemşire katılmıştır.

Yaptığımız araştırmada hemşirelerin çoğunun bekar olduğu sonucu bulunmuştur. Tel'in 1993 yılında yaptığı araştırmasında % 68.0'i bekar, % 32.0'si evlidir. Bu sonuç, bizim araştırma sonucumuzla paralellik göstermektedir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi hemşirelerin eğitim düzeylerine göre bakıldığında çoğunun lisans ve yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Gede'nin (32) yaptığı araştırmada, araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumları % 11.3'ü lise ve ön lisans mezunu iken, % 88.7'si lisans ve yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Bu sonuç bizim araştırma sonuçlarımızla örtüşmekte ve sonuçlarımızı desteklemektedir.

Araştırmayı yürüttüğümüz hastanede hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında; yaş grupları eşittir. Hemşirelerin yarısı 20–25 yaş grubunda, diğer yarısı da 25 yaş üzerindedir.

Hemşirelerin çoğunluğu (Tablo 3);

- Eğitim döneminde veya çalışırken hizmet içi eğitim sağlık ekibindeki ilişkilerle ilgili hizmet içi eğitim aldıklarını,
- Kuruma adaptasyon programlarından geçirilmediklerini,
- Mesleğini severek tercih etmediklerini,
- İmkani olursa mesleğini değiştirmek istediğini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin hekimlerle yaşadığı en temel sorun:

1. Görev tanımıyla ilgili sorunlar (% 26.0),
2. İletişim kopukluğu (% 11.0),
3. Orderlerden (% 9.0) kaynaklanan sorun olduğunu belirtirken; % 8.0'i problem yaşamadığını söylemişlerdir (Tablo 4).

Hemşirelerin çoğunluğu;

- Görev tanımlarının açık ve net olmayışından (Tablo 5),
- Hekimlerle birlikte katılabilecekleri bilimsel ve sosyal toplantıların az sayıda olmasının aralarındaki ilişkiyi sınırladığından (Tablo 6),
- Yaptıkları her işin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi ilişkilerini gerginleştirdiğinden (Tablo 7),
- Hastaneye olan katkılarının hekimlere göre daha nadir ödüllendirilmesinin çalıştıkları kuruma olan bağlılık ve motivasyonlarını azalttığından (Tablo 9),
- Çalıştıkları kurumdaki hemşire sayısının yeterli olmadığından (Tablo 10),
- Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmalarının aralarındaki ilişkiyi gerginleştirdiğinden (Tablo 12),
- Amaç ve beklenti olarak hekimlerle aralarında farklılıkların olması ilişkilerde sorun oluşturacağından (Tablo 13),
- Hastalara ilişkin konularda karşılıklı görüş alış-verişinde bulunulması halinde hekimlerin prestijlerini azaltacağı endişesine sahip olduklarından (Tablo 14),
- Her türlü tıbbi istemlerin zamanında ve yazılı bir biçimde iletilmemesi ilişkileri gerginleştirdiğinden (Tablo 15),
- Hasta bakımı dışında düzen ve malzeme istemi gibi bakım dışı konularla da ilgilenilmesini hekimlerin beklemesi ilişkileri gerginleştirdiğinden (Tablo 16),
- Yeni başlayan hemşirelerin bilgisizlik/deneyimsizliklerine hekimlerin hoşgörülü yaklaşmaması ilişkileri gerginleştirdiğinden (Tablo 17),
- Hekimlerin ekip içerisindeki statülerini yüksek görmeleri anlaşmazlıkları arttırdığından (Tablo 18),
- Yönetici hemşire ve hekimlerden birbiri ile çelişen ikili direktifler almanın ilişkilerde sıkıntı oluşturduğundan (Tablo 19),
- Acil durumlarda hekimler gelinceye kadar ön müdahalede bulunmasına hekimlerin farklı tepkiler göstermeleri ilişkileri gerginleştirdiğinden (Tablo 20),
- Yeterli sayıda tıbbi malzemelerin olmaması hekimlerle ilişkilerini gerginleştirdiğinden (Tablo 21),
- Hangi durumlarda hekimlere ve hangi durumlarda sorumlu hemşireye karşı sorumlu oldukları konusundaki belirsizliklerin iki grup arasındaki ilişkilerde sürtüşmelere neden olduğundan (Tablo 22),

- Hastaya ilişkin yaklaşım ve politikaların düzenlenmesi konusunda işbirliği içine girmediklerinden (Tablo 23)
- Çalıştıkları kurumdaki hemşire sayısının yetersiz oluşu iletişim kopukluğuna neden olduğundan (Tablo 24),
- Psikolojik yapısına bağlı olarak hekimin kendini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorunlara neden olduğundan (Tablo 25),
- Kişilik yapısına bağlı olarak hekimin kişiler arası ilişkiler yönünden yeterli olmayışı sorunlara neden olduğundan (Tablo 26) şikayet etmektedirler.

Yine hemşirelerin çoğunluğu

- Hizmetlerin gerçekleştirilmesi için hekimlerle gerekli olan iletişim ve koordinasyonu rahatlıkla sağladıklarını (Tablo 8),
- Mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda hekimlerle oldukça uyum içerisinde olduklarını (Tablo 11) belirtmişlerdir.

Tablo 24'te görüldüğü gibi hemşirelerin % 88.0'i çalıştıkları kurumdaki hemşire sayısının yetersiz oluşu iletişim kopukluğuna neden olduğu sonucu bulunmuştur. Karaöz (41) 1993 yılında yaptığı araştırmasında hekimler, hemşirelerin sayısal yetersizliğinden yakınmışlardır. Bu bulgu bizim araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir.

Hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için hemşirelerin büyük kısmı;

- Bir sorun yaşandığı takdirde karşılıklı konuştuklarını (Tablo 29),
- Bir sorun karşısında çözüm bulma yoluna girmeyip tavrı aldıklarını (Tablo 30),
- Herhangi bir sorun olduğunda hiçbir şey olmamış gibi davranıp işlerine devam ettiklerini (Tablo 31),
- Sorunun çözülmesinde sorunu servis sorumlusuna iletmeyi ve çözümün onun tarafından bulunmasını beklediklerini (Tablo 32) belirtmişlerdir.

Hekimlerle aralarında beklenti ve amaç farklılıklarının olması sorunlara yol açar diyen hemşirelerin sağlık ekibindeki ilişkilerle ilgili ders ya da hizmet içi eğitim alıp almamalarına göre bakıldığında sonuç anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hizmet içi eğitimi alan hemşirelerin daha çok sorun yaşadığı saptanmıştır (Tablo 34). Bu da hizmet içi eğitime bağlı birbirlerine olan beklentinin artmasına bağlanabilir. Ne kadar

çok eğitim alınırsa sorun yaşaması yüzdesinin artması da beklenen bir durumdur. Kaya'nın (45) 1987 yılında yaptığı araştırmasında, hekimlerin işinde yükselme olanaklarının olması hemşireleri olumsuz olarak etkilediği sonucunu saptamıştır. Bu çalışma bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Hemşirelerle hekimlerin aralarında belirgin beklenti ve amaç farklılıklarının olması sorunlara sebep olur diyen hemşirelerin mesleki deneyim sürelerine göre karşılaştırması anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin mesleki deneyim süreleri arttıkça hekimlerle daha az beklenti içinde oldukları için daha az sorun yaşadığı saptanmıştır (Tablo 35). Profesyonel iş yaşamına yeni başlayan hemşireler daha fazla beklenti içinde oldukları için hekimlerle daha fazla sorun yaşadığı sonucu çıkmaktadır. Bunun nedeni olarak mesleklerinde yeni ve deneyimsiz olmaları düşünülmektedir. Bu da idealist olarak okuldan mezun olduktan sonra iş ortamında ve iş arkadaşlarında umduğunu bulamamaktan, her geçen gün artan işsizlik sorununa paralel olarak iş ortamından ve iş arkadaşlarından beklentinin de artmasına bağlanabilir. Toplum içindeki konumlarının belirginleşmemesi, gelir düzeyinin düşük ve uyum sağlamada güçlük çekmeleri arttırdığı düşünülebilir. Güven'in (34) 1990 yılında yapmış olduğu araştırmasında hekim ve hemşirelerin tutum ve değer sıralamaları arasında hem benzerlikler hem de farklılıklar saptanmış olup benzerliklerin daha az farklılıkların ise daha çok olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da gruplar arasında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları vardır ve bu da hekim-hemşire ilişkisinde sıkıntıya, sorunlara yol açmaktadır. Fakat bizim çalışmamızda bu sorunun mesleki deneyim süresinin artmasıyla ortadan kalktığı/azaldığı sonucu tespit edilmiştir. Güven'in yaptığı araştırma bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Hemşirelerin hekimlerle ortak bilimsel ve sosyal toplantıların az oluşu eğitim düzeyi ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur ($p<0.04$). Hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça ilişkilerini daha çok sınırlandığı sonucu çıkmaktadır (Tablo 36). Hemşirelerin eğitim düzeyi azaldıkça hekimlerle ortak bilimsel, sosyal etkinliklerin olması isteği de paralel olarak azalmaktadır. Bu istek hemşirelerin eğitim durumuyla doğru orantılıdır. Bu da daha fazla eğitim almış hemşirelerin daha fazla beklenti içine girerek bilimsel veya sosyal etkinliklerle daha fazla bir araya gelmesi, sonucunda

oluşan samimiyete bağlı olarak sorunları konuşarak çözmek istemelerine bağlanabilir.

Hemşireler; hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına sebep olur (sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor) yargısı yaş ortalamalarına göre karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç bulunmuştur ($p<0.03$). Hemşirelerin yaşı büyüdükçe hekimin mesleki yeterliliğine inancı azalmaktadır (Tablo 37). Bu inancın azalmasında, işinde kıdemli olma, iş tecrübesinde artma, bağımsız karar alma yeteneğinde gelişme, doyum sağlayacak bazı statülere sahip olma durumu, zorluklara karşı dirençli hale gelme ve zorluklarla başa çıkma yollarını bilme gibi nedenler etken olabilir. Bu da yaş büyüdükçe deneyim süresinin de artmasına bağlı olarak çevresiyle ilgili beklentilerinin artması, bu beklentilerinin zaman içinde karşılanmamasına ve kendi çözümleriyle sorunların üstesinden gelmeye çalışmasına ve sonuç olarak ekip üyeleriyle çatışmasına sebep olmasına bağlanabilir. Bir başka neden de büyük yaş grubunun evlilik, çocuk sahibi olma gibi sosyal sorumluluklarının da olması iş hayatında strese girmesine sebep olabilir.

Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorunlara yol açar (sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor) ifadesiyle hemşirelerin mesleki deneyim süreleri karşılaştırıldığında verilen cevaplar anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Hemşirelerin mesleki tecrübeleri arttıkça hekimlerin mesleki yeterliliğine inançları azalmakta olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır (Tablo 38). Bu güvensizliğin sebebi hemşirelerin iş tecrübesinin artmasına bağlı olarak ayaklarını yere sert basması, kendi kararlarına güveninin artması, özgüveninin artması, verilen kararları mukayese ve muhasebe etme yeterliliğine sahip olması sayılabilir. Bir de rotasyonla sürekli yeni hekimlerin gelmesi, tam ekibe ve servise adapte olmuşken tekrar rotasyona girmesine bağlı olarak kendilerinin mesleki yeterliliğini gösterememesi sayılabilir.

Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorunlara yol açar (sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor) ifadesiyle hemşirelerin kurumdaki deneyim süreleriyle karşılaştırıldığında verilen cevaplar anlamlı bulunmuştur ($p<0.03$). Hemşirelerin kurumdaki deneyim süreleri arttıkça hekimlerin mesleki anlamda yeterliliğine güvenleri ters orantılı olarak azalmaktadır (Tablo 39). Bu da yine hemşirelerin deneyim sürelerinin, kendilerine olan güvenlerinin artmasına bağlı olarak ekip içerisinde birbirlerini daha iyi tanımalarına, mesleki tecrübeyle

birlikte hekimlerden mesleki anlamda beklentilerinin paralel olarak artmasıyla orantılıdır. Hekimlere mesleki anlamda kendilerini gösterebilecek imkanın sağlanamaması, hemşirelerin kendilerini mesleki anlamda yeterli görmemesine sebep olmaktadır. Hekimin psikolojik yapısına bağlı olarak çok sık nöbet tutmanın stresi ile vücut dengesini sarsılmasına, bunun da hemşirelerle ilişkisini etkilemesine neden olmaktadır. Açacak olursak hekimlerin psikolojik yapısının bozulması hemşirelerle kurulan iletişimde sinirli, agresif, ajite tavırlar sergilemeleri hemşireleri bu düşünceye itmiş olabilir.

Hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması problemlere yol açar (sorun hekimin kişilik yapısından kaynaklanıyor) ifadesinin mesleki deneyim süreleriyle karşılaştırıldığında sonuç anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin deneyim süreleri arttıkça hekimlerin kişiler arası ilişkilerde yetersiz olduğu düşüncesi ağırlık kazanmıştır (Tablo 40). Mesleki deneyim süreleriyle paralel olarak kendilerine olan özgüvenlerinin artması hekimlerle olan kişiler arası ilişkilerde daha iyi, pozitif bir iletişim beklentisini arttırmaktadır. Dolayısıyla bu beklentinin neticesinde karşılaştıkları sonuç hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterliliğini de etkileyecektir. Araştırmamızda hemşireler hekimleri kişiler arası ilişkilerde yeterli görmemelerini hekimlerin kişilik yapısına bağlamaktadırlar. Hekimin kendisini toplum içinde kendini gösterememesi, çekinik karaktere sahip olması, mizaç olarak hekimin sert olması veya iletişime girmekten kaçınması gibi diğer sebepler sayılabilir. Bir diğer neden de hekimlerin eğitim döneminde kişiler arası ilişkilerle ilgili ders almamaları sayılabilir.

Hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması problemlere yol açar (sorun hekimin kişilik yapısından kaynaklanıyor) ifadesine hemşirelerin kurumdaki deneyim süreleri göz önüne alınarak vermiş olduğu cevaplar anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kurumdaki iş tecrübesi fazla olan hemşireler hekimlerin kişiler arası ilişkilerde yetersiz olduğu konusunda fikir birliği içindedirler (Tablo 41). Bunun nedeni kurumdaki mesleki tecrübesi arttıkça hekimlerle iyi, pozitif ilişkiler içinde olma beklentisiyle doğru orantılıdır. Beklenen mükemmel kişiler arası ilişkinin olamaması sonucu hekimlerle sorun (çatışma, anlaşmazlık) yaşama oranını da arttırmaktadır. Yeni bir kurum olmasından dolayı yarattığı iş stresi, hekim yaş ortalamasının küçük olması gibi sebepler veya bu sebeplere bağlı olarak hekimlerin

yaşadığı acemiliği, hastaya veya kuruma zarar getirmeyen küçük hataları hemşirelerin bu şekilde algılıyor olmasından olabilir.

Hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için var olan sorunu karşılıklı konuşurum ifadesine hemşirelerin yaşlara göre dağılımları göz önüne alınarak vermiş oldukları cevaplar anlamlı bulunmuştur ($p<0.03$). Yaşı, daha çok 25'in üstünde olan hemşireler sorunun giderilmesi için o bireyle karşılıklı konuştuğunu belirtmiştir (Tablo 42). Hemşirelerin; yaş arttıkça hekimlerle uzlaşma içine girdikleri, sorun olması halinde sorunu o bireyle karşılıklı konuştuğu sonucu bulunmuştur. Yaş arttıkça kişinin kendine olan güveninin artmasıyla iletişim becerilerini kullanarak doğru, kabul görür davranışlar sergilemesi beklenir. Ergün'ün (27) 1999 yılında yaptığı araştırmasında hekimlerde çatışma düzeyi 18-25 yaş gruplarında en yüksek düzeyde iken daha sonraki yaş gruplarında bu düzey gittikçe düşmektedir. Bu sonuç bizim araştırmamızı destekler niteliktedir.

Hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için var olan sorunu karşılıklı konuşurum ifadesine hemşirelerin iletişimle ilgili hizmet içi eğitim alıp almamalarına göre dağılımları göz önüne alınarak vermiş oldukları cevaplar anlamlı bulunmuştur ($p<0.04$). Hizmet içi eğitim alan hemşirelerin bir sorunla karşılaştığında her zaman sorunu karşılıklı konuşmayı tercih ettiği görülmektedir (Tablo 43). Tel (71) 1993 yılında yaptığı araştırmasında; hemşirelerin tamamı, hekimlerin ise % 76.0'sı iletişim güçlüğünü gidermek için sorunu o bireyle konuştuğunu saptamıştır. Bu sonuç bizim araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir.

Hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için sorunu onun fark etmesi için tavır alırım ifadesine hemşirelerin imkanı olsa mesleğini değiştirip değiştirmeme durumlarına göre karşılaştırıldığında sonuç anlamlı çıkmıştır ($p<0.02$). Hemşirelerin mesleğini değiştirme isteklerine göre bakıldığında tavır alan hemşirelerin mesleğini değiştirmek isteyen hemşireler olduğu görülmektedir (Tablo 44). Bu durum hemşirelerin isteyerek çalışmadığını; bu da çok sık çalışmalarına, hemşirelere bırakılan iş yükünün çok fazla olmasına, meslek grubunu oluşturan meslektaşlarının genç olmasına bağlı olabilir. Burada hemşirelerin mesleğini değiştirmek istemeleri işlerini severek yapmamalarına bunun sonucu olarak da sorun karşısında çabalama isteğinin azalmasına neden olmaktadır. Çaba sarf edecek moral motivasyonunu

kendilerinde bulamadığı için bir sorun karşısında sorunu hekimin de fark etmesi için tavır almayı tercih ediyor denilebilir.

Hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için hiçbir şey olmamış gibi davranır işimi kendim yürütürüm ifadesine hemşirelerin bulunduğu pozisyonuna göre karşılaştırıldığında sonuç anlamlı çıkmıştır ($p<0.01$). Araştırmamızda hemşirelerin hastanedeki statüleri yükseldikçe tavır almadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 45). Yönetici, sorumlu gibi statülere gelen hemşireler, servis hemşirelerine göre daha fazla sorumluluk yüklenmeleri ve servis hemşirelerine örnek olması sebebi ile örnek, doğru davranışlar sergilemek durumundadır. Yönetici konumundaki hemşirelerden; iş alanında doyuma ulaşmış, onun motivasyonunu arttırmış ve bunun sonucu olarak çevreye daha pozitif bir enerjiyle bakarak sorun çözme işbirliğine girmeleri, geleceğe yönelik tahminler yapabilmeleri, ileriye görebilmeleri ve buna yönelik gerçekçi hedef ve strateji belirlemeleri beklenen bir durumdur. Ergün'ün (27) 1999 yılında yaptığı araştırmasında hemşirelerin sahip oldukları sorumluklara göre servis hemşireleri ile yönetici hemşirelerin çatışma düzeyleri birbirine yakın olduğunu bulmuş bunu da yönetici hemşirelerin gruplar arası anlaşmazlıkları çözümleyebilecek bilgi ve donanımına sahip olmadığına ya da yönetsel ve örgütsel düzenlemeler yönünden yeterli düzeyde desteklenmediğine bağlamıştır. Bu sonuç bizim araştırmamızla paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni her geçen yıl teknolojinin gelişmesi, çeşitli imkan ve olanaklara daha kolay ulaşılabilir olması ile gruplar arası çatışmayı çözümleyebilecek bilgi ve donanım geliştirerek bu bilgi ve donanımı günün şartlarına modifiye etmesiyle orantılıdır.

Hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için hiçbir şey olmamış gibi davranır işimi kendim yürütürüm ifadesine hemşirelerin kurumdaki deneyim süreleriyle karşılaştırıldığında sonuç anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Kurumdaki iş tecrübesi fazla olan hemşirelerin hekimlerle karşılaştıkları bir sorunda hiçbir şey olmamış gibi davranarak tepkisiz kalmadıkları görülmektedir (Tablo 46). Bunun nedeni kurumdaki mesleki tecrübesi arttıkça hekimlerle iyi, pozitif ilişkiler içinde olma beklentisiyle doğru orantılıdır. Kurum içindeki deneyimi arttıkça sorunlara duyarsız kalmayıp uzlaşma yolunu seçtiklerini yine bu da kişilerin zamanla birbirlerini daha iyi tanımalarına ve/veya kıdemliliğin getirdiği sorumluluk duygusuna bağlı olduğu düşünülebilir. Ergün'ün (27) çalışmasında hemşirelerin

kurumdaki yılının artışına paralel olarak hemşirelerin çatışma puan ortalamaları yükselmektedir. Bizim çalışmamızda tam tersi bir durum söz konusudur. Bunun nedeni olarak Akbal'ın çalışmasında hemşirelerin çoğunluğunun eğitim düzeyi Sağlık Meslek Lisesi (SML) olması olabilir. Bu da gösteriyor ki eğitim düzeyi sorun çözümlemede önemli rol oynar. Eğitimle kendine güvenen hemşirelerin kurumdaki mesleki tecrübesiyle kompoze edilmesiyle hemşireler sorunlara daha akılcı çözüm yoluna girerler. Davidson'un (17) 1985 yılında yapmış olduğu çalışmada deneyim arttıkça bireylerin çalışma ortamındaki sorunlarla baş etme ve çözüm bulma yeteneklerinin arttığını, olumsuzlukları daha iyi tolere edebildiklerini saptamıştır.

Hekimlerle hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli olan iletişim ve koordinasyon rahatlıkla sağlanır ifadesine katılan hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre karşılaştırması anlamlı bulunmuştur ($p<0.04$). Hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre daha çok sıkıntı çektiği bölüm cerrahi servis olduğu görülmektedir (Tablo 47). Cerrahi serviste iletişim ve koordinasyonun rahatlıkla sağlanamadığı, diğer kliniklerde daha rahat sağlandığı görülmektedir. Ergün'ün (27) çalışmasında cerrahi kliniğine nazaran dahiliye kliniğinde daha yüksek düzeyde çatışmaya girdikleri saptanmıştır. Bu çalışma bizim çalışmamızla örtüşmemektedir. Bu farklılık iki çalışmanın yapıldığı yerdeki sosyo-kültürel farklılıklardan kaynaklanabilir. Bir başka neden de hasta sirkülasyonunun cerrahi klinikte daha fazla olmasına bağlı olarak ihtiyaçların sürekli değişmesi ve daha seri harekete bağlı olarak iletişime ayrılan sürenin az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan hastaneye olan katkıların hekimlere göre daha az ödüllendirilmesi, kuruma olan bağlılık/motivasyonu azaltır ifadesine verilen cevaplar adaptasyon programından geçirilip geçirilmeme durumuyla karşılaştırması anlamlı bulunmuştur ($p<0.02$). Hemşirelerin oryantasyon programından geçirilip geçirilmemeleri ile hastaneye olan katkılarının hekimlere göre daha az ödüllendirilmesi kuruma olan bağlılık/motivasyonu azaltıp azaltmadığı karşılaştırıldığında oryantasyon programından geçirilmeyen hemşirelerin hastaneye olan bağlılık ve motivasyonunu düşürdüğünü dolayısıyla işinden yeterince doyum alamadığını söylemek mümkündür (Tablo 48). Işık'ın (38) 1991 yılında oryantasyon programları ile ilgili yaptığı çalışmasında; hemşirelerin % 68'inin bu programdan doyum sağladığı,

motivasyonunun arttığı ve uyumunun kolaylaştığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızla Işık'ın çalışması paralellik göstermektedir. Bu programlar ile çalışanların kuruma, ekip arkadaşlarına uyumunun sağlanması ve gruplar arası çatışma düzeyinin düşmesi beklenir.

Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan acil durumlarda hekimler gelinceye kadar hastaya ön müdahalede bulunulmasına, hekimlerin farklı tepkiler göstermesi ilişkileri gerginleştirir ifadesine verdikleri cevapların çalıştıkları kliniklere göre karşılaştırması anlamlı bulunmuştur ($p<0.02$). Hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre daha çok sıkıntı çektiği bölüm cerrahi servis olduğu görülmektedir (Tablo 49).

Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan hangi durumlarda hekimlere hangi durumlarda yönetici hemşireye sorumlu olduğu konusundaki belirsizlikler ilişkilerde sürtüşmelere yol açar ifadesine verdikleri cevapların çalıştıkları kliniklere göre karşılaştırıldığında sonuç anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre daha çok sıkıntı çektiği bölüm ameliyathane olduğu görülmektedir (Tablo 50).

Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda oldukça uyumlu ilişkiler içindedirler ifadesine verdikleri cevapların adaptasyon programı uygulanıp uygulanmama durumuna göre dağılımlarına bakıldığında sonuç anlamlı çıkmıştır ($p<0.04$). Adaptasyon programı uygulanan hemşireler hekimler ile mesleki amaçların gerçekleştirilmesi konusunda uyum sağlayamadıklarını belirtirken adaptasyon programı uygulanmayanlar uyumlu ilişkiler içinde olduğu görülmektedir (Tablo 51).

Hemşirelerin hekimler ile mesleki ilişkilerde yaşanan sorunlardan yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi ilişkileri gerginleştirir ifadesine verdikleri cevapların mesleğini değiştirip değiştirmeme isteklerine göre dağılımları incelendiğinde sonuç anlamlı çıkmıştır ($p<0.03$). Daha çok mesleğini değiştirmek istemeyenler işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi karşısında sorun yaşadığı görülmektedir (Tablo 52).

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

7.1. SONUÇLAR

1. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin “yaş gruplarına” göre dağılımları araştırıldığında; deneklerin % 50.0’si 20–25 yaş grubuna, diğer % 50.0’sinin de 25 ve üstü yaş grubuna girdiği saptanmıştır.
2. Hemşirelerin “mesleki deneyim yılına” göre dağılımlarına bakıldığında; deneklerin % 57.0’si 0–4 yıl arası ve % 42.0’si 4 yıl üzeri mesleki deneyim yılına sahip olduğu belirlenmiştir.
3. Hemşirelerin “eğitim düzeylerine” göre dağılımları incelendiğinde % 6.0’sı meslek lisesi mezunu, % 7.0’si ön lisans mezunu, % 73.0’ü lisans mezunu, % 14.0’ü yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır.
4. Araştırmaya katılan hemşirelerin “medeni durumlarına” göre dağılımlarına bakıldığında; % 64.0’ünün bekar, % 36.0’sının evli olduğu saptanmıştır.
5. Araştırmaya katılan hemşirelerin “çalıştıkları kliniğe” göre dağılımlarına bakıldığında; % 17.0’si cerrahi klinikte, % 24.0’ü yoğun bakımda, % 11.0’i ameliyathanede ve % 48.0’inin de diğer kliniklerde çalıştığı görülmektedir.
6. Örneklemi oluşturan hemşirelerin “buldukları pozisyona” göre dağılımları araştırıldığında; % 81.0’i servis hemşiresi, % 19.0’unun da servis sorumlusu olduğu görülmüştür.
7. Hemşirelerin “kurum deneyim yılına” bakıldığında ise % 72.0’sinin 0-3 yıl arası bir süre ve geri kalan % 28’lik kısmının da 3 yıldan daha fazladır bu kurumda çalıştıkları görülmektedir.
8. Hemşirelerin eğitim döneminde veya çalışırken hizmet içi eğitim programlarından geçirilme durumları sorulduğunda % 69.0’u iletişimle ilgili hizmet içi eğitim aldıklarını % 31.0’i almadıklarını belirtmişlerdir.
9. Buna karşın hemşirelerin % 83.0’ü kuruma adaptasyon programlarından geçirilmediklerini ifade ederken % 17.0’si adaptasyon programlarından geçirildiklerini belirtmişlerdir.
10. Bunun yanında hemşirelerin “mesleğinizi severek mi tercih ettiniz?” sorusuna % 45.0’i bu mesleği severek tercih ettiğini belirtmiş, % 55.0’i severek tercih etmediklerini söylemişlerdir.

11. Araştırma kapsamına giren hemşirelerin “imkanınız olsa mesleğinizi değiştirir miydiniz?” sorusuna % 73.0’ü imkanı olursa mesleğini değiştirmek istediğini % 27.0’si değiştirmek istemediğini belirtmişlerdir.
12. Hemşirelere sorulan “**Hekimlerle yaşadığınız en temel sorun nedir?**” sorusuna hemşirelerin;
- ✓ % 26.0’sı görev tanımıyla ilgili sorunlardan,
 - ✓ % 11.0’i iletişimin kopuk olmasından,
 - ✓ % 9.0’u orderlerden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Yine hemşirelerin;
 - ✓ % 8.0’i problem yaşamadığını söylemişlerdir.
13. Görev tanımlarının açık ve net olmayışından (Tablo 4),
14. Hekimlerle birlikte katılabilecekleri bilimsel ve sosyal toplantıların az sayıda olmasının aralarındaki ilişkiyi sınırladığından (Tablo 5),
15. Yaptıkları her işin hekimler tarafından sürekli denetlemeleri ilişkilerini gerginleştirdiğinden (Tablo 6),
16. Hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli olan iletişim ve koordinasyonun hekimlerle sağlandığından (Tablo 7),
17. Hastaneye olan katkılarının hekimlere göre daha nadir ödüllendirilmesinin çalıştıkları kuruma olan bağlılık ve motivasyonlarını azalttığından (Tablo 8),
18. Çalıştıkları kurumdaki hemşire sayısının yeterli olmadığından (Tablo 9),
19. Hekimler ile mesleki amaçlarını gerçekleştirme konusunda oldukça uyum içerisinde olduklarından (Tablo 10),
20. Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmalarının aralarındaki ilişkiyi gerginleştirdiğinden (Tablo 11),
21. Amaç ve beklenti olarak hekimlerle hemşireler arasında farklılıkların ilişkilerde sorun oluşturacağından (Tablo 12),
22. Hekimlerin hastalara ilişkin konularda görüş alış-verişinde bulunmalarının prestijlerini azaltacağı endişesine sahip olduklarından (Tablo 13),
23. Çalışma prensibi olarak tıbbi istemlerin zamanında ve yazılı bir biçimde iletilmemesi ilişkileri zedelediğinden (Tablo 14),
24. Hekimlerin hasta bakımı dışında düzen ve malzeme istemi gibi bakım dışı konularla da ilgilenilmesini istenilmesinin ilişkileri gerginleştirdiğinden (Tablo 15),

25. Hekimlerin yeni başlayan hemşirelerin bilgisizlik/deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmalarının ilişkilerini gerginleştirdiğinden (Tablo 16),
26. Hekimlerin ekip içerisindeki statülerini yüksek görmeleri anlaşmazlıkları arttırdığından (Tablo 17),
27. Yönetici hemşire ve hekimlerden birbiri ile çelişen ikili direktifler almanın ilişkilerde sıkıntı oluşturduğundan (Tablo 18),
28. Acil durumlarda hekimler gelinceye kadar ön müdahalede bulunulmasına hekimlerin farklı tepkiler göstermeleri ilişkileri gerginleştirdiğinden (Tablo 19),
29. Yeterli sayıda tıbbi malzemelerin olmayışının hekimlerle olan ilişkilerini gerginleştirdiğinden (Tablo 20),
30. Hangi durumlarda hekimlere ve hangi durumlarda sorumlu hemşireye karşı sorumlu oldukları konusundaki belirsizliklerin iki grup arasındaki ilişkilerde sürtüşmelere neden olduğundan (Tablo 21),
31. Hekimlerin hastaya ilişkin yaklaşım ve politikalarının düzenlenmesi konusunda hemşirelerle işbirliği içine girmediklerinden (Tablo 22) şikayette bulunmuştur.
32. Hekimin psikolojik yapısına bağlı olarak mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorunlara neden olduğundan (Tablo 24),
33. Hekimin kişilik yapısına bağlı olarak kişiler arası ilişkiler yönünden yeterli olmayışı sorunlara neden olduğundan (Tablo 25),
- Hekimlerle olan iletişim güçlüğünü gidermek için hemşirelerin çoğu;
34. Hekimlerle aralarında bir sorun olduğunda konuştukları (Tablo 28),
35. Bir sorun olduğunda tavır aldıkları (Tablo 29),
36. Herhangi bir sorun olduğunda hiçbir şey olmamış gibi davranıp kendi işlerine devam ettikleri (Tablo 30),
37. Sorunun çözülmesinde sorunu servis sorumlusuna iletmeyi ve çözümün onun tarafından bulunmasını bekledikleri (Tablo 31) sonuçları bulunmuştur.

Sonuç olarak hekim-hemşire ilişkisi ve yaşanan sorunları belirlemek amacıyla yaptığımız araştırmamızda hemşirelerin genelinde hekimlerle çatışma halinde olduğudur. Bulduğumuz en önemli sonuçlardan birisi; eğitim seviyesi arttıkça sorunlarla karşılaşma yüzdesinin de artmasıdır.

7.2. ÖNERİLER

Yaptığımız araştırmanın sonuçlarına göre hastanelerde hekim-hemşire ilişkileri arasında yaşanan sorunların kaynaklarını önlemeye veya azaltmaya veya yönetmeye yönelik önerilerimiz şunlardır:

1. Yataklı tedavi kurumu gibi yönetsel yapılarda ortak hizmet veren sağlık meslek grubuna çatışma yönetimi konusunda uzmanlaşmış yöneticiler bulundurulmalıdır.
2. Hastaneler oryantasyon programları, görev tanımları, bakım ve tedavi protokolleri, ödül sistemleri gibi örgütsel ve yönetsel düzenlemeleri düzenli aralıklarla yapmalıdır.
3. Hastalara kaliteli hizmeti verebilmesi için yeterli sayıda hemşireler istihdam edilmelidir.
4. Yönetici hemşireler, çağdaş yönetim, ilke ve yöntemlerinin yanı sıra çatışma nedenleri, çatışmaların örgütsel işleyiş ve gruplar üzerindeki etkileri ve çatışma çözüm yöntemleri konusunda bilgi ve beceri sahibi olmalıdır.
5. İşe, kuruma ve ekibe uyumu sağlayıcı oryantasyon programları planlı ve sistemli bir şekilde uygulanmalıdır.
6. Hastanelerde çalışan bütün sağlık meslek grupları için ortak hedef tanımlaması yapılmalı ve belirlenen hedefe ulaşmada takım ruhuna sahip olmanın önemi vurgulanmalıdır.
7. Hemşirelere özel uygulamaları yönlendiren, uyulması gereken ilke ve politikalardan bahseden, sağlık ekibi üyelerinin etkileşim ve iş bölümüne açıklık getiren **bakım ve tedavi yönergeleri** hazırlanmalıdır.
8. Hekim ve hemşire grupları arasındaki üye farklılığına bağlı anlaşmazlıkları azaltmak amacı ile, hemşirelik eğitimine standartizasyon getirilmeli; kurs, sertifika ve lisans üstü eğitim gibi çeşitli eğitim programları aracılığı ile hemşirenin uzmanlık alanlarına ilişkin bilgi ve beceri düzeyi yükseltilmeli ve mesleki ilerleme sağlanarak mesleğe bağlılıkları arttırılmalıdır.
9. Hekimlerin ve hemşirelerin verimli çalışmalarını arttırmak için ekip eğitim programları düzenlenmelidir.

10. İş doyumunu arttırmak, profesyonel statüsünü yükseltmek için hemşirelik mesleği; görev, yetki, otonomi ve sorumluluk yönünden zenginleştirilmeli, primer hemşirelik sistemi kullanılmalıdır.
11. Sağlık ekibi üyelerinin birbirlerinin sorun ve gereksinimlerine karşı anlayışlı ve ilgili olabilmesi için gruplar arası iletişim programları düzenlenmelidir.
12. Hekimler ile hemşireler ortak bilimsel toplantılara katılmalı, etik konular, yasal sorunlar, grup dinamiği, vb. konularda seminerler düzenlenmeli, gözlem ve değerlendirmeler paylaşılmalıdır.
13. Hastane çalışanlarının yoğun çalışma tempoları göz önünde bulundurularak tüm ekip üyelerinin katıldığı ortak sosyal etkinlikler düzenlenmelidir.
14. Hekim-hemşire grupları arasında görev belirsizliği ve görev çakışmasına bağlı çatışmaları önlemek amacıyla her hizmet grubuna özgü görev tanımları yeniden düzenlenmelidir.
15. Örgütsel ödüllерinin, grupların ekip halinde çalışma birbirlerine yardım etme ve ortak amaca katkıda bulunma derecesine göre verilmesi yanında bütün grup ve bölümlere adil bir şekilde dağıtılmalıdır.
16. Hekim-hemşire ilişkisi arasında oluşabilecek sorunları önlemek amacıyla yönetici hemşireler; tamir, onarım, malzeme temini gibi destek hizmetlerin yönetilmesinden bakımdan sorumlu tutulmalı ve destek hizmetlerin yönetiminden sorumlu uzman kişiler görevlendirilmelidir.

8. KAYNAKLAR

- (1) Ak, B., (1990) Hastane Yöneticiliği. *Özkan Matbaası*, Ankara, 25–6
- (2) Akdemir, N., (1995) Sevgi ve Hoşgörü (Mesleğe ve Hizmete Yansıması). *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. **cilt:2, sayı:1**, Ocak-Haziran, 1–3
- (3) Aktan, C., C., (1999) 2000’li Yıllarda Yeni Yönetim Teknikleri, (4), Sinerjik Yönetim. *TÜGİAD Yayını*, İstanbul
- (4) Arıkan, Ç., Sağlık Alanında Kurum İçi Ekip Çalışması. *Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi*, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Yayını*, cilt:7, sayı:1
- (5) Atalay, M., (1986) Kişiler Arası İletişim ve Hemşirelik, *Türk Hemşireler Dergisi*, cilt: 36, sayı: 3, 50–4
- (6) Balcı, Akpınar, R., (2004) Hasta Hemşire İlişkisinde Sözsüz İletişimin Önemi. *Logos Tıp Yayıncılığı Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, **16(2)**, 102–4
- (7) Başaran, E., İ., (1997) Yönetim. **13. Baskı**, *Gül Yayınevi*, Ankara, 283–4
- (8) Bates, B., (1970) Doctor and Nurse: Changing Roles and Relations. *New England Journal Medicine*, **Vol. 203/3**, July, 129–134
- (9) Bates, B., (1975) Physician and Nurse Practitioner: Conflict and Reward. *Annals of Internal Medicine*, **Vol. 82/5**, May, 702, 704
- (10) Birol L. (1997) Hemşirelik Süreci. **3. Baskı**, *Etki Matbaacılık*, İzmir
- (11) Broom, C., (1991) Conflict Resolution Strategies: When Ethical Dilemmas Evolve Into Conflict. **Vol: 10/6**, November-December, 354–363
- (12) Carlyle, T., (1982) Nursing Management. *W. B. Saunders Company*, London
- (13) Charls, K., Eds. (1981) Hemşirelikte Ana Psikiatrik Kavramlar. *Redhouse Yayınevi*, *Vehbi Koç Vakfı*, İstanbul
- (14) Christman, P., L., Counte, M., A., (1981) Hospital Organization and Health Care Delivery. *West View Press Inc. USA*, 36–7
- (15) Cüceloğlu, D., (1984) Yeniden İnsan İnsana. *Garanti Matbaası*, İstanbul
- (16) Danış, B., “Hemşirelik Bakımında Kalite” El Kitabı. Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir
- (17) Davidson, P., Jackson, C., (1985) The Nurse a Survivor: Delayed Post Traumatic StresReaction and Cumulative Trauma in Nursing: *İnt. J. Nurs*,

- Stud. 22 (1): 1–13
- (18) Dengiz, M., G., (2000) Takım Çalışması ve Teknikleri. *Academy Plus Yayınevi*, Ankara
- (19) Dirican, R., M., (1997) Türkiye’de Devlet ve Tıp Fakülteleri İlişkileri. Tıp ve Hemşirelik Eğitimi Sempozyumları, İstanbul Tıp Kurultayı, *Sermet Matbaası*, İstanbul
- (20) Doğan, O., (1999) Davranış Bilimleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, Önder Matbaası*, Sivas
- (21) Dorothy, A., B., (1984) Managerial Leadership in Nursing. *Lippincott Company*, 74– 5
- (22) Dökmen, Ü., (2000) İletişim Çatışmaları ve Empati.. **14th Ed.** *Sistem Yayıncılık*, İstanbul, 23
- (23) Efil, İ., (1999) Yönetimde Kalite Çemberi ve Uygulama Örnekleri. *Alfa Yayınevi*, İstanbul
- (24) Elinor, V., Eds. (1979) Hemşireliğin Temel İlkeleri., **2nd Ed.**, *Redhose Yayınevi*, İstanbul
- (25) Emiroğlu, N., (1995) Sağlık Personelinin ve Toplumun Hemşirelik İmajı. *IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu*, Ankara, 73
- (26) Erdal, E., (1993) Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamaları. *Doğaaşan Ofset*, İzmir
- (27) Ergün, Akbal, Y., (1999) Hastanelerde Hekim-Hemşire İlişkilerinde Yaşanan Çatışma Kaynaklarının Belirlenmesi ve Çözüm Önerileri. (Doktora Tezi), İstanbul
- (28) Erkman, F., (1987) Gösterge Bilimine bakış. *Alan Yayıncılık*, İstanbul
- (29) Fain, A., J., and Whalen, K., (1994) Collaboration in Evaluating Patients Management Protocols. *Nursing Management*, **Vol. 23/11**, November, 62–4
- (30) Fülöp, T., (1977) Sağlık İnsan Gücü Planlamasında Devlet-Tıp Fakülteleri İşbirliği, Tıp ve Hemşirelik Eğitimi Sempozyumları. İstanbul Tıp Kurultayı, *Sermet Matbaası*, 170
- (31) Garvin, B., J., (1988) Comfirming Communacation of Nurses in İnteraction with Physicians . *Journal of Nursing Education*, **Vol: 27, No:4**, 161–5
- (32) Gede, F., (2005) Cerrahi servislerinde Hasta Hemşire İlişkilerinin

Değerlendirilmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon

- (33) Güleç, C., (1990) Tıp Eğitimi, Hekim Kimliği ve Sağlık Bilinci, Sağlık ve Toplum. **sayı: 1**, 53–76
- (34) Güven, K., (1990) Hastanelerde Çalışan Doktor, Hemşire ve Bu Meslekleri Seçen Öğrencilerin Tutum ve Değerlerinin Karşılaştırmalı Analizi. (Basılmamış Doktora Tezi).İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- (35) Harriet Van Ess Coeling, James R. Wilcox, (1991) Professional Recognition and High Quality Patient Care Through Collaboration: Two Sides of the Same Coin. Focus on Critical Care, *AACN*, **Vol: 18, No: 3**, 235
- (36) Haytural, H., ve Meliha Atalay, (1992) Hemşirelerin Bağımlı–Bağımsız İşlevlerinden En Çok Hangilerini Yerine Getirdiklerinin Saptanması. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 569–570
- (37) Huntington, A., Judith and Louise, Shores, (1983) From Conflict to Collaboration. *American Journal of Nursing*, **Vol. 83/8**, August, 1184–6
- (38) Işık, F., (1991) İşe Alıştırma Programına Katılan Hemşirelerin Programa İlişkin Görüş ve Önerileri. Türk Hemşireler Derneği, **C:40/1–2**, 44–47
- (39) Janice, B., Lindberg et al., (1990) Introductions To Nursing. *Lippincott Company*, Philadelphia
- (40) Kalisch, B., and Kalisch, P., (1977) An Analysis of the Sources of Physician Nurse Conflict. *Journal of Nursing Administration*, **Vol. 7/1**, January, 51–7
- (41) Karaöz, Cesur, S., (1993) Hasta Vizitlerinde Hemşirenin Rolü, Doktor ve Hemşirenin Birbirlerinden Beklentileri, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- (42) Karataş, N., (1974) Ekip Çalışması. *Türk Hemşireler Dergisi*, **sayı:2–3**, 37-38
- (43) Karns, P., J., Schwab, T., A., (1982) Therapeutic Communication and Clinical Instruction. *Nursing Outlook*, **Vol: 30, No:1**, 39–43
- (44) Katzman, M., E., and Roberts, J., I., (1988) Nurse-Physician Conflicts as Barriers to the Enactment of Nursing Roles. *Western Journal of Nursing Research*, **Vol. 10/5** October, 576–579

- (45) Kaya, S., (1987) Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Yönetimi. (Basılmamış Bilimsel Uzmanlığı Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- (46) Keçecioğlu, T., (2000) Takım Oluşturmak. *Alfa Kitabevi*, Şubat, İstanbul
- (47) Kılınç, T., (1985) Örgütlerde Çatışma Mahiyeti ve Nedenleri. *İşletme Fakültesi Dergisi*, **cilt:14, sayı:1**, 113, 115–6
- (48) Kılınç, T., (1990) Gruplar Arası Çatışmaların Çözümüne Laboratuvar Yaklaşımı. *İşletme Fakültesi Dergisi*, **cilt:19, sayı:1–2**, Nisan-Kasım, 39–66
- (49) Kinston, W., (1983) Hospital Organisation and Structure and Its Effect on Interprofessional Behavior and Delivery of Care. *Social Science Medicine*, **Vol. 17/ 16**, 1159–70
- (50) Leddy, S., and Pepper, J., Mae, (1989) Conceptual Bases of Professional Nursing. **2nd Ed.**, J.B., Jipponcott Company, Philadelphia, 44
- (51) Lewis, G., (1969) Nurse Patient Communication. *W,M,C Brown Company, Publishers*, Dubuge, İowa, 112
- (52) Lindberg, J.,et al, (1990) İntroduction to Nursing. *J. B. Lippincott Company*, Philadelphia, 27–28
- (53) Luckman, J., and Sorenson, K.C., (1986) Medical Surgical Nursing a Pscyhophysiologic Approach. **2nd Ed.**, *W.B. Saunders Company*, Philadelphia
- (54) Mackay, L., (1993) Conflicts in Care: Medicine and Nursing. *Chapman Hall*, London, 48, 64
- (55) Maslach, C., Jackson, S.,E., (1981) The Measurement of Experlenced Burnout: Of Occupational Behavior. 99–113
- (56) Ocakçı, A., (1995) Hemşirelikte Otokontrolün Profesyonelliğe Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **cilt: 2, sayı: 2**, Temmuz-Aralık, 10–13
- (57) Oktay, S., (1990) Etkin Sağlık Hizmetleri için Disiplinler Arası Ekip Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, **cilt:4, sayı:15**, 27–32
- (58) Orlando, İ., J., (1984) Hemşire-Hasta İlişkinde Kişiler Arası Süreç. *Vehbi Koç Vakfı, Çeltüt Matbaacılık*, İstanbul
- (59) Oskay, Ü., (1999) İletişimin ABC'si. *Der Yayınları*, **2nd Ed.** İstanbul, 7

- (60) Rowland, S., Howard and Beatrice, L., Rowland, (1985) Nursing Administration Handbook. **2nd.Ed.**, *Aspen Publishers Inc.*, USA, 344
- (61) Sabuncu, N., ve ark., (1991) Hemşirelik Esasları. *A.Ü.A.Ö.F. Yayınları*, Eskişehir, 28
- (62) Sapertein, A., and Frazier, M., (1980) Introduction to Nursing, F.A., Davis Company, Philadelphia, 204
- (63) Schulz, Rockwell and Alton C. Johnson, (1983) Magement of Hospitals. **2nd Ed.** *Mc. Graw Hill Inc*, New York
- (64) Seçim, H., (1985) Hastane Yönetim ve Organizasyonu. *Anadolu Üniversitesi Yayınları*, **No: 130**, *Açık Öğretim Fakültesi Yayınları*, **No: 53**
- (65) Sines, D., Eds., (2001) Community Health Care Nursing.. *Blackwell Publishing Company*, 45
- (66) S.S.Y.B. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. (1983) 34–42
- (67) Stevens, J., B., (1984) Nurse/Physician Relations: A Perspective From Nursing. *Bull. N. Y. Acad. M.*, **Vol. 60/8**, October, 799–806
- (68) Taşar, M., (1991) Dünya Kadınlar Günü Münasebetiyle Türk Kadınlar Birliği Tebliği
- (69) Taştan, S., İnsan Kaynakları Yönetimi, Yönetim ve Organizasyon: Matriks Organizasyonlar, *Human Resaources Focus Management*
- (70) Tekarslan, E., ve ark., (1989) Sosyal Psikoloji. Filiz Kitapevi, İstanbul, 225
- (71) Tel, H., (1993) “Hekim, Hemşire ve öğrenci Hemşire Arasındaki İletişim Olgusunun İrdelenmesi” İsimli Yüksek Lisans Tezi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şubat, Sivas
- (72) Torun, A., Dede Korkut Destanlarında Kadın Hakkındaki Telakkiler ve Bunun Eski Türk Kültüründen Taşdığı İzler. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 153
- (73) Turnbull, E., N., (1982) İnterdisciplinarism Problems-Promises. *Journal of Nursing Education*, **Vol: 21, No:2**, 24–30
- (74) Tutak, A., Doğan S., (2002) Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **6(2)**, 36-40
- (75) Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi, Hemşirelik Eğitimi Komisyonu Raporu, (1981) Ankara, 16

- (76) Ulusoy, F., (1990) Hemşireliğin Meslekleşmesi. *Türk Hemşireler Dergisi*, **cilt:39, sayı:1**, 15
- (77) Ulusoy, F., Görgülü, S., (1995) Hemşirelik Esasları-Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. **cilt:1, Çağın Ofset**, Ankara, 2-3, 7-8
- (78) Uyer, G., (1993) Hemşirelik ve Yönetim. *Hürbilek Matbaacılık*, Ankara, 144
- (79) Velioğlu, P., (1988) Sağlığa Disiplinler Arası ve Ekip Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, **cilt:3, sayı:10**, 1-9
- (80) Velioğlu, P., (1985) Hemşirelikte Bütünleşmeye Doğru. *Hemşirelik Bülteni*, 79
- (81) Yaşar, İ., (2002) Sağlık İnsan Gücü Adlı Resmi Açıklaması
- (82) Yılmaz, A., (2003), *Türk Kültüründe Kadın ve Kadın Ağzı Türküler*, Ankara
- (83) Yılmaz, Parlar, A., (2003) “Hastanelerde Ekip Çalışmasının Performansını Etkileyen Bir Faktör Olarak Güven-Güvensizlik” Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haziran, Afyon
- (84) Zillioğlu, M., (1998) İletişim Nedir?. **4. Baskı**, *Cem Yayınevi*, İstanbul, 13
- (85) Watts, T., David, Bettel, L., Mc., Caulley and Beverly, A., Prieger, (1990) Physician-Nurse Conflict: Lessons from a Clinical Experience. American Geriatrics Society, **Vol: 38/10**, 1151-2
- (86) www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/19.html.
- (87) www.veezyweb.com/selcanakın/ekip.htm.

9. EKLER

9.1. EK-I: ANKET FORMU

Değerli meslektaşım;

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Programında “hekim-hemşire ilişkisi, yaşanan sorunlar (anlaşmazlıklar)” isimli yüksek lisans çalışmasını sürdürmekteyim. Söz konusu araştırma için bilgi toplamak amacıyla hazırlanan anket formu ilişikte sunulmuştur.

Araştırma; hekim-hemşire ilişkisini değerlendirmek, yaşanan sorunları belirlemek ve çözüm önerileri sunmak amacıyla planlanmıştır.

Elde edilen bilgiler, bilimsel amaçlarla değerlendirilecektir. Zaman ayırıp göstermiş olduğunuz özen için şimdiden teşekkür ederim.

Gülizar KARA

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği

Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

- 1-) Yaşınız? (...)
- 2-) Son mezun olduğunuz okul?
I) Orta Öğretim (...)
II) Ön Lisans (...)
III) Lisans (...)
IV) Yüksek Lisans (...)
- 3-) Medeni durumunuz?
I) Evli (...)
II) Bekar (...)
- 4-) Çalıştığınız bölüm?
I) Cerrahi servis (...)
II) Yoğun bakım (...)
III) Ameliyathane (...)
IV) Diğerleri (...)
- 5-) Bulduğunuz pozisyon?
I) Servis hemşiresi (...)
II) Servis sorumlu hemşiresi (...)
- 6-) Mesleki deneyim yılınız? (...)
- 7-) Bu kurumdaki deneyim yılınız? (...)
- 8-) Eğitim döneminde veya çalışırken sağlık ekibindeki ilişkilerle ilgili ders/hizmet içi eğitim aldınız mı?
I) Evet (...) **II)** Hayır (...)
- 9-) İş yerine ve ekibe adaptasyonunuzu sağlayıcı programlardan geçirildiniz mi?
I) Evet (...) **II)** Hayır (...)
- 10-) Mesleğinizi severek mi tercih ettiniz?
I) Evet (...) **II)** Hayır (...)
- 11-) Şu anda başka bir mesleği yapma olanağınız olsa, mesleğinizi değiştirir miydiniz?
I) Evet (...) **II)** Hayır (...)
- 12-) Hekimlerle yaşadığınız en temel sorun nedir? Nedenini de yazınız.(Yalnızca bir tane)

*** Aşağıdaki ifadelerde hemşire grubu olarak, hekimler ile mesleki ilişkilerde sorun (anlaşmazlık) yaşanan durumlar ve nedenler yer almaktadır. Bu ifadelere katılım derecenize göre skaladaki parantezlerden birine (X) işareti koyunuz.

	<i>Her zaman</i> (1)	<i>Çoğunlukla</i> (2)	<i>Bazen</i> (3)	<i>Nadiren</i> (4)	<i>Hiçbir zaman</i> (5)
13-) Görev tanımlarının açık ve net olmayışı görev karmaşası yaşanmasına neden olur.					
14-) Hekimler ile ortak bilimsel ve sosyal toplantıların çok az sayıda oluşu ilişkileri sınırlar.					
15-) Yapılan işlerin hekimler tarafından sürekli denetlenmesi ilişkileri gerginleştirir.					
16-) Hemşirelerin hastaneye olan katkıları hekimlere göre daha az ödüllendirilmesi, kuruma olan bağlılık/motivasyonunu azaltır.					
17-) Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmaları ilişkileri gerginleştirir.					
18-) Hekimler ile hemşirelerin arasında belirgin amaç ve beklenti farklılıkları olması ilişkide sorunlara yol açar.					
19-) Hekimler hemşirelerden hastaya ilişkin görüş aldıklarında, kendi prestijlerinin azalacağı endişesini taşırlar.					
20-) Tıbbi istemlerin zamanında ve yazılı bir biçimde iletilmemesi mesleki ilişkileri zedeler.					
21-) Hekimlerin bakımın yanı sıra düzen ve malzeme istemleri gibi bakım dışı işlerle de hemşirelerden ilgilenmesini istemeleri ilişkileri gerginleştirir.					
22-) Hekimlerin, yeni başlayan hemşirelerin bilgisizlik / deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmamaları ilişkileri gerginleştirir.					
23-) Hekimlerin, ekip içindeki statülerini yüksek görmeleri anlaşmazlıkları arttırır.					
24-) Yönetici hemşire ve hekimlerden; birbirleri ile çelişen ikili direktifler alınması, hekimler ile ilişkilerde sıkıntılar oluşturur.					

25-) Acil durumlarda hekimler gelinceye kadar ön müdahalede bulunulmasına, hekimlerin farklı tepkiler göstermesi ilişkileri gerginleştirir.					
26-) Yeterli sayıda tıbbi malzemelerin olmayışı hekimlerle olan ilişkileri gerginleştirir.					
27-) Hemşirelerin; hangi durumlarda hekimlere hangi durumlarda yönetici hemşireye sorumlu olduğu konusundaki belirsizlikler ilişkilerde sürtüşmelere yol açar.					
28-) Hekimler,hastaya ilişkin yaklaşım ve politikaların düzenlenmesi konusunda hemşirelerle işbirliğine girmezler.					
29-) Kurumdaki hemşire sayısının yetersiz oluşu ekip içerisinde iletişim kopukluğuna sebep olur.					
30-) Hekimin kendisini mesleki açıdan yetersiz hissetmesi sorun yaşanmasına sebep olur (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).					
31-) Hekimin kişiler arası ilişkilerde yeterli olmaması problemlere yol açar (Sorun hekimin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).					
32-) Hemşirenin kendisini mesleki açıdan yetersiz görmesi, hekimlerle sorun yaşamasına sebep olur (Sorun hemşirenin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).					
33-) Hemşirenin iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz kalması hekimlerle sorun yaşanmasına sebep olur (Sorun hemşirenin kişilik yapısından kaynaklanıyor).					

*** Hekimlerle olan iletişim güçlüğünüzü gidermek için neler yapıyorsunuz?

	<i>Her zaman</i> (5)	<i>Çoğunlukla</i> (4)	<i>Bazen</i> (3)	<i>Nadiren</i> (2)	<i>Hiçbir zaman</i> (1)
34-) Sorunu o bireyle karşılıklı konuşurum.					
35-) Sorunu onun da fark etmesini sağlamak için tavır alırım.					
36-) Hiçbir şey olmamış gibi davranır işimi kendim yürütürüm.					
37-) Servis sorumlu hemşiresine iletir, onun çözüm bulmasını beklerim.					
38-) Servis sorumlu hocasına iletir, onun çözüm bulmasını beklerim.					
39-) Hekimler ile hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli olan iletişim ve koordinasyon rahatlıkla sağlanır.					
40-) Kurumdaki hemşire sayısı yeterlidir.					
41-) Hekimler ile hemşireler mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda oldukça uyumlu ilişkiler içindedirler.					