



Adaptation of Healthcare Conflict Scale into Turkish: A Validity and Reliability Study

Kürşat Yurdakoş^{1,a}, Tolgay Ercan^{2,b,*}

¹Department of Management and Organization, Vocational School of Social Sciences, Sivas Cumhuriyet University, Sivas, Türkiye

²Department of Medical Services and Techniques, Yıldızeli Vocational School, Sivas Cumhuriyet University, Sivas, Türkiye

*Corresponding author

Research Article

History

Received: 12/06/2023

Accepted: 07/09/2023

ABSTRACT

It was aimed in this study to confirm the validity and reliability of the Turkish form of "The Healthcare Conflict Scale" (HCS). This is a methodological study. The population of the study includes a total 703 people, as 353 physicians and 350 nurses working actively in pediatric, intensive care and emergency services and palliative care clinics between the dates of December 2020 and February 2021. The scale was constructing validity by factor analysis (CFA), internal consistency by Cronbach alpha coefficient and test-retest reliability by Intraclass Correlation Coefficient (ICC). T test and the linear relation determined the differences between two groups by Pearson's correlation coefficient. As in the original scale, a three-factor construction was determined in the study: "Mistrust of Motivations," "Threatening language/actions" and "Contradictory communication." For physicians ($r=0.323-0.637$, $p<.01$) and nurses ($r=0.378-0.571$, $p<.01$), the correlation coefficients between the three subscales were found moderate level and statistically significant in a positive way. Cronbach Alpha value was 0.70. Because of CFA, it was evaluated as concordant model and model fit indices were χ^2/df : 2.067, RMSEA=0.06, GFI=0.96 CFI=0.95, NFI=0.93, TLI=0.92. Consequently, the tool has the potential of defining and minimizing the conflict between patients/relatives ad clinic teams in healthcare service delivery. We recommend implementing the HCS, which we believe is important in defining conflict in healthcare services.

Keywords: Conflict, Healthcare service, Nurse, Physician, Scale adaptation

Sağlık Hizmeti Çatışma Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Süreç

Geliş: 12/06/2023

Kabul: 07/09/2023

Öz

Bu çalışmada, "Sağlık Hizmeti Çatışması Ölçeği"nin (SHÇÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin doğrulanması amaçlanmıştır. Araştırma metodolojik tiptedir. Araştırmanın evrenini Aralık 2020 – Şubat 2021 tarihlerinde pediatri, yoğun bakım, acil servis ve palyatif bakım kliniklerinde aktif olarak çalışan 353 hekim ve 350 hemşire olmak üzere toplam 703 kişi oluşturmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analiziyle (DFA), iç tutarlılığı Cronbach Alfa katsayısıyla ölçülmüştür. Ölçek yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analiziyle (DFA), iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısıyla ve test-tekrar test güvenilirliği Intraclass Correlation Coefficient (ICC) ile ölçülmüştür. İki grup arasındaki farklılıklar t testi ile doğrusal ilişki Pearson'un korelasyon katsayısıyla belirlenmiştir. Araştırmada, orijinal ölçekteki gibi üç faktörlü bir yapı belirlenmiştir: "Hizmet kaynaklarına güvensizlik", "Tehdit edici dil veya eylemler" ve "Aykırı iletişim". Hekimler ($r=0,323-0,637$, $p<.01$) ve hemşireler ($r=0,378-0,571$, $p<.01$) için üç alt ölçek arasındaki korelasyon katsayıları orta seviyede ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Cronbach Alfa değeri 0,79'dur. DFA sonucunda uygun bir model olarak değerlendirilmiş olup, model uyum indeksleri; χ^2/df : 2,067, RMSEA=0,06, GFI=0,96 CFI=0,95, NFI=0,93, TLI=0,92'dir. Sonuç olarak ölçek, sağlık hizmeti sunumunda hasta/hasta yakını ve klinik ekipleri arasındaki çatışmayı tanımlama ve minimize etme potansiyeline sahiptir. Sağlık hizmetlerindeki çatışmanın tanımlanmasına katkı sağlayacak SHÇÖ'nün uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çatışma, Hekim, Hemşire, Ölçek uyarlama Sağlık Hizmeti,

Copyright



This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International License

^akyurdakos@cumhuriyet.edu.tr

^{ib} <https://orcid.org/0000-0002-1473-5513>

^btolgayercan@cumhuriyet.edu.tr

^{ib} <https://orcid.org/0000-0002-6893-4358>

How to Cite: Yurdakos K, Ercan T (2023) Adaptation of Healthcare Conflict Scale into Turkish: A Validity and Reliability Study, Journal of Health Sciences Institute, 8(3): 393-399

Giriş

Çatışma, sağlık hizmetlerinin tanınmış, önemli ve kaygı verici yönünü ifade etmektedir. İki veya daha fazla kişinin birbirine muhalefet ettiği ve bir tarafın norm ve değerleriyle diğerinin karşısına çıktığı dinamik ve çok boyutlu bir etkileşim olarak tanımlanmıştır (Wilkinson ve ark., 2018). Çatışma, sağlık hizmetlerinde önemli bir sorun olarak klinisyenleri, sağlık çalışanlarını, aileleri ve

kliniklerdeki hizmetleri etkilemektedir. Bununla birlikte hasta güvenliği ve sağlık hizmetleri kalitesi üzerindeki etkisinin olduğu vurgulanmaktadır (Kim ve ark., 2017). Çatışma, hastaya sağlanan bakımın kalitesini tehlikeye atabileceği gibi, personele veya hastalara yönelik fiziksel şiddete de neden olabilir (Wallis, 2018). Yapılan araştırmalar yoğun bakım, acil servis, pediatri ve palyatif

bakım dâhil olmak üzere çok çeşitli klinik ortamlarda personel ve hasta/hasta yakınları arasında çatışma yaşandığını ortaya koymuştur (Azoulay ve ark., 2009; Wheeler, 2018). Bu kliniklerdeki yatan hastaların genellikle ayırt etme gücünü yitirmeleri veya kısıtlı olmaları nedeniyle tıbbi uygulamaya onam veremeyişleri, karar verme sürecine katılan varisler veya aileler ile sağlık çalışanları arasında olası çatışmalara yol açabilmektedir (Forbat ve Barclay, 2019). Dolayısıyla, tıbbi tanı ve tedavi sürecinde yöneticiler, klinisyenler, sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları dâhil olmak üzere çok sayıda katılımcı arasında çatışma yaşanabilir.

Sağlık alanında yaşanan çatışma uluslararası alanda önemli bir endişe kaynağıdır. Sağlık çalışanları ile hasta/hasta yakını çatışmasının yaygınlığı yüksektir. Örneğin, yoğun bakım ünitelerinde hastası olan ailelerin %78'i ile personel arasında çatışma yaşandığı saptanmıştır (Breen ve ark., 2001). Son yirmi yılda Çin'de hastalar, aileler ve doktorlar arasındaki çatışmalar %22,9 oranında artarak devam etmiştir (Zhongming ve Jianhua, 2012). Bakım evlerinde, hemşirelerle yapılan bir araştırmada, günlerin %22'lik diliminde hasta/hasta yakınlarıyla çatışma yaşandığı tespit edilmiştir (Konnert ve ark., 2017). Hemşirelikte çatışmanın özü, örgütsel faktörler (zayıf çalışma ortamı veya rol belirsizliği gibi), kişilerarası faktörler (zayıf iletişim) veya bireysel özellikler (düşük duygusal zekâ) ile ilgili olarak tanımlanmıştır (Almost ve ark., 2016). Diğer sağlık çalışanları tarafından kültür, ırk ve din sıklıkla çatışılan faktörler olarak belirtilmiştir (Popper-Giveon ve Keshet, 2018). Genel olarak ise çatışma, uygun bakım hedeflerine veya tedavi seçeneklerine ilişkin fikir farklılıklarından kaynaklanmaktadır (Bion ve ark., 2018). Daha spesifik olarak klinisyenler ve aileler açısından değerlendirildiğinde, hayat kurtarıcı olabilecek ancak masraflı, komplikasyonlu ve net olmayan sonuç riski taşıyan tedavilerin yararları ve yükleri konusunda anlaşmazlıklar olduğunda çatışma meydana gelebilmektedir (Forbat ve ark., 2015). Usenko ve ark. (2019) çatışmanın nedenlerini; hastaya karşı yeterli dikkati göstermeme, doktor ve hastanın karakteristik özellikleri, yeni ve tecrübesiz sağlık personeli tarafından hastanın sağlık durumu hakkında güvenilmez bilgiler verilmesi, tedavi için hastanın bilgilendirme rızasının olmaması, farklı klinisyenlerin tedavi ve uygulamadaki koordinasyon eksikliği, tıbbi kayıtların tutulmasındaki kusurlar ve profesyonel yetersizlik olarak açıklamışlardır.

Kaliteli bakım sağlamak, sağlık ekibi üyeleri arasında pozitif işbirliğine dayalı çalışma ilişkileri gerektirir. Günümüzün gittikçe artan stres yüklü çalışma ortamlarında, bu tür ilişkiler kişiler arası çatışmalar tarafından tehdit edilmektedir (Jaruseviciene ve ark., 2019). ABD'de hemşirelerin %53'ü çatışmanın yaygın olduğunu ve uygulama hatalarını artırdığını bildirmiştir (Michelle Rowe ve Sherlock, 2005). Bu bağlamda yöneticiler, hasta ve hasta yakınları ile çatışmalara maruz kalan sağlık çalışanları, işyerinde stres, tükenmişlik ve zaman kaybı yaşayabilmektedir. Ayrıca çatışmalara maruz kalma, sağlık çalışanının zamanının fırsat maliyeti yönünden de finansal olarak maliyetler doğurabilir.

Örneğin çatışma, sağlık çalışanının işe gelmemesine, işini aksatmasına ve zaman kaybına neden olmakta dolayısıyla sorumluluklarını engelleyebilmektedir. Yeni Zelanda'da, yüksek düzeyde çatışma yaşayan sağlık çalışanları, devamsızlıklarının ve görevlerinden ayrılma niyetlerinin arttığını bildirmişlerdir (McKenna ve ark., 2003). Kanadalı sağlık çalışanları, çatışmalardan dolayı çalışma saatlerinin kısıtlandığını ifade ederken (Warner, 2001), Japon personel ise mevcut pozisyondan ayrılma niyetlerinin arttığını ifade etmişlerdir (Lambert ve ark., 2004). Nitekim 24 haftalık bir sürede pediatri hastanesinde yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanı ile hasta yakını arasındaki çatışmanın, çalışanların zamanlarını kısıtlamasına bağlı olarak görevlerinin engellenmesi nedeniyle 11 bin dolar üzerinde maliyete mal olduğu ifade edilmiştir (Forbat ve ark., 2017).

Sonuç olarak çatışma, araştırma ve klinik müdahaleleri gerektiren önemli bir sorundur. Bir dizi araştırma çatışmayı ölçmeye çalışsa da, personel ve hasta/hasta yakını arasındaki çatışmanın sıklığını/şiddetini veya etkisini ölçmek için nadiren doğrulanmış araçlar kullanılmıştır. Bugüne kadar yapılan çalışmalar genellikle nitel ve tanımlayıcı olmuştur. Nicel araştırmalar ise en yakın ikincil sonuçlar olarak; iş tatmini, etik kaygılar veya ahlaki çatışma gibi tam temsil etmeyen araçları veya ölçülen özelliklere göre bir karışım kullanmıştır. Dikkate değer bir istisna, Azoulay ve ark. (2009) tarafından geliştirilen üç faktörlü bir araçtır. Araçları, (i) çatışmaya dâhil olan tarafların algılanan özelliklerini, (ii) çatışmanın kaynağını, (iii) çatışmanın klinik etkisini ve ciddiyetini ölçmektedir. Yine Abernethy ve Tulsy (1997) tarafından "Aranızda (doktor ve aile) bakımla ilgili (sevdiğiniz kişinin/hastanın) çatışmalar ve olumsuz duygular da dâhil olmak üzere ne kadar anlaşmazlık yaşandı?" şeklinde tek madde olarak geliştirilen ve test edilen soru, sonraki araştırmalarda da kullanılmıştır. Türkiye'de Google Akademik, TR Dizin, üniversite kütüphanesi ve YÖK tez gibi veri tabanları üzerinden literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Yapılan araştırmalar genellikle doktor-hasta, sağlık çalışanı-hasta/hasta yakınları, doktor-hemşire arasındaki dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunlar, şiddet ve örgütsel çatışmayı değerlendirmiştir. Bu yaklaşımlar, konuyu tanımlamada yararlı olsa da çatışmaları objektif olarak değerlendirebilen net ve doğrulanmış bir araç sunmamışlardır. Dolayısıyla, çatışmanın yaygınlığına ve sağlık hizmetlerindeki ilişkiler, süreçler ve sonuçlar üzerindeki zararlı etkisine rağmen, yapılan literatür araştırmaları doğrultusunda bu özelliği ölçmeye yönelik Türkçe bir ölçeğe rastlanılmamıştır.

Ancak Forbat ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanları tarafından kullanılmak üzere, çalışanlar ile hasta/hasta yakınları arasındaki çatışmayı ölçmeyi amaçlayan "Sağlık Hizmeti Çatışma Ölçeği"ni geliştirmişlerdir. Ölçek ile sağlık çalışanlarına ve hasta/hasta yakınlarına odaklanılarak, bu üçlü dinamik içerisindeki çatışmanın etkisi, psikometrik özelliklerin değerlendirilmesiyle iyi bir şekilde ortaya konmaktadır.

Bu çalışma, "Sağlık Hizmeti Çatışma Ölçeği" (SHÇÖ) Türkçe formunun, hastane ortamında sağlık çalışanları

tarafından kullanılmak üzere, sağlık çalışanları ile hasta/hasta yakınları arasındaki çatışmayı test etmek için geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Materyal ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Metodolojik tipteki bu çalışma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesindeki pediatri, yoğun bakım, acil servis ve palyatif bakım kliniklerinde Aralık 2020 – Şubat 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aralık 2020-Şubat 2021 tarihlerinde pediatri, yoğun bakım, acil servis ve palyatif bakım kliniklerinde aktif olarak çalışan 353 hekim ve 350 hemşire olmak üzere toplam 703 kişi oluşturmuştur. Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında madde sayısının 5-10 katı kadar katılımcıya ulaşılmalıdır (Floyd ve Widaman, 1995). Bu nedenle, standardizasyon için orijinal ölçekte bulunan 7 maddenin 10 katı her bir unvan için alınarak, 70 hekim ve 70 hemşire olmak üzere toplam 140 kişi örneklem olarak belirlenmiştir. Belirlenen örnekleme dâhil edilecek sağlık çalışanı sayısının hangi kliniklerden ne kadar seçileceği tabakalı örnekleme yöntemi ile tespit edilmiştir. Tespit edilen örnek birimlerinin hangi hekim ve hemşirelerden oluşacağı ise olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rasgele örnekleme yöntemi ile saptanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verileri toplamak için iki form kullanılmıştır:

Tanıtıcı bilgi formu; sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, meslek gibi sosyo-demografik özelliklerini değerlendiren 7 sorudan oluşmaktadır.

Sağlık hizmeti çatışma ölçeği; sağlık çalışanları ile hasta ve aileleri arasında yaşanan çatışmayı tanımlamak ve ölçmek amacıyla Forbat ve ark. (2019) tarafından geliştirilmiş yedi madde ve üç alt boyuttan oluşmuştur. Orijinal ölçeğin alt boyutları "Hizmet kaynaklarına güvensizlik" (4 Madde; 1,2,3,4), "Tehdit edici dil veya eylemler" (1 Madde; 5,6) ve "Aykırı iletişim" (1 Madde; 7)'dir. Her ifadeye sağlık çalışanlarının katılma durumu 10'lu Likert ölçeği kullanılarak saptanmaktadır. Sağlık çalışanları belirtilen durumlara, 1-kesinlikle katılmıyorum ve 10-kesinlikle katılıyorum şeklinde her madde için 1-10 arası puan vermektedir. Ölçekte bir bireyin alabileceği en düşük puan 7, en yüksek puan 70'dir. Ölçek geneli ve alt boyutlar, ilgili maddelerden elde edilen toplam puanın madde sayısına bölünmesiyle değerlendirilmektedir. Özgün ölçeğin cronbach's alpha katsayısı 0,75, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örnekleme yeterlilik kriteri 0,70 olarak bulunmuştur. Her bir maddenin faktör yükü 0.50'den daha büyük ve tüm faktörlerin ölçeğin bütünüyle anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır (Forbat ve ark., 2019).

Verilerin Analizi

Kapsam Geçerliliği

Ölçek, Türkçe ve İngilizce dil yapısını çok iyi bilen iki çevirmen tarafından bağımsız olarak İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Çeviriler yapıldıktan sonra çevrilen formlar karşılaştırılmıştır. Ve üzerinde anlaşmaya varılan tek bir form oluşturulmuştur. Daha sonra ölçek maddeleri her iki dili de anadili gibi bilen iki kişi tarafından bağımsız olarak tekrar Türkçeden İngilizceye çevrilmiştir. Her iki dilde de form eşitliği sağlanarak ölçeğin Türkçe versiyonu oluşturulmuştur.

Ölçeğin Türkçe versiyonu, yönerge ve maddelerinin dil ve anlatım açısından anlaşılabilirliğini ve ölçülmek istenen konuyu kapsayıp kapsamadığını değerlendirmek için iki Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, iki Cerrahi Tıp Bilimleri, iki Dahili Tıp Bilimleri ve iki Hemşirelik Ana Bilim Dalı olmak üzere toplam sekiz öğretim elemanına e-posta ile gönderilmiştir. Kapsam geçerliliğinde uzman sayının 5-40 arasında belirlenmesinin uygun olduğu ifade edilmiştir (Ayre ve Scally, 2014).

Lawshe (1975) tarafından geliştirilen tekniğe göre uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçüm derecesini kullanarak 1 ile 3 arasında puan vermeleri istenmiştir (1- çıkartılmalı; 2- uygun ancak düzeltme gerekiyor; 3- uygun). Çalışmada, ölçekte yer alacak maddelerin kapsam geçerliliğinin tespiti için, uzman görüşleri doğrultusunda elde edilen nitel veriler Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplanarak nicel verilere dönüştürülmüştür. Hesaplamalar Microsoft Excel programıyla yapılmıştır.

Sekiz uzmanın maddelere ilişkin belirtmiş oldukları görüşler üzerinden KGO değerleri elde edilmiş, sıfırdan büyük değere sahip maddelerin KGO değerlerinin istatistiksel olarak anlamlılığına, dolayısıyla ölçekte kalıp kalmayacağına Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) değerlerine bakılarak karar verilmiştir. Ayre ve Scally'nin (2014) ortaya koyduğu KGÖ tablo değerleri esas alınarak bakıldığında, $\alpha=,05$ anlamlılık düzeyinde sekiz uzman için KGO'ların minimum/kritik değerlerinin 0,750 ve üzerinde olması gerekmektedir. Yani araştırmaya dâhil edilen sekiz uzman için KGÖ değeri 0,750'dir. Yedi maddenin KGO değerlerinin KGÖ değerinin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, KGÖ değerinin üzerinde bir değere sahip bu yedi madde uyarlanmakta olan ölçekte kalmıştır.

KGİ değeri ise KGÖ değerinden büyük olduğunda ölçekte bulunan maddelerin kapsam geçerliliği istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmektedir (Lawshe, 1975). Ölçeğin genel KGİ değeri 0,857 (KGİ>KGÖ) olarak tespit edilmiş olup, kapsam geçerliliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.05$). Bu versiyon, ilk yazar tarafından hekim ve hemşirelerden oluşan 40 denek ile test edilmiştir. Sağlık çalışanlarının her maddeye yönelik olarak ifade ettikleri algı ve belirsizlik gibi sorunlar ile ölçek amacı doğrultusundaki görüşleri not edilmiştir. Küçük bir revizyondan sonra ölçeğin son versiyonu kabul edilmiştir.

Yapı Geçerliliği

Verilerin normal dağılıma uygunluğu "Tests for Normality and Outliers" analizi ile belirlenmiştir. Ölçeğin,

özgün kültürdeki gibi üç faktörlü bir yapı geçerliliği kıyaslamasında doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yöntemi kullanılmıştır. DFA'da kabul edilebilir bir uyum için χ^2/df değeri (<2 mükemmel, <5 kabul edilebilir) hesaplanmıştır (Kline, 2016). Model uyumu goodness of fit index (GFI), root mean square error of approximation (RMSEA), confirmatory fit index (CFI), normed fit index (NFI) ve Tucker-Lewis index (TLI) kullanılarak incelenmiştir. İyi bir modelde: GFI ve CFI> 0,90, NFI ve TLI> 0,95 ve RMSEA <0,08 olmalıdır (Hair ve ark., 2013).

Güvenilirlik

Ölçeğin güvenilirlik özelliklerinden iç tutarlılığı Cronbach Alfa katsayısı ile test-tekrar test güvenilirliği Intraclass Correlation Coefficient (ICC) analizleriyle incelenmiştir. ICC değerleri <,50 ise zayıf, 0,50-0,90 arasında ise iyi ve >,90 ise mükemmel olarak kabul edilmiştir (Crocker ve Algina, 1986). Ölçek güvenilirliğini test-tekrar test ile belirlemek için 40 sağlık çalışanı (20 hekim ve 20 hemşire) iki hafta arayla anketleri doldurmaya davet edilmiştir.

Üç alt boyut için gruplar arası karşılaştırmalarda iki grup (hekim ve hemşire) arasında anlamlı farklılıklar t testi ile doğrusal ilişki Pearson'un korelasyon katsayısıyla ölçülmüştür. Tüm analizler IBM Statistical Package for the Social Sciences Statistics (SPSS) 22 ve IBM Analysis of Moment Structures (AMOS) 22 programları kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

SHÇÖ'yu kullanım hakkı için gerekli olan izin Liz Forbat'dan e-posta yolu (23/11/2020 tarihli) ile alınmıştır. Çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (16/12/2020 tarihli ve 11 sayılı) tarafından onaylanmış ve araştırmanın yapılacağı hastane başhekimliğinden kurumsal izin alınmıştır. İzin alınan kurumda çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına gerekli bilgilendirme yapıp, bütün sorularına cevap verilerek Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Anket formları, sağlık çalışanlarının uygun gördüğü ortam ve zamanlarda, yüz yüze görüşme tekniği ile maske, mesafe ve hijyen kurallarına yüksek düzeyde riayet edilerek doldurulmuştur.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek merkezli bir çalışma olup, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamındaki madde sayısının on katına ulaşarak, hekim ve hemşire sayıları eşit olarak alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Araştırma grubunu oluşturan hekim ve hemşirelerin %66,4'ü kadın, %71,4'ü 20-29 yaş grubunda (yaş ortalamaları 27,9±5,8) olup, %43,6'sı yoğun bakımda çalışmaktadır. Katılımcıların %58,6'sının şu an ki birimlerinde bir yıldan daha az ve %39,3'ünün ise

mesleklerinde 1-5 yıldır çalıştığı tespit edildi. Hekim ve hemşirelerin %90'ının iş yaşamlarında en az iki kez hasta/hasta yakınlarıyla çatışma yaşadığı belirlendi (Çizelge 1).

Çizelge 1. Katılımcı özellikleri (n=140)

Table 1. Participant characteristics (n=140)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	93	66,4
Erkek	47	33,6
Yaş ($\bar{x}\pm SS$ (27,9±5,8))		
20-29	100	71,4
30-39	30	21,4
40≥	10	7,2
Meslek		
Hekim	70	50,0
Hemşire	70	50,0
Çalıştığı birim		
Pediyatri	23	16,4
Yoğun bakım	61	43,6
Acil servis	36	25,7
Palyatif bakım	20	14,3
Çalıştığı birimdeki hizmet süresi (yıl)		
<1	82	58,6
1-5	41	29,3
6-10	8	5,7
11-20	7	5,0
21≥	2	1,4
Meslekteki toplam hizmet süresi (yıl)		
<1	43	30,7
1-5	55	39,3
6-10	23	16,4
11-20	12	8,6
21≥	7	5,0
İşte yaşanan çatışma sayısı		
1 kez	14	10,0
2 kez	65	46,4
3 kez ve üzeri	61	43,6

Hekim ve hemşirelerin "aykırı iletişim" ve "hizmet kaynaklarına güvensizlik" alt boyutlarda en yüksek öz değerlendirilmede buldukları belirlenmiştir. Üç alt boyutun her biri için ayrı ayrı karşılaştırmalarda; "aykırı iletişim" ve "hizmet kaynaklarına güvensizlik" alt boyutlarında iki grup (hekim ve hemşireler) arasında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir (p<,01) (Çizelge 2).

Hekimlerde "aykırı iletişim" ve "tehdit edici dil veya eylemler" alt ölçekleri arasındaki Pearson moment çarpım korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken (r=0,192, p>,05); diğer alt ölçeklerde anlamlı bulunmuştur (r=0,323-0,637, p<,01). Hemşireler için üç alt ölçek arasındaki korelasyon katsayıları orta seviyede ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0,378-0,571, p<,01). "Aykırı iletişim" ve "tehdit edici dil veya eylemler" alt ölçekleri dışında, üç ölçek, hekimler ve hemşireler için birbirleriyle orta seviyede ve pozitif yönde korelasyon göstermiştir (Çizelge 3).

Çizelge 2. Ölçek için ortalamalar, standart sapmalar ve ölçekteki grup farklılıkları

Table 2. Means, standard deviations and group differences for the scale

Alt ölçekler	Hekim (n=70) (Ort.±Ss)	Hemşire (n=70) (Ort.±Ss)	t	P
Hizmet kaynaklarına güvensizlik	4,15±1,93	3,21±1,71	3,049	<,01
Tehdit edici dil veya eylemler	3,31±1,83	2,71±1,89	1,888	0,061
Aykırı iletişim	6,20±2,98	4,93±3,32	2,384	<,01
Toplam ölçek	4,20±1,67	3,31±1,64	3,170	<,01

Çizelge 3. Alt ölçekler arası Pearson çarpım-moment korelasyon katsayıları

Table 3. Pearson product-moment correlation coefficients between subscales

Alt ölçekler	Hekim (n=70)		Hemşire (n=70)	
	Hi	Te	Hi	Te
Tehdit edici dil veya eylemler	0,637(*)		0,571(*)	
Aykırı iletişim	0,323(*)	0,192	0,378(*)	0,541(*)

Hi: Hizmet kaynaklarına güvensizlik; Te: Tehdit edici dil veya eylemler *p<,01 (two-tailed)

Sağlık hizmeti çatışma ölçeğinin geçerlilik çalışması

SHÇÖ'nün yedi maddeden oluşan Türkçe versiyonunun yapı geçerliliği ölçümü için yapılan DFA sonucunda CMIN/DF değeri 2,067 olup ($\chi^2=16,533$, $df=8$, $p<,05$) uygun bir model olarak değerlendirilmiştir. Model uyum indeksleri; RMSEA=0,06, GFI=0,96 CFI=0,95, NFI=0,93, TLI=0,92'dir (Çizelge 4).

Çizelge 4. DFA model uyum indeksleri

Table 4. CFA model fit indices

Model uyum indeksleri	Değerler
χ^2/df	2,067
χ^2	16,53
RMSEA	0,06
GFI	0,96
CFI	0,95
NFI	0,93
TLI	0,92

Sağlık hizmeti çatışma ölçeğinin güvenilirlik çalışması

SHÇÖ'nün güvenilirlik Cronbach Alfa değeri 0,79; ICC değeri 0,93'tür (%95 CI – 0,92, 0,95) (Çizelge 5).

Bu çalışmada, Forbat ve ark. (2019) tarafından geliştirilen SHÇÖ'nün Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik özellikleri değerlendirilmiştir. Değerlendirme hekimler ve hemşireler olmak üzere iki farklı grupta yapılmıştır. Bu iki ayrı değerlendirme aşağıdaki sonuçları ortaya koymuştur.

Bu çalışmada SHÇÖ'nün Türkçe versiyonunun içerik geçerliliğini belirlemek için DFA yapılması sonucunda; 7 maddenin tamamının üç alt ölçeği oluşturan maddeler olarak geçerli olduğunu göstermiştir. DFA'nın model uyum indekslerini kullanarak SHÇÖ'nün yapı geçerliliği doğrulanmış, Türkçe versiyonunda uyum yakalanmıştır. Bu ölçeğin psikometrik özellikleri sınır değerlerin üzerinde "kabul edilebilir uyum indeksi" olarak bulunmuştur.

Çizelge 5. shçö'nün faktör yükleri, Cronbach's alfa ve ICC değerleri (n=140)

Table 5. Factor loadings, Cronbach's alpha and ICC values (n=140)

Madde	Açıklama	Hizmet kaynaklarına güvensizlik	Tehdit edici dil veya eylemler	Aykırı iletişim
1	Hasta ve/veya ailesi, tıbbi tedavi ve bakım standartlarının beklentilerini karşılamadığını söyler. Örneğin; semptomların optimal olarak kontrol edilememesi. Tedavi sürecinde hasta isteklerinin değerlendirilmemesi.	0,82		
2	Aile, hizmet kaynaklarının tıbbi tedavi ve bakım standardını sınırlandırdığını algılar.	0,74		
3	Hasta ve/veya ailesi, klinik uzmanlığa ve/veya hastaneye güvenmiyor.	0,81		
4	Hasta ve/veya ailesi, klinik ekibin farklı üyelerinden hastanın prognozu veya tedavisi konusunda çelişkili veya net olmayan bilgi aldıklarını söyler.	0,82		
5	Hasta ve/veya ailesi veya klinik ekibi birbirleriyle temastan kaçınmaya çalışır.		0,78	
6	Klinik ekip üyeleri tarafından hastayı veya tıbbi durumu tanımlamak için kullanılan dil, hasta ve/veya aile tarafından duyarsız veya saldırgan olarak algılanmıştır.		0,83	
7	Hasta ve/veya ailesi saldırgan davranmış veya fiziksel ya da sözlü tehditlerde bulunmuştur (örneğin; personele zarar vermek veya haber medyası ihbar hatlarına/yöneticilere/ bakanlığa bildirimde, şikâyetle bulunmak).			0,81
Cronbach's alpha=0,79				
ICC=0,93		0,93	0,92	0,95

SHÇÖ'yü, Cronbach Alfa katsayısının da gösterdiği gibi oldukça güvenilir olarak değerlendirmek mümkündür. Bu bulgular Forbat ve ark. (2019) ve Azoulay ve ark.'nın (2009) yapmış olduğu çalışma sonuçlarıyla uyumludur. Cronbach Alfa katsayısı, ölçeği oluşturan madde sayısına ve maddelerin aynı kavramı ölçme derecesine bağlıdır. Ölçek madde sayısı fazlalaştıkça alfa katsayısı yüksek, azaldıkça düşük olur. Genellikle sağlık ve sosyal bilimlerde gerçekleştirilen araştırmalarda bu katsayı 0,65 ve üzeri ise yeterli düzeyde kabul edilir (de Vet ve ark., 2017). SHÇÖ'nün kararlılığının doğrulanması için yapılan test-tekrar test ICC değerinde, orijinal ölçekle benzer sonuç ($\geq 0,90$) bulunmuştur (Forbat ve ark., 2019). Araştırmada yüksek düzeyde güvenilirlik ispatlanmıştır.

İki grubun ölçek boyutları açısından puanları karşılaştırıldığında hekim ve hemşire grubunda "aykırı iletişim" ve "hizmet kaynaklarına güvensizlik" in yüksek olduğu ortaya konmuştur. Gruplar arasında "tehdit edici dil veya eylemler" boyutu dışında tüm boyutlarda istatistiksel olarak önemli farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Hekimler, hasta ve yakınlarının hizmet kaynaklarının bakım standardını sınırladığını, beklentilerini karşılamadığını düşündükleri için klinik uzmanlığa ve sağlık sistemine güvenmediklerini ifade etmişlerdir. Örneğin; tıbbi ilaç, malzeme ve cihazın hastanede bulunmayışı ve hastanın ameliyatının gecikmesi veya yapılamaması gibi. Bu nedenle de sistemsal olan hizmet kaynakları sıkıntısı, hasta ve/veya yakınları tarafından hastalığın prognozu ve tedavisi konusunda çelişkili ve net olamayan bilgi aktarıldığı düşüncesiyle klinik ekibine yüklenerek çatışma yaşanması kaçınılmaz olmaktadır. Hekimler, hasta ve/veya yakınları tarafından saldırgan, fiziksel ya da sözlü çatışmalara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Her hastanın bir proje ve hekimlerinde bu projede baş aktör olduğu düşünülürken, hemşirelere göre daha çok çatışma yaşadıkları söylenebilir.

Üç ölçek, hekimler ve hemşireler için birbirleriyle orta seviyede ve pozitif yönde korelasyon göstermiştir. Hasta ve/veya yakınlarının hizmet kaynaklarına güvensizlikleri arttıkça, tehdit edici dil veya eylemleri de artmaktadır. Hekim ve hemşireler, hasta ve/veya yakınlarının hizmet kaynaklarına güvensizlikleri arttıkça saldırgan, fiziksel ya da sözlü çatışmalardan daha çok kendileriyle temas kurmaktan kaçınarak eylemsel davranışlar gösterdiklerini, yine tıbbi durumu tanımlamak için kullandıkları dilin hasta ve/veya yakınları tarafından saldırgan bir dil olarak algılandığını ifade etmişlerdir. Bu durumda çatışmaları önlemek için hastane yönetimi, sağlık hizmetleri sunumunda kullanılacak tıbbi kaynakları, tedarik zinciri yönetimine göre zamanında temin edebilir. Ancak iyi yönetilen çatışma üretken olabilir ve sonuçların netliği daha net karar vermeye ve daha fazla hasta, aile ve klinik ekip memnuniyetine yol açabilir (Back ve Arnold, 2005).

Hekim ve hemşireler "hasta ve/veya ailesi saldırgan davranmış veya fiziksel ya da sözlü tehditlerde bulunmuştur" maddesini en yüksek puanlarken, "hasta ve/veya ailesi veya klinik ekibi birbirleriyle temastan kaçınmaya çalışır" maddesini en düşük puanlamıştır. En yüksek ve en düşük puan alan maddeler, Türkiye'deki

sağlık hizmeti sunumunda aykırı iletişimin yaşandığını ortaya koymuştur. Örneğin; personele zarar vermek veya gazetelere/ yöneticilere/ bakanlığa bildirimde, şikâyetle bulunmak gibi. Klinik çalışma ortamlarında çatışmanın kaynaklarının ve sonuçlarının daha kapsamlı bir şekilde anlaşılması, çatışmanın önlenmesini sağlayacaktır. Doğru anlaşılır ve yönetilirse, çatışma hekim ve hemşireler yanında sağlık kuruluşları için de olumlu sonuçlara yol açabilir (Wilkinson ve ark., 2018).

Gerçekte, mevcut çalışma üç ana hedefe ulaşmıştır: Ölçeğin Türkçe versiyonunun (i) uyarlanması ve onaylanması; (ii) araç yapısının doğrulanması ve (iii) önceki çalışmaları destekleyip tamamlayıcı olmasıdır.

Sonuç

Sonuç olarak bu çalışma, sağlık hizmetlerindeki çatışmayı ölçmek için kullanılabilir bir ölçeğin güvenilirliğini göstermiştir. Türkçeye uyarlanan SHÇÖ pratikte uygulanacak yeterli psikometrik özelliklere sahiptir. "Hizmet kaynaklarına güvensizlik", "tehdit edici dil veya eylemler" ve "aykırı iletişim" gibi çatışmayı belirleyici faktörleri ortaya koymuştur. Daha düşük faktör puanları, hekim ve hemşirelere yönelik daha iyi bireysel ve ilişkisel tutumları, daha iyi organizasyon koşullarını ve daha yüksek motivasyonu yansıtmaktadır.

Bu ölçek, çatışmayı tanımlamak ve puanlamak için kullanılabilir. Bu kullanım onu kliniklerdeki sağlık bakımı çatışmalarında önemli bir referans noktası haline getirebilir. Ölçek, sağlık hizmetleri profesyonellerine çatışmayı tanımlamanın ve ölçmenin yeni bir yolunu sağlarken, sağlık hizmetleri ilişkilerinde hasta/hasta yakını ve klinik ekipleri arasındaki çatışmayı bu tanımlama ve ölçme sonuçlarına istinaden alınacak tedbirlerle minimize etme potansiyeline sahiptir.

Bu bağlamda yöneticiler ve sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile çatışmalara maruz kalmaları neticesinde işyerinde stres, tükenmişlik ve zaman kaybı yaşamalarının önüne geçebilecekleri SHÇÖ'yü uygulamayı öneriyoruz.

Çıkar Çatışması Bildirimi

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırmaya fon desteği sağlayan kuruluş yoktur.

Kaynaklar

- Abernethy, A. P., & Tulsy, J. A. (1997). Disagreements that arise when making decisions about withdrawing or withholding life-sustaining treatment. *J Gen Intern Med*, 12(suppl 1), 101.
- Almost, J., Wolff, A. C., Stewart-Pyne, A., McCormick, L. G., Strachan, D., & D'Souza, C. (2016). Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 72(7), 1490-1505.
- Ayre, C., & Scally, A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 47(1), 79-86.

- Azoulay, M., Rusinová, K., Lafabrie, A., ... & Schlemmer, B. (2009). Prevalence, E., Timsit, J. F., Sprung, C. L., Soares and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 180(9), 853-860.
- Back, A. L., & Arnold, R. M. (2005). Dealing with conflict in caring for the seriously ill: "it was just out of the question". *Jama*, 293(11), 1374-1381.
- Bion, J., Antonelli, M., Blanch, L., Curtis, J. R., Druml, C., Du, B., ... & Sprung, C. (2018). White paper: statement on conflicts of interest. *Intensive care medicine*, 44, 1657-1668.
- Breen, C. M., Abernethy, A. P., Abbott, K. H., & Tulsy, J. A. (2001). Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *Journal of general internal medicine*, 16, 283-289.
- Crocker, L., & Algina, J. (1986). Introduction to classical and modern test theory. Holt, Rinehart and Winston, 6277 Sea Harbor Drive, Orlando, FL 32887.
- de Vet, H. C., Mokkink, L. B., Mosmuller, D. G., & Terwee, C. B. (2017). Spearman–Brown prophecy formula and Cronbach's alpha: different faces of reliability and opportunities for new applications. *Journal of Clinical Epidemiology*, 85, 45-49.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological assessment*, 7(3), 286.
- Forbat, L., & Barclay, S. (2019). Reducing healthcare conflict: outcomes from using the conflict management framework. *Archives of disease in childhood*, 104(4), 328-332.
- Forbat, L., Mnatzaganian, G., & Barclay, S. (2019). The Healthcare Conflict Scale: development, validation and reliability testing of a tool for use across clinical settings. *Journal of Interprofessional Care*, 33(6), 680-688.
- Forbat, L., Simons, J., Sayer, C., Davies, M., & Barclay, S. (2017). Training paediatric healthcare staff in recognising, understanding and managing conflict with patients and families: findings from a survey on immediate and 6-month impact. *Archives of disease in childhood*, 102(3), 250-254.
- Forbat, L., Teuten, B., & Barclay, S. (2015). Conflict escalation in paediatric services: findings from a qualitative study. *Archives of disease in childhood*, 100(8), 769-773.
- Hair Jr, JF., Black, WC., Babin, BJ., Anderson, RE. (2013). *Multivariate data analysis*. 7th ed.. Nova Jersey: Pearson Education Limited.
- Jaruseviciene, L., Kontrimiene, A., Zaborskis, A., Liseckiene, I., Jarusevicius, G., Valius, L., & Lazarus, J. V. (2019). Development of a scale for measuring collaboration between physicians and nurses in primary health-care teams. *Journal of interprofessional care*.
- Kim, S., Bochatay, N., Relyea-Chew, A., Buttrick, E., Amdahl, C., Kim, L., ... & Lee, Y. M. (2017). Individual, interpersonal, and organisational factors of healthcare conflict: A scoping review. *Journal of interprofessional care*, 31(3), 282-290.
- Kline, RB. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. 4th Ed. New York, London, The Guilford Press.
- Konnert, C., Speirs, C., & Mori, C. (2017). Conflict between family caregivers and staff in nursing homes: Feasibility of the daily diary method. *Clinical Gerontologist*, 40(5), 352-361.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., & Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International journal of nursing studies*, 41(1), 85-97.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28(4), 563-575.
- McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J., & Coverdale, J. H. (2003). Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of advanced nursing*, 42(1), 90-96.
- Michelle Rowe, M., & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young?. *Journal of nursing management*, 13(3), 242-248.
- Popper-Giveon, A., & Keshet, Y. (2018). The secret drama at the patient's bedside—Refusal of treatment because of the practitioner's ethnic identity: The medical staff's point of view. *Qualitative Health Research*, 28(5), 711-720.
- Usenko, L. V., Krishtafor, A. A., Tiutiunnyk, A. H., Petrashenok, Y. V., Oleniuk, D. V., Machuzhak, H. A., & Skulinets, O. B. (2019). Features of communication of a doctor with special groups of patients and in conflict situations. *Medicni perspektivi*, 24(3), 4-9.
- Zhongming, W., & Jianhua, L. (2012). Yiliao jiu fen fasheng de yuanyin ji yingdui cuoshi. The reason and countering measures of medical disputes), *Zhongguo shequ yishi (Chinese Community Doctor)*, (12), 409-410.
- Warner, IJ. (2001). *Nurses' perceptions of workplace conflict: Implications for retention and recruitment*. (MA dissertation). Royal Roads University, Canada
- Wallis, C. (2018). When paediatricians and families can't agree. *Archives of Disease in Childhood*, 103(5), 413-414.
- Warner, I. (2001). *Nurses' perceptions of workplace conflict: Implications for retention and recruitment*. Canada: Royal Roads University, 1.
- Wheeler, R. (2018). Response to 'When paediatricians and families can't agree'. *Archives of Disease in Childhood*, 103(5), 410-411.
- Wilkinson, D., Barclay, S., & Savulescu, J. (2018). Disagreement, mediation, arbitration: resolving disputes about medical treatment. *The Lancet*, 391(10137), 2302-2305.