

2299

723256

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

**HASTANE İŞLETMELERİNDE ÖRGÜTSEL
ÇATIŞMA: TEORİ VE ÖRNEK BİR UYGULAMA**

DOKTORA TEZİ

Danışman
Prof. Dr. M. Şerif ŞİMŞEK

Hazırlayan
Şebnem ASLAN

KONYA-2003

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

İÇİNDEKİLER.....	II
TABLolar LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	VI
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANELERİN TANIMI, AMAÇLARI, FONKSİYONLARI, ÖZELLİKLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

1.Hastanelerin Tanımı, Amaçları ve Fonksiyonları	5
1.1.Hastanelerin Tanımı	5
1.2.Hastanelerin Amaçları	8
1.3.Hastanelerin Fonksiyonları	10
2.Hastanelerin Özellikleri.....	13
2.1.Karmaşık Yapıda Açık Dinamik Sistem Özelliği	13
2.2.Matriks Organizasyon Yapısına Sahip Olma Özelliği	18
2.3.Kesintisiz Hizmet Verme Özelliği	22
2.4.Hastane Personelinin Önemli Bir Kısımının Bayanlardan Oluşması Özelliği..	23
2.5.Hastanedeki Farklı Rol ve İlişki Özelliği	24
2.5.1.Tedavi Verme İlişkisi	25
2.5.2.Koordinasyon İlişkisi	27
2.5.3.Denetim İlişkisi	28
2.5.4.Yöneticilik Hekimlik Rollerı	30
3.Hastanelerin Sınıflandırılması.....	36
3.1.Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastanelerin Sınıflandırılması	37
3.1.1.Genel Hastaneler	37
3.1.2.Özel Dal Hastaneleri	37
3.1.3.Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	37
3.2.Ait Oldukları Kurumlara Göre Hastanelerin Sınıflandırılması	39
3.2.1.Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler.....	39
3.2.2.Devlete Dolaylı Bağlı Hastaneler.....	41
3.2.3.Özel Hastaneler	41

İKİNCİ BÖLÜM

ÇATIŞMA OLGUSU VE HASTANELERDE ÇATIŞMA

2.1.Çatışma Kavramı ve Benzeri Kavramlarla İlişkisi.....	42
2.1.1.Çatışma Kavramı.....	42
2.1.2.Çatışma Kavramının Benzeri Kavramlarla İlişkisi	47
2.1.3.Organizasyonlarda Çatışma İle İlgili Başlıca Yaklaşımlar	50
2.1.3.1.Klasik Yönetim Görüşü.....	51
2.1.3.2.Neoklasik Yaklaşım	51
2.1.3.3.Modern Yaklaşım	53
2.2.Hastanelerde Çatışmanın Türleri ve Kaynakları	54
2.2.1.Hastanelerde Çatışmanın Türleri.....	54

2.2.1.1.Fonksiyonel ve Fonksiyonel Olmayan Çatışmalar.....	54
2.2.1.2.Ortaya Çıkış Şekline Göre Çatışmalar	55
2.2.1.3.Tarafları Açısından Çatışmalar	57
2.2.2.Hastanelerde Çatışmanın Kaynakları	62
2.2.2.1.İletişime İlişkin Nedenler	63
2.2.2.2.Anlam Güçlükleri	69
2.2.2.3.Algılama Farklılıkları	70
2.2.2.4.Amaç ve Rol Farklılıkları.....	72
2.2.2.4.Ortak Kaynak Kullanımı	76
2.2.2.5.Kişiler Arası Karşılıklı Bağımlılık	78
2.2.2.6.Değer ve Algılayışlardaki Farklılıklar.....	80
2.2.2.7.Etkin Performans Değerlendirme ve Ödüllendirmenin Uygulanamaması	88
2.2.2.8.Örgütsel Görev ve Sorumluluklardaki Karışıklıklar	91
2.2.2.9.Etkin Ekip Çalışmasının Uygulanmaması.....	99
2.2.2.10.Hastanede Çalışan Personelin Öğrenim Farklılıkları	103

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM HASTANELERDE ÖRGÜTSEL ÇATIŞMANIN YÖNETİMİ

3.1.Çatışma Stratejileri.....	105
3.1.2.Kazanç- Kayıp Stratejisi.....	106
3.1.3.Kazanç- Kazanç Stratejisi	107
3.2.Çatışmalara Geçici Çözüm Yöntemleri.....	107
3.2.1.Kadercilik (Fate)	108
3.2.2.Kaçınma (Avoidance)	108
3.2.3.İşbirliği (Collaboration).....	110
3.2.4.Güç Kullanma (Forcing)	111
3.2.5.Yumuşatma (Smoothing)	111
3.2.6.Müzakere Etme (Negotiation)	113
3.2.7.Uzlaşma (Compromise)	114
3.2.8.Ortak Bir Düşman Bulmak.....	117
3.2.9.Davranış Değiştirme Yöntemi.....	117
3.3.Çatışmalara Nihai Çözüm Yöntemleri	118
3.3.1.Problem Çözme Yöntemi	118
3.3.2.İletişimin Artırılması	128
3.3.3.Hizmet İçi Eğitimin Sürekliliğinin Sağlanması	133
3.3.4.Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi.....	139
3.3.5.Etkin Performans Değerlendirme ve Ödüllendirmenin Uygulanması	150
3.3.6.Etkin Ekip Çalışmasının Uygulanması	158
3.3.7.Daha Üst Amaçların Belirlemesi.....	169
3.3.8.Çalışanların Yönetime Katılmasının Sağlanması.....	174

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM HASTANELERDE ÖRGÜTSEL ÇATIŞMANIN BELİRLENMESİ VE ETKİLERİNE İLİŞKİN UYGULAMA ARAŞTIRMASI

4.1.Araştırmanın Amacı	179
4.2.Araştırmanın Hipotezleri.....	179
4.3.Araştırmanın Varsayımları	180

4.4.Araştırmanın Sınırlılıkları	180
4.5.Araştırmanın Yöntemi.....	180
4.5.1.Araştırmanın Evreni	181
4.5.2.Örnekleme Seçimi.....	183
4.5.3.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemleri.....	183
4.5.4.Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	183
4.5.5.Ölçeklerin Güvenilirliği	185
4.6.Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi.....	185
4.7.Hipotezlerin Test Edilmesi.....	187
4.7.1.Hipotez 1'in Test Edilmesi.....	187
4.7.2.Hipotez 2'nin Test Edilmesi.....	190
4.7.3.Hipotez 3'ün Test Edilmesi.....	193
4.7.4.Hipotez 4'ün Test Edilmesi.....	196
4.7.5.Hipotez 5'in Test Edilmesi.....	199
4.7.6.Hipotez 6'nın Test Edilmesi.....	202
4.7.7.Hipotez 7'nin Test Edilmesi.....	205
4.7.8.Hipotez 8'in Test Edilmesi.....	208
4.7.9.Hipotez 9'un Test Edilmesi.....	210
4.7.10.Hipotez 10'un Test Edilmesi.....	212
4.7.11.Hipotez 11'nin Test Edilmesi.....	214
4.7.12.Hipotez 12'nin Test Edilmesi.....	216
4.7.13.Hipotez 13'ün Test Edilmesi.....	218
4.7.14.Hipotez 14'ün Test Edilmesi.....	220
SONUÇ VE ÖNERİLER	223
EKLER.....	229
KAYNAKÇA.....	248

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.Yöneticiler ve Hekimler Arası Farklılıklar.....	34
Tablo 2.Yönetim Modelleri Değişimi.....	122
Tablo 3.Hastane Personelinin Kurum ve Görevlerine Göre Dağılımı.....	182
Tablo 4.Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	186
Tablo 5.Katılımcıların Görevlere Göre Dağılımı.....	186
Tablo 6.Katılımcıların Görev Süresine Göre Dağılımı.....	187
Tablo 7.Katılımcıların Kurumlara Göre Dağılımı.....	187
Tablo 8.Hipotez 1 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	188
Tablo 9.Hipotez 2 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	191
Tablo 10.Hipotez 3 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	194
Tablo 11.Hipotez 4 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	197
Tablo 12.Hipotez 5 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	200
Tablo 13.Hipotez 6 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	203
Tablo 14.Hipotez 7 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	206
Tablo 15.Hipotez 8 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	209
Tablo 16.Hipotez 9 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	211
Tablo 17.Hipotez 10 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	213
Tablo 18.Hipotez 11 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	215
Tablo 19.Hipotez 12 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	217
Tablo 20.Hipotez 13 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	219
Tablo 21.Hipotez 14 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları.....	221

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.Matriks Organizasyon Şeması.....	19
Şekil 2.Performans Düzeyi ile Çatışma Düzeyi Arasındaki İlişkiler.....	46
Şekil 3.Örgütsel Çatışma Yöntemleri.....	112
Şekil 4.Çatışma Çözüm Yöntemleri.....	113
Şekil 5.Ekip Performans Eğimi.....	159



GİRİŞ

Yönetim kavramı, günümüzde sadece kar amaçlı ticari kuruluşlardaki beden gücüne dayalı işler için değil, aksine beden işçisi olmayan kişilerin yaptıkları işlerin verimi için de gerekli bir kavram haline gelmiştir. Günümüzde, özellikle sağlık sektöründe çağdaş yönetim anlayışı ve ilkelerinin bilinmesi zorunluluk haline gelmiştir. Zira bir üretim işletmesinde yanlış yönetim sadece maddi zararlarla sonuçlanabilirken, sağlık işletmelerindeki kötü yönetim bire bir insan hayatının kalitesiyle ilgili olduğundan insan hayatında ve toplumsal sağlık düzeyinde gerilemeyle sonuçlanabilecektir. Bu açıdan sağlık işletmeleri kapsamında önemli yer tutan hastane organizasyonlarının modern yönetim anlayışınca yönetilmeleri gerekmektedir.

Etkili bir yönetimin başlıca işlevleri, planlama, örgütlenme, koordinasyon, yönlendirme ve denetleme fonksiyonlarından oluşmaktadır. Hastanelerde yönlendirme uygulaması ise insanla ilgili olması dolayısıyla psiko-sosyal bir işlev görür. Zira yönlendirme kapsamına, etkin liderlik, ekip çalışması, motivasyon, çatışma yönetimi konuları girmektedir. Bu çalışmada hastanelerde büyük bir sorun haline gelen örgütsel çatışma konusu ele alınmaktadır. Bu kapsamda hastanelerde örgütsel çatışmanın sebepleri, sonuçları ve çözüm yollarının ortaya çıkarılması hedeflenmektedir.

Hastaneler tüm diğer örgütler gibi belli bir çevrede yer alırlar. Örgütün bulunduğu çevre kaçınılmaz surette bir çatışma oluşturabilir. Rakipler pazar paylaşımı yoluyla karlarını maksimize etmek için müşteri ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bulunabilirler¹. Hastaneler ise gelişimi en hızlı yaşayan organizasyonlardır. Dolayısıyla bulundukları çevre ile rekabetleri ancak bulundukları çevredeki değişen teknolojiyi takip etmekle mümkün olabilecektir. Hastaneler çevrelerinden bilgi, araç gereç ve insan giriş çıkışı yapan açık dinamik sistemlerdir. Bu da belli bir finansman gerektirmektedir. Dolayısıyla hastaneleri çevrelerinden ayrı düşünmek imkansızdır. Ancak tez çalışması, sadece hastanedeki örgütsel çatışma ile sınırlı kalmakta olduğundan, çevre unsuru ele alınmamaktadır.

Çalışma ile ilgili bir başka konu, örgütsel çatışmanın kaynaklarından birisinin bireysel çatışma olduğu gerçeğidir. Ancak bireysel çatışma psikoloji bilim dalıyla ilgili olmasından dolayı, burada sadece kısaca değinilmekle sınırlı kalmıştır. Ancak bilindiği

¹ John Martin, **Organizational Behaviour**, Second Edition, The University of Hull, Printed in Italy by G.Ganale&C., 2001, s.851.

üzere örgütsel çatışmanın oluşumunda, bireyin kendinden kaynaklanan çatışmanın da etkili olduğu bilinmektedir.

Çatışma, kişiler arasında, gruplar arasında çeşitli sebeplerden meydana gelen birbirine ters düşme, zıtlasma, uyumsuzluk halidir. Hastanelerdeki çatışma ise; diğer kurumlardan farklı olarak örgüt çalışmasını çok daha fazla etkileyen unsur olmaktadır. Zira hastanede söz konusu olan faaliyetler ekip çalışmasının yapılmasını gerektirmektedir. Dolayısıyla sağlıklı bir ekip çalışması ise bire bir çalışanlar arasındaki olumlu iletişimin olmasına bağlıdır.

Çatışma organizasyonlar için vazgeçilemeyen, tümüyle ortadan kaldırılamayan önemli bir olgudur. Bunun yanında organizasyonların etkin işleyebilmesi için belirli düzeyde çatışmanın da olması gerekmektedir. Bu sebeple çatışmanın optimum düzeyde örgütte bulunması ve örgütün lehine dönüştürülmesi gerekir. Öyle ki; örgütte çatışmanın bulunmaması durgunluğu getirebilecektir. Çatışmanın fazla bulunması da verimsizliği getirecektir. Bu nedenle hastanede istenilen çalışma verimini dengeleyen optimum çatışmanın varlığıdır.

Sağlık çalışanları kendi arasında çok farklılıklar arz eden kurum çalışanlarından oluşmaktadır. Dolayısıyla farklı öğrenim düzeyleri, farklı beklentileri, farklı sosyal yaşam şartlarına sahip çalışanlardan bir çalışma ekibi kurmak ve optimum çatışma düzeyinde işleyişini sağlamak oldukça zordur. Bu maksatla hastane yöneticilerine çok önemli görevler düşmektedir.

Ülkemiz şartlarında hastanelerin, büyük bir kısmı kamu hastaneleri görünümündedirler. Dolayısıyla hastaneler, kendi matriks yapısına paralel olarak bir de kamu örgütlerinin sorunlarını da beraberinde taşımaktadır. Tez çalışmasında esasen özel hastaneler de incelenebilirdi. Ancak ülkemizde sağlık çalışanlarının en büyük kısmı kamu hastanelerinde çalışmaktadır. Bu maksatla kamu hastanelerinde araştırma yapmak daha uygun olmuştur. Ancak gün geçtikçe özel hastane sayılarında da artış izlendiğini söylemek de yanlış olmayacaktır.

Çalışmada örgütsel çatışmanın nedenleri yerine örgütsel çatışma kaynakları tanımlamasını kullanmak tercih edilmiştir. Zira, hastanede varolan çatışmanın kaynaklarıyla örgütsel çatışmanın sebeplerini kastedilmektedir. Hastanede çatışma sebebi olarak; iletişime ilişkin nedenler, anlam güçlükleri, algılama farklılıkları, amaç ve rol farklılıkları, ortak kaynak kullanımı, kişiler arası karşılıklı bağımlılık, değer ve algılayışlardaki farklılıklar, etkin performans ve değerlendirmenin uygulanamayışı,

örgütsel görev ve sorumluluklarda karışıklıklar, etkin ekip çalışmasının uygulanamaması, hastanede çalışan personelin öğrenim farklılığı gibi sebepleri saymak mümkündür.

Çalışmanın birinci bölümünde hastaneler, tüm özellikleriyle ele alınmaktadır. Bu maksatla; hastanelerin tanımı, amaçları, fonksiyonları konularına yer verilmiştir. Hastanelerin özellikleri kapsamında ise; hastanelerin; karmaşık yapıda açık dinamik sistemler olmaları, matriks organizasyon yapısına sahip olmaları, kesintisiz hizmet verme özelliği, hastane personelinin önemli bir kısmının bayanlardan oluşması, hastanedeki farklı rol ve ilişki özelliği konularına değinilmektedir. Hastanelerin sınıflandırılması kapsamında; verdikleri hizmete göre sınıflandırılmaları, ait oldukları kurumlara göre sınıflandırılmaları yapılmaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde hastanelerde çatışma türleri ve kaynakları konularına değinilmiştir. Aynı zamanda çatışma kavramı konusu ele alınarak çatışma kavramının benzeri kavramlarla ilişkisi incelenmiştir. Organizasyonlarda çatışma ile ilgili yaklaşımlar ele alınmıştır. Son olarak, hastanelerde çatışmanın türleri ve kaynakları incelenmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise, hastanede çatışma yönetimi konusunda; çatışma stratejileri, çatışmalara geçici çözüm önerileri konularına girilmiş ve hastanelerde çatışmanın nihai çözüm önerilerine yer verilmiştir. Çatışmalara nihai çözüm yöntemleri kapsamında; problem çözme yöntemi, iletişimin artırılması, hizmet içi eğitimin sürekliliğinin sağlanması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, etkin performans değerlendirme ve ödüllendirmenin uygulanması, etkin ekip çalışmasının uygulanması, daha üst amaçların belirlenmesi, çalışanların yönetime katılmasının sağlanması konularına yer verilmektedir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde ise, örnek bir uygulama ele alınmaktadır. Uygulama kapsamında organizasyon yapıları birbirine benzeyen dört kamu hastanesinde, hastane çatışma sebeplerini teşhis etmeye yönelik çalışma yapılmaktadır.

Diğer bütün çalışmalar gibi bu tez çalışması da bir çok kişinin katkılarıyla hazırlanmıştır. Bu nedenle öncelikle yakın ilgi ve yönlendirmelerinden dolayı tez danışmanım Prof. Dr. M. Şerif Şimşek hocama, doktora dersleri ve sonrası desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Tahir Akgemci hocama, bilgilerine her zaman danıştığım Doç. Dr. Adnan Çelik Hocama, İstatistik çalışmamda benimle bilgisini ve zamanını paylaşan Prof. Dr. Sait Bodur Hocama, Hastanede çalışmalarımı desteklerini çekmeyen Dr. Mustafa Yüksel Solak'a, Kalite Ekibi çalışanlarından Op. Dr. Sema Soysal, Uzm. Psikolog Arzu Çiçekçi ve diğer kalite ekibine, arkadaşlarım Ayşe Keser'e, S. Murat Mutlu'ya, anket çalışmamda anketimin çabuk yapılmasını sağlayan Konya Numune Hastanesi Baştabibliği

ve Başhemşireliğine, Kendi kurumum olan Konya Dr. Faruk Sukan Doğum ve Çocuk Hastanesi Baştabibliği ve Başhemşireliğine, Karaman Devlet Hastanesi Baştabibliği ve Başhemşireliğine, Karaman Doğumevi Baştabibliği ve Başhemşireliğine, Karaman Sağlık Yüksekokulu çalışanlarına, anket dağıtımında yardımlarını esirgemeyen öğrencilerimize, anketimi cevaplamak için zaman ayıran meslektaşlarım; tüm sağlık çalışanlarına ve en önemlisi benimle üzüldüğüm benimle sevinen anneme ve babama sonsuz teşekkürler ediyorum.



BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET İŞLETMELERİ OLARAK HASTANELERİN TANIMI, AMAÇLARI, FONKSİYONLARI, ÖZELLİKLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

Günümüzün en karmaşık organizasyonlarından birini oluşturan hastanelerde çatışma ve çatışma yönetimi gün geçtikçe önemi artan bir konu haline gelmektedir. Hastanelerde ortaya çıkan çatışmaların nedenlerini ve yönetim tarzlarını ortaya koymak öncelikle hastane organizasyonunu tanımakla mümkün olabilir. Bu nedenle biz burada önce hastanenin tanımı, amaçları, fonksiyonları, özellikleri ve son olarak da hastanelerin türleri hakkında kısaca açıklamalarda bulunmak gerektiğine inanıyoruz.

1. Hastanelerin Tanımı, Amaçları, Fonksiyonları

Sağlık; Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” gibi ölçümlenmesi zor bir terim olarak tanımlanmakta ve tüm uluslarca her bireye doğuştan elde edilen anayasal bir hak olarak sunulmaktadır. Zira bu tanımlama insana özgü ihtiyaçlardan etkilenen ve yanıt verilmesi oldukça zor bir tanımlama olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle sağlık ve sağlık ile ilgili kavramlar, genel sistem teorisi bağlamında ele alınarak, tüm kamusal örgütlenmeler ile ilişkilendirilmektedir¹. Biz de burada, bu amaçla hastane işletmelerini sistem yaklaşımı içerisinde ele alıp incelemeyi amaçlıyoruz.

1.1. Hastanelerin Tanımı

Hastaneler, sağlık tanımı kapsamındaki hizmetleri üreten günümüzün en karmaşık işletmeleri², yapısal, teknolojik ve çevresel özellikleri nedeniyle en yüksek uzmanlaşmaya sahip birer örgüt³ ve toplumsal örgütlerin en eski örneklerinden birini oluşturan organizasyonlardır⁴. Sağlık hizmetleri, farklı özelliklere sahip işletmeler tarafından sunulan hizmetlerdir. Bu işletmeler arasında ise, hastaneler; bünyelerinde taşıdıkları özellikleri nedeniyle odak noktası olan işletmeler⁵ ve hizmet üreten kurumlar içinde işletme ve

¹Ümit Şahin, “Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi”, *Hastane Dergisi*, Sayı:13, www.hastane-dergisi.com, 03.07.2002, s.1.

²Ümit Şahin, *Ülkemiz Hastane İşletmeciliğine Kalite: Sorunlar ve Öneriler*, www.merih.net, 05.03.2002, s.1.

³ Ömür Timurcanday Özmen, Alev Ergenç Katrinli, “Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde İş Yapısı Özellikleri, İş Doyumu ve Sorunları”, (Editör.Muammer Doğan, ve Diğerleri), 9 Eylül Üniversitesi 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs, 1994, Aydın, s. 135.

⁴Bilal Ak, “Hastane Yönetiminin Gelişimi”, *Modern Hastane Yönetimi*, yıl.1, s.2, Eylül 1997, s.18.

⁵ Ümit Şahin, Yaşar Odacıoğlu, İlhami Ünlüoğlu, *Hekim Adaylarının Ülkemiz Sağlık Sistemi ile İlgili Değerlendirmeleri*, www.merih.net, 15.02.2002, s.1.

sermaye maliyeti en yüksek kurumlardır⁶. Hastaneler, sağlık sistemini oluşturan tüm alt sistemlerden etkilenen ve etkileyen örgütsel yapılar⁷, bir çok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı sosyal örgütlerdir⁸.

Hastanelerimizin farklı yerlerdeki tanımlarına bakacak olursak aralarında paralellik görmek mümkündür. Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO), hastaneleri; “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır⁹. SSYB (Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı)’nın Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde ise, “Hasta ve yaralıların, hasta olduğundan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak izleme, muayene, tanı, tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum eyleminin yapıldığı kurumlardır.” şeklinde tanımlanmaktadır.

Hastaneler, kamusal otorite ve toplumsal baskı grupları ile karşılıklı etkileşimde bulunan örgütlerdir. Hastanelerde sunulan hizmetlerin, tüm uluslarca anayasal bir hak olarak güvence altına alınmaları ve tanımlaması güç, sağlıkla ilgili hizmetler olmaları, hastanelerin yönetim ve işlevlerini daha da karmaşık hale getirmektedir.

Sağlık hizmeti veren üretim birimlerinin en büyük alt sistemleri olmaları ve söz konusu hizmet üretiminin büyük bir bölümünü üstlenmiş olmaları sebebiyle bu birimlerin, çağdaş işletmecilik anlayışına göre yönetilmeleri gerekmektedir¹⁰. Zira sağlık hizmetleri, nitelikleri her hastaya göre değişiklik gösterebilen, üretildiği anda tüketilen, elle tutulmayıp gözle görülmediği için de kalitesi kolayca denetlenemeyen bir hizmet türüdür¹¹. Ayrıca, sosyal ve toplumsal bir kurum olan hastaneler, büyük çoğunluğu kamu kuruluşları nitelikleri olan organizasyonlardır¹². Bu sebeple modern yönetim tekniklerini uygulamanın en fazla ihtiyaç duyduğu organizasyonlardır.

⁶Hikmet Seçim, *Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması*, www.merih.net, 14.02.2002, s. 1.

⁷Ümit Şahin, Fikriye Toker, Metin Ateş, *Hastane Yönetimi*, www.merih.net, 14.05.2002, s.1.

⁸M. Oya Çetık, S. Noyan Oğulata, “Hastane Hizmet Birimleri Arasında İş Akışının Ergonomik Açıdan Düzenlenmesi”, *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, yıl.41, s.489, s. 21.

⁹Hikmet Seçim, *Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri*, Management-Education-Research-Informatics For Health, www.merih.net.com, 02.07.2002, s.2.

¹⁰Hüseyin Özgen , Azim Öztürk, *Türkiye’deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma*, Government-Kamu Kurumları Web Sitesi, 02.05.2002, s.1

¹¹Osman Hayran, “Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?”, www.merih.net., 03.07.2002, s.5.

¹² Bilal Ak, *Hastane Yöneticiliği*, Ankara: Özkan Matbaacılık, 1990, s.69.

Hastane ayrıca bir sistem, bir organizasyon, bir işletmedir ve yönetim gerektirir¹³. Öyle ki hastane sisteminde alt sistemlerden birinde yapılan değişim tüm sistemi etkiler. Farklı profesyonel meslekleri ve yapıları bir arada bulundurması dolayısıyla hastaneler kritik öneme sahip yapılar görünümündedirler.

Bunun yanında hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren geri bildirim mekanizmasına sahip¹⁴ belirli amaca yönelmiş, birbiriyle ilişkili belirli parçalardan oluşan ve parçalar (alt sistem) arasındaki ilişkiler sisteminin bütününden daha önemli olan, ek fayda (sinerji) oluşturan, bir sistem bütünüdür¹⁵. Hastanenin girdilerini hastalar, insan gücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynakların oluşturduğu; hastanedeki çeşitli hizmet birimlerinin kendi alanları ile ilgili olarak gerçekleştirdikleri planlama, örgütlenme, yürütme ve denetleme faaliyetlerinin dönüştürme sürecinin belirttiği; çıktıların ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet-içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmak olduğu görülmektedir¹⁶.

Hastaneler yukarıda da işaret ettiğimiz gibi, aynı zaman da birer organizasyondur. Organizasyon terimi iki değişik anlamda kullanılmaktadır. Birincisi, önceden planlanmış ilişkiler anlamına gelen yapı; ikincisi ise bu yapının oluşturulması sürecidir. Hatta üçüncü olarak toplumdaki diğer varlıklar arasında bir sosyal sistem olduğu da söylenmektedir. Tanım olarak ise, organizasyon, belirli amaçlar doğrultusunda kişilerin çabalarını birleştirdikleri yapılandırılmış bir süreçtir. Hastaneler müşteri işleyen ve uzmanlığın standardizasyonuna dayanan organizasyonlardır. Mintzberg'in sınıflamasına göre "profesyonel bürokrasi" olarak adlandırılan organizasyonlardır¹⁷. Profesyonel bürokrasiler ise, standart ürün ve hizmet üretmek için üretim sürecindeki profesyonellerin yetenek ve bilgisine güvenen örgütlerdir¹⁸.

¹³Berna Eren, **Bir Lojistik Sistem Olarak Hastane**, <http://www.merih.net/m1/cvberner.htm>, 15.02.2002, s.1.

¹⁴Hikmet Seçim, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, İstanbul: İşletme Fakültesi Yayın No: 252, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın No:145,1991, s.6.

¹⁵ Bilal Ak, " 21. Yüzyılda Sağlık Hizmetlerine Stratejik Bir Bakış", **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, s.472, Nisan 2001, s.23.

¹⁶ B. Eren, "Bir Lojistik Sistem Olarak Hastane", **a.g.m.**, s.5.

¹⁷ Berna Eren, **Bir hekim Organizasyonu Olarak Hastane**, www.merih.net, 15.02.2002, s.1-2.

¹⁸ Bayram Şahin, "Sağlıkta Yönetim Zorluğu: Hekim otonomisinin Sonu Olabilir mi?" **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.4, sayı.1, Sonbahar 1999, s. 28.

Ayrıca, sağlık hizmetleri çok sektörlü, aşırı merkeziyetçi, katı, dolayısıyla koordinasyon zaafı olan bir yönetim ve yapılanmaya sahiptir. Başta Anayasa'ya ve diğer ilgili mevzuata göre sağlık ve sağlık hizmetlerinin tek elden planlanıp düzenlenmesinden temelde sorumlu olan Sağlık Bakanlığı hizmet sunan diğer kurumlar üzerinde fazla etkili olamamış, mevzuatla verilen görev ve yetkileri yerine getirememiştir. Koordinasyon eksikliği ve çok başlılığın eseri olarak oluşan hizmet boşluklarını, her kurum ve kuruluş kendi çözmek gayretiyle kendi örgütlenmesini yapmış bu da hizmetlerde karmaşaya sebep olmuştur¹⁹.

1.2. Hastanelerin Amaçları

Hastanelerin amaçlarının en önemlisini, sağlık hizmetlerinin verilmesi oluşturur. Sağlık hizmetleri geleneksel olarak bir hizmet sayılmasına rağmen sağlık hizmetleriyle diğer hizmetler arasında bir çok farklılıklar vardır²⁰. Maynard, Mills, Gilson ve Pauly gibi çeşitli yazarlar, sağlık hizmetini çeşitli yönlerden diğer hizmetlerden ayırmışlardır. Sağlık hizmetlerinin, hem tüketim hem de yatırım unsuruna sahip olması; gelirle ilişkilendirildiğinde sağlık hizmet maliyetlerinin yüksek olması; kötü sağlığın para kazanma kapasitesini olumsuz yönde etkilemesi; hastaların sağlık hizmetinin tüketimine olduğu kadar sağlık hizmetinin üretim sürecine de doğrudan katılması ve sağlık hizmetinin yaşam ve ölümle ilgili bir kavram olması sebebiyle diğer mal ve hizmetlerden farklılaştığını belirtmektedirler²¹. İşte bu tür farklı hizmet sunulması dolayısıyla hastane işletmelerinin amaçları da farklılık göstermektedir.

Hastanenin başlıca amacı, hastalarına uygun bakım ve tedavi sağlamaktır. Başlıca ürünü hastaya verilen tıbbi, cerrahi ve hemşirelik hizmetleri; ana konusu ise, hastanın yaşamı ve sağlığıdır. Hastane, kendi varlığını sürdürmek için ve örgütsel gelişme, finansal olarak tüm borçlarını ödeme gücüne kavuşma, tıp ve hemşirelik eğitimi yapma, araştırma ve personeli geliştirme ile ilgili çeşitli alt amaçlara da sahip olabilmektedir²².

Sağlık hizmetleri sunmak gerekçesiyle tıbbi bir kuruluş özelliği taşıyan hastaneler, farklı özellikleri bünyesinde barındıran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçlarını gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlardır. Hastanenin özel, kamu veya kar amacı

¹⁹ M. Hulki Uz, "Sağlık Reformu ve Mahalli İdareler Reformunda Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi," *Amme İdaresi Dergisi*, c.32, s.1, Mart 1999, s.114.

²⁰ Dilaver Tengilimoğlu, "Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri", *Ankara Üniversitesi S.B.F.*, Ocak- Mart 2000, s.192.

²¹ H. Hüseyin Yıldırım, "Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları," *Amme İdaresi Dergisi*, c.32, s.1, Mart 1999, s.126.

²² A. Kadir Sönmez, "Modern Hastane Yönetimi "Ekip" Olunmasını Gerektirir", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.3, s.3, Mart 1999, s.33.

gütmeyen üçüncü sektöre ait olması veya araştırmaya dayalı üniversite ya da ihtisas hastanesi olması, hastanenin hizmet sunma stratejilerinde önceliklerini değiştirse bile (örneğin; tıbbi araştırmaya yönelme, sosyal sağlık sigortaları çerçevesinde nüfusun ihtiyaç içindeki kesimlerini kapsama alma ya da belirli bir coğrafi bölge halkına hizmet sunma gibi) yönetimde etkinlik sağlanması, tüm hastaneler için ortak bir hedef niteliği taşımaktadır²³.

J. Paul Feldstein hastanelerin asıl amacını, belirli düzeydeki sağlık hizmetini, mümkün olabilecek en düşük maliyetle, maksimum nicelikte üretebilmek olarak belirlemiştir²⁴. Hasta bakım hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş olan hastaneler, amaçlarını gerçekleştirmek için personel, alet ve ekipman gibi mevcut kaynaklarını verimli bir şekilde kullanmak durumundadırlar. Hastanenin etkililik ve verimlilik düzeyi, personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleriyle doğrudan doğruya ilişkili kavramlardır²⁵. Zira hastanelerde hasta bakım kalitesini etkileyen personel için yapılan harcamalar, tüm hastane giderlerinin üçte ikisini oluşturmaktadır²⁶. Sağlık sektöründe pazarlama kavramının bilimsel anlamda uygulamaya konulamamasının sebepleri arasında, arz-talep dengesizliği önemli yer tutmaktadır. Zira, büyük orandaki talep, hastanelere hangi şartlarda olursa olsun hizmetlerini sunabilme güvencesi verebilmektedir²⁷. Bu da hastaneyi diğer organizasyonlardan ayıran en önemli özelliktir.

Değişen sağlık bakım çevresinde tüketiciler kanadında da daha kaliteli ve tatmin edici sağlık bakımına olan talebin artması yönünde değişimler olmuştur. Sağlık bakım sunucuları kanadı ise (hekimler, hastaneler) giderek daha piyasa yönelimli (tüketici odaklı) hizmet vermeye başlamışlardır. Bu gelişmeler tüketici tercihini, tüketici egemenliğini ön plana çıkaran, tüketici yanlılığı fikrini gündeme getirmiştir. Sağlık bakımında tüketici yanlılığı konusundaki gelişmeler, hastaları daha kaliteli ve verimli sağlık bakımı satın alma konusunda motive etmiştir²⁸. Bu durum da beraberinde hastaneleri kaliteli hizmet vermeye zorlamaktadır. Bugün yurt dışında ve ülkemizdeki hastanelerin Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları bunun bir kanıtıdır.

²³ Sevgi Kurtulmuş, *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri:İstanbul, 1998, s.232.

²⁴ Adnan Köksal, Hüdaverdi Akbeyik, "Çağdaş Yönetim Anlayışı ve Hastane İşletmeciliği", *Modern Hastane Yönetim Dergisi*, c.6, sayı.1, Ocak-Şubat-Mart 2002, s. 8.

²⁵ Ümit Şahin, *Hastanelerde İşgören Yönetimi*, www.merih.net.,07.03.2002,s.2.

²⁶ Ü. Şahin, a.g.m., s.2.

²⁷ Ömer Karahan, *Hastane Hizmetlerinin Pazarlanması ve Bir Örnek Olay*, www.merih.net/m1/cvomekar.htm., s.1.

²⁸ H Hüseyin Yıldırım, "Sağlık Bakımında Tüketici Davranışları: Tüketici Davranış Endeksine Dayalı Bir Uygulama", *Amme İdaresi Dergisi*, c.32, s.2, Haziran 1999, s.77.

Öyle ki; “müşteri” kavramı sağlık hizmeti sürecinde yer alan pek çok meslek grubunu ve bölümünü içinde barındırır. Temel hedefi “hasta” olan sağlık hizmetinde “müşteri” terimi, günümüz sağlık sektöründe pek sıcak karşılanmasa da, rekabet avantajı elde edebilmek ve toplam kalitenin temelinde yatan “müşteriyi memnun edebilmek” açısından konuya baktığımızda her aşamada hizmetin kalitesini değerlendirecek kesimi, “müşteri” olarak tanımlamamız doğru olacaktır. Sağlıkta müşteri, hizmet sunum sürecini başlatan hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personeli, süreçte birebir yer alan hastalar ve bazı aşamalarda hizmeti hastadan daha etkili olarak değerlendirebilen hasta yakınları yer almaktadır²⁹.

1.3. Hastanelerin Fonksiyonları

Günümüzde hastaneler; teşhis, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra, hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma birimi, bir çok meslek mensubu kişilerin çalıştığı bir örgüt, sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğindeki işletmelerdir³⁰. Tanımdan da çıkarabileceğimiz gibi hastanelerin fonksiyonlarını;

- Tedavi hizmetleri,
- Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri,
- Eğitim,
- Araştırma ve geliştirme³¹,
- Varlığını sürdürebilme³², olarak sınıflandırmak mümkündür.

Hastanelerin fonksiyonları; tıbbi hizmetler, mali hizmetler (satın alma, ayniyat, depo ve ambar hizmetleri), teknik hizmetler şeklinde sınıflandırılabilir. Tıbbi hizmetler bakım, tedavi, eğitim, araştırma ve sosyal hizmetler fonksiyonlarını içerir. Yönetim hizmetleri mali, teknik ve personel yönetimini kapsar. Tüm bu hizmetlerin çağdaş otelcilik hizmetleri kapsamında sunulması beklenilmektedir³³. İkinci ve üçüncü basamak sağlık

²⁹Fatma Pakdil, Konur Hastanesi’nde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti, www.merih.net., 15.02.2002, s.3.

³⁰Hüseyin Özgen, Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar, Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar, s.73-76, www.merih.net.com., 15.02.2002, s.1.

³¹Şahin Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi: Ankara, Mart 2000, s. 76.

³²Ümit Şahin, Yaşar Odacıoğlu, Hastane İşletmeciliğinde Örgütsel Performansı Artırıcı Bir Uygulama Olarak Halkla İlişkilerin Önemi, www.merih.net, 15.02.2002, s.1.

³³Fatma Yüncü, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, İzmir: Bilgehan Basımevi, 1990, s. 85.

hizmetlerinin verildiği hastanelerde, otelcilik hizmetlerinin yanı sıra, poliklinik, laboratuvar, röntgen, ameliyathane hizmetleri gibi geniş bir yelpazede yönetim gerekliliği hastane organizasyonunu karmaşık bir hale getirmektedir³⁴.

Hastaneler genel işletme fonksiyonları açısından ele alındığında; hasta tedavisi ve bakımı hizmetlerinin üretimi, hastane ihtiyaçlarının tedariki, hastane finansmanı, hastane hizmetlerinin pazarlanması, hastane yönetimi gibi temel fonksiyonları yerine getirmektedir³⁵.

Hasta olma hali insanda psikolojik ve fizyolojik bağımlılık oluşturmaktadır. Bu nedenle, hekim tarafından yalnızca hastalığın teşhisi ve tedavisi için tıbbi rejimin belirlenmesi yeterli olmamaktadır. Hastanın korunup gözlemlenmeye, kısacası çeşitli türde bakıma ihtiyacı vardır. Dolayısıyla hastaların tedavisi ekip halinde çalışmayı gerekli kılmıştır. Hasta tedavi etmek amacıyla bir araya gelen bu ekiple³⁶ hastane işletmesi oluşmuş ve bu oluşum halen de süregelmektedir. Hastane, dolayısıyla hastanın beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik her türlü fonksiyonlara sahip olmalıdır.

Hastanelerin temel işlevi; müşterilerinin hizmet taleplerinin oluşum nedeni olan hastalıkların tedavisidir. İnsan vücudunda hastalıklar farklı organlarda ve farklı nedenlere bağlı olarak meydana gelmektedir. Hastalığın ortadan kaldırılması ile ilgili hizmetler ise tedavi planı olup, hekimler tarafından belirlenir ve yine hekimlerle birlikte tüm hastane örgütü tarafından uygulanır. Bu faaliyet, hasta bakımı olarak nitelendirilmektedir³⁷.

Koruyucu hekimlik, tedavi edilsin veya edilmesin, hastalık çeşitlerinin gelişmesini, imkanlar ölçüsünde önlemek ve varolan imkanları genişletmek amacını güder. Sözelimi; çevre kirlenmesinin yol açtığı hastalıkların tedavisinden çok, çevre kirlenmesinin önlenmesi koruyucu hekimliğin amaçlarındandır. Kısaca; koruyucu hekimlik hastane tarafından oluşturulan önerilerin topluma aktarılması fonksiyonudur³⁸.

Hastaneler aynı zamanda birer eğitim kurumlarıdır. Hastanelerde verilen eğitim ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, hasta ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin

³⁴ Osman Hayran, **Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi**, www.merih.net/ml/cvosmhay.htm, s.24.

³⁵ Nermin Özgülbaş, Simten Malhan, "Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.4, s.2, Mart-Nisan 2000, s. 15.

³⁶ H. Seçim, "Hastane Yönetim ve Organizasyonu", **a.g.e.**, s. 10.

³⁷ Ü.Şahin, Y. Odacıoğlu, **a.g.m.**, s.2.

³⁸ B. Ak, "Hastane Yöneticiliği", **a.g.e.**, s. 78.

eğitimi (intörnlük, tıpta uzmanlık), hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir³⁹.

Araştırma geliştirme fonksiyonu ise; sağlıkla ilgili klinik içi, klinik dışı her türlü saha araştırmalarını ve geliştirme faaliyetlerini kapsar. Tıp biliminin araştırma özelliği bütün bilim dallarından daha yoğun ve daha belirgindir. Tıp biliminin yalnızca teorik olması mümkün değildir. Hastanelerde ameliyathaneler ve laboratuvarlar, ampirik çalışmaların en yoğun olduğu yerlerdir. Buralarda elde edilen bilgi ve bulgular tekrar deneyden geçirilerek, teşhis ve tedavi usullerinin geliştirilmesine büyük katkıları olmaktadır⁴⁰.

Hastanelerin verimli bir şekilde tüm bu fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için nitelikli tıp, yardımcı tıp, mali, idari personel kadrosuna, yeterli araç gereç ve tıbbi cihazlar ile diğer fiziksel ve insan gücüne ihtiyaçları vardır. Bu da ancak yeterli düzeyde parasal güce sahip olmakla mümkündür. Öbür yandan her çeşit insan gücü, fiziksel ve teknik imkanlar en üst düzeyde sağlanmış olsa bile, yine de hastanenin sorunları çözümlenemeyebilecektir. Zira, sözü edilen insan gücü, fiziksel ve teknik organizasyonu, tasarım ve kontrolü, fiziksel ve teknik unsurların seçimi, yerleştirilmesi, iş akışının akıcı hale getirilmesi, insan ilişkileri, ücret yönetimi, devlet bürokrasisindeki engellerin en aza indirilmesi, vb. sorunlar bizi bir yönetim sorunuyla karşı karşıya getirebilecektir⁴¹. Tüm bu karmaşık fonksiyonlara bir de ihtiyaçların giderilememesi eklenirse, ülkemiz hastanelerinin, fonksiyonlarını yerine getirmede ne değin güçlkle karşılaştıkları tahmin edilebilecektir.

Bir tedavi, eğitim, araştırma ve sosyal bir örgüt olabilmenin gereği olarak, oldukça karmaşık bir yapıya sahip olan ve finansman, yatırım, yönetim gibi çeşitli sorunlarla karşı karşıya bulunan hastaneler, işlevlerini gereğince yerine getirebilmek için bir çok önemli sorunu da çözümlmek zorundadır. Bu nedenle, hastanelerde hizmet sunumuna yönelik, işletmecilik sorunlarının araştırılması önem kazanmaktadır⁴².

Ayrıca hastaneler, sağlık hizmeti yanında otelcilik hizmetleri de sunan ticari kurumlardır. Bu nedenle bir hastanede, muhasebe, finans ve kalite gibi unsurlara azami özen gösterilmediği takdirde, kurumun ayakta kalabilmesi ve diğer kurumlarla yarışabilmesi mümkün değildir. Bir resmi kurum için bunların pek önemli olmadığı ve bir

³⁹ Ş. Kavuncubaşı, "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi", a.g.e., s. 76.

⁴⁰ B. Ak, "Hastane Yöneticiliği", a.g.e., s. 77.

⁴¹ H. Özgen, a.g.m., s.1.

⁴² Ü. Şahin, Y. Odacıoğlu, a.g.m., s.3.

üniversite hastanesinin nasıl olsa hizmet dışı bırakılamayacağı düşünülebilir. Fakat, güvenini ve gücünü kaybetmiş böyle bir sağlık kuruluşu, öncelikle kendi sağlığını yitirmiş, hasta bir kuruluş demektir⁴³.

Hastanelerin birincil amacı (tanı, tedavi vs.)'nın yanında ikincil amaçlarından, otelcilik işlevi, açığa kavuşturulmamış ve arka planda kalmıştır. Oysa, tanı ve tedavi sonrası hijyen ve sanitasyon eksikliğine bağlı ölümlere sıkça rastlanmaktadır. Bu sebeple, hastanede konaklama hizmetleri ve bu hizmetler içerisinde yer alan kat hizmetleri (housekeeping) bölümü ve işlevi önemli konuma sahip olmalıdır⁴⁴.

Son olarak, hastane işletmesinin fonksiyonları kapsamında; ekonomik fonksiyonları ifade edilebilir. Hastaneler, diğer örgütler gibi toplumun kıt kaynaklarını kullanmaktadır ve ekonomik ilkeler içerisinde, en azından toplumların sağlık için ayırdığı kaynakları akılcı biçimde kullanmak zorundadır⁴⁵.

2. Hastanelerin Özellikleri

Hastanelerin özellikleri kapsamında; karmaşık yapıda açık dinamik sisteme sahip olmaları, matriks organizasyon yapıları, kesintisiz hizmet veren organizasyon yapıları, personelinin önemli bir kısmının bayanlardan oluşması ve farklı rol ve ilişki özellikleri yer almaktadır.

2.1. Karmaşık Yapıda Açık Dinamik Sistem Özelliği

Sağlık sisteminin bir alt sistemi olan hastaneler, örgütlenmiş tıbbi personeli ve hemşirelik hizmetleri ile hastaların teşhis ve tedavisini sağlayan hem hammadde hem de nihai ürünü insan olan karmaşık sistemlerdir⁴⁶.

Hastaneler; sağlık hizmetlerinin tümünü topluma sunmak üzere düzenlenmiş ve bu amaca ulaşması için birbirine bağımlı çeşitli teknik ve tıbbi bir çok karmaşık işlemlerin ortaya konulduğu kurumlardır⁴⁷. Aynı zamanda açık dinamik sistemlerdir. Hastaneler, sadece hizmet nedeniyle değil, kendisini oluşturan personelin, farklı özelliklere sahip olması nedeniyle de karmaşık örgütlerdir. Benzer büyüklükteki örgütlerle

⁴³ Mustafa Artvinli, "Devlet, Üniversite Hastaneleri Üst Düzey Yönetim Sorunları", *Tıp Teknolojisi Dergisi*, s.9, www. hastanederjisi.com, 03.06.2002, s.2.

⁴⁴ Azize Tunç, H. Dilek Sevin, "Hastane Hizmetlerinde Kaliteli Konaklama Hizmetlerinin Sürdürülmesinde Kat Hizmetleri", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, c.5, s.2, Bahar 2000, s. 100.

⁴⁵ İsmet Şahin, "Sağlık Kurumlarında Göreceli Verimlilik Ölçümü: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin İllere Göre Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi", *Amme İdaresi Dergisi*, c.32, s.2, Haziran 1999, s.127.

⁴⁶ İsmet Şahin, Bayram Şahin, "Hastane Çalışanlarının İş Özellikleri ve İş Doyumu: Ankara Metropolitan Alanda Seçilmiş Üç Eğitim Hastanesi Üzerinde Bir Araştırma," *1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*, 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 20-21 Mayıs 2000, s.135.

⁴⁷ B. Ak, a.g.e., s. 69.

karşılaştırıldığında, hastanelerde oldukça farklı beceri, yetenek ve birikimleri olan bir personel grubu çalışmaktadır⁴⁸. Başka bir anlatımla, hastanelerde faaliyetler, büyük ölçüde profesyonelleşmiş, işgören gruplarının ortak ve uyumlu çalışmalarıyla gerçekleştirilmektedir⁴⁹.

Örgütte yapılan bazı işler, uzun yıllar öğrenim gerektiren karmaşık işler olduğunda, yakın yönetsel kontrolü önlemekte ve iş üzerindeki kontrol önemli ölçüde çalışanlara bırakılmaktadır. Bu tür işlerin en önemli özelliği ise; işin yapılması için gerekli olan bilgi ve yeteneğin, çalışanlara işe başlamadan önce örgüt dışında formal öğretim süreciyle kazandırılması ve meslek olarak tanımlanmasıdır⁵⁰.

Hastanelerin karmaşık yapıda olmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlardan biri, hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenlerin yani hastane çevresinin çok karmaşık oluşudur. Bu husus özellikle ABD ve Avrupa ülkelerinde geçerlidir. Çünkü bu ülkelerde mesleki örgütlerin, kamu kuruluşlarının ve sigorta şirketlerinin hastaneler üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Ayrıca, yine bu ülkelerdeki hastanelerde gönüllülerin ve rahibelerin faaliyetleri önemli yer tutmaktadır⁵¹.

Hastane bir sistemdir, zira sistem, belli parçalardan oluşan bir bütündür. Bütünü oluşturan bu parçaların her birinin kendine has işleyiş özelliği vardır ve her birinin etkinliği de birbirine bağlıdır⁵². Dar anlamda kavram, bulunduğu çevreden bağımsız olarak kendi içinde incelenmesini gerektirir. Bu şekilde parçaların birbirleri ve bütün ile dinamik ilişkilerini ve etkileşimlerini belirten ve yalnızca sistemin iç yapısını içeren sınırlı anlayışa kapalı sistem denilmektedir⁵³. Mekanik sistemleri kapalı sistemlere örnek gösterebiliriz. Ancak bir de çevreleriyle enerji, malzeme ve bilgi alış verişinde bulunan biyolojik ve toplumsal sistemler vardır ki bunlara da açık sistemler denilmektedir⁵⁴. Toplumsal bir sistem olan hastane organizasyonları da bu kapsamda açık sistemlere dahil edilmektedir.

Hastanelerin bir sistem olarak nitelendirilmesinde çeşitli kavramlar kullanılmaktadır. Söz gelişi hastaneler, sosyal sistemler, sosyo-teknik sistemler, çevreye

⁴⁸ İ. Şahin, B. Şahin, "Hastane Çalışanlarının İş Özellikleri ve İş Doyumu: Ankara Metropolitan Alanda Seçilmiş Üç Eğitim Hastanesi Üzerinde Bir Araştırma," *a.g.m.*, s.135.

⁴⁹ Gülşen Vural, Kafiye Eroğlu, Şahin Kavuncubaşı, "Hemşirelikte Önderlik Davranışı ve İş Doyumu", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.3, s.3, Mart 1999, s. 14.

⁵⁰ B. Şahin, *a.g.m.*, s.30.

⁵¹ Hikmet Seçim, *Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri*, www.merih.net, s.1.

⁵² Tamer Koçel, *İşletme Yöneticiliği Yönetim ve Organizasyon Organizasyonlarda Davranış Klasik-Modern-Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar*, İstanbul: Beta Basım A.Ş., 2001, s.186.

⁵³ Halil Can, *Organizasyon ve Yönetim*, 5.Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, Eylül 1999, s.281.

⁵⁴ M. Şerif Şimşek, *Yönetim ve Organizasyon*, Yenilenmiş 5. Baskı, Ankara: Nobel yayın Dağıtım, Kasım 1999, s.93.

uyum gösterebilen (adaptive) sistemler, açık-dinamik sistemler olarak nitelendirilmektedir. Sosyal sistem kavramında, organizasyonun çevreyle olan ilişkilerine ve organizasyon içindeki biçimsel ve biçimsel olmayan ilişkilere ağırlık verilmektedir. Sosyo-teknik sistemler kavramında ise, organizasyon içindeki sosyal (beşeri) sistem ile teknolojinin birbirini karşılıklı olarak etkilediği hususu üzerinde durulmaktadır⁵⁵. Esasen tüm dinamik sistemler gibi hastaneler de çevreye uyum gösterebilmelidirler. Zira hastaneler, çevreyi sağlıklı bireyler halinde etkileme ve hem de değişen teknolojik cihazlardan yararlanma suretiyle çevreyle alış veriş halindedirler.

Bugüne kadar sağlık hizmetlerinde global olarak bir takım başarılı sonuçlar alınmışsa da dünyanın bir çok ülkesinde halen çözümlenememiş sorunlar bulunmaktadır. Ülkelerin kendi sistemlerine ve sosyo-ekonomik durumlarına göre sorunları farklılık gösterse bile dünyanın bir çok ülkesinde sağlık sistemleri ile ilgili sorunlarda benzerlik bulunmaktadır. Bu sorunların başında kaynakların yanlış yerlere tahsisi gelmektedir⁵⁶. Ülkemizde sağlık hizmetleri yıllardır hekim-hemşire ağırlıklı ve hastane muayenehane merkezli hizmetlerdir. Bu durum ülkemizdeki temel sağlık göstergelerinin pek çok üçüncü dünya ülkesinin bile gerisinde kalmasının önemli nedenlerinden biridir⁵⁷. Bu sorunlar pek tabii sağlık hizmetlerini en fazla sunan hastaneler için değişken ve çeşitlilik göstermektedir.

Hastanedeki karmaşıklığın diğer bir nedeni de, kullanılan teknolojinin karmaşık oluşudur. Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi sonucunda, teşhis ve tedavide kullanılan cihazlar, hem sayı olarak artmış hem de yalnızca uzmanların kullanabileceği bir özellik kazanmıştır. Dolayısıyla hastanedeki aşırı uzmanlaşmanın diğer bir nedenini, bu teknolojik gelişmeler oluşturmaktadır. Teknolojik karmaşıklık konusunda fikir verebilmek için, 1969 yılından bu yana hastanelerde kullanılmak üzere yüz bin değişik cihaz üretilmiş olduğunu belirtmek, durumu anlatmaya sanıyoruz yetmektedir⁵⁸.

Sistemin merkezinde hasta bulunmaktadır ve hastane iç sisteminde üç ana bileşen söz konusudur;⁵⁹

- Hastaya teşhis koyan, kabul eden ve tedavi eden, kalite kontrol işlemlerini yürüten tıbbi kadro,

⁵⁵ Hikmet Seçim, **Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri**, www.merih.net,s.2.

⁵⁶ Haydar Sur, "Devletin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü," **Tıp Teknolojisi Dergisi**, s.11, s.1.

⁵⁷ Didem Söylemez, Haydar Sur, "Sağlık Yönetimi ve Profesyonel Eğitim" **Tıp Teknolojisi Dergisi**, s.11, s.1.

⁵⁸ H.Seçim, "Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri", **a.g.m.** , s.2.

⁵⁹ B. Ak, **a.g.e.** ,s.72.

- Hemşirelik, röntgen ve laboratuvar gibi doğrudan hasta bakımıyla ve tedavisiyle ilgili programlar,

- Yönetim, yürütme ve işletme hizmetleri gibi destek ve yönetim hizmetleri,

Tüm bu hizmetler birbirlerini doğrudan veya dolaylı yoldan etkilemektedir. Genel sistem teorisi içinde hem hastane içinde hem de hastane dışında pek çok değişken ve parametre hastanedeki ilişkiler sistemini etkilemektedir. Örneğin hastaneye girdiğinde bir hasta; hekim, hemşire, diyetisyen, laborant, röntgen teknisyeni vb. pek çok meslek grubuyla karşılaşmakta ve birbirleriyle bağımlı olarak teşhis veya tedaviye ulaşmaktadır. Bunun yanında sistem teorisi kapsamında sigorta kurumları, hükümet düzenlemeleri vs. gibi parametreler de hastayı etkilemektedir. Dolayısıyla hastane işletmesinde sağlıklı bir çalışma ortamı sistem yaklaşımı kapsamında pek çok faktörden etkilenen bir süreç olmaktadır.

Hastanedeki aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma, yapısal karmaşıklığa yol açan nedenlerden biridir. Özellikle 20. yüzyılda tıpta ve teknolojiye görülen büyük ilerlemeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta ihtisaslaşmaya yol açmıştır. Bu gelişmelerin hastaneye yansımaları, hastanede hem personel, hem de hizmet birimleri sayısının hızla artmasına neden olmuştur. Sözgelişi ABD’de 1908’ de bir hastanede bir kalp hastasının tedavisinde beş kişi görev almışken, 1938’de yine aynı hastanede bir kalp hastasının tedavisinde 32 kişi görev almıştır. Personel sayısındaki bu artış 1938 sonrasında da hızla devam etmiştir. ABD’de Departmant of Labor tarafından 1971’de 27 hastanede yapılan araştırmada 800 değişik iş unvanı saptanmıştır. Verilen iki örnek, hastanede personel sayısındaki hızlı artışı ve aşırı iş bölümünü açıklıkla ortaya koymaktadır. Bu derecede ayrı uzmanlıklarda bölünme olan personel, birbirlerine göre çok farklı seviyelerde ve farklı alanlarda öğrenim görmüştür. Yine bu personel kendi içinde çok farklı ihtiyaçlara, değerlere, eğitime ve tutumlara sahiptir. Bu nedenle, gerek personel arasında gerekse görevlilerle hastalar arasında sürtüşmelerin, yanlış anlamaların, gerginliklerin ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır⁶⁰.

Hastane çalışanlarına bakıldığında klasik tedavi edici ve hekim-hemşire ikilisinin baskın rolü ile yürütülen sistemler bugün için geçerliliğini yitirmiş bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hekim ve hemşirelere ek olarak yepyeni meslekler ortaya çıkmıştır. Gelişmiş ülkelerde bu yeni meslekler, sistemin yürütülmesinde önemli işlevleri yerine getirmektedir.

⁶⁰ H. Seçim, “Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri”, a.g.m., s.2.

Dünya Sağlık Örgütü sağlık mesleklerini yirmi dokuz başlık altında toplamıştır. Sağlık hizmetlerinin sorunlarının çözümünde yer alacak insan gücünün, yalnızca tıp veya hemşirelik bilgileriyle donanmış olmasının yeterli olmadığı görülmektedir. Bugün artık sağlık ekonomisi, finans yönetimi, insan kaynakları yönetimi, kalite yönetimi, sağlık mevzuatı ve hukuku, sağlık işletmelerinde pazarlama, sosyal güvenlik ve sağlık hukuku gibi konularda öğrenim görmüş insanlara hastanelerde ihtiyaç duyulmaktadır.⁶¹

Hastane çevresinin karmaşık oluşunun diğer bir nedeni de, çok sayıda farklı hastalıklardan şikayetçi olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizliktir. Bu yüzden, herhangi bir zaman dilimi içinde hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir. Hastaneye gelen hastanın tedavi talebinin, acillik özelliği göstermesi ve reddedilemez nitelikte oluşu, gerek donanım, gerekse personel açısından hastanenin her zaman kullanıma hazır tutulmasını gerektirmektedir. Bunun bir sonucu olarak, hastanede tam kapasite çalışmayan ve zarar eden servisler veya birimler kapatılamamaktadır. Bu ise, hastanede fazla sayıda personel istihdamına yol açmaktadır⁶². Bu da ister istemez görev boşluğu yaşayan personelin bulunmasına sebep olabilmektedir.

Bunun yanında sağlık bakımında bazı durumlarda rasyonalite de işlememektedir. Örneğin bazı hastalar tedaviyi reddetmektedir. Sağlık bakımında, günümüzde elde edilebilir sağlık bilgisinin artmasına rağmen tüketiciler halen bilgilendirilmiş seçim (informed choice) yapma ehliyetine sahip değildirler⁶³. Bu durum da hastane organizasyonlarının karmaşık yapı sergilemelerine sebep olmaktadır. Hastanelerdeki girdi ve çıktılardaki değişkenlik, hizmet sektöründe verimlilik ölçülmesini zorlaştırır. Örneğin; rutin ve çok sayıda hasta bakan hekim ile spesifik ancak az sayıda hasta bakan hekim arasında verimliliği karşılaştırmak kolay değildir. Zira sağlık işletmeleri, hizmet üreten sektörler olarak üretim işletmelerinden ayrılmaktadır. Çıktılarda değişkenlik, girdilerde değişiklik (Her hastanın talebi farklı olduğundan hastaya ayrılan süre de değişir) gibi farklılıkların söz konusu olduğu yapılardır⁶⁴.

Sağlık kurumları, büyük yatırımlar gerektiren teknik donanıma sahip olmalarına karşın emek yoğun endüstriler olarak nitelendirilmektedir. Bu bağlamda bir hizmet işletmesi olan hastaneler, aynı zamanda diğer tüm işletmelerden farklı olarak bireylerin doğumla edindikleri en önemli toplumsal hak olan yaşam hakkı ile ilgili hizmetleri en son

⁶¹ Haydar Sur, *Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Yöneticiliği*, <http://www.merih.net/cvhaysur.htm>, s.1.

⁶² H. Seçim, “Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri”, *a.g.m.*, s.1.

⁶³ H.Yıldırım, “Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları”, *a.g.m.*, s.132.

⁶⁴ B.Eren, “Bir Lojistik Sistem Olarak Hastane”, *a.g.m.*, s.3.

bilimsel düşünce ve teknolojiyi kullanarak üretmek temel amacını hedefleyen örgütsel yapılardır. Bu amaca yönelik olarak hastaneler, çok farklı mesleki ve etik değerlere sahip işgören gruplarının aşırı işlevsel bağımlı olarak hizmet ürettikleri, benzersiz örgütsel yapılardan birisi olarak tanımlanmaktadırlar. Yine bir hizmet işletmesi olarak hastanelerde, işgören boyutunu önemli kılan bir diğer özellik ise; üretim sürecinin girdisi konumundaki hastaların kendilerine sunulan ve işgörenlerce oluşturulan hizmet sürecinin teknik kalitesi konusunda çoğunlukla yorumsuz kalmak durumu ile karşı karşıya kalmalarıdır⁶⁵.

Simmons&Bennett-Jones bu durumun önemini şu sözlerle açıklamaktadır: “Ulusal sağlık sistemleri, iş için, ilgili konuları öğrenerek yetiştirilmiş ve uygun akademik kariyerini almış, uygun personele sahip olmak zorundadır. Aksi halde, hiçbir şekilde başarıya ulaşamazlar”⁶⁶. Kısacası; hastane organizasyonları teknolojik kapasitesi yüksek; emek yoğun endüstrilerdir ve karmaşık yapı gösterme nedeni de insanla ve insana yönelik eylemleri içermelerindendir.

2.2. Matriks Organizasyon Yapısına Sahip Olma Özelliği

Hastaneler yönetimi ve kontrolü son derece güç matriks yapılı bürokratik kuruluşlardır. Hastanelerin kamusal ve özel olmaları onların yönetim şekillerini ve kontrol mekanizmalarını doğrudan etkilememektedir. Mülkiyet şekilleri ne olursa olsun, uzman profesyonellerin çalıştığı, sağlık ve insan yaşamı gibi talep elastikiyeti olmayan hizmetlerin verildiği, bu nedenle maliyet ve etkinlik hesaplarının pek geçerli olmadığı kuruluşlardır. Hastanelerde verilen tıbbi hizmetin üstün gerekleri ve kamusal düzenin mevzuat kısırları bir araya geldiğinde özellikle kamu hastanelerinde ciddi yönetim ve kontrol sorunları gözlenmektedir⁶⁷.

Hastanelerde, amaçlara hızlı bir şekilde ulaşabilmek için yetki ve sorumluluğun daha alt kademelere dağıtıldığı organizasyon yapısı uygun olmaktadır. Bu özelliği matriks organizasyon yapısında görmek mümkündür⁶⁸.

Hastanelerde, hem vertikal (departmanlaşma) ve hem de lateral (hasta bakım ekibi) koordinasyonunun oluşu, hastanelerdeki yapının bir matriks organizasyon olarak adlandırılmasına yol açmaktadır⁶⁹. Matriks yapıda, biri fonksiyonel hizmetlerle ilgili;

⁶⁵ Ü. Şahin, “Hastanelerde İşgören Yönetimi”, a.g.m., s.1.

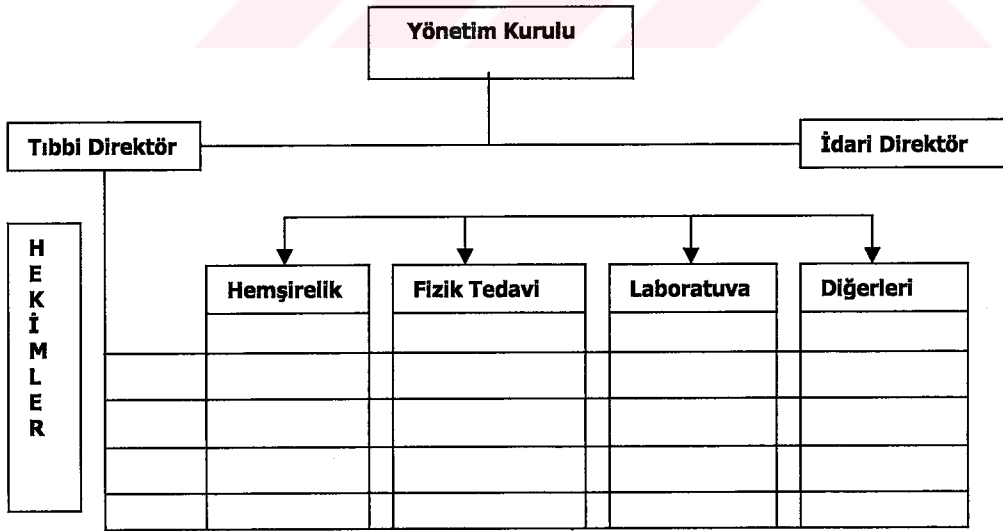
⁶⁶ H. Sur, “Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Yöneticiliği”, a.g.m., s.1.

⁶⁷ Kutlu Merih, “Hastane Otomasyonu Uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı Genelgesi”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.2, s.2, Mart 1998, s.11.

⁶⁸ Meral Madenoğlu Kıvanç, “Hemşirelikte Matris Yapılanma”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.5, s.1, Ocak-Şubat 2001, s. 25.

⁶⁹ Osman Hayran, Haydar Sur, *Hastane Yöneticiliği*, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti: Ankara, 1997, s.339-341.

diğeri proje hizmetleriyle ilgili iki ayrı yapı bulunmaktadır. Bu yapıdaki fonksiyonel yöneticiler, kaynakların dağıtımı, işin teknik yönünün fiilen yapılması, gerekli teknolojilerin geliştirilmesi ve kullanılmasından sorumlu iken; proje yöneticileri, projenin süresi içinde bitirilmesinden sorumludur. Matriks organizasyonun çalışabilmesi için emir birliği gerekir. Fonksiyonel ve proje yöneticileri, sahip oldukları otoriteyi birlikte kullanmak zorunda oldukları gibi, anlaşmazlıkları tek başlarına karar alarak değil, birbirleriyle görüşerek çözmek zorundadırlar⁷⁰. Bir başka anlatımla, matriks organizasyonda, fonksiyonel yönetici ile vaka yöneticisi olmak üzere iki tür yönetici bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından, nerede (hangi vakada) ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Vaka yöneticisi ise, neyin ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir. Bu nedenle, uzmanlık bölümleri içinde çalışan personel bir yandan uzmanlıkları nedeniyle ilgili bölümün yöneticisine (dikey ilişki); bir yandan da bu uzmanlıklarını belirli bir vakada uyguladıkları için bu vakanın yöneticisine (yatay ilişki) karşı sorumlu olacaktır. Vaka yöneticisi, emir komuta yetkisine değil, matriks yapının bir özelliği olan vaka yetkisine (Project Authority) sahiptir. Ayrıca, vaka yöneticisi ile uzmanlık bölümleri arasında astlık üstlük ilişkisi yoktur. Ancak bu yöneticiler de, projenin gerçekleşmesi için uzmanlık bölümleri ile birlikte çalışmak zorundadır. Bütün bu özellikler, aynı zaman da matriks yapının çalışmasındaki güçlükleri belirtmektedir⁷¹. Şekil 1. Matriks Organizasyon Şeması



Kaynak: Osman Hayran, Haydar Sur, Hastane Yöneticiliği, s. 344

⁷⁰ B. Eren, "Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane", a.g.m.,s.6.

⁷¹ Ü. Şahin, F. Toker, M. Ateş, "Hastane Yönetimi", a.g.m.,s.3.

Matriks organizasyon; hastanelerin teknolojik alandaki bir çok yenilikleri uygulayabilmesine, çeşitli nitelikteki sağlık uzmanlarının çalıştırılabilmesine, yoğun iletişim ve eşgüdüm düzenini sağlayabilmesine, aynı zamanda yönetimde karışıklıkların azaltılabilmesini sağlamaktadır⁷². Fakat hastanenin matriks yapıda örgüt olması aynı zamanda, birden fazla yetki hattının birlikte bulunmasına, bir astın birden fazla üste bağlı olabilmesine yol açarak, belirsizliğe, çatışmalara ve karmaşıklığa neden olmaktadır⁷³. Büyük ölçüde dinamizm ve bir o kadar da esnek işletmecilik gerektiren artan rekabet koşullarında, iş dünyasının gündemine giren matriks yapılanma ya da başka deyişle yassılaştıran yönetim anlayışı, yatay etkileşimi ve iletişimi gerektirmektedir. Yatay iletişim ise farklı bilgi deneyim, beceri ve bakış açısına sahip kişilerin, karşılıklı bağımlılık duygusu geliştirmesini zorunlu kılmaktadır⁷⁴.

Hastane yönetimi incelendiğinde, mevcut hastane organizasyonunda fonksiyonel bir iş bölümünün olmadığı tespit edilmektedir⁷⁵. Hastanelerde matriks yapının uygulanması farklılık göstermektedir. Hastanelerin hasta bakım hizmetlerinin proje yöneticileri hekimlerdir. Dolayısıyla proje ekibinin diğer üyeleri olan eczacı, diyetisyen ve hemşireler, bir iş gününde birden fazla proje yöneticisi ile ekip halinde çalışmak zorundadır. Dolayısıyla, bu ekip üyeleri her bir proje yöneticisinin yönetim anlayışı doğrultusunda iş görme durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca proje yönetiminde yatay ilişki söz konusu olması gerekirken; ülkemizde proje yöneticisi olan hekimler, ekip üyelerine karşı dikey ilişkiyi de (emir- komuta ilişkisini de) direkt kullanmaktadırlar⁷⁶.

Baldwin tarafından ABD’de on dört hastanede yapılan araştırma sonucunda hastanedeki hekimler (profesyoneller), paraprofesyoneller, profesyonel olmayanlar, mali personel ve yönetim kademesi arasında koordinasyon varolması durumunda hastanenin performansının yüksek olduğu saptamıştır⁷⁷. Bu koordinasyonu da şu anda en iyi şekilde matriks organizasyon yapısı sağlayabilmektedir.

Drucker (1985), içinde hem işletme yönetimi hem de mesleki grupların bulunduğu örgütleri “iki başlı canavar” olarak nitelendirmektedir. Profesyonellerin, örgütlere, onların bir elemanı olarak katılmaları durumunda genellikle temel bir çelişki ortaya çıkar. Bu

⁷² M. Kıvanç, a.g.m., s. 25.

⁷³ A. Sönmez, a.g.m., s.33.

⁷⁴ Acar Baltaş, *Ekip Çalışması ve Liderlik*, 2. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi, Şubat 2001, s.19.

⁷⁵ H. Özgen, A. Öztürk, a.g.m., s.6.

⁷⁶ Ümit Şahin, Sevgi Yıldız Şahin, Selda Bekem, “Hastane İşletmeciliğinde Kalite”, 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Ankara, 28-29 Eylül 2000, s. 360.

⁷⁷ B. Eren, “Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane”, a.g.m., s.5.

çelişki; profesyonelin ait olduğu mesleğin değerleri, çalışma ilkeleri ve standartları ile profesyonelleri içinde barındıran örgütlerin değerleri, yönetim ilkeleri ve standartları arasında çıkmaktadır⁷⁸.

Tıbbi hizmetlerden sorumlu olan başhekim, hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir. Tıbbi hizmetlerinin, kendi içinde dahiliye, hariciye, şeklinde gruplandırılması ise, hizmet esasına göre gruplandırmayı ifade etmekte ve proje organizasyonuna esas oluşturmaktadır. Burada, projenin konusu belirli türde hastaların tedavi edilmesidir. Projenin kendisi ise herhangi bir hastanın tedavisidir. Sözcüğü, KBB hastalıkları servisinde bir hastanın tedavisi bir projedir. Çünkü, hastalara verilen tedavi, “şahsileştirilmiş” tedavidir. Bir KBB hastasının tedavisinde uygulanan usuller ve tedaviye katılan elemanlar; başka bir KBB hastasının tedavisinden farklı olabilmektedir. Bir hastanın tedavisinde yalnızca hekim ve hemşire yer alabilirken, başka bir hastanın tedavisinde hekim, hemşire, ameliyathane ve fizik- tedavi ve rehabilitasyon bölümü personeli, hatta sosyal hizmet uzmanı da yer alabilmektedir. Uygulanan tedavi “şahsileştirilmiş tedavi” olduğundan, her hasta hekim için projedir; projenin sorumlusu ve yöneticisi de hekimdir. Tedavi ekibinde yer alan sağlık personeli ise hizmetin yürütülmesi açısından hekime, tedarik ve mesleki konularda da bağlı oldukları fonksiyonel yöneticilere karşı sorumludur⁷⁹.

Hekim, ekibin başıdır. Ekip, konsültanlar, hemşireler, teknisyenler ve diğer yardımcı sağlık personeli içerir. Her hasta için bir ekip oluşur ve hasta hastaneden ayrılınca ekip de dağılır. Böylece ekipler hızla oluşmakta ve hızlı dağılmaktadır. Aynı bireyler aynı ekipte nadiren bir araya gelebilmektedirler. Bu ekibin yapısı da oldukça hiyerarşiktir. Hekim ekibin başı olarak talimat vermekte ve hemşireler ve teknisyenler de bunu yerine getirmektedirler⁸⁰.

Bugün uluslararası düzeyde en gelişmiş sağlık sistemlerine sahip bulunan ABD, İngiltere, Fransa gibi gelişmiş ülkelerde, çağdaş hastane yönetim anlayışının bir gereği olarak “Başhekim”, “Hastane Başmüdürü”, “Başhemşire”den oluşan bir yönetim ekibi tarafından tıp hizmetleri, yardımcı tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri ve idari-mali destek hizmetleri şeklindeki yoğun bir işbölümü sonucunda uzmanlaşmaya gidilmek suretiyle çağdaş işletmecilik ilkelerine göre yönetilmektedir. Matriks bir organizasyon

⁷⁸ Mustafa Kılıç, **Hekimlerin Verdikleri Hizmetin Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Hastane Hekim İlişkileri**, www.merih.net., s.1.

⁷⁹ H. Seçim, “Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri”, **a.g.m.**,s.2-3.

⁸⁰ O. Hayran, H. Sur, **a.g.m.**, s.345.

yapısına sahip bulunan hastanelerde yukarıda söz konusu edilen hizmetler, birer fonksiyonel yönetici olan “Başhekim”, “Hastane Müdürü”, “Başhemşire” tarafından yerine getirilmektedir⁸¹. Ancak ülkemizde, hemşirelik hizmetlerinin yönetimi, başhemşireliğe değil de, başhekimliğe bağlı olduğu için, durum daha da karmaşık⁸² ve çatışmaya eğilimli bir hal almaktadır.

2.3. Kesintisiz Hizmet Verme Özelliği

Organizasyonlar, farklı kıstaslara göre sınıflara ayrılmışlardır. Blau ve Scott ise organizasyonları, organizasyonun varoluşunda öncelikle kimin yararlandığı kıstasına göre sınıflara ayırmıştır, bunları şöyle sıralamıştır⁸³;

i.Yalnızca üyelerinin çıkarlarını koruyan, üyeleri için faaliyette bulunan ortak yarar sağlayan kuruluşlar (sendikalar, kulüpler, siyasi partiler, dini kuruluşlar gibi).

ii. Öncelikle mal sahiplerine yarar sağlayan kuruluşlar, işletmeler (sanayi işletmeleri, mağazalar, bankalar, sigorta şirketleri gibi);

iii. Öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet organizasyonları ve

iv. Kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar (maliye bakanlığı, polis, itfaiye örgütleri gibi) olarak dört kategoride toplanmışlardır. Hastaneler ise öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet organizasyonları arasında sayılmışlardır⁸⁴. Zira hastanelerin kuruluş amaçları, hastalara tedavi verme olduğu için hizmet organizasyonu kapsamında değerlendirilmektedir.

Hasta ihtiyaçları günün yirmi dört saati, haftanın yedi günü temeline dayalıdır⁸⁵. Hastaneler, toplumların tüm bireylerinin potansiyel müşterisi konumundaki hizmetleri günün her saati sunan işletmelerdir⁸⁶. Genellikle kar gözetmezler, görev ve sorumluluğu çok olan, çok karmaşık ve zor yönetilen örgütlerdir⁸⁷. Hastaneleri diğer pek çok organizasyondan ayıran önemli bir özelliği, hastalara verilen tedavi hizmetlerinin türünün,

⁸¹ H. Özgen, “Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı Ve Türkiye’deki Uygulamalar, Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar”, a.g.m., s.1.

⁸² Perihan Velioglu, *Hemşirelikte Yönetim*, 2. b., Ankara: Meteksan Yayınları, 1982, s. 57.

⁸³ H. Seçim, “Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri”, a.g.m., s.1.

⁸⁴ Seçim, “Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri”, a.g.m., s.1.

⁸⁵ Mary E. Stefl, “ Introduction: The Drivers of Change”, *Frontiers of Health Services Management* , Vol. 18, number.2, Winter 2001, p. 4.

⁸⁶ Mürtüvvet Meriç, Ümit Şahin, Sinan Özalp, “ TS-EN 9001 ve Hemşire Meslek Elemanlarının Düşünceleri”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.4, s.2, Mart- Nisan 2000, s. 7.

⁸⁷ B. Ak, a.g.e., s. 69.

niteliğinin ve kalitesinin belirlenme ve değerlendirilmesi durumunda olamamalarındandır⁸⁸.

Hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği için ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilmektedir. 24 saat boyunca hizmet verebilmesi için hastanedeki bir kısım personel vardiya ve/veya nöbet usulü ile çalıştırılmaktadır. Özellikle gece çalışan personelin, kişiler arası ilişkilerinde ve göreve bağlılıklarında zayıflık görüldüğünden, hastanenin gece ve akşam vardiyalarındaki yönetimi, gerek hastane giderlerinin kontrolü, gerekse hastanın sağlığı açısından önem taşıyan konular arasında yer almaktadır⁸⁹.

2.4. Hastane Personelinin Önemli Bir Kısımının Bayanlardan Oluşması Özelliği

Hastanedeki insan gücünün önemli bölümünü, yaklaşık üçte ikisini bayanlar oluşturmaktadır. Bayan personelin bir özellik olarak ele alınmasının sebebi, bayan personel arasında devir hızının yüksek olmasındandır. Akşam ve gece vardiyalarında, tatil günlerinde çalışılıyor olunması, özellikle bayan personel için bazı problemlere sebep olmaktadır. Söz gelişi, ulaşım zorlukları, çocukların bakımı, karı-koca arasındaki huzursuzluklar bunlardan bazılarıdır. Bu yüzden evlendikten sonra görevden ayrılmalar sık olmakta ve buna bağlı olarak personel devir hızı yükselmektedir. Hizmetlerin aksamadan yürütülebilmesi için hastanelerde bu hususun dikkate alınması gerekmektedir⁹⁰.

Araştırmaya göre, kadınların iş doyum düzeyi erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Çocuk sahibi olmak, iş doyum düzeyini olumlu etkilemektedir. Meslek değişkenine göre yapılan incelemelerde ise, hemşirelerin en düşük iş doyumuna sahip meslek grubu olduğu tespit edilmiştir⁹¹. Hastane çalışanların büyük kısmını oluşturan hemşirelerin, iş doyum düzeyinin düşük olması hastanedeki cinsiyet faktörünün bir özellik olarak verilmesini zorunlu kılmaktadır.

Denetleme ve koordinasyon boyutu açısından, bayan hastane yöneticilerinin değerlendirmelerinin erkek yöneticilere göre daha olumsuz olduğu söylenebilir. Buna göre bayan yöneticilerin, hastanede çalışanların görevlerini denetleme ve koordine etme

⁸⁸ H. Seçim, "Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri", *a.g.m.*, s.1.

⁸⁹ H. Seçim, "Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri", *a.g.m.*, s.3.

⁹⁰ Seçim, "Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri", *a.g.m.*, s.3.

⁹¹ Mesut Çimen, İsmet Şahin, "Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi," *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, c.5, s.4, Güz 2000, s.58.

sorumluluğu ve hastane gibi bir çok uzmanlık alanında çalışanların bir arada bulunduğu bir kurumda çalışıyor olma nedenleriyle, erkek yöneticilere göre daha fazla stres yaşadıkları belirtilebilir⁹².

Bir başka görüşe göre ise; erkek liderlerin, bayan liderlerden bazı noktalarda farklılık gösterdiklerine dair yaklaşım söz konusudur. Öyle ki, erkek liderler bağımsızlıklarını koruyup, başarısızlıktan korunmak için sürekli mücadele etmektedirler. Odaklandıkları nokta süreç değil hedeftir. Erkek lider, ancak bağımsızlığını korumak, duygulardan kaçınmak ve mevcut durumunu sürdürmek amacıyla iletişime girerken; bayan liderlerde ise bunlardan farklı olarak; katılımın teşviki, cesaretlendirilmesi, yetki ve bilgi paylaşımı ve diğer çalışanları desteklemek gibi konular ön plana geçmektedir. Bayan liderler, takım çalışmasının yanında dikkatini sürece verip, ilişki kültürü oluşturmayı hedeflemektedirler⁹³.

2.5. Hastanedeki Farklı Rol ve İlişki Özelliği

Hastaneler yoğun teknolojilerin kullanıldığı örgütler olduklarından ayrıcalıklı durumlarla karşılaşılması olasılığı yüksektir. Buna bağlı olarak karşılaşılan sorunları çözmek için ayrıcalıklı davranışlar da gösterilmektedir⁹⁴. Bunun yanına bir de farklı mesleki roller eklenince, hastanedeki roller ve ilişkiler ve bu bağlamda da davranışlar çeşitlilik göstermektedir.

Günümüzün en karmaşık hizmet üretim sürecine sahip sağlık sisteminde çalışanların yönetimi; oldukça yaygın bir bilgi ve beceri dağarcığını gerektiren bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda, hastane çalışanlarını sanayi ve/veya hizmet işletmelerinin işçisi, iş göreni gibi görerek, yalnızca hizmet kullanımının etkin kullanımı ilkesini temel öngörü olarak ele alıp, denetlemek; aynı zamanda yanlış ve yetersiz bir iş gören yönetim stratejisi olarak karşımıza çıkmaktadır⁹⁵. Bu suretle hastanedeki roller ve ilişkiler öncelikle ilgilenilmesi gereken konular arasındadır.

Profesyonel bürokrasi olarak adlandırılan hastane organizasyonunda etkin rol hekimlerindir. İkinci Dünya Savaşından önce hastaneler, tek başına çalışan hekimlerin

⁹² Hülya, Şahin, Gülsün Erigüç, "Hastane Yöneticilerinin Yönetmel Stres Kaynakları, Belirtileri ve Başa Çıkma Yöntemleri," *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, c.5, s.2, Bahar 2000, s.21.

⁹³ Adalet Koca Kutlu, Tamer Keçecioglu, Filiz Ögçe, "Yönetici Hemşirelerde Liderlik Özellikleri ve Duygusal Zeka Üzerine Bir Çalışma", *Modern Hastane Yönetim Dergisi*, c.6, sayı.1, Ocak-Şubat-Mart 2002, s. 12.

⁹⁴ Ömür Timurcanday Özmen, Alev Ergenç Katrinli, "Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde İş Yapısı Özellikleri, İş Doyumu ve Sorunları", Editör. Muammer Doğan, ve Diğerleri, 9 Eylül Üniversitesi, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs, 1994, Aydın, s. 140.

⁹⁵ Ü.Şahin, "Ülkemiz Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Sorunlar ve Öneriler", *a.g.m.*, s.1.

çalışma odası olmuş ve hastane yönetiminin rolü, her bir hekime, hemşirelik ve tesisat kaynakları sağlamakla sınırlı kalmıştır. Hekimlerin hastanedeki rolü, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra değişmeye başlamıştır⁹⁶.

Son on yılda tıp uzmanlıkları giderek artmış ve yardımcı tıp meslekleri (odiyolojistler, solunum teknisyenleri, vb.) ve paramedikal meslekler (fizyoterapistler, konuşma terapistleri, sağlık eğitim uzmanları, vb.) ortaya çıkmıştır. Her bir alt bölüm, hastaya daha ileri bakım imkanları sunarken, aynı zamanda bu bakımın sağlanmasında daha fazla entegrasyon ve koordinasyona ihtiyaç göstermiştir⁹⁷. Bu bağlamda da hastanede farklı roller ve ilişkiler söz konusu olmuştur. Bu bölümde, diğer organizasyonlardan farklılık arzeden tedavi verme ilişkisi, koordinasyon ilişkisi, denetim ilişkisi ve hekimlerle yöneticiler arası ilişkilere değinilecektir.

2.5.1. Tedavi Verme İlişkisi

Ast üst ilişkisine hiç uymayan hekim hemşire ilişkisini, tedavi verme ilişkisi şeklinde tanımlamak gerekmektedir. Hekimler, hemşirelerin yapacağı işi tanımlarlar, ama hemşirelik hizmetlerinden sorumlu tutulamazlar. Onun için bu ilişkinin, tedavi verme ilişkisi içinde tanımlanması gerekir. Hekim, hemşirenin hastaya vereceği tedavi veya tedavinin gidişi ile ilgili hizmetler için talimat verme yetkisine sahiptir. Hekim, hemşire tarafından verilen tedaviyi ve verilen hizmeti denetleyecek, hemşire de hekime karşı sorumlu olacaktır⁹⁸.

Hasta bakım ekibine yön verecek tedavi planının ilk oluşumundan sorumlu kişi hekim olmasına rağmen planı uygulamaya geçiren hemşiredir. Ancak hekimler, hasta bakım programının yürürlüğe konmasında koordinasyon için yeterli zamana sahip değildirler⁹⁹.

Tarih boyunca hemşirelik ve hekimlik birbirine bağımlı olmuşlardır. Sadece Hipocrates zamanında hekimlik, hemşirelik olmaksızın; orta çağlarda da hemşirelik, hekimlik olmaksızın uygulanmıştır. Hemşirelik ve hekimlik mesleklerinin birbirine bağımlı olduğu bir gerçektir. Ancak, bu bağımlılık var oluşa ilişkin ya da mesleği

⁹⁶ O.Hayran, H. Sur, **a.g.m.**, s.341.

⁹⁷ B. Eren "Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane", **a.g.m.**, s.2.

⁹⁸ B. Eren, "Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane", **a.g.m.**, s.3.

⁹⁹ M. Kıvanç, **a.g.m.**, s.24.

uygulamada yönetsel hiyerarşiye ilişkin bir bağımlılık değildir. Bu bağımlılığın belki de “amaçlarda bağımlılık” olarak ele alınması gerekir¹⁰⁰.

Hemşirenin sorumlulukları bakım, tedavi ve koordinasyonu içerirken; işlevleri bağımlı ve bağımsız olarak iki temel grupta yer alır. Hemşirenin bağımlı işlevleri hekim istemlerinin yerine getirilmesini içerir. Hemşireler başta hemşirelik yasası olmak üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerle hekim istemlerini yerine getirme sorumluluğu taşırlar. Hemşirenin bağımsız işlevleri ise profesyonel hemşirelik tanımlaması içinde yer alan hasta değerlendirmesine dayalı hemşirelik tanısı koyma, tanı ve bakımın amacına uygun hemşirelik uygulamaları yapmayı içermektedir¹⁰¹.

Hekim, hastanede hemşire ile iletişim problemi yaşarsa veya onlarla ilgili konulara aldırılmazsa tedavi verme ilişkisi zedelenecektir. Zira, hemşire hekim olmadan faaliyetine yön verme serbestisine sahip değildir. Örneğin; hasta bakımında karar alma aşamasında bir hemşire ve hekim ekip olarak bulunur veya hekim tamamıyla uygulanmış, formüle edilmiş bakım planıyla hemşireden teşhise ait bilgi sağlar. Hekimler ve hemşirelerin ayrı ayrı profesyonel uzmanlıklar halinde çalışmasına; hemşirelik amaçları ve öğrenimleri olarak kariyerlerini her iki tarafın da anlamaya başlamasına ihtiyaçları bulunmaktadır¹⁰².

Son yıllarda hemşirenin rol ve işlevlerine ilişkin tartışmalar ve çabalar, hemşirenin değişen ve gelişen bağımsız rolü üzerine yoğunlaşmaktadır. Ancak, ülkemizde hemşirelik daha çok hekim istemlerini uygulayan bir meslek olarak kendini ortaya koymaktadır. Hemşirenin işlevlerini hekim istemleri ile sınırlı sürdürmesi nedeniyle, hemşirelerin istem alma ile ilgili olarak yasal yükümlülüklerinin bilincinde olmaları daha çok önem kazanır hale gelmiştir¹⁰³.

Hemşireler bir yandan istemin ne olduğu, diğer yandan da bu istemleri uygularken ne denli risk altında olduklarını bilmek zorundadırlar. Ancak ülkedeki hemşirelik öğretiminin henüz belli standartlara oturtulmamış olması, hemşirelik yöneticilerinin işe almada belli kriterleri göz önüne almaması, işe alıştırma programlarının olmaması, denetim eksikliği gibi pek çok olumsuzluk, hemşirelerin istem alma ile ilgili olarak hata ve

¹⁰⁰Firdevs Erdemir, “Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, c.2, s.1, 1998, s.59-60.

¹⁰¹Süheyla Abaan, “Hekim İstemleri ve Hemşirenin Yasal Sorumluluğu,” *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, c.1, s.1, 1997, s.1.

¹⁰²Andrew Jameton, “Nursing Ethics and the Moral Situation”, *Choices and Conflict, Explorations in Health Care Ethics*, (Editor: Emily Friedman), Amerikan Hospital Publishing, Inc An American Hospital Association Company 1992, s.104.

¹⁰³S.Abaan, a.g.m., s. 2.

yanlışıklara çok daha yatkın olacağını düşündürür uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır¹⁰⁴. Bu sebeplerle de zaman zaman tedavi verme ilişkisinde sorunlar yaşanmaktadır.

2.5.2. Koordinasyon İlişkisi

Hasta bakım odaklı sağlık bakım sisteminde, hekimler, hemşireler, sağlık yöneticileri ve diğer hastane otelcilik hizmeti verenler, en iyi hasta bakımına ulaşmak için, birlikte ekip halinde çalışmak zorundadırlar¹⁰⁵. Birlikte çalışabilmek ise, uygun bir koordinasyon ilişkisini gerektirmektedir.

Hastaneler yoğun, karmaşık teknolojilerin kullanıldığı örgütlerdir. Bu tür teknolojilerde görevler çeşitlilik göstermektedir. Görevlerin yerine getirilmesinde başarı sağlanabilmesi çeşitli tekniklerin uygun kombinasyonunun kullanılmasına bağlı bulunmaktadır¹⁰⁶. Modern hastane kompleks bir yapıdadır, bakım kalitesi ve maliyeti, bireysel yeterlilik kadar profesyoneller ve departmanlar arası koodinasyona da bağlıdır. Resmi organizasyon planları, kuralları, düzenleyicileri ve kontrolleri en düşük düzeyde koordinasyonu sağlayabilir. Fakat bunlar kendi başlarına uygun koordinasyonu sağlamada yeterli olmayabilir. Bunun için organizasyonu ileriye götürebilme, tümüyle koordine edici faaliyetleri gerektirmektedir. Maliyetleri azaltmak, kaliteli bakımı garanti etmek için hastanedeki sağlık profesyonellerinin çözmek zorunda oldukları anlaşmazlıklar, tartışmalar, çatışmalar veya kavgaların ana nedenlerinden biri koordinasyona olan ihtiyaç olmaktadır¹⁰⁷.

Hastanelerde yapılan işlerin karmaşıklığı ve hastaların hizmet konusundaki beklentileri arttıkça birimler arası koordinasyon ihtiyacı da önem kazanmaktadır¹⁰⁸. Zira, her organize insan davranışı, iki temel ve birbirleriyle çelişen iki ihtiyaç göstermektedir: Bunlar; işin yapılacak alt işlere bölünmesi ve bu alt işlerin koordinasyonu olarak ifade edilebilir¹⁰⁹.

Tıp pratiği, muayenehanelerin ve hasta yatağının başında daha kompleks ortamlara ilerledikçe, hekimler, organizasyonlar ve yöneticiler giderek daha bağımsız hale gelmektedirler. Hekimler artık bir organizasyon içinde olmadan etkin hizmet

¹⁰⁴ S. Abaan, a.g.m., s. 3-4.

¹⁰⁵ M. E. Stefl, a.g.m., p. 3.

¹⁰⁶ Ö. T. Özmen, A. E. Katrinli, a.g.m., s. 135.

¹⁰⁷ Morten Skjorshammer, "Co-operation and Conflict in a Hospital: Interprofessional Differences in Perception and Management of Conflicts", *Journal of Interprofessional Care*, vol.15, no.1, Feb 2001, pp. 7

¹⁰⁸ M. M. Kıvanç, a.g.m., s. 24.

¹⁰⁹ B. Eren, "Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane", a.g.m., s.1.

verememektedirler. Aynı şekilde, sağlık hizmet organizasyonları da hekimlerin çalışması ve liderliği olmadan yaşayamaz ve hizmet veremezler. Bu nedenle, sağlık hizmet organizasyonlarındaki tüm taraflar, hekimler de dahil olmak üzere organizasyonun hedeflerine ulaşmak için etkili ilişkiler geliştirme sorumluluğunu taşımalıdır¹¹⁰.

Koordinasyon başlığı altında değinmemiz gereken bir başka konu hastanelerdeki diğer sağlık birimlerinin koordine edilmesidir. Örneğin, eczacılık hizmetlerinin hekimlik mesleğiyle koordineli bir şekilde çalıştırılması gerekmektedir. Yine laboratuvar, röntgen, ultrasonografi vs. tüm birimler arasında da, gereken koordinasyonun sağlanması gerekmektedir.

2.5.3. Denetim İlişkisi

Bilinen tanımı ile yönetim, amaçların başka insanlarla birlikte ve onlar yoluyla gerçekleştirilmesidir. Buna göre sağlık yöneticisi, sağlık hizmetlerinin, amaçlara uygun olarak, başka insanlarla ve onlar vasıtasıyla sunulmasını sağlayan kişi olarak tanımlanabilir¹¹¹. Yönetim bu amaca çeşitli fonksiyonlarla ulaşabilir. Bu fonksiyonlarından biri de denetim fonksiyonudur.

Denetim ilişkisinde, üst, bir işin yapılmasından sorumludur ve bu işin yapılmasında ona yardım etmek üzere çalışan bir astı vardır. Üst, astın işini tanımlar ve ona iş verir; astın bu göreve atanmasını veto edebilir, asta işinde kısıtlamalar koyabilir, performansını yeterli görmediğinde astın bu görevinin değiştirilmesine veya görevden alınmasına karar verebilir¹¹².

Hastane yönetim ekibi başhekim başkanlığında, hemşirelik müdürü (başhemşire) ve hastane müdüründen oluşmaktadır¹¹³. Ülkemizdeki hastanelerde genellikle yönetimde tek yetkili ve sorumlu kişi, asıl mesleği hekimlik olan “Başhekim”dir. Başka bir deyişle, gerek devlet hastanelerinde ve gerekse SSK, üniversite ve kuruluşlarına ait hastanelerde her şeyin “Başhekim”den sorulduğu ve en ince ayrıntının başhekimden geçirildiği bir hastane yönetim modeli, ülkemizdeki hastane modelini oluşturmaktadır¹¹⁴.

Başhekim, kurumun tıbbi, hemşirelik, idari ve eğitim hizmetlerinin görevlilerce en iyi biçimde yürütülmesini sağlar. Kurumun verimli olarak çalıştırılması ve hizmetlerin

¹¹⁰ B. Eren, “Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane”, a.g.m., s.7.

¹¹¹ O. Hayran, “Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?”, a.g.m., s.1.

¹¹² Hayran, Sur, a.g.m., s.342.

¹¹³ Gülten Uyer, *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı*, İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları no: 15, 1996, s. 28.

¹¹⁴ H. Özgen, “Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar”, a.g.m., s.2.

kalitesini düşürmeden ekonomi sağlanması ile hizmeti olabilecek en üst düzeye çıkarmak için gerekli önlemleri almak başhekimin görev, yetki ve sorumluluk sınırları içindedir. Başhekim, kurumun tüm personelinin görev ve hizmetleriyle ilgili durumlarda doğrudan doğruya amiri olarak yer almaktadır¹¹⁵.

Profesyonellerin bir kurum adına çalışmaları durumunda diğer meslek mensuplarından farklı ihtiyaçlar içinde oldukları yaygın olarak ifade edilmektedir. Bu ihtiyaçların başında mesleki özerklik ihtiyaçları ön plana çıkmaktadır. Ancak toplum ve profesyonellerin çalıştıkları örgütler bu özerkliği profesyonellere koşullu olarak sağlamaktadırlar. Bu koşulların başında da mesleğin uygulamalarını kontrol edecek ve verilen hizmeti değerlendirme ve denetlemede etkin mekanizmalar oluşturacak uygulamalar gelmektedir¹¹⁶.

Yapılan bir araştırmaya göre; verilen hizmetin değerlendirilmesi konusunda özerklikten öte bir başıboşluk söz konusudur ve hekimler de bu denetimsizlikten rahatsızdırlar. O kadar ki her türlü denetim mekanizmasının uygulanması konusunda beklentileri daha yüksektir. Örneğin; eğitim hastanelerinde verilen hekimlik hizmetlerini sistemli bir şekilde değerlendiren, gerek mesleki gerekse meslek dışı ve hekimlerin beklentilerini karşılayan bir uygulamanın olmadığı söylenebilir¹¹⁷.

Başhemşire, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, organizasyonu, yürütülmesi, değerlendirmesi ve denetlenmesinden sorumludur. Doğrudan başhekime karşı sorumlu olan hemşirelik müdürü, kendisine bağlı diğer hizmet, birim amir ve sorumlularının birinci derecede amiridir.¹¹⁸

Hastanelerde denetim konusuyla ilgili bir başka konu denetleyici ilişkisidir. Denetleyici ilişkisi hemşireler arası ilişkilerde görülür. İşin yapılmasında yardıma gerek duyduğunda supervizör, hemşireye yardım eder, hemşireye görev verir, hemşirenin sorunları ile ilgilenir. Hemşirenin performansını denetler ve değerlendirir ancak hemşireye bu görevi vermeme hakkı yoktur¹¹⁹. Kısacası denetleyici hemşire, her gün nöbetçi kalmakta ve hastanede o günün nöbetçi hemşireleri için başhemşireliği temsil etmektedir. Nöbetçi uzman hekim de nöbetinde, başhekimliği temsil etme rolüne sahip olmaktadır.

¹¹⁵ G. Uyer, a.g.e., s. 28.

¹¹⁶ M. Kılıç, "Hekimlerin Verdikleri Hizmetin Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Hastane Hekim İlişkileri", a.g.m., s.1.

¹¹⁷ M. Kılıç, "Hekimlerin Verdikleri Hizmetin Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Hastane Hekim İlişkileri", a.g.m., s.8.

¹¹⁸ G. Uyer, a.g.e., s. 28.

¹¹⁹ Hayran, Sur, a.g.m., s.342.

Bugün sağlık hizmetlerinde görev alan yöneticileri denetim konusunda sınırlayan başlıca iki faktör vardır:

- 1.Yönetim konusunda bilgi ve beceri eksikliği,
2. Mevcut yasal düzenlemeler¹²⁰.

Tıp alanında öğrenim gören hekimler bugün sağlık işletmelerinin yönetim pozisyonlarında görev almaktadırlar. Oysa hekimler, yönetim konularında yeterli bilgi ve beceriyle donatılmamış kişilerdir. Hekimlerimizin de bildiği gibi nasıl her hastalığın seyri her insan da farklı seyredebiliyorsa, onun gibi yönetim de her kurumda farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle tıp alanında yeterli bilgiye sahip olmak, iyi bir hastane yöneticiliği için yeterli olmamaktadır.

Astın yaptığı işin standartlara uygunluğundan emin olmak gerektiği zaman; üst tarafından koordinasyon olmadan yalnızca denetleme yapılmaktadır¹²¹. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde; Başhekim, hastanenin tıbbi, idari ve eğitim hizmetlerinin en iyi şekilde yürütülmesini sağlar, bu hizmetlerin yapılmasını izler, en az haftada bir defa denetler"¹²² denilmektedir.

Ancak başhekimlerin, hastane yönetimi konusunda büyük bir çoğunlukla yeterli olamadıkları ve bu kuruluşların yönetiminin profesyonel yöneticilere bırakılması gerçeğidir¹²³. Öyle ki, makro açıdan optimum kaynak dağılımı açısından incelersek bir başhekimin öğrenimi; örneğin ihtisasını tamamlayan bir dahiliye uzmanı uzun bir öğretim süreci sonucunda oluşmaktadır. Bu dahiliye uzmanı başhekim olarak atandığında uzmanlık alanı dışında istihdam edilerek kaynak israfına neden olmaktadır. Diğer yandan hastane yönetimi profesyonel yöneticilerce icra edilmemesi dolayısıyla da kaynak israfına sebep olacaktır. Zira hastaneler, sınırlı kaynaklarla hizmet sunmada nicel ve nitel olarak maksimizasyonu hedeflemek zorunda olan organizasyonlardır.

2.5.4. Yöneticilik Hekimlik Roller

Sağlık hizmetlerindeki değişimler, hastane yöneticileri ve hekimler arasındaki ilişkileri değiştirmektedir. Yönetim fonksiyonunun geleneksel ayrılığı içinde, yönetim, gittikçe güçleşen ve mali riski artan muhtemel ödeme dönemlerinin finansmanı ve

¹²⁰ O. Hayran, "Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?", a.g.m.,s.1.

¹²¹ O.Hayran, H. Sur, a.g.m.,s.342.

¹²² Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY), SSYB, Tedavi Hizmetleri G. Yayın no:499, Ankara, 1983.

¹²³ H. Özgen, A. Öztürk, a.g.m., s.4.

işleyişiyle, bakım yönetimi ve yeniden kullanımla ilgilenirken, tıp personeli hasta bakımında sorumluluğu tek başına almaktadır¹²⁴.

Yöneticilik rolü, planlama, organize etme, program yapmak, izlemek, ve istenen sonuçlara ulaşmak için bireylere ve gruplara yön vermek; stratejik planlamayı kolaylaştırmak, işyerini tanımayı sağlamak, örgütsel ihtiyaçları sıralamak ve fonksiyonların yönetsel başarısını sağlamak rollerine sahiptir¹²⁵.

Yönetici, esas itibariyle farklılıkları yöneten kişidir. Kişiler arası farklılıkları, amaçlardaki farklılıkları, amaçlara ulaştıracak yollar konusundaki farklılıkları, değer yargılarındaki farklılıkları, algı farklılıklarını, sorunları tanımlamadaki farklılıkları organizasyonun (veya departmanın) amaçlarını gerçekleştirecek şekilde birleştirecek ve yönetecek olan kişidir¹²⁶.

Hastane yöneticisi ise, hastanelerin işletilmesinde para, zaman, yer, malzeme ve insan gücünü bilinçli, hünarlı ve verimli olarak kullanarak optimum sağlık hizmetlerinin üretilmesi fonksiyonunu yerine getiren kişidir¹²⁷. Bir başka tanımlamayla, hastane yöneticisi, hastane kaynaklarının optimum düzeyde kullanımını planlayan ve hizmetler için gerekli girdileri denetimi altında bulunduran kişidir¹²⁸.

Hastaneler, başlangıçta kimsesi olmayan yoksul hastaların bakımı için kurulmuş ve genellikle dini kuruluşların ya da hayır amaçlı kuruluşların denetiminde oluşmuştur. Bunun doğal sonucu olarak meslekten olmayan kişilerce yönetilmiştir. Bu durum on dokuzuncu yüzyıl sonuna kadar sürmüştür. Tıptaki gelişmelere bağlı olarak hastaların tıbbi-cerrahi tedavileri ve bakımları için hastanelerin tüm insanlar, özellikle de hekimler için gerekliliğinin ortaya çıkmasıyla birlikte, hastanelerin yönetim ve denetiminde hekimler ön plana çıkmaya başlamıştır. Bu dönemde meslekten olmayan kişilerin rolü, hastanedeki otelcilik hizmetleri ile yeni mekan oluşturma ve yeni araç-gereç alımı için kaynak oluşturma ile sınırlı kalmıştır¹²⁹.

¹²⁴Niccie L. McKay, Antonio Furino, "An Educational Approach to Improving Physician-Administrator Relations", *The Journal of Health Administration Education*, Vol. 11, no.3, Summer 1993, pp. 421.

¹²⁵William G. Wallick, "Healthcare Managers' Roles, Competencies, and Outputs in Organizational Performance Improvement", *Journal of Healthcare Management*, vol.47, number. 6, November/ December 2002, pp. 393.

¹²⁶T. Koçel, *a.g.e.*, s. 533.

¹²⁷ Bilal Ak, H. Dilek Sevin, "SSK Hastaneleri Hastane Başhekimlerinin Yönetimsel Başarı Düzeyleri Hakkında Bir Araştırma", *Amme İdaresi Dergisi*, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü, c. 33, s.1, Mart 2000, s.163-164.

¹²⁸ A. Köksal, H. Akbeyik, *a.g.e.*, s. 8.

¹²⁹O. Hayran, "Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi:Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?", *a.g.m.*, s.5.

Profesyoneller ve yönetim arasındaki ilişkide, profesyonellerin sürekli olarak organizasyonda yönetsel kontrolü empoze etmek için baskılarını yoğunlaştırdıkları görülmüştür. 1960-1970’li yıllarda bu ilişkiyi inceleyen araştırma, profesyonel ve yönetsel davranış modellerinin kendilerine has özellikleri olduğu ve birbirine uymadığı sonucuna varmış ve profesyonelleri bürokratik organizasyonlara entegre etmenin önemli olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu paradigmaya dayalı bir başka araştırmaya göre ise, profesyonellerin, kendi düzenledikleri faaliyetlerinde onları kısıtlayan yönetsel kontrollerle karşı karşıya getirilmedikleri takdirde çatışmanın minimuma indirilebileceği sonucuna ulaşılmıştır¹³⁰.

Gelişmiş ülkelerde, 1960’lı yıllarda hızla gelişen kamu veya özel sağlık sigortacılığı ile sağlık hizmetini sunanlar ile alanlar arasındaki parasal alış verişin hastane-muayenehane dışına taşınmasıyla birlikte, meslekten olmayan kişilerin kaynak yaratma işlevi de önemini kaybetmiş ve hastaneler büyük ölçüde hekimlerin etki alanına girmiştir¹³¹.

Tıbbi yönetim süreci incelendiğinde, hekim olmayan yöneticilerin hekimlerle olan ilişkilerinde, örgütsel güç ve otoritelerine karşı önemli baskı ve sınırlamalarla karşı karşıya oldukları bilinmektedir. Bu durum, temelde yönetimin tıbbi uygulamalara müdahale edememesinden kaynaklanmaktadır. Bilindiği üzere, tıbbi uygulamalar sadece hekimler tarafından yapılabilir. Yöneticiler ise hekimin işini destekleyen tıbbi olmayan bürokratik yapıyı yönetirler. Bu sebeple, bir çok sağlık bakım örgütünde, biri tıbbi diğeri yönetsel ikili otorite hattı ortaya çıkmaktadır¹³².

Hastane ve hekimlerin paylaşımı ile ilgili sağlık planlarındaki çatışmalar güncel problemler içinde yer almaktadır. Tüm tarafların çarpık zanları yoluyla genellikle sert yaklaşımlar oluşmaktadır. Hekimler bir sistemi bütünleştirerek şekillendirdiklerini farzederek ve örgütleri ileriye taşıyacak dikkatli yönetilen klavuzların istenilmediğini varsayarlar¹³³.

Hekimlerin sağlık yönetimindeki ağırlığını dikkate almamak mümkün değildir. Buna ek olarak, özerklik açısından belki de en gelişmiş meslek grubu olan hekimliğin,

¹³⁰ Sue E. Comerford, Margaret A. Abernethy, “ Budgeting and the Mangement of Role Conflictin Hospitals” **Behavioral Research in Accounting**, vol.11, 1999, s. 103.

¹³¹ O. Hayran, “Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?”, a.g.m., s.5.

¹³² B. Şahin, a.g.m., s.28.

¹³³ Bilchik Gloria Shur, “Can Rivals Play Nice”, **H& HN: Hospitals& Health Networks**, 4p, 1c, vol.71, issue.8, s.24.

meslekten olmayan yöneticilerce denetim altında tutulmasının güçlüğü de işin bir başka boyutunu oluşturmaktadır¹³⁴.

Hastane yöneticisi olan başhekimin, kamu hastanelerinde mevzuatı, özel hastanelerde ise patronun isteklerini uygulamaya koymanın ötesinde etkin bir yöneticilik işlevi bulunmamaktadır. Öte yandan, hekimleri hekimden başkası yönetemez anlayışı ise özellikle bizim ülkemizde neredeyse karşı çıkılamaz bir kural haline gelmiştir¹³⁵. Doğrudan başhekime karşı sorumlu olan hastane müdürü, kurumun idari, mali ve teknik hizmetlerini yasa, tüzük, yönetmelik ve emirler uyarınca yürütmekle sorumlu ve yetkilidir. Kurumun en verimli biçimde çalışmasını sağlamak üzere her türlü ihtiyaçların zamanında saptanması ve sağlanması hastane müdürünün sorumlulukları arasındadır¹³⁶.

Hastane içindeki birimler arasında ve hastaneyle hastane dışındaki kurum ve kuruluşlar arasındaki ilişkilerin sürdürülmesi ve koordinasyonunun sağlanması konusunun hastanelerde önem kazanması, hastane içindeki gücün hekimlerden, tıp kökenli olmayan ve hastane idareciliği alanında formal öğrenim görmüş yöneticilere kaymasında etkili olmuştur. ABD gibi bazı ülkelerde söz konusu olan bu gelişme, hekimlerin tamamıyla güçsüzleştikleri anlamına da gelmemektedir. Pek çok yerde formal yetkileri olmasa da hekimler, güçlerini muhafaza etmektedirler. Bu sebepten; hastaneler güç ve statünün aynı kişilerde toplanmadığı biricik organizasyon türü haline gelmiştir¹³⁷.

Ancak hastane organizasyonlarında en sorunlu yön, sağlık profesyonellerinin organizasyonu olmalarıdır. Profesyoneller tipik olarak, büyük sorumluluk sahibi ve işlerinde yüksek derecede otonomi isteyen bir gruptur; işe alınma ve işten atılmayı düzenleyen, hasta bakımı ve kaynak paylaşımı konularında kilit adam olarak söz sahibi olanlar hekimlerdir. Hasta üzerindeki hizmetini sınırlamak için hekimler üzerinde yönetmelik ya da prosedürler, uygulanması zor, etkisiz, yönetsel çatışma yaratacak bir durumdur¹³⁸.

Profesyonel bürokrasi kapsamında çalışan çekirdek, stratejik apex, orta bölüm, teknik yapı, destek personel yer almaktadır. Hastane işletmesinde çekirdek kısmın görevi çok karmaşıktır ve sadece uzun yıllar öğrenim görmüş profesyoneller yani hekimler tarafından çalıştırılabilirler. Burada ürün ya da hizmet üretimi ile doğrudan ilişkili temel

¹³⁴ O. Hayran, "Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?", **a.g.m.**, s.5.

¹³⁵ O. Hayran, "Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?", **a.g.m.**, s.7.

¹³⁶ G. Uyer, **a.g.e.**, s.28.

¹³⁷ H.Seçim, "Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri", **a.g.m.**, s.2.

¹³⁸ B. Eren, "Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane", **a.g.m.**, s.3.

işleri yapan kişiler-operatörler bulunur. İşletme süreçlerini dış etkilere korumak amacıyla standardizasyon bu bölümde en fazladır¹³⁹. Dolayısıyla çatışma yönetiminin başlıca uygulanması gereken bölüm çekirdek kısımdır, denilebilir.

Günümüzün tüm çağdaş kalite yaklaşımları doğrultusunda proje yöneticisi hekimlerin, en kaliteli çıktıya ulaşmasında temel yaklaşım; iyi bir takım kaptanı olabilmesini gerekli kılmaktadır. Ancak hekimler, kültürel ve geleneksel olarak iyi takım oyuncularını değillerdir. Onların mesleklerinin doğası gereği, astları kendi takımlarını destekleseler de bireysel hastalar için verilen sorumluluk önemlidir. Bir çok hekim takımındaki eşit oyuncular olarak işlerinde pek az deneyim kazanırlar. Bir takımda etkili olarak çalışmak, bir tek oyuncu olmanın gerektirdiğinden farklı beceriler gerektirir ve hekimlerin pek azı bu becerileri elde etmeyi başarırlar¹⁴⁰. Hekimlerin otonomi istedikleri alanlar, hiyerarşik yönetimden uzak olarak mesleklerini icra etmek, birey olarak hastayı reddedebilme hakkı, diğer sağlık mesleklerine öncülük yapmak ve koordine çalışmak ve tıp bilgisinin önde gitmesidir¹⁴¹.

Tablo 1. Yöneticiler ve Hekimler Arası Farklılıklar

Yöneticiler	Hekimler
Pek çok alanı bilirler	Uzmandırlar
Bireyleri denetlerler	Denetime gelmezler
Kural koyarlar	Kuralları sevmezler
Çok çeşitli insan grupları ile ilgilenirler	Hastalarla ilgilenirler
Kararları uzlaşma ile oluştururlar	Bireysel karar verirler
Gerçekçidirler	İdealisttirler
Kuruluşu temsil ederler	Kendilerini temsil ederler
Maliyet kontrolünü ön planda tutarlar	Maliyet kontrolünü sevmezler

Kaynak. Osman Hayran, Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?, s.6

Tabloyu incelediğimizde pek çok yönden yöneticilik ve hekimlik arasında farklılıklar söz konusudur. Hastane yöneticiliği ve hekimlik arasındaki uygulama

¹³⁹ O. Hayran , H. Sur, **a.g.e.**, s.339-341.

¹⁴⁰ Ü. Şahin, F. Toker, M. Ateş, **a.g.m.**, s.6.

¹⁴¹ B.Eren, "Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane", **a.g.m.**, s.7.

incelendiğinde; hasta ile yani sunulan hizmet ile direkt ilgili olması dolayısıyla hekimliğin hastane yönetiminde tarihsel süreç itibariyle daha etkin bir role sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Mezuniyet sonrası eğitim programları ile yöneticilik ve çağdaş işletmecilik konularındaki açıklarını kapatan bazı hekimlerin, profesyonel yönetici olarak sağlık kuruluşlarının başına geçtiği son yıllarda çok görülen bir örnektir. Ancak, kazanılan deneyimler ve yapılan çalışmalar, yönetici-hekimlerin bir süre sonra meslektaşları tarafından tıpkı diğer yöneticiler gibi görülmeye başlandığını ve hekim olma avantajının ortadan kalktığını göstermektedir¹⁴².

Hastane yöneticilerinin işi zordur. Zira hem katılımcı hem de yönetim şekillerini bilmeleri ve yerine göre birini ya da diğerini uygulamaları; aynı zamanda bunu, hem performans ölçmenin çok zor olduğu bir organizasyonda, hem de sürekli değişen teknoloji ve artan profesyonelleşme ortamında yapmaları gerekmektedir¹⁴³. Bunun yanında günümüzde hastane yöneticileri, genellikle çok karmaşık bir örgütü işletmek, çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşımak ve yüze yakın değişik profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı personelin uyumunu sağlamak zorundadır¹⁴⁴.

Ülkemizde sağlık sistemi merkezci bir yapıdadır. Bu yapı özellikle yönetimini organizasyon ve kontrol işlevlerinde olmak üzere hemen tüm işlevlerini kapsamaktadır. Yönetim konusunda yetişmiş insan gücü, nitelik ve nicelik açısından yetersiz olduğundan sağlık sistemimizde bu alanda oluşan bilgi birikimi kişisel deneyimlerin ötesine geçememektedir¹⁴⁵.

Sağlık ve tıbbi bakım sistemini karmaşık kılan bir diğer özellik ise, çok büyük akademik sağlık merkezlerinden, küçük sağlık birimlerine uzanan çok çeşitli organizasyonları kapsayan çoğulcu bir nitelik taşıması ve bu organizasyonların yönetiminin diğer uzmanlık alanlarında benzeri görülmeyen bir çeşitlilik gerektirmesidir. Bunun yanında, hastanelerde çoğu kez işin uzmanı yerine birilerinin adamı ile çalışmak zorunda kalan sağlık yöneticilerinin işi daha da zor olmaktadır¹⁴⁶.

¹⁴² O. Hayran, Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?, a.g.m., s.7.

¹⁴³ B. Eren, "Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane", a.g.m., s.7.

¹⁴⁴ Ü.Şahin, F. Toker, M. Ateş, a.g.m., s.2.

¹⁴⁵ M.Ateş, H. Sur, a.g.m., s.8.

¹⁴⁶ Ümit Şahin, Sinan Özalp, "Hastane İşletmeliğinde Yöneticilik Kavramına Eleştirel Bir Yaklaşım", 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 20-21 Mayıs 2000, s.20-21.

Hekimlik ve yöneticilik rolü kadar hekimler arası ilişkiler de hastanede önemli bir konu haline gelmiştir. Piyasa ekonomisi yaklaşımı yandaşları sağlık hizmetlerinin de birer ürün olduğunu ve diğer herhangi mal gibi verimli bir şekilde üretilebileceğini ve rekabet piyasası koşullarında tüketilebileceğini savunurlar. Bu görüşe göre, hekimler rekabet piyasası ortamında hizmet sunucuları olarak birbirleri ile rekabet ederek ve profesyonel bilgi ve becerilerini satarak gelirlerini maksimize etmeye çalışmaktadırlar¹⁴⁷.

Hekimlerle yöneticiler arası ilişkileri geliştirmek için kurulan bariyerler genişletildiğinden beri, hekimlerle yöneticiler arasındaki işbirliği gittikçe daha da zorlaşmıştır. Hekimler ve yöneticiler farklı öğrenimler alırlar, karar alma tipleri farklıdır, farklı örgütsel kültürden gelirler, farklı finansal teşviklere yönelirler ve farklı kanuni sınırlar altında çalışırlar¹⁴⁸. Tüm bu etkenler hekimlerle yöneticiler arasındaki ilişkide işbirliğini azaltıcı etki nedeni olmaktadır.

Sağlık hizmet organizasyonu hekimlerin çalışması ve liderliği olmadan yaşayamaz ve hizmet veremezler. Bu nedenle sağlık hizmet organizasyonlarındaki tüm taraflar, hekimler de dahil organizasyonun hedeflerine ulaşmak için etkili ilişkiler geliştirme sorumluluğunu taşımalıdır¹⁴⁹.

3. Hastanelerin Sınıflandırılması

Ülkemizde, sağlık personelinin ağırlıklı olarak istihdam edildiği alanların başında hastaneler gelmektedir. Hastanelerin ihtiyaç duyduğu personel sayısını hesaplama, yaygın olarak hasta ve yatak sayısına göre yapılmaktadır. Yatak ve hasta sayısı ise, iş yükünü belirlemede yanıltıcı olmakta ve ortaya çıkan sonuçlar açısından ihtiyaç duyulan insan gücü sayısında bazı sapmalar söz konusu olabilmektedir¹⁵⁰.

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetimine, finansal kaynakların türüne (mülkiyet türüne), büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelinin kompozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Fakat yapılan sınıflandırmalarda genellikle, “verilen tedavi hizmetinin türü”, “hastaların hastanede kalış süreleri”, “finansal kaynakların türü yani mülkiyet türü” ve “büyüklükleri” esas alınmaktadır.

¹⁴⁷ H.Yıldırım, “Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları,” *a.g.m.*, s.125.

¹⁴⁸ N. L. McKay, *a.g.m.*, s. 421.

¹⁴⁹ Berna Eren, “Hekimlerle İlişkiler” *Hastane Yöneticiliği*, (der. O. Hayran, H. Sur), İstanbul : Nobel Tıp Kitapevleri, 1997, s. 345.

¹⁵⁰ Gülfer Bektaş, Metin Ateş, Fatma Arslanerer, “Hastanelerde Hemşire İnsangücü Planlaması ve Bir Uygulama,” *1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*, 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 20-21 Mayıs 2000, s.664.

Türkiye’de hastanelerin % 64’ü SSYB’na, % 12’si SSK’ya bağlı bulunmaktadır. Diğer hastaneler ise, İktisadi Devlet Kuruluşlarına, belediyelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere, SSYB dışındaki diğer bakanlıklara ve üniversitelere ait olup, %13’ü de kar amacı güden özel hastane statüsünde bulunmaktadır¹⁵¹.

3.1. Verdikleri Hizmete Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Verilen tedavi hizmetinin türüne göre hastaneler iki grupta toplanmaktadır: Genel hastaneler ve özel dal hastaneleri şeklinde sınıflama yapılmaktadır.

3.1.1. Genel Hastaneler

Genel hastaneler, yaş, cinsiyet farkı, hastalık veya bir uzmanlık grubu gözetmeksizin her türlü hastanın yatırılarak veya ayakta müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, gerekli sıhhi ve tıbbi imkanlarına sahip kurumlardır. Örneğin Gaziantep Devlet Hastanesi gibi.

3.1.2. Özel Dal Hastaneleri

Özel dal hastaneleri, belirli cinsiyet (kadın hastalıkları ve doğum, çocuk), belirli hastalık türüyle sınırlı (kalp damar hastanesi, onkoloji hastanesi) hizmet veren hastanelerdir¹⁵². Hastaneler ayrıca, yatırılarak tedavi ettikleri hastaların ortalama yatış süresine göre akut bakım hastaneleri (acute care hospitals) ve kronik bakım hastaneleri (chronic care hospitals) olarak iki grupta toplanmaktadır. Akut bakım hastaneleri, genellikle otuz günden daha kısa süre hastanede yatmayı gerektiren hastalıkların tedavisiyle ilgilenmekte iken, kronik bakım hastaneleri, uzun dönemli (genellikle otuz günden fazla) yatış gerektiren tedavi hizmetleri sağlamaktadır. Akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, kemik hastalıkları hastaneleri, kronik bakım veren hastanelere örnek olarak verilebilir¹⁵³.

3.1.3. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Eğitim ve araştırma hastaneleri kapsamında, tıp fakültelerinin eğitim hastanesi olan ve çoğunlukla bağlı bulunduğu fakültenin adını taşıyan üniversite hastaneleri, tıbbi araştırmaların yapıldığı kurumlar olarak özel bir öneme sahiptir¹⁵⁴. Tıp Fakülteleri sağlık

¹⁵¹H.Seçim, “Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması”, a.g.m., s. 3.

¹⁵²Şahin Kavuncubaşı, a.g.m., s. 78.

¹⁵³Şahin Kavuncubaşı, a.g.m., s. 79.

¹⁵⁴Saynur Çetiner, Nihal Yazan, “Bütün Yönleriyle Üniversite Hastaneleri”, Tıp Teknolojisi Dergisi, www.hastanedergisi.com, 03.06. 2002, s.1.

sistemi içinde oldukça özerk çalışan, Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK)'na bağlı araştırma, eğitim ve hizmet kuruluşlarıdır¹⁵⁵.

Üniversitelerin yönetimindeki hastaneler günümüzün en karmaşık örgütsel yapılarıdır. Özellikle üniversite hastaneleri, sağlık hizmetlerinin bir özelliği olarak, en üst düzeyde yani; üçüncü basamak sağlık hizmetlerini üreten sağlık sisteminin en önemli örgütlenmeleridir. Bu nedenle üniversite hastaneleri, üretmiş oldukları hizmetlerinin kalitesi yönünden, tüm ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin de bir ölçütü olarak algılanmalıdır¹⁵⁶.

Ülkemizde mevcut 71 üniversiteden 47'sinde tıp fakültesi ve bunların da kendilerine bağlı hastaneleri bulunmaktadır. Üniversite hastanesi veya tıp fakültesi hastanesi olarak isimlendirilen bu hastanelerde o üniversitenin sağlıkla ilgili tüm birimleri uygulama yapmaktadır¹⁵⁷.

Eğitim hastaneleri, öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel ve özel dal hastaneleridir. Burada sözü edilen eğitim, hekimlere uzmanlık kazandırmayı amaçlayan eğitimidir. Pek çok hastanede yardımcı tıp personeli ve öğrenci hemşirelere verilen klinik eğitim, bu hastanelerin eğitim hastaneleri olarak sınıflandırılması için yeterli olmamaktadır¹⁵⁸.

Ülkemiz üniversite hastanelerinin örgütsel yapıları tüm bilimsel yönetim öngörülerini dışında anlaşılması güç ve güç olduğu kadar da zor, karmaşık yapıdadır¹⁵⁹. Ayrıca üniversite hastaneleri, organizasyon yapıları itibarıyla çeşitlilik göstermektedir. Örneğin; bir Hacettepe Tıp Fakültesi Hastanelerinin organizasyonu İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinin organizasyonundan, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinin organizasyonu da Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin organizasyonundan oldukça farklıdır¹⁶⁰.

Esas görevleri tıp eğitimi vermek ve ileri düzeydeki sağlık hizmetlerini araştırma boyutuyla birlikte sunmak olan üniversite hastaneleri, hasta sevk sisteminin en üst

¹⁵⁵ Sezgin Kızılcıkelik, *Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*, 1.b., Saray Kitabevleri: İzmir, 1996, s.127.

¹⁵⁶ Ü. Şahin, "Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi", *a.g.m.*, s.1.

¹⁵⁷ Mustafa Artvinli, "Üniversite Hastaneleri Üst Düzey Yönetimi ve Sorunları", *1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi*, 20-21 Mayıs 2000, Ankara, s.17.

¹⁵⁸ H. Seçim, "Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri", *a.g.m.*, s.1.

¹⁵⁹ Ü.Şahin, F. Toker, M. Ateş, *a.g.m.*, s.5.

¹⁶⁰ H. Seçim, "Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması", *a.g.m.*, s.3.

noktasında yer almakta ve rasyonel olarak daha alt aşamalarda çözülemeyen sağlık problemlerinin tedavisi için halka hizmet vermektedir¹⁶¹.

Ancak, ülkemizde sağlık sisteminde yaşanan sorunlar nedeniyle, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunması beklenen bu hastaneler, ikinci basamak, hatta zaman zaman birinci basamak sağlık hizmetlerini(sağlık ocaklarının verdiği hizmetler) üreten organizasyonlar konumuna gelmişlerdir. Dolayısıyla, bu durumda ülkemiz üniversite hastanelerinde temel işlev olan eğitim işlevi yerine hasta bakım hizmetleri işlevi birinci önceliğe alınmıştır¹⁶².

3.2. Ait Oldukları Kurumlara Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Mülkiyet esasına göre sınıflandırma başka bir sınıflandırma türüdür. Burada hastanelerin, mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğunu veya kurum ve kuruluşların niteliğine göre sınıflandırma yapılmaktadır. Bu esastan hareket edildiğinde Türkiye'deki hastaneler SSYB'na, SSK'ya, İDT'ne, Tıp Fakültelerine, Belediyelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere, SSYB dışındaki bakanlıklara ve özel kesime ait hastaneler olarak sınıflandırılabilir¹⁶³.

Hastanenin mülkiyetine sahip kurum veya kuruluşlar, genellikle hastaneyi yönetme yetkisine de sahiptir. Bu nedenle mülkiyet, yönetim ve kontrol esaslarına göre yapılan sınıflandırmalar çoğunlukla aynı sınıflandırma olmaktadır. Fakat, ABD'de kar amacı gütmeyen hastanelerde olduğu gibi yönetimle mülkiyet ayrılabilir. Hastanelerin mülkiyet esasına göre sınıflandırılmaları hastane organizasyonu açısından önem taşımaktadır. Çünkü mülkiyete sahip kurum ve kuruluşlar, yönetim ve kontrol yetkilerine de sahip oldukları takdirde, hastanenin üst kademe yönetim organları olarak organizasyon içinde yer olmaktadır¹⁶⁴.

Ait oldukları kurumlara göre hastaneler, devlete doğrudan bağlı hastaneler, devlete dolaylı bağlı hastaneler, özel hastaneler olarak üç başlık altında incelenmektedir.

3.2.1. Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler

Bugün Türkiye'deki hastanelerin büyük bir kısmı kamu kuruluşlarının mülkiyetinde olup, belirli bir merkeze bağlı olarak taşra teşkilatı içinde organize edilmişlerdir. Bunun yanında kamu kesimine ait hastanelerde, merkeziyetçi tarafı ağır

¹⁶¹ İlkay Akçalı, *Hastane Hizmetlerinde Kalite Geliştirme ve Uygulaması*, İstanbul Ü. Sosyal Bil. Ens. İşletme Fak. Sayısal Yöntemler Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2000, s. 15.

¹⁶² Ü. Şahin, "Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi", *a.g.m.*, s.1.

¹⁶³ H. Seçim, "Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri", *a.g.m.*, s.2.

¹⁶⁴ H. Seçim, "Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri", *a.g.m.*, s.2.

basan sınırlı yerinden yönetim modeli söz konusudur. Hastanelerin organizasyon yapıları, bütçeleri, işleyiş kuralları ve takip edilecek prosedürler dahi, kanun, tüzük, yönetmelik ve genelgelerle merkez teşkilatı tarafından belirlenmektedir. Dolayısıyla, hastane organizasyonunda karşılaşılan temel sorunların kaynağını da merkez teşkilatı ve onun altında yer alan diğer üst kademe yönetim organları oluşturmaktadır¹⁶⁵.

Bugün hastanelerimizdeki organizasyon sorunlarının yanı sıra, yatak dağılımı açısından bölgesel hastane planlarının yapılmamış olması, uzun vadeli sağlık personeli (insan gücü) planlarının hazırlanmış olmaması, kamu kesimine ait hastanelerin mülkiyetlerinin dolayısıyla yönetimlerinin farklı kurum ve kuruluşlarda olması hastane faaliyetlerinin verimliliği ve etkinliği üzerinde etkisi olan diğer faktörlerdir¹⁶⁶.

Kamu yönetiminin genel amacı kamuya yararlı olmaktır. Kamu yönetimi kamu yararı için vardır. Kamu yönetimi, kamunun ihtiyaçlarını karşılayarak toplumu oluşturan bireylere hizmet götürür¹⁶⁷. Ancak buna rağmen, kamu harcamalarındaki isabetsizlik ve verimsizlik ise artık kimsenin tartışmaya bile gerek duymadan kabul ettiği gerçekler arasındadır. Devlet adına satın alınan mallardaki kalitenin hep kuşkulu olması, personel istihdamındaki yanlış politika ve uygulamalar, hastane hizmetlerinde yatak doluluk oranlarının beklenenin çok altında kalması vb. sonuçlar kamu hizmetlerinin kaçınılmaz kaderi gibi olmuştur¹⁶⁸.

Hastanelerin büyüklükleri istihdam edilecek sağlık personelinin sayısını belirleyici niteliğe sahiptir. Zira ülkemizde, hastanelerde istihdam edilecek personel ve bunların sayıları, SSYB'nın 24 Kasım 1974 'de yayınladığı kadro yönetmeliği ile 11 temmuz 1979'da yayımlanan kıstas yönetmeliği hükümlerine göre belirlenmektedir. Kadro dağılım yönetmeliğinde hastaneler 50,100,200,400,600 yataklı olarak büyüklüklerine göre sınıflandırılmış, her sınıf hastanede yer alacak tıbbi, idari ve destek hizmet üniteleri belirlenmiş ve her üniteye görevlendirilecek personel sayıları da mesleklerine göre katı olarak tespit edilmiştir¹⁶⁹.

İnsanların yoğun yaşadığı fakat yatak sayısı az olan yerlerdeki hastanede iş yükü insanların daha az yoğun yaşadığı fakat yatak sayısı fazla olan yerlerdeki hastanelere göre

¹⁶⁵Hikmet Seçim, "Türkiye Hastaneleri İçin Bir Yönetim Organizasyon Modeli Önerisi", **a.g.m.**, s.1.

¹⁶⁶ Hikmet Seçim, "Türkiye Hastaneleri İçin Bir Yönetim Organizasyon Modeli Önerisi", **a.g.m.**, s.1.

¹⁶⁷Ekrem Toklucu, "Türkiye'de Kamu Yönetimi ve Verimlilik", **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, s.471, s. 69.

¹⁶⁸ Osman Hayran, Haydar Sur, "Devletin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü," **Tıp Teknolojisi Dergisi**, s.11, s.1.

¹⁶⁹H. Özgen, A. Öztürk, **a.g.m.**, s.4.

daha fazladır. Bu suretle kadro dağıtımında yatak sayısı yerine iş yükünün esas alınması daha objektif olacaktır¹⁷⁰.

Burada üzerinde durmamız gereken bir başka ayrıntı da ülkemizde yatak kullanım oranının % 55'lerde bulunmasına rağmen yatak kapasitesi eksikliğinden söz ediliyor olmasıdır. Bu oran hastanelerde etkin bir yönetim modelinin kurulmamış olduğunun göstergesidir.

3.2.2.Devlete Dolaylı Bağlı Hastaneler

Devlete dolaylı bağlı olan hastaneler ise Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet Demiryolları, Makine ve Kimya Endüstrisi Kurumu, PTT, Kızılay, Belediye, Üniversite, Denizyolları, Kömür İşletmeleri Kurumu ve Esnaf hastaneleri olarak ayırma tabi tutulmaktadır¹⁷¹.

3.2.3. Özel Hastaneler

Bütün dünyada kapsam itibariyle özel hastaneler kavramı, sadece kar amacı güden müteşebbisler tarafından kurulan ve işletilen hastaneleri değil, aynı zamanda kar amacı gütmeyen vakıf, dini kurumlar ve dernekler tarafından (üçüncü sektör) kurulan ve yönetilen hayır amaçlı sağlık kurumlarını da kapsamaktadır¹⁷².

Türkiye'de, SSYB'na ve Belediyelere ait hastaneler dışında kalan diğer hastaneler 5.6.1933'te yayınlanan "Hususi Hastaneler Kanunu" ile bu kanuna dayanılarak 10.01.1983'te yeniden düzenlenerek yayınlanan "Özel Hastaneler Tüzüğü" kapsamında faaliyet göstermektedir. Adı geçen kanun ve tüzükte hastane organizasyonuna ilişkin olarak yer alan maddeler oldukça genel nitelikte olup, ayrıntılı bilgi vermemektedir. Bu nedenle, SSYB ve Belediye hastaneleri dışında kalan diğer kurum hastanelerinin organizasyon yapıları birbirinden oldukça farklı şekilde teşkil edilebilmiştir. Sözgelishi DDY Hastanelerinin organizasyonu SSK Hastanelerinden farklıdır. Yine aynı kanun kapsamında faaliyet gösteren Alman Hastanesi, Amiral Bristol Hastanesi ve Fransız Pasteur Hastanesi birbirlerinden çok farklı şekillerde organize edilebilmişlerdir¹⁷³.

¹⁷⁰ H. Özgen, A. Öztürk, a.g.m., s.4.

¹⁷¹ B. Ak, "Hastane Yöneticiliği", a.g.e., s. 83.

¹⁷² S. Kurtulmuş, a.g.e., s. 248.

¹⁷³ H.Seçim, "Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması", a.g.m., s.3.

İKİNCİ BÖLÜM

ÇATIŞMA OLGUSU VE HASTANELERDE ÇATIŞMA

Hastaneler, başta sağlık meslekleri olmak üzere, farklı meslek gruplarındaki çalışanların, farklı hizmet basamaklarında ve birimlerinde, toplumun bütünü için sağlık hizmeti ürettikleri, emek yoğun bir hizmet koludur¹. Globalleşen dünyada hastane müşterilerinin (dış ve iç) istek ve beklentileri artmakta; buna paralel olarak da organizasyon yönetimi de gün geçtikçe güçleşmektedir. Hastane yönetiminin zorluğunu oluşturan nedenlerden birisi de hastanelerde çatışmanın sıkça yaşanmasıdır. Öyle ki bu durum, sağlık yöneticilerinin tüm örgütsel yönetim teknikleri ile birlikte etkin bir çatışma yönetimini uygulamalarını zorunlu kılmaktadır. İşte bu maksatla, bu bölümde hastanelerde etkin bir çatışma yönetimi uygulayabilmek için; çatışmanın ne olduğu, çatışmanın benzeri kavramlarla ilişkisi, çatışma ile ilgili yaklaşımlar, türleri ve kaynakları üzerinde durulacaktır.

2.1. Çatışma Kavramı ve Benzeri Kavramlarla İlişkisi

Çatışma kavramı, işbirliği, rekabet, saldırganlık kavramlarıyla benzerlikler ve farklılıklar içermektedir. Bu benzerlikleri ve farklılıkları ortaya çıkarmak için, öncelikle çatışma kavramı ele alınacak daha sonra diğer kavramlarla ilişkileri incelenecektir.

2.1.1. Çatışma Kavramı

Birey, sosyal yaşamın kendisi üzerindeki etkileri çerçevesinde, yaşamını önceden tahmin ettiği bazı kalıplar üzerine kurmaktadır. Ancak, bireyin biçimsel ve sosyal çevresi ile etkileşimlerinde bazen önceden öngörülebilir kalıpların bozulduğu ve bireyin çevresindeki kişilerle uyumsuzluklara girdiği görülmektedir².

Çatışma, kişinin içinde bulunduğu sosyal ortam ve zaman dilimi içinde istemediği durumlarla karşı karşıya kalması ve bir sonuç için zorlanması durumunda, gerçekleştirdiği davranış, ulaştığı duygusal yapı olarak tanımlanabilir³. Webster ise çatışmayı, bir menfaat ayrılığı veya bireysel hedeflere ulaşamadığına dair bir inanç olarak değerlendirmiştir⁴.

¹ Y.Bülent Piyal, Birgül Piyal ve Ümit Çelen, "Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Farklılıklarının Hastaneler ve Meslekler Temelinde Çözümlemesi", 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Ankara, 28-29 Eylül 2000, s.20.

² M. Akif Özer, Etkin ve Verimli Örgüt Yönetimine Doğru Bir Adım: Çatışma Yönetimi, MPM. Verimlilik Dergisi, Milli Produktivite Merkezi Yayını, 2000/ 4, s. 17.

³ İlhan Erdoğan, Örgüt Yönetiminde Örgütsel Davranış, Örgüt Fak.Yayını, İstanbul, 1996, s.146.

⁴ A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, The Vision Program of Orengeburg-Calhoun Technical College, 19. Ocak 2003, <http://www.EBSCOhost.com>, s.7.

Çatışma öncelikle duygusal bir terimdir, sosyal anlamı taraflardan ve çatışmayla ilgili stratejik seçimlerden kaynaklanmaktadır. Çatışma bağımlı bir ilişki olmakta ve çatışan taraflar arasında birbirine bağıllık söz konusu olmaktadır⁵.

Çatışmanın kesin bir tanımını ve ölçümünü yapmak oldukça zordur. Zira çatışmalar çok değişik ortamlarda ve düzeylerde ortaya çıkmakta ve ortaya çıkış şekli de çok çeşitli olmaktadır⁶. Bununla birlikte yaşamın var olduğu her yerde, bir şekilde çatışmanın varlığından söz etmek yanlış olmayacaktır.

Genel olarak çatışma olgusunu iki veya daha fazla kişi ya da grup arasındaki çeşitli kaynaklardan doğan anlaşmazlıklar şeklinde tanımlayabiliriz. Ne şekilde tanımlanırsa tanımlansın anlaşmazlık, zıtlasma, uyumsuzluk, ters düşme gibi kavramlar tanımların temel unsurları arasında yer almaktadır⁷. Bu unsurların esas olduğu bir ortamda taraflar kendi çıkarlarını gerçekleştirmek veya kendi görüşlerini hakim kılmak peşindedirler⁸. Çatışmada ayrıca şu hususlar yer almaktadır⁹:

- Bireylerin veya grupların menfaatlerinin çatışması,
- Tarafların, diğer tarafın engelleyeceğine dair inanca sahip olması,
- Gerçekten varolan hizmeti engelleyici davranışlar, olarak bulunabilir.

Çatışma genellikle bir anlaşmazlıkla ilgili veya uyumsuzluk düşüncesidir. Negatif bir çağrışıma sahip olarak kişinin kendi içinde, iki kişi arasında veya organizasyon içinde olabilir. Çatışma genellikle istenilmeyen, sakınılacak bir olgu olarak değerlendirilmiştir. Çatışma bir taraftan olumsuz olarak düşünülürken, diğer bir taraftan bir ekibin karar alma sürecinin etkinliğini artırmada önemli olduğu gözlenmiştir¹⁰.

Çatışma genellikle gelişmeye engel bir düşünce olarak görülmektedir. Fakat bu her zaman böyle olmayabilir. Zira yalnızca bir düşünce varken gelişme olmayabilir. Kendi görüşlerini savunan bireyler olduğunda problemler ortaya çıkacaktır¹¹. Taraflar

⁵ M. Bodtker Andrea, Jesica Katz Jameson, "Emotion in Conflict Formation and its Transformation: Application to Organizational Conflict Management", *The International Journal of Conflict Management*, vol.12, no.3, s.260-261.

⁶ Metin Ateş, *Çatışma*, www.merih.net/m2/lid/wmetate26htm, 12.07.2002, s.1.

⁷ Mürsel Sabancı, Metin Ateş, "Hekim ve hekim Dışı Sağlık Personelinin Grup İçindeki ve Gruplar Arasındaki Çatışmalarının Düzey ve Nedenleri", *1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi*, 20-21 Mayıs Ankara, s. 46.

⁸ T. Koçel, a.g.e., s.534.

⁹ Jerald Greenberg, Robert A. Baron, *Behavior Organizations*, Printed in the United States of America, Sixth Edition, 1997, s. 380.

¹⁰ A.Esquivel Michael, H. Klenier Brian, "The importance of Conflict in Work Team Effectiveness", *Team Performance Management*, volume.3, number. 2, 1997, s. 90.

¹¹ Mike Bagshaw, *Industrial and Commercial Training*, 1998, volume.30, number.6, www.Emerald.com, 07. 03. 2002, s.206-208.

birbirlerinin karşıt fikirlerinden endişe duyabileceklerdir. Ancak çatışma gelişmeyi de sağlayabilecektir.

Çatışma, kişisel veya organizasyon içindeki ayrı grup ilişkilerin ve onların dış çevreyle olan olası değerleri ya da hedeflerinin olduğu her yerde vardır. İster kamu ister özel hastane olsun bu kaçınılmazdır. Ancak, kamu sektöründeki daha geniş sosyo politik etkileşim konuyu çok daha karmaşık bir hale getirmektedir¹².

Çatışmanın genellikle işi aksattığı ve gerekli olmadığı düşünülür. Oysa sadece bir tek düşüncenin olması halinde örgütte gelişme sağlanamayacaktır. Ancak insanlar kendi düşüncelerini savunduklarında ve aksini düşünen biri tarafından tehdit edildiklerini hissettiklerinde problemler de beraberinde gelebilecektir. Bu suretle, çatışmadan kaçınılmadan çatışma yönetilmelidir¹³. Çatışma daha iyi kararlara yöneltebilir. Karar vericiler birbirine zıt fikirlere sahip olduklarında, anlaşmazlık olmadığı zamanlardan çok daha iyi kararlar almaya eğilimlidirler¹⁴. Zira çatışmanın performansını artıracığına inanan yönetim yoluyla ekipler arasında ve ekip içindeki çatışma, beslenip ve teşvik edilmektedir¹⁵. Çatışma, örgütte güven ve anlayışın hakim olduğu bir atmosfer oluşturmak için kullanılabilir¹⁶.

Uzun süredir sürüncemede kalan ve bir türlü çözüme kavuşturulmamış örgütsel ve bireysel sorunlar incelenecek¹⁷; çözümler için enerji ve dikkat bu sorunlar üzerine çekilerek sonuç elde edilecek ve gerilim azalacaktır. Öyle ki tarafsız kalmaya özen gösteren ve görüş bildirmeye yanaşmayan bireylerin, sorunların çözümünde düşünce ve fikirlerini açıklamaya zorlanması sağlanacaktır¹⁸.

Çatışmanın çoğu istenilmez. Ancak, çatışmanın faydalarını fark etmemiz gerekir; çatışma çalışanların memnuniyetsizliğini göstermesi; daha iyi değişimin sağlanması; yenilikleri ve yeni fikirleri üretmesi; işbirliğini beslemesi ve anlaşmayı kolaylaştırması; davranışsal değişimi sağlaması¹⁹ olarak sıralanabilir.

¹² Donaldson Liam, Simpson Jenny, "Conflict, Power, Negotiation", *British Medical Journal*, Ocak 1995, vol. 310, issue. 6972, s.104.

¹³ Mike Bagshaw, "Conflict Management and Mediation: Key Leadership Skills for the Millennium", *Industrial and Commercial Training*, vol.30, number. 6, 1998, s. 206-207.

¹⁴ J.Greenberg, R. A. Baron, *a.g.m.*, s. 385.

¹⁵ Francis Kinsman, Robert Heller, Richard Pascale, "Business Project Teams and Team Building", Tom Lambert, *Key Management Solutions 50 Leading-edge Solutions to Executive Problems*, Financial Times, Prentice Hall, Second Published in Great Britain, 1996, s. 83.

¹⁶ Emin Karip, *Çatışma Yönetimi*, Ankara: Pegem Yayınevi, 2. baskı, Kasım 2000, s.21.

¹⁷ J. Greenberg, R. A. Baron, *a.g.m.*, s. 385.

¹⁸ M. Ateş, "Çatışma," *a.g.m.*, s. 1.

¹⁹ A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, *a.g.m.*, s.10.

Endüstriyel örgüt psikologları, çatışmayı elimine etmektense etkin olarak yönetmeyi tercih ederler. Zira, örgüt içinde kişilerarası çatışma yenilikleri artırabilir, bağlılığı, motivasyonu yükseltebilir ve diğer değerlerin değişimini sağlayabilir²⁰. Çatışma, tarafların birbirinin pozisyonlarını bilme ve anlamalarını da sağlayabilir²¹.

Yönetici ve uzmanlar arasında yapılan bir çatışma projesinde, her iki tarafta da işbirliğini devam ettirme konusunda bir isteksizlik oluşmuş ve onlar yaşanan problemler için birbirlerini suçlamışlardır. Çatışma sonuçta çalışma ilişkilerini tehdit etmiş, pek çok enerjiyi almış, kuvvetsizlik ve boşuna uğraşma hissini doğurmuştur. Nihayetinde, projenin tümü için negatif bir sonuca ulaşılmıştır²².

Yapılan araştırmalar, yöneticilerin zamanlarının %20'sinden fazlasını örgüt içi çatışmalara yahut çatışma sonrası yaşanan olumsuzlukları gidermeye ayırdıklarını göstermektedir²³. Çatışmalar bazen çok açık seçik ortaya çıkmakta, bazen de üstü kapalı olarak kalmakta, fakat her çatışma, personel üzerinde bir baskı (stress) oluşturmaktadır²⁴. Bu da göstermektedir ki örgütte çatışmanın miktarı yüksek düzeye eriştiğinde, örgütsel verimliliğin düşmesine neden olmaktadır.

Araştırmacılar, tarafların gerçek düşman haline geldiği beş çatışma düzeyini tanımlamaktadırlar:

- Tarafların birbirini kızdırması, sorumlu tutması, suçlaması,
- Problemin hızlı bir şekilde artması,
- Genel problemlerin yerini özel problemlerin alması,
- Çatışmanın misillemeye dönüşmesi,
- Tarafların sayısının artması, klikleşme şekline dönüşmesi, olarak belirtilebilir²⁵.

Kişiler arası çatışma, insanlar arası ilişkilere zarar verebilir ve organizasyonun etkinliğini azaltabilir²⁶. Yorumlanmaya ihtiyaç göstermeyecek kadar açık olan çatışmalar yoluyla, bazı olumsuz etkiler söz konusu olabilmektedir. Örneğin güçlü olumsuz duygulara veya oldukça fazla stresli olmaya yol açabilir. Çatışma genellikle bireylerarası, gruplararası veya bölümlerarası iletişimi engeller. Tüm bunlar dolayısıyla da çatışma örgütsel etkinliği

²⁰ Douglas A. Bernstein, Alison Clarke Stewart, Edward J. Roy, Thomas K. Srull, Christopher D. Wickens, *Psychology*, Third Edition, 1994, Houghton Mifflin Company New Jersey, s. 667.

²¹ J. Greenberg, R. A. Baron, *a.g.m.*, s.385.

²² T. A. Abma, *Stakeholder Conflict : A Case Study*, <http://www.sciencedirect.com>, 07.03. 20002, s. 8.

²³ D. A. Bernstein, A. C. Stewart, E. J. Roy, T. K. Srull, C. D. Wickens, *a.g.m.*, s.667.

²⁴ T. Koçel, *a.g.e.*, s. 533.

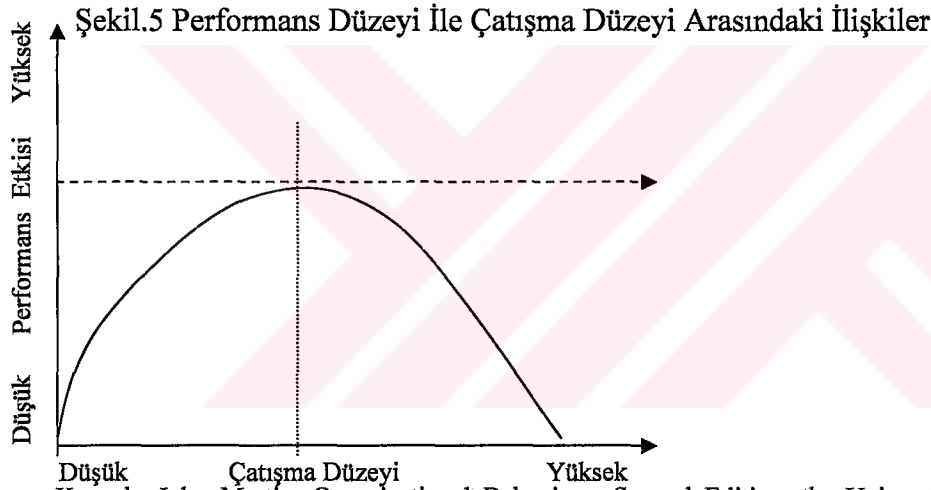
²⁵ A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, *a.g.m.*, s.10.

²⁶ D. A. Bernstein, A. C. Stewart, E. J. Roy, T. K. Srull, C. D. Wickens, *a.g.m.*, s.667.

engelleyici rol oynayabilir²⁷. Organizasyonlarda tarafsız olarak optimal gerilim ve çatışmaların olması istenen bir durum olmaktadır²⁸.

Çatışma kavramıyla ilişki boyutunda incelenmesi gereken bir kavram performans kavramıdır. Örgütte çatışma bulunmadığı durumda durgunluk söz konusu olacaktır. Bu durumda da örgütün verimliliği düşecektir. Böyle bir durumda ısrar eden bir yönetim, örgütsel çatışmayı düşük düzeyde tutma pahasına örgütün dinamizmini feda etmiş ve örgütsel iş başarımının en düşük düzeye inmesine göz yummuş olacaktır. Diğer taraftan, örgütsel çatışmanın en yüksek ve verimliliğin ise düşük olduğu durumlarda ise bir kaos yaşanacak ve örgütün ayakta kalması tehlikeye girebilecektir²⁹.

Rahim ve Bonoma'ya göre, optimal düzeyde örgütsel etkililiğe ulaşmak ve bunu sürdürmek için orta miktarda çatışma gereklidir. Çatışma ve örgütsel etkililik ilişkisi ters bir U fonksiyonuna benzemektedir³⁰.



Kaynak; John Martin, Organizational Behaviour, Second Edition, the University of Hull, 2001,

Printed in Italy by g. Ganale&C. s. 859.

Yukarıdaki şekilde de görüldüğü gibi; çatışmanın performans düzeyi ile ters “U” biçiminde bir etkisi vardır. Verimlilik ve iş doyumu (performans düzeyi) çatışma düzeyinin çok düşük olduğu ve yüksek olduğu durumlarda düşüş gösterirken, belirli bir düzeyde çatışma, etkili bir biçimde yönetildiğinde verimlilik ve iş doyumu yükselmektedir³¹.

²⁷ J.Greenberg, R. A. Baron, a.g.m., s. 384.

²⁸ Friedman, Raymond A., “What Goes Around Comes Around: the Impact of Personal Conflict Style on Work Conflict and Stres”, *International Journal of Conflict Management*, vol.11, issue.1, s. 44.

²⁹ M. Şerif Şimşek, a.g.e., s.277.

³⁰ Dilaver Tengilimoğlu, a.g.m., s. 128.

³¹ E. Karip, a.g.e., s.25.

2.1.2. Çatışma Kavramının Benzeri Kavramlarla İlişkisi

Çatışma kavramıyla rekabet, işbirliği, saldırganlık kavramları arasında bazı benzerlikler ve farklılıklar bulunmaktadır.

Çatışma ile çok yakın bir kavram, rekabet kavramıdır. Rekabet durumunda farklı kişilerin sahip olduğu hedefler arasında olumsuz bir bağlantı söz konusudur. Bir tarafın hedeflerine ulaşması, diğerlerinin engellenmesi anlamını taşır. Sonuçta, kişisel hedefleri bakımından engellenen kimselerin, engelleyenlerle örgütsel hedeflere erişmek için birlikte çalışma, yetenek ve isteklilikleri de olumsuz yönde etkilenmektedir³². Bu yönüyle çatışma kavramına yakın bir kavramdır, denilebilir. Ancak temelde bazı farklılıkları bulunmaktadır.

Uygun bir yaklaşımla ele alınan rekabet, amaçlara daha kolay varılmasını ve rekabete giren tarafların yeteneklerinin gelişmesini sağlayan, sağlıklı bir ortam oluşturan bir yapıya sahiptir. Taraflar birbirine yakın güçteyse, rekabet insanların daha gayretli olmasını sağlar ve onların coşkusunu yükseltir. Ama rekabet yıkıcı da olabilmektedir. Örneğin, bir kişinin kazanıp diğerlerinin bütünüyle kaybettiği bir rekabet, kaybedenlerin verimini düşürebilmektedir³³.

Rekabet ve çatışma insanları motive edebilir, işlerine odaklanmalarını sağlayabilir. Çatışma veya rekabetle ilgili grup üyeleri birbirleriyle daha yakınlaşır ve çeşitli konularda tartışmayı arttırmaya ve alternatiflere götürebilir. Dış çatışma ve rekabet olduğunda, grup üyeleri içerde birbirleriyle kenetlenir ve üretken çözümler bulurlar. Bu süreç, grubun yakınlığını ve üretkenliğini artırır. Kurumlar, iç çatışmayı azaltma yolu olarak rakiplerine karşı çalışanların enerjilerine odaklanarak, diğer kurumla rekabeti kullanabilirler³⁴.

Üstün performans, rekabet ve bireysel başarının üzerinde bir ekip çalışmasını gerektirir. Zira rekabet hiçbir zaman en iyi performansla sonuçlanmaz. Mükemmeli yakalamak bir takım oyunudur. Yazar ve akademisyen Alfie Kohn rekabeti, diğerlerini yenme çabası olarak görmektedir. Bu çaba en iyiye ulaşma çabası olmayabilir³⁵.

³² Alev Torun, "Örgütlerde Rekabet", *Endüstri ve Örgüt Psikolojisi 2*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1998, s. 49.

³³ Fran Sayers, Christine E. Bingham, Ralph Graham, Mardy Wheeler, *Yöneticilikte İletişim*, (Çev. Doğan Şahiner), Rota Yayınları: İstanbul, 1993, s. 104-105.

³⁴ Afsaneh Nahavandi, Ali R. Malekzadeh, *Organizational Behavior The Person –Organization Fit*, 1999, Printed in the United States of America, Prentice Hall, s.455.

³⁵ Subir Chowdhury, *Management 21C Someday We' ll all Manage This Way*, Pearson Education Limited, First Published in Great Britain , 2000, s.25.

Rekabet ve çatışma kavramlarını, taraflardan bir tanesinin diğerini, onun hedefine ulaşmada engelleyebilme imkanının olup olmaması temelinde birbirinden ayırabiliriz. Rekabet, ilgili tarafların birbirlerine uyumlu olmadıkları fakat birbirlerinin işlerine de karışmadıkları durumlarda mevcuttur. Eğer taraflardan her biri için diğerinin işine müdahale şansı yoksa, rekabet için gerekli şartlar oluşmuş demektir. Bununla birlikte müdahale için fırsat varsa ve eğer diğeri bu fırsattan yararlanıyorsa artık durum bir çatışmadır, denilebilir³⁶. İlgili tarafların birbirlerine uyumlu olmamaları demek, yarışma halindeki tarafların amaçlarını uzlaştırmanın mümkün olmaması demektir³⁷.

Hastanelerde hekimlerin müşteri hasta bağlamında tercih edilme üstünlüğünde eğer bir hekimin işine diğeri hekimin müdahale şansı yoksa rekabet söz konusudur. Ancak bir şekilde taraflardan biri diğerinin işlerine karışma fırsatı buluyorsa o zaman çatışma söz konusu olacaktır. Rekabette aynı amaç etrafında buluşma söz konusudur. Ancak sonuca tek kişi ulaşabilmektedir.

Sonuç olarak, rekabet ve çatışma arasında yakın bir ilişki olmakla beraber, bu ikisinin aynı şey olduğu söylenemez. Rekabeti içermeyen çatışmalar olabileceği gibi (örneğin değer ve inançlardaki farklılıklardan kaynaklanan) çatışmaya yol açmayan rekabet durumları da söz konusudur. (Örneğin iki rakip takımın müsabakayı centilmence tamamlamaları, açık çatışmaya yol açmayacak ve yalnızca gizli çatışma potansiyeli taşımakla kalacaktır) diğeri taraftan, bu iki kavramın aynı anlama geleceği ortak bir bölge de mevcut olabilmektedir³⁸.

Çatışma ile ilişkilendirilen bir başka kavram işbirliği kavramıdır. İşbirliği (Cooperation) iki veya daha fazla grubun ortak amaçlara ulaşmak üzere birlikte çalışmalarını anlamına gelir. Tarafların aynı anda hem işbirliği hem de çatışma içinde bulunmaları mümkündür³⁹. Örneğin hastanelerde hastane başhekiminin de hastane müdürünün de amacı kaliteli hizmeti verirken hem iç müşteriyi (çalışanlar) hem dış müşteriyi (hasta) memnun etmektir. Ama bu ortak hedefe ulaşma yollarında farklı görüşler dolayısıyla, anlaşmazlığa düşebilirler. Bu durumda hem işbirliği hem de çatışma kavramlarını bir arada görmek mümkün olacaktır.

³⁶ M. Ertürk, a.g.e., s.218.

³⁷ M. Şerif Şimşek, "Yönetim ve Organizasyon", a.g.e., s. 275.

³⁸ Erdal Tekarslan, Hüner Sencan, Tanıl Kılınç, Can Baysal, Sosyal Psikoloji, Filiz Kitabevi: İstanbul, 1989, s. 217.

³⁹ Orhan Gökçe, Ata Atabey, a.g.e., s. 263.

İşbirliği pek çok disiplinin özüdür. The American Nurses Association (ANA) “Amerikan Hemşirelik Kuruluşu”, işbirliğini, bir mesleki performans standardı olarak tanımlamaktadır. İşbirliğine katılanlar; hasta, aile, hekim, hemşire ve diğer tedarikçiler ve hissedarlardır. Sağlık profesyonelleri yeterli işbirliği yeteneğini geliştirmeye okullarda başlamalarına rağmen rol sosyalizasyonlaştığında, üç veya daha fazla bilim dalıyla ilgili ekiplerde işbirliğinin sınırlı olarak gerçekleştirildiği görülmektedir⁴⁰.

Örgütlerde insanların birbirlerine olan güvenlerinin yüksek düzeyde olması, işbirliğini güçlendirir, düşük düzeydeki güven ise rekabet doğurur. Eğer kişiler birbirlerine sınırlı biçimde güveniyorlarsa, taraflar tam olarak karşılıklı niyetlerinden emin olamadıklarından, sadece birbirlerinin gözünde iyi kalmayı sağlayacak kadar işbirliğine giderler. İşbirliğine dayalı eylemler kişilerin kendilerini iyi hissetmelerine yol açar ve sinerjik ilişkilerin gelişmesi de ancak böyle bir ortamda gerçekleşebilir⁴¹.

Anlaşmazlıkların çözümünde ideal olan, tarafların herkes için en iyi sonuca ulaşmak üzere işbirliği yapmasıdır. İşbirliği amaçların açıklığa kavuşturulmasını, konuyla ilgili bütün verilerin toplanmasını ve ek kaynakların araştırılmasını gerektirir. Anlaşmazlıkların çözümünde işbirliği yapıldığında, bütünsel bir çözüme ulaşmaya, yani ilgili herkesin isteklerini gerçekleştirecek bir yol bulmaya çalışılır. İşbirliği karmaşık ve zaman alıcı bir süreçtir. İşbirliğinin etkili olması için, anlaşmazlık içindeki bütün kişilerin buna istekli olması gerekmektedir⁴².

Sağlık bakım sisteminde etkin ve verimli bir yönetici olmak; çalışanlarla işbirliği yapmayı zorunlu kılar. Karmaşık yapının bir sonucu olarak, işbirliği hem bir süreç hem bir sonuçtur. Araştırmalar göstermiştir ki işbirliğinin bir bölümünde çatışma olağandır ve beklenilmelidir. Çatışma, tabiatı gereği ve potansiyel olarak sağlıklı işbirliği sürecinin bir kısmında vardır⁴³.

Çatışma kavramıyla ilgili bir başka kavram da saldırganlık kavramıdır. Saldırganlık, başkalarına zarar verme maksadıyla yapılan davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Niyet ve maksat saldırganlığın tanımında önemli bir husus olmaktadır.

⁴⁰ B. Gardner Deborah, Ann Cary, “Collaboration, Conflict, and Power: Lessons for Case Managers”, **Fam Community Health**, Aspen Publishers, vol.22, number, 3, 1999, s. 64-65.

⁴¹ Ferda Erdem, “Takım Çalışmalarında Güven ve Güvensizlik: Performans İçin Koşulsuz Güven mi , Optimum Güven mi?”, **Erciyes Üniversitesi 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirileri**, 25-27 Mayıs 2000, Nevşehir, s. 635.

⁴² Fran Sayers, Christine E. Bingaman, Ralph Graham, Mardy Wheeler, **a.g.e.**, s.106.

⁴³ B.G.Deborah, A. Cary, **a.g.m.**, 68-69.

Zarar gören kişi yönünden kazayla istenmeden verilen zararlar saldırganlık tanımı içine sokulmamaktadır⁴⁴.

Çatışma terimi pek çok insan için kavga etmenin öbür adıdır. Çatışma iki taraflı olup, başka bir kişiyi de içerdiği için böyle düşünenler haklı sayılabilirler. Ancak bu kişiler, çatışmanın konusu ile çatışmaya gösterilen tepkiyi karıştırdıkları için yanılmaktadırlar. Bu alanda çalışan araştırmacılar, çatışmanın konusu ile çatışma davranışı arasında kesin bir ayırım yapmaktadırlar. Çatışma sosyal bir ilişkiyi içermesine rağmen tek taraflı çatışmalar da bulunabilir. Bunun yanında öznel olabilir ve mutlaka bir çatışma davranışını içermesi de gerekmez⁴⁵.

Saldırganlık, kendisine yönelik bir tehlikeden kaçınmaya çalışan bir bireye ya da gruba yönelen, tasarımlanmış bir zarar verme eylemi şeklinde tanımlanabilmektedir. Çatışma büyük ölçüde bir engellenmeden kaynaklanmasına karşılık, saldırganlık, rekabet ve engellenmenin de aralarında yer aldığı çok çeşitli koşullardan (sosyal koşullar; tahrikler, çevresel faktörler; gürültü, kişisel faktörler; soy, vs.) kaynaklanmaktadır.

Çatışma ile saldırganlık arasındaki bir diğer farklılık ise, bu iki olgunun temelinde yatan güdülere dayanmaktadır. Çatışmada temel güdü amaçlara ulaşmaktır. Saldırganlıkta ise, temel güdü, karşı tarafa zarar vermek ya da yaralama isteği gibi dürtülerden kaynaklanmaktadır⁴⁶. Çatışma ile saldırganlık, çözüm önerileri itibariyle de farklılıklar göstermektedir. Çatışmada; kaçınma, uzlaşma, işbirliği vs. yöntemlere başvurulurken; saldırganlıkta ceza verme ve rahatlama yöntemleri söz konusu olmaktadır.

2.1.3. Organizasyonlarda Çatışma İle İlgili Başlıca Yaklaşımlar

Örgütsel çatışmaya ilişkin görüşlerde zamanla büyük değişiklikler söz konusu olmuştur. Bu konudaki farklı görüşler, geleneksel, davranışçı, etkileşimci olarak üç grupta toplanabilmektedir⁴⁷. Söz konusu bu yaklaşımlar yönetim konusunda geliştirilen yönetim kuramlarından farklı değildir⁴⁸.

⁴⁴ Suna Tevritç, *Davranışlarımızdan Seçmeler*, Emek Ofset Matbaa: Yalova, 1989, s.122.

⁴⁵ Canan Ergin, "Türkiye'deki Örgütlerde Çatışmaların Çözümlemesine İlişkin Çalışmalar", *Türkiye'de Yönetim, Liderlik ve İnsan kaynakları Uygulamaları (Akademisyenler ve Profesyoneller Bakış Açısıyla)*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları: Ankara, 1. Basım, no:21, Ağustos 2000, s.243-244.

⁴⁶ O. Gökçe, A. Atabey, *a.g.m.*, s. 264-265.

⁴⁷ Dilaver Tengilimoğlu, "Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri", *Amme İdaresi Dergisi*, c.24, s.2, Haziran 1991, s.126.

⁴⁸ M. Şerif Şimşek, "Davranış Bilimlerine Giriş", *a.g.e.*, s. 238.

2.1.3.1. Klasik Yönetim Görüşü

Gelenekselci felsefe, örgüt yönetiminde 1940'lara kadar hakim olan görüşü temsil etmektedir. Buna göre, çatışma olayı kesinlikle yıkıcı olarak ele alınmış ve ne suretle olursa olsun çatışmadan kaçınılması önerilmiştir⁴⁹.

Çatışma konusunda ilk yaklaşımlarda, çatışmanın olumsuz olarak görülmesi dolayısıyla; çatışma terimi, şiddet, yıkım ve mantıksızlık gibi terimlerle eş anlamlı kullanılmıştır. Dolayısıyla çatışmanın önlenmesi gerekmektedir. Bu görüş 1930'larda ve 1940'larda grup davranışı hakkında hüküm süren tutumlarla tutarlıdır⁵⁰.

Mayo, çatışmayı bir kötülük, toplumsal becerilerin yokluğunun bir belirtisi olarak değerlendirirken; March ve Simon, çatışmayı örgütün karar verme mekanizmasında bir çöküntü, sistemin işleyişindeki bozukluğun bir sonucu olarak görmektedirler⁵¹.

Kapalı sistem anlayışını esas alan, rasyonellik ve etkinlik kriterlerini vurgulayan klasik yaklaşıma göre, çatışmaların esasında yönetim ve organizasyon ilkelerini uygulayan bir organizasyonda olmaması gerekir⁵². Çatışmanın gelişip ortaya çıkması, yöneticilerin evrensel yönetim ilkelerini, örgütü yönlendirmede etkili bir şekilde kullanmamaları ya da yönetimle çalışanların ortak çıkarlar etrafında bütünleştirilmelerinde iletişim işlevinin gereklerini başarıyla yerine getirmemelerinden kaynaklanmaktadır⁵³.

Sonuç olarak, gelenekçi örgüt kuramcıları, çatışmayı örgüt açısından yıkıcı olarak görmüşler ve örgütün sağlığına kavuşması için çatışmalardan arınık olması gerektiğini savunmuşlardır. Bu görüşte, örgütün yapısal özellikleri ve örgütsel gerçekler gözardı edilmiştir, denilebilir⁵⁴.

2.1.3.2. Neoklasik Yaklaşım

Neoklasik yaklaşım, çatışmanın tüm grup ve örgütler için doğal bir oluşum olduğu fikrindedir. Çatışma kaçınılmaz olduğu için davranışsal okul çatışmanın kabul

⁴⁹ Can Baysal, Erdal Tekarslan, *Örgütçiler İçin Davranış Bilimleri*, 2. Baskı, İstanbul, 1996, s. 308.

⁵⁰ M. Ateş, *a.g.m.*, s.2.

⁵¹ Dilaver Tengilimoğlu, "Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri" *a.g.m.*, s. 126.

⁵² T. Koçel, *a.g.e.*, s. 534.

⁵³ M. Şerif Şimşek, "Davranış Bilimlerine Giriş", *a.g.e.*, s.272.

⁵⁴ Cevat Elma, Kamile Demir, *Yönetimde Çağdaş Yaklaşımlar Uygulamalar ve Sorunlar*, Anı Yayıncılık, Ankara; Ocak 2000, s. 227.

edilmesi taraftarıdır⁵⁵. Çatışmalar, örgütte çok farklı nedenlerle ortaya çıkabilir. Çünkü örgüt, ihtiyaç, amaç, beklenti ve çıkarları sürekli çatışma halinde bulunan insan ve gruplardan oluşmaktadır⁵⁶. Bu sebeple çatışma ortadan kaldırılamaz.

Geleneksel görüşü izleyen davranışçı görüş, çatışmayı örgütsel yaşamın bir gereği olarak kabul etmektedir. Bütün çatışmaların yıkıcı olmadığına ve grup çatışmalarının olumlu sosyal fonksiyonları bulunduğuna inanmaktadır⁵⁷. Çatışma kötü değildir ancak yönetilmesi gerekmektedir⁵⁸.

Davranışsal yaklaşım, örgütte ortaya çıkan çatışmalardan en azından bir kısmının bazı sorunların varlığına işaret etmeleri ve söz konusu sorunlara daha sağlıklı çözümler getirebilmesi için yönetimi harekete geçirmeleri nedeniyle “fonksiyonel çatışma” şeklinde nitelendirilmesinden yana bir tavır göstermektedir. Bununla birlikte, çatışmayı, ortaya çıkar çıkmaz çözümlenmesi, aksi halde her önleme başvurusu ortadan kaldırılması gereken zararlı bir olgu olarak görmek eğilimi göstermişlerdir⁵⁹.

Lippitt, örgütsel liderliğin amacının çatışmayı ortadan kaldırmak olmadığını, serbest bırakılan enerjinin örgütsel yarar sağlayacak biçimde kullanılması gerektiğini ve davranış bilimcinin rolünün, insanların davranış nedenlerini araştırmak, analiz ve rapor vermek ve araştırmanın uygulamaya aktarılma yollarını önermek olduğunu ifade etmektedir⁶⁰. Görüldüğü gibi sorun, çatışmayı örgütsel yararlar oluşturmak için, fonksiyonel biçime dönüştürmektir. Davranış bilimcilerinin uygulanabilir yaklaşımlarından biri de, çatışmanın psikolojik atmosferini değiştirmeye yönelik olmuştur⁶¹.

Davranışçı örgüt kuramcılarına göre çatışma, örgütteki bireyler ya da gruplar arası farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Örgütte çatışmanın yok edilmesi demek, birey yada gruplar arasındaki bu farklılığın ortadan kaldırılması demektir. Örgütsel bir ortamda bunların yapılması ise imkansızdır. Bu görüşe göre, çatışma tamamen ortadan kaldırılamaz, hatta, bazı durumlarda çatışma örgütün verimine olumlu yönde katkı bile sağlayabilir⁶².

⁵⁵ M. Ateş, a.g.m., s.2.

⁵⁶ M. Şerif Şimşek, “Yönetim ve Organizasyon”, a.g.e., s. 273.

⁵⁷ Dilaver Tengilimoğlu, “Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri” a.g.m., s. 126.

⁵⁸ T. Solmuş, a.g.m., s. 40.

⁵⁹ M. Ş. Şimşek, “Yönetim ve Organizasyon”, a.g.e., s. 273.

⁶⁰ Dilaver Tengilimoğlu, “Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri” a.g.m., s. 127.

⁶¹ Birol Bumin, **Organizasyonlarda Çatışmanın Yönetimi**, Bizim Büro Basımevi, Ankara, Mart 1990, s.9.

⁶² C. Elma, K. Demir, a.g.e., s. 228.

2.1.3.3. Modern Yaklaşım

Modern yönetim anlayışına göre bir organizasyonda çatışmalar kaçınılmazdır. Bunları tamamen ortadan kaldırmak mümkün değildir. Dolayısıyla, yöneticiye düşen bu çatışmaları, organizasyonun yaşama ve gelişmesine katkıda bulunacak yönde yönetmektir. Böyle bir anlayış klasik ve neoklasik yaklaşımların çatışma konusunu ele alış tarzlarından farklıdır⁶³.

Modern yönetim ve organizasyon anlayışı içerisinde yer alan etkileşimciler çatışmayı kabul ve teşvik eder. Açık sistem anlayışını esas alan bu görüşe göre, organizasyonların etkinliği için belirli bir çatışmanın olması da zorunludur⁶⁴. Modern yönetim düşüncesi çatışmayı, sadece performansı olumlu yönde etkileyen bir unsur olarak değil, doğrudan performansın bir koşulu olarak görmektedir. Belirli düzeyde gerçekleşen çatışma, grup üyelerinin daha sorgulayıcı, daha çok özeleştiri yapabilen ve daha yeniliğe açık hale gelmesini sağlayacaktır. Başka bir ifadeyle, modern yönetim düşüncesi, çatışmayı gerekli görmekte, ancak belirli bir düzeyde kalması gerektiğini ileri sürmektedir⁶⁵. Çünkü etkileşimci görüş, yoğunlaşan çatışmaların örgüte zarar vereceğini, bu nedenle de bu tür çatışmaların zorunlu olarak çözülmesi gerektiğini vurgulamaktadır⁶⁶.

Modern görüşler, çatışmayı doğal bir olay olarak görüp kabullenmekle kalmayıp, etkili bir iş başarımı için belli bir dereceye kadar çatışmanın gerekli olduğuna inanırlar ve bu nedenle çatışmayı teşvik etme taraflıdır. Çünkü modern yönetim bilimcilerine göre, uyuşum, barış ve işbirliği içindeki sakin gruplar, durağan, vurdumduymaz ve tepkisiz olduğundan örgütsel gelişme ve yenilikte katkıları yok denecek kadar az bulunmaktadır⁶⁷.

Modern yönetim bilimcileri, çatışmayı işlevsel olan (fonksiyonel) ve olmayan (fonksiyonel olmayan), bir diğer ifadeyle istenen ve istenmeyen, çatışma olmak üzere iki ana grupta incelerler. İşlevsel çatışma örgütün iş başarımına katkısı olan ve başarımı artıran çatışma türüdür. İşlevsel olmayan (istenmeyen) çatışma türü ise bunun tersi olup örgüte zarar veren ve amaçların başarılmasını engelleyen uyumsuzluklardır⁶⁸. Modern

⁶³ T. Koçel, a.g.e., s.533.

⁶⁴ D. Tengilimoğlu, "Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri" a.g.m., s.127.

⁶⁵ M. Türk, S. Doğan, a.g.m., s.63.

⁶⁶ T. Solmuş, a.g.m., s. 41.

⁶⁷ H.Can, a.g.e., s. 309.

⁶⁸ H. Can, a.g.e., s. 309.

yaklaşımına göre, çatışmalar fonksiyonel olmayabilir ancak her türlü çatışmayı fonksiyonel olmayan çatışma olarak nitelemek mümkün değildir⁶⁹.

Çatışma hakkında şu anki görüş etkileşimci perspektiftir. Bu yaklaşım çatışmayı kabul etmektedir. Etkileşimci yaklaşım ise uyumlu, barışçıl, sakin ve işbirliği içindeki grubun değişme ve yenilik gereksinimlerine karşı durağan, kayıtsız ve tepkisiz olacağı görüşüne dayanarak çatışmayı teşvik etmektedir. Bu yaklaşımın en büyük katkısı grup liderlerinin asgari düzeyde grubu uyanık, öz eleştiri yapabilen ve yaratıcı tutabilecek düzeyde çatışma sürdürmeleri için teşvik etmesidir⁷⁰.

Rico, örgütte çatışmanın yokluğunun baskı, monotonluk ve durgunluğu, çatışmanın varlığının ise demokrasi, farklılık, gelişme ve kendini gerçekleştirme gösterdiği görüşündedir⁷¹. Bunun yanında etkileşimci görüş her çatışmanın iyi olacağını söylemez. Bu görüşte, sadece örgüt açısından işlevsel ve yapıcı sonuçlar veren, diğer bir deyişle, örgütün amaçlarını destekleyip, performansını geliştiren çatışmalar iyi olarak kabul edilmektedir⁷².

2.2. Hastanelerde Çatışmanın Türleri ve Kaynakları

Birer hizmet işletmesi olan hastanelerde çatışmanın çeşitli şekillerine rastlamak mümkündür. Aynı zamanda çatışma pek çok değişken tarafından ortaya çıkan bir görünüm sergilemektedir.

2.2.1. Hastanelerde Çatışmanın Türleri

Hastanelerdeki çatışmaları çeşitli şekillerde sınıflandırmak mümkündür. Amaçlara ulaşma derecesine göre, çatışmanın ortaya çıkış şekline göre, çatışmanın taraflarına göre sınıflandırmalar yapılabilmektedir. Biz burada en çok kullanılan üçlü tasnife yer vereceğiz.

2.2.1.1. Fonksiyonel ve Fonksiyonel Olmayan Çatışmalar

Organizasyonlardaki çatışmaları çeşitli şekillerde sınıflandırmak mümkündür: Bu sınıflandırmaların en çok kullanılanı fonksiyonel olan ve fonksiyonel olmayan çatışmalardır.

Fonksiyonel çatışma; örgütün amaçlarını gerçekleştirmesine ve güçlendirmesine katkıda bulunan çatışmalar fonksiyonel çatışmalardır. Bu tür çatışmalar örgütün belirli bir

⁶⁹ Orhan Gökçe, Ata Atabey, *Davranış Bilimleri (Ders Notları)*, Konya, 2001, s.279.

⁷⁰ M. Ateş, *a.g.m.*, s. 2.

⁷¹ Dilaver Tengilimoğlu, "Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri", *a.g.m.*, s. 127.

⁷² C.Elma, K. Demir, *a.g.m.*, s. 228.

kesiminde bazı rahatsızlıkların bulunduğunu, yöneticilerin dikkatine sunmayı sağlayarak örgüte dinamizm ve yaratıcılık kazandırmakta ve bu yolla örgütün bütünü için yararlar sağlamaktadır⁷³.

Fonksiyonel olmayan çatışma ise; örgütü amaçlarına ulaşılmasını engelleyen, amaçları gerçekleştirmeye katkıda bulunmayan çatışmalardır⁷⁴. Klasik ve Neoklasik yaklaşımlar bütün çatışmaları fonksiyonel olmayan çatışmalar olarak ele almışlardır. Bu görüşlere göre çatışmanın varlığı, formal organizasyon yapısının yetersizliğine işaret etmektedir. Modern yaklaşıma göre de çatışmalar fonksiyonel olmayabilir. Ancak her türlü çatışmayı fonksiyonel olmayan çatışma olarak nitelemek mümkün değildir⁷⁵. Çatışmanın nedeni bilinirse; çatışmanın nedenine yönelik çözüm önerileri de geliştirilebilecektir. Bunun yanında, organizasyona canlılık kazandırarak yeniliklerin ve değişimlerin gerçekleştirilmesini kolaylaştıracaktır. Bu sebeple çatışmanın hepsini olumsuz değerlendirmemek gerekir. Zira etkin yönetimle, olumsuz çatışmayı fonksiyonel çatışmaya dönüştürebilmek mümkündür.

Hastanede satın alma birimi içindeki çatışma araştırmasında, elli altı hastane gözden geçirilmiş ve satın almadaki çatışmanın fonksiyonel (yararlı) olduğu ortaya çıkmıştır⁷⁶. Burada yöneticinin önderlik biçimi önemli olmuştur. Satın almada bölüm şeflerinin fikirleri alınmış ve yaşanan çatışmada fonksiyonel (yararlı) olmuştur.

2.2.1.2. Ortaya Çıkış Şekline Göre Çatışmalar

İkinci sınıflama tarzı çatışmaların ortaya çıkış şekline göre yapılmaktadır. Buna göre çatışmalar potansiyel (latent) çatışma, algılanan çatışma, hissedilen (felt) çatışma ve açık (manifest) çatışma şeklinde sınıflandırılmaktadır⁷⁷.

Örgütsel çatışmalar, belirli evrelerden geçerek gelişir ve gerçekleşirler⁷⁸. Bu evreler tüm çatışmalarda farklılık gösterebilmektedirler. Ancak genel olarak izlediği gelişimin bilinmesi yöneticilere kolaylık sağlaması açısından önemlidir. Yöneticiler örgüt içinde, mevcut ve doğabilecek çatışmaları tespit edebilmek için çeşitli yöntemler uyguladılar. Bunlardan biri örgüt analizi yöntemidir. Buna göre, belli bir zamanda

⁷³ M. Ş. Şimşek, "Yönetim ve Organizasyon", s. 278.

⁷⁴ M. Ateş, a.g.m., s. 6.

⁷⁵ T. Koçel, "İşletme Yöneticiliği", s. 535.

⁷⁶ Daniel S. Cochran, C. P. Rao, "The Effects and Resolution of Conflict in Hospital Purchasing Management", *Journal of Health Care Marketing*, vol. 2, no.4, Fall 1982, s.23.

⁷⁷ M. Ateş, a.g.m., s.s.6.

⁷⁸ Tarık Solmuş, "Örgütlerde Kişilerarası-Gruplararası Çatışmalar ve Çatışma Yönetimi", *Türk Psikoloji Bülteni*, c.7, sayı.20, Mart 2001, s. 41.

bireylerin algılamalarına dayalı olarak sorunların belirlenmesi söz konusudur. Böylelikle çatışma tanınmakta ve belirlenmektedir. Diğer bir yöntem ise, örgüt geliştirmedir. Çatışmanın açıkça tartışılmasına imkan sağlanmaktadır. Ayrıca örgüt iklimini belirleyen teknikler de çatışmaların ortaya çıkarılmasında kullanılabilir⁷⁹.

Genellikle, çatışma bireyler veya gruplar, diğer bireyler veya gruplarca olumsuz etkilendiğinde oluşur. Çatışmanın habercisi genellikle yüzeyde devam eden bir problem ve uygun bir sonuç vermeyen çatışma çözüm yapılarıdır⁸⁰. Bu sebeple, çatışmanın belirtilerini bilmek erken ve yerinde çözüm yöntemi kullanmak açısından dikkate değerdir.

Çatışmanın farklı biçimlerde tanımlanmasının ve anlaşılmasının nedeni bu kavramın farklı düzeylerdeki uyumsuzluklar için bir niteleme yapılmadan kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Bu kavramın kullanımına baktığımızda, fiziksel şiddet içeren bir kavga çatışma olarak nitelendirilirken, herhangi bir anlaşmazlığın, uyumsuzluğun ya da sözel olarak karşılıklı atışmanın da çatışma olarak adlandırıldığını görülmektedir. Çatışma şiddetine göre dört evrede sınıflandırılmaktadır⁸¹; potansiyel çatışma, algılanan çatışma, hissedilen çatışma ve açık çatışmadır.

-Potansiyel çatışma; organizasyon içinde, henüz mevcut olmayan ancak çatışmaya neden olabilecek durumlar söz konusu olduğunda ortaya çıkmaktadır⁸². Potansiyel çatışmada, çatışmanın nedenlerinin varlığı söz konusudur. Ancak, bunlar doğrudan çatışmaya yönelik olmayabilir. Ama çatışmanın varlığı için gereklidir. Bu nedenler iletişim, yapı (önderlik tarzı, karşılıklı bağımlılık derecesi, ödül sistemleri, vs.) ve kişilik değişkenleri (bireylerin değer sistemleri) olabilir⁸³. Örneğin, hastanede iki birime de gerekli olan tek ultrasonografi cihazının birlikte kullanımı bir çatışma oluşturduğunda potansiyel çatışma kapsamında değerlendirilebilir.

-Algılanan Çatışma; organizasyonda görevli personelin çatışmalı durumları algılamasına bağlı olarak ortaya çıkan bir çatışma türüdür⁸⁴. Yani algılanan çatışmada uyumsuzluk algılamadaki farklılıklardan doğmaktadır⁸⁵. Bu evre, bir kişi ya da grubun,

⁷⁹ Yücel Ertekin, *Stres ve Yönetim*, TODAİE Yayını, Ankara, 1993, s. 71.

⁸⁰ M. Skjorshammer, *a.g.e.*, s.10.

⁸¹ E. Karip, *a.g.e.*, s. 6.

⁸² Murat Türk, Selen Doğan, "Çatışma Yönetiminin Önemi ve Çevik Kuvvet Personelinin Çatışma Kaynaklarının Teşhisi ve Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Niğde İlinde Bir Araştırma", *Marmara Üniversitesi S.B.E. Hakemli Dergisi*, c.5, y.8, sayı. 18, Haziran 2002, s. 65.

⁸³ H. Can, *a.g.e.*, s. 310.

⁸⁴ Mümin Ertürk, *İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon*, Beta Yayıncılık, 3.B.: İstanbul, Eylül, 2000, s.221.

⁸⁵ H. Can, *a.g.e.*, s. 306.

amaç ya da isteklerinin, bir başka kişi ya da grup tarafından engellendiğinin farkına varılmasıyla ortaya çıkar. Her iki tarafın da, çatışmanın kökenlerini araştırdıkları, çatışmanın niçin doğduğunu inceledikleri ve birbirleriyle yaşadıkları problemlerin nedenleri hakkında bir “senaryo” yazdıkları evredir⁸⁶. Ancak bir çatışmanın algılanması, onun kişiselleştirildiği anlamına gelmez; iş arkadaşınızla anlaşmazlık içinde olduğunuzun farkına varabilirsiniz. Buna rağmen, bu durum sizi gergin ya da sinirli yapmayabilir ve arkadaşınıza karşı sevginizi etkilemeyebilir⁸⁷.

-Hissedilen Çatışma; çatışma durumundaki tarafların çatışma konusu olay hakkında duygularını ifade eder. Örnek olarak, taraflar kızgın, kırgın, patlamaya hazır, endişeli olabilirler⁸⁸. Bu evrede, taraflar birbirlerine yönelik olumsuz duygular beslemeye başlarlar. Çatışma kişiselleştirilir. Her iki taraf da “biz” ve “onlar” tutumu geliştirir ve birbirlerini suçlamaya başlarlar. Çatışma kızıştıkça, taraflar arasındaki işbirliği ve uyum da azalmaya başlamaktadır⁸⁹.

-Açık Çatışma; çatışma halinin fiilen ortaya çıkması halini ifade etmektedir. Burada, söz veya fiili olarak güce dayalı bir çatışma söz konusudur⁹⁰. Bu evrede, taraflardan biri, diğerine karşı nasıl mücadele vereceğini belirler; taraflar birbirlerine zarar vermeye ve amaçlarına ulaşmalarını engellemeye başlarlar. Açık çatışma, karşılıklı olarak tartışma, desteğin çekilmesi, belirli bilgi ve verileri karşı taraf kişiye ya da gruba iletmeme ya da fiziksel şiddet gösterme şeklinde ortaya çıkabilir⁹¹.

2.2.1.3. Tarafları Açısından Çatışmalar

Üçüncü sınıflama tarzı ise organizasyonda çatışmaya taraf olabilecekler ile ilgilidir. Bu sınıflama; bireyler arası çatışmalar, kişiler ve gruplar arası çatışmalar, grupların kendi içinde ve gruplar arası çatışmalar olarak ayrılmaktadır.

-Bireyler Arası Çatışmalar

İki bireyin birbirleriyle çeşitli fikir, duygu ve görüş ayrılıklarına düşmesidir. Örgütlerde en çok rastlanılan bireyler arası çatışma türleri; ast üst çatışmaları ile kurmay komuta yöneticileri arasındaki kişisel anlaşmazlıklardan doğan çatışmalardır. Yine aynı

⁸⁶ T. Solmuş, a.g.m., s.41.

⁸⁷ M.Ateş, a.g.m., s.3.

⁸⁸ Şerif Şimşek, Tahir Akgemci, Adnan Çelik, **Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış**, 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara –2000, s. 248.

⁸⁹ T. Solmuş, a.g.m., s.41.

⁹⁰ M. Türk, S. Doğan, a.g.m., s. 65.

⁹¹ T. Solmuş, a.g.m., s. 41.

örgütsel düzeylerde bireysel farklılıklardan dolayı çatışmalara rastlanmaktadır. Çalışanlar arasındaki geçimsizlikler, müdürler, şefler ve memurlar arasındaki görüş fikir ve çıkar ayrılıkları bu çatışma türüne girmektedir⁹².

Çatışma, bireylere çok bağlıdır. Birlikte çalışmak zorunda olan bireyler birbirleriyle eşit denklikte değillerse çatışma daha sık gerçekleşmektedir. Ancak çatışma teriminin hastanede pek kullanılmadığı görülmektedir. Oysa kilit rol konumundaki hekimler, diğer çalışanlardan çok daha fazla çatışma eşiğindedirler ve “büyük gürültü” kopmaması için bu terimi kullanmak istememektedirler⁹³.

Kişilerarası çatışma, en fazla görülen bir çatışma türüdür. Örgütteki kişiler arasında birbirinden farklı amaç, bilgi, metot, değer yargısı çatışmaya neden olabilirler. Bireyler arasındaki çatışma, kişilik çatışması olarak da kendisini gösterir. Farklı karakter, tutum ve kişiliğe sahip bireyler arasında her zaman çatışma çıkabilmektedir⁹⁴.

Bireyler arasındaki iletişim çatışmalarının niteliğini belirleyen iki temel faktör vardır. Bunlar, başlangıç faktörleri, sonuç faktörleridir. Başlangıç faktörleri, sonuç faktörlerinin temelinde yer alan ve iletişim çatışmalarının asıl nedenlerini oluşturan faktörlerdir. Bu nedenler kapsamına; biliş, algı, duygu, bilinçdışı ihtiyaçlar, iletişim becerisi, kişisel faktörler, kültürel faktörler, roller, sosyal ve fiziksel çevre, mesajın niteliği vs. konular girmektedir. Sonuç faktörleri ise doğrudan gözlediğimiz çatışmaların yüzeysel sebepleridir. Sonuç faktörleri kendi içinde dört gruba ayrılmaktadır; kişinin kendisine bakış açısı, kişinin karşıdaki kişiye bakış açısı, kişinin kendisine gönderilen mesaja bakış açısı ve son olarak da kişinin iletişim becerisidir⁹⁵. Tüm bu faktörlerin bileşkesi olarak kişilerarası iletişim kurulmaktadır. Kişilerarası çatışmaların nedenleri de iletişim unsuru dolayısıyla bir çok değişken tarafından belirlenmektedir. Kişilerarası çatışma, dört nedenden oluşmaktadır⁹⁶:

-Kurumda kaynak kıtlığının varlığı,

-Yoksun bırakıldığını veya diğerlerince rencide edildiğini hisseden bireylerin, sorumlu tuttukları insanlar hakkında intikam alma hissine sahip olmaları,

⁹² M. Ateş, a.g.m., s.8.

⁹³ Morten Skjorshammer, “Co-operation and Conflict in A Hospital: Interprofessional Differences in Perception and Management of Conflicts”, *Journal of Interprofessional Care*, vol.15, no.1, Feb 2001, s.10.

⁹⁴ M. Ertürk, a.g.e., s. 220.

⁹⁵ Ü. Dökmen, a.g.e., s. 78-79-82.

⁹⁶ Douglas A. Berstein, Alison Clarke Stewart, Edward J. Roy, Thomas K. Srull, Christopher D. Wickens, *Psychology*, Third Edition, 1994, Houghton Mifflin Company New Jersey, s. 667.

-Bireylerin birbirlerini yanlış anlamaları,

-Bireyler arasında iletişim eksikliğinin olması dolayısıyla karşı taraf hakkında yanlış yargıların bulunması, olarak belirtilebilir.

-Gruplar Arası Çatışmalar

Çatışma, gruplar arasında da gözükmemektedir. Genellikle yöneticiler bunun olmamasını tercih ederler. Yöneticiler, örgütün hedeflerine varması için grupların işbirliği içerisinde bulunmasını isterler. Bu durum özellikle hastanedeki birbirine bağlı işlerde çok daha önemli hale gelmektedir. Gruplar arasındaki çatışma sebepleri bireyler arasındaki çatışma sebepleri kadar çoğalmıştır. O yüzden yöneticilerin, gruplar arası çatışmaya dikkatlerini yönlendirmeleri gerekmektedir⁹⁷.

Toplumsal çatışma kuramına göre, çatışmalar, grupların birbiri ile rekabet halinde olan amaçlarından kaynaklanır. Gruplar çıkarlarını korurlar ve çıkarları korumaya yönelik eylemleri ödüllendirirler. Grup çıkarlarına ters düşen eylemleri ise cezalandırırlar⁹⁸.

Grup çatışmalarının pek çok nedeni vardır. Çatışma nedenleri şunları içermektedir⁹⁹:

-İşle ilgili belirsizliğin olması,

-Hedeflerde, amaçlarda ve grup üyelerinin bakış açılarında farklılıkların bulunması,

-Grup hedeflerine ulaşmada kaynak kıtlığıyla (hissedilen veya gerçek) karşılaşılması,

-Grup elemanlarının demografik çeşitlilik (yaş, etnik kültürel background, cinsiyet, statü ve güç farklılıkları,vs.) göstermesi,

-Kişiler arasında üyelerin bireysel tarzlarının farklılık göstermesi, sayılabilmektedir.

Örgüt içerisinde çıkan ve bir çok yazarlarca odak kabul edilen çatışma türü ise, aynı amire bağlı, çeşitli alt birimlerle, farklı amire bağlı bölümler arasında ortaya çıkan

⁹⁷ John Naylor, **Management, Principal Lecturer in Management**, First Published in Great Britain in 1999, s.582.

⁹⁸ E. Karip, **a.g.e.**, s. 12.

⁹⁹ J. Stewart Black, Lyman W. Porter, **Management Meeting New Challenges**, University of California, Irvine Prentice Hall, Printed in the United States of America, 2000, s.314.

gruplar arası çatışmalardır¹⁰⁰. Gruplar arası çatışmanın azaltılması ve uzlaşmaların sağlanması, gruplar arası ilişkilerde gözlenen sosyal psikolojik süreçlerin incelenmesiyle mümkün olabilmektedir¹⁰¹.

Gruplar arası çatışmalar kapsamında incelenmesi gereken bir konu da kişilerle gruplar arasındaki çatışmalardır. Bu tür çatışma, daha çok kişilerin grup tarafından belirli normları kabule zorlanması ile oluşmaktadır. Grup amaçlarını, normlarını ve izleyen yönü benimsemeyen kişiler, grup ile çatışma haline gelecektir. Bu kişiler aynı zamanda grup üyesi ise; grupların kendi içindeki çatışmadan söz edilecektir. Biçimsel ve biçimsel olmayan gruplar arası çatışma olabilir. Böyle bir çatışmanın şiddeti ve örgütü etkileme derecesi öncelikle, söz konusu çatışmanın nedenine ve daha sonra da çatışan tarafların nispi güçlerine, ihtiyaç düzeylerine, birbirine karşı tutum ve duygularına ve örgütsel atmosferin müsamaha düzeyine bağlı olacaktır¹⁰².

Gruplar arası çatışmalar, genellikle aynı bölüm yöneticisine bağlı olan grupların birbirleriyle mücadeleye girmeleri sonucunu doğurmaktadır¹⁰³. Bu çatışmaların yönetimi oldukça zor olmaktadır. Zira yönetici, çatışan taraflardan birisine mensup olabilir. Buna rağmen yönetici hakem rolü izlese bile, bu durum gruplarca beğenilmediği takdirde örgütün tamamı etkilenebilecektir.

Başlıca gruplar arası çatışma nedenleri gruplar arası görev bağımlılığı, gruplar arası rekabet, gruplar arası farklılıklar, örgütün kendi yapısal aksaklıkları olabilir. Gruplar arası çatışma sonucunda gerçekleşen ve hissedilen zorluklar şu şekilde özetlenebilir: Kaynakların kıtlığı; zayıf iletişim; bir grubun kendi işini daha önemli görmesi ve daha fazla ödüllendirme beklentisinde olması; organizasyon içinde grup üyelerinin hedeflerinin diğerlerinden farklı olması, gibi etkenler olarak sıralanabilir¹⁰⁴.

Gruplar arası çatışma boyutunda incelenmesi gereken bir konu da emir-komuta ve kurmay gruplar arasındaki çatışma farklılığıdır. Organizasyonlarda yürütme yetki ve sorumluluğunu taşıyan emir-komuta personeli ile, konusunda uzman, emir- komuta personeline sadece yol gösterici raporlar veren ve hiçbir yaptırım gücü bulunmayan kurmay personel arasında çoğu kez çatışmalar meydana gelmektedir¹⁰⁵. T.K.Y. Uygulayan

¹⁰⁰ H. Can, a.g.e., s. 308.

¹⁰¹ Zahide Katipoğlu, Gruplar Arası İlişkiler: Sosyal Psikolojik Yaklaşımlara Toplu Bir Bakış, **ODTÜ, Psikolojik Danışma Dergisi**, Ankara, 2003, s.1.

¹⁰² M. Ateş, a.g.m., s.8.

¹⁰³ M. A. Özer, a.g.m., s. 28.

¹⁰⁴ J. Naylor, a.g.e., 582.

¹⁰⁵ M.Ertürk, a.g.e., s. 222.

hastanelerde kalite yönetim temsilcisi, kurmay personel olarak sık sık başhekimle uyuşmazlığa düşmektedir.

Kurmay personelin sorumluluk taşımaması olaylara daha geniş ve rahat açıdan bakma kolaylığını sağlarken, bütün sorumluluğun kendisine verildiği emir- komuta personeli o kadar rahat olamayacak, kendi konumunu tehdit edebilecek kararlara sıcak bakmayacaktır. Bu da her iki personel arasında sorunların yaşanmasına zemin hazırlayacaktır.

Gruplar arası çatışma boyutunda incelenmesi gereken bir başka konu da dikey ve yatay gruplar arasındaki çatışma konusudur. Çatışmanın örgüt içindeki yer ve düzeyi onun dikey ya da yatay bir çatışma olup olmadığını belirler. Dikey çatışma, bir örgütte ast üst durumundaki kişi ve kademeler arasında gerçekleşir. Dikey çatışma, yetersiz iletişimden, amaç çatışmasından, bilgi ve değerlerle ilgili uyuşmazlıklardan, çalışanın performansı ile ilgili sorunlardan doğabilir¹⁰⁶. Hastanede üst yönetimin, çalışanları sıkı şekilde kontrol ettiklerinde çalışanlarda oluşturacağı tepkiler nedeniyle yaşanan çatışma, dikey çatışma örneği olarak verilebilir.

Yatay çatışma ise, aynı düzeydeki kişi ve kademeler arasındaki çatışma türüdür. Bu tür çatışmalar, amaç uyuşmazlıklarından, kıt kaynaklardan ve kişilerarası ilişki problemlerinden kaynaklanmaktadır¹⁰⁷. Bir örgütte aynı düzeyde bulunan servislerin yöneticileri, genellikle birbirleriyle rakiptirler. Her servis yöneticisi kendi işinin önemliliğine inanmakta ve yükselişin kendisine verilmesini beklemektedir. Tüm servis yöneticilerinin aynı düşüncede olduğu akla getirilince, bu durumun aynı düzey yöneticileri arasında bir çatışma demek olduğu anlaşılabilecektir. Ancak bu çatışma sadece yatay çatışma olarak kalmayacak her servis yöneticisinin astları da bu çatışma ortamından etkilenecek ve yatay, dikey hatta çapraz çatışma durumu bile söz konusu olabilecektir.

Son olarak gruplar arası çatışma boyutunda doğal gruplar arasındaki çatışmalar yer almaktadır. Örgütlerde, aynı yerde ve yüz yüze ilişkiler içinde birlikte çalışan ve sürekli ilişki ve iletişim içinde bulunan insanlar, genellikle ekonomik, siyasi, dini, ideolojik, etnik, kültürel, sosyal, ailesel, hemşehrlik, okul arkadaşlığı ya da meslektaşlık, yaş, cinsiyet gibi faktörlerin etkisiyle doğal olarak örgütlenirler¹⁰⁸.

¹⁰⁶ T. Solmuş, *a.g.m.*, s. 42.

¹⁰⁷ M. Ertürk, *a.g.m.*, s.222.

¹⁰⁸ Ö. Peker, N. Aytürk, *a.g.m.*, s. 347.

Yöneticiyle olumlu ilişkiler içinde bulunan gruplar, yöneticiye destek olurken, olumsuz ilişkiler içinde olan gruplar, yönetici ile sürekli yönetsel ve amaçsal bir çatışma içinde bulunurlar. Doğal gruplar arasında belki de öncelikle ele alınması gereken konu; baskı ve çıkar gruplarının örgütle olan direkt veya endirekt ilişkisi kapsamında oluşan çatışmalarıdır. Zira, demokratikleşme sürecindeki ülkemizde neredeyse her örgüt ve yönetici üzerinde etkin olan baskı ve çıkar grupları mevcuttur. Bu durumdan kamu hastaneleri de nasibini almaktadır.

Yönetim üzerinde baskı unsuru olan güçler çok çeşitlidir. Bunlar, bazen etkili (nüfuzlu) bir kişi olabilir, bazen örgütlenmiş bir grup olabilir; sendika, vakıf, dernek, kulüp gibi sivil toplum örgütleri olabilir; siyasal partiler ve politikacılar olabilir; basın olabilir; hatta örgüt içinde etkili kişi ve gruplar ve bilhassa yönetime ve yöneticiye karşı olan muhalif gruplar olabilir¹⁰⁹. Bu sayılan grupları arttırmak mümkündür. Psiko sosyal varlık olan insan, pek çok doğal grup oluşturabilmekte ve değişken pek çok sebeple çatışma yaşayabilmektedir.

-Bölümler Arası Çatışmalar

Aynı örgüt içinde temel fonksiyonları yerine getirmek için bir arada bulunan ve her birinin görev, yetki ve sorumlulukları ayrı olan bölümler arasında çıkan çatışmalardır. Örgüt genelini, olumlu ya da olumsuz olarak önemli ölçüde etkileyebilmektedir¹¹⁰.

Hastanelerde servisler arasında görülen çatışma şekli, bölümler arası çatışmaya örnek verilebilir. Özellikle aynı kaynak ve malzeme bağımlılığı veya görevlerin birbirine hem zamansal hem de ekip çalışmasını gerektirmesi; bölümler arası çatışmanın en önemli nedenleri arasında sayılabilmektedir.

2.2.2.Hastanelerde Çatışmanın Kaynakları

Örgüt içerisinde bireyler pek çok nedenden dolayı çatışma içerisinde bulunmaktadırlar. Çatışmanın öncelikli iki nedeni;

-Farklı çıkarlara sahip olmamız,

-İçinde çatışmayı barındıran aynı çıkarlara sahip olmamızdır¹¹¹.

Kompleks birer yapıya sahip olan hastanelerde çatışmaların nedenleri de çok değişiktir. Bazen herhangi birimdeki çatışma örneğinin arkasında çok sayıda neden yer

¹⁰⁹ Ö.Peker, N. Aytürk, a.g.m., s. 359.

¹¹⁰ M. A. Özer, a.g.m., s. 28.

¹¹¹ A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, a.g.m., s. 9.

alabilir. Çatışmalara neden olan faktörleri bilmek, çözüm üretmek için önemli aşamadır. Gerçekte var olan bir çatışmanın teşhis edilebilmesi, azaltılabilmesi ve pozitif anlamda yönetilebilmesi için çatışmayı güçlendiren temel faktörlerin tanımlanması gerekmektedir¹¹².

Hastanede söz konusu olan pek çok çatışma sebebi vardır. Ancak biz burada genel çerçevede en önemli çatışma kaynaklarını vermeyi hedefliyoruz.

2.2.2.1. İletişime İlişkin Nedenler

Kişilerarası iletişim, bilgi, fikir ve duyguların bir kimseden diğerine geçme sürecidir. Bu sürecin oluşabilmesi için mutlaka fertler arası bir ilişkinin kurulmasına ihtiyaç vardır. Bu durumda iletişim, insanları birbirine bağlayan ve onların sosyal bir grup halinde denge ve ahenk içerisinde anlaşmalarını sağlayan bir etkileşim olmaktadır¹¹³.

Kurumsal iletişim ise, kurumun amaç ve hedeflerine ulaşması, işleyişini sağlaması için gereken üretim ve yönetim süreci içinde, kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında eşgüdümlü, bilgi akışını, motivasyonu, bütünleşmeyi, değerlendirmeyi, eğitimi, karar almayı ve denetimi sağlamak amacıyla belli kurallar içinde gerçekleşen iletişim sürecidir¹¹⁴.

Örgüt içinde, örgütün amaçlarının üyelerce anlaşılmasını ve üyelerin örgüt amaçları doğrultusunda toplanmasını sağlayacak bir iletişim sisteminin olmaması, örgüt üyelerinin gruplaşmasına, bu da çatışmaya neden olmaktadır¹¹⁵. Zira, psiko-sosyal etki altında incelenen iletişim olmadan örgüt üyelerinin belirli amaç ya da amaçlara yönelik olarak uyumlu çalışmaları beklenilmemelidir¹¹⁶.

İletişim ilk başta örgüte girişte çok önemlilik arz etmektedir. Yeni eleman olumsuz etkilere açıktır ve her olumsuzluktan hemen etkilenir. Birey ilk izlenimlerini unutamaz. Bu dönemdeki yanlış izlenimlerin telafisi zordur. Bu nedenle yanlış izlenimlere meydan vermemek için oryantasyon programı uygulanmalıdır. Fakat ülkemizde pek çok organizasyonda olduğu gibi hastanelerde de buna gereken önemin verilmediği görülmektedir¹¹⁷.

¹¹² M. Sabancı, M. Ateş, a.g.m., s. 47.

¹¹³ Feyzullah Eroğlu, **Davranış Bilimleri**, İstanbul : Beta Yayınları, 1995, s. 206.

¹¹⁴ R. S. Tabak, a.g.m., s.350.

¹¹⁵ C. Elma , K. Demir, a.g.m., s. 224.

¹¹⁶ Aykut Polatoğlu, " Örgüt Kuramları ve İletişim", **Amme İdaresi Dergisi**, c.17, s.4, Aralık 1984, s.65.

¹¹⁷ Tanıl Kılınç, Selma Söyük, "Hastanelerde Oryantasyon Programı Çalışmaları", **Modern Hastane Yönetimi**, y.1, s.1, Mayıs 1997, s. 21.

Organizasyonlarda bilgi akışı biçimsel kanalların dışına çıktığında, bilgiler birimler arasında dengeli dağılmamakta ve neticede çatışmaya hazır bir zemin ortaya çıkmaktadır. Yine bilgi akışının biçimsel iletişim kanallarını izlemesi durumunda da, biçimsel iletişim üzerindeki hiyerarşik denetim ve statü olgusu iletişimi engellemekte ve çatışmaya müsait bir ortam meydana gelmektedir¹¹⁸.

Teknoloji ve eğitimdeki bütün ilerlemelere karşın, çok az örgüt iletişim ağlarından hoşnut olmaktadır. Üst yöneticiler, öteki yöneticilerin kendileriyle aynı düzeyde olmadığından şikayet etmekte, orta düzey yöneticiler üstleriyle elemanları arasında sıkışıp kalmakta, kimi zaman kendilerini tam bir boşlukta hissetmektedir. Elemanlar ise olan bitenlerden, yöneticilerin kendileri hakkında düşündüklerinden habersiz ve kimsenin kendilerini dinlemediğinden yakınıp durmaktadırlar¹¹⁹. İletişim bu üç hiyerarşik kademedeki sorunları azaltmada daha doğrusu birbirlerini anlamalarına yardımcı olan bir süreç olmaktadır.

Hastanelerde, yönetimdeki hiyerarşiye bağlı iletişim problemlerine ilaveten matriks organizasyon şeması, dolayısıyla tıbbi personel ile idari personelin iletişim problemleri de söz konusu olmaktadır. Bu sebeple, hastane organizasyonunda etkin iletişim uygulaması çok daha önem arz eden konu haline gelmektedir.

Günümüz örgütlerinde bireysel beceriler, sorunları aşmaya tek başına yetmemektedir. Buna karşılık, hizmet sürecine katılan bireyler arasında karşılıklı bağımlılık duygusunu geliştirmek-bilgi işlem teknolojisinin yoğun biçimde kullanımına bağlı olarak, büyük çapta değişim göstermiştir¹²⁰. İşbirliği ruhunun oluşturulabilmesi için ise etkin bir çatışma yönetim stratejisinin oluşturulması gerekir. Günümüzde hastane örgütlerinde bu durum daha da belirginleşmiştir. Zira artan uzmanlıklar birbirine bağımlılığı daha da artırmıştır. Artan karşılıklı bağımlılık ilişkisi de iletişim unsurunu vazgeçilmez kılmıştır. İnsan kaynakları yönetiminin gündeme gelmesiyle birlikte, günümüz organizasyonları yeniliğe açık olmaya mecburdurlar. Şüphesiz ki, yeni yönetim tarzı, özellikle düşünce ve yorumları alabilmeye dayanan iyi iletişim kurma becerisine ağırlık vermektedir. MBWA (Management-by-walk-about) “Dolaşarak yönetim tarzı”, her yöneticiye sorumlu olduğu iş çevresinde her gün yarım saat dolaşmayı zorunlu kılan

¹¹⁸ M.Ertürk, a.g.m., s.228.

¹¹⁹ Isabel Werner, *Liderlik ve Yönetim*, İstanbul: Rota Yayınları, 1993, s. 171.

¹²⁰ A. Baltaş, a.g.e., s.17.

yönetimlere doğru değişmiştir¹²¹. Oysa hastanelerde yöneticiler, çalışanları yerinde gözlemlemektedir.

Öte yandan, yeterli iletişimin de çatışmaları artırdığına ilişkin gözlemler vardır. Walton, Dutton ve Cafferly, örgütteki bölüm ya da gruplar birbirlerinin faaliyetlerine ilişkin fazla bilgiye sahip olduklarında, çatışmaların arttığını gözlemlenmiştir. Şüphesiz, gruplar, olmaları gereken durumda değillerse; açık iletişim çatışmayı artırabilecektir¹²².

Örgüt yönetiminden astlara doğru gönderilen sözlü bir mesaj pek çok hiyerarşik kademededen geçecektir. Hiyerarşik kademede değişikliğe uğrayabilecektir. Oysa yazılı iletişim araçları için böyle bir endişe söz konusu değildir; sadece alıcıların farklı yorum yapmaları ihtimali söz konusu olabilecektir. Yazılı iletişim, alıcıların anladıklarını gösteren geri-bildirim olmağı iletişim yoludur. Sözlü iletişimde, mesaj sonrası reaksiyonlar hızlı bir biçimde görülebilir. Yazılı araçların bir diğer sakıncalı yanı ise; kırtasiyeciliğe yol açması ekonomik kayba; basamaksal yapıyı izlemesi dolayısıyla zaman kaybına sebep olmasıdır¹²³.

Yazılı iletişim araçları, gazete dergi, bülten, broşür ve el kitapları, afişler, posterler, duvar tabloları, ilan tahtaları, yazılı raporlar, vs. sayılabilir. Yazılı iletişimin temel avantajı, alıcının bilgiyi gerektiği kadar uzun süre koruma imkanının olmasıdır. Yazılı iletişim aynı zamanda, değişik yerlerde bulunan bir çok insanın mesajı aynı anda okumasını sağlayan bir iletişim olmaktadır¹²⁴. Hastanede önemli bilgilerin tüm çalışanlara yeterince etkin duyurulmadığı görülmektedir. Özellikle vardiya, nöbet usulü çalışan personelin bilgilendirilmesi yetersizdir.

İletişim çatışmalarında önemli bir konu da kullanılan iletişim kanalıdır. Kanal, mesajın alıcıya iletiildiği yoldur. Kanal, gönderici ile alıcı arasındaki bir bağ niteliğindedir. İletişim kanalları beş duyu organı (görme, işitme, dokunma tatma ve koklama) gibi fiziksel, telefon sistemindeki gibi mekanik ve örgütlerde formel veya informal kanallardan oluşabilir¹²⁵. Hastanelerde bilginin türüne uygun kanalın kullanılması gerekmektedir.

¹²¹Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği (TÜSİAD), **Başarıda Personelin Önemi**, İngiliz Sanayi Konfederasyonu'nun (CBI) Yayını, Yayın no: T/90.1137, 20 Aralık 1990, s.51.

¹²² Dilaver Tengilimoğlu, "Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri", **a.g.m.**, s. 134.

¹²³ Zeyyat Sabuncuoğlu, Melek Tüz, **Örgütsel Psikoloji**, 2.Baskı, Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları, 1996, s. 39.

¹²⁴ Ernst & Young, **Kendinizi Nasıl Yönetirsiniz, Başarılı Yöneticinin Rehberi**, Marshall Edition Limited, 1986, s.48.

¹²⁵ Gönül Budak Gülay Budak, **Halkla İlişkilere Davranışsal Bir Yaklaşım**, İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., 1995, s.59.

Özellikle çalışma kurallarında bir değişiklik yapılacağında o bölümde çalışanları tümünün katıldığı bir toplantı yapılmalıdır.

Toplantıda tüm çalışanları birim yöneticisinin dinlemesi gerekir. Hatta sözlü iletişim kadar beden dilini de anlaması gerekmektedir. Zira beden diliyle bireyin yalan söylemesi çok zordur. Beden dilini anlamak özellikle çelişkili durumlarda, önem kazanmaktadır¹²⁶. Organizasyonda hangi kanalın seçileceği; gönderilecek bilginin niteliğine, tarafların iletişim niteliğine, grup içinde ve gruplar arasındaki etkileşime bağlıdır. Kullanılacak kanalın seçilmesi, hız ve benimsenirlik yönünden özelliklerine bakılarak tespit edilebilir¹²⁷. Stratejik kanal kullanımı ile çalışanların, kendi kendilerini daha etkin yönetmeleri, kapasitelerinin artırılması sağlanır. Örgütte ilişkiler üzerinde daha pozitif bir sonuç oluşturur. Zira, yetenekli olan bireyler kendi görüşlerini etkin olarak yayabilecekleri kanalı seçip, uzun mesafeli ilişkileri de pozitif hale getirmek isterler¹²⁸.

Günümüzde, kuruluşların organizasyonel yapıları ve kurumsal kültürün nasıl olduğu önemlidir. Öz eleştiri yapabilen, kuruluştaki korkuyu dışlayan, güven ve açık bir iletişim ortamı oluşturabilen yönetimlerin toplam kalite uygulamalarında da istenen sonuçlara daha rahat ulaşabildikleri görülmektedir¹²⁹. Zira günümüz hastanelerinde TKY felsefesini benimsemek artık bir zorunluluk haline gelmiştir. Ancak hala çalışanlar istek ve taleplerini yönetime rahatlıkla iletememektedirler.

İletişimden iyi sonuç alınabilmesi için, başvuru olan iletişim araç ve yöntemlerinin yanı sıra, hastane yönetiminin kuruluş içinde ve dışındaki tüm iletişim noktalarına mesaj yollamanın dışında, geri bildirimde önem vermesi gereklidir. Geri bildirimde başarılı olabilmek için, iletişim noktalarını iyi tespit etmek gerekir. Örneğin hastane içi halkla ilişkilerde etkili olabilmek için, hastane çalışanlarının kendi aralarında ve hastane yönetimi ile çalışanlar arasındaki formal ve informal iletişimin varlığı ve gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır¹³⁰. Oysa bu konuda büyük bir eksiklik yaşanmaktadır.

¹²⁶ Nesim Bitran, *Etkin İletişim*, İstanbul:Boğaziçi Etkin İletişim Organizasyon Ltd. Şti. , Eğitim Semineri, 1997, s.5.

¹²⁷ Halil Can, Ahmet Akgün, Şahin Kavuncubaşı, *Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi*, 3.b.,Siyasal Kitabevi: Ankara, 1998, s. 292.

¹²⁸B.O'Sullivan Patrick, "What You Don't Know Won't Hurt Me: Impression Management Functions of Communication Channels in Relationships, *Human Communication Research*, An Official Journal of the International Communication Association, Oxford University Press, vol. 26, number.3, July 2000, s.409.

¹²⁹Murat Toktamışoğlu, "Toplam Kalite Yönetimi'nde İç Müşteri Memnuniyeti ve Performans Değerlendirmesi", *Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü*, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1996, s.125.

¹³⁰ Afsun Ezel Esatoğlu, Dilaver Tengilimoğlu, Kamil Ufuk Bilgin, "Sağlık Hizmetlerinde (Hastanelerde) Toplam Kalite Yönetiminin Başarıya Ulaşmasında Halkla İlişkilerin Etkisi", *Todaie Kongre Kitapçığı*, Ankara:1999, cilt:2, s.133.

İletişim kanallarının sayıca çokluğu ya da kanallardan bazılarındaki tahrifatlar, mesajın alıcıya gerçek anlamından farklı bir şekilde ulaşmasına neden olur. Alıcının mesaja, kaynağın gönderdiği gibi değil de kendi algıladığı şekilde tepki göstermesi durumunda, kaynak ve alıcı arasında bir çatışma olması kaçınılmazdır¹³¹.

Yöneticiler bazen astlarına enformasyon vermeyi ihmal eder. Belki de onların buna ihtiyacı olmadığını düşünür. Bazen de söylediklerini sanabilirler. Yöneticinin mesajı, yanlış anlaşılabilir veya farklı bir bağlamda yorumlanabilir. Bilgi akışındaki bir başka sorun da alt kademelerden gelen tepkilere dikkat edilmemesi ya da böyle bir tepki gösterilmemesidir. Alt kademedekiler özellikle yöneticilerin performansıyla ilgili yorumlarını ifade etmekten çekinebilir¹³². Tüm bunlar organizasyonda iletişim çatışmalarına zemin hazırlayıcı unsurları olabilmektedirler.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yönetim yapısı dikey bir işleyiş göstermektedir. Kurumda çalışanlar kendilerini, yaptıkları işlerden sorumlu fakat yetersiz görmektedir. Kurum tepe yöneticisi ise, sistemde yer alan ara kademe yöneticilerin sorumluluğunu taşıdıkları görevlerin gerektirdiği tüm bilgilere sahip oldukları varsayımı ile bir ihtiyaç karşılanması isteğini bir alt kademeye nasıl yapılacağı hakkında yeterli bir açıklama yapmadan aktarmaktadırlar. Bu statik işleyiş fonksiyonların iyileştirilmesini engellemekte, hata yapma korkusu ile hizmetler sürdürülmektedir¹³³.

Aşağıdan yukarıya iletişimde örgüt büyüklüğü dolayısıyla astların üst yöneticiye fiziksel uzaklığı ya da erişemezliği, her kademedeki bilgilerin değişikliğe uğraması, amirin davranışı¹³⁴ gibi etkenler dolayısıyla üst yönetim hakkında düşüncelerini iletememektedirler.

Astlar ve üstler arasındaki en önemli çatışma konusu, karşılıklı beğenmezlik ve güvensizliktir. Bu nedenle, astlar üstünü, üstler de astlarını beğenmezler ve eleştirirler. Astlar kendilerinin yöneticiden daha üstün olduklarını kabul ederler. Yönetici olarak görevlendirilseler mevcut yönetimden daha iyi iş yapacaklarını ve örgütü daha iyi yöneteceklerini iddia ederler. Üstler de kendilerini, yerleri doldurulamaz ve bulunmaz¹³⁵.

¹³¹ Can Baysal, Erdal Tekarslan, **Örgütler İçin Davranış Bilimleri**, 2. Baskı, İstanbul, 1996, s.310.

¹³² Fran Sayers, Christine E. Bingaman, Ralph Graham, Mardy Wheeler, **a.g.e.**, s. 225.

¹³³ Mithat Çoruh, "Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.2, s.2, Mart 1998, s. 1.

¹³⁴ H. Can, **a.g.e.**, s.263.

¹³⁵ Ömer Peker, Nihat Aytürk, **Öğrenilebilir ve Geliştirilebilir Etkili Yönetim Becerileri**, Yargı Yayınevi: Ankara, 2000, s. 338-339.

bir yönetici olarak görürler. Günümüzde astlar artık daha güçlü ve bilinçli hale gelmişlerdir. Hastanede de astların yönetime karşı güvensizlikleri söz konusudur.

Hastanede yatay haberleşme şekli de mevcuttur. Yatay haberleşme, sorunları üst kademelere taşımada ve resmi haberleşmenin zaman öğütücü kurallarına takılmadan, yerinde, hızlı ve karşılıklı güvene dayalı olarak yürütülen bir haberleşme biçimidir¹³⁶.

Örgütlerde hiyerarşik düzende bilgiler, aşağıdan yukarıya iletildikçe bozulmaya uğrayabilir. Bunun sonucunda da bilgilerdeki açıklık kaybolabilir. Söz konusu bozulmalar yatay iletişimde de görülebilmektedir. Her ikisinin sonucunda da çatışmalar görülebilir. Çünkü iletişim, çatışma durumlarının yaratılmasında ve bu durumlara çözüm bulunmasında önemli roller oynamaktadır¹³⁷. Örgütün farklı düzeylerindeki birimlerinin, basamaksal kanalları kullanmadan gerçekleştirdikleri bir başka yöntem de çapraz iletişimidir. Karmaşık ve çoğu kez uzun olan dikey kanalların sakıncalarının giderilmesi ve olağanüstü durumlarda kısa sürede gereken işbirliğini gerçekleşmesi açısından çapraz iletişim önem taşımaktadır¹³⁸. Çapraz iletişim, örgütte hiyerarşik kademeyi ortadan kaldıracı bir özelliğidir.

Biçimsel yapının eksik kalması nedeniyle, çalışanların ihtiyaçlarını karşılamak üzere, örgütlerde doğal gruplar oluşmaktadır. Bu grupların bir önderi, kendilerine özgü normları, ödüllendirme ve cezalandırma sistemi ile iletişim ağları bulunmaktadır¹³⁹. Bu doğal gruplara hastane yöneticilerinin duyarlı olması gerekmektedir. Zira yaptırım gücü fazla olan gruplardır. Ancak, yetersiz iletişim dolayısıyla, hastane yöneticileri bunu göz ardı etmektedirler.

Doğal grupların iletişim sisteminde en tehlikeli akım, “söylenti”dir. Çıkarlar ve belirsiz durumlar, söylentinin doğmasına ve devam etmesine neden olur. Söylenti bir insanın çıkar ve anlayışına bağlı olduğu için bir kişiden diğerine geçerken değişikliğe uğrama eğilimi göstermektedir¹⁴⁰. Örgüt içinde değişikliğe uğrayarak iletilen söylentiler ister istemez örgütte huzursuzluk kaynağı olacaktır. Hastanelerde formal bilgi eksikliğinin yerini zaman zaman söylenti tarzı iletişim doldurmaktadır.

Hastanede resmi yöntemlerin yanı sıra; kurum yemekleri, tanışma çayları, dayanışma toplantıları, geziler gibi informal yapıda ve sosyal ağırlıklı faaliyetlerde de,

¹³⁶ Ş.Şimşek, T. Akgemci, A. Çelik, “Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış”, a.g.e., s. 111.

¹³⁷ M. A. Özer, a.g.m., s.26.

¹³⁸ R. S. Tabak, a.g.m., 350.

¹³⁹ H. Can, A. Akgün, Ş. Kavuncubaşı, a.g.m., s. 292.

¹⁴⁰ Z. Sabuncuoğlu, M. Tüz, a.g.m., s. 62.

özellikle açık ve doğal iletişimin iyi işlemesi açısından yararlanabilecek iletişim yöntemlerine yeterince ağırlık verilmemektedir¹⁴¹.

2.2.2.2. Anlam Güçlükleri

Belirli bir lisana sahip olmama ya da uygun iletişim araçlarından yoksun bulunma nedeniyle doğan engellerdir¹⁴². Örgütsel yapıyı oluşturan farklı departmanların mesleki terimlerinin birbirlerince bilinmemesi; mesajların açık bir şekilde algılanmamasına ve dolayısıyla anlaşmazlık ve çatışmalara neden olmaktadır¹⁴³. Örneğin, hastane organizasyonunda hekim ve hemşireler için tıbbi terimleri bilmek bir zorunluluk iken aynı kurumda çalışan idari personel bu terimleri bilmemektedir. Bunun yanında hekimler ve diğer sağlık çalışanları arasında da kısmen de olsa tıbbi terimler sorun oluşturmaktadır.

Hastanelerde fonksiyonel olmayan çatışmalar meydana geldiğinde, taraflar, fikirlerini beyan etmede pek istekli davranmayacaklardır. Burada sorun, fikir birliğinin sağlanmamış olması değil; anlamlandırma eksikliğidir. Fonksiyonel olmayan çatışmayı yönetmek, çeşitliliğin artmasına ihtiyaç gösterir. Çünkü taraflar perspektife kendi görüşlerini ikame etmek için yorumlama farklılıklarını görmek isterler. Bu da yerinden yönetimi gerektirmektedir¹⁴⁴.

Çatışmanın ortaya çıkması ya da yoğunlaşması tarafların önyargılarından ve kalıp yargılarından da kaynaklanabilir. Zira çatışmalar, tarafların verileri değerlendirmelerinde ve yorumlamalarında farklı yöntemler kullanmaları veya farklı anlamlar çıkarmaları nedeniyle kaynaklanabilir¹⁴⁵. Karar alma davranışıyla ilgili yapılan bir araştırma, tercihlerin bilinç altındaki yerleşmiş seçeneklerden etkilendiklerini ortaya çıkarmıştır¹⁴⁶.

2.2.2.3. Algılama Farklılıkları

Örgütsel alt sistemlerin birbirleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasında, algı ve beklentilerin farklılığından dolayı çatışmalar doğabilmektedir¹⁴⁷. Örgütte bilgi akışının formal yetki kanalını izlememesi ya da değişikliğe uğraması; yetki ve bilginin dengeli bir

¹⁴¹ R. S. Tabak, a.g.m., s.362.

¹⁴² A. C. Baysal, E. Tekarslan, a.g.m., s. 310.

¹⁴³ Seçil Taştan, Örgütsel Çatışma ve Çatışma Nedenleri, www.insankaynaklari.gokceada.com/makale.html, 21.12.2002, s.5.

¹⁴⁴ T. A. Abma, Evaluation and Program Planning: Stakeholder Conflict: A Case Study, 1 May 2000, www.sciencedirect.com, 03. 06. 2002, s. 11.

¹⁴⁵ E. Karip, a.g.m., s. 15.

¹⁴⁶ Marc Scholten, Conflict- mediated Choice, www.sciencedirect.com, 05.03.2002, s.1.

¹⁴⁷ M. Ateş, a.g.m., s.4.

biçimde dağıtılmaması örgütün iletişim sistemini bozabilir ve çatışmaya zemin hazırlayabilir¹⁴⁸.

İletişimde gerek alıcı ve gerekse verici seçmeci bir şekilde duyar ve görür. İletişim, taraflar açısından bir eleme sürecidir. Mantıksal, sezgisel ve duygusal faktörlerin ilginç bir karışımıyla önemli ve ikincil şeyler belirlenir¹⁴⁹. Alınan mesajın gönderilen mesaj olmaması algılama farklılıkları dolayısıyla oluşan çatışmanın yaşanmasına zemin hazırlamaktadır.

Algılama farklılıklarından ortaya çıkan çatışmalar, bilgi edinme ve göndermede farklılıklar, bilgi sağlamada bağımsızlık, zaman ufkunda farklılıklar nedeniyle gelişebilir. İşbölümü ve uzmanlaşma mal ve hizmet üretiminde verimliliğin sağlanmasında modern örgütlerin temelini oluşturur. Çünkü her örgütsel birim özel bir işleve sahiptir ve sadece kendi faaliyetlerine uygun gelen bazı bilgileri örgüte sağlar ve her bölümün haberleşme yöntemleri de farklıdır. Bu durum da bölümler arasında algılama farklılıklarını doğurmaktadır¹⁵⁰. Hastaneler de uzmanlaşmanın yüksek olduğu kurumlardır. Dolayısıyla servisler arasında algılama farklılıkları söz konusu olmaktadır.

Morris, Steers ve Koch, organizasyonların yapısal özelliklerini örneğin: hiyerarşik mesafe, çalışma grubu büyüklüğü, resmileştirme gibi faktörleri rol algılayışlarını belirleyen en önemli değişkenler olarak görmüşlerdir. Rol algılaması bireysel olarak değişebilen, kullanılan iletişim, feed-back etkisiyle etkilenebilen bir değişim arzeder. Örneğin, bir çalışan için ne kadar feed-back yapılırsa rol belirsizliğiyle ve çatışmayla başa çıkmak o kadar iyi sağlanabilecektir¹⁵¹. Ancak sağlık çalışanlarının etkin olarak performansları değerlendirilmediklerinden; kendilerine yeterince geri bildirim de sağlanamamaktadır. Zira bir üretim işçisinin yaptığı faaliyeti ölçmek kolaydır. Ancak, sağlık çalışanlarının verimliliğini ölçmek; etkin değerlendirmeler yapabilmek oldukça zordur. Örneğin, bir hekim poliklinikte çok sayıda hasta bakabilir, ama hastaları tedavi edemeyebilir.

Litwin ve Stringer örgüt iklimi, örgütü benimseme, örgüt içi çatışmalar, sorumluluk almada isteklilik, iş yapma standartlarının olması, örgütte dayanışma ve

¹⁴⁸ C. Elma, K. Demir, *a.g.m.*, s. 224.

¹⁴⁹ Isabel Werner, *a.g.m.*, s.173.

¹⁵⁰ Erol Eren, *Yönetim ve Organizasyon*, 3.b., İstanbul:Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., 1996, s. 460-461.

¹⁵¹ Z. Posner, Barry W. Alan Randolph, "Moderators of Role Stress Among Hospital Personnel", *Journal of Psychology*, vol.105, 1980, s. 216.

arkadaşlığın varlığı, ödüller ve cezalar gibi boyutlardan oluştuğunu belirtmektedirler¹⁵². Örgütte hakim olan örgütsel iklim kişilerin davranışlarını ve düşünce tarzlarını etkileyecek ve algılama da varolan iklim paralelinde oluşabilecektir.

Hastane organizasyonlarında en sorunlu yön, sağlık profesyonellerinin organizasyonu olmalarıdır. Profesyoneller tipik olarak, büyük sorumluluk sahibi ve işlerinde yüksek derecede otonomi isteyen bir gruptur. Bu profesyoneller arasında hekimler birincil gruptur; işe alınma ve işten atılmayı düzenleyen, hasta bakımı ve kaynak paylaşımı konularında kilit adam olarak söz sahibi olanlar hekimlerdir. Hasta üzerindeki hizmetini sınırlamak için hekimler üzerinde yönetmelik ya da prosedürler uygulanması zor, etkisiz, haksız ve yönetsel çatışma yaratacak bir durumdur¹⁵³.

Hastanede çalışanların önemli bir kısmını oluşturan hemşireler, ilgili pek çok grupların varlıkları dolayısıyla zorlaşan bir çevre içinde çalışmaktadır. Onlar özerk (bağımsız) değil, tıp personelinin astı konumundadırlar¹⁵⁴. Bu statü farklılığı, mesleklerinin özerk olmasını isteyen hemşireler üzerinde bir gerilim hissetmelerine sebep olmaktadır.

Çalışan, bulunduğu statü ile kendi yaş, eğitim ve hizmet süresi ve maaş gibi statü boyutları açısından bir farklılık hissederse çatışmanın meydana geldiği gözlenmektedir. Düşük statülü çalışanların, yüksek statülü çalışanları yönlendirmeye çalıştıklarında çatışmanın ortaya çıktığı görülmektedir¹⁵⁵. Öte yandan statü çatışmaları, en fazla yaşça ve kıdemce en eski olan bireylerin, kendilerinden daha genç ve kıdemsiz kişilerin emri altına girmeyi hazmedememelerinden kaynaklanır¹⁵⁶. Ayrıca bireyin kendisini bulunduğu pozisyondan daha yüksek ve önemli pozisyonda bulunabilecek yetenekte görme eğilimi çatışmaya neden olmaktadır.

Araştırmalar örgütlerde, işgörenlerin kişilik yapıları, rol doygunlukları, statüleri ve sosyal etkileşimleri ile çatışma arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Örneğin, otoriter kişiliğe sahip, rol gereklerine ilişkin doyumsuzluk çeken ve algıladığı statü ile bulunduğu statü arasında fark olan işgörenlerin bulunduğu örgütlerde çatışma artmıştır¹⁵⁷. Örgütlerde kişilik çekişmeleri sık görülen olaylardan birisidir. Kişilerin farklı

¹⁵² Nihat Bilgen, "Örgüt İklimi", Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü, Yayın no.235, Ankara, 1990, s. 23-24.

¹⁵³ O. Hayran, H. Sur, a.g.m., s.341.

¹⁵⁴ David Coghlan, Marj Casey, "Action Research from the Inside : Issues and Challenges in Doing Action Research in Your Own Hospital", Journal of Advanced Nursing, vol.35, no.5, May 2001, s. 676.

¹⁵⁵ T. Solmuş, a.g.m., s. 44.

¹⁵⁶ M. Ateş, a.g.m., s. 6.

¹⁵⁷ C. Elma, K. Demir, a.g.m., s. 225.

amaç, değerleri, tutum, yetenek ve özelliklerde olmaları kişilik çekişmelerinin, dolayısıyla çatışmaların önemli bir nedenidir. Her birey farklı amaçlara farklı sosyal, politik, ahlaki değerlere sahip olduğu için, bunların olaylar karşısında davranış ve tutumları da değişik olacaktır¹⁵⁸.

Sosyal statü teorisi, insanların tehdit ve aşağılanma algılarına karşın mücadele edip kendilerini savunduklarını; kavgacı ve uysal davranış taktiklerinden birini benimsediklerini öngörmektedir. Sosyal statü ile ilgili yapılan bir araştırmada; olay bazında, katılımcılar, ikinci derecede amirleri tarafından ikaz edildiklerinde kavgaya; üst yönetimce ikaz edildiklerinde ise boyun eğmeye yönelmişlerdir. Kişi bazında fazlasıyla aşağılandığını algılayan katılımcılar, ikinci derecede amirleriyle daha sık kavgaya yönelmişler ve üst amirlerine daha sık boyun eğmişlerdir¹⁵⁹.

2.2.2.4. Amaç ve Rol Farklılıkları

Örgüt içindeki bir alt birim (grup, servis, bölüm) uzmanlaştıkça benzer olmayan amaçlar geliştirmeye başlar. Bu farklı amaçlar, her bir alt birim üyeleri arasında farklı beklentilerin ortaya çıkmasına neden olur¹⁶⁰. Hatta, her birim kendi birimleriyle ilgili çok çeşitli amaçlar belirleyerek, kendi birimlerinin amaçlarını diğer birimlerin amaçlarından veya bir bütün olarak örgütün amaçlarından daha önemli görebilir¹⁶¹.

Hastanelerde kilit iki role sahip olan hekimler ile hastane yöneticileri arasındaki ilişkiler her zaman gergin olmuştur. Özellikle özel sektörde, birinin kazancı diğerinin kazancı ile yakından ilişkili olmuştur. Her iki grup da, aslında iyi bir sağlık hizmeti sunmak amacını taşımakla birlikte, ilgi alanları farklılık göstermektedir¹⁶². Amaçlarda ortaya çıkan farklılık çatışmaya zemin hazırlayıcı unsur olmaktadır.

Amaçlarda ortaya çıkan farklılıklardan kaynaklanan çatışmalar kapsamına; rekabetçi ödüllendirme sistemleri, bireysel amaçlardaki farklılıklar, örgütsel amaçların subjektif çalıştırılması, bölüm amaçlarındaki farklılıklar, yöneticilik görüş ve uygulamalarındaki farklılıklar, yeniliklerin getirdiği yeni bilgi ve görüşlerden doğan anlaşmazlıklar girmektedir.

¹⁵⁸ D.Tengilimoğlu, "Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri", a.g.m., s. 135.

¹⁵⁹ Marc A. Fournier, D. S. Moskowitz, David C. Zuroff, "Social Rank Strategies in Hierarchical Relationships", *Journal of Personality and Social Psychology*, Published Monthly by the Amerikan Psychological Association, vol. 83, number. 2, August 2002, s. 432-433.

¹⁶⁰ H. Can, a.g.e., s. 311.

¹⁶¹ M.Ertürk, a.g.m., s. 227.

¹⁶² Osman Hayran, "Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyoneller Yöneticiler mi?", a.g.m., s.3.

İnsanın çevresiyle kuracağı iletişim, kendi içinde başlar. Kişilerarası iletişim sürecindeki bir insan, kısa sürelerle hem bilgi kaynağı, hem de alıcı olmaktadır. Her iki durumda da, bilgi üretmek ve yorumlamak açısından, iç iletişim yapmak zorundadır. Ancak kişiler, içlerindeki iletişimlerin yanı sıra iç çatışmalar da yaşarlar. Kişilerin bilinç-dışlarındaki ve bilinçlerindeki bir takım dinamikler iç çatışmalarına yol açabilirler¹⁶³.

Bireysel çatışma, teşvik edilen güdü ile arzu edilen amaç arasında engeller varolduğu zaman oluşur. Hayal kırıklığı, güdünün amaca ulaşmadan önce engellenmesinin bir sonucudur ve engeller görünen (kurallar, genyöntemler) veya görünmeyen (zihinsel sorunlar, sosyo-psikolojik sorunlar) biçiminde oluşabilir. Bu tür çatışma amaçların hem olumlu hem de olumsuz yönü olduğu ve hem de birbiriyle rekabet eden amaçların varlığında söz konusu olacaktır¹⁶⁴. Hastanelerde bireylerin kurum içinde yükselişleri yetersizdir. Zira terfiler, kazanılmış hak olarak değil siyasi görevlendirmeler şeklinde gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla çalışanların bireysel amaçlarıyla, örgüt amaçları uyumlu olamamaktadır.

Bireysel çatışma, sahip olunan kişilik tipine de bağlıdır. A tipi davranış modeli; aşırı derecede rekabetçi, sabırsız, agresif ve işe adanmışlığı içerir. Tersine B tipi davranış modeline sahip bireyler bu davranışları az miktarda sergiler. Sonuçta B tipine sahip bireyler, diğer insanlarla daha az çatışmaya girerler ve çok daha dengeli ve rahat bir hayatı benimserler¹⁶⁵.

Bireyler arasında amaçlarda, değerlerde ve çıkarlarda farklılıkların olması doğaldır. Farklılıkların ve uyumsuzlıkların örgütlerde yıkıcı çatışmaya dönüşmesi ise bireyin tutum ve davranışları ile ilgili üç temel etmenden kaynaklanır. İlki, başkalarının yanlışlarını göstermek ve başkalarının yaptıklarını sürekli eleştirmektir. Bu durumda karşı taraf savunmacı bir tutum geliştirebilir. İkincisi, uyumsuzluk konularında yazılı açıklama yapmak, üçüncüsü ise, ben'in/ego'nun doyumsuzluğudur. Zira örgüt ortamında yetersizliklerin ve çatışmaların en önemli kaynağı egonun bireyi kontrol etmesidir. Nitekim, örgütlerdeki statü göstergeleri egonun insanları kontrol etmesinin doğal bir sonucudur¹⁶⁶. Hekimler arasında görülen rekabet ve güç mücadelesi buna bir örnektir. Zira

¹⁶³ Üstün Dökmen, *İletişim Çatışmaları ve Empati (Sanatta ve Günlük Yaşamda)*, 16.b., İstanbul: Sistem Yayıncılık, 2001, s. 21-22.

¹⁶⁴ B. Bumin, *a.g.e.*, s. 57.

¹⁶⁵ R. L. Daft, *a.g.m.*, s.491.

¹⁶⁶ E. Karip, *a.g.e.*, s. 13-14.

hekimler bireysel amaç olarak müşteri kazanmada diğer rakip hekimlerle çeşitli türde güç mücadelesine girmektedir.

Hastanelerde bölüm amaçlarındaki farklılık dolayısıyla sıkça çatışma yaşanmaktadır, örneğin; bir servisteki hekimin hastanedeki en önemli servisin kendi servisi olduğuna dair inancı ve teknik donanım, cihaz açısından kendi servisine öncelik verilmesi gerektiğine dair talebi, diğer servis hekimleri tarafından olumsuz karşılanabilir ve aralarında bir çatışma oluşturabilir.

Örgüt kültürü her örgüt için olduğu gibi hastaneler için de önemlidir. Her hastane sağlık sektöründeki diğer hastanelerden farklı kendine özgü bir örgüt kültürü oluşturmaktadır. Örgüt kültürü, her bir örgüt üyesinin davranışlarını ve beklentilerini şekillendiren ve onlar tarafından paylaşılan değerler, inançlar, tutumlar ve normları içeren bir kavramdır. Bireyin geldiği kültür ortamı, örgütte geçerli değerler sistemine benzer ise, uyum sorunları en düşük düzeydedir. Ancak iki değerler sistemi arasında temel farklılıklar var ise, örgüt ve birey arasında mikro anlamda bir kültürel çatışma ortaya çıkabilecektir¹⁶⁷. Çok farklı bireysel kültürleri bir arada bulunduran hastanelerde, ortalama örgütsel kültür ortamı oluşturmak ise son derece güç bir iştir.

Örgütsel açıdan rol, bir kişinin bulunduğu görev yerine göre, gerçekleştirmek durumunda olduğu ve kendisinden beklenen davranışlar dizisidir. Ancak çalışma ortamı içinde her zaman beklenen davranışlar gerçekleşmez, rolü gerçekleştirme durumunda olanlar değişik nedenlerle kendilerinden beklenen birden fazla rolün etkisi ile ne yapacaklarına karar verip rollerini yerine getiremediklerinde, rol çatışması ortaya çıkmaktadır¹⁶⁸. Yine rol çatışması, kişi diğerlerinin beklentilerini karşılamadığında gerçekleşebilmektedir¹⁶⁹.

Kahn ve arkadaşları beş farklı rol çatışması türünden söz etmiştir. Bunlar¹⁷⁰;

-Göndericinin kendi içinde çelişmesinden kaynaklanan rol çatışması; bir rol gönderici tarafından aday rol yükümlüsüne birbiriyle çelişen farklı beklentilerin aynı anda gönderilmesini ifade eder. Örneğin; poliklinikte etkin bir muayene yapılmasını isteyen yönetimin, poliklinikte tek hekim çalıştırması gibi.

¹⁶⁷ Seyhan İnalöğlu, Gülsün Erigüç, "Örgüt Kültürü: Personelin ve Yöneticilerin Değerlendirmeleri Açısından Bir Karşılaştırma," *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, c.5, s.4, Güz 2000, s.2-3.

¹⁶⁸ M. Çimen, *a.g.m.*, s. 204-205.

¹⁶⁹ J. R. Schermerhorn, J.G. Hunt, R. N. Osborn, *a.g.m.*, s.202.

¹⁷⁰ M. Ateş, *a.g.m.*, s. 6.

-Kişi rol çatışması; bir aday rol yükümlüsünün sahip olduğu inanç, değer, beceri, yetenek ve ihtiyaçlarının; rol ile uyumsuz olmasını ifade eder.

-Aşırı rol yüklenme; rolün, istenilen zaman ve nitelik sınırları içerisinde yerine getirilmesinin mümkün olamayacağının hissedilmesidir.

-Rollerarası Çatışma; bir bireyin aynı anda birbiriyle çelişen farklı rolleri üstlenmesi sonucunda ortaya çıkan çatışmadır¹⁷¹.

-Göndericiler arası rol çatışması ise; belirli bir rol yükümlüsüne, belirli bir rol göndericiden gelen baskı ve beklentilerin, diğer rol göndericinin baskı ve beklentileriyle uyumsuz olması durumunda görülür (hekimlik-annelik gibi)¹⁷².

Rol belirsizliği ve rol çatışması stresin habercisi olarak gösterilmektedir. Onyett ve diğerleri rol belirsizliği ve duygusal tükenmişlik arasında bir paralellik olduğunu, Harrison da ABD.'deki klinik çalışmalarda, rol çatışmasıyla stres arasında bir bütünlük olduğunu tespit etmiştir¹⁷³.

Bunların yanında örgüt üyelerinin birtakım işleri kendi rolleri içinde algılayıp algılamamaları ya da sahip oldukları rolleri kendilerine uygun bulup bulmadıkları da yine örgüt içi çatışmalar konusunda belirleyici olabilir. Örgüt üyelerinin başvurdukları sözlü ve sözsüz iletişim yolları ya da örgütteki rollerin belirgin şekilde tanımlanmamış olması da, örgütte çıkabilecek çatışmaların niteliğini belirleyebilir¹⁷⁴. Ayrıca kişinin beklentileri ile örgüt politikalarının uyumsuzluğu sonucu oluşan çatışma, örgüt ortamında oluşabilecek rol çatışması boyutlarından biri olarak ifade edilmiştir¹⁷⁵. Örgütsel etmenler sebebiyle belirsizlikler oluşacak, o da bireysel çatışmaya neden olacaktır¹⁷⁶. Örneğin hastanede pratisyen hekimlere ve hemşirelere uygulanan rotasyon programı, kişinin tecrübe ve becerisini göz ardı ederek yapıyorsa potansiyel çatışma nedeni olacaktır.

Amaç çatışması, organizasyon içinde yer alan kişi ve gruplar arasında farklı amaçlara sahip olmaktan kaynaklanan çatışmalardır¹⁷⁷. Örgütü oluşturan çalışanlar ile gruplar, örgütsel amaçlar konusunda, bazen kendi aralarında bazen de kendileriyle örgütün

¹⁷¹ E. Tekarslan, ve Diğerleri, *a.g.m.*, s. 211.

¹⁷² E. Tekarslan, ve Diğerleri, *a.g.m.*, s. 211.

¹⁷³ Carpenter, John; Ring, Chris; Sangster, Azra; Cambridge, Paul; Hatzidimitriadou, Eleni, "From The Asylum to The Community: A Longitudinal Study of Staff Involved in the Transition From Tone Vale Hospital to Community-Based Services", *Journal of Mental Health*, vol.2000, issue.2, Apr 2000, s. 224.

¹⁷⁴ Ü. Dökmen, *a.g.e.*, s. 38.

¹⁷⁵ M. Çimen, *a.g.m.*, s. 205.

¹⁷⁶ H.Can, *a.g.e.*, s.308.

¹⁷⁷ M. Ertürk, *a.g.e.*, s. 223.

bütünü arasında uyumsuzlığa düşebilirler. Amaçlar konusundaki çatışmalar azaltılabildiği ve örgütün amaçlarıyla uyum sağlanabildiği ölçüde örgütsel iş başarımı ve etkinliği artacaktır¹⁷⁸.

Organizasyonlarda çalışma amaçlarının açık ve objektif biçimde belirlenmesi çatışmaları azaltacaktır. Ancak, bu amaçların tüm organizasyonlarda belirlendiğini ifade etmek de yanlış olacaktır. Hatta bazen organizasyonun görevlerinin kolayca belirlendiğini ifade etmek de mümkün değildir. Bu durum amaçlar konusunda tam bir görüş birliğinin sağlanmasını engellemektedir¹⁷⁹. Ancak hastanede amaçlar ve örgütsel görev ve sorumluluklarda açıklık bulunmamaktadır.

Hastanelerde görev tanımları yani, örgütsel amaç bağlamında kişilere düşen görevler belirgin değildir, tanımı yoktur. Öyle ki, hala yurdumuzda pek çok hastanede Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarıyla, kendilerince örgütsel amaç ve görev tanımlarını belirleme çalışmalarındadırlar. Hastanelerde yaşanan çatışmaların belki de en önemli sebebi görev tanımlarının yapılmayıdır.

Tıp mesleğine yönelik endişeler, bazı hekimlerin kendilerini hizmete adamaktan çok özel çıkarlarını daha öne çıkarmasıyla iki kat daha artmaktadır. Bu durumda, hem toplum yararını gözetmek için oluşturulan yasalar, hem de mesleğin kendisinin etiksel değerleri kolayca devreye girebilmekte ve otonomi azalması için bir güç oluşturmaktadır¹⁸⁰.

2.2.2.5.Ortak Kaynak Kullanımı

Örgütler, insan, makine, materyal ve para kaynaklarından meydana gelmişlerdir. Bu kaynaklar belirli mal ve hizmetlerin üretilmesine tahsis edilmişlerdir. Çeşitli görevleri yerine getirmek üzere bir araya gelmiş bulunan ve belirli alanlarda uzmanlaşmış olan departmanlar, görevlerini daha etkin yerine getirmek ve hedeflerine daha eksiksiz ulaşabilmek için bu kaynaklara ihtiyaç duymaktadırlar¹⁸¹.

Örgütte bölümlere tahsis edilen kaynaklar oldukça sınırlıdır. Amaç, bu sınırlı kaynakların tahsisinden daha büyük bir pay alabilmektir. Çoğu çatışmaların kaynağında bu temel neden mevcuttur. Bazı çatışmalar aynı kaynağa iki departmanın birlikte kullanmak

¹⁷⁸ T. Solmuş, a.g.m., s. 42.

¹⁷⁹ E. Eren, "Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi", a.g.m., s.531.

¹⁸⁰ B. Şahin, a.g.m., s.38.

¹⁸¹ M. Türk, S. Doğan, a.g.m., s. 66.

zorunda olmalarından doğmaktadır¹⁸². Hastaneler ise, kaynak sıkıntısını en fazla çeken örgütler arasında yer almaktadır.

Sınırlı kaynaklar için yarışmayı, gizli bir çatışma biçimi olarak alan Pondy'e göre yarışma, örgütteki grupların kaynaklarla ilgili isteklerinin toplamı, örgütün sağlayabileceği kaynakları aşması halinde, çatışmaya neden olmaktadır.¹⁸³ Bireyler ya da ekipler kaynak yokluğu ya da kısıtlılığı yüzünden birbirleriyle çatışmak zorunda kalırlarsa; çatışma kaçınılmaz olacaktır¹⁸⁴. Hastanede teknik cihazlar pahalı olduğundan az sayıda bulunmaktadır. Bu durum onların kaynak nedenli çatışmaya düşmelerine sebep olmaktadır.

Sınırlı kaynakların paylaşımında birimlerden biri veya bir kaç kaçınılmaz olarak istediklerinden veya ihtiyaç duyduklarından daha az kaynak alarak yetinmek durumunda kalacak bu da uyuşmazlığa neden olacaktır. Hatta, kendisine verilen paydan hoşnut olmayan birimler diğer birimlerle işbirliğine girmekten kaçınacak, kaynak eğilimini lehlerine çevirmek için onlarla açık çatışmaya dahi girmekten kaçınmayacaktır¹⁸⁵. Hastanelerde servislerin tıbbi malzeme ihtiyaçlarında bu durumu görmek mümkündür.

Kaynakların kuruması ve devamlılık arz etmemesi hallerinde kaynaklara bağımlılık artmış olacaktır. "Kim ne kadar ücret, zam, ikramiye alacaktır; kadro azaltılması durumunda kim yerini koruyabilecektir?" gibi olguların ortaya çıkardığı sorunlar bu tür çatışmalara örnek gösterilebilir¹⁸⁶.

Hekimler, yalnızca hastaları değil, ameliyathaneleri, ekipmanı, radyoloji gibi hizmetleri, fizyoterapistler gibi yardımcı sağlık personelinin de paylaşmaktadır. Bu paylaşım kaynaklar kısıtlı olduğunda sorun oluşturmaktadır. Hekimler, aynı zamanda hastanenin hizmet verdiği toplumun ihtiyaçları ile de etkileşirler ve hizmet geliştirmek için ayrılan kaynakları paylaşmak zorunda kalırlar¹⁸⁷. Yaşanan bir örnekte; iki farklı bölümü (Solunum Terapisti ve Fizik Terapi) temsil eden iki hekim, kendi bölümleri için kalp hastalıkları rehabilitasyon cihazları talep etmiştir. Her bir bölüm, cihazın kendi adını taşımasını ve kendi yerlerine kurulmasını istemiştir. Yönetici çatışmayı çözmek için gelmiş ancak, mali sıkıntılar nedeniyle sadece bir cihaz alabilmiştir. Araştırma göstermiştir ki, her ikisi de ihtiyaç sahibi ve kazanç sağlamada eşit durumda bulunmuştur. Yönetici kararını

¹⁸² M.Ateş, a.g.m., s. 6.

¹⁸³ D.Tengilimoğlu, "Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri", a.g.m., s. 133.

¹⁸⁴ Richard L. Daft, **Management**, Vonderbilt University The Dryden Press, Fifth Edition, A Division of Harcourt College Publishers, 2000, s. 615.

¹⁸⁵ S.Taşan, a.g.m., s. 2.

¹⁸⁶ E. Eren, "Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi", a.g.e., s. 530.

¹⁸⁷ O. Hayran, H.Sur, a.g.m., s. 343.

vermiş (Win/Lose) ve bir bölüm ve hekim kazanırken diğer bölüm ve hekim kaybetmiştir. Bu tür örnekleri çoğaltmak mümkündür. Yönetici, kişilerin kaybettiği böyle bir tarzda çatışmayı çözmek zorundadır. Yetkili konumdaki yönetici, talep edilen cihazlar için ihtiyacı fark etse bile, “hayır” demek zorunda kalabilmektedir. Bu da bir çatışma sebebi olabilmektedir.

Günümüz çevre şartlarında hastanelerin başarılı yönetimi, hasta bakımı ile işleyiş ve finansal fonksiyonların koordinasyonunun gerektirmektedir. Bu tür koordinasyon ise; hekimler ve yöneticiler arasında işbirliğinin artması dönüm noktasını gerektirmektedir¹⁸⁸. Ancak bu işbirliğini sağlamak oldukça zordur.

Yöneticilikte başarıya ulaşma, örgüt içinde ve dışında değişimi teşvik etmekle mümkün olabilir. Ancak, yönetici başarıya ulaşabilmek için yeterli yetkiye de sahip olabilmelidir. Bununla birlikte uygulamada, yöneticilerin bununla sınırlı kalmayarak, sosyal güçlerini de işlerine meylettirerek yetkilerini arttırmaya eğilimli oldukları görülmektedir¹⁸⁹. Öyle ki, bu durum hekimlerle yöneticiler arasındaki ilişkilerde görülmektedir.

2.2.2.6. Kişilerarası Karşılıklı Bağımlılık

Van de Ferry’e göre iş bağımlılığı, bir örgütsel birimde bir bireyin performansının bireyin bağlı olduğu birim amirinin, birimindeki iş arkadaşlarının ve birim dışındaki diğer kişilerin faaliyetlerine ne kadar bağlı olduğunu ifade etmektedir¹⁹⁰.

Örgütlerde işbölümü sonunda ortaya çıkan farklı birimlerin, işlevlerini istedikleri gibi yerine getirebilmeleri birbirlerine bağlı olduğunda, işlevsel bağımlılıktan söz edilmektedir. Bu durumda, bir birimin görevini aksatması diğer birimin de görevinde aksamasına yol açacağından, çatışma kaçınılmaz olacaktır¹⁹¹. Hastane organizasyonlarında servisler arasında en sık yaşanan çatışma nedeni olarak nitelendirilebilir. Özellikle hemşireler bağlamında her servis kendi işinin ağır ve önemli olduğuna dair inanç içindedir.

Organizasyonda, iki veya fazla sayıdaki birey ya da gruptan her birisinin, kendi görev ve amaçlarını gerçekleştirebilmek için, diğer tarafın bilgisine, hizmetine ya da çıktılarına bağımlı olma hali karşılıklı görev bağımlılığını ifade eder. Bu tür bir

¹⁸⁸ Ninnie L. McKay, Antonio Furino, *a.g.m.*, s. 421.

¹⁸⁹ Calum Paton, “Health Policy and Management: The Case Study Method”, *The Journal of Health Administration Education*, Vol. 11, no.3, Summer 1993, s. 393.

¹⁹⁰ Nermin Uyguç, Yasemin Arbak, “Bağımlılık- Çatışma Sıklığı ve Çatışma Çözüm Yöntemleri Performans İlişkileri”, *Dokuz Eylül Ü.İ.İ.B.F. Dergisi*, c.8, sayı.2, 1993, s. 57.

¹⁹¹ C. Elma, K. Demir, *a.g.m.*, s. 224.

bağımlılıkta, tarafların hedef ve öncelikleri de farklı ise çatışma ortaya çıkacak ve hedeflerin farklılık düzeyine bağlı paralel olarak artacak veya azalacaktır¹⁹². Bir hastanedeki hekimler, ve diğer tüm sağlık ekip üyeleri pek çok yoldan birbirleriyle ilişkilidirler. Birinin yaptığı, kaçınılmaz olarak diğerinin yaptığı işi de etkiler ve eğer bu etkileşimler organize edilmezlerse karmaşa, çatışma ya da kaynak israfı meydana gelebilecektir¹⁹³.

İş bağımlılığın artması, işbölümü sonucu işlevsel birimlerin işbirliği halinde çalışmalarını ve uyumlu biçimde yönetilmelerini güçleştirmektedir. Çünkü her bir birim, işbirliği yapması gereken diğer birimlerin ihtiyaçlarından ziyade, öncelikle kendi ihtiyaçlarını karşılama eğilimi göstermektedir. Buna paralel olarak da birimler, kendi haklarını korumada aşırı titizlik göstermekte ve diğer birimlerden baskılara karşı koyma yolları bulmaya çalışmaktadırlar. Sonuçta ise çatışma kaçınılmaz olacaktır¹⁹⁴.

İş gereği karşılıklı bağımlılık halinde bulunan gruplara yapmaları için çok fazla iş veya görev verildiği zaman çatışma doğabilir. Bu durumda çeşitli grup üyeleri arasında gerilim yükselecek ve her biri diğerini sorumluluktan kaçmakla itham edecektir¹⁹⁵. İşler arası karşılıklı bağımlılığın söz konusu olduğu durumlarda, gruplara verilen iş veya görevlerde, denklik olmasına karşılık, ödüller farklılık gösteriyorsa yine çatışma doğabilecektir¹⁹⁶.

James Thompson karşılıklı bağımlılığın üç değişik biçimde ortaya çıkabileceğini belirtmektedir. Bunlardan ilki ortaklaşa bağımlılık durumudur. Burada grupların ortaklaşa eğilimi söz konusu değildir ama her bir grup örgütsel amaca katkıda bulunmak zorundadır. İkinci tip karşılıklı bağımlılık dizgiseldir. Bu durumda bir grubun işini yapması kendinden önce gelen grubun işini bitirmesine bağlıdır. İki taraflı bağımlılık diye tanımlayabileceğimiz üçüncü türde ise, her bir grubun çıktısı, diğerlerinin girdisi durumundadır¹⁹⁷.

Hastane organizasyonunda iki taraflı karşılıklı bağımlılık türünü görmek mümkündür. Zira hastaneye müracaat eden hasta, sırasıyla işbölümü itibariyle sıralanmış servislere uğramakta ve birini işinin bitmesi diğerinin başlamasına ve hepsinin sonucu da

¹⁹² S. Taştan, *a.g.m.*, s. 2-3.

¹⁹³ O. Hayran, H. Sur, *a.g.m.*, s.343.

¹⁹⁴ N. Uyguç, Y. Arbak, *a.g.m.*, s.58.

¹⁹⁵ T. Solmuş, *a.g.m.*, s. 44.

¹⁹⁶ M. Şerif Şimşek, "Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış", *a.g.e.*, s.285.

¹⁹⁷ H.Can, *a.g.e.*, s.311.

birbirini etkilemektedir. Bir başka ekipler halinde çalışma örneği olarak, ameliyat ekibinde her bir üyenin birbirine karar verme ve etkin iletişim açısından muhtaç olması verilebilir.

Toplu bağlılık tipinin hakim olduğu durumlar, çatışmaların ortaya çıkmasına önemli katkıda bulunmaz. Çünkü birimlerin birbirleri ile ilişkileri azdır veya hiç yoktur. Ancak, sıralı karşılıklı bağımlılık türü, çatışmalar için kuvvetli bir ortam oluşturmaktadır. Çok yönlü karşılıklı bağımlılık türü ise çeşitli çatışmaların ortaya çıkma ihtimalinin en yüksek olduğu ortamı oluşturur¹⁹⁸. Dolayısıyla hastane organizasyonu, çok yönlü karşılıklı bağımlılık özelliğiyle çatışma ihtimalinin en yüksek olduğu organizasyon türüdür.

Mevcut çalışmalar, diğer sağlık hizmeti sunan personelin davranışlarını anlamada hekimlerin eksensel rolüne işaret ederler. Hekimlerin eksensel rolüne ve sağlık uzmanları arasındaki uygulamanın tabii önemine binaen, sağlık hizmetleri çalışma ortamındaki çatışma büyük faktördür. Berggen, İsveç'teki bir sağlık kuruluşunun çalışmasında mesleki hakkın işbirliğini azaltarak elde edildiğini saptamıştır. Hekimlerin bireysel çalışma eğilimleri dikkate alınınca bu yargı doğrulanmaktadır. Bir başka yaklaşımda ise; bireysel özellikler dikkate alınmıştır. Örneğin; Peterson'un Norveç hastanelerindeki yoğun hizmet birimleri çalışmasında, çatışmanın yapıdan ziyade şahsiyet özelliklerinden kaynaklandığını saptamıştır¹⁹⁹.

Organizasyonlar, yürütülen işler bakımından birbirleriyle karşılıklı olarak bağımlı olan bölüm ve kısımlardan meydana gelmişlerdir. Örneğin; insan kaynakları bölümü zamanında personel almıyorsa, bu hata diğer bölümlerin başarısını etkileyeceğinden çatışma çıkması kaçınılmaz olacaktır²⁰⁰. Zamanlama bakımından ortaya çıkan aksaklıklar hem bölümün tüm verimini etkilemekte ve hem de o bölüm içinde bir kısım diğer kısımların verimlilik ve etkinliğini düşürebilmektedir²⁰¹.

2.2.2.7. Değer ve Algılaşılardaki Farklılıklar

Örgütlerde bireysel arzu ve ihtiyaçlar kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir. Değişik kültür, yetiştirme tarzları, duyguları, zevkleri farklı olan her bireyin olaylar karşısındaki davranış ve tutumları da farklıdır. Bir bireyin amaç ve değerleri diğer

¹⁹⁸ T. Koçel, a.g.e., s.538-539.

¹⁹⁹ Skjorshammer, Morten, Hofoss, Dag, "Physician in Conflict: A Survey Study of Individual and Work-Related Characteristics", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol.13, issue.4, December 1999, s. 2-3.

²⁰⁰ M. Türk, S. Doğan, a.g.m., s. 66.

²⁰¹ E. Eren "Yönetim ve Organizasyon", a.g.e., s.458.

bireylerin amaç ve değerlerine ters düşebilir. Bireyler arasındaki bu ayrılıklar çatışmaları artıran önemli kaynaklardan biridir²⁰².

Locke'a göre, işgörenlerin işteki başarılarının belirleyicisi olarak onların kişisel amaçlarının büyük bir önem taşıdığına dikkati çekmektedir. Bu nedenle, işyerinde örgütsel amaçları gerçekleştirmeye yönelik davranışlar ve tepkiler kişilerin burada amaçlarına uygun algılama ve yargılama süreçlerine bağlı olmaktadır²⁰³.

Örgüt düzeyinde alınan kararların bazılarında birey veya grubun biri, alınan karardan olumlu etkilenirken diğer kişi/kişiler veya grup/grupların çıkarları olumsuz etkilenebilir. Bu durumda çatışma için bir zemin oluşabilir. Bir sistemde yer alan birey ya da grupların çıkar ve değerlerinin birbiriyle olduğu kadar sistemle uyuşmaması da bir diğer çatışma potansiyelidir²⁰⁴.

Bireysel amaç farklılığını en bariz gösterecek örnek, Japonya'daki kalite çalışmalarıdır. Hatta pek çok örneği bizim ülkemizde de yaşanmaktadır. Zira, hastane örgütlerinde, Japonya'da kalite çalışmalarında başarılı olamama sebepleri arasında, geleneksel olarak sağlık hizmeti kalitesinin tek belirleyicisi olarak kabul edilen hekimlerin, kalite iyileştirme çalışmalarına katılmamaları gösterilmektedir²⁰⁵.

Hastane ve sağlık sistemlerinde etkin iş arkadaşlığı olarak hekimlerin eksik liderliğine işaret edilmektedir. Hekimler, yönetim sorumluluğunu üzerlerine almalarına rağmen zihinlerini tıp işleriyle meşgul etmektedirler. Aynı zamanda hekimlerle yönetim, genellikle aynı konuda farklı perspektiflere sahip bulunmaktadırlar²⁰⁶.

Son yıllarda yönetim kararları etiği pek çok başlığı ele geçirmiş gündem konusu olmuştur. Pek çok endüstride etik olarak sorgulanan uygulamalarla birlikte, hastane yönetim kararlarıyla ilgili pek çok ahlaki sonuçlar özellikle hastane endüstrisinde etik çalışmaları değerli hale getirmiştir²⁰⁷.

Sağlık yöneticiliği bütün dünyada oldukça yeni bir meslektir ve bu mesleğin en gelişmiş dalı hastane yöneticiliğidir. Günümüzde hastane yöneticileri, kıt kaynaklar ile

²⁰² E. Eren, "Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi", a.g.e., s. 531.

²⁰³ E. Eren, "Yönetim ve Organizasyon", a.g.e., s.439.

²⁰⁴ A. Can Baysal, Erdal Tekarslan, a.g.m., s. 313.

²⁰⁵ İbrahim Erdoğan, **Hastanelerde Kalite Yönetiminin Yaygınlaşmasını Engelleyen Ulusal Faktörler Konusunda Bir Ülke Örneği: Japonya**, www.modernhastaneyönetimi, s.1.

²⁰⁶ Peter P. Budetti, Stephen M. Shortell, Teresa M. Waters, ve Diğerleri, "Physician and Health System Integration", **Health Affairs The Business of Health**, vol.21, no.1, January/February 2002, s. 209.

²⁰⁷ Williamson, Stan, Jauchh, Lawrence R., **Medical Care Research & Review**, Mar 1995, vol. 52, issue. 1, p.134, 11p., www.EBSCOhost full Display, 14.02.2002, s.2-7.

çok hızlı ilerleyen teknoloji ve tüketici hareketlerinin baskısı altında çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşımakta ve çok değişik alanlardan profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı hizmet personelinin uyumunu sağlamak üzere son derece karmaşık bir örgütü yönetmek durumunda kalmaktadırlar²⁰⁸.

Sağlık bakım endüstrisi, artan rakipler, azalan hükümet kaynakları, değişen teknoloji vs. gibi etmenler sebebiyle sağlık yöneticiliğini çok daha kritik öneme sahip hale getirmiştir²⁰⁹. Sağlık yönetimi konusunda yetişmiş insan gücü nitelik ve nicelik açısından yetersiz olduğundan, sağlık sistemimizde bu alanda oluşan bilgi birikimi kişisel deneyimlerin ötesine geçememektedir²¹⁰. Sağlık hizmetleri yönetiminin görünen en temel sorunu, çok büyük oranda bu görevin profesyonel yöneticilik eğitimi almamış kişilerce, asıl mesleğinin yanında ek bir iş olarak yürütülüyor olması nedeniyle, uygulamada profesyonellik özelliğinin henüz yeterince kazanılamamış olmasıdır. Sağlık hizmetleri yöneticiliğini büyük oranda hekimler ve hemşireler yürütmektedir. Bu durum ABD'nin 1910'lu yıllarına benzemektedir. ABD'lerinde 1930'lardan sonra hekim ve hemşireler görevlerini profesyonel sağlık yönetimi eğitimi almış kişilere hızla devretmişlerdir²¹¹.

Sağlık bakımı (hastane ürünü), hasta (müşteri) için tipik genel endüstriden çok daha fazla dolaysız ilişki, samimiyet ve geri dönüşümü olamayan kar veya zarar gösterir. İlave olarak, hastanelerde diğer hizmet endüstrilerinden farklı olarak hizmet sunumunda müşteriden ayrılmamaktadır. Zararın bu türleri, diğer endüstrilerden çok daha önemli olmaya eğilimlidir ki örgüt esaslı olarak karmaşıktır²¹². Doğal olarak bu karmaşık örgütte yöneticilik de karmaşık bir hal alacaktır. Çatışma, güçlü kişilerin çarpışmasından, yapılan değişikliklerde, yönetime karşı klinik unsurlara şüpheden ortaya çıkabilir²¹³.

Literatürde çalışanların bazı demografik özelliklerinin örgütsel bağlılık ile ilişkisi olduğu savı çok yaygındır. Örneğin, kişinin öğrenim düzeyinin yüksek olmasının örgütsel bağlılığı olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Öğrenim düzeyi yüksek olan kişiler daha fazla iş imkanlarına sahip olduğundan kendilerini tek bir örgütte kalmak zorunda

²⁰⁸ H. Sur, "Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Yöneticiliği", *a.g.m.*, s.2.

²⁰⁹ Michael J. Cleary, Ed.D., L. Fleming Fallon, Jr., M. D., Charles A. Bish, M., "The Policy Context of Health Services Administration Education Through Outcomes Assessment", *The Journal of Health Administration Education*, Vol. 11, no.3, Summer 1993, s. 397.

²¹⁰ M. Ateş, H.Sur, *a.g.m.*, s. 8.

²¹¹ Fikriye Toker, "Kocaeli İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Yöneticiliğine Bakış Açılarının Tespitine Yönelik Bir Araştırma", *3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, Ankara, 28-29 Eylül 2000, s. 430.

²¹² Williamson, Stan; Jauchh, Lawrence R., *a.g.m.*, s. 2.

²¹³ Donaldson Liam, Simpson Jenny, *a.g.m.*, s.109.

hissetmeyebilirler²¹⁴. Hastanede çalışan uzman hekimler için de aynı durum söz konusu olabilir. Zira onlar da, genellikle bireysel amaçlarını örgüt amaçlarına tercih edebilmektedirler.

Gün geçtikçe uzman hekimlerin gelirleri ve seçim yapma tercihleri gittikçe azalmaktadır. Onlar da buna bir tepki olarak, faaliyetlerini arttırma yollarını denemektedirler. Bunu sağlamak için de hasta potansiyellerini arttırmada birbirleriyle rekabet etmekte ve uzman meslektaşlarıyla aralarında sorunlar yaşayacaklardır. Yeni teknolojinin sürekliliği nedeniyle bu gibi çatışmalar önlenemeyebilecektir. Bu sebeple tıptaki değişime göre örgüt yapısı uyumlaştırılmalı ve olabildiğince değişimler önceden tahmin edilebilmelidir²¹⁵. Ancak bu uyumlaştırma süreci özellikle kamu hastanelerinde sınırlı bir durumdadır. Ayrıca hekimlerin, çeşitli hedefleri için ve ödüllendirme yöntemleri gibi kontrol sistemleri de yeterli değildir²¹⁶.

Ayrıca sağlık sektörünü geniş boyutlu düşünersek; tedarikçiler, kaynak sağlayıcılar, çalışanlar ve müşterilerden her biri sağlık fayda ve hizmetle ilgili olarak mali risklerini minimize etmek isterler²¹⁷. Bu durumda her kesim bireysel faydasını maksimize etmek isteyecektir. Sağlık sektörünün finansmanı bile politik sorun halindedir. Dolayısıyla, bireysel amaçlardaki farklılıklar sağlık sektörü için potansiyel bir çatışma nedenidir.

Teknolojik ve kültürel anlamda yaşanan hızlı değişim ayrı bir çatışma kaynağıdır. Değişim ve karmaşıklık, belirsizliğin iki ana unsurudur. Değişim ve karmaşıklık düzeyinin artışı aynı oranda çatışma olasılığını da yükseltmektedir²¹⁸.

Dünyada son yirmi beş yılda yaşanan bir dizi siyasal ve ekonomik gelişme, sağlık bakımını, bu amaçla üretilen sağlık hizmetlerini ve bu hizmetleri üreten sağlık çalışanlarını derinden etkilemiştir. Öyle ki; sağlık hizmeti üretimine yeni teknolojilerin, tekniklerin, işlemlerin, aygıtların ve maddelerin katılmasıyla, sağlık çalışanlarının varolan sağlık ve güvenlik sorunlarına yenileri eklenmiştir. Sağlık hizmetlerinde iş bölümü ve uzmanlaşma derinleşirken, meslek grupları içindeki ve arasındaki yarışma da artmıştır. Sağlık

²¹⁴İsmet Şahin, Afsun Ezel Esatoğlu, "Bir Üniversite Hastanesi Destek Hizmetlerinde Çalışan Personelin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri", 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 20-21 Mayıs 2000, s.548.

²¹⁵Darr Kurt, "The Developing Crisis in Medical Staff Organization", *Hospital Topics*, vol. 74, issue. 4, Fall 1996, s.4.

²¹⁶Robert Weech Maldonado , Janie L. Dreachslin, Kathryn H. Dansky, Gita De Souza, "Racial/Ethnic Diversity Management and Cultural Competency: The Case of Pennsylvania Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, vol.47, number.2, March/April 2002, s. 122.

²¹⁷Peter Boland, *Making Managed Healthcare Work, A Pratical Guide to Strategies and Solutions*, An Aspen Publication , Gaithersburg, Maryland, 1993, s. 551.

²¹⁸S. Taştan, a.g.m., s. 5.

harcamalarının kısıtlanması için, sağlık iş kolunda çalışan sayısı ve ücretler azaltılmış; çalışma süreleri ve iş yoğunluğu artırılmıştır²¹⁹.

Organizasyonların sürekli olarak yeniliklere ve değişimlere açık olması kaçınılmazdır. Bu yenilik ve değişimlerin gerektirdiği bilgi, tecrübe, yetenek ve esnekliği bazı eski yöneticilerin algılayamamalarından ve bunlarla ilgili uygulamaları bir an önce yürürlüğe koyamamalarından dolayı, bu tür anlaşmazlıklar ortaya çıkabilmektedirler²²⁰.

Toplumlar gibi iş dünyasında ve çalışma koşullarında, teknolojiye meydana gelen hızlı değişim ve gelişmeler; örgütler açısından beraberinde bazı psikolojik sorunların doğmasına, hem çalışanları, dolayısıyla hem de toplumu etkileyen stres ve buna bağlı bir çok sorunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır²²¹. Nitekim hastane ortamları da stres yüklü ortamlar olarak sıkça dile getirilmektedir. Buna bir de teknolojik değişimlerden fazlasıyla etkilenmesi eklenince, hastanelerde çatışma potansiyelinin artması kaçınılmaz olmaktadır.

Hastaneler belirli bir çevrede yer alırlar ve çevredeki değişimden etkilenirler. Hastalar veya hekimler değişimden her zaman etkilenebilirler, yöneticilerin rolü, değişen çevreyi etkin olarak önceden tahmin etmek ve uygun programları uygulamaktır²²². Örgütte çalışan eski kuşağın yeniliklere çeşitli nedenlerle karşı koyması da söz konusu olabilmektedir. Bu tür tavır, yeniliklere açık olan yeni kuşakla, aralarında çatışma oluşturabilmektedir.

Formal olarak iş memnuniyeti, bireylerin işleri hakkında olumlu veya olumsuz hissetme dereceleridir. Kişinin işyerinin fiziksel ve sosyal konumuna verdiği duygusal ve davranışsal yanıtıdır²²³. Olumlu iş ilişkilerine yönlendirme ve performansı yükseltebilmek için çalışanların iş memnuniyetini sağlayacak çalışma şartları sağlanmalıdır.

Hastanelerde, hizmet kalitesi ve hizmet sonucu elde edilecek tatmin, diğer hizmet türleri ile kıyaslandığında, son derece belirsizdir²²⁴. Bu durum hem hasta (müşteri) açısından söz konusu olduğu gibi hizmeti veren sağlık çalışanlarını tatmin boyutunda da geçerli bir etkidir. İş stresi ve iş tatmini arasındaki ilişki teorik olarak gösterilmiş,

²¹⁹ Y. B. Piyal, B. Piyal ve Ü. Çelen, a.g.m., s.21-22.

²²⁰ M. Türk, S. Doğan, a.g.m., s.67.

²²¹ H. Şahin, G.Erigüç, a.g.m., s.21.

²²² Thomas J. Hayes, Ken E. Mack, " Making The Hospital Position Successful", **Journal of Health Care Marketing**, vol. 6, no.1, March 1996, s. 66.

²²³ John R. Schermerhorn, James G. Hunt, Richard N. Osborn, **Organizational Behavior**, Seventh Edition, Printed in the United States of America, John Wiley& Sons , inc 2000, s. 118.

²²⁴ Ömer Karahan, **Sağlık Sektöründe Hizmet Pazarlaması ve Halkla İlişkiler**, www.merih.net.,14.02.2002, s. 3.

deneysel olarak denenmiş ve değişik analizlere konu olmuştur. Sonuçta, insanların iş stresi yaşadığında işinden memnun olamayan psikolojiye sahip olmaları bulunmuştur²²⁵. Bu durumda da çatışmaya meyilli bireylerin varlığı kaçınılmaz olacaktır.

Örgütlerde işbölümü sonucunda gruplara ayrılmış personel, kendi işini diğerlerinininkinden daha öncelikli ve önemli görmeye başlar. Bu durumda kendi bölümlerinde işbirliğine şartlandıkları için, diğer bölüm personeli görüş ayrılığına düşerler bu durum ise çatışma başlangıcıdır²²⁶.

İş tatminini oluşturan faktörler, bireysel ve örgütsel faktörler olarak iki başlıkta incelenebilir. Bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekte geçen süre, zeka, eğitim, sosyo kültürel çevre, gibi bireysel özelliklerin yanı sıra, kişilik, değer yargıları, inançlar, deneyim, kendine uyan iş, çalışanın sosyal yapısı, işe ilişkin özel beklentilerin olmasıdır. Genel olarak bireyin iş ortamına karşı tutumunun yönünü belirleyen örgütsel faktörler; işin birey için anlamı ile işin çeşitli boyutlarıdır. Bu faktörlerin iş tatminini artırmaları için zamanında yararlanabilir olmaları gerekmektedir²²⁷.

Örgütlerde stres nedeni sayılabilecek birbirinden farklı faktörler vardır. İş ortamındaki stres faktörlerinin çoğu, bazen örgütsel yapı ve bireyin kendileriyle ilgili değerleri zorlamasından, bazen de insan kaynaklarının sahip olduğu nitelik yetersizliğinden ve birlikte çalıştıkları örgütlerdeki verimsiz geçen iş ile ilgili faaliyetlerden kaynaklanmaktadır²²⁸.

Tatminsizlik durumunda işten ayrılma, devamsızlık, sağlık sorunları, sesini yükseltme, kayıtsızlık ve pasif bekleyiş gibi ifade biçimleri görülür. Ancak tatminsiz olan kişiler çeşitli nedenlerle işten ayrılmayı düşünmeyebilirler. Bu durumda çalışmaya devam edenler, örgüt ortamını olumsuz etkilerler, performans düşüklüğü gösterirler ve iş arkadaşlarını etkilerler²²⁹.

Sağlık hizmetlerini sunan sağlık personelinin birlikte çalışma zorunluluğu akla getirilince, iş tatmini olmayan bireyin veya bireylerin hastanede bulunuşu, örgüt içinde çatışma ortamının oluşumuna zemin hazırlayıcı bir unsur olabileceği sonucuna varılabilir.

²²⁵Eric S. Williams, Thomas R. Konrad, William E. Scheckler, ve Diğerleri, "Understanding Physicians' Intentions to Withdraw from Practice: The Role of Job satisfaction, Job Stress, Mental and Physical Health", **Health Care Management Review**, vol.26, no.1, Winter 2001, s. 8.

²²⁶M. A. Özer, a.g.m., s. 24.

²²⁷A. Akdaş ve Diğerleri, a.g.m., s.5.

²²⁸Adnan Akın, "Bireysel Gelişim Yönetimi", **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, s.470, Şubat 2001, s. 65.

²²⁹A. Akdaş ve Diğerleri, a.g.m., s.5.

Bu açıdan ele alınınca iş tatmini unsuru sağlık personeli için büyük önem arz eden bir konudur.

Ayrıca sağlık personelinin yetersizliği nedeniyle, iş yükünün yoğunluğu, nöbetlerin sık gelmesi, personelde fiziksel ve zihinsel yorgunluklara neden olmaktadır. Ayrıca yetersiz öğrenim nedeniyle sağlık personelinin yeterli hizmet içi eğitimi almadan, yüksek teknolojiye dayalı tıbbi cihaz ve donanımlarını kullanmada gösterdikleri uyumsuzluk da çatışma potansiyeli olabilecek etmenlerdir²³⁰.

Hastanelerde hemşirelik faaliyetleri, çatışma, bağlılık ve sorumluluk nedeniyle zor yürütülmektedir. Wilkinson, hemşirelerin işleri nedeniyle sık sık moral bozukluğuyla karşılaştıklarını saptamıştır. Esasen tüm sağlık çalışanları moral ikilemiyle karşılaşır. Wilkinson, sağlık çalışanları arasındaki pozisyonları ve bağımlılıkları nedeniyle hemşirelerin moral bozukluğu yaşamaya çok daha fazla eğilimli olduğunu tespit etmiştir²³¹. Öyle ki, yapılan bir araştırmada yaklaşık olarak hemşire personelin % 40'nın psikolojik sıkıntı yaşadığı saptanmıştır²³².

İş doyumunun az, iş doyumsuzluğunun çok olması sağlık çalışanlarının tümünü etkileyen, çok etmenli ve ağır bir sorundur. Hemşireler bu sorundan en ağır etkilenen meslek grubudur²³³. Bir diğer çalışmada da; yetersiz koşullar karşısında hekimlerin kendilerini hastalar karşısında çaresiz hissettikleri saptanmıştır (Kaptanoğlu ve ark-94) Musal'ın uzman hekimlerde gerçekleştirdiği iş doyumunu araştırmasında da, uzman hekimlerin % 42.4'ünün kurumlarını mesleki bilgi ve becerilerini kullanabilme açısından yetersiz buldukları saptanmıştır²³⁴.

Hemşireler iş yaşamında; yetersiz imkan ve çalışma koşulları, iş yükü fazlılığı, adaletsizlik /değersizlik, vardiyada çalışma/uykusuzluk, iletişim bozukluğu, görev yetki ve sorumlulukların belirsizliği, aile yaşamında, ev işlerinin yoğunluğu, sosyal yaşamında; çıkara dayalı arkadaş ilişkileri, kendine zaman ayıramama ve maddi yetersizlikler

²³⁰ M. O.Çetik, S. N.Oğulata, a.g.m., s.30.

²³¹ Donald F. Phillips, "Moral Distress in Nursing", **Choices and Conflict, Explorations in Health Care Ethics**, Editor: Emily Friedman, by Amerikan Hospital Publishing, Inc an American Hospital Association Company, 1992, s. 97.

²³²Witham Heather, "Work Trauma Affects Psychological Health of Nursing Staff", **Australian Nursing Journal**, vol.6, issue. 9, April 1999, s.7.

²³³ Y. B. Piyal, B. Piyal, Ü.Çelen, a.g.e.,s. 29.

²³⁴ N. C. Akboğa ve Arkadaşları,a.g.m., s.16.

nedeniyle sosyal aktivitelere katılamama gibi faktörler öfke oluşturmakta²³⁵ ve çatışmaya meyilli psikolojik yapıya bürünmektedirler.

Sağlık çalışanları bilindiği üzere 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir. Dolayısıyla nöbet usulü çalışma yaygın olarak uygulanmaktadır ve çalışma saatleri 24 saat kesintisiz devam etmektedir. Yapılan bir araştırmada günlük çalışma süresinin çalışma verimini etkilediği tespit edilmiştir. Günlük çalışma süresi 8 saatten 9 saate çıkarıldığı bir çalışmada, işgörenlerin yorgunluk belirtilerinde artışla birlikte, iş veriminde azalma ve iş yerinde meslek hastalıkları ve iş kazalarının arttığı saptanmıştır²³⁶. Ancak hastane çalışanları bir çalışmada üç kat kesintisiz çalışmaktadır. Buradan hastane personelinin çok fazla iş yükü altında kaldığı söylenebilir. Bu durum da çatışmaya eğilimi yüksek bireylerin varlığı demektir.

Ayrıca hastanenin hizmet verdiği hasta müşteriler de hastalıkları nedeniyle hassas bireylerdir. Özellikle acil departmanında, bu tür müşterilerden kaynaklanan çatışmalar da hastane personelinin derinden etkilemektedir. Ontario'daki bir heyet, tüm hastanelerin acil departmanları için bir resmi çatışma yönetim politikasının geliştirilmesi gerektiği üzerinde durmaktadır. Öyle ki, hastanede çatışma yönetim politikası olmasına rağmen çalışanların bundan haberdar ettirilmemesi nedeniyle pek çok çatışma yaşanmıştır²³⁷.

Hastane yöneticilerinin öğrenim durumlarına göre yönetsel stres kaynakları ile ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, özellikle lisans eğitimi almış olan yöneticilerin; bağımsız karar alma ve uygulama olanaklarının sınırlı olması, görevle ilgili yetkilerinin yetersiz olması, üstlerinin kararlarına katılamaması, kendilerinin ve astlarının yetki ve sorumluluklarının net bir şekilde belirlenmemiş olması, yönetsel uygulamaları eleştirememesi, vs nedenler çatışma nedenleri olarak sayılabilmektedir²³⁸.

2.2.2.8.Etkin Performans Değerlendirme ve Ödüllendirmenin Uygulanamaması

Performans değerlendirme, örgütlerin etkinlik ve verimliliklerini artırmada önemli bir araçtır. Performans değerlendirme, bireyin görevi ne ölçüde iyi yaptığını, eksikliklerini ve geleceğe yönelik gelişme potansiyelini belirlemek için yapılan düzenli çalışmalardır.

²³⁵ Aytolan Yıldırım, Leman Kutlu, Selma Çimen, "Çalışma Koşullarının Öfke Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi", *Modern Hastane Yönetimi*, c. 6, sayı.1, Ocak-Şubat-Mart 2002, s. 51.

²³⁶ Ahmet Peker, "İnsan Kaynakları Yönetimine Ergonomik Yaklaşım: Yorgunluk ve Personel Verimliliğine Etkisi", *S.Ü. İnsan Kaynakları Yönetimi Sempozyumu*, Konya, 2-3 Mayıs 2000, s. 205.

²³⁷ Barbara Sibbald, "Conflict Management System Needed in Ers: Jury", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, issue. 1, s. 74.

²³⁸ H. Şahin, G. Erigüç, *a.g.m.*, s.47.

Performans değerlendirme sistemi yönetici ile işgören arasındaki bir faaliyettir ve yönetsel bir süreçtir²³⁹.

Hizmet sektöründe, kurumsal gelişim, bireylerin ve birimlerin nitelik dokusunun sürekli iyileştirilmesi esasına dayanır. Bu yolculuğun ön koşullarından biri de, kurum kültürünün elverişli kılınmasıdır. Böylece, yönetim kalitesinin ve insan kaynakları performansının psiko sosyal altyapısı kurulmuş olacaktır²⁴⁰. Performans değerlendirme ve ödüllendirme sisteminin iyi işlemesi kurumsal kültürün gelişimini sağlayabilecektir.

Klasik uygulamalarda performans değerlendirmesi, bireylere veya bölümlere yönelik cezalandırma amacı taşıyan bir sopa gibi kullanılarak zam, prim, terfi gibi sınırlı amaç ve kalıplar çerçevesinde ele alınmış etkisiz, motive edici olmayan bir anlayış haline getirilmiştir. Bu anlayış, çalışanları ve organizasyonu mekanik bir olgu gibi gören, sosyo kültürel unsurları dışlayan yönetim yaklaşımlarının günümüze kadar devam etmiş uzantısıdır²⁴¹. Kamu kurumu olan hastanelerde de maalesef aynı uygulama söz konusudur.

Buchholz (1978), demografik özelliklerinden bağımsız olarak, bir çok çalışanın işe yönelik olarak insancıl bir yaklaşımı ya da değerler sistemini benimsediklerini söylemektedir. İnsancıl yaklaşımın en temel varsayımı, işin insanların kendilerini gerçekleştirmeleri için bir araç olduğudur. O nedenle de iş, insanların bütün kapasitelerini kullanmalarına izin verecek şekilde tasarlanmalı, zenginleştirilip, anlamlılaştırılmalıdır²⁴². Öyle ki; sağlık çalışanları maalesef örgütsel ortamda bir kariyer geliştirme fırsatı bulamamaktadır. Sağlık çalışanlarının öğrenim düzeyi de hesaba katılınca onların bu kariyer geliştirme beklentilerinin artacağı unutulmamalıdır.

Yapılan işe ödenen maddi karşılığın motivasyon artırıcı/azaltıcı bir faktör olduğu belirtilmiştir. Sağlık örgütlerinde en büyük kısmı oluşturan hemşireler, sağlık disiplinleri içinde yaptıkları işin karşılığını maddi ve manevi olarak alamamaktadır. Ülkemizde sağlık elemanı olan hemşirelerin hasta ve yakınlarından olduğu kadar, birlikte çalıştıkları ekip ve amirlerinden de yeterli takdir görmedikleri bilinmektedir. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin % 80 oranında takdir/ödüllendirme almadıkları saptanmıştır. Yapılan işin

²³⁹ Nefise Bahçecik, Hediye Ekizler, "Formal ve İnfomal Değerlendirme ve İş Performansı Üzerine Etkileri," **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1-2 Kasım 1996, s. 97.

²⁴⁰ Ü.Şahin, "Hastanelerde İşgören Yönetimi", **a.g.m.**, s. 3.

²⁴¹ Murat Toktamışoğlu, "Organizasyonlarda Çok Başlılık mı Çok Seslilik mi?", **Tıp Teknolojisi Dergisi**, s.11, s.1.

²⁴² Canan Sümer, "İnsan Kaynakları Yönetimi Etkinliği Olarak Örgütsel Kariyer Planlama ve Geliştirme," **Türk Psikoloji Bülteni**, s.4, c.9, s. 62.

takdir edilmemesi çatışmalara neden olacaktır. Oysa, olumlu başarı değerlendirme sonuçlarının kişilere yansıtılmasının; motivasyona ve kişinin vereceği hizmete yansıtacağı unutulmamalıdır²⁴³.

Sağlık personelinin maaş ile ilgili beklentilerinin, aslında iki önemli ücretleme ilkesi ile çakıştığı söylenebilir. Bu iki ilkedden birincisi, “eşit işe eşit ücret” ilkesidir. İkinci ilke, ücretin personelin yaşam düzeyini yükseltecek kadar doyurucu ve örgütün maliyetlerini aşırı derecede arttırmayacak kadar ölçülü ve dengeli olması gerektiği anlamına gelmektedir²⁴⁴. Personelin sürekli verimliliğini ve tatminini sağlayacak ücret düzeninin asgari yaşam koşulları ve fiyat endeksleri ile paralel yürütmesini sağlayacak önlemlerin alınmaması ve eşit işe eşit ücret sağlanamaması, sağlık personelinin performans değerlendirmesinin yanlış yapılmasına sebep olmaktadır.

Bazı hastanelerde yapılan ön görüşmeler ve edinilen izlenimler sonucunda hastanelerimizde, performans değerlendirme çalışmalarına gerekli önemin verilmediği anlaşılmaktadır²⁴⁵. Bir çalışmada, hekimlerin yarıdan fazlasının maddi imkanlardan memnun olmadıkları ancak manevi doyumlarını yeterli buldukları saptanmıştır²⁴⁶.

İki bin yılın eşiğinde, işlerin giderek değişmesi, yenilenmesi ve karmaşık bir hale gelmesi de kariyer planlamanın artan popülerliğine katkıda bulunan bir diğer faktördür. Özellikle teknik alanlarla elde edilen bilgilerin hızla eskimesi, bir çok kurumu, elemanlarının bilgi ve becerilerini güncelleştirmeye, ortaya çıkan ihtiyaçlara yönelik olarak kariyerlerini yönlendirmeye zorlamaktadır²⁴⁷. Ancak ne var ki, özellikle kamu sağlık örgütlerinde bu konuyla ilgili çalışma bulunmamaktadır.

Aynı amaç doğrultusunda faaliyet gösteren birey ya da grupların; bu amaca ortak ulaşma çabaları göz önüne alınmaksızın, sadece birimlere ait alt amaçların başarılması için ödüllendirilmesi durumunda, çatışma potansiyeli oluşacaktır²⁴⁸. Hastanede sadece bir bölümün ödüllendirilmesi bir çatışma zemini oluşturacaktır.

²⁴³ Nuran Kömürcü, “Özel ve Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Kurumlarından Ayrılma ve Tercih Nedenleri ile Yönetimlerinden Beklentileri,” *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.3, s.3, Mart 1999, s.10-11.

²⁴⁴ C.Demir, F. Tatar, *a.g.m.*, s.88.

²⁴⁵ Tanıl Kılınç, Şehrinaz Polat, “Başarı Değerlemenin Hemşire Motivasyonu Üzerine Etkileri”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, y.1, s.2, Eylül 1997, s.26.

²⁴⁶ Y. Gürbüz ve Diğerleri, *a.g.m.*, s.18.

²⁴⁷ C. Sümer, *a.g.m.*, 63.

²⁴⁸ S. Taştan, *a.g.m.*, s. 6.

Ödül sistemlerinin farklılığı, gizli ya da örtülü çatışmaların kuvvetlenmesinde etkilidir. İki ya da daha fazla grup için farklı ödül sistemleri uygulandığında, şayet gruplardan birinin kazancı öbürünün kaybına neden oluyorsa çatışma kaçınılmazdır²⁴⁹.

Performansa dayalı ödüllendirme sistemlerinin uygulandığı kurumlarda, ödüllerin gösterilecek başarıya bağlanması kişileri yarışma havasına sokmaktadır. Bu rekabet havası duygusal açıdan bireyleri taraf olma haline ve hatta düşmanca bir tutum içerisine sokmaktadır. İşin içerisine değerlendirme hataları, çeşitli hilelerin, kıskançlıkların girmesi, örgütte güç birliği yerine birbirini zayıflatan, olumsuz etkileyen kişi veya grupların oluşmasına neden olabilmektedir²⁵⁰.

Performans değerlendirme kapsamında ele alınması gereken bir başka konu; hekimlerin denetimiyle ilgili sorundur. Verilen hizmetin değerlendirilmesi konusunda özerklikten öte bir başıboşluk söz konusudur ve hekimler de bu denetimsizlikten rahatsızdırlar. O kadar ki, her türlü denetim mekanizmasının uygulanması konusunda beklentileri daha yüksektir²⁵¹.

Çoğu çatışmaların kökeninde, bireylerin gösterdikleri başarıların ölçüsünde ödüllendirilmeleri yatmaktadır. Ödüllerin gösterilecek başarıya bağlanması, hatta eldeki örgütsel imkanların bu başarılar ölçüsünde dağıtılması, kişileri yarışma içine sokmaktadır²⁵². Bu, örgütte çalışan kişileri duygusal olarak düşmanca bir tutum içine sokacak ve örgüt içinde adeta birbirinin gücünü azaltan, kötüleyen grupların oluşmasına zemin hazırlayacaktır²⁵³.

Bireyin ekonomik beklentilerini karşılayabilmesinin iş tatminini arttırdığı bilinmektedir. Bir noktadan sonra maaşın iş tatminine etkisi miktarla değil, diğer çalışanlar arasındaki dağılımı ile olmakta ve ücretin adil, beklentilere uygun ve dengeli olması yüksek olmasından çok daha önemli hale gelmektedir²⁵⁴. Hastanelerde döner sermaye farklılıkları, hastane çalışanları arasında en önemli çatışma sebeplerinden birini oluşturmaktadır.

Organizasyon içinde ücret sistemi çatışmayı körükleyen ve etkileyen bir unsurdur ve eskiden olduğundan çok daha geçerli olmuştur. Her organizasyon ücretlemede farklı

²⁴⁹ M. Ateş, a.g.m., s. 5.

²⁵⁰ S. Taştan, a.g.m., s. 6.

²⁵¹ M. Kılıç, a.g.m., s. 8.

²⁵² E. Eren, "Yönetim ve Organizasyon", a.g.e., s. 459.

²⁵³ D. Tengilimoğlu, "Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri", a.g.m., s. 135-136.

²⁵⁴ Y. Gürbüz ve Diğerleri, a.g.m., s.17.

yeteneklere ve geçmişe sahiptir. Ücretlemede; çalışanların becerilerine göre ödeme yapmama, teşvik edici ödeme yapmama, cezalara meyilli olma, örgütsel hedeflere uygun ücretlemeye yer vermeme, çatışmaya yol açabilen nedenler arasında sayılabilir²⁵⁵.

2.2.2.9.Örgütsel Görev ve Sorumluluklarda Karışıklıklar

Örgütlerde iyi belirlenmemiş yapı, görev ve sorumluluklar da çatışma kaynağı olmaktadır²⁵⁶. Çalışma alanları doğal olarak karmaşıktır ve birbirlerinin içine girmişlerdir. Bu durumda yapılması birkaç bölüm tarafından benimsenen ve paylaşılamayan görevler olduğu gibi hiçbir bölümün veya kısmın sahip çıkmadığı veya yapmayı istemedikleri bazı işler ise, ortada kalmakta ve çatışmalara neden olmaktadır²⁵⁷.

Yapılan çalışmalar yüksek düzeyde yaşanan rol çatışması ve rol belirsizliğinin stres, huzursuzluk, korku ve düşmanlık duygularını artırdığını iş doyumunu ve kendine güveni azalttığını göstermektedir²⁵⁸.

Ülkemizde sağlık personelinin durumunu düzenleyen mevzuat eski, dağınık, yetersiz ve bir an önce yeniden ele alınmaya muhtaç durumdadır. Hekimler, hemşireler, eczacılar, veteriner hekimler, diş hekimleri, dişçiler, kimyagerler, ebeler, askeri hastabakıcı, hemşireler, gözlükçüler, köy ebeleri ve köy sağlık memurları ile ilgili kanunlar veya kanunlarda bölümler bulunmasına rağmen bunların yeniden düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca yönetmeliklerde yer alan bir çok sağlık mesleğinin kanunu yoktur. Bunlara örnek; eczacı teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, anestezi teknisyeni, röntgen teknisyeni, fizik tedavi teknisyeni, patolojik anatomi teknisyeni, ruh sağlığı klinik teknisyeni, vb. örnekler verilebilir²⁵⁹. Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'nın hastanelerinin iç organizasyonuna esas teşkil eden Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde; hastane içindeki faaliyetler farklı şekillerde ve sistematik olmayan bir biçimde gruplandırılmışlardır²⁶⁰.

Hastanelerimizde söz konusu olan bir başka sorun, birinci bölümde de ifade edildiği gibi, yöneticilik hekimlik mesleğinin ayırt edilememiş olmasıdır. Mevcut uygulamalar incelendiğinde, hekim olmayan yöneticilerin hasta bakım sürecinde kullanılan

²⁵⁵ Jill Rubery, Jill Earnshaw, Mick Marchinton, Fang Lee Cooke, Steven Vincent, "Changing Organizational Forms and the Employment Relationship", *Journal of Mangement Studies*, vol.39, number.5, July 2002, s. 661.

²⁵⁶ M. Türk, S. Doğan, *a.g.m.*, s. 66.

²⁵⁷ E. Eren, "Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi", *a.g.e.*, s.530.

²⁵⁸ Mesut Çimen, "Sağlık Personeli İçin Önemli Bir Sorun, Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği", *3.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, 28-29 Eylül 2000, s. 204.

²⁵⁹ H. Sur, "Dünya'da ve Türkiye 'de Sağlık Yöneticiliği", *a.g.m.*, s.3.

²⁶⁰ H.Seçim, "Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması", *a.g.m.*, s. 3.

kaynakların ne ölçüde gereksiz olduğuna ya da bireysel vakalara ilişkin bakım süreçlerinin uygun olup olmadığına karar veremedikleri, böylece hekimlerin tıbbi uygulamalarına müdahalede bulunamadıkları açık bir şekilde göze çarpmaktadır. Diğer yandan, hekimler de tıbbi bakımın hekimsiz dağıtılamayacağını bilincinde olduklarından, profesyonel otonominin ve sonuçta hekim efsanesinin doğmasına neden olmaktadır²⁶¹.

Stres kavramının bireysel yönü olduğu gibi, örgütsel ve yapılan işle ilgili yönünün de bulunduğu bilinmektedir. Stres, kişinin önemli bulduğu konular hakkındaki belirsizliklerin ortaya çıkarttığı dinamik bir algılamadır. İşle ilgili stres, çalışanın kapasitesi ya da mevcut kaynakları, kendisinden iş ortamında beklenenleri yerine getirmesinde, kendi algılarına göre, yetersiz kaldığında söz konusu olabilir²⁶². Bugün, hastanelerimizde söz konusu olan örgütsel görev ve sorumluluklardaki karışıklıklar, örgütsel stres faktörü ve beraberinde çatışma nedeni olmaktadır.

Hastane hizmetinde kliniğe odaklanmış hemşire hizmetlerinde uzmanlaşmanın iyi bir analize dayandığı söylenilemez. Zira hemşireler örneğin üç ay cerrahide, daha sonra yoğun bakımda, daha sonra yeni doğan ünitesinde gelişigüzel istihdam edilmektedir. Branşlaşma olmadığı için eski bilgi birikimini kullanamamakta ve yeni çalıştığı yere adaptasyon gücü çökmekte ve kısır döngü böylece gitmektedir. Oysa, Cerrahi, Dahiliye, Yoğun Bakım, Çocuk, Halk Sağlığı ve Ameliyathane Hemşireliği bütün dünyada ayrı branşlar olarak kabul görmektedir²⁶³.

Yapılan bir araştırmaya katılan hemşirelerin; laborantın, sekreterin, eczacının, ev idaresi bölümünün görevleri kapsamına giren işleri her zaman, diyet bölümü işlerini de zaman zaman yaptıklarını söylemek mümkündür. Bu da; hemşirelerin zaman ayıramama nedeniyle kendilerine ait hemşirelik işlevlerinden ve hasta bakımından uzaklaşmalarına, her iş için joker personel olma durumunda kalmalarına yol açmaktadır. Bu durum; mesleki doyumsuzluk oluşturarak mesleğe olan inanç ve saygıyı azaltabilir. Bu, büyük olasılıkla, görev tanımlarının olmaması, eksikliği ya da uygulanmamasından kaynaklanabilir ve hemşirelerin zaman içerisinde daha büyük sıkıntılar yaşamalarına zemin hazırlayacak niteliktedir²⁶⁴. Ayrıca ağır sorumluluklar üstlenmiş olan hemşireler gerektiğinde karar alma

²⁶¹ B. Şahin, "Sağlıkta Yönetim Zorluğu: Hekim otonomisinin Sonu Olabilir mi?", *a.g.m.*, s. 32.

²⁶² H. Şahin, G. Erigüç, *a.g.m.*, s.23.

²⁶³ H. Sur, "Dünya'da ve Türkiye 'de Sağlık Yöneticiliği", *a.g.m.*, s.3.

²⁶⁴ N. C. Akboğa, *a.g.m.*, s. 164.

yetkisi taşımadıklarından görevlerinin yerine getirilmesinde ciddi engellerle karşılaşabilmektedirler²⁶⁵.

Hemşirelerin çalışma saatlerinin toplamına bakıldığında, direkt faaliyetlere harcanan bakım süresi gerekli bakım süresine yüzde olarak oranlandığında bu faaliyetler ortalama olarak %10 civarında bulunmuştur. Çalışma saatlerinin büyük bölümünün hasta bakımı dışındaki indirekt faaliyetlere harcandığı görülmektedir²⁶⁶. Bunda en önemli faktörün görev tanımlarındaki belirsizlik olduğu bilinmektedir. Bunun yanında sağlık çalışanlarının sorumluluklarının bir hayli yüksek olmasının nedeni, yaptıkları işlerin son derece hayati öneme sahip olmasıdır²⁶⁷.

Hemşirelik hizmetlerindeki değişim de rol çatışması için bir potansiyel oluşturmaktadır. Değişim içeren tüm rollerin aydınlatılması, rol stresinden ve rol çatışmasından kaçınmada önem arzeder. Hemşirelik departmanında, denetleyici hemşireler ve yönetici hemşireler (başhemşire ve başhemşire yardımcıları) olarak üç farklı seviyede rol söz konusudur. Denetleyici hemşireler, hemşirelere umdukları özerliği vermedikleri, daha fazla denetim yapma davranışları göstermelerinden dolayı, kendilerinin, rehber ve destekleyici rolleri gittikçe yetersiz kalmış ve bu durum çatışma zeminini oluşturmaya başlamıştır²⁶⁸. Bunun yanında, yönetici hemşirelerle çalışan hemşireler arasında kalmaları onlar için de bir gerilim kaynağı oluşturabilmektedir.

Hastanede çalışan tüm kişileri ele aldığımızda da görev ve yetki karmaşası söz konusudur. Özellikle ülkemizde yürütülen kalite çalışmalarıyla bu görev karmaşasını ortadan kaldırılmak amaçlanmıştır. Örneğin Eskişehir Devlet Hastanesinde, Kalite çalışmaları öncesi ve süresince sık sık görev ve yetki karmaşası yaşanırken, görev tanımları ve diğer dökümanlarla bu durumun önüne geçilmiştir. Bu faaliyetlerin de tüm hastane personelinin motivasyonunun arttırdığı gözlenmiştir. Yapılan personel anketleri ve geri bildirimlerde bu durum net olarak izlenmiştir²⁶⁹.

Hastanelerde rol çatışması, genellikle hekimler, hemşireler ve hastane yöneticileri arasında olmaktadır. Hemşirelerin birden çok üste bağlı olması, hastane yöneticilerinin

²⁶⁵ M. M.Kıvanç, a.g.m., s. 24.

²⁶⁶ G. Bektaş, M. Ateş, F. Arslanerer, a.g.m., s.669.

²⁶⁷ Ö. T. Özmen, A. E. Katrinli, a.g.m., s. 144.

²⁶⁸ Willmot Madeleine, "The New Ward Manager: An Evaluation of The Changing Role of the Charge Nurse", *Journal of Advanced Nursing*, vol.28, issue.2, Aug 1998, s.419.

²⁶⁹ Arslan Kabukcuoğlu ve Diğerleri, "Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi İSO 9001 KGS Uygulamaları: Sorunlar ve Faydalar", 3. Ulusal Sağlık ve Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Ankara, 28-29 Eylül 2000, s. 39.

yetkilerinin sınırlı olması gibi nedenler çatışmaya neden olmaktadır²⁷⁰. Hekimler ile yöneticiler arasındaki temel sorun ise, esasen bu iki grubun farklı biçimde sosyalleşmelerinden ve öğrenim görmelerinden kaynaklanmaktadır. Hekimler mikro yönelimli olarak hastaları için öğrenim görürlerken, hastane yöneticileri makro perspektif üzerinde yoğunlaşmak ve bir bütün olarak örgüt üzerinde odaklaşmak eğilimindedirler²⁷¹.

Başhekimlerin görevlerini tam olarak yerine getirememeye nedenleri incelendiğinde en önemli sorunların;

- Başhekimlerin yönetim alanının çok geniş tutulduğu,
- Başhekimlerin yasada tanınan yetkilerinin açık olmadığı,
- Hastanedeki personel yetersizliği şeklinde sıralandığı görülmektedir²⁷².

Organizasyon içinde yer alan idari organların yetkileriyle görevleri çoğu pozisyonlarda denk değildir. Bazı durumlarda da görev çatışmasına yol açacak düzenlemeler yapılmıştır. İç organizasyonda görev tanımları ve pozisyonlar arasındaki ilişkiler net olarak belirtilmemiştir. Ayrıca, görev tanımları aynı ayrıntıda düzenlenmemiştir. Bunun yanında hastanelerde verilen hizmetlerin denetimini ve değerlendirmesini yapacak idari organlar ve düzenlemeler mevcut değildir. Tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinin denetimi hekimlere ve diğer uzmanların kendilerine bırakılmıştır. Başka deyişle, oto-kontrol mekanizması söz konusudur. Fakat bu tür denetim yeterli olamamaktadır²⁷³.

Bir çalışmada ise diğer hastane çalışanlarından ebe ve hemşirelerin görev tanımlarının olmayışının, sorunları arasında ilk sıralarda yer aldığı bulunmuştur. Bunun rol karmaşası ve çatışmasına yol açarak iş verimini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmaların varlığından söz edilmektedir²⁷⁴. Hemşirelerin, genel olarak hastanedeki çalışma ortamları ile ilgili olarak olumsuz tutumlara sahip oldukları görülmektedir. Hemşireler, çalışma arkadaşları ve amirleriyle olan ilişkilerinden memnun ve kendilerini hastane için önemli görmektedir. Ancak, işleri ile ilgili kararlara katılamamakta, hastanedeki rollerin açık olmadığını, başarı durumlarının değerlendirilmediğini düşünmekte ve hastaneye güven

²⁷⁰ H.Şahin, G. Erigüç, a.g.m., s. 28.

²⁷¹ B. Şahin, "Sağlıkta Yönetim Zorluğu: Hekim otonomisinin Sonu Olabilir mi?", a.g.m., s. 40.

²⁷² H.Özgen, A.Öztürk, a.g.m., s. 7.

²⁷³ H. Seçim, "Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması", a.g.m., s.3.

²⁷⁴ N. C. Akboğa, a.g.m., s.164.

duymamaktadırlar²⁷⁵. Rol çatışmasının yoğunluk derecelerini belirleyen temel faktörler ise; rolün kapsamının örgütsel kapsamı aşmayı gerektirmesi, rolün yenilik getirici bir nitelik taşıması, kişilerarası ilişkinin niteliğidir²⁷⁶. Kompleks ve karmaşık birer yapı olan hastane organizasyonlarında pek çok hizmetin aynı anda sunulması ve çok sayıda statü ve rollerin farklılığı, farklı nedenlerle değişik çatışmaları da beraberinde getirmektedir. Öte yandan bu karmaşık yapı içindeki birimler ve gruplar, birbirleriyle sıkı ilişki içindedirler²⁷⁷.

Faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyon üstüne proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan yapı olan matriks organizasyonda; fonksiyonel yönetici işin kimler tarafından, nerede hangi projede ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Proje yöneticisi ise neyin, ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir. Projede çalışan personel her iki yöneticiye de bağlı bulunmaktadır. Amaç, projenin sonuçlandırılması olduğundan bu personel hizmetin yürütülmesi açısından, proje yöneticisine, mesleki ve teknik konularda da fonksiyonel yöneticiye karşı sorumludur. Dolayısıyla proje yöneticisi ile fonksiyonel yönetici, personeli (astları) ayrı olan idarecilerdir. Bu durum her iki yöneticinin otoritelerinin çatışması, yetki alanlarının aşılması olasılığını doğurmaktadır²⁷⁸. Ayrıca yapılan bir araştırmada farklı servisler arasındaki yönetimde çok büyük değişkenlik saptanmıştır. Buna dair iki durum vardır: Daha geniş organizasyon içinde yapısal mevki ve kendi kendini yöneten ekip içinde liderlik tarzı gibi²⁷⁹.

Bu bağlamda, matriks yapıda karşılaşılabilecek ana sorunlar; kişilerin performansının değerlendirilmesi, olumsuz ilişkiler, haberleşme, karışıklık ve düzensizlik, iş ihalelerinde açıklığın olmaması ve sorun çözmenin olmaması, çatışmalar ve önderin kim olduğudur²⁸⁰.

Profesyoneller, yapıları gereği kendi düzenledikleri kararlarda yönetsel engellerle karşılaşmak istemezler. Ancak, günümüzün sağlık örgütlerinde bu, imkan dışı gözükmektedir. Sağlık profesyonelleri, hastanelerde ekonomik kararlarda etkin olurlar, ancak kararlarn sonuçlarından sorumlu tutulmazlar. Hastanelerin kaynaklarını daha

²⁷⁵ Azize Ergeneli, Ümmühan Konakçı, "Devlet Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Bağlılığı: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama," 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 20-21 Mayıs 2000, s.176.

²⁷⁶ Mesut Çimen, "Sağlık Personeli İçin Önemli Bir Sorun, Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği", a.g.m., s. 205.

²⁷⁷ M. Sabancı, M. Ateş, a.g.m., s. 47.

²⁷⁸ Hikmet Seçim, "Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri", a.g.m., s.2.

²⁷⁹ David Clark, Jane Seymour, Hannah –Rose Douglas, " Clinical Nurse Specialists in Palliative Care, Explaining Diversity in the Organization and Cost of Macmillan Nursing Services", Palliative Medicine, vol.16, 2002, s. 378.

²⁸⁰ Ü. Şahin, F. Toker, M. Ateş, a.g.m., s. 3.

verimli ve etkin kullanabilmek için sağlık çalışanlarının örgüte entegrasyonu gerekir. Bu entegrasyon resmi idari denetimle ilişkili olan yöneticilik pozisyonlarını gerektirir. Yöneticilik değerlerini yeterince ellerinde tutamadıkları takdirde; sağlık profesyonellerinin bütçe belirleme ihtiyacı, rol çatışmasına götürecektir. Sağlık profesyonelleriyle, yöneticilerin birlikte bütçe ve hedef tespiti yapmaları bu çatışmayı azaltıcı etki gösterecektir²⁸¹.

Drucker, içinde hem örgüt yönetimi hem de mesleki grupların bulunduğu örgütleri “iki başlı canavar” olarak nitelemektedir. Profesyonellerin, örgütlere, onların bir elemanı olarak katılmaları durumunda genellikle temel bir çelişki ortaya çıkmaktadır. Bu çelişki; profesyonelin ait olduğu mesleğin değerleri, çalışma ilkeleri ve standartları ile profesyonelleri içinde barındıran örgütlerin değerleri, yönetim ilkeleri ve standartları arasında çıkmaktadır²⁸².

Hastanelerde yaşanan ya da hastaneleri en karmaşık kılan faktörlerin başında fonksiyonel yöneticilerin çabalarının örgütlenmesi ve bu örgüt yapısının ise çağdaş yönetim anlayışının gerektirdiği öngörüler ile tüm iş görenlerin çabalarının aynı hedefe kanalize edilmesi sorunundan kaynaklanmaktadır. Orta ölçekli bir hastanede temel hizmet süreçlerinde karşılaşılan fonksiyonel yönetici sayısı genel olarak Başhekim, Başhemşire, Başeczacı, Başdiyetisyen olmak üzere dördttür. Organizasyon yapısına baktığımızda ise, küçük bir hastanede bile genel olarak fonksiyonel yönetici sayısı en az on civarındadır. Özellikle burada altı çizili olarak vurgulanması gereken konu da, bu fonksiyonel yöneticilerin genel olarak (özel olarak da ülkemize özgü bir durum olarak) herhangi bir şekilde yönetim öğrenimi ve dolayısıyla da, teorik bilgi ile desteklenmiş yönetim bilgi ve beceri yeteneklerine yeterince sahip olmamalarıdır. Bu durum, sektörün % 94’üne sahip kamu hastanelerine yönelik olarak yayımlanan Sağlık Bakanlığının istatistik verilerinden yararlanılarak da tespit edilmektedir²⁸³.

Organizasyonda iyi bir iş akımı düzenini gerçekleştirilmemiş olması; çeşitli hizmet araçları ve departmanlar arasında hizmet gücü farklılıklarının bulunması; yetki, sorumluluk ve işlerin bölümündeki uyumsuzluklar gibi nedenler, bozuk organizasyonun çeşitli görünüşleri olup, çalışanlar ile iş birimleri arasındaki uyumsuzlukta büyük rol oynarlar²⁸⁴. Gerçekten yönetimin; sanat olma, iş bölümü ve uzmanlaşma, işbirliği, grup vb.

²⁸¹ Sue E. Comerford, Margaret A. Abernethy, a.g.m., s.104.

²⁸² M. Kılıç, a.g.m., s.1.

²⁸³ Ü. Şahin, F.Toker, M.Ateş, a.g.m., s.4.

²⁸⁴ Kemal Tosun, **Örgüt Yönetimi Genel Esaslar**, Savaş Yayınları: İstanbul, Kasım 1992, s. 155.

özellikleriyle birlikte, organizasyonda; amaç, yetki ve sorumluluğun denkliği, yetki devri, komuta birliği, iş bölümü, görevlerin tanımı vb. ilkeler göz önüne alındığında, hastane örgütleri çağdaş yönetim ilke ve esaslarının en az uygulandığı örgütlerden birisidir²⁸⁵.

Hekimlerin otonomisi, gelişmiş ülkelerde pek çok tartışmaya ve araştırmaya neden olmaktadır. Hekim otonomisi, yapılan işin teknik ve sosyal organizasyonu ve işin ekonomik boyutu üzerinde söz sahibi olmak olarak tanımlanabilir. Önemli olan, hekimlerin otonomisi olup olmamasından ziyade, ne kadar otonomiye işlerinin hangi yönünde ihtiyaç duyduklarının saptanmasıdır. Hekimlerin otonomi istedikleri alanlar, hiyerarşik yönetimden uzak olarak mesleklerini icra etmek, birey olarak hastayı reddedebilme hakkı, diğer sağlık mesleklerine öncülük yapmak ve koordine çalışmak ve tıp bilgisinin önde gitmesidir²⁸⁶. Oysa tüm diğer sağlık elemanları da, kendi mesleklerini bir yerlere taşıma yarışında, hekimlerle bir uyumsuzluk halinde bulunmaktadır.

Hastanenin matriks organizasyon yapısı nedeniyle hekimlerin hiyerarşik yapılanmadan tamamen uzaklaşmaları da söz konusu değildir. Hekimler için otonomi çok önem arz eden bir konu olması dolayısıyla, bu tür bir olumsuzluk onlar üzerinde bir baskı unsuru oluşturacaktır.

Hastanelerde hemşireler sayıca en fazla sağlık meslek üyeleridir ve hemşirelik hizmetleri, hastanenin başarısını en çok etkileyen bölüm olma özelliğine sahiptir. Hemşirelik hizmetlerindeki aksamalar en çok yönetsel organizasyondaki bozukluklardan, hemşire sayısının yetersizliği nedeniyle bilgi ve becerilerinin en uygun alanlarda kullanılamamasından, diğer personel gruplarındaki eksiklikler ve genel iş bölümü bozuklukları nedeniyle esas fonksiyonlarının dışında kendilerine ait olmayan roller de üstlenmek zorunda kalmalarından kaynaklanır²⁸⁷.

Hastaneler genel olarak bir örgüt gibi görülmemektedir. Dolayısıyla, özellikle kontrol teknikleri yeterince bilinmemekte ve bunlardan yararlanma oranı da düşük kalmaktadır. Kontrol tekniklerinin kullanılabilmesi için verilerin yeterli ve güvenilir olması, kayıtların doğru tutulması ve ölçülecek ve izlenecek faaliyetlerle ilgili olmaları gerekirken, tutulan kayıtların daha çok standart istatistiklerin oluşturulmasına yaradıkları

²⁸⁵ H.Özgen, A.Öztürk, a.g.m., s.7.

²⁸⁶ B. Eren, "Hekimlerle İlişkiler", a.g.m., s. 346.

²⁸⁷ Nilüfer Comba Akboğa, Yücel Gürbüz, Hande Harmanlı, Özgül Şengel, Atıf Akdaş, "Bölge Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetsel Organizasyon Açısından Karşılaştırılması," 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 20-21 Mayıs 2000, Ankara, s.157.

görülmektedir. Bu açılardan özel ve kamu hastaneleri arasında fark bulunmadığı söylenebilir²⁸⁸. Ancak, kamu kesimine ait hastanelerin mülkiyetlerinin, dolayısıyla yönetimlerinin farklı kurum ve kuruluşlarda olması, kısmen buna bağlı yönetim ve organizasyon sorunlarını getirmektedir²⁸⁹.

2.2.2.10.Etkin Ekip Çalışmasının Uygulanamaması

Klasik yönetimin öngördüğü bölümlerdeki/birimlerdeki çalışma şekli grup çalışmasıdır. Bölümlerde kişiler beraber çalışmaktadır ve çalışmalarının sonuçları bölümün amacına yönelik olmaktadır. Ancak, bu durum bölümlerdeki çalışmaların ekip çalışması olduğunu göstermemektedir²⁹⁰.

Hastanelerde verilen hizmetlerin temel özelliği, hizmet süreçlerinin her müşterinin beklenti ve ihtiyaçları paralelinde tasarlanarak; aşırı işlevsel bağımlılık gösteren ünite ve /veya üniteler ile bu ünitelerin çeşitli mesleklerdeki çalışanlarının işbirliği ile sunulmasıdır. Dolayısıyla, herhangi bir müşteriye sunulan hizmetin performans göstergelerinin yüksekliği ekip üyelerinin bir arada iş görme istek ve/veya hastaya odaklanma düzeylerine bağlıdır. Bu nedenle, ekip üyeleri arasındaki ikna edici iletişim sürecinin sağlanması önem kazanmaktadır. Bu sürecin tasarlanması ise, proje yöneticileri ile fonksiyonel yöneticilerin çağdaş yönetim öngörülleri doğrultusunda yönetim yaklaşımları sunmalarına bağlıdır²⁹¹. Tersine durum ise, çatışma potansiyeline sahip hastaneler, güç savaşının yaşandığı bir arenaya dönüşecektir²⁹².

İş arkadaşları ilişkisi özellikle ekip çalışmasını gerektiren işlerde; ortak deneyimler, benzer etkilere maruz kalma, birbirine bağlılık gibi etkenler nedeniyle önemlidir. Zira, birey sayısının az olduğu, grup dayanışması, grup birliği ve uyumu yüksek olan çalışma gruplarındaki bireylerin, iş tatminlerinin de yüksek olduğu bulunmaktadır²⁹³. Özellikle, sağlık örgütleri tüm bu özellikleri kapsayıcı boyutuyla, ekip yönetimi uygulamanın çok daha önemli olduğu örgütler haline gelmiştir. Buna rağmen, ülkemizde hastanelerde ekibin önemi her fırsatta ifade edilmekle birlikte tam anlamıyla uygulandığı söylenilememektedir²⁹⁴.

²⁸⁸ Ü. Şahin, F. Toker, M. Ateş, a.g.m., s. 5.

²⁸⁹ Hikmet Seçim, "Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması", a.g.m., s.1.

²⁹⁰ Seçkin Polat, "Takım Çalışmasının Parametrik Değerleri ve Başarısına Etki Eden Faktörler", MESS Mercek Dergisi, Temmuz 2000, s. 46.

²⁹¹ B. Şahin, a.g.m., s. 4.

²⁹² Ü.Şahin, F.Toker, M. Ateş, a.g.m., s. 4.

²⁹³ A. Akdaş ve Diğerleri, a.g.m., s. 14.

²⁹⁴ N. Kömürcü, a.g.m., s. 6.

Ekipler yapıları gereği çok farklılık göstermektedir. Ekip türleri olarak; resmi (formal) ekip (dikey ekip, yatay ekip “İşgücü ekibi, komite”, özel amaçlı ekipler), sorun çözme ekibi, kendi kendini yöneten ekipler, komite gibi ekip tanımlarına rastlanmaktadır. Bunlar kendi aralarında yapıları ve çalışma alanları gereği bazı farklılıklar göstermektedir. Aşağıda bu türler kısaca tanımlanmaktadır²⁹⁵.

Resmi (formal) ekipler; organizasyonlar tarafından örgütün formal yapısının bir parçası olarak oluşturulurlar. Resmi (formal) ekipler kapsamına; yatay ekip ve dikey ekip girmektedir. Resmi ekibin özel şekli problem çözme ekibidir.

Dikey ekip; bir yöneticiden ve resmi komuta zincirinde, ondan sonra gelen astlardan oluşur. Sıklıkla fonksiyonel ekip ya da komuta ekibi denilir. Dikey ekip bazı durumlarda, bir fonksiyonel departman içinde üç veya dört hiyerarşik düzeyi içerebilir.

Yatay ekip; aynı hiyerarşik düzeyde fakat farklı uzmanlık alanlarındaki çalışanlardan oluşur. Yatay bir ekip, işin tamamlanmasından sonra dağılabilen, özel bir görev için kurulan, bir kaç departmandan oluşur. Yaygın olarak kullanılan yatay ekipler; iş güçleri ve komitelerdir. Bir yatay ekip, resmi komuta zinciri içinde bir yönetici ve onun astlarından oluşur. Genellikle fonksiyonel ekip veya komuta ekibi denilen yatay ekip, bazı durumlarda bir fonksiyonel departman içinde üç veya dört hiyerarşik düzeyi içerebilir. Örneğin, St Luke’s Hastanesinin ikinci katındaki üçüncü vardiya hemşire ekibi hemşireler ve denetleyiciyi içeren yatay bir ekiptir²⁹⁶.

Komite; genellikle uzun dönemli ve organizasyon yapısının belirli bir parçası olabilir. Komite üyeliği genellikle, kişisel uzmanlıktan ziyade bir kişi unvanı ya da konumuyla kararlaştırılır. Komite sıklıkla, özel bir görev için seçim ile kararlaştırılan, problem çözmede kişisel niteliklere dayanan, resmi temsile ihtiyaç gösterir. Komiteler tipik olarak sürekli yenilenen görevlerle uğraşmak için kurulurlar. Örneğin, şikayet komitesi, personel şikayet sebeplerini ele alır. İstişare komitesi, personel tazminatı ve iş uygulamaları hakkında tavsiyelerde bulunur. Bir işçi yönetim komitesi, iş düzenlemesi için iş kuralları, iş tasarım ve önerileri ile ilgilenir²⁹⁷. Hastane liderleri her komitenin spesifik hedeflerini bilmelidirler. Komiteye aktif katılımcıları almalı, aynı zaman da yalnızca üst yönetimi değil tüm çalışanları ekibe dahil etmelidirler. Çünkü üst yönetim veya denetici kendi rollerinde kolaylığı sağlamaya yönelecektir. Yalnızca yöneticilerden

²⁹⁵ Richard L. Daft, **Management**, Vanderbilt University The Dryden Press, Fifth Edition, A Division of Harcourt College Publishers, 2000, s. 600.

²⁹⁶ R. L. Daft, **a.g.m.**, s.585.

²⁹⁷ R. L. Daft, **a.g.m.**, s.601.

oluşan bir komite, planlama, organize etme ve koordinasyonu sağlayabilir ama her spesifik işin yapılmasını sağlayamayacaktır²⁹⁸.

Çapraz-fonksiyonel ekipler; çapraz-fonksiyonel ekipler diğer ekiplerden çok daha farklıdır. Tipik olarak onlar fonksiyonel üyeler olarak kendilerini görürler, genel olarak belirli bir ürün veya hizmet için geliştirilen proje ekiplerince çevrelenirler. Çapraz-fonksiyonel ekiplerin düşüncesinde her üyenin kendi fonksiyonuna uzmanlığını getirmesi ve ürün veya proje etrafında ekibe adanması söz konusudur²⁹⁹.

Özel amaçlı ekipler; özel bir önemdeki projeyi ve üretkenliğin sorumluluğunu üstlenmek için resmi organizasyon dışında oluşturulan ekiplerdir. Örneğin, hastanelerde toplam kalite ekibi.

Kendi kendini yöneten ekipler; düşük düzeydeki işçilerin karar almaya katılımlarının artırılması, işlerini yönetmeleri, performanslarını geliştiren hedefleri sağlamaları için tasarlanır. İşçi yönetimi, Japon Şirketlerinde ekip çalışma başarısıyla iş yerinde bir devrimi temsil eder. Büyük küçük yüzlerce şirket; içinde Daimler Chrysler, Cummins Engine, Wilson Golf Ball ve Edy's Grand Ice Cream'ında yer aldığı kervana katılmaya çalışmaktadırlar. Çalışanlara bağlılık, çalışanlarla bilgi paylaşımı ve çalışanlara danışma gibi basit teknikleri içermektedirler. Kendi kendini yöneten ekiplerde çalışanlar, ekibi kendileri yönetir veya yönlendirirler. Lideri geleneksel amirden oldukça farklı olarak; amir yerine, yaygın olarak kordinatör "coordinator" ve kolaylaştırıcı "facilitator" başlıklarından biri kullanılmaktadır³⁰⁰.

Problem Çözme Ekipleri; tipik olarak kalite, verim ve iş çevresini geliştirme yollarını araştırmak üzere kurulan on iki saat işçilik için beş kişinin çalıştığı ekiplerdir. Yönetime onaylanmak için tavsiyelerde bulunulur. Genellikle problem çözme ekibi, büyük çalışan hareketinde ilk adımdır³⁰¹. Bu ekipler fonksiyonel veya çapraz fonksiyonel ekiplerin içinde bulunabilir. Fonksiyonel ekipler şeklinde, kalite çemberleri şeklinde bulunabilir. Çapraz fonksiyonel ekipler ise, büyük değişimi sağlayacak, fonksiyon veya departman içinden seçilmiş bireylerden oluşabilirler³⁰². Ayrıca, hastane yöneticileri ve tüm

²⁹⁸ Biggerstaff Jr., Ray P., Syre, Thomas R., "The Dynamics of Hospital Survival" *Hospital Topics*, vol.69, issue. 3, Summer 1991, s. 36.

²⁹⁹ Derek Torrington, Laura Hall, *Human Resource Management*, Fourth edition, Prentice Hall Europe, 1998, s.341.

³⁰⁰ J. R. Schermerhorn, J. G. Hunt, R.N. Osborn, *a.g.m.*, s. 303.

³⁰¹ R. L. Daft, *a.g.m.*, s. 604.

³⁰² D. Torrington, L. Hall, *a.g.m.*, s.342.

çalışanları sağlık bakım ekibinin üyesi olduklarını hissetmelidirler. Bu his, karşılıklı içtenlik, uyum, güven, ekibe üyelikten övünç duyma yoluyla gerçekleştirilebilir³⁰³.

Gelişmiş ülkelerde, ekip üyelerinin birbirine bağımlı ya da bağımsız olarak yapabilecekleri işlevler, yazılı olarak belirlenmiş, mesleki kimlik, bu kimlik kapsamında yer alan bilgi, beceri, sorumluluk ve yetkiler açıklık kazanmıştır. Bugün ülkemizde tek disiplinli, multidisipliner ya da disiplinlerarası ekip çalışmaları sağlık kurumlarımızda maalesef istenilen düzeyde değildir³⁰⁴.

Hasta bakım ekibi, hastanedeki en önemli koordinasyon şeklidir. Hekim, ekibin başıdır. Ekip, konsültanlar, hemşireler, teknisyenler ve diğer yardımcı sağlık personelinin içerir. Her hasta için bir ekip oluşur ve hasta hastaneden ayrılınca ekip de dağılır. Böylece ekipler hızlı oluşur ve dağılır; ancak aynı bireyler aynı ekipte nadiren bir araya gelirler³⁰⁵. Bu durum bile, birbiri ile yeterince kaynaşmamış insanların ortak iş yapmada çatışma yaşamasına zemin hazırlayıcı bir etkidir.

Ekip hemşireliğine dayanan hemşirelik bakımında, gerek profesyonel gerekse profesyonel olmayan personelden bir grup oluşturulur. Ekip hemşireliğinde çok sayıda insan görevli olsa da, burada fonksiyonel yönetime kıyasla daha az parçalanma mevcuttur. Çünkü ekip liderinin gayretleri ile üyeler arası iletişim arttırılmıştır. Ekip üyeleri arasında işbirliği ve iletişimin artması ekip üyelerinin moralini yükseltir; personelin bir bütün olarak çalışma fonksiyonlarını artırır; ekip üyelerine bakımın sonuçlarını görme ve sahiplenme şansı verir ve personel için doyurucu bir sonuca ulaşılmış olur³⁰⁶.

Etkin sağlık hizmetlerinin verilmesi, ekip çalışması yaklaşımını gerektirmektedir. Ekip üyelerinden biri olarak, diğer sağlık meslek üyeleri gibi hemşireler de kendilerine özgü fakat birbirini tamamlayıcı hizmet görmektedir. Bu yaklaşım içinde, hemşirelerin hekime bağımlı (tedavi) fonksiyonları olmakla birlikte, kendi sorumlulukları içinde hekimden bağımsız (bakım) fonksiyonları da vardır³⁰⁷. Öte yandan tıptaki klinikleşmeye paralel olarak hemşirelikte de pediatri hemşireliği, psikiyatri hemşireliği gibi klinikleşme

³⁰³Harry E. Munn "Organizational Climate in The Health Care Setting", Charles R. Mcconnell **The Health Care Supervisor Effective Communication**, Gaithersburg Maryland 1993, Printed in Canada, s.7.

³⁰⁴Çaylan Pektekin, Vazgeçilmez Sağlık Elemanı Olarak Hemşire, Hemşirelik Özel Sayısı, **Hemşirelik Formu Dergisi**, c.1, s.2, Nisan 1998, s. 76.

³⁰⁵B.Eren, "Hekimlerle İlişkiler", **a.g.m.**, s.345.

³⁰⁶Hediye Ekizler, Nefise Bahçecik, "Hemşirelik Bakımının Organize Edilmesindeki Temel Yöntemler", **Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü**, Ankara:Haberal Eğitim Vakfı, 1996, s. 210-211.

³⁰⁷N. C. Akboğa ve Diğerleri, **a.g.m.**, s. 156.

ortaya çıkmıştır. Bu gelişmelerin sonucu olarak hemşirelik hizmetlerinin etkililiği artmış, hemşirelerin tedavi ekibi içindeki rolleri giderek güçlenmiştir³⁰⁸.

Bu ekibin yapısı oldukça hiyerarşiktir. Hekim, ekip başı olarak talimat verir ve hemşireler ile teknisyenler bunu yerine getirirler. Ekip elemanlarının giderek artan uzmanlaşma seviyeleri bu yapının uygun olup olmadığı hakkında şüpheler yaratmaya başlamıştır. Bir ameliyat öncesinde hastaya yapılacak işleri, hekim önceden ekip üyelerine tek tek söylerken, bir süre sonra bunu söylemesine gerek kalmadan ekip üyelerine hastayı ameliyata hazırlayın demesi yeterli olacaktır. Tabii bunun için de, hekimin o ekip üyeleriyle uzun süre çalışması ve kendisinde güven oluşturmaları gerekmektedir³⁰⁹. Ancak, yukarıda da işaret ettiğimiz gibi aynı ekibin aynı nöbette bir araya gelmeme ihtimali, bu ekip çalışmasını zayıflatacak hatta kimi zaman imkansız kılacaktır.

Proje yöneticisi konumundaki hekimler, ekipte yer alan tüm üyelerin bilgi, beceri, ve yeteneklerinin sürece katılımını sağlayabilme becerisi gösterebilmelidirler. Oysa ülkemizde proje yöneticileri tarafından tasarlanan sağlık hizmetinin teknik kalitesi izlenmemekte ve çoğunlukla kişilerarası ilişkiler (emosyonel boyut) ve fiziki mekanlar ön plana çıkmaktadır³¹⁰.

Sağlık kavramının çok boyutluluğu ve sağlık hizmetlerinin disiplinlerarası bir işbirliği oluşu ekip yaklaşımını gerektirir. Ekibin uyumu ve başarısı ise, ekipteki her üyenin rol ve işlevlerinin tanımlanmış ve tanınmış olmasına, ekipteki her üyenin kendi rol ve işlevlerini en üst düzeyde yerine getirebilme yeterliliğine ve olanağına sahip olmasına bağlıdır. Örneğin, sağlık ekibi içinde hemşirelerin, bakım verici, karar verici ve hasta hakları savunuculuğu, eğiticilik gibi birçok rol ve işlevleri söz konusudur³¹¹.

Çatışmanın nedenleri kapsamında değerlendirilmesi gereken bir başka konu, ekip üyelerinin güç kaynaklarıdır. Hastanelerde güç çeşitli şekillerde (resmi yetkiyi elde bulundurma, kaynaklarda kısıtlama kontrolü, bilgi sağlamada üstünlük, özel uzmanlığa sahip olma, birimler üzerinde tasarrufta bulunma vs) bulunabilir³¹². Tüm bunlar birer çatışma potansiyeli oluşturabilecek etkenlerdendir.

Bunun yanında eğer ekip içi çözülmemiş çatışma kalıntıları olursa, ekip üyelerinin ekibe bağlılıkları ve ekip misyonu azalacaktır. Eğer ekip içi çatışma etkin yönetimle

³⁰⁸H. Seçim, "Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri", a.g.m., s.4.

³⁰⁹B. Eren, "Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane", a.g.m., s. 345.

³¹⁰Ü. Şahin, F. Toker, M. Ateş, a.g.m., s.3.

³¹¹F. Erdemir, a.g.m., s. 60.

³¹²Liam, Donaldson, Simpson Jenny, a.g.m., s.109.

çözümленirse, ekip üyelerinin başarısı için bir şans olacaktır. Araştırmalar göstermiştir ki, eğer çatışma uzun dönemli olarak sağlıklı çözümленmezse, ekip üyeleri işyerinden ayrılmayı ya da değerli zamanlarını başka alternatifler üzerinde kullanmayı tercih edebileceklerdir³¹³.

2.2.211. Hastanede Çalışan Personelin Öğrenim Farklılıkları

Günümüzün en karmaşık örgütleri konumundaki matriks organizasyon yapısına sahip hastanelerin, yönetimini spesifik kılan en önemli faktör oldukça karmaşık işgören karmasına sahip olmalarıdır. Hastaneler, amaçlarına etkin olarak ulaşabilmeleri için öğrenim ve deneyimleri birbirinden oldukça farklı işgören gruplarının eş zamanlı faaliyetlerini örgütlemek ve yönetmek zorundadırlar³¹⁴.

Hastane yönetimi eğitiminin, usta çırak ilişkisiyle yürütülmesi ülkemizin içinde bulunduğu koşullarda mümkün değildir. Sağlık çalışanları arasında görev değişikliği hızı çok yüksektir. Bu durum, özellikle yönetici katmanında tüm ağırlığıyla kendini belli etmektedir. Neredeyse her yıl sağlık müdürü, hastane başhekimini değişiklikleri tüm ülke çapında yaşanır olmuştur. Bu durumda kişiler kendi yordamlarıyla dahi bilgi ve deneyim birikimini elde edememektedir. Üstelik yönetim değişiklikleri genellikle sancılı olmakta ve yeni gelenler ile eski yönetim arasında bir bilgi alış verişi sağlamak mümkün olmamaktadır. Zaten öğrenim görülmeyen bir konuda bilgi ve beceri kazanılması, literatürün yol göstericiliğinden yararlanılması vb. avantajlardan da büyük ölçüde yoksun olan sağlık yöneticisi, “olsa olsa” yöntemiyle kararlar almakta veya genellikle olduğu gibi astlarının güdümüne girmektedir³¹⁵.

Hastane örgütleri, pek çok farklı öğrenim görmüş meslek mensubunun bulunduğu organizasyonlardır. Gerek öğrenim gerek farklı yaşam tarzları kişilerin düşünce ve beraberinde davranışlarını da değiştirecektir. Bu durum da personel farklılıkları dolayısıyla çatışmaya zemin hazırlayacaktır. Nitekim, hekim hemşire çatışmaları hastanede sıkça yaşanan çatışmalar dahilindedir.

Hekim hemşire ilişkilerinde bir dengesizlik olduğu açıktır. Çünkü hemşirelik etiği sıklıkla hekimlere önem konusunu tartışmakta; tıp etiği ise nadiren hemşirelik ortaklığını

³¹³ John Ford, Cynthia Barnes, **Measuring Conflict: Both The Hidden Cost and The Benefits of Conflict Management Interventions**, www.mediate.com , 20.12.2002, s. 1.

³¹⁴ Ümit Şahin, “Hastanelerde İşgören Yönetimi”, a.g.m., s.1.

³¹⁵ M. Ateş, H. Sur, a.g.m., s. 8-9.

konu edinmektedir³¹⁶. Sue Elston ve Immy Holloway hemşirelerin ve yöneticilerin farklı öğrenim ve eğitimlerinden kaynaklanan, farklı ideoloji ve farklı kültürler arasındaki çatışma ilişkisini kurarlar. Her meslek işbirliğini farklı şekillerde yorumlar. Hemşireler sınırları genişletmeyi hoş karşılarlar. Fakat hekimler bunda çekimser kalırlar. Yöneticiler daha geniş görüşlü olarak, birinci derecedeki farklı hizmet gruplarında yer almak isterler. Buna karşın hekimler kendilerini savunma durumundadırlar. Hemşireler iş yerinde daha fazla kabul görmeyi umarlar³¹⁷.

Ayrıca personel devir hızının yüksek olması çatışmanın artmasına, düşük olması da çatışmanın azalmasına sebep olmaktadır. Bunun yanında yaşlı ve tecrübeli personelin çalıştığı oturmuş örgütlerde çatışma oranının düşük olduğu da bilinmektedir³¹⁸. Çalışanların yaşı ile çatışma oranı arasında ters yönlü bir ilişkinin (yaş arttıkça çatışma azalmaktadır) olduğu göze çarpmaktadır. Yaşlı çalışanlar, kimi zaman, genç çalışanların iş ahlakını sorgulamaktayken, genç çalışanlar da, yaşlı çalışanların değişimlere karşı direnç gösterdiklerini ve kurumlarına “körü körüne bağlı” olduklarını savunmaktadırlar³¹⁹.

³¹⁶A. Jameton, **a.g.m.**, s.105.

³¹⁷A. M. Bodtker, J. K. Jameson, **a.g.m.**, 259.

³¹⁸M. A.Özer, **a.g.m.**, s. 26.

³¹⁹T. Solmuş, **a.g.m.**,s. 45.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTANELERDE ÖRGÜTSEL ÇATIŞMANIN YÖNETİMİ

Organizasyonda çatışmayı yönetmek için pek çok teknik geliştirilmiştir. Örgütsel çatışmalarla başa çıkılma konusunda literatür incelendiğinde, çeşitli yazarların farklı yöntemler önerdikleri görülmektedir. Örneğin, Kenneth Thomas, örgütsel çatışmayı işbirliklik ve iddiacılık boyutları açısından beş temel yöntemle (rekabet, uyumlaşma, uzlaşma, işbirliği ve kaçınma) ele alırken; Blake, Shepard ve Mouton da aktiflik ve kaçınılabilirlik boyutları ile çatışma çözüm tekniğinin taşıdığı riskin düşük veya yüksek bulunup bulunmaması açısından tasnife tabi tutmuşlardır¹.

Yönetimin tüm bu teknikleri bilmesi ve duruma en uygun yöntemi zamanında uygulaması örgütün sürekliliği için gereklidir. Organizasyonda yaptığı en önemli işlerden birisi, personel veya gruplar arasındaki (formal ya da informal) çatışmaları organizasyon amaçlarına katkıda bulunabilecek şekilde yönetmek olan yönetici, bunu yaparken dört safhadan oluşan bir süreç izleyebilir. Bunlar²;

- Mevcut çatışmaların teşhisi,
- Bu çatışmaların nedenleri ve köklerinin araştırılması,
- Çatışmayı yönetecek (veya çözecek) alternatiflerin belirlenmesi ve birisinin uygulanması,
- Sonucun izlenmesi (çatışmanın ve nedenlerinin gerçekten ortadan kalkıp kalkmadığının gözlenmesi)'dir.

Bu bölümde çatışma yönetim stratejileri ele alınacak, daha sonra çatışmaların çözümleri incelenecek ; en son olarak da çatışmaların nihai çözüm yöntemlerine değinilecektir.

3.1. Çatışma Stratejileri

Çatışmanın çözülmesine yönelik Davis tarafından geliştirilen stratejiler, ülkemizde hayli rağbet görmüştür. Ancak bu konuda izlenecek stratejiler uygulanırken; etkili bir zamanlama, bütün üyeleri anlayabilme, örgüt üyeliği misyonunu geliştirebilme, olumsuz sembolik politika ve siyaseti engelleme, sorunları çözme iradesini gösterebilme vb. konulara dikkat edilmesi gereklidir³. Çatışmalarla ilgili yönetim ve çözüm yollarını

¹ M. Ateş, a.g.m., s.10.

² M. Ateş, a.g.m., s.10.

³ M. A. Özer, a.g.e., s.36.

incelerken kişilerarası çatışmalarla, kişi-grup, grup-grup çatışmalarını birbirinden ayrı olarak ele almak gerekir.

Çatışma stratejileri; kayıp-kayıp, kazanç-kayıp, kazanç-kazanç stratejileri şeklinde üç türdür.

3.1.1. Kayıp- Kayıp Stratejisi

Adından da anlaşıldığı gibi, hiçbir tarafın istediklerine ulaşamadıkları veya istediklerinin yalnızca bir kısmına ulaştıkları durumdur. Bu yolu tercih eden yöneticiler, “hiç yoktan iyidir” tavrı içinde çatışma ile karşı karşıya gelmekten, kaçınmayı (avoidance) tercih etmektedirler⁴. Uygulamada, ya taraflar ikna edilerek çatışmadan çekilmekte ve hiçbir taraf istediğini elde edememekte veya çatışmayı çıkaran taraf tazminatı ödenerek işten çıkarılmaktadır. Kayıp-kayıp stratejisinde bir başka yöntem de, çatışan tarafların, kural ve mevzuat çerçevesinde çatışmanın çözümü için yönetime müracatını sağlamaktır. Bu durumda da, taraflar istediklerini elde edemeyeceklerdir⁵.

Kısacası kayıp-kayıp stratejisi çatışmaya düşen çalışanın; kendi durumunun kötüye gideceğini düşünerek karşı tarafın da kaybetmesini istemesidir. Bu strateji seçildiğinde sonuçta her iki taraf da kaybetmektedir⁶.

3.1.2. Kazanç-Kayıp Stratejisi

Kazanç/kayıp stratejisi, bir tarafın istediklerine ulaşp diğer tarafın isteklerinin mahrum bırakılmasıdır⁷. Bu stratejide, doğru davranışları geliştirmeksizin hiç kimse çatışmanın çözümünü sağlayamaz. Birileri sürekli kazanır birileri kaybederse tedricen, kaybeden kişiler kazanan kişilere karşı kırgınlık geliştirirler. Sonuçta ilişkiler zorlanır ve herkes tümüyle kaybeder. Çatışmanın, bir kazanç/kayıp yaklaşımında esasen hiç kimse kazanamaz⁸. Tümüyle kurum kaybeder.

Kazanç/kayıp yönelmesi, çatışma durumunu eninde sonunda bir personel korkutması olarak gören yöneticilerde, otokratik yöneticilik uygulamaları yoluyla

⁴ Linda G. Bertinasco, “Strategies for Resolving Conflict”, (Charles R. Mc Connell), *The Health Care Supervisor Effective Communication*, Printed in Canada , 1993, Maryland, s.175.

⁵ M. Türk, S. Doğan, a.g.m., s.69.

⁶ C.Elma, K.Demir, a.g.m., s.232.

⁷ J. R. Schermerhorn, J. G. Hunt, R. N. Osborn, a.g.m., s.383.

⁸ A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, a.g.m., s.8.

gösterilmektedir⁹.Çatışmanın varolan problemlerin inkar edilerek yatıştırma ve yetki kullanma yoluyla çözümünü bir tür kazanç-kayıp stratejisidir¹⁰.

3.1.3. Kazanç-Kazanç Stratejisi

Bu çözüm yolu, hem örgüt hem de birey açısından en iyisidir. Her iki tarafa fayda sağlayacak bir çözüm stratejisi için en uygundur. Her iki tarafın enerji ve üretkenliği, diğer tarafı yenmek yerine sorunu çözmeye yönelmiştir¹¹.

Kazanç/kazanç stratejisi, herkesin ihtiyaçlarının (beklentilerinin) karşılanmasına imkan veren stratejistir. Kazanç/kazanç çatışma stratejisi, tüm tarafların tatmin edilmesini sağlar. Bir kazanç/kazanç davranışında, birinci adım yalnızca kişinin veya grubun kendi taraflarından bakmaları değil; pek çok çözüm önerisinin var olduğunu kabul etmeleridir¹². Kazanç/kazanç çatışmasında sonuç her iki tarafın karlılığı olmaktadır¹³.

Eğer çatışma, işbirliği ve uzlaşma yoluyla çözümlenirse kazanç/kazanç çözümüne ulaşılabilir. Her iki tarafın da kazanması için; problemin belirtilmesi, krizlerin çözümü, çözümlerin değerlendirilmesi, çözümün seçilmesi ve yeniden değerlemenin yapılabilmesi gerekir¹⁴.

İyi yönetim, bir kazanç/kaybet durumuna girmek istemez. Başka bir deyişle, hastaneye sonuçta kazanç sağlamak için, örneğin bir satın alımla ilgili faaliyet yöneticiyi, hastane kadrosunu ve hatta hastayı da kapsayan kazanç(kar) sağlamalıdır¹⁵.

3.2. Çatışmalara Geçici Çözüm Yöntemleri

Çatışmanın yönetimi kolaylıkla sağlanamayan bir yetenektir. Gerçekte, çatışma stres verici olabileceği için, pek çok insan tarafından gözardı edilmeye çalışılır. Oysa çatışmayı görmezden gelmek, organizasyonu ileriye götürmediği gibi çatışmayı daha da büyütebilmektedir¹⁶. Bu maksatla; çatışmanın çözüm yolları bilinmelidir.

Çatışma olduğunda, sağlık profesyonelleri, pozisyonlarını korumak için üç büyük yaklaşım sunmaktadırlar: Kaçınma (avoidance), güç kullanma (forcing) ve müzakere etme (negotiation). Bu yöntemleri, genellikle sırasıyla uygulamaktadırlar. Kaçınma davranışı

⁹ L. G. Bertinasco, **a.g.m.**, s.175.

¹⁰ A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, **a.g.m.**, s.7-8.

¹¹ M. A.Özer, **a.g.m.**, s.37.

¹² A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, **a.g.m.**, s.7-8.

¹³ J. R. Schermerhorn, **a.g.m.**, s.342.

¹⁴ A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, **a.g.m.**, s.7-8.

¹⁵ D. S. Cochran, C. P. Rao, **a.g.m.**, s.21.

¹⁶ Mary M. Dunlap, "Managing Conflict in The Workplace", **Personel Growth**, www.sciencedirect.com, 17.12.2002, s.1.

veya aşağıda ele alacağımız gibi yüksek derecede güç kullanma, çatışmaya yön vermede en yaygın tepkidir. Güç kullanma yöntemi de başarısız olursa, negotiation (müzakere etme) yöntemine başvurulur. Bu yöntemler, çatışma düzeyine (bireysel, grup) veya resmi rollere (liderlik, profesyonellik) bakılmaksızın uygulanabilmektedir¹⁷.

Bu bölümde çatışmaların geçici çözümleri alt başlıklar halinde verilecek sonra da çatışmanın nihai çözümlerine değinilecektir.

3.2.1. Kadercilik (Fate)

Bu yöntem kaçınılmayan bir çatışmanın varlığının kabulü, tarafların hiçbirinin diğeri ile uzlaşma eğiliminde olmaması ve güç dengelerinin de aşağı yukarı aynı olması durumunda geçerlidir. En pasif başa çıkma yöntemi olan kadercilik, bir çözüm yöntemi olmadığı gibi çaresizliğin bir sonucunu yansıtmaktadır¹⁸.

Çatışma durumunda kimi insanlar boyun eğme stratejisini seçebilirler; örneğin, düşük düzeyde beklentileri ve istekleri olan bireylerde; diğerk kişilerin isteklerini kendi isteklerinden önemli gören bireylerde; başkalarının onaylanmaya önem veren kişilik yapısına sahip olan bireylerde; ve son olarak da korku ve endişe duyulan örgütlerde çalışan bireylerde boyun eğme durumu söz konusu olabilir¹⁹.

3.2.2. Kaçınma (Avoidance)

Çatışma karşılıklı kişilerin iyiniyetine rağmen birden bire alevlenebilir. Bu durum işyerinde karışıklık oluştursa, düşmanlık ve gerilim çok daha fazla oluşacak ve örgüte zarar verebilecektir. Bu durumdaki bazı yöneticiler, çatışmadan kaçınma yolunu tercih etmektedirler. Kısa dönemli olarak kişilerarası anlaşmazlıklarda etkin olan kaçınma yaklaşımı; uzun dönemli kronik çatışmalarda etkin olamamaktadır²⁰.

Anlaşmazlığın görmezden gelindiği geri çekilme durumu olan²¹, kaçınmanın anlamı, bir konunun alenen konuşulmaması veya taraflarca ortaya getirilmemesidir. Profesyonel geçmişine, departmanına veya hiyerarşik düzeyine bakılmaksızın tüm taraflar yaygın olarak kaçınma (avoidance) yaklaşımını kullanmayı tercih etmektedirler²². Bu

¹⁷ M. Skjorshammer, a.g.m., s.7.

¹⁸ E. Tekarslan, H. Sencan, T.Kılınç, C. Baysal, a.g.m., s.233.

¹⁹ A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, a.g.m., s.11.

²⁰ Ricky W. Griffin, *Management*, Printed in the USA., Texas A. & M. University, Boston New York, 1999, s.596.

²¹ John R. Schermerhorn, *Management*, Sixth Edition, 1999, Printed in the United States of America, s.341.

²² M. Skjorshammer, a.g.m., s.11.

yaklaşımında, her iki taraf çatışmadan geri çekilmektedir. Çatışma stratejisi olarak kayıp/kayıp yaklaşımı söz konusu olacaktır²³.

Liderlik pozisyonunda olmayan profesyoneller, özellikle kaçınmaya alternatif davranışları zor bulmakta ve kendi imajlarını korumayı ve gelecekteki kariyerlerini korumayı arzu etmektedirler. Genç hekimler kendi imajları ve gelecek referansları için çatışmadan özellikle kaçınmaktadırlar. Taşradaki küçük hastanelerde bu daha da bariz gözlenmektedir. Zira hiç kimse çalışma yerinde zor insan olarak tanınmak istememektedir. Dolayısıyla kaçınma yöntemi hastanelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Hatta güç kullanmaya alternatif bir çatışma stratejisi olarak da bilinmektedir. Zira güç kullanma, belirli bir zaman ve etkin sosyal ilişkilere ihtiyaç göstermektedir²⁴.

Kaçınma davranışı, çatışmayı görmezden gelme ile ilgilidir. Yöneticinin açık olarak taraf olmadığı ve çatışmaya direkt olarak müdahale etmek istemediği durumlarla ilgilidir. Çatışma ile ilgili kararlar geciktirilir. Çatışmanın önemsiz olduğu, dolayısıyla zaman ve enerji harcamanın gereksiz olduğu durumlarda, çatışmanın çatışan taraflarca daha etkin olarak çözülebileceği hallerde bu yol yararlı olabilir. Kaçınma, özellikle tarafların rollerini yerine getirmede karşılıklı bağımlı olmadığı durumlarda etkin bir başa çıkma yöntemidir. Bu nedenle, çatışma durumunda yapılacak ilk iş karşılıklı bağımlılığın azaltılmasıdır. Kaçınma çözüm yönteminde üç farklı yol (kayıtsızlık, soyutlanma, çekilme)söz konusudur²⁵.

-Kayıtsızlık: Kaçınma yaklaşımı olarak, kişi veya gruplar kayıtsız kalma yoluna gidebilirler. Kayıtsızlık, anlaşmanın imkansız olduğu bir kaçınma şeklidir. Karşılıklı bağımlı olan taraflar bu yöntemde bağımlılıklarının mantığını ve temelini görmek istemezler; diğer tarafla olan farklılıkların düzenlenmesi için çaba harcamazlar, tarafsız olarak kalıp, rekabetçi durumlardan kaçınırlar. Kayıtsızlık stratejisine; her iki tarafın bireysel hedeflerine olan ilgilerinin az olduğu durumlarda; her iki tarafça da çatışma konusunun önemsiz görüldüğü durumlarda; tarafların çatışmadan korktukları durumlarda bu yola başvurdıkları gözlenmektedir²⁶.

- Soyutlanma: Kaçınmanın diğer bir şekli soyutlanma yöntemidir. Bu yöntemle ilişkilerin azaltılması ve karşı tarafa bağlılığı ortadan kaldıran duvarların örülmesi söz

²³ Charles L. Burnside, *Coping With Conflict in the Workplace*, www.sciencedirect.com, 07/03,2002, s.8.

²⁴ M. Skjorshammer, *a.g.m.*, s.14.

²⁵ M.Ateş, *a.g.m.*, s. 10.

²⁶ A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, *a.g.m.*, s.11.

konusudur. Burada her taraf kendi sorununu kendine göre tanımlayıp ona göre incelemekte ve karşı tarafı dikkate almamaktadır²⁷.

- **Çekilme (Withdrawal):** Kaçınmanın en sık görülen türüdür. Burada çatışmaya şu ya da bu yolla taraf olan ya da baskı altında kalan taraflardan birinin ya da her ikisinin çatışma ortamında fiziki olarak kendi sınırlarına çekilmesi söz konusudur. Çekilmeye genellikle taraflarda bir tehdit duygusu hakimdir. Taraflar birbirlerini işbirliği için fırsat arayıcı olarak görmekten çok; tehlikeli rakipler olarak algılamaktadırlar. Kaybeden taraf felaket tellallığı yapar ve bu tür söylentiler de çekilmeyi kolaylaştırır²⁸. Aşağıda sıraladığımız durumlarda, bireyler çatışmadan çekilme stratejisini uygulayabilmektedirler;

- Kişi sadece kendisiyle ilgili, başkalarıyla ilgilenmeyen yapıya sahipse,

-Çatışma nedeniyle katlanılacak olumsuz sonuçlardan daha çekici alternatiflerin var olduğu durumlarda,

-Çatışma nedeniyle bireyler, kin, korku, kızgınlık duygularını hissettikleri durumlarda, genellikle çekilme stratejisini uygulamaktadırlar²⁹.

3.2.3. İşbirliği (Collaboration)

İşbirliği, genellikle çatışmayla ilgili en iyi yöntem olarak düşünülmektedir. İşbirliği, uzlaşmadan farklı olarak, tarafların isteklerinden vazgeçmelerini gerektirmez; aksine her iki taraf daha üst zeminde ve ortak arayış içerisinde bulunmaktadır. Bu tür problem çözme tekniği, karşılıklı saygı ve güven atmosferine ihtiyaç göstermektedir³⁰.

Tüm örgütsel fayda, tehlikeye düştüğünde; bu strateji en uygun strateji olmaktadır. Bu yaklaşım bağlantının kurulmasına ve kötü duyguların azaltılmasına imkan sağlar. Geri çekilmeler zaman ve enerji alırken işbirliği sayesinde bazı çalışanlar diğerlerinin dürüstlük ve açıklığından yararlanabilmektedirler. Genellikle çatışmayı yönetmede en iyi yaklaşım olarak değerlendirilen işbirliğinin hedefi, fikir birliğine ulaşmaktır³¹. Zira; işbirliği, bir kazanç-kazanç stratejisidir³².

²⁷ E. Tekarslan, H. Sencan, T.Kılınç, C.Baysal, *a.g.m.*, s. 234.

²⁸ C. Baysal, E.Tekarslan, *a.g.e.*, s.323.

²⁹ A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, *a.g.m.*, s.11.

³⁰ C. L. Burnside, *a.g.m.*, s.8.

³¹ Tom Davenport, Nancy Garlitz, Kathy Minsch, ve Diğerleri, *Managing Conflict, A Guide For Watershed Partnerships*, [www. sciencedirekt.com.](http://www.sciencedirekt.com), s.4.

³² J.R. Schermerhorn, *a.g.m.*, s. 341.

3.2.4. Güç Kullanma (Forcing)

Güç kullanma yöntemi, yöneticinin yetkisini kullanarak çatışmayı yönetmesini ifade eder. Yasal yetki kullanılarak kişilere ya da gruplara çatışmamaları, gerçeklere bağlı olmaları, kişiliklerini olayın dışında tutmaları emredilir. Yetki, özellikle, çatışan taraflar görüş birliğine ulaşamadıklarında, karar verme için imkan sağlamaktadır³³.

Kaçınma davranışı, problemi çözmiyorsa, çatışma davranışına alternatif bir tarz, formal veya informal pozisyon gücünün kullanımını içeren, yetkinin kullanılmasıdır. Açık resmi toplantılarda baskının kullanımı gerekli değildir, fakat resmi toplantı dışında hiyerarşik yapıda güç kullanma yöntemi kullanıma uygun olabilir³⁴.

Bu yöntem çatışan taraflardan birisinin, kendisini nispeten daha güçlü olduğuna inanarak, kendi çözüm yollarını diğer tarafa kabul ettirme çabalarını ifade etmektedir. Astları ile anlaşmazlık içinde olan bir üstün, kendisini haklı çıkarması ve karşısındakini ezmek için çatışma durumunu bir kazanç/kayıp mücadelesine çevirmesi ve sonuçta gücünü kullanarak kendini haklı çıkarması, güç kullanma yönteminin tipik bir örneğidir³⁵.

Güç kullanma yöntemi sonucunda organizasyonda görülen değişimler; genellikle bir ikazın olması, taraflara hatırlatıcı bilgi notunun artışı, grup çalışma kurallarının artması, düzenleyiciler veya prosedürlerin daha fazla kullanılır olmasıdır³⁶.

Güç kullanma yöntemi olarak hiyerarşik yapıli örgütlerde, çatışan tarafların sorunu çözmesi için her ikisinin üstü durumunda bulunan kişiden karar vermelerini istemeleri sıkça yaşanan bir durumdur. Üstün otoritesi tanındığında verilecek karar her iki tarafça da kabul edilme eğiliminde olacaktır. Bu yöntemi üçüncü taraf müdahalesinden ayıran en önemli nokta kararın bağlayıcılığıdır³⁷.

3.2.5. Yumuşatma (Smoothing)

Yumuşatma yöntemi kısa vadeli çıkar hesapları yerine, uzun vadede işbirliği ihtiyacını ve bunun taraflara getireceği yararları vurgulamak ve durumun vahim ve acil bir nitelik taşımadığını belirterek vaziyeti olduğundan daha iyi gösterme çabalarına denilmektedir. Burada yönetici çatışmanın kaynaklarına inmekte, analitik bir

³³ Sıdika Doğrusöz, *Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Yönetimi*, H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1987, s. 49.

³⁴ Morten Skjorshammer, "Co-operation and Conflict in a Hospital: Interprofessional Differences in Perception and Management of Conflicts", *Journal of Interprofessional Care*, vol.15, no.1, Feb 2001, s.11.

³⁵ M. Ateş, a.g.m., s.11.

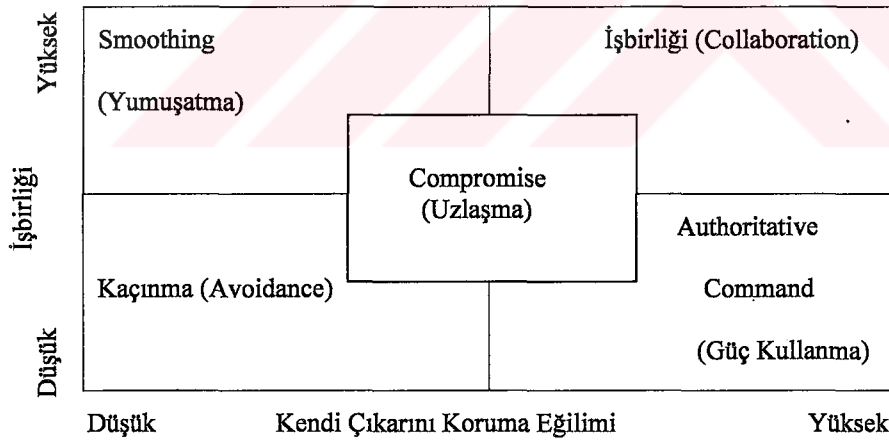
³⁶ Skjorshammer, a.g.m., s.11.

³⁷ M. Ateş, a.g.m., s. 12.

yaklaşımında bulunmamaktadır. Yumuşatma yönteminin temel düşünce tarzında; “üzerinde anlaşabileceğimiz konularda birlikte olalım, anlaşamadığımız konuları ise tartışmayalım” ya da “güzel bir şey söylemeyeceksek hiçbir şey söylemeyelim” mantığı yer almaktadır. Yumuşatma yöntemi, gizli çatışmaların, bireyler arasındaki dini, siyasi vb. nedenlerden kaynaklandığı durumlarda etkilidir. Yine kısa dönemli bir hedefe ulaşmanın söz konusu olduğu durumlarda da bu çözüm yöntemi uygun olmaktadır³⁸.

Bu yöntemde yönetici, kendi çözümünü taraflara empoze etmeye çalışmak yerine, çatışmadan vazgeçmeleri için taraflardan herbirini iknaya çalışmaktadır. Yöneticinin başarılı olabilmesi için taraflardan, sorunlara yönelik olarak, daha fazla bilgili olması gerekmektedir³⁹. Yumuşatma yönteminde, çatışan taraflar için çatışma konuları dikkatlerden uzak tutularak, daha çok anlaşabilecekleri ortak konular, görüşler ve ortak değerler üzerinde yoğunlaşmaları sağlanmaktadır. Bu yöntem çatışmayı tamamen çözmemekte, ancak belli bir süre için yüzeysel çözüm getirmektedir⁴⁰. Bunun yanında, bir yönetici anlaşmazlıktan, kızgınlıktan ve olumsuz duygulardan kaçınmayı istediğinde de yumuşatma yöntemi en etkili yol olmaktadır⁴¹. Aşağıda şekil yardımıyla bu yöntemler gösterilmektedir.

Şekil:3 Örgütsel Çatışma Yöntemleri



Kaynak: John R. Schermerhorn, Richard N, Osborn, Organizational Behavior sf: 383.

Şekil 3’de görüldüğü gibi, bir çatışma durumunda, kendi çıkarını koruma eğilimi ve işbirliği düşükse, kişiler kaçınma davranışını göstereceklerdir. Bunun tersi kendi çıkarını koruma eğilimi ve işbirliği yüksekse; işbirliği yöntemini seçeceklerdir. Bir başka durumda kendi çıkarını koruma eğilimi yüksek, işbirliği düşükse; güç kullanma

³⁸ M. Ateş, a.g.m., s. 11.

³⁹ M. A. Özer, a.g.m., s. 39.

⁴⁰ M. Türk, S. Doğan, a.g.m., s. 69.

⁴¹ L. G. Bertinasco, a.g.m., s.176.

yöntemini seçeceklerdir. Tersi bir durum olarak, kendi çıkarını koruma eğilimi düşük, işbirliği yüksekse; yumuşatma yöntemi kullanılacaktır. Uzlaşma ise şekilden de izlenildiği gibi tüm bu yöntemlerin ortasında bir yerde bulunmaktadır.

3.2.6. Müzakere Etme (Negotiation)

Müzakere etme (negotiation), birlikleri veya personel departmanını içine alan çatışmalarda, genellikle liderlik düzeyi yükseldikçe kullanılan bir yöntemdir. Genellikle önce uygulanan kaçınma ve güç kullanımı, çarpışmadaki tarafların kendi pozisyonlarına çok daha fazla yatırım yapmaları sonucunu doğurmaktadır. Hastanelerde çatışmanın olduğu her durumda kullanılmaktadır. Özellikle kolaylıkla ulaşılabilir müzakere yapısı, bölümlerarası çatışmalarda gerekli olmaktadır⁴².

Örneğin, herhangi bir grup veya iş belirlemede rol değişkenlerini yönetmenin bir yolu, müzakere (negotiation) yöntemine başvurmaktır. Bu, bireylerin her birinin diğerleri için rol beklentilerini aydınlatan bir süreçtir⁴³. Aşağıda kaçınma, güç kullanma ve müzakere etme yöntemleri şekil itibarıyla gösterilmektedir.

Şekil:4 Çatışma Çözüm Yöntemleri

Algılanan Karşılıklı Dayanışma	Algılanan Önem		
		Düşük	Yüksek
	Düşük	Avoiding (Kaçınma)	Forcing (Güç Kullanma)
	Yüksek	Forcing (Güç Kullanma)	Negotiation (Müzakere Etme)

Kaynak: Morten Skjorshammer "Co-operation and conflict in a hospital; Interprofessional differences in perception and management of conflicts" pp. 15

Şekil 4'den de anlaşıldığı gibi; algılanan önem ve algılanan karşılıklı dayanışma düşükse, kaçınma çözüm yöntemine başvurulur. Algılanan önem ve algılanan karşılıklı dayanışma yüksekse, müzakere etme yoluna başvurulmaktadır. Ancak bu iki durumdan farklı olarak; konuya verilen önem yüksek, karşılıklı dayanışma düşükse, güç kullanma yoluna gidilir. Son olarak da algılanan önem düşük, algılanan karşılıklı dayanışma yüksekse yine güç kullanma yoluna gidilmektedir.

⁴² M. Skjorshammer, a.g.m., s.14.

⁴³ Schermerhorn Hunt Osborn, **Organizational Behavior**, Seventh Edition, Printed in the United States of America, John Wiley & Sons, inc 2000, s.202.

3.2.7. Uzlaşma (Compromise)

Hedeflediğimiz amaçların hepsine ulaşmamız, harcadığımız zamana, çabaya ve karşılıklı iyi niyetin ortadan kalkmasına değmeyebilir. Yapılması gereken bir iş, adaletli bir şekilde paylaşıldığında daha çabuk yerine getirilebilecekse, uzlaşma en iyi seçim olmaktadır. Uzlaşma, rakibi işten çekilmeye zorlamaya ve önemsiz bir sorunu çözmek için zaman harcamaya tercih edilmektedir⁴⁴. Bu strateji, genellikle geçici çözüme ulaşmada, yıkıcı güçlerden sakınmada veya zaman baskısının olduğu durumlarda kullanılabilir⁴⁵. Organizasyondaki gruplar bir fikir ve oybirliğine eğilimlidirler. Çatışma ve etkileşim gibi iki kaldıraç işletilerek çoğunlukla bir uzlaşmaya (compromise) varılabilmektedir⁴⁶. Optimum düzeyde çatışma, uzlaşma için gerekli olmaktadır.

Uzlaşma, çatışma çözümüne memnun edici bir yaklaşım sunmaktadır. Tek taraflı birinin kazanıp diğerinin tamamen kaybettiği çatışma stratejisinde orta yerde bulunmaktadır⁴⁷. Bu yöntem, çatışan tarafların, kendi istek ve amaçlarında karşılıklı fedakarlıkta bulunmalarını öngörmekte açıkça bir kazanan ya da kaybeden tarafın oluşmasını engellemektedir⁴⁸.

Tarafların karşılıklı ödün vermeyi bir strateji olarak kabul etmeleri durumunda, her iki taraf da uzlaşmak için bazı şeylerden vazgeçerler. Ödün verme tarafların karşılıklı olarak bazı kabullenmelerde bulunmaları ya da kısa sürede ortak bir noktada buluşmaları biçiminde gerçekleştirilir. Karşılıklı ödün verme stratejisi kullanıldığında, ödün veren taraf, uyma stratejisine göre daha az ödün vermektedir. Burada “kazanç/kazanç” yaklaşımı; her iki tarafın kazandığı ve her iki tarafın ilgi ve ihtiyaçlarının tatmini için uygun bir yaklaşım izlenilmektedir⁴⁹.

Eğer mevcut çatışma, gerektiği şekilde (en uygun stratejiyi kullanarak) yönetilirse, o zaman çatışma hastane için yararlı hale gelebilecektir. Bir win/win (mutlak kazanç) uzlaşmacı çatışma yönetim stratejisinin en etkili strateji olduğu deneysel araştırmayla desteklenmiştir. Hastanelerde bu çalışma için sık sık kullanılan çatışma

⁴⁴ F. Sayers, C. E. Bingham, R. Graham, M. Wheeler, *a.g.m.*, s.105.

⁴⁵ T. Davenport, N. Garlitz, K. Minsch, ve Diğerleri, *a.g.m.*, s.4.

⁴⁶ Serge Moscovici, Willem Doise, *Conflict & Consensus*, English Translation Sage Publications, 1994, Translated by W. D. Halls, (Originally Published in French), 1992, s.66.

⁴⁷ J. Martin, *a.g.m.*, s.869.

⁴⁸ M. Ateş, *a.g.m.*, s. 11.

⁴⁹ E. Karip, *a.g.m.*, s.65.

giderme stratejileri testinde, enterasan olarak win/win (mutlak kazanç) stratejisinin, en sık kullanılan çatışma stratejisi olması gerektiği bulunmuştur⁵⁰.

Uzlaşma yöntemi birkaç yolla gerçekleştirilebilir; pazarlık, üçüncü tarafın müdahalesi, oylama, farklılıkların paylaşılması olarak sıralanabilir⁵¹: Bu yöntemin uygulanabilmesi için, kişilerin karşı tarafın istek ve beklentilerine saygı duyması gerekmektedir. Aşağıda bu yöntemler incelenmektedir:

- Pazarlık (Bargaining)

Örgütsel çatışmayı yönetmede en iyi yol, pazarlık (anlaşma)'tır. Her iki taraf için (yönetici ve çalışanlar) uygun bir sonuca ulaşmaktadırlar. En iyi pazarlık, her iki tarafın da en önemli isteklerinin kabul edilip daha az önemli isteklerinin bırakılarak kazanç/kazanç stratejisine ulaşıldığı durumdur. Pazarlık stratejisi, anlaşmaya varılmasa bile; tarafların birbirlerini anlamalarına yardımcı olmaktadır⁵².

Pazarlık yöntemi, tarafların kendi görüşleri, dışında karşı tarafın fikirlerine hak vermeleri sonucunda geçerli olabilen bir yöntemdir. Zira ancak bu durumda, pazarlık yapmaya yanaşmaktadırlar. Karşılıklı ödünler sonucunda bir noktada anlaşmaya varan taraflardan hiç biri mağlup ya da galip değildir. Ancak her iki taraf da anlaşmadan hoşnuttur. Örneğin, işçi işveren ilişkilerinde toplu pazarlık görüşmeleri, buna örnek verilebilir⁵³. Eğer süreç başarılı olursa iki tarafın kabul ettiği bir çözüme ulaşılır. Ancak pazarlık başarısız olursa çatışma şiddetlenebilmektedir⁵⁴.

- Üçüncü Tarafın Müdahalesi (Mediation)

Çatışmayı yönetmede pazarlık stratejisi başarısız olursa, üçüncü tarafın aracılığını kullanmak faydalıdır. Bir tartışmada üçüncü bir tarafın kullanılması, arabuluculuk olarak isimlendirilmektedir. Bu stratejide her iki tarafın önem verdiği konular, duygular üzerinde durulur. Pozisyonlar açıklanır. Uzlaşma için taraflara öneriler sunulur⁵⁵.

Çatışma yönetimi sürecinde başarılı olmak için en önemli nokta; sorunların çözülmesi için arabuluculuk yapacak kişinin bulunmasıdır. Bu kişi organizasyon içinde bulunamıyorsa; bu konuda deneyimli olan profesyonellerden yararlanılmalıdır. Arabulucu,

⁵⁰ Daniel S. Cochran, C. P. Rao, "The Effects and Resolution of Conflict in Hospital Purchasing Management", *Journal of Health Care Marketing*, vol. 2, no.4, Fall 1982, s.21.

⁵¹ M. Ateş, *a.g.m.*, s.11.

⁵² D. A. Berstein, A. C. Stewart, E. J. Roy, T. K. Srull, C. D. Wickens, *a.g.m.*, s.667.

⁵³ M. Ateş, *a.g.m.*, s.11.

⁵⁴ J.Greenberg, R. A. Baron, *a.g.m.*, s.386.

⁵⁵ D. A. Berstein, A. C. Stewart, E.J. Roy, T. K. Srull, C.D. Wickens, *a.g.m.*, s.667.

bir denetici, daha yüksek düzeydeki yönetici, insan kaynakları departmanından birisi, kurumun bir terapisti veya dışarıdan biri olabilir⁵⁶.

Üçüncü kişinin, tarafların her ikisinin de güvenini kazanmış ve tarafsız olarak hareket edeceğine inanılmış bir kimse olması gereklidir. Üçüncü kişinin kararı ne olursa olsun her iki tarafın da bunu saygı ile karşılaması çözümün etkinliğinde temel koşuldur⁵⁷. İki tarafı kapsayan bir çatışmanın çözülmemesi durumunda, ilişkilerde içinden çıkılmaz bir hale ulaşıldığında, üçüncü kişi şu yollara başvurmalıdır⁵⁸:

- Tarafları kapsayan iletişim yapısı kurmak,
- Düşük düşmanlık düzeyinde direkt iletişimi teşvik etmek,
- Düşmanlık düzeyi yüksek olduğunda direkt iletişimden vazgeçmek,
- İş konusunda tartışma kurallarını benimsetmek,
- Çatışmayı çözmek için bir zaman limiti belirlemek, olarak uygulanmalıdır.

Müzakere etme ve arabuluculuk, çatışma çözümünün merkezidirler. Krizde bazen bu, tarafsız, üçüncü kişi tarafından üstlenilen en iyi sorumluluktur⁵⁹. Arabulucu çatışmayı her iki tarafın da katıldığı bir zeminde tartışabilir ve çözüme ulaştırır. Çözüm her iki tarafı da tatmin etmiyorsa, taraflar, arabulucu vasıtasıyla çatışmaya geri dönmek isteyebilir ve arabulucunun belirlediği çözüm üzerinde kalabilirler⁶⁰. Yıkıcı çatışmadan yapıcı çatışmaya ulaşmak için, arabuluculuk ve arabuluculuk eğitimi, yeni milenyum çağında, gelişime meydan okumak gibidir⁶¹.

Çatışma konusunu çözmek için, taraflar arasında hakem olarak bir uzman ya da danışman (arabulucu) görevlendirerek, hakemlik yaptırmak ve taraflar arasında olumlu bir yaklaşım ve diyalog sağlamak ve bir anlaşma ortamı hazırlamak yararlı olabilir. Böylece, dolaylı yoldan, doğal bir şekilde ve kurnazca sorunlar çözülebilir, çatışma önlenir ve taraflar arasında uzlaşma sağlanabilir⁶².

⁵⁶Wayne C. Parker, "Çatışmaları Anlamak ve Yönetmek", (Çev. Ülgen Özmen), **Human Resources İnsan Kaynakları Yönetim Dergisi**, Ağustos 2002, s. 18.

⁵⁷ M. Ateş, **a.g.m.**, s.11.

⁵⁸ A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center, **a.g.m.**, s.20.

⁵⁹ D. Liam, S.Jenny, **a.g.m.**, s.109.

⁶⁰ R. L. Daft, **a.g.m.**, s.5618.

⁶¹ M. Bagshaw, **a.g.m.**, s.208.

⁶² Ö.Peker, N.Aytürk, **a.g.e.**, s.338-339.

- Oylama

Çatışmada diğer bir uzlaşma yöntemi, oylama yöntemidir. Bu yöntemde, anlaşılmayan tarafların demokratik bir süreçle sorunu “çoğunluk kazanır” ilkesine göre çözmeleri söz konusudur. Teknik, demokratik olmasına karşılık, güçlü olanın zayıf olana üstün gelmesiyle azınlığı susturabilir⁶³.

- Farklılıkların Paylaşılması

Bir başka uzlaşma yöntemi de farklılıkların paylaşılması yöntemidir. Bu uygulama, geçerli bir çözüm yolu bulunana kadar farklı hususların çatışmalı taraflarca paylaşılmasına yöneliktir. En önemli farklılıkları paylaşma yollarından biri, iki zıt seçenek arasında orta yolun bulunmasıdır. Yine çatışmalı tarafların fiziki olarak birbirlerinden ayrılmaları, birbiriyle uyumsuzluk gösteren tarafların rotasyona tabi tutulması; çatışan tarafların ortak bir üste bağlı olmasının önlendiği yeni örgüt şemalarının çizilmesi bu tür yöntemlere örneklerdir⁶⁴.

3.2.8. Ortak Bir Düşman Bulmak

Bu yöntem, çatışan tarafların her ikisinin de çıkarlarını tehdit eden bir düşmanın varlığının empoze edilmesidir. Bu durumda taraflar aralarındaki çatışmayı geçici olarak bırakıp bu ortak düşmanla savaşmak için işbirliği geliştirebileceklerdir⁶⁵.

3.2.9. Davranış Değiştirme Yöntemi

Grup üyelerinin davranışlarını değiştirmeye yöneliktir. Böylelikle çatışmanın nedenleri ve bununla ilgili kişilerin tutumları üzerinde çalışılır. Blake ve Mouton tarafından ilk kez önerilen bu yöntemle, çatışma içindeki grupların ikisi de bir eğitim düzenine sokulur ve izlenen amacın onlara, karşılıklı algılarının ve karşılıklı ilişkilerinin incelenmesi olduğu söylenir. Daha sonra her gruptan, kendileriyle ve öbür grupla ilgili algı ve tutumlarını belirtmeleri istenir. Bir tür laboratuvar eğitimi olan bu yöntemle, gruplar, işitmiş oldukları şeyleri düşünmek ve çözümlemek üzere özel toplantılar yaparlar. Böylelikle algı bozuklukları düzeltilmeye çalışılır⁶⁶.

Yöneticilerin eğitimi, yöneticilerin yönetsel ve teknik açıdan bilgilendirilmesi ve uyumlarının sağlanması, her yönetim kademesinde açıkça tanımlanmış sorumluluk ve

⁶³ M. Ateş, a.g.m., s.11.

⁶⁴ M. Ateş, a.g.m., s.11.

⁶⁵ M. Ateş, a.g.m., s.12.

⁶⁶ H. Can, a.g.e., s.313.

rollerin oluşturulması, yetki devrinin açıklıkla düzenlenmesi, alınacak kararların o kararlardan etkilenecek düzeylerde uygun yöneticilerce alınması, kararların kişilerden çok yönetim kurullarınca alınmasının sağlanması, yerel yönetimlere kendileriyle ilgili kararları alma konusunda yetki verilmesi, sağlık sisteminin merkezde yalnızca yönlendirici ve destek olucu rolünü alarak, taşra ile merkezin uyumlu çalışmasının sağlanması gerekmektedir⁶⁷.

Bu yolun diğer bir uygulama şekli de, çatışmaya taraf olan kişileri eğitim ve geliştirme programlarına tabi tutarak bilgi, tutum, davranış ve algılamalarını değiştirmektir. Bu yol, zaman alıcı ve masraflı olmasına rağmen, uzun vadede daha iyi sonuçlar verebilecek bir yöntemdir⁶⁸.

3.3. Çatışmalara Nihai Çözüm Yöntemleri

Çatışmaların nedenlerine yönelik kalıcı çözüm yöntemleri bu kapsamda incelenmektedir. Aşağıda alt başlıklar halinde hastane işletmelerinde çatışmanın kaynağına yönelik çözüm yöntemlerine değinilmektedir.

3.3.1. Problem Çözme Yöntemi

Hastanelerde çatışma nedenleri arasında ön sıraları, örgütsel yapı, bürokratik yapı, oluşturmaktadır. Hastanelerdeki çatışmaları yönetmek, öncelikle hastanelerin yönetim yapısı problemlerinin çözümüne bağlıdır.

Hastanelere ülkemiz açısından bakıldığında sektörün yaklaşık %94'ü kar amaçsız kamu hastanelerinden oluşmaktadır. Bu durum, ülkemizde hastanelerin çağdaş öngörüler doğrultusunda yönetiminin gündeme gelmesini engellemektedir. Ancak Drucker'a göre yönetim kavramı, yalnızca ekonomik faaliyete sahip olan örgütleri ilgilendiren bir kavram değildir. Bunun yanında sistematik, ilkeli ve teoriye dayalı yönetime en fazla ihtiyaç duyulan örgütler, kar amacı gütmeyen kamusal örgütlerdir⁶⁹.

Hastanelerde görevini icra eden meslek grupları için ortak bir payda oluşturan ve giderek yaygınlaşıp ağırlaşan iş doyumsuzluğu sorunu, çatışmanın önemli nedenleri arasındadır. Bu nedenle hastane çalışanlarının öncelikle yönetsel problemleri çözümlenmelidir. Bu maksatla;

- Tüm meslek gruplarının dikey mesleki örgütlenmesi sağlanmalıdır.

⁶⁷ H. Sur, a.g.m., s.4.

⁶⁸ T. Koçel, a.g.e., s.544.

⁶⁹ Ü.Şahin, F. Toker, M. Ateş, a.g.m., s.6.

- Her meslek grubunun sağlık hizmeti üretiminin planlama, örgütlenme ve sunum aşamalarına doğrudan katılması ve her aşamada kendi alanı ile ilgili söz ve karar sahibi olması sağlanmalıdır.

- Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesine doğrudan katılımlarını ve bu konuda söz ve karar sahibi olmalarını sağlayacak bir işletme politikası ve eylem planı, sağlık çalışanları tarafından geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

- Uygulamada sürekliliği sağlayacak bir kurumsal örgütlenme başlatılmalıdır.

Hizmet işletmeleri olan hastanelerde çalışanlar, motivasyon, iş değerlendirme, cezamükafat sistemleri gibi davranışçı yönetim sistemlerinin uygulanmasına ihtiyaç gösterir. Bunlar ise, kurum yerine bireyi ön plana çıkaran etmenlerdir. Bütün dünyada, hizmet sektörü yönetici uygulamalarında, yönetimin geleneksel “böl-yönet” taktiği yerine, ağırlıklı olarak “yetki ver-örgütüle-yönet” yaklaşımının yaygınlık kazandığı görülmektedir⁷⁰.

Sağlık yöneticileri, sağlık sektörünün performansının artmasında kritik öneme sahiptir⁷¹. Genellikle çatışma yönetiminde yöneticiler büyük bir üstünlüğe sahiptir. Öyle ki; yöneticiler, örgütte hedefe hizmet eden liderlik tarzını benimseyebilirler ve organizasyonu çatışmayı etkin yönetecek şekilde yapılandırabilirler. Çatışma ortaya çıkmadan, çatışmayı yönetirler ve genellikle nedenler üzerinde odaklanırlar. Rahim ve Bonoma yöneticilerin, kişinin kendi içinde, grup içinde, gruplararası oluşabilecek çatışmayı teşhis etmeleri gerektiğine işaret etmektedirler⁷².

Yöneticiler, fonksiyonları ve düzeyleri ne olursa olsun gittikçe stratejik kararları daha da fazla almak zorunda kalacaklardır. Şüphesiz taktiklere her zaman ihtiyaç duyulmaktadır. Fakat bu taktikler, temel stratejik kararlarla uyumlu olmak zorundadır. Hastane yöneticileri de bu bağlamda öncelikli hedeflerini belirlerler; organize ederler; motivasyon ve iletişimi sağlarlar; performans değerlendirmeyi gerçekleştirirler; son olarak da çalışan tüm bireylerin gelişimine katkıda bulunurlar⁷³.

Hastane yönetimi organizasyonu bir işletme yapısı içinde daha verimli ve etkin çalışır. Bir hastane genel müdürünün yönetim anlayışı, sorumluluğu ve koordinasyonu

⁷⁰Halis Demir, “Türk Hizmet Sektöründe Yönetici Profili (Turizm- Sağlık- Finans Örneği),MPM (Milli Produktivite Merkezi Yayını)Verimlilik Dergisi, 2000/1, s.148.

⁷¹David A. Kindig, “How do Health Care Managers Use New Information to Increase Organizational Performance?”, *The Journal of Health Administration Education*, vol.12, no.1, Winter 1994, s.72.

⁷²J. A. Wall, R.R. Callister, a.g.m., s.540.

⁷³ Peter F. Drucker, *The Practise of Management* , Awarded The Judges Prize From Financial Times/Booz Allen &Hamilton Global Business Awards, Melbourne New Delhi, First Published 1955, Reprinted 2001, s. 337-362.

altında tıbbi yönetici, başhekim, başhemşire ve teknik müdürden oluşan bir idari kadronun işbirliği içinde çalışmalıdır⁷⁴. Tüm roller hakkında yöneticiler yeterli bilgiye sahip olmalı ve bunu gerçekleştirmek için de iletişim yolunun açık olması sağlanmalıdır. Örgütsel performansı geliştirmek için ve daha üst sonuca ulaşmada bu rollere eşdeğer yetkiye de sahip olmalıdır. Ayrıca roller kişinin yeteneklerine uygun olmalıdır⁷⁵. Uzun dönemde verimliliği sağlamak için hekimlerle yöneticiler arasında işbirliği artırılmalıdır⁷⁶.

Yönetici yetki devri kadar sorumluluk dağılımının da eşit bir şekilde dağıtılmasını sağlamalıdır. Hastanede çalışanların yaptıklarından orta derecenin üstünde sorumlu tutuldukları görülmektedir. Ancak, algılanan yetki devri ile sorumluluk bir arada incelendiğinde sorumluluğun daha fazla olduğu söylenebilir. Yetki devri sorumlulukla eşit olmalıdır. Bu eşitlik hastane etkinliği ile doğrudan ilişkilidir⁷⁷.

Hastanelerde yetki, görev ve sorumluluk tanımlarının açık bir şekilde yapılması zaman israfını da önleyebilir⁷⁸. Örgütlerde uygulanan kural ve yöntemlerin sıklığı, işin nasıl yapılacağı konusunda açıklık bulunması ve bunların yazılı bir hale dökülmesi rol belirsizliğini ortadan kaldıran çözüm yollarından biridir⁷⁹. Görev dağılımıyla ilgili, çatışmanın nedenine yönelik farklı yollara gidilebilir. Bu yollar arasında rotasyon, koordine edici mevkiler oluşturma, grup ya da örgütün sınırlarını genişletme ve çatışma kaynağını ortadan kaldırması sayılabilir.

Etkin yönetim, organizasyonda güç kaynaklarının ve bunların nasıl çatışmaya dönüşebileceği, değişiklik için insanları ikna etmenin ve uygulamanın nasıl olacağı bilgisine dayanır. Hastanede, hekimler yönetim kararlarına ve uygulamalarına katılımda ve yönetim ihtiyaçlarını anlamada, örgütte güç kaynağı olmada daha etkin rol ihtiyacındadırlar⁸⁰. Hastanede çatışmayı önlemek için hekimleri çok daha fazla yönetime katmak Selznick tarafından ortaya atılan "Cooptation" etkisini sağlamak potansiyel çatışmayı azaltabilecek bir yöntem olabilir.

⁷⁴ Mithat Çoruh, "Geleceğin Hastaneleri Nasıl Olmalıdır?", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, y.1, s.1, Mayıs 1997, s.5.

⁷⁵ W.G. Wallick, **a.g.m.**, s.400.

⁷⁶ Donna K. McNeese-Smith, "Staff Nurse Views of Their Productivity and Nonproductivity", **Health Care Management Review**, An Aspen Publication, vol.26, Number.2, Spring 2001, s.17.

⁷⁷ Ö. T.Özmen, A. E.Katrinli, **a.g.m.**, s.145.

⁷⁸ Ahmet Akgün, Yusuf Çelik, Hacer Özgen, İsmail Ağırbaş, "Zaman Yönetim: Hastane Yöneticileri Zamanlarını Nasıl Yönetiyorlar", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.3, s.1, 1995, s. 17.

⁷⁹ A. Erdal Özko, Ethem Duygulu, Nurcan Çıraklar, Hüseyin Avunduk, "Hastane İşletmelerinde Örgütsel Başarıyı Etkileyen Faktörlerin Saptanmasına Yönelik Bir İnceleme", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, 4-7 Mayıs 1994, Aydın, s. 156-162.

⁸⁰ Donaldson Liam, Simpson Jenny, "Conflict, Power, Negotiation", **British Medical Journal**, Ocak 1995, vol. 310, issue. 6972, s.109.

Sağlık yöneticileri, organizasyonlarında farklı bir organizasyon kültürü oluşturmada hekimlerle birlikte matriks örgütsel yapı içinde, yoğun olarak çalışmaktadırlar. Bu yoğunluk; örgütsel ve hekim davranışlarını daha yakinen ele alan bir örgüt kültürü içinde kurumsallaştırma, çatışmanın zararlı etkilerini azaltma, hekimler ve yöneticiler arasında bir uygulama girişimini gerektirir⁸¹.

Bütünleştirilmiş bir sistemde çatışmayı yönetmek, herkesin kendi mesleğini öğrenmesi; global anlayışı paylaşan ortak kuralların olması ve fikir ayrılıklarından kaçınmanın nasıl sağlanabileceğini bilme anlamlarına gelir. Bazı düşünürler gelenekselcilikten kaçınmayı, ürün hattını ve yerel çok disiplinli matriks bir organizasyon modelini önerir. Bazı araştırmacılar ise, fikir ayrılıklarını minimize etmek için sistemin bölümleri arasına çatışmanın sıçramasını engellemek için bariyerler koymayı önerirler. Ancak bütünleştirme, çatışma için kurulmuş bir yapıdır. Öylesine çok bariyer olmasına rağmen hala pek çok fikir ayrılıkları vardır. Bu yüzden Ehlen'in de ifade ettiği gibi, yapabileceğiniz en önemli şey, dürüstlükten oluşan güvenli bir çevrenin oluşturulmasıdır⁸².

Sağlık yöneticisinin, yönetime ilişkin her türlü bilgi ve beceri ile donanmış olduğunu varsaydığımızda, yine de sağlık yöneticisi mevcut yasal düzenlemeler ile sınırlı kalmak zorundadır. Mevzuat tüm yönetim faaliyetlerinin merkezdeki üst düzey bürokratların denetiminde kalması gibi bir işlev üstlenmiştir. Bu işlev, yönetimin amaç olmaktan çıkıp merkezi bürokrasinin, dolayısıyla politikacıların bir aracı haline dönüşmesi tehlikesine meydan vermiştir⁸³. Öncelikle kamu hastaneleri için mevzuatın değişmesi gerekmektedir.

Günümüzde artık karar merkezlerinin her kademeye yayıldığı, örgütte hızlı ve güvenli haberleşmenin olduğu, yöneticiliğin profesyonelleştiği ve çalışanların ihtiyaç, istek ve beklentilerinin değişerek ön plana çıktığı bir dönem yaşanmaktadır. Yönetimlerin odak noktasını artık çalışanlar oluşturmaktadır. İnsancıl bir çalışma ortamının oluşturulması ve çalışanların uygun çalışma davranışları sergilemeleri bakımından üstlerin astlarıyla işbirliği içinde çalışmaları bir zorunluluk haline gelmiştir⁸⁴.

⁸¹ J. Hoff Timothy, **Physicians As Workers, Whether We Like It or Not**, Health Care Management Review, An Aspen Publication, Vol. 26, number.4, Fall 2001, s.85.

⁸² Bilchik Gloria Shur, **Can Rivals Play Nice**, H& HN: Hospitals& Health Networks, c.1, vol.71, issue.8, s.24.

⁸³ O. Hayran, "Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?", **a.g.m.**, s.2.

⁸⁴ Cesim Demir, Fahreddin Tatar, "Hemşirelerin Hastane Yönetiminden Beklentilerinin Karşılama Düzeyleri", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.5, s.2, Bahar 2000, s.84.

Tablo 2: Yönetim Modelleri Gelişimi

Yıllar	Yönetim Tarzı	Yönetim Düşüncesi
1970'ler	Denetim	"Senin çalışmalarını denetlemeliyim"
1980'ler	Liderlik	"Sana nasıl yapılacağını göstereyim"
1990'lar	Mentörlük	"Senin ilerlemene nasıl yardımcı olabilirim"

Kaynak: Ümit Şahin, Fikriye Toker, Metin Ateş, s.5

Yukarıda tablo 2’de yönetim modelleri gelişimi gösterilmektedir. Ülkemiz hastane işletmeciliği sektörüne baktığımızda ise sektör %94 oranında kar amaçsız kamu hastanelerinden oluşmakta ve örgüt yapıları ise Cumhuriyetimiz kuruluş yıllarında çıkarılan kanunların yönlendirici hükümleri paralelinde oluşmaktadır. Ülkemiz kamu hastanelerinin yönetim modelinin, 1970’li yıllardaki “denetim” yaklaşımına denk düştüğü söylenebilir. Ancak, denetim anlayışlı bu yönetim yaklaşımında bile denetim işlevi istenilen performansta yerine getirilememektedir⁸⁵.

Çatışmayı yönetmek için yönetici ve çalışanların her ikisinin de katıldığı toplantı önemli yer tutmaktadır. Her iki tarafın ortak çalışma dolayısıyla oluşan memnuniyetsizlik duygularını açıkça ifade etmeleri gerekmektedir. Ayrıca diyalog ve tartışma arasında bir fark oluşturmak önem arzeder. Peter Senge, bir grup için baştan sona serbest, değişebilir bir diyalogu tanımlar. Çünkü diyaloglar çok daha fikir üretici ve faaliyetleri açık tanımlayıcıdır⁸⁶. Araştırma sonuçlarına göre hastane yöneticilerinin kendilerini değişen şartlara uyabilecek şekilde yetiştirmeleri ve bu amaçla; vizyon sahibi olmaları, yenilikleri ve literatür takibi yapabilmeleri, ekiple çalışabilmeleri ve demokrat olmaları sayılabilir⁸⁷.

ABD. hastanelerinin yönetimi, yönetim kurulu olarak adlandırılan yönetim ekibine (governing body) bırakılmıştır. Hastanenin mal varlığının yönetiminden, hastaların verilen tedavi hizmetine kadar her türlü konuda sorumlu olan yönetim ekibi, hastane yönetimi için danışmanlık yapmakta, önemli kararları ve politikaları gözden geçirerek onaylamaktadır. Hastane içindeki yürütmeden ise; hastane müdürü (chief executive officer) sorumludur. Yönetim ekibi, hastanede günlük işlerin yürütülmesi yetkilerini hastane müdürüne devretmiştir: Hastane müdürünün altında ise, fonksiyon (işlev) esasına göre oluşturulmuş bölümlerin idarecileri bulunmaktadır. Bu idareciler; tıp hizmetlerinden

⁸⁵ Ü. Şahin, F. Toker, M. Ateş, a.g.m., s.5.

⁸⁶ T. A. Abma, a.g.m., s.12.

⁸⁷ Yusuf Çelik, İsmet Şahin, Mehtap Tatar, “Hastane Yönetiminde Gelecekte Önem Kazanacak Konular ve Gerekli Bilgi Beceri Yetenekler: 1995 ile 2000 Yılı Arasında Bir Karşılaştırma,” 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 20-21 Mayıs 2000, Ankara, s. 681.

sorumlu başhekim; yardımcı tıp hizmetlerinden sorumlu patolog veya bir hastane müdürü yardımcısı; hemşirelik hizmetlerinden sorumlu başhemşire; mali- destek hizmetlerden sorumlu kontrolör veya bir hastane müdür yardımcısıdır⁸⁸.

Amerikan üniversiteleri, yönetimin başında bir tür genel müdürün bulunduğu farklı bir idari yapıda kurulmuşlardır. Bu kişinin ünvanı hemen her zaman rektördür. Rektör üniversiteyi, bir genel müdürün özel bir şirketi yönettiği gibi yönetmektedir. Üniversite rektörü, bir şirketin yönetim kurulu gibi çalışan bir müteveli heyetine karşı sorumludur. Amerikan sisteminde sorumluluk rektörde biter. Avrupa sisteminde ise sorumluluk dağıla dağıla sonunda yok olmaktadır⁸⁹. Üniversitenin asıl görevi öğretim ve araştırma olduğuna göre; kuruluşun tümü, öğretim üyelerine görevlerini yapabilmeleri için yüksek düzeyde fırsat verecek ve olabildiği kadar onların bu amaçtan sapmalarını azaltacak ve özellikle gereğinden çok idari göreve ayrılmasını resmi olarak özendirmeyecek bir biçimde örgütlenmelidir.

Türkiye’de gelişmiş ülkelerden farklı olarak, hastanelerin iç organizasyonuna örnek teşkil edecek bir organizasyon modeli gösterilmemiş, sadece hastanede faaliyet gösteren birimlerin görev yetki ve sorumluluklarını belirleyen “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Yönetmelikte başhekimin, sorumluluk kendisinde kalmak üzere yetkisinin bir kısmını fonksiyonel yöneticilere devredebileceği de belirtilmiştir. Ancak, görevlerinin ne kadarını ve kimlere devredeceği konusunda bir açıklama getirilmemiştir⁹⁰. Yönetimde bu aksaklığın giderilmesi gerekmektedir. Ülkemizde, hastane üst yönetimde, İngiltere ve Federal Almanya hastanelerinde olduğu gibi başhekim, başhemşire ve hastane müdüründen oluşan ekip yönetimi uygulamalarına rastlanmaktadır⁹¹.

124 Sayılı Yüksek Öğretim Üst Kuruluşları ile Yükseköğretim Kurumlarının İdari Teşkilatı Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’ye göre; üniversite hastanelerinin idari yapılanmasında başhekimlik olmamasına rağmen, hemen bütün üniversite hastanelerinde en üst düzey yönetici durumunda olan kişi hastaneler genel direktörleri veya başhekimlerdir. Bunun nedenlerinden biri, tıp fakültelerinde klinik ana bilim dallarının hastane içinde faaliyetlerini sürdürmeleri ve tıp fakültesi öğrencilerinin klinik dönem eğitimlerinin hastanede yapılıyor olmasıdır. Bundan dolayı hekimler, hastaneyi daha çok

⁸⁸H.Seçim, “Hastane Yönetim Modellerinin Uluslar arası Karşılaştırması”, a.g.m., s.2.

⁸⁹ Ü.Şahin, “Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi”, a.g.m., s.2.

⁹⁰A. Köksal, H. Akbeyik, a.g.m., s. 8.

⁹¹H. Seçim, “Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması”, a.g.m., s.4.

sahiplenmekte ve hastane idaresinde de daha çok söz sahibi olmaları gerektiğini düşünmektedir. Bir diğer nedeni ise, eskiden beri uygulanan başhekimlik geleneğinin bozulmak istenmemesidir. Durum böyle olunca, hekimlerin hekim olmayan bir yönetici tarafından yönetilmeyi kabul etmeleri, yakın bir zaman içinde pek mümkün görünmemektedir⁹².

Üniversitelerde hastaneler başhekim ataması iki şekilde yapılmaktadır. Bunlardan en çok uygulananı rektör tarafından görevlendirmedir. Birinci şekildeki uygulamanın daha çok tercih edilmesinin nedeni, hastanelerin hem sosyal hem de maddi olanaklarının fazla olması nedeniyle, avantajların elden kaçırılmak istenmemesidir. Rektör, görevlendirdiği başhekime çoğu kez hastane ile ilgili tüm işlerde yetki ve sorumluluk vermektedir. Bu daha sık olarak yapılan bir uygulama olmasına ve daha başarılı sonuç alınmasına rağmen, bir üniversitenin sosyal ve maddi gücünün büyük bir kısmının hastanelerden sağlanması nedeniyle, özellikle tıp kökenli rektörlerin bazıları, hastane idaresinden pek uzak kalmak istememektedirler.

İkinci şekil uygulamada rektör, hastane yönetimini tıp fakültesi dekanlığına bırakmıştır. Bu durumda dekan genellikle, başhekim olarak görevlendirdiği bir yardımcısı aracılığıyla hastaneden sorumludur. Bu uygulama, rektörün tıp fakültesi dışından olduğu üniversitelerde daha sıktır. Hastanenin dekanlık tarafından yönetilmesi, rektör tarafından yönetilmesinden hem hastane hem de üniversite menfaatleri açısından daha iyidir.

Özellikle üniversite hastanelerindeki yönetim problemlerinin çözüme kavuşturulması için; sadece öğretim elemanları ve tıbbi konularla ilgilenen ve tercihen tıp fakültesi dekan yardımcısı da olan hastane tıbbi direktörlüğü (başhekimlik) kurulmalıdır. Tıbbi direktörün ilgilendiği konuların dışındaki faaliyetlerin tümüyle ilgilenen ve üniversite rektörlüğüne karşı sorumlu olan bir hastane baş müdürlüğü tesis edilmelidir. Rektör veya bir yardımcısı, hastane başhekimi ve hastane başmüdürü ile hastanede eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti veren diğer birimlerin temsilcilerinden oluşan hastane yönetim kurulu oluşturulmalıdır. Hastanenin idari birimleri arasındaki koordinasyonun sağlanmasında ve tüm önemli kararların alınmasında da bu kurul yetkili olmalıdır⁹³.

Üniversite hastaneleri yönetiminde ağırlık, mutlaka hastane idareciliği öğrenimi almış ve bu konuda deneyimi olan kişilere bırakılmalıdır. Hekimlerin hiçbir bilgi ve

⁹² M. Artvinli, "Devlet, Üniversite Hastaneleri Üst Düzey Yönetim Sorunları", a.g.m., s.17.

⁹³ M. Artvinli, "Devlet, Üniversite Hastaneleri Üst Düzey Yönetim Sorunları", a.g.m., s.2.

deneyimi olmaksızın devraldıkları bu görevi gerektiği şekilde yapabilmeleri ve bu çok yoğun iş temposu içinde mesleklerini ihmal etmemeleri mümkün değildir. Bu göreve atanan bir hekim, çoğu kez olduğu gibi bu konuda eğitim de alamayacak olursa işin daha da zor ve verimsiz olması beklenen bir sonuçtur.

Bütün bunlara rağmen üniversite hastanelerinde bu yetkinin hekim dışı idarecilere devri için çok acele edilmemeli ve yine başhekim, hastaneler genel direktörü olarak en üst düzey yönetici konumunda kalmalıdır. Hastaneler genel direktörü atayacağı başhekim (medikal direktör) ve hastanecilik konusunda eğitim ve deneyimi olan diğer yardımcısı ve yardımcıları ile birlikte çalışmalıdır. Başhekim, hekim-hekim, hastane-hekim, hasta-hekim ilişkileri, tıp eğitimi ve araştırma gibi işlerde; hekim olmayan yardımcısı veya yardımcıları da insan kaynakları yönetimi, finans gibi diğer işlerde genel direktöre yardımcı olmalıdırlar. Hastaneler genel direktörü, tüm koordinasyonun sağlanmasından ve stratejilerin belirlenmesinden sorumlu olmalı ve arada boşluk olmaması için hizmet süresi rektörün süresi ile sona ermelidir. Ayrıca çoğunluğun tıp fakültesinden olmak üzere, hastanede uygulama yapan tüm sağlık birimleri idarecilerinden oluşan bir sağlık kurulu teşkil edilmeli ve bu kurul hastane yönetim kurulu olarak görev yapmalıdır⁹⁴. Üniversite hastanesi yöneticisinin, muhatap olduğu kesimin önemli bir kısmının tıp fakültesi öğretim elemanı olması nedeni ile idareci hekim olsa bile, bu kesime etkili olabilmesi sanıldığı kadar kolay değildir. Ayrıca, bu grubun idari amirliği tıp fakültesi dekanlığıdır. Başhekimliğin bunlar üzerinde hiçbir yaptırımı yoktur.

Üniversite hastaneleri için bir başka model önerisi sunacak olursak şöyledir; hastanenin en üst yönetim organı olarak Tıp Fakültesi Dekanı tanımlanmıştır. Fiili uygulamadaki Hastane Başhekimliği, gider ve gelirler (Döner sermaye işletmesi) ve Tıp uzmanlık dallarının akademik boyutu olan anabilim ve bilim dalları üzerinde etkisinin (formal yetki) bulunmaması nedeniyle devre dışı bırakılmıştır. Bu yapıda Döner Sermaye İşletmesinin ita amiri ve ana bilim dallarında görevli akademisyenlerin sicil amiri konumundaki tıp fakültesi dekanlığı, en üst yönetim organı olarak tanımlanmış ve bu pozisyon kurmay yetkisine sahip (danışıcı-tavsiye kararı veren) komiteler ile desteklenmiştir. Bu komitelerin, konularına göre üniversitenin bu amaç doğrultusunda eğitim veren fakülte ve yüksek okullarında görev alan akademisyenlerden oluşması planlanmıştır. Sözgelimi; Kalite Komitesi; Tıp Fakültesi Dekanlığı, cerrahi, dahili ve temel tıp bilimlerinin birer üyesi, hemşirelik ile ilgili eğitim okulunun akademisyen üyesi,

⁹⁴ M. Artvinli, "Üniversite Hastaneleri Üst Düzey Yönetimi ve Sorunları", a.g.m., s.18.

endüstri mühendisliği, finans ve/veya İşletme Fakülteleri üyelerinden oluşması öngörülebilir⁹⁵.

Genel müdürlük; Tıp Fakültesi Dekanı tarafından devredilen yetkiler bağlamında günümüz çağdaş işletmeciliğinin gerektirdiği yönetim işlevlerini yerine getirebilecek bilgi ve beceriye sahip organdır. Genel müdür, yardımcıları ve müdürlüklerin dört yıl süre ile (rektörün süresi ile sınırlı) sözleşmeli olarak atanmaları, atanacak kişilere işletmenin ömür boyu katlanma riskini de minimize edebilecek bir yaklaşım olacağı gibi, her dört yılda bir seçilecek rektör ve dekanın “suyuna gitme” yaklaşımını da engelleyebilecektir. Genel Müdür yardımcıları ise; hastanelerin matris örgüt yapılarından kaynaklanan sorunların daha etkin aşılabilmesine olanak tanıyacak şekilde; birbirleriyle daha yoğun işlevsel bağımlılığı olacağı düşünülen işlevler dikkate alınarak yapılandırılmıştır. Bu amaçla; vaka yönetimi ekibinin üyeleri konumundaki eczacılık, diyetisyen, hemşirelik, laboratuvar ve biomedikal ve klinik mühendislik hizmetleri aynı genel müdür yardımcısına bağlı bir müdürlük ve/veya başka bir pozisyon altına yapılandırılabilir. Aynı bağlamda, tüm örgütlerde ortak işlevler olan halkla ilişkiler, insan kaynakları, finans, kalite ve diğer idari-destek hizmetler ise ayrı bir genel müdür yardımcılığının liderliğinde yapılandırılmıştır⁹⁶.

Bunun yanında özellikle hemşirelik departmanında üç farklı seviyedeki rollerin (hemşire, denetici hemşire, başhemşire ve yardımcılığı) azaltılarak denetici hemşirelik uygulamasının kaldırılması; rollerin daha açıklığa kavuşturulması çok daha yararlı olacaktır⁹⁷. Zira, hasta ile direkt ilgili olmayan işlerle ilgili hemşireler hastane için hem atıl kaynak olacak hem de potansiyel çatışma nedenini oluşturacaktır. Bunun yerine bizim önerimiz, yassılaştıran yönetim anlayışını benimseyerek çok fazla sorumlu tayin etmektense; tüm çalışan bireylere sorumluluk bilincini kazandırmaktır.

Ülkemiz hastanelerinin, çağdaş yönetim ilkelerine uygun olarak örgütlenmesi için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarını net olarak ortaya koyacak, yeni ve çağdaş bir yasanın yaşama geçirilmesi⁹⁸ gibi sorunlar hala gündemini korumaktadır. Hemşirelerin aldığı öğrenime paralel, yeteneklerini ortaya

⁹⁵ Ü. Şahin, “Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi”, a.g.m., s.2.

⁹⁶ Ü. Şahin, “Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi”, a.g.m., s.2.

⁹⁷ Madeleine Willmot, “The New Ward Manager: An Evaluation of The Changing Role of the Charge Nurse”, *Journal of Advanced Nursing*, vol.28, issue.2, Aug 1998, s. 420.

⁹⁸ Rukiye Pınar, “Hemşirelerde İş Doyumu: Etkileyen Faktörler, İş Doyumu İle Benlik Saygısı ve Asertivite İlişkisi”, *Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirisi*, (GATA) Ankara, 14-16 Mayıs 1998, s.31.

koyabilecekleri görevleri ifa etmeleri sağlanmalıdır. İlerleyen teknoloji aynı zamanda branşlaşmış hemşirelere olan ihtiyacı artırmaktadır⁹⁹.

Örgütte bulunan bireyler arasındaki kültür birliği de yönetimde önemli problemler arasında yer almaktadır. Bireyler arasında bir kültür birliği yoksa ya da zıt kültürlerin varlığı söz konusu ise örgüt içi uyumu sağlamak güçleşir. Yöneticiler bu amaçla örgütte çalışan bireyleri iyi tanımalı ve onları örgüt amaçlarına uygun bir şekilde yönlendirmelidir¹⁰⁰. Bir organizasyon için en değerli varlıklardan biri örgütte, ılımlı bir ortam oluşturabilen yöneticiye sahip olabilmektir¹⁰¹.

Öncelikle, sağlık mevzuatımız “a’dan z’ye” yeniden ele alınmalı, dil sadeleştirilmeli ve ihtiyaç duyulan yeni alanlardaki düzenlemeler ve uygun görülecek değişiklikler zaman kaybedilmeden yapılmalıdır. Yeni kurulacak yapı yüzyılımızda baş döndürücü bir hız kazanan tıp ve diğer ilgili sağlık bilimlerinin gelişim hızına ayak uydurabilecek şekilde esnek halde getirilmelidir¹⁰².

Bunun yanında sağlık yöneticiliğinin ek iş olarak yürütülmesine son verilmelidir. Örneğin, başhekimlik yapan bir uzman hekimin aynı zamanda poliklinik, ameliyat vb. hizmetlerde bulunması yönetimde yeterince başarılı olmasında en büyük engellerden biridir. Aynı şekilde sağlık yöneticilerinin muayenehane, özel hastane, vb. organizasyonlar içinde klinik hizmetlerde yer almasının önüne geçilmelidir¹⁰³.

İtalyan Devlet Hastanesi’nde yaşanan çatışma sonrası yönetim deneyimi dikkate değerdir. Öyle ki, İtalyan Devlet Hastanesi Haziran 1999’dan sonra, hastanede ortaya çıkan ciddi durumlara rağmen faaliyetlerine ara vermişler; Sırbistan tıp personeliyle Arnavutluk’un tıbbi personelinin ve diğer personelinin yeniden uyumlaştırılmasına çalışmışlardır. Bu deneyimde, kaynakların tahsisinde zorluklarla karşı karşıya gelinmiş, bir yandan daha bölümlendirme sağlanırken; diğer yandan daha esnek ve değişime uygun bir yapıya sahip olmaya çalışılmıştır. İyileştirme planı gelecek iki yıl için bile hazırlanmış; hatta ilk dokuz ay sadece eğitim konularıyla ilgili faaliyetlere ayrılmıştır¹⁰⁴.

⁹⁹ Hatice Erdoğan, “Hemşirelikte İş Doyumu İle İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişki”, **5. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Kongresi**, 9 Eylül Üniversitesi, 2-4 Temmuz, 1997, İzmir, s.220.

¹⁰⁰ Ü. Şahin, Y. Odacıoğlu, **a.g.m.**, s.4.

¹⁰¹ James D. Edgett, **Yönetme Sanatı**, Öteki Yayınevi: İstanbul, Türkçesi. Ayça Haykır, Aralık 1999, s.56.

¹⁰² Haydar Sur, “Hastane Yönetimi Açısından Sağlık Mevzuatımız,” **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitapevleri: İstanbul, 1997, s.393.

¹⁰³ M. Ateş, H. Sur, **a.g.m.**, s.9.

¹⁰⁴ P. Guglielmetti, R. Bonadio, I. Kaliqani, G. Putoto, M. Rebonato, A. Miozzo, “Management of Hospital Services in Post- Conflict Situations: The Italian Co-Operation Experience in Pec/ Peja General Hospital, Kosovo”, **Prehosp Disast Med**, 15 (3) 2000, s. 30.

Çatışmanın organizasyona faydalı olabilmesi, çatışmanın sonuçlarından bireylerin memnun olmasına bağlıdır. Çatışmanın etkin çözümlenebileceğine inanan bireylerin organizasyonlarına bağlılık ve güvenleri aratabilecektir. Özellikle, adalet uygulaması organizasyonlarda çalışanların davranışlarında pozitif bir değişim sağlamak ve yapıcı çatışma yönetimi için esas olmaktadır. Adalet kavramında ise bir ikilik söz konusudur. Öyle ki, bireysel haklara mı yoksa grup haklarına mı öncelik verileceği kriteri önem arzeder. Batı sosyologları, Japonya gibi kolektivist toplumlardan farklı olarak bireysel haklara önem verir ve sosyal sistemlerin uzun dönemde bireysel hakları sağlamayı garanti etmesini öngörürler¹⁰⁵. Bizce de önemli olan, Adam Smith'ın ifade ettiği gibi, "homoeconomicus" olan insanın öncelikle bireysel haklarını elde etmesi daha önemlidir. Bu durumda adalet prensibinin de öncelikle bireysel, sonra toplumsal düzeyde düşünülmesi gerekir. Bu süreci uygulamada da yöneticilere büyük görevler düşmektedir.

Organizasyonel çatışma sürecine duyguları yerleştirmek, çatışmayı tümüyle verimli hale getirmede yöneticilere fırsatlar sunar. Çatışma durumundaki yönetici için amaç, çatışmanın kim tarafından ve hangi durumda doğduğunu, çatışmayı daha olumlu hale nasıl getirebileceğini, duygulardan nasıl yararlanabileceğini bulmaktır. Gelecek araştırmalar, çatışmayı yönetmede, bir çatışma yönetim yaklaşımı olarak kısa ve uzun dönemde duyguları içine katarak inceleme yapmayı amaçlamaktadırlar¹⁰⁶.

Hastane yöneticilerinin duygu uygulaması, etkin ve başarılı sağlık organizasyonları için kurulmalıdır. Kavramsal ve deneysel araştırmaların her ikisi de duygularla etkin liderlik arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu gösterir. Etkin liderler, organizasyonun göze çarpan sonuçlarına ulaşmada duygusal bilgeliklerini, zekalarını ve diğerlerinin güç ve faydalarını kullanabilenlerdir¹⁰⁷.

3.3.2.İletişimin Arttırılması

İletişim, değişen teknolojiyle birlikte gelişmekte ve sosyal davranışların hızlı ve doğru algılanmasında gittikçe daha fazla ihtiyaç hissedilmektedir. İletişimin türlü

¹⁰⁵ Ken-Ichi Ohbuchi, Mariko Suzuki, Yoichiro Hayashi, "Conflict Management and Organizational Attitudes Among Japanese: Individual and Group Goals and Justice" *Asian Journal of Social Psychology*, vol.4, 2001, s.93-94.

¹⁰⁶ Andrea M. Bodtker, Jessica Katz Jameson, "Emotion in Conflict Formation and Its Transformation: Application to Organizational Conflict Management", *The International Journal of Conflict Management*, vol.12, no.3, s.272.

¹⁰⁷ Gary Strack, Mryon D. Fottler, "Spirituality and Effective Leadership in Healthcare: Is There A Connection?" *Frontiers of Health Services Management*, vol.18, number.4, Summer 2002, s.16.

ayrıntılarını ve duygusal boyutunu anlayan bireyler ve organizasyonlar müşterilerini (iç müşteri-dış müşteri) memnun etmede çok daha etkin olmaktadır¹⁰⁸.

Bir grubun üyeleri, düşük kaliteli karara ulaşmada bilgi paylaşmanın gerekliliğini duymayabilirler. Ancak topluca yüksek kalitede karar almak için, bilgi paylaşımına ihtiyaç duymaktadır¹⁰⁹. İletişim, kritik öneme sahiptir. Yalnızca şüpheyi azaltıcı, destek sağlayıcı, işbirliğini sağlayıcı değil, aynı zamanda yönetimin planladığı yeni bir sürecin daha iyileştirilerek sürdürülmesini de sağlayıcıdır. İletişimler direkt, açık, uygun zamanda, dürüst ve feed-back sağlayıcı olmalıdır¹¹⁰. Etkin iletişim yeterlilikleri ile, temel davranış becerilerini kavrayarak, çatışma önlenabilir. İletişim becerileri, başkalarına saygılı, yapıcı, açık sözlü, etkin dinleme, yargılamada esnek ve başkasının beden dilinin farkında olmayı içerir. İletişim eğitimleri, katılımcılara bu becerileri kazanmalarını sağlar¹¹¹.

İletişim, acilen cevap verilmesi gereken bir süreçtir. Hastaneyi ve sağlık profesyonellerini biraraya getirmek ve bilginin aynı zamanda paylaşımını sağlamak için sistemlerin yeniden gözden geçirmesi gerekmektedir¹¹².

Örgütte etkin iletişim sisteminin kurulması için öncelikle doğru iletişim araçları ve kanalları seçilmelidir. Örgütsel iletişim araçları, mesajın anlamı içeriğini değiştirmeden iletişimi sağlayacak nitelikte olmalıdır. Ayrıca mesajın açık ve anlaşılır olması, alıcının dikkatini çekecek nitelikte bulunması da örgütsel iletişim araçlarında aranan niteliklerdir.

Yöneticiler, tarafların doğru anlayışlara sahip olmalarını sağlayabilmek için, iletişimi kolaylaştırmalıdır. Birbirleriyle tartışanlar için fırsatlar sağlamak ve bilgi değişimi çatışmayı azaltır. Kişiler, birbirleri hakkında çok daha fazla bilgi edinirlerse, şüpheler azalacak ve ekip daha olumlu bir hal alacaktır. Bu sebeple, iletişimi kolaylaştırmak ekip lideri için en önemli roldür¹¹³.

İyi bir yönetici, iletişimde, çalışanların hoşlarına giden şeyleri abartıp, gitmeyenleri göz ardı edeceklerini bilmelidir. İletişimi engelleyen etmenlerin başında alıcı

¹⁰⁸ Neal M. Ashkanasy, Charmine E. J. Hartel, Catherine S. Daus, "Diversity and Emotion: The New Frontiers in Organizational Behavior Research", *Journal of Management*, Management Association, vol.28, no.3, 2002, s.329.

¹⁰⁹ Michael G. Cruz, David Dryden Henningsen, Marj Lynn, Miller Williams, "The Presence of Norms in The Absence of Groups?", *Human Communication Research*, vol.26, no.1, January 2000, s.111.

¹¹⁰ Kathie Vestal, Roy Massey, "Work Transformation in Health Care", *Health Manpower Management*, vol. 20, number.3, s.12.

¹¹¹ Rian Thomas, *Conflict Management Systems: A Methodology for Addressing the Cost of Conflict in the Workplace*, www. Sciencedirect.com, 22.12.2002, s.5.

¹¹² Gary Strack, Mryon D. Fottler, "Spirituality and Effective Leadership in Healthcare: Is There A Connection?" *Frontiers of Health Services Management*, vol.18, number.4, Summer 2002, s.32.

¹¹³ R. L. Daft, a.g.m., s.619.

ve verici tarafın birbirine güvenmesi gelir. Bu açıdan örgüt çalışanları en tepeden en alt kademeye kadar güvenilir, dürüst insanlar olması gerekir. Birbirine güvenmeyen insanlar arasında mesajın, gerçek gönderilen anlamıyla alıcı tarafından kabul edilmesi zordur¹¹⁴.

Örgütte etkin iletişim geliştirebilmek için, öncelikle örgütte bir güven ortamı oluşturabilmeliyiz. Bunun için öncelikle, örgütte çalışanların açık ve dürüst insanlar olmaları gerekir. R.W. Revans tarafından hastane iç iletişim araştırması yapılmış; araştırma sonucunda pek çok konuya dikkat çekilmiştir. Bunlar arasında iletişimi değerli kılmak, problem çözmek ve bu suretle hasta bakım kalitesini arttırmak ve sonuçta sağlıklı çalışanlar elde etmenin önemine değinilmiştir¹¹⁵.

Karşılıklı ilişkilerde geri-besleme ve kendini açma birbirini tamamlayan iki ilkedir. Kendini açma ilkesinin gerçekleşmesi grup üyeleri birbirlerine güven duydukları, kendilerini psikolojik olarak emniyette hissettikleri zaman mümkün olacaktır. Bu açıdan güven ortamı oluşturmak örgüt içi iletişimde zorunluluktur¹¹⁶. Aynı zamanda iki yönlü bir iletişim ve örgütte gerekli diğer koşulları sağlamak örgüt içinde kişilerin daha üretken ve etkin olarak çalışabilecekleri bir güven ortamı oluşturmak açısından önemlidir¹¹⁷.

Diğer yandan çalışanlara kulak verilmesi, onların içtenlikle dinlenmesi çalışanlarda motivasyonu artırdığı gibi psikolojik doyumu da sağlamaktadır. Yönetilen-yönetici arasındaki uzaklık azalır. Yöneticinin çalışana sağlayacağı en iyi iletişim olanağı onu dinlemedir¹¹⁸. Özellikle hastane başhekimini, birimde çalışan hekim ve hemşirenin sorunlarını dinleyip çözüm önerilerini onlara göre yapmalıdır. Zira yöneticinin, astların görüş ve tavsiyelerine önem vermesi ve yararlı bulduklarını uygulaması, örgütte çalışanı kuruma bağlamanın en iyi yoludur denilebilir.

Örgütte yüksek performansa odaklanmış bireyi destekleyici ilişki kurulması, bireyin sorunlarının arttığı dönemlerde iletişimin kopmamasıyla mümkündür. Çünkü iletişim etkinliği pasif bir ilişki üzerine tesis edilmiş değildir. Bireye yönelik ilişkiyi güçlendiren bir geri besleme vermek, aktif dinleme sağlamak ve bireyin gelişimi için fırsatlar ortaya koymak iletişim etkinliğini artırıcı olmaktadır¹¹⁹.

Hastanede özellikle yöneticiler arasında kaçınılmaz surette oluşan çatışmayı

¹¹⁴ İ. Werner, a.g.e., s.173.

¹¹⁵ A. C. Candy, "Hospitals", *The Journal of Management Studies*, October 2001, s.339.

¹¹⁶ Ömer Dinçer, *Örgüt Geliştirme Teori, Uygulama Ve Teknikleri*, İstanbul, 1994, s.210.

¹¹⁷ Muhsin Halis, "Deming'in Kalite Yönetimi", *Standart Ekonomik Ve Teknik Dergi*, y.39, s. 460, Nisan 2000, s.59.

¹¹⁸ R. S.Tabak, a.g.m., s.355.

¹¹⁹ A. Akın, a.g.e., s.63.

yönetme yollarından biri, iletişim yollarını araştırmak ve iletişimi teşvik etmeyi sağlamaktır. Yönetici ve iş arkadaşlarından alınan geri bildirim işlerin tam olarak yerine getirilmesinde önemli bir faktördür. Yöneticilerden ve iş arkadaşlarından işlerindeki başarıya ilişkin yeterli bilgi alamayan kişiler, kendilerini düzeltme ve geliştirme olanağı bulamayacaklarından verimsiz ve başarısız olacaklardır. Bunun için de her düzeydeki yönetici ile düzenli toplantılar yapılmalı, iş ile ilgili konuların tartışılmasına ve astların birbirleri ile iletişim kurmalarına fırsat verilmelidir¹²⁰.

İletişimde kullanılan araçların önemi de gittikçe artmaktadır. Grafikler, yazı tahtaları, şemalar, modeller, filmler yararı kanıtlanmış araç gereçlerdir. Önemli olan en yararlı ve uygun aracı seçmektir. Görsel araçların, dinlemeyle birlikte çok daha fazla kalıcı olacağı akıldan çıkarılmamalıdır¹²¹. İnsanlar arasındaki ilişkiler sürekli bir satranç ya da briç oyuncudur. Satranç, briçte olduğu gibi kişiler, ilişkilerde de karşısındakinin düşüncelerini ve muhtemel davranışlarını önceden tahminde başarılı olanlar kazanırlar.¹²² Yönetici çalışanlarını ne derece iyi tanırsa o derece iletişimde başarılı olabilecektir.

Patterson'a göre saygı, kişinin karşısındakini değer taşıyan bir birey olarak kabul etmesidir¹²³. İletişimin yukarıda da belirttiğimiz gibi önemli ögesi olan saygı, günümüz yöneticilerin belki en fazla üzerinde durması gereken husustur. Günümüz gelişmiş toplumlarında ekonomik getiriden çok, iş tahmini ön plana çıkmaktadır. Çalışanlar kendilerine saygı duyulan, değer verilen kurumlarda çalışmayı daha çok tercih etmektedirler.

Oysa pek çok yönetici, kendileriyle elemanları arasındaki ilişkilerin kalitesinden çok, unvan, konum ve statüleri temelinde iletişim kurmayı tercih etmektedir¹²⁴.

Redding, iletişim ortamının beş faktörden oluştuğunu belirtmektedir:

a) Destekleyicilik: Örgüt elemanları kendi iletişimleriyle üstünlüklerini, kişisel değerlerini, önemli olduklarını sağlamasını,

b) Karar Almaya Katılım: Baskıdan daha fazla gerçek düşüncüyü ifade etmede özgür çalışanların bulunduğu karakterize bir ortamı,

¹²⁰ Ö. T. Özmen, A.E. Katrinli, **a.g.m.**, s.151.

¹²¹ J. D. Edgett, **a.g.m.**, s.151.

¹²² Alaaddin Asna, **Public Relation (Temel Bilgiler)**, Der Yayınları, İstanbul, 1993, s. 61.

¹²³ Gülten Özaltun, **İletişim, Lemon Dergisi**, T.C. Sağlık Bakanlığı Ted. Hizm. Gen. Müd. Ankara, 1998, s.5.

¹²⁴ İ. Werner, **a.g.m.**, s. 180.

c) Güven, Emniyet, Güvenirlik: Mesaj kaynakları ve/veya iletişim durumunda inandırıcı hüküm vermeyi,

d) Açıklık ve samimiyet: İlişki ne olursa olsun (üst-ast veya eşit düzeydeki ilişki) gönderici ve alıcı mesajında açıklık ve samimiyetin olmasını,

e) Yüksek iş hedefleri: Bir organizasyonun üyelerine açıkca ifade edilen iş hedeflerinin varlığı¹²⁵ olarak iletişim ortamında var olması gereken öğeleri belirtmiştir.

İletişim sürecini geliştirmede öncelikle gerekli olan anahtar, yöneticilerin iletişim becerilerini geliştirmeyi istemeleri ve iletişim bariyerlerini yıkmalarıdır¹²⁶. Örgütteki insanlar ortak değer paylaşımı ortak çıkarlar nedeniyle bir arada topluluk ruhu içinde bulunurlarsa bu toplumda iletişimin etkinliği zor olmayacaktır. Alıcı ve verici arasındaki ortak noktalar iletişimi kolaylaştıracaktır.

Bir örgütte yeni elemanın kazanılmasında temel nokta, yeni elemanla kurulan ilk beşeri ilişkilerdir. Bu ilişkiler yeni personelin işe, iş yerine ve iş arkadaşlarına alıştırılması sürecini kapsar ve bu süreç oryantasyon olarak adlandırılır. Oryantasyon, yeni elemanın kurumla bütünleşmesine, elemanların birbirlerini yakından tanımalarına ve kişiler arasında grup çalışması ile ekip anlayışının yerleşmesinde faydalı olur¹²⁷. Ancak, yapılan bir hastane araştırmasında hemşirelerin büyük çoğunluğu, oryantasyon programlarına katılmadıklarını belirtmişlerdir¹²⁸.

Özellikle örgütte kaçınılmaz olan doğal iletişim nedeniyle örgütün kendisi, tümüyle açık politika izlerse örgütte yanlış yorumlar, spekülasyonlar, söylentiler azalacaktır. Zira gizlilik, örgütte hem güven ortamının sağlanmasını engelleyecek hem de söylentilere mekan hazırlayacaktır.

Liderlik; örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için birey ve grupları eşgüdümleme ve güdüleme sanatıdır. Bu açıdan hekimlik hizmetlerinin başarısı gibi hemşirelik hizmetlerinin başarısını da liderlik davranışlarının önemli etkisi vardır¹²⁹. Ancak, pek çok hastanede yapılan araştırmalarda başhemşirelik pozisyonunda bulunan kişilerin, liderlik yeteneği açısından yetersiz oldukları ortaya çıkartılmıştır.

¹²⁵ Gerald M Golhaber, **Organizational Communication**, State Universty Of New York AT Buffalo, WM.C.Brown Publishers Dubuque Iowa, 1974, s.76.

¹²⁶ George D. Pozgar, "Perceptive Communications", Charles R. McConnell", **The Health Care Supervisor Effective Communication**, Gaithersburg Maryland 1993, Printed in Canada, s.21.

¹²⁷ T. Kılınç, S. Söyük, **a.g.m.**, s.21.

¹²⁸ N. C.Akboğa, **a.g.m.**, s.163.

¹²⁹ R.Yiğit, "Klinik Sorumlu Hemşirelerinin Liderlik Davranışları", **Uluslararası Katılımlı 5. Ulusal Hemşirelik Kongresi**, 9 Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2-4 Temmuz 1997, s.45.

İletişimi engelleyen etmenler örgütte çatışmanın artmasına neden olabilecektir. Taraflardan biri diğerinden fizik ve zaman bakımından ayrıldığında, taraflar arasında yanlış anlamaların oluşacağı ve gelişeceği bir gerçektir. İletişimdeki engeller, amaçlarda farklılaşmaya ve benzer amaçları paylaşan personelin gruplaşmalarına yol açabilir. Bu gruplaşmalar da çatışmalara neden olabilir¹³⁰.

Etkin lider, yönetim yoluyla etkin iletişimi kullanabilmelidir¹³¹. İletişim, tüm bu açılardan örgütün sürekliliği için zorunludur. Yöneticilerin her geçen gün gelişen yönetim tekniklerinden faydalanıp, insana daha fazla önem veren yaklaşımları benimsemeleri zorunludur.

Hastane işletmesi, matriks organizasyon yapısı dolayısıyla yatay iletişimin de söz konusu olduğu örgüt yapısına sahiptir. Dolayısıyla birimler arasında yatay kanallarla iletişim kurulmasının düzensiz bir biçimde oluşmasını önlemek için yetkilendirme ve denetleme mekanizmalarının işletilmesi gerekebilir. Otorite birliğinin sağlanması ve sarsılmaması için de üst yöneticilere yeterince ve zamanında bilgi verilmesi gerekir¹³².

3.3.3. Hizmet İçi Eğitimin Sürekliliğinin Sağlanması

Hizmet içi eğitim, bir meslek elemanının mesleğine aday veya asil olarak girişinden itibaren başlayan ve kişinin mesleğinden ayrılıncaya kadar geçen süre içinde bilgi, beceri ve davranışlarında değişiklik yapmaya yönelik etkinliklerin tümüdür. Hizmet içi eğitim; oryantasyon, beceri eğitimi ve liderlik-yönetici geliştirme olarak üçlü sınıflamaya tabi tutabilmektedir¹³³.

Sürekli eğitim, insan kaynakları yönetiminin destekleyici ve geliştirici işlevleri arasında yer alır. Bir yandan kişilerin yeni bilgi ve becerilerle donatılmasını, diğer taraftan da edinilmiş olanların çağa uygun yenilenmesini hedefler. Eğitim programları, bireylerin kendi ilerlemelerini bizzat kendilerinin değerlendirmesi yoluyla, kişilere kendi başlarına öğrenebilme alışkanlığı kazandırabilmelidir. Sürekli eğitime sistematik yaklaşım, uygulamaya dönük olan ve sorun çözme becerilerinin altının çizildiği tekniklere dayandırılmalıdır¹³⁴.

¹³⁰ D.Tengilimoğlu, "Kişiler Arası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri", a.g.m., s.134.

¹³¹ Health Care Intelligence Network, *What's New?*, vol.15, no.9, September 2000, www.EBSCO.com, 20.12.2002, s.11.

¹³² R. S.Tabak, a.g.m., s.355.

¹³³ T.Kılınç, S. Söyük, a.g.m., s.22.

¹³⁴ İsmail Üstel, "Sürekli Eğitim Kalitesinin Temelleri," *Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü*, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1996, s.222.

Sağlık alanında insan iş gücü gelişiminin, sürekli eğitim programlarına dayandırılması ve bu konunun sağlık alanında hayati önemi olması belirli bir hedef olarak karşımıza çıkarmaktadır. Sağlık görevlileri için her ülkede, sürekli eğitim sistemleri geliştirilmesi gerekmektedir. Ulusal bir faaliyet olarak benimsenmesi beklenen sürekli eğitim programlarının amacı: Tüm sağlık görevlileri için, çok yönlülük temeline dayanan, sorunlara yönelik, halkın sağlık gereksinimlerini karşılayabilecek, kendi kendilerini yetiştirme yöntemlerini kullanabilecek meslek üyelerinin sürekli olarak eğitilmesidir¹³⁵.

Kamu ve özel sağlık kuruluşlarında, her düzeydeki sağlık personeline hizmet içi eğitim verilmesi çabaları giderek yoğunlaşmaktadır¹³⁶. Yapılan araştırmalarda sağlık bilimleri ile ilgili bilginin, mesleki yeteneğin yararlanma süresinin 5-7 yıl arasında değiştiği belirtilmektedir¹³⁷.

Hizmet içi eğitimin kurumsal hedefi, kurumda ortaya çıkan sorunları ortadan kaldırarak, kurum verimliliğini en kısa sürede artırmaktır. Birimsel hedef, sağlık personelinin mesleki performanslarını geliştirerek yüksek kalitede hizmet verilmesini sağlamaktır. Bireysel hedef ise, sorunlar karşısında uygulanacak çözüm yollarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışları (becerileri) bireylere kazandırmaktır¹³⁸. Bu değişimin başarısı ise, sürecin değerlendirilmesiyle, eğitim ve rol değişimine verilen destekle ilgilidir¹³⁹.

Eğitim programları müfredat programlarında, etkin maliyet analizi konularına özen gösterilmelidir. Hizmet odaklı çalışma programları, hatta maliyetin etkin dağılımı, uygun kaliteli bakımı sağlamak için gerekli olan beceri ve anlayışı geliştirir¹⁴⁰.

Eğitim ve öğretim, örgütte tüm çalışanları kapsamalı, bireyin tüm yaşantısında kesintisiz sürdürülmesi ve sadece iş konularıyla ilgili değil, her alanda yetiştirilmelerini sağlamak amaçlanmalıdır. Amaç, bireyin performansının artırılmasıdır¹⁴¹. Çalışanlar, yalnızca organizasyonda kültürel değişim ve sürecin niçin başladığını değil aynı zamanda

¹³⁵ Güler Aksoy, "Hemşirelikte Sürekli Eğitim," 1. Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu, 11-12 Eylül 1986, İstanbul, s.177.

¹³⁶ Ruhi Selçuk Tabak, Murat D. Çekin, "Sağlık Personelinin Hizmet içi Eğitiminde Hürmanistik Yaklaşım", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.3, s.3, Mart 1999, s.19.

¹³⁷ Ü.Şahin, Y. Odacıoğlu, a.g.m., s.3.

¹³⁸ R. S.Tabak, M. D. Çekin, a.g.m., s.19.

¹³⁹ Donna K. McNeese- Smith, a.g.m., s.16.

¹⁴⁰ Peter E. Hilsenrath, Samuel Levey, Thomas P. Weil, Robert Ludke, "Health Services Management Manpower and Education: Outlook for the Future", *The Journal of Health Administration Education*, Vol. 11, no.3, Summer 1993, s.417.

¹⁴¹ Vicdan Altınok, "İnsan Kaynakları Yönetimi ve Güdüleme", S.Ü. İnsan Kaynakları Yönetimi Sempozyumu, Konya, 2-3 Mayıs 2000, s.196.

başarılı olmak için ihtiyaç duyulan yeni yetki ve yetenekleri de anlamak zorundadırlar. Eğitim programları sürecin başında başlatılmalı ve sonra yükselttilerek devam edilmelidir¹⁴².

Hastanelerde eğitim programları hemşireler için, formasyon bilgisine sahip olan hemşirelik yüksek okulu mezunu olan hemşire tarafından; hekimler için, çeşitli alanlarda sertifikaya sahip hekim tarafından; ve tüm personel için, gerekli olan eğitim alanları itibariyle psikolog, laboratuvar uzmanı, sosyolog gibi uzmanlarca ilgili eğitim vermeleri periyodik olarak sağlanmalı, bunun için gerekli eğitimciler için üniversitelerle bağlantıya geçilmelidir.

Günümüzde çağdaş yönetimi savunan tüm örgütler, ister kamu isterse özel sektör olsun, çatışma yönetimine yönetim stratejilerinde özel yer vermektedirler. Mevcut ve doğabilecek çatışmaların yönetilebilmeleri için, hem yönetim hem de personel düzeyinde gerekli eğitim çalışmalarını yapmakta, örgütsel düzenini, bu soruna yönelik çözüm önerileri üretebilmek için kullanmaktadırlar¹⁴³.

Hastane yönetimi, personelinin değişen şartlara uyumlu hale getirebilmek için eğitime tabi tutmalıdır. Bu hedef üzerinde bir dizi çalışma odaları hazırlanmalıdır¹⁴⁴. Tüm örgütler içinde, başarılı organizasyonlar personellerine yatırım yapanlardır. Toplum sağlığı hakkında eğitim için özel bir bütçe ayıran hastaneler, bu bütçeyi, örgütte tüm şartlarda üstünlük sağlamak için kullanmaktadırlar. Bu tür hastanedeki eğitim, hekimler ve personel açısından son derece önemlidir. Örneğin, Memorial Healthcare System, Yönetim Kurulu Üyelerinin eğitimi için önemli ve düzenli bir yatırım yapmaktadır. Her yıl yönetim üyeleri ve personel şefleri Naples, Florida yakınındaki Estes Park Kurumu'na çağrılır. Sıkça karşılaşılan konularda, yönetim kurulu üyeleri, komite üyeleriyle çalışır. Bu çalışma, yönetim kurulu üyelerine karşılaşılan sorunlarda aşinalık sağlamaktadır¹⁴⁵.

Hemşirelik bilgisi ihtiyacı, ikili bir yapı göstermektedir. Bir hemşirenin bilgiye ihtiyacı, uzmanlık alanına, sorumluluk düzeyine, çalışma yerine ve bunun gibi özelliklere bağlı olarak farklılık göstermektedir. Hemşirelik bilgi ihtiyacı; bir profesyonel olarak, problemleri değerlendiren, karar alan, kararları uygulayan, hemşirelik uygulamasına bağlı olarak değişmektedir. Bir hemşirenin bilgiye ihtiyacının tümü, ortalama olarak yaptıkları

¹⁴² K. Vestal, R. Massey, a.g.m., s.12.

¹⁴³ M. A. Özer, a.g.m., s.19.

¹⁴⁴ T. J. Hayes, K. E. Mack, a.g.m., s.69.

¹⁴⁵ Peter Weil, Rita Harmata, "Rekindling The Flame: Routine Practices That Promote Hospital Community Leadership", *Journal of Healthcare Management*, volume.47, number.2, March /April 2002, s.104-106.

tüm faaliyetlerde hemşirenin sorumlu olduklarıdır. Bunun yanında hasta bakımındaki fonksiyonlar da bilgiye olan ihtiyacı belirlemektedir¹⁴⁶. Tüm bu saptamalar altında kurumda bilgi eksikliği acilen giderilmelidir. Çünkü kişisel potansiyel çatışma, bir hemşirenin (tüm diğer sağlık profesyonelleri için de aynı durum fazlasıyla geçerli olarak), hemşirelik uygulamasını becerememek korku ve endişesi, bunun yanında, uygulamanın etkilerini ve sonuçlarını bilmemek dolayısıyla yaşanan gerginliktir (örn ; yanlış bir ilaç uygulaması hasta ölümüne sebep olabilmektedir).

Araştırmacılar, öğrenci hemşirelerin klinik eğitimlerinin bir parçası olarak; temel çatışma çözüm becerilerini ve kıdemli personelin tecrübelerinin paylaşmasının önemini belirtmiştir. Zira, neredeyse hemşire personelin % 40'ı psikolojik sıkıntı yaşamaktadır¹⁴⁷.

Bugünün hastane yöneticileri, genel bilgi ve yetenek temelli olmalıdırlar. Sağlık yönetim pozisyonlarının eşsizliği, bireylerin etkin karar almada, problem çözmede, finansal yönetimde ve denetimde becerilere sahip olmasına ihtiyaç gösterir. Bu yönetsel beceri, sadece iş beceri ve kabiliyetlerini gerektirmez aynı zamanda tıp ve sağlık sektörü hakkında bilgi de gerektirir. Sağlık bakım eğitiminde güçlü bir iş yönelimine geçiş, sağlık endüstrisinde değişen pazar şartlarına cevap vermeyi içerir¹⁴⁸. Bunun için de güçlü bir hizmet içi eğitime ihtiyaç duyulmaktadır.

Yeni sağlık sistemi, ihtiyaca cevap veren eğitim ve öğretim programları, yeni beceri ve değerleri öğrenmeye ihtiyaç gösteren sağlık bakım profesyonellerinde önemli bir değişim anlamına gelir. Sağlık profesyonellerinin davranışlarında, kültürlerinde ve eğitimlerinde bir değişimi gerçekleştirmek kolay olmayacaktır. Yönetim 21.yüzyıl sağlık bakımında Kalite Boşluğu (IOM 2001) raporu olarak sayılan 10 kural bulmuştur. Aşağıda bu kurallar arasında¹⁴⁹: Bilginin paylaşılması, karar almanın açıklık temelinde olması, güvenlik, sistemin şeffaflığı, ihtiyaçların önceden tahmini ve işbirliği yer almaktadır.

ABD gibi gelişmiş ülkelerde, hekimlerin sürekli tıp eğitimlerine yardımcı olunmak üzere “tıp eğitimi komiteleri” oluşturulmuştur. Yine bu amaçla, hastane kütüphanelerinin kitap, dergi, video teyp bandları ve slaydlar bakımından

¹⁴⁶National Institute Of Nursing Research, **Using Data, Information, and Knowledge to Deliver and Manage Patient Care**, <http://www.nih.gov/ninr/research/vol14/Chapter1.html>, 19.01.2002, s. 2-3.

¹⁴⁷ W. Heather, a.g.m., s.8.

¹⁴⁸ Paul E. Wallace, “Hospital Executives: Perceptions of Skills and Experiences Desired in Health Care Graduates”, **The Journal of Health Administration Education**, vol.12, no.1, Winter 1994, s.3.

¹⁴⁹ Mary E. Stefl, “ Introduction: The Drivers of Change”, **Frontiers of Health Services Management** , Vol. 18, number.2, Winter 2001, s.4.

zenginleştirilmesine, periyodik olarak seminerler ve konferanslar düzenlenmesine özen gösterilmektedir¹⁵⁰. Ancak, ülkemizde tıp alanında hizmet içi eğitim yetersiz kalmaktadır.

Bilimsel araştırma amaçlı kütüphane ve laboratuvar imkanlarının geliştirilmesi, günlük mesainin akademik çalışma yapmaya da olanak sağlayacak şekilde düzenlenmesi, sürekli eğitim sisteminin bulunması, kurumun kişisel bilgi, beceri ve yetenekleri geliştirici imkanlar tanınması ve kurumda sürekli yeni mesleki beceriler kazanılması hastanede sağlanabilecek gelişme faktörleridir¹⁵¹.

Değişik eğitim ve felsefeye sahip meslek üyelerinin, bir kurum içinde uyumlu olarak görev yapmaları beklenemez. Bu uyumsuzluk değişik amaçlarla yetiştirilmelerinden, kişilik özelliklerinden ya da oriyantasyon programının yetersizliğinden kaynaklanabilir. Hizmet içi eğitim, mesleki alanda araştırma ve incelemeye yönelik çalışmalara karşı ilgi uyandırıcı etki sağlayarak, ilgi alanının genişlemesini sağlamaktadır¹⁵². Öyle ki, hizmet içi eğitimle kişinin, özdeğerlendirme yaparak, ilişkilerinde olumlu davranış değişikliğine ulaşması sağlanır.

Hizmet içi eğitim konusunda bir diğer grup hekimler ve yöneticilerdir. Eğitimsel yaklaşım hekim-yönetici ilişkilerini geliştirmek için bazı engellerin üstesinden gelmede bir yöntemdir. Eğitimsel süreç karar alma metodu ve davranışlarının her ikisinde de belirleyici büyük rol oynadığı için, gelecekteki işbirliğini yükselten ve işbirliğini kolaylaştırabilen ve hekimlerle yöneticilerin birbirini etkileyebildiği bir yapı sunar. Daha da ötesi, özellikle, sağlık yönetim öğrencilerine, karar almaya klinik yaklaşım için; tıp öğrencilerine karar almaya yönetimsel yaklaşım için bir anlayış temeli sağlar ve uygulamada hekimlerle yöneticiler arasındaki işbirliğini teşvik eder¹⁵³.

Literatürde, her hastanenin bir el kitabı ve yeni elemana hoşgeldiniz demek amacıyla hazırlanan karşılama mektubu bulunması gerektiği belirtilmesine rağmen, hiçbir hastanede el kitabı ve karşılama mektubu bulunmamaktadır. Yine, yeni katılan personel tüm birimler hakkında bilgilendirilmemektedir. Bir an önce bu yoksunlukların giderilmesi, yeni katılan personele kurumun matriks yapısı kısaca anlatılması gerekmektedir. Zira bu konuda hekim ve hemşire arasında sıkça çatışma yaşanmaktadır.

¹⁵⁰ H. Seçim, "Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri", a.g.m., s.4.

¹⁵¹ Cesim Demir, Fahreddin Tatar, "Hemşirelerin Hastaen Yönetiminden Beklentilerinin Karşılama Düzeyleri", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, c.5, s.2, Bahar 2000, s.85.

¹⁵² G. Aksoy, a.g.m., s.182-183.

¹⁵³ N. L. McKay, A. Furino, a.g.m., s.422.

Hizmet içi eğitimde giderek önem kazanan diğer bir konu, hastane eczacılarının eğitimidir. Eczacının hastanede, yalnızca hap sayan ve gelen giden ilaçların kayıtlarını tutan kişiler durumundan çıkartılarak, hastanın ilaç anemnezini alan, ilaç profilini çıkaran, hekim ve hemşirelere ilaçların dozları, bileşimleri, yan etkileri, reaksiyon meydana getirme durumları hakkında bilgi veren klinikler haline getirilmesi için hizmet içi eğitim verilmektedir¹⁵⁴.

Hizmet içi eğitim programının sağlayacağı faydalar ise; öncelikle personel için gelişme ve ilerleme fırsatı hazırladığından, morallerini yükseltici etken olarak hizmet görmektedir. Bunun yanında kurumun haberleşme sisteminin daha ahenkli çalışmasına yardım edecektir¹⁵⁵. Bu da bilindiği gibi örgütte çatışma zeminini azaltıcı etki sağlayacaktır. Duyarlılık eğitimi, takım kurma, etkileşim analizi, bir araya getirme toplantıları gibi teknikler bireylere beşeri ilişkilerde açıklık, kendini tanıma, karşılıklı anlayış gibi beceriler kazandırarak, özellikle algılama farklılıkları ve yanlış anlamalardan kaynaklanan sorunları çözmede son derece etkili olmaktadır¹⁵⁶.

Hekimlerin ve yöneticilerin, Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet içi eğitimleri daha etkin sağlanmalıdır. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı bünyesinde “hemşirelik eğitim ve hizmetleri” ile ilgili politikaları saptayacak, uygulamaya koyacak, denetleyip değerlendirecek bir idari teşkilatın, bir genel müdürlük içinde değil, ayrı bir idare başkanlığı şeklinde kurulması, ve iller düzeyinde, Sağlık Müdürlükleri bünyesinde “hemşirelik şube müdürlüğü” biçiminde bütünlüğün sağlanması gereklidir. Hizmetin geliştiği Avrupa ülkelerinde bu örgütlenme biçimi geçerlidir¹⁵⁷.

Sağlık yöneticilerinde yönetim becerilerinin geliştirilebilmesi ve özyeterkinlik inancını daha da güçlendirebilmek için örgün eğitim sonrası da yöneticilere yönelik, özyeterkinliği, bilişsel, duyuşsal ve edimsel yönde geliştirici hizmet içi eğitim programları hazırlanmalı ve bu programları almaları için maddi kaynak ayrılmalıdır¹⁵⁸.

Aynı zamanda yapılan hizmet içi eğitimde, bireylere sorunların hazır çözüm yollarını aktarmaktan çok, düşünme, olayları yorumlama, çözüm üretme, duygusal denge

¹⁵⁴ H. Seçim, “Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri”, *a.g.m.*, s.4.

¹⁵⁵ P. Velioğlu, *a.g.m.*, s.150.

¹⁵⁶ M. Ateş, *a.g.m.*, s.12.

¹⁵⁷ İnci Erefe, “Sağlık Kurumları Örgüt Yapısı İçinde Hemşirelik Hizmetlerinin Konumu”, Editör. Muammer Doğan ve Diğerleri, 9 Eylül Üniversitesi 1. Ulusal Sağlık Kurumları Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994, Aydın, s.51.

¹⁵⁸ F.Arslaner, R. S. Tabak, *a.g.m.*, s.77.

kurma, özyetkinliği geliştirme , kişisel inisiyatif kullanma gibi yaşantının her anında yararlı olacak psikososyal beceriler kazandırmaya çalışılır¹⁵⁹.

Hastane çalışanları, özellikle hasta birey ve ailesinin psikolojik durumuna bağlı olarak sıkça saldırıyla karşılaşmaktadır. Bunun yanında, örgütte çalışanlar arasında da saldırılar az değildir. Bunu önlemenin yolu; öncelikle örgüt düzeyinde kınama disiplin prosedürüyle bağlantı kurmak, örgütsel adalet seviyesini yüksek düzeyde tutmaktır. Dış müşterilerce oluşan saldırılar için ise, bu gibi davranışlarda nasıl davranmak gerektiği üzerinde eğitim verilmelidir¹⁶⁰.

3.3.4. Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi

Hastanelerin yoğun teknoloji ve insan unsuruyla direkt ilgili karmaşık yapıda olması, pek çok çalışma sorunlarını beraberinde getirmektedir. Çalışma koşulları kapsamında; malzeme eksikliği, örgüt içerisinde stres unsurunun yer alması, hastanenin fiziksel yapısı, işin kendi yapısal sorunları, otomasyon eksikliği, büroatik aksaklıklar vs. sayılabilmektedir.

Hastaneler, yapısı itibariyle finansal problemlere sahiptir. Gerçekte, 1990'ların başında hastane yönetiminin, hayatta kalabilmek için yardıma ihtiyaç duyulduğunun farkına varılmıştır¹⁶¹. 1990'larda hastaneler kompleks, stres verici ve gerilim dolu bir çevreye sahip olmuştur. Şiddetli finansal sınırlamalar ve hekim gelirlerinin düşüşüne ilaveten, maliyet kontrolüne ve verimliliğin artmasına ihtiyaç doğmuştur. Pek çok kurumda bu durum, kişilerarası çatışmanın yükselişiyle son bulmuştur. Genellikle iş tarzı, ödeme ve maliyet tahsisi ile ilgili pek çok hekimi içine alan çatışmalar mevcuttur¹⁶². Bunun için kaynakların etkin yönetimi bir zorunluluktur. Nitekim; Avustralya'da sağlık yöneticileri için iş çevresi hızlı bir değişim göstermektedir. Yöneticiler maliyet kavramlarını anlamaya, hesap raporlarını anlamaya, finansal yönetimde liderlik yapmaya ihtiyaç duymaktadırlar¹⁶³.

Yeterli ilaç ve tıbbi malzemenin yokluğu ya da eksikliği, pek çok sağlık hizmetinde karşılaşılan ve hem personelde hem de toplumda tatminsizliğe yol açan başlıca nedenlerden birisidir. Bu sorunun ana sebebi talebin iyi tahmin edilmeyişi, gecikmiş alım,

¹⁵⁹ R. S.Tabak, M. D. Çekin, *a.g.m.*, s.20-21.

¹⁶⁰ J. Greenberg, R. A. Baron, *a.g.m.*, s.389.

¹⁶¹ Stiteler, Roland, "Conflict Resolution", *Trustee*, vol.48, issue.10, Nov/Dec 1995, s.9.

¹⁶² Cortlandt Forum, *Keeping The Peace*, vol.11, issue.7, 25/07/1998, s.45.

¹⁶³ Elaine Rıgby, Karen O'Connor, Deborah Black, "Accounting Education for Health Service Managers: Finding Out What They Need to Know", *The Journal of Health Administration Education*, vol.12, no.1, Winter 1994, s.59.

yanlış yapılan dağıtım, uygun olmayan kullanım ve uygunsuz bakımdır¹⁶⁴. Hastane yönetiminin tüm bu nedenlere yönelik olarak çareler üretmesi, kaynak sıkıntısı nedeniyle oluşan çatışmaları ortadan kaldıracaktır. Kaynaklar etkin kullanılmalıdır. Ovretveit, İngiltere’de son yıllarda gelişen yönetim ekiplerini incelemiştir. Yönetim lideri, kaliteye ulaşmada kaynakların yeterince etkin kullanımının gerekliliğini belirtmiştir¹⁶⁵.

Hastanelerde tıbbi araç gereç eksikliği giderilmelidir. Bu suretle finansal kiralama yöntemi kullanılabilir. Öz kaynakları yetersiz olduğu için, ihtiyaç duyduğu tıbbi cihazları peşin olarak satın alamayan hastaneler, söz konusu cihazları, finansal kiralama sayesinde belli dönemlerde ödeyecekleri kira bedelleri karşılığında kullanım hakkını elde edebilmektedirler. Öyle ki, hastanelerin ihtiyaç duydukları tıbbi cihazları finansal kiralamayla sağlamaları durumunda ödeyecekleri kira bedelleri, borçlanarak satın alma durumunda yüklenilecek faiz giderlerinden daha düşük bulunmaktadır¹⁶⁶.

Kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastaneler, sahip oldukları sınırlı bütçelerle kar amacı gütmeksizin sağlık hizmeti sunan işletmelerdir. Bu hastanelerin bir çoğunun bütçesi, ihtiyaç duyulan teçhizatın temininde satın alma yerine, finansal kiralama yönteminin uygulanmasına daha uygun olabilmektedir. Finansal kiralama, kamu hastaneleri için aynı zamanda ileri teknoloji gerektiren ve oldukça pahalı olan tıbbi cihazları alabilmek için karşılıklarına çıkan bürokratik engelleri aşmak amacıyla kullanabilecekleri bir yöntem niteliği taşımaktadır. Ortaya çıkabilecek bürokratik engellerin aşılabılmesinde finansal kiralama, kira ödemelerinin yatırım bütçelerine başvurmada işletme bütçelerinden (döner sermaye bütçelerinden) karşılanabilmesi özelliği ile devreye girmektedir¹⁶⁷.

Bir başka yöntem satın alma mekanizmasıdır. Bunun için “ürün değerlendirme kurulu”nun kullanılması gerekir. Başarılı ürün değerlendirme kurulunun temel dayanak noktası, satın alma mekanizması içine herkesi katmaktır. Eğer kurul, gereği gibi araştırma yapmış ve satın alımları onaylamışsa, o zaman win/win (mutlak kazanç) durumu söz konusu olacaktır. Hastanede satın alma üyeleri, bütün organizasyon için en iyisini

¹⁶⁴ B. Eren, a.g.m., s.6.

¹⁶⁵ Baldwin Steve, Woods Peter A., “Case Management and Needs Assesment: Some Issues of Concern For The Caring Professions”, *Journal of Mental Health*, Sep. 1994, vol.3, issue3, s.311.

¹⁶⁶ Münevver Menderes, Erkan Malkoç, “Finansal Kiralamanın (Leasing) Uygulanabilirliği ve Ege Üniversitesi Hastanesi Uygulamasının Analizi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, c.5, s.1, Kış 2000, s.26-27.

¹⁶⁷ M.Menderes, E.Malkoç, a.g.m., s.77.

yapmaya çalışmalıdırlar. Bir başka olumsuz tutum ise, otorite durumundaki kişinin, şahsi işlerini içine katarak son kararı verdiği satın alma win/lose (kazanç/kayıp) stratejisidir¹⁶⁸.

Çalışma ortamında ihtiyaç duyulan araç gereçlerin yeterli düzeyde bulunması, kurumun koyduğu kuralların çalışma yaşamını kolaylaştırması ve çalışma ortamında, sağlık ve emniyet önlemlerinin yeterli olması gerekmektedir. Araştırmalar, haftalık çalışma saatlerinin esnek zaman uygulaması ile düzenlenmesi, rotasyon ve vardiyaların azaltılması, aydınlatma, ısı, gürültü şartlarının iyileştirilmesi, sağlık ve güvenlik programlarının uygulanması durumunda, çalışanların motivasyonunun artacağını ortaya koymaktadır. Çalışma ortamının, bir kurumun motivasyon, verimlilik ve iş doyumunu üzerine etkisi son derece büyüktür. Kurum içinde ihtiyaçların karşılanamaması ve engelleyici çalışma koşullarının bulunması saldırganlığa ve çatışmaya yol açabilmektedir¹⁶⁹.

Kendi işini anlamlı bulan, sorumluluk hisseden ve yaptığı işin sonuçlarından haberdar olan kişi, işinde daha mutlu, daha motive, daha tatmin olacaktır. Ancak yapılan işin bunu sağlayabilmesi için beş özelliğe sahip olması gerekir. Bunlar; beceri çeşitliliği(kişinin kendi bilgi ve becerisini aktarabilmesi), görev bütünlüğü (yapılan işe baştan sona katkı sağlanması), görevin önemli hissedilmesi, görevin özerk olması, yapılan işle ilgili geribildirim yapılması, olarak sıralanabilmektedir¹⁷⁰. Sağlık çalışanlarında ise bu durum sınırlı bir biçimde bulunmaktadır.

Hemşirelerin iş doyumlarının artırılmasında branşlaşmanın önemli olduğu düşünülmüştür. Bunun için hemşirelerin staj süresi içinde çalışma alanları belirlenerek buna yönelik eğitim alanları sağlanmalı ve aldıkları öğrenim doğrultusunda görevlendirilmelidir. İş yüküne dayalı ölçümler yapılarak, iş yükünün çok olduğu cerrahi ve yoğun bakım bölümlerinde görev yapanların çalışma sürelerinin diğer servislerde görev yapanlara göre (örneğin günde 6 saat) daha az olması, iş doyum düzeyini yükseltecek bir faktör olarak değerlendirilebilir¹⁷¹.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 122'nci maddesinde "... kliniklerde çalışan eczacılar, klinik şef veya uzmanı ile ziyaret ve kontrvizitlere çıkar, yazılan ilaçları eczaneden teslim alır ve bunların usulüne uygun olarak hastalara ulaşmasını sağlar"

¹⁶⁸ Daniel S. Cochran, C. P. Rao, "The Effects and Resolution of Conflict in Hospital Purchasing Management", *Journal of Health Care Marketing*, vol. 2, no.4, Fall 1982, s.22.

¹⁶⁹ C. Demir, F. Tatar, a.g.m., s. 86-87.

¹⁷⁰ Öznur Aşan, " İş Özellikler Modelinde Kritik Psikolojik Hallerin Aracılık Rolünün Test Edilmesine Yönelik Ampirik Bir Çalışma", *Amme İdaresi Dergisi*, c.33, s.2, 2000, s.104.

¹⁷¹ M. Çimen, İ. Şahin, a.g.m., s.65.

denilmesine rağmen, özellikle ilaç istemlerini kontrol edecek eczacılar servislerde yoktur. Yönetmelik maddesi olmasına rağmen, eczacıların bu görevlerini neden yerine getirmedikleri hastane yönetimince belirlenmeli, eğer bu madde geçersiz ise yönetmelikten çıkartılmalıdır¹⁷². Zira, eczacıların bu görevini hemşire, personel yapmakta ve pek çok alanda bilgi eksikliği sıkıntısı çekmektedir.

Hastanelerde uygun kültür ortamı bulunmamaktadır. Bu organizasyon kültürü, hekimin stratejik planlama ve uygulamada katılımını sağlamalı, hekime saygı göstermeli, açık, dürüst ve kalıcı iletişimi ve hekim liderliğini geliştirmeli, alternatif organizasyon yapıları aramaya ve işbirliğine hazır olmalı ve değişimin hızına ayak uydurabilmelidir¹⁷³.

Kalkınma planlarında, gelişmiş ülkelerdeki sağlık personeli başına düşen nüfus esas alınarak planlama yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı planlama sürecinde yer almamakta, sadece DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) tarafından ihtiyaç duyulan verileri sağlamaktadır. Oysa, sağlık insangücü planlamasında planı yapanlar, insangücü talebinde bulunanlar, istihdam edenler ile bu insangücünü yetiştirenler arasında sıkı bir işbirliği kurulması gerekmektedir. Bu durumda ülkemizde, akılcı ve tutarlı bir sağlık insangücü planlaması olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu yönetmeliklerin temel alındığı hastanelerde, sağlık insangücü planlamasında esas alınan en önemli kriterler hasta veya yatak sayısıdır. Oysa hastanelere olan talep önceden bilinemediğinden, her gün hangi servise kaç hasta geleceğini yüzde yüz kestirmek mümkün olmamaktadır. Bu nedenle, yatak ve hasta sayısı iş yükünü belirlemede yanıltıcı olmakta, ortaya çıkan sonuçlar açısından, ihtiyaç duyulan insangücü sayısında yanılgılar söz konusu olmaktadır¹⁷⁴. Doğru bir planlama yönteminin olmaması nedeniyle, bazı servislerde boş oturan personel görülebilirken, bazı servislerde personelinin kapasitesinin çok üzerinde bir işyükü ile çalışması söz konusu olmaktadır.

Hastaların bağımlılık düzeyleri gözönüne alınarak yapılacak bu tür hesaplamalar için, hasta sınıflama ölçekleri geliştirilmekte ve bu bilgilerin değerlendirmesi bilgisayar yardımıyla yapılmaktadır. Yatak başına düşen hemşire sayısı ve teknolojik olanakların uygunluğuna bağlı olan bu yöntemlerin ülkemiz hastanelerinde kullanım alanı bulma şansı sınırlıdır. Ancak, özellikle otomasyon sistemine geçen hastanelerde hasta sınıflandırma çalışmalarının yapılmasında soni derece büyük yarar vardır¹⁷⁵.

¹⁷² S.Abaan, a.g.m., s.3.

¹⁷³ B. Eren, "Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane", a.g.m., s.4.

¹⁷⁴ Gülfer Bektaş, Metin Ateş, Fatma Arslanerer, a.g.m., s.674-675.

¹⁷⁵ G.Bektaş, M.Ateş, F. Arslanerer, a.g.m., s. 675.

Yapılan bir araştırmada, sağlık personelinin kaliteli iş hayatını artıran insan kaynakları yönetimi uygulamasına önem verilerek, işçi maliyetlerinde tasarrufa gidilmektedir. Bu, Howard'ın hastane kültürünün eş zamanlı olarak hem yeteneğin, hem de insan ilişkilerinin arttırılmasına yönelik bulgularıyla da tutarlı bulunmaktadır¹⁷⁶.

Hastanede çalışma koşullarında büyük önem arz eden bir konuda örgütte varolan strestir. Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla ortaya çıkan, yaşamı olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen, baskı, zorlama, kaygı, heyecan ve korku gibi duyguları kapsayan bir deneyimdir. La Rocca, House ve French tarafından geliştirilen iş stresi, sosyal destek ve sağlık modeline göre stres, algılanan talepler, algılanan kişisel yetenekler aştığında ortaya çıkmaktadır¹⁷⁷.

Stresle mücadelede ilk en önemli strateji stresi önlemedir. Bu, ilk seviyede stresin yıkıcı düzeye ulaşmaktan alıkoyan faaliyetleri kapsar. Kişisel ve iş dışı stresörler kötü etkilerinden sakınılabilecek faaliyet olarak bilinir. A tipi kişiliğe sahip bireylerin üstleri, işte daha rahatlatıcı politika uygulayabilirler. Aile problemleri, iş programlarında değişiklik yoluyla kısmen düzeltilebilir¹⁷⁸.

Çalışma yaşamında stres kaynakları; aşırı iş yükü, işin sıkıcı olması, ücret yetersizliği, yükselme olanağının bulunmaması, çalışma koşullarında yetersizlikler, karara katılamama, değerlendirmede adaletsizlik, zaman baskısı, araç gereç yetersizliği, iş ortamında huzursuzluk, işyerinde dedikodu, iş gerekleri ile kişilik uyumsuzluğu, statü düşüklüğü¹⁷⁹ ve kişilik farklılıkları gibi diğer bireysel nedenler vs. sayılabilir. Tüm bu nedenler tespit edilip, nedene yönelik çözüm önerilerine gitmek, örgütsel stres yönetiminde başvurulacak yol olmalıdır.

Öncelikle stres bireysel bir yaklaşımdır. Bireysel stres yönetimine yardımcı pek çok teknik vardır. Düzenli egzersiz yapmak, dinlenmeyi sağlamak, sağlıklı beslenmek gibi. Örgütsel düzeyde yöneticiler buna destek olabilir. Örgütte çalışanlara düzenli iş molaları ve tatil vererek bireysel stres yönetim tekniklerini destekleyebilirler¹⁸⁰.

¹⁷⁶ Blair D. Gifford, "The Relationship Between Hospital Unit Culture and Nurses' Quality Of Work Life", *Journal of Healthcare Management*, vol.47, no.1, January/February 2002, s.22.

¹⁷⁷ N. Aştı, L. Küçük, a.g.m., s. 84.

¹⁷⁸ J. R. Schermerhorn, J. G. Hunt, R. N. Osborn, a.g.m., s.406.

¹⁷⁹ İnayet Pehlivan, *Halkla İlişkiler Yönetimi Geliştirme ve Oryantasyon Eğitimi Bölgesel Seminer Notları*, Eğitim Daire Başkanlığı Eğitim Serisi:2, Ankara, 2000, s.87.

¹⁸⁰ R.L. Daft, a.g.m., s.494.

Doyum, Price 'a göre, bir toplumsal sistem üyelerinin, o sistemde üye olmaya karşı gösterdikleri olumlu duygusal eğilimdir¹⁸¹. İş doyumunu sağlamak için örgüt içinde olumlu eğitsel moral ortamı oluşturulmalıdır. Her örgüt yapılan işin niteliğine, kullandığı teknolojiye, çevresel koşullara, örgüt içi çatışmalara, örgütün yarattığı iklime ve öteki etmenlere göre farklı stres kaynakları geliştirebilir¹⁸². Bu sebeple, hastaneler tek bir etmenle değil pek çok değişkenle birlikte değerlendirilerek çatışma yönetimine ulaşabilirler.

Sağlık çalışanları içinde hemşirelerin, en sorunlu grup olarak belirlediği görülmüştür. Ayrıca bireylerin çalıştıkları servis açısından bakıldığında, çalıştığı servisten bağımsız olarak, hastalarla doğrudan ilişkili olan personelin stres belirtileri, idari personel ve yardımcı personelinkinden daha yüksek çıkmıştır. İş doyumunu belirleyen en önemli değişkenin, işletme politikaları olduğu, ücretin ise daha alt sıralarda kaldığı bulunmuştur¹⁸³.

Bunun yanında hastanede çalışan personel, özellikle hekimler ve hemşireler hastane ortamında doğrudan ya da dolaylı öfke ortaya koyan hasta davranışlarıyla sık sık karşılaşmaktadırlar¹⁸⁴. Sağlık personeli, stres altında olan insana hizmet vermeleri, hem de çalışma koşulları nedeniyle şiddete maruz kalabilmektedir. Hemşirelerin şiddetle karşılaşma riskini artıran nedenler arasında, hasta ve hasta yakınlarıyla yakın çalışma; hasta ünitelerinin yüksek oranda duygu yükü içeren yaşantılar içermesi; yoğun çalışma temposu; vardiya biçiminde çalışma, yetersiz personel, güvenlik önlemlerinin yetersizliği ve hemşirelerin cinsiyet faktörleri dolayısıyla etkilenmesi sayılabilir¹⁸⁵.

Stres kaynakları arasında rol belirsizliği ve rol çatışması önemli bir yer tutmaktadır. Hastanelerde rol çatışması, genellikle hekimler, hemşireler ve hastane yöneticileri arasında olmaktadır. Hemşirelerin birden çok üste bağlı olması, hastane yöneticilerinin yetkilerinin sınırlı olması gibi nedenler çatışmaya neden olabilmektedir.

Başhemşire yardımcılarının değerlendirmelerinin, diğer yöneticilere göre daha olumsuz olduğu söylenebilir. Buna göre, boyutu oluşturan değişkenler açısından ele

¹⁸¹ M. Ceyhan Aldemir, "Yöneticilerin Güç Tipleri ile İşe Yabancılaşma ve İş Doyumu Arasındaki İlişkiler", *Amme İdaresi Dergisi*, c.16, Mart 1983, s.27.

¹⁸² H. Şahin, G. Erigüç, *a.g.m.*, s.24.

¹⁸³ Nesrin H. Şahin, Ayşegül Durak Batıgün, *Bir Özel Hastanede Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres*, *www.Türk Psikoloji Dergisi*, 05.03.2003, s.48.

¹⁸⁴ Selma Doğan, Handan Güler, Meral Kelleci, "Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları", *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, c.5, s.1, 2001, s. 27.

¹⁸⁵ Yurdagül Erdem, Besti Üstün, "Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Şiddet Durumları:Gözden Geçirme," *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, c.4, s.2, 1997, s.105-106.

alındığında; bağımsız karar alma ve uygulama imkanlarının sınırlı olması, görevle ilgili yetkilerinin yeterli olması, üstlerinin kararlarına katılamama, kendilerinin ve astlarının yetki ve sorumluluklarının net bir şekilde belirlenmemiş olması, yönetsel uygulamaları eleştirememek, görev yaparken bilgi ve yeteneklerini tam olarak kullanamama, bilgi akışının yetersiz olması vs. sebepler sayılabilir¹⁸⁶. Kendisini yönetemeyen ve stres altında kıvranan bir yönetici, kendilerine düşen görevler için uygun durumu ve gelişme meydana getirmeyen enerji ve zamanlarını boşa harcarlar¹⁸⁷.

Hekimler arasındaki stres oluşturuıcı gündelik olayların neler olduğunun incelendiği bir araştırma sonucunda da, zaman baskısının en önemli stres nedenlerinden biri olduğu bulunmuştur. Erdem (1997) tarafından yapılan bir araştırma sonucunda ise, hastane yöneticilerine zaman kaybettiren tuzakların başında plansızlık, öncelikleri belirleyememek, ertelemek, acelecilik, kırtasiyecilik, rutin ve gereksiz işler, açık kapı politikası, dağınık büro ve masa gibi faktörlerin olduğu bulunmuştur. Aynı araştırma sonucunda yöneticilerin, zaman yönetimi için aldıkları önlemlerin; düzenli, planlı ve programlı çalışma, telefonla kısa görüşme, ziyaretleri düzenleme için bazı önlemler oluşturma olduğu görülmüştür. Bu gibi yöntemlerin stresle başa çıkmada da yardımcı olacağı söylenebilir¹⁸⁸.

Yapılan bir araştırmada, en çok iş doyumu, sağlık idarecilerinde bulunmuştur. Hekimlerin akademik unvan durumlarına göre yapılan analiz sonucunda ise, pratisyen hekimlerin iş doyum düzeylerinin diğerlerinden düşük olduğu bulunmuştur¹⁸⁹.

Başhekimlerin ise, aşırı iş yükü ve zaman baskısından dolayı, diğer yönetici gruplarına oranla daha çok stres yaşadıkları söylenebilir¹⁹⁰. Hastane müdürlerinin personel davranışı sosyal destek boyutu ile ilgili olarak, diğer yönetici gruplarına oranla daha çok stres yaşadıkları söylenebilir. Hastanede üstlerinden, astlarından ve meslektaşlarından yeterince sosyal destek görememe nedeniyle stres yaşadıkları söylenebilir¹⁹¹.

Hastane müdür yardımcılarının, kişilik ve işin monotonluğu ile ilgili değerlendirmelerinin, diğer yöneticilere göre daha olumsuz olduğu söylenebilir. Başka bir ifade ile bu yöneticilerin, işi ile kişilikleri arasında uyumsuzluk olması ve işinin monoton

¹⁸⁶ H. Şahin, G.Erigüç, a.g.m., s.45.

¹⁸⁷ Özcan Yeniçeri, "Örgüt ve Yönetici Geliştirmede Yeni Yaklaşımlar", *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, yıl. 40, s.476, s.65.

¹⁸⁸ H.Şahin, G. Erigüç, a.g.m., s.29.

¹⁸⁹ M. Çimen, İ.Şahin, a.g.m., s.65.

¹⁹⁰ H. Şahin, Gülsün Erigüç, a.g.m., s.46.

¹⁹¹ H. Şahin, G.Erigüç, a.g.m., s. 46

olarak algılamaları nedenlerinden dolayı diğer yöneticilere göre daha fazla stres yaşadıkları söylenebilir¹⁹².

Stresten dolayı çalışanlarda, fizyolojik belirtilerin yanı sıra, bazı psikolojik belirtiler de görülmektedir. Bu belirtilerden bazılarının sürekli tedirginlik duygusu, yaşamdan sıkılma, bastırılmış öfke hissi, bir şeye yoğunlaşamama, depresyon, doyumsuzluk, belirsizlik ve yetenekleri kullanamamaktan doğan ruhsal rahatsızlıklar; karamsarlık, alınganlık, huzursuzluk, artan saldırganlık, devamlı sebepsiz korkular, endişe vs. psikolojik stres belirtileri olarak sayılabilir¹⁹³.

Kişi stresle başedemediği zaman bazı davranışsal belirtiler gösterir. Örneğin; uygun olmayan durumlarda ortaya çıkan öfke, düşmanlık ve kızgınlık duyguları, konuşma ve yazıda belirsizlik ve kopukluk, önemsiz konularda aşırı endişelenme ya da gerekli yerlerde umursamamadır ki, bu sağlık işletmelerinde hayati fonksiyonların hizmet konusu olması dolayısıyla daha da önem arzeden bir konu olmaktadır¹⁹⁴.

Meslek gruplarının iş doyumlarının farklı olduğu saptanmış ve bu farklılık mesleki saygınlık, iş üzerindeki denetim, çalışma grubunun bütünleşme düzeyi, mesleki topluluk oluşturma, olarak tanımlanan dört temel etmen ile açıklanmıştır. Buna göre; mesleğin saygınlığının ve çalışanın kendi işini ve başkalarının işini denetleme yetkisinin yani örgüt hiyerarşisindeki gücünün artması; işin çalışanları birlikte çalışmaya yönlendirme düzeyinin türevi olarak tanımlanan çalışma grubunun bütünleşme düzeyinin artması; çalışanların iş dışında mesleki topluluk oluşturarak, kendileri için değerleri belli, özgün ve küçük bir dünya oluşturabilme imkanlarının artması iş doyumunu arttırmakta¹⁹⁵ ve doyumsuzluk nedeni çatışmayı azaltabilmektedir.

Hastaneler; pek çok meslek dalının icra edildiği, hem üretim hem servis hizmetinin verildiği, teknoloji ve insan ağırlıklı hizmetin sunulduğu, hizmet veren ile hizmet alanın ve yakınlarının iç içe yaşadığı, kompleks fiziki niteliklere sahip binalar olarak, bina yönetim hizmetlerine birinci derecede ihtiyaç duymaktadır¹⁹⁶.

¹⁹² H.Şahin, G.Erigüç, a.g.m., s.46.

¹⁹³ H. Şahin G.Erigüç, a.g.m., s.26.

¹⁹⁴ Leman Birol, **Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım**, 3.b., İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 1997, s.30-31.

¹⁹⁵ B. Piyal, Ü.Çelen, a.g.m., s.23.

¹⁹⁶ Cemalettin Yılmaz, Bilgehan Gürleyük, Cevat Aksakal, "Hastanelerde Bina Yönetimi Hizmetleri,"1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetim, 20-21 Mayıs 2000, s.556.

Gelişmiş ülkelerde hastane mimarisi, başlı başına bir uzmanlık alanı haline gelmiştir. Ülkemizde hastane mimarisi henüz gelişmiş değildir. Bu durum, özel sektör hastanelerinin de çözümsüz bıraktığı en önemli sorunlarından biridir. Binanın güzelliği, iç açıcılığı, geniş ve ferah olması vb. özellikleri yanında, verilecek hizmete yetecek kadar alan ve hacim işgal etmesi ve hizmet sunmaya elverişli yani kullanışlı olması gerekmektedir¹⁹⁷.

Hastanenin fiziksel şartları kapsamında yer alacak bir konu da, iş ortamının renklendirilmesine dairdir. Hasta bireyler ve çalışanlar için ortam renklendirmesinin ilişkisi saptanmıştır. Renklerin sadece fiziksel değil, aynı zamanda insanların psikolojik durumları üzerinde de etkili olduğu gözlenmiştir. Renklerin algılanması sonucu insanlarda bazı hormonlar harekete geçmektedir. Bu hormonlar insanda stresli veya stressiz olma durumu yaratırlar. Yapılan araştırmalarda, renklerin tekdüzeliği, sık renk değişimi ve özelliği sonucu adrenelin ve noradrenelin hormonlarının sinir sistemini uyardığı; kalp atışının, nabızın ve nefes alıp verme hızının ve çalışma veriminin değiştiği görülmüştür¹⁹⁸.

Çok fazla renklilik veya çok geniş alana yayılan tek renk, çalışanlara rahatsızlık vermekte, dikkatlerini dağıtmaktadır. Parlaklığından dolayı gözü yormasından beyaz renk tek başına kullanılmamalı; yeşil renk ise dinlendirici ve gözü yormama özelliğinden dolayı tercih edilmelidir. Soğuk ve sakin bir renk olan mavi ise; sessizlik ve rahatlık telkin etmesi nedeniyle dinlendirici bir renktir. Mavi, Japonya, Avustralya, ABD, Almanya ve bizim ülkemizde en çok tercih edilen renk durumundadır. Diğer ülkelerden farklı yeşil, ülkemizde kullanılan renkler arasındadır. Yeşil de çalışma ortamlarına uygun renktir. Zira yeşil, dinlendirici, memnuniyet, sükunet ve ümit telkin edicidir¹⁹⁹.

Son yıllarda gelişen “Kurum ev idaresi” hastane işletmelerinin başarısını artıracak alternatif yol olarak gözükmektedir. Birimin görevleri arasında, hastane içi ve çevresinin temiz ve hijyenik olarak muhafazası, servisler arasında hasta ile ilgili tıbbi malzeme ve laboratuvar maddelerinin gitmesi gereken yerlere zamanında güvenli olarak ulaştırılması hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi ve personelin eğitim ve denetlenmesidir²⁰⁰.

¹⁹⁷O.Çetik, S. N. Oğulata, **a.g.m.**, s.29.

¹⁹⁸ Mebrure Halhallı, M. Hamil Nazik, “İş Ortamında Renklerin Önemi”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, sayı. 473, Mayıs 2001, s.65.

¹⁹⁹ M. Halhallı, M. H.Nazik, **a.g.m.**, s. 67-68-70.

²⁰⁰Dilek Erdal, “Kurum Ev İdaresi Hizmetlerinde Hastane Birimleri Arası Koordinasyonun Önemi”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.2, s.2, Mart 1998, s.9.

Hastanede kat hizmetleri, hasta bakım ve tedavi hizmetlerinin kalitesini etkileyen bir hastane hizmetidir. Kat hizmetleri, hastane ve çevresinin hijyen şartlarına bağlı olarak, temiz ve bakımlı tutulması, hastaların ve personelin kullandığı çamaşırın ve giysilerin temizlik kontrollerinin yapılması, aynı zamanda hastanede yangına ve diğer tehlikelere karşı tedbir alınması amacıyla sürdürülen hizmetler olarak tanımlanmaktadır²⁰¹.

Hastanenin temizliğinde bir düzensizlik söz konusudur. Önerdiğimiz modelde; hemşire, temizlenecek odayı forma işler, hasta kabule gönderir, hasta kabul ev ekonomistine formuna iletir. Ev ekonomisti odaya temiz olduğuna dair onay verdikten sonra tekrar hasta kabule formu ulaştırır. Formun işlemeye başlaması ile iletişim kanalı düzenlenmiş, formu doldurmak ilgili birimlere sorumluluk getirmiş, gecikme ya da iletilmeme gibi problemler, kişilere ulaşmaktan kaynaklanan zaman kaybı, iletişim eksikliğinden doğan birimler arası sürtüşmeler ortadan kalkmıştır²⁰².

Hastanelerde, konaklama hizmetlerini kaliteli olarak sürdürülmesinde kat hizmetlerinin önemli bir yeri vardır. Kat hizmetleri faaliyetleri gerek hastaların, gerekse personelin sağlığı için gerekli olan hastane temizliğini sürdürmede, aynı zamanda da hastanenin araç-gereç ve donatımının korunmasında oldukça önemlidir²⁰³.

Hastanelerde hizmet birimlerinin iş akışı problemi günün her anında değişik yoğunlukta hizmet sunan, kompleks bir fiziksel yapıya sahip olan hastanelerin çözülmesi gereken en önemli sorunlarından birisidir. Hastanelerde tetkik, teşhis ve tedavi üniteleri, yardımcı tıbbi üniteler ile idari, mali ve teknik birimler için gerekli olan insangücü, makine ve teçhizat ihtiyaçlarının saptanarak, bunlar arasındaki iş akışı ilişkilerine göre uygun büyüklükte ve uygun yerde yerleşim alanlarının belirlenmesi gereklidir. Böylece hekim, hemşire ve diğer yardımcı ve destek personelin düzenlenecek olan ergonomik iş akışları ile verimlilikleri artırabileceği gibi hastanede yaşanan tıbbi olumsuzlukların da ortadan kaldırılması sağlanacaktır²⁰⁴.

Cincinnati'deki Children's Hospital' da, çalışma alanlarında; iş, hasta, evrak akışı ve hekim, hemşire ve diğer personelin iletişimi ile ilgili çalışmalar sonucu dolaşım zamanı %50'den fazla azaltılmıştır. Bu çalışmalar anlamlı maliyet düşüşleri getirmiştir. Bunu da

²⁰¹A. Tunç, H. D. Sevin, **a.g.m.**, s.102.

²⁰²D. Erdal, **a.g.m.**, s.10.

²⁰³A. Tunç, H. D. Sevin, **a.g.m.**, s. 112.

²⁰⁴M.Oya Çetlik, S. Noyan Oğulata, "Hastane Hizmet Birimleri Arasında İş Akışının Ergonomik Açıdan Düzenlenmesi", **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.41, s.489, s.28.

ötesinde, koşuşturmanın çok azaltıldığı estetik ve hoş bir ortamda hastaların ve tüm personelin yükselen moral düzeyi söz konusu olmuştur²⁰⁵.

Ülkemizde bir çok alanda olduğu gibi, sağlık sektöründe de bilgi teknolojilerinin algılanması, hangi kapsamda kullanılması gerektiği son yıllarda daha fazla anlaşılmaya başlanmış, özellikle rekabetin zorunlu kıldığı kaliteyi artırma, farklılaşma ve daha az maliyetle iş yapabilmenin temel gereklerinden birisinin bilgi sistemleri yatırımları ile gerçekleştirileceği anlaşılmıştır. Sağlık kuruluşlarında bu yatırımların yapılması ile birlikte kaçakların minimize edilmesi, verimliliği ölçme ve artırma, yatırımların geri dönüşünü hızlandırma, esnekliği artırma, karışık ve hata suistimallerine yol açan iş akışlarını ortadan kaldırma, kaynakları verimli kullanma, maliyetleri kontrol edebilme, kaliteyi artırma, cihaz ve materyal planlamasını yapabilme söz konusu olabilmektedir²⁰⁶.

Tıp alanındaki bir başka gelişme elektronik hasta kayıtları sistemidir. Bu sistemde amaç, kağıtsız hastane oluşturmaktır. Böyle bir sistemde hasta ile ilgili tüm veriler, verinin üretildiği anda elektronik ortama aktarılmaktadır. Bu sistemle, bireysel sağlık bilgilerinin, en fazla gerekli olan anda, yani hasta muayene olurken veya hastaya müdahale edilirken kolaylıkla ulaşılabilir olmasıdır. Bir yandan da karar vermede sağlık personeline yardımcı bilgi üretebilme özelliği sağlamaktadır. Diğer yandan, sağlık kurumu yöneticileri için, kurumlarının performans kriterlerini anlık olarak takip edebilme imkanı sağlarken, verilen sağlık hizmetlerinin aktif bir veri tabanında sayılabilir ve kodlanmış parametreler halinde ulaşılmasını da sağlamaktadır²⁰⁷.

Hastane otomasyonu, özgün nitelikler gerektiren bir ileri teknoloji ürünüdür. Gerçekte bilgisayar ve haberleşme teknolojilerinin sentezinden oluşan stratejik bir projedir. Hastane otomasyonu, bir on-line real time transaction (entegre ve anında etkileşim) teknolojisi olarak özellikle bilgi işlem (data processing) ağırlıklı bir uygulamadır. Hastanelerde klinik (yatan hasta), poliklinik, acil hizmetler, idari ve mali işler olarak dört ayrı otomasyon projesi tasarlanmalıdır gerektiğinde entegre edilebilmelidir²⁰⁸. Temel olarak hastanelerin ihtiyaçları ve süreçleri birbirine yakındır. Ülkemizde hastane otomasyonu

²⁰⁵ Ertuğrul Tarcan, Ergin Sait Varol, Metin Ateş, "Bina Kalitesi ve Sağlık İşletmelerinin Performansları Üzerine Etkileri," **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.5, s.4, Güz 2000, s.97-98.

²⁰⁶ Bülent Karataş, "Neden Otomasyon", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.4, s.2, Mart- Nisan 2000, s. 43.

²⁰⁷ Tayfun Ünlü, İbrahim Ünsal, " Elektronik Hasta Kayıtları: Bir Ütopya mı?", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.4, s.2, Mart- Nisan 2000, s.50.

²⁰⁸ Kutlu Merih, "Hastane Otomasyonu Projelerine Yanılsama ve Gerçek", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.4, s.2, Mart- Nisan 2000, s.59-60-61.

konusunda yaşanan arayışlar aslında doğru çözüm ve bu çözümü uygulayacak ekibin kalitesinde yatmaktadır²⁰⁹.

Hastane ortamında motivasyonu ve iş doyumunu artırıcı sosyal faaliyetler düzenlenmeli, sıklığı artırılmalı ve herkesin katılımı sağlanmalıdır. Ayrıca psikolojik sorunları olan hemşirelerin, psikiyatrik danışmanlık ve tedavi almasına destek olunarak, uygun çalışma koşullarının sağlanması ve hatta güç birliği oluşturma adına hemşireler arasında örgütlenmenin güçlendirilmesine yönelik faaliyetlerin düzenlenmesi önemli konular arasındadır²¹⁰. Kurum tarafından servis, kreş gibi sosyal olanakların sağlanması da anne pozisyonundaki bayan çalışanların sıkıntılarını giderecektir. Zira, hastane personelinin önemli bir kısmı bayanlardan oluşmaktadır²¹¹.

Personel arasında iyi ilişkiler kurmak ve geliştirmek yönünden, çaylar grup tartışmaları düzenlemek, kültürel ve sportif faaliyetleri desteklemek olumlu sonuçlar verir. Hastanede çalışanlar, hizmetlerinin özelliğinden ötürü, sosyal faaliyete katılışları az çok kısıtlanmış olduğundan, bilhassa teşvik edilmelidir. Dışardaki sosyal ve kültürel faaliyetler duyurulduğu gibi, kurum tarafından da düzenlenmelidir. Ancak personel her çeşit faaliyete katılmaya zorlanmamalıdır. Katılma isteğe bırakılmalıdır²¹².

3.3.5. Etkin Performans Değerlendirme ve Ödüllendirmenin Uygulanması

Performans değerlendirmesi, işgörenin görevindeki başarısını, gelişme yeteneğini, tutum ve davranışlarını ve örgüte sağladığı katkıları değerleyen bir süreçtir²¹³. İletişim ve eğitim kadar, etkili olabilen, sağlık organizasyonlarında çok gerekli bulunan iki unsur; ödüllendirme ve performans değerlendirme programlarıdır²¹⁴.

İnsanlar, genellikle faydaların paylaşıldığını hissettikleri anda, bilgilerini de paylaşacaklardır. Ancak, insanların çok çeşitli faydaları vardır. Motivasyon tüm bu faydaların paylaşılmasını içerir. Örgütsel ve bireysel hedefler ve çıkarlar, aynı çizgide

²⁰⁹ Barkan Çığışar, "Türkiye'de Başarılı Bir Hastane Otomasyonu Projesi", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.4, s.2; Mart-Nisan 2000, s.54.

²¹⁰ A.Yıldırım, L.Kutlu, S. Çimen, *a.g.m.*, s.51.

²¹¹ Nesrin Aştı, "Çalışan Hemşirelerin İş Günü Kaybı, Nedenleri, Sıklığı ve İş Doyumu İlişkisi", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 4. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özel Kitapçığı*, 15-17 Kasım 1997, s.68.

²¹² P.Velioğlu, *a.g.m.*, s.138.

²¹³ Ufuk Durna, "İşletmelerde Performans Değerlemesine Stratejik Bir Yaklaşım", *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, yıl.40, s.482, Şubat 2002, s.85-86.

²¹⁴ K. Vestal, R.Massey, *a.g.m.*, s.1.

olmadığında (ki çoğunlukla olmaz) o zaman motivasyon uygulamak önemli hale gelecektir²¹⁵.

Gutteridge (1989), bir çok kurumda kariyer geliştirme programlarının resmi olmayan bir şekilde, birbirinden kopuk deneme aşamasında aktiviteler şeklinde yapıldığını ve bu programların etkili olup olmadıklarının değerlendirmesinin genellikle yapılmadığını belirtmektedir. Oysa, önceden belirlenen kariyer geliştirme programının bir çok olumlu sonuçları olacağı kuşkusuzdur. Çalışanlar yararına olan sonuçlar; kendini daha iyi tanıma ve değerlendirme, kararlılık, hedef belirleme ve becerilerin gelişmesi, kurum içinde varolan imkanların daha fazla farkında olma, kişisel ve mesleki gelişme olarak sıralanabilir. Kurum için ise; yöneticilik potansiyeli olan çalışanların belirlenmesi, yüksek pozisyonlara kurum içinden eleman alma, çalışanlarla kurumun ihtiyaçlarının denkleştirilmesi, kurumun imajının olumlulaştırılması, işe yönelik tutumlarda olumlu hale gelme, olumsuz iş davranışı ve alışkanlıklarında azalma gibi olumlu sonuçlar gözlenmektedir²¹⁶.

Örgütte uygulanan en iyi liderlik, kariyer ilerleme şekli; görüşlere açık olma, çözümler üretme, duyguları açığa vurma ve dışarıya açılma gibi aktif, yapıcı davranışları içermektedir. Bu davranış becerisini arttıranlar, daha etkin ve terfiye en uygun liderler olarak değerlendirilmişlerdir. En kötü liderlik ve kariyer ilerleme şekli ise; her şeyden kazanç elde etme, hiddet gösterme, başkalarını küçültme ve intikam alma gibi aktif yıkıcı davranışları içermektedir²¹⁷.

Sağlık hizmetleri sisteminde yer alan tüm kuruluşlar için, objektif performans göstergelerinin belirlenmesine yönelik, veri tabanlarının oluşturulması ve bu verilerin kuruluş bazında denetlenmesi ve yıllık olarak rapor halinde yayınlanması, performans göstergeleri yüksek, sağlık kurumlarında çalışan personele ise eğitim ve ek gelir vb. ödüllendirme mekanizmaları oluşturulması gerekmektedir²¹⁸.

Performans değerlendirmeyeyle astlar, üstlerin kendilerinden neler beklediğini ve performanslarını nasıl değerlendirdiklerini öğrenirler. Bunun yanında, güçlü ve geliştirilmesi gereken yönlerini tanırlar. Örgüt içindeki üstlendikleri rol ve

²¹⁵ Wendi R. Bukowitz, Ruth L. Williams, *The Knowledge Management Fieldbook*, Pearson Education Limited, Second Edition, 2000, First Published In Great Britain, s.167.

²¹⁶ C. Sümer, a.g.m., s.62-65.

²¹⁷ Robert D. Benjamin, *Effectiveness Study- Conflict and Your Career*, <http://www.mediate.com>, 22.12.2002, s.3.

²¹⁸ Ümit Şahin, "Sağlık Bakım Sistemimiz için Öneriler", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.3, s.4, Nisan- Mayıs 1999, s.7.

sorumluluklarını daha iyi anlarlar ve performanslarına ilişkin elde ettikleri pozitif geri besleme yolu ile iş tatmini ve kendine güven duygularını geliştirirler²¹⁹. Dolayısıyla bu performansı gösterecek kişiler olan çalışanların eğitilmesi, motive edilmesi ve kendilerine değer verildiğinin hissettirilmesi gibi konular üzerine titizlikle eğilmek gerekmektedir²²⁰.

Bu ilkeye göre yapılan işin ve işi yapan personelin kapasitesi saptanarak “eşit işe eşit ücret” ödenmelidir. İki iş aynı çalışma koşulları, beceri ve çabayı gerektiriyorsa, işi yapanın kimliğine bakılmaksızın eşit ücret ödenir. Bu eylem, işe göre ücret ilkesini amaçlar ve çeşitli işler arasında ücretlerin ahenkli olmasını hedefler²²¹. Bunun yanında çalışanın yaşam düzeyini yükseltebilmesini sağlayabilecek; aynı zamanda kurumun (özel hastaneler için söz konusu) maliyetini aşırı derecede arttırmayacak şekilde belirlenen ücreti alabilmelerini sağlayacaklardır.

Organizasyonda çalışanların gelişimi isteniyorsa, yapılan iyi işlerin ardından onları ödüllendirmek gerekir. Motive etmek; onların işlerini isteyerek yapmalarını ve kendilerini tüm programın parçası olarak görmelerini sağlamak, yani ödüllendirmek demektir²²². Hastanede iyi ve adil düzenlenmiş bir ödül sistemi, personeli daha çok motive eder ve verimliliğe katkıda bulunur. Bu nedenle, ödül sistemlerinin adil ve sistemli bir mekanizmaya bağlanmasında büyük yarar görülmektedir. Ödüller terfilerle olmasa da, sözel ve yazılı takdirlerle sağlanabilir²²³.

Ancak, başarıyı ölçmek ve değerlendirebilmek için ölçme standartlarının açıkça tanımlanmış olması gerekir. İşgörenlerin başarılı olabilmeleri için de kendilerinden beklenenin ne olduğunu bilmeleri zorunludur. Fakat bu düşünce tarzı, yalnızca farklılıkların minimum düzeyde olduğu, kesin iş tanımlarının bulunduğu durumlar için uygundur. Yoksa günümüz esnek iş tanımları için uygulamak zordur²²⁴.

Hastanelerin büyük bir bölümünü oluşturan devlete bağlı hastanelerde, personelin başarısını değerlemede kullanılan sicil raporlarının motive edici niteliği yeterli değildir. Bu hastanelerde, örneğin, hemşirelere yönelik ayrı bir değerlendirme çalışmasının yararlı

²¹⁹ Turgay Kaynak, Zeki Adal, İsmail Ataay; Cavide Uyargil, **İnsan Kaynakları Yönetimi**, İstanbul, 1998, s. 208.

²²⁰ Taner Acuner, Şebnem Akın Acuner, “Müşteri Memnuniyetine Ulaşmada İlk Adım Mutlu İç Müşteriler”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, sayı. 480, s.93.

²²¹ C. Demir, F. Tatar, **a.g.m.**, s.88.

²²² J. D. Edgett, **a.g.e.**, s.104.

²²³ Ö. T. Özmen, A. E. Katrinli, **a.g.m.**, s.147.

²²⁴ Öznur Yüksel, “İnsan Kaynakları Yönetiminin Temel Fonksiyonlarından Başarı Değerlendirmede Yeni Yaklaşımlar”, **S.Ü. İnsan Kaynakları Yönetimi Sempozyumu**, Konya, 2-3 Mayıs 2000, s.166.

olabileceği öngörülmekte, yapılması istenmekte; ancak çeşitli nedenlerle uygulamaya geçilmemektedir²²⁵.

Bunun yanında, kamu sektöründeki örgütler karar almada çok daha resmi prosedüre sahiptir. Özel örgütlere nazaran daha az esnek ve riskten daha fazla çekimser yapıya sahiptir. Devlet işlerinin bu karakteristikleri, ödüllendirme eksikliğine, başarılı bir atılım için dürtü eksikliğine ve kurulu prosedürlere yönelik cezalara yansır. Bürokratik yapı hatta kamu sektörü içindeki taleplerden bile alıkoyan mekanizmaya sahiptir. Dolayısıyla kamu örgütlerindeki yöneticiler karşılaştıkları durumlarda daha az özgürdüler. Weinberg ifadesinde; özel sektör yöneticilerinin örgütte hiyerarşi tarafından sıkı bir şekilde kontrol edildiklerinden dolayı, başarı için rasyonel stratejileri öngörürlerken; kamu yöneticileri hiyerarşinin maliyetine sahiptir (kurallar ve kırtasiyecilik). Özellikle de kamu yöneticileri personelleri hakkında yeterince takdir yetkisine sahip değildir, demektedir²²⁶. Ancak iyi bir lider yönetici, tüm bu zorluklara rağmen personelini bürokrasiden korur ve böylece kanunlar örgüte yerleşir²²⁷.

Sağlık personeli için ücretin miktarı yanında, ücretin adil olması da önemlidir. Kurum içinde dengeli ve eşit ücret dağılımının oluşturulması, iş değerlemesi ile sağlanabilir. İş değerlemesinin temel amacı, bir işin diğer işlere göre değerini belirlemek için işin biçimsel ve sistematik olarak karşılaştırılmasıdır. İş değerlemesinde personelin değil işin değerlendirilmesi söz konusudur. İş değerlemesi sağlık kurumlarında ele alınması gereken önemli bir konudur²²⁸.

Flippo'ya göre, personelin örgüte yaptığı katkılar karşılığı aldığı ücret, onların yaşamlarını devam ettirmesini sağlaması yanında, personele, örgüt içinde statü ve saygınlık da kazandırmaktadır. Ücret yönetimi, bu yönleriyle karmaşık bir görev olması yanında, hem örgüt, hem de personel açısından büyük önem taşımaktadır²²⁹.

Örgüt personelinin, örgüt kimliği ile özdeşleşmelerinin sağlanması, daha çok alınan ücretlerle ilgili bir durumdur. Ücret, örgüt iklimi ve iş memnuniyeti üzerinde temel

²²⁵ T. Kılınç, Ş. Polat, a.g.m., s.37.

²²⁶ George A. Boyne, "Public and Private Management: What's The Difference", *Journal of Management Studies*, Vol.39, Number.1, January 2002, s.101.

²²⁷ Max De Pree, "Creative Leadership", *Leader to Leader*, vol.20, Spring 2001, s.3.

²²⁸ Sibel Erkal, Nurgün Platin, Şahin Kavuncubaşı, "Hemşirelik Hizmetlerinde İş Değerlemesi: Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.4, s.4, Temmuz-Ağustos 2000, s. 21.

²²⁹ C. Demir, F. Tatar, a.g.m., s.87.

bir rol oynamaktadır. Şeffaflık, adalet, başarıların takdir edilmesi ²³⁰ gibi pek çok etmen çalışma koşulları faktörünü oluşturmaktadır. Yöneticiler, hastanenin iç ve dış çevresinde oluşan değişime uygun dönüşümü örgütte gerçekleştirebilmelidir²³¹.

Ücretleme ve döner sermaye gelirlerinin personel arasında dağıtımında objektifliği sağlayacak iş değerlemesinde kullanabilecek tek temel kaynak; hastaneler için hazırlanmış iş tanımları ve iş gerekleridir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ise iş tanım ve gerekleri, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği gibi mevzuat esas alınarak tüm hastaneler için tek tip hazırlanmıştır. Bu ve benzeri yönetmelikler, bilimsel hastane yönetimi işlevlerini gerçekleştirmeye yardımcı olacak içerikten yoksundur ve her hastanenin, diğer hastanelerden ayırt edici özellikleri olduğunu göz ardı etmektedir. Bu nedenle her hastanenin mevcut iş yapısına göre yapılan işlerin ayrıntılı ve açık tanım ve gereklerini hazırlaması yararlıdır²³². Ayrıca, hastanelerde döner sermaye paylaşımı kurum amiri tarafından verilen puan derecelendirilmesiyle dağıtılmakta ve her türlü keyfiyete açık olması, sistemin eksik tarafını oluşturmaktadır.

Hastane çalışanları için öncelikle maaş, yan gelirler, ilerleme olanakları gibi bir takım etmenlerin düzenlenmesi ve bunlarda eşitlik prensibinin uygulanması gerekmektedir. Öte yandan, çalışma şartlarının niteliğinin iyileştirilmesi, iş tanımlarının yapılması gerekmektedir. Ayrıca her şeyden önce çalışanların, hastaneye karşı güven duymaları sağlanmalıdır. Bunun sağlanabilmesi için hastane yönetimi, verilen vaatleri gerçekleştirebilmeli ve çalışanları dikkate aldığını gösterip, onlara karşı olan sorumluluklarını yerine getirmelidir²³³. Hastanede çalışanlar arasında büyük çoğunluğu oluşturan hemşireler için herhangi bir ilerleme olanağı bulunmamaktadır. Oysa çalışmayı teşvikte özellikle hemşirelerin ekipte aktif rol alabilmeleri sağlanmalıdır.

Kuramsal olarak örgütsel hiyerarşik yapı ile ücret yapısı uyumlu olmalıdır. Yani, yetki ve sorumluluklar yukarıdan aşağıya doğru kademeli olarak azalırken, ücretler de bu eğilimi yansıtmalıdır. Hiyerarşik yapıda üst pozisyonlarda bulunan kişilere astlarında daha az ücret ödenmesinin, örgütsel düzeni ve iklimi olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Yapılan bir araştırmada, hastane müdür yardımcılarının bazı idari memurlardan, hemşire

²³⁰ Lutz Huth, "İnsan Kaynakları Yönetiminde İletişimin İşlevleri", *İnsan Kaynakları Yönetimi Sempozyumu*, Konya, 2-3 Mayıs 2000, s.42.

²³¹ J. Biggerstaff, P., Ray, Thomas R., Syre, "The Dynamics of Hospital Survival" *Hospital Topics*, vol. 69, issue. 3, Summer 1991, s.35.

²³² Korkut Ersoy, Şahin Kavuncubaşı, "Hastanelerde İş Değeri ve Ücreti Arasındaki Uyum", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, c.3, s.1, 1995, s.91.

²³³ A. Ergeneli, Ü. Konakçı, a.g.m., s.180.

personelden daha az ücret aldıkları görülmüştür. Yine araştırma yapılan aynı hastanede bazı personelin, mesleki unvanlarına uygun olmayan işlerde istihdam edildikleri belirlenmiştir. Sekreterlik yapan hemşire yada bordro yapan sağlık teknisyeni gibi²³⁴.

Parasal ödüller, değişim sürecinde basit performans değerlendirme programları kadar önemli bir rol oynayabilirler. Performans değerlendirme programları süreç üzerinde çok daha erken etkiye sahip olabilir. Resmi ödül programları, yönetimin belirlediği değerleri ve hedefleri güçlendirmede çok daha etkin olmaya eğilimlidirler²³⁵.

Sağlık yöneticilerinin organizasyonel performansı değerlendirmesi; bir bilgi dönüşümünü gerekli kılar. Sağlık hizmet yönetiminin minimal düzeyde sağlanabilmesi için performans kavramının bilinmesi gereklidir. Bunun yanında sağlık yöneticileri, taraf tutmayı bir tarafa bırakmaya odaklanmalıdır. Ancak, özellikle özel hastanelerde dış hissedarlar yöneticilerin takdir haklarını zorlamaktadırlar²³⁶.

Dikkatli seçilmiş, iyi yetiştirilmiş, kapasiteli ve adilane ücretle çalışan hizmet personeli daha kaliteli hizmet üretecektir. Bu tür çalışanlar daha düşük düzeyde kontrol gerektirecektir. Özellikle hekimler mesleki özerklik konusuna önem vermektedir. Çalışanın işlerinde daha uzun süre kalmayı sağlayacak imkanlar sağlandığı takdirde kuruma bağlılıkları artacaktır²³⁷.

Genelleştirilmiş ikincil pekiştiriciler, performans düzeylerini etkilemede çok etkili olabilirler. Ödül ve takdir, iş performansını etkilemede yaygın olarak kullanılan genelleştirilmiş ikincil pekiştiricilerdir. Örneğin yirmi beş yıllık bir hizmet plaketi verilmesi gibi²³⁸.

Kurum içinde sağlık çalışanlarının yaş, çalışma yılı, sağlık durumu, iş yükü dikkate alınarak rotasyonların yapılması etkin kariyer geliştirme sağlanmalıdır²³⁹. Bunun yanında çalışılan bölümün seçiminde personelin isteklerine mümkün olduğunca yer verilmesi, başarıya göre ödüllendirme yapılabilmesi için görev ve terfi politikasının geliştirilmesi, çalışma saatlerinin günlük yaşamı çok fazla etkilemeyecek şekilde

²³⁴Korkut Ersoy, Şahin Kavuncubaşı, "Hastanelerde İş Değeri ve Ücreti Arasındaki Uyum,"**Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.3, s.1, 1995, s.90.

²³⁵K. Vestal, R.Massey, **a.g.m.**, s.12.

²³⁶David J. Ketchen, Timothy B. Palmer, Larry D. Gamm, "The Role of Performance Referents in Health Services Organizations", **Health Care Management Review**, An Aspen Publication, vol. 26, number.4, Fall 2001, s.19.

²³⁷Dilaver Tengilimoğlu, "Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri", **a.g.m.**, s.198.

²³⁸Pınar Tınaz, "Çalışma Yaşamında Motivasyon Kuramları", **MESS Mercek Dergisi**, Temmuz 2000, s.37.

²³⁹A. Yıldırım, L. Kutlu, S. Çimen, **a.g.m.**, s.51.

düzenlenmesi, part-time çalışma imkanının sağlanması²⁴⁰ gibi konular diğer dikkate alınması gereken hususlardır.

Ücretin yüksek olması iş doyumunda etkilidir. Ancak ücretten doyum sağlamada, kişinin bu ücreti hak ettiğine dair inancı da önemlidir. Lawler (1981), ücretin iş doyumunda etkili olması için üç temel belirleyiciden söz etmiştir. Bunlar; ücretin performansa dayalı olarak belirlenmesi, ikincisi; hakçılık teorisinde açıklanan aynı işi yapan ve aynı niteliklere sahip kişilerle kıyaslandığında ücretin hakça belirlenmesi ve üçüncüsü; beklenen ücret miktarı ile alınan ücret arasında bir dengenin olmasıdır²⁴¹.

Kurumda yetiştirilecek bireyin çabaları; performansla ilgili ödüller ya da sonuçlara ilişkin duygularına, tanımlanmış görevlerin başarılmalarıyla sonuçlanacak çabalarına, elde edileceği umulan başarı beklentilerine bağlıdır. Kişisel gelişimi sağlamaya yönelik müdahale sürecinin başlangıcında açık amaç ve beklentilerin ortaya konmayışı performans problemleri doğurmaktadır. Ayrıca, geri besleme ve ödüllendirme mekanizmalarının istenen seviyede olmayışı, bireyin davranışları değiştirme ve geliştirme azmini olumsuz yönde etkilemektedir²⁴².

Maalesef pek çok organizasyon ücretleme ve bilgilendirme konusunda ters işler yapmaktadır. Örgütteki kültürü değiştirmeden yeni bir program planlamaya çalışırlar. Yeni stratejilerin organizasyon kültürünü değiştirerek davranışlarda değişimi sağlayacaklarını ümit ederler. Oysa etkin olabilmek için, ilk olarak iş süreci yeniden tasarlanmalı ve sonra davranışlarda ihtiyaç duyulan değişimin sağlanabilmesi için, ödüllendirme yapısı oluşturulmalıdır²⁴³.

İş standartlarının konulmamış bulunduğu ya da elde kantitatif nitelikte hedefler mevcut olmadığı takdirde, personelin kritik olay yaklaşımı ile değerlendirilmesi, etkili yol ve yöntem olarak düşünülebilir. Kritik olay yöntemiyle işgörenin değerlemesinde, belirli bir dönem içinde işgören tutum ve davranışlarının izlenmesi söz konusu olduğundan; değerlemenin daha objektif olması sağlanır; gözlemler sonucu elde edilen verilere göre olumsuz davranış ve olaylar ilgili işgörene iletilmekle onun, olumlu gelişmesine, eğitilmesine yardımcı olunmaktadır²⁴⁴.

²⁴⁰ R. Pınar, a.g.m., s.31.

²⁴¹ Mesut Çimen, İsmet Şahin, "Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi," a.g.m., s.58.

²⁴² A. Akın, a.g.m., s.64.

²⁴³ K. Vestal, R.Massey, a.g.m., s.12-13.

²⁴⁴ T. Kılınç, Ş. Polat, a.g.m., s.31.

Hastanede performans değerlendirmesinin oluşturulup uygulanması, doyum, olumlu yönde etkilemektedir. Nitekim, analizler sonucu, standartlaşma ile yöneticiden alınan doyum arasında bulunan ilişki bunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, hastane personelinin bilgilendirilmesi ve belirsizliğin ortadan kaldırılması ihtiyaçlarının karşılanması için yazılı kurallarının oluşturulup uygulanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Böylelikle, pahalı bir kontrol ve koordinasyon yöntemi olan kişiler (yöneticiler) yerine, daha ucuz olan ve standart kurallardan oluşan bir kontrol sistemi kurmak mümkün olabilecektir²⁴⁵.

Değerlendirme sonuçlarına ilişkin verilerin astlara bildirildiği/birlikte tartışıldığı sistemlerde değerlendirme dönemi sonunda yapılan değerlendirme görüşmeleri de sistemin başarısında oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu görüşmeler, öncelikle gizliliği olan bir ortamda, görüşme zamanının asta önceden haber verilmesi koşuluyla ve tek oturumda tamamlanacak şekilde yürütülmelidir. Yönetici astının da rahatlıkla, çekinmeden kendisini ifade etmesine imkan tanınmalı ve birlikte ortak sonuçlara varabilmek amacı ile tartışmaları sürdürmelidir²⁴⁶.

Bireyler için, ücret artışı ve terfi gibi idari amaçların yanında, amirlerinin değerlendirmeleri ile kendi değerlendirmelerini karşılaştırdıkları görüşmeler olduğunda, performans değerlendirme görüşmeleri daha gerçekçi ve çalışan açısından daha doyurucu olmaktadır²⁴⁷.

Kısaca performans değerlemesi; bir yöneticinin çeşitli ölçüm ve karşılaştırmalarla iş görenin iş davranışını değerlediği, sonuçlarını kaydettiği ve işgörene sonuçları ilettiği bir süreçtir. Modern insan kaynakları sistemi dört parçaya ayrılır: İnsan kaynaklarının elde edilmesi, eğitim ve geliştirme, motivasyon ve ödemeler olarak belirtilmektedir. Performans değerlemesi bütün bu dördüyle de ilgilidir ve hepsi için geri besleme bilgisi sağlayarak birbirleriyle ilişki kurmalarına hizmet eder. Aslında performans değerlemesi bir örgütteki insan kaynaklarının yönetimi için en önemli ve güçlü araçlardan biri olarak nitelenmektedir²⁴⁸.

Becerilerin gözle görülebilen biçimde değerlendirilmesi, eğitimi motive etmekte ve bir onur kaynağı olmaktadır. Bu üst seviyede yetenek, başarı ve deneyimi gerektirir. Değerlendirme, işte kişisel başarılar, özel olarak herkes önünde ödüllendirilir. Örneğin

²⁴⁵ Ö. T. Özmen, A.E. Katrinli, **a.g.m.**, s.152.

²⁴⁶ T.Kaynak, Z. Adal, İ. Ataay, C. Uyargil, **a.g.e.**, s.228.

²⁴⁷ Handan Kepir Sinangil, "Örgütsel Performans Değerlendirmesi ve Yönetimi", **Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Endüstri ve Örgüt Psikolojisi 2**, Ankara, 1998, s.93.

²⁴⁸ U.Durna , **a.g.m.**, s.86.

özel olarak ödüllendirme, bir kutlama mektubu veya bir gün izin; herkes önünde ödüllendirme ise, iş arkadaşları önünde övülmek veya görülebilen bir başarı belgesi mesela bir başarı nişanı anlamını taşıyabilir. Grup ve kollektif ödüllendirme de benzer biçimde, ortak bir başarı nişanı olabilir²⁴⁹.

Performans değerlemede dikkat edilmesi gereken konular ise; astlarla sık sık performansları hakkında görüşme yapmak; performans değerlendirme eğitimi almak; değerlendirme sırasında astların rahatlıkla katılımlarının sağlanması; kişilik özelliklerinden çok performansın irdelenmesi; yıkıcı eleştirilerden kaçınmak gibi unsurlar sayılabilir²⁵⁰.

3.3.6. Etkin Ekip Çalışmasının Uygulanması

Kavramsal olarak ekip çalışması, işbirliği kavramına denk düşmektedir. Baldwin, ekip çalışmasını, farklı şekillerde bir araya gelen sağlık çalışanları arasında hareket bağımsızlığının özel bir şekli olarak tanımlamaktadır²⁵¹.

Ekip; özel bir hedefe ulaşmada faaliyetleriyle birbirlerini etkileyen ve birbirlerine bağımlı olan, iki veya daha fazla kişiden oluşan bir birimdir. Bu tanım itibariyle ekip üç elemandan oluşur. Birincisi iki veya daha fazla kişi gerektirmesidir. Her ne kadar on beş kişiden az olması gerektiği üzerinde bir görüş var ise de daha fazla da olabilir. İkincisi, ekipteki kişiler sürekli etkileşimde bulunmalarıdır. Üçüncüsü ise bir hedefi paylaşmalarıdır²⁵².

Hasta bakımı, müşteri-hasta odaklı olduğundan, birbirleriyle işbirliği ve iletişim içinde bulunan farklı servis ve farklı becerilere sahip pek çok profesyoneli ilgilendirmektedir. Hastanede, işlerin geniş bir şekilde bölünmesi ve uzmanlık gerektirmesi sebebiyle hastanede görev yapan herkes, örgütsel rolünü yerine getirebilmek için diğer personele bağımlıdır²⁵³. Böyle durumda, profesyoneller, en kapsamlı hasta bakımını sağlamak için ekip halinde çalışmalıdırlar. Hatta hasta bakımı özel kaynak gerektirdiğinde ekibe, hastane yöneticisi de katılabilmektedir²⁵⁴.

²⁴⁹ Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği (TÜSİAD), a.g.m., s.66-67.

²⁵⁰ H. K. Sinangil, a.g.m., s.98.

²⁵¹ Deborah B. Gardner, Ann Cary, "Collaboration, Conflict, and Power: Lessons For Case Managers", *Fam Community Health*, Aspen Publishers, inc, vol.22, number, 3, 1999, s.65.

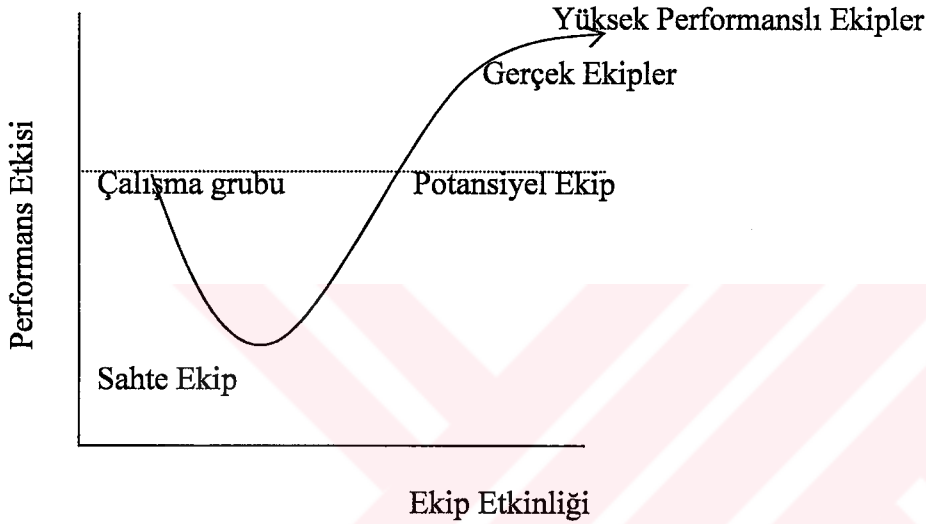
²⁵² R. L. Daft, a.g.m., s.598-599.

²⁵³ A. Kadir Sönmez, "Modern Hastane Yönetimi "Ekip" Olunmasını Gerektirir", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.3, s.3, Mart 1999, s.33.

²⁵⁴ Marj E. Stefl, "Introduction: The Drivers of Change", *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 18, number.2, Winter 2001, s.5.

Ekipler, ekip yapısının uygulanabilir olduğu durumlara göre oluşturulurlar. Ekibin oluşumu, ekibin hem içindeki hem de dışındaki bireylerle ilgilidir. Değerler ve hedeflerin paylaşılması ve özel bir sonuç için birleştirilmesi söz konusudur²⁵⁵. Yönetim, işin ekipler halinde organize edilip edilmemesinde bir serbestliğe sahiptir. Personelin birbirini etkileme düzeyinin düşük olduğu durumlarda ekip kurma faydasız olabilir. Katzenbach ve Smith tarafından geliştirilen “ekip performans eğimi modeli”, ekip performans farklılıklarını görmeye faydalı bir modeldir. Aşağıda bu model gösterilmektedir²⁵⁶.

Şekil 5: Ekip Performans Eğimi (Katzenbach and Smith) (1993b)



Kaynak: David Boddy and Robert Paton , Management and Introduction , First Published, Prentice Hall Europe, 1998, s.299.

Şekil 5’den de izlenildiği gibi; sahte ekipler; grup gelişiminden belirli bir kar elde edebilmek için kurulmuş ekiplerdir, fakat üyeleri, onları başarıya ulaştırmak için hiçbir şey yapmazlar. Ortak bir hedefleri veya hedefleri belirlemeyle ilgileri dahi yoktur. Kendilerini ekip olarak adlandırmalarına rağmen üyeler çalışma gruplarından çok daha az katkı sağlarlar.

Potansiyel Ekipler; bu tür ekiplerin de belirli performansa ve performans geliştirmeye ihtiyaçları vardır. Bu tür ekip üyeleri açık olarak tespit edilmiş hedeflere ihtiyaç duyarlarken; birlikte çalışmaya ihtiyaç duymazlar.

²⁵⁵ Francis Kinsman, Robert Heller, Richard Pascale, “Business Project Teams and Team Building”, Tom Lambert, **Key Management Solutions.50 Leading-Edge Solutions to Executive Problems**, Financial Times, Prentice Hall, Second Published In Great Britain, 1996, s.71.

²⁵⁶ David Boddy, Robert Paton, “How Teams Develop”, **Management An Introduction**, Prentice Hall Europe, First Published, 1998, s.299.

Gerçek Ekipler; ortak amaçlar, hedefler ve çalışma metodlarıyla birbirini tamamlayan becerilere sahip ekiplerdir. Organizasyonun ve üyelerin ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağını öğrenmişlerdir. Üyeler olağanüstü şekilde yönetimin kendilerinden ne beklediğini bilmektedirler.

Yüksek Performanslı Ekipler; gerçek ekiplerin ihtiyaçlarının tümüyle karşılanması durumunda söz konusudur. Yüksek performanslı ekiplerde, üyelerin gelişiminin sağlanması gerekmektedir²⁵⁷.

Ekip kuruluşunda dikkat edilmesi gereken bazı konular vardır. Bunlar; ekip liderinin üst yönetim veya ekibi temsil edenlerce seçimi, ekibin büyüklüğünün normal sınırlar içinde olması (örn. 11 üyeden fazla olmamalıdır), performans göstergeleri ve ekip hedeflerinin belirlenmesi, uygun ekip iletişiminin varlığı ve ekibe tam desteğin sağlanmasıdır²⁵⁸.

İş ekiplerinin kullanımı bugünün organizasyonlarında gittikçe daha önemli hale gelmiştir. Amerikan şirketleri günümüzde, ürün kalitesi, moral, verimlilik ve en önemlisi örgütün yaşamını sürdürebilmesi gibi üretken ve rakiplerinden üstün problemlere çözümler üretebilen iş ekiplerini yetkilendirmeyi öğrenmektedirler²⁵⁹.

Hemşireler, hastaların tüm bakımını vermeye odaklı ve kendi ihtiyaçlarının kendilerince karşılanmasına alıştırmışlardır. Yapılan araştırmada pek çok hemşire, meslektaşlarının işlerini yapmamalarında veya eksik yapmalarında, onları verimlilik için bir tehdit olarak görmüşler. Ayrıca meslektaşlarından yardım beklentilerinin olmaması gibi konularda durmuşlardır. Bu amaçla hasta bakım ekipleri kurulmalı, içinde yardımcı personel bulunmalı ve hemşireler yetkilendirilmelidir²⁶⁰.

Etkin sağlık hizmetleri ekibinin her ferdinde sergilenen kişisel özelliklerde; yardım, güven, açıklık ve ekibin öncelikli hedeflerini destekleyen karşılıklı anlayış, klinik ekipler için bilhassa önemlidir. Zira ekip, sabit uzun vadeli hedeflerini gerçekleştirirken, kısa vadeli hedefleri dakikadan dakikaya değişebilmektedir. MacGregor (1967) tarafından ekibin, gözlemlenmesi gereken hayati iki emaresi, personel karakteristiği ve grup

²⁵⁷ D. Boddy, R. Paton, a.g.m., s.300.

²⁵⁸ Gavin P. Clifford, Amrik S. Sohal, "Developing Self-Directed Work Teams", **Management Decision**, vol. 36, number.2, 1998, s.80.

²⁵⁹ Michael A. Esquivel, Brian H. Klenier, "The importance of Conflict in Work Team Effectiveness", **Team Performance Management**, volume.3, number.2, 1997, s.89.

²⁶⁰ Donna K. McNeese-Smith, "Staff Nurse Views of Their Productivity and Nonproductivity", **Health Care management Review**, An Aspen Publication, vol.26, number.2, Spring 2001, s.15.

özellikleri olarak vurgulanmıştır²⁶¹.Ekipteki bireylerin kişilik yapılarının, grup çalışmalarına uygunluğu özellikle çatışma yönetiminde önemli husus olmaktadır.

Organizasyonda ekip yönetiminin uygulanabilmesi için öncelikle bireylerin ekip çalışmasına uygun bireyler olmaları gerekir. Örneğin strese yatkın A tipleri, kaygılı ve saldırgan tavrılıdırlar. Bu kişiler hep korkunç bir şeyin olabileceğinden korkarlar. Aynı zaman da başarıya giden yollarda başkalarının bulunmasını istemezler. Çünkü o zaman başarısızlığa uğrayacaklarından endişelenirler. Bu yüzden çalışırken çevrelerine öfke saçarlar²⁶². Dolayısıyla bu tip kişiliğe sahip bireylerle ekip ruhu oluşturmak oldukça zordur.

Ekip çalışması türleri de kendi aralarında üçe ayrılmaktadır: Süreç ekipleri (örn; ameliyat ekibi), amaç ekipleri (petrol şirketinde satış temsilcileri), sırasal ekipler(üretim işletmesinde sırasıyla yapılan üretim ekibi) olarak sayılabilir²⁶³. Daha geniş literatür çizerek Opie, ekip çalışma modelini üç yönlü olarak formüle etmiştir: Farklı bilim dallarıyla ilgili ekipler (Multi-disciplinary teams); bu tür ekiplerde üyeler kendi bilim dalları dışında bir işleyiş zeminine oturtulmalı, her birine işleyişine paralel iş sağlanmalı, öncelikli hedefler yeniden düzenlenmelidir. Birkaç bilim dalıyla ilgili ekipler (İnterdisciplinary teams); bu tür ekiplerin üyeleri kendi bilimlerine yönelmekten çok işe yönelirler fakat işbirliğine yatkın olmalıdırlar. Son olarak çapraz ilişkili ekipler (Transdisciplinary teams)ise; profesyoneller arası değerler açık olmalı ve bunun sonucu olarak işe uyumlaştırma düzeyi daha yüksek bir şekilde olmalı, ekip ortak bir dil kullanarak gelişebilmelidir²⁶⁴.

Sağlık profesyonellerinin oluşturduğu ekipte ortak anlayışın geliştirilerek başarı sağlanması, sert değerlerle birlikte, “kurum kültürünün” insancıl (hümanistik) değerlerle oluşturulmasına bağlıdır. Kurum çalışanlarının, yaptıkları işlere, birlikte çalıştıkları

²⁶¹ Joseph G. Sorbello, “Communicating Effectively: Up, Down and Across the Organization”, *The Strategic Health Care Manager, Mastering Essential Leadership Skills*, George H. Stevens, Jossey, Bass Publishers, San Francisco Oxford 1991, s.160.

²⁶² Samuel H. Klarreich, *Stressiz Çalışma Ortamı*, Çev. Bengi Güngör, Öteki Yayınevi: İstanbul, Aralık 1999, s.107.

²⁶³ Keith Davis, *İşletmede İnsan Davranışı Örgütsel Davranış*, Çev. Kemal Tosun, Tomris Somay, Fulya Aykar, Can Baysal ve Diğerleri, 5. Baskıdan Çeviri, 3.b., İstanbul:1998, İşletme Fak. No. 199, s.610-611.

²⁶⁴ David Clark, Jane Seymour, Hannah –Rose Douglas, “Clinical Nurse Specialists in Palliative Care, Explaining Diversity in the Organization and Cost of Macmillan Nursing Services”, *Palliative Medicine*, vol.16, 2002, s.384.

insanlara ve kurumun maddi manevi yapısına yönelik duygu, inanç gibi duyuşsal özelliklerinin olumlu olması gerekmektedir²⁶⁵.

Türkiye’deki tüm Devlet, SSK, Üniversite ve diğer hastanelerde çağdaş hastane yönetim anlayışı süratle hayata geçirilmelidir. Hastane faaliyetleri; tıp hizmetleri, yardımcı tıp hizmetleri, idari- mali ve destek hizmetler şeklinde oluşan bir yönetim ekibi tarafından iş bölümüyle uzmanlaşmaya gidilerek icra edilmelidir. Hekimlik ve hastane yönetimi hizmetlerinin kesinlikle birbirinden ayrılması ve hastanede her şeyin başhekimden sorumlu olduğu yapı terk edilerek; hastanede “Başhekim”, “Hastane Başmüdürü”, “Başhemşire” den oluşan bir yönetim ekibi tarafından işler yürütülmelidir²⁶⁶.

Modern hemşireliğin yaşam bulması için, “Ekip hemşireliği” ve “Primer hemşirelik” gibi çeşitli çalışma modelleri geliştirilmiştir. Ülkemizdeki duruma bakıldığında ise; hastanelerin çoğundaki çalışma sistemi; işlerin paylaşıldığı (örneğin; servisteki bir hemşirenin tüm hastaların tansiyonlarını ve nabızlarını ölçmesi, diğer bir hemşirenin ise tüm hastaların ilaçlarını vermesi şeklindeki) “işlevsel hemşirelik” modeline uygundur. İşlevsel hemşirelik modeli, hastanın insan olma özelliğinin ve kendine özgüllüğünün önemsenmediği bir yaklaşımdır. Gerçekte, ülkemizdeki hemşirelerin çoğu da bir “hemşirelik modeli”nde değil, hastalıkları ve rutin hemşirelik tekniklerini temel alan “medikal model” de eğitilmişlerdir²⁶⁷. Ancak, hemşirelik eğitimi ve hizmetlerindeki değişim ve gelişmelerle beraber modern hemşireliğin rol ve işlevlerini sınırlayan bu yaklaşımın da değişmesi ümit edilmektedir.

Hemşirenin, sağlık ekibini hasta ihtiyaçları doğrultusunda yönlendirme rolünü ön plana çıkaran bu model, “hemşire matris modeli” ne uygun bir örnektir²⁶⁸. Başhekim, başhemşire ve idare müdüründen oluşan bir ekip halinde organize edilmesi öngörülmektedir. Hastane konseyi adı verilen bu ekip hastane içindeki yürütmeden sorumlu en üst organdır. Üç ana grupta toplanabilen hastane faaliyetleri, bu konularda uzmanlaşmış idarecilerin yönetimine bırakılarak, faaliyetlere gereken önemin verilebilmesi, bölüm içinde koordinasyonun aksamaması ve faaliyetlerin yeterli ölçüde denetlenebilmesi sağlanabilmektedir.

²⁶⁵Ruhi Selçuk Tabak, Murat D. Çekin, “Sağlık Personelinin Hizmet içi Eğitiminde Hürmanistik Yaklaşım”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.3, s.3, Mart 1999, s.19.

²⁶⁶Hüseyin Özgen, **Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar**, Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar s:73-76, www.merih.net, s.2.

²⁶⁷Firdevs Erdemir, **a.g.m.**,s.61.

²⁶⁸Meral Madenoğlu Kıvanç, “Hemşirelikte Matris Yapılanma”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.5, s.1, Ocak-Şubat 2001, s.24.

Hastanelerde, başhekimlik makamının yetki sınırları çok geniş tutulmuş, bu durum da bir avantaj olmaktan çok dezavantaj olmuştur. Zira bu durum, denetlemeyi tam olarak yapamamaları sonucunu doğurmuştur. Hastanelerde verilen hekimlik hizmetlerinin değerlendirilmesi konusunda hem hastane içi hem de hastane dışında denetim mekanizmaları oluşturulması hekimlerin de beklentisidir. Hastane içinde oluşturulabilecek denetim ve değerlendirme işlevini görmek üzere genellikle çeşitli alanlarda tıbbi komitelerin kurulması uygulaması önerilmektedir. Ancak bazı hastanelerde çeşitli tıbbi komitelerin bulunmasına karşın (etik kurullar, enfeksiyon komiteleri, ilaç komiteleri vb.) tıbbi denetim konusundaki beklentileri karşılayamadıkları görülmektedir²⁶⁹.

ABD dahil İngiltere ve Federal Almanya hastanelerinde görülen “consensus”a dayalı ekip yönetimine geçilmesi bizim ülkemiz için de uygundur. İngiltere’de yapılan araştırmalara “consensus”a dayalı ekip yönetimi en iyi yönetim tarzıdır ve İngiltere’de reorganizasyonun esasını oluşturmaktadır. Türkiye’deki hastanelerde de üst, yönetimin ekip halinde organize edilerek hem yürütmeye görevli bu idarecilerin karar alma sürecine yönlendirilmeleri, hem sorumluluklarına eşit yetkilerin verilmesi, hem de bölümler arasında koordinasyonun sağlanması amaçlanmaktadır. Ayrıca idarecilerin yönetim alanlarının daralmasıyla, faaliyetlerin denetimi ve personelin hizmet-içi eğitimleri konularına daha fazla ağırlık verilebilmesi imkanı doğmaktadır²⁷⁰.

Hekimler ve yöneticiler arasındaki ilişki, hekimin karar verme gücünü ortadan kaldırmak değil, daha iyi karar vermesi yönünde kapasitesini geliştirmektir²⁷¹. Sağlık profesyonelleri, sürekli, önemli kararları özerk olarak almak istemektedir. Bu kararları almak için ana hatlar bulunsun da, her durumda veriler toplanmalı, incelenmeli, ve duruma göre bireysel bakım verenler için yorumlanmalıdır. Bu özerklik şiddetle korunmalıdır. Zira, sağlık profesyonelleri geçici bir süre için bile olsa karar alma özerkliklerinin kaybolacağını hissettikleri anda o ekipte çalışmak istemeyeceklerdir²⁷².

Ekiplerin kullanımıyla, organizasyonda karar alma metodu, yerinden yönetime doğru bir değişime uğramıştır. Problemlere olası en iyi çözümleri ortaya atmak ve uygulamak için ekip üyeleri görevlendirilmektedir. Bu durum ekibin etkin verimliliği için

²⁶⁹ Mustafa Kılıç, *Hekimlerin Verdikleri Hizmetin Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Hastane Hekim İlişkileri*, www.merih.net., s.8.

²⁷⁰ Hikmet Seçim, *Türkiye Hastaneleri İçin Bir Yönetim Organizasyon Modeli Önerisi*, www.merih.net., 02.03.2003, s.1.

²⁷¹ Bayram Şahin, “Sağlıkta Yönetim Zorluğu: Hekim Otonomisinin Sonu Olabilir mi?” *a.g.m.*, s. 41.

²⁷² Joseph G. Sorbello, “Communicating Effectively: Up, Down and Across the Organization”, *The Strategic Health Care Manager, Mastering Essential Leadership Skills*, George H. Stevens, Jossey, Bass Publishers, San Francisco Oxford 1991, s.165.

bazı sorunlar oluşturmaktadır. Karar alma aşamasında, ekiplerin içinde bir ekibin etkinliğini azaltan pek çok değişken varken bunlardan biri çatışmadır ki karar alma sürecini artırabilir veya azaltabilir²⁷³. Yeni davranışları denemek ve yeni becerileri elde etmek için ekip üyelerinin, ekip faaliyetlerine tam katılımları sağlanmalıdır²⁷⁴. Özellikle hastanelerde Toplam Kalite Çalışmaları dolayısıyla problem çözme ekipleri oluşturulmakta ve ast üst düzey çalışanlar, birarada bazı sorunları görüşebilmektedirler.

Ekip üyelerinin karar almaya katılımlarının bir tek yolu yoktur. Pek çok farklı yol bulunabilir. Bunlardan birisi, hastane yönetimince belirlenen açıklıkla yazılmış bir klavuza uymayı sağlamaktır. Tüm kararlar bireylere iletilir. Liderler ekip üyelerinin karar almasını sağlamalıdır. Bu kararlar; yalnızca; ekip organizasyon ve iletişimi, ekip üyelerinin hedeflerine yönelik çalışma programı, kendi faaliyetlerine yönelik kaynakların tahsisi, ekip dışındakilerle ekip faaliyetleri hakkında bilgilendirmenin sağlanması konuları üzerine odaklanılmalıdır. Genellikle, ekip lideri, otokratik tarzda ekip liderliğinin yönetsel fonksiyonlarını, kararları kendine münhasır kılmadan, gereğince girdileri araştırarak yönetirse, ekibi başarıya taşıyabilecektir²⁷⁵. Zira potansiyel çatışmanın oluşmasını engellemek için, bireylerin yönetime katılmalarının sağlanması gerekir.

Ekip çalışmasının gelişmesi, yönetim, destekleyici bir ortam oluşturduğu zaman gerçekleşebilir. Destekleyici önlemler, grubun, ekip çalışması için gerekli ilk adımları atmasına yardımcı olur ve bu adımlar daha sonraki işbirliği, güven ve uyuma doğru daha ileri adımlara temel olur. Araştırmalar, bir ekipte ne kadar güven ve uyum varsa, etkinliklerinin de o kadar yüksek ve çatışmanın da optimal düzeyde olduğunu göstermiştir²⁷⁶. Yüksek iş doyumunu ekip çalışmasında önemli bir öğedir. Bu nedenle yöneticiler, işgörenlerde iş doyumunu geliştirmeye çalışmalıdırlar²⁷⁷.

Ekip yönetiminde, çatışma karar alma kalitesini artıran dinamik bir kavram olarak görülebilmektedir; ekip üyeleri üzerine negatif etkisi de olabilir pozitif etkisi de bulunabilir. Pek çok durumda çatışma, gerçekten iletişime mani olmakta ve bir ekibin

²⁷³ Michael A. Esquivel, Brian H. Klenier, "The importance of Conflict in Work Team Effectiveness", **Team Performance Management**, volume.3, number. 2, 1997, s. 90.

²⁷⁴ Rosemary Rushmer, "What Happens To The Team During Teambuilding? Examining the Change Process That Helps To Build A Team", **Journal of Management Development**, vol. 16, number. 5, 1997, s.319.

²⁷⁵ J. G. Sorbello, **a.g.m.**, s.165.

²⁷⁶ Keith Davis, **İşletmede İnsan Davranışı Örgütsel Davranış**, Çev. Kemal Tosun, Tomris Somay, Fulya Aykar, Can Baysal ve Diğerleri, 5. Baskıdan Çeviri, 3. b., İstanbul:1998, İşletme Fak. No. 199, s. 608.

²⁷⁷ K. Davis, **a.g.e.**, s.110.

yapmış olabileceği gelişimi durdurabilmektedir. Bunun yanında çatışma, bir ekibin karar alma kabiliyeti üzerinde olumlu bir etkiye de sahip olabilir²⁷⁸.

Model, hastane organizasyonunda, başhekimlikten başka tıp hizmetleri yürütme kurulu ile tıbbi konularda ihtisas komitelerinin oluşturulmasını öngörmektedir. Tıp hizmetlerinin yürütülmesinde ise tıbbi ihtisas dalları esas alınarak klinikler (servisler) halinde organizasyon söz konusudur. Dahiliye hastalıkları, hariciye hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum kliniği gibi. Kliniklerde tıp hizmetlerinin organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğu klinik şeflerine verilmiştir. Yardımcı tıbbi hizmetler ise tıp hizmetleri yürütme kuruluna bağlı olarak patoloji bölümü, radyoloji bölümü, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü, eczane bölümü ve tıbbi teknik hizmetler (EKG, EEG vb.) bölümü halinde organize edilmiştir. Tıbbi teknik hizmetler dışındaki diğer bölümlerin faaliyetleri, ilgili alanlardaki uzmanların sorumluluğunda yürütülmektedir.

Tıbbi teknik hizmetler ise, tıbbi cihazların bulunduğu servislerdeki hekimlerin nezaretinde yürütülmektedir. Bu organizasyonda başhekimlik makamı ile tıp hizmetleri yönetim kurulu ve diğer tıbbi komiteler idari organları oluşturmaktadır. Tıbbi komiteler ise, tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinin koordinasyonunu ve denetimini sağlamak üzere, ABD hastanelerinde olduğu gibi, hastanelerde çeşitli tıbbi komitelerin (hasta dosya komitesi, doku komitesi, sağlık standartlarını gözden geçirme komitesi, enfeksiyon komitesi, eczane ve ilaç komitesi) oluşturulması öngörülmüştür²⁷⁹.

Bugün uluslararası düzeyde en gelişmiş sağlık sistemlerine sahip bulunan ABD, İngiltere, Almanya ve Fransa gibi gelişmiş ülkelerde, çağdaş hastane yönetim anlayışının bir gereği olarak; aşağıda sıralayacağımız komiteler hastane organizasyonu içerisinde yer almaktadır²⁸⁰;

Tıbbi hizmetlerle ilgili komiteler: Tıbbi personelin kalitesini sağlama komitesi, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini sağlama komitesi, enfeksiyon kontrol komitesi, cerrahi vakaları inceleme komitesi, ilaç kullanımını değerlendirme komitesi ve idari hizmetlerle ilgili komiteler ise; tıbbi kayıtları inceleme komitesi, yürütme komitesi, liyakat komitesi olarak sıralanmaktadır.

²⁷⁸ M. A. Esquivel, B. H. Klenier, a.g.m., s.91.

²⁷⁹ Hikmet Seçim, Türkiye Hastaneleri İçin Bir Yönetim Organizasyon Modeli Önerisi, www.merih.net., 02.03.2003, s.3.

²⁸⁰ Adnan Köksal, Hüdaverdi Akbeyik, "Çağdaş Yönetim Anlayışı ve Hastane İşletmeciliği", Modern Hastane Yönetim Dergisi, c.6, sayı.1, Ocak-Şubat-Mart 2002, s. 11.

Ancak, hekimler kültürel ve geleneksel olarak iyi takım oyuncuları değildir. Onların mesleklerinin doğası gereği, astları kendi takımlarını destekleseler de bireysel hastalar için verilen sorumluluk önemlidir²⁸¹. Hekimlerin hastalarına karşı, diğer hekimlerden bağımsız bir sorumlulukları olması, hekimlerin hasta bakım ekibi dışında koordinasyonlarının olmasına engeldir²⁸². Ayrıca hekim-hemşire ilişkisindeki sorunların genellikle sağlık ekibi içinde rollerini ve görevlerini algılama konusundaki kargaşadan kaynaklandığı bilindiğinden, ekipteki her üyenin açık ve net bir şekilde rol ve görev tanımları yapılmalıdır²⁸³.

Ekip çalışması, yatay işbölümünün azaltılması, küçük takımların ürün veya hizmetin tamamından ya da bir bölümünden sorumlu olması esasına dayanmaktadır. Bölümlemiş ve tekrarlanan işler yerine, iş sürecinin tamamından sorumlu olmanın getirdiği bir iş verimi sağlanmış olmaktadır. Bu tür yöntemlerle, yöneticilerde ve diğer çalışanlarda üretkenliğin ve motivasyonun artması sağlanmış olmaktadır²⁸⁴.

Bir ekipte çatışmanın optimum düzeyde tutulabilmesi için; yöneticinin değerlendirmekten çok anlamak amacı ile grup üyelerini dinlemesi, üyeler arasındaki doğru iletişimin sorumluluğunu üstlenmesi, ifade edilmemiş duygulara karşı duyarlı olması, azınlıkta kalan görüşleri koruması, tartışmayı yönlendirmesi ve sürdürmesi, özetleme yeteneğine sahip olması gerekmektedir²⁸⁵.

Bir ekibin hedeflerini belirlemede çatışma önemli iken, uygun tip çatışmayı tanımlamak çok daha önemlidir. Pozitif bir ekip çatışması anlaşmazlıkları yönetim usulündeki farklılıklara bağlıdır. Bu farklılıklar çatışma tiplerini doğurur: A tipi veya C tipi çatışmalar olarak iki türdedir. Bu çatışma türleri sonuçta karar alma kabiliyetini etkilemektedirler²⁸⁶.

C tipi çatışmada, üyeler bağımsızlığa, ekip etkinliğini geliştirmeye yönelik fikir ayrılıklarına odaklıdır. Üyeler, sürekli değerlendirmede iş konularına odaklanmanın çok önemli olduğunu fark etmişlerdir. Ekip üyesinin kabul edilmesi açık veya dürüst iletişim,

²⁸¹ Ümit Şahin, Sevgi Yıldız Şahin, Selda Bekem, "Hastane İşletmeciliğinde Kalite", 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Ankara, 28-29 Eylül 2000, s. 362.

²⁸² Berna Eren, "Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane", a.g.m., s.6.

²⁸³ Mesut Çimen, "Sağlık Personeli İçin Önemli Bir Sorun, Rol çatışması ve Rol Belirsizliği", 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, 28-29 Eylül 2000, s.211.

²⁸⁴ Özcan Yeniçeri, "Örgüt ve Yönetici Geliştirmede Yeni Yaklaşımlar", Standard Ekonomik ve Teknik Dergi, yıl. 40, s.476, s.71.

²⁸⁵ Selen Doğan, "Bilgi Çağında Açık Yönetim", Standard Ekonomik ve Teknik Dergi, yıl.40, s.482, Şubat 2002, s.79.

²⁸⁶ M. A. Esquivel, B. H. Klenier, a.g.m., s.92.

en üstten en alta kadar üyelerin yeteneklerinin ve kabiliyetlerinin kullanımıyla gerçekleşmektedir. Bundan dolayı, C tipi karmaşa, ekibin karar alma sürecine açıklıkla ve dürüstlikle katkıda bulunmayı sağlamaktadır. C tipi çatışma üretkenliği beslemekte; açık ve dürüst iletişim ve üyelerin yeteneklerinin kullanımını içermektedir²⁸⁷.

A tipi çatışma ise, ekip amacından üyeleri caydırmak için kişisel duyguları veya çıkarların öne çıkarılması nedeniyle grup etkinliğini azaltmaktadır. Düşmanlık ve kızgınlığın artması, güvenin olmayışı nedeniyle bilgiye katkıda bulunan üyelerin, yeteneklerinin azaltılması yoluyla üretkenlikleri sınırlandırılmaktadır. Ekip üyeleri yeterince bilgilendirilmemektedir. Ekip üyeleri, doğal olan çatışmayı kişiselleştirdiklerinden bir ileriki zamanda birbirleriyle iletişimde bulunmamayı bile tercih edebilmektedirler. C tipi çatışma, ortaya çıkmazdan önce farkedilip, etkin olarak yönetilmelidir²⁸⁸.

Örgütte ekiplerin, bilgiye ve zekaya göre oluşturulması gerekmektedir. Aynı zamanda, üstlerin de işletme içindeki gruplara, çalışmalarının her aşamasında destek olmaları ve onlara güvendiklerini göstermeleri gerekmektedir. Çünkü, grup içerisinde ortak alınan kararların sayısı arttıkça, bu yardımlaşmadan yönetimin elde edebileceği yararlar da artacaktır. Yöneticiye düşen görev, gruplar içinde işbirliğini sağlamak, planları ve kaynakları paylaşacak şekilde grup üyelerini bir arada çalışmaya zorlamaktır. Yani, örgüt içerisinde yarı bağımsız iş grupları kurulmalı ve desteklenmelidir. Birbirlerine güvenmeye alışmış, iş ilişkilerinde birbirlerine karşı sorumlu ve birlikte uyumlu bir şekilde çalışan örgüt çalışanları, zaten doğal olarak ekipler oluşturacak ve ortak sorunlarını daha iyi çözebileceklerdir²⁸⁹.

Ekip üyelerinin kendilerini, birbirlerini ve çıktılarını sürekli geliştirerek maksimum düzeyde katkı oluşturabilmeleri için serbest sorgulama, eleştiri yapma ve tartışma zemini doğuracak düzeyde de güvensizlik gereklidir. Bu anlamda ilişkilerde güven, optimum düzeyde tutulmalıdır. Güvenin yetersiz olması ekibin performansı için ciddi sorun oluştururken, yüksek güvenin yol açtığı aşırı dayanışma da benzer sorunlara

²⁸⁷ M. A. Esquivel, B. H. Klenier, **a.g.m.**, s.95.

²⁸⁸ M. A. Esquivel, B. H. Klenier, **a.g.m.**, s.96.

²⁸⁹ S. Doğan, **a.g.m.**, s. 79.

yol açmaktadır. Optimum güven için ekibin uygun bir iklime sahip olması, diğer bir deyişle ekibin psikolojik güvenlik ortamını kurması gerekir²⁹⁰.

Etkin yönetilen bir ekipte; açık ve belli amaçlar, iyi bir karar verme yöntemi, güven ve işbirliğini geliştirici ortam, anlamaya ve destek olmaya yönelik iletişimin sağlanması, yapıcı çatışma çözme yöntemlerinin kullanılması, ekip üyelerinin ve temsilcilerinin rol ve sorumluluklarında açıklık ve belirginlik, ekip performansını değerlendirme ve analiz yöntemi kurulmalıdır²⁹¹. Ancak bu şekilde çatışma optimum düzeyde tutulabilecektir.

Ekip yönetiminde liderlik kritik öneme sahiptir. Yönetici amir, ekip amiri, bölüm şefleri, süreci ileriye taşımada aktif rol almalıdırlar. Ekip yöneticisi yeni bir vizyon oluşturmali ve organizasyon ilkelerini işletmelidir ve sonra etkin iletişim yoluyla organizasyonda diğer ekip dışındakilerin destek vermesi sağlanmalıdır²⁹².

Ekipte çatışma olduğunda; etkin bir ekibin anahtarı çatışmayı yönetmektir. Yöneticinin rolü, çatışma yönetim tekniklerinden uygun olanı seçmek ve çatışmayı uygun seviyede tutmaktır. Teori olarak veya uygulanmış pek çok metot varken biz burada Amason ve diğerlerince çatışma yönetim stratejisine yer vermekteyiz. Açık iletişimi korumak, üretkenliği beslemek, karar alma sürecinde üyelerin yetenek ve kabiliyetlerini etkin olarak yürürlüğe koymak, kritik öneme sahiptir. Bunlar etkin ekibin özellikleridir. Bunlar önemli olduğunda ekip lideri A tipi çatışmadan kaçınarak C tipi çatışmayı yönetmelidirler. Amason ve diğerlerinin tespitine göre, bir ekip lideri, ekibin birbirini etkilemesinden önce etkileme aşamasında ve sonrasında etkin bir kültür stratejisini kullanmalıdırlar. Amason ve diğerleri, çatışmadan en iyi olumlu sonucu alabilmek için aşağıdaki stratejiyi takip etmişlerdir²⁹³:

1. Yapılacak işlerin önceden ekip üyelerine bildirilmesi,
2. Ekip felsefesinin belirlenmesi ve felsefenin desteklenmesi,
3. Uygun çalışma ortamı oluşturmak,
4. Tartışmada, psikolojileri anlayabilmek,

²⁹⁰ Ferda Erdem, "Takım Çalışmalarında Güven ve Güvensizlik: Performans İçin Koşulsuz Güven mi, Optimum Güven mi?", *Erciyes Üniversitesi 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirileri*, 25-27 Mayıs 2000, Nevşehir, s. 638.

²⁹¹ Acar Baltaş, *Ekip Oluşturma ve Geliştirme El Kitabı*, Eğitim ve Danışmanlık Merkezi, 1997, s. 68.

²⁹² Kathie Vestal Roy Massey, "Work Transformation in Health Care", *Health Manpower Management*, vol. 20, number.3, s.11.

²⁹³ M. A. Esquivel, B. H. Klenier, *a.g.m.*, s.95.

5. A tipi çatışmadan, C tipi çatışmaya tartışma kanalını izleyebilmek; liderin açık tartışmaların olumlu taraflarına grupların odaklanmasını sağlamada aktif rol alabilmesi,

6. Ekibin desteklenmesi,

7. Çatışmada aleyhinde veya lehinde aktif olmak; pasif olmamak ekipte çatışma yönetim stratejilerindendir.

Araştırmalar göstermiştir ki, çoğu insan çatışma tipleri arasındaki farklılıkları bile ayırt etmez. Bundan dolayı lider işini yaparken oldukça iyi bir eğitime sahip olmalıdır²⁹⁴. Opie, ekip çalışmasının pek çok sayıda faydası var iken, belirli problemlerin olmasını şunlara bağlamıştır: Anlaşılmaz yapı ve anlaşılmaz yönetim ve organizasyonel destek yetersizliğinin oluşu; karmaşık personel ilişkileri ve düşük düzeyde güven; profesyoneller arası konuşmada gerginlik; ve son olarak üyelerin devamsızlığına bağlamıştır²⁹⁵.

Bireyler gibi ekipler de takdir edilme ve ödüllendirilmeye ihtiyaç duyarlar. Takdir etme; organizasyona ait bir gazetede, bir makale olabilir veya ekip başarısı yerel gazetede yayımlanabilir. Ürünün üzerinde ekibin ismi yer alabilir veya parasal ödüller olabilir. Ekip kahve fincanları gibi kullanılan eşyalarda, ekip kimliği belirtilerek duygusal anlamda ödüllendirme de sağlanabilir²⁹⁶.

Sonuç olarak, ekip yönetimi için ekip disiplininin altı unsurunu kullanmayı öneriyoruz. Bunlar; küçük boyutluluk, becerilerle ekibe üyelik, ortak amaç, açık performans hedefleri, açık çalışma yaklaşımı ve karşılıklı sorumluluktur. Gerçek ekip performansı, bu altı unsurun benimsenip uygulanmasını gerektirdiği gibi; yetkililerce oluşturulan ekip çatışma temelleriyle de ilgili bulunmaktadır²⁹⁷.

3.3.7. Daha Üst Amaçların Belirlenmesi

Bireyler çatışma durumunda genellikle, kendilerini “biz” ve “onlar” olarak iki karşıt kamplara ayırmaktadırlar. Onlar kendi grup üyelerini diğerlerinden oldukça farklı olarak kabul edip, kendilerini diğer grup üyelerinden farklı olarak algılamaktadırlar. İnsanların kendi gruplarıyla, diğer gruplar arasındaki farklılıklarını abartmaları ve diğerlerini kötülemeleri gibi, ikilik eğilimi büyük bir sorundur. Daha da ötesi departmanlar

²⁹⁴ M. A. Esquivel, B. H. Klenier, a.g.m., s.96.

²⁹⁵ David Clark, Jane Seymour, Hannah –Rose Douglas, “Clinical Nurse Specialists in Palliative Care, Explaining Diversity In The Organization And Cost Of Macmillan Nursing Services”, *Palliative Medicine*, vol.16, 2002, s.385.

²⁹⁶ Derek Torrington, Laura Hall, *Human Resource Management*, Fourth Edition, Prentice Hall Europe, 1998, s.347.

²⁹⁷ Jon R. Katzenbach, “Making Teams Work At The Top”, *Leader To Leader*, vol.7, no.1, Winter 1998, s.11.

arası pek çok çatışmada merkezi bir rol oynamaktadır. Bunu önlemenin yolu iki tarafın da çıkarlarının bağlılığına dayanan üst hedefler tespit etmedir²⁹⁸.

Organizasyonda karışık gruplar zaman zaman kendi çıkarlarına zarar verecek hedefler için çatışabilirler²⁹⁹. Üstün amaçlar, tek tarafça tanımlanamayan, daha geniş bir misyondur. Bu, vizyon kavramıyla yakın bir kavramdır. Daha iyi işbirliği ve çatışmayı yönetmede, gelecekte olmak istedikleri örgütsel yer için, çalışanları zorlayan güçlü bir vizyondur. Aynı şekilde üstün amaçlar, başarıya ulaşmak için, çatışan ekip üyelerinin işbirliğine ihtiyaç göstermektedir. İnsanlar birlik içerisinde olmalıdır. Başarı için, birbirleriyle çalışmak zorunda olduklarını fark etmeleriyle ve büyük resmi görmeleriyle, ekip ya da örgüt hedeflerine odaklanan çalışanlar, çatışmayı azaltacaklardır³⁰⁰.

Bir yönetici, daha üstün hedefler belirleme yolunu seçebilirler. Örneğin, yönetici verimliliği arttırmak için, tüm çalışanların paylaşacakları ortak bir prim sistemi seçebilir. Bu teşvik edici artan verimlilik tüm çalışanlar için bir üst hedef haline getirilmelidir. Bu hedef üzerinde odaklanma, grup içindeki ilişkiyi destekleyebilir³⁰¹.

Özdeğerlendirme kavramı, kurumun mevcut performansını ve sistemini bir modelle kıyaslayarak değerlendirmesi şeklinde tanımlanabilir. Özdeğerlendirme ile sistemin iyileştirmeye açık alanlarını ve kuvvetli yönlerini tespit etmesi, uzun dönemli amaçlarına ulaşmasına engel olabilecek alanları belirleyerek, iyileştirme planları hazırlaması ve bu verileri stratejik planlamaya girdi teşkil edecek şekilde kullanması sağlanır³⁰².

Firmaların Özdeğerlendirme sürecinde model olarak alabilecekleri (EFQM) modeli pek çok sektörde uygulama alanı bulabildiği gibi hastanelerde de uygulanması mümkün bir modeldir. Hastanede müşteri tatmini, çalışanların tatmini ve toplum üzerinde etki konularında başarı, politika ve stratejilerin, çalışanların, kaynakların ve süreçlerin

²⁹⁸ Jerald Greenberg, Robert A. Baron, **Behavior Organizations**, Printed in the United States Of America, Sixth Edition, 1997, s.389.

²⁹⁹ R. Wayne Mondy, Shane R. Premeaux, **Management, Concepts, Practices and Skills**, Seventh Edition, Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, s. 431.

³⁰⁰ Richard L. Daft, **Management**, Vanderbilt University The Dryden Press, Fifth Edition, A Division of Harcourt College Publishers, 2000, s. 618.

³⁰¹ Douglas A. Berstein, Alison Clarke Stewart, Edward J. Roy, Thomas K. Srull, Christopher D. Wickens, **Psychology**, Third Edition, 1994, Houghton Mifflin Company New Jersey, s.667.

³⁰² Fatma Pakdil, **EFQM İş Mükemmeliği Modeline Dayalı Özdeğerlendirme Sürecinin Hastanelerde Uygulanabilirliği**, Merih.net.Mnagement- Education-Research-İnformatics For Health , 15.02.2002, s.1.

uygun liderlik anlayışıyla yönlendirilmesiyle sağlanabilir ve böylece finansal ve finansal olmayan iş sonuçlarında mükemmelliğe ulaşılabilir³⁰³.

Klinik çevrelerde, sağlık bakım yönetiminde bir paradigma değişimini temsil eden TKY (Toplam Kalite Yönetim) felsefesi, günümüz hastanelerinin uygulama hedefleri arasındadır. Ancak, hekimlerce mesleksen gelişme yerine toplam süreçlerle ilgilenmesi, profesyonel otonomiye karşı katılımcılığı savunması, hekimin egemen olduğu hastaneler yerine tüketici yönlü hastaneleri öngörmesi, TKY'ne yönelik itirazların önemli dayanakları arasındadır ve çatışmaya neden olabilmektedir. Ancak yöneticiler bu çatışmayı gerçekleştirecekleri etkili bir yönetimle giderebileceklerdir³⁰⁴. Hastaneler, kalite geliştirme süreci ve felsefesini gittikçe daha fazla kullandıkları için yöneticiler kalite güvenirliliğine inanmalıdırlar. Zira, kalite gelişimi, yönetici ve çalışanlar arasındaki ilişkilere farklı radikal bir felsefe yoluyla desteklenen araçları kullanmaktadırlar³⁰⁵. Bu durum çatışma yönetimi için bir ortam oluşturmaktadır.

Hastanede T.K.Y.'ni uygulamanın en zor bariyeri hastanelerin, kompleks, bürokratik ve hayli fazla departmanlı yapılar olmalarıdır. Problemler, hastane yönetimi ve hekimler arasındaki ilişkiden; hastane ve TKY. felsefecileri arasındaki ilişkiden ve son olarak yönetsel nedenli ilişkilerden kaynaklanabilir³⁰⁶. Bu sebepler bilinerek; asgari düzeyde etkenleri yok ederek, üst bir amaç TKY. uygulamasına tüm hastanelerimizde geç de olsa başlanmalıdır.

Bugün bir çok hastanede hali hazırda yürütölmekte olan kalite güvence faaliyetleri önemli eksiklikler içermektedir. Bunun nedenlerinden biri, var olan kalite güvence sistemlerinin tıbbi müdahaleye karışamamasıdır. İkinci neden, sürekli izleme gibi anlamlı problem tanımlama sistemlerinin layıkıyla geliştirilememiş olmasıdır. Kalite güvence süreci formalize edilirse izleme ve kontrol, daha verimli bir şekilde başarılabilir. Bu sistem; sürekli izlemeye ilişkin bir problem tanımlama sisteminin geliştirilmesini, her bir vaka için yatış süresini, yapılan test sayıları işlemleri içeren istatistiksel gösterim ve analizlerin yapılmasını ve bu bağlamda kurumlararası karşılaştırmaları (benchmarking) gerektirmektedir. Klinik varyasyonlardaki geri bildirimler hekim davranışını değiştirmenin bir aracı olarak yıllardır savunulmaktadır. Ancak, sistemi formalize edebilmek için hem

³⁰³ F. Pakdil, a.g.m., s.1.

³⁰⁴ B. Şahin, "Sağlıkta Yönetim Zorluğu: Hekim otonomisinin Sonu Olabilir mi?", a.g.m., s.40.

³⁰⁵ Kurt Darr, "Quality Improvement And Quality Assurance Compared", *Hospital Topics*, Vol. 69, issue.3, Summer 1991, s.4.

³⁰⁶ Short, P. J., Rahim, M. A., "Total Quality Management in Hospitals", *Total Quality Management*, vol.6, issue.3, July 1995, s.258.

yöneticilerin hem de klinik yöneticilerin sistemden elde edecekleri yararı maksimize etme zorunluluğunu hissetmeleri gerekmektedir³⁰⁷.

Üstün amaç belirleme kapsamında, çalışanların amaçlarıyla organizasyonun amaçlarının uyumlaştırılması da önem arzeden konudur. Çalışanların amaçlarıyla organizasyonun amaç uyumluluğunun, organizasyonun verimlilik düzeyine etkisi gösterilmektedir. Sağlık hizmetinin üretilmesinde önemli rol oynayan hekimler ve diğer çalışanların amacı ile hastanenin amacının aynı paralel getirecek sağlık sisteminde gerekli düzenleme yapılmalı bunun için de döner sermayenin motivasyon artırıcı rolü kullanılmalıdır³⁰⁸.

Hastane işletmesinin üstün amaçlar belirleyebilmesi için öncelikle o kurum üyelerinin değişime açık bireyler olması gerekir. Değişim, iyi karşılanmadığı takdirde örgütü tehdit eden bir unsur haline gelebilecektir. Dışa dönük insanlar bile kendilerini her zaman için güvende hissetmekten hoşlanmaktadırlar. İşletmede değişiklik demek, çalışanlar için tehdit demektir. Değişiklik fikri, o kuruluştaki uzun süre güvenebileceğiniz hiçbir şeyin bulunmadığı duygusu oluşturabilmektedir. Burada yöneticiye düşen en önemli görev, değişikliğin veya değişimin çalışanlar için bir tehdit unsuru olduğunu aklından çıkarmadan, onlara değişimin yararlarını göstermek, buna onları inandırmaktır³⁰⁹.

Değişime açık olmak, öğrenen örgüt olmayı gerektirmektedir. Öğrenen örgütler, sahip oldukları kültürle; bilgi oluşturma, bilgiye ulaşma ve aktarma davranışlarını, yeni bilgi ve görüşleri yansıtabilecek biçimde düzenleme yeteneğine sahiptir. Öğrenen bir örgüt kültürü şu özellikleri kapsamaktadır: Öğrenme, yenilikleri destekleme ve personeli ödüllendirme, diyalogla gelişmeleri soruşturma, risk alma ve deneme, görünmeyen ve paylaşılan hataları öğrenmeleri için çalışanlara zaman tanıma ve onlara hoş görülme davranarak, değer vermeyi kapsamaktadır³¹⁰.

Öğrenen organizasyon olabilmek bilgi sistemlerinden daha fazla yararlanmayı gerektirmektedir. Bilgi sistemlerinin uygulaması örneğin; hastanede hekimlerin ve birbirleriyle olan faaliyetlerin karşılaştırılmasıdır. Bu en azından hizmetin uygulaması ve maliyetinde ortalama bir hareket sağlamaktadır. İstatistiksel ve oybirliğiyle bir hekim

³⁰⁷ Bayram Şahin, "Sağlıkta Yönetim Zorluğu: Hekim otonomisinin Sonu Olabilir mi?", *a.g.m.*, s. 39.

³⁰⁸ Adnan Köksal, Hüdaşverdi Akbeyik, "Çağdaş Yönetim Anlayışı ve Hastane İşletmeciliği", *Modern Hastane Yönetim Dergisi*, c.6, sayı.1, Ocak-Şubat-Mart 2002, s. 9.

³⁰⁹ Selen Doğan, "Bilgi Çağında Açık Yönetim", *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, yıl.40, s.482, Şubat 2002, s. 81-82.

³¹⁰ Çetin Bektaş, "Hizmet Süreçlerini Sürekli Geliştirmede Yaratıcılık Unsurları", *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, y. 40, s.470, Şubat 2001, s.19-20.

davranış modeli sunar. Böylece hasta bakımı, artık sadece bireysel hekimlerce yürütülen bir faaliyet değil; diğerlerince de sağlanan bir yapıya bürünür³¹¹. Bu durum, yapılan hatalı ve yanlış uygulamaları azaltıcı bir etki sağlayacak ve kişilerin görünmez bir elle kontrolü sağlanmış olacaktır.

Alexandar ve arkadaşları, “çok büyük organizasyonel değişim” öngörmektedir. Hastane değişimi içinde temel misyonu belirlemek ve bunun bir sonucu olarak, fonksiyonları ve yapıyı oluşturmak ve bununla diğer stratejik faaliyetleri karşılaştırmayı öngörmektedir³¹². Hastane yöneticileri, hastaneyi pazara (ya da tüketici isteklerine) uydurma hareketinde, direkt sorumludurlar. Bu kendi başına kolay bir iş değildir. Yönetici özellikle kamu hastanelerinde devlet yönetimi nedeniyle oluşan veya yükseltelen her negatif etkinin üstesinden gelebilmelidir³¹³.

Bunun yanında kamu hastanelerinde, bürokrasi nedenli sorunu çözmenin bir yolu da gündemde yer alan özelleştirme çalışmalarıdır. Özelleştirme, müşterilere karşı sorumluluk, yeniliklere açıklık, finansal sorumluluğu azaltma, sermayeyi büyütmeye, ekonomik gelişimi sağlama gibi hastane işletmelerinde en önemli sorunların karşılanmasını sağlamaktadır³¹⁴.

Son beş yıldır pek çok ülke, daha fazla maliyet etkinliği ve müşteriye daha iyi hizmet vermek için sağlık sistemlerini yeniden yapılandırmayı ve yeniden yönetmeyi amaçlayan faaliyetleri yüklenmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin kurtarılması reformundaki çoğu çabalar sağlık bakım organizasyonlarına downsizing (küçültme) uygulamasına eşlik etmektedir³¹⁵.

Üstün amaçlar belirleme kapsamında belirtilmesi gereken bir konu da değişen teknolojiyi takip etme yolunda, sağlık bakımını daha etkin kılmak için know-how tekniğini kullanmaktır. Gelişmiş ülkelerde de görülen ve bizim ülkemizde de söz konusu olan kaçırdığımız şey, karar verirken politik kararlardan nadir olarak ayrılmamızdır. Stratejik

³¹¹ Louis F. Rossiter, Peter Boland, “The Research Agenda In Managed Care”, **Making Managed Healthcare Work, A Practical Guide to Strategies and Solutions**, An Aspen Publication, California Aspen Publishers, Maryland, 1993, s.585.

³¹² Gloria J. Bazzoli, Anthony Losasso, Richard Arnould, Madeleine Shalowitz, “Hospital reorganization and Restructuring Achieved Through Merger”, **Health Care Management Review**, An Aspen Publication, volume. 27, number1, Winter 2002, s.8.

³¹³ Thomas J. Hayes, Ken E. Mack, “ Making The Hospital Position Successful”, **Journal of Health Care Marketing**, vol. 6, no.1, March 1996, s.66.

³¹⁴ Barraclough Simon, “The Politics Of Privatization In The Malaysian Health Care System”, **A Journal of International Strategic Affairs**, vol.22, issue.2, Aug 2000, s.40.

³¹⁵ Kent V. Rondeau, Terry H. Wagar, “Managing the Workforce Reduction: Hospital CEO Perceptions Of Organizational Dysfunction”, **Journal of Health Care Management**, vol.47, no.3, May/June 2002, s.161.

sağlık bakımı için öncelikli prensip, açıkça belirlenmiş stratejik hedeflerin olması ve bunu gerçekleştirme aşamasında politik değişkenlerden olabildiğince az etkilenilmesidir³¹⁶.

3.3.8. Çalışanların Yönetime Katılmasının Sağlanması

Çatışma yönetimi, değişken bir süreçtir. Grubun yapısı, işleri ve karar almaları, girdilerin etkisi, tüm etkinlikler yoluyla oluşan bir tarzıdır. Kısaca, karar alma etkinliği, geniş açıdan, iletişim yoluyla karar vermedir. Sadece “hedeflere yönelme” değildir³¹⁷.

Günümüzde çalışanlar, kendilerini ilgilendiren her türlü kararın görüşülmesine ve sonuçlandırılmasına aktif olarak katılıp, düşüncelerini ifade etmek ve bu konularda fikirlerinin alınmasını talep etmektedir. Yönetilenlerin bu tutum değişikliğinin başlıca sebebi kültür düzeyi ve bilgi seviyesi yükselen fertlerin başkaları tarafından yönetilen bir araç durumunda olmak istememeleridir³¹⁸.

Profesyonelleşme derecesinin çok yüksek olduğu sağlık kurumlarında arzulanan ve hatta sergilenmesi zorunlu önderlik davranışı, katılımcı yönetim davranışıdır. Bu faktör, astlarının fikirlerini alan, sorun çözme ve karar alma sürecinde astlarının önerilerine açık olan ve bu önerileri uygulamaya istekli önder davranışlarını ortaya koyar. Ayrıca katılımcı önderlik davranışı, örgüt personelinin iş doyumunu artırıcı yönde etki sağlar³¹⁹.

Yönetime katılma, sınırları özel mülkiyetle çizilmiş bir alanda ve ortak sorunları çözerek emek verimliliğinin artırılması amacıyla; çalışanlarla yöneticilerin, taraflara karşı nispi bağımsızlığı olduğu varsayılan ve yönetim hiyerarşisinde yer alan ortak organlarda işbirliği yapmalarını sağlayan mekanizmanın adıdır. Daha esnek ve kapsamlı bir tanıma göre yönetime katılma, bir örgütte çalışanların temsilcileri aracılığıyla o işletmede alınan tüm kararlara söz ya da oy hakkı ile katılmalarıdır³²⁰.

Yönetime katılan birey, itibar edilen, saygı duyulan ve görüşlerine ihtiyaç olduğu hissettirilen bireydir. Kendisine güvenildiğine, değer verildiğine inanan birey, fikri ve zihni enerjisini örgütün amaçlarına olumlu bir biçimde katmaya gönülden rıza gösterebilir. Yönetimin dışında kalan birey, susan ya da susturulmuş olan bireydir. Yönetime katılan

³¹⁶ Peter Boland, **Making Managed Healthcare Work, A Practical Guide to Strategies and Solutions**, An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland, 1993, s.24.

³¹⁷ Tim Kuhn, Marshall Scott Poole, “Do Conflict Management Styles Affect Group Decision Making”, **Human Communication Research**, vol. 26, number. 4, October 2000, s.582.

³¹⁸ Taner Acuner, Şebnem Akın Acuner, “Müşteri Memnuniyetine Ulaşmada İlk Adım Mutlu İç Müşteriler”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, sayı. 480, s.91.

³¹⁹ G.Vural, K. Eroğlu, Ş. Kavuncubaşı, **a.g.m.**, s. 17-18.

³²⁰ Alparslan Şahin Görmüş, “İşletmelerde Kalite ve Verimliliğin Sağlanmasında Çalışanların Yönetime Katılmasının, Yönetim Teorileri ve Fonksiyonları Açısından Önemi”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, s.474, Haziran 2001, s.85.

bireyse, konuşan, tartışan, eleştiren ve eleştirilen bireydir. Yönetime katılma ile fiziki gücü kadar zihinsel gücünü de kullanmak imkanını bulan işgören, fikirlerini daha yapıcı ve daha olumlu bir üslupla ortaya koyabilecektir. Olumsuzluktan kaçınacak, kendisi gibi düşünmeyenleri de saygıyla karşılayabilecektir³²¹.

Katılımcı yönetim uygulamalarının temel hedefi, örgütün çeşitli süreçlerinde çalışanların katılımını sağlamaktır. Katılımın zihinsel ve duygusal doğası, çalışanların örgütsel hedeflere katkısını ve elde edilen başarıda sorumluluğun paylaşılmasını teşvik etmektedir³²². Aynı zaman da bir lider olan yönetici, insanların kararlarına açık fikirli olmalı; pek çok alanda katkı sağlamak için kendisinden daha farklı kararlara açık olmalıdır. Zira bu kararlar çok sayıda fikirler ve yolları kapsamaktadır³²³.

Günümüz yönetim anlayışı, örgütleri daha esnek, dinamik ve katılımcı olmaya yöneltmektedir. Karar merkezlerinin her kademeye yayıldığı, örgütte hızlı ve güvenli bir haberleşmenin olduğu, yöneticiliğin profesyonelleştiği ve çalışanların ihtiyaç, istek ve beklentilerinin değişerek ön plana çıktığı bir dönem yaşanmaktadır. Tüm çalışanların etkin katılımının sağlanması, insan odaklı yönetim felsefesinin temel öğeleri olarak ortaya çıkmaktadır³²⁴.

Bireyin örgütsel ortamda göreve ilişkin becerilerini geliştirici davranışları; yönetime katılma, yönetsel etkinliklere katkıda bulunma, örgütsel etkinlikleri sonuçlandırabilme tutumları olarak ortaya çıkmaktadır³²⁵. Bunun için her şeyden önce örgüt yapısı yatay olmalı ve yapı içinde öğrenme herkes tarafından paylaşılmalı öğrenilenler ve yetenekler hızla geliştirilmeli ve öğrenme sadece yöneticiler tarafından uygulamaya geçirilmemelidir. Tabandan üst yönetime kadar uzanmalıdır³²⁶.

Yönetime katılma öncelikle açık yönetim anlayışıyla sağlanır. Açık yönetim (open management) kavramı, örgüt çalışanlarının gerek örgüt içinde gerekse örgüt dışında ihtiyacı olan ya da öğrenmek istediği her türlü bilgiye en kısa zamanda ulaşmalarını

³²¹ Özcan Yeniçeri, **Örgütlerde Çatışma ve Yabancılaşma Sorunlarının Yönetiminde Etkili Bir Araç Olarak Yönetime Katılma ve Bir Uygulama**, E. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kayseri 1991, s.192-193.

³²² Sıtkı Gözlü, "İnsan Kaynakları Yönetiminde Etkinlik ve Verimlilik", **S.Ü. İnsan Kaynakları Yönetimi Sempozyumu**, Konya, 2-3 Mayıs 2000, s.55.

³²³ Max De Pree, "Creative Leadership", **Leader To Leader**, vol.20 Spring 2001, s.3.

³²⁴ Cesim Demir, Fahreddin Tatar, "Hemşirelerin Hastane Yönetiminden Beklentilerinin Karşılama Düzeyleri", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.5, s.2, Bahar 2000, s.84.

³²⁵ Adnan Akın, "Bireysel Gelişim Yönetimi", **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, s.470, Şubat 2001, s.63.

³²⁶ Melek Sungurlu, "Öğrenen Örgütler ve Yeni Liderlik Yaklaşımı", **Endüstri ve Örgüt Psikolojisi 2, Türk Psikologlar Derneği Yayınları**, Ankara, 1998, s.57.

sağlayan; bu sayede değişikliklere kolayca uymalarını, öğrendiklerini de birbirleriyle paylaşmalarının öngören bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Açık yönetim aslında, günümüzde adından sıkça söz edilen yalın organizasyon, yalın yönetim, öğrenen organizasyon, sıfır hiyerarşi, yönetime katılma ve takım çalışması gibi pek çok kavramı da bünyesinde taşıyan bir olgudur³²⁷. Öyle ki hastane, iletişimin özellikle doğal iletişimin yaygın olduğu kurumlardır. Dolayısıyla spekülasyona dayalı veya gerçek dışı taraflı bilgi nedenli çatışma yaşanabilir. Bunu önlemenin yolu da bilginin herkes tarafından paylaşıldığı bir kurum kültürü oluşturmaktır. Esasen günümüzde pek çok kurumda yaşanan sorunun temeli de iltimas nedenli gizliliğe yönelme veya yoksa bile insanlarda böyle bir kanının varolmasıdır. İşte bu anlamda açık yönetim anlayışı sistemini kurmak gerekmektedir.

Açık yönetim anlayışı hastanelerin yapısal özelliği dolayısıyla da önemli bir konudur. Zira işletmede çalışanlar bilgi saklandığında, onlar bu işletmede bize değer verilmiyor hissine kapılabilirler. Oysa onların, kendilerini ekibin bir parçası olduklarını hissetmeye ihtiyaçları vardır³²⁸. Açık iletişim, kişilerin korkmama ya da çekinmemeleriyle de sağlanabilir. Bu durum, aynı zamanda katılmalı ve destekleyici önderlik tarzı için geçerli olan bir öneridir³²⁹.

Hastane ise ekip çalışmasının uygulandığı kurumdur. Ekipte üyelerin ortak çalışabilmesi için kendilerini ekibin üyesi olarak görmeleri gerekir. Bunun da yolu açık yönetim anlayışıyla kendisi bilgilendirilen her üyeden geçer.

Bir kimsenin kendi yaptığı işle ilgili kararlarda söz sahibi olmak istemesi çeşitli nedenlere dayanır. İş bizzat gerçekleştiren kimseler, kendi yapacakları işle ilgili uzmanlık bilgisine sahip oldukları kanısındadırlar. Başka bir neden olarak da verilecek karar, işleri önemli ölçüde etkileyeceği için getirilecek yeni usul ve yöntemlerin kendilerine duyurulması ve kendi kişisel fikirlerinin de alınması gösterilebilir. Burada, işgören kişiliğine saygı gösterilmesini arzu etmektedir. Bir işgören yapacağı işlerin planlamasına yardımcı olduğu zaman, onları daha arzulu şekilde yapabilecektir³³⁰.

Örgütlerde insana verilen değer arttıkça; işgücünün verimi, yaptığı işin kalitesi ve işletme için yaptığı özveriler de artacaktır. Bu sonuç, insanların daha fazla önemsendiği,

³²⁷ S. Doğan, a.g.m., s.76.

³²⁸ S. Doğan, a.g.m., s.79.

³²⁹ Halil Can, Ahmet Akgün, Şahin Kavuncubaşı, **Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi**, 3. b., Siyasal Kitabevi: Ankara, 1998, s.295.

³³⁰ Erol Eren, **Yönetim ve Organizasyon**, Beta Basın Yayın Dağıtım: İstanbul, 1998, s.434-435.

amaç ve beklentilerinin karşılandığı ve görüşlerine değer verildiği bir yönetim anlayışı ile sağlanabilecektir³³¹.

Hastanenin amaçlarını gerçekleştirmek için çalışanların ihtiyaç duyduğu bilgiye ulaşabileceği bir sistem oluşturulmalıdır. Bilginin ihtiyaç duyulan yere akmasıyla birlikte, kendi kendini yöneten yatay şirket yapısı ortaya çıkar. Bilgilerin tüm çalışanlarla paylaşılması gerekmektedir³³². Hastanelerde yönetime doğru, zamanında ve yeterli veri akışını sağlayacak bu verilerin analizini yaparak karar seçeneklerinin oluşturulmasına, alınan kararların sonuçlarını değerlendirmeye yardım edecek yönetim bilgi sistemlerinin olmayışı, hastaneleri güce, kişisel ilişkilere ve tecrübeye dayalı yönetim uygulamalarının egemen olduğu kurumlar haline getirmiştir³³³. Bu nedenden dolayı hastanelerde, bilgisayar tabanlı bilgi sistemlerinin gerekliliği daha da önem kazanmıştır.

İyi yönetilen örgütlerde bugün temel denetim mekanizması bilgi edinebilme ve karşılaştırmadır. Temel amaçlar ve değerler ortaya konulduğu ve bilgi yaygın olarak paylaşıldığı için insanlar işin yapılıp yapılmadığını, işi kimin daha iyi ya da daha kötü yaptığını çabucak öğrenebilmektedir³³⁴. Dolayısıyla bu, yine pek çok kamu işletmesinde sorun olan haksız veya yersiz hiyerarşide yükselmelerini önleyecek bir sistem olacaktır.

Hastanede çalışan başhemsirelerin çoğunlukla yetki devri yaptıkları, örgütsel rollerin belirlenmesini sağladıkları, örgütsel karar verme ve planlama süreçlerine katılabilmek için destek aradıkları ve hastane içinde sosyal destek elde edebilecekleri ortamı sağlama yönünde düzenlemeler yaptıkları söylenebilir. Bir araştırmada ise, hastane yöneticilerinin görevlerine göre etkili zaman yönetimi ilkelerinden olan yetki devriyle ilgili olarak, kolay ve rutin işlerde astlarına yetki devrinde bulunma düzeyleri karşılaştırılmış, hastane müdürü ve hastane müdür yardımcılarının, başhekim ve başhekim yardımcılarını ile, başhemsire ve başhemsire yardımcılarının daha çok yetki devrinde bulundukları belirlenmiştir³³⁵.

Çağımız örgütünün, bilgi toplumunun küresel rekabet ortamında ayakta kalabilmesinin yolu, sürekli yenilik yapmaktan geçmektedir; bu sebeple çalışanların hayal

³³¹ Alparslan Şahin Görmüş, "İşletmelerde Kalite ve Verimliliğin Sağlanmasında Çalışanların Yönetime Katılmasının, Yönetim Teorileri ve Fonksiyonları Açısından Önemi", *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, yıl.40, s.474, Haziran 2001, s.84.

³³² Adnan Köksal, Hüdaverdi Akbeyik, "Çağdaş Yönetim Anlayışı ve Hastane İşletmeciliği", *Modern Hastane Yönetim Dergisi*, c. 6, sayı.1, Ocak-Şubat-Mart 2002, s.11.

³³³ Adnan Köksal, "Hastane İşletmeciliğinde Yönetim Bilgi Sisteminin Önemi", *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, yıl.41, sayı.483, Mart 2002, s.88.

³³⁴ S. Doğan, a.g.m., s.77.

³³⁵ H. Şahin, G. Eriğüç, a.g.m., s.49-50.

güçleri son derece önemlidir. Bunu başarabilmek için yöneticilerimiz bir antrenör gibi astlarını yönlendirmeli, yetki aktarma konusunu bilmeli, katılımcılığı teşvik etmeli ve zamanını iyi değerlendirmelidir³³⁶.

Esasen ülkemizin, artık daha fazla, dört duvar olmanın ötesine gidemeyen devlet ya da SSK hastanelerine (hatta üniversite hastanelerine) ihtiyacı yoktur. Hastaneler gibi dünyanın en karmaşık ve yönetilmesi üstün yönetim becerileri gerektiren kuruluşların, artık devlet dışında ehil oluşumlarca kurulup işletilmesi gerekmektedir. Ülkemizin tamamen standart dışı imar edilen, yönetim sistemi oluşturulamayan, kaynakların sürekli israf edildiği, insangücü politikaları olmayan, kullanıcı memnuniyeti ve kalite konusunda fikir dahi yürütemeyen merkezi hükümet atamaları ve direktifleri ile idare edilen hastanelere değil, bu ülkeyi yeni yüzyıllara taşıyacak vizyona ve yönetim anlayışına sahip, motive olmuş, sürekli gelişimine inanan modern sağlık kuruluşlarına ihtiyacı vardır³³⁷.



³³⁶ Halis Demir, “Türk Hizmet Sektöründe Yönetici Profili (Turizm- Sağlık- Finans Örneği),MPM (Milli Prodüktivite Merkezi Yayını)Verimlilik Dergisi, 2000/1, s.148.

³³⁷ Oğuz Engiz, “Devletin Sektöre Bakışı Işığında Özel Sağlık Kuruluşları”, Hastane(Hospital News) Tıp Teknolojisi Dergisi, Yıl. 2, s.8, Eylül-Ekim 2000, s.41.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

HASTANELERDE ÖRGÜTSEL ÇATIŞMANIN BELİRLENMESİ VE ETKİLERİNE İLİŞKİN UYGULAMA ARAŞTIRMASI

4.1. Araştırmanın Amacı:

Örgütsel çatışmanın optimal dengede olmayışı örgütsel faaliyetlere zarar verici etkindir. Hastaneler, yapıları gereği bir çok faaliyeti bir arada ve birbirine bağımlı bulunduran organizasyonlardır. Bu sebeple de örgütsel çatışma, hastaneler için çok daha fazla önem arz eden bir konu olmaktadır.

Örgütsel çatışmanın etkin yönetilebilmesi için çatışma teşhis edilebilmeli ve gereken müdahaleler yapılabilmelidir. Teşhis, çatışmanın sebeplerini incelemeyi içerir. Bu bağlamda bu araştırma hastane organizasyonlarında çatışma sebeplerini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Hastane çalışanlarına göre, çatışma nedenlerinden hangileri örgütte bulunmaktadır?, sorusu bu araştırmanın temel amacıdır.

4.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Hastane personeli, bireysel ve kurumsal iletişimi yetersiz bulmaktadır.

H2: Hastane personeli, kurumdaki yetki ve sorumluluk dengesini yetersiz bulmaktadır. Sorumluluğun yetkiden fazla olduğunu algılamaktadır. (Personelin bu görüşü personel gruplarına göre fark göstermektedir)

H3: Personel, kurumdaki görev tanımlarını yetersiz bulmaktadır. (Personelin bu görüşü personel gruplarına göre fark göstermektedir.)

H4: Personel, kararlara katılmayı yetersiz bulmaktadır. (Personelin bu görüşü personel gruplarına göre fark göstermektedir.)

H5: Personel, yükselme imkanlarını yetersiz bulmaktadır. (Personelin bu görüşü personel gruplarına göre fark göstermektedir.)

H6: Personel, çalışmalarının ilgililerce takdir edilmesini yetersiz bulmaktadır.

H7: Personel, genel olarak yaptıkları işten elde ettikleri iş doyumunu yetersiz bulmaktadır. (Personelin bu görüşü personel gruplarına göre fark göstermektedir.)

H8: Personel, gelirlerini yetersiz bulmaktadır. (Personelin bu görüşü personel gruplarına göre fark göstermektedir.)

H9: Personel, hizmet içi eğitimi yetersiz bulmaktadır. (Personelin bu görüşü personel gruplarına göre fark göstermektedir.)

H10: Personel, görevlerinin yeteneklerine uygunluğunu yetersiz bulmaktadır. (Personelin bu görüşü personel gruplarına göre değişmektedir.)

H11: Personel, görevlerinin aldıkları öğrenime uygunluğunu yetersiz bulmaktadır. (Personelin bu görüşü personel gruplarına göre değişmektedir.)

H12: Personel, kurumdaki işlerin birbirine bağımlılığını çatışma sebebi görmektedir.

H13: Personel, ekip çalışması yapılamamasını çatışma sebebi görmektedir.

H14: Personel, sosyal faaliyetleri yetersiz bulmaktadır. (Personelin bu görüşü personel gruplarına göre fark göstermektedir.)

4.3. Araştırmanın Varsayımları:

1. Araştırmaya konu olan deneklerin, sorulara verdikleri cevaplar, deneklerin gerçek algı ve değerlendirmelerini yansıtmaktadır.

2. Seçilen örneklemin, evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

3. Ankette yer alan soruların, araştırmanın problemlerini test etme açısından yeterli ve geçerli olduğu varsayılmıştır.

4. Hipotezleri test etmede kullanılan istatistiki analizler yeterli ve geçerlidir.

4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları:

a) Araştırmamızın kapsamına Konya Numune Hastanesi, Konya Dr. Faruk Sukan Doğum ve Çocuk Hastanesi, Karaman Doğumevi Hastanesi, Karaman Devlet Hastanesi'nde çalışan personel ele alınmıştır.

b) Araştırma, hastane çalışanlarınca en önemli çatışma nedenlerinin ortaya çıkartılmasına yöneliktir.

4.5. Araştırmanın Yöntemi

Ankette yer alan sorulara ilişkin olarak frekans dağılımları verilmiş, araştırmadaki yargıların değerlendirilmesinde 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır.

Likert tipi ölçekler, denek tepkilerine dayanan ve sıralama düzeyinde (dereceleme toplamalarına dayanan) ölçeklerdir¹. Likert tipi ölçek ilk olarak tutumları ölçmek amacıyla geliştirilmişse de, tutumlardan başka psikolojik değişkenleri ölçmek için de kullanılmaktadır. Likert tipi ölçekte çeşitli sayıda kategori kullanılıyorsa da, en ideal kategori sayısı 5'tir². Bu araştırmada da aynı yol izlendi. Bu bağlamda; çatışma nedenleri soru kağıdında;

1. Hiç katılmıyorum
2. Katılmıyorum
3. Kararsızım

¹ Adnan Erkuş, **Psikometri Üzerine Yazılar**, Türk Psikologlar Derneği Yayınları no: 24, 1. Basım, Şubat 2003, Ankara, s.166.

² A. Erkuş, **a.g.e.**, s.167.

4. Katılıyorum

5. Tamamen Katılıyorum

Kullanılan ölçüm aracındaki seçenekte belirtilen “kararsızım” seçeneği, nötr değeri ifade etmektedir. Çatışma nedenleri soru kağıdındaki “kararsızım” ifadesi, olası söz konusu nedenlerin organizasyonu etkileyecek alt ve üst düzeylerdeki çatışma nedeni olmadığını ifade etmekteydi.

4.5.1. Araştırmanın Evreni

Araştırma Konya Dr. Faruk Sukan Doğum ve Çocuk Hastanesi, Konya Numune Hastanesi, Karaman Devlet Hastanesi, Karaman Doğumevi Hastanesi’nde uygulandı. Personelin unvanlarına göre dağılımının belirlenmesinde ilgili hastanelerin Personel Müdürlüğü’nden faydalanıldı. Evrene katılan sağlık çalışanları mesleklerine göre gruplandırılma yoluna gidildi. Aşağıda meslek tanımlamaları yer almaktadır:

1. Hekim Grubu: Uzman hekim, pratisyen hekim gruplarından oluşmaktadır.

2. Müdür Grubu: Hastane müdürü, müdür yardımcısı, sayman müdürü, sayman müdür yardımcısı gruplarından oluşmaktadır.

3. Hemşire Grubu: Başhemşire, başhemşire yardımcısı, sağlık memuru, ebe, hemşire gruplarından oluşmaktadır.

4. Sağlık Teknisyenleri Grubu: Laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, kimya teknisyeni, narkoz teknisyeni, diş protez teknisyeni gruplarından oluşmaktadır.

5. Sağlık Hizmetleri Grubu: Eczacı, diyetisyen, tıbbi teknolog, biyolog, psikolog, diş hekimi, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gruplarından oluşmaktadır.

6. Genel İdari Hizmetler Sınıfı : Elektrik mühendisi, kimya mühendisi, veznedar, şef, memur, ambar memuru gruplarından oluşmaktadır.

7. Yardımcı Hizmetler Grubu: Hizmetli, şoför, hastabakıcı gruplarından oluşmaktadır.

Tablo 3. Hastane Personelinin Kurum ve Görevlerine Göre Dağılımı

Unvan	KURUM				
	Konya Dr.F.S.	Konya Numune Hast.	Karaman Devlet Hast.	Karaman Doğumevi	Toplam
Hekim grubu	44	246	58	23	371
Başhekim	1	1	1	1	4
Başhekim Yrd.	6	6	1	3	16
Uzman Hekim	22	192	41	13	268
Pratisyen Hek.	15	45	17	6	83
Müdür grubu	9	18	2	1	30
Müdür	1	1	1	1	4
Müdür.Yrd.	8	17	1	-	26
Hemşire grubu	16	380	84	51	531
Başhemşire	1	1	1	1	4
Başhemşire Y.	6	5	-	-	11
Sağlık Memuru	6	53	-	1	60
Ebe	36	89	-	38	163
Hemşire	11	232	83	11	337
Sağlık Tek. Gr.	44	127	41	11	223
Lab. Tek.	23	59	11	5	98
Kimya Tek.	1	-	-	-	1
Anestezi Tek.	1	15	7	3	26
Röntgen Tek.	1	49	7	3	60
Diş Pro. Tek.	-	4	10	-	14
Sağlık Hiz. Gr.	2	33	13	2	50
Eczacı	2	5	2	-	9
Diş hekimi	2	4	7	2	15
Diyetisyen	1	1	1	-	3
Tıbbi Teknolog	1	12	-	-	13
Biyolog	2	2	-	-	4
Psikolog	3	2	1	-	6
Sosyal Hiz.Uz.	1	3	-	-	4
Genel İd.Hiz.Gr.	3	55	10	3	71
Kimya Müh.	-	3	-	-	3
Elektrik Müh.	-	1	-	-	1
Şef	2	1	2	3	8
Memur	1	33	2	-	36
Ambar Memuru	1	2	-	1	4
Veznedar	1	2	-	-	3
Daktilograf	3	3	-	-	6
Ayniyat S.	2	1	-	1	4
VerH.K.İşl.	1	2	-	-	3
Tıbbi Sekr.	1	3	-	-	4
Teknisyen	1	1	6	-	8
Teknisyen Yrd.	1	2	-	-	3
Dön. Ser.Mem.	5	1	-	-	6
Yard. Hiz. Gr.	45	88	19	12	164
Terzi	1	2	-	-	3
Hizmetli	37	74	15	11	137
İmam	1	-	-	-	1
Şoför	6	12	4	1	23
TOPLAM	370	947	224	103	1644

4.5.2. Örneklem Seçimi

Örneklem, personel gruplarının içinde yer alan unvan gruplarına göre seçildi. Personel gruplarının %20'sinden az olmaksızın örnek kütle alındı. Her personele bir sayı verildi. Daha sonra tesadüfi sayılar tablosundan yararlanılarak belirlenen oranda personel örnekleme alındı.

4.5.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemleri

Veri toplama aracı olarak bu araştırma için geliştirilen yüz yüze anket yöntemi kullanıldı. Anket formu iki bölümden oluşturuldu. . Birinci bölümde; Hastane çalışanlarının kimlik bilgileri; ikinci bölümde, çatışmanın sebeplerini belirlemeye yönelik sorular yer aldı.

4.5.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Anket sorularının değerlendirilmesinde SPSS 10.01 İstatistiksel Paket Programından yararlanıldı. Verilerin betimlenmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanıldı.

Soruların iç tutarlılığı cronbach alpha katsayısı ile değerlendirildi. Gruplardan elde edilen skor ortalamalarının karşılaştırılmasında, Kruskal-Wallis varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ve Çoklu Regresyon analizinden yararlanıldı.

Frekans; Bir değişken değerlerinin hangilerinde ne kadar olay veya kişi toplandığını saymak için, o değerlerdeki yığılmalar (frekanslar) tespit edilmektedir³. Frekansa tekrar sayısı da denilebilir.

Aritmetik Ortalama; en yaygın kullanılan merkezi eğilim ölçüsüdür. Aritmetik ortalama, dağılımın makul bir biçimde simetrik, ölçümle elde edilmiş aralıklı ve oransal değişkenlere, çarpık olmayan ve tek tepe değeri olan verilerde kullanılır. Bir çok durumda sıralı verilere de uygulanabilen yöntemdir⁴. Aritmetik ortalama, tüm ana kütle ortalamasını temsil etmektedir. Bir veri grubunda yer alan gözlemlerin daha çok hangi değere eğilimi oldukları aritmetik ortalama ile belirlenebilir⁵. Aritmetik ortalama, birimlerin toplanması ve elde edilen sonucun toplam birim sayısına bölünmesi ile bulunur⁶.

³ Mustafa Ergün, *Bilimsel Araştırmalarda Bilgisayarla İstatistik Uygulamaları*, SPSS For Windows, Ankara: Ocak Yayınları, 1995, s.53.

⁴ Aziz Akgül, Osman Çevik, *İstatistiksel Analiz Teknikleri, SPSS'te İşletme Yönetimi Uygulamaları*, Ankara:Emek Ofset Ltd. Şti., 2003, s.63.

⁵ Necmi Gürsakal, *Bilgisayara Uygulamalı İstatistik 1*, İstanbul: Alfa Basım Yayın, 2001, s.197.

⁶ Türker Baş, *Anket*, 2. b., Ankara: Seçkin Yayıncılık, Nisan 2003, s. 128.

Standart Sapma; gözlemlerin ortalamadan ne kadar uzaklaştığını gösterir. Bir başka ifadeyle, bireyler arasında ne kadar yaygınlık olduğunu gösterir. Standart sapma, aritmetik ortalama olduğu gibi, dağılımın simetrik ve tek tepe değeri olduğu durumda anlamlı olur. Bu sebepten dolayı, genel kaide olarak, aritmetik ortalamanın hesaplanabildiği normal veya normale yakın dağılımlarda standart sapma kullanmak uygundur⁷.

Kruskal-Wallis; bağılantısız k-örneklemin farklı evrenlerden gelip gelmediğini test ederken kullanılacak testlerden olan Kruskal-Wallis mertebeler yoluyla tek yönlü varyans analizi testidir⁸. Eşit evren ortalamaları hipotezini test etmek üzere kullanılan tek yönlü varyans analizinin gerektirdiği normallik varsayımı, seçilen üç veya daha fazla örneklem tarafından sağlanmayabilir. Bütün evrenlerin aynı olduğunu test etmek için, parametrik olmayan test uygulanabilir. Bu test ise Mann-Whitney testinin genelleştirilmiş şekli olan Kruskal-Wallis testidir⁹.

Bilindiği gibi varyans analizi, parametrik test varsayımları yerine getirildiği zaman, ölçümle belirtilen iki veya daha çok bağımsız grup arasında farklılık olup olmadığını araştırmak amacıyla kullanılır. Eğer parametrik varsayımlar sağlanmadan, varyans analizi uygulanırsa, elde edilen sonucun yorumunda hata yapılabilir. İşte bu nedenle sayısal veriler kesikli değişkense varyans analizi yerine Kruskal-Wallis Varyans Analizi kullanılır¹⁰.

Bonn Ferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U Testi; iki bağımsız örneklemin aynı dağılıma sahip evrenlerden gelip gelmediğini test eden yöntemdir. Burada dağılımın şekli hakkındaki varsayımlar önemlilik arz etmemektedir. Parametrik test şartları aranmamaktadır. Sadece ölçmenin sıralayıcı veya aralıklı ölçüm ile yapılması yeterlidir¹¹. Bu sebeple, Mann-Whitney U testi parametrik olmayan en güçlü testlerden biri olarak analizde kullanıldı. Bonnferroni düzeltmesinin kullanılma sebebi ise; karşılaştırma sayısı arttıkça alfa hatası artmaktadır. Alfa/Karşılaştırma sayısı olarak alfa hatasını azaltmak için kullanıldı.

Ayrıca bağımsız değişkenlerin toplu etkisini göstermesi ve diğer değişkenlerin kontrol altında tutularak, her değişkenin etkisinin de tek tek görülebilmesi için çoklu regresyon analizi kullanıldı.

⁷ A. Akgül, O.Çevik, a.g.e., s.66.

⁸ M. Ergün,, a.g.e., s.218.

⁹ A. Akgül, O.Çevik, a.g.e., s.212

¹⁰ Asım Kabukçu, Sağlık, Sosyal ve Fen Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik, Konya: Merhaba Ofset, 1994, s.262.

¹¹ M. Ergün,, a.g.e., s.204.

4.5.5. Ölçeklerin Güvenilirliği

Güvenilirlik testi, araştırmada kullanılan soru kağıtlarının çeşitli zamanlarda aynı örneklem kütesine uygulanmasında ne oranda benzer sonuçların alınacağını gösteren bir katsayıdır¹². Çatışma nedenleri soru kağıtlarının güvenilirlik testi için “alfa” testi kullanıldı. Cronbach Alfa yöntemi, ağırlıklı olarak puanlanmış maddeli testlere uygulanabilen bir iç tutarlılık testidir¹³.

Pilot örneklem sayısı: 36

Soru sayısı:38

Alfa Değeri: 0.9258

SPSS paket programı yardımıyla 36 örneklem üzerinde yapılan pilot uygulama sonucunda çatışma nedenlerini ölçmeye yönelik olarak hazırlanan soru kağıdının geneline yönelik olarak 0. 9258’lik bir güvenilirlik seviyesi tespit edilmiştir. Bu sonuçla soru kağıdının, örnekleme tekrar uygulandığında % 93 oranında benzer sonuçlar alınabileceği söylenebilir.

Soru kağıdının güvenilirlik seviyelerine bakıldığında soru kağıtlarının istatistiksel anlamda kabul edilebilir bir güvenilirlik seviyesine sahip olduğunu görmekteyiz. ($0,80 \leq 1,00$) ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir¹⁴.

4.6. Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan 641 hastane personelinin bağımsız değişkenlere göre dağılımları irdelendi. Araştırmaya dahil edilen hastane çalışanlarının yaşı incelendiğinde en büyük grubu, %45,9’luk oranla 30-39 yaş grubunun oluşturduğu gözlemlendi. Anket çalışması, cinsiyet açısından irdelendiğinde; erkek çalışanların %39,9; kadın çalışanların ise, % 60,1’lik bir oranda oldukları görüldü. Hastane çalışanlarının %82,2’lik bir kısmı evli personelden; %15,4’ü ise, bekar çalışanlardan oluştuğu izlendi. Boşanmış veya eşi ölmüş personel sayısı ise, % 2,3 oranında bulundu. Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının öğrenim düzeyine göre; % 5,6’sı ilköğretim mezunu; % 25,4’ü, lise; % 36,8’lik yüksek okul mezunu; % 21,5’lik bir kısım ise fakülte mezunu; % 10,6’sı lisansüstü öğrenim düzeyinde olduğu sonucuna ulaşıldı (Tablo 4).

¹² Hakan Yapar, “Organizasyonlarda Çatışma ve Liderlik: Barış Gücü Görev Kuvvetlerinde Bir Alan Çalışması”, Başkent Üniversitesi Sos. Bil. Ens. İşletme Anabilim Yönetim Programı Yüksek lisans Tezi, Ankara, 2001, s.63.

¹³ A. Erkuş, a.g.e., s.59.

¹⁴ A. Akgül, O. Çevik, a.g.e., s.436.

Tablo 4: Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişken	Sayı	%
Yaş	20-29	34,3
	30-39	45,9
	40 ve üzeri	19,8
Cinsiyet	Erkek	39,9
	Kadın	60,1
Medeni D.	Evli	82,2
	Bekar	15,4
	Boşanmış /Eşi ölmüş	2,3
Öğrenim D.	İlköğretim	5,6
	Lise	25,4
	Yüksekokul	36,8
	Fakülte	21,5
	Lisansüstü	10,6

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının %45,4'lük bir kısmının hemşire personelden oluştuğu; % 19,7 oranında hekimlerden oluştuğu; sağlık teknisyenleri grubunun, %11,7; sağlık hizmetleri grubunun, %5,6; genel idari hizmetler sınıfının, %9,2; yardımcı hizmetler sınıfının, %6,1; müdür grubunun ise, %2,3 oranında olduğu izlenmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Görevlere Göre Dağılımı

Değişken	Sayı	Yüzde
Hekim Grubu	126	19,7
Müdür Grubu	15	2,3
Hemşire Grubu	291	45,4
Sağlık Tek. grubu	75	11,7
Sağlık Hiz. Grubu	36	5,6
Genel İdari Hiz. Sınıfı	59	9,2
Yardımcı Hiz. Sınıfı	39	6,1
Toplam	641	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanları, % 7,2 oranında 1 yıldan az; % 45,6 oranında, 1-5 yıl arası; %22,2 oranında, 6-10 yıl arasında; %13,7 oranında, 11-15 yıl arası; %11,4 oranında, 16 yıl ve üzeri kurumlarında çalıştıkları saptandı (Tablo 6)

Tablo 6. Katılımcıların Görev Süresine Göre Dağılımı

Değişken	Sayı	Yüzde
1 yıldan az	46	7,2
1-5 yıl arası	292	45,6
6-10 yıl arası	142	22,2
11-15 yıl arası	88	13,7
16 yıl ve üzeri	73	11,4
Toplam	641	100,0

Araştırma, hiyerarşik ve organizasyonel yapıları birbirine yakın dört hastanede incelenmesine rağmen, hastanelerin büyüklükleri arasında önemli farklar bulundu. Konya Numune hastanesi en fazla çalışanı bulunan hastane olarak anket çalışmasında %45,2'lik bir kısmı oluşturdu. Konya Dr. Faruk Sukan Doğum ve Çocuk Hastanesi, %33,4; Karaman Devlet Hastanesi, %15,8; Karaman Doğumevi ise, %5,6'lık oranda katılım içerdi (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Kurumlara Göre Dağılımı

Değişken	Sayı	Yüzde
Konya Numune Hastanesi	290	45,2
Konya Dr. Faruk Sukan Doğ. ve Ç. H.	214	33,4
Karaman Devlet Hastanesi	101	15,8
Karaman Doğumevi Hastanesi	36	5,6
Toplam	641	100,0

4.7. Hipotezlerin Test Edilmesi

4.7.1. Hipotez 1'in Test Edilmesi

“Hastane personeli, bireysel ve kurumsal iletişimi yetersiz bulmaktadır”, hipotezinin gerçekleşmesi için ölçekteki, 1,2,3 ve 4. sorular birlikte değerlendirildi. Ankette hipotez 1'i test eden sorular:

1.Çalışanlar arasındaki iletişim yetersizliği çatışmaya sebep olmaktadır.

2.Çalışanlarla, üst yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişimin olmaması çatışma sebebidir.

3.Hastanede yönetim, çalışanlar, doktorlar, hastalar arası her türlü iletişime önem verilmemesi çatışma sebebidir.

4.Çalışanların, yönetim tarafından kendi faaliyetleriyle ilgili değişiklikler hakkında bilgilendirilmemesi çatışma sebebidir, sorularıdır.

Değerlendirmede her birey için bu dört sorudan elde edilen Likert skorlarının ortalaması dikkate alındı. Buna göre; iletişimin yetersizliği ile ilgili görüşte; yaş, kurum, görevin etkili olduğu (her biri için en az $P < 0,05$); cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum ve görev süresinin etkili olmadığı anlaşıldı (Tablo 8).

Tablo 8. Hipotez 1 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. $\pm$ SS	K-W	P
Yaş			10,5	0,005
20-29	220	4,2 $\pm$ 0,6		
30-39	294	4,1 $\pm$ 0,6		
40 ve üzeri	127	4,0 $\pm$ 0,8 ^a		
Cinsiyet			Z=1,130	0,258
Erkek	256	4,1 $\pm$ 0,7		
Kadın	385	4,2 $\pm$ 0,6		
Medeni D.			0,836	0,658
Evli	527	4,1 $\pm$ 0,6		
Bekar	99	4,1 $\pm$ 0,7		
Boşanmış	15	4,2 $\pm$ 0,6		
Öğrenim D.			8,648	0,071
İlköğretim	36	3,8 $\pm$ 0,9		
Lise	163	4,0 $\pm$ 0,8		
Yüksekokul	236	4,2 $\pm$ 0,5 ^b		
Fakülte	138	4,1 $\pm$ 0,6		
Lisansüstü	68	4,1 $\pm$ 0,5		
Görev			17,868	0,007
Hekim Grubu	126	4,1 $\pm$ 0,5		
Müdür Grubu	15	4,1 $\pm$ 0,6		
Hemşire Gr.	291	4,2 $\pm$ 0,6 ^c		
Sağlık Tek.	75	4,2 $\pm$ 0,6		
Sağlık Hiz.	36	4,3 $\pm$ 0,5		
Genel İd. Hiz.	59	3,8 $\pm$ 0,9 ^d		
Yardımcı Hiz.	39	3,9 $\pm$ 0,8		
Görev Süresi			3,865	0,425
1 Yıldan Az	46	4,1 $\pm$ 0,7		
1-5 Yıl	292	4,1 $\pm$ 0,6		
6-10 Yıl	142	4,1 $\pm$ 0,7		
11-15 Yıl	88	4,3 $\pm$ 0,6		
16Yılve Üzeri	73	4,1 $\pm$ 0,7		
Kurum			8,328	0,040
Konya Num.	290	4,1 $\pm$ 0,6		
Konya Dr. F.S.	214	4,2 $\pm$ 0,7 ^e		
Karaman Dev.	101	4,2 $\pm$ 0,5		
Karaman Doğ.	36	3,9 $\pm$ 0,8		

^a 20-29 yaş grubuna göre $P < 0,05$

^b İlköğretim ve lise mezunlarına göre $P < 0,05$

^c Genel İdari Hizmetler Sınıfı ve Yardımcı Hizmetler Grubuna göre $P < 0,05$

^d Sağlık Teknisyenleri ve Sağlık Hizmetleri Gruplarına göre $P < 0,05$

^e Konya Numune Hastanesi çalışanlarına göre $P < 0,05$

Hastane personeli, bireysel ve kurumsal iletişim yetersizliğini çatışma sebebi görmektedir. Hastanede çalışanlar arasında her türlü iletişim eksikliği söz konusudur. Yönetim çalışanlara yeterince etkin çift yönlü iletişimi sağlayamamaktadır. Yine yönetim ve çalışanlar, hekimler ve müşteriler (hastalar) arasında iletişim eksikliği söz konusudur. Çalışanlara faaliyetleriyle ilgili olumlu veya olumsuz geri bildirim sağlıklı yapılamamaktadır.

Hastane çalışanlarının yaşları arttıkça iletişimin çatışmaya sebep olduğu konusundaki görüşleri daha iyimser hal almaktadır. Bireylerin yaşları ilerledikçe iletişim konusunda da daha iyi aşamaya gelmeleri bunu sağlamış olabilir. Zira yaş ilerledikçe kişiler belirli bir olgunluk düzeyine erişecek ve çatışma karşısında çabuk tepki vermemeyi, aktif dinleme alışkanlığını kazanmış olabileceklerdir. Kısacası, iletişime bakış açıları yaş ilerledikçe olumlu yönde değişmektedir. Çoklu regresyon analizinde de yaş grubu ile iletişim arasında tersine bir ilişki saptandı. Zira, yaş yükseldikçe iletişimsizliğin çatışma sebebi olarak görülmesinin azaldığı tespit edildi.

Kurum değişkeninde ise Karaman Doğumevi, Karaman Devlet Hastanesi personelinde seçilerek oluşturulmuş, yaklaşık iki yıllık bir kurum görüntüsünde bulunmaktadır. Dolayısıyla henüz çok fazla çatışma yaşanan bir kurum görüntüsünde bulunmamaktadır. Yüz yüze anket görüşmesi esnasında taraflarla yapılan görüşmelerde örgütsel iklimin pozitif olduğu anlaşılmaktadır.

Farklı öğrenim düzeyinde ise; iletişimin çatışmaya sebep olduğu konusundaki görüşlerinde yüksekokul mezunlarının, lise ve ilköğretim mezunlarından farklı oldukları tespit edildi. Bu farklılık ise, kişilerin öğrenim düzeylerine paralel olarak iletişim konusunda yeterince bilgili olmadıklarına bağlanabilir. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizinde; öğrenim düzeyi yükseldikçe iletişim eksikliğinin çatışmaya sebep olduğu konusunda görüşler de artmaktadır. Zira, kişilerin öğrenim düzeyi arttıkça iletişimin gerekliliği konusunda bilgi ve görüşleri artmakta; beklentileri de bunun paralelinde yükselmektedir.

Görev değişkeninde ise; hemşire grubunun, iletişim yetersizliğinin çatışmaya sebep olduğu konusunda; genel idari hizmetler grubundan ve yardımcı hizmetler grubundan farklılık içerdiği görülmektedir. Genel idari hizmetler grubu işleri nedeniyle, çok fazla grup çalışması gerektirmeyen ve birbirine bağımlılığı daha düşük olan faaliyetleri gerçekleştirmeleri sebebiyle, iletişim konusunda daha olumlu yaklaşım sergilemektedirler. Oysa hemşire grubu ise; hem işlerin birbirine bağımlılığı yüksek olan faaliyetler içerisinde kilit rol oynamakta hem de öğrenim düzeyini yükseltme çabasında kendilerine önem

verilmesini beklemektedirler. Bu durum, onların iletişimin çatışmaya sebep olduğuna dair görüşlerinde olumsuz tavır sergilemelerine sebep olmaktadır. Genel idari hizmetler grubu da yine, sağlık teknisyenleri grubuna ve sağlık hizmetleri gruplarına göre farklılık göstermektedir. Zira bu farklılık onların biraz daha hastanedeki esas faaliyetlerden uzak işlerinin olmasına bağlanabilir.

4.7.2. Hipotez 2'nin Test Edilmesi

Hastane personeli, kurumdaki yetki ve sorumluluk dengesini yetersiz bulmaktadır. Sorumluluğun yetkiden fazla olduğunu algılamaktadır. Personelin bu görüşü personel gruplarına göre fark göstermektedir, hipotez 2'nin test edilmesinde, ölçekteki 10. ve 16. sorular birlikte değerlendirildi. Her birey için, bu dört sorudan elde edilen Likert skorlarının ortalaması dikkate alındı. Hipotez 2'yi test eden anket soruları:

10. Çalışanların sorumluluklarının yetkilerinden fazla olması bir çatışma sebebidir.

16. Personelin görevlerini zamanında ve yeterince yerine getirememesi çatışma sebebidir.

Değerlendirmede; yetki ve sorumluluk dengesizliğiyle ilgili görüşte; yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, görevin etkili olduğu (her biri için en az $P < 0,05$); medeni durum, görev süresi, kurumun etkili olmadığı anlaşıldı (Tablo9).

Tablo 9. Hipotez 2 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. ± SS	K-W	P
Yaş			44,3	0,000
20-29	220	4,2±0,7 ^a		
30-39	294	4,1±0,7		
40 ve üzeri	127	3,6±0,8 ^b		
Cinsiyet			Z=5,21	0,000
Erkek	256	3,8±0,8 ^c		
Kadın	385	4,2±0,7		
Medeni D.			5,26	0,072
Evli	527	4,0±0,8		
Bekar	99	4,1±0,7		
Boşanmış	15	3,8±0,7		
Öğrenim D.			19,090	0,001
İlköğretim	36	3,7±0,8 ^d		
Lise	163	3,9±0,8		
Yüksekokul	236	4,2±0,7		
Fakülte	138	4,0±0,7		
Lisansüstü	68	3,9±0,7		
Görev			59,697	0,000
Hekim Gr.	126	3,9±0,7		
Müdür Gr.	15	3,7±0,9		
Hemşire Gr.	291	4,2±0,6 ^e		
Sağlık Tek.	75	3,9±0,7		
Sağlık Hiz.	36	3,9±0,7		
Genel İd. H.	59	3,5±0,9 ^f		
Yardımcı H.	39	3,8±0,8		
Görev Süresi			5,799	0,215
1 Yıldan Az	46	3,9±0,8		
1-5 Yıl	292	3,9±0,7		
6-10 Yıl	142	4,1±0,8		
11-15 Yıl	88	4,2±0,6		
16 yıl ve Üzeri	73	3,9±0,8		
Kurum			6,110	0,106
Konya Num.	290	4,0±0,7		
Konya Dr. F.S.	214	4,0±0,8		
Karaman Dev.	101	4,1±0,7		
Karaman Doğ.	36	3,8±0,6 ^g		

^a 30-39 ve 40 ve üzeri yaş gruplarına göre P< 0,05^b 20-29 ve 30-39 yaş gruplarına göre P< 0,05^c Kadınlara göre P< 0,05^d Yüksekokul mezunlarına göre P< 0,05^e Hekim, müdür, sağlık teknisyenleri, genel idari hizmetler, yardımcı hizmetler gruplarına göre P<0,05^f Hekim, sağlık teknisyenleri, sağlık hizmetleri gruplarına göre P< 0,05^g Karaman Doğumevine göre P< 0,05

Yaş değişkenine göre gençlerin; otuz yaş ve üzerindeki çalışanlara göre yetki ve sorumluluk denkliğiyle ilgili daha olumsuz tavır içinde oldukları saptandı. Zira göreve yeni başlayan idealist çalışanlar kapsamında düşünüldüğünde; genç çalışanlar her görevi yapmaya hazır; başarı güdüsü yüksek bireyler olan genç gruptan oluşturmaktadır. Dolayısıyla genç grup, verilen görevlerde sorumluluklarının da olmasına önem vermektedirler 40 yaş ve üzeri çalışanların; 20-29 ve 30-39 yaş gruplarına göre daha olumlu tavır içinde olduğu tespit edildi. Bunun nedeni ise, 40 yaş ve üzerinde olan çalışanların çalışma süresince yaşadıkları kamu çalışan tecrübelerine paralel statükoyu değiştiremeyeceklerine olan inançları görülebilir. Yapılan çoklu regresyon analizinde de, yaş grubuyla yetki sorumluluk dengesizliğinin çatışmaya sebep olduğu konusunda; tersine bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşıldı. Zira, yaş arttıkça yetki sorumluluk dengesizliğinin çatışma sebebi olduğuna dair inanç azalmaktadır.

Yetki ve sorumluluk dengesizliğinin çatışmaya sebep olduğu görüş, cinsiyet faktörü açısından ele alındığında; erkek çalışanların daha olumlu tavır içinde oldukları bulundu. Yapılan çoklu regresyon analizinde de kadın çalışanların yetki ve sorumluluk dengesizliği arttıkça bunu çatışma sebebi olarak görmeleri de artmaktadır.

Yetki ve sorumluluk dengesizliği, öğrenim düzeyi açısından ele alındığında; ilköğretim mezunlarının, yüksekokul mezunlarından farklı oldukları tespit edildi. Bu farklılık, yetki ve sorumluluk ifadesini tam olarak anlayamamalarından ve bu konuda beklentilerinin düşüklüğünden kaynaklanabilir.

Yetki ve sorumluluk dengesizliği, görev değişkeni açısından ele alındığında; hemşire grubu diğer tüm gruplara göre farklılık göstermektedir. Esasen tezde ifade edilmek istenen hemşirelerin, görev tanımlarının olmayışı ile sonuç uyuşmaktadır. Nitekim, hastanelerde yaşanan en büyük problem görev tanımlarının yapılamamış olması, hala eski mevzuatın değiştirilmemiş olmasıdır. Bunun yanında genel idari grubu da, hekim grubuna, sağlık teknisyenleri grubuna, sağlık hizmetleri gruplarına göre farklılık arz etmektedir. Bunun nedeni, yaptıkları işlerin diğer çalışanlara göre daha az karmaşık ve birbirine daha az bağımlı işler olmalarındandır.

Yapılan çoklu regresyon analizinde, yetki ve sorumluluk dengesizliği ile görev süresi arasında doğrusal ilişkinin olduğu tespit edildi. Yetki ve sorumluluk dengesizliği arttıkça, yetki ve sorumluluk dengesizliğinin çatışmaya sebep olması da artmaktadır.

Yetki ve sorumluluk konusunda, Karaman Doğumevi personeli, diğer gruplardan farklı yapı sergilemektedir. Bunda ise, daha önce de ifade edildiği gibi yeni kurulan kurum olması dolayısıyla biraz daha hoşgörünün olmasından kaynaklanıyor olabilir.

4.7.3. Hipotez 3'ün Test Edilmesi

Personel, kurumdaki görev tanımlarını yetersiz bulmaktadır, hipotezinin test edilmesi ölçekteki 9.soruyla (personel, kurumdaki görev tanımlarını yetersiz bulmaktadır.) gerçekleştirildi.

Değerlendirmede; görev tanımlarının olmayışıyla ilgili görüşte; yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, görev, kurumun etkili olduğu (her biri için en az $P<0,05$); görev süresi, medeni durumun etkili olmadığı anlaşıldı (Tablo 10).



Tablo 10. Hipotez 3 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. ± SS	K-W	P
Yaş			20,2	0,000
20-29	220	4,2±0,9		
30-39	294	4,1±0,9		
40 ve üzeri	127	3,7±1,1 ^a		
Cinsiyet			Z=3,135	0,002
Erkek	256	3,9±0,9 ^b		
Kadın	385	4,2±0,9		
Medeni D.			0,89	0,64
Evli	527	4,1±0,9		
Bekar	99	4,1±0,9		
Boşanmış	15	4,3±0,5		
Öğrenim D.			13,836	0,008
İlköğretim	36	3,8±1,1		
Lise	163	3,9±1,1		
Yüksekokul	236	4,2±0,9 ^c		
Fakülte	138	4,1±0,9		
Lisansüstü	68	3,9±0,9		
Görev			43,056	0,000
Hekim Gr.	126	3,9±0,9 ^d		
Müdür Gr.	15	3,7±1,2		
Hemşire Gr.	291	4,2±0,9		
Sağlık Tek.	75	4,0±0,9		
Sağlık Hiz.	36	4,5±0,6		
Genel İd. H.	59	3,5±1,2 ^e		
Yardımcı H.	39	3,8±0,9		
Görev Süresi			9,204	0,056
1 Yıldan Az	46	3,8±1,2 ^f		
1-5 Yıl	292	4,0±0,9		
6-10 Yıl	142	4,1±0,9		
11-15 Yıl	88	4,2±0,9		
16 yıl ve Üzeri	73	3,9±0,9		
Kurum			8,329	0,040
Konya Num.	290	4,1±0,9		
KonyaDr. F.S.	214	4,1±0,9		
Karaman Dev.	101	4,0±0,9		
Karaman Doğ.	36	3,6±1,1 ^g		

^a 20-29 ve 30-39 yaş grubuna göre P< 0,05^b Kadınlara göre P< 0,05^c Lise mezunlarına göre P< 0,05^d Hemşire, sağlık hizmetleri, genel idari hizmetlere göre P< 0,05^e Hemşire ve sağlık hizmetlerine göre P< 0,05^f 11-15 yıla göre P< 0,05^g Konya Dr. Faruk Sukan Doğ. Göre P< 0,05

Görev tanımı eksikliğinin çatışma sebebi görme konusunda ileri yaştaki çalışanların daha olumlu tavır içinde oldukları tespit edildi. Bu sonuç, ileri yaş çalışanlarının mevcut duruma alışmalarına bağlanabilir. Yapılan çoklu regresyon analizinde de yaş arttıkça görev tanımlarının çatışmaya sebep olduğuna dair görüşler azalmaktadır.

Görev tanımı eksikliğinin çatışma sebebi olması konusunda cinsiyet faktörü açısından incelendiğinde; erkek çalışanların daha iyimser yaklaşım içerisinde bulundukları izlenmektedir. Zira, görev tanımlarının yapılmayışından en fazla mağdur olan kesim kadın çalışan olan hemşirelerdir. Bu sebeple, sonuç görev değişkeni açısından da paralel bir durum sergilemektedir.

Görev tanımı eksikliğinin çatışma sebebi olması konusunda öğrenim düzeyi açısından incelendiğinde; yüksekokul çalışanlarının lise mezunlarından farklı oldukları tespit edildi. Hemşire grubunun yüksekokul öğrenim düzeyinde bulundukları göz önüne alındığında, görev tanımı bakımından sıkıntıda olan grup oldukları ortaya çıkmaktadır. Zira, lise mezunları, genellikle idari hizmetler grubunda çalışmakta ve bu konuda hemşireler kadar sıkıntı yaşamamaktadırlar.

Görev tanımı eksikliğinin çatışma sebebi olması konusunda görev değişkeni açısından incelendiğinde; hekim grubu, hemşire grubundan, sağlık hizmetleri grubundan, genel idari hizmetler grubundan farklılık göstermektedir. Hekim grubu adı geçen gruplardan farklı olarak, görev tanımı eksikliğini çatışma sebebi görmemektedir. Zira, görev tanımlarının yapılmamış olması, en fazla hekim grubunun çalışmalarını kolaylaştırıcı bir unsur içermektedir. Burada genel idari hizmetler, hemşire ve sağlık hizmetlerine göre de farklılık arz etmektedir. Zira, genel idari hizmetler grubu birbirine daha az bağımlı faaliyetlerde çalıştıklarından görev tanımı konusunda çok sıkıntı yaşamamaktadırlar. Sağlık hizmetleri de, sağlık profesyonelleri kapsamında kendi birimlerinde kendi faaliyetleri konusunda görev tanımı sıkıntısı yaşamamaktadırlar.

Görev tanımı eksikliğinin çatışma sebebi olması konusunda görev süresi açısından incelendiğinde; bir kurumda kısa süreli çalışanların görev tanımlarının yapılmayışının çatışmaya sebep olacağı inancı düşüktür. Yapılan çoklu regresyon analizinde de, görev süresi arttıkça görev tanımlarının çatışmaya sebep oluşunun yükselmekte olduğu tespit edildi.

Kurum değişkeninde Karaman Doğumevi yukarıda bahsedilen sebeplerden görev tanımı olmayışını çatışma sebebi görmemektedir. Kurum, halen yeni oluşma aşamasında ve hala pek çok meslek elemanı bulunmamaktadır.

4.7.4.Hipotez 4'ün Test Edilmesi

Personel, kararlara katılmayı yetersiz bulmaktadır, hipotezi; ölçekteki 26. ve 27. sorular birlikte değerlendirildi. Her birey için bu iki sorudan elde edilen Likert skorlarının ortalaması dikkate alındı. Hipotez 4'ü test eden anket soruları:

26. Çalışanların kararlara katılamaması çatışma sebebidir.

27. Çalışanların girişimci olmalarını, yönetim sorumluluğuna katılmalarını sağlayacak yaklaşımların (toplantılar, teşvikler, vb.) olmaması çatışma sebebidir.

Değerlendirmede; kararlara katılımın eksikliği ile ilgili görüşte; yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, görevin etkili olduğu(her biri için en az $P<0,05$); medeni durum, görev süresi, kurumun etkili olmadığı anlaşıldı (Tablo 11).

Tablo 11: Hipotez 4 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. ± SS	K-W	P
Yaş			18,0	0,000
20-29	220	3,9±0,8		
30-39	294	3,8±0,8		
40 ve üzeri	127	3,5±0,9 ^a		
Cinsiyet			4,138	0,000
Erkek	256	3,6±0,9 ^b		
Kadın	385	3,9±0,8		
Medeni D.			1,75	0,417
Evli	527	3,8±0,8		
Bekar	99	3,9±0,9		
Boşanmış	15	3,7±0,6		
Öğrenim D.			15,689	0,003
İlköğretim	36	3,2±0,9 ^c		
Lise	163	3,8±0,9		
Yüksekokul	236	3,9±0,8		
Fakülte	138	3,8±0,7		
Lisansüstü	68	3,8±0,9		
Görev			48,605	0,000
Hekim Gr.	126	3,8±0,8		
Müdür Gr.	15	3,5±1,0		
Hemşire Gr.	291	3,9±0,8		
Sağlık Tek.	75	3,8±0,9		
Sağlık Hiz.	36	4,0±0,9		
Genel İd. H.	59	3,4±0,8 ^d		
Yardımcı H.	39	3,2±0,8 ^e		
Görev Süresi			8,022	0,091
1 Yıldan Az	46	3,7±0,9		
1-5 Yıl	292	3,8±0,8		
6-10 Yıl	142	3,8±0,8		
11-15 Yıl	88	3,9±0,8		
16 yıl ve Üzeri	73	3,6±0,9 ^f		
Kurum			4,770	0,189
Konya Num.	290	3,8±0,		
KonyaDr. F.S.	214	3,8±0,9		
Karaman Dev.	101	3,8±0,8		
Karaman Doğ.	36	3,5±0,9		

^a 20-29 ve 30-39 yaş gruplarına göre P<0,05^b Kadınlara göre P<0,05^c Lise, Yüksekokul, Fakülte, Lisansüstüne göre P<0,05^d Hekim, Hemşire, Sağlık Teknisyenleri, Sağlık Hizmetlerine göre P<0,05^e Sağlık Teknisyenleri ve Sağlık Hizmetlerine göre P<0,05^f 11-15 yıla göre P<0,05

Yaş değişkeninin kararlara katılımın çatışmaya sebep olması konusundaki görüşlerinde ileri yaştaki çalışanların farklılık gösterdikleri izlendi. İleri yaştaki çalışanların, kararlara katılmamanın çatışmaya sebep olmasında daha iyimser bir tavır sergiledikleri saptandı. Yapılan çoklu regresyon analizinde de yaş arttıkça kararlara katılım eksikliğinin çatışmaya sebep olması görüşü azalmaktadır.

Kararlara katılım eksikliğinin çatışmaya sebep olması konusunda; cinsiyet faktörü açısından incelendiğinde; erkek çalışanların, kadın çalışanlardan kararlara katılma eksikliğinin çatışmaya yol açması konusunda, daha iyimser oldukları gözlemlendi. Yapılan çoklu regresyon analizinde de cinsiyet faktörüyle pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıktı. Öyle ki, kadın çalışanlar kararlara katılım eksikliğini çatışma sebebi görmektedirler.

Kararlara katılım eksikliğinin çatışmaya sebep olması konusunda; öğrenim düzeyi açısından incelendiğinde; ilköğretim düzeyinde olanların tüm diğer öğrenim düzeylerine göre kararlara katılım konusunda daha iyimser oldukları tespit edildi. Sonucun böyle çıkmasında öğrenim düzeyi itibariyle, kararlara katılımın önemini anlamamış veya beklentilerinin de bu yönde olmayışından kaynaklanıyor olabilir.

Kararlara katılım eksikliğinin çatışmaya sebep olması konusunda; görev değişkeni açısından incelendiğinde; genel idari hizmetlerin hekimlerden, hemşirelerden, sağlık teknisyenleri grubundan, sağlık hizmetleri grubundan farklılık gösterdiği görülmektedir. Genel idari hizmetler grubunun mevcut durumu koruma, kamu çalışanı olarak kurallara uyan memur çalışan konumunda olmalarının etkisi büyüktür. Beklentilerini de bu yönde tuttukları söylenebilir. Yardımcı hizmetler grubu ise sağlık hizmetleri ve sağlık teknisyenlerine göre farklılık gösterir ki onların bu yönde yapabileceklerinin sınırlı olması buna sebep olmaktadır.

Kararlara katılım eksikliğinin çatışmaya sebep olması konusunda; görev süresi açısından incelendiğinde; 16 yıl ve üzeri çalışanların kararlara katılım konusunda 11-15 yıl arası çalışanlara göre daha iyimser oldukları tespit edildi. Yani 11-15 yıl arasında süreyle çalışanlar, kurumda kararlara katılım eksikliğini çatışma unsuru olarak değerlendirmiştir. Yapılan çoklu regresyon analizinde ise; görev süresi arttıkça kararlara katılım eksikliğinin çatışma sebebi olduğuna dair görüşün artmakta olduğu tespit edildi.

4.7.5. Hipotez 5'in Test Edilmesi

Personel, yükselme imkanlarını yetersiz bulmaktadır, hipotezi, ölçekteki 22., 23. ve 34. sorulara karşılık gelmektedir Bu üç soru birlikte değerlendirildi. Her birey için bu üç sorudan elde edilen Likert skorlarının ortalaması dikkate alındı. Hipotez 5'i test eden anket soruları:

22. Etkin yöneticilerin kurumda bulunmaması çatışma sebebidir. Zira, çalışanların performansları değerlendirilip yükselme imkanları sağlanamamaktadır.

23. Hastanede ağır bürokratik faaliyetler çatışma sebebidir. Çünkü, yanlış işleyen bürokrasi nedeniyle yükselişler sağlanamamaktadır.

34. Çalışanların performanslarının objektif bir biçimde değerlendirilip kendilerine bildirilmemesi bir çatışma sebebidir.

Değerlendirmede; yükselme imkanlarıyla ilgili görüşte, yaş, cinsiyet, görev, görev süresi, kurumun etkili olduğu(her biri için en az $P<0,05$); öğrenim düzeyi, medeni durumun etkili olmadığı anlaşıldı (Tablo 12).

Tablo 12: Hipotez 5 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. $\pm$ SS	K-W	P
Yaş			14,6	0,001
20-29	220	4,1 $\pm$ 0,7		
30-39	294	3,9 $\pm$ 0,7		
40 ve üzeri	127	3,7 $\pm$ 0,8 ^a		
Cinsiyet			Z=3,511	0,000
Erkek	256	3,8 $\pm$ 0,7 ^b		
Kadın	385	4,0 $\pm$ 0,7		
Medeni D.			2,27	0,322
Evli	527	3,9 $\pm$ 0,7		
Bekar	99	4,0 $\pm$ 0,7		
Boşanmış	15	4,1 $\pm$ 0,6		
Öğrenim D.			7,907	0,095
İlköğretim	36	3,6 $\pm$ 0,9 ^c		
Lise	163	3,9 $\pm$ 0,7		
Yüksekokul	236	4,0 $\pm$ 0,7		
Fakülte	138	3,9 $\pm$ 0,7		
Lisansüstü	68	3,9 $\pm$ 0,8		
Görev			25,921	0,000
Hekim Gr.	126	3,9 $\pm$ 0,7		
Müdür Gr.	15	3,6 $\pm$ 1,1		
Hemşire Gr.	291	4,1 $\pm$ 0,7 ^d		
Sağlık Tek.	75	3,8 $\pm$ 0,6		
Sağlık Hiz.	36	3,9 $\pm$ 0,8		
Genel İd. H.	59	3,7 $\pm$ 0,7		
Yardımcı H.	39	3,7 $\pm$ 0,7		
Görev Süresi			9,738	0,045
1 Yıldan Az	46	3,9 $\pm$ 0,8		
1-5 Yıl	292	3,9 $\pm$ 0,7		
6-10 Yıl	142	3,9 $\pm$ 0,7		
11-15 Yıl	88	4,2 $\pm$ 0,7		
16 yıl ve Üzeri	73	3,9 $\pm$ 0,7		
Kurum			15,359	0,002
Konya Num.	290	3,9 $\pm$ 0,7		
KonyaDr. F.S.	214	4,1 $\pm$ 0,8 ^e		
Karaman Dev.	101	3,9 $\pm$ 0,7		
Karaman Doğ.	36	3,6 $\pm$ 0,8		

^a 20-29 ve 30-39 yaş gruplarına göre P<0,05^b Kadınlara göre P<0,05^cYüksekokula göre P<0,05^d Genel İdari Hizmetler, Yardımcı Hizmetler gruplarına göre P<0,05^e Konya Numune, Karaman Devlet, Karaman Doğumevine göre P<0,05

Yaş değişkenine göre; ileri yaşta olanların hastanede yükselme imkanlarının yetersizliğini çatışma sebebi görmesi konusunda daha iyimser oldukları tespit edildi. Yapılan çoklu regresyon analizinde de yaş yükseldikçe, yükselme imkanlarının yetersizliğinin çatışmaya sebep olduğuna dair görüşün azaldığı tespit edildi.

Cinsiyet değişkenine göre yükselme imkanlarının yetersizliğinin çatışmaya sebep olması konusunda, erkeklerin daha olumlu tavır sergiledikleri tespit edildi. Zira, yapılan çoklu regresyon analizinde de kadın çalışanlarda, yükselme imkanlarının yetersizliğinin çatışmaya yol açtığına dair görüş hakim bulunmuştur.

Öğrenim düzeyi değişkenine göre; yükselme imkanlarındaki yetersizliğin çatışmaya yol açması konusunda, ilköğretim mezunları, yüksek okul öğrenim düzeyinde bulunanlara göre olumlu tavır sergilemektedir. Zira, ilköğretim düzeyinde bulunanlarda yükselişle ilgili beklentilerinin olmadığı için, bu durum verilerle uyumludur. Oysa, yüksekokul düzeyinde en çok hemşire personel bulunmakta ve kurumlarında önemli olduklarını hissetmek istemektedirler. Dolayısıyla yükselme imkanları da kısıtlı olduğundan, bu grupta en fazla sorun hissedilmektedir.

Görev değişkenine göre; yükselme imkanlarındaki yetersizliğin çatışmaya yol açması konusunda; hemşire grubu, diğer tüm çalışanlardan ve özellikle genel idari hizmetler grubu ve yardımcı hizmetler gruplarına göre belirgin derecede olumsuz tavır sergilemektedir.

Hastaneler, Mintzberg'in sınıfladığı beş farklı yapıdan profesyonel bürokrasi olarak adlandırılan organizasyon yapısına uygunluk gösterir. Hastanede en sorunlu yön ise sağlık profesyonellerinin organizasyonu olmalarıdır. Profesyoneller tipik olarak, büyük sorumluluk sahibi ve işlerinde yüksek derecede otonomi isteyen bir gruptur. Bu profesyoneller arasında hekimler birincil gruptur¹⁵. Dolayısıyla hekim grubuyla birlikte çalışan hemşire grubunun, yükselme konusundaki beklentilerinin karşılanması oldukça zordur. Bu duruma, bir de kamu kesiminde söz konusu olan katı bürokratik faaliyetler, iltimas hususları da söz konusu olunca durum daha da vahimleşmektedir.

Yapılan çoklu regresyon analizinde görev süresi arttıkça yetersiz yükselme imkanlarının çatışmayı arttırdığı görüşü yükselmektedir. Kişiler aynı kurumda uzun süre çalıştıklarında takdir görmek, terfi ettirilmek istemektedir. Dolayısıyla hastane çalışanlarının beklentileri de bu yönde gerçekleşmektedir.

¹⁵ O. Hayran, H. Sur, "Hastane Yöneticiliği", a.g.m., s.341.

Kurumsal faktör açısından da Karaman Doğumevi, diğer kurumlara nazaran görevde yükselme konusunda da daha olumlu bir tavır sergilediği izlenmektedir. Henüz yeni kurulması bu yöndeki beklentilerinin daha artmadığını düşündürmektedir.

4.7.6.Hipotez 6'nın Test Edilmesi

“Personel, çalışmalarının ilgililerce takdir edilmesini yetersiz bulmaktadır.” hipotezinin gerçekleşmesi bu test için ölçekteki 6., 24., 25. sorular birlikte değerlendirildi. Her birey için bu üç sorudan elde edilen Likert skorlarının ortalaması dikkate alındı. Hipotez 6'yı test eden anket soruları:

6.Çalışanlarla hastane yönetimi arasında uyumsuzluğun olması, çatışmaya yol açmaktadır.

24.Denetimin (kontrol) gevşek olması çatışma sebebidir.

25.Denetimin (kontrol) sıkı olması çatışma sebebidir.

Değerlendirmede; araştırmaya katılan personelin çalışmalarının ilgililerce takdir edilmesiyle ilgili görüşte, yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, görev, kurumun etkili olduğu (her biri için en az $P<0,05$); medeni durum, görev süresinin etkili olmadığı tespit edildi (Tablo.13).

Tablo 13. Hipotez 6 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. ± SS	K-W	P
Yaş			12,5	0,002
20-29	220	3,6±0,7		
30-39	294	3,6±0,7		
40 ve üzeri	127	3,4±0,8 ^a		
Cinsiyet			Z=3,844	0,000
Erkek	256	3,4±0,8 ^b		
Kadın	385	3,6±0,7		
Medeni D.			0,132	0,936
Evli	527	3,5±0,7		
Bekar	99	3,6±0,8		
Boşanmış	15	3,5±0,7		
Öğrenim D.			18,325	0,001
İlköğretim	36	3,2±0,9		
Lise	163	3,5±0,8		
Yüksekokul	236	3,7±0,7 ^c		
Fakülte	138	3,5±0,7		
Lisansüstü	68	3,4±0,8		
Görev			40,591	0,000
Hekim Gr.	126	3,4±0,7		
Müdür Gr.	15	3,5±0,8		
Hemşire Gr.	291	3,7±0,7 ^d		
Sağlık Tek.	75	3,5±0,6		
Sağlık Hiz.	36	3,6±0,8		
Genel İd. H.	59	3,2±0,7 ^e		
Yardımcı H.	39	3,4±0,8		
Görev Süresi			6,329	0,176
1 Yıldan Az	46	3,5±0,7		
1-5 Yıl	292	3,5±0,7		
6-10 Yıl	142	3,6±0,7		
11-15 Yıl	88	3,9±0,7		
16 yıl ve Üzeri	73	3,6±0,8		
Kurum			10,083	0,018
Konya Num.	290	3,5±0,7		
KonyaDr. F.S.	214	3,7±0,8 ^f		
Karaman Dev.	101	3,6±0,7		
Karaman Doğ.	36	3,4±0,7		

^a 20-29 ve 30-39 yaş gruplarına göre P<0,05^b Kadınlara göre P<0,05^c İlköğretim ve Fakülte mezunlarına göre P<0,05^d Hekim ve Genel İdari Hizmetlere göre P<0,05^e Sağlık Teknisyenlerine göre P<0,05^f Konya Dr. Faruk Sukan Doğum ve Çocuk Hastanesine göre P<0,05

Çalışmaların takdir edilmesindeki eksikliğin çatışmaya yol açması konusunda, yaşı ileri olanlar, diğer yaşlara nazaran daha olumlu tavır sergilemektedirler. Yapılan çoklu regresyon analizinde de yaş yükseldikçe çalışmaların ilgililerce takdirindeki eksikliklerin çatışmaya yol açacağı yönünde görüşlerde düşüş gözlenmektedir.

Çalışmaların takdir edilmesindeki eksikliğin çatışmaya yol açması konusu, cinsiyet faktörü açısından ele alındığında; erkeklerin kadınlara göre daha olumlu tavır sergiledikleri gözlenmektedir. Yapılan çoklu regresyon analizinde de kadınlarda çalışmalarının ilgililerce takdir edilmemesinin çatışmaya yol açacağı görüşünün yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Hastanede çalışan grubun üçte ikisinin bayanlardan oluştuğu göz önüne alınırsa ve bu grubun büyük kesiminin hemşire grubundan oluştuğu düşünüldüğünde; çıkan sonuçlar arasında paralellik gözlenmektedir. Zira, hemşire personel grubu çalışmalarının takdir edilmemesinde en sorunlu grubu oluşturmaktadır.

Çalışmaların takdir edilmesindeki eksikliğin çatışmaya yol açması konusu öğrenim düzeyi açısından ele alındığında; yüksekokul mezunlarının çalışmanın takdir edilmemesini çatışma sebebi olarak görmektedir. Bu grupta en çok bayan ve hemşire grubu çalışan yer almaktadır.

Çalışmaların takdir edilmesindeki eksikliğin çatışmaya yol açması konusu, hemşire grubu, genel idari hizmetler grubundan ve hekim grubundan oldukça yüksek oranda farklılık içermektedir. Genel idari hizmetler grubu da sağlık teknisyenlerine göre farklılık göstermektedir.

Çalışmaların takdir edilmesindeki eksikliğin çatışmaya yol açması konusu, görev süresi açısından ele alındığında; yapılan çoklu regresyon analizinde görev süresi arttıkça çalışmaların ilgililerce takdirindeki eksikliklerin çatışmaya yol açtığı yönündeki görüşlerde artış gözlenmektedir.

Çalışmaların takdir edilmesindeki eksikliğin çatışmaya yol açması konusu, kurum açısından ele alındığında; Konya Dr. Faruk Sukan Doğum ve Çocuk Hastanesi, diğer hastanelere göre farklıdır. Esas farklılık Konya Numune Hastanesi ile aralarında söz konusudur. Bu farklılık büyüklük açısından kaynaklanıyor olabilir. Büyüklük olarak Konya Numune Hastanesi diğer hastaneler arasında en büyüğüdür. Bu açıdan Konya Dr. Faruk Sukan Doğum ve Çocuk Hastanesi çalışanları için durum daha vahim bir hal almaktadır. Zira kurum küçük ve kişileri tanıma daha kolay ve değerlendirme daha aktif olacak iken tam tersi bir durum yaşanmaktadır.

4.7.7. Hipotez 7'nin Test Edilmesi

“Personel, genel olarak yaptıkları işten elde ettikleri iş doyumunu yetersiz bulmaktadır.” Hipotezinin testi için ölçekteki 11., 14., 17., 18., 19., 37. sorular birlikte değerlendirildi. Her birey için bu altı sorudan elde edilen Likert skorlarının ortalaması dikkate alındı.

Hipotez 7'yi Test Eden ölçek Soruları: (11.Çalışanların yaptıkları işten elde ettikleri iş doyumunun düşüklüğü bir çatışma sebebidir;14.Çalışanların çeşitli konulardaki görüş ve fikirlerine hastane yönetimince yeterince değer ve önem verilmemesi çatışma sebebidir; 17. Hastanede işlerin çok yoğun olmasının yol açtığı stres, çatışma sebebidir; 18. Hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmaması, bir çatışma sebebidir; 19. Kurumda normal çalışma süresinden fazla çalışma süresinin olması bir çatışma sebebidir; 37. İşyerinin fiziksel şartlarının (ısıtma, havalandırma, aydınlatma, hijyen, güvenlik vb. bakımdan) iyileştirilmesine yönelik çalışmaların yeterli düzeyde yapılmaması çatışma sebebidir.

Değerlendirmede; iş doyumunun yetersizliğiyle ilgili görüşte, yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, görev, kurumun etkili olduğu(her biri için en az $P<0,05$); medeni durum, görev süresinin etkili olmadığı tespit edildi (Tablo14).

Tablo 14. Hipotez 7 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. ± SS	K-W	P
Yaş			44,61	0,000
20-29	220	4,1±0,7		
30-39	294	3,9±0,7		
40 ve üzeri	127	3,6±0,7 ^a		
Cinsiyet			Z=5,020	0,000
Erkek	256	3,7±0,7 ^b		
Kadın	385	4,0±0,7		
Medeni D.			3,834	0,147
Evli	527	3,9±0,7		
Bekar	99	4,0±0,8		
Boşanmış	15	4,0±0,5		
Öğrenim D.			23,131	0,000
İlköğretim	36	3,5±0,8 ^c		
Lise	163	3,9±0,8		
Yüksekokul	236	4,0±0,7		
Fakülte	138	3,9±0,6		
Lisansüstü	68	3,8±0,6 ^d		
Görev			81,617	0,000
Hekim Gr.	126	3,8±0,5		
Müdür Gr.	15	3,5±0,9		
Hemşire Gr.	291	4,1±0,6 ^e		
Sağlık Tek.	75	3,9±0,7		
Sağlık Hiz.	36	3,7±0,7		
Genel İd. H.	59	3,4±0,8 ^f		
Yardımcı H.	39	3,6±0,7		
Görev Süresi			4,999	0,287
1 Yıldan Az	46	3,8±0,7		
1-5 Yıl	292	3,9±0,7		
6-10 Yıl	142	3,9±0,7		
11-15 Yıl	88	3,9±0,7		
16 yıl ve Üzeri	73	3,9±0,6		
Kurum			15,343	0,002
Konya Num.	290	4,0±0,6 ^g		
KonyaDr. F.S.	214	3,8±0,8		
Karaman Dev.	101	3,8±0,8		
Karaman Doğ.	36	3,6±0,7		

^a20-29 ve 30-39 yaş gruplarına göre P<0,05^bKadınlara göre P<0,05^cLise, Yüksekokul,Fakülteye göre P<0,05^dYüksekokula göre P<0,05^eHekim, Müdür, Sağlık Teknisyenleri, Sağlık Hizmetleri, Genel İdari Hizmetler Sınıfı, Yardımcı Hizmetler Grubuna göre P<0,05^fHekim ve Sağlık teknisyenlerine göre P<0,05^gKonya Dr. Faruk Sukan Doğ. ve Karaman Doğ. Göre P<0,05

İş doyumunun yetersizliğinin çatışmaya yol açması, yaş değişkeni açısından incelendiğinde; ileri yaş grubunda olanların iş doyumunu konusunda daha iyimser tavır sergiledikleri gözlenmektedir. Yapılan çoklu regresyon analizinde de yaş yükseldikçe, iş doyum yetersizliğinin çatışmaya yol açmasına ilişkin görüşler azalmaktadır.

İş doyumunun yetersizliğinin çatışmaya yol açması, cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde; erkek çalışanların, iş doyumsuzluğunun çatışmaya yol açması konusunda daha iyimser tavır içinde oldukları gözlemlendi. Yapılan çoklu regresyon analizinde de kadın çalışanların, iş doyumsuzluğunu çatışma sebebi gördükleri sonucuna ulaşılmaktadır. Bu durum da, hastane çalışanlarının üçte ikisinin bayanlardan oluştuğu akla getirilirse; çalışanların iş doyumlarının düşük olduğu yargısına ulaşılabilir.

İş doyumunun yetersizliğinin çatışmaya yol açması, öğrenim düzeyi açısından incelendiğinde; ilköğretim düzeyinde bulunanlar, lise, yüksekokul ve fakülteye göre farklılık içermektedir. Bu durum onların beklentilerinin az olmasından kaynaklanabilir. Lisansüstü öğrenim düzeyinde bulunanlar ise; fakülte mezunlarından farklılık arz etmektedir. Zira, lisansüstü kesimi genellikle hekimler oluşturmakta ve özerk olmaları dolayısıyla iş doyumunu, diğer mesleklerle göre daha olumlu durumda bulunmaktadır. Fakülte mezunları ise genellikle diğer sağlık hizmetleri grubundan oluşmaktadır. Dolayısıyla diğer sağlık profesyonelleri de hastanede önemli olduklarını hissetme çabası içindedirler. Bu durum, onların iş doyumsuzluğunu çatışma sebebi olarak görmelerine neden olmaktadır.

İş doyumunun yetersizliğinin çatışmaya yol açması, görev değişkeni açısından incelendiğinde; hemşire grubu diğer tüm çalışanlardan farklı görüntü sergilemekte ve iş doyumsuzluğunu çatışma sebebi görmektedirler. Genel idari hizmetler grubu da hekim ve sağlık teknisyenleri gruplarına göre farklılık göstermektedir. Genel idari hizmetler grubunun birbirine bağımsız işlerinin olması, dolayısıyla iş doyumlarının diğerlerinden daha yüksek çıkmasını sağlamış olabilir.

İş doyumunun yetersizliğinin çatışmaya yol açması, kurum değişkeni açısından incelendiğinde; Konya Numune Hastanesi, Konya Dr. Faruk Sukan Doğumevi'ne ve Karaman Doğumevine göre iş doyumsuzluğunu çatışma sebebi görmektedir. Konya Numune Hastanesi diğer hastanelere göre iş yükünün en fazla olduğu hastanedir. Çalışan sayısı üçte bir potansiyelle nöbet tutmaktadır. Bu durum onların iş doyumsuzluğunu arttıran unsurlardan biridir.

İş doyumunun yetersizliğinin çatışmaya yol açması, yapılan çoklu regresyon analizinde görev süresi arttıkça iş doyum yetersizliğinin çatışmaya yol açacağına dair inanç da artmaktadır.

4.7.8. Hipotez 8'in Test Edilmesi

“Personel, gelirlerini yetersiz bulmaktadır.” Hipotezinin gerçeklemesi bu test için ölçekteki 7. ve 8. sorular birlikte değerlendirildi. Her birey için bu iki sorudan elde edilen Likert skorlarının ortalaması dikkate alındı. Hipotez 8'i test eden anket soruları:

7. Çalışanların gelirlerini yetersiz bulmaları çatışma sebebidir.

8. Çalışanlar arasındaki gelir farklılıkları çatışma sebebidir.

Değerlendirmede; gelir yetersizliğiyle ilgili görüşte, yaş, görev, kurumun etkili olduğu (her biri için en az $P < 0,05$); cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, görev süresinin etkili olmadığı tespit edildi (tablo 15).

Tablo 15: Hipotez 8 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. ± SS	K-W	P
Yaş			13,1	0,001
20-29	220	3,9±0,9		
30-39	294	3,8±1,0		
40 ve üzeri	127	3,4±1,1 ^a		
Cinsiyet			0,859	0,390
Erkek	256	3,7±1,0		
Kadın	385	3,8±1,0		
Medeni D.			1,078	0,583
Evli	527	3,8±1,0		
Bekar	99	3,7±1,0		
Boşanmış	15	3,5±1,2		
Öğrenim D.			6,252	0,181
İlköğretim	36	3,8±1,2		
Lise	163	3,8±1,1		
Yüksekokul	236	3,8±1,0		
Fakülte	138	3,7±1,0		
Lisansüstü	68	3,6±0,9		
Görev			33,434	0,000
Hekim Gr.	126	3,6±0,9		
Müdür Gr.	15	3,2±1,2		
Hemşire Gr.	291	3,9±0,9 ^b		
Sağlık Tek.	75	3,7±1,0		
Sağlık Hiz.	36	3,3±1,1 ^c		
Genel İd. H.	59	3,4±1,1		
Yardımcı H.	39	3,9±1,1		
Görev Süresi			1,613	0,807
1 Yıldan Az	46	3,7±0,9		
1-5 Yıl	292	3,8±1,0		
6-10 Yıl	142	3,7±1,1		
11-15 Yıl	88	3,8±1,0		
16 yıl ve Üzeri	73	3,8±0,9		
Kurum			10,372	0,016
Konya Num.	290	3,9±0,9		
KonyaDr. F.S.	214	3,7±1,1		
Karaman Dev.	101	3,6±1,1		
Karaman Doğ.	36	3,3±1,0 ^d		

^a 20-29 ve 30-39 yaş gruplarına göre P<0,05

^b Hekim, Sağlık Hizmetleri, Genel İdari Hizmetler Gruplarına göre P<0,05

^c Yardımcı Hizmetlere göre P<0,05

^d Konya Numune Hastanesine göre P<0,05

Gelir yetersizliğinin çatışmaya yol açması, yaş değişkeni açısından incelendiğinde; ileri yaştaki çalışanların gelir yetersizliğinin çatışmaya yol açması konusunda daha iyimser oldukları tespit edildi. Yapılan çoklu regresyon analizinde de yaş yükseldikçe gelir yetersizliğinin çatışmaya yol açacağına dair inancın azaldığı ortaya çıktı.

Gelir yetersizliğinin çatışmaya yol açması, görev türü açısından incelendiğinde; hemşire grubunun, hekim grubundan, sağlık hizmetleri grubundan, genel idari hizmetler gruplarından farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Hemşire grubu gelir yetersizliğini çatışma sebebi görmektedir. Sağlık hizmetleri grubu da yardımcı hizmetler grubundan farklıdır. Sağlık hizmetleri, yardımcı hizmetlerden gelir olarak yüksek aldıkları için böyle bir farklılık söz konusu olmuştur.

Gelir yetersizliğinin çatışmaya yol açması, kurum açısından incelendiğinde; Karaman Doğumevi, Konya Numune Hastanesine göre, daha olumlu tavır içinde oldukları görülmektedir.

4.7.9. Hipotez 9'un Test Edilmesi

“Personel, hizmet içi eğitimi yetersiz bulmaktadır.” Hipotezinin gerçekleşmesi için ölçekteki 32. ve 33. soruları birlikte değerlendirildi. Her iki sorudan elde edilen Likert skorlarının ortalaması dikkate alındı. Hipotez 9'u test eden anket sorular:

32. Kurumda işe alıştırma eğitiminin (oryantasyon) yetersizliği bir çatışma sebebidir.

33. Kurumda hizmet içi eğitiminin eksikliği bir çatışma sebebidir.

Değerlendirmede; hizmet içi eğitim yetersizliğiyle ilgili görüşte, cinsiyetin ve görevin etkili olduğu (her biri en az $P < 0,05$); yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, görev süresi, kurumun etkili olmadığı tespit edildi (Tablo 16).

Tablo 16: Hipotez 9 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. ± SS	K-W	P
Yaş			0,78	0,677
20-29	220	3,6±0,9		
30-39	294	3,6±0,9		
40 ve üzeri	127	3,6±0,8		
Cinsiyet			2,286	0,022
Erkek	256	3,5±0,9		
Kadın	385	3,6±0,9		
Medeni D.			2,783	0,249
Evli	527	3,6±0,9		
Bekar	99	3,7±1,0		
Boşanmış	15	3,6±0,8		
Öğrenim D.			4,647	0,325
İlköğretim	36	3,3±1,0		
Lise	163	3,5±0,9		
Yüksekokul	236	3,6±0,9		
Fakülte	138	3,6±0,9		
Lisansüstü	68	3,7±0,8		
Görev			28,320	0,000
Hekim Gr.	126	3,7±0,8		
Müdür Gr.	15	3,6±0,9		
Hemşire Gr.	291	3,7±0,9		
Sağlık Tek.	75	3,1±0,9 ^a		
Sağlık Hiz.	36	3,7±0,9		
Genel İd. H.	59	3,5±0,9		
Yardımcı H.	39	3,4±0,9		
Görev Süresi			3,465	0,483
1 Yıldan Az	46	3,7±0,9		
1-5 Yıl	292	3,6±0,9		
6-10 Yıl	142	3,5±0,9		
11-15 Yıl	88	3,6±0,9		
16 yıl ve Üzeri	73	3,7±0,9		
Kurum			0,613	0,894
Konya Num.	290	3,6±0,9		
KonyaDr. F.S.	214	3,6±0,9		
Karaman Dev.	101	3,6±0,9		
Karaman Doğ.	36	3,5±0,9		

^a Hekim, Hemşire, Sağlık Hizmetlerine göre P<0,05

Hizmet içi eğitim yetersizliğinin çatışmaya yol açması görev değişkeni açısından incelendiğinde; sağlık teknisyenleri grubu, hekim grubundan, hemşire grubundan, sağlık hizmetleri grubundan farklılık göstermektedir. Sağlık teknisyenleri grubu, hizmet içi eğitim eksikliğini çatışma sebebi olarak görmemektedir.

Hizmet içi eğitim yetersizliğinin çatışmaya yol açması görev değişkeni açısından incelendiğinde; yapılan çoklu regresyon analizine göre, kadın çalışanların, hizmet içi eğitim eksikliğini çatışma sebebi olarak görmeleri yüksek bulunmuştur. Kadınların, hastanenin

yaklaşık üçte ikisini oluşturmaları dolayısıyla; hastanede hizmet içi eğitim yetersizdir, denilebilir.

4.7.10. Hipotez 10'un Test Edilmesi

“Personel, görevlerinin yeteneklerine uygunluğunu yetersiz bulmaktadır.” Hipotezinin gerçekleştirilmesi için ölçekte 31. ve 35. sorular birlikte değerlendirildi. Hipotez 10’nu test eden anket soruları:

31. Kurumda yenilik, yeni uygulama, yeni bilgi ve görüşlerin egemen kılınmaya çalışılması bir çatışma sebebidir.

35. Çalışanların görevlerinin yeteneklerine uygun olmaması çatışma sebebidir.

Değerlendirmede; görevlerin yeteneklerine uygunsuzluğu ile ilgili görüşte, yaşın etkili olduğu($P<0,05$); cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, görev, görev süresi, kurumun etkili olmadığı tespit edildi (Tablo 17).

Tablo 17. Hipotez 10 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. ± SS	K-W	P
Yaş			6,62	0,037
20-29	220	3,4±0,8		
30-39	294	3,5±0,8		
40 ve üzeri	127	3,3±0,8 ^a		
Cinsiyet			Z=0,384	0,701
Erkek	256	3,5±0,8		
Kadın	385	3,4±0,8 ^b		
Medeni D.			0,279	0,870
Evli	527	3,5±0,8		
Bekar	99	3,4±0,9		
Boşanmış	15	3,7±0,9		
Öğrenim D.			2,110	0,716
İlköğretim	36	3,4±0,9		
Lise	163	3,4±0,9		
Yüksekokul	236	3,5±0,8		
Fakülte	138	3,5±0,7		
Lisansüstü	68	3,3±0,8		
Görev			3,689	0,719
Hekim Gr.	126	3,4±0,7		
Müdür Gr.	15	3,6±0,9		
Hemşire Gr.	291	3,5±0,8		
Sağlık Tek.	75	3,4±0,8		
Sağlık Hiz.	36	3,6±0,8		
Genel İd. H.	59	3,4±0,8		
Yardımcı H.	39	3,4±0,9		
Görev Süresi			8,973	0,062
1 Yıldan Az	46	3,4±0,8		
1-5 Yıl	292	3,4±0,8		
6-10 Yıl	142	3,4±0,8		
11-15 Yıl	88	3,4±0,8		
16 yıl ve Üzeri	73	3,7±0,8		
Kurum			5,270	0,153
Konya Num.	290	3,8±0,8		
KonyaDr. F.S.	214	3,5±0,8		
Karaman Dev.	101	3,5±0,8		
Karaman Doğ.	36	3,1±0,9		

^a 30-39 yaş grubuna göre P<0,05^b Erkeklerle göre P<0,05

Görevlerin yeteneklere uygunsuzluğunun çatışmaya yol açması, yaş değişkeni açısından incelendiğinde; ileri yaştakilerin diğer yaş gruplarına, özellikle 30-39 yaş grubuna göre farklılık içerdiği gözlenmekte ve daha olumlu yaklaşımları saptanmaktadır. Yapılan çoklu regresyon analizinde de yaş yükseldikçe görevlerin yeteneklere uygunsuzluğunun çatışmaya yol açmasına dair inanç azalmaktadır.

Görevlerin yeteneklere uygunsuzluğunun çatışmaya yol açması, cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde; kadınların erkeklere nazaran daha olumlu yaklaştıkları ve görevleri yeteneklerine uygun gördükleri saptanmıştır.

Yapılan çoklu regresyon analizine göre, görev süresi arttıkça görevlerin yeteneklere uygunsuzluğunun çatışmaya yol açacağına dair inanç artmaktadır.

4.7.11. Hipotez 11'in Test Edilmesi

“Personel, görevlerinin aldıkları öğrenime uygunluğunu yetersiz bulmaktadır.” Hipotezinin gerçekleşmesini ölçekteki 36.soru (Çalışanların görevlerinin aldıkları öğrenime uygun olmaması çatışma sebebidir.) sağlamaktadır.

Değerlendirmede; görevlerinin, öğrenimlerine uygunluğuyla ilgili görüşte; yaş ve görevin etkili olduğu (her biri için en az $P < 0,05$); cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, görev süresi, kurumun etkili olmadığı tespit edildi (Tablo18).



Tablo 18: Hipotez 11 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. ± SS	K-W	P
Yaş			7,82	0,020
20-29	220	3,9±1,1		
30-39	294	3,8±1,1		
40 ve üzeri	127	3,6±1,1 ^a		
Cinsiyet			0,751	0,453
Erkek	256	3,7±1,1		
Kadın	385	3,8±1,0		
Medeni D.			4,516	0,105
Evli	527	3,8±1,0		
Bekar	99	3,8±1,2		
Boşanmış	15	4,2±1,0		
Öğrenim D.			9,401	0,052
İlköğretim	36	3,5±1,3		
Lise	163	3,6±1,2		
Yüksekokul	236	3,9±0,9 ^b		
Fakülte	138	3,9±1,1		
Lisansüstü	68	3,8±0,9		
Görev			19,063	0,004
Hekim Gr.	126	3,7±0,9		
Müdür Gr.	15	4,1±1,1		
Hemşire Gr.	291	3,8±1,0		
Sağlık Tek.	75	3,6±1,2		
Sağlık Hiz.	36	4,3±1,1 ^c		
Genel İd. H.	59	3,6±1,1		
Yardımcı H.	39	3,5±1,3		
Görev Süresi			4,933	0,294
1 Yıldan Az	46	3,7±1,0		
1-5 Yıl	292	3,7±1,1		
6-10 Yıl	142	3,9±1,0		
11-15 Yıl	88	3,7±1,1		
16 yıl ve Üzeri	73	3,7±1,1		
Kurum			2,478	0,479
Konya Num.	290	3,8±1,0		
Konya Dr. F.S.	214	3,7±1,1		
Karaman Dev.	101	3,7±1,1		
Karaman Doğ.	36	3,6±1,0		

^a 20-29 yaş grubuna göre P<0,05^b Liseye göre P<0,05^c Sağlık Teknisyenlerine ve yardımcı Hizmetlere göre P<0,05

Görevlerin aldıkları öğrenime uygunsuzluğunun çatışmaya yol açması, yaş değişkeni açısından incelendiğinde; ileri yaştakilerin 20-29 yaş grubuna göre farklılık içerdiği gözlenmekte ve daha olumlu yaklaştıkları saptanmaktadır. Yapılan çoklu regresyon analizinde

de yaş yükseldikçe görevlerin aldıkları öğrenime uygunsuzluğu çatışma sebebi görmekte olduklarına dair inançları azalmaktadır.

Görevlerin aldıkları öğrenime uygunsuzluğunun çatışmaya yol açması, öğrenim düzeyi açısından incelendiğinde; yüksekokul mezunlarının, lise öğrenim düzeyine göre daha olumsuz tavır içinde oldukları tespit edildi. Yüksekokul mezunları yukarıda da ifade edildiği gibi, hemşire grubundan oluşmakta, buna karşın lise mezunları genellikle genel idari hizmetler grubundan oluşmaktadır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarında bilgi daha hızlı değişmekte; görevler değişirken aldıkları öğrenim, hizmet içi eğitim yetersizliğiyle sabit kalmaktadır. Dengesizliği oluşturan da hizmet içi eğitimin yetersizliği olmaktadır. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizine göre, öğrenim düzeyi yükseldikçe görevlerin aldıkları öğrenime uygunsuzluğunu çatışma sebebi görmeleri de artmaktadır.

Görevlerin aldıkları öğrenime uygunsuzluğunun çatışmaya yol açması, görev değişkeni açısından incelendiğinde; sağlık hizmetleri grubundaki çalışanların, sağlık teknisyenleri ve yardımcı hizmetlere göre farklı oldukları saptanmıştır. Sağlık hizmetleri grubunda çalışanlar görevlerinin aldıkları öğrenime uygunsuzluğunu çatışma sebebi olarak görmektedirler. Bu durum öğrenim düzeylerine bağlı olarak görevin bilinçli yapılmasından kaynaklanabilir.

4.7.12. Hipotez 12'in Test Edilmesi

“Personel, kurumdaki işlerin birbirine bağımlılığını çatışma sebebi görmektedir.” hipotezinin gerçekleşmesi bu test için ölçekteki 12., 15., 20., 21. sorular birlikte değerlendirildi. Her birey için bu dört sorudan elde edilen Likert skorlarının ortalaması dikkate alındı. Hipotez 12'nin test eden sorular:

12.Hastanede çeşitli birimler ve kişiler arasındaki güç ve hakimiyet kurma mücadeleleri çatışma sebebidir.

15.Servisler arasındaki malzeme, cihaz, personel, yer, bütçe gibi kaynakların ortaklaşa kullanılması çatışma sebebidir.

20.Servislerden her birinin yapmakta olduğu iş ve görevleri diğerlerinden çok daha önemli görüp algılaması bir çatışma sebebidir.

21.Kurumda servisler arası iş yükünün eşit dağıtılmaması çatışma sebebidir.

Değerlendirmede; işlerin birbirine bağımlılığı ile ilgili görüşte; yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, görev, kurumun etkili olduğu (her biri için en az $P<0,05$); medeni durum, görev süresinin etkili olmadığı tespit edildi (Tablo 19).

Tablo 19: Hipotez 12 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. ± SS	K-W	P
Yaş			34,93	0,000
20-29	220	3,9±0,7 ^a		
30-39	294	3,8±0,7		
40 ve üzeri	127	3,5±0,7 ^b		
Cinsiyet			Z=8,223	0,000
Erkek	256	3,5±0,7 ^c		
Kadın	385	3,9±0,6		
Medeni D.			0,236	0,889
Evli	527	3,8±0,7		
Bekar	99	3,8±0,8		
Boşanmış	15	3,9±0,4		
Öğrenim D.			32,160	0,000
İlköğretim	36	3,4±0,7 ^d		
Lise	163	3,8±0,7		
Yüksekokul	236	3,9±0,7 ^e		
Fakülte	138	3,7±0,6		
Lisansüstü	68	3,5±0,6		
Görev			78,845	0,000
Hekim Gr.	126	3,6±0,7		
Müdür Gr.	15	3,4±0,9		
Hemşire Gr.	291	4,0±0,6 ^f		
Sağlık Tek.	75	3,6±0,7		
Sağlık Hiz.	36	3,8±0,7		
Genel İd. H.	59	3,5±0,7		
Yardımcı H.	39	3,4±0,7		
Görev Süresi			6,663	0,155
1 Yıldan Az	46	3,6±0,7		
1-5 Yıl	292	3,7±0,7		
6-10 Yıl	142	3,8±0,7		
11-15 Yıl	88	3,9±0,7		
16 yıl ve Üzeri	73	3,7±0,6		
Kurum			12,684	0,005
Konya Num.	290	3,7±0,6		
KonyaDr. F.S.	214	3,8±0,7		
Karaman Dev.	101	3,8±0,7		
Karaman Doğ.	36	3,4±0,8 ^g		

^a 30-39 ve 40-49 yaş gruplarına göre P<0,05^b 30-39 yaş grubuna göre P<0,05^c Kadınlara göre P<0,05^d Lise ve Yüksekokula göre P<0,05^e Fakülte ve Lisansüstüne göre P<0,05^f Hekim, Müdür, Sağlık Teknisyenleri, Genel İdari Hizmetler, Yardımcı Hizmetlere göre P<0,05^g Konya Numune, Konya Dr. Faruk Sukan Doğ., Karaman Devlet Hastanesine göre P<0,05

İş bağımlılığının çatışmaya yol açması, yaş değişkeni açısından incelendiğinde; genç yaştakilerin ileri yaşlardakilere göre iş bağımlılığını çatışma sebebi görme konusunda daha olumsuz oldukları ortaya çıktı. 40 yaş ve üzeri çalışanlar, 30-39 yaş grubuna göre iş

bağımlılığının çatışmaya yol açması konusunda daha olumlu tavır içinde oldukları sonucuna ulaşıldı. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizine göre, yaş yükseldikçe iş bağımlılığının çatışmaya yol açacağına dair inancın azalmakta olduğu ortaya çıktı.

İş bağımlılığının çatışmaya yol açması, cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde; erkeklerin daha olumlu tavır içinde oldukları tespit edildi. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizine göre, kadınların iş bağımlılığının çatışmaya yol açmasına dair düşüncelerinin olumsuz olduğu sonucuna ulaşıldı. Burada birinci bölümde ifade edilen hastane personelinin önemli bir kısmının bayanlardan oluşması yargısının iş bağımlılığı konusunda da kendini gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır.

İş bağımlılığının çatışmaya yol açması, öğrenim düzeyi açısından incelendiğinde; ilköğretim düzeyinde bulunanlar, lise ve yüksekokul öğrenim düzeyine göre iş bağımlılığının çatışmaya yol açması konusunda daha iyimser tavır içinde oldukları ortaya çıktı. Buradan ilköğretim mezunlarının beklentilerinin düşük olması sonucuna ulaşılabilir. Yüksekokul öğrenim düzeyinde bulunanların ise, fakülte ve lisansüstüne göre iş bağımlılığının çatışmaya sebep olduğu konusunda daha kötümser tavır içinde oldukları sonucuna ulaşıldı. Buradan iş bağımlılığı konusunda en yüksek grubun hemşire grubu olduğu söylenebilir.

İş bağımlılığının çatışmaya yol açması, görev değişkeni açısından incelendiğinde; hemşire grubu, iş bağımlılığını çatışma sebebi görme açısından en sorunlu grup olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri grubu da hemşire grubundan sonra gelmektedir.

İş bağımlılığının çatışmaya yol açması, kurum değişkeni açısından incelendiğinde; Karaman Doğumevi diğer kurumlara göre farklılık arz etmektedir. İş bağımlılığını çatışma sebebi olarak görmemektedir.

Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizine göre, görev süresi yükseldikçe iş bağımlılığının çatışmaya yol açacağına dair inanç da artmaktadır.

4.7.13. Hipotez 13'in Test Edilmesi

“Personel, ekip çalışması yapamamayı çatışma sebebi görmektedir.” Hipotezi için ölçekteki 5.,13., 28., 29., 30. sorular birlikte değerlendirildi. Her birey için bu beş sorudan elde edilen Likert skorlarının ortalaması dikkate alındı. Hipotez 13'ün test eden sorular:

5. Çalışanlarla hekimler arasında uyumsuzluğun olması çatışmaya yol açmaktadır.

13.Çalışanların iş arkadaşlarına duydukları güven duygusunun azlığı bir çatışma sebebidir.

28. Personeller arasındaki öğrenim farklılığı çatışma sebebidir.

29. Çalışanların bireysel amaçlarıyla kurum amaçları arasındaki farklılık ve bunları uzlaştırma güçlüğü bir çatışma sebebidir.

30. Kurumda ekip çalışmasının uygulanamaması çatışma sebebidir.

Değerlendirmede; ekip çalışmasının yetersizliğiyle ilgili görüşte, yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, görevin etkili olduğu (her biri için en az $P<0,05$); medeni durum, görev süresi, kurumun etkili olmadığı tespit edildi (Tablo 20).

Tablo 20. Hipotez 13 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. $\pm$ SS	K-W	P
Yaş			16,42	0,000
20-29	220	3,7 $\pm$ 0,6		
30-39	294	3,7 $\pm$ 0,6		
40 ve üzeri	127	3,4 $\pm$ 0,7 ^a		
Cinsiyet			Z=4,881	0,000
Erkek	256	3,5 $\pm$ 0,7 ^b		
Kadın	385	3,8 $\pm$ 0,6		
Medeni D.			1,040	0,594
Evli	527	3,7 $\pm$ 0,7		
Bekar	99	3,7 $\pm$ 0,7		
Boşanmış	15	3,9 $\pm$ 0,6		
Öğrenim D.			15,888	0,003
İlköğretim	36	3,3 $\pm$ 0,9 ^c		
Lise	163	3,6 $\pm$ 0,7		
Yüksekokul	236	3,8 $\pm$ 0,6		
Fakülte	138	3,7 $\pm$ 0,7		
Lisansüstü	68	3,6 $\pm$ 0,5		
Görev			51,182	0,000
Hekim Gr.	126	3,7 $\pm$ 0,6		
Müdür Gr.	15	3,4 $\pm$ 0,7		
Hemşire Gr.	291	3,8 $\pm$ 0,6		
Sağlık Tek.	75	3,6 $\pm$ 0,6		
Sağlık Hiz.	36	3,7 $\pm$ 0,7		
Genel İd. H.	59	3,3 $\pm$ 0,7 ^d		
Yardımcı H.	39	3,3 $\pm$ 0,9 ^e		
Görev Süresi			7,357	0,118
1 Yıldan Az	46	3,6 $\pm$ 0,7		
1-5 Yıl	292	3,6 $\pm$ 0,7 ^f		
6-10 Yıl	142	3,7 $\pm$ 0,7		
11-15 Yıl	88	3,9 $\pm$ 0,6		
16 yıl ve Üzeri	73	3,6 $\pm$ 0,6		
Kurum			2,349	0,503
Konya Num.	290	3,6 $\pm$ 0,6		
KonyaDr. F.S.	214	3,7 $\pm$ 0,7		
Karaman Dev.	101	3,7 $\pm$ 0,5		
Karaman Doğ.	36	3,6 $\pm$ 0,7		

^a 20-29 ve 30-39 yaş gruplarına göre $P<0,05$

^b Kadınlara göre $P<0,05$

^c Yüksekokul ve Fakülteye göre $P<0,05$

^d Hekim, Hemşire, sağlık Teknisyenleri, Sağlık Hizmetlerine göre $P<0,05$

^e Hekim ve Hemşireye göre $P<0,05$

^f 11-15 yıla göre $P<0,05$

Etkin ekip çalışmasının uygulanmayışının çatışmaya yol açması, yaş değişkenine göre ele alındığında; ileri yaştaki çalışanların diğerlerine göre ekip çalışmasının yetersizliği konusunda daha iyimser oldukları sonucuna ulaşıldı. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizine göre de, yaş yükseldikçe etkin ekip çalışmasının olmayışının çatışmaya sebep olacağına dair inancın azaldığı da tespit edildi.

Etkin ekip çalışmasının uygulanmayışının çatışmaya yol açması, cinsiyet değişkenine göre ele alındığında; erkeklerin daha olumlu tavır içinde oldukları tespit edildi. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizine göre, kadınların etkin ekip çalışmasının yapılmayışını çatışma sebebi görmekte oldukları bulundu. Hastanede bayanların büyük çoğunlukta olması, hastanelerde ekip çalışmasının uygulanmadığını göstermektedir.

Etkin ekip çalışmasının uygulanmayışının çatışmaya yol açması, öğrenim düzeyine göre ele alındığında; ilköğretim mezunları, yüksekokul ve fakülteye göre farklılık göstermektedir. İlköğretim mezunları, etkin ekip çalışmasının olmayışını çatışma sebebi görme konusunda daha olumlu tavır sergilemektedir. Bu konuda ilköğretim mezunlarının, yardımcı hizmetler grubunda yer almalarından ve dolayısıyla ekip çalışmasında diğer çalışanlar kadar aktif rol almamalarından kaynaklanabilir.

Etkin ekip çalışmasının uygulanmayışının çatışmaya yol açması, görev değişkenine göre ele alındığında; genel idari hizmetler grubu, hekim, hemşire, sağlık teknisyenleri grubu, sağlık hizmetleri gruplarına göre daha olumlu tavır sergilemektedir. Bunun nedeni genel idari hizmetler grubu çalışanlarının faaliyetlerinin diğer adı geçen grupların faaliyetlerine göre çok daha fazla ekip çalışması gerektirmemesidir. Yardımcı hizmetler grubu da hekim grubu ve hemşire grubuna göre farklılık göstermektedir. Bu konuda yardımcı hizmetler grubunun, ekip çalışması tanımlamasından ne kastedildiğini anlayamadıkları yargısına ulaşılabilir. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizine göre, görev türü, hiyerarşik olarak arttıkça etkin ekip çalışmasının olmayışının çatışmaya sebep olacağına dair inanç artmaktadır.

Etkin ekip çalışmasının uygulanmayışının çatışmaya yol açması, görev süresine göre ele alındığında; 1-5 yıl arasında çalışanların, 11-15 yıl arasında çalışanlara göre daha olumlu tavır sergiledikleri gözlenmektedir. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizine göre, görev süresi arttıkça etkin ekip çalışmasının olmayışının çatışmaya sebep olacağına dair inanç artmaktadır.

4.7.14. Hipotez 14'ün Test Edilmesi

“Personel, sosyal faaliyetleri yetersiz bulmaktadır.” Hipotezini ölçekteki 38. soru (Kurumda sosyal faaliyetlerin yetersiz yapılması çatışma sebebi olmaktadır.) ile sağlamaktadır.

Değerlendirmede; sosyal faaliyetlerin yetersizliğiyle ilgili görüşte; cinsiyetin etkili olduğu ($P<0,05$); yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, görev, görev süresi, kurumun etkili olmadığı tespit edildi (Tablo 21).

Tablo 21. Hipotez 14 İçin Elde Edilen Değişkenlerin Skor Ortalamaları

Değişken	n	Ort. $\pm$ SS	K-W	P
Yaş			3,84	0,147
20-29	220	3,6 $\pm$ 1,1		
30-39	294	3,5 $\pm$ 1,2		
40 ve üzeri	127	3,4 $\pm$ 1,1		
Cinsiyet			Z=2,256	0,024
Erkek	256	3,6 $\pm$ 1,1		
Kadın	385	3,4 $\pm$ 1,1		
Medeni D.			2,513	0,285
Evli	527	3,5 $\pm$ 1,1		
Bekar	99	3,6 $\pm$ 1,2		
Boşanmış	15	3,3 $\pm$ 1,4		
Öğrenim D.			7,846	0,097
İlköğretim	36	3,6 $\pm$ 1,2		
Lise	163	3,7 $\pm$ 1,2		
Yüksekokul	236	3,4 $\pm$ 1,2		
Fakülte	138	3,5 $\pm$ 1,1		
Lisansüstü	68	3,6 $\pm$ 1,0		
Görev			4,068	0,667
Hekim Gr.	126	3,6 $\pm$ 1,0		
Müdür Gr.	15	3,3 $\pm$ 1,1		
Hemşire Gr.	291	3,5 $\pm$ 1,2		
Sağlık Tek.	75	3,4 $\pm$ 1,2		
Sağlık Hiz.	36	3,2 $\pm$ 1,3		
Genel İd. H.	59	3,4 $\pm$ 1,2		
Yardımcı H.	39	3,7 $\pm$ 1,2		
Görev Süresi			3,905	0,419
1 Yıldan Az	46	3,5 $\pm$ 1,0		
1-5 Yıl	292	3,5 $\pm$ 1,1		
6-10 Yıl	142	3,5 $\pm$ 1,2		
11-15 Yıl	88	3,6 $\pm$ 1,3		
16 yıl ve Üzeri	73	3,3 $\pm$ 1,1		
Kurum			4,272	0,234
Konya Num.	290	3,6 $\pm$ 1,1		
Konya Dr. F.S.	214	3,4 $\pm$ 1,2		
Karaman Dev.	101	3,5 $\pm$ 1,2		
Karaman Doğ.	36	3,7 $\pm$ 0,9		

Sosyal faaliyetlerin yetersizliğinin çatışmaya yol açması, yaş değişkenine göre ele alındığında; yapılan çoklu regresyon analizine göre; yaş yükseldikçe, sosyal faaliyetlerin yetersizliğinin çatışmaya sebep olacağına dair inanç düşmektedir.

Sosyal faaliyetlerin yetersizliğinin çatışmaya yol açması, cinsiyet değişkenine göre ele alındığında; yapılan çoklu regresyon analizine göre; kadınların sosyal faaliyet eksikliğini çatışma sebebi görme konusunda daha olumlu tavır sergiledikleri sonucuna ulaşılmaktadır. Bunun sebebi olarak, hastanede çalışma suresinin çokluğu ve genellikle evli olmaları dolayısıyla sosyal faaliyetlere zaten zaman ayıramamaları olabilir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsan yaşamının önemli bir kısmı sosyal yaşam içerisinde geçmektedir. Sosyal yaşam içerisinde çeşitli düzeylerde, çeşitli kaynaklardan çatışma meydana gelebilmektedir. Dolayısıyla çatışmanın yok olduğu bir örgütü düşünmek imkansızdır. Ancak, önemli olan optimum düzeyde çatışma düzeyini koruyabilmek ve çatışmayı örgüt amaçlarına yönelik yönetebilmektir.

Çatışmayı yönetmek, öncelikle çatışmanın sebeplerini teşhis etmek ve çatışma sebeplerine yönelik çözümleri geliştirmekle mümkündür. Hastaneler, bilindiği gibi sağlık sistemini oluşturan tüm alt sistemlerden etkilenen ve etkileyen örgütsel yapılar ve bir çok meslek grubundan kişilerin çalıştığı sosyal örgütlerdir. Dolayısıyla, çözüm önerileri de sadece hastane boyutunda değil, etkilediği ve etkilendiği tüm sistem sorunlarıyla ilgili bulunmaktadır.

Hastane personeli, genel olarak hastanede çatışma sebebi olarak iletişim eksikliğini, yetki ve sorumluluk dengesizliğini, görev tanımlarının yapılmamış olmasını, kararlara katılım eksikliğini, hastanede yükselme imkanlarının olmayışını, çalışanların kendi faaliyetleriyle ilgili olarak yetersiz takdir edilmelerini, yetersiz iş doyumuna sahip bireylerden oluşan örgüt yapısına sahip oluşlarını, gelir yetersizliğini, hizmet içi eğitim yetersizliğini, görevlerin yeteneklere ve aldıkları öğrenime uygunsuz olmasını, kurumdaki işlerin birbirine bağımlılığını, ekip çalışmasının etkin uygulanamayışını, kurumdaki sosyal faaliyetlerin eksikliğini çatışma sebebi olarak görmektedirler.

Hastanede çatışma sebepleri konusunda, iletişim bakımından iletişimsizlik sorunu, farklı personellerde farklılık arz etmektedir. Ancak genel görüş, iletişim eksikliğinin varolduğunu göstermektedir. Öyle ki, ekip çalışması gerektiren işlerde iletişim daha büyük bir problem olarak göze çarpmaktadır. Zira genel idari hizmetlerin, iletişim konusunda diğer gruplara göre farklı olarak daha iyimser düşünmeleri de bu sebepten kaynaklanmaktadır.

İletişim günümüzde gittikçe önemi artan bir konu olmaktadır. Hastanelerde ise matriks organizasyon yapısı dolayısıyla çok daha etkin olmaktadır. Ancak buna rağmen hastanede aynı görevi icra eden meslektaşlar arasında bile yeterince olumlu iletişim bulunmamaktadır. Özellikle hastanedeki rolleri nedeniyle, kilit rol oynayan hekimler arasında olumlu iletişimin olmadığı gözlenmektedir. Bunda kişisel farklılık gibi nedenler

söz konusu olabildiği gibi, çıkar farklılıkları esas unsur olarak gözükmektedir. Özellikle ekip çalışmasının uygulanamayışı hipotezinde de üzerinde durulan; bireysel çıkarlarla, kurum çıkarlarının uygun olmaması konusunda yüksek derecede katılım bunu göstermektedir. Zira, hekimler bireysel amaç olarak müşteri kazanımda diğer rakip hekimlerle çeşitli türde güç mücadelesine girmektedirler.

İletişim eksikliğinin kurumda varoluşu, kurumun amaçlarının çalışanlarca anlaşılmasını ve çalışanların kurum amaçları doğrultusunda toplanmalarını engelleyecektir. Zira, etkin iletişim sisteminin olmaması, kurum çalışanları arasında gruplaşmalara bu da çatışmalara sebep olabilecektir.

Hastanelerde esasen etkin yöneticilerin bulunması isteniyorsa, örgütsel yapı ve bürokratik yapının ağır işleyişini ortadan kaldırmak gerekmektedir. Tüm meslek gruplarının, kendilerini önemli hissedecekleri dikey örgüt yapısına kavuşmaları sağlanmalıdır. Kendi faaliyet alanlarıyla ilgili kendi karar ve söz sahibi olmaları sağlanmalıdır. Esasen Toplam Kalite Yönetimi felsefecilerince de ifade edildiği gibi işi yapanın işi en iyi bilen personel olduğu gözden uzak tutulmamalıdır.

Hizmet işletmeleri olan hastanelerde motivasyon, iş değerlendirme, ceza mükafat konularında etkin bir uygulamanın olmadığı tespit edilmiştir. Bu durum, çatışmanın belki de en önemli sebepleri arasında yer almaktadır.

Hastanede başhekimlerin yetki sınırlarının çok geniş tutulması, ilk bakışta yerinden yönetime doğru yöneliş olarak düşünülebilir. Ancak işleyişin, kurallardan çok kişisel yargılara bırakılması, insanların subjektif oldukları hesaba katıldığında doğru sonuç vermeyebilecektir. Hastanedeki diğer çalışanlarda ise, yetki, sorumluluk denklığında sorumluluğun daha fazla olduğu gözlenmektedir. Bu durum ise hastanedeki en önemli çatışma sebepleri arasında sayılabilir. Sağlık yöneticisinin her türlü bilgi ve beceri ile donatılmış ve yerinde karar veren birimler olarak düşünüldüğünde dahi, mevzuat tüm yönetim faaliyetlerinin merkezdeki üst düzey bürokratların denetiminde kalması gibi bir fonksiyon yüklenmiş durumdadır.

Hastane çalışanları, kararlara katılımı yetersiz bulmaktadır. Oysa, yönetime katılan birey, görüşlerine ihtiyaç olduğu hissettirilen bireydir. Kendisine güvenildiğine, değer verildiğine inanan birey, fikri ve zihni enerjisini örgüt amaçlarına olumlu yönde yansıtan bireydir. Yönetime katılma ise öncelikle açık yönetim anlayışıyla sağlanabilir. Açık yönetimden kastedilen ise, örgüt çalışanlarının gerek örgüt içinde gerekse örgüt dışında

ihtiyacı olan ya da öğrenmek istediği her türlü bilgiye en kısa zamanda ulaşmalarını sağlayan dolayısıyla öğrendiklerini uygulama ve birbirleriyle paylaşma imkanı sunan bir yapı sergilemektedir. Hastanelerde çatışmaya yönelik çözüm önerileri kapsamında bir dizi iyileştirici önlemlerin alınması gerekir. Bunları kısaca sıralayacak olursak;

-Öncelikle iletişim konusuna eğilmek gerekir. İletişim, bireyin ilk kuruma girişinde önemli hale gelmektedir. Kamu kurumu olan hastanelere tayin edilen sağlık çalışanları ilk kuruma girişlerinde oryantasyon programıyla karşılanmamaktadır. Öyle ki, hastanelerde öncelikle yapılması gereken bireyin kuruma ilk gelişinde kurum hakkında, kurumdaki çalışma sistemi hakkında yeterince bilgi sahibi olmalarının sağlanmasıdır. Ancak pek çok hastanede bu konuda yetersizlik söz konusu olmaktadır. Bu konunun öncelikle tüm hastanelerde ele alınması ve bir hastane el kitabının çıkartılması gerekmektedir.

-Ayrıca hastanelerde üst yönetimin, yerinden yönetime yöneldiği; çalışanlar hakkında yeterince bilgilendirme alamadıkları gözlenmektedir. Oysa pek çok yönetim tarzı, dolaşarak yönetim tarzına doğru değişmiştir. Bunun yanında hastane yöneticilerinin, çalışanlarına yeterince bilgilendirmede bulunmadıkları görülmektedir. Özellikle hastane yöneticilerinin olumlu veya olumsuz, çalışanların kendilerine performanslarıyla ilgili geri bildirimde bulunmadıkları anlaşılmaktadır. Özellikle hastane yöneticilerinin doğal gruplara önem vermeleri, söylenti ve çıkar grupları açısından önem arz etmektedir. Yetkilendirme veya görevlendirmelerde bu ayrıntıyı gözden kaçırmamaları gerekmektedir.

-Hastanede görev tanımlarının yapılmamış olması, hiyerarşik mesafe, çalışma grubu büyüklüğü, resmileştirme gibi faktörler, rol algılayışlarını belirlemektedir. Esasen kişiye ne kadar çok geri bildirim sağlanırsa, kişinin rolünü anlaması o kadar kolaylaşacaktır. Ülkemizde sağlık personelinin çalışmalarını düzenleyen mevzuat eski ve kullanıma cevap vermemektedir. Öyle ki; yönetmeliklerde bir çok mesleğin görev tanımlarında eksiklikler bulunmaktadır. Dolayısıyla, sistem yaklaşımı etrafında öncelikle sağlık mevzuatının değişmesi gerekmektedir.

-Hastanelerde en sorunlu yön, sağlık profesyonellerden oluşan kurum görünümünde olmalarıdır. Profesyonellerin büyük sorumluluk sahibi ve yüksek derecede otonomi isteyen grup olmaları; diğer çalışanlar arasında sorun oluşturmakta diğer çalışanlar da aynı beklentiye ulaşmayı istemektedirler. Özellikle hemşireler özerk değil tıp personeline bağımlı konumdadırlar. Zira, çalışmada da çatışma sebeplerine ilişkin en sorunlu grup hemşire grubu olarak tespit edilmiştir. Bu durum onların ekip çalışmalarında hekimlerle

bire bir çalışmalarından ve aynı zamanda önemli sağlık ekip üyesi olma çabalarından kaynaklanmaktadır. Esasen bir başka konu; hemşirelerin daha ilk başta belirli alanlarda uzmanlaşma yoluna gidilmemesidir. Tıp fakültelerindeki uygulamaya benzer uygulama ile, esas eğitimlerinin üzerine hangi alanda çalışacaklarsa, o alanda eğitimlerinin yaptırılması sağlanmalı ve yalnızca o alanda istihdam edilmelidir. Bu çalışma şekli hemşirelikteki pek çok yetersiz uygulamadan kaynaklanan çatışmayı giderecek, uzun vadeli bir uygulama önerisidir.

-Hastanedeki roller konusunda kilit iki role sahip olan hekimler ve yöneticiler arasında iletişim genellikle olumsuz görüntü sergilemektedir. Bu sebeple, hastanedeki tüm çalışanların görev tanımları yapılmalı; örgütsel amaç bağlamında kişilere düşen görevler belirlenmelidir.

-Hastaneler ayrıca yapıları gereği çok fazla finans gerektiren organizasyonlardır. Dolayısıyla, finansal yönetimi bilen bu konuda öğrenimli bireylerce yapılmalıdır. Oysa ülkemiz şartlarına bakıldığında, müdür grubunun bu konudaki eğitimine bakılmaksızın çalıştırıldıkları gözlenmektedir. Hastane yönetiminde, müdürden daha yetkili hekim grubunun ise ne yönetim bilgisi, ne finansal yönetim konusunda bir geçmişi bulunmamaktadır. Dolayısıyla, işin ehli olmayan iki karar verici arasında sık sık çatışmanın yaşanması doğaldır. Bu konunun çözümü ise sağlık sisteminde yerine getirilmesi zorunlu olan değişikliği öngörür. Şöyle ki; tıp fakültelerine yönetim dersinin konulması; başhekimlik mesleğinin siyasi atama şeklinde değil kazanılmış bir hak olması önerilebilir. Kazanılmış haktan kastedilen ise; bu konuda bir eğitim zorunluluğu çeşitli sınavlar ve kişilik testlerinden sonra atamalarının yapılmasıdır. Müdürlük mesleğinin de aynı etik paralelinde götürülmesi iki grup arasında söz konusu olan güç ve hakimiyet mücadelelerini azaltabilecektir.

-İş bağımlılığın artması, işbölümü sonucunda servis ve birimlerin işbirliği halinde çalışmalarını güçleştirecektir. İş bölümü sonucu, tüm birimler kendi ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasına yöneleceklerdir. Dolayısıyla hastane yöneticisi, birimler ve servisler arasında dengeli şekilde ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması yoluna gitmelidirler.

-Hastaneler teknolojik değişimlerden hızlı etkilenen yapılar görünümündedirler. Ancak hastanelerde hizmet içi eğitim konusunda yetersizlik görülmektedir. Dolayısıyla

hizmet içi eğitimin daha sık yapılması ve hekimlerin katılımlarının sağlanması gerekmektedir.

-Hastanelerde, iş tatmini yüksek bireylerin bulunması örgüt iklimi açısından önemlidir. Zira, sağlık personelinin birlikte çalışma zorunluluğu akla getirilince iş tatmini düşük bireylerin örgütte bulunuşu örgüt iklimini olumsuz etkileyebilecektir. Özellikle hemşirelerin, hekimlere bağımlı meslekler olmaları dolayısıyla, iş tatminlerinin düşüklüğü tüm örgütü etkileyen yapıya bürünmektedir. Bu konuda kendi mesleklerine ait dikey yapılanmanın olması öngörülebilir. Öyle ki, hemşirelerin eğitim ve çeşitli sınav aşamaları ve hizmet içi eğitimle hiyerarşik olarak yükselebilecekleri bir çalışma ortamı, onları motive edebilecekleri bir ortam olacaktır.

-Çalışma şartlarının düzeltilmesi, hastanenin fiziksel yapısının çalışmaya daha uyumlu hale getirilmesi, özel hayatını devam ettirebileceği sayıda dengeli nöbet dağıtımının sağlanması önem arz eden konular arasında yer almaktadır.

-Hastanede etkin performans değerlendirme; eşit işe eşit ücret politikasının uygulanması, hastanede çatışmanın çıkmaması için önem arz eden konular arasındadır. Özellikle hastanedeki döner sermaye puanlarının adil yapılması, bunun denetiminin de Sağlık Bakanlığınca veya yerel yönetimlerce yapılması sağlanmalıdır. Performans değerlendirmesinde, özellikle hekimler tarafında bir başıboşluk görülmektedir. Bu sebeple, hastanelerde objektif performans göstergelerinin belirlenmesine yönelik veri tabanlarının oluşturulması gerekmektedir. Veriler, kuruluş bazında denetlenecek, yıllık rapor halinde yayımlanacak ve sonuçta performans göstergesi yüksek çalışanlara gerekli ödüllendirme mekanizmalarının geliştirilmesi gerekecektir.

-Hastanelerin karmaşık yapıda, açık sistemler olmaları; pek çok çalışma sorununu da birlikte getirmektedir. Çalışma koşulları kapsamında malzeme eksikliği, hastanedeki fiziksel yapı eksikliği, temizlik, ısı, ışık, havalandırma gibi unsurlar söz konusu olmaktadır. Bu konuda hastane mimarisine daha fazla eğilmek, kullanılan malzemelerin kaliteli olmasından, ortamdaki renklere kadar pek çok alanı kapsayan düzenleme çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır. Örneğin, hastane otomasyonuna yönelmek, elektronik hasta kayıtları sistemini kurmak geliştirilebilecek çözüm önerileri kapsamındadır.

-Hastanede sosyal faaliyetlerin arttırılması, kişilerin birbirine yaklaşmasını sağlayacak ve yanlış anlamalardan kaynaklanan çatışmaları asgariye indirebilecektir. Ancak pek çok hastanede sosyal faaliyetlerin eksikliği dikkat çekmektedir.

-Çalışmada, çatışmaya sebep olan etken rolü, cinsiyet faktörünün oluşturduğu görüldü. Yani hastane personelinin önemli bir kısmının bayanlardan oluşması çatışmada etken rol oynamaktadır. Bu durumu çeşitli faktörlere bağlamak mümkündür. Hastane çalışanlarının önemli bir kısmının bayanlardan oluşmasına; bayanların büyük kısmının hemşirelerden oluşmasına; hemşirelik mesleğinin, hekim mesleğinden bağımsız olamamasına; beklentilerinin artmasına vb. nedenleri sıralamak mümkündür. Bu konuda hemşirelerin görevde yükselme, motivasyon ve gerekli ödüllendirmelerinin sağlanması, bayanlara yönelik çözüm önerilerinin getirilmesi sağlanmalıdır. Hemşire grubuna yönelik iyileştirme çalışmaları, bayanlara yönelik destek hizmetler örneğin; kurum tarafından kreş vb. sosyal ihtiyaçlarının karşılanması, hastanelerde psikologların sık sık verecekleri eğitimler ve bireysel terapileriyle bunun önlenmesi yoluna gidilebilir.

-Hastaneler, esasen ekip çalışmasının uygulandığı örgüt yapısına sahip oldukları zaman, iletişim problemleri de azalabilecektir. Hastanede etkin ekip yönetiminin uygulanmaması çatışma sebebi olarak görülmektedir. Ekip yönetiminde, hastanedeki çalışanların ekip çalışmasına uygun bireyler olması kadar kurum kültürünün insancıl değerlerle oluşturulmasına da bağlıdır. Hastanede her şeyin başhekimden sorumlu olduğu yapı terk edilerek; tıp hizmetleri, yardımcı tıp hizmetleri, idari ve mali destek hizmetler şeklinde yürütülen bir yönetim ekibi tarafından iş bölümü ile yönetilmelidir. Kısacası; başhekim, başhemşire ve müdür eş düzeylerde ekip çalışması yapabilmelidirler.

-Sonuç olarak; hastanede çatışmanın sebepleri sistem yaklaşımı etrafında ele alınmalı ve çözüm önerileri de bu yönde geliştirilebilmelidir. Ancak, bunun sağlanabilmesi için öncelikle merkeziyetçi yapı terk edilerek, yerinden yönetimin geçerli olduğu yapıya kavuşturulması ve mevzuatın da buna uyarlanması gerekmektedir.

EKLER

Ek-1: Hastanelerde örgütsel çatışma konusunda personelin görüşünün araştırılması anket formu

**HASTANELERDE ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA KONUSUNDA
PERSONELİN GÖRÜŞÜNÜN ARAŞTIRILMASI ANKET FORMU**

(Şebnem Aslan, 2003, Konya)

- Çatışma: İki veya daha fazla kişi veya grup arasında çeşitli kaynaklardan doğan anlaşmazlık, çatışma, uyumsuzluk, ters düşme durumudur.
- Anket, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Doktora tez çalışmasında kullanılmak üzere oluşturulmuştur.
- Hastaneniz için, size uygun gelen seçenekteki kutucuğu işaretleyiniz.
- Yazdığınız tüm bilgilerde gizlilik esas tutulacaktır.
- Bize zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

BÖLÜM 1

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyetiniz

Erkek

☐

Kadın

☐

3. Öğrenim Düzeyiniz

İlköğretim

☐

lise

☐

Yüksek Okul

☐

Fakülte

☐

Lisansüstü

☐

4. Medeni Durumunuz?

Bekar

☐

Evli

☐

Boşanmış-eşi ölmüş

☐

5. Hastanedeki göreviniz nedir?.....

6. Bu hastanede kaç yıldır çalışmaktasınız?.....

BÖLÜM 2

Hastanenizde göreviniz nedeniyle ilişkide bulunduğunuz personelle, daha uyumlu ilişkiler kurmanızı engelleyen ve çatışmalara yol açması muhtemel bazı sebepler aşağıda sıralanmıştır. Bu sebeplerin size göre çatışmaya yol açma derecesini işaretleyiniz.

1. Çalışanlar arasındaki iletişim yetersizliği, çatışmaya sebep olmaktadır.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2. Çalışanlarla üst yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişimin olmaması çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. Hastanede yönetim-çalışanlar-doktorlar-hastalar arası her türlü iletişime önem verilmemesi çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. Çalışanların, yönetim tarafından kendi faaliyetleriyle ilgili değişiklikler hakkında bilgilendirilmemesi çatışma sebebidir

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5. Çalışanlarla hekimler arasında uyumsuzluğun olması çatışmaya yol açmaktadır.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

6. Çalışanlarla hastane yönetimi arasında uyumsuzluğun olması çatışmaya yol açmaktadır.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7. Çalışanların gelirlerini yetersiz bulmaları çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8. Çalışanlar arasındaki gelir farklılıkları çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9. Görev tanımlarının yapılmamış olması çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

10. Çalışanların sorumluluklarının yetkilerinden fazla olması bir çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11. Çalışanların yaptıkları işten elde ettikleri iş doyumunun düşüklüğü bir çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

12. Hastanede çeşitli birimler ve kişiler arasındaki güç ve hakimiyet kurma mücadeleleri çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13. Çalışanların iş arkadaşlarına duydukları güven duygusunun azlığı bir çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14. Çalışanların çeşitli konulardaki görüş ve fikirlerine hastane yönetimince yeterince değer ve önem verilmemesi çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15. Servisler arasında malzeme, cihaz, personel, yer, bütçe gibi kaynakların ortaklaşa kullanılması çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16. Personelin görevlerini zamanında ve yeterince yerine getirememesi çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

17. Hastanede işlerin çok yoğun olmasının yol açtığı stres çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

18. Hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmaması, bir çatışma sebebi olmaktadır.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

19. Kurumda normal çalışma süresinden fazla çalışma süresinin olması bir çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

20. Servislerden her birinin yapmakta olduğu iş ve görevleri diğerlerinden çok daha önemli görüp algılaması bir çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

21. Kurumda servisler arası iş yükünün eşit dağıtılmaması çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

22. Etkin yöneticilerin kurumda bulunmaması çatışmayı artırıcı unsurdur.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

23. Hastanede ağır bürokratik faaliyetler çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

24. Denetimin (kontrol) gevşek olması çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

25. Denetimin (kontrol) sıkı olması çatışma sebebidir

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

26. Çalışanların kararlara katılamaması çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

27. Çalışanların girişimci olmalarını, yönetim sorumluluğuna katılmalarını sağlayacak yaklaşımların (toplantılar, teşvikler vb.) olmaması çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

28. Personeller arasındaki öğrenim farklılığı çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

29. Çalışanların bireysel amaçlarıyla kurum amaçları arasındaki farklılık ve bunları uzlaştırma güçlüğü bir çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

30. Kurumda ekip çalışmasının uygulanamaması çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

31. Kurumda yenilik, yeni uygulama, yeni bilgi ve görüşlerin egemen kılınmaya çalışılması bir çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

32. Kurumda işe alıştırma eğitiminin (oryantasyon) yetersizliği bir çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

33. Kurumda hizmet içi eğitimin eksikliği bir çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

34. Çalışanların performanslarının objektif bir biçimde değerlendirilip; kendilerine bildirilmemesi bir çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

35. Çalışanların görevlerinin yeteneklerine uygun olmaması çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

36. Çalışanların görevlerinin aldıkları öğrenime uygun olmaması çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

37. İşyerinin fiziksel şartlarının (ısıtma, havalandırma, aydınlatma, hijyen, güvenlik vb. bakımdan) iyileştirmesine yönelik çalışmaların yeterli düzeyde yapılmaması çatışma sebebidir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

38. Kurumda sosyal faaliyetlerin yetersiz yapılması çatışma sebebi olmaktadır.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ek-2: Çoklu Regression Analizi

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ1 2, YAŞGRUP, ÖĞRENİM ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H1

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,187 ^a	,035	,026	,63901

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9,373	6	1,562	3,826	,001 ^a
	Residual	258,880	634	,408		
	Total	268,253	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H1

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,898	,198		19,687	,000
	YAŞGRUP	-,139	,039	-,169	-3,581	,000
	CİNSİYET	,037	,057	,028	,652	,515
	MEDENİ12	,056	,069	,033	,813	,417
	ÖĞRENİM	,081	,036	,132	2,252	,025
	GÖREV7	-,011	,022	-,030	-,511	,609
	GÖRVYİL	,047	,025	,083	1,912	,056

a. Dependent Variable: H1

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H2

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,307 ^a	,094	,086	,70646

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	33,005	6	5,501	11,022	,000 ^a
	Residual	316,417	634	,499		
	Total	349,422	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H2

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,660	,219		16,720	,000
	YAŞGRUP	-,234	,043	-,249	-5,464	,000
	CİNSİYET	,200	,063	,133	3,176	,002
	MEDENİ12	,046	,076	,024	,609	,543
	ÖĞRENİM	,012	,040	,017	,297	,767
	GÖREV7	,030	,025	,069	1,217	,224
	GÖRVYİL	,086	,027	,131	3,135	,002

a. Dependent Variable: H2

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H3MD9

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,205 ^a	,042	,033	,923

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	23,776	6	3,963	4,653	,000 ^a
	Residual	539,972	634	,852		
	Total	563,747	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H3MD9

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,677	,286		12,856	,000
	YAŞGRUP	-,206	,056	-,172	-3,676	,000
	CİNSİYET	,125	,082	,066	1,525	,128
	MEDENİ12	,026	,100	,011	,259	,796
	ÖĞRENİM	,057	,052	,064	1,088	,277
	GÖREV7	,015	,032	,028	,480	,631
	GÖRVYİL	,103	,036	,124	2,884	,004

a. Dependent Variable: H3MD9

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H4

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,237 ^a	,056	,047	,81848

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	25,174	6	4,196	6,263	,000 ^a
	Residual	424,724	634	,670		
	Total	449,898	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H4

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,209	,254		12,652	,000
	YAŞGRUP	-,156	,050	-,146	-3,137	,002
	CİNSİYET	,217	,073	,127	2,972	,003
	MEDENİ12	,051	,088	,023	,573	,567
	ÖĞRENİM	,022	,046	,028	,474	,636
	GÖREV7	,049	,028	,100	1,733	,084
	GÖRVYİL	,065	,032	,087	2,043	,042

a. Dependent Variable: H4

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H5

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,217 ^a	,047	,038	,71537

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16,105	6	2,684	5,245	,000 ^a
	Residual	324,450	634	,512		
	Total	340,555	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H5

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,687	,222		16,634	,000
	YAŞGRUP	-,148	,043	-,159	-3,403	,001
	CİNSİYET	,138	,064	,093	2,170	,030
	MEDENİ12	-,036	,077	-,019	-,469	,639
	ÖĞRENİM	,037	,040	,054	,918	,359
	GÖREV7	,016	,025	,038	,654	,514
	GÖRVYİL	,076	,028	,118	2,749	,006

a. Dependent Variable: H5

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H6

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,204 ^a	,042	,033	,71498

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	14,122	6	2,354	4,604	,000 ^a
	Residual	324,103	634	,511		
	Total	338,225	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H6

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,095	,222		13,969	,000
	YAŞGRUP	-,112	,043	-,121	-2,583	,010
	CİNSİYET	,167	,064	,113	2,627	,009
	MEDENİ12	,028	,077	,015	,360	,719
	ÖĞRENİM	,000	,040	,001	,010	,992
	GÖREV7	,024	,025	,057	,968	,333
	GÖRVYİL	,088	,028	,138	3,202	,001

a. Dependent Variable: H6

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H7

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,293 ^a	,086	,077	,66627

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	26,393	6	4,399	9,909	,000 ^a
	Residual	281,439	634	,444		
	Total	307,832	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H7

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,651	,206		17,683	,000
	YAŞGRUP	-,212	,040	-,240	-5,242	,000
	CİNSİYET	,153	,059	,108	2,568	,010
	MEDENİ12	-,001	,072	,000	-,011	,991
	ÖĞRENİM	,000	,038	,000	-,006	,995
	GÖREV7	,038	,023	,094	1,654	,099
	GÖRVYİL	,089	,026	,145	3,443	,001

a. Dependent Variable: H7

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H8

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,186 ^a	,035	,025	1,00590

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	22,989	6	3,831	3,787	,001 ^a
	Residual	641,503	634	1,012		
	Total	664,491	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H8

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,996	,312		12,819	,000
	YAŞGRUP	-,259	,061	-,200	-4,244	,000
	CİNSİYET	-,088	,090	-,043	-,987	,324
	MEDENİ12	,199	,109	,075	1,831	,068
	ÖĞRENİM	-,062	,057	-,064	-1,095	,274
	GÖREV7	,003	,035	,005	,091	,928
	GÖRVYİL	,068	,039	,075	1,742	,082

a. Dependent Variable: H8

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H9

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,170 ^a	,029	,020	,88820

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	14,887	6	2,481	3,145	,005 ^a
	Residual	500,167	634	,789		
	Total	515,054	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H9

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,969	,275		10,788	,000
	YAŞGRUP	,032	,054	,028	,587	,557
	CİNSİYET	,198	,079	,108	2,500	,013
	MEDENİ12	-,111	,096	-,047	-1,156	,248
	ÖĞRENİM	,029	,050	,034	,574	,566
	GÖREV7	,057	,031	,108	1,845	,066
	GÖRVYİL	,037	,034	,047	1,074	,283

a. Dependent Variable: H9

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H10

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,111 ^a	,012	,003	,80736

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5,136	6	,856	1,313	,249 ^a
	Residual	413,258	634	,652		
	Total	418,393	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H10

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,475	,250		13,891	,000
	YAŞGRUP	-,100	,049	-,097	-2,044	,041
	CİNSİYET	-,093	,072	-,056	-1,289	,198
	MEDENİ12	,033	,087	,016	,375	,707
	ÖĞRENİM	-,012	,046	-,016	-,271	,786
	GÖREV7	,020	,028	,042	,711	,477
	GÖRVYİL	,073	,031	,102	2,343	,019

a. Dependent Variable: H10

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H11MD36

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,160 ^a	,026	,016	1,051

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	18,458	6	3,076	2,785	,011 ^a
	Residual	700,440	634	1,105		
	Total	718,899	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H11MD36

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,494	,326		10,727	,000
	YAŞGRUP	-,133	,064	-,099	-2,085	,037
	CİNSİYET	,045	,094	,021	,476	,635
	MEDENİ12	-,062	,114	-,022	-,543	,587
	ÖĞRENİM	,158	,059	,157	2,661	,008
	GÖREV7	-,023	,037	-,037	-,635	,526
	GÖRVYİL	,065	,041	,069	1,593	,112

a. Dependent Variable: H11MD36

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H12

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,359 ^a	,129	,121	,65339

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	40,081	6	6,680	15,647	,000 ^a
	Residual	270,668	634	,427		
	Total	310,749	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H12

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,032	,202		14,977	,000
	YAŞGRUP	-,180	,040	-,204	-4,553	,000
	CİNSİYET	,351	,058	,247	6,032	,000
	MEDENİ12	,109	,071	,060	1,549	,122
	ÖĞRENİM	,002	,037	,003	,049	,961
	GÖREV7	,016	,023	,040	,723	,470
	GÖRVYİL	,085	,025	,138	3,372	,001

a. Dependent Variable: H12

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H13

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,279 ^a	,078	,069	,63667

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	21,651	6	3,608	8,902	,000 ^a
	Residual	256,990	634	,405		
	Total	278,641	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H13

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,989	,197		15,153	,000
	YAŞGRUP	-,119	,039	-,142	-3,087	,002
	CİNSİYET	,227	,057	,168	3,994	,000
	MEDENİ12	,039	,069	,023	,568	,570
	ÖĞRENİM	,017	,036	,027	,466	,641
	GÖREV7	,048	,022	,124	2,160	,031
	GÖRVYİL	,079	,025	,136	3,217	,001

a. Dependent Variable: H13

4Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: H14MD38

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,160 ^a	,026	,016	1,134

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	21,395	6	3,566	2,774	,011 ^a
	Residual	814,836	634	1,285		
	Total	836,231	640			

a. Predictors: (Constant), GÖRVYİL, CİNSİYET, GÖREV7, MEDENİ12, YAŞGRUP, ÖĞRENİM

b. Dependent Variable: H14MD38

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4,581	,351		13,040	,000
	YAŞGRUP	-,174	,069	-,120	-2,530	,012
	CİNSİYET	-,341	,101	-,146	-3,371	,001
	MEDENİ12	-,050	,122	-,017	-,408	,683
	ÖĞRENİM	-,117	,064	-,108	-1,823	,069
	GÖREV7	,054	,039	,081	1,375	,170
	GÖRVYİL	,002	,044	,002	,053	,958

a. Dependent Variable: H14MD38

KAYNAKÇA

- Abaan, Süheyla; “Hekim İstemleri ve Hemşirenin Yasal Sorumluluğu,” **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, c.1, s.1, 1997.
- A Conflict Resolution Workshop for The Regional Medical Center; **The Vision Program of Orengeburg-Calhoun Technical College**, [http://: www.EBSCOhost.com](http://www.EBSCOhost.com), 19. Ocak 2003.
- Acuner, Taner ve Acuner, Şebnem Akın; “Müşteri Memnuniyetine Ulaşmada İlk Adım Mutlu İç Müşteriler”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, sayı. 480.
- Abma, T. A.; **Evaluation and Program Planning: Stakeholder Conflict: A Case Study**, 1 May 2000, www.sciencedirect.com, 03. 06. 2002.
- Ak, Bilal; “Hastane Yönetiminin Gelişimi”, **Modern Hastane Yönetimi**, yıl.1, s.2, Eylül 1997.
- Ak, Bilal; **Hastane Yöneticiliği**, Ankara: Özkan Matbaacılık, 1990.
- Ak, Bilal; “21. Yüzyılda Sağlık Hizmetlerine Stratejik Bir Bakış”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, s.472, Nisan 2001.
- Ak, Bilal ve Sevin, H. Dilek; “SSK Hastaneleri Hastane Başhekimlerinin Yönetimsel Başarı Düzeyleri Hakkında Bir Araştırma”, **Amme İdaresi Dergisi**, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü, c.33, s.1, Mart 2000.
- Akboğa, Nilüfer Comba, Gürbüz, Yücel; Harmancı, Hande; Şengel, Özgül ve Akdaş Atıf; “Bölge Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetimsel Organizasyon Açısından Karşılaştırılması,” Ankara: **1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi** , 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 20-21 Mayıs 2000.
- Akçalı, İlkay; **Hastane Hizmetlerinde Kalite Geliştirme ve Uygulaması**, İstanbul Ü. Sosyal Bil. Ens. İşletme Fak. Sayısal Yöntemler Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2000.
- Akgül, Aziz ve Çevik, Osman; **İstatistiksel Analiz Teknikleri, SPSS’te İşletme Yönetimi Uygulamaları**, Ankara:Emek Ofset Ltd. Şti., 2003.
- Akgün, Ahmet; Çelik, Yusuf; Özgen, Hacer ve Ağırbaş, İsmail; “Zaman Yönetimi: Hastane Yöneticileri Zamanlarını Nasıl Yönetiyorlar”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.3, s.1, 1995.
- Akın, Adnan; “Bireysel Gelişim Yönetimi”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, s.470, Şubat 2001.

- Aksoy, Güler; “Hemşirelikte Sürekli Eğitim,” **1. Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu**, İstanbul, 11-12 Eylül 1986.
- Aldemir, M. Ceyhan; “Yöneticilerin Güç Tipleri ile İşe Yabancılaşma ve İş Doyumu Arasındaki İlişkiler” , **Amme İdaresi Dergisi**, c.16, Mart 1983.
- Altınok,Vicdan; “İnsan Kaynakları Yönetimi ve Güdüleme”, **S.Ü. İnsan Kaynakları Yönetimi Sempozyumu**, Konya, 2-3 Mayıs 2000.
- Andrea, M. Bodtker ve Jameson, Jesica Katz; “Emotion in Conflict Formation And Its Transformation: Application To Organizational Conflict Management”, **The International Journal Of Conflict Management**, vol.12, no.3, 2003.
- Arslanerer, Fatma ve Tabak, Ruhi Selçuk; “Sağlık Yöneticilerinin Özyetkinlik Algılamaları”, **3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı**, 28-29 Eylül 2000.
- Artvinli, Mustafa; “Devlet, Üniversite Hastaneleri Üst Düzey Yönetim Sorunları”, **Tıp Teknolojisi Dergisi**, www. hastanederjisi.com, 03.06.2002.
- Artvinli, Mustafa; “Üniversite Hastaneleri Üst Düzey Yönetimi ve Sorunları”, Ankara: **1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi**, 20-21 Mayıs 2000.
- Ashkanasy, Neal M., Hartel, Charmine E. J. ve Daus, Catherine S.; “Diversity And Emotion: The New Frontiers İn Organizational Behavior Research”, **Journal Of Managment, Management Association**, vol.28, no.3, 2002.
- Asna, Alaaddin; **Public Relation (Temel Bilgiler)**, Der Yayınları, İstanbul: 1993.
- Aşan, Öznur; “İş Özellikleri Modelinde Kritik Psikolojik Hallerin Aracılık Rolünün Test Edilmesine Yönelik Ampirik Bir Çalışma”, **Amme İdaresi Dergisi**, c.33, s.2, 2000.
- Aştı, Nesrin; “Çalışan Hemşirelerin İş Günü Kaybı, Nedenleri, Sıklığı ve İş Doyumu İlişkisi”, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 4. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özel Kitapçığı**, 15-17 Kasım 1997.
- Aştı, Nesrin ve Küçük, Leyla; “Ülkemiz Hemşirelerinin İş Ortamında Karşılaştıkları Stresle Objektif Başa Çıkma Yolları”,**Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirisi**, (GATA). Ankara, 14-16 Mayıs 1998.
- Ateş, Metin; **Çatışma**, www. merih.net/m2/lid/wmetate26htm, 12.07.2002.

- Ateş, Metin ve Sur, Haydar; **Sağlık Bakanlığı'nın İstanbul'daki Hastanelerinde Yöneticilerin Bazı Yönetim Kararlarının Merkezçilliği Konusundaki Bilgi Düzeyleri**, www.merih.net., 15.02.2002.
- Bahçecik, Nefise ve Ekizler, Hediye; "Formal ve İnformal Değerlendirme ve İş Performansı Üzerine Etkileri," **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1-2 Kasım 1996.
- Bagshaw, Mike; **Industrial And Commercial Training**, 1998, Volume:30, Number. 6, www.Emerald.com., 07. 03. 2002.
- Baldwin Steve ve Woods Peter A.; "Case Management And Needs Assesment: Some Issues Of Concern For The Caring Professions", **Journal of Mental Health**, vol.3, issue:3, Sep.1994.
- Baltaş, Acar; **Ekip Çalışması ve Liderlik**, 2. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi, Şubat 2001.
- Barry Z. Posner ve Randolph, W. Alan; "Moderators Of Role Stress Among Hospital Personnel", **Journal of Psychology**, vol.105, 1980.
- Baş, Türker; **Anket**, 2. b., Ankara: Seçkin Yayıncılık, Nisan 2003.
- Başaran, İbrahim Ethem; **Örgütsel Davranış, İnsanın Üretim Gücü**, 3.b., Ankara: Feryal Matbaası, 2000.
- Baysal, Can ve Tekarslan, Erdal; **İşletmeciler İçin Davranış Bilimleri**, 2. Baskı, İstanbul, 1996.
- Bazzoli, Gloria J., LoSasso, Arnould, Anthony Richard ve Shalowitz, Madeleine; "Hospital Reorganization And Restructuring Achieved Through Merger", **Health Care Management Review**, An Aspen Publication, volume. 27, number.1, Winter 2002.
- Bektaş, Çetin; "Hizmet Süreçlerini Sürekli Geliştirmede Yaratıcılık Unsurları", **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, y.40, s.470, Şubat 2001.
- Bektaş, Gülfer, Ateş, Metin ve Arslanerer, Fatma; "Hastanelerde Hemşire İnsangücü Planlaması ve Bir Uygulama," **1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi**, 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 20-21 Mayıs 2000.
- Benjamin, Robert D.; **Effectiveness Study-Conflict and Your Career**, <http://www.mediate.com>, 22.12.2002.

- Berstein, Douglas A., Stewart, Alison Clarke, Roy, Edward J., Srull, Thomas K. ve D. Wickens, Christopher; **Psychology**, Third Edition, Houghton Mifflin Company New Jersey, 1994.
- Bertinasco, Linda G.; “Strategies For Resolving Conflict”, (Charles R. Mc Connel), **The Health Care Supervisor Effective Communication**, Printed In Canada , Maryland, 1993.
- Biggerstaff, Ray, P. ve Syre, Thomas R.; “The Dynamics Of Hospital Survival” **Hospital Topics**, vol.69, issue.3, Summer 1991.
- Bilgen, Nihat; “Örgüt İklimi”, **Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü**, Yayın no.235, Ankara, 1990.
- Birol, Leman; **Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım**, 3.b.,İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 1997.
- Bitran, Nesim; **Etkin İletişim**, İstanbul:Boğaziçi Etkin İletişim Organizasyon Ltd. Şti. , Eğitim Semineri, 1997.
- Black, J. Stewart ve Porter, Lyman W.; **Management Meeting New Challenges**, University Of California, Irvine Prentice Hall, Printed In The United States Of America, 2000.
- Boland, Peter; **Making Managed Healthcare Work, A Pratical Guide to Strategies and Solutions**, An Aspen Publication , Gaithersburg, Maryland, 1993.
- Bodtke, Andrea M. ve Jameson, Jessica Katz; “Emotion In Conflict Formation And Its Transformation: Application to Organizational Conflict Management”, **The International Journal Of Conflict Management**, vol.12, no.3, 2003.
- Boddy David ve Paton Robert; “How teams Develop”, **Management An Introduction**, Prentice Hall Europe, First Published 1998.
- Boland, Peter; **Making Managed Healthcare Work, A Pratical Guide to Strategies and Solutions**, An Aspen Publication , Gaithersburg, Maryland, 1993.
- Boyne, George A.; “Public And Private Management: What’s The Difference”, **Journal of Management Studies**, Vol.39, number.1, January 2002.
- Budak, Gönül ve Budak, Gülay; **Halkla İlişkilere Davranışsal Bir Yaklaşım**, İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., 1995.

- Budetti, Peter P., Shortell, Stephen M., Waters, Teresa M. ve Diğerleri; “Physician and Health System İntegration”, **Health Affairs The Business Of Health**, vol.21, no.1, January/February 2002.
- Bukowitz, Wendi R. ve Williams, Ruth L.; The Knowledge Management Fieldbook, **Pearson Education Limited**, Second Edition, First Published İn Great Britain, 2000.
- Bumin, Birol; **Organizasyonlarda Çatışmanın Yönetimi**, Bizim Büro Basımevi, Ankara, Mart 1990.
- Burnside, Charles L.; “Coping With Conflict in the Workplace”, **www.sciencedirect.com**, 07,03,2002.
- Can, Baysal ve Tekarslan, Erdal; **İşletmeciler İçin Davranış Bilimleri**, 2. Baskı, İstanbul, 1996.
- Can, Halil; **Organizasyon ve Yönetim**, 5.Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, Eylül 1999.
- Can, Halil, Akgün, Ahmet ve Kavuncubaşı, Şahin; **Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi**, 3. b.,Siyasal Kitabevi: Ankara, 1998
- Candy, A. C.; “Hospitals”, **The Journal of Management Studies**, October 2001.
- Chowdhury, Subir; **Management 21C Someday We’ ll All Manage This Way**, Pearson Education Limited, First Published İn Great Britain , 2000.
- Clark, David, Seymour; Jane, Douglas ve Hannah Rose; “Clinical Nurse Specialists İn Palliative Care, Explaining Diversity İn The Organization And Cost Of Macmillan Nursing Services”, **Palliative Medicine**, vol.16, 2002.
- Cleary, Michael J., Fallon, L. Fleming ve A. Bısh, Charles; “The Policy Context of Health Services Administration Education Through Outcomes Assesment”, **The Journal of Health Administration Education**, Vol. 11, no.3, Summer 1993.
- Clifford, Gavin P. ve Sohal, Amrik S.; “Developing Self –Directed Work Teams”, **Management Decision**, vol.36, number.2, 1998.
- Cochran, Daniel S. ve Rao, C. P.; “The Effects and Resolution of Conflict İn Hospital Purchasing Management”, **Journal of Health Care Marketing**, vol. 2, no.4, Fall 1982.
- Coghlan, David ve Casey, Marj; “Action Research From The Inside: Issues And Challenges İn Doing Action Research İn Your Own Hospital”, **Journal Of Advanced Nursing**, vol.35, no.5, May 2001.

- Comerford, Sue E. ve Abernethy, Margaret A.; “Budgeting and the Mangement Of Role Conflictin Hospitals”, **Behavioral Research İn Accounting**, vol.11, 1999.
- Cortlandt Forum; **Keeping The Peace**, vol.11, issue.7, 25/07/1998.
- Cruz, Michael G., Henninggsen, David Dryden, Lynn Marj ve Williams, Miller; “The Presence Of Norms İn The Absence Of Groups?”, **Human Communication Research**, vol.26, no.1, January 2000.
- Çelik, Yusuf, Şahin, İsmet ve Tatar, Mehtap; “Hastane Yönetiminde Gelecekte Önem Kazanacak Konular ve Gerekli Bilgi Beceri Yetenekler: 1995 ile 2000Yılı Arasında Bir Karşılaştırma”, Ankara: **1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi**, 20-21 Mayıs 2000.
- Çetik, M. Oya ve Oğulata, S. Noyan; “Hastane Hizmet Birimleri Arasında İş Akışının Ergonomik Açıdan Düzenlenmesi”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.41, s.489, 2003.
- Çetiner, Saynur ve Yazan, Nihal; “Bütün Yönleriyle Üniversite Hastaneleri”, **Tıp Teknolojisi Dergisi**, www.hastanederjisi.com, 03.06. 2002.
- Çığşar, Barkan; “ Türkiye’de Başarılı Bir Hastane Otomasyonu Projesi”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.4, s.2, Mart-Nisan 2000.
- Çimen, Mesut; “Sağlık Personeli İçin Önemli Bir Sorun, Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği”, **3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı**, 28-29 Eylül 2000.
- Çimen, Mesut ve Şahin, İsmet; “Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi” , **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.5, s.4, Güz 2000.
- Çoruh, Mithat;“Geleceğin Hastaneleri Nasıl Olmalıdır?”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, y.1, s.1, Mayıs 1997.
- Çoruh, Mithat; “Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.2, s.2, Mart 1998.
- Daft, Richard L.; **Management**, Vonderbilt University The Dryden Press, Fifth Edition, A Division of Harcourt College Publishers, 2000.
- Darr, Kurt; “Quality Improvement and Quality Assurance Compared”, **Hospital Topics**, Vol. 69, issue.3, Summer 1991.
- Davenport, Tom, Garlitz, Nancy, Minsch, Kathy ve Diğerleri; **Managing Conflict, A Guide for Watershed Partnerships**, www. sciencedirekt.com. 25.03.2003.

- Davis, Keith; **İşletmede İnsan Davranışı Örgütsel Davranış**, (Çev. Kemal Tosun, Tomris Somay, Fulya Aykar, Can Baysal ve Diğerleri), 5. Baskıdan Çeviri, İşletme Fak. No. İstanbul:1998.
- Deborah, B. Gardner ve Cary, Ann; “Collaboration, Conflict, and Power: Lessons for Case Managers”, **Fam Community Health**, Aspen Publishers, vol.22, number, 3, 1999.
- Demir, Cesim ve Tatar, Fahreddin; “Hemşirelerin Hastane Yönetiminden Beklentilerinin Karşılanma Düzeyleri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.5, s.2, Bahar 2000.
- Demir, Halis; “Türk Hizmet Sektöründe Yönetici Profili (Turizm- Sağlık- Finans Örneği), **MPM (Milli Prodüktivite Merkezi Yayını) Verimlilik Dergisi**, 2000/1.
- Demir, Halis; “Türk Hizmet Sektöründe Yönetici Profili (Turizm- Sağlık- Finans Örneği), **MPM (Milli Prodüktivite Merkezi Yayını) Verimlilik Dergisi**, 2000/1.
- Dinçer, Ömer; **Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası**, 5. Baskı, Beta Yayınları: İstanbul,1998.
- Dinçer, Ömer; **Örgüt Geliştirme Teori, Uygulama ve Teknikleri**, İstanbul 1994.
- Doğan, Selen; “Bilgi Çağında Açık Yönetim”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, s.482, Şubat 2002.
- Doğan, Selma, Güler, Handan ve Kelleci, Meral; “Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları”, **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, c.5, s.1, 2001.
- Doğrusöz, Sıdika; “Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Yönetimi”, **H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Bilim Uzmanlığı Tezi**, Ankara, 1987.
- Donaldson, Liam ve Jenny, Simpson; “Conflict, Power, Negotiation”, **British Medical Journal**, vol.310, issue 6972, Ocak 1995.
- Dökmen, Üstün; **İletişim Çatışmaları ve Empati (Sanatta ve Günlük Yaşamda)**, 16.b., İstanbul: Sistem Yayıncılık, 2001.
- Drucker, Peter F.; **The Practise of Management** , Awarded The Judges Prize From Financial Times/Booz Allen&Hamilton Global Business Awards, Melbourne New Delhi, First Published 1955, Reprinted 2001.
- Dunlap, Mary M.; “Managing Conflict In The Workplace”, **Personel Growth**, www.sciencedirect.com, 17.12.2002.

- Durna, Ufuk; “İşletmelerde Performans Değerlemesine Stratejik Bir Yaklaşım”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, s.482, Şubat 2002.
- Edgett, James D.; **Yönetme Sanatı**, Öteki Yayınevi: İstanbul, Türkçesi. Ayça Haykır, Aralık 1999.
- Ekizler, Hediye ve Bahçecik, Nefise; “Hemşirelik Bakımının Organize Edilmesindeki Temel Yöntemler”, **Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü**, Ankara:Haberal Eğitim Vakfı, 1996.
- Elma, Cevat ve Demir, Kamile; **Yönetimde Çağdaş Yaklaşımlar Uygulamalar ve Sorunlar**, Anı Yayıncılık, Ankara; Ocak 2000.
- Engiz, Oğuz; “Devletin Sektöre Bakışı Işığında Özel Sağlık Kuruluşları”, **Hastane (Hospital News) Tıp Teknolojisi Dergisi**, Yıl. 2, S.8, Eylül-Ekim 2000.
- Erdal, Dilek; “Kurum Ev İdaresi Hizmetlerinde Hastane Birimleri Arası Koordinasyonun Önemi”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.2, s.2, Mart 1998.
- Erdem, Yurdağül ve Üstün, Besti; “Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Şiddet Durumları:Gözden Geçirme,” **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, c.4, s.2, 1996.
- Erdem, Ferda; “ Takım Çalışmalarında Güven ve Güvensizlik: Performans İçin Koşulsuz Güven mi , Optimum Güven mi?”, **Erciyes Üniversitesi 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirileri**, Nevşehir, 25-27 Mayıs 2000.
- Erdemir, Firdevs; “Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi,”**Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, c.2, s.1, 1998.
- Erdoğan, Hatice; “Hemşirelikte İş Doyumu İle İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişki”, **5. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Kongresi**, 9 Eylül Üniversitesi, İzmir, 2-4 Temmuz, 1997.
- Erdoğan, İlhan; **İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış**, İşletme Fak.Yayını, İstanbul, 1996.
- Erdoğan, İbrahim; “Hastanelerde Kalite Yönetiminin Yaygınlaşmasını Engelleyen Ulusal Faktörler Konusunda Bir Ülke Örneği: .Japonya”, **www.modern hastane yönetimi dergisi**, 23.04.2003.
- Erefe, İnci; “Sağlık Kurumları Örgüt Yapısı İçinde Hemşirelik Hizmetlerinin Konumu”, Editör. Muammer Doğan ve Diğerleri, **9 Eylül Üniversitesi 1. Ulusal Sağlık Kurumları Yönetimi Sempozyumu**, Aydın, 4-7 Mayıs 1994.

- Eren, Berna; **Bir Lojistik Sistem Olarak Hastane**, <http://www.merih.net/m1/cvberner.htm>, 15.02.2002.
- Eren, Berna; **Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane**, www.merih.net, 15.02.2002.
- Eren, Berna; “Hekimlerle İlişkiler” **Hastane Yöneticiliği**, (der. O. Hayran , H. Sur), İstanbul : Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.
- Eren, Erol; **Yönetim ve Organizasyon**, 3.b.,İstanbul:Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., 1996
- Eren, Erol; **Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi**, Beta Basın Yayın: İstanbul, 6.Baskı, 2000.
- Ergin, Canan; “Türkiye’deki Örgütlerde Çatışmaların Çözümlemesine İlişkin Çalışmalar”, **Türkiye’de Yönetim, Liderlik ve İnsan Kaynakları Uygulamaları (Akademisyenler ve Profesyoneller Bakış Açısıyla)**, Türk Psikologlar Derneği Yayınları: Ankara, 1.Basım, no:21, Ağustos 2000.
- Ergeneli, Azize ve Konakçı, Ümmühan; “Devlet Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Bağlılığı: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama,” **1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi**, 20-21 Mayıs 2000.
- Ergün, Mustafa; **Bilimsel Araştırmalarda Bilgisayarla İstatistik Uygulamaları, SPSS For Windows**, Ankara: Ocak Yayınları, 1995.
- Erkal, Sibel, Platin, Nurgün ve Kavuncubaşı, Şahin; “Hemşirelik Hizmetlerinde İş Değerlemesi: Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.4, s.4, Temmuz-Ağustos 2000.
- Erkuş, Adnan; **Psikometri Üzerine Yazılar**, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları no: 24, 1. Basım, Şubat 2003.
- Ernst&Young; **Kendinizi Nasıl Yönetirsiniz, Başarılı Yöneticinin Rehberi**, Marshall Edition Limited, 1986.
- Eroğlu, Feyzullah; **Davranış Bilimleri**, İstanbul: Beta Yayınları, 1995.
- Ersoy, Korkut ve Kavuncubaşı, Şahin; “Hastanelerde İş Değeri ve Ücreti Arasındaki Uyum”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.3, s.1, 1995.
- Ertekin, Yücel; **Stres ve Yönetim**, TODAİE Yayını, Ankara, 1993.
- Ertürk, Mümin; **İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon**, Beta Yayıncılık, 3. Baskı: İstanbul, Eylül, 2000.

- Esatoğlu, Afsun Ezel, Tengilimoğlu, Dilaver ve Bilgin, Kamil Ufuk; “Sağlık Hizmetlerinde (Hastanelerde) Toplam Kalite Yönetiminin Başarıya Ulaşmasında Halkla İlişkilerin Etkisi”, **Todaie Kongre Kitapçığı**, cilt:2 Ankara:1999.
- E. Stefl, Marj; “Introduction: The Drivers of Change”, **Frontiers of Health Services Management**, Vol. 18, number.2, Winter 2000.
- Esquivel, Michael A. ve H. Klenier, Brian; “The importance of Conflict İn Work Team Effectiveness”, **Team Performance Management**, volume.3, number. 2, 1997.
- Ford, John ve Barnes, Cynthia; **Measuring Conflict: Both The Hidden Cost And The Benefits Of Conflict Management Interventions**, www.mediate.com, 20.12.2002.
- Fournier, A. Marc, Moskowitz, D. S. ve Zuroff, David C.; “Social Rank Strategies in Hierarchical Relationships”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Published Monthly by The Amerikan Psychological Association , vol. 83, number. 2, August 2002.
- Gardner, Deborah B. ve Cary, Ann; “Collaboration, Conflict, and Power: Lessons For Case Managers”, **Fam Community Health, Aspen Publishers**, vol.22, number.3, 1999.
- Gifford, Blair D.; “The Relationship Between Hospital Unit Culture And Nurses’Quality Of Work Life”, **Journal of Healthcare Management**, vol.47, no.1, January/February 2002.
- Golhaber, Gerald M.; **Organizational Communication**, State Universty Of New York AT Buffalo, WM.C.Brown Publishers Dubuque Iowa, 1974.
- Gökçe, Orhan ve Atabey, Ata; **Davranış Bilimleri, (Ders Notları)**, Konya, 2001.
- Görmüş, Alparslan Şahin; “İşletmelerde Kalite ve Verimliliğin Sağlanmasında Çalışanların Yönetime Katılmasının, Yönetim Teorileri ve Fonksiyonları Açısından Önemi”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, s.474, Haziran 2001.
- Gözlü, Sıtkı; “İnsan Kaynakları Yönetiminde Etkinlik ve Verimlilik”, **S.Ü. İnsan Kaynakları Yönetimi Sempozyumu**, Konya, 2-3 Mayıs 2000.
- Greenberg, Jerald, A. ve Baron, Robert; **Behavior Organizations**, Printed İn The United States Of America, Sixth Edition, 1997.
- Griffin, Ricky W.; **Management**, Printed İn The USA.,Texas A. &M. University, Boston New York, 1999.

- Guglielmetti, Bonadio, I. Kaliqani, G. Putoto, M. Rebonato ve A. Miozzo; “Management of Hospital Services in Post-Conflict Situations: The Italian Co-Operation Experience in Pec/ Peja General Hospital, Kosovo”, **Prehosp Disast Med**, 15 (3) 2000.
- Gürsakal, Necmi; **Bilgisayara Uygulamalı İstatistik 1**, İstanbul: Alfa Basım Yayın, 2001.
- Halhallı, Mebrure ve M. Nazik, Hamil; “İş Ortamında Renklerin Önemi”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, sayı.473, Mayıs 2001.
- Halis, Muhsin; “Deming’in Kalite Yönetimi”, **Standart Ekonomik Ve Teknik Dergi**, y.39, s. 460, Nisan –2000.
- Hayes, Thomas J. ve Mack, Ken E.; “ Making The Hospital Position Successful”, **Journal of Health Care Marketing**, vol. 6, no.1, March 1996.
- Hayran, Osman; **Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?**, www.merih.net., 03.07.2002.
- Hayran, Osman; **Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi**, www.merih.net/ml/cvosmhay.htm, 12.02.2002.
- Hayran, Osman ve Sur, Haydar; **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti: Ankara, 1997.
- Hayran, Osman ve Sur, Haydar; “Devletin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü,” **Tıp Teknolojisi Dergisi**, 21.03 2003.
- Health Care Intelligence Network; **What’s New?**, vol.15, no.9, September 2000, p.11, www.EBSCO.com, 20.12.2002.
- Heather, Witham; “Work Trauma Affects Psychological Health Of Nursing Staff”, **Australian Nursing Journal**, vol.6, issue. 9, April 1999.
- Hilsenrath, Peter E., Levey, Samuel, Weil,Thomas P. ve Ludke, Robert; “Health Services Management Manpower And Education: Outlook For The Future”, **The Journal of Health Administration Education**, Vol. 11, no.3, Summer 1993.
- Huth, Lutz; “İnsan Kaynakları Yönetiminde İletişimin İşlevleri”, **İnsan Kaynakları Yönetimi Sempozyumu**, Konya, 2-3 Mayıs 2000.
- İnaloğlu, Seyhan ve Erigüç, Gülsün; “Örgüt Kültürü: Personelin ve Yöneticilerin Değerlendirmeleri Açısından Bir Karşılaştırma”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.5, s.4, Güz 2000.

- Jameton, Andrew; “Nursing Ethics And The Moral Situation”, **Choices and Conflict, Explorations in Health Care Ethics**, (Editor: Emily Friedman), Amerikan Hospital Publishing, Inc An American Hospital Association Company, 1992.
- John Ring, Carpenter, Sangster, Chris, Paul, Azra Cambridge ve Eleni, Hatzidimitriadou; “From The Asylum To The Community: A Longitudinal Study Of Staff Involved In The Transition From Tone Vale Hospital To Community-Based Services”, **Journal of Mental Health**, vol.2000, issue.2, April 2000.
- Kabukçu, Asım; **Sağlık, Sosyal ve Fen Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik**, Konya: Merhaba Ofset, 1994.
- Kabukçuoğlu Arslan ve Diğerleri. “Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ISO 9001 KGS Uygulamaları: Sorunlar ve Faydalar”, **3. Ulusal Sağlık ve Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı**, Ankara, 28-29 Eylül 2000.
- Karahan, Ömer; **Sağlık Sektöründe Hizmet Pazarlaması ve Halkla İlişkiler**, www.merih.net., 14.02.2002.
- Katipoğlu, Zahide; **Gruplar Arası İlişkiler: Sosyal Psikolojik Yaklaşımlara Toplu Bir Bakış**, Ankara: ODTÜ, Psikolojik Danışma Dergisi, 2003.
- Karahan, Ömer; **Hastane Hizmetlerinin Pazarlanması ve Bir Örnek Olay**, www.merih.net/ml/cvomekar.htm. 21.03.2002.
- Karataş, Bülent; “Neden Otomasyon”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.4, s.2, Mart- Nisan 2000.
- Kariş, Emin; **Çatışma Yönetimi**, Ankara: Pegem Yayınevi, 2. Baskı, Kasım 2000.
- Katzenbach, Jon R.; “Making Teams Work At The Top”, **Leader To Leader**, vol.7, no.1, Winter 1998.

- Kavuncubaşı, Şahin; **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi: Ankara, Mart 2000.
- Kaynak, Turgay, Adal, Zeki, Ataay, İsmail ve Uyargil, Cavide; **İnsan Kaynakları Yönetimi**, İstanbul, 1998.
- Ketchen, David J., Palmer, Timothy B. ve Gamm, Larry D; “The Role Of Performance Referents İn Health Services Organizations”, **Health Care Management Review** , An Aspen Publication, vol. 26, number.4, Fall 2001.
- Kılıç, Mustafa; **Hekimlerin Verdikleri Hizmetin Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Hastane Hekim İlişkileri**, www. merih.net, 03.05.2002.
- Kılınç, Tanıl ve Selma Söyük; “Hastanelerde Oryantasyon Programı Çalışmaları”, **Modern Hastane Yönetimi**, y.1, s.1, Mayıs 1997.
- Kılınç, Tanıl ve Polat, Şehrinaz; “Başarı Değerlemenin Hemşire Motivasyonu Üzerine Etkileri”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, y.1, s.2, Eylül 1997.
- Kindig, David A.; “How do Health Care Managers Use New İnformation to Increase Organizational Performance?”, **The Journal Of Health Administration Education**, vol.12, no.1, Winter 1994.
- Kinsman, Francis, Heller, Robert ve Pascale, Richard; “Business Project Teams and Team Building”, (Tom Lambert), **Key Management Solutions**, 50 Leading-Edge Solutions To Executive Problems, Financial Times, Prentice Hall, Second Published İn Great Britain, 1996.
- Kıvanç, Meral Madenoğlu; “Hemşirelikte Matris Yapılanma”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.5, s.1, Ocak-Şubat 2001.

- Kızılçelik, Sezgin; **Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi**, 1.b., Saray Kitabevleri: İzmir, 1996.
- Klarreich, Samuel H.; **Stressiz Çalışma Ortamı**, Çev. Bengi Güngör, Öteki Yayınevi: İstanbul, Aralık 1999.
- Koçel, Tamer; **İşletme Yöneticiliği Yönetim ve Organizasyon Organizasyonlarda Davranış Klasik-Modern-Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar**, İstanbul:Beta Basım A.Ş.,2001.
- Köksal, Adnan; "Hastane İşletmeciliğinde Yönetim Bilgi Sisteminin Önemi", **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.41, sayı.483,Mart 2002.
- Köksal, Adnan ve Akbeyik, Hüdaverdi; "Çağdaş Yönetim Anlayışı ve Hastane İşletmeciliği",**Modern Hastane Yönetim Dergisi**, c.6, sayı.1, Ocak-Şubat-Mart 2002.
- Kömürcü, Nuran; "Özel ve Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Kurumlarından Ayrılma ve Tercih Nedenleri ile Yönetimlerinden Beklentileri," **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.3, s.3, Mart 1999.
- Kuhn, Tim ve Poole, Marshall Scott; "Do Conflict Management Styles Affect Group Decision Making", **Human Communication Research**, vol. 26, number.4, October 2000.
- Kurt, Darr; "The Developing Crisis İn Medical Staff Organization", **Hospital Topics**, vol. 74, issue.4, Fall 1996.
- Kurtulmuş, Sevgi; **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri:İstanbul, 1998.
- Kutlu, Adalet Koca, Keçecioğlu, Tamer ve Öğçe, Filiz; "Yönetici hemşirelerde Liderlik Özellikleri ve Duygusal Zeka Üzerine Bir Çalışma", **Modern Hastane Yönetim Dergisi**, c.6, sayı.1, Ocak-Şubat-Mart 2002.
- Liam, Donaldson ve Jenny, Simpson; "Conflict, Power, Negotiation", **British Medical Journal**, vol.310, issue 6972, Ocak 1995.
- Madeleine, Willmot; "The New Ward Manager: An Evaluation Of The Changing Role Of The Charge Nurse", **Journal of Advanced Nursing**, vol.28, issue.2, Aug 1998.
- Maldonado, Robert Weech, Dreachslin, Janie L., Dansky, Kathryn H. ve De Souza, Gita; "Racial/Ethnic Diversity Management And Cultural Competency: The Case Of Pennsylvania Hospitals", **Journal Of Healthcare Management**, vol.47, number.2, March/April 2002.

- Martin, John; **Organizational Behaviour**, Second Edition, The University of Hull, Printed in Italy by g. Ganale& C., 2001.
- McKay, Niccie L. ve Furino, Antonio; "An Educational Approach To Improving Physician-Administrator Relations", **The Journal of Health Administration Education**, Vol. 11, no.3, Summer 1993.
- Meriç, Mürüvvet, Şahin, Ümit ve Özalp, Sinan; "TS-EN 9001 ve Hemşire Meslek Elemanlarının Düşünceleri", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.4, s.2, Mart- Nisan 2000.
- Merih, Kutlu; "Hastane Otomasyonu Uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı Genelgesi", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.2, s.2, Mart 1998.
- Menderes, Münevver ve Malkoç, Erkan; "Finansal Kiralamanın (Leasing) Uygulanabilirliği ve Ege Üniversitesi Hastanesi Uygulamasının Analizi," **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.5, s.1, Kış 2000.
- Menderes, Münevver ve Malkoç, Erkan; "Hastanelerde Alternatif Bir Fon Kaynağı Olarak Finansal Kiralama (Leasing)," **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.5, s.2, Bahar 2000.
- McNeese-Smith ve Donna K.; "Staff Nurse Views of Their Productivity and Nonproductivity", **Health Care Management Review**, An Aspen Publication, vol.26, number.2, Spring 2001.
- Michael, A.Esquivel ve Brian, H. Klenier; "The Importance of Conflict in Work Team Effectiveness", **Team Performance Management**, volume.3, number. 2, 1997.
- Mondy, R. Wayne ve Premeaux, Shane R.; **Management, Concepts, Practices And Skills**, Seventh Edition, Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 2003.
- Moscovici, Serge ve Doise, Willem; **Conflict & Consensus**, English Translation Sage Publications, (Translated by W. D. Halls), 1994, Originally Published in French, 1992.
- Munn Harry E.; "Organizational Climate in The Health Care Setting", (Charles R. McConnell), **The Health Care Supervisor Effective Communication**, Gaithersburg Maryland Printed in Canada, 1993.
- Nahavandi, Afsaneh ve Malekzadeh, Ali R.; **Organizational Behavior The Person – Organization Fit**, Printed In The United States Of America, Prentice Hall, 1999.
- National Institute of Nursing Research Using Data; **Information And Knowledge To Deliver And Manage Patient Care**, <http://www.nih.gov/ninr/research/vol14/Chapter1.html>, 19.01.2002.

- Naylor, John; **Management, Principal Lecturer in Management**, First Published in Great Britain, no.582, 1999.
- Ohbuchi, Ken-Ichi, Suzuki, Mariko ve Hayashi, Yoichiro; “Conflict Management And Organizational Attitudes Among Japanese: Individual and Group Goals And Justice” **Asian Journal of Social Psychology**, vol.4, 2001.
- Osborn, Schermerhorn Hunt; **Organizational Behavior**, Seventh Edition, Printed In The United States Of America, John Wiley& Sons , 2000.
- Özer, M. Akif; **Etkin ve Verimli Örgüt Yönetimine Doğru Bir Adım: Çatışma Yönetimi**, MPM. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, 2000/4.
- Özgen, Hüseyin ve Öztürk, Azim; “Türkiye’deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma”, **Government~Kamu Kurumları Web Sitesi**, 02.05.2002.
- Özgen, Hüseyin; **Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar**, **Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar**, www.merih.net.com.,15.02.2002.
- Özgülbaş, Nermin ve Malhan, Simten; “Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.4, s.2, Mart-Nisan 2000.
- Özkol, A.Erdal, Duygulu, Ethem, Çıraklar, Nurcan ve Avunduk, Hüseyin; “Hastane İşletmelerinde Örgütsel Başarıyı Etkileyen Faktörlerin Saptanmasına Yönelik Bir İnceleme”, **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Aydın, 4-7 Mayıs 1994.
- Özmen, Ömür Timurcanday ve Katrinli, Alev Ergenç; “Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde İş Yapısı Özellikleri, İş Doyumu ve Sorunları”, (Editör.Muammer Doğan, ve diğerleri), **9 Eylül Üniversitesi 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Aydın, 4-7 Mayıs, 1994.
- Pakdil, Fatma; **Konur Hastanesi’nde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti**, www.merih.net., 15.02.2002.
- Pakdil, Fatma; **EFQM İş Mükemmeliği Modeline Dayalı Özdeğerlendirme Sürecinin Hastanelerde Uygulanabilirliği**, Merih.net.Mnagement-Education-Research-İnformatics For Health, 15.02.2002.
- Parker, Wayne C.; “Çatışmaları Anlamak ve Yönetmek”, (Çev. Ülgen Özmen), **Human Resources İnsan Kaynakları Yönetim Dergisi**, Ağustos 2002.

- Paton, Calum; "Health Policy and Management: The Case Study Method", **The Journal of Health Administration Education**, Vol. 11, no.3, Summer 1993.
- Patrick, B.O'Sullivan; "What You Don't Know Won't Hurt Me: Impression Management Functions Of Communication Channels In Relationships", **Human Communication Research**, An Official Journal Of The International Communication Association, Oxford University Press, vol. 26, number.3, July 2000.
- Pehlivan, İnayet; **Halkla İlişkiler Yönetimi Geliştirme ve Oryantasyon Eğitimi Bölgesel Seminer Notları**, Eğitim Daire başkanlığı Eğitim Serisi:2, Ankara, 2000.
- Peker, Ahmet; "İnsan Kaynakları Yönetimine Ergonomik Yaklaşım: Yorgunluk ve Personel Verimliliğine Etkisi", **S.Ü. İnsan Kaynakları Yönetimi Sempozyumu**, Konya, 2-3 Mayıs 2000.
- Peker, Ömer ve Aytürk, Nihat; **Öğrenilebilir ve Geliştirilebilir Etkili Yönetim Becerileri**, Yargı Yayınevi: Ankara, 2000.
- Pektekin, Çaylan; Vazgeçilmez Sağlık Elemanı Olarak Hemşire, Hemşirelik Özel Sayısı, **Hemşirelik Formu Dergisi**, c.1, s.2, Nisan 1998.
- Phillips, Donald F.; "Moral Distres in Nursing", **Choices and Conflict, Explorations in Health Care Ethics**, Editor: Emily Friedman, by Amerikan Hospital Publishing, An American Hospital Association Company, 1992.
- Pınar, Rukiye; "Hemşirelerde İş Doyumu: Etkileyen Faktörler, İş Doyumu ile Benlik Saygısı ve Asertivite İlişkisi", **Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirisi**, (GATA) Ankara, 14-16 Mayıs 1998.
- Piyal, Y.Bülent, Piyal Birgül ve Çelen, Ümit; "Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Farklılıklarının Hastaneler ve Meslekler Temelinde Çözümlemesi", **3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı**, Ankara, 28-29 Eylül 2000.
- Polat, Seçkin; "Takım Çalışmasının Parametrik Değerleri ve Başarısına Etki Eden Faktörler", **MESS Mercek Dergisi**, Temmuz 2000.
- Polatoğlu, Aykut; "Örgüt Kuramları ve İletişim", **Amme İdaresi Dergisi**, c.17, s.4, Aralık 1984.
- Pozgar, George D.; "Perceptive Communications", (Charles R. Mcconnell), **The Health Care Supervisor Effective Communication**, Gaithersburg Maryland, Printed In Canada, 1993.
- Pree, Max De.; "Creative Leadership", **Leader To Leader**, vol.20 Spring 2001.

- Raymond A., Friedman; "What Goes Around Comes around: The Impact Of Personal Conflict Style On Work Conflict And Stres", **International Journal Of Conflict Management**, vol.11, issue.1, 2002.
- Rıgby, Elaine, O'Connor ve Black, Karen Deborah; "Accounting Education For Health Service Managers: Finding Out What They Need To Know", **The Journal Of Health Administration Education**, vol.12, no.1, Winter 1994.
- Roland, Stiteler; **Conflict Resolution**, Trustee, vol.48, issue.10, Nov/Dec 1995.
- Rondeau, Kent V. ve Wagar, Terry H.; "Managing The Workforce Reduction: Hospital CEO Perceptions Of Organizational Dysfunction", **Journal of Health Care Management**, vol.47, no.3, May/June 2002.
- Rossiter, Louis F.; "The Research Agenda in Managed Care", **Making Managed Healthcare Work, A Pratical Guide to Strategies and Solutions**, An Aspen Publication, California Aspen Publishers, Maryland, 1993.
- Rubery, Jill, Earnshaw, Jill, Marchinton, Mick, Cooke, Fang Lee ve Vincent, Steven; "Changing Organizational Forms And The Employment Relationship", **Journal Of Mangement Studies**, vol.39, number.5, July 2002.
- Rushmer, Rosemary; "What Happens To The Team During Teambuilding? Examining The Change Process That Helps To Build A Team", **Journal of Management Development**, vol. 16, number. 5, 1997.
- Sabancı, Mürsel ve Ateş, Metin; "Hekim ve Hekim Dışı Sağlık Personelinin Grup İçindeki ve Gruplar Arasındaki Çatışmalarının Düzey ve Nedenleri,"1. **Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi**, Ankara, 20-21 Mayıs 2002.
- Sabuncuoğlu, Zeyyat ve Tüz, Melek; **Örgütsel Psikoloji**, 2. Baskı, Bursa:Ezgi Kitabevi Yayınları, 1996.
- Sayers, Fran, E., Bingaman, Christine, Graham, Ralph ve Wheeler, Mardy; **Yöneticilikte İletişim**, (Çev. Doğan Şahiner), Rota yayınları: İstanbul, 1993.
- Schermerhorn, John R., Hunt, James G. ve Osborn, Richard N.; **Organizational Behavior**, Seventh Edition, Printed In The United States Of America, John Wiley& Sons, 2000.
- Schermerhorn, John R.; **Management**, Sixth Edition, Printed In The United States Of America, www.sciencedirekt.com, 05.03.2002.
- Seçim, Hikmet; **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, İstanbul: İşletme Fakültesi Yayın no:252, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın No:145,1991.

- Seçim, Hikmet; **Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri**, www.merih.net, 03.03.2002.
- Hikmet Seçim, **Türkiye Hastaneleri İçin Bir Yönetim Organizasyon Modeli Önerisi**, www.merih.net., 02.03.2003, s.1.
- Seçim, Hikmet; **Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri**, Management-Education-Research-Informatics For Health, www.merih.net.com, 02.07.2002.
- Seçim, Hikmet; **Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması**, www.merih.net, 14.02.2002.
- Shur, Bilchik Gloria; "Can Rivals Play Nice", **H& HN: Hospitals& Health Networks**, 4p, 1c, vol.71, issue.8, 2002.
- Short, P. J ve Rahim, M. A.; "Total Quality Management in Hospitals", **Total Quality Management**, vol.6, issue3, July 1995.
- Sibbald, Barbara; "Conflict Management System Needed In Ers: Jury", **Canadian Medical Association Journal**, vol. 165, issue. 1, 2001.
- Skjorshammer, Morten; "Co-operation And Conflict In A Hospital: Interprofessional Differences In Perception And Management Of Conflicts", **Journal of Interprofessional Care**, vol.15, no.1, Feb 2001.
- Skjorshammer, Morten ve Dag, Hofoss; "Physician in Conflict: A Survey Study Of Individualand Work-Related Characteristics", **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, vol.13, issue.4, December 1999.
- Simon, Barraclough; "The Politics Of Privatization In The Malaysian Health Care System", **A Journal Of International Strategic Affairs**, , vol.22, issue.2, Aug 2000.
- Sinangil, Handan Kepir; "Örgütsel Performans Değerlendirmesi ve Yönetimi", **Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Endüstri ve Örgüt Psikolojisi 2**, Ankara, 1998.
- Solmuş, Tarık; "Örgütlerde Kişilerarası-Gruplarası Çatışmalar ve Çatışma Yönetimi", **Türk Psikoloji Bülteni**, c.7, sayı.20, Mart 2001.
- Sorbello, Joseph G.; "Communicating Effectively: Up, Down and Across the Organization", **The Strategic Health Care Manager, Mastering Essential Leadership Skills**, (George H. Stevens), Jossey, Bass Publishers, San Francisco Oxford 1991.
- Sönmez, A. Kadir; "Modern Hastane Yönetimi "Ekip" Olunmasını Gerektirir", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.3, s.3, Mart 1999.

- Söylemez, Didem ve Sur, Haydar; “Sağlık Yönetimi ve Profesyonel Eğitim” **Tıp Teknolojisi Dergisi**, sayı.11, 2002.
- Strack, Gary ve Fottler, Mryon D.; “Spirituality and Effective Leadership İn Healthcare: İs There A Connection?” **Frontiers Of Health Services Management**, vol.18, number.4, Summer 2002.
- Stefl, Mary E.;“ İntroduction: The Drivers Of Change”, **Frontiers Of Health Services Management** , Vol. 18, number.2, Winter 2001.
- Sungurlu, Melek; “Öğrenen Örgütler ve Yeni Liderlik Yaklaşımı”, **Endüstri ve Örgüt Psikolojisi 2**,Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1998.
- Sur, Haydar; “Devletin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü”, **Tıp Teknolojisi Dergisi**, sayı.11, 2002.
- Sur, Haydar; “Hastane Yönetimi Açısından Sağlık Mevzuatımız,” **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitabevleri:İstanbul, 1997.
- Sur, Haydar; **Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Yöneticiliği**, <http://www.merih.net/cvhaysur.htm>, 02.02.2002.
- Sümer, Canan; “İnsan Kaynakları Yönetimi Etkinliği Olarak Örgütsel Kariyer Planlama ve Geliştirme,” **Türk Psikoloji Bülteni**, s.4, c.9, 2003.
- Stan, Williamson ve Jauchh, Lawrence R.; **Medical Care Research & Review**, Mar 1995, vol. 52, issue. 1, p.134,11p., www. EBSCOhost full Display, 14.02.2002.
- Şahin, Bayram; “Sağlıkta Yönetim Zorluğu: Hekim Otonomisinin Sonu Olabilir mi?” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.4, sayı.1, Sonbahar 1999.
- Şahin, Hülya ve Erigüç, Gülsün; “Hastane Yöneticilerinin Yönetmel Stres Kaynakları, Belirtileri ve Başa Çıkma Yöntemleri,” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.5, s.2, Bahar 2000.
- Şahin, İsmet; “Sağlık Kurumlarında Göreceli Verimlilik Ölçümü: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin İllere Göre Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi”, **Amme İdaresi Dergisi**, c.32, s.2, Haziran 1999.

- Şahin, İsmet ve Şahin, Bayram; “Hastane Çalışanlarının İş Özellikleri ve İş Doyumu: Ankara Metropolitan Alanda Seçilmiş Üç Eğitim Hastanesi Üzerinde Bir Araştırma,” **1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi**, 20-21 Mayıs 2000.
- Şahin, İsmet ve Esatoğlu, Afsun Ezel; “Bir Üniversite Hastanesi Destek Hizmetlerinde Çalışan Personelin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri”, **1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi**, 20-21 Mayıs 2000.
- Şahin, Nesrin H. ve Batıgün, Ayşegül Durak; **Bir Özel Hastanede Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres**, [www.TürkPsikoloji Dergisi](http://www.TürkPsikolojiDergisi.com), 05.03.2003.
- Şahin, Ümit; **Hastanelerde İşgören Yönetimi**, www.merih.net., 07.03.2002.
- Şahin, Ümit; “Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi”, **Hastane Dergisi**, Sayı:13, www.hastanedergisi.com., 03.07.2002.
- Şahin, Ümit; “Sağlık Bakım Sistemimiz için Öneriler”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.3, s.4, Nisan- Mayıs 1999.
- Şahin, Ümit; **Ülkemiz Hastane İşletmeciliğine Kalite: Sorunlar ve Öneriler**, www.merih.net, 05.03 2002.
- Şahin, Ümit ve Özalp, Sinan; “Hastane İşletmeliğinde Yöneticilik Kavramına Eleştirel Bir Yaklaşım”, **1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi**, 20-21 Mayıs 2000.
- Şahin, Ümit; Toker, Fikriye ve Ateş, Metin; **Hastane Yönetimi**, www.merih.net, 14.05.2002.

- Şahin, Ümit ve Odacıoğlu, Yaşar; “Hastane İşletmeciliğinde Örgütsel Performansı Artırıcı Bir Uygulama Olarak Halkla İlişkilerin Önemi”, www.merih.net, 15.02.2002.
- Şahin, Ümit; Şahin, Sevgi Yıldız ve Bekem, Selda; “Hastane İşletmeciliğinde Kalite”, **3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı**, Ankara, 28-29 Eylül 2000.
- Şimşek, M. Şerif; **Yönetim ve Organizasyon**, Yenilenmiş 5. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, Kasım 1999.
- Şimşek, M. Şerif; Akgemci, Tahir ve Çelik, Adnan; **Davranış Bilimlerine Giriş Ve Örgütlerde Davranış**, 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2001.
- Tabak, Ruhi Selçuk ve Çekin, Murat D.; “Sağlık Personelinin Hizmet içi Eğitiminde Hümanistik Yaklaşım”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.3, s.3, Mart 1999.
- Tarcan, Ertuğrul; Sait Varol, Ergin ve Ateş, Metin; “Bina Kalitesi ve Sağlık İşletmelerinin Performansları Üzerine Etkileri,” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.5, s.4, Güz 2000.
- Taştan, Seçil; **Örgütsel Çatışma ve Çatışma Nedenleri**, www.insankaynaklari.gokceada.com/makale.html, 21.12.2002.
- Tekarslan, Erdal, Sencan, Hüner, Kılınç, Tanıl ve Baysal, Can; **Sosyal Psikoloji**, Filiz Kitabevi: İstanbul, 1989.
- Tengilimoğlu, Dilaver; “Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri”, **Amme İdaresi Dergisi**, c.24, s.2, Haziran 1991.
- Tengilimoğlu, Dilaver; “Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri”, **Ankara Üniversitesi S.B.F. , Ocak- Mart 2000.**
- Tevrüz, Suna; **Davranışlarımızdan Seçmeler**, Emek Ofset Matbaa: Yalova, 1989.
- Thomas, Rian; “Conflict Management Systems: A Methodology For Addreeing The Cost Of Conflict İn The Workplace”, **www.Sciencedirect.com**, 22.12.2002.
- Tınaz, Pınar; “Çalışma Yaşamında Motivasyon Kuramları”, **MESS Mercek Dergisi**, Temmuz 2000.
- Timothy, J. Hoff; “ Physicians As Workers, Whether We Like It Or Not”, **Health Care Management Review**, An Aspen Publication, Vol. 26, number.4, Fall 2001.

- Timurcanday Özmen, Ömür ve Ergenç Katrinli, Alev; “Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde İş Yapısı Özellikleri, İş Doyumu ve Sorunları”, (Editör.Muammer Doğan, ve diğerleri), **9 Eylül Üniversitesi 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Aydın, 4-7 Mayıs, 1994.
- Toker, Fikriye; “Kocaeli İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Yöneticiliğine Bakış Açılarının Tespitine Yönelik Bir Araştırma”, **3. Ulusal sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı**, Ankara, 28-29 Eylül 2000.
- Toktamışoğlu, Murat; “Toplam Kalite Yönetimi’nde İç Müşteri Memnuniyeti ve Performans Değerlendirmesi”, **Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1996.
- Toklucu, Ekrem; “Türkiye’de Kamu Yönetimi ve Verimlilik”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl.40, 2002.
- Toktamışoğlu, Murat; “Organizasyonlarda Çok Başlılık mı Çok Seslilik mi?” **Tıp Teknolojisi Dergisi**, 02.03.2002.
- Torrington, Derek ve Hall, Laura; **Human Resource Management**, Fourth Edition, Prentice Hall Europe, 1998.
- Torun, Alev; “Örgütlerde Rekabet”, **Endüstri ve Örgüt Psikolojisi 2**, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1998.
- Tosun, Kemal; **İşletme Yönetimi Genel Esaslar**, Savaş Yayınları: İstanbul, Kasım 1992.
- Tunç, Azize ve Sevin, H. Dilek; “Hastane Hizmetlerinde Kaliteli Konaklama Hizmetlerinin Sürdürülmesinde Kat Hizmetleri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.5, s.2, Bahar 2000.
- Türk, Murat ve Doğan, Selen; “Çatışma Yönetiminin Önemi ve Çevik Kuvvet Personelinin Çatışma Kaynaklarının Teşhisi ve Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Niğde İlinde Bir Araştırma”, **Marmara Üniversitesi S.B.E. Hakemli Dergisi**, c.5, y.8, sayı. 18, Haziran 2002.
- Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği (TÜSİAD); **Başarıda Personelin Önemi**, İngiliz Sanayi Konfederasyonu’nun (CBI) bir yayını, Yayın no: T/90.1137, 20 Aralık 1990.
- Uyer, Gülten; **Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı**, İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları no: 15, 1996.

- Uyguç, Nermin ve Arbak, Yasemin; “Bağımlılık- Çatışma Sıklığı ve Çatışma Çözüm Yöntemleri Performans İlişkileri”, **Dokuz Eylül Ü.İ.İ.B.F. Dergisi**, c.8, sayı.2, 1993.
- Uz, M. Hulki; “Sağlık Reformu ve Mahalli İdareler Reformunda Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi,” **Amme İdaresi Dergisi**, c.32, s.1, Mart 1999.
- Üstel, İsmail; “Sürekli Eğitim Kalitesinin Temelleri”, **Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1996.
- Ünlü, Tayfun ve Ünsal, İbrahim; “Elektronik Hasta Kayıtları: Bir Ütopya mı?”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.4, s.2, Mart- Nisan 2000.
- Wall, James A. ve Callister, Ronda Roberts; “Conflict And Its Management”, **Journal Of Management**, vol.21, no.3, 1995.
- Wallace, Paul E.; “Hospital Executives: Perceptions Of Skills And Experiences Desired In Health Care Graduates”, **The Journal Of Health Administration Education**, vol.12, no.1, Winter 1994.
- Wallick, William G.; “Healthcare Managers’ Roles, Competencies, And Outputs In Organizational Performance Improvement”, **Journal Of Healthcare Management**, vol.47, number. 6, November/ December 2002.
- Weil, Peter ve Harmata, Rita; “Rekindling The Flame: Routine Practices That Promote Hospital Community Leadership”, **Journal Of Healthcare Management**, volume.47, number.2, March /April 2002.
- Werner, Isabel; **Liderlik ve Yönetim**, İstanbul: Rota Yayınları, 1993.
- Williams, Eric S., Konrad, Thomas R., Scheckler, William E. ve Diğerleri; “Understanding Physicians’ Intentions To Withdraw From Practice: The Role Of Job Satisfaction, Job Stress, Mental And Physical Health”, **Health Care Management Review**, vol.26, no.1, Winter 2001.
- Willmot, Madeleine; “The New Ward Manager: An Evaluation Of The Changing Role of The Charge Nurse”, **Journal Of Advanced Nursing**, vol.28, issue.2, Aug 1998.
- Velioğlu, Perihan; **Hemşirelikte Yönetim**, 2.b.,Ankara: Meteksan Yayınları, 1982.
- Vestal, Kathie ve Massey, Roy; “Work Transformation in Health Care”, **Health Manpower Management**, vol. 20, number.3, 2002.
- Vural, Gülşen, Eroğlu, Kafiye ve Kavuncubaşı, Şahin; “Hemşirelikte Önderlik Davranışı ve İş Doyumu”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, c.3, s.3, Mart 1999.

- Yapar, Hakan; **Organizasyonlarda Çatışma ve Liderlik: Barış Gücü Görev Kuvvetlerinde Bir Alan Çalışması**, Başkent Üniversitesi Sos. Bil. Ens. İşletme Anabilim Yönetim Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2001.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY), SSB, Tedavi Hizmetleri G. Yayın no:499, Ankara, 1983.
- Yeniçeri, Özcan; “Örgüt ve Yönetici Geliştirmede Yeni Yaklaşımlar”, **Standard Ekonomik ve Teknik Dergi**, yıl. 40, 2003.
- Yeniçeri, Özcan; Örgütlerde Çatışma ve Yabancılaşma Sorunlarının Yönetiminde Etkili Bir Araç Olarak Yönetime Katılma ve Bir Uygulama, **E. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Kayseri 1991.
- Yıldırım, Aytolan; Kutlu, Leman ve Çimen, Selma; “Çalışma Koşullarının Öfke Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi”, **Modern Hastane Yönetimi**, c. 6, sayı.1, Ocak-Şubat-Mart 2002.
- Yıldırım, H. Hüseyin; “Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları,” **Amme İdaresi Dergisi**, c.32, s.1, Mart 1999.
- Yıldırım, H Hüseyin; “Sağlık Bakımında Tüketici Davranışları: Tüketici Davranış Endeksine Dayalı Bir Uygulama,” **Amme İdaresi Dergisi**, c.32, s.2, Haziran 1999.
- Yılmaz, Cemalettin; Gürleyük, Bilgehan ve Aksakal, Cevat; “Hastanelerde Bina Yönetimi Hizmetleri,” **1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetim**, 20-21 Mayıs 2000.
- Yiğit, R.; “Klinik Sorumlu Hemşirelerinin Liderlik Davranışları”, **Uluslararası Katılımlı 5. Ulusal Hemşirelik Kongresi**, 9 Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2-4 Temmuz 1997.
- Yüksel, Öznur; “İnsan Kaynakları Yönetiminin Temel Fonksiyonlarından Başarı Değerlendirmede Yeni Yaklaşımlar”, **S.Ü. İnsan Kaynakları Yönetimi Sempozyumu**, Konya, 2-3 Mayıs 2000.
- Yüncü, Fatma; **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, İzmir: Bilgehan Basımevi, 1990.

SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ
2000-2001 YILI RAPORU