

**HASTANE İŞLETMELERİNDE ÖRGÜTSEL YAPIDAN
KAYNAKLANAN ÇATIŞMALAR VE
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ ÖRNEĞİ
Atilla KARAHAN
Doktora Tezi
Danışman: Yrd.Doç.Dr. Halil SAYLI
Afyonkarahisar
2007**

**HASTANE İŞLETMELERİNDE ÖRGÜTSEL YAPIDAN
KAYNAKLANAN ÇATIŞMALAR VE AFYON KOCATEPE
ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ ÖRNEĞİ**

ATILLA KARAHAN

DOKTORA TEZİ

**İşletme Anabilim Dalı
Danışman: Yrd.Doç.Dr. Halil SAYLI**

**Afyonkarahisar
Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ağustos 2007**

TEZ JÜRİSİ VE ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI

İmza

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Halil SAYLI

Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Belkıs OZKARA

Prof. Dr. Nükhet SARAÇEL

Yrd. Doç. Dr. Mustafa KURT

Yrd. Doç. Dr. Harun CANSIZ

İşletme anabilim dalı, doktora öğrencisi Atilla KARAHAN'ın "Hastane İşletmelerinde Örgütsel Yapıdan Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Çözüm Yöntemlerinin İncelenmesi ve Bir Alan Araştırması" başlıklı tezini değerlendirmek üzere .../.../..... günü saat:....1de Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mehmet KARAKAŞ**MÜDÜR**

DOKTORA TEZ ÖZETİ

HASTANE İŞLETMELERİNDE ÖRGÜTSEL YAPIDAN KAYNAKLANAN ÇATIŞMALAR VE AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

Atila KARAHAN
İşletme Anabilim Dalı

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ağustos 2007

Danışman: Yrd.Doç.Dr.Halil SAYLI

Örgütlerde sıkça rastlanan ve iyi yönetilmediğinde örgütsel amaçlara ulaşmayı engelleyen çatışma kavramının yönetim açısından özel bir önemi vardır. Toplumun bütününe hizmet götürme yükümlülüğü olan hastane işletmelerinin çatışma kavramı karşısında duyarsız kalınması düşünülemez.

Hastane işletmeleri matris örgüt yapısı içinde işlevlerini yerine getirirken gerek birimler gerekse çalışan bireyler arasında çatışmaların yaşanması kaçınılmazdır. Çünkü, hizmet içi eğitimle eğitilen çok düşük eğitime sahip yardımcı personelden, daha yüksek eğitim düzeyinde olan konusunda ileri derecede uzmanlaşmış hekim çalışanlara kadar bir çok farklı meslek gruplarının bir arada çalışma zorunluluğu bulunmaktadır.

Bu çalışma ile A.K.Ü. Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin aralarında yaşanan çatışmalar incelenmiştir.

Çalışmanın birinci bölümünde örgütsel çatışma kavramı, türleri ve kaynakları belirtilmiş ve bu konudaki değerlendirmelere yer verilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde hastanelerin ve üniversite hastanelerinin örgütsel yapısı, sorunları ve sorunlara yönelik çözüm yöntemleri üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın üçüncü bölümünde A.K.Ü. Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelere uygulanan anket verileri analiz edilerek, hekim ve hemşire çalışanlar arasındaki çatışma kaynakları ortaya konulmuştur. Ayrıca çatışma sonucu çalışanların sergiledikleri davranışlar ve çatışmanın çözümüne yönelik bulgular ile öneriler yer almıştır.

Çalışmanın sonuç bölümünde A.K.Ü. Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin çatışma sonuçları ve çatışmanın çözümüne yönelik değerlendirmeler yer almıştır.

ABSTRACT

**CONFLICTS ARISE FROM ORGANIZATIONAL STRUCTURES OF
HOSPITALS AND EXAMPLE OF
AFYON KOCATEPE UNIVERSITY HOSPITAL**

Atila KARAHAN
Department of Business Administration

Afyon Kocatepe University, The Institute Of Social Sciences Sosyal Bilimler Enstitüsü
August 2007

Advisor: Yrd.Doç Dr. Halil SAYLI

The concept of conflict that is seen often and prevents organizations to reach their goals because of mismanagement has a special importance. Hospitals that have a responsibility of serving the society can not be insensitive toward the concept of conflict.

Conflict is unavoidable between departments and individuals in hospitals with the matrix organizational structure while they are serving. One of the reasons for this is that low educated administrative staff and highly educated and specialized doctors and other personnel have to work together.

In this research, the conflict between doctors and nurses has been studied in AKU Hospital.

The concept of organizational conflict, types and sources are mentioned in the first section of the study.

Organizational structures of hospitals and university hospitals, their problems and solution methods are given in the second section of the study.

In the third section of the study, data sets gathered from questionnaires filled out by doctors and nurses in the AKU Hospital is analyzed and sources of conflict between doctors and nurses have been given. At the same time, behaviors of employees after the conflict and results towards conflict resolution and proposals are given.

In the conclusion, the results of conflict between doctors and nurses and solutions to this problem are discussed.

ÖNSÖZ

Çalışmanın hazırlama sürecinde katkı ve desteğini esirgemeyen değerli tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Halil SAYLI'ya görüş eleştiri ve katkılarından dolayı tez izleme jürisi üyeleri Yrd. Doç. Dr. Mustafa KURT ve Yrd. Doç. Dr. Harun CANSIZ'a, bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA ve Doç. Dr. İsmet DOĞAN'a tezin yazım ve düzenlenmesinde katkıları bulunan; Mustafa KÜÇÜKİLHAN, Mustafa LAMBA, Sibel ÇETİN, Ayşe BOZOK ve Öğr. Grv. Kemal KARAYORMUK'a meslektaşlarıma, ve özellikle tez yazım döneminde sabır ve hoşgörüsünü hiçbir zaman esirgemeyen değerli eşim Sevinç KARAHAN'a, çocuklarım Berkay ve Batuhan'a, bugünlere ulaşmamda büyük katkısı bulunan anneme ve babama teşekkür etmeyi borç biliyorum

Atilla KARAHAN

ÖZGEÇMİŞ

Atilla KARAHAN

İşletme Anabilim Dalı

Doktora

Eğitim

Yüksek Lisans : 2000 Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler
Enstitüsü

Lisans : 1993 Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi, İktisat Bölümü

Lise : Kütahya Sağlık Meslek Lisesi

İş-İstihdam

1988- Sağlık Bakanlığı Emirdağ Merkez Sağlık Ocağı Çevre Sağlığı Teknisyeni

1994- Bolvadin Devlet Hastanesi Müdür Yardımcısı

1996- Bolvadin Devlet Hastanesi Müdürü

1997- Bayat Devlet Hastanesi Müdürü

1999- Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Sekreter Yardımcısı

2000- Afyon Kocatepe Üniversitesi, ANS Arş.Uyg. Hastanesi Müdürlüğü (Halen devam ediyor)

Mesleki Birlik/Dernek/Kuruluş Üyelikleri

Alınan Burs ve Ödüller

Kişisel Bilgiler

Doğum Yeri ve Yılı : Sivrihisar, 1968

Cinsiyet : Erkek

Yabancı Dil : İngilizce

**HASTANE İŞLETMELERİNDE ÖRGÜTSEL YAPIDAN
KAYNAKLANAN ÇATIŞMALAR VE AFYON KOCATEPE
ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ ÖRNEĞİ**

İÇİNDEKİLER

TEZ JÜRİSİ VE ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ.....	vi
ÖZGEÇMİŞ.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvi
EKLER LİSTESİ.....	xvii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ÖRGÜTSEL ÇATIŞMAYA GENEL BİR BAKIŞ

I. ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA KAVRAMI.....	..4
A) ÖRGÜTSEL ÇATIŞMANIN TANIMI, ÖNEMİ VE SONUÇLARI.....	..6
B) ÖRGÜTLERDE ÇATIŞMAYA YAKLAŞIMLAR.....	10
1. Gelenekçi Bakış.....	11
2. Davranışsal Bakış.....	12
3. Etkileşimci Bakış.....	13

II. ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA TÜRLERİ.....	14
A) FONKSİYONEL VE FONKSİYONEL OLMAYAN ÇATIŞMALAR.....	15
B) ORTAYA ÇIKIŞ ŞEKİLLERİNE GÖRE ÇATIŞMALAR.....	16
1. Potansiyel çatışma.....	16
2. Algılanan çatışma.....	16
3. Hissedilen çatışma.....	16
4. Açık çatışma.....	17
C) TARAFLARINA GÖRE ÇATIŞMALAR.....	17
1. Bireylerin kendi içindeki çatışma.....	17
2. Bireyler arasındaki çatışmalar.....	17
3. Bireyler ve gruplar arası çatışmalar.....	19
4. Gruplar arası çatışmalar.....	19
5. Örgütler arası çatışmalar.....	20
D) ÖRGÜT İÇİNDEKİ YERLERİNE GÖRE ÇATIŞMALAR.....	20
1. Yatay çatışma.....	20
2. Dikey çatışma.....	21
3. Komuta kurmay çatışması.....	21
E) DİĞER ÇATIŞMA TÜRLERİ.....	22
1. Amaç çatışması.....	22
2. Rol çatışması.....	22
3. Kurumsallaşmış çatışma.....	23
III. ÖRGÜTSEL ÇATIŞMANIN KAYNAKLARI.....	23
A) AMAÇ FARKLILIKLARINDAN KAYNAKLANAN ÇATIŞMALAR.....	23
1. Sınırlı kaynaklara bağlılık.....	24
2. Performans değerlendirmesi ve ödüllendirme.....	24
3. Değer ve amaçlardaki farklılıklar.....	26
4. Örgütsel amaçların subjektif algılanması.....	26

B) ALGILAMA FARKLILIKLARINDAN KAYNAKLANAN ÇATIŞMALAR...	27
1) İletişim.....	28
2) Bilgi sağlama bağımsızlığı.....	31
3) Yöneticilerin görüş ve önerilerindeki farklılıklar.....	32
4) Amaçlardaki farklılık.....	33
5) Yeni uzmanlıklar.....	33
6) Zaman ufku farklılığı.....	34

IV. ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA YÖNETİMİ VE ÇATIŞMAYI ÇÖZMEYE YÖNELİK YÖNTEMLER..... 35

A) ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA YÖNETİMİ.....	36
B) ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA SÜRECİ.....	38
C) ÖRGÜTSEL ÇATIŞMAYI ÇÖZMEYE YÖNELİK YÖNTEMLER.....	39

1) ÖRGÜTSEL ÇATIŞMAYI ÇÖZMEYE YÖNELİK GEÇİCİ ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ.....	40
a) Uyma ve itaat etme.....	40
b) Kaçınma.....	41
ba) Kayıtsız kalma.....	43
bb) Soyutlanma.....	44
bc) Çekilme.....	44
c) Uzlaşma.....	44
d) Güç kullanma.....	46
e) Yumuşatma.....	47
f) Müzakere etme.....	47
g) Çatışma taraflarını ve ilişkilerini değiştirme.....	47
h) Davranış değiştirme.....	48
i) İş birliği	48

2) ÖRGÜTSEL ÇATIŞMAYI ÇÖZMEYE YÖNELİK KALICI ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ.....	49
a) Problem çözme.....	49
b) Hizmet içi eğitimin sürekliliğinin sağlanması.....	52
c) İletişimi arttırma.....	52
d) Çalışma koşullarını iyileştirme.....	53
e) Performans değerlendirme ve ödüllendirmenin etkin bir biçimde uygulanması.....	53
f) Etkin Ekip Çalışmasının Uygulanması.....	55
g) Daha üst amaçların belirlenmesi.....	56
h) Çalışanların yönetime katılmasının sağlanması.....	57
i) Kaynakların arttırılması.....	58
j) Örgütsel önlemler alma.....	59

İKİNCİ BÖLÜM

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ÖRGÜTSEL YAPIDAN KAYNAKLANAN SORUNLAR VE ÇATIŞMALAR

I. HASTANE KAVRAMI VE HASTANELERİN AMACI.....	60
A) HASTANE KAVRAMI.....	60
B) HASTANELERİN AMACI.....	62
II. HASTANELERİN GENEL ÖZELLİKLERİ, YAPISI VE İŞLEVLERİ.....	64
A. HASTANELERİN GENEL ÖZELLİKLERİ.....	64
1. Hastanelerin Hizmet Organizasyonu Olma Özelliği.....	65
2. Kesintisiz Hizmet Verme Özelliği.....	67
3. Hastane Personelinin Önemli Bir Kısımının Bayanlardan Olması... 67	67

4. Hastanelerin Mimari Yapısı ve Fiziksel Özelliği.....	68
5. Karmaşık Yapı, Açık ve Dinamik Sistem Özelliği.....	69
6. Hastane Yöneticilerinin Özelliği.....	71
7. Hastanedeki Rol Belirsizliği.....	74
a) Tedavi Verme İlişkisi	75
b) Koordinasyon İlişkisi.....	77
c) Denetim İlişkisi.....	79
8. Hastanelerin Diğer Özellikleri.....	79
B) HASTANELERİN İŞLEVLERİ	80
1. Tedavi Hizmetleri.....	80
2. Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri.....	81
3. Eğitim İşlevleri.....	81
4. Araştırma ve Geliştirme İşlevi.....	81
5. Mali İşlevi.....	82
6. Yönetim İşlevi.....	82
C) HASTANELERİN YAPISI.....	83
III. ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN ÖRGÜTSEL YAPI AÇISINDAN SINIFLANDIRILMASI.....	84
A) TÜRKİYE’DE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN ÖRGÜTSEL YAPILARI..	84
B) AB ÜYESİ BAZI ÜLKELERDE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN ÖRGÜTSEL YAPILARI.....	92
1. Almanya’da üniversite hastanelerinin organizasyonu.....	92
2. İngiltere’de üniversite hastanelerinin organizasyonu.....	94
3. Fransa’da üniversite hastanelerinin organizasyonu.....	95

C) AB ÜYESİ ÜLKELERDE VE TÜRKİYE’DE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN ÖRGÜTSEL YAPILARINDAKİ BENZER VE FARKLI YÖNLER.....	96
D) TÜRKİYE’DE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN ÖRGÜTSEL YAPIDAN KAYNAKLANAN SORUNLARI	98
1. Hizmetlerin Denetimini Ve Değerlendirmesini Yapacak İdari Organların Ve Düzenlemelerin Mevcut Olmamasından Kaynaklanan Sorunlar	98
2. Hastanelerde iş bölümü ve uzmanlaşmadan yararlanılması ilkesine yeterince önem verilmemesi.....	99
3. Yetki-Sorumluluk Denksizliğinden Kaynaklanan Sorunlar	100
4. Mevcut Organların, Koordinasyonu ve İletişimi Sağlamada Yetersiz Kalmasından Kaynaklanan Sorunlar	101
5. Matriks Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar.....	101
6. Katılımcı Bir Yönetim Yapısının Olmaması	106
IV. ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ÇATIŞMANIN KAYNAKLARI	106
A) İLETİŞİM YETERSİZLİĞİ.....	108
B) MATRİK YAPIDAN KAYNAKLANAN ÇATIŞMA.....	109
C) SINIRLI KAYNAK KULLANIMI.....	110
D) İŞLER ARASI FAALİYETLERİN ZAMANLAMASI VE KARŞILIKLI BAĞIMLILIK.....	112
E) ÖRGÜTSEL GÖREV VE SORUMLULUKLARDAKİ BELİRSİZLİK.....	114
F) YÖNETİM ALANI İLE İLGİLİ BELİRSİZLİK.....	116
G) YÖNETİM TARZI.....	117
H) İŞBÖLÜMÜ VE UZMANLAŞMA.....	118
İ) ETKİN EKİP ÇALIŞMASININ UYGULANAMAMASI.....	119

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ÇATIŞMALARIN KAYNAKLARI VE ÇÖZÜM YÖNTEMLERİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

I. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	123
II. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	123
III- ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	127
IV- ARAŞTIRMANIN MODELİ YÖNTEMİ VE ARACI.....	127
A) ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	128
B) ARAŞTIRMANIN YÖNTEM VE ARAÇLARI.....	130
V. ARAŞTIRMA EVRENİ.....	130
VI- ARAŞTIRMADA KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER.....	131
VII- ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	132
A) ÇATIŞMA KAYNAKLARI BAKIMINDAN.....	134
B) GÖZLENEN DAVRANIŞLAR BAKIMINDAN.....	137
C) ÇATIŞMALARDA ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ BAKIMINDAN.....	141
VII- GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ.....	149
KAYNAKÇA.....	156
EKLER.....	173

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1	: Örgütsel Çatışma Konusunda Geleneksel ve Modern Yaklaşım.....	14
Tablo 2	: Çatışma Çözüm Yöntemleri.....	43
Tablo 3	: Yöneticilerle Hekimler Arasındaki Farklar.....	73
Tablo 4	: AKÜ Hastanesi Hekim ve Hemşire Çalışan Verileri.....	130
Tablo 5	: Hekim ve Hemşirelerin Demografik Özellikleri.....	132
Tablo 6	: Hekim ve Hemşire Çalışanlar İçin Çatışma Kaynaklarına Göre T Testi ve Anlamlılık Düzeyine Göre Analiz Sonuçları.....	134
Tablo 7	: Çatışma Kaynaklarının Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımlarını Gösteren Özet Tablo.....	135
Tablo 8	: Hekim ve Hemşire Çalışanlar İçin Gözlenen Davranışlara Göre T Testi ve Anlamlılık Düzeyine Göre Analiz Sonuçları.....	137
Tablo 9	: Çatışma Karşısında Hekim ve Hemşire Çalışanların Gözlenen Davranışları.....	138
Tablo 10	: Hekim ve Hemşire Çalışanlar İçin Çatışmayı Çözüm Yöntemlerine Göre T- Testi ve Anlamlılık Düzeyine Göre Analiz Sonuçları.....	141
Tablo 11	: Çatışma Çözüm Yöntemlerinin Hekim Ve Hemşirelere Göre Değerlendirilmesi.....	142

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 : Örgütsel Çatışma ve Örgütsel Performans Arasındaki İlişki	8
Şekil 2 : Johari Penceresi	18
Şekil 3 : İletişim Modeli	29
Şekil 4 : Çatışma Oluşum Süreci	38
Şekil 5 : Örgütsel Çatışma Yöntemleri	42
Şekil 6 : Ekip Performans Eğimi	55
Şekil 7 : Sağlık Hizmetleri Sistemi	69
Şekil 8 : Üniversite Araştırma Hastanelerinin Temel Örgütlenme Yapısı	86
Şekil 9 : Türkiye Hastanelerinde Uygulanabilecek Yönetim Modeli	87
Şekil 10 : Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi organizasyon Şeması 1. Kısım	89
Şekil 10 : Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi organizasyon Şeması 2. Kısım	90
Şekil 11 : İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi organizasyon şeması	91
Şekil 12 : Almanya'da Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması	92
Şekil 13 : İngiltere'de Üniversite Hastane Organizasyon Şeması	94
Şekil 14 : Fransa'da Üniversite Hastane Organizasyon Şeması	95
Şekil 15 : Hastane Matriks Organizasyon Şeması	105
Şekil 16 : Araştırma Modeli	128

EKLER

Hekimler İçin Anket.....	176
Hemşireler İçin Anket	180

GİRİŞ

Örgütsel çatışma literatüründe bu konu ile kabul edilen genel görüş; çatışmaların örgütsel yaşamın bir parçası olduğu yönündedir.

Çatışma ilk bakışta bir olumsuzluk hali gibi görülse de organizasyonlar için pozitif katkısı da olan ve tamamen ortadan kaldırılamayan bir durumdur. Çatışma örgütte optimum düzeyde bulunmalı ve örgütün amaçlarının gerçekleştirilmesi için yönetilmelidir. Bununla birlikte çatışmanın fazla olması örgütte verimliliği azaltacak ve çalışma ortamını negatif etkileyecektir.

Örgütlerde çatışmanın sonuçlarının olumlu veya olumsuz olması çatışmaların yönetim şekline bağlıdır. Örgüt yönetimi çatışmaları örgütün amaçlarını gerçekleştirecek şekilde yönetmelidir. Bu nedenle her şeyden önce örgütte çatışmaların olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi ve olumlu etkilerinin ise en üst seviyeye ulaştırılabilmesi için uygun olan örgüt yapısı oluşturulabilmelidir.

Hastane örgütlerinde çatışmalar; diğer örgütlerden farklılık gösterir. Çünkü; hastaneler, pek çok uzmanlık branşının bir arada çalışmak zorunda olduğu, örgüt yapısı itibarı ile de bir astın bir çok üstten emir alması gibi nedenlerden dolayı karmaşık bir örgüt yapısına sahiptir.

Türkiye’de hastanelerin büyük çoğunluğu kamuya aittir. Ancak son yıllarda yaşanan özel hastane işletmeciliğindeki artış ile kamunun sağlık sektöründeki ağırlığı gün geçtikçe azalmaktadır. Üniversite hastaneleri özerk yapısı gereği kamu hastaneleri ile özel hastaneler arasında verdiği sağlık hizmetinin özelliği açısından genelde bunların üzerinde olan birer sağlık kuruluşlarıdır.

Hastane işletmeleri matriks örgüt yapısı içinde yukarıda sayılan işlevlerini yerine getirirken gerek birimler gerekse çalışan bireyler arasında çatışmaların yaşanması beklenen bir durumdur. Çünkü hastane örgütlerinde karşılıklı bağımlılık türünü görmek mümkündür. Örneğin; hastaneye müracaat eden hastalar, iş bölümü itibarı ile sıralanmış servislere uğramakta ve birinin işinin bitmesi diğerinin başlamasına ve hepsinin sonucu da birbirini etkilemektedir. Hastanedeki bir birim veya çalışanın görevini aksatması halinde, diğer birim ya da çalışanların görevinde aksamaya neden olabileceğinden çatışma yaşanabilmektedir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinin örgütsel yapıları incelendiğinde, merkeziyetçi bir yapı ve yetkilerin tek elden toplandığını görmek mümkündür. Bu nedenle görev ve sorumlulukların yerine getirilmesinde sıklıkla çatışmalar yaşanmaktadır.

Hastanelerde yaşanan örgütsel çatışma, hastane hizmetlerin yürütülmesi esnasında bir takım sorunlara neden olabilmektedir. Hastane örgütleri örgütsel yapılarından dolayı çeşitli faaliyetleri bir arada ve birbirlerine bağımlı olarak yürütmek zorunda olan organizasyonların başında gelmektedir. Bu nedenle hastane örgütlerinde iki temel meslek grubu olan hekim ve hemşireler arasındaki çatışmaların kaynaklarının belirlenebilmesi ve etkili bir şekilde yönetilebilmesi çatışmaların çözümü için önem arz etmektedir. Bunun için çalışmada temel amaç olarak hastane örgütlerinde hekim ve hemşire arasında yaşanan çatışmaların kaynakları incelenmekte ve bunlara yönelik olarak çözüm yöntemleri ele alınmaktadır.

Bu kapsamda çalışmanın temel sorunsalını “Hastane işletmelerinde örgütsel yapıdan kaynaklanan çatışmalar ve bu çatışmalara yönelik çözüm yöntemlerinin incelenmesi” oluşturmaktadır.

Daha önce yapılan tez çalışmaları (Anar: 2003, Aslan: 2003, Aktaş: 2002) incelendiğinde genel olarak çatışma ve çatışmaya kaynaklık eden faktörlerin ortaya konulduğu görülmektedir. Çalışmamızda bunlardan farklı olarak hekim ve hemşire çatışması sonucunda tarafların gözlenen davranışları incelenmiş ve çatışma çözüm yöntemleri üzerinde durulmuştur. Bunların yanı sıra bir model geliştirilmiştir.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde, genel olarak çatışma ile ilgili kavramsal çerçeve oluşturulmuştur. Burada öncelikle çatışma kavramı değerlendirilmiş, daha sonra çatışmanın kaynakları ve çözüm yöntemlerine vurgu yapılmıştır.

İkinci bölümde hastane işletmeleri kavramı incelenmiş AB ve Türkiye’deki üniversite hastaneleri örgüt yapıları incelenmiştir. Türkiye’deki üniversite hastanelerinin örgütsel yapısından kaynaklanan sorunlar ve çatışma kaynakları detaylı bir şekilde incelenmiştir.

Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde A.K.Ü. Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, aralarında yaşanan çatışmalara kaynaklık eden faktörler saptanarak çalışanların gösterdikleri çatışma davranışları tespit edilmiştir. Ortaya çıkan tespitler sonucunda da çatışmanın nasıl çözüme kavuşturulacağına dair öneriler ve saptamalar analiz edilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

ÖRGÜTSEL ÇATIŞMAYA GENEL BİR BAKIŞ

Çatışma bir kişi ya da grubun diğer taraftaki kişi veya grup arasındaki önemli bir işini engellediği veya engellemek istediğini hissettiği zaman ortaya çıkan bir süreçtir. Çatışma; kaynaklar, güç, statü, istek ve tercihler konusunda çekişmeyi içermektedir ve çatışmanın potansiyel kaynaklarını belirlemek zordur. Çatışma; örgütte farklı sorumluluk anlayışı, eğitim ve bakış açısına sahip çalışanların işbirliği içerisinde çalışma zorunluluğunun kaçınılmaz bir sonucudur. Çatışma iyi yönetildiği takdirde örgüt açısından problem değil, çözümcü olabilir.

Çalışmanın bu bölümünde örgütsel çatışma ile ilgili genel bilgiler verilecek, daha sonra çatışma kaynakları ve çözüm yöntemleri açıklanacaktır.

I. ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA KAVRAMI

Örgütsel çatışma kavramı; bir örgütte, iki veya daha fazla kişi veya grup arasında kıt kaynakların veya faaliyetlerin paylaşılması yine bu kişi veya gruplar arasında statü, amaç, değer ya da algı farklılıklarından kaynaklanan anlaşmazlık şeklinde tanımlanabilir. Tanım ne şekilde olursa olsun; anlaşmazlık, zıtlık, uyumsuzluk ve ters düşme çatışmanın temel unsurlarını meydana getirir (Şimşek, 1999: 271). Bu unsurların olduğu ortamda taraflar kendi çıkarlarına göre hareket eder ve kendi görüşlerini benimsetme çabasına girerler.

Pondy, örgütsel çatışmanın üç temel aşamada gerçekleştiğini vurgulamaktadır. Bunlar; algılanan, hissedilen ve gerçekleşen çatışmalardır. Algılanan çatışma, bilimsel bir süreçtir. Hissedilen çatışma; stres, tansiyon ve düşmanlık sonucu oluşan çatışmadır. Gerçekleşen çatışma ise, çatışmanın aksiyon durumunu oluşturmaktadır (Lee, 2001: 150).

Örgütsel çatışma genel anlamı itibariyle insanların düşüncelerinde bir anlaşmazlık veya uyuşmazlığın meydana gelmesi şeklinde genellikle istenilmeyen, sakınılacak bir olgu olarak değerlendirilmiş, diğer bir taraftan ise ekibin karar alma sürecinde etkinliğin artırılmasında önemli olduğu görülmüştür (Michael ve Brian, 1997: 90). Çatışmanın olumsuz anlamına karşın, çalışanlar arasında pozitif rekabet oluşturarak, çalışma ortamına yöneltmede ve verimliliği artırmada etkili olacağı ifade edilebilir. Aşağıda örgütsel çatışma ile ilgili kavramsal değerlendirmeler yapılmıştır.

Örgütsel çatışma, örgütsel yaşamın doğal bir sonucudur. Çünkü, insanların bir arada buldukları ve çıkarlarının çakıştığı ortamlarda çatışma kaçınılmazdır (Genç, 2005: 252). Örgütsel çatışma kişilerin temel anlamda yaşadıkları bir problem durumudur. Bu nedenle kişinin çatışmayı çözme konusundaki yaklaşımı aynı zamanda onun probleme nasıl yaklaştığıyla da ilgilidir (Arslan, 2004: 3).

Çince’de örgütsel çatışma kavramı hem “fırsat” hem de “tehlike” anlamlarını içermektedir. Bunun anlamı şudur: Çin kültüründe çatışma hem fırsat hem de kararlılığı içerir ve çözüme kavuşturulmadığı takdirde ciddi problemlere neden olabilir (Parker, 2002: 18).

Örgütsel çatışma, öncelikli olarak duygusal bir terimdir. Sosyal anlamı taraflardan ve çatışmayla ilgili stratejik seçimlerden kaynaklanmaktadır. Çatışma bağımlı bir ilişki olmakta ve çatışan taraflar arasında birbirlerine karşı bağımlılık oluşmaktadır (Bodker ve Jameson, 2001: 260). Bu anlamda örgütsel çatışma kavramı, örgütle iki veya daha fazla birey veya grup arasındaki görevlerin dağılımı ile ilgili bireyler veya gruplar arasındaki; statü, amaç, değer ya da algılama farklılıklarından kaynaklanabilir.

Örgütsel çatışma, kişisel veya organizasyon içindeki ayrı grup ilişkileri ve onların dış çevreyle olan olası değerleri veya hedeflerinin olduğu her yerde yaşanabilir (Liam ve Jenny, 1995: 1). Fakat kamu sektöründeki daha geniş olan sosyo politik etkileşim, konuyu daha da karmaşık bir duruma getirmekte ve çatışmanın yaşanmasına neden olabilmektedir.

Örgütsel çatışmanın yönetilmesinde, bazı zamanlarda bir uzlaşma bazı zamanlarda da bir aşırılık durumuyla karşılaşılması halinde ortak bir karar verme

eğilimi daha fazla önem kazanmaktadır. Böylece çatışma iyi bir şekilde yönetilmesi mümkün olacaktır (Moscovici ve Doise, 1994: 66). Çünkü, bir örgütte oluşturulan birimler arasında faaliyetlerin zamanlaması ve birimlerin birbirine karşı bağımlılığının artması nedeniyle ortak karar verme büyük önem taşımaktadır.

Örgütsel çatışma; kaynaklar, güç ve statü, inançlar ve diğer tercih ve istekler konusunda çekişmeyi içeren sosyal bir etkileşim sürecine karşılık gelmektedir. Çatışmanın potansiyel kaynakları belirsizdir ve amaçları, çerçevesi, yoğunluğu, yöntemleri, katılımcı sayısı ve sonuçları da büyük oranda değişiklik göstermektedir. Bunun için, çatışma sosyal ilişkilerde doğal bir fenomendir onuz olumlu sosyal amaçların edinimi oldukça zordur (Appelbaum vd, 1999: 63). Bu nedenle örgüt çalışanlarının öncelikle çatışma konusunda doğru bilgilendirilmeleri büyük bir önem taşımaktadır.

Örgütsel çatışma kavramını; anlaşmazlık, zıtlama, uyumsuzluk ve birbirlerine ters düşme gibi faktörler oluşturmaktadır. Çatışma, amaç ve faaliyetleri algılamada yaşadığımız uyumsuzluk olarak da ifade edilebilir (Myers, 1993:545). Bunların dışında en genel anlamda çatışma insan yapısında var olan ve kalıtsal olduğu öne sürülen saldırgan içgüdülerin, bireylerce tek tek ya da gruplar halinde ortaya konmasının bir sonucunda oluşan bir süreçtir.

A) ÖRGÜTSEL ÇATIŞMANIN TANIMI, ÖNEMİ VE SONUÇLARI

Bu kısımda örgütsel çatışmanın tanımı, önemi ve sonuçları açıklanacaktır.

Webster'e göre örgütsel çatışma; "bir menfaat farklılığı ve kişisel hedeflere ulaşılmamaya ait bir inanç" olarak tanımlanmaktadır (A Conflict Resolution, 2003: 7).

Rahim (1992:1)'e göre örgütsel çatışma; bir kişinin kendi amaç, inanç ve duygularının diğerleriyle uyuşmadığı zaman gerçekleşmektedir ve insan ilişkilerinin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durumda çatışma, iki veya daha çok kişinin aralarında meydana gelen çıkar uyuşmazlığı biçiminde tanımlanabilir.

Sökmen ve Yazıcıoğlu (2005: 3)'na göre örgütsel çatışma, örgütte iki veya daha fazla kişi ya da grup arasında kıt kaynakların paylaşılması veya faaliyetlerin tahsisi ile yine bu kişi ve gruplar arasındaki; amaç, statü, değer yargıları veya algılama farklılıklarından kaynaklanan anlaşmazlık olarak tanımlanmıştır.

Örgütsel çatışma; bir sosyal ya da biçimsel grupta yer alan bireyler veya gruplar arasındaki anlaşmazlık algılaması ya da bu anlamda ortaya çıkan sorunların çözümlenmesindeki yetersizlik olarak düşünülebilir (Baysal ve Tekarslan, 1996: 291). İnsanların etkileşimde bulunduğu her ortamda çatışma olması kaçınılmazdır. Bireyler, gruplar ve örgütler kendi amaçlarını gerçekleştirmek için çaba gösterirken diğer bireyler, gruplar ve örgütlerle etkileşim içindedir (Rahim, 1992: 15). Bu nedenle etkileşim süreci içerisinde taraflar arasındaki uyuşmazlık veya tutarsızlık iki taraf açısından çatışmayı oluşturabilir.

Örgütsel çatışma kendini farklı yollarla ortaya çıkarabilir. İnsanlar birbirleriyle yarışabilir, birbirlerini yanlış değerlendirebilir, öfkelenip hatta şiddete dönüşebilir. Çoğu insan, çatışmanın kaçınılması gereken bir durum olduğunu düşünür. Çünkü çatışma; düşmanlık, memnuniyetsizlik ve kavga anlamlarını içerir (Griffin, 1996: 582).

Örgütsel çatışmaya uyumsuz davranış ve eylemler olarak yaklaşan görüş ise; çatışmayı bir kişinin müdahale etme, engelleme veya başka bir yöntemle, bir başkasının davranışını engelleme veya bireyi etkisiz duruma getirme süreci şeklinde tanımlamıştır (Tjosvold, 1989: 43).

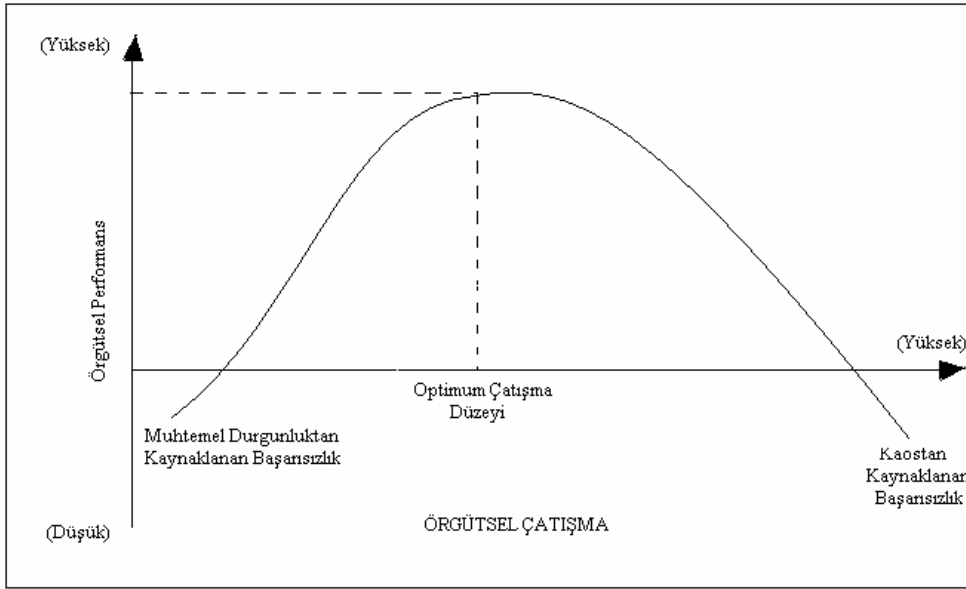
Örgütsel çatışma tüm ilişkilerde doğaldır ve çok değişik kaynaklardan ortaya çıkabilir. Örneğin görev dağılımı, ücret ödemesi, çalışma koşulları ve kıt kaynaklarla çalışması gibi çeşitli etkenler çatışma kaynakları olarak sayılabilir. Yine çatışma personel arasındaki kavgalardan örneğin kişilik farklılıklarından kişiler arası iletişimsizlikten ve kişilerin duygusal olmalarından da kaynaklanabilir (Boss ve Mcconkie, 2000: 45).

Yukarıda açıklandığı gibi çatışma, insanların var olduğu her ortamda ortaya çıkabilir. Hem bireyler hem de bireylerin oluşturduğu örgütler açısından yapıcı ve yıkıcı sonuçları beraberinde getirebilir. Çok yoğun ve devamlı çatışma hali bireyleri ve örgütleri iş yapamaz, yararsız hale getirebilir. Örgütsel çatışmanın olmaması da iş

yapma ve rekabeti önlemektedir. Bu nedenle diyebiliriz ki belli bir düzeydeki çatışma kişileri motive ettiği ve iş görmede canlılığı sağladığı için örgütler açısından olması istenen bir durumdur. Dolayısıyla hangi düzeyde olursa olsun iyi yönetilen ve yönlendirilen çatışmaların örgütsel etkinlik ve verimlilik üzerinde olumlu etki yaratabileceği söylenebilir.

Çağdaş anlayış düşüncesine göre, optimum düzeyde örgütsel etkinliğe ulaşabilmek için örgüt içerisinde orta düzeyde bir çatışma olması önemlidir. Bu anlayışa göre, örgütsel çatışma ile örgütsel etkinlik arasında ortaya çıkan ilişki aşağıdaki şekilde ters bir “∩” fonksiyonu şeklinde olacaktır (Elma ve Demir, 2000: 228).

Şekil 1: Örgütsel Çatışma ve Örgütsel Performans Arasındaki İlişki



**Kaynak: James A.F.Stoner, R.Edward Freeman; Management, Prentice-Hall inc
Englewood Cliffs, Fount Editon, New Jersey, 1989, s.393**

Örgütsel çatışma ve örgütsel performans arasındaki ilişki şekil 1’de gösterilmiştir. Buna göre performansın maksimum düzeyde olduğu durumda optimum düzeyde çatışma mevcuttur. Çatışma düzeyinin düşük olduğu durumda ise örgüt yeni talepleri karşılama yönünde çok yavaş değişmekte olup, bu durum örgütün varlığını

tehdit etmektedir. Çatışma düzeyinin çok yüksek olduğu durumda ise kaos ve bozulma örgütün var olma şansını tehlikeye sokmaktadır.

Yönetici ve uzmanlar arasında yapılan bir örgütsel çatışma projesinde, işbirliğini sürdürme konusunda bir isteksizlik oluşmuş ve taraflar yaşanan problemler bakımından birbirlerini suçlamışlardır. Sonuçta çatışma; ilişkilerini tehdit etmiş, tarafların enerjilerini almış ve boşuna uğraşılmış hissini doğurmuştur. Nihayetinde, projenin tümü açısından negatif bir sonuca ulaşılmıştır (Abma, 2002: 8). Yapılan araştırmaların sonucunda yöneticilerin zamanlarının % 20'sinden çoğunu örgüt içi çatışmalara veya çatışma sonrasında yaşanan olumsuzlukları ortadan kaldırmaya uğraştıklarını ortaya koymaktadır (Bernstein vd, 1994: 669). Bu nedenle, günümüzde çatışmadan kaçınmak mümkün olmadığına göre, çatışmaların hem örgüt hem de çalışanlar bakımından en iyi sonuca ulaşacak biçimde çözümlenmesi ve yönetilmesi büyük bir önem taşımaktadır.

Rekabet ve çatışma insanların motivasyonu üzerinde etkilidir. Çatışma insanların işlerine odaklanmalarını sağlayabilir. Grup çalışanları birbirlerine karşı daha çok yaklaşır ve değişik konularda tartışmayı arttırmaya ve alternatif düşüncelerin ortaya atılmasını sağlayarak çalışanların motivasyonunu ve verimliliğini arttırabilir (Nahavendi ve Malekzadeh, 1999: 456). Bu durumda rekabetin çalışanların, örgütün arzulanan hedeflerine ulaşabilmesinde önemli rol oynayacağı ifade edilebilir.

Üstün performans, rekabetin ve bireysel başarının üstünde bir ekip çalışmasını gerektirir. Zira rekabet her zaman en iyi performansla sonuçlanmaz. Bu çaba en iyiye ulaşma çabası olmayabilir. Mükemmeli yakalayabilmek, takım oyunuyla gerçekleşebilir (Chowdury, 2000: 25). Çünkü, örgütlerde ortak bir amacın gerçekleştirilmesi ve fayda sağlanması için tarafların bir arada çalışması gerekmektedir. Örgütler karmaşık bir hale geldikçe iş bölümü ve uzmanlaşma da artmakta, dolayısıyla bireyler ve gruplar birbirine daha bağımlı hale gelmektedirler.

Örgütsel çatışma sonuçları bakımından incelendiğinde genellikle iştirak edenler tarafından yıkıcı olarak görülür. Ama bu sınırlı bir görüştür. Daha olumlu bir bakışla çatışma hemen hemen kaçınılmazdır, bundan dolayı yapıcı sonuçlar alınabilecek yollar aranmalıdır. Her şeyden önce uygun düzeyde ve yoğunlukta bir çatışma taraflarca zararlı görülmemelidir. Aşırı olmayan bir gerilim altında bazı insanlar zıt ya da çatışan fikirlerin yeniliğini, yarışmanın çekiciliğini ve heyecanını duyabilirler. Bu bakımdan,

çatışmanın ilgi ve merak uyandırarak, bireyin kendini değerlendirmesine imkan sağladığı söylenebilir (Newstrom ve Davis, 1997: 316).

Örgütsel çatışmanın sonuçları açısından ortaya çıkardığı güçlü duygular vardır. Bunlar öfke, acı gibi duygulardır. Çoğu bireyin çatışma süreci ile ortaya çıkan duygusal durumlardaki değişimlerini göstermektedir (Bisno, 1988: 34).

Örgütsel çatışma, her türlü organizasyonda kaçınılmaz ve doğal bir olgudur. Bu nedenle çatışma organizasyon içerisinde sorunlara yol açabileceği gibi meslek grupları içerisinde yaşanan çatışma, sorunların üstesinden gelinebilmesi için yaratıcı ve yenilikçi çözümler üretilmesi sonucunu ortaya çıkarabilir (Kunaviktikul vd, 2000: 9). Bu nedenle, örgütsel çatışmanın dinamik ve değişime açık sistemler için yararlı bir olgu olduğu söylenebilir.

B) ÖRGÜTLERDE ÇATIŞMAYA YAKLAŞIMLAR

Sosyolojide temel kuramsal yaklaşımlardan olan çatışma kuramı kaynağını Karl Marx'tan almaktadır. Fakat çatışma teorileri bu kaynaktan beslenmiş olmalarına rağmen yıllar içerisinde farklılık göstermişlerdir (Collins, 1994: 47). Çünkü; sosyolojide çatışma üzerine çok çeşitli görüşler bulunmakta olup, teorilerin tamamı toplum içerisinde grupların farklı çıkarlara sahip olduğunu vurgulamaktadır.

Bununla birlikte, çatışma teorisyenleri Marx'tan farklı olarak bir çok farklı gruptan meydana geldiğini belirtmişlerdir. Marx'dan farklı bir şekilde çatışma ve sınıflar hakkında görüşleri süren sosyologlardan biri de Alman sosyolog Ralf Dahrendorf'tur. "Dahrendorf'un çatışma teorisi Marx'ın eleştirel bir değerlendirmesinden çıkmıştır". Poloma'nın da belirttiği gibi: "Dahrendorf kuramını Marx'ın kuramının kısmen reddi, kısmen kabulü ve yeniden formülasyonuna dayandırır". Dahrendorf, Marx'ın kuramına eleştirilerini yöneltirken günümüz dünyasını temel alıp onun öne sürdüklerinin yanlışlandığını, çünkü artık dünyanın onun tasavvur ettiği, gözlemlendiği gibi olmadığını belirtmiştir (Laralombosu ve Holborn, 1995: 116).

Marx'tan etkilenen bir diğer çatışma kuramcısı olan Coser çağdaş toplumlardaki ilişkiler üzerine yaptığı çalışmalarında çatışmanın fonksiyonelliğine vurgu yapmıştır.

Coser'e göre normlar, güçler dengesinden kaynaklanır. Diğer bir deyişle, toplumsal yaşamın düzenleyici ögesi olan normatif sistem soyut bir sistem olmayıp, somut bir gerçek olan güçler dengesinin doğasına göre biçimlenir. Zira sosyal yapının özünde çatışma vardır. Başka bir deyişle, sosyal çatışma sosyal yapıyla bağlantılı bir unsurdur. Coser'e göre sosyal çatışma; "toplum içindeki uyumu sağlamada son derece yararlı bir fonksiyona sahiptir" şeklinde ifade edilmektedir (Kızılcılık, 1994: 475).

Örgütsel çatışmaya ait görüşler geleneksel, davranışçı ve etkileşimci olarak üç grupta incelenebilir (Tengilimoğlu, 1991: 126).

1. Gelenekçi Bakış

Geleneksel Yaklaşım, 1940'lara kadar süren örgüt yönetimini temsil eden görüştür. Buna göre, çatışma kesinlikle yıkıcıdır ve ne pahasına olursa olsun kaçınılması gerekir (Baysal ve Tekarslan, 1996: 308). Dolayısıyla çatışmadan kaçınmak yönetimin temel sorumluluğudur. Bu yaklaşımın öncüleri; bilimsel yönetim hareketinin babası kabul edilen Frederick Winslow Taylor, Yönetim Teorisinin öncüsü Henry Fayol ve Bürokrasi Teorisinin öncülüğünü yapan Max Weber'dir. Örgütsel etkinliğe yönelik bu yaklaşım; görevlerin, yöntemlerin, kuralların ve yetki ilişkilerinin açık olarak tanımlanmasını ve rasyonel bir örgüt yapısının geliştirilmesini öngörür. Böylece çatışmanın ortadan kalkacağı ve ortaya çıkan problemlerin çözüleceği düşünülmektedir (Ertürk, 1998: 1990-200). Bu yaklaşımın, çatışmanın yaratıcı ve verimliliği artırıcı yönünü dikkate almadığı ifade edilebilir.

Geleneksel örgüt kuramcılarının birey hakkındaki olumsuz düşünceleri çalışanlara hiçbir hareket alanı ve esneklik imkanı tanımayan örgüt ve yönetim tarzını da birlikte getirmiştir. Bireyler tembel, yeteneksiz ve basit bir üretim faktörü olarak görüldüğünden bireylerin görevleri olabildiğince basitleştirilmiş ve sıkı denetim yapılmıştır. Bireyin amaç ve beklentilere ters düştüğü kabul edilmiştir. Bu nedenle işletme yönetiminin en önemli görevlerinden biri de oluşacak çatışmaları önlemektir (Baird vd.; 1990: 256). Geleneksel görüş mensupları daha çok iş yapmaya ilişkin kurallar ve yöntemler üzerinde durduklarından, insan faktörünü dikkate almamışlardır. Örgütü ve örgüt çalışanlarını bir makine gibi görmüşlerdir. Bu nedenle örgütsel

verimliliğin sağlanabilmesi için uyum ve işbirliğinin üzerinde durmuşlar ve çatışmadan kaçınılmasının bir zorunluluk olduğunu ifade etmişlerdir.

Geleneksel örgüt kuramcılarında Max Weber örgütsel yapılanmada en uygun yönetimin bürokrasi modeli olduğunu söyleyerek, iş usulleri, kurallar, otoritenin hiyerarşik yapılanması, kişiliksizlik ve örgüt üyelerinin teknik rekabeti üzerinde önemle durmuştur. Max Weber bürokrasi modelinin bazı işlevsel olmayan yönleri üzerinde dursa da bürokrasi modelinin örgüt hayatına en uygun model olduğunu savunmuştur (Düşükcan, 2003: 9).

2. Davranışsal Bakış

Davranışsal görüş teorisyenleri, örgütte ortaya çıkan çatışmalardan en azından bir kısmının örgütte bazı sorunların olduğuna dikkat çekmesi ve söz konusu sorunlara daha sağlıklı çözümler getirebilmesi açısından yönetimi harekete geçirmesi nedeniyle “fonksiyonel çatışma” şeklinde tanımlandırılmasından yana bir tavır sergilemektedirler (Şimşek, 2001: 273). Zira, çatışmanın yapıcı olabileceği gerçeğini savunan Davranışçı Yaklaşım çatışmayı kabul etmekte ve karmaşık örgütlerin yapıları sebebiyle çatışma içinde olduklarını belirtmektedir.

Davranışsal görüşün öncülerinden olan Hugo Munsterberg, organizasyona dışardan gelen sosyal ve kültürel faktörlerin etkisini izah etmeye çalışmıştır. Elton Mayo da yorgunluk ve monotonluk üzerinde 1925 yılından önce gerçekleştirilmiş bir çok çalışmayı açıklamıştır. Davranışçı yaklaşımın başlangıcı genellikle, 1924-1932 yılları arasında yapılmış olan Hawthorne deneyleri olarak bilinir. Yapılan bu araştırmalara göre ışıklandırma, ısıtma, dinlenme zamanları gibi fiziksel iyileştirmelerin dereceleri yükseldikçe verimliliğin de artacağı hipotezi savunulmaktadır (Hicks ve Gulet, 1987: 150). Hawthorne deneyleri ile yapılan çalışmalarda çatışmanın bireylerde iletişim kopukluğu, güvensizlik, yöneticilerin çalışanların ihtiyaç ve isteklerine duyarsızlığı gibi sonuçlar ortaya çıkarttığı görülmüştür. Davranışçı yaklaşıma göre; genel olarak birey ve gruplar arası farklılıklar çatışmayı doğurmaktadır (Baysal ve Tekarslan, 1996: 308).

Davranışçı görüş tarafları çatışmaların, genel, bireyler ve gruplar arası farklılıklardan doğduğunu; çatışmanın yok edilmesinin de bu farklılıkların ortadan kaldırılması anlamına geldiğini öne sürerek; bunun olanaksızlığını belirtmişlerdir ve bireyler ve gruplar arasında çatışmaların benimsenip desteklenmesi gerektiğini savunmuşlardır (Tekarslan vd, 1989: 220). Davranışçı görüşü savunanların, örgütteki çatışmayı kabul etseler de çatışmayı yaratan koşulları olumlu bir şekilde desteklemeye teşebbüs etmedikleri ifade edilebilir.

3. Etkileşimci Bakış

Örgütlerde meydana gelen çatışmaları modern bir yaklaşımla ele alanlar, günümüzde “etkileşimciler” olarak adlandırılmaktadır. Bu yaklaşım çatışmayı kabul etmekte ve çatışmanın bazı durumlarda gerekli olduğu görüşünü savunmaktadır (Banner, 1995: 31). Modern yaklaşıma göre; uyum içerisinde, sakin ve işbirliği içerisinde olan gruplar değişime karşı kayıtsız kalabileceğinden çatışmanın teşvik edilmesi gerekli olduğu ifade edilebilir.

Modern yaklaşımda, çatışma ve örgütsel etkililik arasındaki ilişkinin her zaman olumsuz anlam taşımayacağı görüşü hakimdir. Örgütte belirli bir noktaya kadar çatışma örgütsel verimlilik açısından olumlu etkiye sahipken belirli bir noktadan sonra fonksiyonel etkililiği azaltmakta ve hatta bu durumun uzaması halinde örgüt açısından tehlike oluşturmaktadır (Asunakutlu vd, 2004: 172). Bu yaklaşım, çatışma yönetiminde güdüleme ve çözüm yöntemlerini de içererek, uyumlu, barışçıl işbirlikçi bir grubun yeniliğe ve değişime kayıtsız kalması şeklinde belirtilmekte ve çatışmaların yönetimini, yöneticilerin temel sorumluluğu olarak görmektedir.

Modern bakış açısından yöneticinin görevi bütün çatışmaları bastırmak veya çözmek değil çatışmayı yönetmektir. Böylelikle çatışmanın zararlı unsurlarını en aza indirecek ve yararlı yönlerini ortaya çıkaracaktır (Stoner ve Freeman, 1989: 392). Bu çerçeveden bakıldığında günümüzde çatışmanın azaltılması veya yok edilmesi değil, çatışmanın yönetiminin önem kazandığı söylenebilir.

Modern teorinin üzerinde önemle durduğu çatışma yönetimi, çatışmanın azaltılması kadar çatışmanın uyarılmasını da içermektedir. Çatışma, çok yüksek

düzyeyde ise azaltılmalı, çok düşük düzeyde ise de uyarılmalıdır (Ertekin, 1982: 475). Örgüt kuramlarının genel olarak çatışmaya nasıl bir yaklaşımda bulduklarını değerlendirdikten sonra geleneksel ve modern yaklaşımın çatışmaya bakış açılarını daha iyi kavrayabilmek için bu yaklaşımların genel özellikleri tablo 1’de sunulmuştur (Stoner ve Freeman, 1989: 382).

<u>Geleneksel Yaklaşım</u>	<u>Modern Yaklaşım</u>
1. Çatışmadan kaçınılabilir.	1. Çatışma kaçınılmazdır.
2. Çatışma örgütün tasarım ve yönetimindeki hatalarından kaynaklanır.	2. Çatışma pek çok nedenden çıkabilir bunların arasında örgütsel yapı, amaçlardaki farklılıklar, algı ve değer farklılıkları yer alır.
3. Çatışma örgütü işleyişini bozar ve optimum performansı engeller.	3. Çatışma, farklı düzeylerde örgütsel performansa katkı ve zararda bulunabilir.
4. Yönetimin görevi çatışmayı gidermektir.	4. Yönetimin görevi, optimum örgütsel performansı, çatışmanın düzeyini ve çözümlenmesini yönetmektedir.
5. Optimum örgütsel performans çatışmanın giderilmesini gerektirir.	5. Optimum örgütsel performans ılımlı düzeyde çatışmaya ihtiyaç duyar.

Tablo :1 Örgütsel Çatışma Konusunda Geleneksel ve Modern Yaklaşım

Kaynak: James A.F.Stoner, R. Edward Freeman; Management, Prentice-Hall Inc. Englewoç Cliffs, Fourth Editon, New Jersey, 1989, s.392.

II. ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA TÜRLERİ

Örgütsel çatışma kavramını çeşitli biçimlerde sınıflandırmak mümkündür. Bu sınıflandırmada alınan kriterler bilim adamlarının çatışma kavramına yaklaşım biçimlerinden kaynaklanmaktadır. Bu bölümde çatışma türleri beş başlık altında incelenecektir.

A) FONKSİYONEL OLAN VE FONKSİYONEL OLMAYAN ÇATIŞMALAR

Fonksiyonel olan çatışmalar, örgütün amaçlarını gerçekleştirmesine katkıda bulunan çatışmalardır. Bu tür çatışmalar örgütün çeşitli bölümlerinden sorunlara işaret edebilir (Koçel, 1998: 460). Dolayısıyla bu sorunlara yöneticilerin dikkatinin çekilmesini sağlar. Fonksiyonel olan çatışma örgüte hareketlilik kazandırır ve örgütte değişim ve yeniliklerin gerçekleşmesine yardımcı olur (Schermerhorn vd, 2000: 326).

Fonksiyonel olmayan çatışma ise, örgütün amaçlarına ulaşmayı engelleyen veya amaçların gerçekleşmesine katkıda bulunmayan çatışmalardır (Stoner, 1998: 348). Klasik ve Neoklasik yaklaşımlar bütün çatışmaları fonksiyonel olmayan çatışma olarak ele almışlardır. Bu yaklaşımlara göre çatışmanın varlığı örgüt yapısının yetersizliğinin bir göstergesidir. Modern yönetim yaklaşımına göre de bazı çatışmalar fonksiyonel olmayabilir, ancak bütün çatışmalar fonksiyonel olmayan türden değildir (Ertürk, 2000: 223). Örgütsel çatışmanın fonksiyonel olmayan yönleri fonksiyonel olan yönlerine oranla daha çok bilinmektedir. Örneğin üretim gücünün azalması, bireylerin psikolojik sorunlarının ve stresinin artması, çalışan tarafların birbirlerine karşı düşmanca tavırlar sergilemesi ve örgüt kaynaklarının israf edilmesi bunlardan bazıları olarak ifade edilebilir.

Bir çatışmanın fonksiyonel olabilmesi için örgütün bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özellikleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Tjosvold, 1991: 9).

- Yönetici ve çalışanlar arasında ortak değerler sistemi bulunmalıdır.
- Örgütteki çatışmanın olumlu şekilde çözümlenmesi için gerekli olan bilgi birikimi oluşmalıdır.
- Değişik görüşlere ve bakış açılara saygı gösterilmeli ve çalışan tarafların birbirlerini geliştirmelerine yardımcı olacak yapının oluşması sağlanmalıdır.
- Örgütteki yenileşme ve gelişme sürekli olarak teşvik edilmelidir.

Bu özelliklerin gerçekleşmesi için, öncelikle tarafların birbirlerine karşı güven duyması gerekmektedir. Güven ortamının olmadığı örgütlerde çatışmaların örgütün amaçlarına fayda sağlayacak bir şekilde çözümlenmesi zor olacaktır.

B) ORTAYA ÇIKIŞ ŞEKİLLERİNE GÖRE ÇATIŞMALAR

Örgüt içerisinde ortaya çıkış şekline göre olan çatışmalar; potansiyel çatışma, algılanan çatışma, hissedilen çatışma ve açık çatışma şeklinde açıklanabilir.

1. Potansiyel Çatışma

Potansiyel çatışma, çatışmayı ortaya çıkarabilecek nedenleri ifade etmektedir. Başka bir ifade ile potansiyel çatışma; ortaya çıkmamış gizli bir çatışma durumunu anlatır (Koçel, 1998: 397). Zira, potansiyel çatışma ile çatışma öncesi nedenler belirtilmektedir. Bu nedenlere kıt kaynakların paylaşım ve dağıtımındaki eşitsizlik, özerklik isteme ve tarafların farklı amaçları örnek olarak verilebilir.

2. Algılanan Çatışma

Organizasyonda görevli personel burada tam olarak çatışmanın nedenini açıklayamazlar da çatışmanın farkındadırlar. Anlaşmazlığın farkına varıldığı zaman ise organizasyonda ve çalışanlarda gerilim başlar. Örneğin yasal bir yaptırım kullanımının sonunda verilen emirlere zorunlu olarak uyma halini göstermek gibi (Kırel, 1997: 480).

3. Hissedilen Çatışma

Hissedilen çatışmada çatışma halinde olan taraflar artık olaylar karşısında hislerini açık bir biçimde ortaya koymaktadırlar. Bu durum kızgınlık, kırgınlık, endişe hali şeklinde zikretmektedir (Gökçe ve Atabey, 2001: 285).

4. Açık Çatışma

Bu çatışma türünde, çatışma durumundaki tarafların çatışma konusu olay hakkında hissettiklerini açık bir biçimde ifade etmeleri halidir. Bu davranışların en belirgin olanı açık saldırganlıktır. Bununla birlikte tarafların karşılıklı tartışması, belirli bilgi ve verilerin karşı tarafa ulaştırılmaması ve karşı tarafla alay edilmesi gibi davranışlar da görülmektedir (Türk ve Doğan, 2002: 65).

C) TARAFLARINA GÖRE ÇATIŞMALAR

Örgüt içinde birbirleri ile etkileşim içerisinde bulunan bir çok taraf bulunmaktadır. Örgüt içerisinde oluşan problemlerin çözülebilmesi için bu taraflar arasındaki dinamik ilişkiyi incelemek gerekir. Bu çerçeveden hareketle çatışmaya taraf olabilecekler beş başlık altında incelenebilir.

1. Bireylerin Kendi İçindeki Çatışmalar

Bireylerin kendi içindeki çatışması en genel anlamıyla bireyin kendi kararını vermede, eylem yöntemini seçmede veya eylemi yerine getirmede karşı karşıya kaldığı karmaşık durumdur (Luthans, 1994: 390). Bu karmaşık beklenti ve süreçlerin bireylerde çatışmaya neden olabileceği ifade edilebilir.

2. Bireyler Arası Çatışma

Bireyler arasındaki çatışma bireylerin kendilerine özgü davranış, tutum ve amaçlarından kaynaklanmaktadır. Bireyler arasındaki çatışma dört nedenden kaynaklanmaktadır (Berstein vd, 1994: 67).

- Kurumda kaynakların kıt olması,
- Bir olay karşısında cezalandırılan veya diğer kişilerce rencide edildiğini hisseden bireylerin, sorumlu tuttıkları insanlar hakkında intikam alma hissine sahip olmaları,

- Bireylerin birbirlerini yanlış anlamaları,
- Bireyler arasındaki iletişimin eksik olması nedeniyle karşı taraf hakkında yanlış yargıların bulunması olarak ifade edilebilir (Bernstein vd, 1994: 67).

Bireyler arası çatışmaların analizinde en çok kullanılan yöntemlerin başında, Joseph Luft ve HorryIngham tarafından geliştirilen Johari Penceresi Modeli bulunmaktadır. Model, birey ile örgüt ve diğer bireyler arasında meydana gelen çatışmaların analizinde yardımcı olması açısından önemli bir modeldir (Stacey, 1994: 190). Johari Penceresi Modeli bireyin gerek kendisini gerek başkalarını anlamada kullanabileceği bir araçtır. Aşağıdaki şekilde Johari Penceresi modeli gösterilmektedir.

Şekil 2 : Johari Penceresi

Bireyin Kendisi Tarafından

		Bilinen	Bilinmeyen
Başkaları Tarafından Bilinmeyen Bilinen	Açık Bölge	Açık Bölge	Kör Bölge
	Gizli Bölge	Gizli Bölge	Kapalı Bölge

Kaynak: Ralph D. Stacey; Strategic Management and Organizational Dynamics, Pitman Publishing Company, London, 1994, s.192.

Şekil 2' deki açık bölge; bireyin hem kendisi hem de başkaları tarafından bilinen özelliklerini içermektedir. Kör bölge bireyin kendisinin bilmediği fakat başkaları tarafından bilinen alanı açıklar. Gizli bölge birey tarafından bilinen ancak başkaları tarafından bilinmeyen özellikleridir. Birey bu özellikleri bilerek saklama ihtiyacı içerisinde olabilir. Kapalı bölge ise, hem kendisi hem de başkaları tarafından bilinmeyen özelliklerini içermektedir.

3. Bireyler ile Gruplar Arası Çatışmalar

Grupların kendi norm ve standartlarını üyelerine benimsetmek ve karşı çıkmaksızın kabul ettirmek için onların üzerinde uyguladıkları baskılardan kaynaklanan çatışmalardır. Grubun norm ve standartlarını, amaçlarını ve bu amaçlara ulaşmak için izlenen yöntemleri benimsemeyen veya bunları iradesiyle çelişir gören bireyler grupla çatışma içine girebilirler. Grupça belirlenen üretkenlik hedefinin gerisinde kalan veya üzerine çıkan ve bundan dolayı cezalandırılan bir birey gruba kızıp onunla çatışma içine girebilir (Şimşek vd, 1998: 176). Bazen işletme organizasyonları için tek bir insan, büyük bir gruptan daha önemli olabilir. Amaçlara ulaşmak esas olduğundan, işletme organizasyonlarının çıkarlarına uygun olarak tek bir bireyin veya grubun tercih edilmesi söz konusu olabilir. Bu durumda çatışmalara neden olduğu söylenebilir.

4. Gruplar Arası Çatışmalar

Bu çatışma, bölümler arası çatışma olarak da bilinmektedir. Bir örgüt içindeki iki veya daha fazla bölüm veya grup arasındaki çatışmayı vurgulamaktadır. Gruplararası çatışmalar bir grubun başarılı olması için diğer grubu harekete geçirebilir ve bir örgütün etkinliğini, verimliliğini ve amaçlarını gerçekleştirmesini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir (Rahim, 1992: 22).

Gruplar arasındaki çatışmaların pek çok nedeni bulunmaktadır. Çatışma nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Black ve Porter, 2000: 314):

- İş ile ilgili belirsizliğin bulunması,
- Hedeflerde, amaçlarda ve grup çalışanlarının görüş açılarında farklılıkların bulunması,
- Grubun amaçlarına ulaşmasında kaynak kıtlığıyla (hissedilen veya gerçek). karşılaşılması,
- Grup elemanlarının demografik yapılarının (yaş, etnik cinsiyet, statü ve güç farklılıkları vs.) çeşitlilik göstermesi,
- Kişiler arası üyelerin bireysel tarzlarının farklılık göstermesi olarak sayılabilmektedir.

5. Örgütler Arası Çatışmalar

Bir örgütün kendi dışında bulunan örgütlerle yapmış olduğu çatışmalardır. Örgütler arası çatışma, rekabetçi ve açık sistem anlayışı ile işleyen ekonomik ortamlarda, ekonomik rekabet ile sınırlı olmak koşuluyla istenilen bir ortamdır (Schermerhorn, 2000: 376). Örgütler arası çatışmalar, rekabet ortamında örgütlerin yeni teknoloji, ürün ve hizmetler geliştirmesi ile örgütün kaynaklarını en iyi şekilde kullanılmasına yardımcı olabilir. Örgütler arası çatışmalara işletme-sendika, işletme-devlet ve işletme ile rakip işletmeler arasındaki çatışmalar örnek olarak verilebilir.

D) ÖRGÜT İÇİNDEKİ YERLERİNE GÖRE ÇATIŞMALAR

Örgüt içindeki çatışma, örgütün birimleri arasındaki anlaşmazlıkları nitilemektedir. Miles bu çatışmayı bir birimin veya birimlerin amaçlarına yönelik davranışların başka bir örgütsel birim üyelerinin amaç, davranış ve beklentileri tarafından engellenmesi olarak tanımlamıştır. Hodgeve Anthony ise yapısal çatışmayı karşıt amaçlar, görüşler, felsefeler ve eğilimlere sahip iki veya daha bireyin veya grubun bulunması durumu ile tanımlamışlardır (Banner ve Gagne, 1995: 346). Örgüt içi çatışmaları yatay çatışma, dikey çatışma ve komuta-kurmay çatışması olarak üç türe ayırabiliriz.

1. Yatay Çatışma

Yatay çatışma, organizasyon içinde aynı hiyerarşi seviyesinde bulunan kişiler arasında meydana gelen çatışmadır. Çıkar çatışması, algılamadaki farklılıklar, bölümlerde çalışanların birbirlerine karşı zıt tutumları yatay çatışmaya yol açan faktörler arasında sayılabilir. Sosyal yapıları açısından yatay ve dikey gruplar arasında önemli farklılıklar vardır. Yatay gruplar arasındaki ilişkiler kuvvetlendiğinde dikey gruplar arasındaki ilişkiler zayıflar. Bu da işletme organizasyonlarındaki çatışmalarda benimsenen amaç ve taktikleri etkileyebilir (Schoderbek vd, 1998: 518).

2. Dikey Çatışma

Bir örgütte, ast-üst durumundaki kişi ve kademeler arasında çıkan çatışmalardır. Bu çatışma, kişisel düzeyde olabileceği gibi gruplar düzeyinde de olabilir (Uluçınar, 2000: 12). Örgütlerdeki gruplardan birinin yararına diğerinin zararına sebep olan ödüller çatışma yaratırlar. Yetersiz iletişim, amaçlardaki farklılık, bilgi ve değerlerin algılanmasındaki eksikliklerin dikey çatışmalara neden olabileceği söylenebilir.

3. Komuta- Kurmay Çatışması

Günümüzde örgütlerde en çok karşılaşılan yapısal çatışma türü komuta-kurmay çatışmasıdır. Bu durum kurmay personelinin komuta personel üzerinde otoriteye sahip olmak istediği durumlarda ortaya çıkabilir. Modern sanayi örgütlerinde komuta (hat) yöneticilerinin örgüt için gerekli tüm bilgileri bilmesi mümkün değildir. Bundan dolayı örgütler çeşitli konularda komuta yöneticilerine bilgi desteği sağlayarak kurmay (uzman) elemanlara ihtiyaç duymaktadırlar (Luthans, 1994: 287).

Emir- komuta personeli olan dikey yetki sahibi yönetici ile kurmay personel arasındaki çatışma, üstlendikleri rollerin özelliğinden kaynaklanmaktadır. Kurmay personel, uygulamadan dolayı bir sorumluluk taşımadığı için, uzmanlık alanındaki doğrularını rahatlıkla savunabilmektedir. Ancak emir- komuta yetkisine sahip yönetici ise kendisini başarısız kılacağına ve yönetim politikasına ve kişiliğine uygun düşmeyen kurmay personelin tavsiyelerini uygulamaya koymak istemez. Yönetici de, kurmay personel de rollerini ve sonuçta kendilerini savunurlar. Her iki tarafın da bu savunmalarının altında yatan, yetki ve konum çatışmasıdır (Başaran, 1992: 265). Zira burada kurmay ile komuta görevini yapanlar arasındaki çatışma, bir bakıma statü çatışması olarak ifade edilebilir.

E) DİĞER ÇATIŞMA TÜRLERİ

Diğer çatışma türleri kapsamında amaç çatışması, rol çatışması ve kurumsallaşmış çatışmalar ele alınabilir.

1. Amaç Çatışması

Örgütlerde bulunan bireylerin veya grupların birbirlerinden farklı amaçları olabilir. Bu farklı amaçlar arasındaki anlaşmazlık ve uyumsuzluk zamanla çatışmaya neden olabilir (Tekarslan vd, 1989: 216). Örgütteki bireyler veya gruplar amaç konusunda kendi aralarında ya da örgüt ile anlaşmazlık veya uyumsuzluk yaşayabilirler. Amaç farklılıklarından doğan çatışmayı azaltabilmek için örgüt; bireylere ve gruplara ortak ve yeni amaçlar sağlamalıdır. Örgüt, birey ve grup amaçlarının uyumlu olması çatışmaları azaltabileceği gibi örgütün performansını ve etkinliğini de artırabileceği söylenebilir.

2. Rol Çatışması

Bireyler tarafından algılanan davranış kalıplarına rol denir. Bu davranışlar beklenen davranışlardır. Her ne kadar rol beklentileri farklı bireyleri nitelese de literatür görev ve roller arasındaki farka değinmektedir. Roller görevi yerine getirirken gerekli olan davranışların bütünüdür. Rol karmaşası, role yönelik davranışlar bütünü net olmaması durumunda ortaya çıkar (Travis ve Judith, 2000: 158). Rol çatışmasının rolü algılayan ve rolü gönderen bireyin beklenen davranış bütünü algılamadaki farklılığından ortaya çıktığı söylenebilir.

Örgütlerdeki rol çatışması ise bireyin yapmakla görevli olduğu iş ile kendisi arasındaki uyumsuzluk ve çelişki durumunu ifade eder. Örgütlerde ortaya çıkan birey rol çatışmaları farklı şekilde ortaya çıkabilir. Birincisi, bireyin aynı anda birden fazla rolü gerçekleştirmek durumunda kalmasıdır. Birey iş veya görevini yaparken bu rollerden birini seçme zorunluluğu ile karşı karşıya kalacaktır (Eroğlu, 1998: 324). İkinci çatışma nedeni ise; bireyin özellik ve yetenekleri ile yaptığı iş veya görevin

gereklerinin uyumsuzluğudur (Erdoğan, 1991: 321). Bireyin bu uyumsuzluğu iki şekilde olabilir; birincisi bireyin özellik ve yeteneklerinin yapılan göreve göre üst düzeyde olması; ikincisi ise; bireyin özellik ve yeteneklerinin yapılacak görev için yetersiz olması şeklinde ifade edilebilir.

3. Kurumsallaşmış Çatışmalar

Çatışmanın doğabileceği koşulların, derece ve şiddetinin çözüm yollarının sosyal sistem tarafından belirlendiği, tarafların bir çatışma halinde nasıl davranacaklarının, hangi yöntemleri izleyeceklerinin ayrıntılı olarak belirlendiği durumları ifade eder. Bu tür çatışmanın tipik örneği işçi- işveren ilişkilerinde ortaya çıkan çatışmalardır. Şikayetlerin nasıl yapılacağı ve değerlendirileceği, disiplin konuları ve grev ile ilgili konular gerek toplu sözleşmelerle, gerek yasal hükümlerle belirli yöntemlere bağlanmıştır (Koçel, 1993: 538). Bu yöntemlerin dışına çıkmadan hareket edilmesi kurumsallaşmış çatışmanın varlığını göstermektedir.

III. ÖRGÜTSEL ÇATIŞMANIN KAYNAKLARI

Örgütsel çatışmanın kaynakları ile ilgili çeşitli görüşler bulunmaktadır. Renwick (1977) örgüt içi çatışmanın kaynakları olarak şunları belirtmiştir. Bilgi, inanç veya temel değerlerdeki farklılıklar, pozisyon, güç veya kendini göstermek için yapılan rekabet, tansiyon ve gerilimi azaltma ihtiyacı, bireysel rahatsızlık ve örgüt yapısından kaynaklanan algı veya tutumlar olarak ifade etmiştir. Knapp, Putnam ve Davis 1988: 94)

A) AMAÇ FARKLILIKLARINDAN KAYNAKLANAN ÇATIŞMALAR

Bu çatışmaları da kendi içinde dört grup altında toplayabiliriz. Bunlar; sınırlı kaynaklara bağlılık, rekabetçi ödüllendirme sistemleri, bireysel amaçlardaki farklılıklar ve örgütsel amaçların subjektif çalıştırılması olarak ifade edilebilir.

1. Sınırlı Kaynaklara Bağlılık

Bireyler burada kendi kişisel istek ve arzularını gerçekleştirmek için örgütsel olanak ve kaynaklara ihtiyaç duyarlar. Yeterli müşterisi olan ve kaynak olanakları bol firmalarda bu durum bir sorun teşkil etmeyecektir. Ancak kaynakların kuruması ve devamlılık arzmemesi hallerinde bu kaynaklara bağlılık artmış olacaktır. Kim ne kadar ücret, zam, ikramiye alacaktır. Kadro azaltılması durumunda kim yerini koruyabilecektir gibi olguların ortaya çıkardığı sorunlar bu tür çatışmalara örnek gösterilebilir (Eren, 1989: 453). Bu nedenle, işbölümü sonucu farklı görevleri yerine getirmek üzere tek bir organizasyonda bir araya gelmiş olan bölümler, görevlerini daha etkin yerine getirmek ve hedeflerine ulaşabilmek için bu kaynaklara ihtiyaç duyar. Organizasyondaki bölümlere tahsis edilmiş kaynaklar oldukça sınırlıdır. Amaç, sınırlı kaynakların paylaşımından daha fazla pay alabilmektir. Daha çok kaynağa sahip olan bölüm daha güçlü ve yetkili duruma gelmektedir. Bazı çatışmaların, aynı kaynağı iki departmanın birlikte kullanmak zorunda kalmaları nedeniyle yaşandığı ifade edilebilir.

Sınırsız ihtiyaçlara karşı kaynakların sınırlı olması bütün insanlar bakımından sorun oluşturduğu gibi örgütlerde de çeşitli problemlere neden olmaktadır (Karcıoğlu ve Yakupoğulları, 2001: 234). İki ya da daha fazla birey veya grubun, gereksinim duyulandan daha az olan ve tarafların tamamına yeterince tahsis edilemeyen para, fiziki alan, statü vb. kaynaklar için kıyasıya bir rekabet içinde bulunmaları ve taraflardan birinin kazancının diğerinin kaybına neden olmasından dolayı mevcut durumun süratle çatışmaya dönüşmesi doğaldır. Özellikle ortak kullanılan kaynakların bir merkezde toplanmasının yarattığı güç diğer departmanlar için oldukça önemli bir sorun teşkil eder (Korkmaz, 2000: 23).

2. Performans Değerlendirmesi Ve Ödüllendirme Sistemleri

Performans değerlendirme, bir yöneticinin önceden saptanmış standartlarla karşılaştırma ve ölçme yoluyla çalışanların işteki başarısını değerlendirme sürecidir

(Uysal, 1998: 16). Performans değerlendirmesi sonucunda elde edilen bilgiler ücret ve ikramiye tespiti, terfi gibi ödüllendirme kararlarının alınmasında kullanılabilir.

Organizasyonun içerisindeki ücret sistemi çatışmayı körükleyen ve etkileyen önemli bir unsurdur ve günümüzde eskisinden daha fazla bir öneme sahiptir. Her organizasyon ücretlemede farklı yetenek 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 sayılabilir (Rubery vd, 2002: 661). Çünkü, örgütsel ödül sistemi, gizli çatışmaların kuvvetlenmesinde veya yok olmasında etkilidir. Aynı özelliklere sahip iki ya da daha fazla grup için farklı ödül sistemi uygulanıyorsa bunun sonucunda bir grubun kazancı diğer grubun ise kaybı söz konusu oluyor ise çatışmanın kaçınılmaz olduğu söylenebilir.

Performans değerlendirme, örgütlerde etkinlik ve verimlilikleri artırmada önemli bir amaçtır. Performans değerlendirme, bireyin görevini hangi standartlarda yapabildiği, eksiklikleri, geleceğe yönelik olarak gelişme potansiyelini belirleyebilmek için yapılan sistemli çalışmalardır (Bahçecik ve Ekizler, 1996: 97). Bu nedenle, Performans değerlendirme sisteminin yönetici ile iş gören arasındaki bir faaliyet ve yönetsel bir süreç olduğu ifade edilebilir.

Performansa göre ödüllendirme sisteminin uygulandığı kurumlarda ödüllerin gösterilecek olan başarıya bağlı olması kişileri rekabet ortamına sokmaktadır. Bu rekabet havası duygusal anlamda bireyleri taraf olma haline ve hatta düşman bir tavır içerisine sokmaktadır. İşin içerisine değerlendirme hataları, kasıtlar ve kıskançlıkların girmesi çatışmaya neden olmaktadır (Taştan, 2006: 8). Zira, bu durumda çalışanların motivasyonu ve performansları üzerinde olumsuz bir etki oluşabilmektedir.

Performans açısından, çatışmaların bir çoğunun çıkma nedenin bireylerin gösterdikleri başarıların gerektiği ölçüde ödüllendirilmemesinden kaynaklandığı söylenebilir. Ödüllerin gösterilecek başarı düzeyine bağlanması hatta eldeki örgüt imkanlarının bu başarılar ölçüsünde dağıtılmış olması kişileri rekabet ortamına sokacaktır (Eren, 1996: 459). Bu durum örgüt çalışanlarını duygusal anlamda düşmanca bir tavır içine sokacak ve örgüt içerisinde adeta birbirinin gücünü azaltan kötüleyen grupların oluşmasına zemin oluşturacaktır (Tengilimoğlu, 1991: 135 -136).

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 kaynaklarının performansının psiko sosyal alt yapısı kurulmuş olacaktır (Şahin, 2006: 2). Performans değerlendirme ve ödüllendirme sisteminin iyi işlemesi kurumsal kültürün gelişmesine büyük bir katkı sağlayacaktır.

3. Değer Ve Amaçlardaki Farklılıklar

Örgütlerde bireysel arzu ve ihtiyaçlar kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Her bireyin yetiştirme tarzı, zevkleri, kültür yapısı ve duygusu değişik olduğundan olaylar karşısındaki davranış ve tutumları da farklı olacaktır. Bir bireyin amaç ve değerleri diğer bireylerin amaç ve değerlerine ters düşebilir. Bireyler arasındaki bu ayrılıklar çatışmaları artıran önemli kaynaklardır (Eren, 2000: 531). Çünkü, açık, net ve objektif olmayan amaçlar her bireyin, grubun, bölümün ve yöneticinin bu amaçla farklı yorumlamasına ve uygulamasına neden olabilmektedir.

Örgüt düzeyinde alınan kararların bazılarında birey veya grubun biri, alınan karardan olumlu etkilenirken diğer kişi/ kişiler veya grup/ grupların çıkarları olumsuz etkilenebilir. Bu durumda bir çatışma zemini oluşabilir. Bir sistemde yer alan birey ya da grupların çıkar ve değerlerinin birbiriyle olduğu kadar sistemle uyuşmaması da bir diğer çatışma potansiyelidir (Baysal ve Tekarslan, 1996: 313). Zira, bir birey veya grubun amaçlarıyla bir başka birey veya grubun amaçları arasında anlaşmazlık olabilir. Örneğin, bir grup belli bir düzeyde çalışma beklentisi içindeyken, örgüte yeni gelen bir yönetici ise çalışanlarından daha büyük bir beklenti içerisinde olabilir ve sonuçta tarafların amaçları farklı olduğundan bu durum çatışmayla sonuçlanabilir.

4. Örgütsel Amaçların Subjektif Algılanması

Örgütlerde açık ve objektif biçimde belirlenmiş çalışma amaçları gruplararası çatışmaları azaltacaktır. Ancak, tüm örgütlerde açık ve objektif amaçların belirlendiğini ifade etmek yanlış olacaktır. Hatta bazen örgütün görevlerinin kolayca belirlendiğini

ifade etmek de mümkün değildir. Bu durum amaçlar konusunda tam bir görüş birliğinin sağlanmasını engellemektedir. Böylece örgütsel amaçların her bölüm, kısım, yönetici ve birey tarafından ayrı ayrı yorumlandıklarını ve bu nedenle yapılan faaliyetlerde ve uygulamalarda da büyük farklılıkların ortaya çıktığını açıklamak yanlış olmayacaktır. Bu tür çatışmalar bölümler ve kısımlar arasındaki yetki ve sorumluluk sınırlarının yorumlanmasında da görüş ayrılıklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Eren, 1989: 454).

B) ALGILAMA FARKLILIKLARINDAN KAYNAKLANAN

ÇATIŞMALAR

Araştırmalar örgütlerde, işgörenlerin kişilik yapıları, rol doyumlukları, 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 artmıştır (Elma ve Demir, 2000: 225). Zira örgütü oluşturan bireylerin çeşitli inanç, tutum, değer ve amaçlara sahip olması ve değerlerin örgüt değerleriyle benzeşmemesi durumunda çatışma yaşanabilir.

Örgütlerde bireylerin, grupların veya birimlerin, örgüt içerisindeki olayları, konuları ve sorunları farklı bir şekilde yorumlama ve algılamaları çatışma yaratıcı bir etkidir (Genç, 2005: 268). Kişi ya da grupların belirli olay ve gelişmeleri başka şekilde algılamaları, muhtemel bir çatışmaya neden olabilecektir. Algılama ve davranış arasında yakın bir ilişki vardır (Gökçe ve Atabey, 2001: 277).

Morris, Steers ve Koch, organizasyonların yapısal özelliklerinin örneğin, hiyerarşik mesafe, çatışma grubunun büyük olması, resmileştirme gibi faktörleri rol algılayışlarını belirleyen en önemli değişkenler olarak göstermektedirler. Rol algılaması bireysel anlamda değişebilen, kullanılan iletişim, feed-back etkisiyle etkilenebilen bir değişim oluşturur. Örneğin; bir çalışan için ne kadar feed- back yapılırsa rol belirsizliğiyle ve çatışmayla başa çıkmak o kadar iyi olabilecektir (Posner vd, 1980: 216). Zira bireyler birbirinden farklı roller oynamak zorunda olduklarından ortaya çıkan

rol çatışmaları çözümlenmediğinde, birey duygusal gerilim, çatışma, ilgisizlik, gibi davranış bozuklukları gösterebilir.

Sosyal statü teorisine göre, insanların tehdit ve aşağılanma algılarına karşın mücadele edip kendilerini savunduklarını, kavgacı ve uysal davranış taktiklerinden birisini benimsemektedirler. Soysal statü ile ilgili yapılan bir araştırmada, olay bazında katılımcılar ikinci derecede amirlerince ikaz edildiklerinde kavgaya, üst yönetimce ikaz edildiklerinde ise, boyun eğmeye yönelmişlerdir (Fournier vd, 2002: 432).

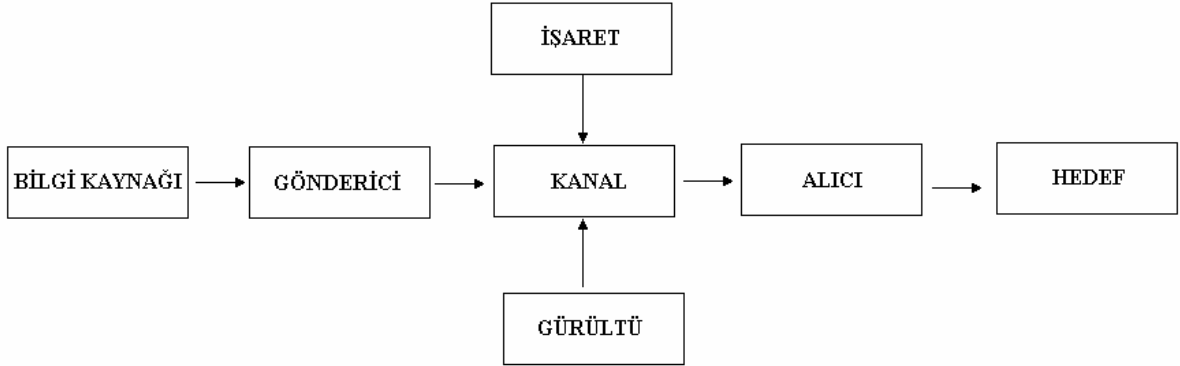
Algılama farklılıklarından ortaya çıkan çatışmaları da yine kendi içinde altı kısımda incelemek mümkündür. Bunlar iletişim, bilgi sağlamada bağımsızlık, zaman ufku farklılıkları, bölüm amaçlarındaki farklılıklar, yöneticilik görüş ve uygulamalarında farklılıklar, yeniliklerin gerektirdiği yeni bilgi ve görüşlerden doğan anlaşmazlıklar şeklinde sıralanabilir.

1. İletişim

Örgütlerde çatışma, etkin iletişimin yeterlilikleri ile temel davranış becerilerini kavrayarak önlenebilir. İletişim becerileri, başkalarına saygılı olma, yapıcı olma, açık sözlü olma, etkin dinleme, yargılamada esnek ve karşı tarafın beden dilinden haberdar olmayı içermektedir. İletişim eğitimleri, katılımcılarının bu becerileri kazanmalarını sağlamaktadır (Thomas, 2002: 5). Bu açıdan bakıldığında iletişim, düzenleme görevi görmektedir. Bu nedenle sistemi bir iletişim ağı olarak düşünmek gerekmektedir.

İletişimin ne olduğunu tanımlayan süreçlerin başında şekildeki Shannon ve Weaver'e ait model gelmektedir (Dökmen, 1999: 321).

Şekil 3: İletişim Modeli



Kaynak: Üstün Dökmen, İletişim Çatışmaları ve Empati, İstanbul: Sistem Yayıncılık, 1999. s.322

Bu öğelerden bilgi kaynağı, mesajın oluştuğu yerdir. Gönderici; bilgi kaynağında oluşan mesajın alıcıya gönderilmek üzere işaret şekline dönüştüğü yerdir. Kanal, göndericiden yola çıkan mesajın hedefe ulaşmasını sağlayan ileticidir. Alıcı, kanaldan gelen işaretleri hedefe ulaştırır yapıya verilen isimdir (göz ve kulak alıcılara örnektir). Hedef ise, alıcıdan iletilen işaretlerin yorumlandığı, adlandırıldığı yerdir. Eğer, bilgi kaynağından yola çıkan mesaj ile hedefe ulaşan mesaj arasında fark varsa, bu farkı yaratan gürültüdür (Dökmen, 1999: 322). Bu nedenle, haberleşme kanallarında ortaya çıkan engeller mesajın alıcıya gerçek anlamından farklı şekilde ulaşmasına neden olur. Alıcının mesaja kaynağın gönderildiği şekilde değil, kendi algıladığı gibi tepki göstermesi halinde kaynak ve alıcı arasında çatışma yaşanabilir.

Uzmanlık gücünün yarattığına benzer etkiler oluşturan bilgisel güç, kaynak kişinin diğer bireylerin kazanmak istediği bilgileri elinde tutmasına ve bu bilgilerin yayılmasının kontrol altında bulundurulmasına dayanır. Ayrıca, bir kişinin diğer bir bireye gerekli açıklamaları yaparak, onun davranışlarını değiştirmesi veya yeni davranışlar kazandırması bilgi yoluyla etkilemedir (Demir, 2004: 48). Bu nedenle, işletme belirli amaçlara ulaşabilmek için bölümler arasında iyi bir koordinasyon ve haberleşme kurmalıdır.

İletişim genel anlamıyla örgüt içindeki bireylerin ve grupların bilgileri, emirleri, düşünceleri, açıklamaları ve problemleri birbirlerine anlattıkları bir süreçtir. Bu süreç içerisinde, bireyler ve gruplar arasındaki iletişim de yeterli düzeyde geribildirim olmayışı ve veri akışının azalması veya bulunmayışı örgütlerde çatışmalara neden olmaktadır (French ve Bell, 1995: 197). Kötü şekilde tanımlanan beklentiler saklanan gündemler, güven ve dürüstlüğün bulunmadığı bir iletişim süreci çatışmaya neden olacak iletişim bozuklarının örnekleridir (Lindelov ve Scott, 1989: 342). İletişim ile ilişkili çatışmalara kaynak olan en önemli faktör, iletişimdeki algılama farklılıklarıdır. İki yönlü bir süreç olan iletişimde mesajı gönderen ve mesajı alacak olan bireyler arasındaki değer yargıları, eğitim düzeyleri, bireyin bulunduğu ortam farklılığı olabilir.

İletişimi etkileyen faktörler genel olarak üç grupta toplanabilir. Teknik engeller, dil güçlükleri ve psikolojik güçlükler. Zamanlama, aşırı bilgi yükleme, gürültü, kültürel özellik, kanaldaki hatalar teknik engelleri oluşturmaktadır. İletilecek mesajın netliği, güven, kıskançlık, dinlememe, süzme ise psikolojik engelleri oluşturur. Ortak sözcüklerin kullanılmaması dil ile ilgili engellerdir (Can, 1982: 227). Bu nedenle, haberleşme engelleri nedeniyle amaçların bölümlere iyi anlatılamaması halinde bölümler arasında farklılaşmalar ve farklı değer yargıları oluşmaya başlar ve organizasyondaki birey ve bölümlerin farklılaşması da çatışmaya neden olabilir.

Bireyler ve gruplar arasındaki haberleşmenin azalması, geri bildirim ve veri alışverişinin olmayışı çatışmalara yol açtığı gibi bireyleri ya da grupları normal olarak aldıkları bilgilerden yoksun bırakmak, örgüt içerisinde asılsız haberler yaymak veya haberleşme zincirine yeni halkalar eklemek de örgüt içerisinde iletişim kaynaklı çatışmaların yaşanmasına neden olabilir (Akkirman, 1998: 9).

İşletmelerde etkinlik ve verimliliğin önündeki en büyük engel olan çatışmanın olumsuz etkilerini en aza indirmek ve çalışanlardan daha fazla performans elde etmenin yolu onlara daha fazla iş yüklemek değil, aksine kendi davranışları için daha fazla sorumluluk almaları, işleri hakkında bilgi geliştirmeleri ve paylaşımları, daha otonom bir çalışma ortamı içerisinde olmaları ve köklü problemlere kalıcı çözümler getirmek için karşılıklı ilişkilerin ve samimiyetin geliştirilmesidir (Argyris, 1994: 77). Bunun yapılabilmesi ise ancak her düzeyde yüksek kaliteli bir iletişimle bilgi üretilmesi ve paylaşılması ile olabilir.

Uzmanlara göre çalışma yerlerinde çatışma kaçınılmazdır ve tarafların çatışmadan kazançlı çıkabilmesi için çatışmanın etkisini azaltan yollar vardır. Bu yollardan birisi olarak kullanılan iletişimin teşvik edilmesi çalışma yerlerinde çatışmanın etkisinin azaltılmasında etkili olmaktadır (Mar, 2000: 1).

Organizasyonlarda bilgi akışı biçimsel kanalların dışına çıktığından, bilgiler birimler arasında dengeli dağılmamakta ve neticede çatışmaya hazır bir zemin ortaya çıkmaktadır. Yine bilgi akışının biçimsel iletişimi kanallarını izlemesi durumunda da, biçimsel iletişim üzerindeki hiyerarşik denetim ve statü olgusu iletişimi, engellemekte ve çatışmaya müsait bir ortam meydana gelmektedir (Ertük, 2000: 228).

Günümüz örgütlerinde bireysel beceriler, sorunları aşmaya tek başına yetmemektedir. Bu nedenle, hizmet sürecine katılan bireyler arasında karşılıklı bağımlılık duygusunu geliştirmek bilgi işlem teknolojisinin yoğun biçimde kullanımına bağlı olarak, büyük çapta değişim göstermiştir (Baltaş, 2001: 17).

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 dikkate almadığından yakınmaktadırlar (Werner, 1993: 171). Bu nedenle iletişimin bu üç hiyerarşik kademedeki sorunları azaltmada daha doğrusu birbirlerini anlamalarına yardımcı olmalarında önemli bir katkı sağlayacağı söylenebilir.

2. Bilgi Sağlama Bağımsızlığı

Bölümsel uzmanlaşma ve teknik bilgi karmaşıklığı arttıkça bölümler biçimsel ve biçimsel olmayan kendi bağımsız bilgi kaynaklarını geliştirirler. Örneğin bu amaçla araştırma geliştirme bölümü bilim uzmanları ve mühendisler istihdam eder ve kendine bağımsız bir bilgi sağlama grubu kurarken, pazarlama bölümü pazar araştırmacıları tüketici davranışlarını analiz eden uzmanların bağımsız bilgi edinme gücünden

yararlanır. Finans bölümü de aynı şekilde örgütün finansal çevresine ilişkin bilgileri sağlayacak vergi uzmanları, ekonomistler, finansal analizcilerden oluşan bağımsız bilgi sağlama birimi oluşturacaktır (Eren, 1989: 457). Bölümler ya da birimler arasında yanlış anlamaların giderilmesi ancak iletişim sisteminin işlerliğiyle engellenebilir. Bu nedenle, örgütlerde çatışmaların çok önemli bir bölümü, iletişim ve etkileşim süreçlerindeki aksamaların sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

3. Yöneticilerinin Görüş Ve Uygulamalarındaki Farklılıklar

Her yönetici karar verme, planlama ve bunları uygulatma, astlarını harekete geçirme, motive etme ve kontrol etme yönünden diğer yöneticilerden farklı yol ve yöntemlere sahiptir. Bunlar bazen örgütün genel politikası ve planlarına ters düşebilir. Ayrıca çeşitli bölümlerde farklı yönetim biçimlerinin kullanılması ve sorunlara her yöneticinin kendi algılama biçimi ile bakması ve değerlendirmesi, çatışmaların ortaya çıkmasına neden olabilir. Ayrıca yöneticinin, kendi uyguladığı yönetim biçimini astlarına benimsetmeye çalışması da, bir takım çatışmaların oluşumuna sebebiyet verebilmektedir (Eren, 1996: 462). Bu nedenle, yönetim biçimindeki bu farklılıklar örgütsel çatışmaya neden olan faktörler arasında sayılabilir. Örneğin bir yöneticinin uyguladığı yönetim biçimi ile astlarının beklediği yönetim biçiminin farklı olmasını yöneticinin uygulamalarının, örgütün genel politikasına uygun olmamasını ve örgütte bulunan birimlerde değişik yönetim anlayışına sahip olmayı bu farklılıklara örnek gösterebiliriz.

Her yöneticinin kendine özgü bir yönetim tarzı, olay ve olgulara farklı bir yaklaşım tarzı vardır. Kimi yöneticiler astların görüş ve düşüncelerine değer verilmediği klasik yönetim yaklaşımlarını benimserken, kimileri ise her aşamada astların görüşlerine başvurulduğu demokratik yaklaşımları benimserler (Özdemir, 2004: 29). Bu nedenle her yöneticinin kendine has bir yönetim özelliği bulunur ve çalışanlarına karşı yönetim fonksiyonlarını uygulamada değişik yollar izleyebilir.

4. Amaçlardaki Farklılıklar

İşletme organizasyonundaki her bölüm kendi bölümleriyle ilgili çok çeşitli amaçlar belirleyerek kendi bölümlerinin amaçlarını diğer bölümlerin amaçlarından veya bir bütün olarak organizasyonun amaçlarından daha önemli görebilirler (Ertürk, 2000: 227). Bir bireyin amaç ve değerleri, diğer bireylerin amaç ve değerlerine ters düşebilir. Bireyler arasındaki bu ayrılıklar organizasyon içinde çatışmaları arttıran önemli faktörlerden biridir (Eren, 2000: 531). Zira farklı amaçlara sahip bireyler ve gruplardan oluşan işletme organizasyonlarında alınan herhangi bir karar diğer birey ya da grubun amaçlarına ters düşebilir. Bu durum da çatışma ortaya çıkmasına sebep olabilir. Organizasyonlarda açık ve kesin olarak belirlenmiş amaçlar, çatışmaları azaltabilir. Ancak organizasyonlarda tam bir görüş birliğine varılmış amaçlardan ziyade, her bölüm, kısım yönetici ve birey tarafından farklı yorumlanan amaçlar vardır. Bu nedenle uygulamalarda ve yapılan faaliyetlerde büyük farklılıklar ortaya çıkabilmektedir.

Yönetim faaliyeti amaçlara yöneliktir. İşletme organizasyonlarının sahip ve yöneticileri insan olduğuna göre, işletme organizasyonları insanların amaç ve isteklerini geliştirecek faaliyette bulunurlar. Bu insanların, amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesi ise işletme organizasyonlarının gelişmesi ve yaşamasına bağlıdır (Özalp, 1985: 10). Bu nedenle organizasyonun yapısından veya bireysel farklılıklardan kaynaklanan farklılıklar organizasyonda çatışmalara neden olabilir.

5. Yeni Uzmanlıklar

Örgütlerde çok rastlanan çatışma nedenlerinden birisi de, örgüt içinde ortaya çıkan yeni uzmanlıklar konusudur. Yeni uzmanlıklar, eski yönetimleri ve uzmanlıkları tehdit eder. Bu da örgüt içi ilişkilerde çatışmaya neden olur (Elma ve Demir, 2000: 219). İşletmelerin örgütleri büyüdükçe, dış ilişkileri arttıkça, çok çeşitli insan gruplarına hizmet verdikçe, yeni mal ve hizmet üretimi söz konusu oldukça, işletme örgütlerinde daha fazla uzman personelin çalışmasına ihtiyaç duyulur (Ertürk, 2000: 226).

İşler fazla uzmanlık gerektirdiğinde, çalışanlar belirli görevlerde uzman olurlar. Yüksek seviyede uzmanlık isteyen işler çatışma sebebi olabilir. Çünkü insanlar, diğerlerinin yaptığı işler hakkında az bilgi sahibidirler. Klasik bir uzmanlaşma çatışmasına örnek, üretim ve pazarlama bölümleri arasındaki çatışmadır. Mühendisler ve teknik uzmanlar ürün dizaynından ve kalitesinden sorumludurlar. Pazarlamacılar ise müşterilere malı beğendirmek ve satmak için uğraşırlar. Pazarlamacıların müşterilerine verdikleri sözleri üretim bölümünün zamanında yerine getirememesinden dolayı çatışma ortaya çıkar (Nelson ve Quick, 1997: 380).

Uzmanlarla hat yöneticileri arasındaki çatışma her birinin olayları değişik bakış açıları ile değerlendirmeleri nedeniyle çatışmaların en belirgin olanıdır. Günümüzde gelişen teknoloji nedeni ile teknik elemana olan ihtiyaç, hat yöneticileri ile uzman personel arasındaki çatışmaların da devam edeceğinin bir göstergesidir (Gibson vd, 1997: 231).

6. Zaman Ufku Farklılığı

Zaman ufkundaki farklılıklar daima potansiyel bir çatışma kaynağıdır. Çünkü, bireyler, gruplar ve bölümler farklı yaklaşımlara, kavramlara, önceliklere ve amaçlara sahiptirler. Lawrence ve Lorsch farklılığın yansıtıldığı dört yolu belirtmektedir (Banner ve Gagne, 1995: 401).

- Yöneticinin amaçlarındaki eğilim,
- Zaman eğilimi (kısa ve uzun dönem),
- Bireyler arası eğilim,
- Yapısal düzenlemelerin formalitesi

Örgütlerde her bölümün ve bölüm içinde yer alan kademelerin geleceği planlama konusundaki zaman ufukları birbirinden farklı bulunmaktadır. Örneğin, bir bilgisayar firmasının satış elemanları genellikle kısa süreli plan geliştirirler. Zira çok hızlı değişen ve yeni pazar isteyen malların satışını gerçekleştirmek durumundadırlar. Diğer taraftan aynı firmanın üretim elemanları ise uzun süreli planlar geliştirirler. Onlar da, bir

üründen diğerine sık sık geçişin mi, yoksa aynı ürünün uzun vadeli olarak üretilmesinin mi daha düşük maliyetle sağlanacağını hesaplamak durumundadırlar. Eğer aynı firmanın araştırma geliştirme bölümünü ele alacak olursak, üretim bölümünden daha uzun vadeli planlar yaparlar. Aynı firmanın üç ayrı bölümünde zaman ufku bakımından farklılıklar bulunması potansiyel çatışmalara sebep olabilir (Ertürk, 2000: 230).

IV. ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA YÖNETİMİ VE ÇATIŞMAYI ÇÖZÜMLEMEYE YÖNELİK YÖNTEMLER

Çatışmanın algılanması kişiden kişiye farklılık göstermektedir ve bu farklılıklar çatışmanın yönetilmesini güçleştirmektedir. Bir kişinin çatışma olarak gördüğü bir durumu, bir başkası farklı görüşlerin tartışılması için bir fırsat olarak algılayabilir. Zayıf bir ilişkiyi bir kişi bir çatışma olarak tanımlarken, bir diğeri aynı ilişkiyi güç ancak doğal bir durum olarak görebilir (Sharpe ve Johnson, 2004: 7). Bu nedenle, çatışmanın etkin bir biçimde yönetimi için öncelikle örgütte mevcut olan sorunun tam anlamıyla tespit edilmesi büyük bir önem taşımaktadır.

Örgütsel çatışmanın çözümünde kullanılacak farklı yöntemler bulunmaktadır. Yönetimin bu yöntemleri bilmesi ve duruma en uygun yöntemi zamanında uygulaması örgütün sürekliliği için gereklidir. Yöneticilerin organizasyonda yapacağı önemli işlerden birisi, personel veya gruplar arasındaki (formal ya da informal) çatışmaları organizasyon amaçlarına katkıda bulunabilecek şekilde yönetmektir. Yönetici bunu yaparken dört safhadan oluşan bir süreç izleyebilir. Bunlar; (Ateş, 2006: 10)

- Mevcut çatışmaların teşhisi; Örgütsel çatışmaların teşhisi, tarafların özellikleri ve çatışma öncesi ilişkilerinden, çatışma yaratan konudan, çatışmanın ortaya çıktığı sosyal çevreden, çatışmada uygulanan strateji ve taktikler ile çatışmanın sonuçlarını etkileyen bir süreç olarak ifade edilebilir (Alan, 2001: 4).
- Bu çatışmaların nedenleri ve köklerinin araştırılması; Çatışmalarının nedenleri ve köklerinin araştırılması, örgütlerde farklı düzeylerde ve taraflar arasında

ortaya çıkan çatışmanın nedenlerini bilmek, geliştirilecek yönetim teknikleri açısından önemlidir; çünkü çatışmanın çözümü çatışmanın nedenlerinde saklıdır. Özellikle büyük yapıdaki örgütlerde bireysel nedenler, örgüt yapısı, iletişim, grup ilişkileri ve teknolojik nedenler gibi pek çok husus çatışma için gerekli ortamı hazırlamaktadır (Alan, 2001: 4). Bu nedenle çatışmaların nedenleri ve köklerinin tespit edilmesinin çatışmanın yönetiminde son derece önemli bir faktör olduğu ifade edilebilir.

- Çatışmayı yönetecek (veya çözecek) alternatiflerin belirlenmesi ve uygulanması; Çatışmaların yönetimi her durum ve çatışan taraflarına göre farklılık gösterir. En doğru tek bir yöntem yoktur, doğruluk uygulama ve yöneticilerin özelliklerine göre değişir. Çatışma durumunda; bir kısım yöntemler uzun dönemde kalıcı çözümler getiren, bir daha ortaya çıkmasını engelleyen yöntemler olurken, bir kısmı ise sadece o ana dönük, kısa vadeli ve geçici çözümler içerir. Çatışma yönetiminde kullanılan yöntemler, geçici çözümler ve kalıcı çözümler olarak ikiye ayrılabilir (Alan, 2001: 43).
- Sonucun izlenmesi (çatışmanın ve nedenlerinin gerçekten ortadan kalkıp kalkmadığının gözlenmesi) dir; Örgütlerde çatışmanın sonuçlarının olumlu veya olumsuz olması çatışmaların nasıl yönetildiğine bağlıdır. Örgüt yönetiminin görevi, çatışmayı amaçlarını gerçekleştirecek bir biçimde yönetmektir. Bu bağlamda, etkin bir çatışma yönetiminin amacı, çatışmaların olumsuz etkilerini en aza indirecek, olumlu etkilerini ise en üst düzeye ulaştıracak örgüt ortamı yaratmaktır (Düşükcan, 2003: 1).

Bu bölümde çatışma yönetimi ve süreci incelenecek çatışmayı çözümlenmeye yönelik yöntemler ele alınarak değerlendirilecektir.

A) ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA YÖNETİMİ

Örgütsel çatışma yönetimi; örgütlerde fonksiyonel olmayan (örgütün amaçlarına hizmet etmeyen) çatışma düzeylerini çeşitli yönetsel teknikleri kullanarak istenen bir seviyeye çekmeyi amaçlayan bir süreçtir (Yıldırım vd., 1999: 24). Aynı zamanda

örgütsel çatışma yönetimi, uzlaşmazlığı belirli bir yönde sonuca yöneltebilmek için çatışmaya taraf olanların ya da üçüncü bir tarafın bir dizi eylemde ve karşı eylemde bulunmasıdır. Burada atılan adımlar ve bu atılan adımlar sonucunda elde edilecek sonuç çatışmanın sona erdirilmesi olabilir ya da olmayabilir. Elde edilecek sonuç; pozitif, barışçıl ve uzlaşmacı olabileceği gibi karşı tarafa üstünlük kurmaya yönelik de olabilir (Karip, 2000: 51).

Çatışma yönetimi, örgüt içindeki bireyler ya da gruplar arasındaki çatışma seviyesini kontrol altına alarak, taraflar arasındaki anlaşmazlık ve huzursuzluğun örgütün yararına olacak şekilde yönlendirilmesi olarak tanımlanabilir (Hampton vd., 1982: 634). Bu nedenle etkin bir çatışma yönetimi, çatışmaların zararlı yönlerini en aza indiren, yararlı yönlerini ise maksimize eden, örgütteki çatışma düzeyini optimal düzeyde tutan ve çatışmalarda çözüm yaklaşımını benimseyen faaliyetler toplamı olarak ifade edilebilir.

Çatışma yönetiminde çatışmanın teşhis edilmesi, yapılacak müdahalenin başarılı olması için gerekli ve önemlidir. Çatışmaların açık bir şekilde ortaya çıkmasına kadar, genellikle yönetim tarafından tanınmayan çatışmaların ortaya çıktıklarında yönetim tarafından acil önlemler alınarak çözümlenmesi için çaba harcanır. Ancak, tam olarak teşhisi yapılamayan çatışmalara yapılacak müdahalelerin başarılı olacağı şüphelidir (Gordon, 1993: 471). Bu nedenle yöneticilerin, düşük ve yüksek düzeyli çatışmaların örgüt içindeki belirtilerini tespit ederek konuya açıklık getirmelerinin büyük bir önem taşıdığı söylenebilir.

Düşük düzeyli çatışmalar yaşanan örgütte; bireyler, kişisel çıkarlarına zarar gelmemesi için genellikle susmayı, karşı gelmemeyi ve durumu olduğu gibi kabullenmeyi yeğlerler. Daha iyi yol bulmak için herhangi bir çabada bulunmazlar. Çünkü, bireyler birbirlerinin zayıf yönleri ve düşük performanslarına tolerans gösterirler (Stoner ve Freeman, 1989: 399). Böylece, tartışmalardan ve çatışmalardan kaçınma eğilimi gösterirler.

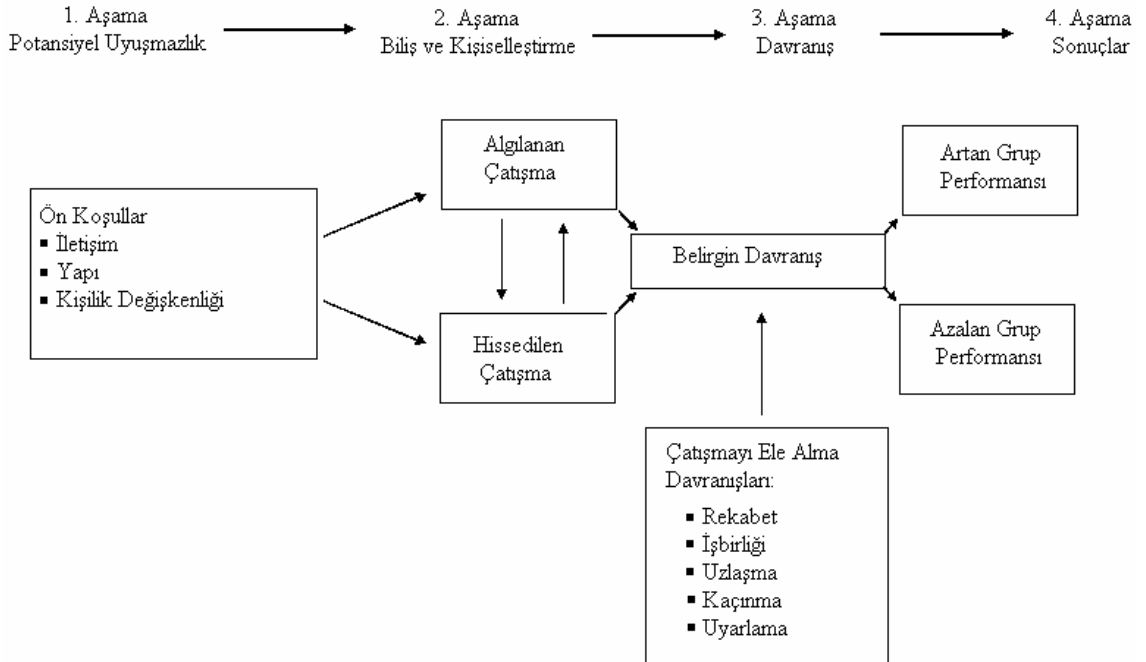
Yüksek düzeyli çatışma yaşanan örgütlerde; gruplar ve bireyler karşı gruba bağımlı olduğunu görmemezlikten gelirler. Aşırı çatışmanın ortaya çıkardığı olumsuz ve yıkıcı sonuçlardan habersizdirler. Taraflar birbirine yıkıcı rekabet anlayışı içersinde yaklaşır. Bu özellik grup üyeleri arasında iletişimin ortadan kalkması, güvensizliğin

artması ve işbirliğinin azalması şeklinde gerçekleşebilir. Grup üyelerinin davranışları genellikle agresif bir özellik göstermektedir (Gordon, 1993: 472). Başka bir grupla çatışma içinde olan grup, kendi aralarındaki farklılıkları bir kenara bırakarak grup içi dayanışma ve uyumlarını artırma gayreti içindedir.

B) ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA SÜRECİ

Robins'e göre örgütlerde çatışma dört aşamada gerçekleşir. Potansiyel çatışma denen ilk aşamada çatışma doğuracak nedenlerin varlığı söz konusudur. Çatışma sürecindeki ikinci aşama biliş ve kişiselleştirme evresidir. Birinci aşamadaki koşullar hayal kırıklığı yaratıyorsa potansiyel uyuşmazlık gerçek düzeyine çıkmış olur. Üçüncü aşama davranış aşamasıdır. Son aşama ise çatışmanın sonuçları ile ilgilidir. Bu aşamalar aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Robbins, 1994: 172).

Şekil 4: Çatışma Oluşum Süreci



Ön Koşullar: Çatışma durumunun ilk aşaması, çatışmanın ortaya çıkmasına olanak tanıyan şartların oluşmasıdır. Çatışmanın ortaya çıkabilmesi için bu şartların varlığı zorunludur. Potansiyel uyuşmazlık kaynakları yapı, iletişim ve kişilik farklılıkları ile ilişkilidir. Yapısal değişkenler büyüklük, uzmanlaşma derecesi, ödül sistemleri, karşılıklı bağımlılık derecesi ve bireylerin amaç uyuşmazlıkları gibi nedenler olarak sıralanabilir (Appelbaum vd., 1994: 65).

Çatışmada Biliş ve Kişiselleştirme: Çatışma sürecinde ikinci aşama, potansiyel nedenlerin anlaşılması ve benimsenmesi anlamına gelen çatışmayı biliş ve kişiselleştirme sürecidir (Appelbaum vd., 1994: 65).

Davranış: Bu aşamada çatışma su yüzüne çıkar. Çatışmanın yansımaları, dolaylı ve yüksek oranda kontrol veya saldırgan ve kontrol edilemeyen mücadele şeklinde olabilir. Bu şekildeki yansımalar, grubun diğer üyeleri üzerinde farklı türden reaksiyonlar oluşturur. Bu davranışlar rekabet, işbirliği, uzlaşma, kaçınma ve zorlama gibi şekillerde ortaya çıkmaktadır (Appelbaum vd., 1994: 65).

Sonuç: Son aşama ise çatışmanın sonuçları ile ilgilidir. Bireyler sorunlar hakkında olumlu ya da olumsuz kararlar vermiştir. Bu sonuçlar grubun başarısını artırıcı ya da düşürücü nitelikte olabilir. Çatışmanın zarar verici sonuçları, onun potansiyel faydalarının önüne geçer. Bu sonuçlar fiziksel ve psikolojik yaralanmalar, artan düşmanlık ve algılama yetersizliği olarak gözlemlenir. Bütün faktörler düşük verimliliğe, düşük etkinliğe ve örgütsel amaçlara ulaşmada başarısızlığa yol açabilir (Appelbaum vd., 1999: 64).

C) ÖRGÜTSEL ÇATIŞMAYI ÇÖZÜMLEMEYE YÖNELİK YÖNTEMLER

Örgütsel çatışma yönetimi, stresli ve zor bir yöntem sürecidir. Gerçekte örgütsel çatışma stres verici olduğundan dolayı pek çok insanca göz ardı edilmeye çalışılmaktadır. Halbuki çatışmayı görmemezlikten gelmek, problemlerin artmasına ve çatışmanın daha da derinleşmesine neden olmaktadır (Dunlop, 2002: 1). Bu nedenle çatışmaların hemen belirlenmesi ve müdahale edilmesi gerekmektedir.

Bu bölümde örgütsel çatışmaları çözümlenmeye yönelik çözüm yöntemlerinden önce geçici çözüm yöntemleri ele alınacak daha sonra kalıcı çözüm yöntemleri açıklanacaktır.

1. ÖRGÜTSEL ÇATIŞMAYI ÇÖZÜMLEMEYE YÖNELİK GEÇİCİ ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ

Bu bölümde, örgütsel çatışmaları çözümlenmeye yönelik geçici çözüm yöntemleri açıklanacaktır.

a. Uyma Ve İtaat Etme

Çatışma durumunda bireyler boyun eğmeyi seçebilirler. Bu yöntemde taraflardan birinin, karşı tarafın ilgi ve ihtiyaçlarının ön plana çıkma karşılığında kendi ilgi ve ihtiyaçlarının doyurulmasından vazgeçmesi söz konusudur. Bu durum karşı tarafın isteklerine boyun eğme ve uyma olarak nitelendirilebilir (A Conflict Resolution, 2006: 11).

Bu yöntem, güç dengeleri birbirine yakın, uzlaşma eğilimi olmayan taraflar arasında ve kaçınılmaz bir çatışma varlığının kabul edildiği durumlar için uygulanabilir. En pasif başa çıkma yöntemi olan kadercilik, bazen tarafların birbirlerine anlayış göstererek sorunları çözümlenmesi ve zaman içinde anlaşmanın gerçekleşmesi ile sonuçlanacağı gibi sorunun çoğu durumda kökleşmesi ve genişlemesine de neden olabilir (Eren, 1993: 407). Yöneticiler, genellikle çatışmanın sonuçlarının oldukça belirsiz ve riskli olduğunda ve çatışmanın önemsiz ve ciddi olmaması hallerinde çatışmalara müdahale etmek istemezler, çatışmaların sonuçlanmasını olurlarına bırakabilirler.

b. Kaçınma

Kaçınma, adından da anlaşıldığı gibi hiçbir tarafın istediklerine ulaşamadıkları veya istediklerinin yalnızca bir kısmına ulaştıkları durumdur. Bu yolu tercih eden kişiler; “hiç yoktan iyidir” tavrı içinde çatışma ile karşı karşıya gelmekten, kaçınmayı (avoidance) tercih etmektedirler (Bertinasco, 1993: 175). Kaçınma, çatışmaya konu tutum veya davranışı görmezlikten gelme ile ilgilidir. Yönetici bu teknikte açık olarak çatışmaya taraf olmak ve doğrudan müdahale etmeyi istememekte, çatışma ile ilgili kararları geciktirerek personelin zaman içerisinde kendi problemlerini çözeceğini düşünmektedir. Böyle bir yol şüphesiz çatışmayı çözmez. Kısa vadede yararlı olsa bile uzun vadede organizasyonun etkinliğini azaltabilir (Tosun, 1986: 341). Çünkü, bu yöntem çatışmayı görmemezlikten gelme ile ilgili olduğundan, burada yönetici olaylara, alenen taraf olmaz ve çatışmaya doğrudan müdahale etmek istemez. Çatışma ile ilgili kararlar geciktirilir (Koçel, 2001: 543).

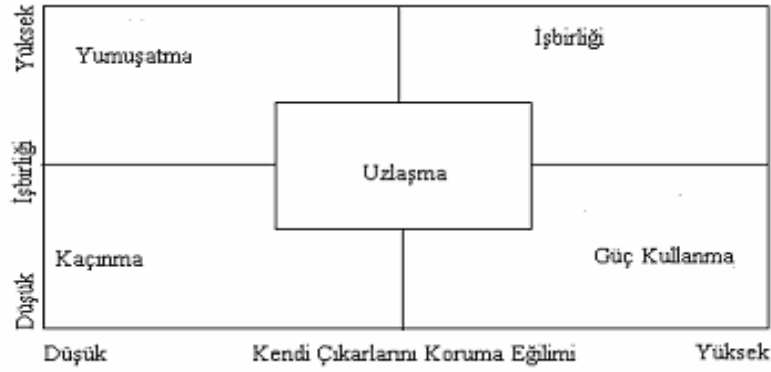
Organizasyonlarda örgütsel çatışma kişiler iyi niyetli olmalarına rağmen bazen birden bire artabilir. Bu durum işyerinde kargaşalık oluşturarak, düşmanlık ve gerilimi daha fazla artırarak, örgüte zarar verebilir. Bu durumdaki bazı yöneticiler çatışmadan kaçınma yolunu tercih etmektedirler. Kısa dönemde kişiler arasındaki anlaşmazlıklarda geçerli olan kaçınma yaklaşımı uzun dönemdeki kronik çatışmalarda etkin olmamaktadır (Griffin, 1999: 596). Kaçınmanın uzun dönemde bir yarar getirmemesine karşın, kısa bir dönem için çözüm olabileceği ifade edilebilir.

Kaçınma davranışı çatışma ile ilgili kararları görmemezlikten gelinmesi suretiyle geciktirebilir. Şüphesiz bu durum çatışmayı çözmemektedir. Sadece kısa dönemde yardımcı olabilir. Ancak uzun dönem içerisinde örgütün ve yönetimin etkinliğini azaltmaktadır (Genç, 2005: 259). Genellikle liderlik özelliğinde olmayan yöneticiler, kendi imajlarını ve gelecekteki pozisyonlarını koruyabilmek için kaçınmayı tercih etmektedirler (Skjorshammer, 2001: 14).

Aslında çatışmanın içerdiği sorunlar önemsiz ise ve taraflar kendi çıkarlarını çok umursamıyorsa, kaçınma çatışmayı yönetmek için en iyi yöntem olabilir (Shortell ve Kaluzny, 1994: 121). Çünkü, bu yöntem belirsiz durumlarda çok zaman alan bir yöntemdir ve problemin temelinden uzaklaşarak geçici çözüm sağlamaktadır (Kreitner ve Kinicki, 2004: 500).

Yöneticiler çatışma durumunda genellikle, pozisyonlarını koruyabilmek için üç tür yaklaşımda bulunmaktadır. Bunlar, kaçınma, güç kullanma ve müzakere etmedir (Skjorshammer, 2001: 7). Aşağıdaki şekilde örgütsel çatışma yöntemleri görülmektedir.

Şekil 5: Örgütsel Çatışma Yöntemleri



Kaynak: John R. Schermerhorn, Richard N, Osborn, Organizational Behavior sf. 383.

Yukarıdaki şekilde görüldüğü gibi bir çatışma durumunda, kendi çıkarını koruma eğilimi ve işbirliği düşükse, kişiler kaçınma davranışını göstereceklerdir. Bunun tersi durumda kişiler (kendi çıkarını koruma eğilimi ve işbirliği yüksekse) işbirliği yöntemini seçeceklerdir. Çatışma yöntemleri içinde bir başka seçenekte (kendi çıkarını koruma eğilimi yüksek, işbirliği düşükse) güç kullanma yönteminin benimsemesidir. Ters bir durum olarak, (kendi çıkarını koruma eğilimi düşük, işbirliği yüksekse) yumuşatma yönteminin benimsenmesidir. Uzlaşma ise şekilde de görüldüğü gibi tüm bu yöntemlerin ortasında bir yerde bulunmaktadır.

Aşağıdaki tabloda ise kaçınma, güç kullanma ve müzakere etme yöntemleri gösterilmektedir.

Algılanan Karşılıklı Dayanışma		Algılanan Önem	
		Düşük	Yüksek
	Düşük	Kaçınma	Güç kullanma
	Yüksek	Güç kullanma	Müzakere etme

Tablo: 2 Çatışma Çözüm Yöntemleri

Kaynak: Morten skjorshammer “co-operation and conflict in a hospital; interprofessional differences in perception and management of conflicts” s. 15

Tabloda da görüleceği üzere, algılanan önem ve algılanan karşılıklı dayanışma düşük olduğunda “kaçınma” yöntemine başvurulabilir. Algılanan önem ve algılanan karşılıklı dayanışma yüksek olduğunda “müzakere etme” yoluna başvurulmaktadır. Bu iki durumun dışında konuya verilen önem yüksek, karşılıklı dayanışma düşükse “güç kullanma” yoluna gidilebilir. Son olarak algılanan önem düşük, algılanan karşılıklı dayanışma yüksek olursa yine “güç kullanma” yoluna gidilmektedir.

Kaçınma çözüm yönteminde üç farklı yol (kayıtsızlık, soyutlanma, çekilme) söz konusudur (Ateş, 2006: 10).

ba) Kayıtsız Kalma:

Kaçınma yaklaşımı olarak kayıtsızlık da kişi yada gruplar kayıtsız kalma yoluna gidebilmektedirler. Kayıtsızlık durumu anlaşmanın mümkün olmadığı bir kaçınma şeklidir. Karşılıklı bağımlı olan taraflar bu yöntemde bağımlılıklarının mantığını ve temelini görmek istememektedirler. Diğer tarafta olan farklılıkların düzenlenmesi için çaba sarfetmezler, tarafsız olarak kalıp, rekabetçi durumlara girmek istemez ve kaçınırlar (A Conflict Resolution, 2000: 11). Kayıtsız kalmada, tarafların karşılıklı bağımlılıklarının mantığını ve temelini görmek istemediği, işbirliği için çaba harcamadıkları ve fikir belirtmemek suretiyle tarafsız kaldıkları ve rekabetten kaçındıkları söylenilebilir.

bb)Soyutlanma

Kaçınmanın bir diğer başka şekli soyutlanma yöntemidir. Bu yöntemde ilişkilerin azaltılması ve karşı tarafa bağlılığı ortadan kaldıran duvarların çekilmesi söz konusu olmaktadır (Tekarslan vd., 1989: 234). Soyutlamada, ilişkiler azaltılarak karşı tarafın hiçbir isteği dikkate alınmadığı söylenebilir.

bc) Çekilme

Kaçınmanın en sık rastlanan türüdür. Aşağıda açıklanan durumlar olduğu zaman bireyler çatışmadan çekilme stratejisini uygulamaktadırlar (A Conflict Resolution, 2000: 11).

- Kişi yalnızca kendisiyle ilgili, başkalarıyla ilgili olmayan bir yapıya sahipse,
- Çatışma sebebiyle katlanılacak olumsuz sonuçlardan daha çekici alternatiflerin olduğu durumlarda,
- Çatışma sebebiyle bireyler, kin korku, kızgınlık duygularını hissettikleri durumlarda genellikle çekilme stratejisini uygulamaktadırlar.

Çekilmede kişinin hem kendisi açısından hem de karşısındakiler için düşük tatmin söz konusudur. Burada hareket yoktur, olaylardan kaçınma vardır. Yan yolları denemek, yan kaçmak, görmez, duymaz, bilmez bir durum vardır. Konuların çözümü ertelenir ve olaylardan kaçınılır (Rahim, 2000: 3).

c. Uzlaşma

Bu yöntemde yönetici; uyuşmazlık halindeki birey yada grupları, bazı hedeflerinden fedakarlık etmeleri gerektiği hususunda ikna ederek çatışmayı çözümlenmeye çalışmaktadır (Stoner ve Freeman, 1989: 401). Uzlaşmada çatışan taraflardan her biri bazı şeylerden vazgeçerse uzlaşmayla sonuçlanan paylaşma meydana gelir. Uzlaşmada açık bir kazanan yada kaybeden yoktur. Uzlaşmanın özelliği olarak, her bir tarafın bir şeylerden vazgeçmesi şeklinde ifade edilebilir.

Uzlaşma çatışmanın çözümünde taraflar açısından memnuniyet verici bir yaklaşım sunmaktadır. Tek taraflı, birinin kazandığı diğerlerinin tamamen kaybettiği çatışma yönteminde orta düzeyde bulunmaktadır. Bu yöntem çatışan tarafların kendi istek ve amaçlarında karşılıklı fedakarlıkta bulunmalarını öngörerek, kazanan veya kaybeden tarafın olmasını engellemektedir (Martin, 2001: 869). Zira bu yöntem de, kaybeden yoktur ve kaybedenin olmadığı demokratik bir süreç olduğu söylenebilir.

Uzlaşmada, iddiacı ve işbirlikçi bir davranış tarzı sergilenmektedir. Burada her iki gruptan da kendi çıkarlarından vazgeçmesi ve ortak çıkarlar doğrultusunda hareket etmeleri beklenir. Uzlaşmada ayırt edici özellik her bir tarafın bir şeylerden vazgeçmesi şeklinde gerçekleşmesidir (Kırel, 1997: 482). Burada kişiler açısından orta derecede bir tatmin sağlanmaktadır. Aynı zamanda buna “oyun teorisi”de denilmektedir (Rahim, 2000: 3). Uzlaşma, gruplar arası çatışmalar için klasik bir çözüm yöntemidir. Uzlaşma ile kazanan veya kaybeden olmadığından, sonuç iki grubun da beklentilerini tam anlamıyla karşılamayacaktır. Bu durumda, gruplardan birinin fedakarlık yaparak isteklerinden taviz vermesi gerekmektedir.

Örgütsel çatışmayı yönetmede uzlaşma ile ilgili kullanılan değişik yöntemler vardır. Bunlar; pazarlık, üçüncü tarafın müdahalesi, oylama ve farklılıkları paylaşmadır. Bu yöntemler arasında kullanılan en iyi yol pazarlık anlaşmasıdır (Berstein vd., 1994: 668). Pazarlık yönteminde, taraflar arasındaki çatışmaya konu olan durum sabit bir şekilde ele alınarak, inandırma cihetine gidilmeden bir ortayol bulunmaya çalışılır. Pazarlık sürecinde taraflar karşılıklı önerilerde bulunurlar ve karşı tarafı nispeten uzlaşabilir bir duruma getirmek için kendi taleplerinden kısmen vazgeçebilirler.

Örgütsel çatışmayı yönetmede, pazarlık yönteminin başarılı olmaması halinde, üçüncü tarafın aracılığını kullanmak faydalı olmaktadır. Tartışmada üçüncü tarafın kullanılması, ara bulucular olarak adlandırılır. Bu yöntemde her iki tarafın önem verdiği konular ve duygular üzerinde durulmaktadır. Pozisyonlar açıklanarak uzlaşma için taraflara öneriler sunulur (Berstein vd., 1994: 668).

Çatışmada diğer bir uzlaşma yöntemi, oylama yöntemidir (Eren, 1996: 468). Ancak bu yöntem teknik açıdan demokratik olmasına rağmen her zaman çoğunluğun doğru düşüneceği veya haklı olacağı boyutunda yetersiz kalmaktadır. Çünkü burada

sorunun kaynağına inmeden çatışmalara kapsamlı ve kalıcı çözümler getiremeyebileceği söylenebilir.

Diğer bir uzlaşma yöntemi ise farklılıkların paylaşılması yöntemidir (Aslan, 2003: 117). En önemli farklılıkları paylaşma yollarından birisi, iki zıt seçenek arasında orta yolun bulunmasıdır. Söz konusu ortayol, tarafların farklı düşündükleri konuların tartışılmalarını sağlayarak çözüme yardımcı olacaktır.

d) Güç Kullanma

Bu yöntem çatışmalarda, yöneticinin gücünü ve otoritesini kullanmasını içermektedir. Bu yolu izleyen yönetici “burada amir benim dediğimi yapmak zorundasınız” tavrını sergilemektedir. Bu yöntem taraflarca hoş karşılanmasa da genellikle her iki taraf da bu karara uymak durumundadır. Sık sık bu yola başvuran bir yönetici personelinin moral ve motivasyon kaybetmesine neden olabilmektedir (Atabey, 2001: 300). Bu yöntemde, çatışmanın en başında yönetici çatışmanın örgüte olan zararlarını ortaya koyar ve böylece yönetici, çatışmanın devam etmesi halinde tarafları cezalandıracağını açıkça bildirir veya çatışmanın sona ermesi halinde tarafları uygun bir biçimde ödüllendireceğini açıklar.

Kaçınma davranışı problemi çözmüyorsa, çatışma davranışına alternatif bir yaklaşım olarak formal veya informal pozisyon gücünün kullanılmasını kapsayan yetkinin kullanılmasıdır. Açık resmi toplantılarda baskının kullanımı gerekli olmayabilir. Ancak resmi toplantı dışında hiyerarşik yapıda güç kullanma yöntemi kullanıma uygun olabilmektedir (Skjorshammer, 2001: 11). Çünkü çalışanlar yöneticinin gücünü kabul etmiş gibi görüneceğinden çatışma şekil itibariyle sonlanmış olarak görünmesine rağmen, aslında yönetici zayıf düştüğünde çatışma yeniden başlayabilecektir.

Sonuç olarak, güç kullanma yöntemi, yöneticinin yetkisini kullanarak çatışmayı yönetmesini ifade eder. Yasal yetki kullanılarak kişilere ya da gruplara çatışmalarını, gerçeklere bağlı olmalarını, kişiliklerini olayın dışında tutmalarını emredilir. Yetki, özellikle, çatışan taraflar görüş birliğine ulaşamadıklarında, karar verme için imkan sağlamaktadır (Doğruöz, 1987: 49).

e) Yumuşatma

Yumuşatma yöntemi, örgütsel çatışmaları yönetmede çok sık kullanılan bir teknik olmasına rağmen, bu yöntem sonucu erişilen çözümler yüzeyseldir. Farklılıklar aynen kalır, sadece çatışmalar ertelenir. Çatışmalar çok ciddi bir boyuta ulaşırsa yumuşatma yolu çözüm olmayacaktır. Kısa bir dönem için düşünce farklılıkları ortadan kalksa bile ilk fırsatta çatışan taraflar tekrar çatışma durumuna gelecektir. Çabaları birleştirmeye çalışmak, bozulup parçalanmanın sakıncalı olacağını işaret etmek, gerçek nedenlere inmemek anlamına gelen bu yöntem geçici baskı niteliği taşımaktadır (Eren, 1984: 464). Zira bu yöntemin, çatışmayı tamamen çözmediği, sadece belirli bir süre için yüzeysel bir çözüm getirdiği ifade edilebilir.

Bu yöntemde yönetici, kendi çözümünü taraflara empoze etmeye çalışmak yerine, çatışmadan vazgeçmeleri için taraflardan her birini iknaya çalışmaktadır. Yöneticinin başarılı olabilmesi için taraflardan, sorunlara yönelik olarak, daha fazla bilgili olması gerekmektedir (Türk ve Doğan, 2002: 69). Yumuşatma yönteminde, çatışan taraflar için çatışma konuları dikkatlerden uzak tutularak, daha çok anlaşabilecekleri ortak konular, görüşler ve ortak değerler üzerinde yoğunlaşmaları sağlanmaktadır.

f) Müzakere Etme

Müzakere etme yöntemi (negotiation), personel departmanı veya bölümlerini içine alan ve genellikle liderlik düzeyi yükselmeye başladıkça kullanılan bir yöntemdir. Genelde çatışmanın ilk başlarında uygulanan kaçınma ve güç kullanma stratejilerinden sonra tarafların kendi pozisyonlarına daha çok yatırım yapmaları mümkün olmaktadır (Skjorshammer, 2001: 14). Bu yöntem, müzakere yapısı ve bölümler arası çatışmalarda etkili olabileceğinden çatışmanın olduğu her durumda kullanılabilir.

g) Çatışmanın Taraflarını Ve İlişkilerini Değiştirme

Bu yöntemde, çatışmaya taraf olan kişilerin organizasyon içindeki yerleri değiştirilerek çatışmaya çözüm bulunmaya çalışılır. Değişikliğe, çatışmaya en yüksek düzeyde kaynaklık eden personelin değiştirilmesiyle başlanır. Bu personelin yerine

çatışmaya girme ihtimali az olan getirilir. Bir başka değişiklik de çatışmaya taraf olan kişilerin işlerinin karşılıklı olarak değiştirilmesidir (Koçel, 1999: 500).

h) Davranış Değiştirme

Bu yöntemde, çatışmaya taraf olanlar eğitim ve bilgi programlarına tabi tutularak tutum, davranış ve algıları değişmektedir. Bu yöntem zaman alıcı ve masraflı olması yanında uzun dönemde daha iyi sonuçlar verebilecek bir yöntem olarak değerlendirilebilir (Koçel, 2001: 544). Zira burada, örgüt içinde çatışmaların giderilebilmesi için davranışsal değişim aracı eğitimidir ve insan ilişkileri eğitimi ile çatışmaya taraf olanların bu alanda bilinçlenmeleri arzulanmaktadır.

Bu yöntem grup üyelerinin davranışlarını değiştirmeye yöneliktir. Böylelikle çatışmanın nedenleri ve bununla ilgili kişilerin tutumları üzerinde durularak, algı bozuklukları düzeltilmeye çalışılır (Can, 1999: 313). Bu şekilde kişilerin, diğerleri tarafından nasıl algılandığı konusundaki bilgisi artırılarak, kendisine ait bilgisi geliştirilir ve kişinin bireyler arasındaki ilişkilerde yeterliliği artırılmış olur.

Eğitim ile davranış değiştirme yöntemi, genel olarak örgüt çalışanlarının örgütün kurallarına ve politikalarına uygun yönlendirilmediğinde, kişilerin örgüt içinde çalıştıkları diğer kişilerle ve örgütle ilgili tutum ve davranışlarının, değer yargılarının değiştirilmesinde kullanılır (Ertürk, 2000: 235). Çalışanların davranışlarını değiştirme ve çatışma nedenleri üzerinde duran bu metot, oldukça zor olmasına rağmen, çatışma nedenlerinin merkezine iner, diğer metotlara göre daha zor ve zaman alır. Ancak insan davranışlarının değiştirilmesinde uzun dönemde çok olumlu sonuçlar verebileceği söylenebilir.

ı) İşbirliği

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 göstermektedir (Burnside, 2002: 8). Çünkü, iş birliğinde, gruplar kendi aralarında yüksek bir ilişkiye

sahiptirler. Aynı zamanda diğer karşı tarafında işbirliğinde denk düzeyde yüksek bir kazanç ilişkisi söz konusu olmaktadır ve böylece her iki tarafında kazancıyla sonuçlanabilir.

İşbirliği yöntemi genellikle karşı tarafında önemli olduğu zamanlarda kullanılmaktadır. Öncelikle toplumsal anlamda çıkar sağlama ilişkisi açısından en iyi yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu yöntemle başvurmanın önemli bir nedeni kötü hissedilen durumun azaltılması ve taraflara sorumluluk yüklemektir. Dezavantajı ise bu yöntemin zaman ve enerji kaybına neden olmasıdır. Bunlara ilave olarak ortaklıkların avantajlı olması diğer taraftan güvenli ve açıklıkta bir ilişkinin olmasıdır. Sonuç olarak genellikle çatışma yönetiminde başvurulacak en iyi yöntemlerden birisi olduğu görüşü hakimdir (Managing Conflict, 2006: 2). Çünkü, çatışan birey ve gruplar karşılıklı olarak tüm isteklerini karşılamaya yönelik davrandıkları takdirde işbirliği ortaya çıkmaktadır. Böyle bir durumda her iki tarafın karşılıklı yararları ön planda tutulduğundan birlikte çalışma, çatışma durumunun da olumlu bir yaklaşım tarzını meydana getirebilir.

Çatışmaların çözümünde pozitif bir yöntem olarak tercih nedeni olan işbirliği aynı zamanda iletişimsel bozuklukların ilk önce tanımlanmasında ve analiz edilmesinde, çözümlerin planlanmasında kullanılmaktadır (Barr, 2001: 1). Birlikte çalışma, çatışma durumunun da ortaya koyduğu çözüm açısından olumlu bir yaklaşım biçimi olarak ifade edilebilir.

2. ÖRGÜTSEL ÇATIŞMALARI ÇÖZÜMLEMEYE YÖNELİK KALICI ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ

Bu bölümde örgütsel çatışmaya yönelik kalıcı çözüm yöntemleri açıklanmaya çalışacaktır.

a) Problem Çözme

Problem çözme, çatışmanın asıl kaynağını tanımlayıp çatışmayı sistematik olarak yönetme biçimidir. Çatışmaya taraf olan birey, çatışmaya taraf olan diğer birey ile uyumlu iş ilişkisini sürdürmek için inisiyatif almaktadır. Bu yüzden çatışmaya taraf

olan bireylerin makul davranmaları gerekmektedir (Dubrin, 1997: 120). Problem çözümede taraflar, kendi görüşlerini gerekçeleriyle birlikte ortaya koyarken, karşı tarafın görüş ve iddialarını da cevaplandırmak için yoğun çaba harcarlar. Bu çaba taraflar belirli bir anlaşmaya varıncaya kadar devam eder ve bu yüzden oldukça uzun bir zaman alır. Ancak, taraflar, inatlaşmazsa ve iyi niyetli olarak soruna yaklaşırlarsa, yani yukarıda da değinildiği gibi makul davranırlarsa, tartışmalar çatışmaya taraf olanlar için yararlar sağlayabilir (Eren, 2001: 557).

Bazı düşünürler problem çözümede gelenekselcilikten kaçınmayı, ürün hattını ve yerel çok disiplinli matris bir organizasyon yapısını önermektedirler. Bazı düşünürlere göre ise, fikir ayrılıklarını minimize edebilmek için sistemin bölümleri arasında çatışmanın sıçramasına engel olabilmek için bariyerler koymayı önerirler. Çok fazla bariyer olmasına rağmen hala çok farklı fikir ayrılıkları olabilir. Bu nedendir ki yapılabilecek en önemli şey dürüstlükten oluşan güvenli bir çevre oluşturularak problemlere çözüm getirilebilmesidir (Shur, 2002: 5). Zira problem çözümede, taraflar arasındaki ortak yönler ve duygular ön plana çıkarılır. Genellikle önemsenmeyen, gözardı edilen noktaları hesaba katan bu yöntem, birbirleriyle çatışma içerisinde olanların bile bazı noktalarda görüş birliği içerisinde olabilecekleri varsayımından hareket etmektedir. Çünkü, çatışan her iki grup anlaşma masasına oturduğunda, pazarlık nedenlerine ve bunun sonucuna güven duymalıdır.

Çatışmayı yönetmede problemin çözümlenebilmesi için yönetici ve çalışanların her ikisinin de katıldığı toplantı önemli bir yere sahip bulunmaktadır. Her iki tarafında ortak çalışmadan kaynaklanan memnuniyetsiz hallerini açıkça belirtmeleri gerekmektedir. Çünkü diyaloglar çok daha fazla fikir üretir ve faaliyetleri açık bir biçimde tanımlarlar (Abma, 2002: 12). Bu nedenle, problem çözme, bir yüzleşme metodudur. Gruplar arası yüz yüze görüşmelerde gerilimi azaltma yolunu arar. Görüşmenin amacı çatışmaları tanımlamak ve onları çözmek biçiminde ifade edilebilir.

Çatışma yönetiminde genel olarak problem çözümede yöneticiler büyük bir öneme sahiptir. Öyle ki yöneticiler örgütte hedefe hizmet veren liderlik tarzını benimseyebilirler ve örgütü çatışmayı etkin yönetecek bir şekilde yapılandırabilirler. Çatışma ortaya çıkmadan, çatışmayı yöneterek genelde nedenler üzerine yoğunlaşabilirler. Rahim ve Bonama yöneticilerin, kişinin kendi içerisinde ve gruplar

arasında meydana gelebilecek çatışmayı teşhis etmeleri gerekliliğine dikkat çekmektedir (Wall ve Collister, 1995: 540). Zira, yöneticilerin problemin çözümlenebilmesi konusunda taktik ve stratejik olarak yanlış karar vermemek açısından iki önemli görevi bulunmaktadır. Bunlardan ilki problem sorusunun doğru olması diğeri ise etkili çözüm yöntemlerinin kullanılabilmesidir. Çözümün etkili olabilmesi içinde, problemde kritik faktörlerin neler olduğu, rollerin neler olduğu, problemin analizlerle açıklanması, alternatif çözüm önerilerinin geliştirilmesi, en iyi çözüm önerileri vb. konuların açıklığa kavuşturulması gerekmektedir (Drucker, 2001: 345). Problem çözme yaklaşımı, sorunun tüm boyutlarının tartışıldığı bir ortam yaratılmasını öngörür. Burada ilk adım tarafların düşüncelerinin haklı veya haksız olduğunu belirlenmesinden ziyade görüş ayrılıklarının neler olduğunu ve hangi olaylardan kaynaklandığını araştırmak ve bu duruma çözüm bulabilmektir.

Organizasyonel çatışma sürecinde problem çözmek, duyguları yerleştirmek, çatışmayı tamamıyla verimli bir duruma getirmede yöneticilere fırsat sağlar. Çatışma durumundaki yönetici için amaç, çatışmanın kim tarafından ve hangi durumda doğduğunu, çatışmayı daha olumlu bir hale nasıl getirebileceği, duygulardan nasıl faydalanabileceği şeklindedir (Bodker ve Jameson, 2001: 272). Problemin çözümlenebilmesi için yöneticinin yapacağı şey genelde verilecek kararın tanınabilmesi şeklindedir. Problemin çözümlenebilmesinde tartışmanın merkez eğiliminde olması, kararı güçleştirebilmektedir. Sorulara doğru cevap verilmemesi ve yanlışın odak noktasında olunması yönetimin problem çözümünde karar vermesinde bir takım hatalar yapmasına neden olmaktadır (Drucker, 2001: 345). Özellikle bu hatalar iletişimsel problemden kaynaklanan hatalardır. Problem çözme yöntemi bilhassa iletişim problemlerinden kaynaklanan çatışmaların çözümünde çok faydalıdır. Bir problem çözme oturumunda gerçeklerin, amaçların, stratejilerin tartışıldığı iletişim ortamı meydana getirilerek, hatalı algılamaların düzeltilebilmesi imkanı sağlanabilir.

Çatışmanın organizasyona faydalı olabilmesi, çatışmanın sonuçlarından bireylerin memnun kalmasına bağlı bulunmaktadır. Çatışmanın etkin olarak çözümlenebileceğine inanan bireylerin organizasyonlarına bağlılık ve güvenleri artacaktır. Özellikle adalet uygulaması örgütlerde çalışanların davranışlarında pozitif bir değişim sağlamak ve yapıcı bir çatışma yönetiminin temelini oluşturmaktadır (Ohbuchi vd., 2001: 93).

b) Hizmet İçi Eğitimin Sürekliliğinin Sağlanması

Örgütlerde iyi yetişmiş ve motive olmuş işgücünün önemli bir etken olduğu ve karar alma sürecine katılmaları gerektiği artık bilimsel araştırmalarda yer bulmaktadır. Çatışma yönetimi için hizmet içi eğitimiyle çalışanların aşırı davranış gösterme eğilimleri yöneticilerce yeniden düzenlenmelidir. Bu amaçla öncelikle durum analiz edilmeli, sebepler bulunmalı ve çalışmaya katılan diğer kişilerin tercihleri belirlenmelidir (Kutlu ve Zeybekoğlu, 1999: 17). Hizmet içi eğitimde kurumsal hedef, kurumda ortaya çıkabilecek olan sorunları ortadan kaldırmak ve kurumun verimliliğini en çabuk olan sürede yükseltebilmek olarak ifade edilebilir.

c) İletişimi Arttırma

Örgütlerde çatışma, etkin iletişimin yeterlilikleri ile temel davranış becerilerini kavrayarak önlenabilir. İletişim becerileri, başkalarına saygılı olma, yapıcı olma, açık sözlü olma, etkin dinleme, yargılamada esnek ve karşı tarafın beden dilinden haberdar olmayı içermektedir. İletişim eğitimleri, katılımcılarının bu becerileri kazanmalarını sağlamaktadır (Thomas, 2002: 5). Bu açıdan bakıldığında iletişim, sistemin karar merkezlerini birbirleriyle uyumlu çalıştıran bir denetim ve düzenleme görevi görmektedir. Bu nedenle, sistemi bir iletişim ağı olarak düşünmek gerekmektedir.

Günümüzün teknolojik anlamda ileri bir düzeyde olması acil ihtiyaçlarımızın karşılanabilmesinde iletişim sisteminin yeterli olması ve acil ihtiyaçlarımızın karşılanabilmesinde iletişim sisteminin yeterli olması ve şaşmamasını gerektirir. Acil bir ihtiyacın olduğu bir durumda iletişim sisteminin açık ve güvenilir olması gerekmektedir (Strack ve Footler, 2002: 32).

Örgüt içerisinde etkin ve yeterli bir iletişimi engelleyen çok değişik nedenler olabilir. Örnek olarak, belirli bir lisana veya uygun iletişim araçlarına sahip olunmamasından kaynaklanan anlam güçlükleri, grupların birbirlerinin hakkında yeterli düzeyde bilgiye ulaşmalarını engelleyerek birbirlerinin hakkında olumsuz bir düşünce içerisinde girmelerine sebep olarak ve algılama farklılıklarını artırarak çatışmalara

sebebe olabilir (Kılınç, 1990: 49). Bu nedenle örgüt içerisinde özellikle tarafların birbirlerinin hakkında tüm ve açık bir bilgiye sahip olmaları için örgüt içerisindeki iletişim kanalları etkinleştirilmelidir.

d) Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi

Örgütler; insan, alet, makine ve para kaynaklarından oluşmaktadır. Bu kaynaklar mal ve hizmetlerin üretimi için kullanılmaktadırlar. Belirli alanlarda uzmanlaşmış olan departmanlar görevlerini daha verimli bir biçimde yerine getirebilmek için bu kaynakları kullanarak daha büyük pay alabilmektedir. (Dinçer ve Fidan, 1996: 363). Bu nedenle çatışmaların önlenmesinde kaynakların artırılmasıyla çalışma koşullarının iyileştirilmesi etkili olacaktır ifade edilebilir.

Çalışma yaşamında stres kaynakları artıran etken, işin sıkıcı olması, ücret yetersizliği, fazla iş yükünün olması, örgüt içerisinde ilerleme imkanının olmaması, çalışma koşullarının yetersiz olması, kararlara katılmama adaletsizlik ve bunun gibi nedenler olarak sayılabilir (Aşkın, 2003: 143). Bu sayılan nedenler tespit edilerek bunlara çözüm yöntemleri geliştirilmesi örgüt içerisindeki stresle mücadelede etkili olacaktır.

Çalışma koşullarını etkileyen en önemli faktörlerden olan stres birey veya gruplar arasında yaşandığı zaman tarafların arasında çatışma yaşanır (Stordour vd., 2001: 13). Böylece, yönetim zamanının ve enerjisinin büyük bir bölümünü gerginlikleri önlemeye harcamaktadır. Sonuçta iş yerinde verimlilik azalmakta, çalışanlar arasında stres artmaktadır. Stres faktörü de kişilerin performansını engellemektedir (Fiore, 2006: 1).

e) Performans Değerlendirmesi Ve Ödüllendirmenin Etkin Bir Biçimde Uygulanması

Örgütsel açıdan performans değerlemenin amacı iletişim ve bilgi paylaşımıyla çalışanların verimliliğini artırmak örgütte çalışan bireylerin performans ölçümüyle

güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek, güçlü yönlerini arttırmaya çalışırken zayıf yönlerinin azaltılmasına uğraşmak, işletmenin iş görene kendi performansları hakkında değerlendirme imkanı sunmak ve iş görenle yöneticiler arasında ortak bilgi alış verişini sağlayabilmek şeklinde ifade edilebilir (Bektaş vd., 2004: 27). Özellikle örgüt çalışanları işle ilgili belirli bilgilerden yoksun kaldıkları zaman farkında olmadan performanslarını kısıtlayabilirler ve çatışma içerisine girebilirler. Bu nedenle çalışanlara sürekli olarak performansları hakkında olumlu ve yapıcı geri bildirimlerde bulunulduğunda, çalışanların performansları artacağı gibi çatışmalarda önlenebilecektir.

Örgütlerde performansın artırılabilmesinde uygulanacak en iyi liderlik, görüşlere açık olma, çözümler üretebilme, duyguları açığa vurma, dışarıya açılma gibi aktif yapıcı davranış tarzlarını içermektedir. Bu davranış becerisini arttıranlar daha etkin performans ortaya koyan liderler olarak belirlenmiştir (Benjamin, 2002: 3). Zira liderler örgüt çalışanlarını çalışmaya özendirmede olumlu ve olumsuz araçlar kullanabilirler. Olumlu araçların en önemlisi ise takdir edilmedir. Maddi özendirme araçları, örneğin ücret ve benzerleri büyük bir önem taşımakla birlikte, insanlarda çalışma arzusu oluşturan şey, ücretten çok iş ve çalışma ortamına karşı duyulan sevgi şeklinde belirtilebilir.

Kamu işletmelerinin karakteristik özelliklerinin başında ödüllendirme eksikliği ve kurulu olan prosedürlerin cezalara dayalı olması gelmektedir. Bürokratik yapı kamu sektöründe ağır bir mekanizmaya sahiptir. Bu nedenle kamu örgütlerindeki yöneticiler karşılaştıkları durumlarda daha az özgürdürler Weinberg'in ifadesinde özel sektörlerde çalışan yöneticiler örgütte hiyerarşi tarafından sıkı bir şekilde kontrol edilmelerinden dolayı başarıyı sağlamak için rasyonel stratejileri öngörürken, kamu yöneticileri hiyerarşinin maliyetine (kurullar ve kırtasiyeciliğe) sahiptirler. Özellikle kamu yöneticileri personelleri hakkında yeterli düzeyde takdir yetkisine sahip olmadığı görüşündedir (Boyne, 2002: 101). İyi bir yönetici olmanın temel özelliği personelini bürokrasiden koruması ve kollamasıdır. Bu anlamda, kamu yöneticilerinin yetkilerin kısıtlı olduğu için çalışan personelin ücretsel anlamda ödüllendirmesi ve motive edilmesi bakımından özel sektör yöneticileri kadar etkili olamadıkları ifade edilebilir.

Yöneticiler, iç ve dış çevrede oluşan değişime uygun olan dönüşümü örgütte gerçekleştirebilmelidir. Böylece organizasyonun hızlı ve yüksek değişimi

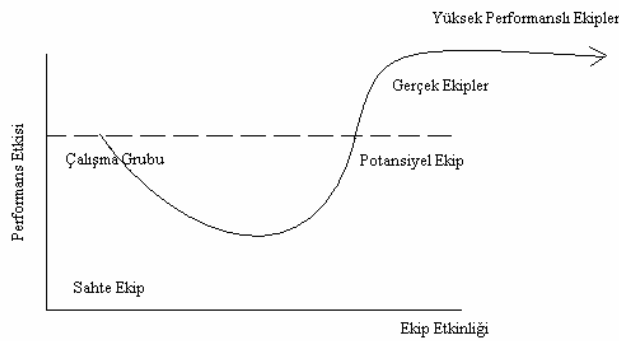
sağlayabilmesi mümkün olabilmektedir. Bu değişim ve gelişimi yakından izleyen örgütlerin performans ve verimlilik düzeyleri de buna paralel olarak artacaktır (Biggerstaff ve Thomas, 1991 : 35). Buradanda anlaşılacağı üzere, performans değerlemesi örgütlerde yöneticinin değişik ölçüm ve karşılaştırmalarla iş görenin ve davranışlarının değerlendirildiği ve sonuçlarının iş görene iletildiği bir süreç olarak ifade edilebilir.

f) Etkin Ekip Çalışmasının Uygulanması

Kavramsal olarak ekip çalışması, işbirliği anlamına gelmektedir. Ekip çalışması, problemi çözmeye istekli olmak, farklılıklarla yüzyüze gelmek ve görüş alışverişinde bulunmak ve bütünleştirici çözümler aramak şeklinde ifade edilebilmektedir (Eren, 1996: 260). Ekip çalışması, iş ilişkisi içerisinde olan gruplar arasındaki etkileşim ve haberleşmeyi artırarak, rekabetin olumsuz işlevlerini ve örgütsel çatışmayı azaltarak örgütte işbirliği ve dayanışmayı güçlendirir.

Aşağıdaki şekilde ekip çalışması modeli gösterilmektedir.

Şekil 6 : Ekip Performans Eğimi



Kaynak: David Boddy and Robert Paton, Management and introduction, First Published, Prentice Itall Europe, 1998, s.299

Şekil 6'da görüleceği üzere sahte ekipler grupsal gelişimden belirli düzeyde bir kar elde edebilmek amacıyla kurulmuş olan ekiplerdir ancak üyeleri kendilerini başarıya ulaştırmak bakımından bir şey yapmazlar. Ortak bir amaç ve amaç belirleme konusuyla ilgileri bulunmaz. Kendilerini ekip şeklinde nitelendirmelerine karşılık üyeler çalışma gruplarından çok daha az katkıda bulunurlar. Potansiyel ekiplerinde belirli performansa ve performans geliştirmeye ihtiyaçları vardır. Gerçek ekipler ise, ortak amaçlar, hedefler ve çalışma metodlarıyla birbirlerini tamamlama becerilerine sahip olan ekiplerdir. Yüksek performansa sahip olan ekipler, gerçek ekiplerin ihtiyaçlarının tamamıyla karşılanması durumunda söz konusu olmaktadır (Boddy ve Paton, 1998: 299).

Ekip üyelerinin karar almaya katılmalarının bir değil birden fazla yolu bulunmaktadır. Bunlardan birisi hastane yönetimince belirlenen açık bir biçimde yazılmış olan klavuza uyulmasını sağlayabilmektir. Tüm kararlar bireylere iletilir. Liderler ekip üyelerinin karar almalarını sağlamalıdır. (Sorbello, 1991: 165).

Ekip çalışması ile ilgili olarak, etkili bir ekip çalışmasının sağlanmasına yönelik olarak ekip disiplininin altı unsuru kullanılabilir. Bu unsurlar, küçük boyutluluk, becerilerle ekibe üyelik, ortak amaç, açık performans hedefleri, açık çalışma yaklaşımı ve karşılıklı sorumluluktur. Gerçek manada ekip performansı bu altı unsurun benimsenip uygulanmasını gerektirdiği gibi yetkililerce oluşturulan ekip çatışma temelleriyle de ilgili bulunmaktadır (Katzenbach, 1998: 11). Aynı zamanda ekip çalışmasının gelişmesi organizasyonlarda yönetimin destekleyici bir ortam sağlamasıyla mümkün olmaktadır. Destekleyici önlemler, grubun ekip çalışması için gereken ilk adımları atmasına yardımcı olur bu adımlar ileride güven, işbirliği ve uyuma doğru daha ileri adımlara temel olur (Davis, Çev: Tosun vd., 1998: 610).

g) Daha Üst Amaçların Belirlenmesi

Bu yöntemde, çatışan tarafların, çatışmadan vazgeçirilerek her iki taraf bakımından kendi özel çıkarlarının daha önemli olduğu vurgulanır. Bu çıkarlar etrafında birleşerek çatışma konusu taraflara unutturulmaya çalışılır. Bu yöntem genellikle kriz

yöntemlerinde başvurulan bir yöntemdir (Atabey, 2001: 299). Bu yöntem ile çatışan tarafların amaçlarından daha önemli, etkili ve kapsamlı amaçlar belirlenerek, çatışan taraflar arasındaki farklı yapılar bir yana konularak tarafların örgüt için daha önemli ve kapsamlı amaçlar doğrultusunda hareket etmeleri sağlanır (Genç, 2005: 259).

Çatışma ortamlarında yönetici, daha üst amaçlar belirleme yolunu seçebilir bu anlamda yönetici verimliliği artırmak için tüm çalışanların ortak olarak paylaşabilecekleri bir prim sistemi belirleyebilir. Bu teşvik edici verimliliği artıracak olan yöntem örgütte tüm çalışanlar açısından bir üst hedef haline getirilmelidir. Bu hedef üzerinde odaklanma grup içerisindeki ilişkileri olumlu bir yönde destekleyecektir (Bernstein vd., 1994: 668). Grup içerisindeki çatışmanın çözümünde, üstün amaçlar yöntemi bir takım hedefler koyma ve geliştirme yoluyla, hedeflere ulaşmak isteyen grupların karşılıklı olarak işbirliğini gerektiren bir yöntem olarak ifade edilebilir.

h) Çalışanların Yönetime Katılmalarının Sağlanması

Örgütlerde katılımcı yönetim uygulamalarının temel amacı; örgütün çeşitli süreçlerinde çalışanların katılımlarını sağlamaktır. Katılımın zihinsel ve duygusal doğası çalışanların örgütsel amaçlara ulaşmalarını teşvik eder. Bu katılımlarda aynı zaman da bir lider olan yönetici insanların kararlarına açık fikirli olmalı, pek çok alanda katkı sağlamak için kendisinden daha farklı kararlara da açık olmalıdır (Pree, 2001: 3). Çünkü bu kararlar çok sayıda fikirleri ve yolları kapsamaktadır.

Özellikle insanlarda kendilerini etkileyecek kararlara katılma isteği çok şiddetlidir. Fakat uygulamada yaşanan eksiklikse, personelin kendisini etkileyecek olan kararlar konusunda uygulama safhasına kadar haberdar edilmemesi oluşturmaktadır (Eren, 1998: 434). Bu nedenle çatışma yönetiminde grubun yapısı, işleri ve karar süreçleri önem taşımaktadır ve karar alma etkinliği geniş açıdan iletişim yoluyla verilmelidir (Kuhn ve Poole, 2000: 582).

i) Kaynakların Arttırılması

Örgüt kaynaklarının sınırlı olması ve bölümler yada grupların amaçlarına eksiksiz biçimde ulaşabilmek için bu sınırlı kaynaklardan daha büyük bir pay almaya çalışması, çatışmalara yol açar. Örgütteki sınırlı kaynakların gruplar arasında adil olarak dağıtılması gerekir. Diğer gruplara göre örgütsel kaynaklardan adil olarak pay almadığına inanan grup, örgüte ve diğer gruplara karşı düşmanca bir tavır takınabilir. Sınırlı olan örgütsel ödüllerin adil olarak dağıtılmadığının algılanması da çeşitli düzeylerde örgütsel çatışmalara neden olabilir (Kaya, 1992: 79). Bu nedenle, bir örgütün bölümleri veya grupları fiziksel alan, teçhizat, merkezi hizmetler, para gibi ortak ve kıt örgütsel kaynaklara bağımlı ise çatışma potansiyeli vardır ve örgütteki grupların kaynaklarla ilgili istekleri, örgütün sağlayabileceği kaynakları aştığı zaman, yarışmanın çatışmaya neden olduğu söylenebilir.

Çatışma, örgütün kıt olan maddi ve beşeri kaynaklarının azlığından kaynaklanıyorsa, bu olanakları arttıracak çözüm yolları bulunmalıdır. Bu çözüm yollarının uygulanmasıyla, finansal olanaklarını artıran, kadrolarını genişleten ve ihtiyaçları olan makine ve demirbaşlara kavuşan bölümler yada bireyler çatışmayı durdurarak birbirleriyle anlaşabilirler (Eren, 2001: 559). Özellikle, bir tarafın kazancının diğer tarafın kaybına neden olduğu çatışma durumlarında, kaynakların artırılarak her iki tarafın da kazançlı çıkmasının sağlanması etkin bir çözüm olarak düşünülebilir (Ergün, 1999: 83). Örneğin, iki çalışan arasında tek şeflik pozisyonu için doğan bir çatışma, iki şeflik pozisyonu oluşturularak çözümlenebilir (Solmuş, 2001: 47).

Kaynakların genişletilmesi, önemli ölçüde etkilidir. Çünkü, çatışmaya taraf olanların tümü için doyurucu bir çözüm yoludur. Ancak kaynakların arttırılması her zaman ve her durumda olanaklı olmayabilir. Bu yüzden, kaynak artırma yöntemi sözkonusu taraflar açısından doygunluk verici olsa da, her zaman kullanılmayan bir yöntemdir (Asunakutlu, 2006: 382). Çünkü kaynakların arttırılması her ne kadar tarafların memnuniyeti ile sonuçlansa ve çatışma için kalıcı bir çözüm sağlansa da, tüm örgütler için kaynakların kıt oluşu ve sistemin tüm çabasının kıt kaynaklar ile mücadele etmek olduğu düşünüldüğünde, kaynakların arttırılmasının her zaman başvurulabilecek bir yöntem olmadığı açıktır.

j) Örgütsel Önlemler Alma

Bu yöntemde ya çatışan tarafların görev, yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenerek karşılıklı ilişkileri azaltılmakta ya da çatışan tarafların görev yerleri değiştirilerek birbirlerini görme ve iş ilişkilerinde bulunma olanakları ellerinden alınmaktadır. Birinci yöntemde görev tanımlarını gözden geçirme ve çatışmayı azaltacak nitelikte bir reorganizasyona gitme söz konusudur. İkinci yöntemde ise çalışanların görev yerleri değiştirilmekte ve örgüt yapısında herhangi bir değişiklik yapılmadan sadece kadrolama, görev veya rollerde değişiklikler yapılmaktadır (Eren, 1989: 468).

İKİNCİ BÖLÜM

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ÖRGÜTSEL YAPIDAN KAYNAKLANAN SORUNLAR VE ÇATIŞMALAR

Üniversite hastaneleri teşhis, tedavi, eğitim ve araştırma hizmetleri veren önemli kuruluşlardır. Bu hizmetlerin verimlilik ve etkinlik ilkelerine göre kesintisiz verilebilmesi ise hastane çalışanlarının ilişkilerinin etkinliği ve uyumu ile mümkündür. Çatışmaların yoğunluğu etkin ve uyumlu çalışmaya engel olmakta ve hizmet kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle çatışmaya kaynaklık eden sorun alanlarının belirlenerek giderilmesi iş başarımı ve hizmet kalitesi açısından oldukça önemlidir.

Bu bölümde hastaneler yapısal açıdan değerlendirilmekte, sorun alanları ve özellikle araştırmanın temel konusu olan çatışma kaynakları irdelenmektedir. Amaç; çatışmanın kaynakları ile ilgili literatürü analiz ederek uygulamaya zemin hazırlamaktır.

I) HASTANE KAVRAMI VE HASTANELERİN AMACI

Bu kısımda, hastane ile ilgili genel tanımlar yapılacak, hastanelerin amacı ve özellikleri üzerinde durulacaktır.

A) HASTANE KAVRAMI

Hastane ile ilgili yapılan tanımlar arasında paralel bir ilişki bulmak mümkündür. Seçim'e (1991), göre; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri; “*müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri veren, hastaların tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar*” olarak tanımlamaktadır”. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde¹ hastaneleri; “*hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol*

¹ Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 13 Ocak 1983 Tarih ve 17927 Sayılı Resmi Gazetede Yayımlanmıştır.

ettirmek isteyenlerin ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, kurumlardır.” şeklinde tanımlanmaktadır.

Günümüzde hastaneler, hastalara tedavi ve tıbbi bakım vermenin yanı sıra hekim ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma geliştirme, özelliklerinin yanı sıra pek çok meslek mensuplarının bir arada çalıştığı bir hizmet işletmesidir (Özgen, 1993: 73).

Yukarıdaki tanımlar birbirini tamamlar niteliktedir. Temel görevleri hastalıkların tespit edilerek tedavi edilmesi olan hastaneler, sadece hastalarla değil aynı zamanda hastalık şüphesi olan kişilerin durumlarını da gözlem altında tutan ve toplumun genel sağlık düzeyini korumaya çalışan kurumlar olarak ifade edilebilir.

Diğer yandan hastane kavramı sistem yaklaşımı açısından da tanımlanmaktadır. Buna göre, hastaneler; dinamik, değişken bir çevre içinde girdileri, dönüştürme süreçlerinden geçirerek çıktılarının önemli bir bölümünü yine aynı çevreye veren geri bildirim mekanizmasına sahip sistemler olarak tanımlanabilir (Seçim, 1991: 6). Bu tanıma göre hastanenin girdilerini hastalar, insan gücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynakları oluştururken çıktılarını ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri oluşturmaktadır.

Hastane örgütleri; her türlü sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak kesintisiz üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren karmaşık ve kendine göre değişik özellikler gösteren bir hizmet işletmesi çeşidi veya hastalara hizmet vermeye yönelmiş bir otel türü olarak da ifade edilebilmektedir (Ak, 1990: 70). Bu nedenle, hastaneler yukarıda sözü edilen işlevleri yürütürken dolaylı olarak toplumun sağlık seviyesini de yükseltmektedirler.

Hastaneler sağlık sektörü içinde sağlık hizmeti üreten günümüzün en karmaşık yapıda olan işletmeleridir (Şahin, 2002: 1). Yapısal, teknolojik ve çevresel nitelikleri itibarıyla en çok uzmanlaşmaya sahip bir örgüt (Özmen ve Katrinli, 1994: 135) ve hizmet sektörü içerisinde finansal anlamda maliyeti en fazla olan işletmelerdendir (Seçim, 2002: 1).

Bunların yanında sağlık hizmeti sunan hastanelerin üretim birimlerinin en büyük alt sistemleri olması sebebiyle bu birimlerin çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmeleri gerekmektedir (Özgen ve Öztürk, 2002: 1). Çünkü; sağlık hizmetlerinin özellikleri her hastaya göre farklılık gösterebilen, üretildiği zaman tüketilen soyut yani gözle görülemediği için kalitesi kolaylıkla denetlenemeyen bir hizmet çeşididir (Hayran, 2002: 5). Bununla beraber, sosyal ve toplumsal bir kurum olan hastaneler, büyük bir çoğunluğu kamu kuruluşları niteliğinde olan organizasyonlardır (Ak, 1990: 69). Hastaneler, sosyal bir amaç güden kuruluşlar olmakla birlikte, milli gelirin önemli sayılabilecek bir bölümünü harcayan ve oldukça önemli bir insan gücü çalıştıran ekonomideki birçok sektörle de sıkı ilişkiler içinde olan kurumlardır.

Temel amacı topluma hasta bakım hizmeti sunmak olan hastane örgütleri sağlık sisteminin en önemli ögesidir. Hastaneler, geniş ölçekli örgütler gibi hizmet üretebilmek için profesyonel, yarı profesyonel ve profesyonel olmayan çok farklı sayıda mesleki ekibin çaba ve hünerlerini sarf ettiği, işbirliği gerektiren faaliyetler ile, belli amaçları gerçekleştirmek amacıyla kurulan organizasyonlardır. Toplumlara çeşitli sağlık hizmetleri sunan hastaneler kompleks örgütler arasında yer almaktadır. Tıp biliminde ve teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak hastaneler hızla değişmiş, önemleri gittikçe artmış ve devletlerin sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyo-ekonomik organizasyonlar haline gelmiştir.

B) HASTANELERİN AMACI

Hastanenin en önemli amacı; hastalarına düzenli bakım ve uygun şartlarda tedavi hizmetini sağlamaktır. Başlıca ürünü hastaya tıbbi, cerrahi ve hemşirelik hizmetleri, ana konusu ise, hastanın yaşamı ve sağlığıdır. Hastane, kendi varlığını devam ettirebilmek için, örgütsel gelişme, finansal anlamda tüm borçlarını ödeme gücüne kavuşma, tıp ve hemşirelik eğitimi yapma, araştırma ve personeli geliştirme ile ilgili çeşitli alt amaçlara da sahip olabilmelidir (Sönmez, 1999: 33).

Hastanelerin tedavi hizmetleri, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırma olmak üzere dört temel işlevi bulunmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 76).

Hastaneler değişik amaçlarda kurulmuş olmalarına karşın tüm hastaneler için geçerli olan temel amaçlar vardır. Bunlar; (Bakır, 1995: 3)

- Tedavi hizmetlerini ve hasta bakımını en düşük maliyetle üretip kaliteli bir biçimde gereksinim duyanlara sunmak.
- En son tıbbi ve teknolojik bilgiye dayalı eğitim ve araştırma metodlarını kullanmak, hastalıkları önleme ve tedavi için gereken tedbirleri almak.
- Hastalardan elde edilen geliri en uygun şekilde kullanarak daha kaliteli sağlık sistemi sunmak

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğin’de hastanelerin amaçları; hastanelerdeki hizmet çeşitleri ve bunların uygulanmasındaki esaslar ve hastanede çalışan personelin yetki ve sorumlulukları arasındaki ilişkileri belirlemek yoluyla hızlı, disiplinli, üstün kaliteli ve ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamak şeklinde tanımlanmaktadır². Diğer bir önemli amacı ise hastalığın önlenmesi gayesi ile sağlığın korunup güçlendirilmesi sorumluluğudur. Bunların yanı sıra, sağlık ile ilgili her türlü araştırma incelemelerini yönetmek ve çalışanlara kolaylıklar sağlamak hastanelerin diğer amaçları arasında sayılabilir. Tüm bu faaliyetleriyle hastaneler toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır.

J.Paul Feldstein hastanelerin amacını, sağlık hizmetini, en az maliyetle maksimum nicelikte üretebilmek olarak ifade etmektedir (Köksal ve Akbeyik, 2002: 8). Hastaneler, insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere üretim faktörlerini bir şekilde bir arada bulundurarak sağlık hizmeti üretmek veya pazarlamak amacı ile kurulmuş işletmeler arasında yer almaktadır. Hastane örgütleri hizmet ettikleri toplumlara temel ve gelişmiş sağlık hizmetlerini sundukları ve aynı zamanda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının en büyük kısmını oluşturdukları için büyük bir önem taşımaktadırlar.

² 13 Ocak 1983 Tarih ve 17927 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.

II. HASTANELERİN GENEL ÖZELLİKLERİ, YAPISI VE İŞLEVLERİ

Topluma sağlık hizmeti sunan bir kurum olarak hastaneler gerek meslek dalı, gerekse uzmanlık alanları yönünden çeşitlenmektedirler. Hastaneler çok farklı meslek dalının icra edildiği, servis hizmetinin verildiği, teknoloji ve insan ağırlıklı hizmet sunumunun yapıldığı, hizmet veren ile hizmet alanın ve yakınlarının iç içe yaşadığı kompleks fiziki niteliklere sahip organizasyonlardır (Yiğit ve Aksakal, 2005: 7). Bu organizasyon, belirli amaçlar doğrultusunda kişilerin çabalarını birleştirdikleri yapılandırılmış bir süreçtir.

Hastane işletmeleri; diğer işletmeler gibi çevresinden farklı girdiler almakta, bunları bir süreçten geçirmekte ve nihai olarak bir hizmet ortaya koymaktadırlar. Fakat hastane işletmeleri diğer işletmelerden bazı yönleri ile farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklardan en önemlisi karmaşık bir örgütsel yapıya sahip olmasıdır. Örgütsel yapısının karmaşık olmasının nedeni ise; hastaneleri etkileyen etkenlerin, yani dış çevrenin ve ürün yelpazesinin karmaşık olmasıdır Süreç açısından işlevler oldukça değişik olup; nihai ürünün geri bildirim mekanizması tam organize edilememiştir. Karmaşıklığın bir başka nedeni ise, her hasta için farklı bir uygulamanın gerekebileceği ve bunun sonucu olarak girdilerin çeşitlenmesidir (İşçi ve Sur, 2006: 13). Hastanelerin genel özellikleri ve yapısal işlemleri aşağıda detaylı olarak incelenecektir.

A) HASTANELERİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Hastanelerin özellikleri incelendiğinde, matriks organizasyon yapısına sahip olduğu, kesintisiz hizmet verme, personelinin önemli bir kısmının bayanlardan oluştuğu, mimari yapısı ile diğer hizmet işletmelerinden farklılaştığı, karmaşık yapıda açık dinamik sistem olduğu, yönetici özellikleri ve farklı rol ve ilişki özelliklerinin yer aldığı görülmektedir.

1. Hastanelerin Hizmet Organizasyonu Olma Özelliği

“Hizmet bir tarafın diğerine sunduğu, temel olarak dokunulmayan ve herhangi bir şeyin sahipliğiyle sonuçlanmayan bir faaliyet ya da fayda” şeklinde tanımlanmaktadır (Öztürk, 1998: 3).

Hizmet sektörünün, sistematik bir şekilde ele alınışı 1700’lü yıllara dayanmaktadır. Hizmet kavramı günümüzde iki farklı boyutta incelenmektedir. Bunlardan birincisi; işletmelerin temel faaliyet alanları bakımından üretmiş oldukları çekirdek üründür. Bu boyutuyla hizmet, elle tutulamayan kalite bakımından standartlaştırılması zor olan soyut unsur şeklinde açıklanabilir. İkinci boyutta anlaşılması gereken, işletmelerce tüketicilere sunulan mallara yönelik destek hizmetleridir (Zengin ve Erdal, 2000: 46). Bu boyutlardan hangisi olursa olsun hizmetler insan ihtiyaçlarının fiziksel bir nesne aracılığıyla olsun veya olmasın karşılıklı etkileşim süreci içinde karşılanmasını sağlayan etkinlikler şeklinde ifade edilebilir. Hizmeti sunanın hazırladığı bir ortamda doğal olarak göstereceği davranışlara bağlı olarak; hizmete ihtiyaç duyanların (müşterilerin) bir fayda elde etmesi söz konusu olmaktadır. Hizmetin sunulduğu ortam, çoğunlukla karşılıklı etkileşim süreci içinde, insan davranışları aracılığıyla gerçekleşmektedir.

Hizmet sektörü özellikle son 30-40 yıldır büyük bir gelişme içerisinde. Günümüzde hizmetler güzellik salonlarında verilen hizmet etkinliklerinden, sigorta şirketlerinin sunduğu hizmetlere kadar çok geniş bir alana yayılmış bulunmaktadır (Uyguç, 1998: 8). Hizmet sektöründe de işletmeler ancak, farklılık oluşturma, müşteri memnuniyetini sağlama ve fiyat rekabetinden kurtulma konularında avantajlar sağlayabilmektedirler (Zeithaml vd, 1990: 2).

Hizmet sektöründe kalitede mükemmelliğin sağlanabilmesi için işletmelerin teknolojik standartlarını yüksek tutması belirleyici olmaktadır. Örneğin; Ritz-Carlton Otelleri ve SAS Havayolu Şirketi liderlerinin temel felsefesi “hizmet sektöründeyiz ve hizmet sunuyoruz” biçiminde ifade edilmiştir (Burwash, 1998: 33-34). Bu nedenle, hizmet sektöründeki işletmelerin müşterilerine sunacakları hizmetlerle ilgili belirli bir standardı sağlamaları ve her geçen gün bu standartların üzerine çıkabilmeleri için teknolojik yenilikleri işletmelerine uyarlayabilmeleri gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri temel özelliği itibariyle, güven faktörünün ön planda olduğu yapılardır. Böyle bir özelliği olan hizmet sektörünün işleyişinde diğer sektörlerle göre önemli değişiklikler vardır. Örneğin; (Semerci Öz ve Kurt, 2006: 3)

- Çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur.
- Çok sayıda meslek grubu birlikte hizmet verir.
- Yapılan işler karmaşık ve değişkendir.
- Yapılan faaliyetlerin çoğu acil ve ertelenemeyecek niteliktedir.
- Uzlaşma düzeyi yüksektir.
- Farklı uzmanlık grupları arasında “karşılıklı bütünüleyici bağımlılık” yüksek düzeydedir.
- Çatışmaya yol açan ikili otorite yapısı vardır.
- İnsan kaynakları, kurumsal hedeflerden çok mesleki hedefleri öncelik kabul eden profesyonellerden oluşur.
- Yapılan işlemlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı azdır.

Sağlık hizmetleri müşterilerine (hastalara) anında ve çabuk cevap verebilmelidir. Çünkü sağlık hizmetinin verilmesinde hastanın hayatı söz konusudur. Bunun yanında sağlık hizmetlerinde müşterilerinin ihtiyaç ve beklentileri her geçen gün değişmektedir. Bunun için hastane işletmesinin faaliyetine başladıktan sonrada yenilikleri ve pazarı takip etmesi gerekmektedir (Ergin vd, 1999: 13). Çünkü tıp alanındaki gelişmeler baş döndürücü bir hızla geliştiğinden, müşterilerin istekleri ve beklentileri de bu oranda artmaktadır. Bunun için, hastanelerin tüm bu hızlı değişimleri anında takip edip cevap verebilmesi büyük bir önem taşımaktadır.

Hizmet sektörü içerisindeki sağlık hizmetlerinin en önemli ayırıcı özelliği ise, gıda ve giyim talebindeki gibi devamlılık taşımayıp düzensiz ve önceden tahmin edilemez yapıda olmasıdır (Özgülbaş ve Malhan, 2000: 16). Çünkü sağlık hizmetlerinde insanların aniden gelişen sağlık problemleri ile karşılaşma ihtimali oldukça yüksektir. Örneğin; aniden yaşanabilecek beklenmedik trafik kazası bu duruma önemli bir örnek olarak gösterilebilir.

Sağlık ve sağlık hizmetlerine olan talep diğer mal veya hizmetlere olan talepten farklılık içermektedir. Sağlık hizmetlerinin yapı itibariyle gösterdiği özelliklerin sağlık sektöründe talep analizi yapmayı engellemektedir. Çünkü kişilerin sağlık hizmeti için ne kadar ödeme yapmaya istekli ve ödeme yapabilir olduğunu tespit etmek güçtür (Sur ve Ökem, 1997: 12).

Hizmet sektörü içerisindeki hastanelerin tüm birimleri büyük bir öneme sahiptir. Çünkü sunulan sağlık hizmeti ve üretilen bilimsel kalite bir zincirin halkaları şeklindedir. Doğal olarak bu halkalardan herhangi birinde meydana gelebilecek olan bir aksaklık tüm sağlık sisteminin çalışma kalitesini etkileyecektir (Gürmen, 1997: 41). Öyle ki, hastane sisteminin içerisindeki alt sistemlerde oluşabilecek bir aksama tüm sistemi etkileyebilir. Dolayısıyla farklı profesyonel meslekleri ve yapıları bir arada bulundurması nedeniyle hastaneler kritik bir önem taşımaktadır. Örneğin; hastanede laboratuvar departmanında tahlil cihazlarında oluşacak bir arıza hastalardan alınan numunelerin yanlış değerlendirilmesine ve hatta hastanın hayati tehlikeyle karşılaşmasına neden olabilecektir.

2. Kesintisiz Hizmet Verme Özelliği

Hastaların ihtiyaçları günün yirmi dört saati ve haftanın yedi günü temeline dayanmaktadır (Stefl, 2001: 4). Hastaneye başvuran hastaların durumlarının acil özellik göstermesi ve geri çevrilemez yapısı nedeniyle bazı hastaların yatarak sürekli tedavi altında tutulması gerektiğinden hastanelerde hizmetin ara verilmeksizin günün 24 saati esasına dayalı olarak personelin vardiya usulü esasına göre çalıştırıldığı hizmet kurumudur (Ak, 1990: 92). Hastaneler, toplumların ve tüm insanların potansiyel konumundaki hizmetlerini günün 24 saati sunarlar (Meriç vd, 2000: 7).

3. Hastane Personelinin Önemli Bir Kısımının Bayanlardan Olması

Genel olarak hastanelerdeki personel sayısının yaklaşık üçte ikisini bayan personel grubu oluşturmaktadır. Bayan personel arasında devir hızının yüksek olması bayan personelin bir özellik olarak incelenme nedenini oluşturmaktadır. Tatil günlerinde akşamları ve gece vardiyalarında bayanların çalışıyor olmaları bayan personel açısından

bazı problemlere neden olmakta ve özellikle evli çiftler arasında huzursuzluklara yol açmaktadır. Bu nedenle evlendikten sonra görevden ayrılmalar sıkça yaşandığından buna bağlı olarak personel devir hızı yükselmektedir (Seçim, 1994: 17). Bu nedenle, hastanede hizmetlerin aksamadan sürdürülebilmesi için bu durumun dikkate alınması gerekmektedir.

Denetleme ve koordinasyon boyutuyla yapılan bazı araştırmalara bakıldığında, bayan hastane yöneticilerinin değerlendirmelerinin erkek yöneticilere oranla daha olumsuz olduğu belirtilebilir (Şahin ve Eriğüç, 2000: 21). Buna göre, hastanede çalışanların görevlerini denetleme ve koordine etme sorumluluğunun hastanede pek çok uzmanlık alanına sahip olanların bir arada çalışıyor olmaları sebebiyle erkek yöneticilere oranla bayan yöneticilerin daha çok olumsuz etkilendikleri söylenebilir. Yapılan araştırmalarda kadınların iş doyum düzeylerinin erkeklerle karşılaştırıldığında daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çocuk sahibi olmak kadın çalışanların iş doyum düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir. Mesleki değişkenliklere göre yapılan araştırmalarda ise, hemşirelerin en düşük iş doyumuna sahip meslek grubu olduğu tespit edilmiştir (Çimen ve Şahin, 2000: 58).

4. Hastanelerin Mimari Yapısı ve Fiziksel Özelliği

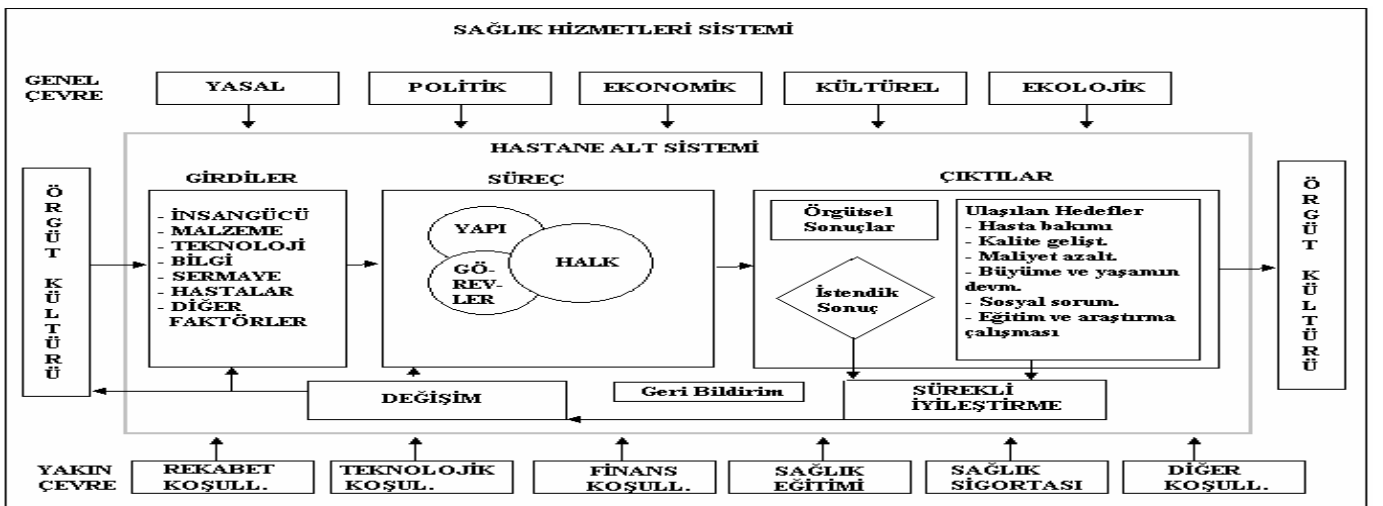
Hastaneler sağlık hizmetlerinin sunulmasında azami verimi sağlayacak şekilde dizayn edilmelidir. Hastane binalarının yapısı ısı ve sesi koruyan, enfeksiyonu önleyen, hava sirkülasyonunu sağlayan zaman ve mesafe bakımından ulaşımı kolay, yangın, deprem ve benzeri tabii afetlere karşı korunaklı bir alanda ve sağlam yapıda olması gerekmektedir (Ak, 1990: 89). Türkiye coğrafi konumu açısından sık sık afetlerle karşı karşıya kalınmaktadır. Bu açıdan hastanelerin yerleşim yerlerinin iyi bir fizibilite çalışmasından sonra belirlenmesi çok büyük bir önem taşımaktadır. Hastanelerin fonksiyonel işlevini kaybetmemesi açısından en uygun yerleşim alanına iyi bir mimariyle inşa edilmesi gerekmektedir.

5. Karmaşık Yapı, Açık ve Dinamik Sistem Özelliği

Sağlık sisteminin bir alt sistemini oluşturan hastaneler, örgütlenmiş tıbbi personeli ve hemşirelik hizmetleri ile hastaların teşhis ve tedavisini sağlayan hem üretim aracı hem de nihai ürünü insan olan karmaşık sistemlerdir (Şahin ve Şahin, 2000: 135). Zira sağlık sistemi, sosyal sistemler içerisinde belkide en karmaşık sistem olma özelliğini taşımaktadır. Genel bir bakış açısıyla sağlık sistemi incelendiğinde, birbirinden çok farklı yönelime sahip çalışanın olması, karmaşık ilişkilerin olmasının başlıca nedeni olarak görülmektedir.

Hastaneler açık dinamik bir sistemdir. Sistem, parçaların bir araya gelmesi ile oluşan bir bütündür. Bütünü oluşturan bu parçaların her birisinin kendisine has işleyiş özelliği vardır ve aynı zamanda her birinin etkinliği de birbirine bağlıdır (Koçel, 2001: 186). Hastanelerde dış çevreleriyle sürekli olarak bir etkileşim halindedirler. Özellikle günümüz sağlık sektöründeki yaşanan hızlı değişimin bir sonucu olarak hastaneler dış çevresini daha iyi kontrol altında tutabilmek, rekabet edebilmek, müşteri isteklerine hızlı cevap verebilmek ve daha çok girdi sağlayabilmek (özellikle hasta sayısını artırabilmek) için daha fazla çaba harcamak zorundadır. Şekil 7’de sağlık hizmetleri sisteminin genel görünümü gösterilmiştir.

Şekil 7. Sağlık Hizmetleri Sistemi



Kaynak: F.C. Rakich, B. Longest and C.Darr, *Managing Health Services Organizations*, 3. Baskı, USA: Help Profession Pres Inc., 1996, s.17

Şekil 7’de belirtildiği gibi, hastaneler sağlık sisteminin bir alt sistemidir. Sağlık sisteminin genel çevresini oluşturan yasal, politik, ekonomik, kültürel ve ekolojik koşulları, sağlık eğitimi, sağlık sigortası ve diğer çevresel faktörler örgüt kültürünün oluşturulmasında belirleyici rol oynar. Hastane sisteminde yönetimin her aşamada etkin bir fonksiyonu vardır. Burada girdiler, işgücü, malzemeler, teknolojik, bilgi, sermaye, hastalar ve diğer faktörlerdir. Süreç aşamasında ise, kurulan yapı, toplumun hastane örgütüne verdiği görev ve sorumluluklar etkili olmaktadır. Çıktılar ise, ulaşılan hedeflerden; hasta bakım hizmeti, kalite geliştirme, maliyetleri azaltmak, büyüme ve yaşamını sürdürme, sosyal sorumluluklar, eğitim ve araştırma çalışmaları şeklindedir. Bu süreçte, girdiler ve çıktılarda örgüt kültürü etkili olmaktadır. Çıktılarda devamlı iyileştirme sağlamaya dönük geri bildirimler ile girdilerde ve süreçte istendik değişimler sağlanmaya çalışılır (Rakich vd, 1996: 19).

Hastanelerin bir sistem olarak nitelendirilmesinde çeşitli kavramlar kullanılmaktadır. Örneğin hastaneler, sosyal sistemler, sosyo-teknik sistemler, çevreye uyum gösterebilen (adaptive) sistemler, açık-dinamik sistemler olarak nitelendirilmektedir. Sosyal sistem kavramında organizasyonun çevresiyle olan ilişkilerinde 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 konusu üzerinde durulmaktadır (Seçim, 2006: 2). Aslında bütün dinamik sistemlerde olduğu gibi hastaneler de çevresine uyum gösterebilmelidirler.

Hastanelerin karmaşık yapıda olması çeşitli sebeplere bağlanabilir. Bunlardan birincisi hastane dışında hastaneyi etkileyen etkenlerin yani hastane çevresinin çok karmaşık olmasıdır. Bu durum özellikle ABD ve Avrupa ülkelerinde daha fazladır. Çünkü meslek örgütlerinin bu ülkelerde hastaneler üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (Seçim, 1991: 21). Bu sorunlar doğal olarak sağlık hizmeti sunumu yapan hastaneler açısından değişkenlik ve çeşitlilik göstermektedir.

Tıp teknolojisinde özellikle son yirmi beş yılda gözlenen hızlı ilerleme sağlık hizmetlerinin teknoloji maliyetlerini arttırmıştır. Buna rağmen kalkınmış ülkelerde sağlık hizmetlerine ayrılan payın (olan talep ve beklentiler) gayri safi milli hasıla içindeki oran %20'lere yakinken Türkiye’de bu oran %3-4 lerde gözlenmektedir (Bekaroğlu,

1998: 17). Bu nedenle hastanelerin teknoloji kullanım maliyetlerinin artması nedeni ile teknoloji kullanım oranları gelişmiş ülkelere oranla düşük kalmaktadır.

6. Hastane Yöneticilerinin Özelliği

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 yönetimsel başarısını sağlamak rollerine sahiptir (Wallick, 2002: 393). Bunların yanı sıra günümüzde yönetici örgütün girişimciliği ve yenilikçiliği ile ilgili de önemli görevler üstlenmektedir. Çünkü eğer bir örgüt yenilenmez ise, hızla gücünü kaybedebilir.

Mesleki özerkliğin ön planda tutulduğu profesyonel örgütlerde, örgütsel amaçların belirlenmesi ve uygulanması, performans standartlarının oluşturulması ve bu standartların korunduğunu gözetmek açısından önemli ölçüde sorumluluğun örgüt için çalışan meslek adamlarına devredildiği bir yapılanma söz konusudur (Kılınç, 1998: 49). Zira hastaneler gibi mesleki özelliğe öncelik veren profesyonel örgütlerde mesleki otorite, örgütsel otoriteden önde gelmektedir ve güç hekimlerdedir. Çünkü hekimlerin yapmış oldukları işler hekim olmayan yöneticiler tarafından kontrol edilmeyecek derecede karmaşıktır. Bu nedenle hekimler belirli bir düzeyde güç ve bağımsızlığa sahiptirler.

Hastane yöneticisi, hastanelerin işletilmesinde para, zaman, yer, malzeme ve insan gücünü bilinçli, hünerli ve verimli olarak kullanarak optimum sağlık hizmetlerinin üretilmesi fonksiyonunu yerine getiren kişidir (Ak, 2000: 164). Bir başka tanımlamayla hastane yöneticisi, hastane kaynaklarının optimum düzeyde kullanımını planlayan ve hizmetler için gerekli girdileri denetimi altında bulunduran kişidir (Köksal, 2002: 8).

Hastanelerde yasal ve biçimsel olarak hastane yöneticisi başhekimdir. Başhekim, en üst düzeyde sorumluluk taşıyan “kişi” konumundadır. Hastane yöneticisi, bir orkestra şefi gibi çalışmalıdır. Ancak günümüzde tek kişi bu sorumluluğu üstlenmeyip grup olarak bir hastane yöneticiliği söz konusudur. Çünkü çok boyutlu gelişen hastane hizmetlerinde; profesyonel, yarı profesyonel ve hizmetlilerden oluşan çok geniş ve

karmaşık nitelikte bir personel yapısı mevcuttur. Bunun sonucu olarak ta hastanelerde yönetim sorunu yaşanmaya başlamış ve hastane yöneticiliği ayrı bir alan olarak gelişmeye başlamıştır. Profesyonellerin, kurumun kendisinin ve hizmet alan kişilerin özerklik beklentileri, yönetim yapısında, bilimsel yöntemler kullanılarak çözüm beklemektedir. Hekim-yönetici arasında özerklik açısından çatışma yaşanabilmektedir. Yönetimlerin kalite açısından üzerinde durdukları konulardan olan, hastanelerde hasta kalış süresi hakkında hastalığa göre önceden saptanan standartlar belirlenmesi ve buna uyumlu yatış süresi uygulanması beklentisi; yönetim ve hekimler arasında çatışma yaratan, hekim- hasta ilişkisinin özerkliğine karşı bir girişim olarak algılanan sorunlardan birisidir (Erdoğan ve Ekuklu, 1994: 71). Hastane yönetimi günlük olayların yönetimi yanında gelecekte beklenen uygulamaları da öngörmeli ve yarının sorumluluğunu da taşımalıdır. Maliyet, verimlilik, etkinlik ve etkililik konusunda en iyiye ulaşmayı hedeflemelidir. Bu hedefler soyut olarak kalmamalı rakamlara dökülerek somutlaştırılmalıdır.

Hastane yöneticileri dönüştürücü liderlik özelliklerine sahip olmalıdırlar (Tanlı, 2000: 2). Liderlik yaklaşımlarından birisi olan dönüşümcü liderlik, örgütü yenileme amaçlarının gerçekleştirilebilmesinde örgütsel bağlılığı oluşturma ve bu amaçları başarmak için izleyenlerin güçlendirilmesi süreci ile ilgilidir (Yukl, 1994: 350). Dönüşümcü liderliğin özelliğinden olan sürekli öğrenme ve öğretici olma özellikleri hastane yöneticilerinin sahip olmaları gereken önemli liderlik özelliğidir.

Hastane yönetiminde yöneticiler ile ilgili sağlık planlarındaki çatışmalar günümüz hastane işletmeciliğinin önemli problemlerindedir. Yönetici hekimler bir sistemi bütünleştirerek şekillendirdiklerini varsayarlar ve örgütleri ileri taşıyabilecek başka bir yöneticiye gerek olmadığını savunurlar (Shur, 2002: 24). Aşağıdaki şekilde yöneticiler ile hekimler arasındaki farklılıklar gösterilmektedir.

Yöneticiler	Hekimler
Pek çok alanı bilirler	Uzmandırlar
Bireyleri denetlerler	Denetlenmek istemezler
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

Tablo : 3 Yöneticilerle Hekimler Arasındaki Farklar

Kaynak: Osman Hayran, Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?, www.merih.net, 2002, s.6

Tablo 3’de görüldüğü gibi bir çok yönden yöneticilik ve hekimlik arasında farklılıklar söz konusudur. Hastane yöneticiliği ve hekimlik arasındaki uygulama incelendiğinde; hasta ile yani sunulan hizmet ile direkt ilgili olması dolayısıyla hekimliğin hastane yönetiminde tarihsel süreç itibariyle daha etkin bir role sahip olduğu anlaşılmaktadır (Hayran, 2002: 6). Bu anlamda yöneticiler ve hekimler arasındaki farklılıkları ele alındığında yöneticiler, yönetim konusu ile ilgili bilgi sahibi iken hekimler ise yönetim konusunda herhangi bir eğitim almadıklarından yönetim konusuna yetersiz kalabilmektedirler. Yöneticiler çalışanlarına idari anlamda denetim yaparken, hekimler ise tıbbi denetim konusunda uzmandırlar, yöneticiler hem idari, hem tıbbi alanda insan grupları ile ilgilenirler hekimler ise hastaların sağlığı ile ilgilenirler. Yöneticiler yönetim konusunda kararları uzlaşma ile oluştururlar. Hekimler ise yönetsel anlamda bireysel karar verme eğilimindedirler.

7. Hastanedeki Rol Belirsizliği

Hastanelerdeki rol belirsizliği ve rol çatışması tüm örgütler için önemli bir problemdir. Hastanede çalışan personel arasında, çalıştıkları çevrenin aşırı stresli olması, işin doğası gereği çalışanlar arasında, sık sık çatışma yaşanmaktadır. Rol belirsizliği ve rol çatışması hastaneler de daha fazla çatışmaya ve olumsuz etkilere neden olmaktadır (Ocak vd, 2004: 54). Bu nedenle hemşirelik ve diğer tıp grupları arasındaki koordinasyon ve işbirliğinin artırılması hasta bakım kalitesini yükselteceği gibi çatışmayı da azaltabilecektir.

Hekimlik ve yöneticilik rolü kadar hekimler arası ilişkiler de hastanelerde karşılaşılan en önemli unsurlardan birisidir. Piyasa ekonomisi yaklaşımı taraftarları sağlık hizmetlerinin de birer ürün olduğunu ve rekabet piyasası koşullarında diğer herhangi bir mal gibi üretilebileceğini ve tüketilebileceğini savunurlar. Bu görüşe göre, hekimler rekabet piyasası ortamında hizmet sunucuları olarak birbirleriyle rekabet etmektedir (Yıldırım, 1999: 125). Ayrıca, sağlık hizmetleri organizasyonu hekimlerin çalışması ve liderliği olmadan yaşayamaz ve hizmet veremezler. Bunun için sağlık organizasyonunun içerisinde bulunan herkes organizasyonun amaçlarına ulaşabilmesi açısından etkili ilişkiler kurmak zorundadırlar.

Hastane organizasyonlarındaki diğer önemli bir sorun, görev tanımlarının ve ilişkilerin net olmamasıdır. Bu durum farklı rol ve ilişkilerin oluşmasına neden olmaktadır. Örneğin, idari pozisyonların görev tanımları aynı ayrıntıda düzenlenmemiştir. Bu konu ile ilgili aşağıdaki örnekler verilebilir. Baş eczacı eczanede bulundurulması gereken belirli ilaçları buldurmakla ve bu ilaçların her zaman günü geçmemiş ve kodekse uygun olarak sağlamakla yükümlü olduğu bilinmektedir. Fakat eczanede bulundurulması gerekli ilaçların kim veya kimler tarafından saptanacağı belirtilememektedir. Baş diyetisyen, servis ofislerinin yemek dağıtımını, bulaşık yıkanması, hasta kahvaltı ve yiyeceklerinin muhafazası ve sair hususlarda bunların düzenli ve usulüne uygun olması için gerekli tedbirleri aldırır denilmekte, ama bu tedbirleri kime aldıracağı belirtilmemektedir. Hastane müdürünün idari birimlerin görevlerini düzenli ve verimli bir şekilde yapmalarını sağlamakla yükümlü olduğu ifade

edilmekte, fakat bu idari birimlerin neler olduğu açıkça gösterilmemektedir. İlişkilerin belirsizliği konusunda da tıbbi teknisyenlerin durumu örnek gösterilebilir. Tıbbi teknisyenlerin hizmet yönünden servis veya laboratuvar uzmanlarına bağlı olacakları belirtilmekte fakat idari yönden kime bağlı olacakları açıkça gösterilmemektedir. Benzer şekilde tıbbi sekreterlerin ve tıbbi fotoğrafçının kime bağlı olacakları da belirtilmemektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde organizasyona esas teşkil eden hastane müdürü hastanedeki her türlü cihaz, motor, eşya ve bina onarımı gibi işlerin ilgililerce zamanında yapılmasını sağlayacağı belirtilmektedir. Ancak bu görev başhekime bağlı olan mühendisin görevidir. Hastane müdürüne bu görevin verilmesi ile mühendise talimat verme yetkisi de tanınmış olmaktadır (Seçim, 1985: 200).

Örgüt içerisindeki alt birimler (grup, servis, bölümler) uzmanlaştıka birbiriyle ilgisi olmayan amaçlar geliştirmeye başlarlar. Bu farklı amaçlar, her bir alt birim üyeleri arasında farklı beklentilerin oluşmasına neden olur (Can, 1999: 311). Bununla beraber bazen, her birim kendi birimleriyle ilgili olarak çok değişik amaçlar belirleyerek, kendi birimlerinin amaçlarını diğer birimlerin amaçlarından veya bir bütün olarak örgütün amaçlarından daha önemli görebilir (Ertürk, 2000: 227). Amaçlarda ortaya çıkan farklılıklardan kaynaklanan çatışmalara rekabetçi ödüllendirme sistemlerinden kaynaklanan farklılıklar, bireysel amaçlardaki farklılıklar, yöneticilik görüş ve uygulamalarındaki farklılıklar, yeniliklerin getirdiği yeni bilgi ve görüşlerden doğan anlaşmazlıklara neden olabilmektedir.

Örgütlerde çalışma amaçlarının açık ve objektif bir biçimde belirlenmesi çatışmaları azaltacaktır. Fakat, bu amaçların tüm örgütlerde açık bir biçimde belirlendiğini söylemekte güçtür. Hatta bazen örgütün görevlerinin kolay bir şekilde belirlendiğini ifade etmekte mümkün olamamaktadır (Solmuş, 2001: 42). Bu durum hastane örgütleri açısından ele alındığında, çoğu zaman hastanenin amaçları, örgütsel görev ve sorumluluklarda açıkça görülmeyebilir.

a) Tedavi Verme İlişkisi

Hastane işlevlerinin yürütülmesiyle ilgili hekimlik faaliyetleri, tıp hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Bu nedenle yalnızca tanı ve tedaviye yönelik faaliyetler değil,

eđitim, arařtırma ve toplumun sađlık dűzeyine katkıda bulunma amacıyla yűrűtűlen faaliyetler tıp hizmetleri içinde sayılmaktadır (Seçim, 1991: 47). Tıp hizmetleri organizasyonu (medical staff organization), hekimlik faaliyetleri ile ilgilidir ve bařhekimlik gibi yűnetsel organları ve yűrűtme komitesi gibi resmi komiteleri içermektedir. Tıp hizmetleri organizasyonu, yűnetim kurulu tarafından hasta tedavisi ve bununla ilgili faaliyetleri yűrűtmek için yetkilendirilen hekimlerden oluřur (Morlock, Nathanson, 1983: 67). Hastanelerde tedavi vermede bařlıca uzmanlık alanları; Temel Tıp Hizmetleri (laboratuvarlar), Dahili Tıp Hizmetleri ve Cerrahi Tıp Hizmetleri řeklinde sınıflandırılabilir. Bu uzmanlık alanları arasındaki iliřki ise birbirine bađlıdır. Örneđin; bir hastanın hastaneye dahiliye polikliniđine muayene olması iřlerin bařlamasıdır. Burada doktorun hastayla ilgili kan tetkikleri istemesi durumunda temel tıp hizmetleri dediđimiz laboratuvar hizmetine gerek duyulur. Bu tetkikler sonrasında hastada tespit edilecek bir hastalıkla ilgili olarak örneđin; tűmr ile ilgili ise tedavi hizmetini cerrahi tıp birimleri vermektedir.

Hastanelerde formal tıp hizmetleri organizasyonun oluşumunda; Amerika Tıp Birliđi (AMA), Amerika Cerrahlar Birliđi (ASA) ve Sağlık Kurumları Akreditasyon Komitesinin (JCAHO) bűyűk etkileri olmuştur. Amerika Cerrahlar Birliđi 1913 yılında minimum hizmet standartlarını belirlemiş ve bu standartlar 1919 yılında hastaneler tarafından benimsenmiştir. Bu standartların başlıcaları şunlardır (Paris, 1994: 33);

- Hastanede alıřan hekimler, bir tıp hizmetleri organizasyonu içinde rgűtlenmelidir,
- Tıp hizmetleri organizasyonuna yalnızca kendi uzmanlık alanında yeterli olan ve etik kurallara bağlı kalarak çalışan hekimler katılmalıdır,
- Hastane hekimlerin davranıřlarını yűnlendiren biçimsel (resmi) kurallar saptanmalı ve dűzenli olarak incelemeli ve deđerlendirmelidir,
- Klinik değerlendirmeleri kolaylaştırmak için hasta kayıtları dűzenli ve eksiksiz biçimde tutulmalıdır,
- Klinik laboratuvarlar yeterli hale getirilmelidir.

Tıp hizmetleri organizasyonu, tedaviyle ilgili olarak hekimlerin faaliyetlerini dűzenlemektedir. Tıp hizmetleri organizasyonu, bařhekimlik ve tıp hizmetlerinin

organize edilmesi, yürütülmesi ve denetlenmesiyle ilişkili çeşitli organ ve komitelerden oluşmaktadır. Hastane yönetim kurulu, kaliteli hizmet sunumu sorumluluğunu tıp hizmetleri organizasyonuna devretmiştir. Tıp hizmetleri organizasyonu, işe alınacak hekimleri seçmekte, hekimlere tanınacak ayrıcalıkları belirlemekte, hizmet standartlarını kararlaştırmakta, hekimlerin hizmet üretiminde uyacakları kural ve ilkeleri tespit etmekte, hekimlerin faaliyetlerini denetlemektedir. Tıp hizmetleri organizasyonu, bu görevleri, kendisinin geliştirdiği ve yönetim kurulu tarafından onaylanan tüzüklere göre gerçekleştirmektedir (White, 1997: 65). Tıp hizmetleri organizasyonu ve bu organizasyonun yöneticisi olan başhekimlik organının hastane yönetim kurulu ve hastane yönetimi ile yakın ilişkisi bulunmaktadır. Tıp hizmetleri organizasyonu, hastanelerin temel üretim faaliyetini gerçekleştiren hekimleri içerdiği için hem hastane yönetimi hem de hastane yönetim kurulu, tıp hizmetleri organizasyonu ile yakın ilişki içindedirler.

Hastanelerde tedavi ve hasta bakımındaki hızlı fiyat artışları yanında, insanların sağlıklı ve uzun bir yaşam sürme istekleri (yaşam kalitesi beklentisinin yükselmesi) sağlık hizmetleri sunumunda yeni yaklaşımlar doğurmaktadır. Hastalık yönetimi sürecinde risk yönetimi, süreç kontrolü konuları planlamalarda yer almaktadır. Böylece “yönetimli hasta bakımı” kavramı yönetim sürecine girmektedir. Bu kavramdan, sağlık hizmeti sunumu öncesinde, her hasta için ayrı ayrı hesaplanmak üzere, hastanın tedavisi ve bakımını etkileyen sağlık masraflarının, hasta ve ödemeyi yapacak kurumun önceden hesaplama yapmasına yardımcı olacak biçimde yönlendirilmesi için kullanılan teknikler bütünü anlaşılmaktadır. Hastaya sunulan tüm maksimum yararın elde edilmesini amaçlayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Çoruh, 1996: 5-6). Bu da ancak sağlık kuruluşlarında verilen hizmet performanslarının iyi tanımlanması ve ölçülmesiyle gerçekleştirilebilir.

b) Koordinasyon İlişkisi

Sağlık bakım sisteminin esası hastanın bakımına odaklıdır. Bunun için hekimler, hemşireler, sağlık yöneticileri ve diğer hizmet veren personeller en iyi hasta bakımına ulaşabilmek için ekip halinde koordinasyon içerisinde çalışmak zorundadırlar (Steff, 2001: 3). Böylelikle hastaya etkin bir tedavi verme imkanı söz konusu olmaktadır.

Hastanelerde koordinasyon konusu ile ilgili söylenebilecek bir başka konuda hastanedeki diğer alt birimlerin koordine edilmesidir. Örneğin; eczacılık hizmetlerinin hekimlerle koordineli bir şekilde çalıştırılması gerekmektedir. Bundan başka yine hastane birimleri olan, röntgen, laboratuvar vs. tüm birimlerin arasında iyi bir koordinasyon hizmeti sunumunda büyük bir önem taşımaktadır.

Hastaneler yoğun, karmaşık teknolojilerin kullanıldığı örgütlerdir. Bu tür teknolojilerde görevler çeşitlilik göstermektedir. Görevlerin yerine getirilmesinde başarı sağlanabilmesi çeşitli tekniklerin uygun kombinasyonla kullanılmasına bağlı bulunmaktadır (zmen ve Katrinli, 1994: 135). Modern hastane kompleks bir yapıdadır, bakım kalitesi ve maliyeti, bireysel yeterlilik kadar profesyoneller ve departmanlar arası koordinasyona 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 sağlayabilmek için hastanedeki sağlık personellerinin arasında yaşanan anlaşmazlıklar, tartışmalar, çatışmalar veya kavgaların çözümlenebilmesi için koordinasyona ihtiyaç duyulmaktadır (Skjorshammer, 2001: 24). Bu nedenle, öncelikle örgüt amaçları kişiler tarafından doğru anlaşılmalı ve örgüt üyelerinin örgütsel amaçlar doğrultusunda toplayıcı ve bütünleştirici bir iletişim sistemi kurulmalıdır. Aksi takdirde, örgüt üyelerinde gruplaşmalar olabileceğinden, farklı görüşler ve yorumlar etrafında toplanan kişiler tarafından oluşturulan gruplar ise birbiriyle çatışma içerisine girilebilmektedirler.

Bir meslek grubunun tıbbi bakım sürecini tümüyle yönlendirmesi ve bu süreç içinde yer alan faaliyetleri tek başına gerçekleştirmesi hemen hemen mümkün görünmemektedir. Tıbbi bakım süreci ile ilgili problemlerin çözümü için gerekli bilgi ve beceriler karması öylesine geniştir ki; bir meslek grubu bu bilgi ve becerilerin tümüne sahip olamamaktadır (Mears, 1994: 47). Bu nedenle sağlık kurumlarında amaçların başarılabilmesi için gerekli etkinlikler, birbirlerinden çok farklı bilgiye sahip, farklı mesleki uzmanlıkları olan personelin etkin bir iletişimi ile gerçekleşebileceği ifade edilebilir.

Hastanelerdeki işlerin karmaşık bir özellik göstermesi ve hastaların hizmet konusundaki beklenti düzeyleri artmakta, buna paralel koordinasyon ihtiyacı da önem kazanmaktadır (Kıvanç, 2001: 24). Sağlık hizmetlerini veren birimler arasında sıkı bir işbirliğinin gerekliliği ve bu birimlerin bir çoğunun eş zamanlı çalışması koordinasyonun önemini oldukça arttırmaktadır. Koordinasyon eksikliği sağlık hizmetlerinin önemli bir problem kaynağıdır. Bu nedenle koordinasyon hizmetin niteliği, başarısı ve sürekliliği için son derece önemlidir.

c) Denetim İlişkisi

Günümüzde sağlık hizmetlerinde görevli olan yöneticileri denetim konusunda sınırlayan iki faktör vardır. Bunlar; yönetim konusunda bilgi ve beceri eksikliği ve mevcut yasal düzenlemelerdir (Hayran, 2002: 1). Devlet Hastanelerinde denetim Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde, Sağlık Bakanlığı müfettişleri tarafından yıllık olarak yapılmaktadır. Demirbaş malzeme ve tıbbi malzemeler ile ilgili denetleme ise sayıştay denetçileri tarafından denetlenir. Üniversite hastanelerinin döner sermaye işletmelerinin yıl içerisinde yaptığı mal alım ihaleleri ile ilgili denetlemeler de her yıl Sayıştay denetçileri tarafından yapılmaktadır.

8. Hastanelerin Diğer Özellikleri

Hastaneye gelen her hasta farklı teşhis ve tedavi özellikleri gösterir. Hastane hizmetlerine olan talep büyük ölçüde doktorlar tarafından belirlenmektedir ve hastanelerin sunduğu hizmetlerde talep elastikiyeti düşüktür. Her an sunulan her türlü hizmete hazır olunması zorunluluğu başka işletmelerde görülmeyen, kapasite üstü istihdamı zorunlu kılmakta, zarar eden bir ünitenin bu gerekçeye dayandırılarak kapatılması ise söz konusu olmamaktadır. Hastaneler talep değişikliklerine kısa dönemde ayak uyduramaz ve buna bağlı olarak kapasite artırma veya azaltılmasına gidemezler. Sağlık hizmet üretimi stoklanmaz, üretildiği anda tüketilmek zorundadır. Ancak hizmetin üretilebileceği mutlaka tüketileceği anlamına da gelmez. Bir sağlık işletmesinin hizmet sunabilme yeteneği, sahip olduğu araç, gereç ve personelle sınırlıdır. Ancak, diğer işletmelerden farklı olarak, sağlık işletmelerinin üretimde

bulunabilmesi devletin tahsis ettiği imkanlar başta olmak üzere kendi işletmesi dışındaki faktörlere de bağlıdır. Hizmet işletmelerinin çoğu emek yoğun işletmeler olmakla birlikte, sağlık kurumları ise hem insan ve hemde teknoloji yoğun işletmelerdir. Tıp bilimindeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşmanın giderek gelişmesi hastanelere de yansımış ve böylece hem nitelikli personel sayısı artmış, hem de hizmet birimlerinin çeşitlenerek artmasına neden olmuş, bu da işgücü giderlerinin dolayısı ile de hizmet maliyetlerinin artmasına yol açmıştır. Her hastanın kişisel özelliklerinin olması sebebiyle farklı teşhis ve tedavi özellikleri göstermesi ve böylece sunulan hizmetten istifade etmelerinin de farklı olması hizmetin tanımlanmasını zorlaştırmakta, bu yüzden sağlık işletmeleri için standart çıktı bulmak zor olmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 237)

B) HASTANELERİN İŞLEVLERİ

Hastaneler, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanında, hekimler ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığını sağlayan bir kuruluş, ekonomik bir işletme, bir araştırma birimi ve pek çok değişik mesleğe sahip insanların bir arada çalıştığı sosyal ve çoğunluğu kamu kuruluşu yapısı taşıyan işletmelerdir (Özgen, 1993: 1).

Hastaneler genel işlevleri bakımından değerlendirildiğinde; hastalara tedavi hizmetleri ve bakım hizmetleri sunmaları, hastane ihtiyaçlarının tedariki, hastane finansmanı, hastane hizmetlerinin pazarlanması ve hastane yönetimi gibi temel fonksiyonları da yerine getirmektedir (Özgülbaş ve Malhan, 2000: 15). Hastanelerin sayılan tüm bu fonksiyonları etkin bir biçimde gerçekleştirebilmesi için nitelikli tıp, idari ve teknik çalışanları ile yeterli fiziki imkanlara ve tıbbi donanıma sahip olmasıyla mümkün olmaktadır. Aşağıda hastanelerin işlevleri açıklanmaktadır..

1. Tedavi Hizmetleri

Tedavi hizmetleri, hastanelerin bilinen en eski ve temel görevidir. Hastalara kendisini hasta hissedenlere ve sağlık durumlarını kontrol ettirenlere sunulan tıbbi tedavi, teşhis, gözlem, rehabilitasyon, klinik, poliklinik ve ameliyathane

hizmetlerini kapsamaktadır. Tedavi hizmetleri, hastane hizmetlerinin asli ve en büyük bölümünü oluşturmaktadır (Ak, 1990: 76).

2. Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de yeterince uygulanmadığı düşünülen, koruyucu hekimlik olarak da adlandırılan ve görevi, bireylerin hastalanmadan önce sağlıklı yaşamaları konusunda ön eğitimler vermek, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ile ilgili koruyucu hekimlik hizmetleri sunmaktadır. Örneğin; Çocuk Sağlığı Poliklinikleri, Gebe ve Bebek Bakım ve Takibi Birimleri, sigarayı bıraktırma poliklinikleri, diyet polikliniği vb (Ak, 1990: 76).

3. Eğitim İşlevleri

Hastanelerin birer eğitim kurumu olduğu da unutulmamalıdır. Çünkü, hastanelerde verilen eğitim ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, hasta ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi (intörlük, tıpta uzmanlık) hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamu oyunun eğitimi şeklinde sıralanabilir (Kavuncubaşı, 2000: 26). Üniversitelerde sağlık eğitim hizmetleri Tıp Fakültesi Dekanlığı tarafından yürütülür. Tıp fakülteleri, tıp öğrencilerinin eğitimi ve pratikleri ile ilgili olarak tüm kararları alıp, uygulama yetkisine sahiptirler. Tıp fakültesi öğrencileri teorik eğitimlerinin yanı sıra, uygulama becerilerini de üniversite hastanelerinde gerçekleştirirler. Eğitim alan personelin görev yerleri ve dağılımları ise, bağlı oldukları eğitim koordinatörlerince yapılmaktadır.

4. Araştırma ve Geliştirme İşlevi

Hastanelerdeki araştırma ve geliştirme faaliyetleri; biri tıbbi diğeri de idari olmak üzere iki türdür. Tıbbi araştırma faaliyetleri, klinik araştırma ve geçmişe dönük araştırma olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Klinik araştırma hasta ya da deney hayvanları üzerinde yapılan araştırmalardır. Geçmişe dönük araştırmalar ise, hasta dosyalarına dayanılarak yapılan araştırmadır. İdari araştırma ise, hastanenin idari

yönetimi ile ilgili problemlerinin saptanması ve çözüm yollarının bulunmasına dair araştırmadır. Özellikle Türkiye’deki hastanelerde yok denecek kadar az olan bu yönetsel araştırmalar, özel sektör hastane işletmeciliğinde ise giderek önem kazanmaktadır. Hastanenin en az maliyetle en kaliteli sağlık hizmeti sunumu verimliliğini ve etkinliğini artırma çabalarına yönelik olan bu araştırmalar hastane bünyesindeki bir ekibe veya dışarıdan hastane işletmeciliği uzmanlarına yaptırılabilir (Seçim, 1991: 18).

5. Mali İşlevi

Mali fonksiyonlar, hastanelerde hastaların ve çalışanların ihtiyaçları ile her türlü sağlık hizmeti üretim unsurları olan malzeme araç gereç, hizmet, yiyecek, içecek, giyim, kuşam, yakacak vb. satın alınması, personel maaş, tazminat, yolluk vb. ödemelerin yapılması, bütçenin tanzimi, sarfi gibi hasta ile ilgili bütün gelir ve gider işlemlerinin yönetimini kapsamaktadır (Ak, 1990: 76).

6. Yönetim İşlevi

Hastane yönetimi, yönetim biliminin uygulamalı dallarından biri olup, kendine özgü nitelikleri, işlevleri, yapıları ve işleyiş biçimi bulunan hastane yönetimi “insangücü ve fiziksel kaynakları, hastanenin amaçlarına en uygun biçimde kullanma ve yöneltme sanatıdır” (Koroğlu, 1987: 306). Öte yandan ekonomik, mali ve toplumsal kaynakları, belirlenen amaçlar doğrultusunda, planlama, örgütlenme, eşgüdümleme ve denetleme süreci olarak da tanımlanabilen hastane yönetimi, diğer birçok yönetim türünden farklı boyutlara ve niteliklere de sahiptir. Genel yönetimin temel süreçlerini de kapsamak üzere kendi özgün işleyişi içinde hastane yönetimi; “sağlık hizmet üreten bir kuruluş olarak değil aynı zamanda ekonomik bir işletme, bir okul, bir araştırma konusu uzmanlaşmış mesleklerin harmanlandığı bir örgüt, bir kurum ve kuruluş olarak görmek ve kaynakları amaçları yönünde en uygun kullanabilen bir işletme olarak algılamak gerekir” (Karakılçık, 1997: 52). Yönetim uygulamaları açısından hastanelerde ilişkileri yönetmek daha karmaşık ve zordur.

C) HASTANELERİN YAPISI

Hastaneler hizmet sektöründeki diğer kuruluşların aksine daha dinamik bir yapıya sahiptirler. Sosyal ve ekonomik hayatta meydana gelen değişimler, hastanelerin hizmet anlayışını da etkilemiştir. Hizmet anlayışında meydana gelen değişme ve çeşitlemeler sonucu farklı uzmanlık alanları ortaya çıkmıştır. Hastaneler diğer kuruluş veya organizasyonlardan farklı olarak pek çok meslek grubunu bünyesinde barındırarak hizmetlerini üretmektedir (Demir, 2004: 1). Bu nedenle sağlık sektöründe yaşanan değişme ve gelişme ile beraber hizmet veren iş kollarındaki çalışan meslek gruplarının sayısı ve genişliği de hızla artmaktadır. Farklı uzmanlık alanlarına sahip meslek mensuplarının aynı çalışma ortamında kollektif çalışma zorunlulukları olduğundan dolayı, iş ortamında meslek grupları arasında güç mücadeleleri ve çatışmalarda kaçınılmaz olmaktadır.

Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde başhekimlik makamı, hastanedeki tüm faaliyetlerin yönetiminden sorumlu en üst idari pozisyonu oluşturmaktadır. Merkez teşkilatı tarafından saptanan kararlar ve hazırlanan planlar dahilinde hastanede günlük faaliyetlerin yürütülmesi yetkisi başhekimliğe devredilmiştir. Sorumluluk kendisinde kalmak üzere başhekim bu yetkisinin bir kısmını fonksiyonel yöneticilere devretmektedir. Örneğin; mali işleri yürütme yetkisini hastane müdürüne, hemşirelik hizmetlerini yürütme yetkisini başhemşireye, tıbbi hizmetlerin yürütülmesi yetkisini ise uzman hekimlere devretmektedir. ABD veya İngiltere hastanelerinde olduğu gibi hastane içinde bir bölüm olarak tıp hizmetlerinin organizasyonu söz konusu olmadığından, hastanede görevli tüm hekimler, dolayısıyla tüm klinik ve poliklinikler başhekimliğe bağlanmış durumdadır. Ayrıca, yüksek öğrenim görmüş hemen hemen tüm personelin başhekimliğe bağlanması esası benimsendiğinden, başhekimliğin yönetim alanı çok geniş tutulmuştur. Bu durum, başhekimliğe verilmiş olan görevlerin etkin olarak yürütülmesine engel olmaktadır (Seçim, 1994: 65).

Hastaneler, örgütsel yapılanmada ülkelere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Bu yapılanma birimleri ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir. Bu bölümde hastane

işletmeleri ile ilgili genel bilgiler verildikten sonra, hastane işletmelerinin örgütsel yapıları ve çatışma kaynakları açıklanacaktır.

III- ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN ÖRGÜTSEL YAPI AÇISINDAN SINIFLANDIRILMASI

Üniversite hastanelerinin örgütsel yapıları ülkeden ülkeye farklı özellikler göstermektedir. Bu kısımda Türkiye üniversite hastanelerinin örgütsel yapısıyla AB ülkeleri üniversite hastanelerinin örgütsel yapısı incelenmiş, farklılıklar ve benzerlikleri belirtmeye çalışılmıştır.

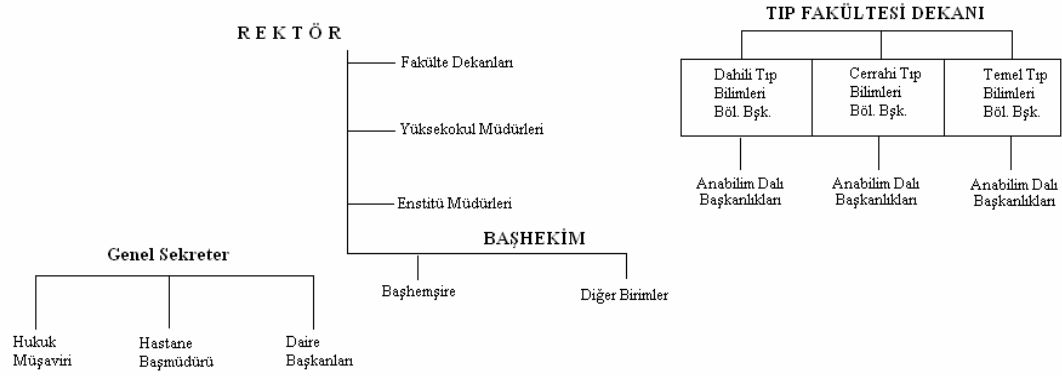
A) TÜRKİYE’DE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN ÖRGÜTSEL YAPILARI

2547 sayılı yasa, üniversite araştırma hastanelerine ilişkin bir düzenleme getirmediğinden, başka da temel bir düzenleme bulunmadığından; üniversite araştırma hastanelerinin kuruluşu, yasanın 3. maddesinde sözü edilen “uygulama ve araştırma merkezleri” kapsamında düşünülmektedir. Uygulama ve araştırma merkezleri de doğrudan rektöre bağlı olduğundan ve buraların yöneticileri rektör tarafından atandığı için, aynı konumda düşünülen üniversite araştırma hastaneleri başhekimleri de doğrudan rektöre bağlı olup, onun tarafından atanmaktadır. Ancak “başhekimlik” kavramı üniversite araştırma hastaneleri için zorlama bir kavram olup, bir unvan, kadro ya da “yasal yönetim organı” değildir. Başhekim ünvanı yükseköğretimle ilgili mevzuatta (yasal düzenlemelerde) yer almamaktadır. Buna karşın tüm üniversitelerde aynı uygulama sürdürülmekte, Sağlık Bakanlığı’nın hastane yapılanması taklit edilmektedir (Özcan, 1994: 22). Dolayısıyla üniversite araştırma hastanelerinin kuruluşu ve açılışında üniversitelerin diğer “araştırma ve uygulama merkezleri”nin kuruluş ve açılışına ilişkin yol ve yöntem izlenmektedir. Bunun yanında bir takım üniversite araştırma hastanelerinde, uygulamada ortaya çıkan sorunları gidermek üzere “yönetmelikler” çıkarıldığı ve bazı boşlukların doldurulmaya çalışıldığı görülmektedir.

Üniversite araştırma hastanelerinin yapılanması ve örgütlenmesi konusunda, üniversiteleri düzenleyen temel yasada (2547 sayılı Yükseköğretim Yasasında) herhangi bir (açık) düzenleme de yoktur. Hastane, yasanın 3. maddesinde belirtilen “uygulama ve araştırma özerkleri” kapsamında düşünülmüştür. Aynı kapsamda sayılabilecek bir diğer “değinme”de; Yükseköğretim Üst Kuruluşları ile “Yükseköğretim Kurumlarının Yönetel Yapısı Hakkında Yasa Gücünde Kararname”de yer almakta ve genel sekreterlik bünyesinde bir “üniversite hastanesi başmüdürlüğü” kavramından söz edilmektedir. Ancak, bu başmüdürlüğün yapılanışı konusunda “Yasa Gücünde Kararname”de herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır Üniversite araştırma hastanelerinin yönetim ve örgüt yapısına bakıldığında basit, ancak zorlama bir yapılanmanın olduğu görülmektedir. Bu yapı tüm üniversite araştırma hastanelerinde aynı olmamakla birlikte, büyük oranda benzerlik söz konusudur. Yasal düzenlemede yeri olmadığı halde sırf devlet hastanelerinde uygulanan yönetime benzerlik sağlamak üzere üniversite araştırma hastanelerinin başına (yönetimsel anlamda) başhekimler getirilmekte ve başhekimler doğrudan Üniversite Rektörüne bağlı olarak görev yapmakta, rektörler tarafından da bu göreve atanmaktadırlar. Aslında, görevlendirilir demek daha doğru bir anlatım olacaktır (Özcan, 1994: 19).

Türkiye’de hasta yoğunluğunun en fazla yaşandığı kurumlar arasında yer alan üniversite hastaneleri, sağlık hizmetlerinde en iyi hizmeti sunmak için çalışmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını üstlenmiş olan üniversite hastaneleri günümüz sağlık hizmetleri sunumunda yadsınamaz bir gerçektir (Çetiner ve Yasan, 2006: 1). Hasta yoğunluğunun yanı sıra, üniversite araştırma hastaneleri yönetim yapısı ve hizmetlerin yerine getirilmesi bakımından da oldukça farklıdır. Bu farklılığın en önemli nedenlerinin başında üniversite araştırma hastanelerinde akademik bir yapılanmanın varlığı gelmektedir. Bu nedenle üniversite araştırma hastanelerinde var olan hizmet birimlerinin bir çoğu diğer hastanelerde yer almamaktadır.

Şekil 8. Üniversite Araştırma Hastanelerinin Temel Örgütlenme Yapısı



Kaynak: Özcan, Cemil, 1994, Üniversite Hastanelerinin Yönetim Yapısının İncelenmesi ve Yeni Bir Model Önerisi, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Dokuz Eylül Üniv.Yayını, İzmir.

Şekil 8’de de görüldüğü gibi hastanelerin örgütsel yapılanmasında ciddi problemler olduğu bir gerçektir. Örneğin, hastanenin gerçek (sorumlu-yetkili) üst yöneticisi başhekim gibi görünmekte, ancak başmüdürlük diye bir başka tepe yönetim organı bulunmaktadır. Ayrıca tıp fakültesi dekanları, hastanede çalışan tüm akademik personelin (bölüm ve anabilim dalı başkanları da birlikte olmak üzere) başı iken, hastane yönetimi üzerinde söz sahibi değildir. Doğrudan yetkili görünen üst makam rektörlük ve genel sekreterlik gibi görünmektedir (Özcan, 1994: 19).

Avrupa Birliği üyesi ülke hastaneleri düzeyinde sağlık ele alınırken öncelikle AB’nin sağlık alanındaki rolleri belirlenmektedir. Bu kapsamda AB’nin sağlık örgütlenmesi ve AB sağlık politikası şekillenirken rehberlik eden başlıca ilkeler; yetki ikamesi, dayanışma, şeffaf koordinasyon yönetimi ve Avrupa katma değeri olarak belirtilebilir. Ancak Türkiye’de üniversite hastanelerinde bu üç özelliğin verimli bir şekilde çalıştığını söylemek pek mümkün gözükmemektedir. Bu nitelikte bir değişim ile daha sağlıklı bir hizmet verme mümkün olacaktır. Kısacası, Türkiye’nin üniversite hastaneleri örgüt yapısının vizyonu; “herkesi kapsayıcı”, “dayanışma” ve “hakkaniyet”

ilkeleri üzerine inşa edilen “AB sosyal modeli”nin felsefik bakış açısı politika ve stratejilerine yönelik olmalıdır (Yıldırım, 2004: 1)

Bu nedenle aşağıdaki şekilde Türkiye’deki üniversite hastanelerinde örgütsel açıdan kaynaklanan çatışmaların etkin yönetimi açısından önerilen bir hastane yönetim modeli verilmektedir (Aktaş, 2002:159).

Şekil 9: Türkiye Hastanelerinde Uygulanabilecek Yönetim Modeli



Kaynak: Mustafa AKTAŞ, Hastane İşletmelerinde Örgütsel Çatışmanın Boyutları, Örgütsel Yapı ve Başarıda Etkinliğin Sağlanmasına Yönelik Bir Model Önerisi, 2002, Ankara.

Bu yapılanmada hastane konseyi hastane içinde yürütmeden sorumlu en üst makamdır. Bu tip düzenlemeye gidilmesinde başlıca iki neden vardır. Bunlardan birincisi, hastane içindeki iş bölümü ve uzmanlaşmadan kaynaklanan çatışma etkisini yok etmek ve dolayısıyla iş bölümü ve uzmanlaşmanın yararından mümkün olduğunca faydalanmaktadır. Üç ana grupta toplanan hastane faaliyetleri (medikal, paramedikal ve nonmedikal) uzmanlaşmış idarecilerin yönetiminde yoğun bir koordinasyon ve haberleşme içinde tüm grupların temsil edilmesine olanak sağlayan bu yapılanmada, üç ana faaliyet sahasının yönetim fonksiyonlarına ortak önem verilerek, üç ana faaliyet sahasını ortak bir zemine oturtmak temel amaç olmuştur. Bu tip yapılanmanın ikinci nedeni ise ABD, İngiltere ve Almanya gibi ülkelerde de uygulanan ve temel bir hastane

yönetimi concepti olarak görülen “ekip yönetimi” anlayışına geçmek amaçlanmaktadır. Bu sayede hastane farklılaşan amaç hedef ve beklentiler tepe yönetiminin birleştirilmesiyle ortak amaç hedef ve beklentilere doğru kaydırılmış olacaktır. Hastane konseyi statü olarak birbirlerine eşit durumdadır ve tüm kararlar oybirliğiyle alınmaktadır. Konsey üyelerinin aralarındaki ilişki ortaklık ilişkisidir. Bu yapılanmada hastanenin tepe yönetiminde oluşturulan ortaklık tüm organizasyonun üst, orta ve alt kademe yönetim organlarını da birleştirerek her düzeyde koordinasyon ve haberleşme sağlayacak, idarecilerin yönetim alanları daraltılarak hastanenin denetim ve kontrol işlevi de kolaylaşacaktır. Üç farklı grup, ekip yönetimi sayesinde ortak amaçlara yönlendirilmekte ve çatışmaların yıkıcı etkisi ortadan kaldırılmaktadır (Aktaş, 2002: 160).

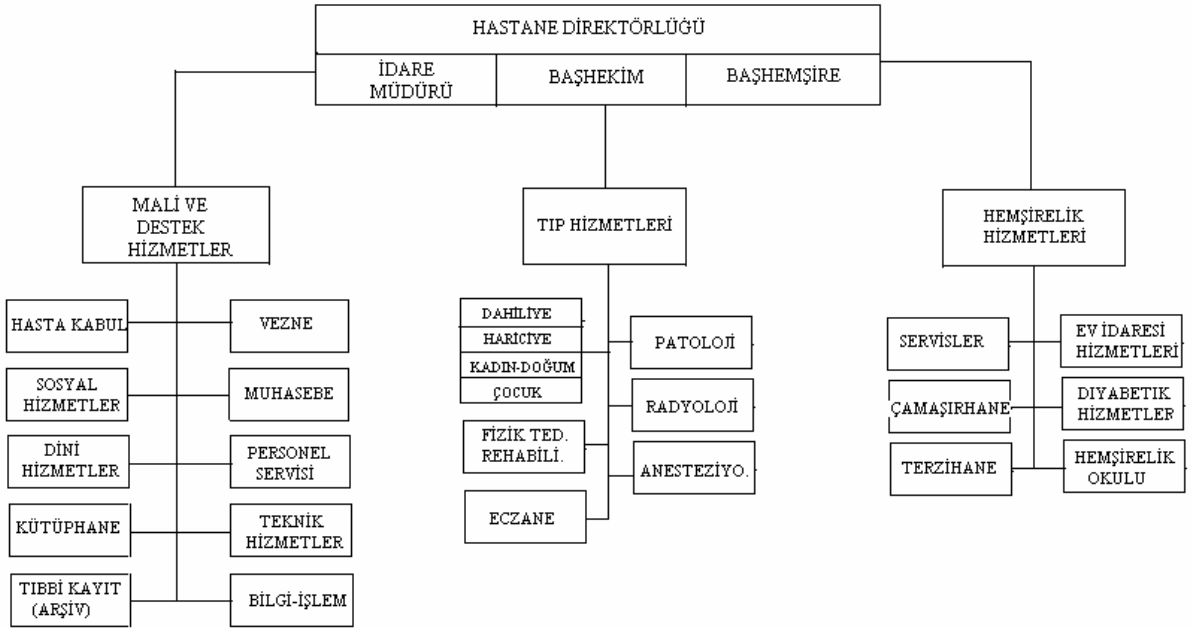
Türkiye’de Üniversite Hastaneleri araştırma ve uygulama merkezi adı altında direkt olarak Üniversite Rektörlerine bağlı olarak faaliyet göstermektedirler. Üniversite tüzel kişiliğini temsil eden Rektör aynı zamanda üniversite hastanesinin tepe yöneticisi durumundadır (Can, 2005: 184).Türkiye hastaneleri için genel itibariyle yönetimde üst yetkili, asıl mesleği hekimlik olan başhekimdir. Diğer bir ifadeyle Türkiye’de Devlet ve Üniversite Hastanelerinde her şeyin Başhekimden sorulduğu en ince noktanın dahi Başhekim onayı olmadan yapılamadığı bir hastane yönetim modeli mevcuttur (Özgen, 1993: 3). Konuya açıklık getirmesi bakımından Hacettepe Tıp Fakültesi ve İstanbul Üniversite Tıp Fakültesi organizasyon şeması gösterilmiştir. Şekil (4) Hacettepe Tıp Fakültesi Organizasyon şemasında ve şekil (5) İstanbul Tıp Fakültesi hastanesi organizasyon şemasında tüm birimlerin başhekimliğe bağlı olduğu görülmektedir. Tek farklılık Hacettepe Üniversitesinde başmüdürlük sisteminin olması İstanbul üniversite hastanesinde ise hastane müdürlüğü sisteminin uygulanmasıdır. Ancak hastane başmüdürü gerekse hastane müdürü hastane başhekimliğine bağlı birimlerdir.

B) AB ÜYESİ BAZI ÜLKELERDE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN ÖRGÜTSEL YAPILARI

Bu bölümde Almanya, İngiltere ve Fransa'daki Üniversite Hastanelerinin örgütsel yapıları incelenecektir.

1. Almanya'da Üniversite Hastanelerinin Organizasyonu

Şekil 12: Almanya'da Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması



Kaynak: Yusuf Karakılıç, Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi, Doktora Tezi, 1997, s.100

Almanya'da devlet hastanelerinin mülkiyeti yerel yönetimlere ait olduğundan hastanelerin yönetimi ve kontrolü de mülki idareye aittir. Fakat mülki idarelerin yetkileri mali denetim ve bölgesel hastane planlaması ile sınırlı olduğundan, hastanelerin idari yapısı oldukça otonom bir özellik taşımaktadır (Şahinler, 1991: 69).

Ülke genelinde sağlık hizmetlerinin organizasyonundan ve yürütülmesinden sorumlu olan bakanlık gençlik, aile ve sağlık işleri bakanlığıdır. Bu bakanlık kâr amacı taşıyan ve taşımayan özel hastaneler dahil, tüm hastaneleri denetim yetkisine sahiptir. Bakanlık yetkisini eyalet bakanlıkları aracılığıyla yerel idare sağlık kurullarına devretmiştir. Fakat denetim yalnızca mali konularla sınırlandırılmış olduğu için yerel sağlık kurullarının hastaneler üzerindeki etkisi oldukça azdır (Seçim, 1991: 137).

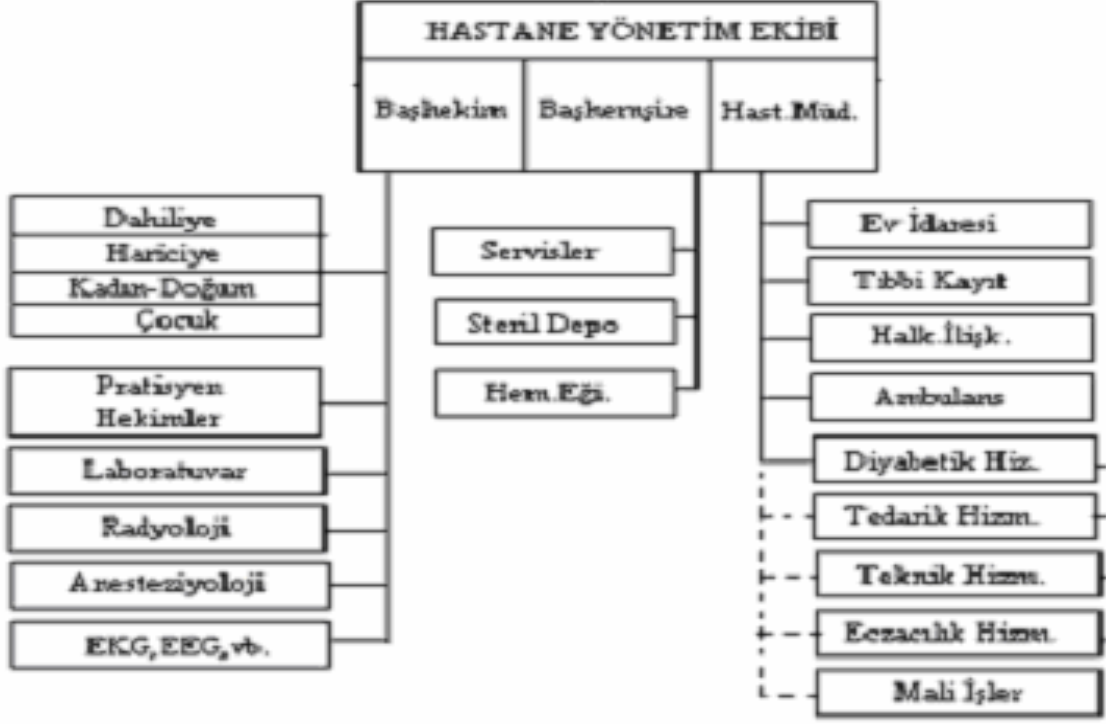
Almanya'da Eyalet Sağlık Bakanlıkları bulunmaktadır. Bu bakanlıkların en önemli görevi, eyalet içinde bölgesel hastane planlamasının yapılması, eyalet içinde sağlık hizmetlerinin ve genel idare sağlık kurullarının denetimi ile hastane yatırım maliyetlerinin hesaplanmasıdır (Karakılçık, 1997: 101).

Eyalet Sağlık Bakanlığına bağlı her bölgede (valiliklere) oluşturulan yerel idare sağlık kurulları bulunur. Görevi ise sağlık hizmetlerini planlamak, hastaneleri denetlemek, koruyucu hekimlik çalışmalarını organize etmektir (Seçim, 1991: 139).

Üniversite hastanelerinin iç organizasyonunda ise, en üst idari organ hastane direktörlüğüdür. Hastane direktörlüğü; hastane başhekiminden, başhemşiresinden ve idare müdüründen oluşan bir ekiptir. Hastane iç organizasyonunda faaliyetler üç grupta toplanmıştır. Bunlar, tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri ve mali destek hizmetleridir. Almanya'da hastane organizasyonunda yer alan üst kademe yönetim organları, merkez teşkilatı kapsamında gençlik, aile ve sağlık işleri bakanlığı ile taşra teşkilatı olarak eyalet sağlık bakanlıkları ve yerel idare sağlık kurulları, hastane içinde hastane direktörlüğüdür. Hastane direktörlüğü hastane içinde günlük faaliyetlerin yürütülmesi yetkisine sahip bulunmaktadır. İngiltere hastanelerinde olduğu gibi başhekim, başhemşire ve idare müdürü arasındaki ekip yönetimini ifade eden hastane direktörlüğü hastanenin ihtiyaçlarını zamanında ve eksiksiz olarak yerine getirmek zorundadır. Hastane direktörlüğünde yer alan idareciler, statü olarak birbirleriyle eşit seviyede bulunmaktadır (Can, 2005: 176-177).

2. İngiltere’de Üniversite Hastaneleri Organizasyonu

Şekil 13: İngiltere’de Üniversite Hastane Organizasyon Şeması



Kaynak: Ali Can: Üniversite Hastanelerinde Yönetimin Profesyonelleşmesinde Mesleki Özerklik Sorunu S.D.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Bir Uygulama, Doktora Tezi; 2005, s. 173, Isparta.

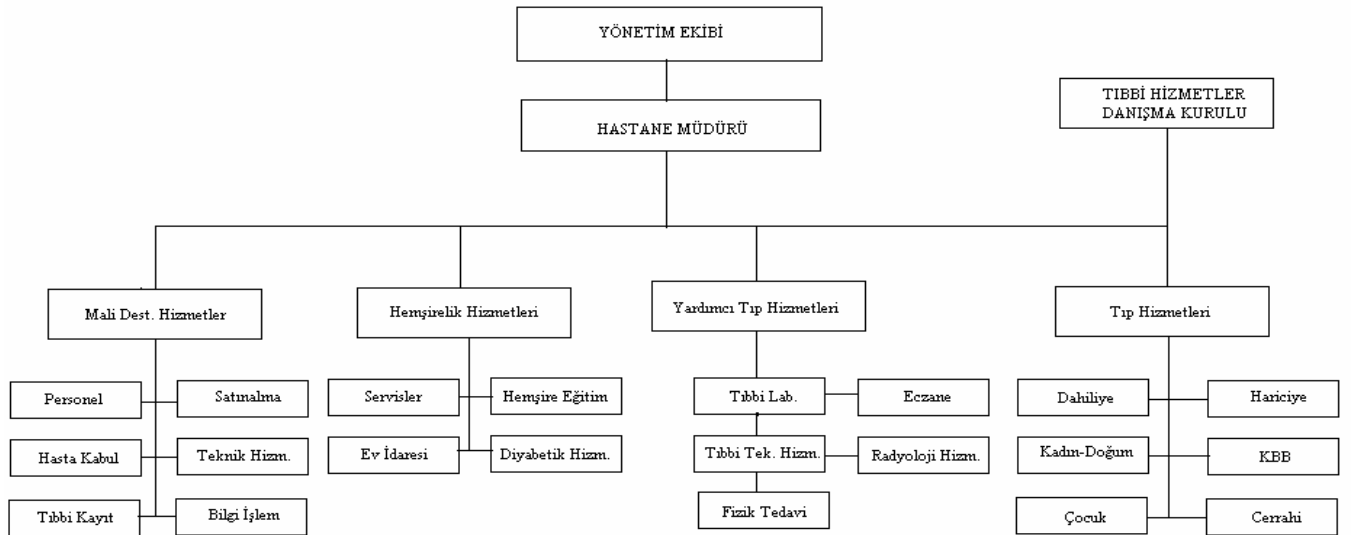
İngiltere’de ulusal sağlık hizmetleri teşkilatının kurulması ile birlikte hastanelerin % 97’si Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın mülkiyetine ve yönetimine geçmiştir. Diğer kalan kısım ise kar amacı taşıyan özel hastanelerdir. İngiltere’de 1948 yılında yürürlüğe giren ve 1974’de reorganize edilen ulusal sağlık teşkilatında hastane hizmetleri de dahil olmak üzere tüm sağlık hizmetleri bölge esasına göre organizasyonu düzenlenmiştir. Bu organizasyona göre ülke 14 bölgeye ayrılmış, her bölge içinde değişen dar bölgeler oluşturulmuştur. Bu dar bölgelerde, alt bölge olarak isimlendirilebilecek daha küçük bölgelere ayrılmıştır. Hiyerarşik anlamda birbirlerine bağlı olan bu teşkilatların en tepe noktasında sağlık ve sosyal güvenlik bakanlığı yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi, alt bölge teşkilatlarına verilmiştir. Bu sebeple hastaneler alt bölge teşkilatına bağlanmıştır (Karakılıçık, 1997: 95).

Üniversite hastaneleri içinde en üst idari organ hastane yönetim ekibi olup, hastane müdüründen, başhekimden ve başhemşireden oluşmaktadır. Bu yöneticiler aynı zamanda hastanelerin fonksiyonel yöneticileridir. Hastane müdürü, mali işlerle destek hizmetlerinden, başhekim tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinden, başhemşirede hemşirelik hizmetlerinden sorumludur. Dolayısıyla, İngiltere’de üniversite hastanelerinin organizasyonunda, üst ve orta kademe yönetim organlarının birleşmiş olması farklı bir özellik olarak ortaya çıkmaktadır (Can, 2005: 167).

İngiltere’de hastane hizmetleriyle ilgili bir takım kararlar Bakanlık onayı ile bölgesel örgütlerce alınmakta, tıp hizmetleri ile destekleyici diğer hizmetler bölgesel düzeyde örgütlenmektedir. Bu nedenle bir hastanenin örgütsel yapı ve işleyişinde hem bölgesel sağlık örgütleri, hem de bakanlık örgütü birlikte yer almaktadır. Bölgesel sağlık örgütleri, bu anlamda hastanelerin üstünde bir konum taşımaktadırlar. Hiyerarşik yapılanmada, en üstte Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, onun altında sırasıyla Bölge Sağlık Örgütü (BSÖ), Dar Bölge Sağlık Örgütü (DBSÖ), Alt Bölge Sağlık Örgütü (ABSÖ) ve en altta da Hastane Yönetimleri yer almaktadır (Seçim, 1991: 116).

3. Fransa’da Üniversite Hastanelerinin Organizasyonu

Şekil 14: Fransa’da Üniversite Hastane Organizasyon Şeması



Kaynak: Can, 2005: 181

Fransa'da Üniversite hastanelerinin iç organizasyonunda en üst yönetim organı, hastane yönetim ekibidir. Hastane yönetim ekibine karşı ise hastane müdürü ve tıbbi hizmetler danışma kurulu direkt bağlı olarak çalışmaktadır. Hastanenin mali destek hizmetleri, hemşirelik hizmetleri ve yardımcı tıp hizmetlerinin kontrol ve koordinasyonu hastane müdürlüğünce direk olarak yürütülüp yönlendirilmektedir. Diğer taraftan tıp hizmetlerinin faaliyetleri ise tıbbi hizmetler danışma kurulu tarafından yürütülmektedir (Can, 2005: 181).

Burada idari işlemlerin hastane müdürlüğünce, tıp hizmetlerinin ise danışma kurulunca yürütülüyor olması kesin bir çizgiyle ayrılmış olduğundan karşılıklı müdahale en aza indirilmiş olmaktadır.

C) AB ÜYESİ ÜLKELERDE VE TÜRKİYE'DE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN ÖRGÜTSEL YAPILARINDAKİ FARKLI YÖNLER

Üniversite hastaneleri örgütsel yapıları açısından incelendiğinde, AB ve Türkiye üniversite hastanelerinin yapıları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Günümüzde uluslararası düzeyde en gelişmiş sağlık sistemlerine sahip bulunan İngiltere, Almanya ve Fransa gibi gelişmiş ülkelerde, çağdaş hastane yönetim anlayışının bir gereği olarak hastaneler; “Başhekim”, “Hastane Başmüdürü” ve “Başhemşire” den oluşan bir yönetim ekibince, tıp hizmetleri, yardımcı tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri ve idari-mali destek hizmetleri şeklinde iş bölümü ve uzmanlaşmaya gidilmek suretiyle çağdaş işletme yönetimi esas ve ilkelerine göre yürütülmektedir. Türkiye’de ise, üniversite hastanelerinde AB ülkelerinde uygulanan bu yöntemin modelinin aksine hastanelerin yönetimde hemen her şeyin başhekimden sorumlu olduğu bir yönetim tarzı uygulamaktadır. Bu durum, hastanelerin etkin ve verimli olmasını engellediği gibi karmaşa ve çatışmaların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Özgen, 1993: 74).

Hastanelerde yönetim ve yönetici, onun kurumsal olarak beklenen amaçlarını gerçekleştirmek yönünde önemli bir role sahiptir. Tatar ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan bir alan araştırmasına göre, hastanelerin gelecekte “idare” (administration) edilmekten çok “yönetilmeye” (management) gereksinim duyacakları saptaması

yapılmakta ve hastane yönetimi programlarının bu çerçevede yapılması önerilmektedir. Bu araştırmanın, hastane yönetimi açısından Türkiye’de ileriye yönelik olarak önem kazanacak konuların saptanması ve bu konularda başarılı olmak için yöneticilerin sahip olması gereken bilgi, beceri ve yeteneklerin saptanması amacını taşıdığı düşünülmektedir. Araştırmaya göre; sistemin yeniden yapılanmasına yönelik sorun alanlarının öncelik taşıdığı saptanmıştır. Reformlar başlığı altında yer alan ve tartışılmaya devam eden özerkleştirme, özelleştirme, rekabet ve hastane işletmeciliği gibi konuların önem kazanacağı saptanmıştır. Bu alandaki problemlerin çözümünde kullanılacak bilgi, beceri ve yeteneklerin başında “yenilikçilik, teknolojik gelişmeleri yakından izleyebilme” gelmektedir. İkinci ve üçüncü sırada yer alan sorun alanları da önemli ölçüde hastane yönetimi ile ilgili olmayıp, dış çevre ile ilgilidir (Tatar vd, 1995: 31). Bu açıklamalardan da anlaşılacağı üzere durum, hastane yönetiminin yeri ve önemi yadsınmaksızın, öncelikli alanın sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasına yönelik kalkınma politikaları, plan, hedef ve stratejilerinin bir an önce yaşama geçirilmesinin gerekliliğine dikkat çekmektedir. Bu çerçevede, yönetimin iç çevre ile olduğu kadar dış çevreyle de ilgilenmesini gerekli kılan stratejik yönetim ve planlamanın önemi vurgulanmalıdır.

Üniversite hastaneleri daha önce de belirtildiği gibi genel sağlık hizmetlerinin yanında en öncelikli ve önemli misyonları olarak inceleme ve araştırma hizmetini yerine getirmektedirler. Bu bakımdan diğer hastanelerden farklı olarak araştırma çalışmalarının gerektirdiği teknoloji, malzeme bu hastanelerin ihtiyaçlarını ve bu doğrultuda ki harcamalarını oldukça yüksek boyutlara taşımaktadır. Üniversite hastaneleri bu ihtiyaçlarını hem bütçeden aldıkları yardımlarla hem de kendi gelirleriyle karşılamaya çalışmaktadırlar (Tokat, 1993: 26). Türkiye’de, üniversite hastaneleri esas itibarıyla bir üst sağlık kuruluşudur. Fakat mevcut durum tam tersi olup bu hastaneler sağlık sisteminde var olan sorunlar sebebiyle doğrudan müracaatın olduğu, yoğunluğun arttığı sağlık kurumları pozisyonuna gelmiştir. Gerek sağlık sistemi gerekse üniversite hastanelerinin döner sermaye gelirlerinin hastane mali kaynaklarında önemli yer tutması bu hastanelerin asıl görevleri olan eğitim ve araştırmalarını aksatarak, yeterli kaynak ayıramayacak duruma gelmelerine neden olmuştur (Yıldırım, 1994: 62). Bu durum AB ülkelerindeki üniversite hastanelerinde ise farklıdır. Çünkü AB ülkelerinde, aile hekimliğiyle hastaların ilk önce bu basamakta tedavi olmaları sağlanmakta, aile

hekimliğini aşan tıbbi olaylar ise, bir üst basamağa aile hekiminin sevki ile yönlendirilmektedir. Bu suretle Üniversite hastanelerinde gereksiz bir yoğunluk ve karmaşıklık oluşmamaktadır.

D) TÜRKİYE’DE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN ÖRGÜTSEL YAPILARINDAN KAYNAKLANAN SORUNLARI

Üniversite hastaneleri yapısal açıdan karşılaştırmalı olarak incelendikten sonra bu başlık altında ise, bu yapılardan kaynaklanan sorunlar üzerinde durulacaktır. Bu sorunlar çok boyutlu olmakla birlikte, araştırmanın temel konusu ile sınırlandırılmıştır. Bu nedenle, özellikle çatışmaya kaynaklık eden sorunlar üzerinde durulmuştur.

1. Hizmetlerin Denetimini Ve Değerlendirmesini Yapacak İdari Organların Ve Düzenlemelerin Mevcut Olmamasından Kaynaklanan Sorunlar

Hastanelerde karşılaşılan organizasyon sorunlarının başında, hastanelerde verilen hizmetlerin denetimini ve değerlemesini yapacak idari organların oluşturulmamış olması gelmektedir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde “başhekimin hastanede verilen bütün tıbbi, mali ve teknik hizmetleri en az haftada bir defa kontrol edeceği” belirtilmektedir. Fakat başlıca iki nedenle, başhekimin, bu denetimi amacına uygun olarak yürütemeyeceği söylenebilir. Birincisi, başhekimin denetim yani yönetim alanı çok geniş tutulmuştur. Kendisine bağlı tüm birimlerdeki hizmetleri her hafta denetlemesi ya mümkün değildir ya da bu denetim amacına ulaşmayacak derecede yüzeysel niteliktedir. İkinci neden, belli bir tıbbi dalda uzman olan başhekimin, diğer tıbbi dallardaki hizmetleri kontrol etmesinin söz konusu olmayacağıdır. Örneğin, anestezi mütehassısı olan bir başhekimin, bir KBB hastalıkları uzmanının ya da bir ortopedis uzmanının hizmetlerini etkin olarak kontrol etmesi mümkün değildir. Çünkü bir başka uzmanlık dalında olduğu için teknik yetkisi bu tür bir kontrole imkan vermemektedir. Öte taraftan, bu tür bir kontrol için gerekli standartlar ve raporlama sistemleri oluşturulmadığı için, başhekim idari yetkisine dayanarak da tıp hizmetlerini kontrol edememektedir. Bu durumda hastanede verilen tıp hizmetlerinin kontrolü, servis uzmanlarına bırakılmış olmaktadır. Diğer bir deyişle,

oto- kontrol mekanizması tıbbi hizmetlerin kontrolünde geçerli tek yöntem olmaktadır. Ancak, deontoloji dışında hiçbir zorlayıcılığı ve yaptırımını olmayan bu yöntemin yeterli olduğu da söylenemez. Çünkü, hekimin kendi hizmetlerini neye veya hangi kıstaslara göre kontrol edip, değerleyeceği yine kendisine bırakılmıştır. Dolayısıyla şu anda, hastanelerde verilen tıbbi hizmetlerin kontrolünde, hekimlerin kendilerine bırakılmış olan subjektif yöntemler geçerlidir. Oysa, “hastanelerin organizasyon açısından özellikleri” kısmında da ifade edildiği üzere, hastaneler birer hizmet kurumudur ve hastalar kendilerine uygulanan tedaviyi nitelik ve nicelik yönünden değerleyebilme ve kontrol edebilme yeteneğine sahip değildirler (Seçim, 1985: 199). Bu nedenle hastanelerde kontrol işlevi ve bu işlevi yürüten organlar büyük bir önem kazanmıştır. Bu durum, hastanenin esas işlevi olan tedavi hizmetlerinde ne derece başarılı olduğunun, diğer bir deyişle etkinliğinin ölçülmesinde de önem taşımaktadır.

Örgütsel yapı içinde örgütün idari kadrolarından gelen bir yöneticinin denetimini kabul etmeyeceği bir gerçektir. (Aktaş, 20002: 122). Bu nedenle, hastane örgütlerindeki denetim açısından en önemli çatışma nedeni; denetim olgusunun karma gruplar tarafından gerçekleştirilmesi ve örgüt dışındaki kişilerinde bu denetimde yer almasıdır.

2. Hastanelerde İşbölümü ve Uzmanlaşmadan Yararlanılması İlkesine Yeterince Önem Verilmemesi

Hastane organizasyonunda diğer bir önemli sorun, organizasyonda işbölümü ve uzmanlaşmadan azami ölçüde yararlanılması ilkesine yeterince önem verilmemiş olmasıdır. (Seçim, 1985: 200). Örneğin; başhekimlik makamına verilmiş olan görevlerde, eczacıların faaliyetlerinde ve hemşirelik hizmetlerinde görülebilmektedir. Organizasyon içinde işbölümü açısından başhekimlik makamının, üst yönetim organı olarak görevleri, hastane faaliyetlerinde takip edilecek politikaların tespiti, hedeflerin tayini, hastane genelinde hizmetlerin planlanması, organizasyonu ve denetiminin sağlanması ile bölüm sorumluluklarına danışmanlık hizmetinin verilmesi şeklindedir. Buna karşılık, başhekime verilen görevler daha çok işyeri ve çalışma disipliniyle ilgili hususları kapsamaktadır.

Teknolojinin hızla ilerlemesi, hastanelerde uzmanlaşmanın artmasına ve yeni uzmanlıkların doğmasına neden olmaktadır. Hastanelerdeki uzman personelin artması, uzmanlıklardan doğan çatışmaları da artırmaktadır (Kaya, 1992: 22). Bu nedenle yöneticiler genellikle hastane örgütü hakkında uygun bilgiye sahipken, uzmanların genellikle bir bütün olarak örgütün sorunları ve ihtiyaçlarına ilişkin bilgilerin oldukça sınırlı olması da ciddi çatışmalara yol açabilir.

3. Yetki-Sorumluluk Denksizliğinden Kaynaklanan Sorunlar

Organizasyon içerisinde yaşanan çatışmaların kaynağında iyi tespit edilmemiş görev ve sorumluluklar bulunabilir. Organizasyon içerisinde görev dağılımı belirli bir mantık silsilesi dahilinde yapılmalıdır. Organizasyon yapısı içinde çalışma alanları karmaşık ve iç içe girmiş bir haldeyse, bölümler arasında kimi zaman hangi işin kim tarafından yapılacağı çok net olmayabilir (Eren, 2001: 546). Hastane organizasyonu için de durum bundan farklı değildir. Gerek yasal gerekse diğer mesleki problemlerden dolayı hastane içerisinde en büyük grubu oluşturan hekim ve hemşire grupları arasında bu türden sorunlar yaşanmaktadır ve sonuçta bu durum çatışmalara zemin hazırlayabilir.

Hastane organizasyonunda dikkati çeken başka bir sorun ise, organizasyon içinde yer alan idari organlara verilen görevler ile, bu idari organların yetkilerinin denk olmamasından kaynaklanmaktadır. Diğer bir deyişle yetki ve sorumluluğun eşitliği ilkesinin ihlal edilmesidir. Örneğin, başhekimine bağlı olan baş eczacı eczanedeki tüm işlerden sorumlu olup, eczanedeki diğer eczacıların amiri durumundadır. Fakat diğer eczacıların yıl içindeki çalışmalarını değerlendirme, onların tezkiyelerini verme yetkisi başhekimindedir. Benzer şekilde, hastanedeki tüm hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan başhemşire kendi altında yer alan servis sorumlu hemşiresini bile tayin edememekte, hazırladığı nöbet cetvellerini bile başhekimine onaylatmak zorunda bırakılmaktadır. Bu sorunla bağlantılı olarak belirtilebilecek diğer bir husus, başhekimliğe bağlı idari organları görev ve yetkileri düzenlenirken tutarlı davranılmamış olmasıdır. Örneğin, diyetisyene mutfak personelini seçme yetkisi tanınmışken, bir başhemşireye veya teknik hizmetlerden sorumlu mühendise kendi personelini seçme yetkisi tanınmamıştır. Hatta, mühendisin yardımcısı pozisyonundaki başteknisyen, mühendisin teklifi ile değil, hastane müdürünün teklifi ile başhekim tarafından tayin edilmektedir (Seçim, 1985:

202). Bu nedenle, hastane organizasyonunda hem idari organların, hem de diğer organların sorumluluklarına denk yetkilerle donatılmamış olması, personelin kendilerinden beklenen veya istenen ölçüde verimli ve etkin hizmet verememelerinde önemlidir. Çünkü, sorumluluk kadar yetki de önemli bir motivasyon unsurudur. Bunun sağlanamaması halinde ise çatışma yaşanabilecektir.

4. Mevcut Organların, Koordinasyonu ve İletişimi Sağlamada Yetersiz Kalmasından Kaynaklanan Sorunlar

Hastaneler karmaşık yapıları olan birer organizasyonlardır. Bu karmaşıklığın başlıca iki sebebi bulunmaktadır. Birincisi, hastanenin içinde bulunduğu çevrenin karmaşık oluşudur. Bugün hastane faaliyetleri üzerinde etkili olan pek çok dışsal faktör vardır. İkinci sebep ise, hastanede çok farklı uzmanlık alanlarında hizmet veriliyor olmasıdır. Diğer bir ifade ile; hastane organizasyonunda tıbbın ve tıbbi teknolojinin bir gereği olarak, aşırı işbölümü ve uzmanlaşma söz konusudur. Bu iki sebebe dayalı olan karmaşıklıktan dolayı hastane organizasyonunda faaliyetlerin koordinasyonu önem kazanmıştır (Seçim, 1985: 206). Bu nedenle, hastane organizasyonunda çatışmanın en aza indirilmesi için çok iyi bir iletişim sisteminin kurulması gerekir.

Hastane örgütlerinde formal iletişim kanalları aşırı uzmanlaşmadan dolayı etkin olarak işletilemez. (Aktaş, 2002: 124). Çünkü ileri derece uzmanlaşmış birimler, hiyerarşik ilişkiden ziyade uzmanlık ilişkilerini kullanmayı tercih etmektedirler. Bu durum zaman zaman ast üst ilişkileri ve komuta alanı açısından problem oluşturmaktadır.

5. Matriks Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar

Matriks yapıdaki organizasyonlardan biri olan hastanelerin yönetimi son derece karmaşık ve güçtür. Bu nedenle hastanelerin kamuya ait olanları veya özel olmaları, onların yönetim tarzlarını ve kontrol mekanizmalarını doğrudan etkilemektedir (Bu nedenle mülkiyet şekilleri ne olursa olsun uzman profesyonellerin çalıştığı, sağlık ve insan yaşamı gibi talep elastikiyeti olmayan hizmetlerin sunulduğu hastanelerde, ciddi yönetim problemleri yaşanmaktadır (Merih, 1998: 11).

Hastanelerde değişik görev, birim ve pozisyonlar olduğundan, organizasyon yapısının karmaşıklık gösterdiği göze çarpmaktadır. Bu nedenle, hastane yönetiminin belli yetki ve sorumlulukları faaliyet birimleri arasında nasıl dağıttığı önem taşımaktadır. Hastanelerde matriks yöneticilerin (fonksiyon ve proje yöneticiler) görev, yetki ve sorumlulukları açık bir biçimde tanımlanmışsa etkin bir matriks yapıdan bahsetmek mümkündür (Kıvanç, 2001: 24).

Hastanelerde hem dikey departmanlaşma ve hem de yatay hasta bakım ekibi koordinasyonun olması hastanelerdeki yapının matriks organizasyon yapısı olarak tanımlanmasına yol açmaktadır (Hayran ve Sur, 1997: 344). Matriks organizasyon yapısı içinde iki ayrı yapıdan söz edilebilir. Bunlardan birincisi fonksiyonel hizmetlerle ilgili yapı diğeri ise proje hizmetleriyle ilgili yapıdır. Fonksiyonel yöneticilerin sorumluluk alanlarını kaynakların dağıtımını, işin teknik yönünün fiilen yapılması ve gerekli teknolojik değişimlerin gerçekleştirilmesi iken, proje yöneticilerinin sorumluluklarını ise projenin süresi içinde tamamlanması oluşturmaktadır (Eren, 2002: 6). Matriks organizasyonun iyi çalışabilmesi için komuta alanından kaynaklanan problemlerin çözülmesi gerekmektedir. Çünkü matriks organizasyon “komuta alanı” ilkesine aykırıdır ve matriks organizasyon yapılarında ençok problem bu konuda yaşanmaktadır. Fonksiyonel ve proje yöneticileri sahip oldukları otoriteyi beraber kullanmak zorunda oldukları gibi, anlaşmazlık durumlarında da beraber hareket etmek durumundadırlar. Başka bir ifadeyle Matriks organizasyonda fonksiyonel yönetici ve proje yöneticisi olarak iki çeşit yönetici vardır. Fonksiyonel yönetici; işin kimlerce, nerede (hangi projede), mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Proje yöneticisi ise, neyin ne zaman ve niçin yapıldığını belirlemektedir. Bunun için uzmanlık bölümleri içerisinde çalışan personel bir taraftan uzmanlıkları nedeniyle ilgili bölümünün yöneticisine (dikey ilişki) bir taraftan da bu uzmanlıkları belirli bir vakada uyguladıklarından bu projenin yöneticisine (yatay ilişki) karşı sorumlu olacaktır. Proje yöneticisi, emir- komuta yetkisine değil, matriks yapının bir özelliği olan proje yetkisine sahip bulunmaktadır. Ayrıca proje yöneticisi ve uzmanlık bölümleri arasında astlık-üstlük ilişkisi bulunmaktadır. Fakat bu yöneticilerde projenin gerçekleşebilmesi için uzmanlık bölümleriyle birlikte çalışmak mecburiyetindedirler (Şahin vd, 2002: 3).

Hastaneler Matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlar olduğundan hastane hizmetlerinin tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri şeklinde sınıflandırılması fonksiyonel örgütlenmeyi tanımlamaktadır. Hastanelerde tıbbi işlevden sorumlu olan başhekim ve hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan başhemşire şeklinde örgüt görev yapısından dolayı birer fonksiyonel yöneticidirler. Tıbbi hizmetlerin kendi aralarında hariciye, dahiliye gibi sınıflandırması şekli ise hizmet esasına göre sınıflandırmayı ifade etmektedir (Seçim, 1991: 26).

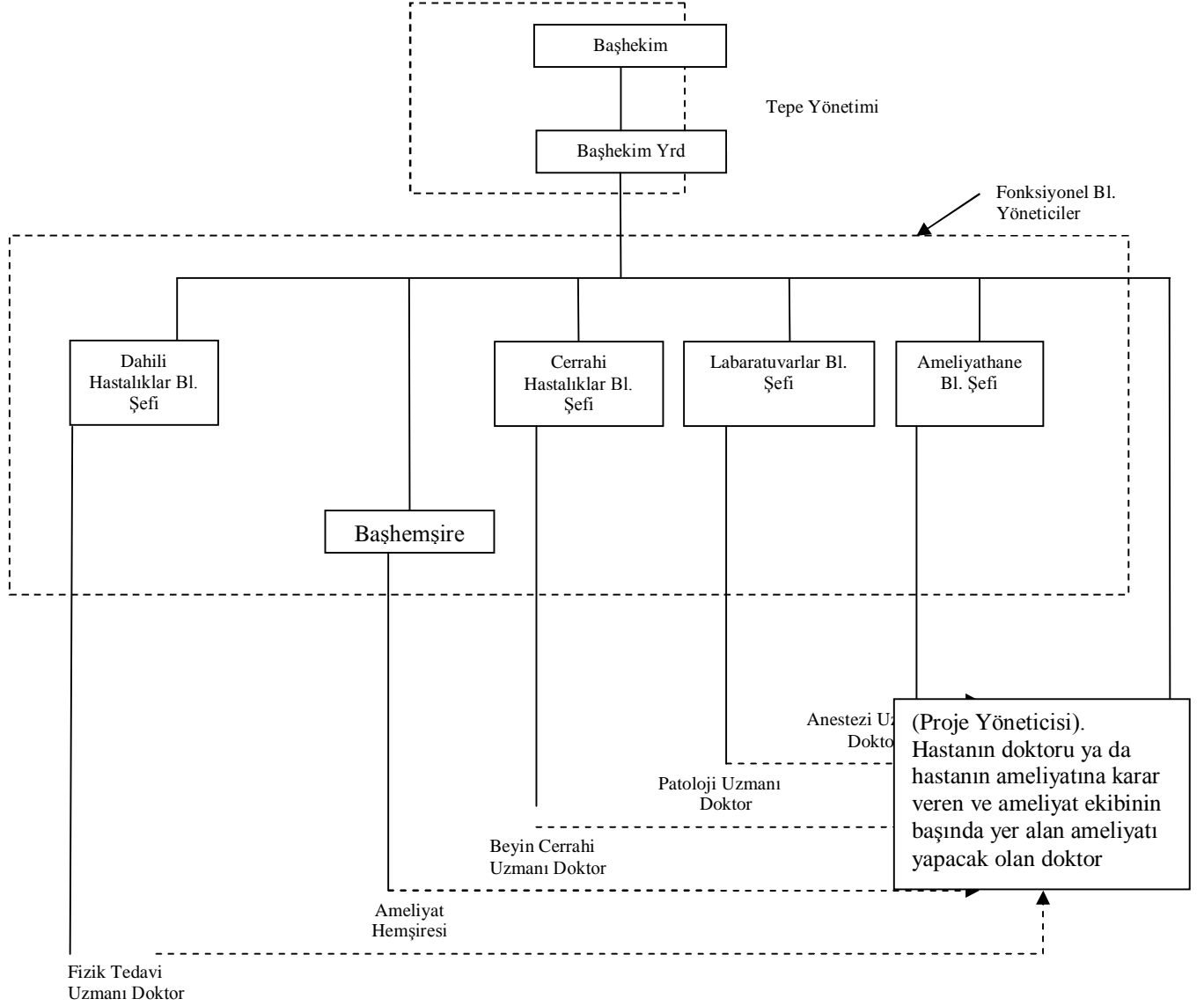
Matriks yapılarda 4 önemli rol görülmektedir (Aktaş, 2002: 135). Bunlar;

- Tepe Yönetimi : Matriks Örgütlerin otorite karmaşasını önleyecek, örgütsel ortamı yaratmalıdır. Türkiye'deki hastane örgütlerinin tepe yönetimini genel olarak başhekimlik makamı oluşturmaktadır.
- Fonksiyonel Yönetici; Fonksiyonel yöneticiler bir anlamda hasta bakım ve tedavi hizmetlerinin üretiminin yapıldığı klinik yada polikliniğin başkanı veya şefidir. Hastane örgütlerinde hizmetlerin tıbbi hizmetler, hasta bakım hizmetleri, teşhis hizmetleri, tanı ve laboratuvar hizmetleri, hemşirelik hizmetleri eğitim hizmetleri, araştırma geliştirme hizmetleri şeklinde gruplandırılması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade etmektedir.
- Proje Yöneticisi: Belirli bir malın veya hizmetin üretilmesiyle ilgili her türlü faaliyetin planlanması, organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiş yöneticidir. Hastanelerde tıbbi hizmetlerin gruplandırıldığı fonksiyonel birimlerin (Bölüm Başkanlıkları- Bölüm Şeflikleri) kendi içinde Göz, Kulak Burun Boğaz, Dahiliye, Nöroloji, Psikiyatri, Cildiye, Kadın Doğum, Kardiyoloji, Çocuk Hastalıkları şeklinde gruplandırılması ise proje örgütüne esas oluşturmaktadır. Burada projenin konusu belirli türde hastalıkların tedavi edilmesi, projenin kendisi ise herhangi bir hastanın tedavisidir. Uygulanan tedavi şahsileştirilmiş ve ayrı ayrı kişi ve hastalara yönelik olduğundan her hasta hekim için bir projedir.
- Proje Ekibinde Yer alan Uzman Personel: Uzmanlığı belli bir fonksiyonel alanda bulunan ve bu birimin mensubu olan ve uzmanlığını belirli projeler için kullanan dolayısıyla projeyi yöneten yöneticiye (Proje Yöneticisine) ve aynı zamanda

Örgüt içindeki bulunduğu departmanın yöneticisine (Fonksiyonel Yönetici) de bağlı bulunan personeldir. Hastanelerde çeşitli uzmanlık branşlarına sahip hekimler veya diğer personel, kendi uzmanlık alanları dışındaki hastaların tedavisinde matriks yapıya proje ekibinin bir yesi olarak dahil olurken, kendi uzmanlık alanında kendi sorumluluğundaki bir hastanın tedavisinde ise bu yapıya proje yöneticisi olarak dahil olmaktadır.

Aşağıda şekil 15’de hastane matriks organizasyon şeması gösterilmektedir.

Şekil 15. Hastane Matriks Organizasyon Şeması



Kaynak: AKTAŞ, 2002: 134.

Şekil 15’de de görüleceği gibi proje yöneticisi olan doktor sorumlu olduğu hastanın tedavisini yürütmek veya ameliyatını yapacağı herhangi bir hastanın bu cerrahi operasyonunu gerçekleştirmek için ihtiyaç duyduğu ilgili uzmanlık bölümlerinden çeşitli uzmanlık alanlarına sahip personelin yardımını sağlamak zorundadır.

Fonksiyonel bölümler (Uzmanlık bölümleri), örgütün bu alanlarının bir araya getirildiği ve buralarda biriken bilgi ve becerilerin çeşitli hastalıkların tedavisini sürdürecektir yada birçok cerrahi operasyonu gerçekleştirecek birer kaynak durumundadırlar. Proje örgütünün amacı geleneksel komuta örgütünden daha yüksek derecede koordinasyon sağlayabilmektir. Bu tip yapılanmada örgütsel fonksiyonlar örgütteki birimlerden farklı bir biçimde bir proje etrafında organize edilmektedir. Birden çok projenin bulunduğu durumlarda, bu tip yapılanmalara özellikle ihtiyaç duyulmaktadır (Ak, 1987: 28).

6. Katılımcı Bir Yönetim Yapısının Olmaması

Hastane organizasyonlarında çatışma sürecinde önemli aşamalardan birisi de katılımcı yönetim ilkesinin benimsenmesidir. Hastanelerde, işgörenlerin tümünün sorunları çözmeye dönük fırsata sahip olmaları, işgörenlerin eğitim ve geliştirilmesi katılımcı yönetim ile sağlanabilir. Katılımcı yönetim uygulamaları ile işgörenler hastane yönetimiyle bütünleşmekte, amaca daha kolay yönlendirilmekte işgörenlerin yaratıcılığı, verimliliği ve üretkenliği arttırılmaktadır. Yönetime katılma, kişilerin örgütü ve işlerini etkileyen çatışmaların çözümü için görüşlerini açıklama süreci olarak ifade edilebilir (Velioglu ve Okyay, 1999: 203).

IV. ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ÇATIŞMANIN KAYNAKLARI

Yukarıda sıralanan örgütsel yapıdan kaynaklanan sorunlar, zaman zaman çatışmanın da kaynağı haline gelmektedirler. Örgütsel yapı ile sınırlandırılmış olan bu kaynaklar araştırmanın temel sorunsalı olmaktadır. Farklı örgütsel yapıların ve çoklu uzmanlık alanları açısından hastaneler, yoğun çatışma sorunlarının yaşandığı örgütlerdendir.

Araştırmacılar örgütsel çatışma kaynaklarını farklı farklı fakat birbirlerini tamamlayan bir şekilde sınıflandırmadılar.

Örgüt içi çatışmanın kaynakları olarak şunları belirtmiştir. Bilgi, inanç veya temel değerlerdeki farklılıklar, pozisyon, güç veya kendini göstermek için yapılan

rekabet, tansiyon ve gerilimi azaltma ihtiyacı, bireysel rahatsızlık ve örgüt yapısından kaynaklanan algı veya tutumlar. Rahim ise; örgütsel çatışma kaynakları ve bağımsız çatışmaları göstermiştir (Knapp vd, 1988 : 94). Diğer araştırmalar ise örgütsel çatışmayı; çalışma gücündeki farklılığa çelişen ekonomik çıkarlara, farklılaşan rol yapılarına, çatışan grubun bağlılığına ve örgütteki değer farklılığına bağlamıştır (Hatfield ve Hatfield, 1995: 688).

Boss ve Mcconkie (2000: 45) ise; görev dağılımı ücret ödemesi, çalışma koşulları ve kıt kaynaklarla çalışması gibi çeşitli etkenleri çatışma kaynağı olarak sıralamaktadırlar. Yine çatışma personel arasındaki kavgalardan örneğin kişilik farklılıklarından kişiler arası iletişimsizlikten ve kişilerin duygusal olmalarından da kaynaklanabilir (Boss ve Mcconkie, 2000: 45).

Örgütsel çatışmanın öncelikli iki nedeni vardır (A Conflict Resolution, 2003: 9);

- Örgüt içerisinde farklı çıkarlara sahip olunması,
- Örgüt içerisinde çatışmayı besleyen çıkarların aynı olmaması

Hastanelerde, yönetimin hizmet sunumunu etkileyen en önemli unsur, örgütsel çatışmadır. Hastane örgütleri açısından örgütsel çatışma, hasta tedavisi sürecinde yer alan personel arasındaki anlaşmazlık, uyumsuzluk, rol karmaşıklığı ve görev belirsizliği başta olmak üzere değişik çatışma unsurlarını içeren kapsamlı bir terimdir. Hastanelerde örgütsel çatışma altında düşünülebilecek önemli bir çatışma alanı hastane yönetiminin ikili bir yönetim tarzı göstermesidir (Bauer, 2003: 55). Bu nedenle hastanelerde görülen örgütsel çatışmalar, rastlantılarla geliştiği ve yönetilmediği zaman hastanelerin verimini ve etkinliğini azaltabilir. Ancak örgütsel çatışmalar iyi yönetilirse, verimi ve etkililiği artırıcı bir öge olarak da kullanılabilir. Görüldüğü gibi örgütsel çatışmalar hem zararlı hem de yaralı olabilmektedir, zararlarını azaltıp yararlarını artırmak ya da hastanelerin verimini ve etkinliğini artırmak için, örgütsel çatışmaların iyi yönetilmesi gerekmektedir.

Hastanelerde söz konusu olan pek çok çatışma sebebi vardır. Ancak burada örgütsel yapı ile ilişkili başlıca örgütsel çatışma kaynakları açıklanmaya çalışılacaktır.

A) İLETİŞİM YETERSİZLİĞİ

Örgütsel faaliyetlerde kişiler ve birimler arasında etkili bir koordinasyonun sağlanabilmesi için örgütte etkili bir iletişim sisteminin olması gerekmektedir. Hastane örgütlerinde özellikle hekimler ile yardımcı sağlık personel olarak adlandırılan hemşirelerin arasında yoğun bir biçimde yaşanan iletişim problemi hastaneleri olumsuz etkilemektedir. Hastane örgütlerindeki uzmanlık sistemi ve matriks yapıdaki organizasyon zorluğu kişiler ve birimler arası etkileşimin oldukça yüksek düzeyde gerçekleşmesini zorunlu kılar. Ancak bu etkileşim otorite dağılım ve formal iletişim sistemi tarafından oluşturulan gruplar tarafından sınırlanmaktadır (Aktaş, 2002: 125). Zira aynı ekibin parçaları olan hekim ve hemşirelerin birbirleriyle sağlıklı iletişim kurmalarının hem bireysel tatmin yaşamaları, hem hasta tatmininin sağlanması ve hem de kaliteli bir sağlık hizmetinin sunumu için önemli bir gereklilik olduğu söylenebilir.

Genel olarak hastaneler iletişim ve koordinasyon sağlamada güçlük çekilen örgütlerdir. Birimler ve yöneticilerarası ilişkiler hem dikey, hem de yatay kanalların kullanılmasını gerektirmektedir. Bu iletişim ve haberleşme güçlükleri üniversite araştırma hastaneleri gibi kapsamlı ve büyük kurumlarda daha da ağırlaşmakta ve çatışmalara neden olmaktadır.

Özellikle yöneticiler arasında oluşan çatışmayı yönetme yollarından biri, iletişim koruma yollarını araştırma 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 verilmelidir (Özmen ve Katrinli, 1994: 151).

Örgütte etkin karar alabilmek için bilgi paylaşımına ihtiyaç duyulmaktadır (Cruz vd., 2000: 111). İletişim, sağlık kuruluşları için hayati bir önem taşımaktadır. Sağlık personelinin verimli çalışabilmesi, hastaların bundan mümkün olduğunca çok faydalanabilmeleri, kurum içerisinde ve kurumlar arasında düzenin sağlanabilmesi, kurumun imajı iç ve dış çevrede güven kazanması kurulacak olan sürekli ve doğru

iletişime bağlıdır. Bu açıdan örgüt içerisinde tüm çalışanların iletişim kurallarını bilerek uygulamaları gerekmektedir (Kolonkaya, 2002: 142).

B) MATRİKS YAPIDAN KAYNAKLANAN ÇATIŞMALAR

. Matriks organizasyon, faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyonun üstüne proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır. Matriks organizasyonda iki tür yönetici bulunmaktadır; Fonksiyonel yönetici ile proje yöneticisi. 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. Ancak çoğu zaman bu iki hastane yöneticisinin birbirlerinden ayrı olarak almış olduğu kararların çalışanları tereddütte bıraktığı ve çatışmaya neden olduğu ifade edilebilir (Aktaş, 2002: 134).

Faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyon üstüne proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan yapı olan matriks organizasyonda, fonksiyonel yönetici işin kimlerce, nerede, hangi projede ve mesleki bakımdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Proje yöneticisi ise neyin, nerede ve ne zaman yapılacağını belirler. Projede çalışan personel her iki yöneticiye bağlıdır. Projenin yürütülmesi konusunda personel, proje yöneticisine, mesleki ve teknik konular bakımından da fonksiyonel yöneticiye karşı sorumlu olmaktadır. Bir personel her iki yöneticiye karşı sorumlu olmaktadır. Bu durum her iki yöneticinin otoritelerinin çatışması, yetki alanlarının aşılması olasılığını doğurmaktadır (Seçim, 2006: 3). Bu nedenle matriks yapıya sahip olan hastane organizasyonlarında ana sorunlar kişilerin performansının değerlendirilmesi, olumsuz ilişkiler, haberleşme, karışıklık ve düzensizlik, iş ilişkilerinde açıklığın olmaması ve etkin sorun çözmenin olmaması, çatışmalara neden olmaktadır (Şahin vd, 2006: 3).

Matriks organizasyondaki iki başlılık sorunların emirle değil ikna ederek tartışılarak halledilmesini zorunlu kılmaktadır. Hiyerarşik otoriteye dayanan yetki ve güç yerine iletişim ve işbirliğine önem verilmesi çatışmayı önleyici bir etki yaratacaktır. Bu nedenle matriks yapıda çalışanlar için bu yapının tam anlamıyla özümsemiş,

hazmedilmiş ve benimsenmiş olması ve bu yapının gerektirdiği iyi ilişkiler ve ikna kavramlarının örgütsel kültür olarak geliştirilmesi önemlidir. Matriks yapılarıdaki çatışma potansiyeli, çatışma yönetimi araçlarından “sorun çözme” metodu ile düşürülebilir. Hastane örgütlerinin proje organizasyonu özelliği doğrultusunda proje niteliği gösteren her bir hastanın hastalıklarının tedavisi, gecikme ve hataya meydan vermeden; proje ekibinin kesin, tutarlı, uyumlu bir davranış sergilemesini gerekli kılmaktadır. Matriks yapıdaki proje ekibinde yer alan, iki ayrı amire bağlı olarak çalışan tedavi ekibinin performansının değerlendirilmesi ve proje ekibi üyelerinin projeye yaptıkları katkıların ödüllendirilmesi çoğunlukla çatışmaya neden olan diğer bir faktördür. Fonksiyonel yöneticiler, elemanlarının projeye katkı sağlarken kendi otoritelerinin korunması ve tepe yönetiminde olumlu izlenimlerin oluşturulması kaygısını duyarken, tedavi ekibinin lideri olan proje yöneticisinin beklentisi ise proje üyelerinin proje ve katkılarının yüksek olmasıdır. Dolayısıyla matriks yapıdaki kritik nokta, her ikisi de profesyonel olan proje yöneticisinin ve fonksiyonel yöneticilerin gelişen beklentilerinin mutlaka ortak bir noktada uzlaştırılmasıdır (Aktaş, 2002: 143). Bu nedenle çatışma yönetiminde kullanılan tekniklerden “uzlaştırma” yönteminin matriks yapıdaki çatışmaları çözmeye en uygun yöntem olduğu ifade edilebilir.

C) SINIRLI KAYNAK KULLANIMI

Etkin kaynak kullanımı her örgütte olduğu gibi özellikle hastane örgütlerinde çok önemli bir konudur. Kaynak yetersizliği sağlık hizmetlerinde karşılaşılan ve çakışmaya sebep olan başlıca etkenlerden birisidir. Bu sorunun ana kaynağı talebin önceden doğru bir biçimde tahmin edilememesi, malzeme alımlarındaki gecikme, uygun olmayan kullanım ve bakım hizmetlerinin yeterli ve uygunsuz olması gibi nedenler olarak sıralanabilir (Hayran ve Sur, 1997: 176). Hastane yönetiminin tüm bu olumsuz etkilere yönelik olarak çareler üretmesi, kaynak sıkıntısı sebebiyle oluşan çatışmaları ortadan kaldırması gerekmektedir. Bunun yanı sıra kaynakları etkin bir biçimde kullanmalıdırlar (Steve ve Woods, 1994: 311).

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi, sağlık statüsünün artırılması ve sağlık kaynaklarının dağılımı büyük bir öneme sahiptir. Bu açıdan ülkelerin değişen ekonomik, sosyal ve demografik yapıları sağlık sistemlerini zorlamakta ve mevcut kıt

kaynaklarla toplumun sağlık ihtiyaçlarını en iyi Şekilde karŐılayabilme sorunu sağlık hizmetinde çalışanları karşı karşıya getirebilmektedir. (Tatar vd., 2003: 3-4).

Günümüzde bir çok örgütün kaynağı sınırlıdır. Bireyler veya birimler genellikle kaynakların az olduğu durumlarda örgüt kaynakları için rekabet ederler. Bu rekabet finansal kaynak, teknik kaynak veya yetenekli bir çalışan için olabilir. Çünkü, örgütlerin elinde bu kaynaklardan sınırlı miktarda bulunmaktadır. Bu nedenle grupların büyük bir bölümü bütçe fonları, fiziki alan, malzeme, personel terfi fırsatları ve destekleyici hizmetler için birbirleriyle rekabet içerisine girmektedirler (Luthans, 1994: 284). Aynı zamanda örgütün bu kaynakların paylaşımında göstereceği eŐsitsizlik birimler ve bireyler arasında çatışmaya neden olabilir.

Örgütteki kaynakların gruplar arasında eşit bir biçimde dağıtılması çok önemlidir. Bir örgütte bir grup başka bir gruptan daha az kaynak kullandığı fikrine sahipse, diğer gruplara karşı düşmanca bir tavır sergileyebilir. Sonuç olarak bu durumda da gruplar arasında çatışma meydana gelebilir. Levey'in bir araştırması, tıbbi personel materyal, teçhizat taleplerinin hastane yönetiminde yerine getirilmemesi halinde tıbbi personel ve hastane yöneticileri arasında çatışmalara neden olabileceği ortaya konulmuştur (Kaya, 1992: 121).

Örgütlerde bölümler için ayrılan kaynaklar oldukça sınırlıdır. Bu sınırlı olan kaynaklardan daha çoğuna sahip olabilmek bölümlerin başlıca amacıdır. atıŐmaların çoğu da bu nedenden kaynaklanmaktadır. Hastanelerde çatışmaların önemli bir kısmı aynı kaynağı iki bölümün beraber kullanmak durumunda olmalarından oluşmaktadır (Ateş, 2006: 6). İŞletmeler açısından hastaneler kaynak sıkıntısının en fazla yaşandığı sektör olarak görülmektedir. Çünkü, tıbbi alandaki pek çok malzeme ve cihaz aynı anda birkaç bölüm tarafından kullanılma zorunluluğu taşımaktadır.

Sınırlı kaynaklar açısından yarışmayı, gizli bir çatışma biçimi olarak değerlendiren Pondy'e göre yarışma, örgütteki grupların kaynaklarla ilgili olan isteklerinin toplamı, örgütün sağlayabileceği kaynakları aŐması durumunda çatışmaya neden olmaktadır (Tengilimoğlu, 1991: 91).

D) İŞLERARASI FAALİYETLERİN ZAMANLANMASI VE KARŞILIKLI BAĞLILIK

Örgütler yürütülen işler bakımından birbirleriyle karşılıklı olarak bağımlı olan bölüm ve kısımlardan meydana gelmişlerdir. Örneğin gereken zamanda yeterli kalite ve miktarda hammadde ve malzemenin tedarik bölümünce alınmaması hizmet üretimini aksatmakta ve üretim kalitesini düşürmektedir. Aynı şekilde bir üretim bölümü içinde atölyeler ve işler birbirleriyle otomatik olarak bağımlıdırlar. Zamanlama bakımından ortaya çıkan aksaklıklar hem bölümün tüm verimini etkilemekte ve hem de o bölüm içinde bir kısım diğer kısımların verimlilik ve etkinliğini düşürebilmektedir. Eğer pazarlama bölümü üretimde meydana gelen aksamalar nedeniyle müşterilerine verdiği sözü tutamıyorsa bu iki bölüm arasında da çatışmalar meydana gelebilecektir (Eren, 1989: 452).

Bu durum hastane örgütleri açısından da farklı değildir. Çünkü, bir hastanedeki çalışan personel, pek çok bakımdan birbirleriyle ilişkilidirler. Dolayısıyla birisinin yapmış olduğu iş diğerinin yaptığı işi de etkiler. Bu etkileşimler organize edilmediği takdirde, örgütte karmaşa, çatışma veya kaynak israfı meydana gelebilir (Hayran ve Sur, 1997: 343). Örneğin, hastanelerde, kliniğe yatış kararı verilmiş bir hastanın ihtiyaç duyulması durumunda röntgen filmini çekecek personelin ve röntgen cihazının hazır bulundurulmaması durumunda hastanede birimler ve bireyler arası çatışmaya neden olabilecektir. Hastanede kliniğe yatış kararı verilmiş bir hastadan hekim kan tetkikleri ve benzeri istediği zaman tedavi ve bakım hizmetinin verileceği bu süreçlerden birisinde oluşabilecek bir aksaklık hastanın tedavi ve bakımını etkileyebilir. Dolayısıyla, hizmet verilmesi sürecinde görevlerin yerine getirilmemesi ya da istenilen ölçüde yapılmaması çatışma yaşanmasına yol açabileceği ifade edilebilir.

Örgütlerde işlerarası karşılıklı bağıllık farklı şekilde ortaya çıkabilmektedir. James Thompon karşılıklı bağımlılığın üç farklı biçimde ortaya çıkabileceğini belirtir (Can, 1999: 311).

Bunlardan birincisi “**ortaklaşa bağımlılık**” durumudur. Burada gruplar karşılıklı yoğun bir etkileşim içinde değildir. Fakat her bir grup ortak amaca katkıda bulunmak

zorundadır. Bu durum çatışmaların ortaya çıkmasına önemli katkıda bulunmaz. Çünkü, bölümlerin karşılıklı ilişkileri azdır.

İkinci tür karşılıklı bağımlılık “**Dizgisel Sıralı Bağımlılık**”tır. Burada bir grubun işini yapması kendinden önce gelen grubun işini tamamlamış olmasına bağlıdır. Montaj hattı buna örnek verilebilir. Bu tür bağımlılıkta bir grubun çıktısı diğer grubun girdisini oluşturduğundan çatışma olasılığı daha fazladır.

Üçüncü tür bağımlılık ise “**iki taraflı bağımlılık**”tır. Burada bir grubun çıktısı diğerlerinin girdisi niteliğindedir. Örneğin ameliyat odasında doktor, anestezi uzmanı, hemşire ve teknik personel bir birlerine muhtaçtırlar. İki yönlü karşılıklı bağımlılık türü çatışmaların ortaya çıkma olasılığının en yüksek olduğu ortamlardır (Düşükcan, 2002: 33). Hastane örgütlerinde iki taraflı karşılıklı bağımlılık türünü görmek mümkündür. Çünkü, hastaneye gelen hastalar ilk önce danışmadan randevusunu almakta daha sonra poliklinik muayenesi için gelmekte ve gerektiğinde tetkikler için radyoloji servisi, laboratuvar vb. servislere uğramaktadırlar. Görüldüğü gibi birinin işinin bitmesi diğerinin başlamasına zemin hazırlamakta ve sonuçta da birbirlerini etkilediği ifade edilebilir.

Hastane örgütlerinde mevcut olan çatışmalar, sağlık hizmetini sunan personelin davranışlarını anlamada hekimlerin odak rolüne işaret etmektedir. Hekimlerin odak rolü ve sağlık uzmanları arasındaki uygulamanın önemi ile ilgili olarak sağlık hizmetlerinde, çalışma ortamındaki karşılıklı bağımlılık ilişkisi önemli bir faktördür (Skjorshammer ve Morten, 1999: 2). Çünkü, hastanelerdeki iş bölümü ve uzmanlaşmanın yüksek düzeyde olması sebebiyle herhangi bir bölüm veya grubun fonksiyonunu yerine getirebilmesinde diğer bölüm ve gruplara bağlı bulunmaktadır. Hiçbir bölümün fonksiyonunu diğerlerinden bağımsız bir biçimde yerine getirmesi beklenmez tam tersi sadece karşılıklı ve bağımlı olarak çalışabilirler. Çünkü, girdileri ve çıktıları yüksek düzeyde karşılıklı ilişkilidir. Hastaların teşhis ve tedavisi, hastanedeki farklı bölümler ve grupların (röntgen, eczane, laboratuvar, sterilizasyon, çamaşırhane, doktor, hemşire, yönetici, teknisyen, vb.) birbirleriyle ilişkilerinin tam olmasıyla iyi bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilebilir (Kaya, 1992: 120). Bu nedenle, hastanelerdeki faaliyetler arası ilişkilerin çok yönlü ve senkronize bir şekilde olması hastanenin amaçlarına etkin bir şekilde ulaşılabilmesi açısından çok önemlidir.

E) ÖRGÜTSEL GÖREV VE SORUMLULUKLARDAKİ BELİRSİZLİK

Organizasyonlarda çatışmanın yaygın olarak yaşanmasında çalışanlara aşırı rol yüklenmesinin neden olduğu bilinmektedir. Bu anlamda rol çatışması kişinin performansında daha fazla görev verilmesi sonucunda limitin aşılmasıyla şikayete başlamasıyla oluşmaktadır. Rol beklentisi kişiler üzerindeki rol baskısı şeklinde sıkça karşılaşılan bir durumdur. Rol beklentisiyle ilgili yapılan bir araştırmada bir anda oluşan bir belirti potansiyel anlamda çatışmanın nedeni olarak gösterilmiştir (Langan, 2003: 76). Hastanelerde de, çalışanların görev ve rolleri açık bir biçimde belirlenmiş olmadığından çalışanlar arasında her an çatışma yaşanabilmektedir.

Örgütsel amaçların gerçekleştirilebilmesi için çalışanların değişik roller üstlenmeleri gerekmektedir. Örgütsel açıdan rol; bir kişinin bulunduğu göreve ilişkin, gerçekleştirmek durumunda olduğu ve kendisinden beklenen davranışlar dizisidir (Çimen, 2000: 204-205). Rol çatışması ise, rolü gerçekleştirme durumunda olanların, değişik nedenlerle kendilerinden beklenen birden fazla rolün etkisi ile ne yapacaklarına karar verip rollerini yerine getiremediklerinde, rol çatışması ortaya çıkmaktadır (Schermerhorn vd, 2000: 202).

Yönetim alanı ile ilgili belirsizlikler ve rol çatışmasının stres faktörünü artırdığı bilinmektedir. Onyett, rol belirsizliği ve duygusal tükenmişlik arasında bir paralellik olduğunu ABD'deki (Harrisonda) klinik çalışmalarında tespit etmiştir (Carpenter vd, 2000: 13). Rol çatışması meydana geldiği zaman kişiler arasındaki iletişim birleştiricilikten uzak kalarak çelişkili, tutarsız veya karşılıklı kişilerin birbirini dışlaması şeklinde gerçekleşecektir. Yaygın olan görüşe göre rol farklılığı çatışma esnasında yaşanmaktadır (Griffin, 1999: 585).

Türkiye'de sağlık personelinin görev ve sorumluluklarını belirleyen çalışma esaslarını düzenleyen mevzuat eski, dağınık ve yetersizdir. Bu nedenle bir an evvel yeni bir düzenlemeye gereksinim duyulmaktadır. Hemşireler, eczacılar, veteriner hekimler, diş hekimleri, kimyagerler, ebeler, hasta bakıcılar ve sağlık memurları ile ilgili kanunlar günümüz koşullarına cevap vermemektedir. Bunların yanı sıra yönetmeliklerde adı geçen birçok sağlık mesleğinin kanunu yoktur. Örnek olarak eczacı teknisyeni,

laboratuar teknisyeni, anestezi teknisyeni, röntgen teknisyeni, fizik tedavi teknisyeni, patoloji anatomi teknisyeni, ruh sağlığı klinik teknisyeni vb. örnekler verilebilir (Sur, 2006: 3). Bu durumun sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirebilmelerinde büyük bir sorun oluşturacağı ve çalışanlar arasında çatışmayı artırabileceği söylenebilir.

Bunların yanı sıra sağlık bakanlığının hastanelerin iç organizasyonuna esas teşkil eden Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde hastane içerisindeki faaliyetler farklı biçimlerde ve sistematik olmayan bir biçimde gruplandırılmıştır (Seçim, 2006: 3). Bu gruplandırmalardaki farklılıklar önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastanede çalışan personel gruplarına baktığımız zaman görev ve yetki karmaşası söz konusudur. Türkiye’de yürütülen kalite çalışmalarıyla bu görev karmaşıklığının kaldırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla Eskişehir Devlet Hastanesi’nde başlatılan kalite çalışmaları öncesinde sık sık görev ve yetki karmaşıklığı yaşanırken, görev tanımları ve diğer dökümanlarla bu durum önlenmeye çalışılmıştır. Bunun sonucu olarak da bu faaliyetlerin tüm hastane personelinin motivasyonunu artırdığı görülmüştür. Yapılan personel anketleri ve bildirimlerde bu durum net bir biçimde izlenmiştir (Kabukçuoğlu vd, 2000: 39).

Hastanelerde görev ve sorumluluklardan kaynaklanan rol çatışması genelde hekimler, hemşireler ve hastane yöneticilerinin arasında yaşanan bir durumdur. Hemşirelerin görevleriyle ilgili olarak birden fazla üstten emir alması, hastane yöneticilerinin ise görev ve yetkilerinin dar olması gibi nedenler, çatışmaya neden olabilir (Şahin ve Erigüç, 2000: 28). Hekimler ve yöneticilerin arasında yaşanan temel sorun ise, aslında bu iki grubun farklı şekillerde sosyalize olmaları ve öğrenim görmelerinden kaynaklanmaktadır. Hekimler mikro yönetimli olarak hastaları için öğrenim görürlerken, hastane yöneticileri makro perspektif üzerinde yoğunlaşmak ve bir bütün olarak örgüt üzerinde odaklaşmak niyetindedirler (Şahin, 1999: 40).

Hastanelerde hemşirelik hizmetlerindeki değişimde rol çatışması bakımından bir potansiyel oluşturur. Değişim içeren tüm rollerin aydınlatılması, rol stresinden ve rol çatışmasından kaçınmada önemlidir. Hemşirelik departmanında denetleyici hemşireler ve yönetici hemşireler (başhemşire ve başhemşire yardımcıları) olarak üç farklı seviyede rol söz konusudur. Denetleyici hemşireler, hemşirelere bekledikleri özerkliği

vermedikleri, daha fazla denetim davranışları göstermelerinden dolayı, çatışma zeminini oluşturmaktadır (Madeleine, 1998: 419). Zira hastane örgütlerinde hemşirelik hizmetiyle ilgili iş bölümü karmaşıklıkça, özendirme katkıları dengeleyici standartların uygulanması zorlaşır. Farklı bölümlerde çalışan hemşireler katkılarını sürekli olarak diğer hemşirelerle karşılaştırır ve sürekli olarak örgüte olan katkılarının diğerlerinden fazla olduğunu vurgulayarak çatışma davranışı içerisine girebilirler.

Hastane organizasyonları içindeki idari organların yetkileriyle görevleri çoğu pozisyonlarda denk değildir. Bazı durumlarda da görev çatışmasına neden olabilecek düzenlemeler vardır. Ayrıca iç organizasyonda görev tanımları ve pozisyonları arasındaki ilişkiler net bir biçimde tanımlanmamıştır. Bunların yanında, görev tanımları aynı ayrıntıda düzenlenmemiştir. Ayrıca, hastanelerde verilen hizmetin denetimini ve değerlendirmesini yapacak idari organ ve düzenleme mevcut değildir (Seçim, 2006: 3). Hastanelerde, tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinin denetimi hekimlerce ve diğer uzmanların kendilerine bırakılmıştır. Başka bir ifadeyle oto kontrol mekanizması söz konusudur. Fakat bu tür denetim yeterli olmamaktadır.

Hastanelerde görev ilişkisi bakımından 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 öteye, ne kadar otonomiye, işlerinin hangi yönünde ihtiyaç duyduklarının belirlenmesidir. Hekimlerin otonomi istedikleri alanlar, hiyerarşik yönetimden uzak olarak mesleklerini icra etmek, birey olarak hastayı reddedebilme hakkı ve diğer sağlık mesleklerine öncülük yapmak ve koordine çalışmak ve tıp bilgisinin önde gitmesidir (Eren, 1997: 346).

F) YÖNETİM ALANI İLE İLGİLİ BELİRSİZLİKLER

Çevresel belirsizlik ve örgütte çalışanların görev alanlarının açık olarak belirlenmemesi, yöneticilerin planlama fonksiyonlarını, hedeflerini ve yönlerini net olarak tayin etmelerini güçleştirmektedir. Yöneticiler çoğu kez bu hızlı değişimle başa

çıkabilecekleri bilgi birikiminden yoksun olduklarından sık sık stratejik hedefler de değişikliğe gitmek zorunda kalırlar (Nahavendi ve Malekzadeh, 2000: 446).

Hastanelerde belirli bir çevrede yer almaktadırlar ve çevredeki değişimden etkilenmektedirler. Hastalar veya hekimler değişimden her zaman etkilenebilirler. Yöneticilerin rolü değişen çevreyi etkin olarak önceden tahmin etmek ve uygun programları uygulayabilmektir (Heyes ve Mack, 1996: 66). Hastanelerde hizmet kalitesi ve hizmet sonucu elde edilecek tatmin diğer hizmet türleri ile kıyaslandığında belirlenmesi güçtür. Bu durum hem hasta (müşteri) açısından söz konusu olduğu gibi hizmeti veren sağlık çalışanlarını tatmin boyutunda da geçerli olan bir etkidir. İş stresi ve iş tatmini arasındaki ilişki teorik olarak gösterilmiş deneysel olarak denenmiş ve değişik analizlere konu olmuştur. Sonuç olarak da insanların iş stresi yapması sonucunda işinden memnun olmayan bir psikolojiye sahip olmaları bulunmuştur (Williams, 2001: 80).

Örgütlerdeki belirsizliğin doğal bir sonucu olarak da bazı görevlere birden fazla kişi sahip çıkar ve aralarında çatışma çıkabilir. Bununla birlikte bazı görevlere ise hiç kimse sahip çıkmaz ve sonuçta iş aksar. Bu durumda da taraflar birbirlerini sorumlu tutarak bir çatışma içerisine girerler (Ertürk, 2000: 227). Hastanelerde belirsizliği önlemek için bireylerin ve grupların yetki ve sorumluluklarının sınırı örgüt şeması, görev tanımları ve örgüt el kitapları gibi araçlar ile açık olarak belirtilmelidir.

Hastaneler rol ve görev karmaşıklığının en çok yaşandığı kurumlardandır. Çünkü, hastanelerde değişik meslek mensupları çalışmaktadır. Bu meslek gruplarının çoğunluğunun eğitim seviyeleri farklıdır. Hastanelerde rol çatışmasına neden olan önemli nedenlerden biriside işin doğasıdır. Yani hastaların önceden ne türlü bir işlem aşamasından geçeceği belli değildir. Her bir hastaya ayrılan tedavi ve her hastanın aldığı hizmet ve hizmet bileşimi birbirinden farklılık göstermektedir.

G) YÖNETİM TARZI

Her yönetici karar verme, planlama, bunları uygulama bakımından, astlarını harekete geçirme, onları güdüleme ve kontrol etme yönünden diğer yöneticilerden farklı

yol ve yöntemlere sahiptir (Koçel, 1993: 402). Ancak yönetici yönetim tarzını belirlerken, astları ile olan bireysel farklılıkları göz önüne almalıdır. Eğer bu farklar üst düzeyde ise astların yönetim tarzına uygun bir şekilde eğitilmesi gerekebilecektir.

İyi bir organizasyonun yönetim açısından bulunması gereken özelliklerinin en başında, organizasyonun dengeli bir yapıya sahip olmasıdır. Dengeli organizasyon yapısı, organizasyon içindeki çeşitli bölümlerin büyüklükleri arasında, prosedürlerin standartlaşması ile esneklik arasında ve merkezci yönetim ile merkezkaç yönetim arasında makul bir dengenin sağlanabildiği bir yapıyı ifade etmektedir. Bölümlerin büyüklükleri arasındaki denge, organizasyon içinde yer alan bölümlerin iş yükleri ve buna paralel olarak, bölüm idarecilerinin yetkileri arasında denge sağlanmasını amaçlamaktadır. Prosedürlerin standartlaştırılması ile esneklik arasındaki denge ise, organizasyonun karşılaşılan yeni ve acil durumlara uyum sağlayabilmesine yönelik bir tedbirdir. Organizasyonlar büyüdükçe, faaliyetlerin yürütülmesi ve takip edilecek prosedürlerin standartlaşması kaçınılmazdır. Fakat olağanüstü durumlarda ve yeni koşullarda hizmetin aksatılmaması için prosedürlerde yeteri derecede esnekliğe yer verilerek bir dengenin sağlanması gerekmektedir. Bu husus şahsileştirilmiş tedavi hizmetinin verildiği ve talebin tam olarak kestirilemediği hastanelerde özellikle önem taşımaktadır. Merkezci yönetim ile merkezkaç yönetim arasındaki denge ise, hizmetin aksamadan sürekli bir şekilde yürütülmesini ve denetimi sağlayacak ölçüde, organizasyon içinde alt kademelere yetki devredilerek, yönetim kademeleri arasındaki yetki dağılımının dengelenmesini ifade etmektedir (Seçim, 1985: 208). Bu özelliklere ilave olarak, herhangi iyi bir organizasyonun taşıması gereken özelliklerden hareket edilerek, iyi bir hastane organizasyonunun özellikleri tamamlanabilir. Bu özellikler, organizasyonda ayrılık (istisna), yetki ve sorumluluğun denkliği, fonksiyonel benzerlik veya yönetim birliği ve süreklilik ilkelerine uygunluğun sağlanmasıdır.

H) İŞ BÖLÜMÜ VE UZMANLAŞMA

Yapılan araştırmalarda, bürokrasinin en temel ögesi olan uzmanlaşmanın çatışmayla doğrusal bir ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir (Ertürk, 1994: 121). Günümüz örgütlerinde oldukça sık olarak görülen işbölümü ve uzmanlık kaynaklı

çatışmalar, yapısal büyüklük neticesi çok sayıdaki departman ve uzmanlık alanlarının doğal bir sonucu olduğu söylenebilir.

İşletme organizasyonları büyüdükçe, dış ilişkileri arttıkça, çok çeşitli insan gruplarına hizmet götürdükçe, yeni mal ve hizmet üretimi söz konusu oldukça, işletme organizasyonlarında daha fazla uzman personelin istihdamına ihtiyaç duyulur (Middlemist, 1981: 301). İşletme organizasyonunda eski uzmanlıkların kaybolması ve yeni uzmanlıklara ihtiyaç duyulması ya da mevcutlar üzerine yenilerinin eklenmesini gerekli kılabılır. Artan uzmanlaşma, mevcut organizasyon yapısındaki çalışanların çıkarını zedeleyebileceği gibi, çatışmaların statü beklentilerini de bozabilir. Sonuç olarak da, mevcut çalışan personelle işletmeye gelecek yeni uzman personel arasında uyuşmazlık ve çatışmaların yaşanabileceği söylenebilir.

İ) ETKİN EKİP ÇALIŞMASININ UYGULANAMAMASI

Günümüz organizasyonlarında takım çalışması çok önem taşımaktadır ve bu takım çalışması organizasyonlardaki problemleri formüle etme ve çözme konusunda önem taşımaktadır. Çatışmalar organizasyonların faydaları açısından negatif ya da pozitif niteliklerin neler olduğunu açıklamaktadır. Takım çalışması çatışmaların dinamikleri bakımından odak noktasını oluşturmaktadır (Esquivel ve Kleiner, 1996: 1). Çünkü, örgütün amaçlarına ulaşabilmesinde bölümler arasındaki kişilerin beraber çalışmaları ve bu çalışmaların sonuçlarının bölümün amaçlarına yönelik olması gerekmektedir.

Çalışma yerlerindeki en önemli değer değişim ve adaptasyondur. Örgütler genellikle bu konuda yeni uygulamalar konusunda baskı altındadırlar. Örgütlerdeki değişimin sonucu yüksek verimlilik olmalıdır. Toplam kalite ve hizmetler, müşterilere memnuniyeti ve daha kaliteli bir çalışma hayatı sağlamalıdır. Örgütün kaynakları bakımından, örgütte çalışan grupların hangi açıdan daha önemli oldukları günümüzde anlaşılmalıdır. Günümüzde örgütlerin odak noktası olması açısından grup çalışması artmakta ve grupların çabaları ile avantajlar sağlanmaktadır. Örgütlerde ekip çalışması ile ilgili olarak en iyi örgütleri takımsal anlamda beraber çalıştığı ve birlikte yüksek

performansa ulaşabildiği yapılardır (Schermerhorn vd, 2000: 174). Ekip çalışması geniş anlamda toplumsal yaşamın olmazsa olmaz bir kuralıdır. İnsan toplumsal bir varlık olduğuna göre kendisinden başka birine veya birilerine mutlaka ihtiyaç duymaktadır. Fakat bunlar geleneksel anlamda yardımlaşma ve dayanışmanın unsurları olup, birlikte hareket etmeyi çağrıştırmaktadır. Bu birlikte hareket etme, bir hedef doğrultusundaki meslek elemanlarından oluşursa ve meslek elemanları arasında bilgi paylaşımı, fikir birliği ve mesleki müdahale gibi kavramları içerirse işte o zaman ekip çalışması kavramı ortaya çıkmış olmaktadır.

Sağlık alanında disiplinler arası takım çalışması son yıllarda giderek önem kazanan bir kavram olmuştur (Mccollin, 2003: 364). Takım çalışması, tüm sağlık kurumlarında, özellikle de hastanelerde, hasta ve yaşlıların bakıldığı, disiplinler arası bakımın verildiği kurumlarda önemli bir unsurdur. Takım çalışmasının önemi, bunun hasta bakımı üzerindeki etkileri hemşirelik ve diğer sağlık ekibi üyeleri tarafından eskiden beri tartışılan bir konudur (Wenckus, 2004: 40). Gerçekte disiplinler arası sağlık hizmeti sunan takımlar, geleneksel anlamda yönetim takımlarından ayrılırlar. Çünkü, bu takımların sunduğu hizmeti alan müşteriler, diğerlerinden farklıdır. Sağlık bakımı almakta olan hastalar, genellikle kriz içindedirler fiziksel, duygusal ve psikososyal olarak her yönüyle etkilenmişlerdir ve kendilerini tehlikede hissederler. Bu nedenle sağlık gibi karmaşık bir alanda hizmet vermek, farklı disiplinlerle bir araya gelmeyi ve ortak çalışmayı gerektiren mutlak bir takım çalışmasını kaçınılmaz kılmaktadır.

Hastanelerde sunulan hizmetlerin temel özelliği olarak tıbbi uygulamanın örgütlenilmesinde tek başına hekimlik uygulaması yeterli gelmemektedir. Aksine tüm sağlık personelinin işbirliğinde bir takım halinde olunması gerekmektedir. Bu nedenle tek başına hekimlik uygulaması başarısız olmaktadır (Şahin, 1999: 33). Hastanelerde ekip çalışması uygulaması gerekliliği önemli olmasına rağmen Türkiye’de ekip çalışmasının tam anlamıyla uygulanabilirliğinden bahsetmenin güç olduğu ifade edilebilir.

Hastanelerde, ekip çalışmasının uygulanabilmesi için hastane liderinin her komitenin spesifik hedeflerini bilmesi gerekir. Ekibe sadece üst yönetimi değil tüm çalışanları dahil etmeli ve komiteye aktif katılımları olmalıdır. Çünkü, üst yönetim veya denetici kendi rollerinde kolaylığı sağlamaya yönelecektir. Yalnızca yöneticilerden

oluşan bir komite, planlama, organize etme ve koordinasyonu sağlayabilir. Fakat her spesifik işin yapılmasını sağlayamayacaktır (Biggerstaff ve Syre, 1991: 36). Günümüzde hastaneler rekabetin yoğunlaştığı bir çevre içinde çalışmaktadır. Böylesi bir çevre içinde hastaneler esnek olmak, tüketici istek ve beklentileri ile teknolojik değişmelere hızlı yanıt vermek zorunda kalmaktadır. Ekip çalışmasının, hastanelerin değişmelere hızlı yanıt vermesini kolaylaştıracağı söylenebilir.

Hastanelerdeki hasta bakım ekibi en önemli koordinasyon şeklini oluşturmaktadır. Hekim ekibin başıdır. Ekip konsültanlar, hemşireler, teknisyenler ve diğer yardımcı sağlık personelinin içerir. Her hasta için farklı bir ekip oluşturulur ve hasta hastaneden ayrılınca ekipte dağılır. Böylelikle ekipte hızlı bir oluşum ve dağılım söz konusu olmaktadır (Eren, 1997: 345). Çünkü, ekip çalışmasında önderlik rolünü üstlenen hekimlerin, hastanedeki diğer birimlerle ilgili olabilecek bir çok belirsizliği ortadan kaldırarak, hizmet kalitesini geliştirebileceği söylenebilir.

Örgütsel çatışmanın nedenleri ile ilgili olarak değerlendirilmesi gerekli olan başka bir konuda, ekip üyelerinin güç kaynaklarıdır (Liam ve Jenny, 1995: 5). Hastanelerde güç çeşitli şekillerde (resmi yetkiyi elde bulundurma, kaynaklarda kısıtlama kontrolü, bilgi sağlamada üstünlük, özel uzmanlığa sahip olma, birimler üzerinde tasarrufta bulunma vs.) olabilir.

Tüm bunların yanı sıra eğer ekip içi, çözülmemiş çatışma etkileri olursa, ekip üyelerinin ekibe bağlılıkları ve ekip misyonu azalacaktır. Şayet çatışma ekipçe etkin yönetimle çözümlenirse, ekip üyelerinin başarısı açısından bir şans olacaktır. Araştırmalara göre, eğer çatışma uzun dönemli olarak sağlıklı çözümlenmezse, ekip üyeleri iş yerinden ayrılmayı ya da değerli zamanlarını başka alternatifler üzerinde kullanmayı tercih edebileceklerdir (Ford ve Bernes, 2002: 1). Çünkü, ekip çalışması örgüt çalışanları arasında, kurumsal ve göreve dönük işbirliğini ifade etmektedir. Aynı zamanda, ekip çalışmasının yönetim açısından örgüt çalışanlarının mesleki amaç, beklenti, etkinlikleri ve ortak amaçları doğrultusunda birleştirilmesi ve eş güdümünde etkili bir yöntem olduğu ifade edilebilir.

Hastanelerde ekip çalışması ile hasta tatmininin sağlanabilmesinde en önemli kritik faktörlerden birisi hekim ve hemşirelerin tam bir ekip çalışması içerisinde olmalarını gerektirmektedir. Ancak özellikle verilen ödüllerin (maaş, terfi, prim vs.).

adil bir biçimde algılanmaması, cinsiyet farklılıkları, vb. gibi nedenlerden dolayı bu işbirliği çoğu zaman gerçekleşmemektedir. Aynı ekipte çalışmalarına rağmen, tutum ve davranış biçimleri bakımından farklı dünyaların insanları olarak değerlendirilebilen hekim ve hemşirelerin işlerinden tatmin elde etmelerini sağlayan unsurlar ve dolayısıyla işlerin farklı boyutlarında duydukları tatmin düzeyleri de farklılık gösterecektir (Çarıkçı ve Aksoy, 2006: 29). Bu nedenle sağlık hizmetlerindeki ekip çalışması işleyen dişli çarklar gibidir. Her dişli çark, diğerine uyum sağlamış eşit ritimle dönerek çalıştığında istenen sağlık hizmeti verilir. Bu çarklardan sadece birisi önemli görülüp ona destek verilirse diğerlerinde olan uyum ve anlaşma bozulur.

Sağlık kavramının çok boyutluluğu ve sağlık hizmetlerinin disiplinler arası 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 konusudur (Erdemir, 1998: 60). Zira, hastanelerdeki disiplinler arası ekip yaklaşımı, sağlık meslekleri üyeleri arasında hizmetlerdeki boşluk ve tekrarları ortadan kaldırmak için işbirliği yapmayı içerir. Böyle bir sistemde, açıklık, esneklik gözlenir ve hastanın belli sorunlarının çözümü için tüm yeteneklerin en iyi şekilde dağılımı yapılabilir. Disiplinler arası ekip kavramını, değişik düşünce ve araçların kullanımında deneyimli; aralarında ortak sorunlar çerçevesinde işbölümü yapmış; her üyesi kendi bilgi ve becerisini bağımsızca kullanabilen; birbirleri ile sürekli iletişim içinde; konularını diğer ekip üyelerinin işlevlerinden doğan kısıtlamaları göz önüne alarak inceleyen ve çoğunlukla ortaya çıkan sonuca küme sorumluluğu ile yaklaşan insan topluluğu biçiminde ifade edilebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİNDE ÇATIŞMALARIN KAYNAKLARI VE ÇÖZÜM YÖNTEMLERİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Araştırma; AKÜ Hastanesi hekim çalışanları ile hemşire çalışanları arasında yapılmıştır. Bu çalışma ile hekim ve hemşire çalışanlar arasındaki çatışma kaynakları tespit edilerek, çatışma kaynaklarına yönelik çözüm önerileri geliştirilmektedir.

I. ARAŞTIRMANIN AMACI

Hastanelerde yaşanan örgütsel çatışma hastane faaliyetlerinin yürütülmesinde bir takım problem veya kayıplara neden olmaktadır. Hastane işletmeleri, örgütsel yapılarından dolayı çeşitli faaliyetleri bir arada, birbirine bağımlı ve eş zamanlı olarak yürüten ender organizasyonlardan birisidir. Bu nedenle, birimler arasındaki çatışmanın yönetimi hastane işletmelerinde daha fazla önem kazanmaktadır.

Hastane işletmelerinin iki temel meslek grubu olan, hekim ve hemşireler arasındaki çatışmanın ortaya konulabilmesi ve etkin olarak yönetilebilmesi, hizmetin daha iyi sunulabilmesi için gereklidir. Bu nedenle çalışmada temel amaç olarak, hastane işletmelerinde hekim ve hemşire çatışmasının sebepleri incelenmekte ve bu sebeplere yönelik olarak hekim ve hemşireler arasındaki çatışmanın çözümüne yönelik öneriler geliştirilmektedir.

II. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırma amacını açıklamak üzere aşağıda belirtilen hipotezler oluşturulmuştur. Hipotezlerle çatışmaya kaynaklık eden unsurlar, gözlenen davranışlar ve çözüm yöntemleri olmak üzere üç faktör grubu test edilmektedir.

1- H1 Çatışma kaynakları açısından hekimler ve hemşireler arasında pozitif yönlü bir farklılık vardır.

Çatışmaların tespit edilebilmesi ve çözümlenebilmesi için öncelikle çatışmanın kaynağının iyi bir şekilde ortaya konulması gerekmektedir. Araştırmamızda hekim ve hemşire arasındaki çatışmalar incelendiğinden dolayı öncelikle bu iki grup arasındaki çatışma kaynaklarına yönelik algı farklılıkları belirlenmeye çalışılmıştır.

2- H1 Gözlenen davranışlar konusunda, hekimler ve hemşireler arasında pozitif yönlü bir farklılık vardır

Çalışanlar çatışmalar karşısında farklı davranış şekilleri gösterebilirler. Bu hipotez ile hemşire ve hekim çalışanların çatışmalara hangi tür tepkiler gösterdikleri ve çalışanlar arasındaki tepkiler açısından farklılık olup olmadığı test edilmek istenmiştir.

3- H 1 Hekimlerin Unvan Düzeyleri İle Gözlenen Davranışlar Arasında Negatif Yönlü bir İlişki Vardır

Hekim çalışanlar toplum içinde yüksek statüde görülmekte ve itibar edilmektedir. Unvan kişilerin sosyal statülerini belirleyen en önemli etkenlerden birisi olup çalışanların davranışlarını olumlu yada olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Çalışmada hekim çalışanlar açısından böyle bir etkinin olup olmadığı incelenmek istenmiş bu nedenle hipotez test edilmiştir.

4- H 1 Hemşirelerin unvan düzeyleri ile gözlenen davranışlar arasında negatif yönlü bir ilişki vardır

Hemşire çalışanlar toplum içinde hekim çalışanlara göre yüksek statüde olmamalarına rağmen sağlık hizmetleri denilince hekim çalışanlar ile birlikte anılan bir meslek grubudur. Kişilerin sosyal statülerini belirleyen en önemli etkenlerden birisi olan unvan düzeyinin çalışanların davranışlarını olumlu yada olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Çalışmada böyle bir etkinin hemşire çalışanlar açısından olup olmadığı incelenmek istenmiş bu nedenle hipotez test edilmiştir.

5- H1 Hekimlerin meslekte çalışma süreleri ile gözlenen davranışlar arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.

Çalışılan ortamın iyi tanınması ve analiz edilebilmesi için aynı ortamdaki çalışma süresinin fazla olması önemlidir. Çalışanların deneyimleri iş yerindeki çalışma süreleri ile doğru orantılı olarak artmakta bunun neticesinde de davranışlarında bir değişim meydana gelmektedir. Bu hipotez, çalışma süresinin davranışlar üzerinde etkili olup olmadığını araştırmaya yöneliktir.

6- H 1 Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile gözlenen davranışlar arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.

İş deneyimi hekim çalışanlar kadar hemşire çalışanları da ilgilendirmektedir. Bu nedenle meslekte çalışma süreleri ile gözlenen davranışlar arasında negatif yönlü bir ilişkinin olup olmadığı konusunda hemşire çalışanlar üzerinde bu hipotez sınanmıştır.

7- H1 Hekimlerin gözlenen davranışları ile yaşları arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.

Bilindiği üzere genel olarak yaş bilimsel çalışmalarda ayırt edici bir özellik olarak görülmektedir. Çünkü çalışanların yaşları ile doğru orantılı olarak iş tecrübeleri de genelde artmaktadır. Çalışanların yaşları arttıkça sergiledikleri davranışlarda gösterdikleri olgunluk düzeyleri de değişebilmektedir. Bu nedenle yaş faktörünün ortaya konulan davranışlar üzerinde etkili olup olmadığı test edilmek istenmiştir.

8- H 1 Hemşirelerin gözlenen davranışları ile yaşları arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.

Hemşirelerin yaşları ile gözlenen davranışları arasında negatif yönlü bir ilişkinin varlığının olup olmadığı bu hipotez ile tespit edilmeye çalışılmıştır.

9- H1 Çatışma çözüm yöntemleri hekim ve hemşire çalışanlara göre anlamlı farklılık gösterir.

Eğitim, sosyal ve kültürel farklılıklar, unvan farklılıkları vb. nedenlerden dolayı çalışanlar arasında problemlerin çözüm yöntemi konusunda farklılıklar oluşabilmektedir. Her çalışan problemlerin çözümü konusunda farklı bir davranış sergileyebilmektedir. Çalışanlar arasındaki çatışmaların çözümüne çalışanları yaklaşımları konusunda ne tür farklılıklar olduğu bu hipotezle incelenme gereği hissedilmiştir.

10- H1 Çatışmada çözüm yöntemleri hekimlerin unvanlarına göre anlamlı farklılık gösterir.

Çalışanların unvanları arttıkça gerek çalışma ortamında gerekse toplum içindeki statüleri de artmaktadır. Bu da problemlere bakış açısını dolayısı ile çözüm yöntemlerini de etkileyebilmektedir. Bu hipotezle hekim çalışanların unvanları ve çatışma çözüm yöntemleri arasında farklılığın olup olmadığının tespitine yöneliktir.

11- H1 Çatışmada Çözüm Yöntemleri Hemşirelerin Unvanlarına Göre Anlamlı Farklılık Gösterir

Hemşire çalışanların unvanları hekim çalışanlara göre yüksek statüde değildir. Ancak hekim çalışanlar ile hemşire çalışanların unvanlarının çatışmayı çözüm yöntemleri arasındaki farklılığa bakılması çatışmaların giderilmesinde önem arz edebileceği nedeniyle bu hipotez test edilmek istenmiştir.

12- H1 Çözüm yöntemlerinden kaçınma konusunda hekim ve hemşire çalışanlar arasında anlamlı farklılık vardır.

Literatürde çatışma çözüm yöntemleri arasında yer alan kaçınma davranışı konusunda hekim ve hemşireler arasındaki farklılıkların araştırılmasına yönelik olarak bu hipotez ortaya konulmuştur. Çalışanların kaçınma davranışını çatışmalarda bir çözüm yöntemi olarak algılayıp algılamadıkları araştırılmak istenmiştir.

13- H1 Çözüm yöntemlerinden “güç kullanma” konusunda hekim ve hemşire çalışanlar arasında anlamlı farklılık vardır.

Güç kullanma literatürde başvurulması uygun görülmeyen bir çatışma çözüm yöntemidir. Ancak bazı durumlarda güç kullanma yöntemine başvurulduğu da bilinmektedir. Bu hipotez, hekim ve hemşireler arasındaki güç kullanma eğilimi açısından farklılık olup olmadığını tespit etmek amacı ile yapılmıştır

14- H1 Çözüm yöntemlerinden “müzakere etme” konusunda hekim ve hemşire çalışanlar arasında anlamlı farklılık vardır.

Müzakere etme birimler veya kişiler arası iş yoğunluğunun, verilen hizmet çeşitliliğinin ve liderlik düzeyinin yükselmesi ile birlikte kullanılan çatışmalarda tarafların kendi durumlarını koruma amacı ile kullanılan bir yöntemdir. Hekim ve hemşire çalışanların çatışmalar karşısında müzakere yolunu seçip seçmediklerini ortaya koymak için bu hipoteze gerek duyulmuştur.

15- H1 Çözüm yöntemlerinden “problem çözme” konusunda hekim ve hemşire çalışanlar arasında anlamlı farklılık vardır.

Kişilerin eğitim düzeyleri, çalışma ortamları ve unvanları ile bağlantılı olarak problem çözmeyi çözüm stratejisi olarak görmeleri de değişebilmektedir. İki farklı çalışma grubunun problem çözme konusundaki yaklaşımlarında farklılık olup olmadığı bu hipotezin gerekçesini oluşturmaktadır.

16- H1 Çözüm yöntemlerinden “yönetime katılma” konusunda hekim ve hemşire çalışanlar arasında anlamlı farklılık vardır.

Hizmet işletmelerinde iş tatmininin ve verimliliğin artması işgörenlerin yönetim kararlarında etkili olması ile doğru orantılıdır. Çalışanlar yönetim kararlarında etkili oldukları sürece problemlerini yönetime aktarma ve çözme olanağı bulurlar. Bu hipotez ile çalışanlar arasındaki çatışmaların çözümünde yönetime katılma konusundaki farklılıkları analizi amaçlanmıştır.

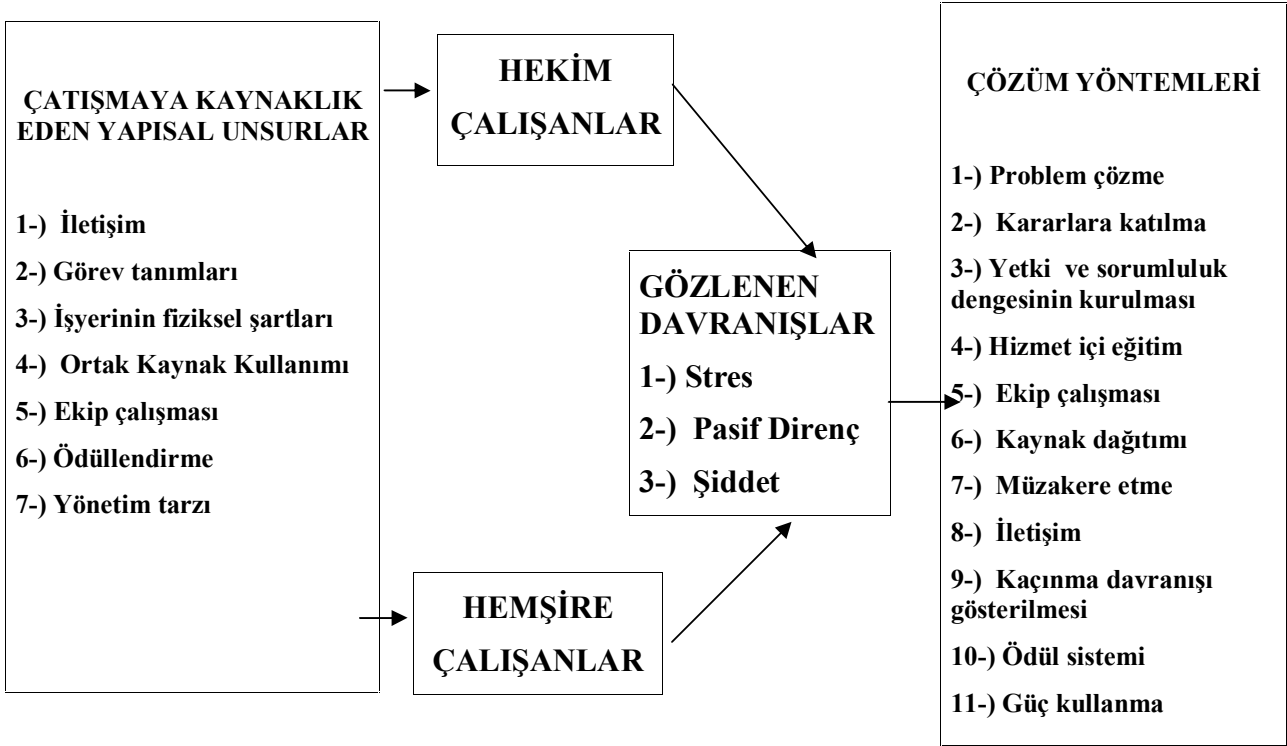
III- ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırmanın tek örnekleme sınıflandırılmış olması ve
- Araştırmada sadece anket yöntemi (nicel analiz tekniği) kullanılmış olması araştırmanın sınırlılıkları olarak sayılabilir.

IV. ARAŞTIRMANIN MODELİ, YÖNTEMİ VE ARACI

Araştırmanın 3 temel boyutun etkileşim süreci bir model olarak tasarlanmıştır. Model aşağıda açıklanmaktadır.

Şekil :16 Araştırmanın Modeli



A) ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmada şekil 16'da da görüldüğü gibi hekim ve hemşire çalışanlar arasındaki çatışmaların kaynakları, çatışma durumunda sergiledikleri davranışlar ve çatışmaların çözümüne yönelik yöntemleri ve aralarındaki ilişkileri gösteren bir model hazırlanmıştır. Model aşağıda açıklanmaktadır.

Hekim ve hemşire çalışanlar arasındaki çatışmalara kaynaklık eden faktörler incelenerek yedi başlık altında toplanmıştır.

- 1-) İletişim
- 2-) Performans değerlendirme ve ödüllendirme sisteminin yetersiz olması
- 3-) İşyerinin fiziksel şartlarının yetersizliği
- 4-) Ortak kaynak kullanımının neden olduğu sorunlar
- 5-) Görev tanımlarının belirgin olarak yapılmamış olması
- 6-) Ekip çalışmasına yeterince önem verilmemesi

7-) Yönetim tarzı

Yukarıdaki çatışma kaynakları karşısında hekim ve hemşire çalışanların ne tür tepkiler sergilediklerine yönelik olarak yapılan analizde çalışanların sergilediği davranışlar üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar

- 1-) İş yoğunluğunun yol açtığı stres
- 2-) İşlerin yapılmasında pasif direnç gösterilmesi
- 3-) Çatışmalarda şiddete başvurulması

Çalışanlar arasında çatışma kaynakları ve gösterdikleri davranışlar ortaya konulduktan sonra çatışmaların nasıl çözüleceği sorusuna yanıt aranmış sonuçta da on bir başlık altında çözüm önerileri ortaya konulmuştur.

- 1-) Ekip çalışmasına önem verilmesi ve takım ruhunun oluşturulması,
 - 2-) Adaletli bir ödül sisteminin yerleştirilmesi
 - 3-) Çalışanlar arasında iki yönlü iletişimin sağlanması
 - 4-) Hizmet içi eğitimin kurumsal amaçlar doğrultusunda sürekli hale getirilmesi
 - 5-) Hastane kaynaklarının kullanımı konusunda önceliklerin iyi belirlenerek kaynak dağıtımının rasyonel olarak yapılması
 - 6-) Yönetim kararlarına katılımın sağlanması
 - 7-) Çalışanlara sorumlulukları oranında yetki verilmesi ve yetki sorumluluk dengesinin etkin olarak hayata geçirilmesi
 - 8-) Çatışmalarda taraflardan birinin kaçınma davranışı göstermesi
 - 9-) Çatışmalarda güç kullanma yönteminin seçilmesi
 - 10-) Çatışmalarda müzakere etme yönteminin seçilmesi
 - 11-) Çatışmalarda problem çözme yönteminin seçilmesi,
- olarak ortaya konulmuştur.

B) ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Araştırmada nicel yöntem kullanılmıştır. Ölçüm aracı olarak dört bölümden oluşan bir anket formu hazırlanmıştır. Anket demografik özellikler, çatışma kaynakları, gözlenen davranışlar ve çözüm yöntemleri olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Anket soruları beşli likert tarzında (tamamen katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, hiç katılmıyorum) hazırlanmıştır.

Likert tipi ölçekler öncelikle ankete katılanların tutumlarını ölçmek amacı ile geliştirilmiştir. Likert tipi ölçekler, denek tepkilerine dayanan ve sıralama düzeyinde (dereceleme toplamlarına dayanan) ölçeklerdir (Erkuş, 2003: 166).

V. ARAŞTIRMA EVRENİ

Araştırma Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelere uygulanmıştır. Hastanede 246 hekim, 129 hemşire çalışan bulunmaktadır. Hekim ve hemşire personelin statülerine göre hastane başhekimliğinden gerekli veriler alınarak çalışanlar gruplandırılmıştır. Aşağıdaki Tablo 4’de de grupların detaylı bilgileri yer almaktadır.

- Hekim Grubu: Uzman Hekim, Baş asistan hekim Asistan hekim gruplarından oluşmaktadır.

- Hemşire Grubu: Sorumlu hemşire ve servis hemşiresi gruplarından oluşmaktadır.

Uzman Hekim	120
Asistan hekim	96
Baş asistan hekim	30
Hemşire	129
Toplam	375

Tablo : 4 AKÜ Hastanesi Hekim ve Hemşire Çalışan Verileri

Bu ana kütlenin tamamı araştırma kapsamına alınmış ve toplam 220 anketin geri dönüşü sağlanmıştır.

Veri toplama aracı olarak yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşturulmuştur.

Anket soruları ile ilgili ASLAN (2003) doktora tezi ve AKTAŞ (2002) ait yüksek lisans tezlerinden yararlanılmıştır. Yararlanılan tezlere tarafımızca gerekli eklemeler yapılarak yeniden düzenlenmiştir. Anket ile ilgili AKÜ Hastanesinde 20 hekim çalışan 20'de hemşire çalışan olmak üzere toplam 40 kişi üzerinde pilot uygulama yapılmış ve yanlış algılamalar giderilmiştir.

VI- ARAŞTIRMADA KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

Anket sorularının değerlendirilmesinde SPSS 10.01 İstatistiksel Paket Programından faydalanılmıştır. Kullanılan analizler ve kullanım amaçları aşağıda açıklanmıştır.

T-testi : Farklı evrenlerden alınan örnekler arasında karşılaşma yapmada kullanılan bir analiz yöntemidir. T-testi sadece iki grup arasında karşılaştırma yapmaya olanak sağlar. Gruplar arasındaki farklılıkları ölçmeyi amaçlar. (Altunışık vd, 2002: 162)

Korelasyon Analizi : İki değişken arasındaki ilişkinin veya bağımlılığın şiddetini belirlemeye yönelik olarak kullanılmıştır..

Anova Analizi (Analysis of Variance) : İkiden fazla grubun karşılaştırılması amacı ile kullanılmıştır. Varyans analizi sonuçlarında fark bulunması durumunda farklılığı yaratan grup yada grupların belirlenmesinde ikili karşılaştırmalı testlerden olan Scheffe testi kullanılmıştır.

Ki-Kare Analizi : Uyumluluk seviyesi testi, ilişkilerin var olup olmadığının testi ve iki değişkenin birbirinden bağımsız olup olmadıklarının testi kullanım alanlarından bazılarıdır. Esasen Ki-kare testi sadece ilişkilerin tespitinde değil değişkenler arasındaki farklılıkların belirlenmesinde de kullanılmaktadır (Altunışık vd, 2002: 179)

Frekans : Bir değişken üzerinde hangi grubun yada olayın toplandığını belirtmek için o değişken üzerindeki yığılımların tespit edilmesine yönelik olarak kullanılmış ve bir değişkenin ne kadar sıklıkla test edildiği belirlenmiştir.

VII. ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde araştırmada ortaya çıkan sonuçlar çatışma kaynakları, gözlenen davranışlar ve çatışmalarda çözüm yöntemleri bakımından değerlendirme yapılmıştır.

HEKİM YAŞ	Kişi sayısı	%	HEMŞİRE YAŞ	Kişi sayısı	%
21-30 yaş arası	46	41,8	21-30 yaş arası	83	75,5
31-40 yaş arası	60	54,5	31-40 yaş arası	22	20,0
41 yaş ve üzeri	4	3,6	41 yaş ve üzeri	5	4,5
CINSİYET			CİNSİYET		
Erkek	52	47,3	Bayan	110	100,0
Bayan	58	52,7	UNVAN		
ÜNVAN			Servis hemşiresi	81	73,6
Asistan	60	54,5	Sorumlu hemşire	29	26,4
Baş Asistan	14	12,7	MEDENİ Durumları		
Uzman hekim	36	32,7	Bekar	62	56,4
Toplam	110	100,0	Evli	47	42,7
MEDENİ Durumları			Boşanmış	1	0,9
Bekar	47	42,7			
Evli	60	54,5			
Boşanmış	3	2,7			

Tablo : 5 Hekim ve Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Tablo 5 incelendiğinde, ankete katılan 110 hekimden 52'sinin erkek 58'inin bayan olduğu görülmektedir. Anket verilerine göre hekimlerin yaş dağılımına bakıldığında çoğunluğun 31-40 yaş arasında olduğunu (%54,5), 41 yaş üzeri hekim sayısının çok az olduğu görülmektedir. Bu da hastanedeki hekimlerin genç ve dinamik bir yaş grubunda yer aldığını göstermektedir. Hastanede toplam 120 uzman, 96 asistan hekim ve 36 baş asistan hekim bulunmaktadır. Ankete katılan hekimlerin dağılımına bakıldığında 60 asistan, 14 baş asistan hekimin ve 36 uzman hekimin görüşlerinin yer aldığı görülmektedir. Hekim olarak çalışan personelin %42,7'si evli, %54,5'i bekar personelden oluşmaktadır.

Tablo 5 incelendiğinde, ankete katılan hemşire sayısının 110 olduğunu görülmektedir. Hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde %56,4'ü bekar %42,7'si evli, %0,9'unun da boşanmış olduğu görülmektedir. Hemşireler ünvanlarına göre sınıflandırıldığında %71,6'sının servis hemşiresi, %26,4'ünde sorumlu hemşirelerden oluştuğu görülmektedir. Hastanede hali hazırda 35 poliklinik hizmeti ve ilgili dallarda klinik hizmeti verilmektedir. Her servisin bir sorumlu hemşiresi bulunmakta olduğu düşünüldüğünde 29 sorumlu hemşirenin ankete katılması örnek büyüklüğü açısından önemlidir. Hemşirelerin yaş grupları incelendiğinde %75,5'inin 21-30 yaş arası, %20 sinin 31-40 yaş arası, %4,5'inin de 41 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Buradan da anlaşacağı gibi hastanede çalışan hemşirelerin genç bir gruptan oluştuğu dikkat çekmektedir.

A) ÇATIŞMA KAYNAKLARI BAKIMINDAN

	HEKİM (n=110) $\bar{X}\pm SH$	HEMŞİRE (n=110) $\bar{X}\pm SH$	t	p
ÇATIŞMA KAYNAKLARI	3,66±0,93	3,89±0,87	-3,825	0,000

(p<0.01)

Tablo:6 Hekim ve Hemşire Çalışanlar İçin Çatışma Kaynaklarına Göre T Testi ve Anlamlılık Düzeyine Göre Analiz Sonuçları

Çatışma kaynaklarının hekim ve hemşire çalışanlara göre anlamlılık düzeyleri ile birlikte T-testi analiz sonuçlarının ortalama değerleri aşağıdaki tablodaki gibidir.

1. H1 Çatışma Kaynakları Açısından Hekim Ve Hemşire Çalışanlar Arasında Pozitif Yönlü Bir Farklılık Vardır.

Hipotezinin değerlendirilmesine yönelik çalışanlara 7 adet soru yöneltilerek çatışma kaynağının sebepleri analiz edilmiştir. Hekim ve hemşireler arasında yaşanan çatışmaların kaynakları aşağıdaki şekilde gruplandırılmıştır.

İletişim ve koordinasyon, ödüllendirme, çalışma koşulları kaynak kullanımı, yönetim ile ilgili belirsizlikler, örgütsel görev ve sorumluluklar, iş bölümü ve aşırı uzmanlaşma ekip çalışması, yönetim tarzı

Bu hipotezin testi için yukarıdaki çatışma alanlarının her biri analiz edilecektir. Hipotezinin testi için yukarıdaki her bir sorunun tanımlayıcı istatistikleri alınmıştır. “çatışma kaynağı” adında bir faktör grubu oluşturularak t-testi ile hekimler ve hemşireler arasındaki farklılık analiz edilmiştir. Yapılan t-testi sonuçlarına göre p<0,01 düzeyinde hekim ve hemşireler arasında çatışma kaynakları bakımından farklılık tespit edilmiş ve hipotez kabul edilmiştir. Bu farklılığın kaynağının belirlenmesine yönelik olarak yapılan tanımlayıcı analizlerde aşağıdaki gibi sonuçlar elde edilmiştir.

	HEKİM ÇALIŞANLARA GÖRE ÇATIŞMA KAYNAKLARI (n:110)			HEMŞİRE ÇALIŞANLARA GÖRE ÇATIŞMA KAYNAKLARI (n:110)		
	Ort.	%	S.S	Ort.	%	S.S
İletişim yetersizliği çatışma kaynağıdır.	3,72	%72,8	,9759	4,17	%88,1	,7524
Ödüllendirme sisteminin yetersizliği çatışma kaynağıdır	3,60	%58,2	,9597	3,66	%61,9	,9013
İş yerinin fiziksel şartlarının yetersizliği çatışma kaynağıdır	3,76	%67,3	,8875	3,84	%72,7	,8479
Ortak kaynak kullanımı çatışma kaynağıdır.	3,59	%57,3	,9701	3,94	%79,0	,8549
Görev tanımlarının belirgin yapılmamış olması çatışma kaynağıdır.	3,84	%66,4	,8901	4,22	%80,0	,8530
Ekip çalışmasının yetersiz uygulanması çatışma kaynağıdır	3,71	%60	,8687	3,83	%74,5 0	,9723
Kontrolün sıkı olması çatışma kaynağıdır	3,45	%50,9	,9639	3,61	%59,1	,8983

(p<0,01)

Tablo : 7 Çatışma Kaynaklarının Hekim ve Hemşirelere Göre Dağılımlarını Gösteren Özet Tablo

Araştırmada anlamlı farklılık olan faktörler aşağıda değerlendirilmiştir. Hizmet sektöründe her çalışma ortamında olduğu gibi çalışanlar arasındaki iletişim hastane işletmelerinde de önemli problemlerden biri olarak görülmektedir.

Tablo 7’de de görüldüğü gibi iletişim yetersizliği çatışma kaynağı açısından hekimlere göre %72,8, hemşire çalışanlara göre % 88,1 olarak bulunmuştur. Hemşire grubu iletişim yetersizliğinin çatışmaya neden olduğu konusunda hekim grubundan daha yüksek bir oranda katılım gösterdikleri görülmektedir. Buradan anlaşıldığı üzere gerek hekimler gerekse hemşireler iletişim sorunlarının aralarında çatışmaya neden olacağı yönünde yüksek oranda fikir belirtmişlerdir.

İşlerin yürütülebilmesi için gerekli teçhizat ve eğitimin yanında iş yerlerinin gerekli fiziksel koşulları sağlaması zorunludur. Bu fiziksel koşullar arasında özellikle; hijyen, ısıtma, güvenlik, aydınlatma vb. unsurlar gelmektedir. Çalışılan ortam hizmetin iyi bir şekilde verilmesine olanak sağlamaz ise birimler arasında kopukluklar meydana gelebilir. **“İşyerinin fiziksel şartlarının yetersizliğinin çatışma kaynağı olarak görülmesi”** yönünde hekim ve hemşire çalışanlar karşılaştırılmıştır. Ankete cevap veren hekim ve hemşireler işyerlerindeki fiziksel şartlardaki yetersizliğinin çatışmaya sebep olacağı yönünde yakın fikirlere sahiptirler. Hekimler % 67,3 ile fiziksel ortamdaki yetersizliği çatışma sebebi olarak görürken hemşireler % 72,7 oranında çatışma kaynağı olarak görmektedirler.

Hastanelerde birim sayısının ve çalışma alanının fazla olmasından dolayı ihtiyaç duyulan kaynaklarda çeşitlidir. Hastane birimleri; tıbbi malzeme, cihaz, yer, personel vb. kaynakları ortak kullanmaktadırlar. Ortak kullanılan kaynaklar üzerinde her bölüm eşit hakka sahip olduğu için anlaşmazlıklar çıkabilir.

Gerek hemşireler gerekse hekimler ortak kaynak kullanımının hastanelerde bir çatışma sebebi olabileceği yönünde hemfikirdirler. Ancak hekimler hemşirelere nazaran kaynak temini konusunda daha etkin ve yetkili oldukları için bu konuyu hemşirelerden daha az çatışma sebebi olarak görmektedirler. Hemşirelerin kaynaklara ulaşma güçlüğü nedeni ile %79’u ortak kaynak kullanımının bir çatışma sebebi olduğunu belirtirken bu oran hekimlerde %57,3 gibi hemşirelere nazaran oldukça düşük bir düzeydedir.

Çalışma ortamlarında her çalışanın yapacağı işin sınırlarının belirgin olarak çizilmesi gerekir. Ancak bu konuda kurumlar ve meslekler açısından kesin ve net kurallar ortaya konulamamıştır. Teknoloji ne kadar gelişirse gelişsin hizmet konusunda insanın yerini hiçbir cihazın alamayacağı aşikardır. Hemşirelerin %80'i görev tanımlarının belirsizliğini bir çatışma kaynağı olarak görürken bu oran hekimlerde %66,4 olarak gerçekleşmiştir. İnsan kaynaklarının teknoloji ile uyumu mükemmel bir şekilde sağlanmalıdır. Bu mükemmelliğin sağlanabilmesi için Hastanede çalışan hekimler ile hemşirelerin görev tanımlarının yeterli ve belirgin bir şekilde yapılması gerekmektedir. Durumun bu şekilde olması bir çatışma sebebi olarak görülmektedir ve hemşire çalışanlar durumdan daha çok etkilenmektedirler.

İşletmede çalışanların yönetime katılma, işbirliği yapma ve kendilerini gerçekleştirme fırsatları ekip çalışması ile sağlanmaktadır. Ekip çalışması için de birimler arasında uyumun olması zorunludur. Eğer herhangi bir birimde aksama meydana gelirse bunun sonucunda tüm birimler etkilenir ve birimler birbirlerini suçlamaya başlarlar. Hekim ve hemşire çalışanlar “**ekip çalışmasını yetersizliğini çatışma kaynağı olarak görmeleri**” yönünden karşılaştırılmıştır. Çalışmada, hemşirelerin ekip çalışması yetersizliğini daha çok bir çatışma sebebi olarak algıladığı gözlemlenmiştir. Hekimler bu görüşe %60 oranında katılırken, hemşirelerin %74,5'i katılmaktadır

B) GÖZLENEN DAVRANIŞLAR BAKIMINDAN

Gözlenen davranışların hekim ve hemşire çalışanlara göre anlamlılık düzeyleri ile birlikte T-testi analiz sonuçlarının ortalama değerleri aşağıdaki tablodaki gibidir.

	HEKİM (n=110) $\bar{X} \pm SH$	HEMŞİRE (n=110) $\bar{X} \pm SH$	t	p
GÖZLENEN DAVRANIŞLAR	3,7±0,87	3,70±1,03	0,65	0,949

(p<0.01)

Tablo :8 Hekim ve Hemşire Çalışanlar İçin Gözlenen Davranışlara Göre T Testi ve Anlamlılık Düzeyine Göre Analiz Sonuçları

2. H 1 Gözlenen Davranışlar Açısından Hekim Ve Hemşire Çalışanlar Arasında Pozitif Yönlü Bir Farklılık Vardır

Hipotezin testi için gözlenen davranışlar adı altında bir faktör grubu oluşturulmuş ve T-testi ile hekim ve hemşire çalışanlar arasındaki farklılıklar analiz edilmiştir. Analiz sonucunda hekim ve hemşire çalışanların çatışma karşısında sergiledikleri davranışlar açısından anlamlı bir ilişki bulunamamış ve hipotez reddedilmiştir. Hekim ve hemşire çalışanların vermiş oldukları cevaplardan elde edilen sıklık dağılımları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur. Genel değerlendirmede bir farklılık olmasa da “Stres Faktörü” açısından iki grup arasında küçük de olsa bir farkın olduğu görülmektedir.

	HEKİM ÇALIŞANLARA GÖRE GÖZLENEN DAVRANIŞLAR (n: 110)			HEMŞİRE ÇALIŞANLARA GÖRE GÖZLENEN DAVRANIŞLAR (n: 110)		
	Ort.	%	S.S	Ort.	%	S.S
İşlerin yoğun olmasının yol açtığı stres çatışma kaynağıdır	3,78	%68,2	,9324	4,06	%73,6	,9604
Çatışmalarda Hekim/Hemşireler işlerin yapılmasında pasif direnç gösterirler	3,84	%69,1	,8370	3,81	%69,0	,9499
Çatışmalar şiddete yol açar	3,48	%54,6	,8370	3,24	%47,2	1,20

P<0,05

Tablo:9 Çatışma Karşısında Hekim ve Hemşire Çalışanların Gözlenen Davranışları

“İş yoğunluğunun yol açtığı stres çatışma kaynağıdır” ifadesine verilen cevaplar incelendiğinde gerek hekimler, gerekse hemşireler iş yoğunluğundan kaynaklanan stresin çalışanlar arasında bir çatışmaya sebep olabileceği görüşündedirler.

Hekimlerin %68,2'si hemşirelerin ise %73,6'sı iş yoğunluğunun strese neden olduğunu ve stres sonucunda da çatışma davranışı gösterdiklerini belirtmişlerdir.

Hekim ve hemşireler “işlerin yapılmasında pasif direnç gösterilmesi” yönünden karşılaştırılmışlardır. Ankete katılan hekimlerin %69,1'i, hemşirelerin de %69'u pasif direnç gösterme konusunda aynı düşünceyi paylaşmaktadır. Gerek hekimler gerekse de hemşireler aralarındaki çatışmalarda birbirleri ile ilgili işlerin yapılması sırasında karşılıklı olarak pasif direnç gösterildiği yönünde görüşlerinin olduğu görülmektedir. Buradan anlaşılan hekim ve hemşirelerin çoğunluğu çatışmalarda aktif bir eylemde bulunma taraftarı değildirler. Yani gerek hekimler gerekse hemşireler işlerini yaparken birbirlerine karşı direkt olarak karşı çıkmak (itiraz etmek) yerine farklı tutumlar içine girerek işlerin yapılmasını yavaşlatma eğiliminde olabilmektedirler.

İş yoğunluğu ve çalışma koşullarının diğer mesleklere göre ağır ve stresli olması sebebi ile sağlık hizmetlerinde çalışanlar daha agresif olabilmektedirler. Bu agresifliğin derecesi bazen şiddete kadar gidebilir. Ancak ne hekimler ne de hemşireler aralarında meydana gelen çatışmaları şiddete yol açmadığı hususunda benzer fikirdedirler. Hekimlerin %54,6'sı çatışmalar sonucunda şiddete başvurulabileceğini düşünürken hemşirelerin ise şiddet eğiliminin daha düşük olduğu görülmektedir.

3. H 1 Hekimlerin Unvan Düzeyleri İle Gözlenen Davranışlar Arasında Negatif Yönlü bir İlişki Vardır

Hekimlerin unvanları ile gözlenen davranışları arasında yapılan korelasyon analizinde ise $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı, ters yönlü ($r = -0,236$) ve düşük de olsa bir ilişki bulunmuş ve hipotez kabul edilmiştir. Bu sonuç hekimlerin unvan düzeylerinin artması gözlenen davranışlar açısından daha olumlu bir tutum sergiledikleri anlamına gelir.

4. H 1 Hemşirelerin Unvan Düzeyleri İle Gözlenen Davranışlar Arasında Negatif Yönlü bir İlişki Vardır

Hemşirelerin unvanları ile gözlenen davranışlar arasında bir ilişkinin olup olmadığına yönelik yapılan korelasyon analizinde anlamlı sayılabilecek bir ilişki bulunamamış ve hipotez reddedilmiştir.

5. H 1 Hekimlerin Meslekte Çalışma Süreleri İle Gözlenen Davranışlar Arasında Negatif Yönlü Bir İlişki Vardır.

Hipotezin testine yönelik olarak gözlenen davranışlar grubu ile hekimlerin meslekteki çalışma süreleri arasında yapılan korelasyon analizinde $p<0,01$ düzeyinde anlamlı pozitif ($r=0,445$) orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla “Hekimlerin meslekte çalışma süreleri ile gözlenen davranışlar arasında negatif yönlü bir ilişki vardır” hipotezi reddedilmiştir.

6. H 1 Hemşirelerin Meslekte Çalışma Süreleri İle Gözlenen Davranışlar Arasında Negatif Yönlü Bir İlişki Vardır.

Hipotezin testine yönelik olarak gözlenen davranışlar grubu ile hemşirelerin meslekteki çalışma süreleri arasında yapılan korelasyon analizinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Dolayısıyla “Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile gözlenen davranışlar arasında negatif yönlü bir ilişki vardır” hipotezi reddedilmiştir.

7. H 1 Hekimlerin Yaşları İle Gözlenen Davranışlar Arasında Negatif Yönlü Bir İlişki Vardır.

Hipotezin testi için hekim grupları arasında yapılan korelasyon analizinde ($p<0,05$) orta düzeyli pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,426$). Buna göre yaş faktörünün gözlenen davranışlar üzerinde etkili olduğu sonucuna varılabilir. Hekimlerin yaşları ile gözlenen davranışları arasında negatif yönlü bir ilişki vardır hipotezi reddedilmiştir.

Yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre çalışan hekimlerin yaşları ile stresi çatışma kaynağı olarak görmeleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Hekimlerin yaşları ile pasif direnç arasında yapılan korelasyon analizinde anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Buna karşın ilginç olarak görülebilecek bir husus da hekimlerin yaş grupları ile şiddet eğilimleri arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı, ancak $r=-0,215$ düzeyinde ters yönlü bir ilişki gözlemlenmiştir. Buradan çıkartılabilecek sonuç da hastanede çalışan hekimlerin yaşları arttıkça şiddet eğilimleri azalmaktadır. Bu durum

da insan doğası gereği çalışanlar yaşları ilerledikçe bilgi ve tecrübeleri ile karakterlerinin yerine oturması sonucu olaylara bakışında daha ılımlı bir duruş sergileyebileceği ifade edilebilir.

8. Hemşirelerin Yaşları İle Gözlenen Davranışlar Arasında Negatif Yönlü Bir İlişki Vardır.

Hemşirelerin yaş grupları ile çatışma karşısında gözlenen davranışlar arasında yapılan korelasyon analizleri sonuçlarına göre çalışan hemşirelerin yaşları stresi çatışma kaynağı olarak görmeleri arasında $p < 0,005$ düzeyinde anlamlı ve negatif yönlü ($r = -0,227$) düşük bir ilişki bulunmuştur. Yani hemşirelerin yaş oranları arttıkça kurumdaki iş yoğunluğunun yol açtığı stresi çatışma kaynağı olarak görmeleri azalmaktadır.

Analiz sonuçları incelendiğinde yaş ile gözlenen davranışlar arasında ilişki vardır hipotezi kabul edilmiştir.

C) ÇATIŞMALARDA ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ BAKIMINDAN

Çatışmayı çözüm yöntemlerinin hekim ve hemşire çalışanlara göre anlamlılık düzeyleri ile birlikte T-testi analiz sonuçlarının ortalama değerleri aşağıdaki tablodaki gibidir.

	HEKİM (n=110) $\bar{X} \pm SH$	HEMŞİRE (n=110) $\bar{X} \pm SH$	t	p
ÇATIŞMA ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ	3,62±0,84	3,68±0,78	-1,326	0,186
KAÇINMA	3,67±0,90	3,59±1,08	0,539	0,591
GÜÇ KULLANMA	2,17±1,27	1,99±1,09	1,141	0,255
MÜZAKERE ETME	3,87±1,04	3,48±1,08	2,731	0,007
PROBLEM ÇÖZME	4,11±0,95	4,15±0,79	-0,307	0,759
YÖNETİME KATILMA	3,65±0,94	4,04±0,72	-3,476	0,001

($p < 0.01$)

Tablo: 10 Hekim ve Hemşire Çalışanlar İçin Çatışmayı Çözüm Yöntemlerine Göre T Testi ve Anlamlılık Düzeyine Göre Analiz Sonuçları

1. H1 Çatışma Çözüm Yöntemleri Hekim ve Hemşire Çalışanlara Göre Anlamlı Farklılık gösterir.

	HEKİM ÇALIŞANLARA GÖRE ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ (n: 110)			HEMŞİRE ÇALIŞANLARA GÖRE ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ (n: 110)		
	Ort	%	S.S	Ort	%	S.S
Etkin bir takım çalışması uygulanması çatışmayı engeller	3,67	% 60,9	,9589	4,01	%75,4	,8725
Ödül sisteminin etkin bir şekilde çalıştırılması çatışmayı engeller	3,65	% 60,0	,9146	3,73	%70	,9254
İletişim olanaklarının artırılması çatışmayı engeller	3,69	% 62,8	,8432	3,77	%68,2	1,046
Hizmet içi eğitimin sürekliliği çatışmayı engeller	3,88	% 76,4	,7004	3,71	%73,7	,9873
Kaynakların eşit bir şekilde dağıtılması çatışmayı engeller	3,73	% 64,6	,8532	3,90	%72,7	,7608
Yönetim kararlarına katılımın sağlanması çatışmayı engeller	3,65	% 66,3	,9329	4,04	%83,6	,7217
Yetki ve sorumluluğun belirlenmesi ve etkin bir şekilde uygulanması çatışmayı engeller	3,80	% 66,4	,7639	4,13	%82,5	,7633
Çatışmalarda taraflar birinin kaçınma davranışı göstermesi çatışmayı engeller	3,67	% 65,4	,8996	3,59	%67,2	1,086
Güç kullanma yöntemi çatışmayı engeller	2,17	% 19,1	1,2697	1,99	%13,6	1,087
Müzakare etme yöntemi çatışmayı engeller	3,87	% 74,6	1,041	3,48	%56,4	1,081
Problem çözme yöntemi çatışmayı engeller	4,11	% 81,8	,9553	4,15	%83,7	,7920

(p<0,05)

Tablo : 11 Çatışma Çözüm Yöntemlerinin Hekim Ve Hemşirelere Göre Değerlendirilmesi

Çalışmada öne sürülen “Çatışma çözüm yöntemleri hekim ve hemşire çalışanlara göre anlamlı farklılık gösterir” hipotezi reddedilmiştir.

Hipotezin testi için yukarıdaki her bir sorunun tanımlayıcı istatistikleri alınmış ve “çatışma yöntemi” bir faktör grubu oluşturularak hekim ve hemşireler arasındaki farklılıklar analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda çatışma çözüm yöntemleri açısından hekim ve hemşireler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya konulmuştur. Buradan anlaşıldığı gibi hekim ve hemşire çalışanlar çatışmalarda kullanmış oldukları çözüm yöntemleri birbirine benzerdir. Yukarıdaki sorulara alınan ortalama değerler incelendiğinde de hekim ve hemşirelerin birbirine verdikleri cevapların çok yakın olduğu görülmektedir (Hekim=3,6289 Hemşire=3,6996).

Çözüm yöntemlerinin hekim ve hemşire çalışanlara göre algılanmaları bakımından ortalama değerleri alındığında; ortalama değerlerin büyükten küçüğe doğru sıralaması şu şekildedir:

Problem çözme, yetki sorumluluk dengesi, yönetim kararlarına katılım, kaynak dağıtımındaki etkinlik, hizmet içi eğitim, iletişim olanaklarının artırılması, müzakere etme, kaçınma davranışının gösterilmesi, ödül sisteminin etkinliği, güç kullanma olarak ortaya çıkmıştır.

2. H 1 Çatışmada Çözüm Yöntemleri Hekimlerin Unvanlarına Göre Farklılık Gösterir

Hekim çalışanlar bakımından “ Çatışmada çözüm yöntemleri unvanlara göre farklılık gösterir” hipotezi reddedilmiştir.

Hipotezin testine için çözüm yöntemleri adı altında bir faktör grubu oluşturularak Anova testi ile hekimlerin unvan düzeyleri karşılaştırılmış anlamlı sayılabilecek bir farklılık bulunamamıştır. Çatışma çözüm yöntemleri üzerine hekimlerin unvan farklılığın etkili olmadığı gözlenmiştir.

3. H 1 Çatışmada Çözüm Yöntemleri Hemşirelerin Unvanlarına Göre Anlamlı Farklılık Gösterir

Hemşirelerin unvanlar ile çatışma çözüm yöntemleri arasında bir farklılığın olup olmadığına yönelik yapılan Ki-kare testinde $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılığın

olduğu tespit edilmiş ve hipotez kabul edilmiştir.. Buradan hareketle hemşirelerin ünvanlarının çatışmaların çözümünde etkili olduğu sonucu çıkarılabilir.

Her hizmet işletmesinde olabileceği gibi hastane işletmelerinde de çalışacak personelin kurumun amaçları ve hizmet stratejileri doğrultusunda bir ön eğitimin verilmesi gerekir. Bu ön eğitimler neticesinde kurumun başarıya ulaşabilmesi mümkün hale gelecektir. Örgütlerin başarılı olmalarında etkili olabilecek önemli hususlardan biri de örgütlerin sahip oldukları strateji çeşididir. Eğer örgüt içinde dengeli geleceğe yönelik tahmin edilebilir bir ortam var ise önemli bir sorun söz konusu değildir. Ancak belirsizlik söz konusu ise örgütün eşbiçimliliğinin gerçekleşme olasılığı çok düşüktür. İşe yeni başlayan çalışanlar çalıştıkları birimde hizmetlerin nasıl yürütüldüğü konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olurlarsa verilen hizmetin sürekliliği sağlanmış olur. Tablo 11’de de görüldüğü üzere gerek hemşireler (%73,7) gerekse hekimler (%76,4) hizmet içi eğitimin sürekliliğinin aralarında yaşanabilecek çatışmayı engelleyebileceği konusunda hemfikirdirler.

Hastanelerde birim sayısının ve çalışma alanının fazla olmasından dolayı ihtiyaç duyulan kaynaklarda çeşitlidir. Hastane birimleri çoğu zaman tıbbi malzeme, cihaz, yer, personel vb.. kaynakları ortak kullanmaktadırlar. Ortak kullanılan kaynaklar üzerinde her bölümün hakkı olduğu için anlaşmazlıklar çıkabilir. Anlaşmazlıkların giderilebilmesi için kaynakların eşit bir şekilde birimlerin ihtiyaçları doğrultusunda dağıtılması gerekmektedir. Hemşirelerin %72,7’si kaynakların eşit dağıtılmasının çatışmayı engelleyebileceğini düşünürken; hekimlerin %64,6’sı bu kanaati paylaşmaktadırlar.

Tablo 11’den de görüldüğü gibi gerek hekimler gerekse hemşireler ekip çalışmasının çatışmayı engelleyeceğini düşünmektedirler. Hekimlerin %60,9’i bu konuda benzer görüşü paylaşırken, hemşirelerin %75,4 gibi yüksek bir oranı bu düşünceye katıldığını belirtmişlerdir. Anlaşıldığı üzere hemşirelerin ekip çalışması konusunda daha hevesli olduklarını söylemek mümkündür. Yapılan korelasyon analizi sonucunda ise hekimlerin ünvanları ile takım çalışmasının çatışmayı engellediği hususu üzerinde anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir. Yani farklı ünvanlara sahip hekimler arasında çatışmayı ekip çalışması ile çözme stratejisi arasında bir ilişkinin olmadığı düşünülmektedir. Aynı durum hemşireler açısından da söylemek mümkündür. Yani

ekip çalışmasının çatışmayı engellediği konusunda farklı ünvanlara sahip hemşireler aynı düşünceyi paylaşmaktadırlar.

Kişiler yaptıkları işler sonucu maddi ve manevi olarak doyum elde etmek isterler. Böyle olduğu takdirde yaptıkları işlerine daha sıkı sarılırlar. Hekimler ile hemşirelerin yaptıkları işlerin farklı olmasına rağmen bu hizmetlerinin karşılığında elde ettikleri doyumun düşüklüğünün giderilmesi gerekir. Böyle yapıldığı takdirde çatışmaların önüne geçirilmesi ihtimali kuvvetle muhtemeldir. Hekimler gerek maddi gerekse toplumsal statüsü gereği manevi yönden hemşirelere göre daha fazla ödüllendirildiklerinde dolayı olsa gerek ödüllendirme sisteminin etkin çalıştırılması ile hastanede çatışmanın engellenebileceği konusunda %60,0'lik katılım ile hemşirelerden daha az destek vermektedirler. Hemşirelerin ise %70'inin ödül mekanizmasının çatışmayı engelleyeceği kanısında olduğunu görülmektedir. Ancak gerek hekimler gerekse hemşirelerin unvanları açısından çatışmaya çözüm stratejilerinden biri olan ödüllendirme sistemi konusunda yapılan korelasyon analizinde anlamlı bir ilişki ortaya konulamamıştır.

İletişim olanaklarının artırılması çatışmayı engellemede en önemli faktörlerden birisidir. AKÜ Hastanesinde çalışan hemşire ve hekimler iletişimin gerekliliğine işaret ederek düşüncelerini ortaya koymuşlardır. Hekimlerin %62,8'i bu düşünceye katıldığını belirtirken bu oran hemşirelerde %68,2 olarak bulunmuştur.

4. H 1 Çatışmadan Kaçınma Konusunda Hekim Ve Hemşire Çalışanlar Arasında Anlamlı Farklılık Vardır.

Hipotezin test edilmesine yönelik olarak hekim ve hemşire çalışanlara çatışmaya çözüm stratejilerinden taraflardan birinin kaçınma davranışı göstermesinin çatışmayı engelleyeceği sorusuna alınan cevaplar T-testi ile analiz edilmiştir. Test sonucunda hekim ve hemşire çalışanlar arasında kaçınma davranışı göstermeleri açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Dolayısıyla “Çatışmadan kaçınma konusunda hekim ve hemşire çalışanlar arasında farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir.

Hekimlerin %65,4'ü kaçınma davranışında bulunularak çatışmanın engellenebileceğini düşünmektedirler. Hemşirelerin ise %67,2'sinin bu düşünceyi

paylaştığı görülmüştür. Buradan hareketle hekim ve hemşirelerin birbirlerine yakın düşüncede oldukları söylenebilir.

5. H 1 Çatışma Çözüm Yöntemlerinden Güç Kullanma Konusunda Hekim Ve Hemşire Çalışanları Arasında Anlamlı Farklılık Vardır.

Hipotezin test edilmesine yönelik olarak hekim ve hemşirelerin güç kullanma konusunda verdiği cevaplar T-testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda hekim ve hemşireler arasında güç kullanmayı bir çözüm stratejisi olarak görmeleri bakımından bir farklılık ortaya konulamamıştır. “Çatışma çözüm stratejilerinden güç kullanma konusunda hekim ve hemşire çalışanları arasında farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

Hipotezinin test edilmesine yönelik olarak hekim ve hemşire çalışanlara “güç kullanma yöntemi çatışmayı engeller” ifadesinin değerlendirilmesi sonucu hemşirelerin güç kullanma yöntemine şiddetli bir şekilde karşı çıktıkları ve bu şekilde güç kullanarak çatışmanın engellenemeyeceği düşüncesinde oldukları görülmektedir. Hemşirelerin %13,6’sı güç kullanmayı çatışma çözüm stratejisi olarak görürken hekimlerde bu oran %19,1 olarak görülmektedir.

6. H1 Çatışma Çözüm Yöntemlerinden Müzakere Etme Konusunda Hekim Ve Hemşire Çalışanları Arasında Anlamlı Farklılık Vardır.

Hipotezin testi için hekim ve hemşirelerden müzakere etme konusunda alınan cevaplar T-testi ile analiz edilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda çatışma çözüm stratejilerinden müzakere etme konusunda hekim ve hemşire çalışanları arasında farklılık olduğu ($p < 0,05$ düzeyinde) tespit edilmiştir. Dolayısı ile “çatışma çözüm yöntemlerinden müzakere etme konusunda hekim ve hemşire çalışanları arasında farklılık vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Çatışmalarda çözüm önerisi olarak kullanılan müzakere etme konusunda hipotezin testi ile ilgili olarak sorulan “müzakere etme yöntemi çatışmayı engeller” ifadesinin değerlendirilmesi ile hekimlerin %74,6’sı çatışmadan kaçınmayı tercih ederken hemşireler ise %56,4 gibi bir oranda tutum sergilemişlerdir.

7. H1 Çatışma Çözüm Yöntemlerinden Problem Çözmeyi Tercih Konusunda Hekim Ve Hemşire Çalışanlar Arasında Anlamlı Farklılık Vardır.

Hipotezin testi için hekim ve hemşirelerden alınan sonuçlar T-testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda çatışma çözüm yöntemlerinden müzakere etme hususunda hekim ve hemşire çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Buradan da anlaşılacağı üzere “çatışma çözüm stratejilerinden problem çözmeyi tercih konusunda hekim ve hemşire çalışanlar arasında farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 11’den de anlaşılacağı üzere problem çözmeyi tercih konusunda hemşirelerin daha yatkın oldukları görülmektedir. Tabloda hemşirelerin %83,7’si problemlerin çözülerek aşılabileceği düşüncesinde iken hekimlerin %81,8’i bu konuda düşüncelerini beyan etmekte olup aralarında önemli bir farklılığın olmadığı görülmektedir.

8. H1 Çözüm Yöntemlerinden Yönetime Katılma Konusunda Hekim ve Hemşire Çalışanlar Arasında Anlamlı Farklılık Vardır

Hipotezin testi için hekim ve hemşirelerden yönetime katılma konusunda alınan veriler T-testi ile analiz edilmiştir. Analiz neticesinde çatışma çözüm stratejilerinden yönetime katılma konusunda hekim ve hemşireler arasında $p=0,01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Dolayısı ile “çözüm yöntemlerinden yönetime katılma konusunda hekim ve hemşire çalışanlar arasında farklılık vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Bu hipotezin test edilmesine yönelik olarak “çalışanların yönetim kararlarına katılımının sağlanması sonucu çatışmanın engellenebileceği” ifadesine alınan cevaplar değerlendirildiğinde aşağıdaki veriler elde edilmiştir Tablo 11’de de görüldüğü gibi hemşire çalışanların idari kararda çok etkin olmamaları nedeni ile yönetimin alacağı kararlara katılma konusunda daha fazla hevesli oldukları gözlemlenmektedir. Hemşirelerin %83,6’sı yönetim kararlarına etkin rol almaları sonucunda çatışmaların

engellenebileceğini düşünürken hekimlerin %66.3'ü bu yönde kararlarını beyan etmişlerdir.

VII- GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Çatışma iş yaşamının önemli bir parçası olmakla birlikte; genellikle istenilmeyen sakıncalı bir durum olarak değerlendirilmektedir. Bilinen yönü ile çatışmanın organizasyonlar içinde negatif bir çağrışıma neden olduğu, ancak literatürde örgütün karar alma sürecinin etkinliğini arttırmada önemli olduğu ifade edilir.

Çalışmanın teorik kısmında günümüzde değişik ortamlarda ve düzeylerde ortaya çıkabilen ve kesin bir tanımının yapılması zor olan çatışma kavramı ve konusu kuramsal çerçevede incelenmiştir. Çatışma kavramı bireysel, genel ve örgütsel açıdan değerlendirildiğinde, çatışmaların örgütte farklı nedenlerden kaynaklandığı ve farklı düzeylerde ortaya çıktığı söylenebilir. Çatışmaların örgüt açısından kaçınılmaz bir son olduğunun kabul edilmesi ve çatışmanın örgüt performansı ile doğrudan ilişkili olması sonucu, örgütler çatışma olgusunu farklı değerlendirmişlerdir. Bireyler arasında oluşan farklılıkların, örgütün ilerlemesi ve gelişme göstermesi için gerekli olduğu görülmektedir. Fakat bu farklılıkların çözümlenmesi, örgün işleyişini engelleyebilmektedir. Bunun için örgütlerin çatışmayı yapıcı ve örgütün amaçlarını gerçekleştirecek bir şekilde yönetmesi gerekmektedir.

Birbirinden çok farklı amaçlarını gerçekleştirmeye çalışan bütün biçimsel örgütlerde uzmanlık alanlarının bir arada faaliyet gösterdiği üniversite hastanelerinde görülebilen çatışmalar genellikle; işbölümünden, örgütlerin alt birimleri arasındaki içgörüselle bağımlılıktan, örgütsel etkinliklerin yerine getirilmesinde alt birimlerin ortaklaşa karar verme zorunluluğundan, örgütsel rollerin kendi yapılarındaki çelişkiden, yetkilerin dağılım biçiminden örgütün sınırlı kaynakları için gruplar, bireyler ve bireyler arası yarıştan, ödüllendirme politikasından, iletişim sisteminin yetersizliğinden ve iletişim engellerinden, uzmanlarla yöneticiler arasındaki görevsel ilişkilerden, uzmanlaşma faktörü ve yeni uzmanlıklardan, örgütün geliştirdiği denetim biçiminden, personelin kendi arasındaki amaç, algılama ve statü farklılıklarından, yöneticilik tarzları arasındaki farklılıklardan, kişilik farklılıklardan ve değişen koşulların öngördüğü yeni nitelikler gibi örgütsel faktörlerden meydana geldiği ifade edilebilir.

Topluma sağlık hizmeti sunan hastane işletmelerinde sayısı en fazla olan meslek grubunu hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Hekim ve hemşireler hastane işletmeleri içinde sürekli yakın ilişkide ve koordineli bir şekilde çalışmak zorundadırlar. Hastane

işletmelerinde hastaların tedavisinden bakımına kadar her türlü sağlık hizmetinden sorumlu olan hekim ve hemşire çalışanlar zaman zaman çatışma ortamı çatışma ortamı içerisine girebilmektedirler. Çalışmada sağlık hizmetleri içinde son derece önemli olan bu iki meslek grubunun arasındaki çatışmalar analiz edilmiştir.

Hekim ve hemşire çalışanlar arasında çatışmaya neden olan yapısal faktörler dikkate alınarak çatışmanın nasıl ortaya çıktığı ölçülmüştür. Yapılan literatür taraması sonucunda örgütsel çatışmaya sebep olan yapısal faktörler ana başlıklar altında belirlenmiş ve AKÜ Hastanesi hekim ve hemşire çalışanları açısından bu yapısal faktörlerin hangilerinin çatışmaya kaynaklık ettiği ortaya konulmuştur.

Yapılan çalışmada hekim ve hemşirelerin genel olarak çatışma sebepleri arasında, iletişim eksikliğini, görev tanımlarının tam olarak yapılmamış olmasını, iş yerinin fiziksel şartlarının yetersizliği, ortak kaynak kullanımı, ekip çalışmasının yeterince uygulanamaması, ödüllendirme sisteminin yetersiz olması ve yönetim tarzından kaynaklanan sorunlar yer almaktadır.

Daha önce yapılan Aslan (2003) doktora tez çalışmasında, iletişim en önemli çatışma sebebi olarak bulunmuştur. Aktaş (2002) yüksek lisans tezinde çatışma yönetimi ve hastane organizasyonlarını incelemiştir. İletişim burada da ilk sırada yer almaktadır. Bu çalışmada da iletişim çatışma kaynakları arasında ilk sırada yer almıştır. Bu çalışmanın diğer tez çalışmalarından farklı olan yönü ise; hastanelerde hekim ve hemşire çatışmalarında gözlenen davranışlar ortaya konulmuş ve çözüm yöntemleri analiz edilerek model oluşturulmuştur.

Hekim ve hemşire çalışanlar arasında çatışma kaynakları farklılık göstermektedir. Her iki grup ödüllendirme sistemi ve iş yerinin fiziksel şartlarının yetersizliği konusunda aynı görüştedirler. Ancak, iletişim yetersizliği, ortak kaynak kullanımı görev tanımlarının belirgin olarak yapılmaması, ekip çalışmasının yetersizliği ve kontrolün sıkı olması konularında farklı düşünmektedirler.

Hastane işletmeleri matriks organizasyon yapıları nedeni ile iletişime diğer hizmet sektörlerine oranla daha fazla önem vermeleri gerekmektedir. Ancak buna rağmen çalışmada hastanedeki hekim ve hemşire çalışanlar arasında iyi bir iletişimin olmadığı ortaya konulmaktadır. İletişim eksikliğinin sebebi, çalışanların kişisel

özelliklerinden kaynaklanabileceği gibi beklenti ve amaçlardaki farklılıklardan da kaynaklanabilmektedir. İletişim problemi kurumun amaçları ve vizyonu doğrultusunda kurum çalışanlarını birleştirilmesini engelleyebileceği gibi kurum çalışanları arasında çatışma ve gruplaşmalara da neden olabilecektir. İletişim yetersizliğinin çatışmaya neden olacağı konusunda frekans dağılımlarında hekimler %72,8 oranında katılım gösterirken, hemşirelerin %88,1'i bu fikre katılmışlardır. Hemşire çalışanlar hekim çalışanlara oranla iletişime daha fazla önem verdikleri söylenebilir. Ekip çalışmasının çatışmayı engelleyeceği konusunda hekimler %60 oranında katılım gösterirken hemşireler de bu oran %74,5'e çıkmış ve hekim ve hemşire çalışan grupları arasında frekans dağılımlarına bakıldığında hemşirelerin ekip çalışmasına daha istekli oldukları sonucunu çıkarabiliriz. Buradan da ekip çalışmasının çatışmayı engelleyeceği yönünde bir kanaate varmak mümkündür.

Her ne kadar çalışanlar arasındaki çatışmalarda kişisel ve örgütsel faktörlerin etkisi olsa da çalışma şartlarının ve hastanenin fiziksel yapısının da etkisinin olduğu kaçınılmaz bir gerçek olarak gözükmektedir. Bu sebeple çalışanlara görevlerini en iyi şekilde icra edebilecekleri fiziksel alt yapının sağlanması gerekmektedir.

Hastanede verilen hizmetler direkt olarak insan yaşamını konu edindiği için birimler arasında bir uyumun olması gerekmekte olup bu da ekip çalışması ile sağlanabilir. Bu uyumun sağlanabilmesi için de etkin bir ekip yönetiminin uygulanması gerekir. Bu şekilde çatışmaların önüne geçilebileceği bireyler arasında kurum kültürünün yerleştirilebileceği düşünülmektedir.

Hastane işletmelerinde iş doyumu yüksek bireylerin çoğunlukta olması organizasyonun devamlılığı ve verimi açısından önem arz eder. Eğer örgütte iş doyumu düşük bireyler çoğunlukta ise bu durum hem örgüt hem de örgütten sağlık hizmeti alan toplumdaki bireyler olumsuz yönde etkilenecektir. İş doyumunun artırılması için organizasyon yapısı içinde ödül sisteminin ve çalışan personelin ilerleme olanaklarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca hastanede etkin bir performans değerlendirme sisteminin oluşturulması eşit işe eşit ücret politikası ışığında gelirlerin paylaşılması gerekmektedir.

Günümüzde kamusal mal ve hizmet üretilen tüm alanlarda yaşanan en büyük sıkıntılardan biri de bürokrasinin fazlalığıdır. Kamu hizmetlerinde kalitenin

arttırılabilmesi, sürdürülebilmesi ve hizmetten yararlananların memnuniyetlerinin artırılması için bürokrasi mümkün olan en alt düzeyde tutulmalıdır.

Çatışmaların ortaya konulabilmesi ve çözümlenebilmesi için çatışan tarafların çatışmalar karşısında hangi davranış şeklini benimsediklerinin bilinmesinde yarar vardır. Bu amaçla AKÜ Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin yaşanan çatışmalar karşısında literatürde tanımı yapılan stres, pasif direnç ve şiddet davranışlarından hangisini gösterme eğiliminde oldukları belirlenmeye çalışılmıştır. Yapılan analizlerden elde edilen veriler sonucunda hekim ve hemşire çalışanların çatışma karşısında gösterdikleri davranışlar önem derecesine göre stres, şiddet, pasif direnç olarak ölçülmüştür.

Hekim ve hemşire çalışanlar çatışma durumunda sergiledikleri davranışlar bakımından ise birbirine benzer görüştedirler. Çalışanların gözlenen davranışlar hususunda vermiş olduğu yanıtlar incelendiğinde stres ve şiddete başvurma konusunda düşük de olsa farklılık olduğu ancak pasif direnç konusunda hemfikir oldukları gözlenmiştir.

Hekimlerin unvanlarının çatışma karşısında gösterdikleri davranışlar üzerinde etkisi olduğu gözlenirken aynı şeyi hemşireler için söylemek mümkün olmamıştır.

Hekimlerin meslekteki çalışma sürelerinin çatışma karşısında sergilemiş oldukları davranışlara etkisi olduğu gözlenmiştir. Ancak hemşire çalışanların çalışma süreleri ile çatışma karşısında sergiledikleri davranışın ilişkili olmadığı sonucu bulunmuştur.

Gözlenen davranışlar üzerinde hekimlerin yaşlarının etkili olduğu sonucuna varılırken aynı şeyin hemşireler açısından bulunamadığı görülmektedir.

Çatışmaların çözümlenmesinde bireylerin farklı sosyal yapı ve kişiliklere sahip olmaları sebebi ile çözüme yönelik yaklaşımları da farklılık arz etmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen çatışma çözüm yöntemleri ana başlıklar altında toplanarak ankete katılanlardan cevaplandırmaları istenmiştir. Çalışmamızda çatışma çözüm yöntemleri ile ilgili olarak hazırlanan anket sorularına hekim ve hemşirelerin vermiş olduğu cevaplar incelendiğinde, araştırma modelinde de belirtildiği üzere önem derecesine göre çatışma çözüm yöntemleri şu şekilde sıralanmıştır:

- Problem çözüme ile ilgili olarak hekimlerin %81,8'i görüş belirtirken hemşireler %83,7 oranında görüş belirtmişlerdir. Araştırmada öne çıkan en önemli çatışma çözüm yöntemi problem çözüme şeklinde ifade edilebilir..
- Yönetim tarafından alınan kararlara katılma konusunda hekimler %66,3 oranında görüş belirtirken, hemşireler %83,6 oranında görüş belirtmişlerdir. Dolayısı ile çatışmayı çözüm yöntemleri içinde kararlara katılma ikinci önemli unsur olarak ortaya çıkmıştır.
- Yetki ve sorumluluk dengesinin kurulmasının çatışmayı engelleyeceği hususunda hekimler %66,4 oranında görüş belirtirken, hemşireler % 82,5 oranında görüşlerini ifade edilmiştir.
- Hizmet içi eğitimin çatışmalara çözüm olabilmesi hakkında hekimler %76,4 oranında, hemşire çalışanlar ise %73,7 oranında katılım göstermişlerdir.
- Ekip çalışmasının çatışmalarda çözüm yöntemi olabileceği hususunda hekimler %60,9 oranında görüş belirtirken, hemşirelerde bu oran %75,4 olarak ortaya çıkmıştır.
- Kaynak dağıtımının etkin olarak yapılmasının çatışmalara çözüm olması hususunda hekimler %64,6, hemşireler %72,7 oranında görüş belirtmişlerdir.
- Müzakere etme ile ilgili hekimler %74,6 oranında görüş belirtirken, hemşire çalışanlar %56,4 oranında görüş belirtmişlerdir.
- İletişim ve koordinasyonun etkin bir şekilde sağlanmasının çatışmaları engelleyeceği hususunda hekimler % 62,8 oranında katılım gösterirken, hemşire çalışanlarda bu oran %68,2 olarak gerçekleşmiştir
- Çalışanlar arasında çatışma durumunun ortaya çıkması durumunda taraflardan birinin kaçınma davranışı göstererek problemin çözülebileceği hususunda hekim çalışanlar %65,4 oranında, hemşire çalışanlar ise %67,2 oranında görüş belirtmişlerdir.
- Ödül sisteminin uygulanmasının çatışma çözüm yöntemi olabileceği konusunda hekimler % 60,0 oranında, hemşireler ise % 70,0 oranında görüş belirtmişlerdir.

- Güç kullanmanın çatışma çözüm yöntemi olarak kullanılması konusunda gerek hekim gerekse hemşirelerin çok düşük düzeyde bir katılım sağladıkları görülmektedir. Hekimlerde oran %19,1 iken hemşirelerde bu oran %13,6 ile daha da düşük bir düzeyde olduğu görülmektedir. Dolayısı ile güç kullanma çatışma çözüm yöntemleri içinde en son tercih edilen bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre üniversite hastanelerinde çatışmaların çözümüne yönelik olarak aşağıdaki önerileri sıralayabiliriz:

- Hastanelerde farklı nedenlerle ortaya çıkan çatışmaların tamamen ortadan kaldırılması zordur. Bu bağlamda örgütler hastanelerde çatışma yönetim sürecini amaçlarına hizmet edecek bir şekilde yönetmelidir.
- Hastane işletmelerinde AB ülkelerinde olduğu gibi örgütsel yapının yeniden tasarlanması gerekir.
- Hastanelerde herkesin uzmanlaştığı yetki ve sorumluluklarının tam ve kesin olarak belirlendiği, çalışanlara belirlenen yetki ve sorumlukları tam ve net bir şekilde açıklayacak bildirilerin hazırlanması uygun olacaktır.
- Bütün personelin rolleri açık bir biçimde belirtilmelidir. İletişimler yazılı bir biçimde yapılmalıdır. Formal iletişimi geliştirmeye yönelik samimi ve rahat bir ortam sağlanmalıdır. Hastanelerde iletişim olgusunu etkin bir biçimde kullanarak bireyler arası farklılıklar ve örgüt içi belirsizlikler en alt düzeye indirgenerek iletişim sistemleri oluşturulmalıdır. Özellikle hastanenin birimler ve bölümler ile ilgili gelişmelerini bildiren bültenler yayınlanmalı ve duyuru panoları işlevsel ve güncel hale getirilmelidir.
- Kıt kaynaklar etkin bir şekilde kullanılarak çatışmaların önüne geçilmelidir. Bu kaynaklar finansal, insan kaynaklı ya da fiziki imkan kaynakları olabilir. Kıt kaynakların etkin bir şekilde paylaşılması bu kaynakları elde etmeye yönelmenin sonucu ortaya çıkan pek çok çatışmayı ortadan kaldıracaktır.
- Hastanelerde hekim ve hemşireler arasındaki anlaşmazlık nedenleri gözden geçirilerek problemler ortak karar mekanizması ile çözülmelidir. Her iki tarafın

uzlaşabileceği uygun bir faaliyet yolu seçilerek bir araya gelmelerine ağırlık verilmelidir.

- Hekim ve hemşire çalışanlar arasında statü ile ilgili çatışmaları önlemek ve her iki grubun daha verimli çalışabilmesi için eğitim programları yoluyla hekim ve hemşire çalışanlar ile birlikte diğer tüm personelin hizmet içi eğitimleri belli bir program çerçevesinde yürütülmelidir.
- Hastanelerin amaçlarının anlatılacağı ve bölümler halinde bütün çalışanların katılımlarının sağlanacağı, görüşlerin açık ve net bir şekilde açıklanabileceği toplantılar belli aralıklarla düzenlenmelidir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- Ak, B., 1990, Hastane Yöneticiliği, Özkan Matbaacılık, Ankara.
- Altunışık, R., 2002, Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (SPSS Uygulamalı), Sakarya Üniversitesi İİBF Yayınları, Sakarya
- Bahçecik, N. Ve Ekizler, H., 1-2 Kasım 1996, Formal Ve İnfomal Değerlendirme Ve İş Performansı Üzerine Etkileri Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçme. Haberal Eğitim Vakfı, Ankara
- Baltaş, A., Şubat 2001, Ekip Çalışması Ve Liderlik, 2. Basım, Remzi Kitapevi, İstanbul.
- Banner, D. Ve Gagne, T.E., 1995, Designing Effective Organizations, Suge Publications. London.
- Baysal, A.C. Ve Tekarslan, E., 1996, İşletmeler İçin Davranış Bilimleri, 2. Baskı, Avıol Basım Yayın, İstanbul.
- Berstein, D.A., Stewart, A.C., Roy, E., Srucl, T. Ve Wickens, C., 1994, Psychology, Third Edition, Houghten Mifflin Company, New Jersey.
- Bisno, H., 1988, Managing Conflict, Suge Publications, London.
- Black,J.S. ve Porter, L.W., 2000, Management Meeting New CVhallenges, University Of California, Irvine Prentice Hall, Printed In The United States Of America.
- Can, H., 1994 Organizasyon Ve Yönetim, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Çimen, M., 2000, Sağlık Personeli İçin Önemli Bir Sorun, Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliği, 3. Ulusal Sağlık Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, 28-29 Eylül
- Çoruh, M., 1996, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Performans Kavramındaki Gelişmeler, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performansı, Kamu Haberal Eğitim Vakfı, Ankara
- Davis, K., 1998, İşletmede İnsan Davranışı (Çev. Kemal Tosun, Tomris Somay, Fulya Aykar, Can Baysal Ve Diğerleri), 5. Baskıdan Çeviri, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul.

- Dinçer, Ö. Ve Fidan Y., 1994, İşletme Yönetimi, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul.
- Dökmen, Ü., 1999, İletişim Çatışmaları Ve Empati, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- Dökmen, Ü., 2001, İletişimi Çatışmaları Ve Empati (Sanatta Ve Günlük Yaşamda), Sistem Yayıncılık, 16. Baskı, İstanbul.
- Efil, İ., 1998, Yönetim Ve Organizasyon, Vipaş, Bursa.
- Elma, C. Ve Demir K., Ocak 2000, Yönetimde Çağdaş Yaklaşımları Uygulamalar Ve Sorunlar, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Erdoğan, İ., 1999, Örgütsel Davranış, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İstanbul.
- Eren, B., Hayran, O., Ve Sur, H., 1997, Hekimlerle İlişkiler, Hastane Yöneticiliği, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Eren, E. 1993, Yönetim Ve Organizasyon, Beta Basım Yayım, İstanbul.
- Eren, E., 2001, Örgütsel Davranış Ve Yönetim Psikolojisi, 7. Baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Ergün, T. Ve Polatoğlu A., 1992, Kamu Yönetimine Giriş, Todaie Yayınları: 241, 4. Basım, Ankara.
- Eroğlu, F., 1998, Davranış Bilimleri, Beta Basım Yayım A.Ş., İstanbul.
- Ersoy, K., Şubat 2002, Sağlık Yönetiminde Klinik Süreçler Ve Standartlar, Medikal Trend,
- Ertürk, M., 1998, Yönetim Ve Organizasyon, Beta Yayınları, İstanbul.
- Ertürk, M., 2000, İşletmelerde Yönetim Ve Organizasyon, Beta Basım A.Ş., İstanbul
- Esatoğlu, A.E., Tengilimoğlu, D. Ve Bilgin K.U., 1999, Sağlık Hizmetlerinde (Hastanelerde) Toplam Kalite Yönetiminin Başarıya Ulaşmasında Halkla İlişkilerin Etkisi, Todaie Kongre Kitapçılığı, 2, Ankara.
- Genç, M., 2005, Yönetim ve Organizasyon, Çağdaş Sistemler ve Yaklaşımlar, Seçkin Yayıncılık San.ve Tic.A.Ş., Ankara.
- Gibson, J., Juvancevich, J., Donnely, J.H., 1997, Organizations, Behavior, Structure Processes, 9 Th Ed. Irwin/Mc Graw Hill.

- Gordon, J., 1993, Organizational Behavior, Allyn And Bacon Company, Boston.
- Gökçe, O. Ve Atabey A.N., 2001, Davranış Bilimleri Ders Notları, Konya.
- Hayran, O. Ve Sur, H., 1997, Hastane Yöneticiliği, Nobel Tıp Kitabevi Ltd.Şti, Ankara.
- Hampton, D., Summer, C. Ve Webber, R., 1982, Organizational Behavior And The Practice Of Management, Scott Foresman Company, Illinois.
- Kabukçuoğlu, A., Eskişehir Doğum Ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ISO 9001 KGS Uygulamaları: Sorunlar Ve Faydalar 3. Ulusal Sağlık Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, 28-29 Eylül, Ankara.
- Karip, E., Kasım 2000, Çatışma Yönetimi, Pegem Yayınevi 2. Baskı, Ankara.
- Kaya, S., 1992, Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Nedenleri, Hastane İşletmeciliği Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir
- Kızılcılık, S., 1994, Sosyoloji Teorileri II, Yunus Emre Yayıncılık, Konya.
- Koçel, T., 2001, İşletme Yöneticiliği, Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonlarda Davranış, Klasik-Modern Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar, Beta Basım A.Ş., İstanbul.
- Koçel, T., Eylül 2003, İşletme Yöneticiliği, beta Basım Yayın dağıtım A.Ş., 9. Baskı, İstanbul.
- Luthans, F., 1994, Organizational Behavior, McGraw- Hill Company, G.Edition, New York.
- Lindelov, J. Ve Scott, J., 1989, Managing Conflict, Office Of Editicational Researchand Improvement, Washington.
- Moscoivici, S. Ve Doise, W., 1992, Extrame Conflicits And Consensuses, Suge Publications London, First Published Eng. 1994, Orginally Publis Hed Frence.
- Myers, D.G., 1993, Social Psychology, Mc-Graw-Hill, Inc. International Edition, New York.
- Nelson, D., Quick, J.C., 1997, Organizational Behavior, Foundations, Relaties And Challenges, 2 Th Ed. West Publishing Company.
- Özalp, İ., 1985, Yönetim ve Organizasyon, Anadolu Üniversitesi Eğitim Sağlık ve Özmen, Ö., Timur, C. Ve Katrinli Ergenç, A., 4-7 Mayıs 1994, 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.

Özgen, H., 2002, Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı Ve Türkiye'deki Uygulamalar, Ç.Ü. İ.İ.B.F. İşletme Bölümü Yayın no: 2, Adana.

Öztürk, A.S., 1998, Hizmet Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Yayınları Eskişehir. Araştırma Yayınları

Robbins, S.P., 1994, Örgütsel Davranışın Temelleri, Çev. Sevgi Ayşe Öztürk, 1. Basım, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Seçim, H., 1991, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayını No. 152, İstanbul.

Seçim, H., 1994, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Anadolu Üniversitesi A.Ö.F. Yayın No:407.

Sharpe, D. Ve Johnson, E., 2004, Uygulamadaki Yönetici İçin Yöneticinizle Çatışmanızı Yürütmek, Çeviren: Günay, G., Paraekonomi Dergisi, Uğur Kariyer Merkezi Yayınları, İstanbul

Shermerhorn, J.R., Hunt, J.G. And Osborn, R.N., 2000, Organizational Behavior, John Wwiley & Sons, Inc., U.S.A.

Shortell, M.S. ve Kaluzny, A.D., 1994, Health Care Management Organization Design And Behavior, third Edition, Nourth Westen University, University Of North Carolina, Delmar Publishers Inc., New York.

Stacey, R.D., 1994, Strategic Management And Organizational Dynamics, Pitman Publishing Company, London

Stoner, J.A.F. Ve Freeman, R..E., 1989, Management, Prentice- Itall İnc Englewod Cliffs, Fourt Edition, New Jersey.

Şahin, İ. Ve Şahin, B., 20-21 Mayıs 2000, Hastane Çalışanlarının İş Özellikleri ve İş Doyumu: Ankara Metropolitan Alanda Seçilmiş Üç Eğitim Hastanesi Üzerinde Bir Araştırma, 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000'lı Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi.

Şimşek, Ş.M., Akgemici T. Ve Çelik, A., 2001, Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, 2. baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

- Tekarslan, E., Hüner, Ş., Kılınç, T. Ve Baysal, C., 1989, Sosyal Psikoloji, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Tosun, K., 1986, İşletme Yönetimi, İstanbul.
- Tosun, K., 1987, İşletme Yöneticiliği Genel Esasları, 4. Baskı, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayını, No: 82, İstanbul.
- Tjosvold, D., 1989, Interdependence Appach To Conflict Management İn Organizations Managing Conflict: An İnterdisciplianry Approach (Editor. M.Afzalur Rahim), Paraeger Publishers, New York.
- Tjosvold, D., 1991, The Conflict- Pozitive Organization, Addision-Wesley Piblishing Company California.
- Tokat, M., 1993, Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Uluçınar, A., 2000, Grup Dinamiği ve Çatışma Yönetimi, Türkal Türkmen Kitabevi, İstanbul.
- Yıldırım, S., 1994, Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi, DPT Sosyal Sektörler Genel Müdürlüğü, Yayın no: 2350, Ankara
- Yukl, G., 1994, Leadership In Organizations 3. Ed.prentive Hall, Nj.
- Velioğlu, P. Ve Babadağ, K. Ve Sezgin, K., 1996, Hemşirelik Tarihi Ve Deontoloji, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 562, Eskişehir.
- Velioğlu, P. Ve Oktay, S., 1999, Editör: Bildirici, Ziyafettin, Sağlık Kurumları Yönetimi, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 351, Eskişehir.
- Velioğlu, P., 1982, Hemşirelikte Yönetim, 2b Meteksen Yayınları, Ankara.

MAKALE

- Aktaş, T.A., Aktaş, U., Karaca, S. Ve Akdaş, A., Ocak- Şubat- Mart 2006, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sınırları İçinde Yer Alan Hastanelerde Afet Yönetimine İlişkin Mevcut Durumun Değerlendirilmesi, Hastane Yönetimi, 10 (1). s.50-55
- Appelbaum, S.H., Chahrazad A., Shapiro, B.T., 1999, The Self- Directed Team: A Conflict Resolotuion Analysis Team Peorformance Managemet, 5 (2). s..63-66

- Argyris, C., July- August 1994, Good Communication That Blocks Learning, Harvard Business Review, Vol.72, No.4. S.41-56
- Asunakultu, T. Ve Safran, B., 2004, Kültürel Farklılıklardan Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Bir Araştırma (Marmaris Turizm Sektörü Örneği), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6 (1). s.26-49
- Asunakutlu, T. Ve Zeybekoğlu, S., 1999, Yöneticiler Çatışmalarda Nasıl Davranır?, 9 Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 14 (2). s.11-18
- Asunakutlu, T., Safran, B. Ve Akgöl, A., 2004, Cinsiyet Farklılıklarından Kaynaklanan Çatışmalar Ve Bir Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 5 (1). s.169-193
- Badker, A., Ve Jamesson, J., 2003, Emotion In Conflict Formation And Its Trasformation: Application To Organizational Conflict Management, The International Journal Of Conflict Management, S.63-75
- .
- Baird, H., Post, J.E., Mahon, J.F., 1996, Management: Functions And Resposibilities, İdarper And Row Publishers Inc. New York.
- Banner, D., 1995, Conflict Resolution: A Recontextualization, Leadership Organization, Development Journal, 16 (1). s..9-31
- Barr, Mugh, 2001, Collaboration And Conflict, Journal Of Inter Professional Care, 15 (1) s.69-77
- Bekaroğlu, B.Ş. Mart 1998, Yoğun Bakım Ünitesi Maliyetlerinin Hesaplanması Ve Maliyet Azaltma Yöntemleri, Modern Hastane Yönetimi, 2 (2). s.17
- Bektaş, Ç., Görmüş, A.Ş. Ve Soylu, A., 2004, Hizmet İşletmelerinde Kalite Odaklı İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi Unsurları, Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 5 (2). s..26-28
- Biggerstaff, R.P. Ve Syre, T.R., 1991, The Dynamics Of Hospital Survival Hospital Topics 69 (3). s.35-37
- Boddy, D. Ve Paton, R., 1998, How Teams Develop Management An Introduction, Prantice Hill Europa, Fist Published.s.250-306
- Bodtker, A.M. Ve Jameson, J.K., Emotion In Conflict Famation And It's Transformation Application To Organizational Conflict Management, The International Journal Of Conflict Management, 12 (3). s.259-275

- Boss, R.W., Ve Mcconkie, M., 2000, Conflict Management In Surgery The Impact Of Third Party Consultation, Public Administration Management, An Iinteractive Journal, 5 (1). s.44-49
- Carpender, J., Ring, C., Sangster, A., Cambridge, P. Ve Hatzidimitriadou, E., Apr.2000, From The Asylum To The Community: A Longitudinas Study Of Staff Involved In The Transition From Tone Vale Hospital To Comminity-Based Services, Journal Of Mental Health, Vol 2000.s.2-12
- Collins, R., 1994, Fuor Sociological Traditions, Oxford University Pres, New York. s.46-51
- Cruz, M.G., Hennigosen, D.D., Lynn, M., Ve Williams, M., January 2000, The Presence Of Norms In The Absence Of Groups? Human Communication Resarch, 26 (1). s.104-124
- Çoruh, M., 1998, Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2 (2).s.25-34
- Darr, K., 03.06.2002, The Devolving Crisis In Medical Staff Organization Hospital Topics, Fall 96, Vol.74, Issue 4, P.4, Ebscohost. s.211-235
- Darr, K., 1996, The Developing Crisis İn Medical Staff Organization Hospital Topics, 74 (4).s.44-49
- Darr, K., Summer 1991, Quality Improvement And Quality Assurence Compered, Hospital Topics, 69 (3). s.71-77
- Demir, H., 2001, Türk Hizmet Sektöründe Yönetici Profili Turizm Sağlık Finans Örneği MPM Dergisi. S.19-32
- Donaldson, L. Ve Simpson J., Ocak 1995, Conflict, Power, Negatiation, British Medical Journal, 310 S.69-70
- Drucker, P.F., 2001, The Practise Of Management, Awerded The Judges Prize From Financial Times/Booz Allen&Hamilton Global Bsiness Awarde, Melbourne New Delhi, First Published 1955, Rprinted. s.335-386
- Erdemir, F., 1998, Hemşirelerin Rol Ve İşlemleri Ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (1).s.25-29
- Erdoğan, İ., 2003 Hastanelerde Kalite Yönetiminin Yaygınlaşmasını Engelleyen Ulusal Faktörler Konusunda Bir Ülke Örneği Japonya. Hastane Yönetimi Dergisi.,s.33-36

- Erdoğan, İ., Mart 1998, Klinik Performans İndikatörleri, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2 (2).s.17-19
- Ergin, C., Sıra, A. Ve Tengilimoğlu, D., Nisan-Mayıs 1999, Türkiye'deki Özel Hastanelerin Pazar Ve Pazarlama Araştırmalarına Bakış Açıları Konusunda Bir Araştırma Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 3 (4). s.8-13
- Ertürk, M., Aralık 1994, Organizasyonlarda Çatışma, Çatışma Nedenleri, Çatışmanın Yönetimi Ve Erciyes Üniversitesinde Bir Anket Uygulaması, Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, No: 11.
- Forum, C., 1998, Keeping The Peace, 11 (7) S.1-3
- Fournior, M.A., Moskowitz D.S Ve Zuroff, D.C., 2002, Social Renk Strategies In Hierarchical Relation Ships, Journal Of Personality And Social Pyschology, Published Monthly By The American Pyscholojicel Association, 83 (2). s.425-433
- Griffin, R.W., 1999, Management, Printed In The USA, Texas A&M. University, Boston New York. s.575-600
- Gürmen, N., Eylül 1997, 2000'lerde Kamu Hastanelerinin Radyoloji Departmanları, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 1 (2). s.40-43
- Hatfield, D.ve Hatfield, J., 1995, Relation Ships Among Conflict Management Stylestevels Of Conflict And Reactions to Work Journal of Social Psychology, 135 S. 121-135
- Heyes, T. Ve Mack, K.E., March 1996, Making The Hospital Position Successfull, Journal Of Health Care Marketing, 6 (1). s.65-67
- İşçi, E. Ve Sur, H., Ocak- Şubat- Mart 2006, Hastanelerin Kaynak Bağımlılığı Teorisi Açısından Değerlendirilmesi, Hastane Yönetimi, 10 (1). s.8-13
- Karcıoğlu, F., ve Yakupoğulları, C., 2001, Meslek Yüksekokullarının Örgütsel Çatışma ve Uzlaşma Düzeylerinin Tespitine Yönelik Bir Araştırma, Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 15 (1-2). s.233-236
- Katzenbach, J.R., 1998, Making Teams Wort Art The Top, Leader To Lender, 17 (1).s.25-36
- Kaya, S., 1992, Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Nedenleri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 1 (1). s.121-123

- Kılınç, T. Ve Söğüt, S., Mayıs 1997, Hastanelerde Organizasyon Programı Çalışmaları, Modern Hastane Yönetimi 1 (1).s.33-39
- Kılınç, T., 1988, Örgütsel Rol Çatışma ve Belirsizliğiyle Başa Çıkma Yöntemleri, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Dergisi, 17 (2).s.103-119
- Kılınç, T., Nisan-Kasım 1990, Gruplararası Çatışmaların Çözümüne Laboratuvar Yaklaşımı, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 19 (1-2).s.39-65
- Kırel, Ç., 1997, Örgütsel Çatışma ve Güç İlişkisi, Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8 (1-2). s.477-494
- Kıvanç Mardenoğlu, M., Ocak-Şubat 2001, Hemşirelikte Matriks Yapılanma, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 5 (1). s.24-26
- Kindig, D.A., 1994, How Do Health Care Manager Use New Information To Increase Organizational Performance?, The Journal Of Health Administration Education, Vol.12, No. 1, Winter. s.71-78
- Köksal, A. Ve Akbeyik, H., Ocak-Şubat-Mart 2002, Çağdaş Yönetim Anlayışı Ve Hastane İşletmeciliği, Modern Hastane Yönetim Dergisi, 6 (1). s.7-10
- Kressel, K., Kennedy, C., Lev, E., Taylor, L. Ve Hyman, J., 2002, Managing Conflict In Anurban Health Care Setting: What Do Etpets Know?, Journal of Healt Care Lav.Policy, 5 (2). s.1-4
- Kuhn, T. Ve Poole, M.S., October 2000, Do Conflict Management Styles Affect Group Decision Making, Human Communication Resarch, 26 (4). s.558-590
- Kunakviktikul, W., Nuntasupawat, R. Ve Srisuphan, W., 2000, Relationships Among Conflict, Conflict Management, Job Satis Faction, Intent To Stay and Turnover Of Professional Nurses In Thailand, Nursing And Health Scienses.
- Langan, J.C., March/April 2003, Faculty Practice And Roles Of Staff Nurses And Clinical Faculty In Nursing Student Tearning, Journal Of Professional Nursing, 19 (2). s.76-84
- Lee, D., 2001, Power Conf'ct And Satisfaction İn Supplier Chionese Distributer Chanel, Journol Of Business Resuarch, 52 (2), s.148-155
- Liam, D. Ve Jenn., S., Ocak 1995, Conflict, Power, Negotiation, British Medical Journal, vol 310, issue 6972. S. 36-49
- Madeleine, W., 1998, The New Ward Manager: An Evoplation Of The Changing Role Of Teh Carge Nurse, Journal Of Aduvenced Nursing, 28 (2). s.417-420

- Martin, J., 2001, Organizational Behaviour, Second Edition, The University Of Hull, Printed In Italy By Ganale&C. s.847-884
- Mccollin, A., 2003, İnterdisiplinari Team Deador Ship: Are Visionist Approach Foran Old Problem?. Journal Of Nursing Management. S.97-113
- Meriç, M., Şahin, Ü. Ve Özalp, S., Mart-Nisan 2000, TS-EN 9001 ve Hemşire Meslek Elemanlarının Düşünceleri, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 4 (2). s.7-11
- Merih, K., Mart 1998, Hastane Otomasyonu Uygulamaları Ve Sağlık Bakanlığı Genelgesi, Modern Hastane Yönetimi Dergisi. 2 (2).s.11-13
- Michael, A.E. ve Brian, H.K., 2007, The Importance Of Conflict İn Work Team Effectiveness, Team Performance Management, volume 3, number 2. s.79-86
- Middlemist, R.D. ve Hitt, M.A., 1981, Organizational Behaviour Concepts, Sience Resaerch Associates Inc. s.18-25
- Morlcok L.L; Nathanson C.A, 1983, Power And İnfluence Shorhell, S.M., Kalunzny, A.D. (ed), Health Care Management: A Text İn Organization Theory And Behavior, John Wiley And Sons, New York. S. 54-81
- Nahavandi, A. Ve Malekzadeh, A.R., 2000, Organizational Behavior- The Person Organization, The Dryden Pres, Orlando. s.172-211
- Ocak, S., Gider, Ö., Top, M., Şahin, B. Ve Tarcan, M., Ocak-Şubat-Mart 2004, Muğla Devlet Hastanesinde Hemşirelerde Rol Belirsizliğine İlişkin Bir Çatışma, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 8 (1).s.21-36
- Özgülbaş, N. Ve Malhan, S., Mart-Nisan 2000, Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 4 (2). s.15-18
- Paris, Martin, 1994, The Medical Staff Health Care Administration: Principles, Practices, Structures And Delivery, Maryland Apsen Publication s.44-57
- Posner, Z., Barry, W. Ve Randolph, A., 1980, Moderators of role stres among hospital personel, journal of psychology vo., 105. s.215-224
- Pree, M.D., 2001, Creative Leadership, Leader Toteader, vol.20, Spring.
- Rahim, M.A., 2000, Do Justice Perceptions Influence Styles Of Handling Conflict With Supervisors What Justice Perceptions, Precisely? International Journal of Conflict Management, 11 (1) Ebscohost. s.1-21

- Rakich, F.C, Longest, B. Ve Darr, C., 1996, Managing Health Services Organizations, 3. Baskı, USA. Hep Profession Pres Inc. S.17-19
- Rubery, J., Earnshaw, J., Marchinton, M., Cooke, R. Ve Vincint, S., July 2002, Changing Organizational Forms And The Emploment Relationship, Journal Of Namagement Studies, 39 (5), s.645-672
- Schermerhon, J.R., Hunt, J.G., Osborn, R.Ve Wiley, J., 2000, Organizational Behavior Sons. Inc. Printed In The United Strates Of America, Secenth Edition. s.100-150
- Schoderbek, P., Cosier, A.R., Aplin, J.C., 1988, Harcourt, Bruce Javanovich, Management, Publishers. s.33-44
- Short, P.J. ve Rahim, M.A., 1995, Total fuality management In hospitals total quality management, 6 (3). s.1-10
- Shur, B.G., 2002, Can Rivals Play Nice, H&HN: Hospitals & Health Network, 4p., 1c., 171 (8). s.1-25
- Skjorhammer, M., Feb.2001, Co-Operation And Conflict In A Hospital Interprofessional Differences In Perception And MANAGEMENT Of Conflicts, Journal Of Inter Professional Care, 15 (1). s.7-18
- Skjorshammer, M. ve Hofoss, D., 1999, Physician in conflict. A survey stidy of individual and work related characteristics, scendinevian journal of caring sciences, 13 (4).s.1-3
- Solmuş, T., Mart 2001, Örgütlerde Kişilerarası-Gruplararası Çatışmalar ve Çatışma Yönetimi, Türk Psikoloji Bülteni, 7 (20). s.41-49
- Sorbello, J.G., 1991, Communicating Effectively: Up Down and Across The Organization, The Strategic Health Care Manager, Mastering Essential Leadership Skill, George H. Stevens, Jossey, Bass Publishers- San Fransisco, Oxford. S.8-15
- Sönmez, A.K., Mart 1999, Modern Hastane, Yönetimi Ekip Olmasını Gerekirir Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 3 (3). s.1-13
- Stockwell, R.G., 1997, Effective Communication In Managing Conflict CMA Manazine, N.71. s.8-15
- Stordeur, Sb, D'hoore, W., Wanderberne, C., 2001, Journal of Advanced Nursing, 03092402, vol.35, issue 4. S. 61-80

- Strack, G. Ve Footler, M.D., Summer 2002, Spirituality And Effective Leadership In Healthcare: Is There A Connection? Frontiors Of Health Services Management, 18 (4).
- Sur, H.ve Ökem, G., Eylül 1997, Sağlığa ve Sağlık Hizmetlerine Olan Talebi Etkileyen Faktörler, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 1 (2). s.11-13
- Şahin, B., 1994, Sağlıkta Yönetim Zorunluluğu Hekim Otonomisinin Sonu Olabilir Mi? Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 4 (1).s.24-32
- Şahin, B., 1999, Sağlıkta Yönetimin Zorluğu: Hekim Otonomisinin Sonu Olabilir mi?, Verimlilik Dergisi, Sayı 4. s.30-42
- Şahin, H., ve Erigüç, G., 2000, Hastane Yöneticilerinin Yönetmel Stres Kaynakları Belirtileri ve Başa Çıkma Yöntmeleri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 5 (2). s..20-30
- Şahin, İ. Ve Özgen, H., 2000, Sağlık Bakanlığı İl Devlet Hastanelerinin Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 5 (3). s.20.25
- Şahin, Ü., Nisan- Mayıs 1999, Sağlık Bakım Sistemimiz İçin Öneriler, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 3 (4).s.42-45
- Şahin, Ü.,2003, Hastanelerin Özellikleri, Kalder Forum, s.26-28
- Tanlı, S., Mart- Nisan 2000, Değişen Ekonomi, Değişen Sağlık, Değişen Organizasyonlar, 21. yüzyılda Lider Hekimin Rolü, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 4 (2).s.21-24
- Tarcan, E., Varol, E.S. ve Ateş, M., 2000, Bina Kalitesi Ve Sağlık İşletmelerinin Performansları Üzerine Etkileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 5 (4). s.4-15
- Tatar, F., Tatar, M., Şahin, İ., Özgen H., Çelik ve Ökem, G., 1995, Hastane Yönetiminde Gelecekte Önem Kazanacak Alan ve Konular ile Bu Alan ve Konularda Başarılı Olmak İçin Gereken Bilgi- Beceri- Yetenekler, Toplum ve Hekim, 10: 31-70.
- Tatar, M., Şahin, İ. Ve Büyükkayıkçı, H., 2003, Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 6 (1).s.2-15
- Tengilimoğlu, D., Haziran 1991, Kişiler Arası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri, Amme İdaresi Dergisi, TODAİE, 24 (2). s.123-144

- Tokat, M., Kısaer, H.,1991, Hastanelerde Maliyet Etkinlik Ve Performans Analizi, Milli Produktivite Merkezi Yayınları: 455, Ankara s.34-37
- Travis C.,T, Ve Judith, M.C.,2000, Jackson And Schuler (1985) Pevisited: A Meta-Analysis Of The Relationships Between Role Ambiyoyty, Role Conflict And Job Performance Journal Of Management, 26 (1).s.24-32
- Türk, M. ve Doğan, S., Haziran 2002, “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.
- Uyguç, N., 1998, Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi, Dokuz Eylül Yayınları s.1-15
- Vural, G., Eroğlu, K. Ve Kavuncubaşı, Ş., Mart 1999, Hemşirelikte Önderlik Davranışı ve İş Doyumu, Modern Hastane Yönetimi, 3(3)
- Wall, J.A. ve Callister, R.R., 1995, Conflict And Its Management, Journal Of Management, 11 (3) s.515-558
- White, H. C., 1997, The Hospital Medical Staff Albany: Delmar Publishers.
- Willams, E.S., 2001, Physician As Worker: An Organizational Behavior Perspective Health Care Management Rewiew, 26 (4). S.79-81
- Yıldırım, H.H., Tosun, N.Y., Top, M. ve Yalçın, T., 1999, Sağlık Kurumlarında Örgütsel Çatışmanın Yönetimi, Modern Hastane Yönetimi, 3 (1).s.1-11
- Yiğit, V. Ve Aksakal, C., Temmuz- Ağustos- Eylül 2005, Hastane İşletmelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing), Hastane Yönetimi, s.7-10
- Yüksel, A. Ve Kılınç, U.K.,Bahar 2003, Müşterilerin Şikayet Çözümüne Yönelik Konaklama İşletmelerinden Beklentileri ve Değişik Müşleri Grupları Arasındaki Beklenti Farklılıkları, Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi, 14 (1). s.23-32
- Zengin, E. Ve Erdal, A., 2000, Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Journal Of Kafkas Üniversitesi, 3 (1). s.43-56

TEZ LER

- Akın, M., 1998, İşletmelerde Çatışma Yönetiminde İletişimin Yeri Ve Önemi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri. (Yayınlanmamış)
- Aktaş, M., 2002, Hastane İşletmelerinde Örgütsel Çatışmanın Boyutları, Örgütsel Yapı Ve Başarıda Etkinliğin Sağlanmasına Yönelik Bir Model Önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Aslan, Ş., 2003, Hastane İşletmelerinde Örgütsel Çatışma: Teori Ve Örnek Bir Uygulama, Doktora Tezi, Konya.
- Can, A., 2005, Üniversite Hastanelerinde Yönetimin Profesyonelleşmesinde Mesleki Özerklik Sorunu: Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Bir Uygulama Yayınlanmamış Doktora Tezi, Isparta.
- Demir, B., 2004, Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneğinde Hastane Organizasyonu İçerisinde Hekim- Hemşire İlişkisinin Çatışma Ve Güç İlişkileri Açısından Analizi: Sosyo- Ekonomik Düzeyin Eğitimin, Cinsiyet Ve Çalışma Sürelerinin Etkileri, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Doğrusöz, S., 1987, “Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Yönetimi”, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Proframı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- Düşükcan, M., 2003, Örgütlerde Çatışma Ve Çatışma Yönetimi Sürecinde Örgütsel İletişimin Etkiliği Kuramsal Ve Uygulamalı Bir Çalışma, Doktora Tezi, Konya.
- Karakılçık, Y., 1997, Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi Yayınlanmamış Doktora Tezi, Malatya.
- Kılıç, M., 1998, Profesyonellerin Yönetiminde Örgüt- Çalışan İlişkilerinin Düzenlenmesinde Mesleki Özerklik Sorunu: Hastane- Hekim İlişkileri, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
- Kolonkaya, T., 2002, Sağlık Kurumlarında İletişim Sorunları, Doktora Tezi.
- Korkmaz, M., 1994, Örgütlerde Çatışma Ve Nedenleri Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özdemir, G., 2004, Çatışma Yönetimi Ve Afyon İl Emniyet Müdürlüğünde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şahinler M., 1991, Hastane organizasyonu SSB ve Üniversite Hastanelerinden Alınan Birer Örneğin organizasyonların Mukayeseli Olarak karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Uysal, Ş., 1998, Toplumsal Kültürün Örgütlerde Çatışmanın Yönetimine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Ankara.

Yeginsoy, E.Y., 1992, Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi ve Hastane İşletmeleri İçin Bir Model Önerisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.

İNTERNET

A Conflict Resolution Workshop For The Regional Medical Center, 2003 The Vision Program Of Orange Bung-Calhoun Tecnical Collage, <http://www.emscohost.com> (05.10.2006)

Abma, T.A., 07.03.2002, Stakelohder Conflict; A Case Study, <http://www.sciendirekt.com> (10.10.2006)

Arslan, C., 2004, Kişilerarası Çatışma Çözme Ve Problem Çözme Yaklaşımlarının Yükleme Karmaşıklığı Açısından İncelenmesi, www.sosyalbil.selcuk.edu.tr (05.10.2006)

Ateş, M., Çatışma, 2006, www.merih.net/m2/lid/metate,26.htm. (03.01.2007).

Bauer, J.C., 2003, Role Ambyguty And Role Clarty: A Comparysyon Of Attytudes In Germany And The Unyted States, University Of Cincinnati Clermont Business Division, USA, <http://cobucourses.creighton.edu/mam/2003/papers/bauer.doc>. (04.02.2007)

Benjamin, R.D., 2002, Effectiveness Study- Conflict And Your Caraer, <http://www.mediate.com> (03.03.2007)

Burnside, C.L., 2002, Coping With Conflict In The Workpluce, www.sciendirekt.com. (15.10.2006)

Çarıkçı, İ.H. Ve Oksay, A., 2006, Doktorlar Ve Hemşireler Aynı Ekipte Farklı Tutumlar. Hastane Yönetimi Dergisi, 10 (1).F Ocak-Şubat- Mart. <http://merih.net>. (11.11.2006)

- Dunlop, M.M., 17.12.2002, Managing Conflict In The Work Place, Personel Growth, www.sciencedirect.com (11.11.2006)
- Eren, B., 2002, Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane, www.merih.net. (24.12.2006)
- Esquivel, M., Ve Kleiner, B., 1996, The Importance Of Conflict In Work Team Effectiveness Team, Performance Management Volume, 2, Number, 3, www.emercild.fulltext. (10.09.2006)
- Fiore, T., 2005, Resolving Workplace Conflict 4 Ways To A Win-Win Solution By, <http://www.conflict911.com/quest.conflict/win-win.conflict.htm>.as (18.11.2006)
- Ford, J. Ve Barnes, C., 2002, Measuring Conflict: Both The Hidden Cost And The Benefits Of Conflict Management Interventions, www.mediate.com. (08.08.2006)
- Hayran, O., 03.07.2002, Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?, www.merih.net
- Kılınç, M., 2006, Hekimlerin Verdikleri Hizmetin Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Hastane Hekim İlişkileri, www.merih.net (08.08.2006)
- Parker, W., Ağustos 2002, Çatışmaları Anlamak ve Yönetmek, Human Resources, www.hdergi.com (08.09.2006)
- Seçim, H., 2002, Türkiye'deki Hastaneler İçin Bir Yönetim Organizasyon Modeli Önerisi, www.merih.net (10.11.2006)
- Seçim, H., 2005, Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri, Management-Education- Resarch- Informatics, www.merih.net (09.08.2006)
- Seçim, H., 2006, Hastane yönetim modellerinin uluslararası karşılaştırması, www.merih.net (08.09.2006)
- Şahin, Ü., Toker, F. Ve Aktaş, M., 2006, Hastane yönetimi, www.merih.net. (05.02.2007)
- Thomas, R., 22.12.2002, Conflict Management Systems: A Methodology For Addressing The Cast Of Conflict In The Work Place, www.sciencedirect.com (12.12.2006)
- Treaslan, D.L., 2006, Acheving Effective Conflict Management, www.mun.ca/educ/faaly/mwatch/vol/treaslan.htm (10.11.2006)

Wenckas, E., 2004, Working With An Inter Disipling Team,
<http://nsweb.nursingspectium.com/ce/ce.go>.(5.10.2006)

EK : 1 HEKİMLER İÇİN ANKET

ANKET (HEKİMLER İÇİN)

Sayın katılımcı; bu anket çalışması A.K.Ü. Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görevli Hekimler ile Hemşireler arasında yapılmaktadır. Çalışmanın amacı Hastanemizde örgütsel yapıdan kaynaklanan çatışma alanlarını belirlemektir. Çalışma akademik amaçlı olarak yapılmaktadır. (Doktora tez çalışmasının uygulama boyutu)

Lütfen isim yazmayınız.

TEŞEKKÜRLER

BÖLÜM 1

1-) Yaşınız ?

2-) Cinsiyetiniz **kadın** **erkek**

3-) Ünvanınız **Asistan** **Baş asistan** **Uzman Hekim**

4-) Medeni

durumunuz ? **bekar** **evli** **boşanmış**

5-) Bu hastanede toplam çalışma süreniz ?

6-) Mesleğinizde toplam çalışma süreniz ?.....

BÖLÜM 2

Hastanenizde görevinizi yaparken daha uyumlu ilişkiler kurmanızı engelleyen (çatışmalara yol açan) bazı sebepler aşağıda sıralanmıştır. Bu sebeplerin size göre çatışmaya yol açma derecesini işaretleyiniz

1. Hekimler ve hemşireler arasındaki iletişim yetersizliği, çatışmaya sebep olmaktadır.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

2. Hekimler ve yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişimin olmaması çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

3. Hastanede hekimler ve hemşireler arası iletişime önem verilmemesi çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

4. Hekimlerin, yönetim tarafından kendi faaliyetleri ile ilgili değişiklikler hakkında bilgilendirilmemesi çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

5. Hekimlerin görüş ve fikirlerine hastane yönetiminde yeterince önem verilmemesi çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

6. Hemşireler ile hekimler arasında çalışma uyumsuzluğun olması çatışmaya yol açmaktadır.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

7. Hekimlerin maaş gelirlerinin yetersiz olması çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

8. Hekimler ve hemşireler arasındaki gelir farklılıkları çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

9. Görev tanımlarının belirgin yapılmamış olması çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

10. Hekimlerin sorumluluklarının yetkilerinden fazla olması bir çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

11. Hekimlerin yaptıkları işten elde ettikleri iş doyumunun düşüklüğü bir çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

12. Hastanede birimler arasındaki güç ve hakimiyet kurma mücadeleleri çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

13. Hemşirelerin iş arkadaşlarına duydukları güven duygusunun azlığı bir çatışma sebebidir

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

14. Hekimlerin çeşitli konulardaki görüş ve fikirlerine hastane yönetiminde yeterince değer ve önem verilmemesi çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

15. Servisler arasında ortak kaynak kullanımı (malzeme, cihaz, personel, yer, bütçe gibi) çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

16. Hemşirelerin 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. Hekim ve hemşireler arasındaki çatışmalarda hemşireler işlerin yapılmasında pasif direnç gösterirler.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

19. Hekim ve hemşireler arasındaki çatışmalar şiddete yol açmaktadır.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

- 20. Hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmaması bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 21. Kurumda fazla çalışma süreleri bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 22. Kişiler arası ayrımcılık yapılması bir çatışma nedenidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 23. Birimler arası ayrımcılık yapılması bir çatışma nedenidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 24. Kurumda servisler arası iş yükünün eşit dağıtılmaması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 25. Hastanede ağır bürokratik faaliyetler çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 26. Yetersiz kontrol olması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 27. Kontrolün sıkı olması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 28. Hemşirelerin yönetimin aldığı kararlara katılmaması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 29. Hekimler ve hemşirelerin arasındaki eğitim farklılığı çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 30. Hekimler ve hemşirelerin kurumsal amaçları arasındaki farklılık bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 31. Kurumda ekip çalışmasının yetersiz uygulanması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 32. Kurumda yapılan yenilikler bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 33. Kurumda işe alıştırma eğitiminin (oryantasyon) yetersizliği bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 34. Kurumda hizmet içi eğitimin eksikliği bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

35. Hekimlerin performanslarının objektif bir biçimde değerlendirilip; kendilerine bildirilmemesi bir çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

36. Hekimler ve hemşirelerin görevlerinin bilgi ve yeteneklerine uygun olmaması çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

37. Hekimler ve hemşirelerin görevlerinin aldıkları eğitime uygun olmaması çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

38. İşyerinin fiziksel şartlarının (ısıtma, havalandırma, aydınlatma, hijyen, güvenlik vb. bakımdan) yetersizliği çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

39. Kurumda sosyal faaliyetlerin (gezi, tanışma ve kaynaşma toplantıları vb.) yetersiz yapılması çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

40. Hastanede iyi bir koordinasyon (iletişim, toplantı) sisteminin olmaması hemşire-hekim arasında çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

41 Hastanede yetki ve sorumluluk dengesizliği hemşire-hekim arasında çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

42. Hastanede ödüllendirme sisteminin yetersiz olması hemşire-hekim arasında çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

43. Hastanede resmi ilişkilerin yoğunluğu hemşire-hekim arasında çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

44. Hemşire-hekim arasında etkin bir takım çalışması uygulanması çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

45 Hastanede ödül sisteminin etkin bir şekilde çalıştırılması hemşire-hekim arasındaki çatışmayı engeller

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

46. Hekimler ile hemşireler arasında iletişim olanaklarının artırılması çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

47. Hastanede hizmetiçi eğitimin sürekliliği hemşire-hekim arasındaki çatışmayı engeller

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

48. Hastanede kaynakların (malzeme, personel dağılımı) eşit bir şekilde dağıtılması hemşire-hekim arasındaki çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

49. Çalışanların hemşirelerin yönetim kararlarına katılmasının sağlanması çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

50. Hastanede hemşirelerin yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi ve etkin bir şekilde uygulanması çatışmayı engeller

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

51. Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmalarda taraflardan birinin kaçınma davranışı göstermesi çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

52. Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmayı çözüm yöntemlerinden güç kullanma yöntemi çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

53. Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmayı çözüm yöntemlerinden müzakere etme yöntemi çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

54. Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmayı çözüm yöntemlerinden problem çözme yöntemi çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

Anketi Doldurduğunuz İçin Teşekkür Ederim.

EK : 2 HEMŞİRELER İÇİN ANKET

ANKET (HEMŞİRELER İÇİN)

Sayın katılımcı; bu anket çalışması A.K.Ü. Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görevli Hekimler ile Hemşireler arasında yapılmaktadır. Çalışmanın amacı Hastanemizde örgütsel yapıdan kaynaklanan çatışma alanlarını belirlemektir. Çalışma akademik amaçlı olarak yapılmaktadır. (Doktora tez çalışmasının uygulama boyutu)

Lütfen isim yazmavınız.

TESEKKÜRLER

BÖLÜM 1

- 1-) Yaşınız ?
- 2-) Cinsiyetiniz **kadın** **erkek**
- 3-) Çalıştığınız Birim **Servis Hemşiresi** **Sorumlu Hemşire**
- 4-) Medeni durumunuz ? **bekar** **evli** **boşanmış**
- 5-) Bu hastanede toplam çalışma süreniz ?
- 6-) Mesleğinizde toplam çalışma süreniz ?.....

BÖLÜM 2

Hastanemizde görevinizi yaparken daha uyumlu ilişkiler kurmanızı engelleyen (çatışmalara yol açan) bazı sebepler aşağıda sıralanmıştır. Bu sebeplerin size göre çatışmaya yol açma derecesini işaretleyiniz

- 1) **Hekimler ve hemşireler arasındaki iletişim yetersizliği, çatışmaya sebep olmaktadır.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 2) **Hemşireler ve yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişimin olmaması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 3) **Hastanede hekimler ve hemşireler arası iletişime önem verilmemesi çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 4) **Hemşirelerin, yönetim tarafından kendi faaliyetleri ile ilgili değişiklikler hakkında bilgilendirilmemesi çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 5) **Hemşirelerin görüş ve fikirlerine hastane yönetiminde yeterince önem verilmemesi çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

- 6) Hemşireler ile hekimler arasında çalışma uyumsuzluğun olması çatışmaya yol açmaktadır.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 7) Hemşirelerin maaş gelirlerinin yetersiz olması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 8) Hekimler ve hemşireler arasındaki gelir farklılıkları çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 9) Görev tanımlarının belirgin yapılmamış olması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 10) Hemşirelerin sorumluluklarının yetkilerinden fazla olması bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 11) Hemşirelerin yaptıkları işten elde ettikleri iş doyumunun düşüklüğü bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 12) Hastanede birimler arasındaki güç ve hakimiyet kurma mücadeleleri çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 13) Hekimlerin iş arkadaşlarına duydukları güven duygusunun azlığı bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 14) Hemşirelerin çeşitli konulardaki görüş ve fikirlerine hastane yönetimince yeterince değer ve önem verilmemesi çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 15) Servisler arasında ortak kaynak kullanımı (malzeme, cihaz, personel, yer, bütçe gibi) çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 16) Hekimlerin 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) Hekim ve hemşireler arasındaki çatışmalarda hekimler işlerin yapılmasında pasif direnç gösterirler.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 19) Hekim ve hemşireler arasındaki çatışmalar şiddete yol açmaktadır.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

- 20) Hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmaması bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 21) Kurumda fazla çalışma süreleri bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 22) Kişiler arası ayrımcılık yapılması bir çatışma nedenidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 23) Birimler arası ayrımcılık yapılması bir çatışma nedenidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 24) Kurumda servisler arası iş yükünün eşit dağıtılmaması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 25) Hastanede ağır bürokratik faaliyetler çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 26) Yetersiz kontrol olması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 27) Kontrolün sıkı olması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 28) Hemşirelerin yönetimin aldığı kararlara katılmaması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 29) Hekimler ve hemşirelerin arasındaki eğitim farklılığı çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 30) Hekimler ve hemşirelerin kurumsal amaçları arasındaki farklılık bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 31) Kurumda ekip çalışmasının yetersiz uygulanması çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 32) Kurumda yapılan yenilikler bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 33) Kurumda işe alıştırma eğitiminin (oryantasyon) yetersizliği bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum
- 34) Kurumda hizmet içi eğitimin eksikliği bir çatışma sebebidir.**
Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

35) Hemşirelerin performanslarının objektif bir biçimde değerlendirilip; kendilerine bildirilmemesi bir çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

36) Hekimler ve hemşirelerin görevlerinin bilgi ve yeteneklerine uygun olmaması çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

37) Hekimler ve hemşirelerin görevlerinin aldıkları eğitime uygun olmaması çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

38) İşyerinin fiziksel şartlarının (ısıtma, havalandırma, aydınlatma, hijyen, güvenlik vb. bakımdan) yetersizliği çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

39) Kurumda sosyal faaliyetlerin (gezi, tanışma ve kaynaşma toplantıları vb.) yetersiz yapılması hemşire-hekim arasında çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

40. Hastanede iyi bir koordinasyon (iletişim, toplantı) sisteminin olmaması hemşire-hekim arasında çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

41. Hastanede yetki ve sorumluluk dengesizliği hemşire-hekim arasında çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

42. Hastanede ödüllendirme sisteminin yetersiz olması hemşire-hekim arasında çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

43. Hastanede resmi ilişkilerin yoğunluğu hemşire-hekim arasında çatışma sebebidir.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

44. Hemşire-hekim arasında etkin bir takım çalışması uygulanması çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

45. Hastanede ödül sisteminin etkin bir şekilde çalıştırılması hemşire-hekim arasındaki çatışmayı engeller

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

46. Hekimler ile hemşireler arasında iletişim olanaklarının artırılması çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

47. Hastanede hizmetiçi eğitimin sürekliliği hemşire-hekim arasındaki çatışmayı engeller

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

48. Hastanede kaynakların (malzeme, personel dağılımı) eşit bir şekilde dağıtılması hemşire-hekim arasındaki çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

49. Çalışanların hemşirelerin yönetim kararlarına katılmasının sağlanması çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

50. Hastanede hemşirelerin yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi ve etkin bir şekilde uygulanması çatışmayı engeller

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

51. Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmada taraflardan birinin kaçınma davranışı göstermesi çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

52. Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmayı çözüm yöntemlerinden güç kullanma yöntemi çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

53. Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmayı çözüm yöntemlerinden müzakere etme yöntemi çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

54. Hekimler ile hemşireler arasındaki çatışmayı çözüm yöntemlerinden problem çözme yöntemi çatışmayı engeller.

Tamamen Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç Katılmıyorum

Anketi Doldurduğunuz İçin Teşekkür Ederim.