

ISSN: 2667-5838

# JOHMAL

## *Journal of Healthcare Management and Leadership*

*Editor*  
*Prof. Dr. Şebnem Aslan*





# JOHMAL

**JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP**

**SOSYAL ÇALIŞMALAR ÜZERİNE AKADEMİK PERSPEKTİF DERGİSİ**

Sayı: 1 • Aralık 2018

Issue: 1 • December 2018

ISSN: 2667-5889

<http://dergipark.gov.tr/japss>  
e-posta: [www.journalaposs@gmail.com](mailto:www.journalaposs@gmail.com)

**Dergi Ofis Adresi (Office Address)**

Prof. Dr. Şebnem ASLAN  
Selçuk Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya

JAPSS, uluslararası hakemli, açık erişimli bilimsel bir dergidir.

**Kurucu (Founder)**

Prof. Dr. Şebnem ASLAN

**Editör (Editor)**

Prof. Dr. Şebnem ASLAN

**Editör Kurulu (Editorial Board)**

- Prof. Dr. Şebnem ASLAN, Selçuk University, Turkey.  
Prof. Dr. John CLARK, Warwick University, England  
Prof. Dr. Tahir AKGEMCİ, Selçuk University, Turkey.  
Prof. Dr. Nilgün Caner SARP, İstanbul Bilgi University, Turkey  
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Ankara University, Turkey.  
Prof. Dr. Ahmet DİKEN, Necmettin Erbakan University, Turkey.  
Assoc. Prof. Dr. Onur KÖKSAL, Konya Gıda ve Tarım University, Turkey.  
PhD. Agnes N. TOTH, Eötvös Lorand University, Hungary  
PhD. Anna MARINOVA, Vratsa University, Bulgaria  
PhD. Demet AKARÇAY ULUTAŞ, KTO Karatay University, Turkey  
PhD. Erhan KILINÇ, Selçuk University, Turkey.  
Lect. Fatih SÜNBÜL, Kilis 7 Aralık University, Turkey.

**Temel İletişim [Primary Contact]**

PhD. Demet AKARÇAY ULUTAŞ

demetakarcay@gmail.com  
+90332 444 12 51-7460

PhD. Erhan KILINÇ

erhank23@hotmail.com  
+90 554 125 46 53

Lecturer Fatih SÜNBÜL

fatihsunbul@kilis.edu.tr  
+90 553 305 83 70

**Teknik İletişim [Technical Contact]**

Res. Asist. Şerife GÜZEL

serife\_eren.89@hotmail.com  
+90 332 223 15 90

Journal of Healthcare Management and Leadership is an international peer-reviewed journal which is published one times a year. Special or additional issues may also be published if necessary. The articles cannot be cited partly or entirely without showing resources.

The responsibility about scientific and grammatical issues is belong to authors.

The papers sent to the journal are reviewed by two referees and after their approval, they will be sent to edit before being published.

Writing & Publishing Policies can be found in the journal's website.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored or introduced into a retrieval system without prior written permission.

Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi yılda bir kez yayınlanan uluslararası hakemli bir dergidir. Gerek duyulduğunda özel veya ek sayı çıkarılabilir. Dergide yer alan yazılar kaynak gösterilmeksizin kısmen ya da tamamen iktibas edilemez.

Bu dergide yayınlanan çalışmaların bilim ve dil sorumluluğu yazarlarına aittir.

Dergimize gönderilen çalışmalar, alanında uzman iki ayrı hakem tarafından incelendikten sonra uygun görülenler yayınlanmaktadır.

Yazım kurallarına ilişkin bilgilere dergimizin web adresinde yer verilmiştir.

Bu derginin tüm hakları saklıdır. Önceden yazılı izin almaksızın hiçbir iletişim ve kopyalama sistemi kullanılarak yeniden kopyalanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz.

**JOURNAL NAME: JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)**

**AIMS AND SCOPE:**

JOHMAL aims to contribute healthcare management and leadership areas by publishing articles, researches, dissemination of various arguments in healthcare management and leadership studies. The objective of the journal is to share understanding by exploring new practices, perspectives and also promoting social policies and strategies through advancing theoretical background. JOHMAL publishes reporting empirical research and theoretical studies about analyzing, researching, debating and promoting social policies or practices about healthcare management, leadership, social issues, behavioral and human sciences based on individuals, families, societies, organizations, countries.

**DERGİ ADI: SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ**

**AMAÇ VE KAPSAM**

Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi; sağlık yönetimi ve liderlik alanında makaleler, araştırmalar ve çeşitli argümanların yayılması yoluyla yayın yaparak sağlık yönetimi ve liderlik alanlarına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Derginin amacı, bu alanda yeni uygulamaların, bakış açılarının ve aynı zamanda teorik bilgi donanımıyla desteklenen sosyal politikaların ve stratejilerin paylaşılmasıdır. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi; sağlık yönetimi, liderlik, sosyal konular, davranışsal ve bireylere, ailelere, toplumlara, kuruluşlara, ülkelere dayanan beşeri bilimlerle ilgili sosyal politikaları veya uygulamaları analiz etme, araştırma, tartışma ve teşvik etme ile ilgili ampirik araştırma ve teorik çalışmaları yayımlar.

## **PUBLISHING POLICIES**

1. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) is published annually and has a peer review process. Special or additional issues may also be published if necessary.
2. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) includes international academic reviews, researches articles and studies in healthcare management and leadership sciences to peer review process. All manuscripts are reviewed initially by the Editors as to aims, scope, principles and standards of the journal. After this editorial evaluation, appropriate manuscripts will be sent for outside review.
3. All manuscripts are evaluated by at least two reviewers. Reviewers are determined as to science field.
4. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) performs a double-blind review process.
5. JOHMAL has an effort to publish original studies related with social sciences. The author(s) should ensure that submitted articles/manuscripts have not been previously in any journal or media and sent to any journal review process.
6. JOHMAL attaches importance to academic and scientific publishing pattern. In the light of this principle, submitted articles may be checked with duplication-checking software to protect author rights against top lagiarism, copyright in fringementand the other breaches of practices in publication.
7. All processes related with reviewing and publishing should be followed online via peer review system.
8. All rights of the articles have been assigned to the journal within the publishing process. Accepted manuscripts for the publicationare not reproduced, used ot published in any other media without permission of the journal management. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) may publish the articles various data bases or the othermedia.
9. All legal, economic and ethical responsibility of the articles that sent to Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) for publishing belong to the author(s).
10. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) publishes articles in English, Turkish and German.
11. The manuscripts that fit within the aims and scope of the journal are reviewed by the reviewers within 20 days. If the manuscript is not reported at theend of this process, a new reviewer may be appointed for the article.
12. The manuscript that has two positive review reports from the field evaluation is eligible for publication. The manuscript that has only a positive review report is sent to a third reviewer and the publication of the manuscript is determined by the report of the third reviewer.
13. The authors can opposed here viewer reports within scientific views and reasons. In such a case, editorial board examine the manuscripts and report.
14. There are no fees pay able to submit or publish in this journal.

## **SUBMISSION GUIDELINES**

1. Articles must be written in the Microsoft Word Programme and the page structure must be created as follows:

Paper Size	A4 Vertical
Top Margin	3 cm
Bottom Margin	3 cm
Left Margin	3 cm
Right Margin	3 cm
Font	Times News Roman
Font Style	Normal
Type Size	(Head line) 12
Type Size	(Regular Text) 11
Type Size	(Footnote Text) 9
Type Size	(Abstract) 10
Paragraph Spacing	6 nk
Line Spacing	1

2. The abstract should be no more than 250 words and should have the following subsections.
  - **Summary** (which should contain details of the context for the article and methods/approached)
  - **Findings** (which should contain the key findings)
  - **Applications** (which should contain details of impact and application to Professional practice)
3. Full articles should be a maximum of 8000 words.
4. Manuscripts should have 3-5 keywords under the abstract.
5. The manuscripts should follow APA reference style.
6. The manuscripts that are not appropriate for submission guidelines cannot be include in peer review process.

## YAYIM İLKELERİ

1. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, yıllık olarak yayınlanan uluslararası hakemli bir dergidir. Gerekli durumlarda özel ya da ek sayılar yayınlanabilir.
2. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, sağlık yönetimi ve liderlik alanlarında yapılan uluslararası akademik derlemeleri, araştırmaları, makaleleri ve çalışmalarını hakemlik sürecine dahil etmektedir. Bütün çalışmaların derginin amacına, ilkeleri ve standartlarına uygunluğu başlangıçta editör kurulu tarafından değerlendirilmektedir. Editör değerlendirmesinde uygun bulunan çalışmalar dış hakemlere gönderilmektedir.
3. Her çalışma en az iki hakem tarafından değerlendirilmektedir. Hakemler bilim dallarına göre belirlenmektedir.
4. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, çift- kör hakemlik süreci yürütmektedir.
5. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, sosyal bilimlerle ilişkili özgün çalışmalar yayınlamayı amaçlamaktadır. Yazar(lar) dergi sistemine yükledikleri çalışmaların daha önce başka bir dergide ya da medyada yayınlanmadığından emin olmalıdır(lar).
6. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, akademik ve bilimsel yayın aşamalarına önem vermektedir. Bu ilke ışığında, yüklenen çalışmalar yazarların haklarını korumak için intihal, telif hakkı ihlali ve yayınlarda görülen diğer ihlallere karşı intihal programıyla taranabilir.
7. Hakemlik ve yayımlamayla ilgili bütün süreçler elektronik hakemlik sistemiyle takip edilmektedir.
8. Çalışmaların bütün hakları yayın sürecinde dergiye devredilmektedir. Yayın için kabul edilen çalışmalar dergi yönetiminden izin alınmadan çoğaltılamaz ya da başka medya ortamlarında yayınlanamaz. Dergi, çalışmalarını çeşitli veri tabanlarında ya da medyalarda paylaşabilir.
9. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisine gönderilen çalışmaların bütün yasal, ekonomik ve etik yükümlülükler yazarlara aittir.
10. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, İngilizce, Almanca ve Türkçe dillerinde çalışmalar yayınlamaktadır.
11. Derginin amacı ve kapsamına uygun olan çalışmalar 20 gün içinde hakemler tarafından değerlendirilmektedir. Bu süreç içinde hakem tarafından değerlendirilmeyen çalışmalar için yeni bir hakem ataması yapılabilir.
12. İki olumlu hakem raporuna sahip bir çalışma yayına hak kazanmaktadır. Sadece bir olumlu hakem değerlendirmesine sahip çalışma üçüncü bir hakeme gönderilmekte ve çalışmanın yayınlanma kararı üçüncü hakemin raporuna göre verilmektedir.
13. Yazarlar, bilimsel gerekçe ve nedenlerini belirterek hakem raporlarına itiraz edebilirler. Böyle bir durumda, Editör kurulu çalışmayı ve raporları inceler.
14. Bu dergiye makale yüklemek, dergide makale yayınlamak için herhangi bir ücret alınmamaktadır.



## YAYIN GÖNDERME KURALLARI

1. Makaleler Microsoft Word Programında yazılmalı ve sayfa yapısı aşağıdaki gibi oluşturulmalıdır:

Kağıt Boyutu: A4 Dikey

Üst Kenar Boşluğu: 3 cm

Alt Kenar Boşluğu: 3 cm

Sol Kenar Boşluğu: 3 cm

Sağ Kenar Boşluğu: 3 cm

Font: Times News Roman

Yazı Tipi Stili: Normal

Tür Boyutu (Başlık): 12

Tür Boyutu (Normal Metin): 11

Tür Boyutu (Dipnot Metni): 9

Tür Boyutu (Özet): 10

Paragraf Boşluğu: 6 nk

Satır Aralığı: 1

2. Özet 250 kelimedenden fazla olmamalı ve aşağıdaki alt bölümlere sahip olmalıdır.

- Özet (makale içeriğinin detaylarını içermeli ve yöntemlerle / ele alınmalı)
- Bulgular (anahtar bulguları içermesi gerekir)
- Uygulamalar (mesleki uygulamaların ayrıntıları ve içeriği gerekir)

3. Tam makaleler en fazla 8000 kelime olmalıdır.

4. Anahtar kelimeler; özetin altında 3-5 anahtar kelimeye sahip olmalıdır.

5. Yazılar APA referans stilini izlenmelidir.

6. Gönderme yönergeleri için uygun olmayan yazılar, hakem incelemesine dahil edilemez.

## MAKALELER/ ARTICLES

2018 Yılı, Sayı: 1 Makaleleri (2018 Year, Issue: 1 Articles)

- Sağlık Kurumlarında Paternalist Liderlik Modelinin İncelenmesi  
Investigation of Paternalist Leadership Model in Health  
Institutions  
*Derleme/ Review* (1-12)
- Sağlık Çalışanlarında Personel Güçlendirme, Başarı Güdüsü ve Etik  
Liderliğin Demografik Açıdan Farklılıkları  
The Differences Of Demografics In Health Employees  
Empowerment, Achievement Motive And Ethics Leadership  
*Araştırma/ Research* (13-26)
- Implicit Leadership Concept and Reflection to Healthcare Institutions  
Uygulamalı Liderlik Kavramı ve Sağlık Kurumlarına Refleksiyon  
*Derleme/ Review* (27-33)
- Sağlık Kurumlarında Çatışma ve Çatışma Yönetimi  
Conflict and Conflict Management in Health Institutions  
*Derleme/ Review* (34-47)
- Mültecilerin Kilis Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi  
The Effect on Kilis Healthcare Of Refugee  
*Araştırma/ Research* (48-58)

Kılınç, E. (2018). Sağlık Kurumlarında Paternalist Liderlik Modelinin İncelenmesi. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 1-12.

*Derleme/Review*

*Makale Geliş Tarihi: 28.01.2019*  
*Makale Kabul Tarihi: 05.02.2019*

## SAĞLIK KURUMLARINDA PATERNALİST LİDERLİK MODELİNİN İNCELENMESİ



<https://doi.org/10.35345/johmal.518870>

**Dr. Öğr. Üyesi Erhan KILINÇ<sup>1</sup>**

### ÖZET

Bir toplumsal etki süreci olarak değerlendirilen liderlik en genel anlamıyla; insanları sevk ve idare edebilme becerisi ve yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Klasik liderlik yaklaşımları artık günümüzün liderlik ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Çünkü hem liderin hem de takipçilerin nitelikleri, olanakları ve çevreleri artık çok değişmiştir. Ayrıca bir liderin başarı şansı, liderlik ilkelerinin tamamını uygulamasından ziyade değişen koşullara dengeli bir şekilde uyum sağlayabilmesi ile mümkün olduğu ifade edilmektedir. Günümüzde artık, “ortam ne olursa olsun, bazı liderlik tarzları daima iyidir ve etkilidir” görüşü yerine liderliğin toplumdan topluma, kültürden kültüre hatta sektörden sektöre değişebileceği görüşü yaygınlaşmaktadır. Bununla birlikte toplumların, kendi kültür tarzlarına yakın liderleri daha kolay benimseyeceği ve dolayısıyla bu durumun toplumun bir yapı taşı olan örgütleri de olumlu etkileyeceği de söylenebilir. Bu yaklaşımın yakın zamanda önem kazanan araştırma konularından biri de paternalist liderliktir. Paternalist liderliğin önem kazanmasının nedenlerinden biri de dünya ekonomisinde artan bir öneme sahip olan Güneydoğu Asya ülkelerinde de paternalist kültürün sonucu olarak görülen bu liderlik modelinin yaygın olarak görülmesidir.

Sağlık kurumlarında yönetimi uygulanabilecek liderlik modelleri, günümüze kadar araştırılan önemli sağlık yönetimi konular arasındadır. Çünkü sağlık örgütlerinde yaşanan pek çok sorunun temelinde, diğer örgütlerde de olduğu gibi, bu örgütlerin iyi yönetilmemesi yatmaktadır. Bu sorunların çözümü ise alanına, örgüte ve topluma uyum sağlamış liderlerle sağlanabilir. Değişimlerin hızlı yaşandığı ve toplumun bilinçlendiği günümüzde, sağlık kuruluşların çağdaş yönetim anlayışını ortaya koyabilmeleri, etkileşimli, insan odaklı ve yenilikçi bir liderlere sahip olmaları ile mümkündür. Bu çalışmada, sağlık kuruluşlarının etkili ve verimli yönetilmesi için gereken liderlik alanlarından paternalist anlayışı, bu anlayışın sağlık işletmelerinde etkileri ve sağlık sektöründe yapılacak paternalist liderlik araştırmalarında dikkat edilmesi gereken konular incelenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık kurumları, liderlik, paternalist liderlik.

## INVESTIGATION OF PATERNALIST LEADERSHIP MODEL IN HEALTH INSTITUTIONS

### ABSTRACT

Leadership, which is considered as a social impact process, in the most general sense; it is defined as the ability and ability to drive and manage people. Classical leadership approaches can no longer meet today's leadership needs. Because the qualities, possibilities and environments of both the leader and the followers have changed. It is also stated that a leader's chance of success is possible by adapting to changing

<sup>1</sup> Selçuk Üniversitesi, Beyşehir Ali Akkanat İşletme Fak., [erhank23@hotmail.com](mailto:erhank23@hotmail.com), ORCID ID: [orcid.org/0000-0002-2065-2407](https://orcid.org/0000-0002-2065-2407)

conditions rather than applying all the principles of leadership. Nowadays, "Whatever the environment, certain leadership styles are always good and effective" opinion rather than lead the society to society, from culture to culture is even widespread opinion may vary from sector to sector. However, it can be said that societies will more easily adopt leaders who are close to their own culture styles, and this will positively affect the organizations which are a building block of society. Paternalist leadership is one of the most important research subjects of this approach. One of the reasons for the importance of paternalist leadership is that this leadership model, which is seen as a result of paternalist culture in Southeast Asian countries, which has an increasing importance in the world economy, is widely seen.

Leadership models that can be applied in health care institutions are among the important health management topics investigated until now. Because many of the problems experienced in health organizations, as in other organizations, are based on the lack of good management of these organizations. The solution of these problems can be provided by leaders who are adapted to the field, organization and society. Today, when changes are experienced quickly and the society is conscious, it is possible that health organizations can demonstrate their modern management approach and that they have an interactive, human-oriented and innovative leadership. In this study, the paternalist understanding of leadership areas required for effective and efficient management of health institutions and the effects of this understanding on health enterprises were examined.

**Keywords:** Health institutions, leadership, paternalist leadership.

## 1. GİRİŞ

İnsanoğlu kendi istek ve ihtiyaçlarını karşılama konusunda geçmişten bu yana yetersiz kalmış ve bir grup veya bir topluluk içerisinde yaşamak zorunluluğunu hissetmiştir. İnsanların bu şekilde bir arada yaşama durumları, içlerinden onları yöneten ve yönlendiren yönetici veya liderlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Eren, 2008, s.461-462). Tarih boyu bu yönetici ve liderler toplumlar üzerinde büyük etkiler yapmışlardır. Bu durum insanların ortak bir amaç için bir araya geldiği örgütler için de geçerlidir. Günümüzde örgütlerin başarısını etkileyen en önemli faktörlerin başında yöneticiler ve onların gösterdikleri liderlik davranışları gelmektedir (Uluköy vd., 2014, 191). Örgütlerin hedefledikleri amaçlara ulaşmaları için, çalışanları bir araya getirecek, onların sinerjilerini yönetecek ve örgüt içindeki bireysel ve ortak hedefleri uyumlaştıracak liderlik davranışlarına ihtiyaçları vardır. Bu anlamda işletmelerin başarılı olmalarında liderlik özelliğine sahip olan yöneticilerin payı büyüktür. Lider kısaca örgütteki insanları bir amaç doğrultusunda bir araya getiren, hedeflere ulaşmak için onları peşinden sürükleyen ve yöneten kişidir (Durmuş, 2016, s.222; Sabuncuoğlu ve Tüz, 2003, 215).

Doğu ve Batı toplumların yaşam tarzı ve kültürel farklılıkları, diğer unsurlarda olduğu gibi, bu iki temel toplumsal yapının liderlik tarzlarında da farklılıklara neden olmuştur (Köksal, 2011, s.102). Yapılan çalışmalar, Batı toplumlarına nazaran daha kollektif ve daha geniş bir güç mesafesi olan Doğu toplumlarında paternalist liderlik özelliklerin daha baskın olduğunu ortaya koymaktadır (Köksal, 2011, s.101-102; Tetik ve Köse, 2015, s.30). Türkiye'nin ve Türk kültürünün gerek tarihsel, gerek coğrafi, gerekse kültürel değerler açısından Doğu kültürüne Batıdan daha yakın olduğunu bilinmektedir (Köksal, 2011, s.101). Bu açıdan Türkiye için paternalist yaklaşımı tüm boyutlarıyla ve etkileriyle ortaya koymak, işletme ve yönetim bilimleri açısından paternalist liderlik anlayışını araştırmak önemli bir husustur. Çünkü paternalist kültür özelliğe sahip bir toplum içerisinde yer alan örgütlerin de bu kültürel özellikten etkileneceği ve paternalist özellikler sergileyeceği söylenebilir (Köksal, 2011, s.101).

Literatür incelendiğinde, Batı toplumlarının kültürel özelliklerine dayalı yönetsel anlayış ve liderlik modellerine ilişkin araştırmaların yaygın olduğu görülürken; Doğu toplumlarının kültürel özelliklerini yansıtan araştırmaların oldukça kısıtlı ve az olduğu görülmektedir (Çıraklar,

vd., 2016, s.73). Bununla birlikte yapılan araştırmalar, paternalist liderlik anlayışının Çin, Japonya, Kore, Tayvan, Hindistan ile Orta Doğu ülkeleri ve Latin Amerika gibi ülkelerde yaygın olarak görüldüğünü gerçeğinin ortaya koymaktadır (Cesur, 2015, s.38).

Dünya üzerinde özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artan yaşam kalitesi ve yaşam süresi, sağlık ve sağlık hizmetleri konusunu ön plana çıkarmıştır. Artan bu önem ve rekabet ortamı düşünüldüğünde diğer işletmeler gibi sağlık kurumlarının da kendilerini rakiplerinden üstün tutacak ve piyasa koşullarında ayakta kalmasını sağlayacak güçlü yöneticilere ve liderlere ihtiyacı vardır (Keklik, 2012, s.73). Sağlık işletmelerinin ekip çalışmasına dayalı, emek yoğun ve hayati hizmet veren işletmeler olması, kendi yapısına uygun ve kaliteli bir liderlik yaklaşımı ortaya konması açısından son derece önemlidir.

Bu çalışma, paternalist liderlik tarzının sağlık sektöründe uygulanabilirliği hakkında literatürü ortaya koymak ve bu konuda yapılacak saha çalışmalarında nelere dikkate alınması gerektiği konularında araştırmacılara tavsiyelerde bulunmak amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda; paternalizm, liderlik, paternalist liderlik, paternalist liderlik türleri, paternalist liderliğin diğer liderlik modelleri ile olan ilişkisi Sağlık kurumlarında liderlik ve paternalist liderlik üzerine yapılan çalışmalar konularında bilgi verilmeye çalışılmıştır.

## 2. PATERNALİST LİDERLİK

### 2.1. Paternalizm Kavramı

Paternalizm kavramının kelime anlamı, Fransızca ‘koruyucu ve kollayıcı babalık’, Latince ‘babaya ilişkin, patron’ anlamında gelmektedir (<https://www.etimoloji.com/kelime/paternalizm>, E.T.: 23.12.2018). Latince kökenli ‘pater’ kelimesinden türemiş olan paternalist kelimesi Türkçe ‘baba, peder’ anlamına gelen babacıl ya da otoriter olarak çevrilmektedir (Mutlu, 2018, s.7). TDK sözlüğünde kelime anlamı ‘babacılık’ olan paternalizm, “Devletin türlü sınıflar üzerinde babalık ederek bu sınıflar arasında denge kurmaya çalışması işlemi” olarak tanımlanmıştır (<http://www.tdk.gov.tr/>, E.T.: 23.12.2018). Paternalizm (babacılık), bir tür liderlik davranışı olmaktan çok kültürel bir özelliktir (Erben ve Güneşer, 2008, s.956). Araştırmacılar paternalizmin sosyal ilişkiler üzerine temellendirilmiş olan Konfüçyüs ideolojisinden yayıldığını ifade etmektedir (Keklik, 2012, s.79; Cheng, 2004, s.814).

### 2.2. Liderlik

Toplumsal bir etki süreci olarak liderlik evrensel bir olgudur (Farh ve Cheng, 2000, s.84). Geçmişten günümüze var olan liderlik kavramı en genel anlamıyla; insanları sevk ve idare edebilme becerisi ve yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Uluköy vd., 2014, 191). Giderek değişen ve karmaşıklaşan toplumsal ihtiyaçlar (psiko-sosyal ve sosyo- kültürel faktörler), farklı amaçlara sahip bireyleri ortak bir amaç etrafında toplamanın zorluğu, ekonomi ve iş hayatındaki hızlı değişimler (sosyo-ekonomik faktörler) lider ve liderlik özelliklerinin değişmesine ve sürekli gelişmesine neden olmuştur (Özkan, 2016, s.616). Liderlerin örgütlerdeki en temel görevleri ise örgütsel amaçlar ile çalışan amaçlarının uyumlulaştırmaktır (Izgar, 2012, s.48).

Liderlik kavramı tartışıldığı ilk dönemlerden bu yana, genelde ‘liderlik nedir’ ve ‘kim lider olur’ soruları üzerinde durulmuştur. Bu sorulara başta, liderlerin diğer kişilerden onları farklı kılan bazı özelliklerinin olması gerektiğini ortaya koyan ‘özellik teorisiyle’ cevap aranmıştır. Devamında bu özelliklerden ziyade, liderin diğer kişiler üzerindeki davranışlarının onun liderliğinde etkili olduğu görüşünü savunan ‘davranışçı anlayış yaklaşımı’ ortaya çıkmıştır. Son olarak liderlik için tek bir modelin aranmasının uygun olmayacağı; liderliğin duruma, yere, kültüre, topluma ve örgütlere göre değişebileceğini ortaya koyan ve liderin etkinliğini onun şartlara göre farklı cevaplar verebilme özelliği üzerinde duran ‘durumsallık yaklaşımı’ ortaya çıkmıştır (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2003, 215; Izgar, 2012, s.48-53; Özkan, 2016, s.617). Günümüzde ise değişimcilik, yenilikçilik ve yaratıcılık özelliklerinden dolayı dönüşümcü liderlik

benzeri liderlik modelleri daha çok gündemde olduğu söylenebilir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2003, 215).

Lider ve yönetici kavramı sıklıkla karıştırılabilmek birlikte aralarında önemli farklılıklar vardır. Bunlar aşağıdaki tablo 1’de kısaca özetlenmiştir.

**Tablo 1: Yönetici ve Lider Arasındaki Farklar**

<b>YÖNETİCİ</b>	<b>LİDER</b>
<i>Denetime güvenir</i>	<i>Doğruluğa güvenir</i>
<i>Devam ettiricidir</i>	<i>Geliştiricidir</i>
<i>Düşünceleri doğrudur</i>	<i>Doğru düşüncededir</i>
<i>Her zaman gözlerini tabanda gezdirir</i>	<i>Gözlerini yatay düzlemde gezdirir</i>
<i>İdarecidir</i>	<i>Yenilikçidir</i>
<i>Kısa vadeli görüşe sahiptir</i>	<i>Uzun vadeli görüşe sahiptir</i>
<i>Mevcut durumu kabul eder</i>	<i>Mevcut duruma kafa tutar</i>
<i>Nasıl ve ne zaman biçiminde soru sorar</i>	<i>Neden niçin soruları önemlidir</i>
<i>Sistem ve yapılar üzerinde odaklanır</i>	<i>İnsanlar üzerine odaklanır</i>
<i>Tekrarcıdır</i>	<i>Orijinaldir</i>

**Kaynak:** (Keçecioglu, 1998; Erdem ve Dikici, 2009; Erdal ve Altıntaş, 2007).

Aslında yönetim ve liderlik, iki farklı ama birbirini de tamamlayıcı bir eylem sistemidir. Liderlik yönetimden daha iyi ya da onun yerini alacak bir şey olmadığı gibi, liderliği yönetimin işlevlerinden biri olarak görmek te yanlıştır. Önemli olan güçlü liderlik ve güçlü yöneticiliği birleştirmektir (Yüksek ve Fişek, 2005). Lider yöneticilik olarak adlandırılan bu kavram, öğrenilebilen, bilimsel ve sanatsal boyutu olan bir mesleği ifade etmektedir. “Lider yöneticilikte, bireysel akıl yerine ortak akıl; birey yerine ekip; emir yerine koç’luk; yöneticilik yerine liderlik; sonuç odaklılık yerine süreç odaklılık; çok çalışmak yerine akıllı çalışmak esastır. Lider yöneticilik, vizyon yaratabilen ve yaşatabilen; arzulanan gerçeğin ve hedefin fotoğrafını çekebilen; bu hedef ve amaç tablosunun görünürlüğünü sağlayabilen; söz konusu görüntüyü erişilir ve uygulanabilir kılan kişidir” (Özsalmanlı, 2005, s.140).

Yönetim literatürü incelendiğinde liderlik davranışlarının; demokratik, katılımcı, otoriter, destekleyici, liberal, paternal, vizyoner, eğitici, ilişki odaklı, dönüşümcü, karizmatik liderlik gibi çeşitli isimlerle modellendirilmeye ve sınıflandırılmaya çalışıldığı görülmektedir (Durmuş, 2016, s.204). Değişen dünya ile birlikte kendisine hizmet edilen ve kendi çıkarlarının peşinde koşan liderlik anlayışı yerine izleyicine yol gösteren, onlarla birlikte hareket eden ve onlara yardım eden liderlik modellerinin daha çok önem kazandığı görülmektedir (Küçükkanan, 2018, s.325). Bu liderlik modellerinden bir de paternalist liderlik modelidir.

### **2.3. Paternalist Liderlik Kavramı**

Paternalist liderlik, yönetim literatüründe yeni keşfedilen ve gelişmekte olan bir araştırma alanıdır (Şendoğdu ve Erdirençelebi, 2014, s.255). Bu liderlik anlayışı, ulusların kendilerine özgü yaşam tarzlarının, uygulamaların ve kültürel etmenlerin onların liderlik anlayışını etkilediği gerçeğinden ortaya çıkmıştır (Farh ve Cheng, 2000, s.84).

Paternalist lider, izleyicileri tarafından bir yandan otoriter, sorumluluk alan, doğrudan karar verici, diğer taraftan ise yardımsever, tatlı-sert ve babacan bir lider profili çizen bir liderlik modelidir (Şendoğdu ve Erdirençelebi, 2014, s.253). “Paternalist liderlik sıkı bir disiplin ve otoriteyi ebeveyn ilgisi ve şefkati ile birleştiren bir liderlik türüdür” (Cesur, 2015, s.1). Bu liderlik

modelinde lider, izleyicilerinden bağlılık, itaat ve sadakat beklerken; izleyiciler ise aile ortamı gibi gördükleri işyerinde aileden biri (özellikle bir baba) gibi gördükleri liderlerinden yardımseverlik, cömertlik ve ahlaka/güvene dayalı bir duruş beklemektedirler. Liderin çalışanlarına karşı olumlu davranışlar sergilemesi, çalışanlarda olumlu duyuşsal, bilişsel ve tutumsal bazı mekanizmaları harekete geçirmektedir (Çıraklar, 2016, s.73; Durmuş, 2016, s.206). Bu liderlik türü, üst ve alt bir arasındaki ikili ve hiyerarşik bir ilişkiyi ortaya koyan bir rol farklılaşmasını yansıtmaktadır (Aycan, 2006, s.447).

Paternalistik lider modelinin olduğu işletmelerde genellikle aile atmosferi tarzında bir örgütsel iklimi hissedilmekte; lider izleyicilerine gösterdikleri bu aile üyesi (genellikle baba) ilgi ve koruması karşılığında onlardan sorgusuz itaat ve sadakat, lideri şirket içindeki ve dışındaki eleştirilerden koruma gibi karşılıklar beklemektedir. Bu durum liderle izleyicileri arasında duygusal bir bağ oluşmasına neden olmaktadır (Tetik ve Köse, 2015, s.30; Aycan, 2006, s.450). Paternalist lider izleyicilerini yapacakları işleri ve örgütsel hedefleri açıklar, onlara sorumluluk almaya teşvik eder, yeri geldiğinde onları ödüllendirir ya da uyarır. Çalışanlar ise görevlerini yaptıklarında ve başarılı olduklarında, babacan patronlarının mutlu olacaklarını bilirler (Şendoğdu ve Erdirençelebi, 2014, s.256). Ayrıca işyerindeki lider ile izleyicileri arasındaki bu ilişki, sadece iş çevresinde hüküm süren bir çeşit iş anlaşması değildir, özünde lider ve ast arasındaki bir aile bağına andırmaktadır (Cesur, 2015, s.35).

Diğer taraftan paternalist liderlik tarzında lider ile astı arasındaki ilişki, ebeveyn ve çocuk ilişkisini ortaya koyduğu için bir eşitsizliği de andırabilmektedir. Çünkü baba ile çocuk eşit şartlara sahip değildir ve hak anlamında aralarında büyük farklılıklar söz konusudur (Cesur, 2015, s.35). Paternalistik liderlik doğasından uzaklaştırılıp Batı kültürü içerisinde değerlendirildiğinde, babalık anlamından uzaklaştırılarak bir eleştiri ve tartışma konusu olan bir liderlik olarak değerlendirilmektedir (Aycan, 2006, s.463). Ancak bu liderlik, Batılı araştırmacıların dile getirdiği gibi bir “gönüllülük esaslı istismar” değildir. Çünkü lider, olumsuz örneklerinde olduğu gibi izleyicisini veya makam gücünü istismar etmemekte ve etik boyutun dışında çıkmamaktadır. Bu yüzden çalışanların, aldığı kararlarda bencilce davranmadığı, genel çıkarı gözetmediği ve kendi menfaatlerinin peşine düşmediği bilinen lidere karşı uyma davranışı sergilemelerini bir istismar olarak değerlendirilmek yanlış olacaktır (Cesur, 2015, s.38).

Paternalist bir ilişkide taraflar birbirine karşı genellikle iyi niyetli ve yardımsever davranışlar sergilemektedir. Buna karşın buradaki yardımseverlik davranışı, bazen bir çıkar kurgusu içinde de gerçekleşebilmektedir. Örneğin, bazen lider takipçilerinin işleri bitene kadar onlara yardımsever davranabilirken; takipçiler de liderden bir beklenti içerisinde oldukları için bir ona yardımcı olabilmektedirler (Köksal, 2011, s.101).

Aycan’a (2006, s.448-449) göre, paternalist yani babacıl liderlik davranışları beş başlık altında sınıflandırılmıştır. Bunlar;

- ***İşyerinde bir aile ortamı yaratmak:*** Liderin astlara karşı, işyerindeki profesyonel ve kişisel yaşamlarında ve ilişkilerinde bir baba-çocuk ilişkisi çerçevesinde davranması ve izleyicilerine tavsiyelerde bulunması.
- ***Astlarla yakın ve bireysel ilişkiler kurmak:*** Lider şahsen her ast ile birebir iletişim kurması, onların kişisel hayatlarını tanıması ve onların refahıyla ilgilenmesi.
- ***Çalışma dışı alanda yer almak:*** Liderin astlarının önemli olaylarına (örneğin düğün ve cenaze törenleri, mezuniyetler, vb.) katılması, bir akraba gibi yardım (maddi veya manevi) sağlaması, özel bir sorunu olması durumunda birebir ilgilenmesi.
- ***Sadakat beklemek:*** Liderin çalışanlardan işyerinde zaman zaman çıkan sıkıntılara katlanmalarını ve bağlılıklarına devam ettirmelerini beklemesi.

- **Yetki/statünün sürdürülmesi:** Liderin izleyicileriyle olan yakın ailesel ilişkiye karşın statü farklılıklarına (pozisyon sıralaması) önem vermesi ve çalışanlarından buna uygun davranmalarını beklemesi ve kimsenin otoritesinden şüphe etmesini istememesi.

## 2.4. Paternalist Liderlik Türleri

Literatürde paternalist liderlik Aycan (2001) tarafından çıkarıcı ve iyi niyetli paternalizm olarak iki boyutta değerlendirirken; Farh ve Cheng (2000) tarafından otoriter, yardımsever ve ahlaki liderlik olarak üç boyutta değerlendirmiştir (Köksal, 2011, s.106).

### 2.4.1. Aycan'a Göre Paternalist Liderlik Sınıflaması

Aycan'a (2006) göre paternalist liderlik iyi niyetli paternalist liderlik ve çıkarıcı (sömürücü) paternalist liderlik olmak üzere iki başlık altında sınıflandırılmıştır (Aycan, 2006, s.455-456).

- a) **İyi niyetli paternalist liderlik;** tarafların birbirine karşı göstermiş olduğu iyi niyet, özen ve fedakârlık sonucu oluşan, içten gelen olumlu şekilde cevap verme istekliliğini ifade etmektedir. İyi niyetli paternalizm, çalışanlar kendilerine liderlerce cömertçe gösterilen iyi niyet karşısında, işe ve işverene karşı bağlılık davranışı sergilemeleri, liderin samimi cömertliğine ve özenine karşı olumlu bir karşılık vermeye gayret göstermeleridir.
- b) **Çıkarıcı (Sömürücü) paternalist liderlik;** örgütlerde yöneticilerin, çalışanların kendilerine ve işyerine bağlılık davranışı sergileme isteği bazen otoriterce beklemesidir. Bu durumda ortaya çıkan otoriter liderlik karşısında astların bağlılığı ve itaati gönülsüzdür ve genellikle korku kaynaklıdır. Otoriter lider açısından ise bu astların menfaatine ve iyiliğine bir durumdur. Burada çalışanların istekliliği ve rızası kısmen veya tamamen yok sayılmaktadır.

### 2.4.2. Farh ve Cheng'e Göre Paternalist Liderlik Sınıflaması

Farh ve Cheng (2000, s.94) paternalist liderliği otoriter, yardımsever ve ahlaki liderlik olmak üzere üç boyutta incelemiştir (Aktaran: Köksal, 2011, s.108).

- a) **Otoriter liderlik,** yukarıda Aycan'ın sınıflandırmasında da bahsedildiği gibi, çalışanların bir otorite, bir disiplin ve kontrol mekanizması tarafından üretilen kararlara uymasını ve karar verici otoriter lider tarafından bunun onların iyiliğine (menfaatine) diye düşünülen kararlara itaat etmesini ifade eden bir paternalist liderlik türüdür.
- b) **Yardımsever liderlik,** çalışanların refahı ve iyiliği için ortaya konan kişisel ve bütüncül bir paternalist lider davranışdır.
- c) **Ahlaki liderlik** ise, çalışanların algularında oluşan liderin kişisel dürüstlüğüne ve sahip olduğu ahlaka ilişkin bir paternalist liderlik türüdür.

## 2.5. Paternalist Liderlik ile Diğer Liderlik Türleri Arasındaki İlişki

Bu bölümde, paternalist liderliğin daha iyi anlaşılması bakımından otokratik liderlik, dönüşümcü liderlik, demokratik liderlik ve karizmatik liderlik türleri ile benzerlikleri ve farklılıkları ortaya konmaya çalışılmıştır.

### 2.5.1. Otokratik Liderlik ve Paternalist Liderlik Arasındaki İlişki

Geleneksel toplumlarda daha çok kabul gören bu liderlik türü, yönettiği grubun veya izleyicilerin yönetimde söz hakkının olmadığını ileri süren ve onları yönetim dışında tutan liderlik modelidir. Burada astlar sadece liderin emirlerini yerine getiren kişilerdir (Eren, 2008, s.461-462 ).

Otokratik liderlik, liderin daha fazla işle ilgilenmesini ve daha etkin ve hızlı karar vermesini sağlar. Otokratik liderler tam yetkili oldukları için daha rahat ve etkilidirler. Otokratik liderliğin sakıncaları ise liderin aşırı ölçüde bencil olması ve izleyicilerin duygu ve düşüncelerine dikkate almaması durumudur. Bu durum işgörenlerde tatminsizliğine, çatışmaya, anlaşmazlığa ve yaratıcılığı engellemeye neden olur (Eren, 2008, s.461-462 ).

Otokratik liderlik temelde astlardan verimli çalışmalarını ve sorgusuz bir şekilde otoriteye boyun eğmelerini beklemektedir. Paternalist yaklaşımda ise liderin astlarına karşı duyarlılığı ve



astların yönetim kararlarına katılma durumları söz konusudur. Paternalist lider, astlarından onların da menfaatine olacağını düşündüğü bir bağlılık ve sadakat beklemektedir. Astların bağlılığı ve sadakati çoğunlukla gönüllük esastır (Köksal, 2011, s.108).

### **2.5.2. Dönüşümcü (Transformasyonel) Liderlik ve Paternalist Liderlik Arasındaki İlişki**

Dönüşümcü liderlik, “Astları daha yüksek fikir ve moral için motive eden liderlik” olarak tanımlanır. Bu liderlik, kendi ihtiyaçlarından ziyade takipçilerinin ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan, etik ve ahlaki değerlere önem veren, davranışları ve sözleri ile çalışanlarını başarılı olmaları için sürekli teşvik eden, izleyenleri ile özdeşleşen ve onların değerlerini ve inançlarını kabul eden bir liderlik türüdür. Dönüşümcü lider, organizasyonlarda değişim ve yenilenmeyi gerçekleştiren ve üstün performansı hedefleyen kişidir. Grup üyelerinin heyecanını körükler, kendilerine güven duymalarını sağlar ve onların bağlılık düzeyini yükseltir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2003, s.226; Eraslan 1998, s.4; Eren, 2008, s.464-465).

Paternalist liderlik ile dönüşümcü liderlik arasında bazı farklılıklar ve benzerlikler vardır. Örneğin, paternalist bir lider izleyicileri üzerinde bir otorite, kontrol ve imaj inşası gösterirken; dönüşümcü lider kişisel karizma ve entelektüelliği ile izleyicilerine ilham verir. Dönüşümcü liderlik ile paternalist liderlikte de, astlarını dikkate alma, onlara karşı kişisel ilgi ve yardım etme durumları ise onların birbirine olan benzer özellikleridir (Erben ve Güneşer, 2008, s.958).

### **2.5.3. Demokratik Liderlik ve Paternalist Liderlik Arasındaki İlişki**

Bu liderler yönetim yetkisini izleyicilerle paylaşma eğilimindedirler. Demokratik liderler, amaç, plan ve programların belirlenmesinde, işlerin paylaşılmasında, emirlerin yerine getirilmesinde daima astları ile iletişim halindedir ve onların fikir ve düşüncelerini dikkate alırlar. Bu liderlik, örgütte katılımcı bir yönetim uygulaması için iletişim kanallarını açık bulunduran bir liderlik anlayışıdır (Eren, 2008, s.461-462).

Demokratik liderlerin bu davranış yapısı örgütte daha sağlıklı kararlar alınmasını sağlar ve çalışanların psikolojik tatmin düzeyini ve onların örgüte bağlılığını artırır. Demokratik lider anlayışının sakıncaları ise tüm karar sistemlerinin yavaş işlemesi, acil durumlarda çözüm kararlarının geç alınması, uzman olmayan kişilerin kararlara katılması nedeniyle hatalı kararların ortaya çıkma ihtimali gibi nedenler sıralanabilir (Eren, 2008, s.461-462).

Paternalist liderliğin demokratik liderlikten ayrıldığı nokta, nihai kararın verilmesinde izleyicilerin yönetime katılımı durumuyla ilgilidir. Paternalist liderlikte nihai kararları ve birçok kararı liderler verirken; demokratik liderlik tarzında ise izleyiciler karar alma sürecinin her aşamasında aktif olarak rol almaktadırlar (Köksal, 2011, s.110).

### **2.5.4. Karizmatik Liderlik ve Paternalist Liderlik Arasındaki İlişki**

Karizmatik liderler, kendisine özgü kişiliği ve yine özgün davranış kalıplarıyla diğer tarzlara sahip tüm liderlerden çok daha fazla etkileme gücüne sahip olan, yüksek çekiciliği ile kendine adeta bir manyetik alan yaratan ve tanımlanması oldukça zor olağan dışı güçlere sahip oldukları düşünülen liderlerdir (<https://ismetbarutcugil.com/2015/03/06/karizmatik-liderlik/>, E.T.:23.12.2018). “Karizmatik liderlik, değişime, inisiyatif almaya, girişimciliğe, sonuç odaklılığa ve kendine güvene dayalı bir liderlik anlayışıdır. Karizma, liderin sahip olduğu saygın konumu, çekiciliği, bir arada tutma ve etkileme gücünü ifade etmektedir” (Karakaş, 2009, 350).

Karizmatik ve paternalist liderlikler köklerini ve kişisel tarzlarını, farklı kültürler için geçerli olan farklı liderlik teorilerinden almaktadırlar. Paternalist lider, otorite, kontrol ve imaj geliştirme gibi özellikler sergilerken; karizmatik lider, kişisel karizma ve entelektüel teşvik unsurlarını içermektedir (Köksal, 2011, s.109).

## 2.6. Paternalizmin İşletme Yönetim ve Fonksiyonlarına Etkisi

Daha çok kollektivist ve ataerkil olarak tanımlanan Doğu toplumlarında rastlanan paternalizmin doğasında ebeveyn-çocuk ilişkisi bulunmaktadır. Bu durum, bireyciliğin yaygın olduğu Batı toplumlarında pek rastlanan bir eğilim değildir. Örneğin paternalizmin kişisel ilgi boyutu, Batılı kültürler için daha çok özel hayata müdahale şeklinde değerlendirilmektedir. Bu kültürel farklılıklar, paternalizm Doğu kültüründe yer alan örgütler için daha uygun bir yaklaşım olarak değerlendirilmesine neden olmuştur (Köksal, 2011, s.120).

Bu çerçevede Doğu toplumlarında ve Türkiye’de örgüt içerisindeki liderlik tarzının örgüt kültürünün etkisinde kalması sonucu, paternalist liderlik eğilimleri ortaya çıkmaktadır. Bu liderlik modelinde, lider çalışanlarına karşı yakın ilgi göstermektedir ve çalışanlar da buna karşılık olarak liderlerine karşı saygı ve itaat içerisinde olmaktadır. Buradan da paternalist liderliğin, bir kültürel tarzın sonucu ortaya çıkan bir liderlik anlayışı olduğu söylenebilir (Köksal, 2011, s.120).

Son yıllarda Asya ekonomilerinin (özellikle Güneydoğu Asya) hızlı yükselişi, Hong Kong, Singapur, Tayvan ve Çin’in deniz aşırı ülkelerdeki ticari etkisi, çoğu araştırmacıyı buradaki şirketlerin yönetimini incelemeye itmiştir (Farh ve Cheng, 2000, s.85). Araştırmalar, Çin, Japonya, Kore, Tayvan, Hindistan ile Orta Doğu ülkeleri ve Latin Amerika’da yaygın görülen paternalist liderliğin şefkat ve ahlak boyutlarının çalışan bağlılığı ve uyma davranışını olumlu yönde etkilediğini ve çalışanın örgütteki performansını arttırdığı ortaya koymaktadır (Cesur, 2015, s.40).

Literatürde paternalizm ile ilgili yapılan araştırmaların birçoğu, örgütlerde varolan paternalist eğilimlerin ortaya konmasına yöneliktir. Paternalizmin örgütsel davranış konuları ile ilişkisini belirlemeye yönelik az sayıda çalışma bulunmaktadır (Köksal, 2011, s.120; ). Paternalist liderlik modeli üzerinde yapılan birkaç çalışma ve onların sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Paternalist liderlik, çalışanlar yüksek iş tatmini, duygusal bağlılık gibi birtakım pozitif tutumlar geliştirebilmekte ve çalışanların performansında bir artış yaşatmaktadır. Çalışanların performansının arttığı bir ortamda örgütün verimliliği artacaktır (Köksal, 2011, s.120).
- Chen ve arkadaşları (2014) tarafından Çin’de yapılan çalışmada, örgütsel güvenle (özellikle duygusal güven) paternalist liderlik arasında aynı yönlü pozitif bir ilişki saptanmıştır (Chen vd., 2014, s.812).
- Çıraklar ve arkadaşları (2016) tarafından İzmir ilindeki üç farklı endüstrideki 148 çalışan üzerinde yapılan çalışmada, paternalist liderliğin yardımseverlik boyutu ile örgütsel özdeşleşme ilişkisinde lidere güvenin tam aracılık rolü olduğunu saptanmıştır. Bu çalışma, yardımsever liderlik davranışının astların liderleri ve örgütleri ile özdeşleşmelerine yol açabildiğinin ortaya koymuştur (Çıraklar, 2016, s.84).
- Durmuş (2016) tarafından İstanbul’da üç firmada çalışan 155 personel üzerinde yapılan çalışmada, yöneticilerin eğitici ve ilişki odaklı liderlik davranışları güçlendikçe çalışanların örgüte olan duygusal, normatif ve devam bağlılıklarının da güçlendiği saptanmıştır. Aynı çalışmada, duygusal bağlılıkla eğitici liderlik ve ilişki odaklı liderlik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Durmuş, 2016, s.203).
- Paşa (2000) tarafından ikisi hizmet ikisi de üretim sektöründen olmak üzere toplam dört farklı şirkette 54 orta kademe yönetici ve 89’u da onlara bağlı ast olmak üzere toplam 143 birey üzerinde yapılan çalışmada, yöneticilerde en fazla benimsenen liderlik davranışları arasında takım ruhu ile çalışmak ve paylaşmak, babacan ve hiyerarşik-işe odaklı olmak yer almıştır (Paşa, 2000, 227).
- Soylu (2011) tarafından 708 beyaz ve mavi yakalı şirket çalışanı üzerinde yapılan araştırmada, paternalist liderliğin alt bileşeni yardımsever liderlik ile iş yerinde psikolojik yıldırma arasında negatif bir ilişki saptanmıştır.

- Hao ve Lirong (2007) tarafından paternalist liderlik ile örgütsel adalet arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada, paternalist liderliğin yardımsever ve ahlaki boyutu ile örgütsel adalet arasında pozitif ilişki bulunurken, otoriterlik boyutu negatif ilişki saptanmıştır.

### 3. SAĞLIK KURUMLARINDA PATERNALİST LİDERLİK

Geçmişten bu yana hekim merkezli anlayışın en öne çıktığı sağlık sektöründe paternalist yaklaşımın ve paternalist liderliğin araştırılması ayrı bir önemi vardır. Hekimin paternalist yaklaşımı; hastanın hastalığı bertaraf etmek için ona karşı babacıl bir tavırla hareket etmesi ve hastanın lehine olduğunu düşündüğü kararları kendi vermesi anlamına gelmektedir (Mutlu, 2018, s.7). Hekimlerin paternalist yaklaşımın temel dayanak noktaları; hastanın kendisi hakkında neyin daha iyi olacağını bilemeyeceği, tıbbi bilgi düzeyinin yetersiz oluşu nedeniyle hastanın karar vermesinin yanlış olacağı düşüncesi; buna karşın hekimin hastanın iyiliğini hastadan daha iyi bilecek konumda ve bilgide olması olarak ifade edilmektedir (Mutlu, 2018, s.8-9; Atıcı, 2007, s.47). Bununla birlikte, geçmişten günümüze hekimlerin ve sağlık çalışanlarının hastalara paternalist yaklaşımları hakkında, hastanın özerkliğine zarar vermesi bakımından bazı eleştiriler söz konusudur. Ancak sağlıkta paternalist anlayışı tümüyle reddetmek yerine, bu davranışın sınırlarını çizmek gerekmektedir. Diğer taraftan günümüzde, artık hastayla ortak karar almaya dayalı (örneğin, hekimin hasta için danışman olduğu) yaklaşımlar daha çok benimsenmektedir (Atıcı, 2007, s.47, 49). Bu açıdan paternalist yaklaşıma çok uzak olmayan sağlık sektöründe bu yaklaşımın lider ve çalışan arasındaki yansımalarını araştırmak son derece önemli olacaktır.

#### 3.1. Sağlık, Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) nün tanımına göre sağlık “ sadece hastalığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”dir. Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmet basamaklarından oluşmaktadır (Kavuncubaşı, 2000, s.36-46; Tengilimoğlu, 2014, s.44-49).

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet gruplarına göre ve sağlık kurumlarının da diğer örgütlere bazı özellikleri ile önemli farklılıkları bulunmaktadır. Bunlar; sağlık hizmetleri tüketimi rastlantısaldır, ikamesi yoktur, hizmetin alınması hayatidir, ertelenemez, hizmetin kapsamını ve verilmesini tüketiciler değil hekimler belirler, tüketici davranışları irrasyoneldir, müşteri memnuniyetini ve hizmet kalitesini önceden belirlemek zordur (Tengilimoğlu, 2014, s.39-42; Kavuncubaşı, 2000, s.50). Sağlık kurumları diğer örgütlere göre; uzmanlaşma seviyesinin ve işlevsel bağımlılığın yüksek olması, daha çok mesleki hedeflerine önem veren profesyonellerin çalışması, ikili (matriks) otorite hattı olması, denetim mekanizmasının etkin kurulamaması, hata ve belirsizlikler karşısında tolerizasyonun düşük olması gibi farklılıklar içerir (Kavuncubaşı, 2000, s.52-56).

Sağlık kurumlarının işleyiş açısından kompleks işletmeler olması nedeniyle özellikle problem çözme konusunda yetenekli yöneticilere ihtiyaç duymaktadırlar. Bunun dışında sağlık sektörü liderlerinin yeniliğe açık, uyumlu, değişen koşulları adapte olabilen, hızlı kararlar alabilen ve insan odaklı (hasta ve çalışan beklentilerini dikkate alan) olmaları istenmektedir (Keklik, 2012, s.89).

“İyi bir lider” kavramı, farklı toplumlar, farklı ülkeler ve hatta farklı organizasyonlar için ayrı tanımlanmaya ihtiyaç duymaktadır (Uluköy, 2014, s.202). Türkiye gibi toplumsal olarak paternalist eğilimlerin yaygın olduğu ülkelerdeki sağlık kurumlarında paternalist liderlik modelinin uygulanabilirliği araştırılması arz etmektedir.

Türkiye’de ve yurt dışında sağlık sektöründe paternalist liderlik modeli üzerinde yapılan birkaç çalışma ve onların sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Aslan ve Uyar (2015) tarafından İç Anadolu Bölgesinde sağlık yöneticileri üzerinde görüşme yöntemi ile yapılan “Sağlık yöneticilerinde Liderlikte Özellikler Teorisi

algılamaları” adlı çalışmada; başarılı bir liderde olması gereken en önemli özellikler katılımcılar tarafından başta iletişim olmak üzere sırasıyla zeka, empati, disiplin, ikna gücü, karizma, empati, çok çalışma ve sürecin gerektirdiği beceriye sahip olması olarak sıralanmıştır (Aslan ve Uyar 2015, s.525).

- Keklik (2012) tarafından Isparta’da faaliyet gösteren bir özel hastanenin 105 sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmada, karizmatik ve paternalist liderlik algılamalarının çalışanların yaşlarına göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. 18-25 yaş grubunun paternalist liderlik algılarının ortalamalarının, 36 yaş ve üstü olanların ortalamasından yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda genç katılımcıların bir üst kademedeki yönetici pozisyonunda olan liderlerinin davranışlarını babacan olarak algıladıklarını görülmektedir. Sağlık personelinin idari personel göre kendini aile ortamında hissederek üstlerini babacan tavırlı olarak nitelendirdikleri saptanmıştır (Keklik, 2012, s.73-93).
- Erben ve Güneşer (2008) tarafından İstanbul’da bankacılık, sigortacılık, sağlık, eğitim, hizmet sektörlerinde çalışan 142 kişinin katıldığı bir çalışma sonucunda, etik ile yardımsever paternalist liderlik arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır (Erben ve Güneşer, 2008, s.965).
- Cheng ve arkadaşları (2004, s.108) tarafından sağlık sektöründe çalışmada, yardımseverlik davranışının en yüksek olduğu babacan liderliğin toplumun yardımseverlik duygularının geliştirilmesi yönünde çalışanlara da yol gösterdiğini ortaya koymuştur.
- Uysal ve arkadaşları (2012) tarafından 525 hastane çalışanı üzerinde yaptığı, yöneticilerin otokratik, demokratik, katılımcı, liberal, karizmatik, paternalist, etkileşimci ve dönüşümcü liderlik algıları ile iş üretkenliği düzeyleri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmada, paternalist liderlik algılamasının iş üretkenliğini artırdığı sonucuna varılmıştır.

## SONUÇ

Bu çalışmada ortaya konulan bilgiler ışığında, paternalist liderliğin hem sağlık sektöründe hem de diğer sektörlerde yapılan birçok araştırmanın sonucuna göre birçok örgütsel dinamik ve değişken üzerinde olumlu etkiler yaptığı görülmektedir. Bu durum ekip çalışması içerisinde, hayati bir görev yapan ve fazlaca mesleki tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının, kendilerine babacıl bir yaklaşım gösteren bir lider yöneticiye ihtiyacı olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, paternalist liderliğin diğer örgütsel dinamiklerle olan ilişkileri koyan çalışmalara ve farklı örneklemeler üzerinde sınıyacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu da bir gerçektir. Bu liderliğin her ne kadar iyi niyetli olarak gerçekleştiği düşünülse de, taraflar arasında bir çıkara dalı bir paternalist yaklaşım ortaya çıktığında, bu durumun ortaya çıkaracağı sorunların da çözülmesi de dikkate alınması gereken önemli bir durumdur.

Gelecekte yapılacak paternalist liderlik çalışmalarında aşağıdaki unsurları da dikkate alınması oldukça önemlidir (Aycan, 2006, s.463).

- *Paternalist liderliğin, katılımcıların özellikle eğitim, cinsiyet, yaş, meslek ve pozisyon gibi sosyo-demografik özelliklere ve kişilikle ilgili değişkenlere göre farklılıklar içerip içermediği de araştırılmalıdır.*
- *İyi niyetli ve çıkarıcı (sömürücü) paternalistler arasındaki farkları bulmak için bu iki tip liderlerin kişisel özellikleri araştırılmalıdır.*
- *Paternalist yaklaşımın diğer gruplar/taraflar (öğretmen-öğrenci, doktor-hasta ve karı-koca gibi) arasındaki ilişkileri etkisi araştırılmalıdır.*
- *Paternalist yaklaşımın diğer liderlik türleri (özellikle koçluk, karizmatik liderlik, katılımcı liderlik) ile ilişkilerini ortaya koymak, bu liderlik türünün literatürdeki yerinin belirlenmesi açısından oldukça önemlidir.*

Paternalist liderlik, sağlık sektöründe sağlık çalışanı (özellikle hekimler) ile hasta arasındaki ilişkilerde görülen paternalist yaklaşımın, sağlık yöneticisi ve sağlık çalışanları arasında ilişkide nasıl bir etki yapacağını, yapılacak saha araştırmaları ile detaylı olarak araştırılması ile ortaya çıkacaktır. Ayrıca yukarıda Aycan (2006, s.463) tarafından yapılan araştırma öneriler doğrultusunda, bu kavramın tüm boyutlarının, diğer örgütsel dinamikler, sosyo demografik değişkenler ve diğer liderlik türleri ile arasındaki ilişkilerin saptanması, bu liderliğin literatürde yerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

## KAYNAKLAR

- Aslan, Ş., ve Uyar, S. (2015). Sağlık yöneticilerinde Liderlikte Özellikler Teorisi algılamaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(2), 519-530.
- Atıcı, E. (2007). Hasta-hekim ilişkisi kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33 (1) 45-50, Bursa.
- Aycan, Z. (2006). Paternalism: Towards conceptual refinement and operationalization. In K. S. Yang, K. K. Hwang, & U. Kim (Eds.), *Scientific Advances In Indigenous Psychologies*:
- Cesur, D. K. (2015). Paternalist liderlik ve örgüt kültürü ilişkisi: Sakarya Üniversitesi örneği. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Chen, X. P., Eberly, M. B., Chiang, T. J., Farh, J. L., ve Cheng, B. S. (2014). Affective trust in Chinese leaders: Linking paternalistic leadership to employee performance. *Journal of management*, 40(3), 796-819.
- Cheng B.S., Chou L.F., Wu T.Y., Huang M.P. and Farh J.L. (2004). "Paternalistic Leadership and Subordinate Responses: Establishing a Leadership Model in Chinese Organizations", *Asian Journal of Social Psychology*, Volume7, pp.89-117.
- Çıraklar, N. H., Ucar, Z., ve Sezgin, O. B. (2016). Effects of paternalistic leadership on organizational identification: mediating role of trust in leader. *Research Journal of Business and Management*, 3(1), 73-87.
- Durmuş, A. (2016). Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Çalışanların Örgütsel Bağlılığı İle İlişkisinin İstatistiksel Yöntemlerle Araştırılması. *Business And Management Studies: An International Journal*, 4(2).
- Empirical, Philosophical, And Cultural Contributions (pp. 445-466). London: Cambridge University Press
- Eraslan L.,(1998) Liderlikte Post-Modern Bir Paradigma: Dönüşümcü Liderlik, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* ISSN: 1303-5134
- Erben, G., S. ve Güneşer, A., B. (2008). "The Relationship Between Paternalist Leadership and Organizational Commitment: Investigating The Role of Climate Regarding Ethics", *Journal of Business Ethics*, 82: 955-968.
- Erdal, M. ve Altıntaş H.(2007). İşletmelerde Dönüştürücü Liderlik Davranışlarının Analizi, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, K.Maraş*.
- Erdem, O. ve Dikici, M.(2009). Liderlik ve Kurum Kültürü Etkileşimi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Yaz-2009, C.8 S.29 (198-213)
- Farh, J. L., & Cheng, B. S. (2000). A cultural analysis of paternalistic leadership in Chinese organizations. In *Management and organizations in the Chinese context* (pp. 84-127). Palgrave Macmillan, London.
- Hao, Z. ve Lirong, L. (2007). Relationship between Paternalistic Leadership and Organizational Justice. *Acta Psychologica Sinica*, 5(17).

<https://ismetbarutcuil.com/2015/03/06/karizmatik-liderlik/>, E.T.:23.12.2018

Izgar, H. (Ed.). (2012). Endüstri ve örgüt psikolojisi. Eğitim Kitabevi.

Karakaş, F. (2009). Sıfır Merkez Liderlik. Hayat Yayınları, İstanbul.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Keçecioglu T. (2003). 'Lider & Liderlik'. 1.Baskı. İstanbul. Okumuş Adam Yayıncılık.

Keklik, B. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Benimsenen Liderlik Tiplerinin Belirlenmesi: Özel Bir Hastane Örneği, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi ( C.XIV, S I, 2012 )

Köksal, O. (2011). Bir Kültürel Liderlik Paradoksu: Paternalizm/A Cultural Leadership Paradox: Paternalism. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(15).

Küçüközkan, Y. (2018). Yönetici Hizmetkâr Liderlik Ölçeğinin Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması: Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma (A Reliability and Validity Study of Servant Leadership Scale: A Research in Health Institutions), Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi, 4(5).

Mutlu, M. S. (2018). Hasta-Hekim İlişkisinde Temel Yaklaşımlar: Paternalizm Ve Hasta Özerkliği, Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Özkan, M. (2016). Liderlik Hangi Sıfatları, Nasıl Alıyor? Liderlik Konulu Makalelerin İncelenmesi. Gaziantep University Journal Of Social Sciences, 15(2), 615-639.

Özsalmanlı, A. Y. (2005). Türkiye’de Kamu Yönetiminde Liderlik ve Lider Yöneticilik. Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13, 137-146.

Paşa, S. F. (2000). Türkiye ortamında liderlik özellikleri: Türkiye’de yönetim, liderlik ve insan kaynakları uygulamaları, 225-241.

Sabuncuoğlu, Z. ve Tüz, M. V. (2003). Örgütsel psikoloji. Furkan Ofset, Bursa.

Soylu, S. (2011). Creating a family or loyalty-based framework: The effects of paternalistic leadership on workplace bullying. Journal of business ethics, 99(2), 217-231.

Şendoğdu, A. A., ve Erdirençelebi, M. (2014). Paternalist Liderlik İle Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bir Araştırma. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 14(27), 253-274.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Tetik, H. T. ve Köse, S. (2015). Örgüt Çalışanlarının Paternalistik Liderlik Algıları ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 11(26), 29-56.

Uluköy, M., Kılıç, R. ve Bozkaya, E. (2014). Hiyerarşik Yapısı Yüksek Olan Kurumlarda Liderlik Yaklaşımlarının Çalışanların Motivasyonu Üzerine Etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(1), 191-206.

Uysal, Ş., Keklik, B., Erdem, R., Çelik, R. (2012). Hastane Yöneticilerinin Liderlik Özellikleri İle Çalışanların İş Üretkenlik Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15(1), 25-57.

Yüksek, A. (2005). Türk Kamu Yönetiminde Önderlik Davranışı. Ankara: AÜ.

<https://ismetbarutcuil.com/2015/03/06/karizmatik-liderlik/>, E.T.:23.12.2018

<http://www.tdk.gov.tr/>, E.T.: 23.12.2018

<https://www.etimolojiturkce.com/kelime/paternalizm>, E.T.: 23.12.2018

Aslan, Ş. ve Sünbül, F. (2018). Sağlık Çalışanlarında Personel Güçlendirme, Başarı Güdüsü ve Etik Liderliğin Demografik Açıdan Farklılıkları. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 13-26.

*Araştırma/ Research*

*Makale Geliş Tarihi: 29.01.2019*  
*Makale Kabul Tarihi: 06.02.2019*

## SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PERSONEL GÜÇLENDİRME, BAŞARI GÜDÜSÜ VE ETİK LİDERLİĞİN DEMOGRAFİK AÇIDAN FARKLILIKLARI<sup>1</sup>

### THE DIFFERENCES OF DEMOGRAPHICS IN HEALTH EMPLOYEES EMPOWERMENT, ACHIEVEMENT MOTIVE AND ETHICS LEADERSHIP



<https://doi.org/10.35345/johmal.518976>

Şebnem ASLAN<sup>2</sup>, Fatih SÜNBUİL<sup>3</sup>

#### ÖZET

Personel güçlendirme çalışanlara güç ve yetki vermeyi ifade etmektedir. Bunun yanında çalışanlara sinerji ve enerji katma anlamı da bulunmaktadır. Çalışanların güçlendirilmesi ile birlikte ekip ruhu kavramı da güçlenmiş olacaktır. Başarı güdüsü; Başarılı olmak, amacına ulaşma veya hatta üstün olma ihtiyacı olarak tanımlanır. Etik liderlik ise dengeli doğru kararlar alma, dürüst olma, prensiplerine göre hareket etme, işine özen göstermeye dayalı liderlik yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır. Bu araştırma sağlık çalışanlarında personel güçlendirme başarı güdüsü ve etik liderliğin demografik açıdan farklılıkların ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde çalışan sağlık çalışanları araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem seçimi konusunda kullanılan ölçeklerdeki soru sayısının 5-10 katı arasında örneklem seçilmesine dikkat edilmiştir. Çalışmanın uygulanması aşaması için basit-rastgele örneklem yöntemi kullanılarak yasal izinler alınarak uygulanmıştır. Araştırma anket formunda demografik soru formu, personel güçlendirme ölçeği, başarı güdüsü ölçeği ve etik liderlik ölçeği bulunmaktadır.

Araştırmaya 290 kişi katılmıştır. 110 kadın, 180 erkek sağlık personeli olmaktadır. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik ölçeğine göre anlamlılık testine bakıldığında anlamlılık bulunmamıştır. Yaş değişkenine göre ölçekler üzerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Yaş ilerledikçe etik liderlik algısı arttığı görülmüştür. Medeni durum değişkenine göre personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik arası anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılık oluşturanların evliler olduğu kanaatine varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Personel Güçlendirme, Başarı Güdüsü, Etik Liderlik

#### ABSTRACT

Personnel empowerment refers to giving employees the power and authority. In addition, employees have synergy and energy added. With the strengthening of the employees, the concept of team spirit will be strengthened. Achievement motive; being successful is defined as the need to achieve its goal or even be superior. Ethical leadership is defined as taking balanced decisions, being honest, acting according to the principles, leadership approach based on attention to business. This research was carried out to reveal the differences of demographics in health employees empowerment, achievement motive and ethics leadership.

The foundation of this research is formed by the healthcare employees working at the Selcuk University Selcuk Faculty of Medicine Hospital. It has been paid attention to choosing the samples that

<sup>1</sup>Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında "Sağlık Çalışanlarında Güçlendirme, Başarı Güdüsü Ve Etik Liderlik İlişkisi" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir. Ayrıca 1.Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri/ Şanlıurfa kongresinde özet bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>2</sup> Prof. Dr. Selçuk Üniversitesi, sebnemaslan27@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2135-242X>

<sup>3</sup> Öğr. Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi, fatihsunbul@kilis.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0495-2477>

consist of the numbers of questions that are around five and ten. The work was done by using the simple and random methods in the stage of applying the samples and getting legal permission. The research has been in the forms of demographic survey question forms, employee empowerment measures, achievement motivation measures and ethical leadership measures.

290 participants participated in this study. The participants consist of 110 female and 180 male health personnel. According to the gender variable of participants, no significant difference was found between the strengthening of health workers, achievement motivation and ethical leadership scale. Significant differences were found on the scales according to the age variable. It has been seen that ethical leadership perception increases as age progresses. According to the marital status variable, a significant difference was found between staff empowerment, achievement motivation and ethical leadership. It is concluded that those who make a difference are married.

**Keywords:** Staff Empowerment, Achievement Motive, Ethical Leadership

## 1.GİRİŞ

Uluslararası rekabet, küreselleşme ve hasta beklentilerindeki değişimle birlikte hastaneler çevresinde yaşanan hızlı gelişmeler sağlık kurumlarını yeni yöntem ve tekniklerin kullanılmasına itmektedir(Ataklı ve Kaplan, 2016). Bunun yanında sağlık kurumlarında örgütlerin yeni ve modern niteliklerle donanmış liderlerle çalışması büyük önem kazanmıştır. Bu sebeple yüksek başarı elde etmek isteyen sağlık kurumlarının güçlü bir lidere sahip olmaları aynı zamanda sağlık çalışanlarının da güçlendirilmiş ve yeni yetkiler verilmiş çalışan olmalarının önemi ortaya çıkmaktadır(Sancar, 2012).

Hızlı değişimlerin olduğu günümüz dünyasında oluşan rekabet ortamı ve bu ortamın istediklerini yerine getirebilmek için işletmeler açısından uygulamaların rekabet ortamına uyum göstermeleri gerekmektedir(Ala, 2010). Ve bu uygulamaların amacında genel olarak çalışanların işlerine kendilerini adanmaları anlamında iş piyasasındaki değişim 1950’li yıllarda yapılan ataklarından dikkate alınması ile birlikte modern anlayışlarında personel güçlendirme yerini almıştır(Gürbüz, 2012).

### 1.1.Personel Güçlendirme

Personel güçlendirme; çalışanın, çalışma alanı içerisinde yönetim ve kadrolarından izin almaksızın kendi kararını vermek ve bireylerin gelişimine yönelik bir süreçtir(Koçel, 2003). Personel güçlendirme yapılmış organizasyonlarda, çalışanların mesleki ilişkisi en baştan özgün olarak kabul edilmektedir. Çağdaş yönetim yaklaşımları; kendi belirledikleri sınırlarını, belirledikleri alan içerisinde organizasyon ismine kişisel seçim yapabilen çalışana gereksinim duyar(Barutçugil, 2004). Güçlendirme; birliktelik, dağıtıcı olma, geliştirme, eğitim ve ruhu gibi bir organizasyonun çalışanlar kararların alınması sürecine dahil olması, personeli geliştirme ilkelerinin uygulandığı anlamına geldiğini söyleyebiliriz(Vogt ve Murrel, 1990).

Güçlendirme kavramı birçok uzman tarafından kullanılmıştır. Ancak ilk kullanan 1983 yılında Harrison ve Kanter, olmuştur. Daha sonra sırasıyla 1985’te Bennis ve Nanus, 1986 yılında Burke ve Nielsen, 1987’de Block, 1988’de House kullanmıştır(Şimşek, 2006). Kavramın ilk kullanıldığı yıllarda daha yüzeysel konular üzerine durulurken daha sonraki yıllarda kalite çemberleri, çalışma hayatının iyileştirilmesi ve toplam kalite anlayışındaki revizyonlar açısından değerlendirilmiştir(Şimşek, 2007).

Güçlendirme kavramı Block’un yazdığı “The Empowered Manager” isimli kitap ile birlikte literatüre girmiştir(Höpfl, 1994). Güçlendirme kavramının ilişkisel olarak incelenmesinde yine Conger ve arkadaşları tarafından yapılmış ve üstün astı ile gücünü paylaştığı bir sistem olarak düşünülmüşlerdir. Bu nedenle güçlendirme kavramı ile katılımcı yönetimi birlikte bağlantılı olduğu üzerine çalışmalar yapılmıştır(Conger ve Kanungo, 1988). Thomas ve arkadaşları, Conger ve Kanungo tarafından geliştirilen yaklaşımını temel dayanak göstermekle birlikte bu modelin üstüne eklemeler yapmışlardır. Thomas ve arkadaşlarına göre



güçlendirme, çalışanlara güç ve yetki vermeyi ifade eder ve çalışanların motivasyonlarını sağlayan değişkenlerdeki değişimler olarak tanımlanmıştır(Akt; Doğan, 2003).

Personel güçlendirme kavramı birçok kavramla ilişkili olduğu gibi birçok süreci de içerisinde barındırır. Aynı zamanda örgütsel kültüre yerleştirilebilmesi için bir takım unsurlar bulunmaktadır. Aşağıdaki kavramlar ile personel güçlendirme süreci içerisinde doğrudan bağlantı bulunan unsurlar aşağıdaki gibi detaylandırılabilir(Ala, 2010):

- *Kararlara Katılım ve Karar Verme Yetkisi*
- *Yenilik*
- *Bilgiye Ulaşılabilirlik ve Bilgilerin Paylaşılması*
- *Sorumluluk*
- *Ortak Hedeflere Yönelme*
- *Çalışanları Toplum Önünde Övme*
- *Çalışanlara Güveni Öğretme ve Onlara Güven Aşılama*
- *Yeterlilik ve Yetenekleri Geliştirme*
- *Eğitim ve Geliştirme*
- *Açık İletişim Ortamı*
- *Performans İle İlgili Geri Bildirim Yapma*
- *Çalışma Ortamında Esneklik*
- *Kaynaklara Ulaşılabilirlik*
- *Takım Çalışması*

Personel güçlendirmenin yararlarını sıraladığımızda sunulan hizmette kalitenin artması, müşteri memnuniyeti, maliyetlerin azalması ve daha fazla kazanç sağlamaktır. Personel güçlendirmenin yararlarını üç ana başlıkta incelenebilir. Bunlar; organizasyona, çalışana, yöneticilere sağladığı yararlar şeklindedir(Sancar, 2012).

Çalışanların kararlara aktif şekilde katılmaları, motive olmaları, yeteneklerini ortaya koyup işletmenin verimlilik artışına katkıda bulundurmaları personel güçlendirmenin organizasyona sağladığı en önemli yararlardandır(Gülcan, 2007). Bir örgütte çalışma şartlarının esnek olması çalışanların motive olup daha hızlı ve etkin kararlar almasında ve bu sayede personel güçlendirmenin etkin uygulandığını bize gösterir. Bilgi teknolojilerinden daha iyi yararlanılması durumunda karşılıklı olarak iç ve dış müşteri tatmini artar(Ataman, 2002). Güçlendirme yolundaki bir adım ise çalışanların ürün ve hizmetler de farklılıklar yaratarak bu ürün ve hizmetler değerini artıracaktır(Spreitzer and Friends, 1997).

Personel güçlendirmenin çalışanlara sağladığı yararlar ise rol tanımlarının yapılmış olması çalışanların kaygı ve streslerini azaltıp görevlerinin paylaşımını kolaylaştırır. Belirlenmiş rol tanımları karmaşanın yok olmasını engelleyecektir(Uzun, 2007). Aynı şekilde çalışanlara güvenme ve yöneticilerin de çalışanlara kendilerini güvende hissettirmeleri sağlar. Personel güçlendirme kavramında çalışan ve yönetici güven duygusunun kazanma önemli bir unsurdur(Barutçugil, 2004). Çalışanların kendi amaçlarını oluşturmaları ve bu amaçları yerine getirmek için çalışmalarını personel güçlendirmenin temel yararlarından. Çalışanların bireysel başarıyı gerçekleştirmek için yaptıkları çalışmalar personel güçlendirme üzerinde etkilidir(Zincir, 2004). Çalışanlara verilen yetki ve kararlar sayesinde kendi kendilerini değerlendirmeleri kolaylaşır. Personel güçlendirme ile birlikte çalışanlara verilen yetkiler aracılığıyla performans değerlendirme veya bireysel başarı analizi yapmalarını sağlayacaktır(Ala, 2010). Eğitim ve geliştirme sayesinde çalışanların eğitim ve refah düzeyleri artarak yaratıcılık ve yetenekleri ortaya çıkacaktır. Personel güçlendirme ile birlikte verilen eğitimler dolaylı yollardan çalışanların refahını ve bilinçlenmesini etkileyecektir(Uzun, 2007).

Personel güçlendirme çalışmalarının yöneticilere sağladığı yararları bakıldığında; yönetimsel verimliliği artırmak için yöneticiler iş planlaması ve çalışanların geliştirme gibi faaliyetlere personel güçlendirme aracılığıyla odaklanabilme fırsatı bulunmaktadır(Crossman and Abouzaki, 2003). Yönetici kendi gücünü ve personel gücünü artırmak için örgütsel gücü

paylaşmalıdır. İşletmedeki herkes katılım sağlayıp takım bilinci ile çalıştığında, ortaya iyi bir iş çıkacak ve yöneticinin de başarısı artacaktır(Cook, 1994). Çalışanların bilgilerini artırmak ve ortaya koyduğu ürünleri incelemek yöneticilerin gelişimini olumlu yönde etkileyecektir. Personel güçlendirme çalışanların bireysel performans ve başarı değerlendirmesini sağlayacaktır(Teare ve ark., 2002).

## 1.2. Başarı Güdüsü

Başarılı olmak, hedefine ulaşmak hatta daha üstün olma arzusu başarı gereksinimi olarak adlandırılmaktadır. Başarı gereksinimi uzmanlardan onay alma, arkadaşları tarafından saygınlık kazanma, daha fazla kazanım sağlama ve tek başına işin üstesinden geldiğini görme gibi karmaşık birçok etmeden oluşmaktadır. Bu etmenler son zamanlarda başarılı insanları başarılarını kazanmalarında temel göstergelerden olarak tanımlanmaktadır(Sarıçam, 2011).

Başarı güdüsü kavramı kişilerin en ideal çözümlere ulaşma gayretlerine sebep olanlar diye tanımlanır. Burada bireyin başarıyı elde etme isteği ve bu başarıya gereksinimi de önemlidir(Sarıçam, 2011). Başarı güdüsü oluşan kişilerin, uzman olarak hedeflerine ait gerekli istek ve dirayetli çalışmalarla yaşanan sıkıntıların giderilmesi eğilimi yüksek olmaktadır. Bunlarla birlikte başarı güdüsü, tam olmak, başarılı olma duyguları ön plana çıkmaktadır(Kaya, 2007).

Başarı güdüsü kavramıyla birlikte bireyin mükemmellik anlayışına uygun olarak mükemmellik arayışı veya mükemmelliğe ulaşma çabaları olarak tanımlanmıştır(Açıkgöz, 2003). Başarı güdüsü kavramı kendi içerisinde aslında bir beklenti-değer kuramıdır. Başarı güdüsü, Murray'ın gereksinimlerin sınıflandırılması ile dikkat çekmiştir. Daha sonra ise Atkinson tarafından daha sistematik hale getirilerek sınıflandırılmıştır(Kaya, 2007). Kişinin başarı arzusunun fazla olmasıyla beraber başarılı olamama düşüncesinin az olması ile birlikte kişinin başarı güdüsü oldukça yüksek çıkmaktadır(Açıkgöz, 2003). Başarı umudunun orta olması ve başarısızlık korkusunun yüksek olması durumunda ise başarı güdüsü orta olarak tanımlanırken, başarı umudunun düşük olması yanında başarısızlık korkusunun yüksek olması durumunda ise başarı güdüsü düşük düzey olarak tanımlanmaktadır(Gök ve Sılay, 2009).

### Şekil 1. Başarı Güdüsüne Sahip Olanlar ve Başarı Güdüsü Zayıf Olanlar Farkları.

<i>Başarı Güdüsüne Sahip Olanlar</i>	<i>Başarı Güdüsü Zayıf Olanlar</i>
Öğrenme amacı için güder.	Öğreniyormuş gibi yapar
Güçlük derecesi orta olan amaçlar koyar.	Amaçları ya çok zordur ya da çok kolay
O iş için yeterli olduğunu düşünür.	O iş için yeterli olmadı düşüncesi vardır.
Çabalarına yükleme yapar.	Dışsal etkenlerine yükleme yapar.
Karşılaştığı güçlükleri aşmaya çalışır.	Karşılaştığı bir sorunda yılgınlığa kapılır

**Kaynak:** Sarıçam, 2011, s.25

Başarı güdüsüne sahip olanlar ile başarı güdüsü algısı zayıf olanlar arasındaki farkları şekil 1'de verilmiştir. Başarı güdüsüne sahip bireyler öğrenme amacı güderken, başarı güdüsü zayıf olanlar öğreniyormuş gibi yapar. Başarı güdüsüne sahip olanlar çalıştıkları iş için yeterli olduklarını düşünürken, başarı güdüsü zayıf olanlar yeterli olmadığı düşüncesi vardır(Sarıçam, 2011, s.25).

Başarı güdüsüne sahip bireyler çabalarına yükleme yaparlarken, başarı güdüsü zayıf olanlar dışsal etkenlere yükleme yapmaktadırlar. Başarı güdüsü olan bireyler güçlük derecesi orta olan amaçlar ortaya koyarken, başarı güdüsü zayıf olan bireyler ya çok zor amaçlar ya da çok kolay amaçlar ortaya koymaktadırlar(Sarıçam, 2011, s.25).

### 1.3. Etik Liderlik

Küreselleşmenin etkisiyle birlikte, tüm tarafların mevcut ihtiyaçlarının karşılanması konusunda ortaya sivil toplum örgütleri çıkmıştır. İşte bu sivil toplum örgütlerinin ortaya çıkması, dünyada demokratikleşme eğilimi göstermesi ile birlikte, kurumlarda sosyal sorumluluk eğilimleri artmış ve etik davranış, etik liderlik kavramları sorgulanmaya başlamıştır(Aslan, 2013).

Son yıllarda eğilim haline gelen etik davranışlar ve ahlak kodları birçok örgüt ve şirket tarafından geliştirilmiş ve uygulanmaya koyulmuştur(Durmuş, 2015). Etik liderliğin gelişiminde yaşanan finansal skandallar lidere olan güvensizliği tetiklerken, etik lider kavramını ortaya çıkarmıştır. Günümüzde bu sebeple liderin güvenilirliğini artıran etik, çok fazla öne çıkmaktadır. Yapılan liderlik tanımlarında liderlerin etik değerlere sahip olması gerektiği vurgulanmıştır(Aslan, 2009).

Etik lider kavramı, Bandura'nın Sosyal Öğrenme Teorisine dayanmaktadır. Etik liderliği, dengeli ve doğru kararlar alma, dürüst olma, prensiplerine göre hareket etme, işine özen göstermeye dayalı liderlik yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır(Özgen, 2003). Etik liderlik; kişisel faaliyetlerin ve takipçi-lider, lider-çevre ilişkilerinin normatif olarak işlenmesidir. Böyle bir işleyişte çift yönlü iletişim, kararların alınmasında ortak katılım söz konusudur(Koçel, 2011). Etik liderlik, etik unsurları motive etmekle birlikte örgütün sosyal sorumluluklarını benimsemesi demektir(Gökçe ve Atabey, 2001).

Belirtilmesi gereken bir diğer nokta ise etik liderlerin; ahlaki davranan, ahlak kodlarını uygulayan toplumlardan çıkacağı anlayışıdır. Çünkü bir toplumda kişiler etik davranırsa etik düşünce ve davranışlar etik organizasyonları oluşturacaktır. Bu organizasyonları da etik liderler çıkaracaktır(Özgen, 2003).

Etik liderliğin temel anlayışı; etik çevrenin, liderliğe yardım ettiği aynı zamanda liderliğinde etik davranışlara yardımcı olmasıdır. Bunun yanında lider, örgütün etik ilkelerle yönetilmesinden sorumlu olarak en önemli kişisidir(Özdemir, 2003). Liderler, takipçilerine örnek kişiler oldukları için onlara uygun olarak etik davranışları, doğru davranış içerisinde bulunması gerekir. Takipçilerinin doğru işleri yapmaları konusunda takipçilerini desteklemeli onları yönlendirmelidir. Ahlaki standartları tarafsız olarak tüm takipçilerine eşit uygulamaya dikkat etmelidir(Yatkın, 2008).

## 2.YÖNTEM

### 2.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesindeki Sağlık çalışanlarında personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderliğin demografik açıdan farklılıkları incelenmesi gerçekleştirilmiştir.

### 2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi (SÜSTF) Hastanesi'nde, Hastane bünyesinde çalışan sağlık personeline(doktor, ebe, hemşire, yardımcı sağlık personeli, büro personeli, yönetici, sağlık teknikeri) yapılmıştır. Hastane bünyesinde çalışan sağlık çalışanları, yardımcı sağlık çalışanları ve yönetim hizmetleri olmak üzere çalışanlara uygulanmıştır. Araştırmanın verileri 29 Aralık 2016-15 Ocak 2017 tarihler aralığındaki geçen zamanda toplanmıştır.

### 2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesindeki toplam çalışanları oluşturmaktadır. Söz konusu çalışanlar, çeşitli uzmanlık alanlarına sahip doktorlardan; hemşire, Att, ebe gibi yardımcı sağlık personellerinden, sağlık tekniker ve

teknisyenlerinden, kalite yönetimi birimi, satın alma, bilgi işlem, faturalama, maaş tahakkuk, halkla ilişkiler ve insan kaynakları birimlerinde çalışan büro personellerinden, temizlik, yemekhane, güvenlik gibi destek hizmetlerinden oluşmaktadır.

Örnekleme ise bu evrende yer alan 290 çalışan oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğünün belirlenmesinde madde sayısının en az beş katı, hatta on katı civarında olması gerektiğini belirtilmiştir (Bryman ve Cramer 2001). Comrey ve Lee, örneklem büyüklüğü olarak 100'ü zayıf, 200'ü orta, 300'ü iyi, 500'ü çok iyi ve 1000'i mükemmel olarak nitelendirmiştir (Comrey ve Lee, 1992).

Örneklem seçimi konusunda çalışmanın yapıldığı tarihlerde mesai saatleri içerisinde Basit-rastgele örneklem yöntemi ile 302 kişiye ulaşılmış ancak eksik doldurma ve yetersiz olan 12 anket formu çıkarıldığında 290 örneklem kabul edilmiştir.

#### 2.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Bu araştırmada üç ölçek kullanılmıştır. Bunlar; A) II-Personel Güçlendirme Ölçeği, B) Başarı Güdüsü Ölçeği, C) Etik Liderlik Ölçeği

##### A) II-Personel Güçlendirme Ölçeği

Araştırmamızda Kanter (1993) tarafından geliştirilen yapısal güçlendirme ve Spreitzer (1995 ve 1996) tarafından geliştirilen psikolojik güçlendirme olmak üzere personel güçlendirmenin iki türü üzerinde durulmuştur. Psikolojik personeli güçlendirme ölçeği 1995 yılında Spreitzer tarafından geliştirilmiştir (Spreitzer, 1995). Bu ölçek Sigler ve Pearson tarafından tekstil işçileri üzerinde uygulanmıştır (Sigler ve Pearson 2000). Bu ölçeğin sık tercih edilmesinin nedeni Amerika'nın en büyük 500 firmasındaki çalışanlar üzerinde uygulanmış olmasıdır (Spreitzer, 1997). Yapısal güçlendirme ölçeği olan (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II) (Cweq-II), (İş Etkinliğinin Koşulları Anketi-II) Kanter'in personel güçlendirmenin etnografik çalışması üzerine geliştirilen algılanan fırsatlara erişim, desteğe erişim, bilgiye erişim ve kaynaklara erişim gibi çalışma koşullarını içermektedir. Personel güçlendirme ölçeğinin ölçek geliştirme evresinde alfa güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (Laschinger, 2001). Bu çalışma da yapılan güvenilirlik analizi sonucu ise 0.94 olarak bulunmuştur. Yani personel güçlendirme ölçeğinin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür.

##### B) Başarı Güdüsü Ölçeği

Başarı güdüsü ölçeği 14 sorudan oluşan 1-kesinlikle katılmıyorum, 2-katılmıyorum, 3-kararsızım, 4-katılıyorum, 5-kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li Likert tipi sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları bulunmamaktadır.

Krebs D, Berger M ve Ferligoj A. Tarafından Almanya ve Slovenya'daki üniversite öğrencilerine uygulanmıştır. Ölçeğin aslı Spence J.T. ve Helmreich R.L. tarafından geliştirilmiştir (Spence and Helmreich, 1983). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Ali Yemisciğil tarafından Türkçe'ye uyarlanması yapılmıştır. Başarı güdüsü ölçeğinin Cronbach Alpha Güvenilirlik Katsayısı 0.71 olarak hesaplanmıştır (Kaya, 2007). Çalışmamızda güvenilirlik analizinde ise güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha 0,808 olduğu görülmüştür.

##### C) Etik Liderlik Ölçeği

Çalışmada Brown ve diğerlerinin (2005) geliştirmiş olduğu 10 maddelik ölçek kullanılmıştır (Brown ve ark 2005). Ölçeğin Türkçe kullanıma uygunluğu, geçerlilik ve güvenilirlik analizi Tuna ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Tuna ve ark., 2012).

Soruların ölçülmesinde, (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Fikrim Yok, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum yargılarından oluşan 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada etik liderlik ölçeğinin geliştirilme evresindeki güvenilirlik analizi

Cronbach Alpha 0,71 iken çalışmamızda ise etik liderlik ölçeğine ilişkin Cronbach Alpha değeri 0,866 olarak bulunmuştur

### 3. BULGULAR

**Tablo 1.** Sağlık Çalışanların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.

Cinsiyet	Sayı(n)	Yüzde(%)	Mesleki Deneyim Süresi	Sayı(n)	Yüzde(%)
Erkek	180	62.1	0-5yıl	179	61.7
Kadın	110	37.9	6-10yıl	74	25.5
<b>Yaş Aralığı</b>			11-15yıl	26	9
18-24 yaş	27	9.3	16yıl ve üzeri	11	3.8
25-31 yaş	195	67.2	<b>Ünvanı/Görevi</b>		
32-38 yaş	47	16.2	Yönetici	14	4.8
39 yaş ve üzeri	21	7.2	Büro Personeli	93	32.1
<b>Medeni Durum</b>			Sağlık Teknikeri	23	7.9
Evli	127	43.8	Yardımcı Sağlık Çalışanı	31	10.7
Bekâr	163	56.2	Hemşire, Ebe	73	25.2
<b>Eğitim Durumu</b>			Doktor	56	19.3
Lise ve Altı	88	30.3	<b>Aylık Gelir Durumu</b>		
Ön lisans	78	26.9	1500tl Ve Altı	47	16.2
Lisans	68	23.4	1501-2500tl	101	34.8
Lisansüstü	56	19.4	2501-3500tl	70	24.1
			3501-4500tl	14	4.8
			4501-5500	22	7.6
			5501tl ve üzeri	36	12.4
<b>Toplam</b>	<b>290</b>	<b>100</b>	<b>Toplam</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Tablo 1 incelendiğinde örneklem grubu içerisinde %37.9'u kadın iken %62.1'i erkeklerden oluşmaktadır. Bunun yanında katılımcıların yaş ortalamaları %67.2'si 25-31 yaş aralığında kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların %16.2 32-38 yaş aralığında iken, %9.3'ü 18-24 yaş aralığındadır. %7.2 ise 39 yaş ve üzeri olmaktadır. Katılımcıların medeni durumu %43.8 evli iken %56,2 ise bekâr kişilerden oluşmuştur. Katılımcıların eğitim durumlarına baktığımızda lise ve altı öğrenime sahip kişi yüzdesi %30.3 iken ön lisans eğitimi alan kişilerin oranı %26.9, lisans düzeyinde öğrenime sahip kişi yüzdesi %23.4 olarak bulunmuştur. Lisansüstü katılımcıların oranı ise %19.3 olarak belirlenmiştir. Mesleki deneyim açısından bakıldığında 0 ile 5 yıl arasında deneyime sahip kişi sayısı %61.7 çıkmıştır. %25.5'i ise 6-10 yıl arasında mesleki deneyime sahiptir. Katılımcıların %9'u ise 11-15 yıl arasında mesleki deneyime sahiptir. %3.8lik katılımcılar ise 16 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir. Katılımcıların görev dağılımını incelediğimizde en fazla katılıma sahip olan meslek %32.1 ile büro personeli oluşturmaktadır. Daha sonra %25.2 ile hemşire, ebe oluşturmuştur. katılımcıların %19.3'ü doktor iken %10.7'si ise yardımcı sağlık personeli(temizlik, hasta bakıcı..). %7.9 ise sağlık teknisyeni veya teknikeridir. %4.9 ise sağlık kuruluşu yöneticilerinden oluşmaktadır. Aylık gelir durumları incelendiğinde ise en fazla gelir grubu %34.8 yüzde ile 1501-2500tl arasında çıkmıştır. Katılımcıların yaklaşık %24 ise 2501-3500tl arasında gelire sahiptir. %16.2 ise 1500tl ve altı

gelire sahip olarak karşımıza çıkmaktadır. %12.4 ise 5501tl ve üzeri gelire sahip iken, %7.6'sı ise 4500-5500 arası gelire sahiptir. %4.8lik kesim ise 3501-4500tl arası gelire sahip olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Tablo 2.** Cinsiyet Değişkenine Göre Anlamlı Farklılık Testi Sonuçları

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. H	t-testideğeri	p-değeri
Personel Güçlendirme	Kadın	110	3.16	0.58	-1.347	0.179
	Erkek	180	3.26	0.60		
Başarı Güdüsü	Kadın	110	3.47	0.44	0.087	0.931
	Erkek	180	3.46	0.42		
Etik liderlik	Kadın	110	3.22	0.68	-0.765	0.445
	Erkek	180	3.29	0.50		

Tablo 2 incelendiğinde cinsiyet değişkenine göre personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik ölçeğine göre anlamlılık testine bakıldığında anlamlılık(p<0,05) bulunmamıştır.

**Tablo 3.** Yaşa Göre Farklılık Testi (Anova Testi) Sonuçları

	Yaş	N	Ortalama	Std. Hata	F-testi değeri	p-değeri
Personel Güçlendirme	18-24	27	3.00	0.10	4.596	<b>0.004</b>
	25-31	195	3.18	0.39		
	32-38	47	<b>3.48</b>	0.10		
	39yaş üstü	21	3.27	0.14		
Başarı Güdüsü	18-24	27	3.41	0.96	6.752	<b>0.000</b>
	25-31	195	3.39	0.35		
	32-38	47	<b>3.75</b>	0.89		
	39yaş üstü	21	3.60	0.10		
Etik Liderlik	18-24	27	3.22	0.10	3.803	<b>0.011</b>
	25-31	195	3.18	0.04		
	32-38	47	3.50	0.11		
	39yaş üstü	21	<b>3.53</b>	0.14		

Tablo 3 incelendiğinde yaş değişkenine göre ölçekler üzerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Personel güçlendirme ölçeğinde yaş değişkenine göre anlamlı farklılık bulunmuş bu farklılık 32-38 yaş arasındaki kitlede en yüksek çıkmıştır. Başarı güdüsü üzerinde yaş değişkenine bakıldığında 32-38 yaş aralığında kişilerin başarı güdüsü puanına sahip olan gruptur. Etik liderlik açısından yaş faktörünü incelendiğinde en farklı anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın oluşmasında temel teşkil eden yaş grubu 39yaş ve üstü gruptan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 4.** Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılık Testi

	Medeni Durum	N	Ortalama	Std. Hata	t-testi değeri	p-değeri
Personel Güçlendirme	Evli	127	<b>3.33</b>	0.05	2.938	<b>0.004</b>
	Bekâr	163	3.13	0.04		
Başarı Güdüsü	Evli	127	<b>3.55</b>	0.04	2.325	<b>0.021</b>
	Bekâr	163	3.40	0.04		
Etik Liderlik	Evli	127	<b>3.36</b>	0.06	2.153	<b>0.032</b>
	Bekâr	163	3.19	0.05		

Tablo 4 incelendiğinde medeni durum değişkeninin göre anlamlı farklılıklar bakıldığında. Personel güçlendirme, medeni durum değişkenine anlamlı farklılık görülmüştür. Bu farklılık evli olanlarda skor daha yüksek çıkmıştır. Başarı güdüsü üzerine bakıldığında ise yine anlamlı bir farklılık bulunmuş ve bu farklılık evlilerde daha yüksek çıkmıştır. Etik liderlik üzerindeki anlamlı bir farklılık bulunmuş bu farklılık üzerinde evlilerin oranı daha fazla çıkmıştır. Personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

**Tablo 5.** Öğrenim Düzeyine Göre Farklılık Testi (Anova Testi) Sonuçları

	Öğrenim Düzeyi	N	Ortalama	Std.Hata	F-değeri	p-değeri
Personel Güçlendirme	Lise ve altı	88	3.20	0.05	0.47	0.70
	Ön lisans	78	3.17	0.07		
	Lisans	68	3.25	0.07		
	Lisansüstü	56	3.28	0.08		
Başarı Güdüsü	Lise ve altı	88	3.44	0.05	1.62	0.18
	Ön lisans	78	3.39	0.05		
	Lisans	68	3.50	0.06		
	Lisansüstü	56	3.58	0.07		
Etik Liderlik	Lise ve altı	88	3.24	0.07	0.56	0.64
	Ön lisans	78	3.22	0.07		
	Lisans	68	3.26	0.09		
	Lisansüstü	56	3.37	0.09		

Tablo 5 incelendiğinde öğrenim düzeyine göre farklılıklar testi sonuçlarına göre anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır. Yani öğrenim durumu ile personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik üzerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

**Tablo 6.** Mesleki Deneyim Düzeyine Göre Farklılık Testi(Anova Testi) Sonuçları

	Öğrenim Düzeyi	N	Ortalama	Std. Hata	F-değeri	p-değeri
<b>Personel Güçlendirme</b>	0-5yıl	179	3.12	0.04	3.176	0.14
	6-10yıl	74	3.39	0.07		
	11-15yıl	26	3.34	0.14		
	16-20yıl	6	3.28	0.09		
	21yıl+	5	3.38	0.35		
<b>Başarı Güdüsü</b>	0-5yıl	179	3.37	0.03	4.473	<b>0.002</b>
	6-10yıl	74	<b>3.64</b>	0.06		
	11-15yıl	26	3.62	0.12		
	16-20yıl	6	3.28	0.15		
	21yıl+	5	3.61	0.18		
<b>Etik Liderlik</b>	0-5yıl	179	3.24	0.04	0.352	0.842
	6-10yıl	74	3.34	0.08		
	11-15yıl	26	3.26	0.17		
	16-20yıl	6	3.11	0.22		
	21yıl+	5	3.18	0.31		

Tablo 6 incelendiğinde mesleki deneyim düzeyine göre farklılıkların test edilmesinde başarı güdüsünde mesleki deneyim anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılık 6-10 yıl arası çalışanlarda ortalama değer yüksel bulunmuştur. Personel güçlendirme ve etik liderlik üzerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

**Tablo 7.** Görev/Unvana Göre Farklılık Testi(Anova Testi) Sonuçları

	Öğrenim Düzeyi	N	Ortalama	Std. Hata	F-değeri	p-değeri
<b>Personel Güçlendirme</b>	Yönetici	14	3.43	0.17	0.620	0.494
	Büro personeli	93	3.21	0.05		
	Sağ. Teknikeri	23	3.18	0.19		
	Yrd. Sağlık	31	3.30	0.07		
	Hemşire, ebe	73	3.16	0.07		
	Doktor	56	3.23	0.07		
<b>Başarı Güdüsü</b>	Yönetici	14	3.66	0.13	0.668	0.235
	Büro personeli	93	3.49	0.05		
	Sağ. Teknikeri	23	3.48	0.11		
	Yrd. Sağlık	31	3.36	0.10		
	Hemşire, ebe	73	3.45	0.07		
	Doktor	56	3.45	0.06		
<b>Etik Liderlik</b>	Yönetici	14	3.12	0.26	0.290	0.853
	Büro personeli	93	3.29	0.06		
	Sağ. Teknikeri	23	3.32	0.15		
	Yrd. Sağlık	31	3.30	0.10		
	Hemşire, ebe	73	3.21	0.08		
	Doktor	56	3.27	0.07		



Tablo 7 incelendiğinde görev/unvana göre anlamlı bir farklılık bulunmadı bulunmuştur. Yani katılımcıların yaptıkları görev veya unvanına göre personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

**Tablo 8.** Aylık Gelir Düzeyine Göre Farklılık Testi(Anova Testi) Sonuçları

	Aylık Gelir	N	Ortalama	Std. Hata	F-değeri	p-değeri
Personel Güçlendirme	1500tl ve altı	47	3.06	0.08	1.062	0.381
	1501-2500	101	3.21	0.06		
	2501-3500	70	3.27	0.07		
	3501-4500	14	3.25	0.20		
	4501-5500	22	3.35	0.13		
	5501tl ve üzeri	36	3.27	0.08		
Başarı Güdüsü	1500tl ve altı	47	3.34	0.08	0.701	0.623
	1501-2500	101	3.50	0.05		
	2501-3500	70	3.50	0.05		
	3501-4500	14	3.52	0.16		
	4501-5500	22	3.45	0.13		
	5501tl ve üzeri	36	3.47	0.06		
Etik Liderlik	1500tl ve altı	47	3.21	0.08	0.356	0.878
	1501-2500	101	3.22	0.07		
	2501-3500	70	3.33	0.07		
	3501-4500	14	3.18	0.21		
	4501-5500	22	3.31	0.17		
	5501tl ve üzeri	36	3.31	0.09		

Tablo 8 incelendiğinde aylık gelir düzeyi değişkenine göre personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik üzerinde anlamlı bir değişken bulunamamıştır. Yani gelir düzeyi ile personel güçlendirme üzerinde anlamlılık yoktur. Bunun yanında gelir düzeyi ile başarı güdüsü ve etik liderlik üzerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Cinsiyet değişkenine göre personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik arasından anlamlı bir farklılığa bakılmış ve anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Benzer bir çalışma ise Sarıçam tarafından yapılmış ve cinsiyet değişkeni ile başarı güdüsü arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır(Sarıçam, 2011).

Bir diğer farklılık testi ise yaş grupları ile personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Personel güçlendirme üzerinde anlamlı farklılığın en yüksek ortalamaya sahip 32-38 yaş grubu arasında görülmüştür. Başarı güdüsü farklılığında 32-38 yaş grubunun ortalaması en yüksek çıkmış. Etik liderlik açısından en yüksek ortalama ise 39 yaş ve üstü çıkmıştır. Araştırmanın en önemli sonuçlarından biri olarak çalışanlarının yaşı ilerledikçe etik liderlik algısı artmıştır. Yani çalışanlar yaşlandıkça gösterdikleri davranışlar üzerinde etik liderlik veya etik değerler algısı arttığı görülmüştür. Karahan (2009)'ın yaptığı araştırmada ise yaş grupları içerisindeki bireylerden yaşı küçük olan çalışanların diğer çalışanlara göre personel güçlendirmeye daha yatkın oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Medeni durum değişkenine göre personel güçlendirme arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Evli olanların personel güçlendirme düzeyleri daha anlamlı çıkmıştır. Yani evli olan sağlık çalışanları personel güçlendirme konusunda bekar olanlara oranla daha kolay güçlendirildikleri sonucuna varılmıştır. Medeni durum değişkenine göre başarı güdüsü arasında anlamlı farklılık bulunmuş. Yani evli olanlarda başarı güdüsü bekar olanlara göre daha yüksek

çıkıştır. Etik liderlik açısından bakıldığında evli olanların bekar olanlara göre daha fazla etik liderlik algılarına sahip olduğu görülmüştür.

Öğrenim düzeylerine göre personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışmamızın tam tersi bir sonuç ise Şen'in 2010 yılında üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelere yönelik araştırmasında Güçlendirmenin alt boyutları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur(Şen, 2010). Dedeoğlu (2018)'deki çalışmasında eğitim düzeyi ile mesleki profesyonellik açısından anlamlı farklılık olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça mesleki değerlerin daha fazla benimsenip sergilendiği sonucuna varılmıştır(Dedeoğlu, 2018, s.56).

Mesleki deneyim açısından personel güçlendirme arasında anlamlı farklılık bulunamamış. Mesleki deneyim ile etik liderlik arasında anlamlı farklılık bulunamazken, mesleki deneyim ile başarı güdüsü arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Yani mesleki deneyim kazandıkça başarı güdüsü algısı da artmıştır. Çalışanların mesleki deneyimleri arttıkça başarı güdüsü algıları da arttığı görülmüştür. Sarıçam tarafından yapılan çalışmada Başarı güdüsü ile meslekte geçirilen yıl arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna Sarıçamın araştırmasında görülmektedir(Sarıçam, 2011).

Çalışanların görevleri ile personel güçlendirme başarı güdüsü ve etik liderlik arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Yine aylık gelir düzeyi ile personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Durukan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada üniversite hastanesinde yapılan çalışmada hemşirelerin güçlendirilme düzeylerine de değinmiştir. Araştırmaya göre bölüm sorumlu hemşireleri, servis hemşirelerine göre daha fazla güçlendirildikleri ortaya çıkmıştır(Durukan, 2010). Gök ve Bedük tarafından yapılan çalışmada sağlık sektörü yöneticilerin personel güçlendirme algıları üzerine yapılan çalışmada yönetim kademeleri olan üst, orta, alt yönetim kademeleri açısından personel güçlendirme algıları ölçülmüş ve üst yöneticilerin, orta kademe yöneticilere oranla daha fazla güçlendirildikleri ortaya çıkmıştır(Gök ve Bedük, 2014).

Sonuç olarak sağlık çalışanlarında cinsiyet faktörüne göre personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik üzerinde bir farklılığının olmadığı cinsiyet değişkeninin etkili olmadığı görülmüştür. Çalışanlardan medeni durumu evli olanların bekar olanlara göre personel güçlendirme düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Aynı zamanda başarı güdüsü evli olanlarda daha yüksek çıkmıştır. Evli olanların etik liderlik algısının bekar olanlara göre daha fazla olduğu sonucu çıkmıştır. Aynı zamanda yaş ile personel güçlendirme arasında anlamlı farklılık bulunmuş. farklılık 32-38 yaş arasındaki gruptan kaynaklandığı görülmüştür. Yaş ile başarı güdüsü arasında anlamlı farklılık bulunmuş. Farklılık 32-38 yaş arasındaki gruptan kaynaklandığı görülmüştür. Bir diğer nokta ise yaş ile etik liderlik arasında anlamlı farklılık bulunmuş bu farklılığın 39yaş üzeri bireylerden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Buradan şöyle bir sonuç çıkarmak mümkündür. Kurum bünyesinde çalışanların yaşları ilerledikçe etik liderlik özelliği gösterdikleri sonucuna varılmıştır.

## KAYNAKÇA

- Açıkgöz, Ü. K. 2003. Etkili Öğrenme ve Öğretme Kitabı, Kanyılmaz Matbaası. 1.baskı.s. 24-33İzmir.
- Ala, Ş. 2010. Personeli Güçlendirmenin, Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisinde Etiksel Davranışın Rolü. Selçuk Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Aslan, Ş. 2013. Geçmişten Günümüze Liderlik Kuramları Kitabı. Eğitim Yayınevi. 1.baskı s. 25. Konya.
- Aslan, Ş. 2009. Duygusal Zekâ ve Dönüşümcü, Etkileşimci Liderlik Kitabı. Nobel Yayınları. 1.Basım. s. 33. Ankara

- Ataklı, A., ve Kaplan, A. 2016. Tıbbi Dokümantasyon Ve Sekreterlik Bölümü Ders Kitabı. Güneş Tıp Kitabevi. s. 169. Ankara.
- Ataman, G. 2002. İşletme Yönetimi Kitabı. 2.Baskı. Türkmen Kitabevi.s. 165-200. İstanbul
- Barutçugil, İ. 2004. Performans Yönetimi Kitabı. Kariyer Yayınları. 2.Baskı. s.394-400.İstanbul
- Bryman A, Cramer D, 2001. Quantitative data analysis with SPSS 12 and 13; A guide for social scientists. Taylor&FrancisGroup, London and New York. ISBN 0-203-49818-6 Master e-book ISBN, 1-359.
- Comrey, A.,& Lee, H. (1992). A firstcourse in factoranalysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Conger, A. Ş. Ve Kanungo, N. R. 1988. The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. Academy of Management Review, 13 (3), p. 471-482.
- Cook, S. 1994. The Cultural Implications of Empowerment, Empowerment in Organizations, 2, p. 9-13.
- Crossman, A.,Abouzaki, B. (2003). Job Satisfaction and Employee Performance of Lebanese Banking Staff, Journal of Managerial Psychology, 18 (4), pp.368-376
- Dedeoğlu, T., 2018. Fizyoterapistlerin Mesleki Profesyonelliklerini Uygulayabilme Düzeylerinin Araştırılması, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep 2018.
- Doğan, S. 2003.Personel Güçlendirme Kitabı,Sistem Yayıncılık. 1.Basım.2003, s. 25-50.İstanbul,
- Durmuş, M. 2015. “Kamu Kurumu Yöneticilerinin Etik Liderlik Davranışı Gösterme Düzeylerinin Çalışan Algısı Yönüyle İncelenmesi: Kocaeli Üniversitesi Örneği” Yüksek Lisans Tezi
- Durukan, S., Akyürek, Ç. ve Coşkun, E. 2010. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Güven, Güçlendirme Ve Bağlılık Düzeylerinin Belirlenmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 15(3), s. 411-434.
- Gök, T. ve Sılay, İ. 2009.İşbirlikçi Problem Çözme Stratejileri Öğretiminin Öğrencilerin Başarısı ve Başarı Güdüsü Üzerindeki Etkileri. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi, 11, (1), s.13-27.
- Gökçe, O. ve Atabey, N, A. 2001.Davranış Bilimleri Kitabı, 2.baskı, Dizgi Ofset. S.23-24.Konya
- Gülcan, F. M. 2007. Örgütsel Değişimde Etkin Bir Yöntem: Personel Güçlendirme, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karaman.
- Gürbüz, G. 2012. “Personel Güçlendirme Uygulamalarının Örgütsel Bağlılığa Etkisi: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma” Yüksek Lisans Tezi
- Gök, G. S. ve Beduk, A. 2014. Vekalet Teorisi Kapsamında Hedeflere Ulaşılması Bakımından Örgüt İçi İlişkilerde Personel Güçlendirmenin Önemi, ResearchJournal of Business & Management, 1(4), 436-447.
- Höpfl, H. 1994. Empowerment and the Managerial Perogative. Empowerment in Organizations, 2 (3), 39-44.
- Karahan, A. 2009. İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Katkısı Açısından Personel Güçlendirme Yaklaşımı: Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Örneği, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7 (1), 95-114.
- Kaya, N. 2007. Bireysel Başarı Güdüsü Organizasyonel Bağlılığı Nasıl Etkiler. Doğu Üniversitesi Dergisi, 8(2) ss:175-190.
- Koçel, T. 2003. İşletme Yöneticiliği (6.baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Koçel, T. 2011. İşletme Yöneticiliği, Beta Yayınları,İstanbul, s.408-420.

- Laschinger, K. S. Heather, Finegan, Joan, Shamian, Judith and Wilk, Piotr 2001. Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings. *Journal of Nursing Administration*, 31, 5, 2001, p. 260 –72
- Özdemir, E. 2003. “Liderlik ve Etik” Uludağ Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, sayı:22(2) s.151
- Özgen, E. 2003. İletişim ve Liderlik, Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, Cilt 1, Sayı 18, s.10-12
- Sancar, A. 2012. Personel Güçlendirme Algısı İle Dönüştürücü Liderlik Arasındaki İlişkiler: Kamu Kuruluşunda Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- Sarıçam, Ö. 2011. Başarı Güdüsünün, Kriz Dönemlerinde Bireysel Karar Verme Üzerindeki Etkilerini Belirlemeye Yönelik Bir Uygulama. Gebze Teknoloji Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- Spence, J. T., Helmreich, R. L. 1983. Achievement-related motives and behavior. In J. T. Spence (Ed.), *Achievement and achievement motives: Psychological and sociological approaches* (p. 10-74). San Francisco, CA: Freeman.
- Spreitzer, G. M. 1995. Social Structural Characteristics of Psychological Empowerment. *Academy of Management Journal*, 39 (2), p. 483-505.
- Spreitzer, M. Gretchen, Kizilos, A. Mark and Nason, W. Stephen 1997. A Dimensional Analysis of the Relationship Between Psychological Empowerment and Effectiveness, Satisfaction and Strain. *Journal of Management*, 23 (5), p. 679-704
- Şen, G. 2010. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hemşirelerin Personel Güçlendirme Algılamalarına İlişkin Bir Uygulama. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Örneği, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Şimşek, S. 2006. Örgütlerde personel güçlendirme ve Emniyet Örgütünde Personel Güçlendirme Yaklaşımının Belirlenmesine Yönelik Öneriler. *Polis Dergisi*, 42, s. 1-26.
- Şimşek, M.Ş. 2007. Yönetim Ve Organizasyon Kitabı 9.Baskı Adım Matbaacılık s.39-125 Konya.
- Teare, R., Ingram, H., Prestoungrange, G. ve Sandelands, E. 2002. High Performance Learning at Work. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 14 (7), p.375-381
- Tuna, M., Bircan, H. ve Yeşiltaş, M., 2012. Etik Liderlik Ölçeği'nin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması: Antalya Örneği. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 26, Sayı: 2 s.6-11
- Uzun, G. 2007. Personel Güçlendirme Yöntemleri ve Honda Türkiye A.Ş.'deki İnceleme, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Vogt, J ve Murrel, K. 1990. *empowerment in organization*, Amsterdam: preffer and co. p.5-8
- Yatkin, A. 2008. Etik Düşünce ve Davranışın Yerel Yönetimlerde Hizmet Verimliliğinin Arttırılmasında Rolü ve Önemi: Elazığ Belediyesi Örnek Alan Araştırması, *Fırat University Journal of Social Science*, C 18, S 1, s.16
- Zencir, E. 2004. Bir Liderlik Modeli Olarak Personel Güçlendirme: Ankara'da Bulunan Dört ve Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

Güzel, Ş. (2018). Implicit Leadership Concept and Reflection to Health Institutions. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 27-33.

*Derleme/Review*

*Makale Geliş Tarihi: 30.01.2019*  
*Makale Kabul Tarihi: 06.02.2019*

## IMPLICIT LEADERSHIP CONCEPT AND REFLECTION TO HEALTHCARE INSTITUTIONS



<https://doi.org/10.35345/johmal.519613>

**Res. Asst. Şerife GÜZEL\***

### ABSTRACT

It is expressed as the person who collects the leader power, who has an impact on all processes of the organization and manages the processes. Implicit leadership emerges when other individuals in the group follow the person they want to see as the leader voluntarily (Eroğluer, 2014, p. 107).

The aim of this study is to examine the concept of implicit leadership which is not included in Turkish literature and to shed light on other studies. In addition, as in every institution, it is aimed to address the existing leadership concept in health institutions in terms of implicit leadership.

In this study, detailed information about the concept of implicit leadership was given, factors effecting the formation of implicit leadership were taken into consideration, different dimensions of implicit leadership were taken into consideration and implicit leadership was taken into consideration in terms of health institutions.

**Key words:** Leader, Implicit Leadership, Health Institutions

### INTRODUCTION

Individuals classify those who are not leaders or non-leaders through cognitive structures according to implicit leadership theory. Therefore, the leadership prototype, which they formed in the minds of the leader as the leader by other employees, is important (Lord, Foti and De Vader, 1984, p. 344).

The implicit leadership theory, which is considered as a mental approach based on followers, refers to the qualities and behaviors that an individual expects from the leader (Kenney, Blascovich and Shaver, 1994, p. 39). Implicit leadership models are shaped by many different variables as well as personal characteristics, environment and social culture (Hunt, Boal and Sorenson, 199, p. 42).

The implicit leadership concept also plays an important role in health institutions (Karahan, 2008, p. 147). Because the expectations of the patients and the employees

\*Selçuk University, Faculty of Health Science, Healthcare Management Department, serife\_eren.89@hotmail.com, ORCID ID: orcid.org/0000-0002-4141-9110

from the leader are important for health institutions where there is a human-oriented functioning (Keklik, 2012, p. 89). Therefore, the concept of implicit leadership emerges as a concept to be addressed in terms of hospitals.

In this study, it is aimed to evaluate the implicit leadership concept and to evaluate the leadership in the hospitals in terms of implicit leadership.

## 1. IMPLICIT LEADERSHIP

It is seen that leadership is handled by implicit and explicit theories. The explicit theory is based on observing and evaluating the behavior of the leader, while the implicit theory refers to the conceptual structure of leadership (Ling et al., 2000, p. 729). The implicit word indicates a mental reasoning held in memory without being expressed (Hunt, Boal, and Sorenson, 1990, p. 42). Implicit Leadership Theories are defined as cognitive structures or prototypes indicating the qualities and abilities that characterize leaders (Lord and Maher, 1991, p. 67). While explicit theories are structures of scientists based on data and scientific observations, implicit theories are considered to be the features of these people in the minds of people (Levy, Chiu, and Hong, 2006, p. 14). Hence, implicitness represents subjective reality and perceptions in contrast to scientific theories trying to approach objective reality (Sternberg, 1985, p. 607). Understanding implicit theories is considered important in terms of forming the interpretative framework in which information is processed (Chiu, Hong and Dweck, 1997, p. 20).

Especially after the 1970s, it is noteworthy that many researchers have tried to understand how the perceptions of the leader perceive the leader rather than the characteristics and behaviors of the leader (Meindl, 1995, p. 329). The implicit leadership models, including the ideal leader prototype, lead to the classification and structure of the conceptual categories of leadership in people's minds and to classify the people they meet as leaders or not leaders (Lord, Foti Phillips, 1982, p. 109). The term (implicit al refers to a mental reasoning held in memory without being expressed (Hunt, Boal and Sorenson, 1990, p. 42). The leader and the leader can identify followers more easily and quickly than the leader or the researchers (Meindl, 1995, p. 331). In the most general sense, the phrase "cannot be a leader without his followers" refers to the starting point of the implicit leadership theory (Meindl, 1995, p. 331).

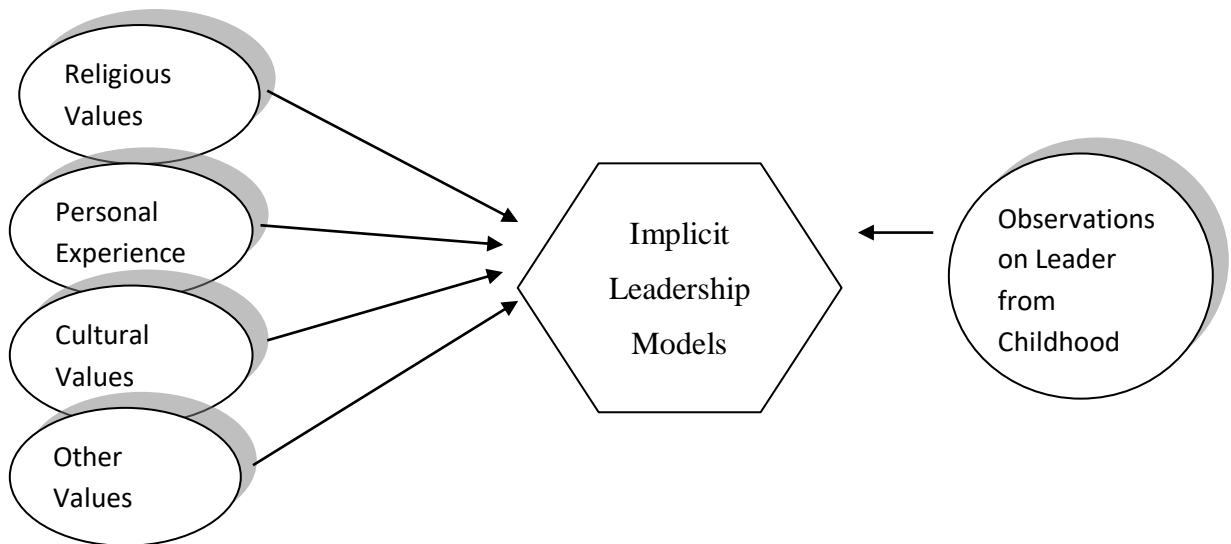
Leaders and leadership are more easily and quickly understood by implicit models in their minds than by leaders or researchers (Meindl, 1995, p. 331). There are some thoughts about the leader expression in the minds of individuals and these thoughts express implicit leadership in the characteristics and behaviors expected to be in the leader (Epitropaki et al., 2013, p. 859). Implicit leadership is thought of as a leadership style that involves ideal leaders in people's dreams (Shondrick, Dinh and Lord, 2010, p. 961). According to Türetgen and Cesur (2010), individuals determine whether or not they are leaders according to implicit leadership theories based on cognitive structures. In this respect, it is stated that implicit leadership theories are based on people's evaluations (Türetgen and Cesur, 2010, p. 52). The implicit leadership approach predicts the minds of a leader (Ling et al., 2000, p. 729). The implicit leadership states that it cannot be a leader without its followers and expresses the expectations of the followers who are kept in memory (Junker and Dink, 2014, p. 1154).

Implicit leadership theories are used to explain leadership characteristics and perceptions, but they are seen as a possible trend in measuring true leader behavior (Den Hartog et al., 1999, p. 226). Implicit leadership theories constitute a cognitive classification in the minds of the people, "How should the ideal leader be?" For example, It is seen that people are grouped according to the characteristics of the leader with these sample patterns and whether they are leaders or not (Türetgen and Cesur, 2010, p. 52). According to Leviatan's (1975) study, one's beliefs about the behaviors and qualities a person expects from the leader is the implicit leadership theory of that person. The individual forms a model for the effective leader in his mind with the influence of many factors he encounters and lives throughout his life, and this model is expressed as an implicit leadership model (Hunt et al., 1990, p. 42). The leaders who exhibit behaviors and characteristics consistent with the implicit leadership models of the followers are seen to be more accepted within the group and direct the group (Nye and Forsyth, 1991, p. 361). Thus, leadership is expressed as the implicit interpretation of the process by the followers, including the characteristics, character, behavior and outputs of the leader (Smith and Foti, 1998, p. 148).

### 1.1. Shaping Implicit Leadership

It is seen that the implicit leadership models internalized by the individual are shaped by many different variables besides personal characteristics, environment and social culture (Hunt, Boal and Sorenson, 1990, p. 42). While implicit leadership refers to the qualities and behaviors that an individual expects from the leader (Junker and Dink, 2014, p. 1154), it is seen that an ideal leadership model is similar between the people in the same culture (Shondrick, Dinh and Lord, 2010, p. 963). The concept of leader discussed here is differentiated and shaped in line with the experience gained by people throughout life (Junker and Dink, 2014, p. 1154).

**Table 1. Shaping of Implicit Leadership Models**



**Source:** Sobro, 2006, adapted from p.12.

As can be seen in Table 1, values that determine implicit leadership include personal experiences, religious values, cultural values, as well as observations from the leader since childhood.

## 1.2. Dimensioning of Implicit Leadership

Implicit leadership has been studied in many studies in various dimensions (Lavalley, 2013, p. 28). Berber and Rofcanin (2012) in their work, implicit leadership, friendly approach of the leader, expressing the warmth of friendliness, results and expectations about the meticulous and time-expressing the disciplined dimension, team orientation, professional competency and motivation are examined in five dimensions (Berber and Rofcanin, 2012, p. 25).

The theory of implicit leadership by Offerman et al. (1994) states that it has a striking similarity with the five-factor personality trait of compatibility, openness, extraversion, neuroticism and responsibility. In addition, eight leadership dimensions are expressed as sensitivity, dedication, tyranny, charisma, attractiveness, masculinity, intelligence and strength (Keller, 1999, p. 591).

Offerman et al. (1994) according to implicit leadership theory according to the study consists of a combination of eight features. These features are seen as sensitivity, devotion, bullying, charisma, charm, masculinity, intelligence and power (Keller, 1999, p. 590).

Tabak et al. (2013) formed an implicit leadership scale suitable for Turkish culture consisting of five dimensions and 27 expressions. Determined dimensions consist of personal morality, resourcefulness, sensitivity, power and influence (Tabak et al., 2013, p. 127).

In the study, the study was conducted in the USA and Western countries, mainly in 2000 and later, and in the study of Ling, Chia and Fang (2000), it was observed that 4 factors, including personal morality, efficacy in the objectives, interpersonal skills and ability, were taken into consideration in Chinese implicit leadership models (Ling, Chia and Fang, 2000, p. 732).

Brodbeck et al., (2000) in Europe in 22 countries in the research, the notion of leadership in Europe on a cultural basis is noteworthy. In the study, European countries are divided into 5 groups in terms of cultural values and it is determined that the leader prototypes of the groups determined as a result of the investigations have changed (Brodbeck et al., 2000, p. 11).

Abdalla and Al-Homoud (2001) found no significant differences between the implicit leadership models of the people of the two countries in their research conducted in Kuwait and Qatar, but it is concluded that the Arabs prefer the motivating leadership style rather than the charismatic and autocratic leadership styles (Abdalla and Al-Homoud, 2001, p. 515).



## **2. APPROACH OF IMPLICIT LEADERSHIP IN HEALTHCARE INSTITUTIONS**

As is the case in all institutions, health institutions need to be superior to the competitors and to survive in increasing competition conditions. The way to do this is through good management and leadership.

First of all, the concept of leadership is a very old concept but there are many definitions. In summary, leadership is expressed as influencing and directing the activities of others for common purposes (Koçel, 2010, p. 569; Hephill and Coons, 1957, p. 7). Leadership is vitally important for eliminating the various problems in hospitals and for the development of the hospital (Karahan, 2008, p. 147).

As healthcare institutions have a human-oriented process, how patients and employees perceive the leader and their expectations from the leader are important (Keklik, 2012, p. 89). Therefore, the concept of implicit leadership is noteworthy. According to the implicit leadership concept, there are some thoughts about the leader expression in the minds of the employees. This situation represents the ideal leadership and reveals the characteristics and behaviors expected from the leader (Eroğluer, 2014, p.113). In this context, the concept of implicit leadership is linked to the leadership approach in health institutions and according to this understanding, leaders need to act.

### **CONCLUSION**

There are some thoughts about the leader in the minds of individuals and these thoughts are the ideal leader (Epitropaki et al., 2013, p. 859; Shondrick, Dinh and Lord, 2010, p. 961). The implicit leadership theory, which includes the ideal leader prototype, refers to the conceptual categories in the minds of people. Thus, according to these models people classify people as leaders or leaders (Lord, Foti, and De Vader, 1984, p. 344).

There are values such as personal experiences, religious values, cultural values that shape implicit leadership (Sobro, 2006, p.12). There are also many dimensions of the implicit leadership concept in the literature (Lavalley, 2013, p. 28).

If we look at the implicit leadership approach in terms of health sector, this sector is a labor intensive sector and needs good management as it is interested in human health and life. It is also considered important to determine the extent to which managers in hospitals have leadership qualities in the eyes of employees. Thus, it will be seen how health managers are perceived by the employees and it will be possible to determine the missing sides of the managers and try to correct them (Keklik, 2012, p. 75).

If there is a harmony between the implicit leadership models of the employees and the manager's behaviors, it is determined that this situation will increase job satisfaction, desire for success and work peace will be provided (Epitropaki et al., 2013, p. 867).

## REFERENCES

- Abdalla, I.A. ve Al-Homoud, A.M. (2001). Exploring the Implicit Leadership Theory in the Arabian Gulf states, *Applied Psychology: An International Review*, 50 (4), 506-531.
- Berber, A., Rofcanin, Y. (2012). Perceivers As Cognitive Misers: Scale Development For Implicit Leadership Theories In The Context Of MBA Degrees From Turkey, *İşletme Fakültesi Dergisi*. 13(1), 15-44.
- Brodbeck, F.C., (2000), Cultural Variation of Leadership Prototypes Across 22 European Countries, *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 73 (1), 1-29.
- Chiu, C., Hong, Y., Dweck, C.S., (1997). Lay dispositionism and implicit theories of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 19.
- Den Hartog, D.N., House, R.J., Hanges, P.J., (1999). Culture Specific and Crossculturally Generalizable Implicit Leadership Theories: Are Attributes of Charismatic/Transformational Leadership Universally Endorsed. *Leadership Quarterly*, 10(2), 219-256.
- Epitropaki, O., Sy, T., Martin, R., Tram-Quon, S., Topakas, A., (2013). Implicit Leadership and Followership Theories “in the wild”: Taking stock of information-processing approaches to leadership and followership in organizational settings, *The Leadership Quarterly*, 24, 858-881.
- Eroğluer, K. (2014). Örtük Liderlik Üzerine Bir Analiz: İmalat Sektörü Çalışanlarının Kişilik Özelliklerinin Liderlik Algılarına Etkisi, *Ege Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 5(2), 105-147.
- Hemphill, J., Coons, A. (1957). Development of the Leader Behaviour Description Questionnaire, ed. R.M.Stogill- A.E. Coons, *Leader Behaviour: Its Description and Measurement*, Columbus: Ohio State University.
- Hunt, J.G., Boal, K.B. ve Sorenson, R.L., (1990), Top Management Leadership: Inside the Black Box, *Leadership Quarterly*, 1, 41-65.
- Junker, N.M., Dick, R., (2014). Implicit theories in organizational settings: A systematic review and research agenda of implicit leadership and followership theories, *The Leadership Quarterly*, 25, 1154-1173.
- Karahan, A. (2008). Hastanelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 10(1), 145-162.
- Keklik, B., (2012). Sağlık Hizmetlerinde Benimsenen Liderlik Tiplerinin Belirlenmesi: Özel Bir Hastane Örneği, *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi*, 14(1), 73-93.
- Keller, T., (1999). Images of the familiar: Individual Differences and Implicit Leadership Theories, *Leadership Quarterly*, 10(4), 589-607.

Kızıloğlu, A., (2011). Örtük Liderlik Kuramı Bağlamında, Sosyoekonomik Statü (Ses) Gruplarının Liderlik Algılaması, Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Koçel T. (2010). İşletme Yöneticiliği, Beta Yayın, İstanbul.

Lavalley, J.B., (2013). Leadership Schemas: The Influence of Organizational Context on Implicit Leadership Theories. Master of Science. Department of Psychological Sciences College of Arts and Sciences. Kansas State University.

Levy, S.R., Chui, C., Hong, Y., (2006), Lay Theories and Intergroup Relations, Group Processes and Intergroup Relations, 9(1), 5-24.

Ling, W., Chia, R.S. ve Fang, L., (2000). Chinese Implicit Leadership Theory, The Journal of Social Psychology, 140 (6), 729-739.

Lord, R.G, Foti, R.J., de Vader, R. J., (1984). A Test of Leadership Categorization Theory: Internal Structure, Information Processing, and Leadership Perceptions, Organizational Behavior and Human Performance, 34, 343-378.

Lord, R.G., Foti, R.J., ve Phillips, J.S., (1982). A Theory of Leadership Categorization, Hunt, J.G., Sekaran, U., ve Schriesheim, C.A., (Ed.), Leadership: Beyond Establishment Views, Carbondale: Southern Illinois University Pres, 104-121.

Lord, R.G., Maher, K.J., (1991). Leadership and Information Processing: Linking Perceptions and Performance, Boston, Unwin Hyman.

Meindl, J.R., (1995). The Romance of Leadership as a Follower-Centric Theory: A Social Constructionist Approach, Leadership Quarterly, 6 (3), 329-341.

Nye, J.L. ve Forsyth, D.R., (1991). The Effects of Prototype-Based Biases on Leadership Appraisals: A Test of Leadership Categorization Theory, Small Group Research, 22 (3), 360-379.

Shondrick, S.J., Dinh, J.E., Lord, R.G., (2010). Developments in implicit leadership theory and cognitive science: Applications to improving measurement and understanding alternatives to hierarchical leadership, The Leadership Quarterly, 21, 959-978.

Smith, J.A. ve Foti, R.J., (1998), A Pattern Approach to the Study of Leader Emergence, Leadership Quarterly, 9 (2), 147-160.

Sternberg, R.J., (1985), Impilicite Theories of Intelligence Creativity, and Wisdom, Journal of Personality and Social Psychology, 49(3), 607-627.

Tabak, A., Kızıloğlu A., Türköz T. (2013). Örtük Liderlik Ölçeği Geliştirme Çalışması, ODTÜ Gelişme Dergisi, 40, 97-138.

Türetgen, İ.Ö., Cesur, S., (2010). İş Yaşamındaki Yönetici Liderliğe ve Siyasi Liderliğe Yönelik Örtük Liderlik Teorilerinin Karşılaştırılması, İ.Ü. Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenen çalışma. Proje No. BYP 3228. Yönetim Yıl:21 Sayı 67, 52-66.

Kılınc, E., Hasdemir, S. ve Ulusoy, H. (2018). Sağlık Kurumlarında Çatışma ve Çatışma Yönetimi. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 34-47.

*Derleme/Review*

*Makale Geliş Tarihi: 29.01.2019*  
*Makale Kabul Tarihi: 06.02.2019*

## SAĞLIK KURUMLARINDA ÇATIŞMA VE ÇATIŞMA YÖNETİMİ



<https://doi.org/10.35345/johmal.518951> Erhan KILINÇ<sup>1</sup>, Sefkan HASDEMİR<sup>2</sup>, Hatice ULUSOY<sup>3</sup>

### ÖZET

Çatışma sadece yönetim biliminin değil, sosyoloji, psikoloji, antropoloji, ekonomi gibi diğer disiplinlerin de incelediği, günlük hayatın ve iş hayatının içinde var olan toplumsal bir olgudur. İnsanların bir arada yaşayamaya başlamasından itibaren bilinen bu kavram, bireyler, gruplar ve toplumlar arasındaki benzerlikler, ortaklıklar ve uzlaşmaların var olduğu gibi farklılıklar, karşıtlıklar ve olumsuzlukların da var olduğunu ortaya koymaktadır. Kelime olarak birbirine çatmak, anlaşmamak, uyumsuz olmak, sıkıntı, düşmanlık ve kaygı gibi anlamlara gelen çatışma, yönetim literatüründe yapılan ilk çalışmalarda kaçınılması ve yok edilmesi gereken olumsuz bir durum gibi ifade edilmiştir. Sonrasında yapılan çalışmalar, çatışmanın örgütler için kaçınılmaz bir gerçek olduğunu ve bu durumun iyi yönetilirse örgüt ve çalışan yararına kullanılabileceği görüşünü ortaya koymuştur.

Sağlık kurumları, özellikle hastaneler, diğer örgütlere nazaran yapısal ve işleyiş bakımından farklılıkları, sağlık profesyonellerinin mesleki, eğitimsel ve statüsel farklılıkları ve hastanelerdeki faaliyetler arası ilişkilerin çok yönlü ve senkronize olması gibi nedenlerden dolayı çatışmaların sıklıkla yaşanabildiği örgütlerdir. Bu anlamda sağlık örgütlerinde çatışma konusunun incelenmesi önem arz etmektedir. Bu makale sağlık kurumlarında meydana gelen çatışmaların nedenlerini araştırmak ve çatışmaların iyi yönetilmesini sağlamak açısından literatüre katkı sağlamak amacıyla yazılmıştır. Bu kapsamda makalede, ilgili literatür ışığında, sağlık kurumlarında fonksiyonel bir çatışma yönetimi için çözüm önerileri sunulmaya çalışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Çatışma, çatışma yönetimi, sağlık kurumları.

## CONFLICT AND CONFLICT MANAGEMENT IN HEALTH INSTITUTIONS

### ABSTRACT

Conflict is a social phenomenon that exists in everyday life and business life. The science of management and also other disciplines such as sociology, psychology, anthropology and economics are interested in conflict management issues. This concept, which has begun since people started to live together, reveals that there are differences, contradictions and negativities, as there are similarities, partnerships and compromises between individuals, groups and societies. As a word, conflict means, disagreement, non-conformity, distress, hostility and anxiety. Earlier studies in the management literature emphasized that conflict to be avoided and stated as a negative situation to be eliminated. Subsequent studies have shown that conflict is an inevitable fact for organizations and that if this situation is well managed, it can be used for the benefit of the organization and the employee.

Health institutions, especially hospitals, compared to other organizations in terms of structural and operational differences, occupational, educational and statutory differences of health professionals, and the relationship between activities in hospitals, such as multilateral and synchronized because of the reasons such conflicts can occur frequently. In this sense, it is important to examine the issue of conflict management in

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Selçuk Üniversitesi, Beyşehir Ali Akkanat İşletme Fak. erhankilinc@selcuk.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2065-2407>

<sup>2</sup> Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Uyg. Arş. Hastanesi, sefkansat@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1718-1341>

<sup>3</sup> Doç. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, hulusoy@cumhuriyet.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8911-5490>

health organizations. In the light of relevant literature, this paper aimed to assess the causes of conflicts and provide solutions for functional conflict management in health institutions.

**Keywords:** Conflict, conflict management, health institutions

## GİRİŞ

Çatışma, eski zamanlarda genel olarak toplum tarafından, kavga, savaş, mücadele gibi gerek bireyler gerekse gruplar ve toplumsal açıdan birlik ve beraberlik duygusuna zarar veren bir kavram olarak algılanmış ve değerlendirilmiştir (Sarpkaya, 2002, s.416). Hayatta benzerlikle ortaklıkların ve uyumun olması ne kadar normal bir durumsa, çatışmalara neden olabilen farklılıklar hatta karşıtlıkların olması da doğal bir sosyolojik durumdur. Günlük hayatta ve her ortamda ortaya çıkabilen çatışma, genelde farklılıklardan ve bu farklılıklara karşı gösterilen tepkilerin bir sonucudur. Çatışmanın ortaya çıktığı bu ortamlardan biri de insanların ortak bir amacı gerçekleştirmek için bir araya geldikleri işyerleri yani örgütlerdir.

Çatışma, örgütlerde etkinliği, verimliliği, değişimi ve gelişimi olumlu ve olumsuz yönde etkileyebilen faktörlerden birisidir (Şahin vd., 2006, s.553). Bu nedenle, örgütlerde çeşitli düzeylerde ortaya çıkan çatışmaların örgütsel amaçlar doğrultusunda yapıcı ve yaratıcı şekilde kullanılmaları, yöneticilerin zaman ve enerjilerini alan konular arasındadır. Günümüzde çatışma, kaçınılması ve yok edilmesi gereken bir durum ve olgudan çok, olumsuzluklarının bertaraf edilerek iyi yönetilmesi ve faydalanılması gereken sosyolojik ve örgütsel bir olgu olarak görülmektedir (Şimşek vd., 2014, s.351). Özellikle yapısal karmaşıklığı ve dinamikliği yüksek olan sağlık işletmelerinde çatışma kaçınılmaz bir durumdur. Bu anlamda çatışma yönetimi sağlık kurumları için vazgeçilmez ve derinlemesine araştırılması gereken bir konudur.

Bu çalışma, çatışma yönetiminin sağlık kurumlarında önemini ortaya koymak ve sağlık kurumlarındaki çatışmalarla nasıl mücadele edilmesi gerektiği konularında literatüre katkı sağlamak ve araştırmacılara ve uygulayıcılara tavsiyelerde bulunmak amacıyla yapılmıştır. Bu anlamda çatışma yönetimi ile ilgili kavramsal çerçeve ortaya konulmuş; çatışma kavramı, süreci, türleri, nedenleri, yaklaşımları, yarar ve zararları ile hastanelerde çatışma yönetimi, sağlık kurumlarında çatışma kaynakları ve etkileri konuları literatür eşliğinde açıklanmaya çalışılmıştır.

## 1. ÇATIŞMA VE ÖRGÜTLERDE ÇATIŞMA YÖNETİMİ

Bu bölümde çatışma ve örgütlerde çatışma kavramı, çatışma süreci, çatışmanın önemi, çatışmanın yararları ve zararları, çatışma türleri ve çatışmanın nedenleri açıklanmaya çalışılacaktır.

### 1.1. ÇATIŞMA VE ÖRGÜTLERDE ÇATIŞMA KAVRAMI

Günlük hayatta sık olarak kullanılan çatışma kavramı, en genel anlamda kelime olarak, karşılıklı vurmak, birbirine çatmak, söz, iddia veya davranışın birbirini tutmaması, anlaşmazlık, uyumsuzluk, sıkıntı, stres, düşmanlık ve kaygı gibi olumsuz duygu ve davranışları ifade etmektedir (<http://www.tdk.gov.tr>, E.T. 23.12.2018; Akkiraz, 1988, s.1). İngilizce karşılığı 'conflict' olan ve Latince 'conflictus' kökünden gelen çatışma, birbirine vurmak, karşı gelmek anlamlarında kullanılmıştır (Sökmen ve Yazıcıoğlu, 2005, s.2).

Çatışma, bütün toplumlarda var olan ve dinamik bir etkileşim sonucu ortaya çıkan doğal bir olgudur. Çatışma, toplumsal bir olgu olması nedeniyle sadece yönetim biliminin üzerinde durduğu bir kavram değildir; sosyoloji, psikoloji, antropoloji, ekonomi vb. gibi birçok bilim bu kavram üzerinde çalışmaya devam etmektedir (Sökmen ve Yazıcıoğlu, 2005, s.2). Çatışma, farklı bakış açıları ve boyutlarıyla ele alınması, farklı ortamlarda, farklı düzeylerde ve farklı şekillerde ortaya çıkması nedenleriyle birçok tanımı yapılmıştır. Çatışma ile ilgili tanımların ortak noktası ise "uyumsuzluk, anlaşmazlık, zıtlık, karşıtlık, birbirine ters düşme" kelimeleri ile ifade edilmeleridir (Topaloğlu ve Avcı, 2008, s.76).

Çatışma konusunda yapılan ilk çalışmalar incelendiğinde; geleneksel yönetim düşüncesi içindeki yaklaşımların çatışmayı kötü, olumsuz ve istenilmeyen bir durum olarak tanımladığı görülmektedir (Sökmen ve Yazıcıoğlu, 2005, s.3).

Örgütsel çatışma, örgütlerde karar verme, uyum ve iletişimi geliştiren, yaratıcılık ve verimlilik sağlayan stratejik bir aktivite olarak değerlendirilmektedir (Kıdak vd., 2011, s.3-4). Çatışma yönetimi, örgütlerde çatışmayı yatıştırma, çözme ve dönüştürme dâhil olmak üzere tüm çatışma süreçlerinin, çatışmanın başlaması, ilerlemesi, çözme girişimleri ve barıştırma faaliyetleri gibi tüm süreçleri içerecek şekilde kullanılması gerektiği vurgulamaktadır (Eray,2016:132). Örgütsel çatışma; çatışan tarafları, çatışma öncesi ilişkileri, çatışma yaratan konuyu, çatışmada uygulanan strateji ve taktikleri, çatışmanın sonuçlarını ve işletme çevresi üzerindeki etkisi açıklayan bir süreçtir (Sökmen ve Yazıcıoğlu, 2005, s.2). Cihangiroğlu ve arkadaşlarına (2015, s.601) göre ise örgütsel çatışma; örgütsel yaşamda bireyler ve gruplar arasında statü, araç, değer, sosyo-demografik ya da algı farklılıklarından, kıt kaynakların paylaşılmasından, faaliyetlerin tahsisi veya görevlerin dağılımından kaynaklanmaktadır.

## 1.2. ÇATIŞMA SÜRECİ

Çatışma süreci, potansiyel uyuşmazlık, kavrama-kişileştirme, davranış ve sonuç olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır(Gürsoy,2014, s.13).

### 1.2.1.Potansiyel Uyuşmazlık Aşaması

Çatışma sürecinde ilk aşama, çatışmanın oluşmasına neden olabilecek şartların varlığıdır. Bu şartlar her zaman bir çatışmaya dönüşür demek doğru değildir. Ancak çatışmanın ortaya çıkması için bu şartlardan en az birinin olması gerekmektedir(Seyitoğlu,2014, s.40-41).

### 1.2.2.Kavrama ve Kişiselleştirme Aşaması

Bu süreçte potansiyel çatışma, algılanan ve hissedilen çatışmaya dönüşür. Çatışma daha belirgin hale gelir, buna bağlı gruplaşmalar başlar ve huzursuzluklar yaşanır. Bu aşamada çatışmanın ortaya çıkışını doğru algılamak ve kişiselleştirilmemek gerekir. Çatışma, bireyin olaya bakış açısına ve ondan etkilenme durumuna göre değişebilmektedir. Birine göre çatışma olarak görülen olaylar, bir başkası için çatışma olarak görülmeyebilir. Kişinin problemi algılama biçimi ve durumu çatışmaya vereceği cevabı etkiler ve o anki ruh hali olaya vereceği tepkiyi büyük oranda belirler (Seyitoğlu, 2014, s.41).

### 1.2.3.Amaçlar ve Davranış Aşaması

Kişiler arası ilişkilerde iyi niyetin yitilmesi sonucunda (karşısındaki kişinin başarısız olması için ortam hazırlamak, taraf olmak, kıskançlık vb.) oluşan düşüncelerin davranışlara yansıtılmasıyla çatışma sürecinin üçüncü aşamasına geçilmektedir(Gürsoy,2014, s.17). Davranış evresinde yoğunluğuna ve süresine bağlı olarak çatışma artık somut hale gelmiştir. Bu davranışlar, anlaşmazlık ve yanlış anlama seviyelerinden sözlü saldırılar, tehdit, fiziksel saldırı seviyelerine dönüşebilmektedir(Şimşek ve Kingır, 2006, s.51).

### 1.2.4.Sonuçlar Aşaması

Çatışmanın son aşaması çatışmanın sonuçları ile ilgilidir (Bilal, 2014, s.42). Bu aşamada, çatışan taraflar arasındaki etki ve tepkiler, örgütün performansında olumlu ve olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu sonuç çatışma yönetimin nasıl yönetildiği ile doğru orantılıdır (Şimşek ve Kingır, 2006, s.51).

Sonuçlar aşaması kendi arasında işlevsel ve işlevsel olmayan sonuçlar olarak ikiye ayrılmaktadır(Gürsoy, 2014, s.20):

- **İşlevsel sonuç;** grup içerisinde yaşanan çatışma durumunun kişiler arasındaki ilgi ve merakı arttırması, yenilik ve yaratıcılığı geliştirmesi ve çağdaş zamana ayak uydurabilecek kadar değişime açık olmasıdır. Kişiler arası yaşanan çatışma durumu yeni fikirlerin oluşmasını sağlamaktadır.
- **İşlevsel olmayan sonuç ise,** çatışmanın var olduğu bir örgütte, çatışma nedenlerinin temeline inilmeyip, çözüme kavuşturulamaması ile birlikte çatışmanın olumsuz kavramları ile karşılaşılmasıdır. Çatışmanın olumsuz sonuçları arasında iletişimin olumsuz yönde etkilenerek grup içindeki bağlılığın azalması gösterilebilir.

### 1.3. ÇATIŞMANIN ÖNEMİ

Hamad'a (2005) göre, Soğuk Savaş'ın sonu çatışma yönetimi çalışmalarına yeni bir ivme getirmiştir. Bunun temel nedenlerinden biri Doğu Avrupa gibi bölgelerde şiddetli çatışmaların yayılması olmuştur. İç etnik çatışmalar düzeyi, topluluklar ve komşu devletlerarasındaki etnik çatışmalar, araştırmacılar arasında büyük ilgi görmüştür. Çatışma yönetimi ilk olarak 1960'lı yıllarda Blake ve Mouton tarafından yapılan bir çalışmayla bilimsel ilgiyi görmüştür. Bu çalışmada bireyin çatışma ortamında verdiği tepkiler ortaya konmaya çalışılmıştır (Holt ve DeVore, 2005, s.167). Günümüzde çağdaş yönetim anlayışı, çatışmayı, çatışmanın yapı ve sürecini, etkin değişimi oluşturmak için yararlanılan bir araç olarak ele almakta ve etkin değişim ve örgüt geliştirme için gerekliliğini vurgulamaktadır (Kılınç, 1985, s.108; Şahin vd.,2006, s.555).

Herhangi bir örgütte çatışma veya tartışma olmazsa örgüt çağın şartlarına cevap veremez duruma düşebilmektedir. Bu nedenle örgütler çatışmanın ve tartışmanın kapısını devamlı açık bırakmalı ve bunun devamlılığı sağlanmalıdır. Aksi takdirde örgüt çağın gerisinde kalabilir. Çünkü zaman ilerledikçe yeni sorunlar ortaya çıkacaktır. Çatışmalar iyi yönetildiklerinde bir taraftan örgütler için olumsuz etkileri bertaraf edilecek, diğer taraftan örgütlerde farklı davranış biçimleri ve alternatif kararların ortaya çıkmasına ve esnekliğe bağlı yaratıcılığa katkı sağlayacaktır(Seyitoğlu, 2014, s.37).

### 1.4. ÇATIŞMANIN YARARLARI VE AVANTAJLARI

Çatışmanın örgütler açısından yararları ve avantajları aşağıda sıralanmıştır(Seyitoğlu, 2014, s.38; Dursun, 2008:8; Gürsoy, 2014, s.62-63):

- Çatışma ile birlikte bireyler, kendi aralarında yaşadıkları ve dile getiremedikleri sorunları konuşma ve tartışma fırsatını yakalamış olur. Sorunlar daha da büyümeden çözüme kavuşturulur. Böylece çalışma ortamında kişilerin birbiri ile yaşadıkları sorunları içlerine atmadan çözebilmeleri, iyi bir iletişim halinde olmaları ve sorunlarını rahatlıkla ifade ederek kendilerini daha mutlu hissetmeleri sağlanacaktır.
- Çatışma iyi yönetilirse, örgütün zayıf yönleri ortaya çıkararak örgütlere yeni bir strateji belirleme, hatalı ve eksik taraflarını tespit etme ve bu eksiklikleri giderme imkânı ve şansını elde etmesinin sağlar.
- Çatışma, örgütte yetersiz ve etkisiz liderlerin ve yöneticilerin fark edilmesine ve örgütün yeni bir liderlik ve yönetim anlayışının kurulmasını sağlayabilecektir.
- Örgütte farklı hatta zıt fikirlerin rahatlıkla ifade edilebilmesi, daha iyi düzeyde fikirlerin ortaya çıkmasını sağlayacaktır.
- Çatışma çalışanların yaratıcılıklarını ortaya koymasına, örgüt yararına orijinal ve iyi fikirler ortaya çıkarmalarına imkân sağlar.
- Çatışma, iyi yönetildiği zaman kişi ve örgütün daha enerjik olmasını sağlayarak, gelişmesini sağlar.
- Çatışma etkin bir biçimde yönetildiğinde ise bireyler arası ilişkilerin daha da güçlenmesine ve örgüt için yapıcı sonuçlar elde edilmesine olanak sağlar.
- Çatışma, örgüte zarar verebilecek art niyetli kişilerin açıktan ortaya çıkmalarına olanak verir; onların zamanında saptanmasıyla diğer çalışanlara ve örgüte zarar vermeleri önlenir.
- Çatışma anlaşmazlık durumlarının ortadan kaldırılarak örgütte tekrardan birlik ve düzen sağlanmasına katkıda bulunur.
- Çatışma, bir diğer faydası da insan yapısında bulunan saldırganlık dürtüsünün tatmin edilmesini sağlar.

### 1.5. ÇATIŞMANIN ZARARLARI VE DEZAVANTAJLARI

Çatışmanın örgütler açısından zararları veya dezavantajları aşağıda verilmiştir (Bulut, 2009, s.62; Dursun, 2008, s.9; Seyitoğlu, 2014, s.39):

- Örgütte, yapılması gereken rutin işlere harcanması gereken enerjiyi başka yöne harcanmasına neden olur.
- Örgütte zaman, emek ve parasal kayıplara neden olabilir.
- Örgütte çalışanların kutuplaşmasına ve gruplaşmasına neden olur.
- Çalışanlar arasında iletişimi aksamasına ve bağlılığının azalmasına neden olabilir.
- Örgüt içerisinde düşmanlık hissi ve saldırganlık davranışlarının artmasına neden olabilir.
- Takım ruhuna ve işbirliğini zarar verebilir.
- Çalışanların moral ve motivasyonu, iş tatminini olumsuz etkileyerek verimliliği düşürebilir.
- Çalışanlarda stres ve bıkkınlık duygusu meydana getirir. Çalışanların ruh ve beden sağlıklarını bozabilir.
- Bazı durumlarda çalışanların beklentilerinin örgüt amaçlarının üzerine çıkmasına neden olabilir.

## 1.6. ÇATIŞMA TÜRLERİ

Çatışma ve örgütlerde çatışma ile ilgili birçok sınıflandırma (yatay, dikey, çapraz, açık, gizli, hissedilen vs.) bulunmakla birlikte, çatışma temelde fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan çatışma olarak iki başlık altında incelenebilir (Gürsoy, 2014, s.29; Ceylan vd.,2000, s.41).

### 1.6.1.Fonksiyonel Çatışma

Fonksiyonel çatışma, örgütlerin hedeflerine ulaşmasına ve gelişmesine katkı sağlayan çatışmalardır (Gürsoy, 2014, s.29).Örgütlerde statüyü zorlayan ve yeni fikirler yaratılmasına, grup amaçlarının ve faaliyetlerinin tekrar değerlendirilmesine katkı sağlayan fonksiyonel çatışmalar, örgütte değişim isteği artırır ve örgütleri dinamik daha hale getirir (Koçel, 2001, 396). Fonksiyonel olan çatışmalar örgütteki sorunların görülmesini sağlayabileceği gibi, bireylerin kendilerini sorgulamalarını ve görevlerini yerine getirmedeki eksikliklerini görmelerine de kaynaklık edebilir. Bu çatışmalar; örgütte verime, canlılığa, farkındalığa ve değişime neden olmaktadır(Açıköz, 2014, s.44).

### 1.6.2.Fonksiyonel Olmayan Çatışma

İşletmenin amaçlarına ulaşmasını engelleyen ve amaçların gerçekleştirilmesine katkıda bulunmayan çatışmalardır. Bu tür çatışmalar; iki ya da daha fazla kişinin veya grubun yıkıcı fikir ayrılıklarında bulunması olarak ifade edilebilir. Fonksiyonel olmayan çatışmalar, negatif sonuçlar doğuran, örgütsel enerjiyi ve kaynakları boşa kullandıran, psikolojik ortamı tehdit ederek grup birliğini bozan, düşmanlık ve saldırganlık davranışlarını artıran çatışmalardır. Bu çatışmalar negatif ön yargılar, stres, zayıf iletişim, verimliliğin düşmesi hatta sabotaja kadar giden sonuçlar doğurabilmektedir(Şimşek ve Kınır, 2006, s.44; Ceylan vd.,2000, s.41).

## 1.6. ÇATIŞMANIN NEDENLERİ

Çatışmaların ortaya çıkmasında temel faktör, insanlar arasındaki değer, yetenek, amaç, beklenti, kişilik ve algı gibi farklılıklardır (Akkirman, 1998, s.2). Bununla birlikte, belli başlı çatışma nedenleri; işler arası fonksiyonel karşılıklı bağlılık, belirli kaynakların paylaşılması, amaç ve çıkar farklılıkları, algılama farklılıkları, yönetim alanı ile ilgili belirsizlikler, iletişim eksiklikleri, statü farklılıkları, yöneticilik tarzları arasındaki farklılıklar, kişilik farklılıkları ve değişen koşulların öngördüğü yeni nitelikler olarak sıralanabilir.

### 1.6.1. İşler Arası Fonksiyonel Karşılıklı Bağlılık

Örgütlerde farklı işler, kişiler veya gruplar arasında belirli fonksiyonel bağlılıklar vardır. Örgütlerde fonksiyonel bağımlılık, koordinasyon ve ekip çalışması anlayışını zorunlu kılar. Fonksiyonel bağlılık nedeniyle ortaya çıkan çatışmalar genellikle sınırlı kaynakların ortaklaşa kullanımından ileri gelmektedir. Diğer taraftan birimlerin fonksiyonunu zamanında yerine getirmemesi de, o işle ilgili diğer birimlerle arasında çatışmaya neden olur (Koçel, 2001, s.538; Yılmaz ve Eroğlu, 2010, s.143-144).



### **1.6.2. Belirli Kaynakların Paylaşılması**

Örgütlerde birey ve gruplar görevlerini yerine getirebilmek için çeşitli kaynaklara (para, insan gücü, fiziki alan, statü, araç-gereç, malzeme, ilgi, sevgi, şefkat vb.) ihtiyaç duyarlar. Bazen kaynakların birey ve gruplar arasında paylaşılmasında kıyasıya bir rekabet de yaşanabilir. Burada birinin kazancı diğerinin kaybına neden olursa çatışmalar yaşanır (Koçel, 2001, s.538; Şimşek vd., 2014, s.367). Örneğin; hastanede aynı ameliyathaneyi birden fazla cerrahi branşın kullanmak zorunda kalabilmesi, ek sekretere ihtiyacı olan iki poliklinik olmasına rağmen elde var olan bir sekreterin zorunlu olarak başka bir yere verilmesi, para kısıtlılığı nedeniyle yalnızca bir kliniğin istek ve ihtiyaçlarının karşılanması gibi vb. durumlar sağlık kurumlarında çatışmalara neden olabilmektedir.

### **1.6.3.Amaç ve Çıkar Farklılıkları**

Örgütlerde kişiler ve gruplar arasında hedeflenen amaç konusundaki farklı görüşler, çatışma nedenlerinden biridir. Örgütlerde bazen bir birey veya bir grubun amaç ve değerleri ile diğerleri arasında farklılıklar hatta ters düşmeler yaşanabilir (Koçel, 2001, s.538; Eren, 1996, s.461). Örgütlerde bireysel veya grupsal çıkarlar sadece ekonomik nedenler sonucunda değil, aynı zamanda duygusal gerilimlerden de kaynaklı ortaya çıkabilmektedir. Hem duyguları hem de mantıkları ile hareket eden çalışanlar ihtiyaçlarını veya isteklerini gidermek için kısıtlı imkânları ve kaynakları paylaşma veya kullanma konusunda fikir birliğine varamadığında çatışmalar yaşanabilmektedir (Barutçugil, 2004, s.484).

### **1.6.4.Algılama Farklılıkları**

Örgütlerde kişi ya da grupların belirli olay veya gelişme karşısında farklı algılamaları bir çatışma nedeni olabilmektedir. Bu algı farklılıkları; bilgi edinme ve göndermede farklılıklar, bölüm amaçlarındaki farklılıklar, yöneticilik görüş ve uygulamalarında farklılıklar ve yeniliklerin getirdiği yeni bilgi ve görüşlerden doğan anlaşmazlıklar şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Koçel, 2001, s.538; Eren, 1996, s.459).

### **1.6.5.Yönetim Alanı İle İlgili Belirsizlik**

Örgütsel hiyerarşik yapısında emir-komuta zincirinin (kimin kimden sorumlu olduğu), görev, yetki ve sorumlulukların açıkça ve yazılı olarak belirlenmiş olmaması, çalışanlar, gruplar ve birimler arasında çatışmaların meydana gelmesine neden olabilmektedir. Örgütlenme ve koordinasyon eksikliği, bazı görevleri gereğinden fazla kişilerin yapması, bazı işlerinde yapacak kişilerin bulunmaması sonucunu doğurabilmektedir (Yılmaz ve Eroğlu, 2010, s.145; Ertürk, 2009, s.227).

### **1.6.6.İletişim Eksiklikleri**

Örgütlerde iletişim eksiklikleri ve hataları o örgütte kişilerarası iyi ilişkilerin geliştirilmesine engel olur. Örgütlerde çatışmaya neden olan temel iletişim engelleri; anlama güçlükleri, yetersiz bilgi alışverişi ve iletişim kanallarının bozukluğu şeklinde sıralanabilir (Akça ve Erigüç, 2006, s.129-130).

### **1.6.7.Statü Farklılıkları**

Örgüt içerisindeki biçimsel ve biçimsel olmayan statü ve güç farklılıkları, örgüt içi çatışmaların en önemli nedenlerinden biridir. Örgütlerdeki bazı kişi veya grupların kendi statülerini diğerlerinden farklı ve daha fazla prestijli görmeleri, diğer bireylerle aralarında iletişim ve algılama sorunlarına ve çatışmalara neden olabilmektedir (Koçel, 2001, s.538; Ceylan vd.,2000, s.43; Yatkın, 2008, s.12)

### **1.6.8.Yöneticilik Tarzları Arasındaki Farklılıklar**

Örgütlerde yöneticilerin yönetim tarzları ve alışkanlıkları, astlarıyla olan ilişkilerinde çatışmalara düşmelerine neden olabilmektedir. Örneğin, iyi teknik beceriye sahip teknik çalışanla teknik konularda merkezi bir yönetim tarzını benimseyen yönetici arasında çatışma çıkması beklenen bir durumdur (Ertürk, 2009, s.228).

### **1.6.9.Kişilik Farklılıkları**

Örgütlerde çalışanların farklı kişilikte olmaları, farklı amaç ve değer yargılarına sahip olmaları, A tip kişilik veya B tipi kişilik özelliği taşımaları, öfkeli veya stresli kişilikte olmaları, özgürce hareket etme isteklerinin bulunması gibi birçok kişilikle ilgili durum, çalışanlar arasında yaşanan çatışmaların önemli nedenleri arasında sayılabilir (Wall, 1995, s.518; Şimşek vd.,2014, s.360).

### **1.6.10.Değişen Koşulların Öngördüğü Yeni Nitelikler**

Bireylerin değişen koşullar nedeniyle farklı roller üstlenmesi gerekebilir. Örneğin, bir üst kademeye yükselen yönetici yeni görevinin gerektirdiği davranış biçimini sergileyemeyebilir. Yöneticiler görevleri yükseldikçe uzmanlıktan profesyonel yöneticiliğe doğru bir değişim yapmak zorundadır (Ertürk, 2009, s.230).

## **1.7. ÇATIŞMAYA İLİŞKİN YÖNETSEL YAKLAŞIMLAR**

Çatışmayı farklı biçimlerde yorumlayan üç temel yaklaşım bulunmaktadır (Şahin vd.,2006, s.555; Kılınç, 1985, s.108; Sarpkaya, 2002, s.418-419). Bunlar;

### **1.7.1.Geleneksel Yaklaşım**

Geleneksel bakış açısı veya felsefesi, 19 yüzyılın görüşü olan ve 1940'lara kadar süren bir yaklaşımdır. Geleneksel yaklaşım, çatışmanın yaratıcılık, verimlilik, değişim ve gelişim gibi olumlu etkilerini değerlendirmeyip, örgütsel açıdan kaçınılması gereken bir durum gibi gören ve yıkıcı özellikleri üzerine yoğunlaşan bir anlayıştır. Geleneksel yaklaşıma göre yönetici, çatışma durumunu örgütün işleyişini olumsuz yönde etkileyerek iş veriminin düşmesine neden olacağını düşündüğünden çatışmayı ve nedenlerinin hemen ortadan kaldırılması gerekir. Yine bu görüşe göre çatışma konusuna yaklaşmaktan çok uzaklaşmak, zor kararlar alamamak ve mutlu aile görüntüsünü sürdürmek bu yaklaşımın sık karşılaşılan görüntüsüdür (Kılınç, 1985, s.108; Şahin vd.,2006, s.555).

### **1.7.2.Davranışsal Yaklaşım**

Geleneksel yaklaşım, örgütsel ihtiyaçlar, amaç, beklenti ve çıkarlar noktasında birey ve gruplar arasında ortaya çıkan her türlü çatışmayı fonksiyonel olmaktan uzak ve organizasyona zarar verici oluşumlar şeklinde görmesine karşın, davranışsal yaklaşım organizasyonda ortaya çıkan çatışmalardan bir kısmının bazı sorunların varlığına işaret etmeleri ve söz konusu sorunlara daha sağlıklı çözümler getirebilmesi için önemli olduğuna inanmaktadır (Kılınç, 1985, s.108; Gürsoy, 2014:, s.7-8).

### **1.7.3.Etkileşimci Yaklaşım**

Günümüzün en çok kabul gören görüşü olan bu yaklaşıma göre çatışma kaçınılmazdır ve yoğunlaşan çatışmanın çözüme kavuşturulması zorunludur. Organizasyonların etkinliğini devam ettirebilmesi için belli bir düzeyde çatışma olması da zorunludur (Kılınç, 1985, s.108). Çatışma durumunu sadece örgüt ve çalışanlarının yararı için desteklemeli ve etkin bir şekilde yönetmelidir. Bu sayede grup içerisindeki işbirliğini ve uyumu sağlayarak iş tatmini seviyesinin de yükselmesine yardımcı olunabilir (Gürsoy, 2014, s.8-9).

## **2. HASTANELERDE ÇATIŞMA YÖNETİMİ**

Yataklı tedavi kurumları, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır” (YTKİY, 2018). Hastaneler organizasyon açısından, 24 saat hizmet esaslı, matriks yapıda faaliyet gösteren, karmaşık, açık-dinamik sistem şeklinde çalışan hizmet örgütleridir (Tengilimoğlu, 2014, s.133-137).

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet gruplarına göre ve sağlık kurumlarının da diğer örgütlere bazı özellikleri ile önemli farklılıkları bulunmaktadır. Bunlar; sağlık hizmetleri tüketimi rastlantısaldir, ikamesi yoktur, hizmetin alınması hayatidir, ertelenemez, hizmetin kapsamını ve verilmesini tüketiciler değil hekimler belirler, tüketici davranışları irrasyoneldir, müşteri

memnuniyetini ve hizmet kalitesini önceden belirlemek zordur (Tengilimoğlu, 2014, s.39-42; Kavuncubaşı, 2000, s.50). Sağlık kurumları diğer örgütlere göre; uzmanlaşma seviyesinin ve işlevsel bağımlılığın yüksek olması, daha çok mesleki hedeflerine önem veren profesyonellerin çalışması, ikili (matriks) otorite hattı olması, denetim mekanizmasının etkin kurulamaması, hata ve belirsizlikler karşısında tolerizasyonun düşük olması gibi farklılıklar içerir (Kavuncubaşı, 2000, s.52-56).

Çatışma yönetimi hastaneler için hayati öneme sahip bir konudur (Aslan, 2004, s.602). Hastaneler diğer kuruluş veya organizasyonlardan farklı olarak pek çok meslek grubunu bünyesinde barındıran hizmet kuruluşlarıdır. Farklı uzmanlık alanlarına sahip meslek mensuplarının aynı çalışma ortamında kollektif çalışmalarının zorunluluğu, iş ortamında meslek grupları arasında güç mücadelelerini ve çatışmaları da kaçınılmaz hale getirmektedir.

Modern yönetim anlayışı, çatışmaların bastırılması yada tamamen ortadan kaldırılması yerine, örgütlerde ortaya çıkan yüksek veya düşük düzeyli çatışmalara müdahale edilerek, örgüt için optimum bir çatışma düzeyinin sağlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır (Akkirman, 1998, s.1). Bu anlamda hastanelerde çatışmanın olması yapısal karmaşıklığın ve dinamikliği bir sonucu olduğu kadar, bu çatışma düzeyinin optimum bir seviyede tutulması da hayati bir gerekliliktir.

## **2.1. HASTANELERDE ÇATIŞMANIN KAYNAKLARI**

Çatışmaların temel kaynakları; bireysel farklılıklar, uyumsuzluklar, anlaşmazlıklar, algılama farklılıkları, rekabet ve zıtlıklara dayanmaktadır. Bireylerin bulunduğu her ortamda çatışmalar, uyuşmazlıklar ve fikir ayrılıkları olması doğal bir durumdur. Burada önemli olan çatışmadan gereği gibi yararlanabilmek ve çatışmanın olumsuz sonuçlarını azaltabilmektir (Şahin vd., 2006, s.554).

Hastanelerde birçok çatışma nedeni olabilmekle birlikte belli başlı çatışma nedenleri aşağıda verilmiştir.

### **2.1.1.İletişime ilişkin Nedenler**

Genel olarak hastaneler iletişim ve koordinasyon sağlamada güçlük çekilebilen örgütlerdir. Hastane örgütlerinde özellikle hekimler ile özellikle hemşireler arasında iletişim problemleri yaşanabilmektedir. Gürsoy tarafından (2014) hekim davranışlarının hemşire memnuniyeti ve işe devam etme durumuna etkisine yönelik yapılan bir araştırmada hekimlerin, sağlık çalışanlarına yönelik gösterdiği yıkıcı davranışların (sesini yükseltme, meslektaşları ve hasta yakınlarının önünde azarlama, saygısızlık...) ekibin moralini ve motivasyonunu düşürdüğü ortaya çıkmıştır. Hekim davranışları nedeni ile işten ayrılan hemşire sayısının fazla sayıda olduğu tespit edilmiştir (Gürsoy, 2014, s.14-15). İletişim problemleri, hastaneleri ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hastanelerdeki uzmanlık seviyelerindeki farklılıklar ve matriks yapıda organizasyon olmanın verdiği zorluklar, kişiler ve birimler arası etkileşimin oldukça yüksek düzeyde gerçekleşmesini zorunlu kılmaktadır (Karahana,2007, s.108).

Huan ve Yazdanifard'a (2012) göre, yoğun bakım ünitesinde acil serviste ve ameliyathanede yanlış veya hatalı iletilen bilgiler, çatışan taraflar arasında yaygın şekilde rastlanılmaktadır. Çatışmalara neden olan iletişime ilişkin temel faktörler (Akça ve Erigüç, 2006, s.129); anlam güçlükleri, yetersiz bilgi alışverişi ve iletişim kanallarının bozukluğu şeklinde sıralanabilir. Örgüt içerisindeki potansiyel uyuşmazlık konularına dikkat edilmesi ve bu konularda adaletli ve uygun çözümler sunulması uyuşmazlıkların sona erdirilmesinde katkı sağlayabilir.

### **2.1.2.Karşılıklı Görev Bağımlılığı (İşlevsel bağımlık)**

Hastaneler, yürütülen işler bakımından birbirleriyle karşılıklı olarak bağımlı olan bölüm ve kısımlardan oluşurlar. Birinin yaptığı iş diğerinin yaptığı işi etkilemektedir. Eğer işler arasında yeterli organizasyon ve koordinasyon sağlanamazsa örgütte karmaşa, çatışma veya kaynak israfı meydana gelebilmektedir. Hastanelerdeki faaliyetler arası ilişkilerin çok yönlü ve senkronize bir şekilde olması hastanenin amaçlarına etkin bir şekilde ulaşabilmesi açısından oldukça önemlidir (Karahana, 2007, s.112).

### **2.1.3.Yönetim Alanı ile İlgili Belirsizlikler**

Örgütlerde çalışanların görev tanımı, yetki ve sorumluluklarının açık bir şekilde yapılmamış olması, yöneticilerin karar vermelerini ve işlerini yürütmelerini güçleştirmektedir. Hastaneler rol ve görev karmaşıklığının en çok yaşandığı kurumlardandır. Hastanelerde rol çatışmasına neden olan önemli nedenlerden birisi de işin doğasıdır. Yani hastaların önceden ne türlü bir işlem aşamasından geçeceği önceden belli değildir. Her bir hastanın aldığı hizmet ve hizmet bileşimi birbirinden farklılık gösterebilmektedir(Karahan, 2007, s.117).

### **2.1.4.Etkin Ekip Çalışmasının Uygulanamaması**

Günümüz örgütlerinde hedeflere ulaşabilmek açısından ekip çalışması çok önem taşımaktadır (Karahan, 2007, s.119). Ekip çalışması, sağlık kurumlarındaki işlevsel bağımlılığın bir gerekliliği olup, sağlık profesyonelleri arasındaki mesleki amaç, beklenti ve faaliyetlerin ortak bir amaç doğrultusunda birleştirildiği ve eşgüdümlediği kararsal ve görevsel işbirliğini ifade etmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.324). Günümüzde nitelikli sağlık hizmeti sunabilmenin temel koşullarından biri, alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin varlığı, bir diğeri ise bu profesyonellerin birbirleri ile yakın işbirliği ve iletişim içinde, ekip anlayışı doğrultusunda çalışmasıdır [Hall ve Weawer 2001). Yapılan bir çalışmada hekimlerin ekip çalışmasına daha geleneksel baktıkları yani hekimi her zaman ekibin lideri olarak gördükleri saptanmıştır (Ulusoy ve Moroğlu 2009 s.57). Ekipte hekimin kendisini her zaman karar verici konumda görmesi de çatışmaların kaynağı olabilmektedir.

### **2.1.5.Matriks Yapı**

Hastaneler, kendilerine özgü karmaşık ve dinamik yapıları, birimlerin birbirine fonksiyonel bağımlılığı, aşırı işbölümü ve uzmanlaşmanın olması, hastalara özgü tedavi hizmetlerinin verilmesi gibi sayılabacak birçok nedenden dolayı, matriks bir örgüt yapısı gösterir. Bu durum hastanelerde sıklıkla rol belirsizliği ve rol çatışmasına neden olmaktadır. Örneğin, hem yönetimden ve hem de hekimlerden aldıkları talimatların birbiriyle çelişmesi durumunda hemşirelerin işyerinde ikilem yaşadıkları gözlenmektedir (Akça ve Erigüç, 2006, s.134;Sivuk ve Kıprıs, 2016, s.35)

### **2.1.6.Algılama Farklılıkları**

Bireyler ya da gruplar arasında farklı algılamalar çatışmaya neden olabilmektedir. Örneğin, hekimlerle hemşirelerin kendilerinin ve birbirlerinin rollerini farklı algılamaları çatışma çıkarabilmektedir(Koçel, 2001, s.538; Akça ve Erigüç, 2006, s.132).

### **2.1.7.Kararlara Katılma**

Çalışanların örgütsel kararlara katılma konusu onların verimliğinde ve bağlılığında olumlu etkiler yaptığı bilinmektedir. Ergün (2006) tarafından yapılan çalışmada, hastanelerin % 56'sında sağlık profesyonellerinin kararlara katılmasını sağlayan mekanizmaların bulunmadığı, %38'inde ise toplantılar ve komiteler aracılığı ile katılımın kısmen gerçekleştiği saptanmıştır (Aktaran: Akça ve Erigüç, 2006, s.135). Kararlara katılmama durumu, çalışanlar arasında çatışmalar neden olabilecektir

### **2.1.8.Amaç, Çıkar ve Değer Farklılıkları**

Örgütü oluşturan insanlar arasında inanç, değer, amaç, beklenti, yetenek, kişilik ve algı farklılıklarının olması gayet doğal bir durumdur. Örgütlerde amaçları birbiriyle farklı hatta zıt olan bireylerin ve grupların bulunması ve onların bunun sonucunda giriştikleri mücadele sonucunda çatışma çıkması kaçınılmaz bir durumdur (Akkirman, 1998, s.1; Akça ve Erigüç, 2006, s.133-134).

### **2.1.9.Kaynakların Kıtlığı**

Örgütsel faaliyetler yürütülürken birimler ve çalışanlar birçok kaynağa (para, işgücü, fiziki alan, statü, ilgi, sevgi, şefkat vb.) ihtiyaç duymaktadır. Örgütlerde bu kaynakların paylaşılmasında bazen kıyasıya bir rekabet yaşanabilmekte ve bireyler ve birimler arasında çeşitli çatışmalar yaşanabilmektedir (Koçel, 2001, s.538). Sağlık kurumunda yapılan bir çalışmada hemşirelerin

%79' u yeterli sayıda tıbbi malzemelerin olmayışının hekimlerle olan ilişkilerini zaman zaman gerginleştirdiği iletilmiştir (Akça ve Erigüç, 2006, s.136).

## 2.2. ÇATIŞMANIN SAĞLIK KURUMLARI ÜZERİNDE ETKİLERİ

Çatışma sonucunda birtakım olumlu ve olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Çatışma sırasında veya sonrasında bireyler, genellikle çatışmalardan kaçarak ya da karşı tarafın duygu ve davranışlarına saldırarak tepki gösterirler. Bu durum kişilerin zihninde, geçmişte yaşanan acı dolu deneyimler olarak yerini almaktadır (Akkirman, 1998, s.1). Diğer taraftan çatışma iyi yönetilirse, çalışanlar doğru bildikleri fikirleri rahatlıkla ifade edebilme, örgütte yenilik, değişim ve yaratıcılık gelişerek, kurumsal iletişimi daha etkin hale getirilme imkânı sağlayacaktır.

Çatışma ve çatışma durumları, diğer kurumlarda da olduğu gibi hastaneler için de yapı itibarıyla olumlu ve olumsuz sonuçlar ortaya koyacaktır. Bunlar aşağıda kısaca özetlenmiştir.

### 2.2.2. Çatışmanın Sağlık Kurumları Üzerindeki Olumlu Etkileri

Gürsoy'a (2014) göre kişiler arasında yaşanan çatışma durumu iyi bir şekilde yönetildiği takdirde, örgüt ve çalışanlar açısından olumlu sonuçlar doğurur. Sağlık kurumları diğer örgütlere nazaran çok sayıda ekibin birlikte çalıştığı karmaşık bir örgüt yapısına sahiptir. İyi bir şekilde yönetildiği zaman çatışma yönetiminin sağlık kurumlarındaki olumlu etkileri aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Gürsoy, 2014, s.65; Seyitoğlu, 2014, s.88);

- Sağlık kurumunun daha kaliteli bir hizmet sunabilmesi sağlanmış olur.
- Sağlık çalışanları arasındaki yetki ve görev dağılımı eşit bir biçimde gerçekleşmiş olur. Sağlık çalışanlarının birbirleri ile olan ilişkileri güçlenir, bilgi aktarımı ve uyum için iyi bir seviyeye ulaşılmış olur. Böylelikle başarılı bir ekip oluşturulabilir.
- Çatışma ile çalışanların yeni buluş ve yaklaşımlar için araştırma yapma eğilimleri artacak ve yeni yaklaşımları destekleyecek bulgular elde edilebilecektir.
- Olumlu bir çatışma yönetimi ile sağlık çalışanları hizmet sunumu yaparken kaynak dağıtım sıkıntıları en aza inecektir. Çünkü kaynak ihtiyacı olan birimler doğru ve gerçekçi belirlenir ve dağılım ona göre planlanır.
- Sağlık çalışanları güler yüzlü ve yüksek iş tatmini ve motivasyona sahip bir şekilde hizmet sunumu verirler.
- Sağlık çalışanları kurum içerisinde beklentilerini, olası haksızlık ve eşitsizlik durumları karşısındaki duygu ve düşüncelerini rahat bir şekilde ifade edebilirler. Yöneticiler bu durumu dikkate alır ve gerekli müdahaleyi yapar. Böylelikle korku barındırmayan huzurlu bir çalışma ortamı sağlanmış olur.

### 2.2.3. Çatışmanın Sağlık Kurumları Üzerindeki Olumsuz Etkileri

Sağlık kurumlarında, çalışma ortamının personel üzerinde yarattığı stres, fiziksel ve ruhsal yönden çeşitli sıkıntılar yaşamalarına da yol açmaktadır. Çalışanlar yaşadıkları bu stres durumu ile baş edemedikleri takdirde tükenmişlik durumu ortaya çıkabilmektedir. Yöneticilerin bu konuda özellikle personelin yaşadığı çatışmaları ve çatışmadan doğacak olumsuz sonuçları önceden tespit edip, gerekli önlemleri alması gerekir. Yaşanan bu olumsuz durumlar, çalışanların mutsuz olmasına ve iş performanslarında düşüş yaşamalarına yol açmakta, bunun sonucunda sağlık kurumları açısından maddi ve manevi zararların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Gürsoy, 2014, s.65; Seyitoğlu, 2014, s.88).

## SONUÇLAR VE ÖNERİLER:

Çatışma, tüm toplumlarda görülen sosyal yaşamın doğal bir sonucu olan bir olgudur. Çatışma, insan hayatının tüm boyutlarında (evde, işyerinde, günlük hayatta) görülmektedir. İnsanların uzlaşması, aynı görüşlere sahip olması her ne kadar doğal bir durumsa, birbirinden farklı hatta karşıt görüşlere sahip olmaları, anlaşmazlık yaşamaları da bir o kadar normal bir durumdur.

Çatışma, insanları ortak bir amaca ulaşmak için bir araya getiren örgütlerde sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Günümüzde çatışmanın örgütler açısından her zaman zarar veren ve bir an önce sonlandırılması veya kaçınılması gereken bir durum olmadığı; örgütün gelişme, verimlilik ve örgütsel değişim gibi birçok konuda olumlu katkılar yapan bir olgu olduğu genel bir kabul görmektedir. Bu anlamda örgütlerde çatışma, işletmelerde karar alma, yenilik yapma, problem çözme, çalışanların fikirlerine önem verme ve farklı seslere cesaret verme gibi birçok unsuru destekleyen bir araçtır. Burada önemli olan çatışmayı iyi yönetebilmek, çatışma nedenlerini doğru bir şekilde saptamak ve olumsuzluklarını bertaraf ederek ortak ve uygun çözümler bulabilmektir.

Sağlık kurumları farklı uzmanlık, deneyim ve statüye sahip çalışanların ve meslek gruplarının ekip çalışması ruhu içerisinde hayati bir hizmeti vermeye çalıştığı, hasta memnuniyetinin ve hizmet kalitesinin önceden belirlenmesinin zor olduğu, ikame bir ürünün olmadığı ve matris örgüt yapılı hizmet kuruluşlarıdır. Sağlık kurumlarının bu karmaşık ve dinamik yapısı farklı rolleri olan meslek gruplarının ve birimlerin arasında zaman zaman çatışmaların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu durum eğer iyi yönetilemezse; sağlık çalışanları üzerinde duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve performans düşüklüğü gibi bireysel olumsuzluklara; hasta bakım maliyetini artması, hizmet kalitesinin düşmesi, müşteri kaybı ve işgören devir hızının artması gibi örgütsel olumsuzluklara neden olabilmektedir. Hastane yöneticilerinin sağlık organizasyonlarında karşılaştığı çatışmaların nedenlerini ve etkilerini incelenmesi, çalışanların çatışmaya ilişkin tutum ve davranışlarının araştırılması ve çatışmaların olumsuz sonuçlarını bertaraf edilerek olumlu yönlerinden faydalanılması önemli bir yönetim stratejisi olacaktır.

Yapılan araştırmalar, çalışanların birbirlerine karşı sergiledikleri olumsuz davranışlar ile birlikte çalışma isteklerinin kaybolduğunu, motivasyonlarının düştüğünü açıkça ortaya koymaktadır. Yöneticilerin bu nedenle, çalışanlar arasındaki uyumu ve iletişimi daha da kuvvetlendirmek amacı ile çalışanlarına eşit mesafede davranması, çalışanların sorunlarına karşı duyarlı olması, çeşitli sosyal faaliyetler düzenlemesi ve eğitim programları planlaması gerekmektedir. Sağlık kurumlarındaki yöneticilerin, çalışanlarına değer vererek, onların da yönetim ile ilgili konularda karar verebilmelerine imkân tanınması oldukça önemlidir. Bu sayede sağlık personelinin, yöneticilerine saygı duymaları ve onlarla devamlı bir işbirliği içinde olmaları sağlanabilir. Aynı zamanda bu durum çalışanların kuruma olan bağlılıklarını arttırır ve iş verimini de olumlu yönde etkiler.

***Literatür ışığında hastanelerde çatışma yönetiminin etkin yapılabilmesi için dikkate alınması gereken noktalar aşağıda sıralanmıştır.***

1. Hastanelerdeki faaliyetler arası ilişkilerin çok yönlü ve senkronize olması, hastanelerde farklı uzmanlıklara ve eğitim düzeylerine sahip çalışanların (hekim, öğretim üyesi hekim, hemşire, uzman hemşire, ebe, sağlık teknikeri/teknikeri, tıbbi sekreter ve yardımcı personel vs.) bir ekip olarak hareket etmesi zorunluluğu sonucunu doğurmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kaliteli verilmesi açısından son derece önemli olan ekip çalışması bilincinin ve ekip ruhunun (bir sinerji oluşturularak) tüm çalışanlar tarafından anlaşılmasının sağlanması, ekibin her bir üyesinin değerli olduğu algısının benimsenmesi son derece önemlidir. Sağlık kurumlarında meslekler ve görevler arası statü farklılıkları ve sosyo-demografik farklılıklar bazen çalışanlardan birinin diğerini küçük veya değersiz görmesine neden olabilmektedir. Her bir mesleğin ekip içerisindeki diğer mesleklerin önemini ve gerekliliğini anlaması ve bu konuda üst yönetimin tüm mesleklerin ve görevlerin önemli olduğunu vurgulaması ve onlara adaletli yaklaşması önem arz etmektedir.
2. Nöbet usulü çalışılması nedeniyle oluşacak uykusuzluk, yorgunluk, stres, dikkatsizlik, sosyal yaşamdan izole olma gibi sorunların özenle ele alınması ve özellikle 24 saat veya daha fazla nöbet tutulmasının önlenmesi gerekmektedir.
3. Gerek sağlık bakım hizmetlerinin verilmesi sırasında, gerekse yönetsel kararların alınmasında çalışanların kararlara katılımın sağlanması ve onların fikirlerinin sorulması, hastanelerde çatışma, küskünlük ve gizli düşmanlıkların önlenmesine katkı sağlayacaktır.
4. Sağlık çalışanlarının kurum içerisinde beklentilerini, olası haksızlık ve eşitsizlik durumları karşısındaki duygu ve düşüncelerini rahat bir şekilde ifade edebilmeleri sağlanmalıdır.

5. Sağlık ekibinin tüm üyeleri arasında iyi ilişkiler geliştirilmesi, hizmetlerin kalitesini ve çalışan memnuniyetini artıracak ve çatışmaları azaltacaktır. Doğru ve olumlu iletişim yaklaşımlarıyla yanlış anlamaların ve algılamaların önlenmesi sağlanacaktır. Bu konuda çalışanlara, düzenli iletişim eğitimlerinin verilmesi faydalı olacaktır.
6. Hastanedeki kaynakların etkin yönetimi, adaletli dağıtımı ve kaynak israfının önlenmesi faaliyetleri, birimler arasındaki kaynak paylaşımlarına ilişkin çatışmaları azaltacaktır.
7. Sağlık çalışanları ve birimler arasındaki yetki ve görev adaletli olması olası yıkıcı çatışmaları önleyecektir.
8. Sağlık çalışanlarının yeni fikir, buluş ve yöntem bulmaları konusunda cesaretlendirilmesi ve ödüllendirilmesi fonksiyonel çatışma yaklaşımını güçlendirecektir.
9. Hastane çalışanların görev tanımı, yetki ve sorumluluklarının açık bir şekilde yapılması çatışmaları azaltacaktır.
10. Hastanelerdeki matriks yönetim (ikili otorite) tarzının işlerin aksamasına ve çatışmalara neden olmayacak şekilde düzenlenmesi bir diğer önemli konudur. Bu konuda yöneticilerin ortak hareket etmesi ve çalışanlara yol göstermesi çatışmaları azaltacaktır.
11. Farklılıkların etkin yönetimi önemlidir. Örgüt, çalışanlarının kişisel farklılıklarını göz önünde bulundurarak, bu farklılıklara değer vermeyi ve saygı göstermeyi benimseyen bir yaklaşım sergilemelidir. Hastanelerde “Farklılıklar Yönetimi” yaklaşımı ile “farklılıklarımız zenginliğimizdir” anlayışı benimsenmeli, yöneticiler ile çalışanlar arasında kazan- kazan yönetim politikası gözetilmelidir.

## KAYNAKLAR

- Açıkgöz, G.(2014). Örgütsel Çatışma, Nedenleri, Çözüm Yöntemleri ve Sağlık Çalışanları. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Akça, C. ve Erigüç, G. (2006). Hastane çalışanlarının yöneticileri ve çalışma arkadaşları ile yaşadıkları çatışma nedenlerine yönelik bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(2).
- Akkirman, A. D. (1998). Etkin çatışma yönetimi ve müdahale stratejileri. D.E.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi Cilt:13, Sayı:II, Yıl:1998, ss:1-11
- Arslan, Ş.(2003). Hastane İşletmelerinde Örgütsel Çatışma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi, Konya.
- Aslan, Ş. (2004). Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (11), 599-617.
- Barutçugil, İ. (2004). Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi. İstanbul: Kariyer Yayınları
- Bulut, F.(2009). Hastane Yöneticilerinin Liderlik Özelliklerinin Çatışmayı Yönetme Düzeylerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ceylan, A., Ergün, E. ve Alpkan, L.(2000). “ Çatışmanın Sebepleri ve Yönetimi”. Doğu Üniversitesi Dergisi, (1): 39-51
- Cihangiroğlu, N.,Şahin,B., Teke, A. ve Uzuntarla, Y.(2015). “Hemşirelerin Çatışma ve Mesleki Bağlılık Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, (29): 599-609.
- Dursun, P.(2008). Kocaeli Bölgesinde Yer Alan Tüm Kamu ve Özel Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Çatışma Nedenleri ve Çatışma Yönetim Tarzlarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Eray, T.(2016). Çatışma Yönetimi ve Halkla ilişkiler. Ankara: Nobel Bilimsel Eserler.
- Eren, E. (1996). Yönetim ve Organizasyon (3. Baskı).İstanbul: Beta Basım A.Ş.

- Ertürk, M. (2009). İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon (4. Baskı). İstanbul: Beta Basım.
- Gürsoy, A.(2014). Çalışma Ortamında Çatışma Nedenleri, Çözüm Yöntemleri ve Sağlık Sektörü. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Hall P, Weaver L. (2001) Inter disciplinary education and team work: a longandwindingroad. MedicalEducation35:867 - 875.
- Hamad, A.(2005). “The Reconceptualisation of Conflict Management”, Peace, Conflictand Development: An Interdisciplinary Journal, Vol. 7
- Holt, J. L. ve DeVore, C. J. (2005). Culture, gender, organizational role, andstyles of conflictresolution: A meta-analysis. International Journal of Intercultural Relations, 29(2), 165-196.
- Huan, L. ve Yazdanifard R. (2012). “TheDifference of Conflict Management StylesandConflictResolution in Workplace” . Business &Entrepreneurship Journal,(1): 141-155
- Karahan, A.(2007). Hastane İşletmelerinde Örgütsel Yapıdan Kaynaklanan Çatışmalar ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi, Afyon.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kıdak, L. B., Demir, S., Çeber, E. ve San Turgay, A. (2011). İzmir'de Bir Hastanede Yöneticilerin Çatışma Yönetim Stilleri ve Çalışanların Algılamaları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 14(1).
- Kılınç, T. (1985). Örgütlerde Çatışma: Mahiyeti ve Nedenleri, İ.Ü. Fakültesi Dergisi, İstanbul, 1985, 14(1), ss: 103–124.
- Koçel, T. (2001), İşletme Yöneticiliği, Beta Basım Dağıtım ve Yayınevi, İstanbul.
- Sarpkaya, R. (2002). Eğitim örgütlerinde çatışma yönetimi ve bir örnek olay. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi, 8(3), 414-429.
- Seyitoğlu, B.(2014). Hastane Yöneticilerinin Çalışanları İle Yaşadıkları Çatışma Nedenleri ve Çözüm Yolları Uygulamaları. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Sivuk, D. ve Kıbrıs, Ş. (2016). Sağlık Kurumlarında Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliği: Hemşireler Üzerine Bir Uygulama. Verimlilik Dergisi, (4), 33-50.
- Sökmen, A. ve Yazıcıoğlu, İ.(2005). Thomas Modeli Kapsamında Yöneticilerin Çatışma Yönetimi Stilleri ve Tekstil İşletmelerinde Bir Alan Araştırması. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi,(1): 1-19
- Şahin, A., Emni, F. T. ve Ünsal, Ö. (2006). Çatışma Yönetimi yöntemleri ve Hastane Örgütlerinde Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (15), 553-568.
- Şimşek, M. Ş. ve Kınır, S. (Ed.) (2006). Çağdaş Yönetim Araçlarından Seçmeler. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Şimşek, Ş.,Akgemci Tahir ve Çelik, A. (2014). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütsel Davranış, 8. Baskı, Eğitim Kitapevi, Konya
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Topaloğlu, C., ve Umut, A. V. C. I. (2008). Çatışma, nedenleri ve yönetimi: Otel İşletmelerinde yönetici bakış açısıyla bir inceleme. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(2).



- Ulusoy,H.,ve Moroğlu, D. (2009) Hekim ve Hemşirelerin Ekip alışmasına İlişkin Görüşleri Pamukkale Tıp Dergisi 2(2):55-61.
- Wall,J. (1995). “Conflictand Management”. Journal of Management. Vol:21:3,515-558.
- Yatkin A. (2008) Örgütsel çatışmanın ve performans değerlemenin işgören performansına etkileri. Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, 6- 18
- Yılmaz, A. Ve Eroğlu C. (2010). Meslek Yüksekokulları İçin Davranış Bilimleri ve Örgütsel Davranış (2. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- YTKİY, 2018, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliđi, Bakanlar Kurulu Karar Numarası ve Tarihi: 8/5319 - 10.9.1982, <http://www.ttb.org.tr/mevzuat>, E.T. 23.12.2018
- <http://www.tdk.gov.tr>, E.T. 23.12.2018

Aslan, Ş., Sünbül, F. ve Güzel, Ş. (2018). Mültecilerin Kilis Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 48-58.

*Araştırma/ Research*

*Makale Geliş Tarihi: 29.01.2019*  
*Makale Kabul Tarihi: 06.02.2019*

## MÜLTECİLERİN KİLİS SAĞLIK HİZMETLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ<sup>1</sup>

### THE EFFECT ON KİLİS HEALTHCARE OF REFUGEE



<https://doi.org/10.35345/johmal.518977>,

Prof. Dr. Şebnem ASLAN<sup>2</sup>  
Öğr. Gör. Fatih SÜN BÜL<sup>3</sup>  
Arş. Gör. Şerife GÜZEL<sup>4</sup>

#### ÖZET

Göç, savaş veya afet durumlarının vermiş olduğu zararlardan kaçma ve yaşam güvenliklerini sağlamak amacıyla güvenli gördükleri yerlere gitme işlemi olarak tanımlanır. Günümüzde yaşanan göçler tüm sistemleri etkilediği gibi sağlık hizmetlerini de temelden etkilemektedir. Göç neticesinde birçok sistem yetersizlikle baş etmektedir. Sağlık hizmetleri de göçün neticesinde birçok değişim ve etkileşimi içerisinde barındırmaktadır.

Bu araştırma Kilis ili bünyesine göç eden mültecilerin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi araştırılmak üzere tasarlanmıştır. Araştırmanın evreni, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında Kilis ili bünyesinde bulunan sağlık hizmeti sunucuları, uzmanlar ve sağlık planlayıcılarıdır. Bunlar arasından basit rastgele örneklem yöntemi ile nitel araştırma yöntemlerinden görüşme tekniği uygulanmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında yoğun nüfus artışı beraberinde sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmuştur. Talep artışı sağlık hizmetlerinde yoğunluk ve beraberinde birçok soruna neden olmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Geçici Koruma Altındaki Suriyeliler, Sağlık Hizmetleri, Göç Etkisi

#### ABSTRACT

Migration is described as the act of flee from the damages of war or natural disasters and to go to places seen secure, purposing to sustain life security. As all the other systems, migration lived today affects the very roots of health services. As a result of migration, various systems are trying to cope with insufficiency: and the health services are one of those systems that are going through many changes and interactions within their selves as a result of these migrations

This research is based on immigrant refugees who went to the province Kilis. It is designed to find out the impact on the increase in demand for health care where the immigrants went to. During the research in the providence it is consist between the dates. Between the dates it was run, the scope of the research were the health services suppliers, professionals and health planners within the city of Kilis. Among the simple random sampling method we have chosen for qualitative applying interview technic.

According to the results of the growing intense population in the field is the reason for increasing demand the health care. Because of this new situation the high needs for health care caused for many problems at the same time.

**Keywords:** : Syrians under temporary protection, Health Care, Migration Effect

<sup>1</sup>Ines Academic Research Congress 2016/Alanya'da sözlü bildiri olarak sunulmuş ve özet bildiri olarak yayınlanmıştır.

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sebnemaslan27@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2135-242X>

<sup>3</sup>Kilis 7 Aralık Üniversitesi, fatihsunbul@kilis.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0495-2477>

<sup>4</sup>Selçuk Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, serife\_eren.89@hotmail.com, ORCID ID: [orcid.org/0000-0002-4141-9110](https://orcid.org/0000-0002-4141-9110)

## 1.GİRİŞ

İnsanlık tarihiyle yaşıt olan göç olgusu, farklı nedenlerle insanların oturduğu bir yeri, kesin bir şekilde ya da geçici sürelerle terk etme durumudur (Mutluer, 2003). Başka bir tanımlamaya göre göç; ekonomik, toplumsal veya siyasal nedenlerle bireylerin veya toplulukların bir yerden başka bir yere giderek ikamet etmeleridir (Gündüz ve Yetim, 1996).

Göç, değişik zaman aralıklarında bir bölgeden bir başka bir bölgeye yapılan sonrasında geri dönüş veya göç edilen yerde sürekli kalma amacı içeren coğrafik, toplumsal ve kültürel anlamda bir yer değiştirme hareketidir. Göç; kişisel, ekonomik, siyasal, toplumsal ve çevresel nedenlerden kaynaklanmaktadır (Yalçın, 2004: 14). Bu anlamda göç; bireyin çeşitli toplumsal sebeplerle (ekonomik, sosyal, kültürel) veya özel sebeplerle bulunduğu yeri kendi isteğiyle veya zorunlu olarak değiştirmesidir. Literatürde göç eden kişiye “göçmen veya mülteci” adı verilmektedir(Erol ve Ersever, 2014: 49).

Dünyada küreselleşmenin doğrudan ya da dolaylı etkileri, bölgesel çatışmalar, yoksulluk, teknoloji ve buna bağlı olarak ulaşım ve iletişim olanaklarının gelişmesinden dolayı göç edenlerin sayısı giderek artmaktadır(IOM, 2012).

İnsan yaşamında çok önemli bir yere sahip olan göç, ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasal birçok faktör tarafından etkilenmektedir. Bu durum, göçün, tüm insanları kapsayabilecek genişlikte, toplumlara göre farklı biçimde, zamansal yoğunluğunun ve yönünün farklılığından kaynaklanmaktadır (Mutluer, 2003).

### 1.1. Göç

Günümüzde hızla değişen çevresel, ekonomik, politik ve sosyal yapılar nedeniyle birey ve gruplar göç ederek farklı bir bölgede yerleşik düzene geçmektedirler. Bu kişilere verilen isimler genelde kişilerin göç amaçlarına bağlı olarak değişse de ortak kullanılan terim göçmen olmaktadır (Farley ve ark., 2005). İstatistiklere göre Dünya’da uluslararası göçmen sayısının 1965’de 75 milyon, 1985’de 105 milyon, 2000 yılında 150 milyon, günümüzde ise 214 milyon olduğu tahmin edilmektedir (IOM, 2012).

Dünya nüfusunda göçmenlerin oranı %3.1’dir ve bugün her 33 kişiden biri göçmen olmasına karşın 2000 yılında her 35 kişiden biri göçmendir. Göçmenlerin yüzdesi, toplam dünya nüfusu içindeki payına bakıldığında son 10 yıl içinde %0.2 (%2.9 dan %3.1) artış göstermiştir(IOM 2012). Dünyada göçün yönü, genellikle az gelişmiş ülkelere gelişmekte veya gelişmiş ülkelere, kırsal alanlardan kentsel bölgelere doğrudur (UNFPA, 2014).

Literatürde göçün farklı türlerinden söz edilmektedir. Farklı ölçütler temel alınarak yapılan göç sınıflandırmaları içinde isteğe bağlı göç, zoraki göç, devamlı ya da geçici göç, transit göç, illegal göç, zincirleme göç, aşamalı-aşamasız göç ve bağlantılı göç gibi türlerinden söz edilmektedir (Mutluer, 2003). En sık kullanılan gruplamaya göre göç, iç göç (internalmigration) ve uluslararası göç olarak ikiye ayrılmaktadır (Beşer, 2012).

İç göç, ülke sınırları içindeki belirli alanlar (il, ilçe, bucak, köy) arasındaki nüfus hareketliliğidir. Uluslararası göç ise komşu ülkelere veya daha uzak bölgelere yapılan coğrafi yer değiştirme hareketidir (Beşer, 2012). Göç veren ve göç alan birimler arasındaki farklı düzeylerdeki uzaklık (fiziksel, ekonomik ve kültürel uzaklık), siyasi anlamda göç hareketinin kontrolünün daha belirli olması ve göç edenlerin uyum sorunlarının farklı boyutları gibi noktalar uluslararası göçü iç göçten ayıran özelliklerdir(İçduygu ve Ünal, 1998). Göç, sağlık hizmetlerinin planlanmasından hizmet alımına kadarki bütün evreler üzerinde çok önemli yere sahip olduğu literatür üzerinde bir çok kaynakta görülmüştür.

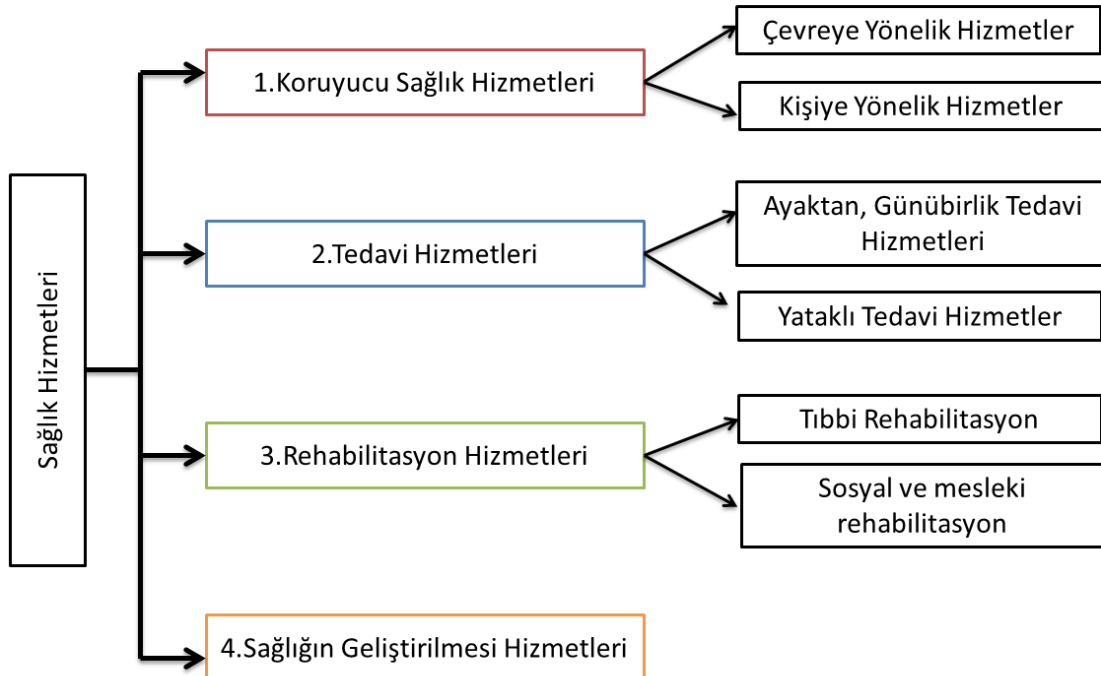
## 1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri hastalıkların teşhisi, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyini geliştirmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı,2010). Sağlık hizmetleri; toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi önceliğinde, hastalıkların tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu amacıyla sağlık kurumları ve kalifiye sağlık çalışanları tarafından sunulan hizmetlerdir(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2000).

Birey ve toplum sağlığını çok sayıda faktör etkilediği için sağlık hizmetlerinin kapsam ve etkisini belirlemek oldukça tartışmalı bir konudur. Eğitim, barınma ve istihdam gibi faktörler, birey ve toplum sağlığına, belki de sağlık hizmetlerinden daha fazla etkide bulunmaktadır (Black ve Gruen, 2005). Barınma, eğitim ve istihdamın geliştirilmesi gibi hizmetler her ne kadar sağlığı etkileseler de öncelikli amacı sağlık durumunu yükseltmek değildir (Kavuncubaşı, 2010). Araştırmanın önemli bir gayesi mültecilerin sağlık hizmetleri üzerindeki maliyet, iş yoğunluğu, performans, verimlilik, hizmet sürdürülebilirlik üzerine etkisini incelemektir.

Aşağıdaki Şekil 1’de sunulduğu gibi Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört ana grupta toplanmaktadır (Kavuncubaşı, 2010). Sağlık kurumları ürettikleri hizmetlerin türlerine göre farklılaşmaktadır. Örneğin bir aile sağlığı merkezi, toplumsal anlamda koruyucu sağlık hizmeti verirken, aynı zamanda tedavi edici sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimi gibi sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de beraberinde verebilmektedir (Atilla, 2016).

Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: Kavuncubaşı, Ş. (2010) ve Atilla, E. (2016). Kaynaklardan oluşturulmuştur.

### 1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumu veya bireyi sağlık düzeylerini veya sağlık statülerini korumak, hastalık etkenini birey veya toplumdan uzak tutma çabası olarak söylenebilir (Tarcan, 2016). Bir başka ifadeye göre toplumu hastalık etkenlerinde uzak tutma veya hastalık etkenlerinin yok edilmesine yönelik hizmetlerdir (Kavuncubaşı, 2010).

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; bağışıklama ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumu iyileştirilmesi gibi hizmetleri içerisine alan bireyin sağlık hizmetleri olarak sağlığını koruma çalışmalarıdır (Atilla, 2016).

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri ise çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenlerin bertaraf edilerek toplum sağlığını bozucu faktörlerin yok edilmesi hizmetleridir (Kavuncubaşı, 2010).

### 1.2.2. Tedavi Hizmetleri

Tedavi hizmetleri sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Yani hastalık etkeniyle sağlığını yitirmiş bireylerin önceki sağlıklı hallerine dönmeleri için verilen hizmetleri içerisine almaktadır (Odabaşı, 1994).

Bu hizmetler ayaktan, gününbirlik ve yataklı tedavi hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Ayaktan tedavi hizmetleri; sağlık durumunu yitirmiş bireylerin başvurdukları sağlık merkezlerinde tedavi hizmetlerinin yapıldıktan sonra aynı gün içerisinde taburcu edildikleri hizmetlerdir (Odabaşı, 1994). Yataklı tedavi hizmetleri ise hastaların sağlık kurumlarına tedavi hizmetleri amacıyla yatışı yapılarak aldıkları tedavi hizmetlerini barındırmaktadır (Atilla, 2016).

### 1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklı olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, 2010). Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır. Bunlar tıbbi rehabilitasyon ve sosyal ve mesleki rehabilitasyon çalışmalarıdır (Arslantaş, 2013). Tıbbi rehabilitasyon; bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon ise sakat veya özürlü olan bireylerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla verilen rehabilitasyon hizmetleridir (Kavuncubaşı, 2010).

### 1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk bireylere aittir (Schulz ve Johnson, 1976). Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Günümüzde birçok hastalığın kökeninde yaşam tarzı veya alışkanlıklar bulunmaktadır (Arslantaş, 2013).

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Yöntemi ve Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışma Suriye'den göç eden geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla geliştirilmiştir. Çalışma için Kilis İl Sağlık Müdürlüğü ile görüşülerek gerekli izinler alınmıştır. Araştırmada katılımcılara üç soru sorulmuştur. Bu sorular şunlardır: "Suriye'den göç eden geçici koruma altındaki Suriyelilerle birlikte hizmet

yoğunluğu ve sağlık hizmeti ihtiyacında nasıl bir değişim görülmüştür?”, “Suriye’den göç eden geçici koruma altındaki sığınmacıların sağlık hizmetleri üzerinde ortaya çıkardığı en önemli problem sizce nedir?” ve “Suriye’den gelen göçlerin; hizmet kalitesi, verimlilik, etkililik üzerindeki etkisi nedir?”. Katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği yapılmıştır.

Araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Bu teknik kapsamında yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Soru formuna göre, görüşme yapılan bireylerin verdikleri bilgiler arasındaki paralellik ve farklılığı saptamak, buna göre karşılaştırmalar yapma hedeflenmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2001). Araştırmada kullanılan soru formu literatür taranarak “Türkiye’de Göç Olgusu, Göç Edenlerin Kentlere Olan Etkileri ve Çözüm Önerileri”, “Göç Kuramları, Göç ve Göçmen İlişkisi”, “Göçün Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri”, “Savaş, Göç ve Sağlık”, “Uluslararası Göç ve Kadın Sağlığı”, “Nüfus ve Nüfus Hareketliliği” gibi akademik kaynaklardan elde edilen veriler oluşturulmuştur.

Araştırmanın elde edilen veriler betimsel veri değerlendirme yöntemi ile elde edilen verilerin aktarılmasından oluşmaktadır. Betimsel analizde, İçerik analizine daha yüzeysel bir yöntemdir; veriler görüşülenden elde edildiği şekilde değiştirilmeden alıntılar şeklinde aktarılır(Altunışık ve diğ., 2010, s.6).

## 2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Suriye’den yaşanan göçlerin Kilis ili Sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini araştırmak için Kilis ili bünyesinde bulunan sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlık hizmetleri konusunda uzmanlar ve sağlık politika belirleyicilerinden oluşan kişiler araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır. Evrenin arasından basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilen 11 katılımcı verilerin daha tarafsız ve bilimsel olması anlamında önemli görülmektedir. Seçilen katılımcılar ile nitel araştırma yöntemlerinden olan görüşme tekniği uygulanmış ve katılımcılarla yüz yüze görüşme sonucu alınan cevaplar kayıt altına alınmıştır.

## 2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 2016 yılı ekim ayında Kilis il sınırları içerisinde sağlık hizmetleri konusunda uzmanlar, sağlık politika belirleyicileri, sağlık hizmeti sağlayıcılar ile görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır.

## 2.4. Araştırmanın Bulguları

**Soru 1:** Suriye’den gelen geçici koruma altındaki Suriyelilerle birlikte hizmet yoğunluğu ve sağlık hizmeti ihtiyacında nasıl bir değişim görülmüştür.

***Katılımcı 1.** F.K.,30, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Klinik Şefi: “En başta dil ve kültür problemi baş gösterdi zamanla aşılsa da hizmetin ulaşılmasında sıkıntıya neden olmuştur. Hizmet yoğunluğu da göçün etkisi olarak artmıştır.”*

***Katılımcı 2.** DU.,36, Erkek Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi Başkanı, Enfeksiyon Klinik Şefi: “Sağlık çalışanları açısından iş yükünün artmasına sebep olmuştur. Göçün ilk yıllarında bina yetersizliği ilk plandaydı. Şu an ek binalar yatak sayısının artırılması ile aşıldı. Ancak personel yetersizliği ortaya çıktı. Göçle birlikte hastaneye gelen hasta kesiminde büyük bir değişim yaşandı. Türk halkı hastaneyi çok az tercih etmekte. Sağlık hizmetleri açısından başvuran hastaların çoğunluğu ağır yaralı olarak hastaneye gelmektedir.”*

***Katılımcı 3.** M.B.,38, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Sağlık İdarecisi: “Tercüman(iletişim) sıkıntısı, iş yoğunluğu ve personel yetersizliği ile hastane bina yetersizliğine neden olmuştur.”*

**Katılımcı 4.** İ.Ş.,41, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Radyoloji Koordinatörü: “Mültecilerin sayısı fazla olduğu için nihayetinde yoğunluk artışı yaşandı. Ancak poliklinik sayısında bir artış görülmedi ve Kilis ili bünyesinde tek kamu hastanesi olması neticesi ile hasta sayısındaki artış birçok alanda yetersizliğe neden olmaktadır ve bunu karşılamakta hastane yetersiz kalabilmektedir.”

**Katılımcı 5.**S.Ç.,35, Kadın, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım Sorumlusu: “Yaşanan göçler neticesinde hizmet yoğunluğu artmıştır. Başvuran hastaların sayılarının artması neticesinde bina yetersizliği ve kalifiye sağlık çalışanı ihtiyaç duyulmuştur.”

**Katılımcı 6.** E.K.,40, Erkek, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğretim Elemanı: “Doksan bin nüfuslu Kilis şehrine, bu şehrin nüfusundan fazla sayıda Suriyeli sığınmacının yerleşmesi çeşitli sosyal, iktisadi, ve kültürel etki yapmıştır. Bu etki sağlık hizmetlerine olan talebi iki katına çıkardığı söylenebilir. Buna karşın sağlık hizmetleri arzı başka illerden gelen sağlık çalışanları(görevlendirme), personel alımı, yeni bina yapımı şeklinde karşılanmaya çalışılmıştır. Yaptığım görüşmeler, gözlemler ve çalışmalar neticesinde hizmet arzı yeterli görülmemektedir.”

**Katılımcı 7.** M.K.,46, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefi: “Sığınmacıların Kilis ili bünyesine katılmasıyla birlikte şehrin nüfusu üzerinde büyük değişim yaşanmıştır. Göç sırasında yaşanan sağlıksız ortam enfeksiyon ve kronik hastalıklara neden olmuştur. Bu enfeksiyon ve kronik rahatsızlıklar yanında akut problemlerin baş göstermesi ile hizmet yoğunluğu üzerinden büyük artışlar yaşanmıştır.”

**Katılımcı 8.** E.K.,32, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Kadın Doğum Uzmanı: “Göçler neticesinde yoğunluk artmış, sağlık hizmeti ihtiyacı da artmıştır. Buna bağlı olarak hekim ve yardımcı sağlık personeli ihtiyacı doğmuştur.”

**Katılımcı 9.**V.İ.,41, Erkek, Kilis İli Halk Sağlığı Müdürlüğü Sağlık idarecisi: “Sağlık hizmeti yoğunluğundan dolayı hastanemize yatamayan bir hasta için Uşak devlet hastanesi ile görüşüldüğüne şahit olmuştum.”

**Katılımcı 10.** A.A., 40, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Kadın Doğum Klinik Şefi: “Sığınmacılarla birlikte özellikle aile planlaması eğitimi sorunu ortaya çıkması dolayı hizmet talebi iki katını aşmış durumda ve bunun neticesinde acil ve kontrol dışı hastalarında artmasına neden olmuştur.”

**Katılımcı 11.** M.Y., 48, Erkek, Kilis İli Halk Sağlığı Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi Yöneticisi: “Koruyucu sağlık hizmetlerine başvuran hasta sayılarının iki katına çıktığını söyleyebilirim. Bunun neticesinde koruyucu sağlık hizmetlerinde hizmet yoğunluğunu getirmiştir.”

**Soru 2:** Suriye’den göç eden geçici koruma altındaki sığınmacıların sağlık hizmetleri üzerinde ortaya çıkardığı en önemli problem sizce nedir?

**Katılımcı 1.** F.K., 30, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Klinik Şefi: “En önemli problem Sağlıklı iletişim ve güvenilir bilgi elde edilmesinin zorlaşması”

**Katılımcı 2.** D.U., 36, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi Başkanı, Enfeksiyon Klinik Şefi: “Öncelikle birkaç önemli problem doğdu. Bunlardan birincisi dil problemi olmuştur. Daha sonra ise doktor ve bina yetersizliğini beraberinde getirmiştir.”

**Katılımcı 3.** M.B.,38, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Sağlık İdarecisi: “Yeterli sağlık personeli ve hastane fiziki ve tıbbi malzeme açısından yetersizliği en önemli problem olarak nitelendirilir.”

**Katılımcı 4.** İ.Ş.,41, Erkek,Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Radyoloji Koordinatörü: “En önemli problem yoğunluktan kaynaklanan kaliteli hizmet anlayışında büyük oranda kayıplar yaşanmıştır.”

**Katılımcı 5.** S.Ç.,35, Kadın, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım Sorumlusu: “Başta dil olmak üzere hastalarla anlaşma ve iletişim problemleri oluşmuştur. Örnek verecek olursak hasta Anamnezini sağlıklı doldurmak güç bu çerçevede yapılan, hasta Anamnez bilgilerini dikkate alamadan müdahale yapmak.”

**Katılımcı 6.**E.K.,40, Erkek, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğretim Elemanı: “Bu konu çeşitli açılardan değerlendirildiğinde; birinci olarak sağlık hizmetleri arzını olumsuz etkilemiş, yük getirmiş, kaliteyi düşürmüştür. Sağlık hizmeti talep eden yerli halk, Kilis’te ki sağlık hizmetlerinde istediğince ve kaliteli olarak yararlanamamaktadır. En yakın il olarak Gaziantep’e gidişler artmıştır. Suriyeli sığınmacılarla aynı ortamda ve aynı binada sağlık hizmeti almak Kilis halkını olumsuz etkilemiştir.”

**Katılımcı 7.** M.K., 46, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefi: “Halk arasında bir ayrışma neden olmuştur. Halkın Suriyeli veya Türk ayrımı gibi ancak kendi halkımız ikici sınıf insan statüsüne düşmüştür.”

**Katılımcı 8.** E.K.,32, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Kadın Doğum Uzmanı: “Takipsiz hastalar ve hastalıklar, daha önce görülmemiş hatta yeteri kadar bilgili olmayan hastalıklar ortaya çıkmıştır.”

**Katılımcı 9.** V.İ., 41, Erkek, Kilis İli Halk Sağlığı Müdürlüğü Sağlık idarecisi: “Bence en önemli problemlerin başında enfeksiyon riski doğmuştur. Daha sonra ise farklılaşan hastalıkların daha önce görülmeven rahatsızlıklar eklenebilir.”

**Katılımcı 10.** A.A.,40, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Kadın Doğum Klinik Şefi: “Hasta takibinin kurulmasında zorluk yaşanması, iletişim ve yapısal sorunlar bunların en başında gelen sorunlardır. Bence diğer önemli faktör ise kaliteli hizmet anlayışının kaybolmasıdır.”

**Katılımcı 11.** M.Y., 48, Erkek, Kilis İli Halk Sağlığı Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi Yöneticisi: “Salgın hastalıklarda büyük artışların yaşanmasına ve hizmet kalitesinde düşüşe neden olmuştur.”

**Soru 3:** Suriye’den yaşanan göçlerle birlikte; hizmet kalitesi, verimlilik, etkililik üzerindeki etkisi nedir?

**Katılımcı 1.** F.K.,30, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Klinik Şefi: “Hizmet kalitesi kötü olmakla birlikte sağlık çalışanlarından kaynaklanmayan iletişim ve güvenlik sorunları neticesinde verimlilikte olumsuz etkilenmektedir.”

**Katılımcı 2.** D.U.,36, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi Başkanı, Enfeksiyon Klinik Şefi: “Gelen kesim genelde yoksul kesim diğer hastanelerdeki gibi yüksek kalite ve verimlilik beklentisi çok zor. Lisans farklı, kültür farklı ve kendi halkına bile yeri geliyor yatak bulamıyorsunuz. Ancak her şeye rağmen hizmet kalitesini gerekli ölçüde tutmak ihtiyacını güdüyoruz.”



**Katılımcı 3.** M.B.,38 Erkek Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Sağlık İdarecisi: “yoğunluk, iletişim, fiziki alan yetersizliği, göç dalgaları gibi etkenler neticesinde hizmet kalitesi ve verimlilik haliyle düşmektedir.”

**Katılımcı 4.** İ.Ş.,41, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Radyoloji Koordinatörü: “Hizmet kalitesinin düşmesinde önemli faktör hizmet talebinin yüksek olması ve bu talebin karşılanması sırasında kültürel farklılığın doğmasıdır.”

**Katılımcı 5.** S.Ç.,35, Kadın, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım Sorumlusu: “Verimlilik seviyesinin düşük olmasında sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu yaşamıştır. Yine aynı sorun hizmet kalitesinin düşmesine de neden olmaktadır.”

**Katılımcı 6.** E.K.,40, Erkek, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğretim Elemanı: “Sağlık hizmetleri arzı ve talebi arasındaki dengesizlik hizmet kalitesinin düşmesine neden olmuştur ve verimliliğin azalmasında yine aynı etken olduğunu söylemek mümkün.”

**Katılımcı 7.** M.K., 46, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefi: “Hizmet kalitesi, verimlilik ve etkililik düşmüştür. Bunu şöyle açıklarsak sağlık çalışanı sayısında bir artış olmamıştır hatta zaman içerisinde azalma görülmüştür. Ancak hasta sayısında göç dalgaları halinde Suriye’den göç eden sığınmacı sayısı artarak ilerlemiştir. Buda hizmet kalitesinin istemeden de olsa azalmasına verimliliğin düşmesine neden olmuştur.”

**Katılımcı 8.** E.K.,32, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Kadın Doğum Uzmanı: “Hasta yoğunluğu nedeniyle kalite, verimlilik azalmış ve iyi niyet usulü çalışma yerleşmiştir.”

**Katılımcı 9.** V.İ., 41, Erkek, Kilis İli Halk Sağlığı Müdürlüğü Sağlık idarecisi: “Şüphesiz ki hizmet kalitesi, verimlilik ve etkililik düşmüştür. Bunun düşmesinde mali, sıhhi ve ergonomik problemler yatmaktadır.”

**Katılımcı 10.** A.A.,40, Erkek, Kilis İli Kamu Hastane Birlikleri, Kilis Devlet Hastanesi Kadın Doğum Klinik Şefi: “Hizmet kalitesinin düşmesine neden olmuş verimlilik konusunda sağlık çalışanlarının motivasyonunu olumsuz yönde etkilemiştir.”

**Katılımcı 11.** M.Y., 48, Erkek, Kilis İli Halk Sağlığı Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi Yöneticisi: “Verimlilik konusunda hizmet yoğunluğunda dolayı tükenmişlik ve motivasyon kaybı yaşayan sağlık personeli, hizmet kalitesi noktasında hasta sayısına yetişebilme için kaliteyi göz ardı edebilmektedir.”

### 3. SONUÇ VE YORUMLAR

Bu araştırma Suriye’den göç eden geçici koruma altındaki sığınmacıların Kilis Sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmış bir çalışmadır. 90 bin nüfuslu Kilis Suriye’de yaşanan savaş neticesinde 2011 yılından itibaren göç almaya başlamıştır. 2017 yılı Kilis valiliği açıklamasına göre Kilis ili bünyesinde yaklaşık olarak 124 bin Suriyeli sığınmacı olduğu gözlenmiştir(www.sozcu.com.tr. Erişim:06.06.2018). Bu yoğun göçler neticesinde Sağlık hizmetlerine olan talebin de arttığı görülmüştür (Gümüş ve Bilgili, 2015, s.63).

Katılımcıların ortak vurguladığı konuların başında hizmet yoğunluğu gelmektedir. Hizmet yoğunluğunun olmasıyla birlikte kaynak yetersizliği baş göstermektedir. Yine hizmet yoğunluğu etkililiği ve verimliliği derinden etkilemektedir. Hizmet yoğunluğu kaliteli hizmet anlayışında tavizlere neden olmaktadır. “Göçün Sosyo-Ekonomik Sonuçları: Suriyeli

Göçmenler Üzerine Bir Uygulama” araştırmasında göçlerin hizmet yoğunluğu üzerinde etkisi ve verimliliği düşürdüğü sonucuna varılmıştır (Kaynak ve Ark., 2016).

Katılımcıların vurguladığı bir diğer nokta ise sağlık hizmetleri noktasında Suriye’den göç eden geçici koruma altındaki Suriyeli sığınmacıların Kilis sağlık hizmetleri üzerinde dil ve kültür problemlerine neden olmaktadır. Dil ve kültür problemleri sağlık hizmetlerinin verimliliği üzerinde doğrudan etkilidir. Aynı zamanda verilen hizmetlerin anlaşılması ve memnuniyet sorunlarının doğmasına neden olmaktadır. “Göçün Kadın Ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri” isimli makalede dil ve kültür problemleri kadın göçmenlerin ruh sağlığını üzerinde etkili olduğu ve aynı zamanda anlaşma veya kendini anlatamama sorunu hizmet anlayışındaki bakış açısını etkilemiştir (Tuzcu ve Ilgaz, 2015). Konya’da yapılan bir başka çalışmaya göre; sağlık hizmetine ulaşamamanın temel nedeninin dil sorunları olduğu ve aile hekimlerinin kayıt yapmak istemedikleri olarak belirtilmiştir (Kara ve Akgün, 2015). Bursa’da yapılan bir çalışmaya göre, hastalandıklarında sağlık kuruluşuna başvuranların oranı %17,1’dir. Sağlık hizmetlerine başvurmama nedenleri olarak, %31,6’sı paralarının olmaması, %26,3’ü ise dil sorunları yaşamaları olarak belirtmişlerdir. Hanelerde yaşayan 0-5 yaş bebek ve çocukların %25,2’sinin sağlık takiplerinin yapıldığı, %40,4’ünün aşılarının yapılmadığı saptanmıştır (Kalkan ve ark., 2015).

Katılımcıların bahsettiği bir diğer problem fiziki alan yetersizliği, nüfus üzerinde büyük artışın yaşanmasıyla birlikte sağlık hizmetine olan talebin artmasına neden olmuştur. Talep artışı, arz üzerinde olan artışın olmamasıyla birlikte ve fiziki alan yetersizliğine neden olmuştur. Türk Tabipleri Birliği Savaş, Göç ve Sağlık bildiri kitapçığında göçlerle birlikte fiziki alan yetersizliği ortaya çıkmıştır (Türk Tabipleri Birliği 2016). Bu konuda “Nüfus, Nüfus Hareketleri ve Göçler” isimli çalışmada göçlerin sağlık hizmetleri üzerinde koruyucu, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri üzerindeki etkileri neticesinde hizmet yetersizliklerine neden olmaktadır (Güler ve Çobanoğlu, 1994).

Suriye’den göç eden sığınmacıların Kilis sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi incelendiğinde katılımcıların bahsettiği durum, sağlık insan gücü (kalifiye sağlık çalışanları sayısı) olmuştur. Hizmet yoğunluğunun oluşmasıyla birlikte kalifiye sağlık çalışanları sayısı yetersiz hale gelmiştir. Bu sayının yetersizliği sağlık hizmeti arzını olumsuz yönde etkilemiştir. Türk Tabipleri Birliği’nin hazırladığı Savaş, Göç ve Sağlık isimli bildiri kitapçığında da göçün sağlık insan gücü üzerindeki etkisinden bahsedilmiştir. Göçlerle birlikte sağlık hizmetleri üzerinde yoğun talep artışları yaşanmıştır. Bu artışlar neticesinde sağlık insan gücü yetersizliği ortaya çıkmaktadır (Türk Tabipleri Birliği, 2016).

Suriye’den göç eden sığınmacılar Kilis sağlık hizmetleri üzerindeki etkisinde katılımcıların bahsettiği bir diğer durum ise enfeksiyon oranlarında artıştır. Enfeksiyon oranları artmış ve beraberinde daha önce görülmemiş rahatsızlıklar ortaya çıkmıştır. Yani geçici koruma altındaki sığınmacıların katılımı ile koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetlerini derinden etkilemiştir. (Türk Tabipleri Birliği, 2016). Enfeksiyon oranların yükselmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin yükünü artırmış. Hasta sayılarında olan artışın tedavi edici sağlık hizmetlerine olan yükü yükseltmiştir. Aynı zamanda sınırın öbür tarafında bir savaş olması rehabilitasyon hizmetleri noktasında büyük külfetler getirmiştir. “Göç Olayının Çocuk Sağlığı Üzerindeki Etkileri” araştırmasında göçle birlikte çocuklar üzerinde bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyonlar üzerinde önemli bir değişim gösterdiği vurgulanmıştır (Aydın, 2016).

#### 4. KAYNAKÇA

- Altunışık, R., Çoşkun, R., Yıldırım, E. Ve Bayraktaroğlu, S. (2010). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri 6.Baskı, Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Arlantaş D., Temel Sağlık Hizmetleri, T.C. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını No:1860 Ocak. 2013. Ss.90 Eskişehir
- Atilla, E.A. Tıbbi Dokümantasyon Ve Sekreterlik Kitabı, Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bölümü, Günışık Kitapevi 2016:207 Ankara
- Aydın, D., Şahin, N., Akay, B. (2016). Göç Olayının Çocuk Sağlığı Üzerindeki Etkileri. 2nd International Congress on Applied Sciences : Migration, Poverty and Employment - UUBK'2016
- Beşer A (2012) Göç, kültür ve sağlık ilişkisi. Kültürlerarası Hemşirelik, 1 sded (Eds Ü Seviğ, G Tanrıverdi). 57-74. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi.
- Black, N., Gruen, R. (2005) Understanding Health Services. Berkshire: Open University Press
- Çağlayan, S. (2006). Göç Kuramları, Göç Ve Göçmen İlişkisi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İlke) Güz:2006 Sayı:17
- Çaman, Ö.K. Ve Özvarış, Ş.B. (2010) Uluslararası Göç Ve Kadın Sağlığı. Sağlık Ve Toplum Dergisi Sayı:4 Aralık 2010
- Erol, M. ve Ersever, O. G. (2014). Göç Krizi ve Göç Krizine Müdahale. *KHO Bilim Dergisi*, 24(1), 47-68.
- Farley T, Galves A, Dickinson M, Perez MJD (2005) Stress, coping, and health: a comparison of Mexican immigrants, Mexican-Americans, and Non-Hispanic Whites. *J Immigr Health*, 7:213-220.
- Güler, Ç. Ve Çobanoğlu, Z. (1994). Nüfus, Nüfus Hareketleri Ve Göçler. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:35 T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara.
- Gümüş, Y., ve Bilgili, N. (2015). Göçün sağlık hizmetlerine etkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimler Dergisi*, 18:01 ss.63
- Gündüz, M. Yetim, N. (1996). Terör ve göç. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı. Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü. 109-115
- IOM (International Organization for Migration) (2012) Facts and figures, 2012. <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/facts--figures-1.html>. Erişim: Ekim 2016
- İçduygu A, Ünal T (1998) Türkiye'de İç Göç. İstanbul, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı Yayını.
- Kalkan, O., Gülay, M., Vatan, İ., Engindeniz F. T., Bakış B., Mutlu, M., Özbek, R. (2014), Bursa İli Osmangazi İlçesinde İkamet Eden Suriyeli Göçmenlerin Temel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Edirne
- Kara, F., Akgün, N. (2015), Konya'ya Yerleşen Suriyeli Mültecilerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmalarının Önündeki Engeller. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Konya.
- Kaynak, S. Ve Arkadaşları. Göçün sosyo-ekonomik sonuçları: Suriyeli göçmenler üzerine bir uygulama, 2nd International Congress on Applied Sciences : Migration, Poverty and Employment - UUBK'2016
- Kavuncubaşı, Ş. (2010). Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Kitabı Siyasal Yayın Evi 2.Baskı Ss:34 Ankara
- Koçak, Y. Ve Terzi, E. (2012). Türkiye'de Göç Olgusu, Göç Edenlerin Kentlere Olan Etkileri Ve Çözüm Önerileri. *Kafkas İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi* Cilt:3 Sayı:3
- Mutluer, M. (2003). "Göç Sorunsalı Üzerine Kuramsal Çerçeve." İstanbul, Çantay Kitabevi.

- Odabaşı Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayın No:409, Ss:29 Eskişehir
- Schulz, R. And Jhonson, A.C. (1976) Management Of Hospitals. New York: Mc Graw Hill Bookrcan, G.Y. Tıbbi Dokümantasyon Ve Sekreterlik Kitabı, Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Yönetimi Bölümü Güneştip Kitapevi 2016:333 Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2000). “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”, Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü Ankara.
- Topçu, S. Ve Beşer, A. (2006). Göç Ve Sağlık. C.Ü. Heşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10(3)
- Tuzcu, A. Ve Ilgaz, Ayşegül. (2015). Göçün Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri PsikiyatrideGncel Yaklaşımlar-CurrentApproaches İn Psychiatry 2015;7(1):56-67
- Türk Tabipleri Birliği Bildirisi (2016). Savaş, Göç Ve Sağlık. Türk Tabipleri Birliği Yayınları Şubat 2016 Ankara
- UNFPA (United Nations PopulationFund) (2014) Migration: a world on themove. <http://www.unfpa.org/pds/migration.html> (retrievedekim, 2016).
- Yalçın, C. (2004). *Göç sosyolojisi*. Anı Yayıncılık
- Yıldırım, A. & H. Şimşek, Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Örnekleri, Ankara: Seçkin Yayınevi, 2011. <https://www.sozcu.com.tr/2018/gundem/kiliste-suriyelilerin-sayisi-turkleri-gecti-2161360/> Erişim tarihi:06.06.2018