



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Bilim Dalı

**HASTANELERİN PERFORMANSI VE KAYNAK YÖNETİMİ İLE HASTANE
YÖNETİCİLERİNİN ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞME VE BAĞLILIK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Tolga AKTAN

Doktora Tezi

Ankara, 2019

HASTANELERİN PERFORMANSI VE KAYNAK YÖNETİMİ İLE HASTANE
YÖNETİCİLERİNİN ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞME VE BAĞLILIK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tolga AKTAN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Bilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2019

KABUL VE ONAY

Tolga AKTAN tarafından hazırlanan “Hastanelerin Performansı Ve Kaynak Yönetimi İle Hastane Yöneticilerinin Örgütsel Özdeşleşme Ve Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 24.06.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İsmet ŞAHİN (Başkan)



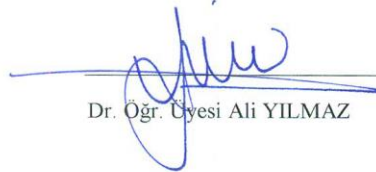
Prof. Dr. Bayram ŞAHİN (Danışman)



Prof. Dr. Yasemin AKBULUT



Doç. Dr. Asuman ATILLA



Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

24.07.2019

 Tolga Aktan

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ay aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolleri çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
 Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sisteminde yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Bayram Şahin** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Tolga Aktaş

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bana liderlik eden tez danışman hocam Sayın Prof. Dr. Bayram Şahin'e sonsuz teşekkür ederim.

Tez izleme komitesinde yer alarak tezimin gelişmesinde bana destek olan Sayın Prof. Dr. İsmet Şahin ve Sayın Prof. Dr. Yasemin Akbulut'a teşekkür ederim.

Çalışmamın saha çalışması için destekçi olan hastane yönetici ve çalışanlarına teşekkür ederim.

Annem, babam, ablam ve abime çalışma disiplinimi elde etmemdeki katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Son olarak çalışmalarım sırasında sabırla benim yanımda yer alan sevgili eşim Berrin ve kızlarım Ayşe Serra ve Elif Rana'ya teşekkür ederim.

ÖZET

AKTAN, Tolga. *Hastanelerin Performansı Ve Kaynak Yönetimi İle Hastane Yöneticilerinin Örgütsel Özdeşleşme Ve Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Doktora Tezi, Ankara, 2019.

Hastanelerde performans ve kaynak yönetimi kavramları sağlık harcamalarının sürekli artması sebebiyle son yıllarda daha fazla önem kazanarak hem örgüt hem de yönetici özellikleri ile ilişkileri konusunda yapılan çalışmalara gereksinim duyulmuştur. Bu çalışmada; hastane ve yönetici özellikleri, yönetici örgütsel özdeşleşme ve bağlılık düzeyleri ile hastane performans ve kaynak yönetimi kapasitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma, İstanbul ve Ankara illerindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı 41 hastane ve 232 hastane yöneticisi üzerinde yapılmıştır. Çalışmada birincil ve ikincil veri kaynakları kullanılmıştır. Birincil veri kaynağı olarak anket yöntemi kullanılarak yöneticilerin demografik özellikleri, örgütsel ve mesleki bağlılıkları, özdeşleşme düzeyleri ile çalıştıkları hastanenin kaynak yönetimi kapasitesi ve algılanan performans düzeyine ilişkin görüşleri belirlenmiş, ikincil veri kaynağı olarak ise araştırma kapsamındaki hastane istatistiklerine başvurularak hastanelerin özelliklerine ve objektif performanslarına ilişkin veriler elde edilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda; hastanelerin faaliyet süresinin ve yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeylerinin hastanelerin algılanan performans düzeyleri üzerinde, hastanelerin türü ve hizmet sunduğu tıp uzmanlığı sayısının objektif performans düzeyleri üzerinde anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur ($P<0,05$). Buna karşın yöneticilerin görevi, cinsiyeti, toplam yöneticilik süresi, çalışmış olduğu hastanedeki yöneticilik süresi, formal yönetim eğitimi alma durumunun ve yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılık düzeylerinin hastanelerin performansı üzerindeki etkisinin anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır ($P>0,05$). Hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi üzerinde ise hastane yöneticilerinin örgütsel bağlılık düzeylerinin güçlü bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır ($P<0,05$). Buna karşın yöneticilerin cinsiyeti, görevi, toplam yöneticilik süresi, bu hastanedeki yöneticilik süresi, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile hastanelerin türü, hizmet sunduğu tıp uzmanlığı sayısı ve faaliyet süresinin hastane kaynak yönetimi kapasitesi üzerindeki etkisinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($P>0,05$). Ayrıca hastanelerin kaynak yönetim kapasitesinin algılanan ve objektif performans üzerinde aracı bir etkisi olup

olmadığı incelendiğinde; objektif performans üzerinde aracı bir etkiye sahip olmadığı buna karşın algılanan performans üzerinde aracı etkiye sahip olduğu görülmüştür ($P<0,05$). Bu sonuçların hastanelerin performans ve kaynak yönetimi kapasitesi ile ilgili iyileştirmeler için önemli ipuçları sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler

Hastane, Mesleki Bağlılık, Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Özdeşleşme, Algılanan Performans, Objektif Performans, Kaynak Yönetim Kapasitesi



ABSTRACT

AKTAN, Tolga. *Assessment Of Relationship Between Hospital Performance And Resource Management With The Level Of Hospital Managers' Organizational Identification And Commitment*, Ph. D. Dissertation, Ankara, 2019.

Due to the continuous increase in health expenditures, the concept of performance and resource management in hospitals has gained more importance in recent years and studies on the relationship between both organizational and manager characteristics have been needed. In this study; the relationship between organizational commitment, professional commitment and organizational identification levels of hospital managers and hospital performance and resource management capacity were investigated. The study was conducted on 232 managers in 41 hospitals in Istanbul and Ankara. Primary and secondary data sources were used in the study. Using the survey method as the primary data source, the demographic characteristics, organizational and professional commitment, identification levels of the managers and the hospital resource management capacity and perceived performance level were determined. As a secondary data source, data on hospital characteristics and objective performances were obtained by applying hospital statistics. As a result of the evaluation; it was observed that the number of hospital type and the number of medical specialties were significantly effective on objective performance ($P < 0,05$), and the perceived performance of hospital managers differed significantly according to organizational identification levels of hospital managers ($P < 0,05$). On the other hand, it was concluded that the effect of managers' duties, gender, total management and the duration of management in the hospital they worked with, and formal management training and the organizational and professional commitment levels of the managers were not significant ($P > 0.05$). On the resource management capacity of the hospitals, it was concluded that the organizational commitment levels of hospital managers have a strong effect ($P < 0.05$). On the other hand, the gender, duty, total and the hospital management period, professional commitment and organizational identification levels, hospital type, number of medical specialties and hospital age were found to be insignificant on hospital resource management capacity ($P > 0.05$). In addition, it has been examined whether the resource management capacity of hospitals has an mediating effect on perceived and objective

performance. It was found that objective performance had no mediating effect but perceived performance had a mediating effect ($P < 0.05$). These results are expected to provide important clues for improvements in hospitals' performance and resource management capacity.

Key Words

Hospital, Professional Commitment, Organizational Commitment, Organizational Identification, Perceived Performance, Objective Performance, Resource Management Capacity



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYINLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvi
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: HASTANELERDE PERFORMANS YÖNETİMİ	6
1.1. PERFORMANS KAVRAMININ TANIMI VE PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİ	6
1.2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS KAVRAMI VE HASTANELERDE PERFORMANS ÖLÇÜMÜ	8
1.3. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE PERFORMANS ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ.....	13
1.4. HASTANELERİN PERFORMANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	16
2. BÖLÜM: HASTANELERDE KAYNAK YÖNETİMİ KAPASİTESİ	18
2.1. KAYNAK YÖNETİMİ KAVRAMI VE HASTANELERDE KAYNAK YÖNETİMİNİN BOYUTLARI	18
2.1.1. Hastanelerde Tesis Yönetimi	21
2.1.2. Hastanelerde İşgücü Yönetimi	23
2.1.3. Hastanelerde Ekipman ve Teknoloji Yönetimi.....	26
2.2. HASTANELERİN KAYNAK YÖNETİM KAPASİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	29
3. BÖLÜM: ÖRGÜTSEL BAĞLILIK.....	31
3.1. ÖRGÜTSEL BAĞLILIK KAVRAMININ TANIMI VE BOYUTLARI	31
3.2. ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	34
3.3. ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞIN ÖRGÜT ÜZERİNDEKİ SONUÇLARI	35
3.4. ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞIN ÖLÇÜLMESİ	37

4. BÖLÜM: MESLEKİ BAĞLILIK	38
4.1. MESLEKİ BAĞLILIK KAVRAMININ TANIMI VE BOYUTLARI	38
4.2. MESLEKİ BAĞLILIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	39
4.3. MESLEKİ BAĞLILIĞIN ÖRGÜT ÜZERİNDEKİ SONUÇLARI.....	40
4.4. MESLEKİ BAĞLILIĞIN ÖLÇÜLMESİ.....	40
5. BÖLÜM: ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞME	41
5.1. ÖZDEŞLEŞME KAVRAMININ TANIMI VE BOYUTLARI	41
5.2. ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	44
5.3. ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞMENİN ÖRGÜT ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ.....	45
5.4. ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞMENİN ÖLÇÜLMESİ.....	46
6. BÖLÜM: GEREÇ ve YÖNTEM	49
6.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	49
6.2. PROBLEM CÜMLESİ.....	71
6.3. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ.....	71
6.4. EVREN VE ÖRNEKLEM	73
6.5. VARSAYIMLAR	74
6.6. VERİ TOPLAMA ARACI VE UYGULAMASI.....	74
6.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	77
6.8. VERİ ANALİZİ	77
6.9. GEÇERLİLİK ANALİZİ.....	79
6.9.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	80
6.9.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları	84
6.10. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ.....	96
7. BÖLÜM: BULGULAR.....	98
7.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANELERİN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	98
7.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANELERİN PERFORMANS DÜZEYLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR.....	103
7.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANELERİN KAYNAK YÖNETİM KAPASİTESİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR.....	105
7.4. ARAŞTIRMAYA KATILAN YÖNETİCİLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR	108

7.5. ARAŞTIRMAYA KATILAN YÖNETİCİLERİN ÖRGÜTSEL VE MESLEKİ BAĞLILIK İLE ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞME DÜZEYLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR.....	110
7.6. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR	114
7.6.1. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	114
7.6.2. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	118
7.6.3. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	121
7.6.4. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Bulgular	125
7.6.5. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Bulgular	129
TARTIŞMA	133
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	146
KAYNAKÇA	152
EKLER	179
EK 1 ORJİNALLİK RAPORU	179
EK 2 ETİK KURUL KARARLARI VE İZİN YAZILARI	181
EK 3 ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANELERİN GENEL VE PERFORMANS GÖSTERGELERİNE İLİŞKİN BİLGİ FORMU	205
EK 4 ANKET	207
EK 5 AÇIMLAYICI FAKTÖR ANALİZİ BİRİNCİ VE ARA MODEL SONUÇLARI.....	213
EK 6 DOĞRULAYICI FAKTÖR ANALİZİ BİRİNCİ VE ARA MODEL SONUÇLARI.....	215
EK 7 YAPISAL EŞİTLİK ARA MODEL SONUÇLARI	221
EK 8 ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTANE YÖNETİCİ SAYILARI VE KATILIM YÜZDELERİ.....	222

KISALTMALAR DİZİNİ

χ^2	Kikare
ALF	Algebraic Logic Functional
APEL	Accreditation of Prior Experiential Learning
CFI	Comparative Fit Index
EFQM	European Foundation of Quality Management
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KYK	Kaynak Yönetimi Kapasitesi
Little-JIL	Little-Job Information Language
Maks.	Maksimum
Min.	Minimum
MVP-L	Microsoft Visual Programming Language
n	Örneklem sayısı
NFI	Normed Fit Index
Ort.	Ortalama
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SAGM	Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
sd	Serbestlik derecesi
Ss.	Standart sapma
TLI	Tucker-Lewis Index
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
β	Standardize Regresyon Ağırlığı

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1 Sağlıkta Performans Ölçüm Sınıflandırması	11
Tablo 2 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin İkinci Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	81
Tablo 3 Kaynak Yönetimi Kapasitesi Maddelerine İlişkin Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	82
Tablo 4 Örgütsel Bağlılık Maddelerine İlişkin İkinci Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	83
Tablo 5 Mesleki Bağlılık Maddelerine İlişkin Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları	84
Tablo 6 Objektif Performansı Tanımlayan Nihai Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	87
Tablo 7 Algılanan Performansı Tanımlayan Nihai Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	89
Tablo 8 Kaynak Yönetimi Kapasitesini Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	91
Tablo 9 Örgütsel Bağlılığı Tanımlayan Nihai Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	93
Tablo 10 Mesleki Bağlılığı Tanımlayan Nihai Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	95
Tablo 11 Örgütsel Özdeşleşmeyi Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları.....	96
Tablo 12 Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	97
Tablo 13 Çalışma Evreninde Yer Alan Hastane ve Yönetici Sayıları ile Katılım Yüzdeleri	98
Tablo 14 Araştırma Kapsamında Yer Alan Hastanelerin Özellikleri	100
Tablo 15 Araştırma Kapsamında Yer Alan Hastanelerin Özellikleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları (Spearman's rho).....	102
Tablo 16 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performans Göstergelerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	103
Tablo 17 Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Hastanelerin Algılanan Performansı ile İlgili Değerlendirmelerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	105
Tablo 18 Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesi İle İlgili Değerlendirmelerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	107
Tablo 19 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Özellikleri.....	109
Tablo 20 Yönetici Özellikleri Arasındaki İlişki Katsayıları (Spearman's rho).....	110
Tablo 21 Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	111
Tablo 22 Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Mesleki Bağlılık Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	112
Tablo 23 Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Örgütsel Özdeşleşme Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	113
Tablo 24 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performans Düzeyini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları.....	116

Tablo 25 Araştırma Kapsamındaki Objektif Performansını Tahmin Eden Nihai Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları	117
Tablo 26 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performans Düzeylerini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları.....	119
Tablo 27 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performans Düzeylerini Tahmin Eden Nihai Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları.....	121
Tablo 28 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları.....	123
Tablo 29 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesini Tahmin Eden Nihai Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları.....	124
Tablo 30 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Başlangıç Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları	127
Tablo 31 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Nihai Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları	129
Tablo 32 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Başlangıç Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları	131
Tablo 33 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Nihai Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları	132
Tablo 34 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin Birinci Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları	213
Tablo 35 Örgütsel Bağlılık Maddelerine İlişkin Birinci Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	214
Tablo 36 Objektif Performans Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	215
Tablo 37 Objektif Performans Maddelerine İlişkin Ara Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	216
Tablo 38 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	217
Tablo 39 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin Ara Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	218
Tablo 40 Örgütsel Bağlılık Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	219
Tablo 41 Mesleki Bağlılık Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	220
Tablo 42 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansını Tahmin Eden Ara Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları	221

Tablo 43 Araştırma Kapsamında Hastanelerden Alınan Anket Sayıları ve Katılım Yüzdeleri	222
---	-----



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 Araştırmanın Kavramsal Modeli.....	6
Şekil 2 Objektif Performans Nihai Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri	87
Şekil 3 Algılanan Performans Nihai Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri	89
Şekil 4 Kaynak Yönetimi Kapasitesi Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri	90
Şekil 5 Örgütsel Bağlılık Nihai Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri.....	92
Şekil 6 Mesleki Bağlılık Nihai Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri	94
Şekil 7 Örgütsel Özdeşleşme Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri	95
Şekil 8 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performans Düzeyini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Model ve Uyum Değerleri	115
Şekil 9 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansını Tahmin Eden Nihai Yapısal Model ve Uyum Değerleri	117
Şekil 10 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performans Düzeylerini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Model ve Uyum Değerleri	118
Şekil 11 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performans Düzeylerini Tahmin Eden Nihai Yapısal Model ve Uyum Değerleri.....	120
Şekil 12 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Model ve Uyum Değerleri	122
Şekil 13 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesini Tahmin Eden Nihai Yapısal Model ve Uyum Değerleri.....	124
Şekil 14 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Başlangıç Modeli ve Uyum Değerleri	125
Şekil 15 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Nihai Model ve Uyum Değerleri.....	128
Şekil 16 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Başlangıç Model ve Uyum Değerleri.....	130
Şekil 17 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Nihai Yapısal Model ve Uyum Değerleri	132
Şekil 18 Objektif Performans Birinci Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri	215
Şekil 19 Objektif Performans Maddelerine İlişkin Ara Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri.....	216
Şekil 20 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri.....	217
Şekil 21 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin Ara Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri.....	218

Şekil 22 Örgütsel Bağlılık Maddelerine İlişkin Başlangıç Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri.....	219
Şekil 23 Mesleki Bağlılık Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri.....	220
Şekil 24 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansını Tahmin Eden Ara Yapısal Model ve Uyum Değerleri.....	221



GİRİŞ

Hizmet sektörü içinde yer alan ve farklı disiplinleri barındıran sağlık sektöründe performans ve kaynak yönetiminin önemi her geçen gün artmaktadır. Sağlık sektörünün, sağlığın korunmasından başlayarak, hastalıkların tedavi edilmesine kadarki tüm süreçleri kapsadığı düşünülürse ve sağlık harcamalarının her geçen gün arttığı dikkate alınırsa performans ve kaynak yönetiminin, sağlık sektörünün tüm süreçlerinde yer alması ve kapsama alanının gün geçtikçe genişlemesi kaçınılmaz hale gelmektedir.

Sağlık harcamalarının ülke bütçeleri içindeki payı büyüktür ve bütçe açıklarına sebep olabilmektedir. Sağlık harcamalarının kontrol altına alınabilmesi ve buna bağlı olarak oluşan bütçe açıklarının kontrol edilebilmesi için performans ve kaynak yönetimi konuları ve buna etki eden faktörlerin belirlenmesi gün geçtikçe önem kazanmaktadır. 1970’li yıllardan itibaren farklı etkenlerle birlikte tıbbi teknolojide meydana gelen gelişmelerin de katkısıyla sağlık harcamaları ülkelerin milli gelirlerinden büyük paylar almaya başlamıştır (Pegels & Rogers, 1988). Sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunum sisteminin sağlanması için özel ve kamu hastane yöneticileri optimum bir maliyette, kaliteli sağlık hizmeti sunmak ve finansal performanslarını artırmak için çaba göstermek durumundadırlar (Çetin, 2007).

Performans, örgütün stratejik planı doğrultusunda oluşturulan faaliyetleri icra eden çalışanların ve/veya örgütün ulaşmak istenen hedeflere yönelik olarak nereye varabildiği ve neyi başarabildiğinin nicel ve nitel olarak ortaya konmasıdır (Bas & Aktar, 1991). Performans kavramı bir örgütte iki temel boyutta ele alınabilir. Birinci boyut işgörenlerin performansını ele alan bireysel performans, ikinci boyut ise örgütün tamamına yönelik olarak ifade edilen örgütsel performanstır (Barutçugil, 2002).

Performans kavramının ölçümü üretim işletmeleri ile birlikte, hizmet işletmelerinde ve hizmet sektörünün bir alt sektörü olan sağlık sektörü için de özellikle 1990’lı yılların başından itibaren önemli ve ölçülmesi gereken bir kavram haline dönüşmüştür. Karmaşık bir hizmet sunum sistemine sahip olan hastanelerde performansın ölçülmesi ilk olarak 1732’de Dr. Clifton ve Florence Nightingale tarafından gerçekleştirilmiştir (Jowett & Rothwell, 1988). 1980’li yılların sonlarında ve 1990’lı yılların başlarında sağlık sektöründeki yöneticiler, imalat sektöründe geliştirilen performans kavram ve

modellerini hastanelere uyarlamaya çalışmışlardır (Berwick, Godfrey, & Roessner, 1991; Roth & Van Dierdonck, 1995; Buler, Leong, & Everett, 1996).

Her sektör (kamu ve özel) ve hizmet alanı için önem düzeyi farklı performans ölçüm yöntemleri ve parametreleri mevcuttur. Sağlıkta ise sonuç ve çıktıyı tanımlamak ve hizmet seviyesini ölçmek diğer sektörlerle kıyasla daha zordur. Sağlıkta performans ölçümünün zorlukları ile ilgili yapılan bir çalışmada performans ölçümü ile ilgili yaşanan zorluklar doğal kaynaklı ve insan kaynaklı olarak ikiye ayrılmıştır. Doğal sebeplerden oluşan problemler özetle olasılık faktörü (vakaların düzensiz ortaya çıkması), düşük frekans (bazı vakaların görülme sıklığının düşük olması), uzun süreli ölçümlerin gerekliliği, sonuçlar üzerindeki kontrolün güç olması, klinik detayların düzeyinin düşük olması ve farklı disiplinleri barındıran geniş kapsamlı bir yapının mevcut olması olarak ortaya konulmuştur. İnsan kaynaklı problemler arasında ise yetersiz bilgi sistemleri, çok fazla ölçüm ve ölçenin olması, sağlık planlarının karmaşıklığı ve sağlık finansmanı yer almaktadır (Eddy, 1998).

Bir faaliyet sonunda ortaya çıkan sonucun düzeyi ile ilişkili bir kavram olan performans kavramına karşılık kaynak yönetimi kapasitesi ise faaliyet henüz başlamadan önce ele alınması gereken bir kavramdır. Ulusal düzeyde yapılan sağlık kaynak planlamasının yanında hastane düzeyinde yapılan kaynak planlaması, sağlık ve tıbbi bakım ihtiyaç ve taleplerini karşılayan kaynak ve süreçleri planlama, örgütleme, yöneltme, kontrol etme ve değerlendirme olarak tanımlanmaktadır (Trent, 1986).

Kaynak yönetimi kapasitesi, hastanelerde maliyet ve finansal performans üzerinde etkili olan önemli yönetsel fonksiyonlar arasındadır (Sox, Stern, Owens, & Abrams, 1989). Daha etkili kapasite ve kaynak yönetim kararlarının benimsenmesinin hastanelerin maliyet, kalite ve finansal performansı üzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı etkilerinin olduğunu ifade eden çalışmalar mevcuttur (Smith-Daniels, Schweikhart, & Smith-Daniels, 1988; Siferd & Benton, 1994; Li & Benton, 1996).

Tıpkı performans yönetiminde olduğu gibi, hedeflenen başarı düzeyinin sağlanması için kaynak yönetimi kapasitesinin de hem hastaneler bazında hem de ulusal düzeyde değerlendirilmesi gerekir. Şüphesiz kaynak yönetiminin ölçümünde kullanılan yöntemler yeni teknolojik ve sosyal gelişmelere göre revize edilmelidir. Değişen nüfus yapısı, yatak

doluluk oranındaki değişimler, kanun ve yönetmeliklerdeki değişiklikler yakından takip edilmeli ve yeni ölçüm yöntemleri belirlenmelidir.

Örgüt performans düzeyinin örgütün stratejik hedefleri (Davis, Dibrell, & Janz, 2002), yeni teknolojilere yatırım ve kullanım düzeyi (Li & Collier, 2000; Hyvönen, 2007; Liang, You, & Liu, 2010) gibi unsurlardan etkilendiği öne sürölmektedir. Hastane performansını etkileyen faktörler üzerine yapılan çalışmalarda, hastanenin bulunduğu konum ve büyüklüğünün performans üzerinde etkisinin olduğunu ifade eden çalışmalarla birlikte (Li & Benton, 1996; Çetin, Aksu, & Özer, 2012) çalışma ortamı, hasta memnuniyet düzeyi gibi değişkenleri performans ile birlikte ele alan bir çalışma da mevcuttur (Minvielle ve diğerleri, 2008). Bunun yanında çalışan ve yönetici bağlılık ve özdeşleşme düzeylerinin hastane performansı üzerindeki etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Li Ling, 1996).

Diğer yandan, örgütsel performansta olduğu gibi örgütlerde kaynak yönetimi kapasitesini ele alan çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda kaynak yönetim kapasitesini belirlemek üzere genellikle talep yönetimi, işgücü yönetimi ve teknoloji yönetimi konuları üzerinde durulmuştur (Jochmann & Leon-Gonzalez, 2004; Jack & Powers, 2009). Kaynak yönetimi kapasitesi üzerinde tesis ve teknoloji yönetimi ile ilgili alınan kararların (Li Ling, 1996) ve klinik mühendislik uygulamalarının etkilerini inceleyen çalışmalarla birlikte (Greenwood, Janvier, Zhang, Heggie, & Yazdanpanah, 2014) sınırlı sayıda da olsa kaynak yönetimi kapasitesinin hasta bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti ile ilişkisini ele alan çalışmalar da mevcuttur (Pitt, Chotipanich, Issarasak, Mulholland, & Panupattanapong, 2016).

Çalışanların davranışlarıyla ilgili olan örgütsel ve mesleki bağlılık ile örgütsel özdeşleşme kavramları örgütsel davranış disiplininin, genel olarak da yönetim disiplininin temel konuları arasında yer almaktadır. Çalışanların, örgütleriyle uyumları, özdeşleşmeleri, bağlılıkları ve iş tatminleri çalışanların bireysel performanslarını etkilemekte, değişen bireysel performanslar da örgütsel performans olumlu veya olumsuz etkilemektedir (Sokmen & Bıyık, 2016).

Örgütsel bağlılık üzerine yapılan çalışmalarda bağlılığın farklı sebeplerden ortaya çıktığı; ödüllendirilen çalışanların bağlılıklarının yüksek olduğu ifade edilmiş (Gaertner &

Nollen, 1989) ve diğer taraftan bağlılıkları yüksek olan çalışanların örgütten ayrılma eğilimlerinin daha düşük olduğu ortaya konulmuştur (Meyer & Allen, 1997).

Bağlılık ile örgütsel performans ve verimlilik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda bu kavramlar arasında pozitif ilişkiler bulunmuştur (Cohen, 1993; Whitener & Waltz, 1993). Ayrıca iş görenlerin ve yöneticilerin mesleki ve örgütsel bağlılıkları ile örgütsel performans arasındaki ilişkiyi inceleyen ve pozitif yönde sonuçlara ulaşan çalışmalar da mevcuttur (Arnold, 1990; Jaros, 1997; Coleman, Irving, & Cooper, 1999). Araştırmacılar örgütlerine daha güçlü bir şekilde bağlı olan yöneticilerin olmayan yöneticilere göre daha verimli çalıştıklarını ve yüksek performans seviyesine ulaştıklarını ortaya koymuşlardır (Cohen, Fink, Gadon, & Willits, 1988; Ostroff, 1992; Lee, Carswell, & Allen, 2000; Testa, 2001).

Gelişmiş sağlık sistemlerinde hastane yöneticilerinin bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeylerinin örgütsel performans ve kaynak yönetim kapasitesine olan etkilerinin incelendiği çalışmaların 1970'li yıllardan beri yapıldığı bilinmekle birlikte, Türkiye'de hastane üst düzey yöneticilerinin kişisel özellikleri ile örgütsel ve mesleki bağlılık ve özdeşleşme düzeylerinin örgütsel performans ve kaynak yönetimi ile ilişkisi konusunda bir çalışmanın yapılmamış olduğu görülmektedir. Türkçe literatürde yapılan çalışmaların daha çok iş görenlerin bağlılığı ile iş doyumu, örgütsel adalet ve işi bırakma niyeti ile performansları üzerinde durduğu (Ülbeği, 2016; Ateş, 2017; Varol, 2017), ancak yöneticilerin bağlılık ve özdeşleşme düzeyleri ile örgütsel performans arasındaki ilişkiler konusunda tatmin edici düzeyde çalışmalara rastlanmadığı bilinmektedir. Bu çalışmada hastanelerin özellikleri ile hastane yöneticilerinin demografik özellikleri dikkate alındıktan sonra yöneticilerin bağlılık ve özdeşleşme düzeylerinin hastanelerin örgütsel performansı ve kaynak yönetim kapasitesi üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın bundan sonraki bölümünde, hastanelerde performans yönetimi başlığı altında performans kavramı, sağlık sektörü ve hastanelerde performans kavramı, hastanelerde performansın boyutları ve ölçümü, hastanelerde performans ölçümünde yaşanan zorluklar, hastanelerde performans ölçüm modelleri, Türkiye Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performans ölçüm çalışmaları ele alınmıştır. Üçüncü bölümde, hastanelerde kaynak yönetimi başlığı altında kaynak yönetimi kavramı ve hastanelerde

kaynak yönetiminin boyutları (tesis yönetimi, işgücü yönetimi, ekipman ve teknoloji yönetimi) ve Türkiye Sağlık Bakanlığı hastanelerinde kaynak planlaması üzerine yapılan çalışmalar ele alınarak kaynak yönetimi hem kavramsal hem de uygulama açısından ortaya konulmuştur. Dördüncü bölümde performans ve kaynak yönetimi kapasitesi üzerinde etkisi olan faktörler hakkında bilgiler verilmiştir. Beşinci bölümde örgütsel performans ve kaynak yönetim kapasitesi üzerinde etkisi olan faktörlerden biri olan örgütsel bağlılığın örgütler açısından önemi ve ölçüm yöntemleri ele alınmıştır. Altıncı bölümde mesleki bağlılık kavramı, örgütsel ve mesleki bağlılık kavramları arasındaki ilişki, mesleki bağlılığı etkileyen faktörler, mesleki bağlılığın sonuçları ele alınmıştır. Yedinci bölümde özdeşleşme kavramı ve gelişimi, özdeşleşmenin boyutları, örgütsel özdeşleşmenin ilişkili olduğu kavramlar, ölçüm yöntemleri ve özdeşleşme hakkında yapılan örnek çalışmalar ele alınmıştır. Sekizinci bölümde araştırmanın gereç ve yöntem, dokuzuncu bölümde bulgular, onuncu bölümde tartışma ve son bölümde sonuç ve öneriler başlıkları yer almaktadır.

1. BÖLÜM

HASTANELERDE PERFORMANS YÖNETİMİ

Çalışmanın bu bölümünde performans kavramı, performans ölçümü, sağlık sektöründeki performans ölçüm modelleri ile Türkiye’deki uygulamaları ele alınmıştır.

1.1. PERFORMANS KAVRAMININ TANIMI VE PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİ

Performans, işletme faaliyetlerini sağlıklı bir şekilde yürütmek ve rekabet avantajı sağlamak için ölçülmesi gereken çok önemli bir unsurdur. Performans ölçümü ile örgütler bulundukları mevcut durumu artı ve eksi yönleri ile ortaya koyarlar. Performans, rekabet avantajı sağlamak için bir örgütün kaynaklarının tedarik edilmesi ve yönetilebilmesi yeteneğidir (Iswati & Anshori, 2007). Başka bir tanıma göre performans; bir faaliyetin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak ortaya koyan bir kavramdır (Aydın & Demir, 2007).

Performans kavramı farklı boyutlardan ele alınabilir. Yöneticilerin performans algısı daha çok maliyet performansı üzerine odaklanırken müşterilerin performans algısı ürün ve hizmetlerin kalitesi çevresinde şekillenir. Performans, yapılan bir faaliyette tüm paydaşların istek ve ihtiyaçları çerçevesinde örgütün tüm bölüm ve işlemlerini içerecek şekilde tanımlanmalı ve ölçülmelidir (Lawson, 1995).

Performans tanımlanırken bireysel ve örgüt performansı ayrı ayrı ele alınmalıdır. Ancak birbiriyle ilişkili olduğu noktaların saptanması hem kavramın doğru anlaşılması hem de farklı boyutlarıyla ölçülebilmesi için önemlidir. Bireysel performans, işgörenin örgüt içinde işini yerine getirmek için harcamış olduğu tüm çabalar karşısında elde ettiği başarı düzeyidir (Morillo, 1990). Diğer bir deyişle bireysel performans, örgütün strateji, vizyon ve misyonuna uygun olarak geliştirilen amaçlara ulaşmak için çalışanın yetenek ve motivasyonu ile ortaya koymuş olduğu davranış ve sonuçları ifade eder. Ölçülebilir bireysel performanslar, faaliyetleri kurumların amacına yaklaştırdığı ölçüde önem kazanmaktadır. Bireysel performansın ölçülebilmesi için öncelikle performans kriterleri belirlenmeli, yapılan faaliyetler kaydedilmeli, ödül kaynakları geliştirilmeli ve yapılan faaliyetlerde verimlilik ve tasarruf gözetilmelidir (Aydın & Demir, 2007). Performans

kriterleri, örgütün stratejisine uygun olarak belirlenen hedeflerine ulaşmada sağlanan gelişme düzeyini ölçmeye yarar. Performans kriterleri örgütün değerlerine uygun olmalıdır. Bu kapsamda yapılan performans değerlendirmesi işgören performansının belirlenmesine imkân verir (Balçık, Yenilmez, & Şahin, 2016).

Örgüt performansı ise, finansal ve operasyonel performans açısından örgütsel etkililiği ifade eder (Saraf, Langdon, & Gosain, 2007). Örgüt performansının, örgütlerin stratejileri ve amaçlarına ulaşmak için kullandıkları araçlar ile ilgili olduğu düşünüldüğünde kavramın geniş bir yelpazede değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir. Bu bağlamda, örgüt performansının etkililik, üretkenlik, verimlilik, karlılık ve kalite kavramları ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Robbins & Barnwell, 2002). Başka bir çalışmada ise bunlara ek olarak çalışma yaşamının kalitesi, yenilik, karlılık ve bütçeye uygunluğun örgüt performansı ile ilişkili kavramlar olduğu söylenmiştir (Benligiray, 1999). Örgütsel performansın ölçülmesinde subjektif ve objektif performans ölçütleri kullanılabilir. Subjektif ölçütler yöneticiler ve/veya çalışanlar tarafından yapılan algısal yargıları içermektedir. Objektif performans ölçütleri ise bir çalışmada finansal (örn. yatırım karlılığı), etkinlik (örn. maliyetlerin satışa oranı) ve diğer göstergeler (müşteri memnuniyeti) olarak ifade edilmiştir (Liang, You, & Liu, 2010).

Örgüt performansının doğru bir şekilde ölçülebilmesi için paydaşların farklı gereksinimlerine cevap verilmesi gereklidir. Ortak ve hissedarların gereksinimleri dışında çalışan ve müşteri gereksinimleri de dikkate alınmalı ve örgüt performansını ölçmede finansal performans boyutuyla birlikte finansal olmayan unsurların da dikkate alınarak örgüt performansının değerlendirilmesi gerekmektedir (Ege & Şener, 2013).

Performans yönetim sistemi, örgütlerde strateji, hedef ve faaliyetlerin belirlenmesi, ölçütlerin konulması, bu ölçütler aracılığıyla düzenli ve sistematik performans bilgisi elde edilmesi, raporlanması ve bu performans bilgilerinden yola çıkarak gerekli performans değerlemelerin ve düzenlemelerin yapılmasını kapsayan bir süreç olarak tanımlanabilir (Ölçen, 2012). Performans yönetim sistemi, örgüt içi ve örgüt dışı yaşanan değişimlere duyarlı olmalı ve tüm paydaşların gereksinimlerini dikkate almalıdır. Çalışanlar daha iyi çalışma koşulları beklerken yöneticiler yüksek karlılık ve daha fazla müşteriye ulaşmayı amaçlarlar. Hissedarlar ise, pazar payının ve kurumun ekonomik değerinin artırılması gibi beklentiler içerisindedir. Bu paydaşların tamamı güvenilir ve sağlıklı performans

bilgilerine sahip olmak istemektedirler. Bütün bu paydaşlarla ilişkilerin sağlıklı bir şekilde yönetilebilmesi için örgütün kurumsal süreçleri ve faaliyet sonuç ve çıktıları hakkında detaylı bilgiler veren etkin bir performans yönetim sistemi kurulmalıdır (Güner & Memiş, 2007).

Performans yönetim sistemi kurulurken performansı her boyutuyla ölçebilecek finansal, faaliyet, kalite, teknik, etkililik, verimlilik göstergeleri belirlenmeli ve bu göstergelere göre ölçümler yapıldıktan sonra performans değerlendirme yapılmalıdır. Tek boyutlu performans yönetim sistemlerinde çalışanlar, resmi kurumlar, kredi verenler gözardı edilerek sadece ortaklara yönelik çalışma yapılır ve genellikle mali veriler üzerinden performans değerlendirmeleri yürütülür. Çok boyutlu performans yönetim sistemleri ise tek boyutluların aksine pek çok açıdan performansı ölçer ve tüm taraflara veri sunmak amacıyla kurgulanır. Böylece çok boyutlu performans sistemleri kullanan örgütler çevresinde meydana gelen değişimlere ayak uydurabilirler (Elitaş & Ağca, 2006). Çok boyutlu performans yönetim sistemleri arasında en yaygın kullanılan ikisi EFQM Mükemmellik Modeli ve Dengeli Puan Cetvelidir. EFQM Mükemmellik modelinde girdiler ve sonuçlar olmak üzere iki farklı grup; liderlik, işgören yönetimi, politika ve strateji, kaynaklar, süreçler, işgören memnuniyeti, müşteri memnuniyeti, topluma etki ve iş sonuçları olarak dokuz ölçüt yer almaktadır (Ölçen, 2012). Dengeli Puan Cetveli ise örgütün strateji, hedef ve faaliyetlerini ölçüm sistemine dönüştürerek stratejik ölçüm ve yönetim için bir çerçeve oluşturmak olarak tanımlanabilir (Kaplan & Norton, 2001).

1.2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS KAVRAMI VE HASTANELERDE PERFORMANS ÖLÇÜMÜ

Sağlık sektörü, insanların yaşam tarzlarından, hastalık risk faktörlerine, sağlık finansmanından ilaç sanayine kadar geniş yelpazede birçok farklı sektör ile ilişkili bir yapıya sahiptir. Hem ulusal çapta sağlık sektörünün performansı hem de sağlık hizmeti veren kuruluşların performansının ölçülmesi için finansal ve operasyonel (finansal olmayan ölçütler) ölçütler oluşturulmalı ve çok boyutluluk özelliğine sahip yöntemler belirlenmelidir. Çok boyutluluk özelliğine sahip performans yöntemlerinin geliştirilmesi ve uygulanması günümüzde sağlık sektöründe de önemli hale gelmiştir. Örneğin, bir hasta için hizmet kalitesi, hekim için arzu edilen sağlık sonuçlarının başarılması, hastane

için finansal sürdürülebilirlik, ödeyici için düşük sağlık bakım maliyetleri ve hasta memnuniyeti farklı performans değerlendirme kriterleridir.

Sağlık sektörüne artan talep ve artan kalite algısı ve bunun sonucunda sağlığa ayrılan kaynakların hızla artmasıyla birlikte özellikle hastanelerde kaynakların etkin kullanımı ve performansının arttırılması daha fazla önem kazanmış ve hastaneler maliyetlerini düşürmenin ve çıktıları iyileştirmenin zorluğu ile yüzleşmişlerdir. Hastanelerde performans ölçümü, mevcut sistemin değerlendirilmesi ve yeni bir sistem geliştirilmesi için etkin bir karar verme aracıdır. Performans ölçümüyle hastanelerin sağlık hizmetlerini iyileştirmeleri konusunda gerçekte ne yaptıklarının tanımlanması ve hastanelerin iyileştirilmesi konusunda yaptıklarının, belirlenmiş hedeflerle karşılaştırması mümkün olacaktır (Choy Lee, 2006).

Sağlıkta performans ölçümü için dört temel amaçtan bahsedilebilir. İlki sonuç çalışması (outcome studies) olarak ifade edilebilecek bazı uygulamaların hastaları nasıl etkilediğinin tespit edilmesidir. İkincisi, kalite geliştirme çalışmalarında ele alınan sonuçların iyileştirilmesidir. Üçüncü amaç farklı sistemlerde, kurumlarda ve sağlık planlarında ulaşılan sonuçların kıyaslanmasıdır. Buradaki zorluk her bir yapının farklılıklarının sonuçlara nasıl yansıdığını saptamanın güçlüğüdür. Dördüncü amaç belirli bir politika, hastalık veya nüfusa dikkat çekmek için sağlık planlarının teşvik edilmesini içerir (Eddy, 1998).

Performansın doğru bir şekilde periyodik olarak ölçümü hasta, sağlık çalışanları ve ödeyici kuruluş gibi paydaşların beklentilerini birleştirerek görevlerin açıkça tanımlanabilmesine, uzun vadeli hedeflerin ve amaçların belirlenmesine ve kısa vadeli hedeflerin hazırlanmasına ve basit ve yönetilebilir girişimlerin tasarlanmasına yardımcı olur. Bu nedenle performans ölçümü pek çok önemli amaca hizmet eder ve performansın etkililiğini artırmak için yapılan çabaların sonuçları ve kullanım kapasitesi hakkında bilgi verir (Kırgın, 2011).

Sağlıkta performans ölçümü yıllar içinde farklı şekillerde boyut kazanmıştır. 18. yüzyılda Pensilvanya Üniversitesi hastanesinde hasta kayıtları, performans ölçümü için takip edilmeye başlanmıştır. 19. Yüzyılda Kırım savaşı sırasında, Florence Nightingale, İngiltere'nin başlıca hastanelerinde ölüm ve enfeksiyon oranlarını performans verisi olarak toplamıştır. 20. yüzyılın başlarında ise, sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık

hizmetlerinin değerlendirilmesinde performans ölçümü, artık uygulanabilir bir araç haline gelmiştir (Loeb, 2004).

Sağlık kuruluşları, hem içsel kalite iyileştirme hedeflerini başarmak hem de harici paydaşlarına karşı sorumluluklarını yerine getirmek için performans ölçüm faaliyetlerine güvenmektedirler. Kamu sağlık kuruluşları da kompleks kamu sağlık süreçlerini doğru bir şekilde yönetebilmek için performans ölçümüne odaklanmaya başlamışlardır (Çevik, 2007).

Hastanelerde performansın ölçülmesi amacıyla geliştirilen göstergeler ile ilgili olarak literatürde pek çok çalışma bulunmaktadır. Donabedian (1980) hastanelerde performans göstergelerini yapısal, süreç ve çıktı göstergeleri olarak 3 gruba ayırmıştır. Yapısal göstergeler; hastanenin mülkiyet yapısı ve büyüklüğü gibi göstergelerden oluşur. Süreç göstergeleri; insan kaynakları, planlama gibi örgütün performansını geliştirecek ve kontrol etmeyi sağlayacak faaliyetlerle ilgili göstergelerdir. Çıktı göstergeleri ise; sağlık hizmetinde kalite düzeyi, hasta ve çalışan memnuniyeti, verimlilik düzeyi ve finansal çıktılardır (Donabedian, 1980). Fottler (1987) ise yapısal ve süreç göstergelerini örgüt çıktılarının bağımsız belirleyicisi olarak ortaya koymuş ve Donabedian'ın (1980) ifade ettiği çıktı göstergelerini performans kriteri olarak benimsemiştir (Fottler, 1987).

Başka bir çalışmada ise hastane düzeyindeki performans göstergeleri; etkililik (effectiveness), etkinlik (efficiency) ve hakkaniyet (equity) kavramları ile açıklanmıştır (Begley, Lairson, Morgan, & Rowan, 2013). Etkililik ile hastanelerde tıbbi bakım hizmetleri sonucu hastaların sağlığına kavuşturulması, etkinlik ile en az maliyet ve girdi ile hizmet üretme ve hakkaniyet ile insanlar arasında adil bir sağlık hizmetinin dağıtımının sağlanması ile ilgili göstergeler geliştirilmesi gerektiği ortaya konmuştur.

Li ve Benton (1996), sağlık kuruluşlarında performansın ölçülmesini maliyet/finansal performans ve kalite performansı başlıkları altında iki farklı boyutta içsel ve dışsal ölçümler olmak üzere ele almıştır. İçsel ve dışsal ölçümler farklı maddeler halinde ifade edilse dahi birbirleriyle ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Li & Benton, 1996). Maliyet/finansal performans ve kalite performansının içsel ve dışsal ölçümleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1 Sağlıkta Performans Ölçüm Sınıflandırması

	Maliyet/finansal performans	Kalite performansı
İçsel ölçümler	• Üretim etkinliği • Kullanım düzeyi	• Süreç kalitesi • Hizmet kalitesi
Dışsal ölçümler	• Finansal durum • Pazar payı	• Müşteri tarafından algılanan kalite • Müşteri memnuniyeti

Tablo 1’de yer alan bilgiler ışığında; üretim etkinliği finansal durumu olumlu etkilerken, hizmet kalitesi de müşteri memnuniyetini artıran bir unsurdur. Üretim etkinliğinin sağlıkta ölçülmesi ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalarda yatılan gün sayısı, vaka karması (case-mix), hasta günü maliyeti, vaka maliyeti gibi ölçümler kullanılmıştır (Shortell, Becker, & Neuhauser, 1976; Fetter, Freeman, Averill, & Thompson, 1980; Becker, Shortell, & Neuhauser, 1980). Kullanım düzeyini ölçmek için iş gücü, kaynak yönetimi ve tesisin özellikleri gibi unsurlar göz önünde bulundurulabilir. Yatak doluluk oranı, yatak devir hızı, insan kaynaklarının yerinde kullanımı gibi unsurlar bunlar arasında sayılabilir. Aynı zamanda tesiste yer alan medikal cihazların kullanım düzeylerini ölçmek bu sınıf içinde değerlendirilebilir. Yatak doluluk oranını etkileyen en önemli unsurlardan birisi yatak ihtiyacının doğru hesaplanmasıdır. İşgücü maliyetleri toplam giderlerin %60 gibi büyük bir kısmına denk geldiği için işgücünün doğru bir şekilde kullanılması da önemli bir unsurdur. Özellikle hemşire ücretleri personel maliyetlerinin yaklaşık olarak yarısına karşılık geldiği için öncelikle hemşirelerin doğru bir şekilde istihdam edilmeleri gerekir (Li & Benton, 1996).

Tablo 1’de yer alan bilgilere göre içsel ölçümler arasında yer alan ve birbiriyle ilişkili iki kavram daha bulunmaktadır. Bunlar süreç kalitesi ve hizmet kalitesidir. Süreç kalitesi; uygun donanım, zamanında tedavi, yeterli miktarda hizmet sağlanması ve endüstrinin genel kabul görmüş normlarına uygunluğu kapsar ve hastanın durumunun iyileştirilmesini etkileyen ana performans ölçüm kavramı olarak ifade edilir (Li & Benton, 1996).

Hizmet kalitesi ise sürecin sonucudur ve sıklıkla sağlığın iyileşmesi ile ölçülür. Hizmet kalitesini ölçmek için hasta demografik değişkenleri, vaka çeşitliliği ve karmaşıklığı ve risk-ayarılama indeksleri kullanılmaktadır (Li & Benton, 1996). Hizmet kalitesi bir hastanın durumunda tedavi sonrası meydana gelen iyileşmeyi ifade eder (Flood & Scott, 1987). Klinik kalite, hizmet kalitesinin bir alt başlığı olarak düşünülebilir ve hastanelerde

sıklıkla enfeksiyon hızı ve hasta ve personel şikayet oranları, kaba ölüm hızı gibi değişkenlerle ölçülür. Donabedian'ın sonuç kavramını literatüre kazandırmasından sonra hizmet kalitesi açısından sonuç kavramı üzerinde çok sayıda çalışma yapılmıştır. Yaş, cinsiyet, ırk gibi hasta demografik verileri ve vakanın çeşitliliği ve karmaşıklığı hizmet kalitesini ölçmek için kullanılan unsurlardandır (Flood & Scott, 1987).

Tablo 1'de dışsal ölçümler arasında yer alan finansal durum; likidite, kar/zarar, yatak başı gelir/gider, gelirin gidere oranı gibi değişkenler ile ölçülebilir. Sağlık kuruluşlarında pazar payı ayakta hasta başvuru sayısı ve yatak sayısı gibi hastane verileri ile ölçülebilir. Müşteri tarafından algılanan kalite, müşteriye tanıma, farklı müşterilerin ihtiyaçlarını anlama ve bu ihtiyaçlara uygun müşteri değeri oluşturma, karşılıklı etkileşim yolu ile güven oluşturma ve sürekli iletişim ile müşteriye hizmet alımına devam etmesi için motive etme gibi unsurlardan oluşmaktadır (Çelik & Başaran, 2008). Hasta memnuniyet düzeyinin ölçülmesi için hasta memnuniyet anketleri kullanılan en yaygın yöntemlerden biridir. Sonuç olarak performans ölçümü yapılırken iç ve dış ölçümlerin tümünün birlikte ele alınması gereklidir.

Başka bir çalışmada ise sağlıkta performans ölçümü için şu başlıkların ele alınması gerektiği belirtilmiştir (Reinhardt, 2005);

1. Alt yapının ve girdilerin kalitesi (Girdi analizi)
2. Hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi (Süreç ölçümü)
3. Daha iyi bir sağlık düzeyine erişilmesi (Sağlık çıktıları)
4. İnsanın mutluluğunun sağlanması (Hasta memnuniyeti)

Sağlıkta performans ölçüm sistemleri içinde önemli olan diğer bir kavram ise verimlilik. Verimlilik göstergeleri, örgütün yaptığı faaliyetlerin örgüt strateji ve hedeflere uygunluğunu, örgüt kaynaklarından faydalanma düzeyini, örgüt gelişimi için fırsatları ve nerede geliştirme yapılması gerektiğinin bilinmesini sağlar (Rathore, Mohanty, Lyons, & Barlow, 2005).

Özetlemek gerekirse; sağlık hizmetlerinde performans ölçümünde öne çıkan belli başlı konular hasta memnuniyeti, klinik kalite, cerrahi kalite, sağlık girdi ve çıktıları (hatalı laboratuvar sonuçları gibi), hizmet sunumu, sağlık hizmetine erişim düzeyi ve örgütün verimliliği gibi başlıklardır. Bu başlıklar özellikle hastaneler açısından ele alınırken

objektif bir şekilde verilere dayalı olarak ölçülebildiği gibi anket gibi araçlarla çalışan/yöneticilerin içsel değerlendirmelerine dayalı olarak sübjektif bir şekilde de ölçülebilir.

1.3. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE PERFORMANS ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Gerek Türkiye'de gerekse farklı ülkelerde uygulanan çok farklı performans ölçüm yöntemleri mevcuttur ve bu yöntemler tanımlayıcı, tanısalsal ve kontrol amaçlı olmak üzere üç ana grupta toplanmıştır (Harbour, 2009). Tanımlayıcı ölçümler (descriptive measures) örgüt içinde geçmişte ne olmuş? halihazırda ne oluyor? sorularına cevap verir. Tanısalsal ölçümler (diagnostic performance measures) örgüt içinde yaşananların sebeplerini sorgular. Bu sorgulama sonucunda performansa bağlı problemlerin nasıl iyileştirilebileceği konusunda yol haritası çizilebilir. Kontrol amaçlı performans ölçümleri (control performance measures), hataların tespit edilmesi ve bir daha aynı hatanın tekrar edilmemesi amacıyla kullanılır. Asıl hedefi hata tespitidir. Bu ölçümde sıklıkla kontrol grafikleri kullanılmaktadır.

Sağlık kurumları ve hastanelerin performans değerlendirmesinde ise birbirinden farklı analizler, modeller ve ölçüm sistemleri olduğu için standart ve her sağlık kuruluşunda kullanılacak bir ölçüm yöntemi sınıflandırması yapılması çok zordur (Shortell & Kaluzny, 2000). Sağlık hizmetlerinde kullanılan belli başlı yöntemler aşağıdaki şekilde ifade edilebilir;

- Hastanelerde Performans Değerlendirme ve Kalite İyileştirme Aracı (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals-PATH): Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen bu yöntemde hastane performansının tüm boyutları ile ele alınması amaçlanmıştır. PATH çerçevesinde toplam altı boyut vardır. Bunlardan dördü klinik etkililik, verimlilik, personel oryantasyonu ve duyarlı yönetimdir. Diğer iki boyut ise bu dört boyutu açıklayıcı perspektif oluşturan güvenlik ve hasta merkezliktir (WHO Regional Office for Europe, 2003).
- Dengeli Puan Cetveli (Balance Scorecard-BSC): Kaplan ve Norton 1996 yılında yaptıkları araştırmalar sonucunda ortaya koydukları Dengeli Puan Cetveli sistemi ile performansı; finansal, müşteri, iç iş süreçleri, öğrenme-gelişme olmak üzere dört boyuta indirgemişlerdir. Dengeli Puan Cetvelinde dört boyutlu olarak ele alınan

performans ölçütlerinin tespiti için şu soruların cevaplandırılması önerilmektedir (Kaplan & Norton, 1996):

- Müşteriler örgütle ilgili nasıl bir algıya sahip? (Müşteri boyutu)
- Örgüt hangi finansal hedeflere ulaşırsa hissedarlar tarafından başarılı olarak kabul edilir? (Finansal boyut)
- Örgütün üstün özellikleri ve geliştirmesi gereken iş süreçleri hangileridir? (İçsel iş süreçleri boyutu)
- Örgüt strateji ve vizyonu dahilinde nasıl bir kurumsal öğrenme ve gelişme modeli olmalı? (Öğrenme ve gelişme boyutu)
- Sağlık Kurumları Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) kriterleri: JCAHO, bakımı hasta açısından değerlendirerek hasta merkezli klinik bakımı desteklemektedir. Hasta hakları, insan kaynakları, örgütsel liderlik, klinik etik, yönetim ve bilgi yönetimi sistemlerine ait standartlar geliştirerek hastane performansını tüm boyutlarıyla değerlendirmektedir (Lutfiyya, Sıkka, Mehta, & Lipsky, 2009).
- Maryland Kalite Göstergesi Projesi: Tıbbın bazı uzmanlık alanları ile ilgili süreç performansını ölçen gösterge setleridir. Modelde yer alan gösterge setleri yatan hasta, acil servis, psikiyatri, pediatri ve uzun dönemli hasta bakımı olarak belirlenmiştir (Shortell & Kaluzny, 2000).
- Sağlık İşveren Verileri ve Bilgi Seti (Health Employer Data and Information Set- HEDIS): Hastaneler ile birlikte tüm sağlık sisteminin kalite ve performansını ölçmek için Ulusal Kalite Güvence Komitesi (National Committee for Quality Assurance- NCQA) tarafından geliştirilen HEDIS, Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık planlarının %90'ında ölçülmesinde kullanılan bir araçtır. HEDIS'te 5 boyutta toplam 81 adet ölçüt vardır (HEDIS, 2013). Bu ölçütler arasında antidepresan ilaç tedavisi, meme kanseri taraması, serviks kanseri taraması, birinci basamak sağlık hizmetlerine çocuklar ve ergenlerin erişimi, çocukluk ve ergen aşılama durumu, kapsamlı diyabet bakımı, tüm vakalarda tekrar yatışların planlanması, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım yer almaktadır.
- Bilgisayar Destekli İhtiyaç Odaklı Kalite Ölçüm Değerlendirme Sistemi (Computerized Needs-Oriented Quality Measurement Evaluation System- CONQUEST): Sağlık Hizmetleri Politika ve Araştırma Kurumu (Agency for Health

Care Policy and Research-AHCPR) tarafından geliştirilen CONQUEST, 1197 klinik performans göstergesine ait veri tabanı içermekte ve 57 yaygın, maliyetli ve toplum sağlığını etkileyen hastalık gruplarına yönelik olarak çalışmaktadır.

Türkiye’de performans ölçümü için kullanılan yöntemler incelendiğinde, genel amaç olarak bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımının kolaylaştırılması ve kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunulması belirlenmiştir (Dereköy & Kalmış, 2013). Bu kapsamda hem örgütsel hem de bireysel performansların ölçülmesi için yöntemler geliştirilmiştir. Örgütsel performans için hazırlanan yönergede kurum performansının hesaplanması için muayeneye erişim katsayısı, hizmet kalite katsayısı, memnuniyet katsayısı, kurum verimlilik katsayısı ve ayrıca kurumsal performans katsayısından söz edilmiştir¹. Bahsi geçen yönergede sağlık hizmetleri performans ölçütleri aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir (Aydın & Demir, 2007);

- İnsan mutluluğunun sağlanması (hasta memnuniyeti)
- Daha iyi bir sağlık düzeyine erişilmesi (sağlık çıktıları)
- Hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi (süreç ölçümü)
- Alt yapının ve girdilerin kalitesi (girdi analizi)

209 sayılı kanuna göre ise²; personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, kanunda bahsi geçen personele, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak performans ölçülmekte ve buna bağlı olarak ek ödeme yapılabilmektedir. Bahsi geçen kanunda dolaysız bireysel performans puanı, hekimlerin gerçekleştirdiği tüm işlemlerin toplanması sonucu oluşur. Dolaylı bireysel performans puanı ise hekimin pozisyonunun belirlenmiş katsayısının kurumsal performans katsayısı ile çarpılmasından elde edilen puanı olarak tanımlanırken net performans puanı ise dolaylı ve dolaysız bireysel performans puanının belirlenmiş katsayılarla çarpılmasından elde edilen puan olarak ilgili kanunda tanımlanmıştır.

¹ Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, 2004

² 209 sayılı “T.C. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun

Türkiye’de üniversite hastanelerinde performans değerlendirme sistemi T.C. Sağlık Bakanlığı hastanelerinden farklılık göstermektedir. Üniversite hastanelerinde Döner Sermaye İşletmeleri aracılığı ile ek ödeme sisteminin uygulanması 1981 yılında başlamıştır. Üniversite hastanelerinde akademik ve idari personelin döner sermayeden alacağı ek ödeme kanunla belirlenen üst limitleri aşmamak koşulu ile üniversite hastanesinin elde ettiği gelir ve finansal durumuna göre döner sermaye ek ödeme dağıtım oranlarını belirleme yetkisi kanunla üniversite yönetim kuruluna verilmiştir. 01.02.2011 tarihinden itibaren ise T.C. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde uygulanan performans sistemine benzer bir ek ödeme sistemi üniversite hastanelerinde de uygulanmaya başlanmıştır³.

1.4. HASTANELERİN PERFORMANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hastane performansını etkileyen unsurlar arasında hastanenin bulunduğu konum gibi özellikler olduğu gibi teknolojiye ilişkin yatırım düzeyi gibi yönetsel başlıklar da yer almaktadır (Çetin, Aksu, & Özer, 2012).

Hastane performansını etkileyen özellikler farklı çalışmalarda ele alınmıştır. Konu ile ilgili literatürde yer alan bir çalışmanın sonuçlarına göre büyük hastanelerin küçük ölçekli hastanelere göre daha maliyet etkin yönetilmelerine karşın klinik kalite düzeylerinin görece olarak daha düşük olduğu belirtilmiştir (Fottler & Rock, 1974). Buna karşın yatak sayısı 185’den daha az olan küçük hastanelerin performansının daha yüksek olduğunu ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Raju, Lonial, Gupta, & Ziegler, 2000). Hastane özelliklerini ele alan diğer bir çalışmada ise eğitim araştırma hastanelerinin maliyet açısından etkin olarak yönetilmemelerine karşın klinik kalite düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Smith & Fottler, 1985).

Hastane performansını etkileyen yönetsel başlıklar arasında sayılabilecek bilgi teknolojileri kullanım düzeyi ile hastane performansının yeniden yatış ve ölüm oranları ile ölçüldüğü bir çalışmada performans ve bilgi teknolojileri arasında güçlü bir ilişkiye rastlanmamıştır (Williams, Asi, Raffenaud, Bagwell, & Zeini, 2016). Klinik kalite kurullarının mevcut olduğu hastanelerde performansın yüksek olduğunu ifade eden bir

³ 27850 sayılı Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul Ve Esaslara İlişkin Yönetmelik

çalışmada niye böyle olduğunun gerekçesi olarak ise bu kurulların olduğu hastanelerdeki yöneticiler tarafından bakım kalitesinin daha iyi anlaşıldığı öne sürülmüştür (Tsai, ve diğerleri, 2015). Ayrıca zincir hastanelerin diğerlerine göre finansal ve operasyonel performanslarının daha yüksek olduğunu ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Brown & Lewis, 1976).

Hastanelerin genel ve yönetsel özellikleri ile birlikte iş görenlerin özelliklerinin hastane performansı üzerindeki etkisini ele alan çalışmaların birinde çalışanların yönetimden, yöneticilerden ve çalışma şeklinden tatmin düzeyinin performansı yüksek oranda etkilediği ifade edilmiştir (Platis, Reklitis, & Zimeras, 2015). Başka bir çalışmaya ait bulgular, hastanelerin örgütsel vatandaşlık (citizenship) davranışı ve olumlu kurum imajı yoluyla performanslarını artırabildiğini ortaya koymaktadır (Kolade & Ogunnaike, 2014). Çalışanların katılımının performans üzerine etkilerinin incelendiği çalışmalarda çalışan katılımının, bakım kalitesi ve finansal performans üzerinde pozitif yönde etkili olduğu (West, Dawson, Admasachew, & Topakas, 2011), yüksek katılımın hasta merkezli bakımı ve hasta güvenliğini arttırdığı ifade edilmiştir (Lowe, 2012). Performansın operasyonel etkililik ve hasta bakımı düzeyi ile ölçüldüğü bir çalışmada, çalışanların örgütsel bağlılığının performansı pozitif yönde etkilediği ortaya konmuştur (Baird, Tung, & Yu, 2017). Buna karşın kar amacı gütmeyen işletmelerde yapılan bir çalışmada örgütsel bağlılığın performans üzerinde etkisinin olmadığı ifade edilmiştir (Pinho & Rodrigues, 2014). Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada mesleki bağlılık düzeyinin artmasının bakım kalitesini pozitif yönde etkilediği ifade edilmiştir (Teng, ve diğerleri, 2009). Hastane üst düzey yöneticileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada, çalıştığı hastanede 5 yıldan fazla görev yapan yöneticilerin çalıştıkları hastanelerin performanslarının, görece olarak daha yüksek bir düzeyde olduğu ifade edilmiştir (Carlson, 2003).

2. BÖLÜM

HASTANELERDE KAYNAK YÖNETİMİ KAPASİTESİ

Çalışmada performanstan sonra ele alınan diğer bir kavram ise hastanelerin kaynak yönetimi kapasiteleridir. Çalışmanın bu bölümünde kaynak yönetimi kavramının ne anlama geldiği, kavramın boyutlarından (tesis yönetimi, iş gücü yönetimi ve ekipman yönetimi) ve kaynak yönetimi kapasitesini etkileyen faktörlerden bahsedilmiştir.

2.1. KAYNAK YÖNETİMİ KAVRAMI VE HASTANELERDE KAYNAK YÖNETİMİNİN BOYUTLARI

Kapasite, hem kaynak hem de kaynağın kullanılma kabiliyetini ifade eder. Bu açıdan bakıldığında kaynak kelimesinin kapasite ile yakından ilişkisi vardır. Sağlıkta kapasite; tesis, ekipman ve iş gücü gibi anahtar kaynakların dağıtımını içerir (Smith-Daniels, Schweikhart, & Smith-Daniels, 1988).

Mal ve hizmet üreten sektör ve örgütlerde kaynak yönetimi ve planlaması etkin bir iş ortamı oluşturmak için kritik öneme sahiptir. Etkin kaynak dağıtımı, emek maliyetini düşük tutmakla birlikte hızla değişen çevre koşullarına karşı esnek ve cevap verebilir bir yapı sunmaktadır (Wnorowski, 2013).

1980'lerin başından itibaren sağlık harcamalarında meydana gelen artışlar sonucu maliyetlerin kontrol edilmesi ve kaynak yönetiminin doğru yapılması hem sağlık sistemleri ölçeğinde hem de hastaneler ölçeğinde büyük önem kazanmıştır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinden beklenti düzeyinde artışlar olmuştur. Bir taraftan hastanelerde mevcut kaynakların kıtlığı, diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti talebi sağlık sektöründe çelişkili denebilecek ekonomik bir perspektifin gelişmesine ve bu yönde kamusal bir farkındalığın oluşmasına sebep olmuştur (David & Jahnke, 2004).

Sağlık kuruluşlarında kapasite planlamasının birden fazla boyutu vardır. Bunlar, mevcut hizmetlere yatırım, pahalı donanım ve teknolojiye (manyetik rezonans görüntüleme cihazları gibi) yatırım, hizmet sunma, insan kaynağı ve finans kaynağı tahsisidir. Sağlık hizmetlerinin planlaması ülkeden ülkeye farklılık gösterir. Bu nedenle, planlamanın her bir boyutuna verilen ağırlık ülkelere göre değişmektedir. Ülkelerin büyük bir kısmı sağlık

hizmetlerini optimum düzeyde sağlamak için hastanelerin sayısı konusunda planlama yaparlar. Hizmet verme şekli ve hizmet kapsamı planlamaları konusunda ise ülkeler arası farklılıklar mevcuttur. Bazı sağlık planları mevcut altyapıya dayanarak, sadece hizmetlerin sayı ve yer açısından ana hatlarını çizerken, başka planlar ise planlamayı detaylandırarak uzmanlık alanlarının sayısını, projelerini ve belirli bir yönetim birimindeki coğrafi dağılımını da detaylı bir biçimde ele alır (Ettelt, Nolte, Thomson, & Mays, 2010).

Kaynak yönetimi kapasitesinin ölçülmesinin özellikle sağlık kuruluşları için zor olduğu farklı çalışmalarda ifade edilmiş ve karşılaşılan problemler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (Bayou, 2001);

1. Kapasite ve kapasite kullanımı hakkında taraflarda oluşan kafa karışıklığı
2. Kaynak ve kabiliyetler göz önüne alınmadan yapılan kapasite bakış açıları
3. Örgüt ve sektör kapasitesi arasındaki etkileşimi görmezden gelme
4. Hizmet ve ürün karmaşıklığı
5. Zaman periyodunun kimi zaman kısıtlı olması
6. Hizmet veya ürün özelliklerinin çeşitliliği
7. Kapasite kaçakları

Bu maddelerden ilk üçü yönetim muhasebesi, diğerleri ise operasyonlar bakış açısına göre problemler içermektedir.

İkinci bölümde izah edilen performans kavramı, kaynak yönetimi ile ilişkilidir. Bu ilişki kaynak tabanlı bakış açısında (Resource Based View) aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir. Kaynak tabanlı bakış açısı; kaynak yönetimini, örgüt performansı, örgütsel kaynaklar ve kabiliyetler olarak üç boyutta ele almıştır. Bu üç boyuttan örgüt performansı bağımsız yapıdır ve finansal ve operasyonel yaklaşımlarla ölçülür (Liang, You, & Liu, 2010). Kaynak tabanlı bakış açısı, stratejik kaynakları bir araya getirerek sürdürülebilir rekabet avantajı ve sonuç olarak performans hedeflerine ulaşmayı amaçlar. Aynı zamanda örgütün varlık ve kabiliyetlerini kullanmanın performans üzerindeki etkisini değerlendirir (Smith, 2008).

Kaynak tabanlı bakış açısında anahtar rol oynayan kaynakların çeşitlendirilerek hızla değişen rekabet-çevre koşullarına uyum sağlanması amaçlanmaktadır. Anahtar rol

oyunayan bu kaynaklar arasında varlıklar, bilgi, kabiliyetler, süreçler, çalışanlar, kurum kültürü ve teknoloji kullanımı sayılabilir. Kaynak ve kapasite planlaması yapılırken son yıllarda yalın yönetimi esas alan ve esnek planlamayı kapsayan analitik teknikler ve simülasyonlar ön plana çıkmıştır. Bu tekniklerde hasta sayısı, yatak sayısı, bekleme süresi gibi girdiler kullanılmaktadır (Utley & Worthington, 2012). Ayrıca kaynak planlamasında kullanmak üzere hazırlanmış APEL, MVP-L, ALF, Little-JIL gibi programlama dilleri de mevcuttur.

Sağlık hizmetlerinde ise kaynakların sınıflandırılması kaynak tabanlı bakış açısına uygun olarak doktorlar, hemşireler, biyologlar, eczacılar, fizyoterapistler ve diğer sağlık profesyonelleri, hasta odaları, ekipmanlar, sarflar, implante edilebilir cihazlar ve organlar ve alet ve aygıtlar şeklinde yapılabilir (Hall, 2012).

Kaynak yönetimi yapılırken farklı boyutlardan bahsedilebilir. En yaygın kullanılan boyutlardan biri müşterek hizmetlerin (shared services) kullanımudur. Bu boyutta kaynaklar ortak kullanılır ve maliyetlerin düşürülmesi amaçlanır. Müşterek hizmetler, aynı kuruluşun birden çok bölümü tarafından kullanılan ticari operasyonların birleştirilmesidir. Bu boyutta birden çok bölüm tarafından kullanılan arka ofis işlemleri merkezileştirilir ve maliyetler düşürülür. Günümüzde birçok örgüt finans, insan kaynakları yönetimi ve bilgi teknolojisi için bir müşterek hizmet modeli kullanmaktadır. Yaygın olarak kullanılan diğer model kaynak havuzlamadır (resource pooling). Kaynak havuzlama bilgi teknolojileri terminolojisinde, sağlayıcıların birden fazla istemciye veya geçici ve ölçeklenebilir hizmetlere sahip "uç birimlere" hizmet verdiği bir durumu açıklamak için kullanılır. Bu servisler, müşterinin veya son kullanıcının göreceği herhangi bir değişiklik olmaksızın, her müşterinin ihtiyaçlarına uyacak şekilde ayarlanabilir (Wnorowski, 2013).

Hastanelerin kaynak yönetimi planlamalarında ise özellikle demografik yapılar göz önüne alınmalıdır. Öncelikle hastane kuruluş aşamasında planlama yapılan lokasyonda hastalık yükleri, yaş ortalaması gibi temel belirleyici faktörler belirlenmelidir. Belirlenen bu faktörlere göre hastanenin yatak sayısı, teknolojik donanımı, hastane tipi, eğitim araştırma hastanesi olup olmaması, personel sayısı, hekim ve hemşire sayıları gibi farklı tipteki kaynaklar planlanmalıdır. Kaynak yönetimi kısa, orta ve uzun vadeli yapılabilir.

Birçok ülkede sağlık hizmeti ile ilgili kapasite planlama, ulusal, bölgesel veya yerel düzeyde gerçekleştirilmektedir.

Kapasite planlamaya ilişkin yapılan bir çalışmada, farklı ülkelerin kapasite planlama modelleri incelenmiş ve planlamaların bölgesel düzeyde gerçekleşmeye başladığı tespit edilmiştir. Bu da çoğu kez, sağlık hizmetinin düzenlenmesine ilişkin sorumluluğun Danimarka ve Finlandiya’da olduğu gibi merkezden yerel yönetimlere devredilmesini ifade etmektedir. Danimarka ve Finlandiya’da yerel idareler, sağlık hizmetine ilişkin kapasite planlamada önemli aktörlerdir (Ettelt, Nolte, Thomson, & Mays, 2010).

Kaynak yönetimi ve kapasite planlama çalışmalarında tesis, işgücü ve ekipman yönetimi şeklinde üç temel boyut vardır ve bunlar sağlanan hizmetlerin seçimi ve zamanlamasını, hizmet kalitesini, hizmet maliyetini, hasta ve çalışan memnuniyetini etkiler (Li Ling, 1996). Bu boyutlar çalışmada ölçüldüğü şekilde aşağıda ayrı başlıklar halinde izah edilmiştir.

2.1.1. Hastanelerde Tesis Yönetimi

Taleplerin öngörülmesindeki zorluklar, verilen hizmetin karmaşıklığı, farklı çalışan profillerinin yer alması, tıbbi uzmanlık gerektiren cihazları içinde barındırması gibi sebeplerle hastanelerde tesis yönetimi günümüzde hızla gelişen teknolojinin de etkisiyle halen gelişmekte olan kavramlardan biridir.

Tesis yönetimi, örgütsel hedeflerin etkin ve verimli bir şekilde gerçekleştirilmesine katkıda bulunan bina ve konaklamanın, hizmet ve kaynakların iç planlanması, uygulanması ve yönetimi şeklinde tanımlanabilir (Regterschot, 1990). Diğer bir tanıma göre tesis yönetimi, kuruluşun ana işinin etkinliğini desteklemek ve artırmak için çekirdek olmayan şirket varlıklarının yönetimi olarak ifade edilebilir (Nelson & Alexander, 2002). British Institute of Facilities Management (BIFM) tanımına göre ise tesis yönetimi, yapıları çevredeki multidisipliner faaliyetlerin entegrasyonu ve bunların insanlar ve işyerleri üzerindeki etkilerinin yönetimidir (British Institute of Facilities Management, 2018).

Tesis yönetimi geniş bir kavramdır ve alt başlıklarıyla birlikte ele alınması anlaşılması açısından faydalı olabilir. Bu başlıklar arasında, tesis bakım yönetimi, tesis performans yönetimi, tesis risk yönetimi, tesis tedarik yönetimi ve tesis talep yönetimi yer almaktadır (Shohet & Lavy, 2004).

Bakım yönetimi, bina, cihaz ve ekipmanların çalışır halde tutulması için yapılan teknik ve idari faaliyetlerdir. Bakım yönetiminde amaç bakımla ilgili operasyonel maliyetlerin minimize edilmesi, bakım performansının artırılması, çalışan güvenliğinin sağlanması olarak ifade edilebilir (Shohet & Lavy, 2004). Bakım yönetiminde başarıya ulaşmak için güçlü bir liderlik ve takım çalışması gereklidir. Aynı zamanda yol haritasını ifade etmesi açısından strateji(ler) belirlenmelidir. Stratejiler belirlenirken örgüt stratejisi ve vizyonu, varlık yönetimi, fırsatlar, tedarik yönetimi ve kurum hafızasında yer alan başarılı uygulamalar çerçevesinde hareket edilmelidir. Bakım yönetiminde diğer bir başarı kriteri iş planlarının hazırlanmasıdır. Ayrıca malzeme yönetimi ile ilgili olarak servis seviyesinin %98 olması gibi indikatörler belirlenmeli ve bakım yönetimi performansı bu indikatörlere göre ölçülmelidir. Bunlar dışında bakım yönetiminde optimizasyon sağlanması için bilgi alışverişinin sağlanması amacıyla destek sistemler geliştirilebilir ve bu sistemler elektronik ortamda takip edilebilir (Campbell & Reyes-Picknell, 2016).

Tesis performansının ölçülmesi enerji verimliliği, yangın güvenliği ve konfor koşulları ile birlikte günümüzde kullanıcıların isteklerine göre şekillenerek hizmet seviyesinin yönetimini de içine alan bir kavram haline gelmiştir (Shohet & Lavy, 2004). Tesis performansının ölçüm unsurlarından biri olan hizmet seviyesinin ölçülmesi için geliştirilen yazılımlar günümüzde popüler hale gelmiştir.

Tesis risk yönetimi ana başlıklar halinde fiziksel ve finansal risk şeklinde ifade edilebilir. Fiziksel risklere güvenlik riski örnek olarak verilebilir. Tesiste yer alan bir cihaz için yapılan leasing sözleşmesinde yer alan bir madde ise finansal risk olabilir. Hastanelerde riskler klinik ve klinik olmayan şeklinde ayrı bir sınıflamaya tabi tutulabilir (Reid & Reid, 2014).

Kaynak yönetiminin bir alt başlığı olarak kabul edilebilecek diğer bir konu ise tesis tedarik yönetimidir. Özellikle taleplerin kimi zaman tahmin edilemeyeceği durumlar için detaylı kaynak planlamalarının yapılması politika yapıcılar ve hastane yönetimleri açısından önem arz etmektedir. Hastalar hastaneye belli bir düzen içinde gelmezler ve hızlı bir şekilde hizmet almak isterler. Bu durum varış süreleri ve hasta ihtiyaçları konusunda belirsizlik ortaya çıkartır. Bu belirsizlikler açık bir şekilde ortaya konamaz ise talepler doğru bir şekilde yönetilemez (Jack & Powers, 2009). Bu da tedariklerin optimum düzeyde tutulamaması sonucunu doğurur.

Tesis yönetiminde diğer önemli bir başlık talep yönetimidir. Talep çeşitliliği, hastane başvurularını planlama ve kapasite yönetimini yönetilmesi güç bir noktaya götürür. Hastane başvurularının planlanmasında kullanılan ve yatak doluluk oranını maksimize etmeyi amaçlayan modeller genelde şu üç tip kaynağın yönetilmesi üzerine dayanır; rastgele hasta başvuruları, yatılan gün sayıları ve hasta vaka çeşitliliği (Li Ling, 1996).

Rastgele hasta başvurularının kapsamını, yatan hasta başvuruları, acil servislere başvurular, elektif başvuru talepleri oluşturur. Talep çeşitliliği açısından yönetilmesi gereken diğer önemli bir sorun yatılan gün sayılarıdır. Yatılan gün sayıları tüm hasta tipleri için tahmin edilmelidir. Yatılan gün sayıları hastalığa, hekim tedavi yöntemine, hasta ve hasta yakınlarının tercihlerine göre değişebilir (Robinson, Wing, & Davis, 1968). Hasta vaka çeşitliliği, hasta başvurularının tahmin edilmesi için ele alınması gereken diğer konu başlıklarından biridir. Hasta vaka çeşitliliği hastalık tiplerini ve hastalık düzeylerini içerir. Bu da teşhis ve tedavi şeklini etkiler ve kaynakların farklı şekilde planlanmasını ve uygulanmasını gerektirir (Li Ling, 1996).

Talep yönetiminin, kaynak yönetimi ve performans açısından ele alındığı bir çalışmada sağlık kuruluşlarında talep yönetimi, kapasite yönetimi ve performans konulu 462 makale incelenmiş ve talep yönetiminde sektörel farklılıklar ortaya konmuştur. Kapasite yönetimi için üç ana akım üzerinde durulmuştur. İlki yöneticilerin stratejik düzeyde kapasite yönetimini nasıl uyguladıkları, ikincisi operasyonel düzeyde kapasite yönetiminin sağlanması için farklı değişkenlerin kullanılmasının etkileri ve sonuncusu günlük uygulanan politikaların (hasta bekleme süreleri gibi) kapasite yönetimi ile ilişkileridir (Jack & Powers, 2009).

2.1.2. Hastanelerde İşgücü Yönetimi

Diğer birçok hizmet endüstrisi gibi, sağlık sektörü de emek yoğunudur. Sağlık hizmetlerinin kapsamlı bir işgücüne bağımlı olmasının bir nedeni, “hizmet” üretmenin ve daha sonra tüketim için saklamanın mümkün olmamasıdır. Sağlık hizmetlerinde, satın alınan hizmetin üretimi ve bu hizmetin tüketimi eşzamanlı olarak gerçekleşir. Böylece, sağlık tüketicileri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki etkileşim sağlık hizmetlerinin sunumunun ayrılmaz bir parçasıdır (Fottler, 2008).

İşgücü yönetimi, sağlık hizmet sunumunda en dinamik ve kritik işlerden biridir. Bir hastane, bakım sağlayan kişiler olmadan var olamayacağından personelin işe alınması ve korunması önemlidir. Güvenli hasta bakımını sağlamak için, yüksek vasıflı ve nitelikli bir işgücünün işe alınması hastanelerde en önemli öncelik olmalıdır. İşe alınan nitelikli personel, sürekli eğitimlerle işgücü geliştirme (workforce development) politikalarına göre yönetilmeli ve böylece işgücü devamlılığı sağlanmalıdır.

İşgücü yönetiminde örgüt içi ve dışı gelişmeler göz önüne alınarak yönetim politikaları geliştirilmelidir. Örgüt içi yaşanan gelişmelere hasta tedavi ihtiyaçlarına göre planlamaların yapılması örnek olarak verilebilir. Bu personel planlaması içine hekimler, hemşireler, biyologlar gibi tüm sağlık profesyonelleri dâhildir. Ayrıca hastaneye başvuran hastaların hastalık düzeyleri de (acuity) hastanede yaşanan iç gelişmeler ele alınırken göz önünde bulundurulmalıdır. Hemşire işgücünün planlanması üzerine yapılan bir çalışmada hastaların hastalık düzeyleri ve hasta sayısı değişkenlerine dayanan bir karar destek sistemi geliştirilmiştir (Siferd & Benton, 1994). Geliştirilen karar destek sisteminde hastalık düzeyleri ve hasta sayısı girdi olarak kullanılmış ve işgücü planlamaları için yöntemler sunulmuştur. Hastanelerde örgüt içinde etkili bir işgücü yönetimini sağlamak için öncelikle iş güvencesinin sağlanması gereklidir. Beklenen performansı göstermeyen çalışanlar işten çıkartılabilir ancak rekabet ortamının sağlıklı bir şekilde yönetebilmesi için asgari düzeyde iş güvencesi ortamı sağlanmalıdır. Yeni çalışanların eğitim yoluyla kolayca elde edebileceği becerilerden ziyade örgüt kültürüne uyum ve davranışlara göre işe alımlar yapılmalıdır. Hiyerarşik bir yapılanma yerine kendi kendini yönetebilen merkezi olmayan çalışma ekipleri oluşturulmalıdır. Örgütsel performansı arttırmak için güçlü bir ödüllendirme mekanizması ve eğitimlerle personel güçlendirme sağlanmalıdır. Çalışanlar arası engelleri ortadan kaldırmak için ofis düzenlemeleri yapılmalı, otopark ayrımı yapılmamalı, ücret farklılıkları azaltılmalı ve mali ve finansal bilgiler çalışanlarla paylaşılmalıdır (Pfeffer, 1998).

İşgücü yönetiminin oluşturulmasında ve uygulanmasında örgüt içi gelişmelerle birlikte örgüt dışı gelişmelere de uyum sağlanması gereklidir. Bu gelişmelere örnek olarak ulusal işgücü politikaları, göç hareketleri ve toplumdaki değişimler ile birlikte teknolojik gelişmeler örnek olarak verilebilir (Ricketts, 2008).

Hastanelerin işgücü faaliyetleri, imalat sanayinde bulunanlardan oldukça farklıdır. Sağlık hizmetlerinde işe alım ve personel geliştirme yöntemleri için farklı kriterler kullanılmaktadır. Teknolojinin birçok yönü, hastanelerin işgücü uygulamalarında etkilidir. Örneğin, hastanede rutin uygulanan işlem veya fonksiyonların otomasyonu belirli işgücü faaliyetlerine olan talebi azaltabilir, ancak başka faaliyetler için artırabilir. Bilgisayarlar ve robotlar işgücü yönetimini etkileyen önemli teknolojik unsurlardır ve teknolojiye hızlı değişimler çalışan seçimini, eğitimini, ücretlerini ve diğer alanları etkiler (Fottler, 2008).

Ulusal ölçekte yapılan işgücü planlamalarında farklı yöntemler geliştirilmiştir. Bunlar, nüfus temelli tahmin, kıyaslama, ihtiyaç temelli değerlendirme, talep temelli değerlendirme ve eğitim-çıkış tahminidir. Her bir yöntemin planlama ve uygulama aşamalarına bağlı olarak güçlü ve zayıf yönleri vardır. Bu yöntemler, planlamanın hedeflendiği sisteme ve planlama sırasında ortaya çıkan spesifik politik sorunlara bağlı olarak ayrı ayrı veya birlikte kullanılabilir. Tüm ülkelerde sağlık iş gücü geliştirmenin önündeki engeller arasında sağlık hedeflerini belirlemede yaşanan başarısızlıklar, sağlık ve eğitim sektörleri arasındaki sınırlı irtibat ve kaynak kısıtlamaları sayılabilir. Sağlık iş gücü geliştirmeye yönelik stratejik bir yaklaşımı karmaşıklaştıran diğer faktörler arasında ise sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve hızlı gelişimi, çoğu sağlık hizmeti meslekleri için uzun eğitim süresi ve sağlık iş gücünün artan hareketliliği sayılabilir (Ricketts, 2008).

İşgücü yönetiminde müşteriler sadece dış müşteriler olarak ayrıldığında çalışanlar gözardı edilebilmektedir. Amaç, dış müşterinin gereksinimleri ile çalışanların yeteneklerini birleştirmektir. Böylece hem iç hem de dış müşterilerin faydası optimize edilmiş olur. Üretim etkinliği hastane işgücü yönetiminde önemli bir diğer değişkendir. Hastaneler, optimum maliyetle, etkin bir kaliteli hizmet sağlamalıdır. Üretim etkinliğini ve dolayısıyla iş gücü yönetimini sağlıklı bir şekilde yürütebilmek için hastaneler öğrenen organizasyonlar şeklinde çalışmalı ve yeni kabiliyetler edinme, değişime ayak uydurma ve iş yeterliliği konusunda çalışanlarını motive etmelidir. Hastane akreditasyon kuruluşu olan JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)'nın standartları içinde en önemli kavramlardan biri de personelin geliştirilmesi ve güçlendirilmesidir (empowerment). Bu nedenle üretim etkinliği ve müşteri (yani hasta) memnuniyetinin sağlanması için yeterli eğitim almış ve görevi net bir şekilde tanımlanmış işgücü kapasitesine dikkat etmek gerekir (Li Ling, 1996).

2.1.3. Hastanelerde Ekipman ve Teknoloji Yönetimi

Teknoloji, geniş anlamıyla sermaye, ekipman, bilgi sistemleri, ilişkili iş akışlarını destekleyen veya bunlara olanak tanıyan bilgilere erişim için oluşturulan çevre olarak tanımlanabilir. Teknoloji, bilgi sistemlerinden fazlasını; görüntüleme sistemlerini, tanısal yöntemleri, farklı lokasyonlarda bulunan donanımları ve uzaktan yönetilen otomasyonları içerir (Neumann, Blouin, Byrne, & Reed, 1999).

Teknoloji insan hatalarını azaltır ancak son teknolojinin kullanılması daima faydalı sonuçların ortaya çıkacağı anlamına gelmemektedir. Bazı teknolojiler yarar sağlamamakta hatta olumsuz sonuçlar ortaya çıkartmaktadır (Rogers, 1995). Teknoloji yatırımlarının sağlık kuruluşları için yüksek maliyete sahip olması sebebiyle teknoloji planlarında tüm artı ve eksi yönler; klinik gereklilik, yönetim desteği ve pazar tercihi gibi hususlar hesaba katılarak kısa, orta ve uzun vadeli teknoloji yönetim planları hazırlanmalıdır (David & Jahnke, 2004).

Sağlıkta artan teknoloji yatırımları ile birlikte mevcut ve kısıtlı kaynakların doğru kullanımı her geçen gün önem kazanmaktadır. Sağlık teknolojisi ile ilgili maliyetler teknik, ekonomik, finansal, yasal, sosyal ve politik faktörlerden etkilenir. Teknoloji kullanımı maliyetleri arttırdığından dolayı etkinlik ve kaliteden ödün vermeden maliyetlerin optimize edilmesi noktasında hastane yöneticilerinin üzerinde ciddi bir baskı vardır.

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi süreçleri teknolojilerin hastanelere adapte edilmesi için önemli bir karar verme aracıdır. Teknoloji yatırımları planlanırken teknoloji değerlendirme süreçleri ile birlikte hastanenin bulunduğu çevre, hasta çeşitliliği, nüfusun demografik yapısı, hastalıkların insidans ve prevalansları dikkate alınmalıdır.

Doğru teknolojilerin kullanımına karar verilmesi sağlık politikası kapsamında ele alınmalı ve tüm ülke çapında hastane büyüklüğü, hastane bölgesi, hasta demografik özellikleri, hastalık haritaları ve bölge gelişmişlik düzeyine göre planlanmalıdır.

Hastanelerde teknoloji yönetimi başlığı altında önemli bir yeri de tıbbi cihazlar tutmaktadır. Gelişen teknoloji ile birlikte; hastalıkların teşhisi, tedavisi ve hastaların rehabilitasyonu konusunda tıbbi cihazların rolü, sağlık kuruluşlarındaki yeri ve önemi her geçen gün artmaktadır. Bu doğrultuda sağlık tesislerindeki tıbbi cihazların etkin kullanımı

ve planlamaların optimum düzeyde yapılması hizmet kalitesini arttırarak hasta memnuniyetinin düzeyinin yükselmesini sağlayabilir (Çukurova, ve diğerleri, 2015). 1970'lere kadar hastalıkların teşhis edilmesi için keşif cerrahisi (exploratory surgery) kullanılırken -ki bu hem maliyetli hem de sağlık açısından tehlike arz etmektedir- gelişen tıbbi teknolojiye bağlı olarak artık bilgisayarlı tomografi, MRI (magnetic resonance imaging) ve PET Scan gibi görüntüleme teknolojileri kullanılmaya başlanmıştır (Hudson & Cohen, 1998).

Sağlık teknolojileri sadece donanım, ilaçlar ve tıbbi cihazları içermez aynı zamanda cerrahi ve tıbbi işlemleri de kapsar. Ayrıca 2000'li yıllardan sonra yazılım ve donanım teknolojilerinin beraber kullanıldığı sensör teknolojileri, bilgi işleme, bulut bilgi işlem teknolojileri (cloud computing technologies), robotik cerrahi, makine öğrenimi (machine learning) gibi teknolojiler ön plana çıkmıştır.

Günümüzde teknoloji yönetim planları, hastanelerin stratejik planlarının önemli bir unsuru olarak ele alınmaktadır (David & Jahnke, 2004). Teknoloji iş stratejilerinde anahtar faktör olarak ele alınmalıdır. Bir örgütün en önemli kaynaklarının iş gücü ve bilgi olduğu düşünülürse teknoloji anahtar rol oynayarak bu kaynakların maksimum bir şekilde kullanılmasına olanak sağlayacak ve katma değer yaratacaktır (Neumann, Blouin, Byrne, & Reed, 1999).

Sahip olunan teknoloji ile birlikte bu teknolojinin kullanımı da önem taşımaktadır. Teknoloji kullanımı üzerine yapılan bir çalışmada teknoloji kullanımı ile hastane gelirleri ve kalite arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (Devaraj & Kohli, 2003).

Tıbbi teknolojilerde yaşanan dünya çapındaki gelişmeler Türkiye'de yakından takip edilmektedir. Tıbbi teknolojilerde 1970'lerde bir patlama olmuştur. 1980'lerde hastaneler yeni tanışal ekipmanlar, tedavi uygulamalarının yeni formları ve ilaç tedavisinin yeni tiplerini içeren bu teknolojileri kullanmaya başlamıştır (Coddington & Moore, 1987). 1990'lı yıllar boyunca teknolojik yeniliklerdeki hızlı değişim ve kaynakların etkin bir şekilde kullanım ihtiyacından dolayı hastanelerde teknoloji değerlendirme çalışmaları hız kazanmıştır (Li & Collier, 2000).

Kaynakların doğru bir şekilde yönetilmesine yardımcı olan bilgi teknolojileri; sağlık teknolojilerinin içinde önemli bir yer tutar. Günümüzde hastanelerde elektronik ortamda

kaydedilmeyen hiçbir veri yok denebilir. Hastane bilgi sistemleri ile hasta dosyaları elektronik ortamda saklanmakta ve kullanılmaktadır. Her bir hastanın farklı epizotları ve fiziki muayenesinden, görüntüleme ve laboratuvar işlemlerine kadar tümü elektronik ortamda tutulabilmektedir. Doğru bir şekilde oluşturulan elektronik hasta dosyaları teşhis ve tedavide önemli pozitif bir rol üstlenmektedir. Web tabanlı geliştirilen hastane bilgi sistemleri ile zincir hastaneler tek bir platformdan yönetilebilmektedir. Ayrıca son yıllarda popülerlik kazanan yapay zekâ, makine öğrenmesi ve süreç madenciliği gibi kavramlar sağlık bilgi sistemleri alanında kullanılmaya başlamıştır.

Hastane bilgi sistemleri, özellikle karar destek sistemlerinde, hastane yöneticilerine iş ihtiyaçlarına göre planlamada ve geleceğe yönelik tahminlerde önemli bir veri kaynağıdır (McCosh, 2004). Bilgi teknolojileri, örgütsel kabiliyetleri artıran ve sonuçta daha yüksek performansa yol açabilecek değerli bir kaynak olarak değerlendirilebilir ve birçok teknolojik yeniliğin ve örgütsel gelişimin temel etkenidir (Liang, You, & Liu, 2010). Aynı zamanda birden fazla pazarda iş kaynaklarının koordinasyon maliyetlerini düşürerek daha verimli koordinasyon sağlamak için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Shin, 2006).

Mevcut kaynakların nasıl adil bir şekilde dağıtılacağı da kaynak yönetiminin önemli bir başlığıdır ve stratejik planlamanın unsurları arasında yer alır. Stratejik planlama, çerçeve oluşturmayı, sağlık sisteminin ilkelerini ve genel yaklaşımının tanımlanmasını kapsar. (Ettelt, Nolte, Thomson, & Mays, 2010). Sağlıkta stratejik planlama T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından, operasyonel planlama ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yürütülmektedir (694 sayılı KHK ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Genel Müdürlük olarak yapılandırılarak her iki planlama şeklinin de merkezde toplanması öngörülmüştür⁴). Türkiye’de sermaye yatırımı planlamaları ise Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü tarafından yönetilmektedir.

⁴ Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Karar Sayısı: Khk/694

2.2. HASTANELERİN KAYNAK YÖNETİM KAPASİTESİNİ EKİLEYEN FAKTÖRLER

Hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesini etkileyen faktörler farklı çalışmalarda ele alınmıştır. Bir çalışmada tesis ve teknoloji yönetimi ile ilgili alınan kararların kaynak yönetimini güçlü biçimde etkilediği ifade edilmiştir (Li Ling, 1996).

Yapılan farklı çalışmalarda kurumsal ekipmanların tedarik sürecinde ve yeni klinik ekipmanların uygulanması konusunda klinik mühendisliğin önemli oranda etkisinin olduğu bunun da kaynak yönetimi kararlarında etkisi olduğu ifade edilmiştir (Greenwood, Janvier, Zhang, Heggie, & Yazdanpanah, 2014). Ayrıca hastane süreçlerinde yapılan iyileştirmelerin insan gücü ve teknoloji kaynak yönetimini olumlu bir şekilde etkilediğini ifade eden çalışmalar (de Mast, Kemper, Does, Mandjes, & van der Bijl, 2011) olmakla birlikte işgücü gelişiminin (workforce development) sağlık bakım kalitesini etkileyen önemli bir unsur olduğunu ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Ramadevi, Gunasekaran, Roy, Rai, & Senthilkumar, 2016).

Bangkok'ta özel hastanelerde yapılan bir çalışmada iyi bir tesis yönetimi sonucunda kaliteli hizmet sağlanan hastanelerde hasta memnuniyetinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Pitt, Chotipanich, Issarasak, Mulholland, & Panupattanapong, 2016). Hastane özelliklerinin (hastane büyüklüğü, lokasyon, eğitim verme özelliği) kaynak yönetimi kapasitesi üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ve hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesinin yüksek olduğu hastanelerde maliyet ve kalite performansının da yüksek olduğu ortaya konmuştur. Aynı çalışmada ayrıca işgücü geliştirme ve ekipman/teknoloji kararlarının doğrudan maliyet performansını etkilediği ve kalite performansının ekipman/ teknoloji kararları ile güçlü bir nedensel ilişkiye sahip olduğu ifade edilmiştir (Li & Benton, 2003).

Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşıldığı üzere literatürde hastanelerin performansını ve kaynak yönetimi kapasitesini etkileyen faktörlerin ele alındığı çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların bir kısmı hastane özellikleri ile örgütsel performans ve kaynak yönetim kapasitesi arasındaki ilişki ile ilgili iken, bir kısmı ise yönetici ve çalışanların özellikleri ile örgütsel performans ve kaynak yönetim kapasitesi arasındaki ilişki üzerinedir. Bu çalışmada ise hastane ve hastane yöneticilerinin özellikleri dikkate

alındıktan sonra yöneticilerin örgütsel bağlılık, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeylerinin hastane performans ve kaynak yönetimi kapasitesi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bu nedenle aşağıda sırasıyla örgütsel bağlılık, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme kavramları, ne anlama geldikleri, boyutları, örgütsel açıdan önemi ve ölçüm yöntemleri ele alınmaktadır.



3. BÖLÜM

ÖRGÜTSEL BAĞLILIK

Çalışmanın bu bölümünde örgüt ve örgütsel bağlılık tanımları, örgütsel bağlılığın boyutları, örgütsel bağlılık düzeyini etkileyen faktörler, örgütsel bağlılığın örgüt üzerindeki etkileri, örgütsel bağlılığın ölçüm yöntemleri açıklanmıştır.

3.1. ÖRGÜTSEL BAĞLILIK KAVRAMININ TANIMI VE BOYUTLARI

Bir örgüt, çevresinden aldığı girdileri mal ve hizmete dönüştürmek için kullanılan teknoloji etrafında gruplanan insanlardan oluşur. Örgütlerin gerçekleştirmesi gereken amaçları vardır ve bu amaçları gerçekleştirebilmek için örgütün sahip olduğu en önemli kaynaklardan biri, mevcut fiziksel kaynakları, bilgi, beceri ve yeteneklerini örgüt amaçları doğrultusunda kullanan personeldir (Gür, 1987).

Örgütsel bağlılık, çalışanların çalıştıkları örgüt ile aralarındaki psikolojik, sosyolojik bağın kavramlaştırılması çabasında ortaya çıkmış oldukça kapsamlı ve yine bu nedenle üzerinde en çok tartışılan kavramlardan birisidir (Karayiğit, 2008).

Örgütsel bağlılıkla ilgili olarak literatürde ilk tanımlardan biri 1966 yılında “Career mobility and organizational commitment” adlı çalışmasında Grusky tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada örgütsel bağlılık; bireyin örgüte olan bağının gücü şeklinde tanımlanmıştır. Grusky’ye göre bireyin örgüte bağlılığının gücünü o örgütten aldığı ödüller ve ödül alacağına olan inancını oluşturan deneyimler belirler. Alınan ödüller arttıkça çalışanın bağlılığı artar ve bireyin örgütsel ödülleri elde etmek için verdiği çabanın büyüklüğü bağlılığın büyüklüğünü belirler (Grusky, 1966).

Diğer bir tanıma göre; örgütsel bağlılık, çalışanın örgütle girdiği kimlik birliğinin düzeyidir ve örgütte çalışmaya devam etmeye istekli olmasıdır (Davis & Newstrom, 1989). Ayrıca örgütsel bağlılığı bir kişinin belirli bir kurum ile kimlik birliğine girerek oluşturduğu güç birliği şeklinde tanımlamak da mümkündür (Northcraft & Neale, 1990).

Argyris (1998)’e göre bağlılık bireysel enerjinin ortaya çıkardığı ve insan beyninin harekete geçirdiği bir olgudur. Bağlılık olmaksızın, yeni girişim veya düşünceler uygulamaya geçirilemeyecektir (Argyris, 1998). İşgörenlerin içsel ve dışsal olmak üzere

iki türlü bağılıkları söz konusudur. İçsel bağılılıkta görevleri işgörenlerin kendileri belirler. İşgörenin zorlayıcı ve meydan okuyucu performans hedeflerini yönetim ile birlikte işgören ortaklaşa belirler. Hedeflerin önemi işgörenler tarafından belirlenir. Dışsal bağılılıkta ise görevler ve performans hedefleri işgörenin katkısı olmadan yönetim tarafından belirlenir (Argyris, 1998).

Bu tanımlara göre örgütsel bağılılığın oluşması için; örgütün amaç ve değerlerini benimseme, örgüt içinde fedakârlıkta bulunabilme, üyeliğin devamı için güçlü istek duyma, örgüt kimliği ile kimlik kazanma ve içselleştirmenin olması gerekir (Dağdemir, 2008).

Örgütsel bağılılık literatürde farklı yazarlar tarafından farklı boyutları ile ele alınmıştır. Bunlar arasında öne çıkanlar ise Meyer ve Allen (1997), Mowday, Steers ve Porter (1979) ve Etzioni (1961)'nin sınıflamaları bunlar arasındadır (Doğan & Kılıç, 2007; Bayram, 2005).

Meyer ve Allen (1997), örgütsel bağılılığı duygusal, devam ve normatif olmak üzere üç boyutta ele almıştır;

- **Duygusal Bağılılık:** İşgörenin örgüte karşı hissettiği duygusal bağılılık, örgütle bütünleşmeyi ifade eder. Güçlü bir duygusal bağılılığa sahip işgörenler, örgütte kalmaya gereksinim duydukları için değil, daha çok bunu kendileri istediği için devam etmektedirler. Duygusal bağılılığı etkileyen faktörler arasında işin cazibesi, rol ve amaç tanımının açık olması, iş gereklerinin talep edilmesi, önerilere açıklık, işgörenler arasında uyum, örgütsel güvenilirlik, eşitlik, bireye verilen önem, performans geri beslemesi ve katılım sayılmıştır (Meyer & Allen, 1997).
- **Devam Bağılılığı:** Devam bağılılığı, örgütten ayrılmanın maliyetlerini göz önünde bulundurmakla ilgili olan bir kavramdır. Devam bağılılığında işgörenlerin örgüte bağılılık duymalarının ve örgütte kalmak istemelerinin temel sebebi, örgütte kalmaya ihtiyaç duymalarıdır. Devam bağılılığını etkileyen faktörler şunlardır; yetenekler, eğitim, yer değiştirmek (taşınmak), bireysel yatırım, emeklilik primi, uzun zaman bir yerde ikamet etmek, seçenek azlığı (Meyer & Allen, 1997).
- **Normatif Bağılılık:** Normatif (kuralcı) bağılılık, işgörenlerin örgütte kalmayı sürdürme ile ilgili sorumluluk duygularını yansıtır. İşgörenler yüksek bir normatif bağılılık duygusu sonucunda hissettikleri görev duygusu ve yükümlülük ile zorunlu bir bağılılık

geliştirirler. Normatif bağlılık, işgörenin örgüte girişi öncesindeki ailevi ve kültürel ortamlardan ve örgütte geçirdiği süre içerisindeki yaşantılarının bir sonucu olarak örgütte kalma konusunda hissettiği normatif baskılardan etkilenmektedir (Meyer & Allen, 1997).

Mowday, Steers ve Porter (1979) bağlılık için ikili bir sınıflama kullanmıştır. Bunlardan ilki olan tutumsal bağlılık örgüt hedef ve değerlerini benimseme ve örgütte çalışmaya devam etmek için istekli olma şeklinde üç kavramı içerir. İkinci boyut olan davranışsal bağlılık ise işgörenin davranışlarına yönelik olarak gelişmektedir. Örneğin; işgören bir davranışta bulunduktan sonra davranışını sürdürmekte ve bir süre sonra sürdürdüğü bu davranışa bağlanmaktadır. Zaman geçtikçe söz konusu davranışa uygun veya onu haklı gösteren tutumlar geliştirmekte, bu da davranışın tekrarlanma olasılığını yükseltmektedir (Mowday, Steers, & Porter, 1979).

Etzioni (1961), ise örgütsel bağlılığı ahlaki bağlılık, hesapçı bağlılık ve yabancılaştırıcı bağlılık olarak üç başlık altında ele almıştır.

- Ahlâki bağlılık: Örgütün amaçları, değerleri ve normlarını içselleştirme ile otoriteyle özdeşleşme temeline dayanmaktadır.
- Hesapçı bağlılık: İşgörenler, örgütlerine katkıları karşılığında elde edecekleri ödüllerden dolayı bağlılık duymaktadırlar.
- Yabancılaştırıcı bağlılık: İşgörenler, davranışların sınırlandırıldığı durumlarda psikolojik olarak örgüte bağlılık duymamakta fakat üyeliğini devam ettirmektedir (Etzioni, 1961).

Literatürde örgütsel bağlılık ile ilgili kullanılan en yaygın model Meyer ve Allen'in üç bileşenli örgütsel bağlılık modelidir ve bu çalışmada da bu model kullanılmıştır. Mowday, Steers ve Porter ile Meyer ve Allen'in sınıflamasının açıklayıcı faktör analizi kullanılarak karşılaştırıldığı bir çalışmada Meyer ve Allen'in sınıflamasının geçerlilik düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Cohen, 1996).

Örgütsel bağlılığın sonuçları, bağlılığın derecesi ile ilgili olarak olumlu ya da olumsuz olabilmektedir. Örgütsel amaçlar kabul edilebilir olmadığında işgörenlerin yüksek düzeydeki bağlılığı, örgüt açısından olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Diğer taraftan örgütsel amaçlar akılcı ve kabul edilebilir olduğunda, yüksek düzeydeki işgören

bağlılığının sonuçları örgüt açısından olumlu olabilmektedir. Bu bağlamda bağlılık düzeyi düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırılabilir (Balay, 2000);

Düşük örgütsel bağlılık düzeyine sahip işgören, kendisini örgüte bağlayan güçlü tutum ve eğilimlerden yoksun olmakla birlikte bireyin yaratıcılığı ve gelişmeye açıklığı farklı bir bağlılık türü olan ve bir sonraki bölümde açıklanacak mesleki bağlılık sonucu ortaya çıkabilir (Balay, 2000).

Orta düzey örgütsel bağlılıkta, işgörenin bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri yeterli değildir. Orta düzey örgütsel bağlılık düzeyine sahip işgörenler, örgütün kendilerini yeniden şekillendirmesine karşı çıkmakta ve bu yüzden birey olarak kimliklerini korumak için çaba göstermektedirler (Bayram, 2005).

Yüksek örgütsel bağlılık düzeyindeki bireyler ise örgüte güçlü tutum ve eğilimlerle bağlıdırlar. Yüksek örgütsel bağlılık düzeyine sahip işgörenlerin; işin kendisinden, örgütteki geleceklerinden ve iş arkadaşlarından doyumları yüksektir (Bayram, 2005).

3.2. ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Örgütsel bağlılık kavramını etkileyen faktörleri belirlemek üzere farklı sektörlerde ve farklı düzeylerdeki yöneticilerde ve çalışanlarda birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan birinde özellikle genç çalışanların örgütsel bağlılığını eğitimin ve gelişimin, örgütsel adaletin, iş oryantasyonunun, bilgi paylaşımının, maaş ve teşviklerin etkilediği ifade edilmiştir. Ayrıca, işveren tarafından verilen teşviklerin yetersiz olduğunu düşünen çalışanlarda örgütsel bağlılığın düşük olduğu, iş-çalışan uyumsuzluğunun bağlılık düzeyini düşürdüğü belirtilmiştir (Cheah, Chong, Yeo, & Pee, 2016).

Bir kuruluşa yeni başlayan çalışanların örgütsel bağlılığını işin beklentileri karşılaması, geleceğe yönelik iş beklentileri ve işin zorluğu belirler (Chen, Ployhart, Thomas, Anderson, & Bliese, 2011). Çalışanın rolle ilgili belirsizliği ve hiçbir rolünün olmaması örgütsel bağlılığı azaltır (Lance, Vandenberg, & Self, 2000). Çalışmaya yeni başlayanlara karşı daha yaşlı olanların örgütsel bağlılıkları daha yüksektir (Maia, Bastos, & Solinger, 2016). Yaşla birlikte cinsiyet ve kişisel yeterlilik (self efficacy) gibi kişisel özellikler de örgütsel bağlılığı etkiler (Lee, Ashford, Walsh, & Mowday, 1992).

Diğer yandan yönetimden yeterli derecede destek almak, karar alma sürecine katılım ve örgütteki liderlik davranışları da örgütsel bağlılık düzeyini etkileyen diğer faktörledendir (Çetin, 2004).

Çalışanın özellikleri ve kurum özellikleri dışında dış etkenler de örgütsel bağlılığı etkileyen unsurlardandır. Bu unsurlar arasında sosyo-ekonomik yapı, profesyonellik ve yeni iş olanakları sıralanabilir (Dağdemir, 2008).

3.3. ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞIN ÖRGÜT ÜZERİNDEKİ SONUÇLARI

Örgüt-çalışan ilişkilerinin bir parçası olan bağlılığın artırılmasının çalışanların verimlilik seviyelerini arttırdığı, bunun doğal sonucu olarak da örgüt performansının bundan olumlu şekilde etkilendiği saptanmış (Mowday, Steers, & Porter, 1979) ve örgütsel bağlılığın örgütsel destek, iş becerisi zenginleştirme, kalite kontrol ve sürekli öğrenme kültürünün anahtar faktörü olduğu ifade edilmiştir (Kontoghiorghes & Bryant, 2004).

Örgüt çalışanlarının işlerinden ve işyerlerinden memnuniyet duymalarını sağlayabilmek, artık örgütler için mal ya da hizmet üretmek kadar önem taşımaktadır. Öyle ki, örgütsel bağlılık duygusu örgüt içinde çalışan bireylerin örgütsel performansı olumlu yönde etkileyerek, işe geç gelme, devamsızlık, işten ayrılma, yüksek işgücü devri gibi istenmeyen sonuçları azalttığı, dolayısıyla ürün veya hizmet kalitesine olumlu katkılar sağladığı yapılan araştırmalarda gözlenmektedir (Sargut, 1994; Lines, 2004; Wasti, 2003). Bazı araştırmalarda örgütsel bağlılığın iş tatminini (Ahmad, Iqbal, & Javed, 2014) ve iş performansını (Fu & Deshpande, 2014) arttırdığı, işe gelmeme ve devir hızını düşürdüğü (Somers, 1995) ifade edilmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda örgütsel bağlılığın kalite yönetim etkililiğini arttırdığı ortaya konmuştur (Bou & Beltran, 2005).

İnsan kaynağı, örgüt içinde yönetilmesi gereken en önemli kaynaklardan biridir. Kaynak yönetimi kapsamında yönetilmesi en zor olan kaynak çeşidi de insan kaynağıdır. Milenyum sonrasında yaşanan bireysellik akımları ve sosyal ilişkilerde azalmalar örgüt içindeki insan kaynakları yönetim politikalarında mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışanın çalışmış olduğu örgütün amaç, hedef, vizyon ve misyonu ile özdeşleşmesi ile ortaya çıkan bağlılık örgütün yapmış olduğu faaliyetler için yüksek derecede öneme sahiptir.

Örgütsel bağlılığı ileri seviyede bulunan işgörenler, örgütün başarıyla iş yapabilmesine önemli katkı sağlarlar. Örgütsel bağlılık duygusu yüksek seviyede olan işgörenler genellikle aşağıda belirtilen niteliklere sahiptirler;

- Daha az denetim ve disiplin yeterlidir. Bu işgörenlerin performansı, örgütsel bağlılığı düşük düzeyde olanlara göre daha yüksektir.
- Örgüt içi pozisyonlarla ilgili seçenekleri, çalıştıkları örgüte en yüksek katkıyı sağlayacak şekilde değerlendirirler.
- Davranışlarının güvenilirliği ve samimiyeti, çoğunlukla kriz ortamlarında kendini gösterir.

İşgörenlerin örgüte bağlılık hissetmesi, kendi iş verimlerini arttırarak örgüt için olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Bu sebepten dolayı bir örgütün, işgörenlerin örgüte bağlılığını arttırabilecek ya da azaltabilecek faktörlerin farkında olması gereklidir. Örgüte bağlılığı yüksek olan işgörenlerin, görevlerini yerine getirmede ve örgütsel amaçlara ulaşmada ekstra çaba sarf ettikleri görülmekte, ayrıca bu tür işgörenlerin örgüt ile olumlu ilişkiler kurdukları ve daha uzun süre örgütte çalışmaya istekli oldukları ifade edilmektedir (Bayram, 2005).

Yöneticiler, işgörelere örgütün kıymetli birer elemanı oldukları mesajını vermeleri ve örgüt içinde verilen kararlara katılmalarını cesaretlendirmeleri ile örgüt içi iletişimin sağlıklı bir şekilde yürütölmesini sağlayabilirler. Böylece örgütsel bağlılık artar ve iş görenler ideal bir çalışma ortamının oluşmasına yardımcı olurlar (Bayram, 2005). Yöneticilerin duygusal bağlılığı, kalite iyileştirme çalışmalarının sonuçlarını olumlu yönde etkiler ve çalışanların bu programlara yeterli düzeyde destek olması için motive eder (Fryer, Tucker, & Singer, 2018).

İspanya’da sağlık kuruluşlarının yöneticileri üzerinde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre yöneticilerin bağlılığı arttıkça personel devir hızları düşmekte ve hastalara verilen hizmet bakım kalitesi algısı artmaktadır. Aynı çalışmada İsveç’teki hastane yöneticilerinin bağlılık ve personel devir hızları arasında pozitif yönde bir korelasyon bulunmamıştır (Nordin, Romeo, Yepes-Baldó, & Westerberg, 2016).

Çok uluslu şirketlerde üst düzey yöneticilerin bağlılık ve işten ayrılma niyetlerinin ölçüldüğü bir çalışmada duygusal bağlılık ve devam bağlılığının yüksek olduğu

yöneticilerin işten ayrılma niyetlerinin düşük olduğu ifade edilmiştir (García-Cabrera & García-Soto, 2012).

3.4. ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞIN ÖLÇÜLMESİ

Örgütsel bağlılık, literatürde farklı biçimlerde ölçülmüştür. Örgütsel bağlılık kavramının örgütler açısından kapsamı ve etki derecesini saptamak üzere çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Mowday, Porter, Steers ve Boulian tarafından 1979 yılında geliştirilen, yedi basamaklı Likert tipinde hazırlanan ve 15 sorudan oluşan ölçek, örgütsel bağlılığı ölçmede yaygın olarak kullanılmıştır. İşgörenlerin örgüte ait olma ve katılım konusundaki tutumlarını ölçen bu ölçek, bağlılık kavramının tutumsal boyutunu ortaya koymayı hedeflemektedir (White, Parks, & Gallagher, 1995).

Daha sonra Mowday, Porter, Steers ve Boulian (1979) tarafından geliştirilen ölçekte olduğu gibi tek boyutlu ölçeklerin yetersizliği nedeniyle çok boyutlu ölçek geliştirme çabaları ağırlık kazanmıştır. Bu doğrultuda, Meyer ve Allen (1997) tarafından geliştirilen ölçek, örgütsel bağlılığı üç temel bileşene ayırarak ölçmeyi amaçlamıştır. Bu ölçek, işe bağlılık ve örgüte bağlılık kavramları arasındaki ayrımın yapılmasını sağlamakla birlikte işe ve örgüte bağlılığın nedenleri konusunda belirleyici çeşitli alt değişkenleri kapsamaktadır (Jaros, 1997). Bu çalışmada örgütsel bağlılık Meyer ve Allen (1997)'in üç boyutlu yaklaşımına dayalı olarak ölçülmüştür.

4. BÖLÜM

MESLEKİ BAĞLILIK

Çalışmanın bu bölümünde mesleki bağlılık başlığı altında öncelikle kavramın tanımı yapılmıştır. Sonrasında mesleki bağlılığın boyutları, etkileyen faktörler ve örgüt üzerindeki etkileri ayrı başlıklar altında ele alınarak açıklanmıştır. Son olarak, mesleki bağlılığın literatürde nasıl ölçüldüğü ile ilgili bilgiler verilmiştir.

4.1. MESLEKİ BAĞLILIK KAVRAMININ TANIMI VE BOYUTLARI

Mesleki bağlılık, bireyin meslek, çalışma alanı veya kariyerini benimsemesi ve bunlarla özdeşleşmesinin göreceli gücü olarak tanımlanabilir (Aranya, Pollock, & Amernic, 1981). Başka bir tanımda ise mesleki bağlılık, kişisel kariyer hedeflerinin gelişimi ve bu hedeflere bağlılık ve hedefleri benimseme olarak ifade edilmiştir (Colarelli & Bishop, 1990). Daha kısa bir tanımda ise mesleki bağlılık bireyin seçmiş olduğu meslekte çalışma isteğidir (Carson & Bedeian, 1994).

Bireyciliğin popüler olduğu günümüzde örgütsel bağlılığın olmadığı durumlarda mesleki bağlılık ön plana çıkmaktadır. Bu da bireyci yapıdaki çalışanların kendi benliklerini ve kimliklerini ön planda tutacakları anlamına gelmektedir. Bireyci yapıya sahip çalışanlar örgütte zayıf düzeyde bağa sahiptir ve bağlılığın sözleşme süresiyle sınırlı olduğu bir konumda yer alırlar. Ekip anlayışına sahip çalışanlar ise grup uyumu, grup performansı, grup içi iş birliği ve kolektif ilgi gibi konuları ön planda tutarlar. Bununla birlikte “bireyci” çalışanların örgütte çalışmaya devam etmeleri durumunda sahip oldukları mesleğe bağlılıklarını sürdürüp kendi çıkarlarını azami düzeyde tutmaya çalışmaları beklenir ve bunun sonucunda örgüte olan katkıları beklenen düzeyde sağlanabilir (Mael & Ashfort, 1992).

Mesleki bağlılığı tek boyutlu ve çok boyutlu olarak tanımlayan araştırmacılar mevcuttur (Blau, 1985; Meyer, Allen, & Smith, 1993). Literatürde mesleki bağlılık ilk olarak davranışsal ve tutumsal olmak üzere iki boyuta ayrılmış, daha sonra duygusal, devam ve normatif olmak üzere üç boyutlu bir yaklaşımla açıklanmıştır. Bu üç boyutlu yaklaşıma birikmiş mesleki maliyetler boyutunun da eklendiği gözlenmiş olsa dahi bilimsel çalışmalarda genellikle Meyer ve Allen (1997) tarafından örgütsel bağlılık kavramı için

geliştirilen üç boyutlu bağlılık modelinin kullanıldığı gözlenmiştir (Zedef, 2017). Mesleki bağlılığın duygusal boyutu meslekle bütünleşmeyi ifade eder. Devam bağlılığında işgören tarafından meslekten ayrılmanın maliyetleri, normatif bağlılıkta ise işgörenlerin mesleklerini sürdürmesi ile ilgili sorumluluk duyguları ifade edilir (Meyer & Allen, 1997).

4.2. MESLEKİ BAĞLILIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Mesleki bağlılığı etkileyen en önemli unsurlar arasında çalışanın yaş, cinsiyet, tecrübe ve eğitim durumu gibi özellikleri yer almaktadır (Meyer, Allen, & Smith, 1993; Cohen, 1992).

İşgörenlerin hem bireysel hem de yapısal özellikleri onların davranışları üzerinde etkili olmaktadır (London, 1983). Bireyin kişilik yapısını oluşturan yapısal özellikler mesleki bağlılığın oluşmasında yaptığı mesleğin özelliklerine de bağlı olarak önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (Kaya, 2012).

Literatürde işgören demografik değişkenlerinin mesleki bağlılık üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Bir çalışmada cinsiyet ve medeni durum ile mesleki bağlılık arasındaki ilişki incelenmiş ve cinsiyet ile bir korelasyon bulunamamış ancak evli olanların mesleki bağlılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Pai, Yeh, & Huang, 2012). Yaş ve kıdem arttıkça mesleki bağlılığın arttığını ifade eden çalışmalar olduğu gibi (Arbak, Özmen, & Ömür, 2009) yaş ve kıdemin mesleki bağlılık ile ilişkisinin zayıf olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Lee, Carswell, & Allen, 2000). Literatürde yaşın, duygusal ve normatif mesleki bağlılıkla ilişkili olduğunu ancak devam bağlılığı ile ilişkili olmadığını gösteren bulgular da mevcuttur (Meyer, Allen, & Smith, 1993). Başka bir çalışmada; çalışanların yaş, medeni hal ve kıdem ile duygusal ve normatif bağlılıkları arasında ilişkinin bulunduğu devam bağlılığı ile ilişkisinin olmadığı ifade edilmiştir (Durna & Eren, 2005). Farklı değişkenlerin ele alındığı kapsamlı bir çalışmada mesleki kıdem ve işi benimsemenin mesleki bağlılık değişkenlerini pozitif olarak etkilediği sonucuna varılmıştır (Blau, 1985). 76 araştırma üzerinde yapılan bir meta analiz çalışmasında ise mesleki bağlılık ile çalışanların demografik değişkenleri arasında yer alan yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, örgütte çalışma süresi, eğitim durumu, medeni

durum ve gelir arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler bulunduğu belirtilmiştir (Lee, Carswell, & Allen, 2000).

4.3. MESLEKİ BAĞLILIĞIN ÖRGÜT ÜZERİNDEKİ SONUÇLARI

İşgücü devri ve işe devamsızlığın azaltılmasında, motivasyonun sağlanmasında, bireysel ve örgütsel performansının artırılmasında, stresin azaltılmasında, mesleki verimliliğin artırılmasında, müşteri memnuniyetini sağlamada mesleki bağlılık güçlü bir etkiye sahiptir (Meyer, Allen, & Smith, 1993; Pai, Yeh, & Huang, 2012; Kaya, 2012). Yapılan bir çalışmada mesleki bağlılığın iş tatmini, örgüte bağlılık ve iş performansını olumlu yönde etkilediğini bulunmuştur (Lee, Carswell, & Allen, 2000). Diş hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada mesleki duygusal bağlılığın iş tatminini arttırdığı, stresi azalttığı ifade edilmiştir (Chen, Lee, Wu, & Lin, 2010). Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada ise mesleki bağlılığın yüksek olmasının çalışanların mesleklerine ilişkin tutumlarını pozitif yönde etkilediği ve mesleklerinde kalma eğilimi içinde oldukları sonucuna varılmıştır (Meyer, Allen, & Smith, 1993). Hemşireler üzerinde yapılan başka bir çalışmada mesleki bağlılığın iş memnuniyetini arttırdığı ve personel devir hızını düşürdüğü ifade edilmiştir (Lu, Chang, & Wu, 2007).

4.4. MESLEKİ BAĞLILIĞIN ÖLÇÜLMESİ

Meyer, Allen ve Smith (1993) mesleki bağlılığı duygusal, normatif ve devam bağlılığı şeklinde üç boyutla ölçmüştür. Bu, Meyer ve Allen (1991)'in örgütsel bağlılığı üç boyutla ele alan ölçüm biçiminin mesleki bağlılığa uyarlanmış şeklidir. Meyer, Allen ve Smith (1993) bu çalışması ile kişilerin tüm duygu durumlarını ele almayı amaçlamış ve farklı sektörlere uygulanabilirliği konusunda çalışmalar yapmıştır (Irving, Coleman, & Cooper, 1997). Bu çalışmalar kapsamında hemşire, mühendis gibi farklı meslek dalları için mesleki bağlılık düzeyleri ölçülmüş, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliklerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte literatürde mesleki bağlılığın üç boyutlu olarak ölçülmesi tartışılmıştır. Sağlıklı bir şekilde ölçüm yapmak için daha güçlü araştırmalara ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir (Blau, 2003). Bu çalışmada mesleki bağlılık yukarıda izah edildiği şekilde duygusal, normatif ve devam bağlılığı şeklinde üç boyutuyla ölçülmüştür.

5. BÖLÜM

ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞME

Çalışmanın bu bölümünde örgütsel özdeşleşme kavramı ele alınmıştır. Kavramın tanımı ve boyutları ele alındıktan sonra örgütsel özdeşleşmeyi etkileyen faktörler, kavramın örgüt üzerindeki etkileri ve ölçüm yöntemleri ele alınmıştır. Bu bölümde son olarak örgütsel özdeşleşmenin örgütsel ve mesleki bağlılık kavramları ile olan ilişkileri irdelenmiştir.

5.1. ÖZDEŞLEŞME KAVRAMININ TANIMI VE BOYUTLARI

Özdeşleşme kavramı, psikolojiden psikanalize, sosyoloji, siyaset ve tarih gibi birçok sosyal bilim ve disiplinle ilişkilidir. Kavramın yaygın bir şekilde kullanılması farklı anlamları içermesine sebep olmaktadır ve birbirleriyle ilişkili olarak üç şekilde kullanılmaktadır. İlki etnik yapıyla özdeşleşmenin örnek olarak verileceği kültürle ilişkili olarak yapılan tanımlamadır. İkincisi toplumsal kimlik teorisinde (Tajfel, 1982) olduğu gibi topluluk veya sosyal kategoriyle ilişkilendirilen tanımdır. Bireyler arasında ortak kültür yaratan toplumsal hareketler de bu tanım içinde sayılmıştır. Sonuncu tanım ise bireyin farklılaşan modern toplumlarda farklı rollere sahip olması olarak ifade edilmiştir (Stryker & Burke, 2000).

“Görüşleri, çıkarları bir olan kimseler bütünü,” şeklinde tanımlanan “grup olma”nın kriterleri iç ve dış olmak üzere ikiye ayrılabilir. Dış kriter, grubun dışarıdan diğer gruplarca grup olarak değerlendirilmesidir, iç kriter ise üyelerin grupta özdeşleşmesidir (Tajfel, 1982).

Grup olmanın iç kriterlerinden sayılabilecek sosyal özdeşleşme bireyin kendisini toplum içinde farklı gruplar içinde sınıflamasıdır; mühendis, anne, yönetici, kadın gibi. Sosyal özdeşleşme “ben kimim” sorusunun kısmi cevabını içerir (Tajfel & Turner, 1986).

Örgütsel özdeşleşme, birey açısından insanların kendilerini tanımlamaları sürecidir ve bu tanım çerçevesinde bireyler özdeşleşme ile çevreleriyle iletişime geçerler (Myers, Davis, Schreuder, & Seibold, 2016).

Özdeşleşme zaman içinde gelişerek birbiriyle ilişkili iki yöne kaymıştır. İlki sosyal yapıların bireyi nasıl etkilediği ve bireyin sosyal davranışları üzerindeki etkisi, ikincisi ise bireyle ilgili öz-süreç (self-process) iç dinamiklerinin sosyal davranışlar üzerindeki etkisidir (Stryker & Burke, 2000).

Özdeşleşme teorisini tanımlamak için toplum kavramının izah edilmesi gerektiğini savunan bir çalışmada özdeşleşmenin tanımlanmasının bağlılık ile yapılabileceği ifade edilmiştir. Bağlılık, kişilerin sosyal ilişkiler ağında belirli bir kimliğe ve role bağlı olarak diğer kişilerle ilişkilerini derecelendirir. Bu durumda özdeşleşmenin belirginleşmesi bağlılığı yansıtacaktır. Başka bir ifadeyle bağlılık, özdeşleşme ile belirginleşen rol seçim davranışlarını şekillendirir (Stryker & Burke, 2000).

Örgütsel özdeşleşmenin farklı kavramlarla ve özellikle örgütsel bağlılık ile anlam benzerlikleri mevcuttur. Bunun sebebi her iki kavramın aynı psikolojik durumlara dayanması ve özdeşleşmenin bağlılığın bir alt konsepti olmasından kaynaklanmaktadır (Edward, 2005).

Örgütsel özdeşleşme kavramı incelenirken kavramın gelişimindeki en önemli kilometre taşının, sosyal kimlik teorisi olarak adlandırılan kuramlar bütünüün örgütsel davranış çalışmalarında uygulanmaya başlanması olduğu görülmektedir. Kategorizasyon, özdeşleşme ve karşılaştırma olarak üç temel bileşeni olan sosyal kimlik teorisi, bireylerin gruplarla özdeşleşmesinin sosyal psikolojik yönünü inceler. Sosyal kimlik teorisi, bireyin sosyal ilişkilerindeki dinamikleri gözler önüne sererek, örgüt yapıları içindeki bireylerin doğru bir şekilde anlaşılmasında oldukça önemli bir yer teşkil etmektedir. Ayrıca sosyal kimlik teorisi, bireyin bireysel kimliğinden farklı olarak gruplarla iletişimde bulunurken sosyal kimliğinin nasıl oluştuğunu, bu oluşumun bireyin davranışlarını ve tutumlarını nasıl etkilediğini ve bu çok kimlikli benlik yapısının nasıl işlediğini inceler (Karayiğit, 2008).

Ashforth ve Mael (1989) sosyal kimlik teorisini örgütsel alana sistematik olarak uygulayan ilk araştırmacılar olmuşlardır ve örgütsel özdeşleşmenin sosyal özdeşleşmenin spesifik bir formu olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu bağlamda, işgören kendisini örgüt ile özdeşleştirdiğinde örgüt, çalışana bir kimlik kazandırmaktadır (Edward, 2005). Sosyal özdeşleşmenin diğer güdüleyicileri ise zenginlik, güç, kontrol, kavramsal tutarlılık ve öz-yeterlilik şeklinde sıralanabilir (Gonzales, 2001).

Dutton ve diğerleri (1994) sosyal kimlik teorisinden hareketle sosyal özdeşleşmeyi bazı iyileştirmeler ile örgütsel özdeşleşmeye uygulamışlar ve özdeşleşmeyi bağlılık halinin kişinin kendini tanımlama (self-definition) halini alması ve kişinin benlik algısının, algılanan örgütsel kimlikle aynı özellikleri içermesi olarak ifade etmişlerdir (Dutton, Dukerich, & Harquail, 1994).

O'Reilly ve Chatman (1986), özdeşleşmeyi bağlılığın bir unsuru olarak ele almıştır. Bu tanıma göre bağlılık; özdeşleşme bağlılığı, uyum bağlılığı ve içselleştirme bağlılığı olarak üçe ayrılmaktadır. Özdeşleşme bağlılığı, diğer çalışanlarla tatmin edici bir ilişki kurmak veya ilişkiyi devam ettirmek için meydana gelmektedir. Böylece çalışan, bir grubun üyesi olmaktan gurur duyar. Uyum bağlılığı, paylaşılmış değerler için değil, belirli ödülleri kazanmak için oluşmaktadır. Bu bağlılıkta, ödül ve cezanın seviyesi önem kazanmaktadır. İçselleştirme bağlılığında ise bağlılık tümüyle bireysel ve örgütsel değerler arasındaki uyuma dayanmaktadır. Bu boyuta ilişkin tutum ve davranışlar; işgörenlerin sahip olduğu değerler ile örgütteki diğer insanların değerler sistemi arasında uyum yakalandığında gerçekleşmektedir (O'Reilly & Chatman, 1986).

Bugüne kadar yapılan araştırmalarda özdeşleşmenin türdeş ve tek boyutlu bir değişken olmadığı aksine örgüt dışı unsurlarla özdeşleşme, örgütsel özdeşleşme, görevle/kariyerle özdeşleşme, çalışma grubuyla özdeşleşme, işle özdeşleşme, meslekle özdeşleşme, iş arkadaşlarıyla özdeşleşme, örgütün bir özellik/yeteneği ile özdeşleşme gibi özdeşleşme türlerinin olduğu ifade edilmiştir (Polat, 2009). Ashforth ve diğerleri (2008), özdeşleşme için kimlik merkezli yaptıkları tanımlamada birbirini kapsayacak şekilde üçlü bir sınıflama yapmışlardır. Tanımın merkezinde bireyin kendini tanımlaması, önem verdikleri şeyler ve duyguları, daha geniş halkada değerler, hedefler, inançlar, bilgi, yetenek ve beceriler yer almaktadır ve en geniş halkada ise kişinin kendini tanımlaması yer almaktadır (Ashforth, Harrison, & Corley, 2008).

Özdeşleşmenin önemli bir belirleyicisi grup ve birey arasındaki benzerlik düzeyidir. Birey, kendisine benzediğini düşündüğü çalışma grubuyla özdeşleşecektir. Diğer yandan kişiler, içinde bulundukları çalışma grubunda kendine yakın bireylerle özdeşleşmektedirler (Knippenberg & Schie, 2000).

Örgütsel özdeşleşmenin karmaşıklığını vurgulayan Brown (1969), örgütsel özdeşleşmenin temel bileşenleri arasında; örgütün çekim gücüne girmiş olmak, bireysel

ve örgütsel amaçlar arasındaki uyum ve örgütsel üyeliği benlikle özdeşleştirmeyi saymıştır (Brown, 1969).

Cheney'e (1983) göre bireyler; kişiler, aileler, değerler, hedefler, bilgiler, aktiviteler ve objeler ile özdeşleşebilmektedir (Cheney, 1983). Özdeşleşme kavramının, bireyin, örgütün değer ve amaçlarını kendine mal etmesi ile oluştuğu düşünülürse asimilasyon kavramının dışında bir anlam ifade ettiği söylenebilir. Asimilasyon sürecinde örgüt, bireye, amaçlarını propaganda da dâhil olmak üzere çeşitli yöntemler kullanarak kabul ettirmektedir. Özdeşleşmede ise sürecin çalışanın kontrolünde ve daha yansız olması gerekir (Polat, 2009).

Özdeşleşmeyi bireyin örgüt değerleri ile benzeşme süreci olarak tanımlayan Pratt (1989), bu sayede örgüt üyelerinin bağlılık, güvenlik, kendini destekleme ve gerçekleştirme gibi psikolojik ihtiyaçlarını karşıladığını ifade etmiştir (Pratt, 1998). Bu yorum Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine benzerlik göstermektedir. Ayrıca Ashforth ve Mael de (1989) özdeşleşmenin bireyin sosyal ihtiyaçları ile ilişkisi olduğunu ifade etmiştir (Ashforth & Mael, 1989).

Jablin'e (1982) göre geleneksel özdeşleşme modeli, fark etme, katılım ve özdeşleşmeden oluşan doğrusal bir süreçtir (Jablin, 1982). Fark etme sürecinde işgören kendisini örgüt üyesi olarak düşünür ve kendine şu soruları sorar: Eğer ben bu örgütün üyesi olursam ne gibi şeyler elde ederim? Ne gibi şeyler kaybederim? Katılım sürecinde sosyalleşme başlar. Bu noktada örgüte ilişkin kuralların ve iş yapış yöntemlerinin işgören tarafından öğrenilmesi söz konusudur. Geleneksel modeldeki son adım olan özdeşleşme sürecinde ise örgüt kültürü işgören tarafından içselleştirilir. Bu noktada, artık örgütsel özdeşleşme gerçekleşmiştir (Polat, 2009).

5.2. ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Örgütsel kimliği (organizational identity) olumlu olarak algılayan birey kendisini çalıştığı örgüte ait hissettikçe örgüt için yaptığı işlerden zevk alır, iş çevresinden onay görür, daha iyi işler yapabilmek için daha fazla gayret sarf eder ve özdeşleşme düzeyi artar (Polat, 2009).

Örgütsel özdeşleşmenin psikolojik ve bilişsel mekanizmalardan oluştuğunu ifade eden bir çalışmada, özdeşleşmenin psikolojik çerçevesini bireyin bireysel kimliğini

gerçekleştirmesi, bilişsel çerçevesini ise bireyin algıladığı grup kimliği oluşturmaktadır. Özdeşleşen birey; psikolojik mekanizma çerçevesinde gruba bağlılık, iş birliği, ortaklaşa davranışlar sergilemekte ve örgütün değerlerini paylaşmakta, bilişsel mekanizma çerçevesinde yorumlama yapmakta ve sonuç olarak örgütsel özdeşleşme düzeyini yükseltmektedir (Sammara & Lucio, 2001).

Çalışanların hem bilişsel hem de psikolojik açıdan örgütle özdeşleşmeleri, yaptıkları işin kendileri açısından daha anlamlı olmasını sağlar ve böylece onları daha fazla motive eder. Ayrıca özdeşleşme, işgörenlerin örgütte kalma isteğini artırır. Örgütleriyle özdeşleşen çalışanlar, kendi istekleriyle örgütlerini destekleyici davranışlara yönelir ve örgüt yararına gönüllü olarak çaba sarf ederler (İşçan, 2006).

Bazı araştırmacılar, örgütsel özdeşleşme düzeyinin yüksek olmasının bireyin örgüt içinde kalma eğilimini arttırdığı, diğer çalışanlar ile ortaklaşa çalışmayı desteklediği ve bir seçimle karşılaştığında örgütün amaçları doğrultusunda hareket edeceği yönünde görüş bildirmişlerdir (Karayiğit, 2008).

Örgütsel özdeşleşme ile çalışanlar örgüt adına yaptıkları aktiviteleri kendi aktiviteleri sayabilirler. Örgütün amaçları çalışanın amaçları haline gelir ve güçlü bir şekilde özdeşleşmiş çalışan bu amaçların gerçekleştirilmesi için etkin biçimde çalışmaya motive olur (Edward, 2005).

Özdeşleşme, aitlik hissi, sadakat ve paylaşılan özelliklerin birbiri ile karşılıklı ilişki içinde olduğu ve ayrı olgular olarak analiz edilemeyecek kavramlar olduğunu ifade eden bir çalışmada aitlik hissinin örgütteki diğer kimselerle amaçların paylaşımına yol açtığı ifade edilmiştir (Lee, 1971).

5.3. ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞMENİN ÖRGÜT ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Örgütsel özdeşleşme; iş motivasyonu, işten memnun olma, işe gelmeme davranışı ve gönüllü olarak işe talip olma gibi birçok davranışla pozitif veya negatif yönde ilişki halindedir (Riketta, 2005). Yöneticiler ve çalışanlar üzerine yapılan bir çalışmada örgütsel özdeşleşmenin yüksek olduğu katılımcılarda işten ayrılma niyetlerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Cole & Bruch, 2006).

Örgütsel özdeşleşme düzeyi yüksek olan çalışanların örgütsel bağlılık düzeyi de yüksektir. Aynı zamanda örgütsel özdeşleşme düzeyi yüksek olan çalışanlardan oluşan örgütlerde müşteri memnuniyeti yüksektir ve bu satış performansını olumlu yönde etkilemektedir (Van Dick, Grojean, Christ, & Wieseke, 2006).

Farklı meslek gruplarında yapılan bir çalışmada örgütsel özdeşleşme düzeyi yüksek olan çalışanların işe katılımlarının yüksek olduğu ve çalışma performanslarının yüksek olduğu ifade edilmiştir (Efraty & Wolfe, 1988). Farklı bir çalışmada çalışanların performans düzeyleri ölçülmüş ve örgütsel özdeşleşme düzeyi ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (Liu, Loi, & Lam, 2011).

Özellikle 2000’li yıllardan sonra yapılan çalışmalarda ise sanal çalışma grupları ve çalışan yaratıcılığı üzerinde örgütsel özdeşleşmenin etkileri incelenmiş ve örgütsel özdeşleşmenin yüksek olduğu örgütlerde çalışan yaratıcılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (He & Brown, 2013).

5.4. ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞMENİN ÖLÇÜLMESİ

Örgütsel özdeşleşmenin ölçülmesi için geliştirilen ve beş sorudan oluşan Mael (1988)’in geliştirdiği ölçek yaygın bir şekilde kullanılagelmıştır. Bu çalışmada da kullanılan ölçekte özdeşleşme düzeyini ölçmek için şu sorular kullanılmıştır (Mael, 1988);

- Birisi bu hastaneyi eleştirdiği zaman, kişisel bir hakaret gibi algılarım.
- Başkalarının hastanem hakkında ne düşündükleriyle çok ilgilenirim.
- Hastaneyle ilgili konuşurken genellikle “onlar” yerine “biz” tabirini kullanırım.
- Hastanenin başarısı benim başarımdır.
- Birisi hastaneyi övdüğü zaman, bunu kişisel iltifat olarak algılarım.

Mael (1988) ölçeğini geliştirmeden önce örgütsel özdeşleşme, bağlılığın bir unsuru olarak ele alınmıştır. Örgütsel Bağlılık Ölçeği (Organizational Commitment Questionnaire, OCQ), (Mowday, Steers, & Porter, 1979) olarak isimlendirilen bu ölçekte örgütsel özdeşleşme aşağıdaki sorulara göre ölçülmüştür (Karayığit, 2008);

- Örgüte duygusal bağlanma (attachment) (bu örgütün bir parçası olduğumu diğer kimselere söylerken gururlanıyorum,
- Örgütün sorunlarına katılım (örgütün kaderi için gerçekten endişelenebiliyorum),

- Örgütte kalma isteği (örgütte kalmakla kazanılacak çok fazla şey yok).

Bu bölümde son olarak örgütsel bağlılık, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme kavramları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ashforth ve Mael (1989) sosyal özdeşleşme teorisi perspektifinden bağlılık ve özdeşleşme kavramları arasında bir anlam karmaşası olduğunu ifade etmiş ve bu iki kavramı kavramsal açıdan iki farklı şekilde ele almışlardır. İlk olarak terimlerin odak noktasında farklılık mevcuttur. Çoğu örgüt benzer amaç ve hedeflere sahiptir. Örgütsel bağlılık bu amaç ve hedeflere güçlü bir şekilde bağlı olmayı gerektirir ancak bunun örgüte özgü olması gerekmez. Örgütsel özdeşleşme ise bunun tersine örgüte özgü olmalıdır çünkü özdeşleşme ile kişi kendisini örgütle birlikte tanımlar. İkinci fark ise ölçüm farklılığıdır. Bağlılık, bireyin örgütle görüş birliği içinde olup olmadığı konusunda kişisel duyguları ölçmez. Özdeşleşme ölçeklerinde ise bu bir ölçüm unsurudur (Ashforth & Mael, 1989).

Porter ve diğerleri özdeşleşme ve bağlılığı birbiriyle ilişkili şekilde tanımlamıştır (Porter, Steers, Mowday, & Boulian, 1974). Dutton ve diğerleri ise bağlılık ve özdeşleşmenin farklı yapılar olduğuna dikkat çekmiştir (Dutton, Dukerich, & Harquail, 1994).

Özdeşleşme ve bağlılık arasındaki temel fark, çalışan ve örgüt arasındaki dolaylı ilişkiye dayanmaktadır. Özdeşleşme psikolojik birlikteliği yansıtırken, bağlılık iş tatmini gibi diğer iş davranışları arasındaki ilişkiyi yansıtır (Knippenberg & Sleebos, 2006).

Örgütsel bağlılık ile örgütsel özdeşleşme arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalarda örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşme arasındaki ilişkiler incelenmiş ve bu kavramlar arasında pozitif yönde bir ilişkinin var olduğu ortaya konmuştur (Feather & Rauter, 2004), (Sokmen & Bıyık, 2016). Özdeşleşme daha çok çalışanın bireysel reaksiyonlarını yansıtırken, bağlılık ise daha kapsayıcı ve diğer psikolojik durumları da kapsayan bir kavramdır (Edward, 2005).

Bazı araştırmacılar örgütsel özdeşleşme çalışmalarında duygusal örgütsel bağlılıktan söz etmedikleri için örgütsel özdeşleşme ve duygusal örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiyi nasıl gördükleri net değildir. Bir bütün olarak ele alındığında örgütsel özdeşleşme araştırmaları arasındaki örgütsel özdeşleşme ve duygusal örgütsel bağlılık ilişkisine dair bir fikir birliği olmadığı görülmektedir (Riketta, 2005).

1960'lı ve 1970'li yıllarda araştırmacılar, örgütsel ve mesleki bağlılık arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları vurgulamaya başlamışlardır (Carlson, 2003). Bu çalışmalardan birinde düşük statüde çalışan bireylerin iş içeriklerinin yetersiz olmasından dolayı mesleki bağlılık yerine örgütsel bağlılıklarının daha yüksek olduğunu, buna karşılık yüksek statüde bulunan bireylerin ise örgüt yerine mesleki bağlılıklarının yüksek olduğu ifade edilmiştir (Ritzer & Trice, 1969).

Örgütsel bağlılık ile mesleki bağlılık arasındaki ilişkiyi inceleyen bir meta analiz çalışmasında iki kavram arasında orta düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur. Çalışmada katılımcılar iki gruba ayrılmıştır. Yüksek profesyonellik (meslekleşme) düzeyine sahip katılımcılar grubunda hemşireler, muhasebeciler ve üniversitelerin fen bilimleri bölümünde görevli akademisyenler yer alırken düşük profesyonellik düzeyine sahip katılımcılar grubunda ise işletme mezunları (yöneticiler ve diğerleri), sigorta acenteleri, denetçiler ve gazete şefleri yer almıştır. Çalışmada yüksek profesyonellik düzeyine sahip mesleklerde mesleki ve örgütsel bağlılık arasında negatif yönde ilişki olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca mesleğine ve hedeflerine bağlı olanların örgüte kararlılıkla bağlı olma ihtimalinin daha düşük olduğu, buna karşın ayrılma olasılıklarının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Wallace, 1995).

6. BÖLÜM

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde gereç ve yöntem başlığı altında araştırmanın amacı, problem cümlesi, hipotezleri, evren ve örneklem, varsayımlar, veri toplama aracı ve yöntemi, araştırmanın kısıtlılıkları, veri analizi ile geçerlilik ve güvenilirlik analizine ilişkin sonuçlar ele alınmıştır.

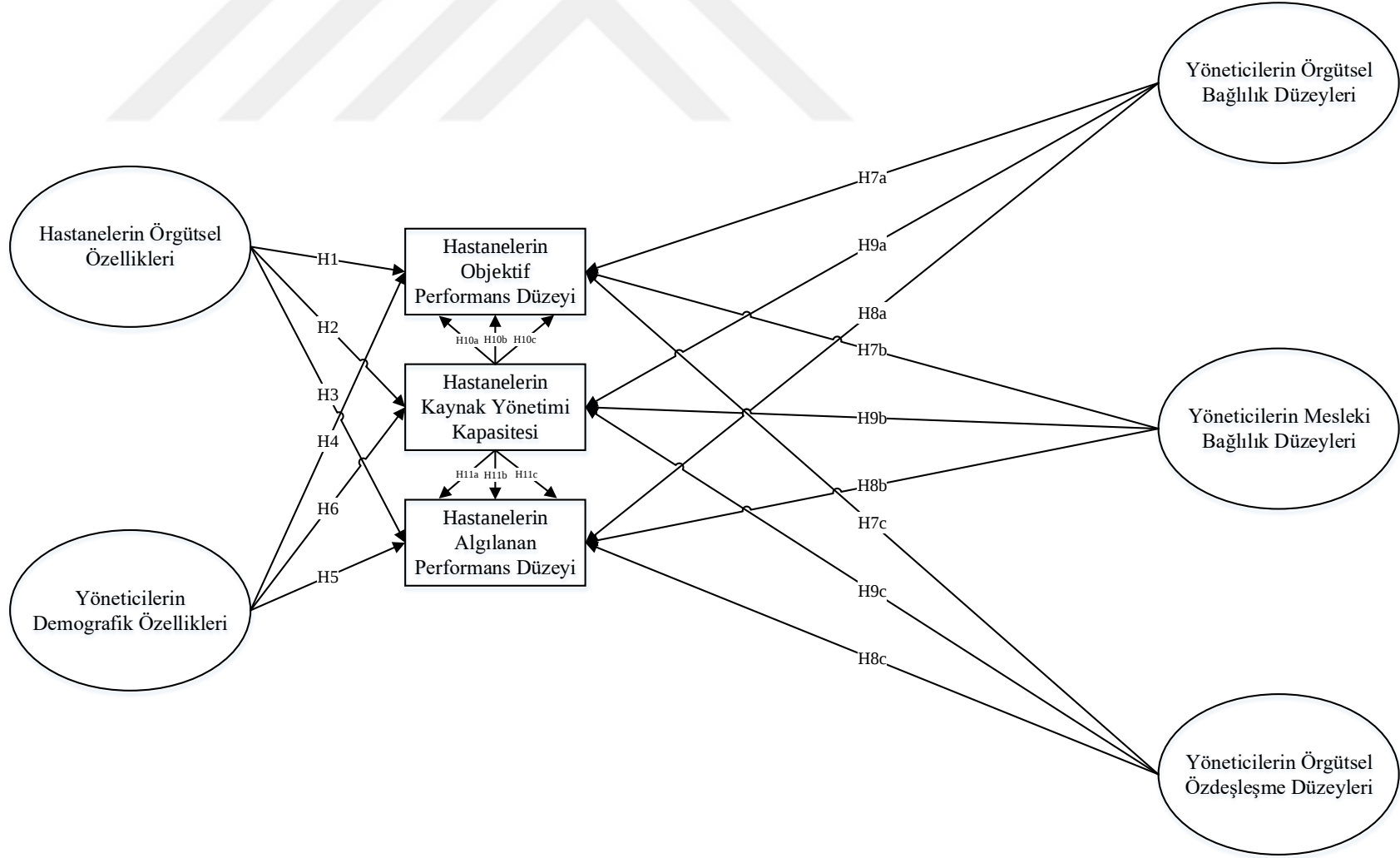
6.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlık sektöründe hızlı bir değişim yaşanmaktadır. Bilimsel araştırmalar hızlandıkça uzmanlaşma artmakta, teknoloji hızlı bir şekilde ilerlerken insan merkezli yaklaşımlar önem kazanmaktadır. Diğer yandan tüm ülkeler açısından sağlık harcamalarının sürekli artması uygun ve doğru bir kaynak/kapasite planlaması ile izlenmesini ve performans yönetiminin sağlanmasını zorunlu hale getirmektedir. İnsan merkezli yaklaşımlar işgörenlerin ve yöneticilerin sahip olduğu farklı özellikleri ön plana çıkartmakta ve bu özelliklerin önemini vurgulamaktadır. Bu açıdan bakıldığında çalışanların ve özellikle farklı konumdaki yöneticilerin özellikleri ile hastanelerin yapısal özelliklerinin hastanelerin kapasite/kaynak kullanımı ile performans düzeyi arasındaki ilişkiler üzerinde duran bilimsel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Yöneticinin örgütle kurduğu en önemli ilişkiler arasında örgütsel ve mesleki bağlılık ile örgütsel özdeşleşme yer almaktadır. Hastanede ölçülmesi gereken en önemli unsurlar ise performans ve kaynak yönetimi kapasitesidir. Bu bağlamda yönetimde söz sahibi ve farklı kademelerde bulunan yöneticilerin ve hastane özelliklerinin performans ve kaynak yönetimi kapasitesini nasıl etkilediği her boyutuyla ölçülmelidir. Bu konuda literatürde hem yönetici ve hastane özelliklerini kapsayan hem de örgütün ürettiği çıktı ve sonuçları ele alan kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı hastanelerin özellikleri (türü, faaliyet süresi, tıp uzmanlığı sayısı) ve yöneticilerin demografik özellikleri (görevi, cinsiyeti, toplam yöneticilik süresi, çalıştığı hastanedeki yöneticilik süresi) dikkate alınarak hastane yöneticilerinin örgütsel ve mesleki bağlılık ile örgütsel özdeşleşme düzeylerinin hastanenin performansI ile kaynak yönetimi kapasitesi üzerindeki etkisinin ölçülmesidir.

Çalışmada Şekil 1'deki kavramsal modelde de görüldüğü gibi hastane ve yönetici özellikleri dikkate alındıktan sonra yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılığı ile örgütsel özdeşleşme düzeylerinin hastane performansı ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Performans, çalışmada objektif performans ve sübjektif (algılanan) performans olarak iki şekilde ele alınmıştır. Objektif performans hastanelerden toplanan verilere göre hem klinik hem de finansal performans verilerine dayanan performans düzeyini ifade ederken algılanan performans ise yöneticilerin sübjektif değerlendirmelerine dayalı performans düzeyini ifade etmektedir. Çalışmada ayrıca yine Şekil 1'de görüldüğü gibi çeşitli yönetici ve hastane özellikleri dikkate alındıktan sonra yöneticilerin örgütsel bağlılık, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeylerinin hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi ile ilişkisinin incelenmesi de amaçlanmıştır.

Çalışmanın diğer bir amacı ise Şekil 1'de görüldüğü gibi yöneticilerin örgütsel bağlılık, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile hastanelerin objektif ve algılanan performans düzeyleri arasında hastanelerin kaynak yönetim kapasitesinin aracı etkisinin olup olmadığını belirlemektir.

Şekil 1 Araştırmanın Kavramsal Modeli



6.2. PROBLEM CÜMLESİ

Hastanelerin algılanan ve objektif performans düzeyi ve kaynak yönetimi kapasitesi çeşitli örgütsel özellikler (hastanelerin türü, faaliyet süresi, hizmet sunduğu tıp uzmanlığı sayısı) ve yönetici özellikleri (görevi, cinsiyeti, toplam yöneticilik süresi, çalıştığı hastanedeki yöneticilik süresi, yönetim konusunda formal eğitim alma durumu) ile yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılıkları ve örgütsel özdeşleşme düzeylerine göre farklılık göstermekte midir? sorusu araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

6.3. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

Yukarıdaki araştırma amacına ulaşmak ve bu amaç doğrultusunda geliştirilmiş problem cümlesine yanıt bulmak için test edilecek hipotezler aşağıdaki gibidir:

H1: Hastanelerin objektif performans düzeyi hastanelerin özelliklerine;

a) Türü, b) Faaliyet süresi, c) Tıp uzmanlığı sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H2: Hastanelerin algılanan performans düzeyi hastanelerin özelliklerine;

a) Türü, b) Faaliyet süresi, c) Tıp uzmanlığı sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H3: Hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi hastanelerin özelliklerine;

a) Türü, b) Faaliyet süresi, c) Tıp uzmanlığı sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H4: Hastanelerin objektif performans düzeyi yöneticilerin demografik özelliklerine;

a) Görevi, b) Cinsiyeti, c) Toplam yöneticilik süresi, d) Çalıştığı hastanedeki yöneticilik süresi, e) Yönetim konusunda formal eğitim alıp almamasına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H5: Hastanelerin algılanan performans düzeyi yöneticilerin demografik özelliklerine;

a) Görevi, b) Cinsiyeti, c) Toplam yöneticilik süresi, d) Çalıştığı hastanedeki yöneticilik süresi, e) Yönetim konusunda formal eğitim alıp almamasına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H6: Hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi yöneticilerin demografik özelliklerine;

a) Görevi, b) Cinsiyeti, c) Toplam yöneticilik süresi, d) Çalıştığı hastanedeki yöneticilik süresi, e) Yönetim konusunda formal eğitim alıp almamasına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H7: Hastanelerin objektif performans düzeyi yöneticilerin;

a) Örgütsel bağlılık, b) Mesleki bağlılık, c) Örgütsel özdeşleşme düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H8: Hastanelerin algılanan performans düzeyi yöneticilerin;

a) Örgütsel bağlılık, b) Mesleki bağlılık, c) Örgütsel özdeşleşme düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H9: Hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi yöneticilerin;

a) Örgütsel bağlılık, b) Mesleki bağlılık, c) Örgütsel özdeşleşme düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H10: Yöneticilerin a) örgütsel bağlılık, b) mesleki bağlılık ve c) örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile hastanelerin objektif performansları arasındaki ilişki üzerinde hastanelerin kaynak yönetim kapasitesi aracı bir role sahiptir.

H11: Yöneticilerin a) örgütsel bağlılık, b) mesleki bağlılık ve c) örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile hastanelerin algılanan performansları arasındaki ilişki üzerinde hastanelerin kaynak yönetim kapasitesi aracı bir role sahiptir.

6.4. EVREN VE ÖRNEKLEM

Çalışmanın evrenini Ankara ve İstanbul'da bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastaneler oluşturmaktadır. 2016 yılı itibariyle Ankara'da 86 hastane, 18840 yatak, İstanbul'da ise 238 hastane ve 35124 yatak yer almaktadır. Ankara ve İstanbul'da bulunan hastane sayısı ülke genelindeki hastane sayısının yaklaşık %20'sini, bu iki ildeki toplam yatak sayısı ise ülke genelindeki yatak sayısının %25'ini oluşturmaktadır. 2016 yılı için poliklinik başvuru sayısı Ankara'da 13.093.046, İstanbul'da 34.961.419 olarak gerçekleşmiş olup ülke genelindeki muayene sayısının %22'sine karşılık gelmektedir. Yatan hasta sayısı açısından ise Ankara 930.619, İstanbul 2.020.366 değerlerine sahip olup bu değerler ülke genelindeki yatan hasta sayısının %22'sine karşılık gelmektedir. Gerek hastane ve yatak sayıları gibi girdiler açısından gerekse poliklinik başvuru sayısı ve yatan hasta sayısı gibi hizmet üretim hacmine ait göstergeler açısından bu iki ilin Türkiye sağlık sektörü girdi ve çıktılarının önemli bir kısmına karşılık gelmesi (SAGM, 2016) Ankara ve İstanbul illerinin çalışma evreni olarak seçilmesine neden olmuştur.

Çalışma evreninde yer alan özel hastanelerin çalışmaya katılımının sağlanması için öncelikle Ankara'da ve İstanbul'da şubeleri bulunan iki özel hastane grubuna (toplam 13 hastane) resmi olarak izin başvurusunda bulunulmuş ancak olumsuz cevap alınmıştır. Ayrıca Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği ile görüşülerek özel hastanelerin çalışmaya katılımının sağlanması konusunda destek istenmiş ancak olumlu yanıt alınamamıştır. Benzer şekilde İstanbul'da 7 hastanesi bulunan özel bir hastane grubuna müracaatta bulunulmuş ancak yine olumsuz yanıt alınmıştır. Resmi başvurular dışında çalışmaya katılım sağlamaları için özel hastane yöneticileri ile görüşmeler yapılmış ancak veri paylaşımına sıcak bakmadıkları gözlemlendiği için özel hastanelerin sayısının çalışmada doğru bir şekilde yansıtılamayacağı düşünüldüğü için araştırma kapsamından çıkartılmıştır.

Ankara'da T.C. Sağlık Bakanlığı hastanesi sayısı 37, İstanbul'da 56'dır. Ankara'da bulunan üç genel sekreterlik⁵ çalışma iznini hastanelere bırakmış ve 37 hastaneden 23'ü çalışmanın yapılması konusundan olumlu geri dönüş yapmıştır. İstanbul'da bulunan genel sekreterlikler ise izin kararını hastanelere bırakmayıp kendileri değerlendirmiş ve altı genel sekreterlikten sadece Anadolu Kuzey ve Bakırköy genel sekreterlikleri olumlu geri

⁵ 25 Ağustos 2017'de yayımlanan 694 sayılı yönetmelik ile Kamu Hastaneleri Kurumu, Genel Müdürlük statüsü almıştır. Hastaneler bu tarihten itibaren sekreterliklere bağlı değildir.

dönüş yapmış, çalışma iki genel sekreterliğe bağlı toplam 19 hastanenin 18'inde gerçekleştirilmiştir. Buna karşın Anadolu Güney, Çekmece, Fatih ve Beyoğlu genel sekreterlikleri çalışma izni vermemiştir.

Böylece çalışma resmi olarak başvurulmuş 93 T.C. Sağlık Bakanlığı hastanesinden 41 hastanenin başhekim, hastane yöneticisi, başhekim yardımcısı, idari mali işler müdürü ve yardımcısı, bakım hizmetleri müdür ve yardımcısı üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada örneklem seçilmediğinden 41 hastanede bulunan tüm yöneticilere ulaşılmaya çalışılmış ve toplam 437 yöneticiden 237'si çalışmaya katılmayı kabul ederken 205 yönetici red etmiştir. Çalışma kapsamına alınacak yöneticilerin seçim kriteri olarak en az 1 yıl fiilen yöneticilik görevinde bulunma koşuluna dikkat edilmiş ve bu koşulu sağlamayan 5 yönetici dışarıda bırakılarak çalışma toplam 232 yönetici ile tamamlanmıştır.

6.5. VARSAYIMLAR

Ankete cevap veren yöneticilerin verdikleri yanıtların yansız olduğu, başkalarının fikirlerinden etkilenmedikleri ya da bu kişilerin bilinçli olarak yanlış/eksik bilgi vermediği düşünülmektedir. Hastanelerin objektif performans göstergelerini oluşturan hazır verilere ilişkin kayıtların da her hastane tarafından sağlıklı bir şekilde tutulduğu varsayılmaktadır.

6.6. VERİ TOPLAMA ARACI VE UYGULAMASI

Çalışmada hastane yöneticilerinin örgütsel bağlılık, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile hastanenin kaynak yönetimi kapasitesi ve algılanan performans düzeyleri yöneticilere uygulanan anket ile ölçülmüştür. Hastanelerin performansları yöneticilerin değerlendirmeleri dışında hastanelerin çalışma yoğunluğu ile ilgili objektif performans göstergeleri açısından da değerlendirilmiş ve bunun için çalışma kapsamındaki hastanelerin istatistiklerinden yararlanılmıştır. Hastanelerin objektif performansı tahakkuk gelirinin gideri karşılama oranı, yatak başı net kar/zarar, personel şikayet oranı, enfeksiyon hızı, yatak doluluk oranı, yatak devir hızı, yatak devir aralığı, kaba ölüm hızı, hasta şikâyet oranı ve yatak başı gelir ile ölçülmüştür. Resmi olarak çalışma izni alınan hastanelerin istatistik, fatura, gelir tahakkuk, gider tahakkuk, vezne,

özlük, kalite, hasta ve çalışan hakları birimleri ile görüşülerek her bir hastaneden 2016 yılına ait aşağıdaki veriler toplanmıştır:

Hastane Özelliklerine İlişkin Toplanan Veriler

- Hastane Türü
- Eğitim Verme Özelliği
- Hastane Faaliyet Süresi
- Tıp Uzmanlığı Sayısı
- Fiili Yatak Sayısı
- Toplam Personel Sayısı
- Toplam Yönetici Sayısı
- Toplam Hekim Sayısı
- Toplam Hemşire Sayısı

Objektif Performans Göstergelerine İlişkin Toplanan Veriler

- Tahakkuk Gelirinin Gideri Karşılama Oranı
- Yatak Başı Net Kar/Zarar
- Personel Şikâyet Oranı
- Enfeksiyon Hızı
- Yatak Doluluk Oranı
- Yatak Devir Hızı
- Yatak Devir Aralığı
- Kaba Ölüm Hızı
- Hasta Şikâyet Oranı
- Yatak Başı Gelir

Çalışmada her bir hastaneden talep edilen yukarıdaki veriler dışında diğer veri kaynağı olarak başhekim, hastane yöneticisi, başhekim yardımcıları, idari mali işler müdürü ve yardımcıları, bakım hizmetleri müdür ve yardımcılarının 75 sorudan oluşan ve 5’li Likert ölçeğine dayandırılmış anket de uygulanmıştır. Veri toplama süreci Şubat 2017’de başlamış, Temmuz 2017 sonunda tamamlanmıştır. Anketin uygulamasında yüzyüze yöntemi sadece 4 yöneticide gerçekleştirilebilmiş diğer yöneticiler ile dağıt topla yöntemi kullanılmış ve katılımı artırmak için hastanelerin herbiri en az 3 kez ziyaret edilmiştir.

Anketin birinci bölümünde yöneticilerin demografik özellikleri (yöneticinin görevi, cinsiyeti, toplam yöneticilik süresi, mevcut hastanede yöneticilik süresi, yöneticilik konusunda formal eğitim durumu) ile ilgili sorulara yer verilmiştir.

Anketin ikinci bölümünde 14 soruyla yöneticilerden çalıştıkları hastanenin örgütsel performansını rakip hastanelerle karşılaştırarak kendi sübjektif algılarına göre değerlendirmeleri istenmiştir. Bu 14 soru 1'in 'Önemli ölçüde daha düşük', 5'in 'Önemli ölçüde daha yüksek'i temsil ettiği 5'li Likert ölçeğine dayandırılmıştır. Bu sorulardan ilk 10'u Ling (1996)'in "Hastane Kapasite Yönetim Sistemi Anketi"nden, 11-13 arasındaki sorular Minvielle ve diğerlerinin (2008) çalışmasından ve 14. soru ise Siferd'in (1990) çalışmasından alınmıştır. Bu 14 sorudan 1, 2, 3, 4, 5, 12 ve 14 numaralı sorular algılanan performansın "*verimlilik*" boyutunu oluştururken, 6, 7, 8, 9, 10, 11 ve 13 numaralı sorular algılanan performansın "*kalite*" boyutu ile ilgilidir.

Anketin üçüncü bölümünde 20 soru yer almaktadır. Bu sorular ile yöneticilerden hastanelerinin kapasite/kaynak yönetimi becerilerini değerlendirmeleri istenmiştir. Bu 20 soru 1'in 'Hiç önem vermez', 5'in 'Oldukça fazla önem verir' seçeneklerini temsil ettiği 5'li Likert ölçeğine dayandırılmıştır. Bu bölümde yer alan sorular için Ling'in (1996) "Hastane Kapasite Yönetim Sistemi Anketi" ve Siferd'in (1990) çalışmasından faydalanılmıştır. Bu bölümdeki 20 sorunun 6'sı "*ekipman yönetim kapasitesi*", 9'u "*işgücü kapasitesi*" ve 5'i "*tesis yönetimi kapasitesi*" ile ilgilidir.

Anketin dördüncü bölümünde yer alan 36 soru ile ise yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılıkları "*duygusal*", "*devam*" ve "*normatif bağlılık*" boyutları itibarıyla ölçülmüştür. 36 sorunun ilk 18'inde yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeylerini ölçmek için Meyer ve Allen (1997) tarafından geliştirilmiş olan Örgütsel Bağlılık Anketi, 19-36 arasındaki sorularda ise mesleki bağlılık düzeylerini ölçmek için Meyer, Allen ve Smith (1993) tarafından geliştirilmiş olan Mesleki Bağlılık Anketi kullanılmıştır. Ancak örgütsel bağlılığın duygusal bağlılık boyutu içinde 3 madde (37, 38, 40) ve normatif bağlılık boyutu altındaki 1 madde (47), mesleki bağlılığın duygusal bağlılık boyutu altındaki 3 madde (54, 56, 57), devam bağlılığı boyutu altındaki 1 madde (63) ve normatif bağlılık altındaki 1 madde (66) diğerlerinden farklı tasarlandığı yani aynı yönde olmadığı için bu sorulara verilen skorlar ters çevrilmiştir. Bu 36 soru 1'in 'Kesinlikle katılmıyorum', 5'in 'Kesinlikle katılıyorum' seçeneklerini temsil ettiği 5'li Likert ölçeğine dayandırılmıştır.

Son bölümde yer alan 5 soru ile ise yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeyleri ölçülmüştür. Bu 5 soru 1'in 'Kesinlikle katılmıyorum', 5'in 'Kesinlikle katılıyorum' seçeneklerini temsil ettiği 5'li Likert ölçeğine dayandırılmıştır. Sorular Mael (1998) tarafından geliştirilmiş ve Carlson (2003) tarafından revize edilmiş 5 maddeli Örgütsel Özdeşleşme Ölçeği'nden alınmıştır.

6.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmanın başlıca kısıtlarından biri çalışmanın sadece Ankara ve İstanbul'da yer alan 41 T.C. Sağlık Bakanlığı hastanesi ile sınırlı kalmasıdır. Araştırmanın Türkiye genelindeki illerde ve tüm T.C. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yapılmamış olması sonuçların genellenebilirliği açısından önemli bir kısıtlılıktır.

Çalışma ile ilgili diğer bir kısıtlılık araştırma yapılan hastanelerde çalışan 437 yöneticiden sadece gönüllü 232 kişiye ulaşılmasıdır. Dolayısıyla çalışmaya katılan bu gruptan elde edilen bulguların tüm yöneticilere genellenebilirliğine ihtiyatlı yaklaşmak gerekir.

Anketteki enfeksiyon hızı, personel şikayet oranı gibi göstergeleri cevaplamak bazı hastaneler için riskli görüldüğü için bu soruların cevaplanma düzeyi düşüktür.

6.8. VERİ ANALİZİ

Çalışmada veri girişi ve analizi için SPSS 20 (IBM Statistical Package for the Social Sciences) ve AMOS 23 istatistik programları kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde tanımlayıcı ve analitik çözümleme yöntemlerinden yararlanılmıştır. Eksik veriler için seri ortalamaları kullanılarak değerler atanmıştır. Performans göstergeleri arasında yer alan yatak doluluk oranı ve yatak devir hızına 3 hastanede, yatak devir aralığına 5 hastanede, kaba ölüm hızına 7 hastanede, hasta şikayet oranına 16 hastanede, yatak başı gelir, yatak başı gider ve gelirin gideri karşılama oranına 6 hastanede ulaşamamıştır. Ulaşılamayan bu değerler için seri ortalamaları kullanılarak değerler atanmıştır.

Çalışma amacı (hipotezleri) ile ilgili analizlere geçmeden önce kullanılan soru kâğıdının geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Anket sorularının geçerliliğinin testi faktör analizleri ile yapılmıştır. Soru kâğıdındaki çok sayıdaki maddeden az sayıda faktöre ulaşmak için önce açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Açımlayıcı faktör analizinde

ölçekteki her bir madde için faktör yükleri, her bir boyutun açıklanan varyansı, boyutların toplam açıklanan varyansı, Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı, Bartlett's küresellik testi hesaplanmıştır. Hesaplanan bu değerler için referans aralıklara ulaşıldıktan sonra oluşturulmuş faktörlerin doğruluğunu belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi için IBM SPSS Amos istatistik programı kullanılmıştır. Çalışmada ele alınan kavramların ölçüm modellerinin uyum iyiliği değerleri referans aralıklara ulaşıncaya kadar modeller gözden geçirilmiştir. Nihai modellere ulaşıldıktan sonra Cronbach alfa katsayısına dayalı güvenilirlik analizi yapılmıştır. Çalışmada hipotezleri test etmek için ise yapısal eşitlik modeli kullanılmıştır. Çalışmada temel çözümleme yöntemi olarak çok değişkenli regresyon analizi yerine yapısal eşitlik modelinin tercih edilmesinin nedeni ise doğrudan ilişkiler yanında dolaylı ilişkilerin de gözlenebilmesine ve çok sayıda bağımlı ve bağımsız değişkenin tek bir modelde ele alınabilmesine imkân vermesidir (Dursun & Kocagöz, 2010).

Ayrıca çalışmada hastane yöneticilerinin örgütsel ve mesleki bağlılıkları ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile araştırma kapsamındaki hastanelerin algılanan ve objektif performans düzeyleri arasındaki ilişkiler üzerinde hastanelerin kaynak yönetim kapasitesinin aracı bir role sahip olup olmadığını belirlemek için aracı etki analizleri de yapılmıştır. Bilindiği gibi bir aracılık etkisinden söz edebilmek için; (1) bağımsız değişken(ler)in (örgütsel ve mesleki bağlılık ile örgütsel özdeşleşme) aracı değişken (kaynak yönetim kapasitesi) üzerinde anlamlı bir etkisi olmalıdır, (2) bağımsız değişkenin (örgütsel ve mesleki bağlılık ile örgütsel özdeşleşme) bağımlı değişken (algılanan ve objektif performans) üzerinde anlamlı bir etkisi olmalıdır ve (3) bağımsız değişkenin (örgütsel ve mesleki bağlılık ile örgütsel özdeşleşme) bağımlı değişken (algılanan ve objektif performans) üzerindeki etkisi düşerken, aracı değişkenin (kaynak yönetim kapasitesi) bağımlı değişken (algılanan ve objektif performans) üzerinde anlamlı bir etkisi olmalıdır (Baron & Kenny, 1986). Burada kaynak yönetimi kapasitesinin aracı etkisini doğrulamak için kısmi aracı etki, tam aracı etki ve direkt etki modeli şeklinde üç model karşılaştırılmıştır (Anderson & Gerbing, 1988). Kısmi aracı etki modeli (partially mediated model) hastane yöneticilerinin örgütsel bağlılık, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeylerinin hastanelerin objektif performans düzeylerini doğrudan etkilemesi ve kaynak yönetim kapasitesi yoluyla da indirekt etkilemesi ortaya çıkan bir aracı etkidir. Tam aracı modelde (fully mediated model) yöneticilerin örgütsel bağlılık,

mesleki bağıllık ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri hastanelerin objektif performansını doğrudan etkilemeyecektir, sadece hastanelerin kaynak yönetimi kapasiteleri yoluyla indirekt olarak etkileyecektir. Direkt etki modelinde (direct effect model) ise hastane yöneticilerinin örgütsel bağıllık, mesleki bağıllık ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ve söz konusu hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi hastanelerin objektif performansı üzerinde direkt etkiye sahiptir.

6.9. GEÇERLİLİK ANALİZİ

Geçerlilik, bir testin ölçmek istediği özelliği ölçmesi ile ilgili bir kavramdır. Bu bağlamda, bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçüyor ise bu testin geçerli olduğu söylenir. Bir testin kullanılmadan önce geçerliliğinin mutlaka incelenmesi ve değerlendirilmesi gerekir. Bir testin geçerliliği birden çok yöntem ile değerlendirilebilir (Alpar, 2010).

Geçerlilik literatürde kapsam, referans/kriter ve yapı geçerliliği gibi farklı şekillerde ele alınmıştır. Kapsam geçerliliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği (Tekin, 2016). Bir referans kriterine göre geçerliliğin saptanması ise bir kavramı/özelliği ölçtüğü düşünülen ya da ölçen test ile aynı özelliği ölçebileceği düşünülen bir testin skorlarının karşılaştırılmasıdır. Yapı geçerliliğinde ise bir testin doğrudan ölçülemeyen bir özelliği (yapıyı) ölçme derecesi olarak tanımlanabilir. Doğrudan ölçülemeyen bir özellik bir yapı olarak düşünülebilir, yapı doğrudan ölçülememesine rağmen, yapı davranışlarının göstergeleri sıklıkla ölçülür (Alpar, 2010).

Yapı geçerliliğini belirlemek için kullanılan en yaygın yöntemlerden biri faktör analizidir. Faktör analizi, birbirleriyle ilişkili çok sayıda değişkeni az sayıda anlamlı ve birbirinden bağımsız faktörler haline getiren bir yöntemdir. Faktör analizinde, aralarında yüksek korelasyon olan değişkenler seti bir araya getirilerek faktör adı verilen genel değişkenler oluşturulur. Faktör analizinin amacı değişken sayısını azaltmak ve değişkenleri sınıflandırmaktır (Kalaycı, 2009).

Faktör analizi yapılırken her bir ölçek için Bartlett testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerlerinin hesaplanması gereklidir. Bartlett testi faktör analizinin bu değişken kümesine uygulanabileceğini ortaya koyarken KMO değeri, örneklemin yeterliliği hakkında bilgi

vermektedir. Bartlett testinde p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı iken, KMO değerinin 0,70'ten yüksek olması gerekmektedir (Tekin, 2016).

Bu çalışmada açımlayıcı faktör analizi yapılırken bu değerler ile birlikte açıklayıcılık katsayıları da hesaplanmıştır. Çalışmada açımlayıcı faktör analizi ile boyutlandırma yapılmış, doğrulayıcı faktör analizi ile soruların boyutları ne kadar ölçtüğü incelenmiştir.

6.9.1. Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Açımlayıcı faktör analizi; birden fazla sayıda değişkeni gruplara ayırarak, grup içindeki değişkenler arasındaki ilişkiyi maksimum, gruplar arasındaki ilişkiyi ise minimum yaparak, grupları yeni değişkenlere dönüştüren bir analiz türüdür. Oluşturulan bu yeni değişkenlere faktör adı verilir (Alpar, 2010).

Açımlayıcı faktör analizi ile değişkenlerin sayısı azalmaya ve değişkenler arası ilişkilerden faydalanılarak yeni yapılar ortaya çıkartmaya çalışılır. Açımlayıcı faktör analizi, yeni oluşturulan ölçeklerin yapı geçerliğini test eder. Ölçekteki gözlenen değişkenler arasındaki ilişkilerden faydalanarak, gözlenemeyen daha az faktörle ifade edilen bir yapıya ulaşmayı amaçlamaktadır. Açımlayıcı faktör analizi, yeni oluşturulan ölçeklerin güvenilirliğini ve yapı geçerliğini test eder ve ölçekteki gözlenen değişkenler arasındaki ilişkilerden faydalanarak, gözlenemeyen daha az faktörle ifade edilen bir yapıya ulaşmayı amaçlar (Karagöz & Ağbektas, 2016).

Çalışmada kullanılan anketin algılanan (subjektif) performansı ölçmek üzere kullanılan maddelerinin bir faktör yapısı ortaya koyup koymadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda iki faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Boyutlardan birinin 1,2,3,4,5 ve 12 numaralı maddelerden oluştuğu ve bu maddelerin daha çok kurumsal verimlilik ile ilgili konuları sorgulayan “*verimlilik*” boyutu olduğu diğer boyutun ise 6,7,8,9,10,11,13 maddeleri içeren “*kalite*” faktöründen oluştuğu görülmektedir. Diğer yandan 14. maddenin faktör yükünün ise düşük olduğu (0,380) görülmüştür. Ek 5 Tablo 34’te yer alan bu sonuçlar üzerine 14. madde dışarıda bırakılarak ikinci model çalıştırılmış ve algılanan performans için iki faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Aşağıda Tablo 2’de yer alan ikinci açımlayıcı faktör analizi sonucunda oluşan KMO katsayısı 0,842 olduğundan örneklem sayısı araştırma kapsamındaki hastanelerin algılanan performansını ölçmek için yeterlidir. Açıklanan varyans oranının yüksekliği, geliştirilen ölçeğin faktör yapısının

gücünü gösterir. Analiz sonunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır. Kalite ve verimlilik boyutları için hesaplanan açıklanan varyans değerleri sırasıyla %39,3 ve %12,7'dir. Toplam açıklanan varyans değeri ise %52 olup sosyal bilimler için kabul edilen %40 ve %60 değerleri arasında yer almaktadır (Tekin, 2016).

Tablo 2 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin İkinci Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Maddeler	Kalite	Verimlilik
Algılanan Performans s10	.853	
Algılanan Performans s9	.825	
Algılanan Performans s8	.819	
Algılanan Performans s7	.668	
Algılanan Performans s6	.390	
Algılanan Performans s4		.751
Algılanan Performans s3		.680
Algılanan Performans s2		.655
Algılanan Performans s1		.619
Algılanan Performans s5	.404	.616
Algılanan Performans s13	.501	.584
Algılanan Performans s11	.551	
Algılanan Performans s12		.567
Açıklanan Varyans %	39,3	12,7
Toplam Açıklanan Varyans %	52,0	
Kaiser-Meyer-Olkin	0,842	
Bartlett Küresellik Testi	1314,88	p<0,001

Araştırma kapsamındaki hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesini ölçmek için kullanılan 20 maddeye ilişkin açımlayıcı faktör analizi uygulandığında Tablo 3'de görüldüğü gibi ekipman, işgücü ve tesis yönetimi şeklinde üç faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. 20-25 arası 6 madde “*ekipman yönetimi*”ni, 26-34 arası 9 madde “*işgücü yönetimi*”ni ve 15-19 arası 5 madde “*tesis yönetimi*”ni değerlendirmeye yöneliktir. KMO katsayısı 0,783 olduğundan örneklem sayısı araştırma kapsamındaki hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesini ölçmek için yeterlidir. Toplam açıklanan varyans %53,9 olup ölçeğin faktör yapısının güçlü olduğunu göstermektedir.

Tablo 3 Kaynak Yönetimi Kapasitesi Maddelerine İlişkin Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Maddeler	Ekipman Yönetimi	İşgücü Yönetimi	Tesis Yönetimi
Kaynak Yönetimi K. s25	,819		
Kaynak Yönetimi K. s22	,792		
Kaynak Yönetimi K. s23	,790		
Kaynak Yönetimi K. s20	,735		
Kaynak Yönetimi K. s24	,679		
Kaynak Yönetimi K. s21	,661		
Kaynak Yönetimi K. s30		,733	
Kaynak Yönetimi K. s34		,685	
Kaynak Yönetimi K. s32		,683	
Kaynak Yönetimi K. 29		,682	
Kaynak Yönetimi K. s31		,643	
Kaynak Yönetimi K. s28		,622	
Kaynak Yönetimi K. s33		,611	
Kaynak Yönetimi K. s27		,542	
Kaynak Yönetimi K. s26		,534	
Kaynak Yönetimi K. s15			,820
Kaynak Yönetimi K. s16			,729
Kaynak Yönetimi K. s17			,705
Kaynak Yönetimi K. s18	,433		,529
Kaynak Yönetimi K. s19			,506
Açıklanan Varyans	28,553	13,811	10,565
Toplam Açıklanan Varyans	53,9		
Kaiser-Meyer-Olkin	0,783		
Bartlett Küresellik Testi	2126,583		p<0,001

Çalışmada hastane yöneticilerinin örgütsel bağlılık düzeylerinin ölçümüne ilişkin kullanılan maddeler için yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen ilk bulgulara göre duygusal bağlılığı ölçen 36. ve 39. maddeler ile devam bağlılığını ölçen 41. ve 46. maddelerin normatif bağlılık boyutu altında çıktığı tespit edilmiştir. Modelin sonuçları Ek 5’te Tablo 35’de yer almaktadır.

Bunun üzerine kendi boyutları altında çıkmayan bu dört madde dışarıda tutularak ikinci model yeniden çalıştırılmış ve örgütsel bağlılığın normatif bağlılık boyutunun orijinal ölçekte olduğu gibi 6 madde ile ölçüldüğü, devam ve duygusal bağlılık boyutlarının ise orijinal ölçektekinden farklı olarak 4’er madde ile ölçüldüğü bir yapıya ulaşılmıştır. Tablo 4’teki örgütsel bağlılık ile ilgili yapılan ikinci açımlayıcı faktör analizi sonucunda

örgütsel bağlılığı ölçen 47,48,49,50,51,52 nolu maddelerin normatif bağlılık altında, 42,43,44,45 nolu maddelerin devam bağlılığı altında ve 35,37,38,40 nolu maddelerin duygusal bağlılık altında toplandıkları görülmektedir. Örgütsel bağlılık ölçeğine ilişkin ikinci açımlayıcı faktör analizi bulgularına göre toplam varyansın %53,25'i açıklanmıştır. Modele ilişkin KMO katsayısı (0,75) örneklem sayısının yöneticilerin örgütsel bağlılığını ölçmek için yeterli olduğunu göstermektedir.

Tablo 4 Örgütsel Bağlılık Maddelerine İlişkin İkinci Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Maddeler	Normatif	Devam	Duygusal
Örgütsel Normatif Bağlılık s51	,783		
Örgütsel Normatif Bağlılık s50	,685		
Örgütsel Normatif Bağlılık s47	,666		
Örgütsel Normatif Bağlılık s48	,648		
Örgütsel Normatif Bağlılık s49	,618		
Örgütsel Normatif Bağlılık s52	,557		
Örgütsel Devam Bağlılığı s44		,732	
Örgütsel Devam Bağlılığı s43		,720	
Örgütsel Devam Bağlılığı s45		,693	
Örgütsel Devam Bağlılığı s42	,450	,598	
Örgütsel Duygusal Bağlılık s38			,766
Örgütsel Duygusal Bağlılık s40			,755
Örgütsel Duygusal Bağlılık s37			,731
Örgütsel Duygusal Bağlılık s35			,473
Açıklanan Varyans	25,39	18,28	9,57
Toplam Açıklanan Varyans	53,25		
Kaiser-Meyer-Olkin	0,75		
Bartlett Küresellik Testi	916,17;		p<0,001

Hastane yöneticilerinin mesleki bağlılıklarını ölçmek için kullanılan 18 maddenin de orijinal ölçekte olduğu gibi normatif, devam ve duygusal bağlılık boyutları şeklinde üçlü bir yapı ortaya koyup koymadığını belirlemek için yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda Tablo 5'te yer aldığı şekilde 53,65 ve 66 numaralı maddelerin herhangi bir boyuta yüklenmedikleri ancak diğer maddelerin ait oldukları faktör altında toplandıkları görülmektedir. 6 maddeden oluşan devam bağlılığı boyutu varyansın %26,7'sini açıklarken, duygusal mesleki bağlılık boyutu varyansın %13,1'ini, normatif mesleki bağlılık boyutu ise varyansın %8,2'sini açıklamaktadır. Mesleki bağlılığın üç boyutu

tarafından açıklanan toplam varyansın %50'ye yakın olduğu ve KMO değerlerinin 0,818 olduğu görülmektedir. Bu da örneklemin yöneticilerin mesleki bağlılıklarını ölçmek için yeterli olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca Bartlett testi değeri 0,05'ten küçük olduğu için faktör analizinin mevcut değişkenlere uygulanabilirliği uygun bulunmuştur.

Tablo 5 Mesleki Bağlılık Maddelerine İlişkin Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Sorular	Devam	Duygusal	Normatif
Mesleki Devam Bağlılığı s61	,794		
Mesleki Devam Bağlılığı s62	,755		
Mesleki Devam Bağlılığı s60	,744		
Mesleki Devam Bağlılığı s64	,645		
Mesleki Devam Bağlılığı s59	,590		,404
Mesleki Devam Bağlılığı s63	,555		
Mesleki Duygusal Bağlılık s53			
Mesleki Duygusal Bağlılık s56		,795	
Mesleki Duygusal Bağlılık s54		,773	
Mesleki Duygusal Bağlılık s57		,635	
Mesleki Duygusal Bağlılık s55		,466	,436
Mesleki Duygusal Bağlılık s58	,409	,457	,401
Mesleki Normatif Bağlılık s66			
Mesleki Normatif Bağlılık s69			-,639
Mesleki Normatif Bağlılık s70			,599
Mesleki Normatif Bağlılık s68			,499
Mesleki Normatif Bağlılık s67	,433		,499
Mesleki Normatif Bağlılık s65			
Açıklanan Varyans	26,7	13,1	8,2
Toplam Açıklanan Varyans	47,92		
Kaiser-Meyer-Olkin	0,818		
Bartlett Küresellik Testi	1213,458;		p<0,001

Çalışmada ele alınan kavramlardan biri de yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeyleridir. Yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeyleri sadece beş madde ile ölçüldüğü için açımlayıcı faktör analizi uygulanmaya gerek görülmemiştir.

6.9.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Çalışmada açımlayıcı faktör analizleri yoluyla belirlenen faktörlerin doğruluğunu test etmek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde; açımlayıcı faktör analizi ile elde edilen faktörler ile değişkenler arasında yeterli düzeyde

ilişki olup olmadığı, faktörlerin birbirinden bağımsız olup olmadığı ve belirlenen faktörlerin orijinal yapıyı açıklamakta yeterli olup olmadığı test edilmektedir (Karagöz & Ağbekaş, 2016).

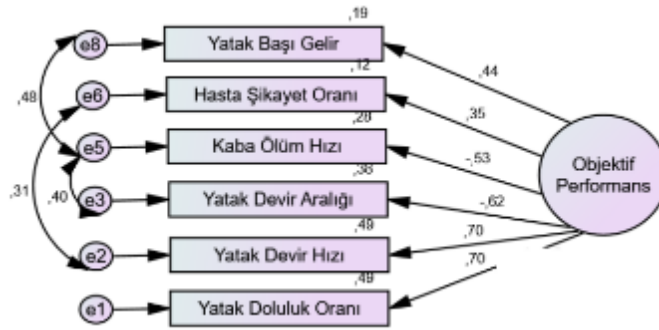
Çalışma kapsamındaki hastanelerin objektif performans düzeylerini ölçmek için kullanılan göstergeler farklı ölçüm birimlerine sahip olduğu için (örneğin personel şikayet oranı bir yıllık süre içinde şikayette bulunan personel sayısı/ toplam personel sayısı, hasta şikayet oranı bir yıllık süre içindeki toplam hasta şikayetleri / toplam hasta sayısı, yatak başı gelir toplam gelir/ yatak sayısı, yatak devir aralığı teorik hasta günü-fiili hasta günü/ yatan hasta sayısı, yatak devir hızı yatan hasta sayısı/ yatak sayısı, yatak doluluk oranı fiili hasta günü/ teorik hasta günü yoluyla hesaplanmaktadır) bu değişkenleri standart değerlere dönüştürmek için z skorları alınmıştır. Değişkenler z skorları yoluyla standart değerlere dönüştürüldükten sonra yapılan doğrulayıcı faktör analizi ölçüm modeli Ek 6 Şekil 18’de görüldüğü gibidir. Modelin uyum indekslerine bakıldığında kıkare /serbestlik derecesinin (χ^2/sd) 11,346 olduğu görülmektedir. Bazı kaynaklarda χ^2/sd ’nin 2’den küçük ise mükemmel uyumu, 3’den küçük ise kabul edilebilir bir uyumu gösterdiği belirtilirken (Kelloway, 1998), bazı kaynaklarda ise χ^2 değerinin örneklem büyüklüğüne bağlı olduğu ifade edilmiştir. Örneklem büyüklüğünün 250’den küçük olduğu durumda bu değer 2,5’ten küçük olmalı, örneklem büyüklüğünün 250’den büyük olduğu durumda ise 5’ten küçük olmalıdır (Byrne, 2011). Her iki referans veriye göre χ^2/sd ’nin başlangıç modelinde yüksek olduğu görülmektedir. Yine Ek 6 Şekil 18’de yer alan indekslerden karşılaştırmalı uyum indeksinin (Comparative Fit Index-CFI) 0,395, yaklaşık hataların ortalama kare kökünün (Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA) 0,220, normlaştırılmış uyum indeksinin (Normed Fit Index-NFI) 0,206, Tucker-Lewis indeksinin (TLI) 0,222 olduğu görülmektedir. Literatürde CFI ve NFI’nın 0,90 veya daha üstü değerlere sahip olmasının (Byrne, 2011) ve RMSEA’nın 0,08’den küçük olmasının kabul edilebilir uyumu gösterdiği belirtilmektedir (Stevens, 2001; Hu & Bentler, 1999). TLI eşik değerine ilişkin ise literatürde farklı görüşler yer almıştır. 0,80’den büyük olmasını ifade eden çalışmaların yanı sıra 0,95’ten büyük olması gerektiğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Hu & Bentler, 1999, Byrne, 2011). Buna göre başlangıç

modelin uyum iyiliği değerlerinin hiçbirinin bahsedilen referans değer aralıklarında olmadığı görülmektedir.

Ek 6 Şekil 18’de yer alan objektif performansı ölçen başlangıç modelin regresyon ağırlıkları Tablo 36’da yer almaktadır. Regresyon değerleri, gözlenen değişkenlerin, gizil değişkenleri tahmin etme gücünü, yani faktör yüklenimlerini göstermektedir. Ek 6 Tablo 36’da yer alan bulgulara göre enfeksiyon hızı ($\beta=0,109$, $P=0,166$), personel şikâyet oranı ($\beta=-0,077$, $P=0,320$), yatakbaşı net kar/zarar ($\beta= 0,045$, $P=0,573$) ve tahakkuk gelirlerinin gideri karşılama oranı ($\beta= 0,048$, $P=0,553$) değişkenlerinin standardize edilmiş regresyon ağırlıklarının 0,50’den küçük olduğu dolayısıyla bu değişkenlerin objektif performansı açıklamada anlamlı olmadığı ve modelden çıkarılması gerektiğine karar verilmiştir.

Bunun üzerine hastanelerin objektif performanslarını tanımlamak için kullanılan ve anlamlı olmadıkları bulunan enfeksiyon hızı, personel şikâyet oranı, yatakbaşı net kar/zarar ve tahakkuk gelirin gideri karşılama oranı değişkenleri çıkartılarak doğrulayıcı faktör analizi yeniden çalıştırılmıştır. Ek 6 Şekil 19’da yer alan yeni modelin χ^2/sd ’nin yüksek olduğu ve TLI değerinin 0,453, CFI değerinin 0,672, NFI değerinin 0,661, RMSEA değerinin 0,246 ile referans değerlerin altında kaldığı ve önerilen ölçüm modelinin araştırma verisine uygun olmadığı ortaya konmuştur. Ek 6 bölümü Tablo 37’deki doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde tüm değişkenlerin anlamlı olmakla birlikte standardize edilmiş regresyon ağırlığının hasta şikâyet oranı ve yatakbaşı gelir için 0,50’den küçük olduğu görülmüştür. Ayrıca yatak başı gelir standart hatasının yüksek olduğu göze çarpmaktadır. İkinci modelde alınan bu sonuçlar üzerine modele hatalar arasındaki kovaryanslar dâhil edilerek üçüncü bir model oluşturulmuştur. Üçüncü modelde yatak başı gelir, kaba ölüm hızı, hasta şikâyet oranı, yatak devir hızı, kaba ölüm hızı, yatak devir aralığı değişkenleri arasındaki kovaryansların objektif performansı etkilediği görülmüştür. Aşağıda gözden geçirilmiş iyileştirilmiş bu modele ilişkin parametre tahmin değerlerinin verildiği Şekil 2 incelendiğinde uyum iyiliklerinin pozitif yönde değişim gösterdiği görülmektedir ($\chi^2/sd=2,227$, TLI=0,948, CFI=0,979, NFI=0,964, RMSEA=0,076). Tablo 6’da standardize regresyon ağırlıklarının hasta şikâyet oranı ve yatak başı gelirden 0,50’nin altında kaldığı görülmekle birlikte p anlamlılık düzeyleri 0,001’in altındadır.

Şekil 2 Objektif Performans Nihai Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
13,363	6	2,227	0,948	0,979	0,964	0,076

Tablodaki standardize regresyon katsayılarından, anlamlı olduğu bulunan bu bağımsız değişkenler arasında özellikle yatak doluluk oranı ve yatak devir hızının etkisinin diğer değişkenlerden daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Diğer yandan yatak devir aralığı ve kaba ölüm hızı ile objektif performans arasında negatif yönlü ilişkilerin olduğu bulunmuştur. Ayrıca hasta şikâyet oranı ve yatak başı gelirin objektif performans ile kabul edilebilir düzeyde pozitif yönde ilişkisinin olduğu gözlenmektedir. Bunun üzerine Şekil 2’deki model objektif performans için nihai model olarak kabul edilmiştir.

Tablo 6 Objektif Performansı Tanımlayan Nihai Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

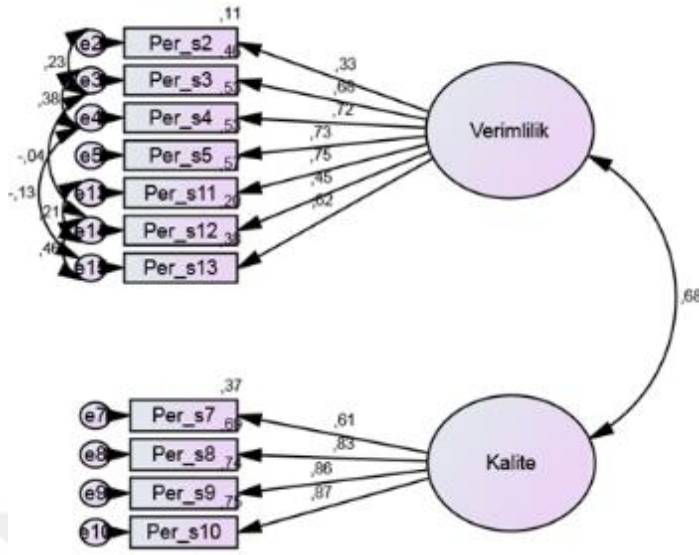
	Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Yataklar Doluluk Oranı	1,000	,702		
Yataklar Devir Hızı	1,313	,702	,180	<,001
Yataklar Devir Aralığı	-,535	-,616	,076	<,001
Kaba Ölüm Hızı	-,001	-,530	,000	<,001
Hasta Şikâyet Oranı	,000	,346	,000	<,001
Yataklar Başlı Gelir	2830,293	,437	574,476	<,001

Çalışmada hastanelerin performansını yönetici algılarına dayalı olarak ölçmek için kullanılan maddelerin açıklayıcı faktör analizi sonucunda verimlilik ve kalite boyutları altında toplandığı bulunduğundan sonra söz konusu yapının doğruluğunu test etmek için Ek 6’da yer alan Şekil 20’deki doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına

bakıldığında χ^2/sd 'nin 4,229 ile referans değerlerin bir miktar üzerinde olduğu görülmektedir. Diğer uyum iyiliği değerlerinin ise kabul edilebilir sınırlar içinde olmadığı görülmektedir (TLI=0,804, CFI=0,839, NFI=0,802, RMSEA=0,118). Ek 6'da yer alan Tablo 38'deki regresyon ağırlıkları incelendiğinde tüm değişkenlerin anlamlı olmakla birlikte verimlilik boyutundaki 1, 2, 12 numaralı maddeler ile kalite boyutundaki 6 numaralı maddenin standardize edilmiş regresyon katsayısının 0,50'nin altında olduğu ve boyutları ölçmede yeteri kadar etkiye sahip olmadığı görülmektedir.

Bir sonraki aşamada Ek 6 Şekil 21'de görüldüğü gibi verimlilik ve kalite boyutları altındaki maddeler arasındaki kovaryanslar da modele dahil edilmiştir. 1 ve 2, 2 ve 3, 3 ve 4, 11 ve 12, 12 ve 13, 6 ve 7 numaralı soruların hataları arasında ortak ilişki olduğu tespit edilerek modelde kullanılmıştır. Uyum iyiliği değerlerinde düzelme olmasına rağmen Ek 6 ve Tablo 39'da görüldüğü gibi 1, 2, 6 ve 12 numaralı sorularda standardize regresyon ağırlıklarının 0,50'nin altında kaldığı görülmektedir. Bu durumda soruların boyutları ölçmede yeterli olmadığına karar verilmiştir. Bunun üzerine bu maddelerin ait oldukları boyutların güvenilirlik düzeyine olan etkileri incelendiğinde; “*verimlilik*” boyutu altındaki 1. maddenin modelden çıkarılması halinde Cronbach güvenilirlik katsayısının 0,822'den 0,841'e yükseldiği, “*kalite*” boyutundaki 6. maddenin çıkarılması halinde ise bu boyuttaki sorular arası içsel tutarlılığın 0,842'den 0,864'e çıktığı bulunmuştur. Böylece verimlilik boyutundan 1.soru, kalite boyutundan 6. soru çıkarılarak Şekil 3'teki yeni model oluşturulmuştur. Ayrıca 2 ve 3, 3 ve 4, 3 ve 12, 4 ve 13, 11 ve 12, 12 ve 13 numaralı sorularda kovaryans olduğu tespit edilerek modele dâhil edilmiştir. Verimlilik ve kalite arasındaki kovaryans muhafaza edilmiştir. Sonuç olarak aşağıda Şekil 3'te yer alan nihai modelin sonuçlarına bakıldığında uyum iyiliklerinde düzelme olduğu görülmektedir ($\chi^2/sd=2,054$, TLI=0,952, CFI=0,968, NFI=0,939, RMSEA=0,068).

Şekil 3 Algılanan Performans Nihai Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
76,008	37	2,054	0,952	0,968	0,939	0,068

Şekil 3'teki araştırma kapsamındaki hastanelerin algılanan (subjektif) performans düzeylerini tanımlayan modelin Tablo 7'de yer alan bulguları incelendiğinde 2 ve 12 numaralı sorular dışında standardize regresyon ağırlıklarının 0,50'nin oldukça üzerinde olduğu ve iki boyutun algılanan performans örtük değişkenini açıklamada anlamlı ve önerilen ölçüm modelinin araştırma verisine uygun olduğu tespit edilmiştir.

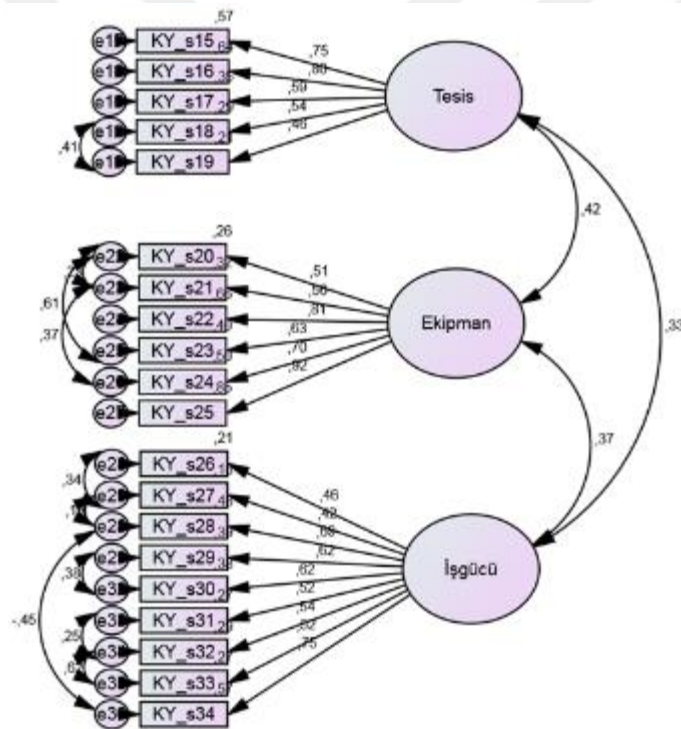
Tablo 7 Algılanan Performansı Tanımlayan Nihai Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
A. Performans s12	←Verimlilik	1,000	,448		
A. Performans s11	←Verimlilik	1,494	,753	,225	<,001
A. Performans s5	←Verimlilik	1,631	,725	,277	<,001
A. Performans s4	←Verimlilik	1,640	,725	,282	<,001
A. Performans s3	←Verimlilik	1,466	,675	,262	<,001
A. Performans s2	←Verimlilik	,732	,326	,188	<,001
A. Performans s10	←Kalite	1,000	,866		
A. Performans s9	←Kalite	,943	,860	,057	<,001
A. Performans s8	←Kalite	,907	,831	,060	<,001
A. Performans s7	←Kalite	,724	,607	,075	<,001
A. Performans s13	←Verimlilik	1,244	,619	,172	<,001

Araştırma kapsamındaki hastanelerin kaynak yönetim kapasitesini ölçmek için kullanılan maddelerin açımlayıcı faktör analizi sonucunda tesis, ekipman ve işgücü boyutları altında toplandığı görüldükten sonra sonuçların yapısal doğruluğunu test etmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Tesis, ekipman ve işgücü boyutları ile ölçülen kaynak yönetimi kapasitesini değerlendirmek için kullanılan ölçek için doğrulayıcı faktör analizi modeli ve uyum değerleri aşağıda Şekil 4’de yer almaktadır.

Görüldüğü üzere χ^2/sd 3’ün altında ve diğer uyum değerlerinin referans değerlere yakın veya üzerinde olduğu görülmektedir (TLI=0,879, CFI=0,900, NFI=0,838, RMSEA=0,075).

Şekil 4 Kaynak Yönetimi Kapasitesi Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
359,456	157	2,290	0,879	0,900	0,838	0,075

Tablo 8’de yer alan modelin regresyon ağırlıklarına bakıldığında ise 19, 26 ve 27. maddelerin ağırlıklarının 0,50’nin biraz altında olmakla birlikte $P < 0,001$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. 18 ve 19, 20 ve 21, 20 ve 23, 21 ve 24, 26 ve 27, 27 ve 28, 28 ve 34, 29 ve 30, 31 ve 32, 32 ve 33 numaralı sorular ve tesis-işgücü, tesis-ekipman, ekipman-işgücü boyutları arasında kovaryans olduğu görülmüş ve modele dahil

edilmiştir. Modele dahil edilen kovaryanslar ile kaynak yönetimi kapasitesini ölçmek için uygun modele ulaşıldığı görülmektedir.

Tablo 8 Kaynak Yönetimi Kapasitesini Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

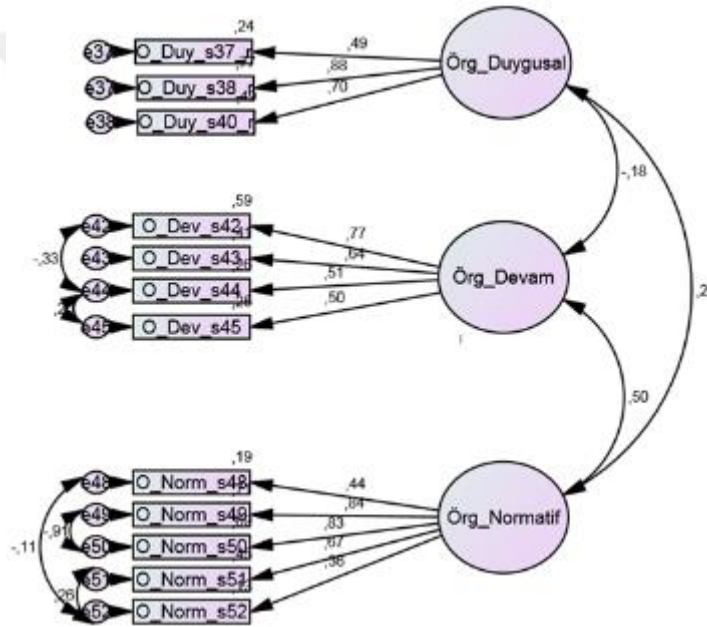
		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Kaynak Yönetimi K. s19	←Tesis	1,000	,461		
Kaynak Yönetimi K. s18	←Tesis	1,130	,541	,161	<,001
Kaynak Yönetimi K. s17	←Tesis	1,228	,593	,220	<,001
Kaynak Yönetimi K. s16	←Tesis	1,514	,798	,244	<,001
Kaynak Yönetimi K. s15	←Tesis	1,290	,754	,210	<,001
Kaynak Yönetimi K. s23	←Ekipman	1,000	,631		
Kaynak Yönetimi K. s22	←Ekipman	1,204	,813	,121	<,001
Kaynak Yönetimi K. s21	←Ekipman	,805	,562	,109	<,001
Kaynak Yönetimi K. s20	←Ekipman	,864	,513	,081	<,001
Kaynak Yönetimi K. s24	←Ekipman	,985	,704	,110	<,001
Kaynak Yönetimi K. s25	←Ekipman	1,426	,920	,133	<,001
Kaynak Yönetimi K. s29	←İşgücü	1,000	,623		
Kaynak Yönetimi K. s28	←İşgücü	1,334	,693	,178	<,001
Kaynak Yönetimi K. s27	←İşgücü	,834	,424	,156	<,001
Kaynak Yönetimi K. s26	←İşgücü	,751	,464	,122	<,001
Kaynak Yönetimi K. s30	←İşgücü	1,087	,616	,112	<,001
Kaynak Yönetimi K. s31	←İşgücü	1,086	,520	,161	<,001
Kaynak Yönetimi K. s32	←İşgücü	1,038	,536	,153	<,001
Kaynak Yönetimi K. s33	←İşgücü	1,048	,516	,161	<,001
Kaynak Yönetimi K. s34	←İşgücü	1,341	,753	,170	<,001

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda örgütsel bağlılığın duygusal bağlılık (35,37,38,40 nolu maddeler) ve devam bağlılığı (42,43,44,45 nolu maddeler) boyutlarının dört madde ile normatif bağlılık boyutunun (47,48,49,50,51,52 nolu maddeler) 6 madde ile ölçüldüğü belirlendikten sonra toplam 14 sorudan oluşan bu üç faktörlü yapının örgütsel bağlılık örtük değişkenini açıklayıp açıklamadığını doğrulamak için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise Ek 6 bölümündeki Şekil 22’de yer alan bulgulara ulaşılmıştır. Başlangıç ölçüm modelinin uyum iyiliği değerleri incelendiğinde bakıldığında gerek χ^2/sd ’nin (3,161) gerekse diğer uyum değerlerinde referans değerlere uymadığı görülmektedir (TLI=0,760, CFI=0,805, NFI=0,743, RMSEA=0,097). Ek 6’daki Tablo 40’da yer alan modelin regresyon ağırlıklarına bakıldığında p değerlerinin

anlamli olmasına ragmen standardize regresyon ağırlıklarının düşük olduğu gözle çarpılmaktadır. Bunun üzerine standardize edilmiş regresyon ağırlığının düşük olduğu duygusal bağıllık boyutundaki 35. soru ve normatif bağıllık boyutundaki 47. soru modelden çıkarılarak ve ayrıca 42 ve 44, 44 ve 45, 48 ve 52, 49 ve 50, 51 ve 52 numaralı maddeler arasında tespit edilen kovaryanslar modele dahil edilerek aşağıda yer alan Şekil 5'teki nihai ölçüm modeline ulaşılmıştır. Şekil 5'teki modelin uyum iyilikleri incelendiğinde uyum iyiliği değeriğerlerinin kabul edilebilir değeriğerlere sahip olduğu görülmektedir ($\chi^2/sd = 2,291$, TLI=0,881, CFI=0,917, NFI=0,865, RMSEA=0,075).

Şekil 5 Örgütsel Bağıllık Nihai Ölçüm Modeli ve Uyum Değeriğerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
105,386	46	2,291	0,881	0,917	0,865	0,075

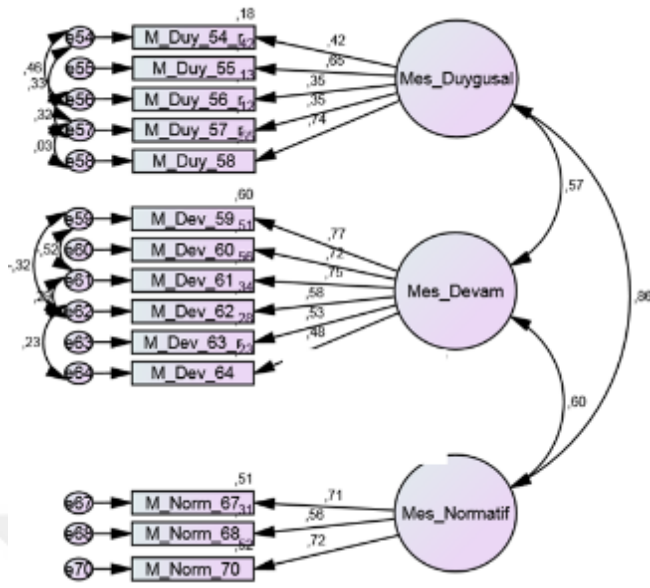
Söz konusu modelin Tablo 9'daki regresyon ağırlıklarında da gözle görüldüğü bir iyileşme olduğu için örgütsel bağıllık için Şekil 5'te yer alan model nihai model olarak kabul edilmiştir.

Tablo 9 Örgütsel Bağlılığı Tanımlayan Nihai Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Ö. Duygusal B. s38_r	← Ö. Duygusal B.	1,000	,880		
Ö. Duygusal B. s37_r	← Ö. Duygusal B.	,794	,493	,128	<,001
Ö. Devam B. s45	← Ö. Devam B.	1,000	,496		
Ö. Devam B. s44	← Ö. Devam B.	1,067	,512	,200	<,001
Ö. Devam B. s43	← Ö. Devam B.	1,466	,641	,250	<,001
Ö. Devam B. s42	← Ö. Devam B.	1,596	,768	,268	<,001
Ö. Normatif B. s51	← Ö. Normatif B.	1,000	,673		
Ö. Normatif B. s50	← Ö. Normatif B.	1,099	,830	,137	<,001
Ö. Normatif B. s49	← Ö. Normatif B.	1,256	,841	,165	<,001
Ö. Normatif B. s48	← Ö. Normatif B.	,687	,436	,107	<,001
Ö. Duygusal B. s40_r	← Ö. Duygusal B.	,933	,703	,127	<,001
Ö. Normatif B. s52	← Ö. Normatif B.	,531	,363	,090	<,001

Çalışmada ele alınan kavramlardan bir diğeri olan yöneticilerin mesleki bağlılıkları için de açımlayıcı faktör analizi sonucunda örgütsel bağlılıkta olduğu gibi normatif, duygusal ve devam bağlılıktan oluşan üç boyutlu bir yapıya ulaşılmıştır. Ulaşılan bu yapının doğruluğunu test etmek için yapılan doğrulayıcı faktör analizine ait başlangıç model Ek 6'daki Şekil 23'de yer almaktadır. Modelin uyum iyiliği değerlerine bakıldığında NFI (0,860) değeri dışındaki değerlerin (TLI=0,900, CFI=0,925 ve RMSEA=0,064) referans sınırlar içinde olduğu ancak modele ait Ek 6'da yer alan Tablo 41'deki değerlere bakıldığında p değerlerinin iyi olmasına rağmen standardize edilmiş regresyon ağırlığının 69 numaralı madde için -0,154 olarak hesaplandığı görülmektedir.

Şekil 6 Mesleki Bağlılık Nihai Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri



x ² (CMIN)	sd	x ² /sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
124,260	66	1,883	0,918	0,941	0,884	0,062

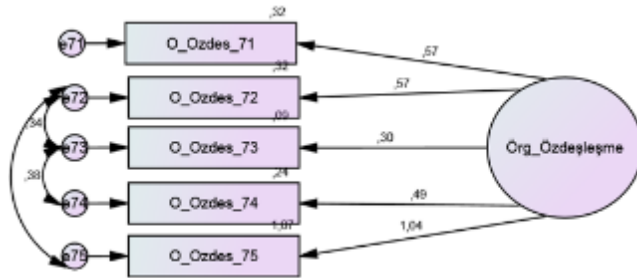
Bunun üzerine normatif bağlılık boyutundaki 69. madde modelden çıkarıldığında ve duygusal bağlılık boyutundaki 54 ve 57, 54 ve 56, 57 ve 58, 56 ve 57 nolu maddeler, devam bağlılığı boyutundaki 59 ve 62, 59 ve 61, 61 ve 62, 62 ve 64 nolu maddeler arasındaki kovaryanslar da modele ilave edildiğinde aşağıda yer alan Şekil 6'daki modelin uyum iyiliği değerlerinin iyileştiği ($\chi^2/sd = 1,883$, TLI=0,918, CFI=0,941 ve RMSEA=0,062) ve Tablo 10'da yer alan tüm değişkenlerin anlamlı olduğu ($p < 0,001$) tespit edilmiştir. Analizler ışığında gözden geçirilen yeni modelin yöneticilerin mesleki bağlılığını ölçmede kullanılacak model olmasına karar verilmiştir.

Tablo 10 Mesleki Bağlılığı Tanımlayan Nihai Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
M. Duygusal B. s58	← M. Duygusal B.	1,000	,740		
M. Duygusal B. s57_r	← M. Duygusal B.	,479	,346	,110	<,001
M. Duygusal B. s56_r	← M. Duygusal B.	,460	,354	,100	<,001
M. Duygusal B. s55	← M. Duygusal B.	,695	,651	,090	<,001
M. Duygusal B. s54_r	← M. Duygusal B.	,464	,423	,087	<,001
M. Devam B. s64	← M. Devam B.	1,000	,483		
M. Devam B. s63_r	← M. Devam B.	1,046	,531	,177	<,001
M. Devam B. s62	← M. Devam B.	1,330	,579	,209	<,001
M. Devam B. s61	← M. Devam B.	1,496	,746	,229	<,001
M. Devam B. s60	← M. Devam B.	1,550	,716	,224	<,001
M. Devam B. s59	← M. Devam B.	1,517	,774	,234	<,001
M. Normatif B. s70	← M. Normatif B.	1,000	,718		
M. Normatif B. s68	← M. Normatif B.	,849	,561	,118	<,001
M. Normatif B. s67	← M. Normatif B.	1,134	,714	,132	<,001

Çalışmada ölçülen kavramlardan sonuncusu olan örgütsel özdeşleşme için oluşturulan ölçüm modeli aşağıda Şekil 7’de yer almaktadır. Şekilde görüldüğü gibi χ^2/sd ’nin 1,564, TLI değerinin 0,981, CFI değerinin 0,996, NFI değerinin 0,990, RMSEA değerinin 0,049 olduğu ve referans değerler içinde kaldığı görülmektedir.

Şekil 7 Örgütsel Özdeşleşme Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
3,128	2	1,564	0,981	0,996	0,990	0,049

Modele ait Tablo 11’de yer alan regresyon ağırlıkları incelendiğinde 72. sorunun referans değerinin bir miktar altında olduğu gözlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi ile hesaplanan veriler ışığında yapılan bu modelin bu şekliyle örgütsel özdeşleşmeyi ölçmek için uygun olduğuna karar verilmiştir.

Tablo 11 Örgütsel Özdeşleşmeyi Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

	Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Ö. Özdeşleşme s75	1,000	1,000		
Ö. Özdeşleşme s74	,373	1,036	,074	<,001
Ö. Özdeşleşme s73	,151	,490	,043	<,001
Ö. Özdeşleşme s72	,317	,303	,056	<,001
Ö. Özdeşleşme s71	,521	,567	,099	<,001

6.10. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Yapılan ölçümün geçerli olduğu ortaya konulduktan sonra karşılanması ve değerlendirilmesi gereken diğer bir psikometrik özellik ise ölçümün güvenilir olmasıdır. Güvenirlik, bir ölçme aracı yoluyla elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığıdır (Öncü, 1994).

Genel olarak güvenilirlik zamana göre değişmezlik, farklı değerlendiriciler arası tutarlılık ve aynı kavramı ölçen maddeler arası içsel tutarlılık gibi yöntemler ile ölçülmektedir. Bunlardan içsel tutarlılık yönteminde ise yaygın şekilde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmakta olup konuyla ilgili literatürde alfa güvenilirlik katsayısının 0,70 ve daha yukarısı olması önerilmesine rağmen 0,50 ya da daha yukarı olduğunda da güvenirliliğin yeterli bir düzey olduğunu ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Stewart, Hays, & Ware, 1988).

Çalışmada kullanılan ve geçerlilik analizi sonucunda geçerli oldukları görülen ölçeklerin güvenilirlik düzeylerine ilişkin bulgular aşağıda Tablo 12’de yer almaktadır Buna göre kullanılan ölçeklerin alfa katsayılarının örgütsel devam bağlılık boyutu dışında 0,70’nin üzerinde olduğu, devam bağlılığı boyutunun ise 0,70’e yakın bir değere sahip olduğu için çalışmada kullanılmasında mahzur görülmemiştir.

Tablo 12 Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Düzeylerine İlişkin Bulgular

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
Algılanan Performans	11	0,872
Verimlilik	7	0,824
Kalite	4	0,865
Kaynak Yönetimi Kapasitesi	20	0,863
Tesis	5	0,774
Ekipman	6	0,869
İşgücü	9	0,829
Örgütsel Bağlılık	12	0,704
Duygusal	3	0,701
Devam	4	0,693
Normatif	5	0,742
Mesleki Bağlılık	14	0,826
Duygusal	5	0,732
Devam	6	0,804
Normatif	3	0,704
Örgütsel Özdeşleşme	5	0,735

7. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde çalışma kapsamındaki hastane özellikleri ve yöneticilerin demografik özellikleri, yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılık ve özdeşleşme düzeyleri ile hastanelerin objektif ve subjektif performans düzeyleri ve kaynak yönetim kapasitelerine ilişkin tanımlayıcı bilgilere ve hastanelerin performans düzeyleri ile kaynak yönetimi kapasitelerini etkileyen faktörlerle ilgili analitik çözümlemelere yer verilmektedir.

7.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANELERİN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışma, 2017 yılı Şubat ve Temmuz ayları arasında Ankara ve İstanbul illerinde izin alınan 5 kamu hastaneleri birliği genel sekreterliğine⁶ bağlı 41 hastanede yapılmıştır. Tablo 13’de görüldüğü gibi bu iki ilde toplam 9 genel sekreterlik ve bu genel sekreterliklere bağlı toplam 93 T.C. Sağlık Bakanlığı hastanesi ve bu hastanelerde toplam 437 yönetici görev almakta olup hastane katılım oranı %44,1, yönetici katılım oranı ise %53,1 düzeyinde gerçekleşmiştir.

Tablo 13 Çalışma Evreninde Yer Alan Hastane ve Yönetici Sayıları ile Katılım Yüzdeleri

Genel Sekreterlikler	Toplam Hastane Sayısı	Araştırmaya Katılan Hastane Sayısı	Hastane Katılım %’si	Toplam Yönetici Sayısı	Araştırmaya Katılan Yönetici Sayısı	Yönetici Katılım %’si
Ankara 1. Bölge	12	7	58,3	77	49	63,6
Ankara 2. Bölge	12	7	58,3	81	43	53,1
Ankara 3. Bölge	14	9	64,3	98	50	51,0
İstanbul Bakırköy	7	6	85,7	63	29	46,0
İstanbul Anadolu K.	12	12	100	118	61	51,7
İstanbul Anadolu G.	11	-	-	-	-	-
İstanbul Beyoğlu	9	-	-	-	-	-
İstanbul Çekmece	9	-	-	-	-	-
İstanbul Fatih	7	-	-	-	-	-
Toplam	93	41	44,1	437	232	53,1

⁶ 25 Ağustos 2017’de yayımlanan 694 sayılı yönetmelik ile Kamu Hastaneleri Kurumu, Genel Müdürlük statüsü almıştır. Hastaneler bu tarihten itibaren sekreterliklere bağlı değildir.

Çalışma kapsamında yer alan 41 hastanenin özellikleri Tablo 14’de yer almaktadır. Tabloda 27 hastanenin (%65,9) genel hastane türünde, 14 hastanenin (%34,1) özel dal hastanesi türünde olduğu görülmektedir. Eğitim hastanelerinin sayısı 21 iken olmayanların sayısı ise 20’dir. Çalışmada esas alınan temel hastane özelliklerinden biri hastanelerin faaliyet süreleri yani yaşlarıdır. Faaliyet süresi olarak hastanelerin kuruluş yılı esas alınmıştır. Çalışmada yer alan en genç hastane 1,5 yaşındadır. En yaşlı hastane ise 119 yıldır faaliyet gösteren SBÜ Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi’dir.

Hastanelerin hizmet çeşitliliğini belirlemek için dikkate alınan diğer bir özellik ise hastanelerde mevcut olan tıp uzmanlıkları sayısıdır. Bu veri toplanırken yan dal uzmanlıklar da hesaba katılmıştır. 41 hastaneden 21’i 3-19 arası tıp uzmanlığına sahip iken 20-51 adet tıp uzmanlığına sahip hastane sayısı ise 20 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada yer alan 41 hastanenin 17’si (%41,5) 15-199 arası yatak, 10’u (%24,4) 200-399 arası yatak, 14’ü (%34,1) 400-1333 arası yatak sayısına sahiptir. Toplam personel sayısı 82-1980 arasında dağılım göstermektedir. 82-249 personel sayısına sahip hastane sayısı 9 (%22), 250-749 personel sayısına sahip hastane sayısı 15 (%36,6), 750-1980 personel sayısına sahip hastane sayısı 17’dir (%41,5). 1-9 arası yönetici sayısına sahip hastane sayısı 21 iken (%51,2), 10-20 arası yönetici sayısına sahip hastane sayısı 20’dir (%48,8). En yüksek hekim sayısına sahip hastane 696 ile Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi iken en çok hemşireye sahip hastane ise 509 hemşire ile SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi’dir.

Tablo 14 Araştırma Kapsamında Yer Alan Hastanelerin Özellikleri

Hastane Türleri	Sayı	%
Genel Hastane	27	65,9
Özel Dal Hastanesi	14	34,1
Eğitim Verme Özelliği	Sayı	%
Evet	21	51,2
Hayır	20	48,8
Faaliyet Süresi (Yıl)	Sayı	%
13 yıl ve altı	10	24,4
14-33 yıl	10	24,4
34-60 yıl	11	26,8
61 yıl ve üzeri	10	24,4
Tıp Uzmanlığı Sayısı (Yan dal uzmanlıklar dahil)	Sayı	%
3-19	21	51,2
20 ve üzeri	20	48,8
Fiili Yatak Sayısı	Sayı	%
15-199	17	41,5
200-399	10	24,4
400 ve üzeri	14	34,1
Toplam Personel Sayısı	Sayı	%
82-249	9	22,0
250-749	15	36,6
750-1980	17	41,5
Toplam Yönetici Sayısı	Sayı	%
1-9	21	51,2
10-20	20	48,8
Toplam Hekim Sayısı	Sayı	%
12-99	17	41,5
100-299	13	31,7
300-696	11	26,8
Toplam Hemşire Sayısı	Sayı	%
12-99	14	34,1
100-299	14	34,1
300-509	13	31,7

Tablo 15’te araştırma kapsamında yer alan hastane özellikleri arasındaki ilişki matrisi verilmiştir. Bu ilişki matrisi bazı değişkenler arasında çok güçlü ilişkilere işaret etmekte olup hastanenin eğitim verme özelliği ile fiili yatak sayısı ($r=-,880$) ve toplam personel sayısı ($r=-,831$) arasında çok güçlü ilişkiler olduğu görülmektedir. Aynı şekilde fiili yatak

sayısı ile toplam personel sayısı ($r=,877$), toplam yönetici sayısı ($r=,813$) ve toplam hemşire sayısı ($r=,858$) arasında da çok güçlü ilişkiler olduğu bulunmuştur. Diğer yandan toplam personel sayısı ile toplam hekim ($r=,842$) ve toplam hemşire sayısı ($r=,872$) arasında da güçlü ilişkiler olduğu dikkat çekmektedir. Son olarak toplam hekim sayısı ve toplam hemşire sayısı ($r=,855$) arasında da güçlü ilişkiler olduğu görülmektedir. Bu nedenle eğitim verme durumu, fiili yatak sayısı, toplam personel sayısı, yönetici sayısı, hekim sayısı ve hemşire sayısı değişkenleri arasında çok yüksek ilişkiler olduğundan çoklu bağlantı sorununa neden olmamak için bu değişkenlerin ileri analizlerde dışarıda bırakılarak hastane türü, faaliyet süresi ve tıp uzmanlığı sayısı değişkenlerinin kullanılmasına karar verilmiştir.



Tablo 15 Araştırma Kapsamında Yer Alan Hastanelerin Özellikleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları (Spearman's rho)

	Hastanenin Türü	Eğitim Verme Özelliği	Faaliyet Süresi	Tıp Uzmanlığı Sayısı	Fiili Yatak Sayısı	Toplam Personel Sayısı	Toplam Yönetici Sayısı	Toplam Hekim Sayısı	Toplam Hemşire Sayısı
Hastanenin türü	1,000	-,291	,175	-,497**	,181	,131	,018	-,111	,021
Eğitim verme özelliği		1,000	-,322*	-,269	-,880**	-,831**	-,660**	-,726**	-,691**
Faaliyet süresi			1,000	,038	,295	,227	,081	,235	,289
Tıp uzmanlığı sayısı				1,000	,370*	,495**	,317*	,607**	,455**
Fiili yatak sayısı					1,000	,877**	,813**	,784**	,858**
Toplam personel sayısı						1,000	,778**	,842**	,872**
Toplam yönetici sayısı							1,000	,594**	,750**
Toplam hekim sayısı								1,000	,855**
Toplam hemşire sayısı									1,000

7.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANELERİN PERFORMANS DÜZEYLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmada hastanelerin performans düzeyleri objektif (çalışma yoğunluğuna ilişkin istatistiksel göstergeler) ve sübjektif (yöneticilerin algıları) göstergeler açısından değerlendirilmiştir. Ancak araştırmanın kısıtlılıklarında bahsedildiği ve Tablo 16’da görüldüğü gibi objektif performans göstergelerinin tümüne her hastanede ulaşılammıştır. Buna göre 38 hastanenin yatak doluluk oranı ortalamasının 69,97 ($\pm 26,65$), yatak devir hızı ortalamasının 48,48 ($\pm 31,27$), yatak devir aralığı ortalamasının 6,47 gün ($\pm 17,26$), kaba ölüm hızı ortalamasının 0,023 ($\pm 0,035$), hasta şikâyet oranı ortalamasının 0,000824 ($\pm 0,00046$), enfeksiyon hızı ortalamasının 1,83 ($\pm 2,04$), personel şikâyet oranının 0,03 ($\pm 0,04$) yatak başı gelir ortalamasının 223.454,60 TL (± 113.027), yatak başı gider ortalamasının 241.547,12 TL ($\pm 115.028,02$) ve tahakkuk gelirinin gideri karşılama oranı ortalamasının 0,91 ($\pm 0,120$) olduğu görülmektedir.

Tablo 16 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performans Göstergelerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Performans Göstergeleri	n	Min.	Maks.	Ort.	Ss.
Yatak Doluluk Oranı	38	11,70	103,90	69,97	26,65
Yatak Devir Hızı	38	2,80	136,57	48,48	31,27
Yatak Devir Aralığı	36	-0,17	103,02	6,46	17,26
Kaba Ölüm Hızı	34	0,00	0,15	0,02	0,03
Hasta Şikâyet Oranı	25	0,01	0,01	0,01	0,01
Enfeksiyon Hızı	27	0,00	8,90	1,83	2,04
Personel Şikâyet Oranı	23	0,00	0,17	0,03	0,04
Yatak Başı Gelir (TL)	35	160,91	481.666,00	223.454,60	113.027,51
Yatak Başı Gider (TL)	35	183,90	499.912,00	241.547,12	115.028,02
Gelir/Gider	35	0,65	1,18	0,91	0,12

Hastanelerin objektif performans göstergeleri arasında yer alan yatak doluluk oranları incelendiğinde 19 hastanenin %75 doluluk oranının altında olmasına karşın bu oranın %100’den fazla olduğu hastanelerin de bulunduğu göze çarpmaktadır. Yatak doluluk oranının tam kapasite üzerinde olmasının sebebi doğum yapan annelerin bebekleri ile birlikte aynı yatakta kalıyor olması ve izinli olarak hastaneden ayrılan hastaların mevcut olmasıdır. Toplam ölüm vakasının yatan hasta sayısına bölünmesiyle hesaplanan kaba ölüm hızı ise 34 hastane için elde edilmiş ve 14 hastanede %0,1’in altında 20 hastanede %0,1’in üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Hasta şikâyet sayısının hasta sayısına

oranlanarak bulunduğu hasta şikâyet oranına ilişkin veriye ise 41 hastaneden 25'inde ulaşılmıştır. Hasta şikâyet oranı 18 hastanede %0,1'in altında iken 9 hastanede %0,1'in üzerindedir. Hastanelerin objektif performans düzeylerini ortaya koyan temel göstergelerden bir diğeri de gelirin gideri karşılama oranıdır. Bu orana 41 hastanenin 35'inde ulaşılmıştır. Bu oranın 1 ve 1'den yüksek olduğu, yani gelirleriyle giderlerini karşılayabilen hastane sayısının sadece 5 olduğu bulunmuştur.

Hastanelerin performansları objektif faaliyet göstergeleri dışında yöneticilerin algıları açısından değerlendirildiğinde ise Tablo 17'deki bulgulara ulaşılmıştır. Buna göre araştırma kapsamındaki yöneticilerden kendi hastanelerinin performanslarını rakip hastanelerin performansları ile verimlilik ve kalite boyutları itibarıyla karşılaştırmaları istenmiş ve 1'in "önemli ölçüde daha düşük", 5'in "önemli ölçüde daha yüksek"i temsil ettiği ölçek üzerinde verimlilik boyutunun 3,55 ($\pm 0,58$) ve kalite boyutunun 3,87 ($\pm 0,63$) ortalama değerlere sahip olduğu bulunmuştur. Bu iki boyuttan verimlilik boyutu altında en yüksek ortalama değere sahip değişken 11. maddedir. Buna göre "Mevcut kaynaklarla mümkün olan en iyi sağlık sonuçlarının üretilmesi" rakip hastanelerle karşılaştırıldığında yöneticiler tarafından en yüksek (olumlu) şekilde skorlanmıştır. En düşük ortalama değere sahip madde ise rakip hastanelerle karşılaştırıldığında yatan hasta maliyetlerinin kontrolüdür. Diğer yandan kalite boyutu altında, hasta memnuniyeti en yüksek ortalama değere, klinik kalite en düşük ortalama değere sahiptir. Boyutlar kıyaslandığında yöneticilerin hastaneleri ile ilgili kalite algılarının verimlilik algılarına göre biraz daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 17 Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Hastanelerin Algılanan Performansı İle İlgili Değerlendirmelerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Sorular	n	Min.	Maks.	Ort.	Ss.
Yatan hasta maliyetlerinin kontrolü (Soru 2)	232	1,0	5,0	3,36	0,85
Yüksek işgücü verimliliğinin sağlanması (Soru 3)	232	1,0	5,0	3,54	0,83
Yüksek kapasite kullanımının sağlanması (Soru 4)	232	1,0	5,0	3,58	0,86
Hastanenin farklı birimlerindeki ihtiyaçlara göre kapasitenin hızlı bir şekilde ayarlanması (Soru 5)	232	1,0	5,0	3,60	0,86
Mevcut kaynaklarla mümkün olan en iyi sağlık sonuçlarının üretilmesi (Soru 11)	232	1,0	5,0	3,8	0,76
Her türlü israfın önüne geçilmesi (Örneğin gerekli olmayan testlerin yapılmaması)(Soru 12)	232	1,0	5,0	3,47	0,86
Sağlık hizmetinin kalitesini ve güvenliğini bozmadan maliyetlerin optimize edilmesi (Soru 13)	232	1,0	5,0	3,49	0,77
Verimlilik Boyutu	232	1,86	5,00	3,55	0,58
Klinik Kalite (Soru 7)	232	1,0	5,0	3,72	0,79
Hasta memnuniyeti (Soru 8)	232	1,0	5,0	3,94	0,72
Hasta taleplerine cevap verilmesi (Soru 9)	232	1,0	5,0	3,90	0,73
Hasta şikâyetlerine cevap verilmesi (Soru 10)	232	1,0	5,0	3,90	0,77
Kalite Boyutu	232	1,00	5,00	3,87	0,63

7.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANELERİN KAYNAK YÖNETİM KAPASİTESİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmada hastanelerin kaynak yönetim kapasitesi, hastane yöneticilerinin tesis yönetimi, ekipman yönetimi ve işgücü yönetimi ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar yoluyla ölçülmüş ve Tablo 18’deki tanımlayıcı bulgulara ulaşılmıştır. Buna göre araştırma kapsamındaki yöneticilerin kaynak yönetimine ilişkin genel değerlendirmelerinin 1’in “hiç önem vermez”, 5’in “oldukça fazla önem verir”i temsil ettiği ölçek üzerinde tesis yönetimi boyutunun 3,91 ($\pm 0,58$), ekipman yönetimi boyutunun 3,12 ($\pm 0,79$) ve iş gücü yönetimi boyutunun 3,21 ($\pm 0,61$) ortalama değerlere sahip olduğu görülmektedir. Boyutlar arasında en yüksek ortalama tesis yönetimi boyutuna aitken ekipman yönetimi en düşük ortalama sahiptir ve bu durum ekipman yönetimi konusunda hastanelerin göreceli olarak daha düşük bir beceri gösterdiklerine işaret etmektedir. Tesis yönetimi boyutunda yer alan 18.madde (Kapasite kullanımını arttırmak için [klinik ve poliklinik kapasitesi] SGK ve özel sigortalar ile sözleşme yapılması) diğerlerine kıyasla nispeten daha düşüktür. Bu durum kaynakların yönetimi kapasitesini arttırmak için çalışma kapsamındaki hastanelerin SGK ve özel sigorta kuruluşları ile anlaşmalar için herhangi

bir girişiminin olmadığını ortaya koymaktadır. Ekipman yönetimi boyutunda 20. ve 23. maddelerde hastanelerin radyoloji ve laboratuvar ünitelerinde özel kuruluşlar ile anlaşmaları sorulmuş ve göreceli olarak düşük bir düzeyde olduğu tespit edilmiştir. İş gücü yönetimi boyutunda ise “maliyet kontrolünü sağlamak için ihtiyaç fazlası hemşirelerin diğer kliniklere gönderilmesi” maddesi diğerlerinden daha yüksek bir ortalama sahiptir. Bu durum hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesinin iş gücü boyutu altında yer alan bu maddeye daha çok önem verdiklerini ortaya koymaktadır. Araştırma kapsamındaki hastanelerde işgücü kapasitesinin yönetiminde en az tercih edilen yöntemler ise hemşire yerine hemşire yardımcılarının kullanılması ve personel azaltımı ile ilgili yaklaşımlardır.



Tablo 18 Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesi İle İlgili Değerlendirmelerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Sorular	n	Min.	Maks.	Ort.	Ss.
Poliklinik hizmet kapasitesinin artırılmasına (muayene odaları gibi) (Soru 15)	232	1,0	5,0	4,27	0,69
Günübirlik cerrahi kapasitesinin artırılmasına (ameliyat odaları gibi) (Soru 16)	232	1,0	5,0	4,08	0,76
Farklı yer(ler)de poliklinik/klinik(ler) açılmasına (Soru 17)	232	1,0	5,0	3,95	0,84
Kapasite kullanımını arttırmak için (klinik ve poliklinik kapasitesi) SGK ve özel sigortalar ile sözleşme yapılmasına (Soru 18)	232	1,0	5,0	3,61	0,84
Kapasite kullanımını arttırmak için diğer hastane ve sağlık kuruluşları ile ortaklıkların kurulmasına (Soru 19)	232	1,0	5,0	3,68	0,88
Tesis Yönetimi	232	1,00	5,00	3,91	0,58
Radyoloji ünitesinin kullanımını arttırmak için özel hekim muayenahaneleri ile ortaklık yapılmasına (Soru 20)	232	1,0	5,0	2,67	1,12
Radyoloji ünitesinin kullanımını arttırmak için diğer hastanelerle ortaklık yapılmasına (Soru 21)	232	1,0	5,0	3,50	0,96
Radyoloji ünitesinin kullanımını arttırmak için SGK ve özel sigortalar ile sözleşme yapılmasına (Soru 22)	232	1,0	5,0	3,22	0,99
Laboratuvarların kullanımını arttırmak için özel hekim muayenahaneleri ile ortaklık yapılmasına (Soru 23)	232	1,0	5,0	2,64	1,05
Laboratuvarların kullanımını arttırmak için diğer hastanelerle ortaklık yapılmasına (Soru 24)	232	1,0	5,0	3,52	0,93
Laboratuvarların kullanımını arttırmak için SGK ve özel sigortalar ile sözleşme yapılmasına (Soru 25)	232	1,0	5,0	3,20	1,03
Ekipman Yönetimi	232	1,00	5,00	3,12	0,79
Personel eksikliği ile baş etmek için fazla mesai sisteminin kullanımına (Soru 26)	232	1,0	5,0	3,64	0,82
Personel eksikliği ile baş etmek için geçici personel kullanımına (Soru 27)	232	1,0	5,0	3,38	1,00
Maliyet kontrolünü sağlamak için hemşirelerin “ortak hastane havuzunda” toplanması ve kullanımına (Soru 28)	232	1,0	5,0	3,09	0,97
Maliyet kontrolünü sağlamak için ihtiyaç fazlası hemşirelerin diğer kliniklere gönderilmesine (Soru 29)	232	1,0	5,0	3,71	0,81
Maliyet kontrolünü sağlamak için ihtiyaç fazlası hemşirelere başka görevlerin verilmesine (Soru 30)	232	1,0	5,0	3,63	0,89
Maliyet kontrolünü sağlamak için hemşire yerine yardımcı hemşire personelin kullanılmasına (Soru 31)	232	1,0	5,0	2,66	1,05
Maliyet kontrolünü sağlamak için diğer sağlık personeli sayısının azaltılmasına (Soru 32)	232	1,0	5,0	2,67	0,99
Maliyet kontrolünü sağlamak için idari personel sayısının azaltılmasına (Soru 33)	232	1,0	5,0	2,71	1,02
Maliyet kontrolünü sağlamak için farklı alanlarda görev yapabilecek esnek personel kapasitesinin oluşturulmasına (Soru 34)	232	1,0	5,0	3,40	0,90
İş Gücü Yönetimi	232	1,00	5,00	3,21	0,61

7.4. ARAŞTIRMAYA KATILAN YÖNETİCİLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Araştırma kapsamındaki hastanelerde ankete cevap veren yöneticilerin özellikleri Tablo 19'da yer almaktadır. Buna göre 41 hastanedeki 437 yöneticiden 232'si çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. 89 yönetici başhekim ve yardımcıları grubunda, 100 kişi idari ve mali hizmetler müdür ve yardımcıları grubunda, 43'ü ise sağlık bakım hizmetleri müdür ve yardımcıları pozisyonlarında çalışmaktadırlar. Ankete katılan yöneticilerin yaklaşık %38'i kadın iken %60'ı ise erkek olup 6 yönetici cinsiyetini belirtmemiştir. Yöneticiler arasında 5 yıldan az yöneticilik yapanların oranı %58,6 iken 5 yıl ve üzeri yöneticilik yapanları oranı %36,2'dir. Çalışılan hastanedeki yöneticilik süresine bakıldığında ise 5 yıldan daha az olanların oranı %76'nın üzerindedir. Çalışma açısından temel yönetici özelliklerinden bir diğeri yönetim konusunda yöneticinin formal eğitim alıp almama durumu olup ankete cevap veren yöneticilerin %68,5'inin formal yöneticilik eğitimi aldığı gözlenmektedir. Formal yöneticilik eğitimi alan yöneticilerin %21'i kurs ve sertifika, %3'ü ön lisans, %26'sı lisans, %49'u lisanüstü eğitim almışlardır.

Tablo 19 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Özellikleri

Görev	Sayı	%
Hastane Yöneticisi/ Başhekim	20	8,6
Başhekim Yardımcısı	69	29,7
İdari ve Mali Hizmetler Müdürü	24	10,3
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	29	12,5
İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yrd.	76	32,8
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yrd.	14	6,0
Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	88	37,9
Erkek	138	59,5
Cevap yok	6	2,6
Toplam Yöneticilik Süresi	Sayı	%
5 yıldan az	136	58,6
5 yıl ve üzeri	84	36,2
Cevap yok	12	5,2
Mevcut Hastanedeki Yöneticilik Süresi	Sayı	%
5 yıldan az	177	76,3
5 yıl ve üzeri	42	18,1
Cevap yok	13	5,6
Formal Yönetim Eğitimi Alma Durumu	Sayı	%
Evet	159	68,5
Hayır	63	27,2
Cevap yok	10	4,3

Yönetici özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde Tablo 20’de görüldüğü gibi yöneticilik süresi ve çalışılan hastanedeki yöneticilik süresi arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu ($r=,629$) ve söz konusu bu ilişkinin çalışmanın yapısal eşitlik modellerinde çoklu bağlantı sorunu oluşturmayacağı görülmüştür.

Tablo 20 Yönetici Özellikleri Arasındaki İlişki Katsayıları (Spearman's rho)

	Görev	Cinsiyet	Toplam yöneticilik süresi	Çalıştığı hastanedeki yöneticilik süresi	Formal yöneticilik eğitimi
Görev	1,000	-,209**	-,096	-,062	-,242**
Cinsiyet		1,000	,130	-,008	,163*
Toplam yöneticilik süresi			1,000	,629**	-,135*
Bu hastanedeki yöneticilik süresi				1,000	-,077
Formal yöneticilik eğitimi					1,000

7.5. ARAŞTIRMAYA KATILAN YÖNETİCİLERİN ÖRGÜTSEL VE MESLEKİ BAĞLILIK İLE ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞME DÜZEYLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Araştırma kapsamındaki hastane yöneticilerinin örgütsel bağlılık düzeyleri incelendiğinde Tablo 21’deki bulgulara ulaşılmıştır. Buna göre araştırma kapsamındaki yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeyleri 1’in “kesinlikle katılmıyorum”, 5’in “kesinlikle katılıyorum”u temsil ettiği ölçek üzerinde değerlendirildiğinde duygusal bağlılığın 3,86 ($\pm 0,95$), devam bağlılığının 2,57 ($\pm 0,79$) ve normatif bağlılığın 3,29 ($\pm 0,70$) ortalama değerlere sahip olduğu görülmektedir. Duygusal ve normatif bağlılığın skorlarının 5’e yakın çıkması iyi duruma işaret ederken devam bağlılığının zoraki bir bağlılık türü olduğu için 1’e yakın çıkması olumlu duruma işaret etmektedir. Duygusal bağlılık boyutunda yer alan 37, 38 ve 40 nolu maddeler olumsuz olduğu için skorları yeniden kodlanmıştır (recode). Bulgular incelendiğinde araştırmaya katılan yöneticilerin duygusal ve normatif bağlılık skorlarının yüksek buna karşın devam bağlılığı skorlarının düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca yöneticilerin duygusal bağlılık düzeyleri normatif bağlılık düzeylerine göre daha yüksektir ve duygusal bağlılık boyutunda ise en yüksek skor “Bu kuruma “duygusal bağlılık” hissetmiyorum” maddesine aittir.

Tablo 21 Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Sorular	n	Min.	Maks.	Ort.	Ss.
Bu kurumda kendimi “ailenin bir parçası” olarak hissetmiyorum. (Soru 37)	232	1,0	5,0	3,51	1,41
Bu kuruma “duygusal bağlılık” hissetmiyorum. (Soru 38)	232	1,0	5,0	4,09	0,99
Bu kuruma güçlü bir bağlılık hissetmiyorum. (Soru 40)	232	1,0	5,0	4,00	1,16
Örgütsel Duygusal Bağlılık	232	1,0	5,0	3,86	0,94
Bu kurumdan şu anda ayrılmaya karar verirsem hayatım altüst olur. (Soru 42)	232	1,0	5,0	2,36	1,07
Bu kurumda şu an çalışmaya devam etmek arzu ettiğim bir şey olduğu kadar benim için bir zorunluluktur. (Soru 43)	232	1,0	5,0	2,94	1,18
Bu kurumdan ayrılmanın negatif sonuçlarından biri mevcut alternatiflerin az olmasıdır. (Soru 44)	232	1,0	5,0	2,52	1,08
Bu kurumda çalışmaya devam etmemin temel sebeplerinden biri, buradan elde ettiğim faydayı sağlayamayacak olmamdır. (Soru 45)	232	1,0	5,0	2,48	1,04
Örgütsel Devam Bağlılığı	232	1,0	5,0	2,57	0,79
Benim avantajıma olsa dahi, şu anda kurumumdan ayrılmanın doğru olduğunu hissetmiyorum. (Soru 48)	232	1,0	5,0	3,39	1,08
Eğer kurumumdan ayrılırsam kendimi suçlu hissederim. (Soru 49)	232	1,0	5,0	2,54	1,02
Bu kurum benim bağlılığımı hak ediyor. (Soru 50)	232	1,0	5,0	3,62	0,91
Bu kurumdaki insanlara karşı kendimi sorumlu hissettiğim için şu anda ayrılamam. (Soru 51)	232	1,0	5,0	3,42	1,02
Kurumuma çok şey borçluyum. (Soru 52)	232	1,0	5,0	3,49	1,01
Örgütsel Normatif Bağlılık	232	1,6	5,0	3,29	0,71

Hastane yöneticilerinin mesleki bağlılık düzeyleri incelendiğinde Tablo 22’deki bulgulara ulaşılmıştır. Buna göre araştırma kapsamındaki yöneticilerin mesleki bağlılıklarının 1’in “kesinlikle katılmıyorum”, 5’in “kesinlikle katılıyorum”u temsil ettiği ölçek üzerinde mesleki duygusal bağlılığın 3,87 ($\pm 0,63$), mesleki devam bağlılığının 2,94 ($\pm 0,74$) ve mesleki normatif bağlılığın 3,64 ($\pm 0,72$) ortalama değerlere sahip olduğu görülmektedir. Duygusal bağlılık boyutundaki 54, 56 ve 57 numaralı maddeler, devam bağlılığı boyutundaki 63. madde, normatif bağlılık boyutundaki 68. madde olumsuz olduğu için skorları yeniden kodlanmıştır. Mesleki bağlılık boyutlarında örgütsel bağlılıkta olduğu gibi hastane yöneticilerinin duygusal ve normatif bağlılık düzeyleri yüksek iken devam bağlılığı düzeyi düşüktür. Bu da olumlu bir durumu ifade etmektedir. Duygusal bağlılık boyutu incelendiğinde en yüksek skora sahip olan yöneticilerin mesleklerini icra etmekten pişman olmadıkları ve bu konuda gururlu olmaları ile ilgili maddeler olduğu görülmektedir. Ayrıca hastane yöneticilerinin mesleki devam bağlılığı düzeylerinin örgütsel devam bağlılığından daha yüksek olduğu görülmektedir. Mesleki

devam bağıllığında en olumlu skora sahip olan madde ise “Eğer mesleğimi değiştirirsem hayatım alt üst olur.” maddesidir. Mesleki normatif bağıllıkta ise mesleki sadakat ile ilgili olan madde en yüksek skora sahiptir.

Tablo 22 Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Mesleki Bağıllık Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Sorular	n	Min.	Maks.	Ort.	Ss.
Hastane yöneticiliği mesleğine girdiğim için pişmanım. (Soru 54)	232	1,0	5,0	4,00	0,79
Hastane yöneticiliği mesleğinde olmaktan gururluyum. (Soru 55)	232	1,0	5,0	3,96	0,77
Hastane yöneticisi olmaktan hoşlanmıyorum. (Soru 56)	232	1,0	5,0	3,88	0,94
Kendimi hastane yöneticiliği mesleği ile özdeşleştirmiyorum. (Soru 57)	232	1,0	5,0	3,86	1,00
Hastane yöneticiliği hakkında çok hevesli ve istekliyim. (Soru 58)	232	1,0	5,0	3,62	0,98
Mesleki Duygusal Bağıllık	232	1,40	5,00	3,87	0,63
Şu an hastane yöneticiliği mesleğini değiştirmeyecek kadar çok şey verdiğimi düşünüyorum. (Soru 59)	232	1,0	5,0	3,28	0,98
Meslek değiştirmek şu an benim için zor olacaktır. (Soru 60)	232	1,0	5,0	3,13	1,09
Eğer mesleğimi değiştirirsem hayatım alt üst olur. (Soru 61)	232	1,0	5,0	2,34	1,00
Şu an mesleğimi değiştirmem benim için maliyetli olur. (Soru 62)	232	1,0	5,0	2,88	1,15
Meslek değiştirmekten beni alıkoyan bir baskı yok. (Soru 63)	232	1,0	5,0	2,68	0,99
Meslek değiştirmek şu an ciddi anlamda bir kişisel fedakârlık gerektiriyor. (Soru 64)	232	1,0	5,0	3,33	1,04
Mesleki Devam Bağıllığı	232	1,00	5,00	2,94	0,74
Hastane yöneticiliği mesleğine devam etmek için kendimi sorumlu hissediyorum. (Soru 67)	232	1,0	5,0	3,46	0,96
Benim için avantajlı olsa bile, hastane yöneticiliğinden şu anda ayrılmanın doğru olduğunu düşünmüyorum. (Soru 68)	232	1,0	5,0	3,62	0,92
Hastane yöneticisiyim çünkü bu mesleğe sadakat hissediyorum. (Soru 70)	232	1,0	5,0	3,82	0,84
Mesleki Normatif Bağıllık	232	1,33	5,00	3,64	0,72

Ankete cevap veren hastane yöneticilerinin örgütsel özdeşleşme düzeylerine ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 23’te yer almaktadır. Buna göre araştırma kapsamındaki yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeylerinin 1’in “kesinlikle katılmıyorum”, 5’in “kesinlikle katılıyorum”u temsil ettiği ölçek üzerinde 3,88 ($\pm 0,61$) ortalama değere sahip olduğu görülmektedir. Tablo 23 incelendiğinde araştırmaya katılan hastane yöneticileri örgütsel özdeşleşme düzeylerinin örgütsel ve mesleki bağıllık düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeylerinin ölçülmesi ile ilgili beş madde arasında “hastaneyle ilgili konuşurken ben yerine biz tabirini kullanırım” maddesine diğer maddelere göre daha fazla katıldıkları görülmektedir.

Tablo 23 Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Örgütsel Özdeşleşme Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Sorular	n	Min.	Maks.	Ort.	Ss.
Birisi bu hastaneyi eleştirdiği zaman, kişisel bir hakaret gibi algılarım. (Soru 71)	232	1,0	5,0	3,46	1,05
Başkalarının hastanem hakkında ne düşündükleriyle çok ilgilenirim. (Soru 72)	232	1,0	5,0	4,07	0,65
Hastaneyle ilgili konuşurken genellikle “onlar” yerine “biz” tabirini kullanırım. (Soru 73)	232	2,0	5,0	4,28	0,57
Hastanenin başarısı benim başarımdır. (Soru 74)	232	1,0	5,0	4,03	0,88
Birisi hastaneyi övdüğü zaman, bunu kişisel iltifat olarak algılarım. (Soru 75)	232	1,0	5,0	3,55	1,11
Örgütsel Özdeşleşme	232	1,60	5,00	3,88	0,61

7.6. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR

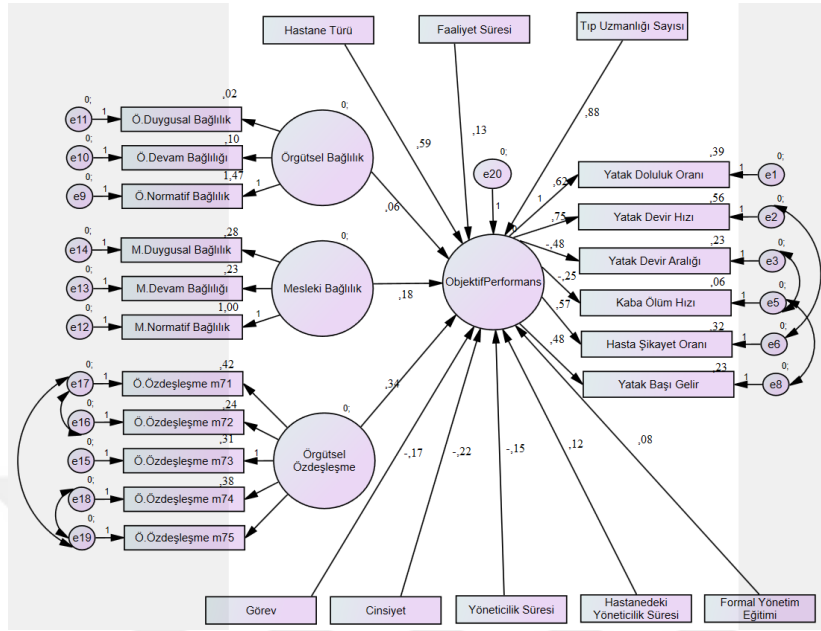
Bu bölümde çalışmanın hipotezlerine ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Bunun için önce çalışma kapsamındaki hastanelerin performans düzeylerini etkileyen faktörlerle ilgili bulgulara daha sonra hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesini etkileyen faktörlerle ilgili sonuçlara yer verilmiştir.

7.6.1. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında hastanelerin performansları hem yöneticilerin rakip hastanelerle kendi hastanelerini karşılaştırmalarına bağlı subjektif değerlendirmelerine dayalı olarak hem de hastanelerin çalışma yoğunluğu, hizmet kalitesi ve finansal başarı düzeylerini ortaya koyan objektif göstergeler yoluyla değerlendirilmiştir.

Hastanelerin objektif performans düzeylerini etkileyen faktörlere iki aşamalı bir yapısal eşitlik modeli sonucunda ulaşılmıştır. Şekil 8’de görülen başlangıç yapısal eşitlik modelinde hastane yöneticilerinin örgütsel ve mesleki bağlılık ile örgütsel özdeşleşme düzeyleri yanında hastanelerin performansını etkileyebileceği düşünülen hastane türü, tıp uzmanlığı sayısı ve faaliyet süresi gibi hastane özellikleri ile yöneticinin görevi, cinsiyeti, toplam yöneticilik ve bu hastanedeki yöneticilik süresi ve formal yönetim eğitimi alma durumu gibi özelliklere yer verilmiştir. Ayrıca örgütsel özdeşleşme ile ilgili maddelerin hataları arasındaki kovaryanslar (72-73, 73-74, 73-74) ile objektif performans değişkenleri arasında yer alan yatak devir hızı ve hasta şikâyet oranı, yatak devir aralığı ve kaba ölüm hızı, kaba ölüm hızı ve yatak başı gelir değişkenleri arasındaki kovaryanslar da modelde yer almaktadır. Modelin uyum iyiliği değerleri incelendiğinde χ^2/sd ’nin yüksek olması dolayısıyla kabul edilebilir düzeyde olmadığı ($\chi^2/sd=3,232$), RMSEA değerinin yüksek olduğu (RMSEA=0,102) ve modelin diğer uyum iyiliği değerlerinin de düşük olduğu görülmektedir (TLI=0,544, NFI0,595=, CFI=0,513).

Şekil 8 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performans Düzeyini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Model ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
859,770	266	3,232	0,544	0,595	0,513	0,102

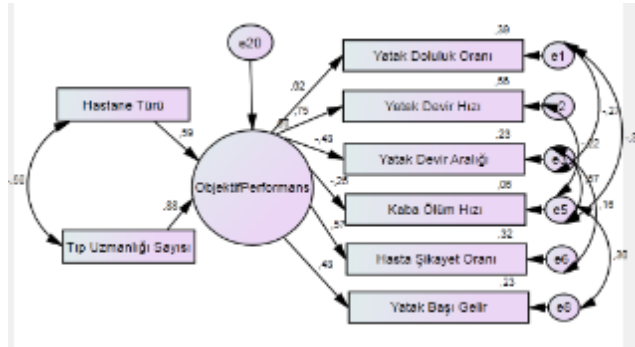
Tablo 24’de yer alan regresyon ağırlıklarına bakıldığında da hastane türü ve tıp uzmanlık sayısı dışındaki değişkenlerin hastanelerin objektif performans düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür.

Tablo 24 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performans Düzeyini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Objektif P.	←Ö. Bağlılık	,003	,001	,021	,882
Objektif P.	←M. Bağlılık	-,665	-,026	1,616	,681
Objektif P.	←Ö. Özdeşleşme	11,118	,104	6,115	,069
Objektif P.	←Hastane Türü	19,605	,475	3,041	<,001
Objektif P.	←Faaliyet Yılı	-,486	-,028	,947	,608
Objektif P.	←Tıp Uzmanlık S.	26,219	,676	3,028	<,001
Objektif P.	←Yönetici Görevi	-,038	-,002	,941	,968
Objektif P.	←Cinsiyet	-,774	-,020	2,105	,713
Objektif P.	←H.Yöneticilik Süresi	,607	,015	2,637	,818
Objektif P.	← Çalışılan H. Yöneticilik S.	-3,824	-,078	3,234	,237
Objektif P.	←F. Yönetim Eğitimi	-,373	-,009	2,376	,875
Yatak Doluluk O.	←Objektif P.	1,000	,743		
Yatak Devir H.	←Objektif P.	1,457	,809	,179	<,001
Yatak Devir A.	←Objektif P.	-,483	-,609	,070	<,001
Kaba Ölüm H.	←Objektif P.	-,001	-,467	,000	<,001
Hasta Şikâyet O.	←Objektif P.	,000	,552	,000	<,001
Yatak Başı Gelir	←Objektif P.	3258,308	,556	577,358	<,001
Ö. Normatif B.	←Ö. Bağlılık	1,000	8,131		
Ö. Devam B.	←Ö. Bağlılık	,006	,047	,007	,344
Ö. Duygusal B.	←Ö. Bağlılık	,004	,028	,005	,355
M. Normatif B.	←M. Bağlılık	1,000	1,019		
M. Devam B.	←M. Bağlılık	,472	,468	,133	<,001
M. Duygusal B.	←M. Bağlılık	,439	,518	,119	<,001
Ö. Özdeşleşme s73	←Ö. Özdeşleşme	1,000	,316		
Ö. Özdeşleşme s72	←Ö. Özdeşleşme	2,005	,552	,578	<,001
Ö. Özdeşleşme s71	←Ö. Özdeşleşme	3,379	,580	,769	<,001
Ö. Özdeşleşme s74	←Ö. Özdeşleşme	2,374	,491	,471	<,001
Ö. Özdeşleşme s75	←Ö. Özdeşleşme	6,116	1,009	1,791	<,001

Bunun üzerine çalışma kapsamındaki hastanelerin performans düzeyini çalışma yoğunluğuna ilişkin objektif göstergelerle ortaya koyan daha sağlıklı bir modele ulaşmak için yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılıkları ile örgütsel özdeşleşme düzeyleri, yöneticilerin demografik özellikleri ve hastanenin faaliyet süresi modelden çıkartılarak hastanelerin objektif performans düzeyini hastanelerin türü ve tıp uzmanlığı sayısı ile tahminleyen Şekil 9’da yer alan model çalıştırılmıştır. Modelin uyum iyiliği değerlerine ($\chi^2/sd=3,222$, TLI=0,890, CFI=0,949, NFI=0,929, RMSEA=0,102) bakıldığında referans değer aralıklarında olduğu görülmektedir.

Şekil 9 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansını Tahmin Eden Nihai Yapısal Model ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
41,892	13	3,222	0,890	0,949	0,929	0,102

Modele ait Tablo 25’teki bulgular incelendiğinde ise hastanelerin objektif performansının etkileyen faktörler arasında hastane türü ve tıp uzmanlığı sayısından anlamlı şekilde etkilendiği ve bu modelin nihai model olarak kabul edilmesine karar verilmiştir. Standardize edilmiş regresyon katsayıları değerlendirildiğinde hastane türünün tıp uzmanlığı sayısına göre objektif performans üzerindeki etkisinin daha fazla olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular tıp uzmanlığı sayısı arttıkça hastanelerin performans düzeylerinin yükseldiği ve özel dal hastanelerinin genel hastanelere göre daha yüksek performansa sahip olduğunu göstermektedir. Alınan bu sonuçlar üzerine objektif performans ile ilgili H1a ve H1c hipotezleri kabul edilmiş, buna karşın H1b, H4 ve H7 hipotezleri reddedilmiştir.

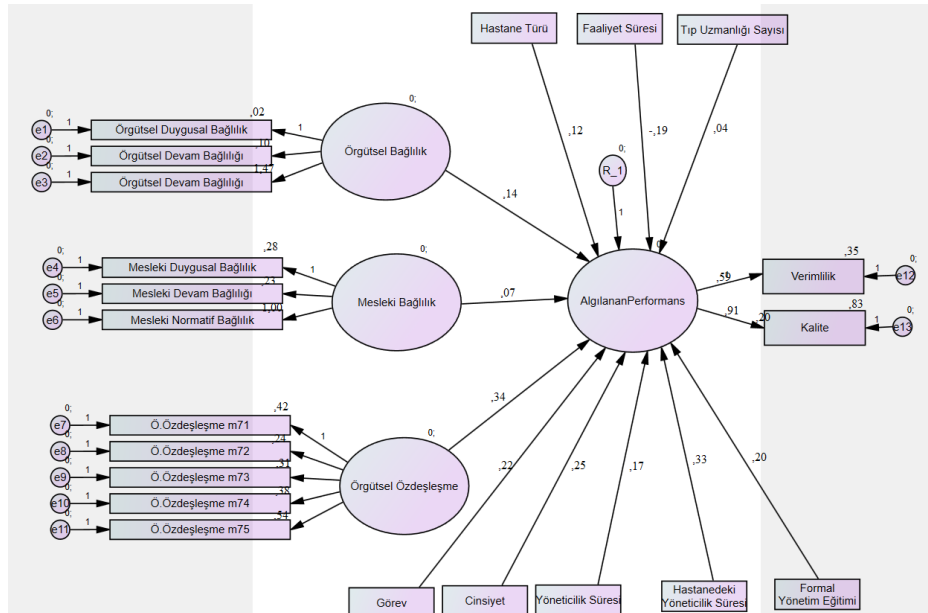
Tablo 25 Araştırma Kapsamındaki Objektif Performansını Tahmin Eden Nihai Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Objektif Performans	← Hastane Türü	25,939	,875	3,091	<,001
Objektif Performans	← Tıp Uzmanlık Sayısı	18,761	,595	2,903	<,001
Yatak Doluluk Oranı	← Objektif Performans	1,000			
Yatak Devir Hızı	← Objektif Performans	1,569	,747	,197	<,001
Yatak Devir Aralığı	← Objektif Performans	-,466	-,481	,070	<,001
Kaba Ölüm Hızı	← Objektif Performans	,000	-,250	,000	<,001
Hasta Şikâyet Oranı	← Objektif Performans	,000	,569	,000	<,001
Yatak Başı Gelir	← Objektif Performans	3483,839	,478	621,654	<,001

7.6.2. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamındaki hastanelerin algılanan performans düzeylerini etkileyen faktörlere üç aşamalı bir çözümleme sonucunda ulaşılmıştır. Şekil 10'da görülen başlangıç yapısal modelde hastanelerin algılanan performans düzeylerini açıklamak için hastanelerin özellikleri ve yöneticilerin demografik özellikleri ile yöneticilerin örgütsel bağlılık, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeylerine yer verilmiştir. Hastanelerin performanslarını etkileyebilecek hastane özellikleri olarak hastanenin türü (genel-özel dal olma), hastanenin faaliyet süresi ve tıp uzmanlığı sayısı değişkenlerine yer verilirken, yönetici özellikleri olarak görevi, cinsiyeti, toplam yöneticilik süresi ve bu hastanedeki yöneticilik süresi ile formal yönetim eğitimi alıp almama durumuna açıklayıcı bağımsız değişkenler olarak yer verilmiştir. Hastanelerin performansı ile ilişkili olabilecek eğitim verme özelliği, fiili yatak sayısı, toplam personel sayısı, toplam yönetici sayısı, toplam hekim ve hemşire sayısı gibi başka değişkenler de olmakla birlikte bu değişkenler arası yüksek korelasyon olduğu için çoklu bağlantı sorununa neden olmamak için bağımsız değişkenler olarak kullanılmamıştır.

Şekil 10 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performans Düzeylerini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Model ve Uyum Değerleri



Şekil 10'da yer alan hastanelerin algılanan performans düzeyini tahmin eden başlangıç yapısal model incelendiğinde uyum iyiliği değerlerinin ($\chi^2/sd=4,065$, $TLI=0,376$, $CFI=0,448$, $NFI=0,391$, $RMSEA=0,120$) kabul edilebilir düzeyde olmadığı ve Tablo 26'da yer alan modeldeki değişkenlerden yöneticilerin örgütsel özdeşleşme ve mesleki bağlılık düzeyleri ile hastanelerin faaliyet süresi dışındaki değişkenlerin hastanelerin algılanan performans düzeyleri üzerinde anlamlı etkilerinin olmadığı görülmektedir.

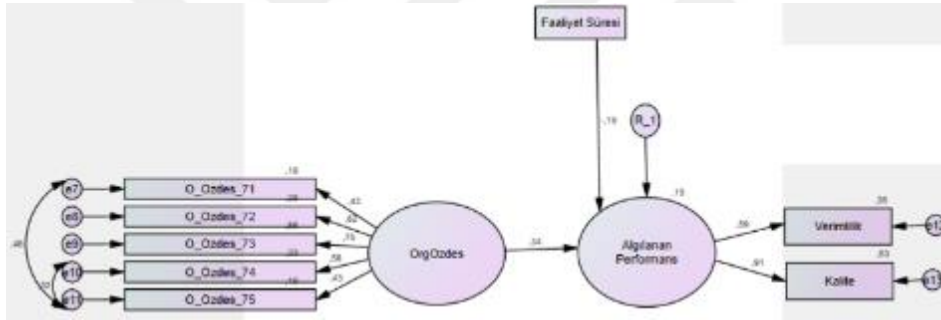
Tablo 26 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performans Düzeylerini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
A. Performans	←Ö. Bağlılık	,508	,102	,428	,236
A. Performans	←Ö. Özdeşleşme	,207	,322	,068	,002
A. Performans	←M. Bağlılık	-,281	-,187	,121	,020
A. Performans	←Hastane Türü	,128	,136	,116	,273
A. Performans	←Faaliyet Süresi	-,077	-,195	,032	,015
A. Performans	←Yönetici Görevi	-,014	-,038	,033	,663
A. Performans	←Cinsiyet	-,052	-,058	,072	,466
A. Performans	←H.Yöneticiliği Süresi	-,137	-,151	,090	,128
A. Performans	←Çalışılan H. Yöneticilik S.	,055	,049	,110	,619
A. Performans	←Formal Eğitim	,037	,038	,082	,654
A. Performans	←Tıp Uzmanlık Sayısı	,040	,045	,087	,648
Ö. Duygusal B.	← Örgütsel Bağlılık	1,000	,095		
Ö. Devam B.	← Örgütsel Bağlılık	1,773	,198	,740	,017
Ö. Normatif B.	← Örgütsel Bağlılık	15,647	1,950	13,179	,235
M. Duygusal B.	←Mesleki Bağlılık	1,000	,466		
M. Devam B.	←Mesleki Bağlılık	1,061	,415	,189	<,001
M. Normatif B.	←Mesleki Bağlılık	2,806	1,130	,861	<,001
Ö. Özdeşleşme s71	←Örgütsel Özdeşleşme	1,000	,647		
Ö. Özdeşleşme s72	←Örgütsel Özdeşleşme	,472	,485	,094	<,001
Ö. Özdeşleşme s73	←Örgütsel Özdeşleşme	,465	,553	,090	<,001
Ö. Özdeşleşme s74	←Örgütsel Özdeşleşme	,787	,613	,134	<,001
Ö. Özdeşleşme s75	←Örgütsel Özdeşleşme	1,195	,743	,146	<,001
Verimlilik	←A. Performans	1,000	,751		
Kalite	←A. Performans	1,079	,733	,282	<,001

Başlangıç modele göre uyum değerleri daha yüksek bir model elde edebilmek ve modelin veri setine uyumunu arttırmak için ikinci aşamada hastanelerin algılanan performansı üzerindeki etkisi anlamlı olmayan örgütsel bağlılık, hastane türü, tıp uzmanlığı sayısı ve yönetici özellikleri modelden çıkartılmıştır. Böylece araştırma kapsamındaki hastanelerin algılanan performans düzeyini açıklamak için anlamlı olduğu bulunan yöneticilerin

örgütsel özdeşleşme, mesleki bağlılık ile hastanenin faaliyet süresi değişkenlerinin olduğu ve örgütsel özdeşleşme örtülü değişkenin altındaki 71, 74 ve 75 numaralı maddelerin hataları ile mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme arasındaki kovaryansların da dahil edildiği revize edilmiş bir model oluşturulmuştur. Ek 7 Şekil 24 ve Tablo 42’de yer alan hastanelerin algılanan performansını tahmin eden revize edilmiş yapısal model ve uyum iyiliği değerleri incelendiğinde NFI değeri dışındaki tüm sonuçların referans değerler arasında olduğu görülmektedir ($\chi^2/sd=1,691$, $TLI=0,931$, $CFI=0,951$, $NFI=0,891$, $RMSEA=0,057$). Modelin regresyon ağırlıklarına incelendiğinde ise hastanelerin algılanan performans düzeyi üzerinde yöneticilerin mesleki bağlılık düzeylerinin anlamlı bir etkisinin olmadığı buna karşın örgütsel özdeşleşme ve faaliyet süresinin anlamlı olduğu görülmektedir.

Şekil 11 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performans Düzeylerini Tahmin Eden Nihai Yapısal Model ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
18,787	17	1,105	0,992	0,995	0,950	0,022

Bunun üzerine araştırma kapsamındaki hastanelerin algılanan performans düzeyini açıklayan daha sağlıklı bulgulara ulaşabilmek için yöneticilerin mesleki bağlılık değişkenlerinin olmadığı üçüncü bir model çalıştırılmıştır. Model ve uyum iyiliği değerleri aşağıda Şekil 11’de yer almaktadır. Elde edilen sonuçlarda χ^2/sd ’nin 1,105’e ve RMSEA değerinin de 0,022’ye düştüğü, diğer uyum iyiliği değerlerinin de 1’e yaklaştığı görülmektedir ($TLI=0,992$, $CFI=0,995$, $NFI=0,950$). Aşağıda Tablo 27’de modele ait bulgular incelendiğinde hastanelerin algılanan performans düzeyinin yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeylerinden ve hastanelerin faaliyet süresinden anlamlı şekilde etkilendiği anlaşılmaktadır. Yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeyleri arttıkça çalıştıkları hastanenin performansı ile ilgili değerlendirmelerinin de olumlu olduğu, buna

karşın hastanelerin faaliyet süresi ile performansları arasında ise negatif bir ilişki olduğu yani daha uzun süredir hizmet veren hastanelerin algılanan performans düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir. Hastanelerin algılanan performansını tahmin eden bu nihai yapısal modele göre H2b ve H8c hipotezleri kabul edilmiş, H2a, H2c, H5, H8a ve H8b hipotezleri reddedilmiştir.

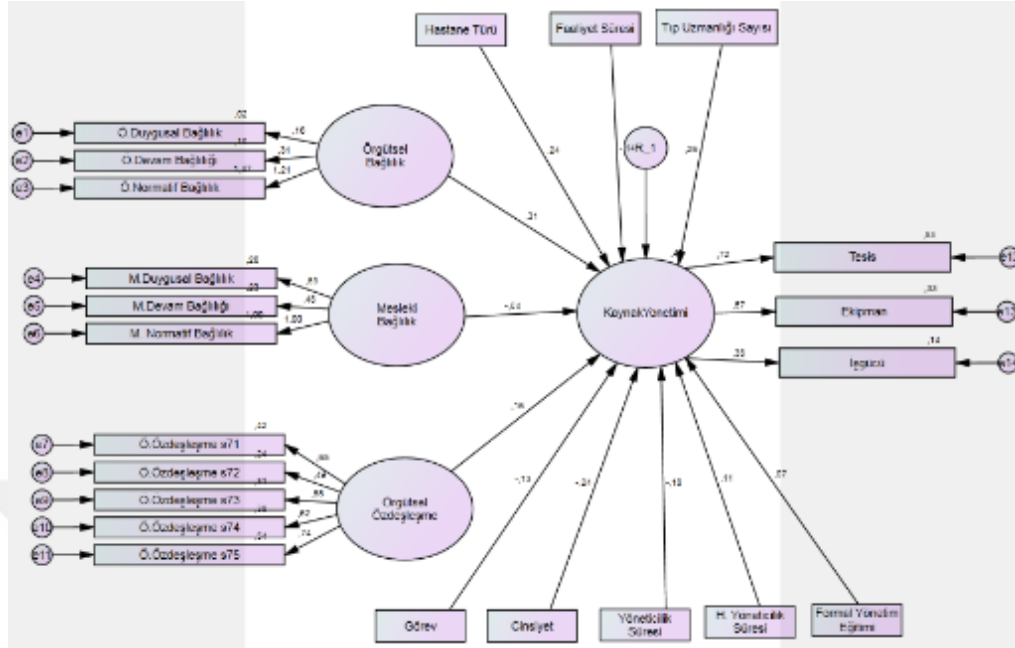
Tablo 27 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performans Düzeylerini Tahmin Eden Nihai Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
A. Performans	←Ö. Özdeşleşme	,254	,341	,097	,009
A. Performans	←Faaliyet Süresi	-,059	-,191	,029	,039
Ö. Özdeşleşme s71	←Ö. Özdeşleşme	1,000	,434		
Ö. Özdeşleşme s72	←Ö. Özdeşleşme	,893	,616	,179	<,001
Ö. Özdeşleşme s73	←Ö. Özdeşleşme	,939	,750	,205	<,001
Ö. Özdeşleşme s74	←Ö. Özdeşleşme	1,100	,576	,239	<,001
Ö. Özdeşleşme s75	←Ö. Özdeşleşme	1,020	,427	,186	<,001
Verimlilik	←A. Performans	1,000	,592		
Kalite	←A. Performans	1,710	,913	,505	<,001

7.6.3. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamındaki hastanelerin kaynak yönetim kapasitesini etkileyen faktörleri belirlemek üzere 2 aşamalı yapısal eşitlik modelleri oluşturulmuştur. Başlangıç modelde hastanelerin kaynak yönetim kapasitesini tahmin etmek için yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılıkları ile örgütsel özdeşleşme düzeyleri yanında hastanelerin özellikleri olarak hastane türü, faaliyet süresi ve hizmet sunduğu tıp uzmanlığı sayısı değişkenleri, yönetici özellikleri olarak görev, cinsiyet, toplam yöneticilik süresi ve bu hastanedeki yöneticilik süresi, formal yönetim eğitimi alma durumu değişkenleri kullanılmıştır. Şekil 12’de yer alan başlangıç modelde görüldüğü gibi uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir sınırlar içinde olmadığı bulunmuştur ($\chi^2/sd=3,665$, TLI=0,395, NFI=0,460, CFI=0,395, RMSEA=0,112).

Şekil 12 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Model ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
755,055	206	3,665	0,395	0,460	0,395	0,112

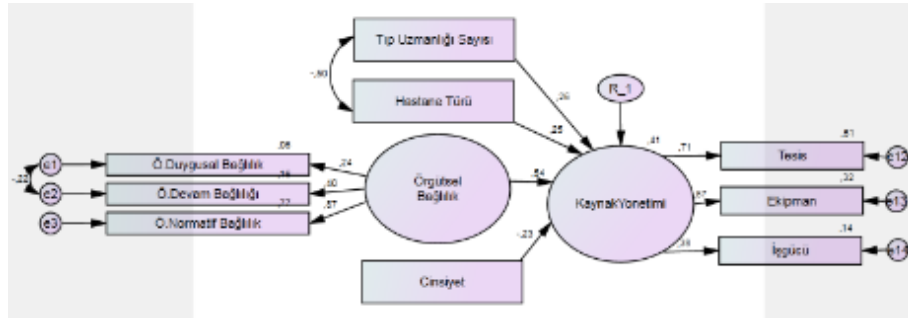
Tablo 28’de yer alan başlangıç modelle ilgili bulgular incelendiğinde yöneticilerin örgütsel bağlılık ve cinsiyetleri ile hastanenin türü ve tıpta uzmanlık sayısının kaynak yönetim kapasitesi üzerinde anlamlı etkisinin olduğu buna karşın yöneticilerin mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeylerinin, yöneticilerin görevinin, toplam yöneticilik süresinin, bu hastanedeki yöneticilik süresinin, formal yönetim eğitimi alma durumunun ve hastane faaliyet süresinin hastanelerin kaynak yönetim kapasitesi üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı görülmektedir.

Tablo 28 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesini Tahmin Eden Başlangıç Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Kaynak Yönetimi K.	←Ö. Bağlılık	,940	,314	,425	,027
Kaynak Yönetimi K.	←Ö. Özdeşleşme	,104	,165	,065	,109
Kaynak Yönetimi K.	←M. Bağlılık	-,050	-,038	,119	,676
Kaynak Yönetimi K.	←Hastane Türü	,225	,244	,084	,008
Kaynak Yönetimi K.	←Tıp Uzmanlık Sayısı	,224	,258	,079	,005
Kaynak Yönetimi K.	←Yönetici Görevi	-,048	-,129	,032	,140
Kaynak Yönetimi K.	←Cinsiyet	-,214	-,241	,071	,003
Kaynak Yönetimi K.	←Hastane Y. Süresi	-,162	-,181	,088	,067
Kaynak Yönetimi K.	← Çalışılan H. Yöneticilik S.	,119	,109	,107	,267
Kaynak Yönetimi K.	←Formal Eğitim Durumu	,068	,071	,079	,391
Kaynak Yönetimi K.	←Faaliyet Yıl	-,055	-,140	,030	,068
Ö. Duygusal B.	←Ö. Bağlılık	1,000	,157		
Ö. Devam B.	←Ö. Bağlılık	1,687	,309	,654	,010
Ö. Normatif B.	←Ö. Bağlılık	5,929	1,213	4,398	,178
M. Duygusal B.	←M. Bağlılık	1,000	,529		
M. Devam B.	←M. Bağlılık	1,076	,478	,180	<,001
M. Normatif B.	←M. Bağlılık	2,181	,998	,500	<,001
Ö. Özdeşleşme s71	←Ö. Özdeşleşme	1,000	,647		
Ö. Özdeşleşme s72	←Ö. Özdeşleşme	,474	,487	,095	<,001
Ö. Özdeşleşme s73	←Ö. Özdeşleşme	,465	,553	,092	<,001
Ö. Özdeşleşme s74	←Ö. Özdeşleşme	,791	,617	,137	<,001
Ö. Özdeşleşme s75	←Ö. Özdeşleşme	1,187	,738	,146	<,001
Tesis	←Kaynak Yönetimi K.	1,000	,725		
Ekipman	←Kaynak Yönetimi K.	1,063	,574	,210	<,001
İsgücü	←Kaynak Yönetimi K.	,530	,379	,132	<,001

Bu sonuçların alınması üzerine yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeyleri, hastane türü, tıp uzmanlığı sayısı ve yöneticinin cinsiyetinin bağımsız değişken olarak kullanıldığı Şekil 13'te yer alan ikinci yapısal model çalıştırılmıştır. Bu modelin uyum iyiliği değerleri $\chi^2/sd=1,364$, TLI=0,937, NFI=0,866, CFI=0,937, RMSEA=0,041 olarak hesaplanmıştır.

Şekil 13 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesini Tahmin Eden Nihai Yapısal Model ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
32,737	24	1,364	0,937	0,958	0,866	0,041

Tablo 29’de yer alan ikinci modelin regresyon katsayıları incelendiğinde yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeyleri ve hastanelerin tıpta uzmanlık sayısı arttıkça hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesinin arttığı/iyileştiği, özel dal hastanelerinin kaynak yönetimi kapasitesi ile kadın yöneticilerin olduğu hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesinin daha iyi olduğu görülmüştür.

Alınan bu sonuçlar üzerine kaynak yönetim kapasitesi ile ilgili H3a, H3c, H6b ve H9a hipotezleri kabul edilmiş, buna karşın H3b, H6a, H6c, H6d, H6e, H9b ve H9c hipotezleri reddedilmiştir.

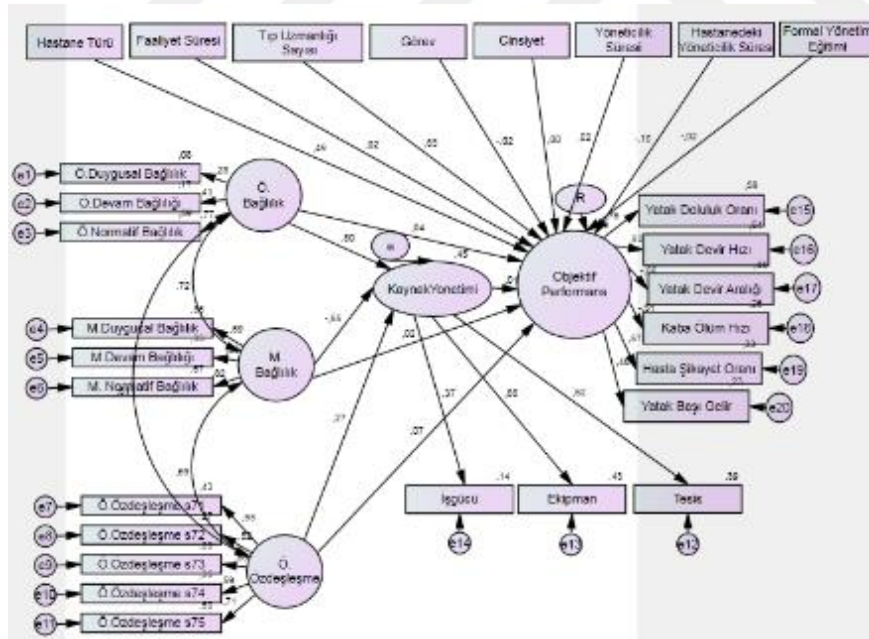
Tablo 29 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Kaynak Yönetim Kapasitesini Tahmin Eden Nihai Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p Değeri
Kaynak Yönetimi K.	←Tıp Uzmanlığı S.	,221	,262	,080	,006
Kaynak Yönetimi K.	←Hastane Türü	,220	,246	,085	,009
Kaynak Yönetimi K.	←Ö.Bağlılık	1,033	,539	,393	,009
Kaynak Yönetimi K.	←Cinsiyet	-,194	-,226	,068	,004
Ö. Duygusal B.	←Ö. Bağlılık	1,000	,238		
Ö. Devam B.	←Ö. Bağlılık	1,423	,404	,618	,019
Ö. Normatif B.	←Ö. Bağlılık	2,816	,875	1,426	,048
Tesis	←Kaynak Yönetimi K.	1,000	,712		
Ekipman	←Kaynak Yönetimi K.	1,077	,569	,221	<,001
İş gücü	←Kaynak Yönetimi K.	,541	,376	,139	<,001

7.6.4. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Bulgular

Yukarıda araştırma kapsamındaki hastanelerin objektif ve algılanan performans düzeyleri ile kaynak yönetim kapasitesini etkileyen faktörler belirlendikten sonra hastane yöneticilerinin örgütsel ve mesleki bağlılıkları ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile çalıştıkları hastanelerin objektif/algılanan performans düzeyleri arasındaki ilişki üzerinde söz konusu hastanelerin kaynak yönetim kapasitelerinin aracı etkisinin (mediating effect) olup olmadığı da belirlenmeye çalışılmıştır. Burada kaynak yönetimi kapasitesinin aracı etkisini doğrulamak için kısmi aracı etki, tam aracı etki ve direkt etki modeli şeklinde üç model karşılaştırılmıştır.

Şekil 14 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Başlangıç Modeli ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2 /sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
1026,536	340	3,019	0,521	0,569	0,479	0,097

Şekil 14'teki model bu açıdan değerlendirildiğinde ve Tablo 30'daki bulgular göz önüne alındığında sadece örgütsel bağlılık, hastane türü ve tıp uzmanlığı sayısı değişkenlerinin anlamlı olduğu ($p < 0,05$), diğer değişkenlerin anlamsız çıktığı ($p > 0,05$) ve modelin uyum iyiliği değerlerinin ($\chi^2/sd=3,019$, $TLI=0,521$, $NFI=0,479$, $CFI=0,569$, $RMSEA=0,097$) kabul edilebilir sınırlar içinde yer almadığı görülmüştür.



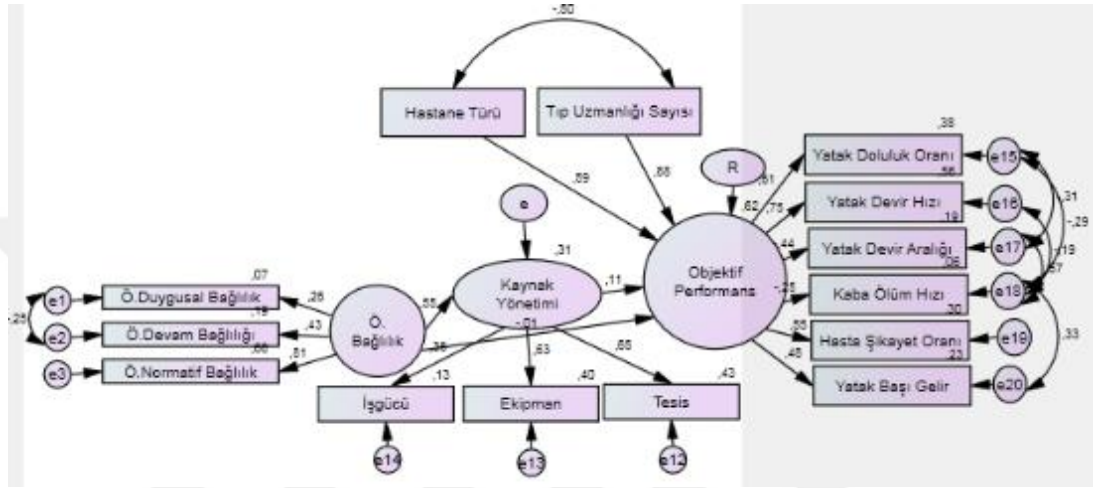
Tablo 30 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Başlangıç Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Kaynak Yönetimi K.	←Ö.Özdeşleşme	,145	,273	,103	,160
Kaynak Yönetimi K.	←M.Bağlılık	-,543	-,553	,329	,099
Kaynak Yönetimi K.	←Ö.Bağlılık	1,158	,804	,516	,025
Objektif Performans	←Kaynak Yönetimi K.	,732	,013	6,916	,916
Objektif Performans	←Formal Eğitim Durumu	-,801	-,018	2,432	,742
Objektif Performans	←Çalışılan H. Yöneticilik S.	-5,163	-,103	3,308	,119
Objektif Performans	←Cinsiyet	-,133	-,003	2,200	,952
Objektif Performans	←Yönetici Görevi	-,381	-,022	,978	,697
Objektif Performans	←Tıp Uzmanlık Sayısı	25,872	,650	2,998	<,001
Objektif Performans	←Faaliyet Yılı	,352	,020	,959	,714
Objektif Performans	←Hastane Türü	20,551	,486	3,067	<,001
Objektif Performans	←Ö.Bağlılık	2,990	,038	14,543	,837
Objektif Performans	←Ö.Özdeşleşme	2,023	,070	3,059	,508
Objektif Performans	← H. Yöneticiliği Süresi	,990	,024	2,717	,716
Objektif Performans	← M.Bağlılık	1,137	,021	8,746	,897
Ö.Duygusal B.	←Ö.Bağlılık	1,000	,275		
Ö.Devam B.	←Ö.Bağlılık	1,288	,415	,500	,010
Ö.Normatif B.	←Ö.Bağlılık	2,133	,767	,783	,006
M.Duygusal B.	←M.Bağlılık	1,000	,592		
M.Devam B.	←M.Bağlılık	1,196	,594	,195	<,001
M.Normatif B.	←M.Bağlılık	1,594	,816	,203	<,001
Ö.Özdeşleşme s71	←Ö.Özdeşleşme	1,000	,654		
Ö.Özdeşleşme s72	←Ö.Özdeşleşme	,505	,524	,086	<,001
Ö.Özdeşleşme s73	←Ö.Özdeşleşme	,480	,577	,080	<,001
Ö.Özdeşleşme s74	←Ö.Özdeşleşme	,751	,592	,118	<,001
Ö.Özdeşleşme s75	←Ö.Özdeşleşme	1,129	,709	,136	<,001
Ekipman	←Kaynak Yönetimi K.	1,425	,656	,327	<,001
İşgücü	←Kaynak Yönetimi K.	,614	,373	,162	<,001
Tesis	←Kaynak Yönetimi K.	1,000	,622		
Yatak Doluluk Oranı	←Objektif Performans	1,000	,761		
Yatak Devir Hızı	←Objektif Performans	1,400	,802	,167	<,001
Yatak Devir Aralığı	←Objektif Performans	-,516	-,661	,068	<,001
Kaba Ölüm Hızı	←Objektif Performans	-,001	-,512	,000	<,001
HastaŞikayetOranı	←Objektif Performans	,000	,572	,000	<,001
YatakBaşıGelir	←Objektif Performans	2671,635	,475	536,586	<,001

Bunun üzerine anlamlı olduğu bulunan bu üç değişkenin yer aldığı Şekil 15'teki yeni model çalıştırıldığında Tablo 31'deki bulgulardan da görüldüğü gibi yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeyi ile hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi arasında anlamlı ilişki

olduğu görülmekle birlikte ($p<0,05$), aracı değişken olarak seçilen kaynak yönetimi kapasitesinin hastanelerin objektif performansı ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı ($p>0,05$) görülmektedir.

Şekil 15 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Nihai Model ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
131,405	67	1,961	0,878	0,910	0,838	0,067

Bu bulgu hastanelerin objektif performanslarını etkilemede kaynak yönetimi kapasitesinin aracı bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. Bunun üzerine H10 hipotezi reddedilmiştir.

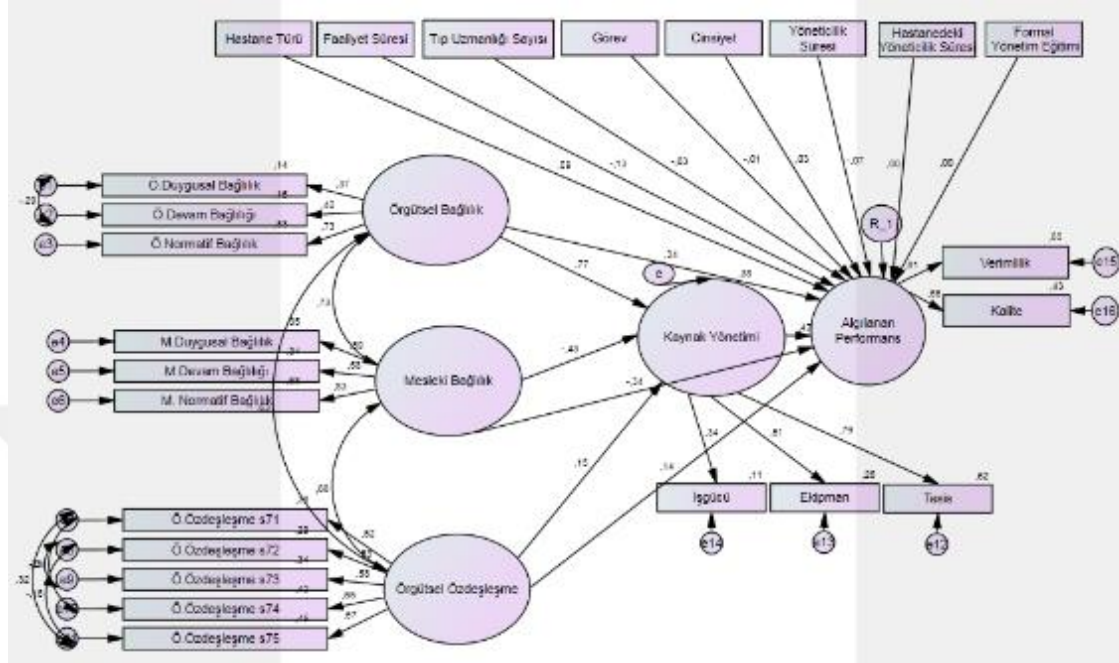
Tablo 31 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Objektif Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Nihai Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Kaynak Yönetimi K.	←Örgütsel Bağlılık	,877	,552	,344	,011
Objektif Performans	←Kaynak Yönetimi K.	4,289	,114	4,176	,304
Objektif Performans	←Tıp Uzmanlığı Sayısı	25,666	,884	3,145	<,001
Objektif Performans	←Hastane Türü	18,081	,585	2,947	<,001
Objektif Performans	←Örgütsel Bağlılık	-,356	-,006	6,416	,956
Ö. Duygusal B.	←Örgütsel Bağlılık	1,000	,262		
Ö. Devam B.	←Örgütsel Bağlılık	1,407	,431	,572	,014
Ö. Normatif B.	←Örgütsel Bağlılık	2,373	,812	1,143	,038
Ekipman	←Kaynak Yönetimi K.	1,309	,632	,323	<,001
İşgücü	←Kaynak Yönetimi K.	,564	,359	,157	<,001
Tesis	←Kaynak Yönetimi K.	1,000	,652		
Yatak Doluluk Oranı	←Objektif Performans	1,000	,614		
Yatak Devir Hızı	←Objektif Performans	1,592	,746	,203	<,001
Yatak Devir Aralığı	←Objektif Performans	-,438	-,440	,069	<,001
Kaba Ölüm Hızı	←Objektif Performans	-,001	-,255	,000	<,001
Hasta Şikâyet Oranı	←Objektif Performans	,000	,550	,000	<,001
Yatak Başı Gelir	←Objektif Performans	3547,783	,478	635,429	<,001

7.6.5. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamındaki hastanelerin algılanan performansı ile bu hastanelerin yöneticilerinin örgütsel ve mesleki bağlılıkları ile örgütsel özdeşleşme düzeyleri arasındaki ilişki üzerinde söz konusu hastanelerin kaynak yönetim kapasitesinin aracılık etkisi (mediating effect) olup olmadığını belirlemek için Şekil 16'da yer alan modelin doğruluğu test edilmiştir.

Şekil 16 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Başlangıç Model ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
664,105	237	2,802	0,577	0,637	0,542	0,092

Tablo 32'deki p değerlerinden sadece örgütsel bağlılığın kaynak yönetimini ve kaynak yönetiminin algılanan performansı anlamlı bir şekilde etkilediği ($p < 0,05$), ayrıca modelin uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olmadığı görülmektedir ($\chi^2/sd = 2,802$, $TLI = 0,577$, $CFI = 0,637$, $NFI = 0,542$, $RMSEA = 0,092$).

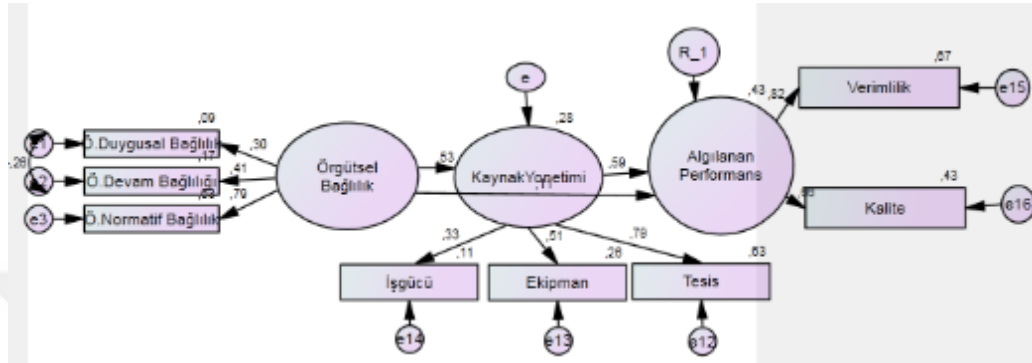
Tablo 32 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Başlangıç Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize Regresyon Ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Kaynak Yönetimi K.	← Ö. Özdeşleşme	,109	,154	,128	,396
Kaynak Yönetimi K.	← M. Bağlılık	-,538	-,434	,323	,096
Kaynak Yönetimi K.	← Ö. Bağlılık	1,053	,774	,391	,007
Algılanan Performans	← Kaynak Yönetimi K.	,473	,473	,175	,007
Algılanan Performans	← Formal Eğitim Durumu	-,004	-,004	,081	,960
Algılanan Performans	← Çalışılan H. Yöneticilik S.	-,004	-,003	,109	,972
Algılanan Performans	← H. Yöneticiliği Süresi	-,066	-,070	,090	,460
Algılanan Performans	← Cinsiyet	,031	,033	,073	,672
Algılanan Performans	← Tıp Uzmanlık Sayısı	-,026	-,028	,083	,757
Algılanan Performans	← Yönetici Görevi	-,003	-,007	,033	,933
Algılanan Performans	← Faaliyet Yılı	-,055	-,132	,031	,071
Algılanan Performans	← Hastane Türü	,089	,090	,096	,357
Algılanan Performans	← Ö. Bağlılık	,456	,335	,414	,270
Algılanan Performans	← M. Bağlılık	-,415	-,335	,296	,161
Algılanan Performans	← Ö. Özdeşleşme	,099	,141	,112	,375
Ö.Duygusal B.	← Ö. Bağlılık	1,000	,368		
Ö.Devam B.	← Ö. Bağlılık	,933	,402	,324	,004
Ö.Normatif B.	← Ö. Bağlılık	1,510	,727	,401	<,001
M.Duygusal B.	← M. Bağlılık	1,000	,594		
M.Devam B.	← M. Bağlılık	1,172	,584	,190	<,001
M.Normatif B.	← M. Bağlılık	1,613	,827	,207	<,001
Ö.Özdeşleşme s71	← Ö. Özdeşleşme	1,000	,616		
Ö.Özdeşleşme s72	← Ö. Özdeşleşme	,543	,534	,107	<,001
Ö.Özdeşleşme s73	← Ö. Özdeşleşme	,512	,582	,098	<,001
Ö.Özdeşleşme s74	← Ö. Özdeşleşme	,867	,646	,148	<,001
Ö.Özdeşleşme s75	← Ö. Özdeşleşme	1,125	,668	,140	<,001
Ekipman	← Kaynak Yönetimi K.	,874	,509	,184	<,001
İşgücü	← Kaynak Yönetimi K.	,441	,338	,118	<,001
Tesis	← Kaynak Yönetimi K.	1,000	,786		
Verimlilik	← Algılanan Performans	1,000	,809		
Kalite	← Algılanan Performans	,902	,657	,161	<,001

Bunun üzerine oluşturulan yeni model Şekil 17’de, modele ait regresyon katsayıları ise Tablo 33’de görülmekte olup tablodaki bulgulardan yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeyleri ile hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi arasında ve hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi ile algılanan performans düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu ($p<0,05$), ancak, yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeylerinin hastanelerin algılanan performansı üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisinin olmadığı ($p>0,05$), dolayısıyla

kaynak yönetim kapasitesinin yöneticilerin örgütsel bağlılık ve hastanelerin algılanan performansı arasındaki ilişki üzerinde tam aracı bir role sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Şekil 17 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Nihai Yapısal Model ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
42,703	16	2,669	0,828	0,902	0,858	0,089

Modelin uyum iyiliği değerleri incelendiğinde ($\chi^2/sd=2,669$, $TLI=0,828$, $CFI=0,902$, $NFI=0,858$, $RMSEA=0,089$) kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgulara dayalı olarak H11a hipotezi kabul edilmiş, H11b ve H11c hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 33 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansı ile Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerinde Kaynak Yönetim Kapasitesinin Aracı Etkisine İlişkin Nihai Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Kaynak Yönetimi K.	Ö.Bağlılık	,884	,527	,327	,007
A. Performans	Kaynak Yönetimi K.	,594	,586	,147	<,001
A. Performans	Ö.Bağlılık	,192	,113	,218	,377
Ö. Duygusal B.	Ö.Bağlılık	1,000	,301		
Ö. Devam B.	Ö.Bağlılık	1,175	,414	,526	,025
Ö. Normatif B.	Ö.Bağlılık	2,007	,791	1,047	,055
Ekipman	Kaynak Yönetimi K.	,861	,506	,174	<,001
İşgücü	Kaynak Yönetimi K.	,428	,331	,114	<,001
Tesis	Kaynak Yönetimi K.	1,000	,794		
Kalite	Algılanan Performans	,892	,659	,148	<,001
Verimlilik	Algılanan Performans	1,000	,818		,007

TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde çalışmada elde edilmiş bulgular, bu yönde yapılmış önceki çalışmaların sonuçlarıyla birlikte ele alınarak tartışılmıştır.

Bu çalışmada hastane ve yönetici özellikleri ile yöneticilerin örgütsel bağlılık, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeylerinin hastanelerin performans ve kaynak yönetimi kapasiteleri üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin örgütsel ve mesleki bağlılıklarını ölçmek için literatürde en çok atıfta bulunulan ve Meyer ve Allen (1997) tarafından geliştirilmiş olan Örgütsel Bağlılık Ölçeği, mesleki bağlılık düzeylerini ölçmek için Meyer, Allen ve Smith (1993) tarafından geliştirilen Mesleki Bağlılık Ölçeği kullanılmış ancak, yapılan geçerlilik ve güvenirlik analizleri sonucunda ise bazı sorulara verilen cevapların ölçeklerin orijinal yapılarına uyum göstermediği görülerek dışarıda bırakılmıştır. Aslında her iki ölçekte de duygusal, devam ve normatif bağlılık boyutları 6'şar soru ile ölçülürken bu çalışmada Örgütsel Bağlılık Ölçeği'nin duygusal bağlılık boyutu altındaki üç madde (35, 36 ve 39 nolu maddeler), devam bağlılığı boyutu altındaki iki madde (41 ve 46 nolu maddeler) ve normatif bağlılık boyutu altındaki bir madde (47 nolu madde) ölçeklerin orijinal yapısını doğrulamadığı için araştırma kapsamındaki hastane yöneticilerinin örgütsel bağlılıklarının altındaki duygusal bağlılık boyutu üç madde, devam bağlılığı dört madde ve normatif bağlılık boyutu beş madde ile ölçülebilmektedir. Araştırmaya katılan yöneticilerin toplam üç soru ile ölçülen örgütsel duygusal bağlılık düzeyi ortalamaları 3,86 olarak hesaplanmıştır. Buna göre bağlılık düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir. Örgütsel duygusal bağlılık düzeyi, bireylerin çalıştıkları örgüte karşı pozitif tutumudur ve bu nedenle yüksek düzeyde olması arzu edilmektedir. Bedük ve Yıldız (2016) tarafından hastane çalışanlarının mobbing ve örgütsel bağlılık düzeylerine ilişkin yapılan bir çalışmada örgütsel duygusal bağlılık düzeyi ortalaması 5'li Likert ölçeğine göre 2,89 olarak bulunmuştur (Bedük & Yıldız, 2016). Bayyurt ve Kılıç (2017) tarafından yürütülen bir çalışmada ise hastane personeli örgütsel bağlılık düzeyleri 5'li Likert ölçeğine göre 2,91 olarak belirlenmiştir (Bayyurt & Kılıç, 2017). Bu sonuçlar, bu araştırma kapsamında yer alan yöneticilerin örgütsel duygusal bağlılık düzeylerinin yapılan benzer çalışmalardaki sonuçlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılan yöneticilerin örgütsel devam bağlılığı düzeyleri ortalaması ise 2,57

olarak hesaplanmıştır. Örgütsel devam bağlılığı olumsuz bir durumu ifade eder ve düşük olması beklenir. İlaç sektörü yöneticileri üzerine yapılan bir çalışmada örgütsel devam bağlılığı ortalaması 5’li Likert ölçeğine göre 2,75 olarak bulunmuştur (Şencan, Aydın, & Yeğenoğlu, 2017). Bu sonuçlar hastane yöneticilerinin zorunlu bağlılık olarak ifade edilebilecek devam bağlılığı düzeyinin ilaç sektörü yöneticilerine göre daha olumlu olduğunu göstermektedir. Araştırmada orijinal ölçekten farklı olarak beş madde ile ölçülen normatif bağlılık düzeyinin yüksek olması yöneticinin çalıştığı örgüte olan ilkesel bağlılığını gösterir ve yüksek olması beklenir. Araştırmada yöneticilerin örgütsel normatif bağlılık düzeyi ortalaması 3,29 olarak bulunmuştur. Hastane çalışanları üzerine yapılan bir çalışmada bu ortalama 2,91 (Bayyurt & Kılıç, 2017) iken yine hastane çalışanları üzerinde yapılan başka bir çalışmada örgütsel normatif bağlılık düzeyleri 5’li Likert ölçeğine göre 2,95 olarak bulunmuştur (Özata, 2016). Bu farklılığın yöneticilerin çalışanlara göre daha yüksek normatif bağlılık düzeylerine sahip olduğu şeklinde yorumlanması mümkündür.

Araştırmaya katılan yöneticilerin mesleki bağlılık düzeylerini ölçmek için orijinal ölçekte 18 madde kullanılırken araştırmada yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde duygusal bağlılık boyutundaki 53. madde ve normatif bağlılık boyutundaki 65 ve 66 nolu maddeler herhangi bir boyuta yüklenmediği ve normatif bağlılık boyutundaki 69. maddeye ait standardize regresyon ağırlığının referans değerler içinde yer almadığı tespit edilerek yöneticilerin mesleki devam bağlılığı düzeyleri altı madde, duygusal bağlılık düzeyleri beş madde ve normatif bağlılık düzeyleri üç madde ile ölçülmüştür. Araştırmaya katılan yöneticilerin mesleki bağlılık düzeyleri duygusal bağlılık boyutu ortalaması 3,87 olarak hesaplanmıştır. Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada mesleki duygusal bağlılık ortalaması 5’li Likert ölçeğine göre 3,5 olarak bulunmuştur (Aktaş & Gürkan, 2015). Hastane üst düzey yöneticileri üzerine yapılan başka bir çalışmada ise 5’li Likert ölçeğine göre mesleki duygusal bağlılık boyutu 4,39 ortalama değere sahiptir (Carlson, 2003). Bu sonuçlar araştırmaya katılan yöneticilerin mesleki duygusal bağlılık boyutlarının bahsedilen çalışmaya göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılan yöneticilerin normatif bağlılık boyutu ortalaması 3,64, Aktaş ve Gürkan’ın (2015) çalışmasında 2,73, Carlson’un (2003) çalışmasında ise 2,63 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler araştırmaya katılan yöneticilerin normatif bağlılık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Düşük olması beklenen mesleki devam

bağlılığı düzeyi ortalaması bu çalışmada 2,94 olarak bulunmuştur. Carlson'un (2003) çalışmasında ise bu değer 3,31 olarak hesaplanmıştır. Bu durum araştırmaya katılan yöneticilerin mesleklerine zorunlu olarak devam etmeleri konusunda daha olumlu bir değere sahip olduklarını göstermektedir.

Araştırmaya katılan yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeylerini ölçmek için orijinal ölçekte yer alan 5 maddeye araştırmada yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonucunda değerlerin referans aralıklar içinde yer aldığı görülmüştür. Elde edilen bulgulara araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin örgütsel özdeşleşme düzeyi ortalaması 3,88 olarak hesaplanmıştır. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada örgütsel özdeşleşme düzeyi 5'li Likert ölçeğine göre 2,99 (Şantaş, Ugurluoğlu, Kandemir, & Çelik, 2017), diğer bir çalışmada ise özel sektör çalışanlarının örgütsel özdeşleşme düzeyi ortalaması 3,76 olarak hesaplanmıştır (Polat & Meydan, 2010). Bu durum araştırmaya katılan yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeylerinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamında yer alan hastanelerin performansları hem subjektif (algılanan) hem de objektif göstergeler açısından değerlendirilmiştir. Subjektif açıdan değerlendirmek için yöneticilerden kendi hastanelerinin verimlilik ve kalite düzeylerini rakip hastanelere göre değerlendirmeleri için 14 madde kullanılmış ancak, yapılan geçerlilik analizi sonucunda üç madde dışarıda bırakıldıktan sonra yapısal olarak geçerli ve güvenilir bir ölçüme ulaşılacağı görülmüştür. Araştırmaya katılan hastanelerin algılanan performans düzeyi ortalaması 3,65 olarak hesaplanmıştır. Kamu ve özel hastanelerde görev yapan yöneticiler üzerinde yapılan bir çalışmada ise kamu hastanelerinin algılanan performans düzeyleri ortalaması 5'li Likert ölçeğine göre 4,13 olarak bulunmuştur (Çınaroğlu & Şahin, 2012). Bu sonuçlar araştırmada yer alan hastanelerin algılanan performans düzeyleri nispeten düşük olduğunu göstermektedir.

Çalışma bulgularına göre araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin görüşlerine göre ölçülen hastanelerin verimlilik ve kalite boyutlarıyla ölçülen algılanan performans düzeyi ile hastanelerin özelliklerinden biri olan hastane faaliyet süresi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu da hastanenin faaliyet süresi arttıkça algılanan performans düzeyinin düştüğü anlamına gelmektedir. Diğer bir ifadeyle faaliyet süresi daha kısa olan hastanelerde çalışan yöneticiler çalıştıkları hastanelerin performansını

rakip hastanelere göre daha yüksek görmektedirler. Algılanan performansın verimlilik ve kalite boyutlarının faktör yükleri göz önüne alındığında kalite boyutu faktör yükünün (0,91) verimlilik boyutuna göre daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır (0,59). Bu sonuçlar araştırmaya katılan yöneticilerin hastanelerinin performanslarını değerlendirirken kalite boyutunda yer alan klinik kalite, hasta memnuniyeti, hasta taleplerine ve şikâyetlerine cevap verilmesi maddelerine verimlilik boyutunda yer alan maddelere nazaran daha fazla önem verdiğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçların faaliyet süresi nispeten kısa olan hastanelerin yöneticilerinin kendi hastanelerini diğer hastanelere göre klinik kalite, hasta memnuniyeti, hasta taleplerine ve şikâyetlerine cevap verilmesi konusunda daha başarılı görmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde farklı mülkiyetteki hastaneler üzerinde yapılan bir çalışmada hastanelerin performans düzeyleri incelenmiş (Alam, Elshafie, & Jarjoura, 2008) ve bu araştırmanın bulgularına benzer şekilde faaliyet süresi nispeten kısa olan kar amacı gütmeyen hastanelerin daha yüksek performansa sahip olduğu ifade edilmiştir. Alam, Elshafie ve Jarjoura (2008) çalışmasında performansı; yöneticilerin çalıştıkları kurumlar ile sosyal sorumluluk, pazar payı, karlılık ve likidite boyutları üzerinden rakipleriyle değerlendirmeleri üzerinden ölçmüş ve faaliyet süresi nispeten kısa olan hastanelerin sosyal sorumluluk alma konusunda rakiplerine göre daha istekli oldukları, yeni tesis ve teknolojiye sahip olmalarından ötürü hastalar tarafından rakiplerine göre tercih edildikleri ve bunun pazar payına olumlu yansıdığı ve bu sonuçların hastane algılanan performans düzeyini arttırdığı ifade edilmiştir. Her iki çalışmada da benzer sonuçların alınmasının çalışmaların kar amacı gütmeyen hastaneler üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan çalışmada hastane değişkenleri arasında yer alan hastane türü ve tıp uzmanlığı sayısının ve yöneticilerin demografik özelliklerinin ise hastanelerin algılanan performans düzeyi ile anlamlı ilişkiler göstermediği bulunmuştur.

Çalışmada araştırma kapsamındaki hastanelerin algılanan performans düzeyi ile yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen literatürde bu sonuçtan farklı olarak yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeylerinin hastanelerin algılanan performansını anlamlı bir şekilde etkilediğini ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Rodwell & Teo, 2008; Becker, Huselid, & Ulrich, 2001). Farklı sektörlerde yapılan bu çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir (Eaton, 2003). Mesleki bağlılık düzeyi ile ilgili olarak ise bu çalışmanın

sonuçlarından farklı olarak hemşire yöneticiler üzerinde yapılan bir çalışmada algılanan performans ile orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır (Aktaş & Gürkan, 2015). Araştırmalar arasındaki farklılığın algılanan performansı ölçmek için kullanılan ölçeklerin farklı olmasından kaynaklandığı; nitekim bu çalışmada hastanelerin algılanan performans düzeyi sadece verimlilik ve kalite boyutlarıyla ölçülürken bahsedilen çalışmalarda ise finans boyutunun da dikkate alındığı görülmektedir. Araştırmaya katılan yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılık düzeyleri yukarıda bahsedilen çalışmalarda kullanılan ölçeklerle ölçülmesine rağmen benzer ilişkilere ulaşılmamasının araştırma verilerinin kullanılan ölçeklerin orijinal yapılarını tümüyle desteklemeyip bazı soruların dışarıda bırakılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmaların bulgularının farklılaşmasının bir diğer nedeni de çalışma popülasyonlarındaki farklılıklardan olmuş olabilir.

Ayrıca araştırma bulgularından hastane üst düzey yöneticilerinin örgütsel özdeşleşme düzeyinin hastanelerin algılanan performans düzeyi ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu da tespit edilmiştir. Diğer bir deyişle örgütsel özdeşleşme düzeyi yüksek olan yöneticilerin çalıştıkları hastanelerin verimlilik ve kalite boyutları itibarıyla algılanan performans düzeyleri de yüksek olma eğilimindedir. Carmeli ve diğerlerinin (2007) elektronik ve medya sektöründe çalışan 217 üst düzey yönetici üzerinde yaptıkları çalışmada yöneticilerden çalıştıkları örgütün performansını değerlendirmeleri ve örgütsel özdeşleşme düzeylerini belirtmeleri istenmiştir. Elde edilen bulgulardan algılanan örgüt performansı ve yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeylerinin pozitif ve güçlü bir ilişkiye sahip olduğu ve örgütleriyle özdeşleşen yöneticilerin daha iyi performans sergiledikleri ve bunun da örgüt performansına olumlu yansıdığı ifade edilmiştir (Carmeli, Gilat, & Waldman, 2007). Bu yönde yapılmış olan başka bir çalışmada ise March ve Sutton (1997) çalışanların örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile örgüt performansı arasında orta düzeyde ilişkiler saptamıştır. Bu çalışmalara ek olarak çalışanların tutumları ve örgütsel performans arasındaki ilişkilerin incelendiği başka bir çalışmada örgütsel aidiyet ve iş tatmini gibi çalışan tutumlarının performansı pozitif ve güçlü bir şekilde etkilediği ortaya konmuştur (Schneider, Hanges, Smith, & Salvaggio, 2003). Bahsedilen çalışmada özdeşleşme düzeyi yüksek olan çalışanların ekip arkadaşlarıyla sağlıklı bir iletişim kurdukları ve bunun da takım çalışmasına olumlu yansıdığı ifade edilmiştir. Ayrıca özdeşleşme düzeyi yüksek olan çalışanların örgütün vizyon ve stratejilerine yüksek

düzeyde bağlı oldukları ve karşılaştıkları sorunlarda yapıcı bir tutum sergileyerek hızlı bir şekilde çözüm yoluna başvurdıkları ve tüm bunların örgüt performansını arttırdığı ifade edilmiştir.

Çalışma kapsamında hastanelerin algılanan performansları yanında objektif göstergeler yoluyla ölçülen performans düzeylerinin de hastanelerin ve yöneticilerin demografik özellikleri, yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılık ile örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile ilişkisi de araştırılmıştır. Ulaşılan bulgular sonucunda araştırma kapsamındaki hastanelerin faaliyet süresi ile objektif performansı arasında anlamlı ilişkilere rastlanmamıştır. Bu bulguya benzer olarak Weng ve diğerleri (2006) tarafından yapılan ve hastanelerin objektif performansının yönetsel ve teknolojik yeniliklere uyum ile ölçüldüğü çalışmada da hastanelerin objektif performansı ile hastane faaliyet süresi arasında anlamlı ilişkiler olmadığı ifade edilmiştir. Bahsedilen çalışmada faaliyet süresi daha uzun olan hastanelerin sektörel tecrübelerinden kaynaklanan avantajlardan dolayı özellikle yönetsel yeniliklere açık olduğu, faaliyet süresi nispeten daha kısa olan hastanelerin ise özellikle teknolojik yeniliklere yatkın olduğu dolayısıyla hastanelerin faaliyet süresinin hastanelerin objektif performansları ile anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı ortaya konmuştur (Weng, Chiu, & Huang, 2006). Yukarıda ifade edildiği gibi araştırmaya katılan hastanelerin algılanan performans düzeyleri ile faaliyet süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmesine rağmen benzer ilişkiye hastanelerin objektif performans düzeylerinde rastlanmamıştır. Bu durumun faaliyet/ hizmet süresi kısa olan hastanelerde çalışan yöneticilerin çalıştıkları hastanelerin performansını rakip hastanelere göre daha yüksek görme eğiliminden kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırma kapsamındaki hastanelerin objektif performans düzeyi ile anlamlı ilişkiler bulunan hastaneye ait değişkenler ise tıp uzmanlığı sayısı ve hastane türüdür. Hastanelerin büyüklüğünü ifade eden verilerden biri de tıp uzmanlığı sayısıdır ve çalışma bulgularına göre tıp uzmanlığı sayısı arttıkça hastanenin ölçülen objektif performansı da artmaktadır. Hastanelerin tıp uzmanlığı sayısı ile hastanelerin objektif performansı arasındaki benzer anlamlı ilişkiye California’da yer alan hastanelerde yapılan Tomal’ın çalışmasında da rastlanmıştır (Tomal, 1998). Bu çalışmada hastane türü genel ve özel dal hastane olarak ele alınmıştır. Elde edilen bulgular göz önüne alındığında özel dal hastanelerin objektif performans düzeylerinin genel hastanelere oranla daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bulguya benzer şekilde başka çalışmalarda da özel dal hastanelerin finansal ve

operasyonel performanslarının genel hastanelere göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Barro, Huckman, & Kessler, 2006; Schneider ve diğerleri, 2007). Schneider ve diğerleri (2007) yaptıkları çalışmada hastane performansını kar marjı gibi objektif göstergelere dayalı olarak ölçmüş ve özel dal hastanelerinin hizmet kalitesinin daha yüksek olduğunu, tüketici ve hekim ihtiyaçlarına daha duyarlı olduğunu ve genel hastanelere göre daha maliyet etkili ve daha karlı çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Başka bir çalışmada ise Barro, Huckman ve Kessler (2006) kardiyoloji gibi tek bir hastalık türüne odaklanmış hastanelerin uzmanlaştığını ve uzmanlaştıkları alanda genel hastanelere göre maliyetleri düşürerek ve hizmet kalitesini arttırarak daha etkin bir yönetim sergilediklerini ifade etmişlerdir (Barro, Huckman, & Kessler, 2006).

Literatürde yöneticilik süresinin artmasının hastane performansı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu ifade eden çalışmalar bulunmakla birlikte (Carlson, 2003; Meyer & Allen, 1997) bu çalışmada yöneticilerin demografik özellikleri (yöneticinin görevi, cinsiyeti, toplam ve çalıştığı hastanedeki yöneticilik süresi, formal yönetim eğitimi alma durumu) ile hastanelerin objektif performans düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hizmet sektöründe Goll ve Rasheed (2005) tarafından yöneticiler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise objektif performans ile kurumdaki yöneticilik süresi arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Goll & Rasheed, 2005). Gold ve Rasheed (2005) çalışmasında yöneticilerin yöneticilik süresinin artmasının bilgi ve tecrübelerine dayalı olarak rasyonel karar vermeyi pozitif yönde etkilediği ve bunun da örgüt performansına olumlu yansıdığını ifade etmiştir. Çalışmalar arası farklı sonuçlara ulaşılmasının nedeninin; sektörel farklılıklardan ve örgütsel performansın ölçüm biçimindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada performans subjektif ve objektif çeşitli göstergeler yoluyla ölçülürken, Gold ve Rasheed (2005)'in çalışmasında ise sadece finansal performans boyutu ile ölçmüştür.

Araştırmada yöneticilerin demografik özellikleri arasında ele alınan diğer bir değişken de yöneticilerin formal yönetim eğitimi alma durumudur. Yöneticilerin %68,5'i formal eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim aldıklarını belirtenlerden %83'ü yüksek lisans ve/veya doktora derecesine sahiptir. Eğitim düzeyinin performans üzerinde pozitif yönde etkili olması beklenirken çalışmada bu düzeyde bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bu bulguya ilişkin iki çıkarım yapmak mümkün olabilir. Bunlardan ilki araştırma kapsamındaki hastane yöneticilerinden yönetim konusunda formal eğitim almış olanlar merkezi

yönetim yapısından dolayı hastanelerinde yeterli yönetsel inisiyatifte sahip olmamış olabilirler. Veya alınan teorik eğitimlerin kalitesi uygulamada hastane performansını arttırıcı bir unsura dönüşememiş olabilir. Tekingündüz ve diğerlerinin (2015) çalışmasında bu sonuçlara benzer olarak çalışanların formal eğitim alma durumunun hastanelerin objektif performansı ile anlamlı ilişkiye sahip olmadığı ifade edilmiştir (Tekingündüz, Top, & Seçkin, 2015). Bu sonuçlardan farklı olarak Kimberly ve Evanisko (1981)'nin çalışmasında ise formal yöneticilik eğitimi alan yöneticilerin özellikle teknolojik yeniliklere daha açık olduğu ifade edilmiştir. Formal yönetim eğitimi alan yöneticiler çalıştıkları hastanelerin gereksinimlerini doğru tespit ederek yeni teknolojik yatırımların önünü açmakta ve bu durum da hastane performansına olumlu yansımaktadır (Kimberly & Evanisko, 1981).

Araştırmada hastane yöneticilerinin cinsiyeti ile hastanelerin hem algılanan hem de objektif performans düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer sonuçlara farklı çalışmalarda ulaşıldığı görülmekle birlikte (Heimovics & Herman, 1988; Harlan & Weiss, 1980; Rosenthal, Guest, & Peccei, 1996) bu konuda literatürde görüş birliği mevcut değildir. Bazı araştırmalarda kadın yöneticilerin, bazı araştırmalarda ise erkek yöneticilerin örgüt performansı üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu ifade edilmiştir (Mottaz, 1986 ; Coh & Koh, 1991; Dezsö & Ross, 2012). Mottaz (1986) çalışmasında erkeklerin kadınlara göre yeteneklerini sergilemede daha başarılı olduklarını ve kadınlara göre işlerini şansa bırakma olasılıklarının daha düşük olduğunu ifade etmiştir. Dezsö ve Ross (2012) ise kadın yöneticilerin örgütün innovasyonu bir stratejik hedef olarak benimsediği durumda daha iyi yönetim sergiledikleri ve bunun örgüt performansına olumlu yansıdığını ifade etmişlerdir. Farklı çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmasının sektörel koşullardaki farklılıklardan, araştırmaların metodolojisi ve ölçüm yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışma bulguları araştırma kapsamındaki hastanelerin objektif performans düzeylerinin yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılık düzeyleri ile anlamlı bir ilişki içinde olmadığını ortaya koymuştur. Carlson (2003) tarafından kar amacı gütmeyen hastaneler üzerinde yapılan çalışmada da hastanelerin objektif performans düzeyleri ile hastane üst düzey yöneticilerinin örgütsel ve mesleki bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Carlson (2003) objektif performansın yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılıklarını nasıl etkilediğinin tartışılması gerektiğini belirterek, düşük iş performansı

gösteren çalışanların yüksek örgütsel devam bağlılığına sahip olmasının örgüt performansına olumsuz şekilde yansıtacağını ortaya koymuştur Devam bağlılığı zorunlu bir bağlılıktır ve bu bağlılığın yüksek düzeyde olması örgüt performansına olumsuz bir şekilde yansımaktadır (Carlson, 2003). Carlson'un çalışması ile bu araştırmada benzer sonuçlara ulaşılmamasının sebebinin her iki çalışmada da kar amacı gütmeyen hastanelerin yer alması ve çalışmaların kapsadığı örneklem sayısının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna karşın literatürde yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılık düzeylerinin hastane performansı üzerinde anlamlı düzeyde etkili olduğunu ifade eden çalışmalar da yer almaktadır (Gowen, Mcfadden, Hoobler, & Tallon, 2006; Baird, Tung, & Yu, 2017, Coleman, Irving, & Cooper, 1999; Whitener & Waltz, 1993). Bahsedilen çalışmalarda örgütsel bağlılık düzeyleri yüksek olan çalışanlara sahip örgütlerde işe geç gelme ve devamsızlık gibi olumsuz ve istenmeyen sonuçların düşük olduğu ve hizmet kalitesinin yüksek olduğu ifade edilmiştir. Mesleki bağlılık düzeyi yüksek olan çalışanların ise iş performansı ve iş tatmininin yüksek olduğu ortaya konmuş ve bu sonuçların örgüt performansına olumlu yansıdığı açıklanmıştır. Görüldüğü üzere araştırma sonuçları arasında farklılıklar mevcuttur. Farklı sonuçlara ulaşılmamasının araştırmaların kapsadığı hastanelerin mülkiyetlerinin farklı olmasından; bu araştırma sadece T.C. Sağlık Bakanlığı hastanelerini kapsarken bahsedilen çalışmaların üniversite ve özel hastaneleri de kapsamassından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bahsedilen çalışmalarda yöneticilerin ya da çalışanların örgütsel ve mesleki bağlılık düzeylerini ölçmek için kullanılan ölçekler bu araştırmada kullanılanlarla aynı ya da benzer olmasına rağmen, bu araştırmanın verileri kullanılan ölçeklerin orijinal yapılarını tümüyle desteklemeyip bazı maddelerin dışarıda bırakılmasına neden olduğu için çalışmalar farklı çıkmış olabilir.

Araştırma kapsamında ele alınan diğer bir kavram ise tesis, ekipman ve işgücü boyutuyla ölçülen hastane kaynak yönetim kapasitesidir. Hastanelerde kaynak yönetimi kapasitesini bu çalışmada olduğu gibi farklı boyutlarıyla ele alan çalışma sayısı kısıtlıdır. Genelde yapılan çalışmalarda insan kaynakları kapasitesi ölçümleri üzerinde durulmuştur (Fu, Jonathan, & Bano, 2019; Erdil, 2004; Boon, Den Hartog, & Lepak, 2019). Son yıllarda ise sağlık teknolojilerinin global ölçekte hızlı gelişiminden ve sağlık harcamalarını etkileyen en önemli faktör olmasından dolayı teknolojinin ekipman boyutu ile ilgili

Çalışmaların giderek arttığı gözlenmektedir (Fiaz, Ikram, & Ilyas, 2018) (Weaver, Ball, Kim, & Kiel, 2016).

Araştırmada elde edilen bulgulara göre hastanelerin özellikleri arasında yer alan hastane türü ve hizmet sunduğu tıp uzmanlığı sayısı hastane kaynak yönetimi kapasitesini anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Tıpkı objektif performansta olduğu gibi özel dal hastanelerinin kaynak yönetim kapasiteleri de genel hastanelere göre daha iyi seviyededir. Bu sonucun özel dal hastanelerinde hizmet verme şeklinin ve hizmet kapsamının net bir şekilde tanımlanmasından ve tek bir alana odaklanıp hizmet sundukları için tesis, ekipman ve işgücü kapasitelerini daha iyi yönetmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu bulgudan özel dal hastanelerinde kaynak yönetimi kapasitesi ölçeğinde faktör yükü en yüksek olan tesis boyutunda (0,71) poliklinik ve ameliyat hizmet kapasitesinin artırılması maddelerine verilen önem doğrultusunda bu sonuçlara ulaşıldığı sonucu çıkarılabilir. Araştırma kapsamındaki hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesini anlamlı bir şekilde etkileyen diğer bir hastane özelliği ise tıp uzmanlığı sayısıdır. Bu bulgular genel hastanelerde hizmet verilen tıp uzmanlığı sayısının artması sonucunda kaynak yönetimi kapasitesinin de yükseldiğini göstermektedir. Bu bulguya göre tıp uzmanlığı sayısı daha fazla olan hastanelerde ihtiyaç duyulacak tesis (poliklinik, klinik ve ameliyat kapasitesi gibi), ekipman ve işgücü hem çeşit hem de sayı olarak çok daha fazla olacağından mevcut sınırlı kaynaklarla bu farklı ve karmaşık ihtiyaçları karşılamak için başarılı bir kaynak/kapasite planlaması ve yönetiminin icra edilmesi gerekmektedir.

Diğer yandan çalışmada hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesinin faaliyet sürelerine göre farklılık göstermediği ortaya konmuştur. Konu ile ilgili literatürde hastane özelliklerinin kaynak yönetim kapasitesini anlamlı bir şekilde etkilediğini ifade eden çeşitli çalışmalar olduğu gibi (Henry, 1994; Hudson, 1995; Li & Benton, 2003) böyle bir ilişkiye rastlanmayan çalışmalar da bulunmaktadır (Ling, 1996; Ruth, 1981). Ling (1996)'ın çalışmasında hastane değişkenlerinden biri olan eğitim verme özelliğinin kaynak yönetimi kapasitesi ile ilişkisi incelenmiş ancak anlamlı sonuçlara ulaşılmamıştır. Li ve Benton (2003) ise kaynak yönetim kapasitesini bu çalışmada olduğu gibi tesis, ekipman ve işgücü olmak üzere üç boyutta incelemiş ve hastane özellikleri (hastane büyüklüğü, hastane lokasyonu, eğitim verme özelliği) ile anlamlı ilişkiler gösterdiğini tespit etmiştir (Li & Benton, 2003). Li ve Benton (2003) yatak sayısına göre ölçtüğü hastane büyüklüğü ile kaynak yönetimi kapasitesi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki

tespit etmiş ve büyük hastanelerin talep değişikliklerini daha iyi yönettiklerini, işgücü planlamada ve hizmet kapasitesini yönetmede daha başarılı olduklarını ifade etmiş ve bu sonuçların da kaynak yönetimi kapasitesine olumlu yansıdığını ortaya koymuştur. Li ve Benton (2003) ayrıca hastanelerde kaynak yönetimi kapasitesini etkileyen en önemli değişkenlerin poliklinik hizmetleri kalitesi, işgücü becerisi ve bilgi teknolojilerinin olduğunu ifade etmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre yöneticilerin demografik değişkenleri arasında ele alınan yönetici cinsiyeti hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesini anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Bu bulgulara göre araştırma kapsamındaki hastanelerin kaynak yönetim kapasitesi kadın yöneticiler tarafından daha başarılı olarak değerlendirilmiştir. Kadın yöneticilerin kaynak yönetimi kapasitesini değerlendirmede daha başarılı olduğunu ifade eden başka çalışmalar da mevcuttur (Johansen, 2007; Wilkins & Keiser, 2006). Farklı sektörlerde yapılan bu çalışmalarda kadın yöneticilerin bilgi paylaşımı ve liderlik konusunda daha başarılı oldukları ve özellikle işgücü kaynak planlamasında erkeklere göre daha başarılı oldukları ifade edilmiştir (Rosener, 1990).

Yine araştırmada elde edilen bulgulara göre hastane yöneticilerinin görevi, toplam ve çalıştığı hastanedeki yöneticilik süresi ile yöneticilik konusunda formal eğitim alıp almamaları gibi özelliklerin yöneticilik yaptıkları hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi ile anlamlı bir ilişki içerisinde değildir. Araştırmaya katılan yöneticilerin formal yönetim eğitimi almalarına rağmen kaynak yönetimi kapasitesinde başarıyı sağlamamalarının sebebinin T.C. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin özerk olmayıp merkezi otoriteye bağlı bir şekilde faaliyette bulunmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yöneticinin çalıştığı örgütteki yöneticilik süresinin kaynak yönetimi kapasitesine etkisi ile ilgili literatürde farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bir araştırmada yöneticilik süresi ile kaynak yönetimi kapasitesi arasında anlamlı ilişkiler olduğu ifade edilmiş (Alexander & Lee, 1996), başka bir çalışmada ise anlamlı ilişkiler tespit edilmemiştir (Miller, 1993). Alexander ve Lee (1996) yöneticinin örgütte çalıştığı süreyi kısa, orta ve uzun olarak sınıflamış ve orta çalışma süresinde olanların kaynak yönetimi kapasitesinde daha başarılı olduklarını ifade etmiş, bunu da kısa çalışma süresinde adaptasyon sürecine, uzun çalışma süresinde ise yöneticilerin aynı pozisyonda kalmasına bağlamıştır (Alexander & Lee, 1996). Alexander ve Lee (1996) bu sonuçları kısa süreli yöneticilik yapanların örgütlerinde adaptasyon sürecinde yer aldıklarından kaynak yönetimi kapasitesi ile ilgili doğru

kararlar alamamalarına bağlamıştır. Uzun süreli yöneticilik yapanlarda ise eğer yönetici aynı pozisyonda uzun süreli kalmışsa bu durumun çalışanın motivasyonunu düşürdüğü ve bunun kaynak yönetimi kapasitesi kararlarını olumsuz etkilediği şeklinde yorumda bulunmuştur. Çalışmaların bulgularının farklı olmasının kaynak yönetimi kapasitesinin bahsedilen çalışmalarda farklı boyutlar ve yöntemler ile ölçülmesinden kaynaklandığı ifade edilebilir. Örneğin, Alexander ve Lee (1996) tarafından yapılan çalışmada kaynak yönetimi kapasitesinin sadece işgücü kapasitesi açısından ölçüldüğü görülmektedir. Ayrıca literatürde bu çalışmada elde edilen bulguların tersine hastane yöneticilerinin görev yaptığı yönetsel pozisyonun hastane kaynak yönetim kapasitesini anlamlı bir düzeyde etkilediğini bulgulayan çalışmalar da mevcuttur (Currie & Procter, 2001). Currie ve Procter (2001) yaptıkları çalışmada orta düzey yöneticilerin stratejik kararlarda etkisinin olduğu durumda hem karar verme yetkisinin olmasından hem de operasyonel işlerde kısmen yer almasından dolayı üst düzey yöneticilere göre insan kaynakları yönetiminde daha başarılı olduklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmanın önemli bulgularından bir diğeri de araştırma kapsamındaki hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi ile yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu, buna karşılık yöneticilerin mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi arasında anlamlı ilişkiler olmadığının tespit edilmiş olmasıdır. Yöneticilerin çalıştıkları hastaneye karşı bağlılık düzeyi yükseldikçe görev yaptıkları hastanelerin tesis, ekipman ve işgücü boyutları itibarıyla kaynak yönetimi kapasitesinde de olumlu gelişmeler olduğu göze çarpmaktadır.

Araştırmada yöneticilerin bağlılık (örgütsel ve mesleki) ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile çalıştıkları hastanelerin performansları (algılanan ve objektif) arasındaki ilişki üzerinde kaynak yönetimi kapasitesinin aracı bir role sahip olup olmadığı da incelenmiştir. Aracılık testleri, değişkenler arasında doğrudan bir ilişkiyi değil dolaylı ilişkiyi inceler. Yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılık düzeylerinin yüksek olmasının kaynak yönetimi kapasitesini olumlu yönde etkilemesi ve bunun da hastane performansına olumlu yansımaları beklenir. Beklenen bu aracı etkiye araştırmada objektif performansta ulaşamamışken, algılanan performansta ulaşılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda; hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesinin yöneticilerin bağlılık ve özdeşleşme düzeyleri ile hastanelerin objektif performansı arasındaki ilişki üzerinde herhangi bir aracı etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Bu bulgular yöneticilerin

örgütsel ve mesleki bağlılık ile örgütsel özdeşleşme düzeylerinin hastanelerin objektif performans üzerindeki etkisinin kaynak yönetimi kapasitesi ile ilişkisi olmadığını ifade etmektedir. Elde edilen bu sonucun objektif performansın yatak doluluk oranı, yatak devir hızı, yatak devir aralığı, kaba ölüm hızı, hasta şikâyet oranı, yatak başı gelir, yatak başı gider ve gelir/gider göstergeleri ile ölçülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna karşın yöneticilerin bağlılık ve özdeşleşme düzeyleri ile hastanelerin algılanan performansı arasındaki ilişki üzerinde kaynak yönetim kapasitesinin tam aracı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeylerinin hastanelerin algılanan performansları üzerinde doğrudan bir etkisi olmamakla birlikte hastanelerin kaynak yönetimi kapasitelerini etkilediğini, kaynak yönetimi kapasitelerinin de algılanan performansı anlamlı bir şekilde etkilediğini göstermektedir. Bu bulguya göre örgütsel bağlılık düzeyi düşük ya da yüksek olan yöneticiler tarafından yönetilen hastanelerin kaynak yönetim kapasitesi daha olumsuz ya da olumlu olmakta, bu da hastanelerin algılanan performans düzeylerinin düşmesi ya da yükselmesiyle sonuçlanmaktadır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada; hastane yöneticilerinin örgütsel bağlılık, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeylerinin yöneticilerin algılarına ve hastanelerin objektif göstergelerine göre ölçülen hastane performansı ve yönetici algılarına göre işgücü, tesis ve ekipman boyutlarıyla ölçülen kaynak yönetim kapasitesi üzerindeki ilişkisinin incelenmesi amaçlanmış ve ayrıca hastanelerin performansı ve kaynak yönetim kapasiteleri üzerinde etkide bulunması olası örgüt ve yönetici özellikleri de dikkate alınmıştır.

Çalışma Ankara ve İstanbul illerinde T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı 41 hastanede en az bir yıldır yönetici olarak görev yapan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 232 üst düzey yönetici üzerinde yapılmıştır. Araştırma kapsamındaki 41 hastanenin 27'si genel hastane statüsünde iken 14'ü özel dal hastanesinde olup 21 hastane eğitim ve araştırma hastanesi olarak hizmet sunmaktadır. Yatak sayıları göz önüne alındığında 41 hastanenin 17'si 200 yatağın altında, 10 hastane 200-399 arası yatağa ve 14 hastane ise 400 ve üzeri yatağa sahiptir. Hastanelerin yatak doluluk oranları incelendiğinde yatak doluluk oranı ortalamasının %69,9 olduğu bulunmuştur. Hastanelerin gelirlerinin giderlerini karşılama düzeyleri incelendiğinde ise 41 hastane içinde gelirleri ile giderlerini karşılayan hastane sayısının yalnızca beş hastane olduğu bulunmuştur.

Çalışma bulgularından araştırma kapsamında yer alan hastanelerin verimlilik ve kalite boyutlarıyla ölçülen algılanan performans düzeyinin hastanelerin faaliyet (hizmet) süresi ve yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeylerinden etkilendiği ancak, hastanelerin özellikleri arasında yer alan hastane türü ve tıp uzmanlığı sayısı ile yöneticilerin demografik özellikleri arasında yer alan görev, cinsiyet, toplam yöneticilik süresi, çalıştığı hastanedeki yöneticilik süresi ve formal yöneticilik eğitimi alma durumu değişkenleri ile yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılıklarından etkilenmediği görülmüştür. Faaliyet süresi daha kısa olan ve örgüt ile bütünleşme ya da özdeşleşme düzeyi daha fazla olan yöneticilerin çalıştıkları hastanelerin algılanan performans düzeyinin daha iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç T.C. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yöneticilerin kurumları ile özdeşleşmelerini arttırmak amacıyla yapılan ve yapılacak girişimlerin hastanelerin algılanan performans düzeyleri üzerindeki önemini göstermektedir. Ayrıca hastanelerin algılanan performansları konusunda iyileştirici çalışmalar yaparken algılanan performansı oluşturan verimlilik ve kalite boyutları içinde

özellikle faktör yükü daha yüksek olan kalite boyutu ve bu boyutu açıklamada diğer değişkenlere göre daha büyük faktör yüklerine sahip “Hasta taleplerine cevap verilmesi” ve “Hasta şikâyetlerine cevap verilmesi” maddelerine ağırlık verilmesi uygun olabilir.

Hastanelerin yatak devir hızı, yatak doluluk oranı, yatak devir aralığı, kaba ölüm hızı, hasta şikâyet oranı, yatak başı gelir, yatak başı gider ve gelir/gider göstergeleri yoluyla ölçülen objektif performans düzeylerinin ise algılanan performans için elde edilen sonuçlardan farklı olarak hastanelerin türü ve tıp uzmanlığı sayısı ile anlamlı ve güçlü bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamındaki hastanelerin objektif performansları ile hastanelerin faaliyet süresi, yöneticilerin demografik özellikleri (görev, cinsiyet, toplam yöneticilik süresi, çalıştığı hastanedeki yöneticilik süresi ve formal yöneticilik eğitimi alma durumu), örgütsel bağlılık, mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile anlamlı ilişkilere sahip olmadığı ortaya konmuştur. Bulgulara göre özel dal hastanelerinde objektif performans göstergeleri daha iyi seviyededir. Bu durum hastanelerde uzmanlaşmanın objektif performans düzeyine olumlu yansıdığını; yani bir kadın doğum hastanesinin bir genel hastaneye göre yatak devir hızı, yatak doluluk oranı, yatak devir aralığı, kaba ölüm hızı, hasta şikâyet oranı, yatak başı gelir, yatak başı gider, gelir/gider oranı açısından daha olumlu performansa sahip olduğunu göstermektedir. Hastanelerde çok sayıda tıp uzmanlığı yer alması da objektif performans düzeylerine olumlu yansımaktadır. Elde edilen bu bulgulara göre hastanelerde tıp uzmanlık sayılarının yüksek olmasına özen gösterilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan hastanelerin performans düzeyleri yanında değerlendirilen diğer bir yönü de tesis, ekipman ve işgücü boyutlarıyla ölçülen kaynak yönetim kapasiteleridir. Hastanelerin türü ve tıp uzmanlığı sayısı objektif performansta olduğu gibi kaynak yönetimi kapasitesini de aynı yönde etkilemektedir. Özel dal hastanelerinin ve hizmet verdiği tıp uzmanlığı sayısı daha fazla olan hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi daha yüksek düzeydedir. Bu sonuca göre objektif performans değerlendirmesinde olduğu gibi genel hastaneler ile uzmanlık sayısı daha az olan hastanelerin kaynak yönetimi kapasitelerinin iyileştirilmesi için özel dal hastanelerinin ve tıp uzmanlığı sayısı daha fazla olan hastanelerin kaynak yönetim kapasitesi konusundaki tecrübelerinden yararlanılabilir. Ancak, hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi ile faaliyet süresi arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Diğer yandan araştırmaya katılan

yöneticilerin cinsiyeti ile hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi arasında anlamlı bir ilişki sözkonusu iken ve kadın yöneticiler çalıştıkları hastanelerin ekipman, işgücü ve tesis kaynaklarını daha iyi yönetirken yöneticilerin görevi, toplam yöneticilik süresi, çalıştıkları hastanedeki yöneticilik süresi ve yönetim konusunda daha önce formal eğitim alıp almama durumunun ise hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesi üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur. Yapılan çalışmalarda erkek çalışanların kadın yöneticilerden emir almak istemedikleri ve erkek çalışanların kadın yöneticilere yönelik olumsuz tutumlar sergiledikleri görülmekle birlikte (Kutlu & Akbulut, 2018; Dubno, 1985), kadın yöneticilerin kaynak yönetimi kapasitesi konusunda daha başarılı oldukları dikkate alınmalı ve merkezi otoritelere, hastanelerde kadın yöneticilerin sayısının artırılması önerilebilir.

Araştırmaya katılan yöneticilerin duygusal, devam ve normatif bağlılık boyutları itibariyle ölçülen örgütsel bağlılık düzeyleri ise hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesini pozitif bir şekilde etkilemektedir. Hastanelerine olan bağlılık düzeyleri daha yüksek olan yöneticiler ekipman, işgücü ve tesis kaynaklarını daha iyi bir şekilde yönetmektedir. Yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeylerinin hastanelerin kaynak yönetimi kapasitelerini olumlu yönde etkilediği göz önüne alındığında özellikle yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeylerini oluşturan boyutlar içinde faktör yükü en yüksek olan normatif bağlılık boyutuna önem verilmesi faydalı olabilir. Buna karşılık yöneticilerin mesleki bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile hastanelerin kaynak yönetimi kapasiteleri arasında ise anlamlı ilişkiler saptanmamıştır.

Yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeylerinin hastanelerin algılanan performans düzeylerini pozitif yönde etkilediği düşünüldüğünde üst düzey yöneticilerin özdeşleşme düzeylerinin merkezi veya hastane düzeyinde düzenli olarak izlenmesi ve örgütsel özdeşleşme düzeylerini artırıcı girişim ve iklimin oluşturulması gerekmektedir. Yöneticilerin örgütsel özdeşleşme düzeylerini artırmak amacıyla yapılacak girişimlere karar verirken örgütsel özdeşleşme örtük değişkenini açıklamada diğer değişkenlere göre daha büyük faktör yüklerine sahip “Başkalarının hastanem hakkında ne düşündükleriyle çok ilgilenirim.” ve “Hastaneyle ilgili konuşurken genellikle “onlar” yerine “biz” tabirini kullanırım.” maddelerine ağırlık verilmesi uygun olabilir.

Hastanelerin objektif performans düzeylerinin hastane değişkenleri arasında yer alan hastane türünden ve hizmet sunduğu tıp uzmanlığı sayısından etkilendikleri dikkate

alındığında merkezi yönetimin özellikle objektif performans düzeyleri göreceli olarak daha düşük olan genel hastanelerin performanslarının özellikle hangi göstergeler (değişkenler) açısından olumsuz olduğuna dikkat ederek bu yönde iyileştirmeler yapmaya daha fazla ağırlık vermesi gerektiği önerilebilir. Hastanelerde objektif performansın artırılması için yapılacak çalışmalarda araştırma kapsamında faktör yükü en yüksek değere sahip olan yatak devir hızına ($\beta=0,75$) odaklanılması önerilebilir. Benzer şekilde hastanelerin hizmet sunduğu tıp uzmanlığı sayısının objektif performans düzeylerini pozitif yönde etkilediği düşünüldüğünde de hastanelerin performans hedeflerinin belirlenmesinde bu ilişkiye dikkat edilmesi ve ayrıca sadece uzmanlık sayısı yerine özellikle hangi uzmanlıkların olması halinde hastanelerin objektif performans göstergelerinin bundan daha olumlu şekilde etkilendiğinin değerlendirileceği çalışmaların yapılması önerilebilir. Objektif performansın faktör yükleri incelendiğinde tıp uzmanlığı sayısı objektif performans hastane türüne nazaran daha fazla etkilemektedir. Bu durum hastanelerde objektif performansın artırılması için yapılacak çalışmalarda tıp uzmanlığı sayısına daha fazla dikkat edilmesi gerektiğini ortaya koymakta ve tıp uzmanlığı sayısı düşük olan hastanelerde objektif performans düzeyinin özellikle hangi uzmanlıkların yokluğuna bağlı olarak düştüğünün araştırılması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Çalışma sonuçları hastanelerin tesis, ekipman ve işgücü boyutları açısından ölçülen kaynak yönetimi kapasitesinin de objektif performansta olduğu gibi hastanelerin türü ve tıp uzmanlığı sayısından pozitif yönde etkilendiğini göstermiştir. Bu sonuca göre özel dal hastaneleri genel hastanelere göre tesis yönetimini daha iyi yapmakta, ekipmanlarını daha iyi yönetmekte ve insan kaynağının daha verimli kullanmaktadır. Spesifik bir alanda hizmet sunma ya da odaklaşma kaynakların göreceli olarak daha akılcı şekilde planlanması, kullanılması ve yönetilmesine imkan verirken, hizmet çeşitliliği arttıkça her bir hizmet için ihtiyaç duyulacak tesis, ekipman ve personel türü ve sayısı farklılaşacağından gerekli girdilerin planlanması, kullanılması ve yönetilmesi daha da zorlaşacaktır. Bu nedenle genel hastanelerde kaynak yönetiminin görece olarak daha kompleks olduğuna dikkat edilmesi gerekir. Ancak diğer yandan çalışmada tıp uzmanlığı sayısı fazla olan hastanelerin kaynak yönetimi kapasitelerinin daha iyi çıkması ise özel dal ve genel hastane konusunda yapılan açıklamaya ters düşüyor gibi gözükmeyle birlikte aslında tıp uzmanlığı sayısının artmasıyla hastanelerin kaynak yönetiminin çok daha

profesyonelce yönetilmesiyle açıklanabilir. Araştırmaya katılan yöneticilerin %37,9'u kadındır ve kadın yöneticiler çalıştıkları hastanelerin kaynaklarını daha iyi yönetmektedirler. Bu sonuçlar kamu ve özel hastanelerde kadın yöneticilere daha çok fırsat verilmesi gerektiği ile ilgili kararları desteklemektedir. Araştırmada hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesini etkileyen diğer bir değişken yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeyleridir. Bu konuda yapılan çok sayıda araştırmaya paralel olarak (Baird, Tung, & Yu, 2017; Cohen, 1992) yöneticilerin hastanelerine olan bağlılık düzeyinin hastanelerin kaynak yönetimi kapasitelerine olumlu yansıdığı gözlenmektedir. Hastanelerde örgütsel bağlılık düzeyinin artırılması konusunda yapılacak faaliyetlerin hastanelerin kaynak yönetimi kapasitelerini de olumlu yönde etkileyeceği bulgusu özellikle merkezi otoriteler tarafından dikkate alınmalıdır. Hastanelerin kaynak yönetim kapasitesi konusunda iyileştirici çalışmalar yaparken özellikle kaynak yönetim kapasitesini oluşturan boyutlar içinde faktör yükü en yüksek olan tesis boyutu ve bu boyutu açıklamada diğer değişkenlere göre daha büyük faktör yüklerine sahip “Poliklinik hizmet kapasitesinin artırılması (muayene odaları gibi)” ve “Günübirlik cerrahi kapasitesinin artırılması (ameliyat odaları gibi)” maddelerine ağırlık verilmesi uygun olabilir.

Çalışmada hastanelerin kaynak yönetimi kapasitesinin algılanan ve objektif performans düzeyleri üzerindeki aracı etkisi incelendiğinde ise algılanan performans düzeyleri üzerinde tam bir aracı bir etkiye sahip iken, objektif performans düzeyleri üzerinde aracı bir etkiye sahip olmadıkları tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeyleri hastanelerin algılanan performans düzeylerini doğrudan etkilemeyip kaynak yönetimi kapasitesi yoluyla etkilemektedir. Dolayısıyla yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeylerinin artırılması yönündeki girişimler hastanelerin kaynak yönetim kapasitesinde iyileştirmelere ve kaynak yönetim kapasitesindeki iyileştirmelerin de hastanelerin algılanan performans düzeylerinde iyileşmelerle sonuçlanması beklenmektedir. Bu sonuçlar hastanelerin algılanan performanslarının iyileştirilmesi için kaynak yönetimi kapasitesinin ve yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeyinin iyileştirilmesine önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışma sadece Ankara ve İstanbul illerindeki sınırlı sayıda hastane üzerinde kesitsel olarak yapıldığı, özellikle araştırma verileri yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılıklarını ölçmek için kullanılan ölçeklerin orijinal yapılarını tümüyle desteklemeyip bazı sorular dışarıda bırakıldığı için yöneticilerin örgütsel ve mesleki bağlılık düzeyleri

ile çalıştıkları hastanelerin performans düzeyleri ve kaynak yönetim kapasitesi arasında beklenen güçlü açıklayıcı ilişkiler tespit edilmemiş olabilir. Bu nedenle çalışma sonuçlarının evrene genellenmesine ihtiyatlı yaklaşmak ve dışsal geçerliliği daha güçlü çalışmaların yapılması için ülke genelinde daha kapsamlı çalışmaların yapılmasına önem vermek gerekir. Ayrıca hastanelerin performans ve kaynak yönetimi kapasitelerini tahminleyen daha doğru kanıtlara ulaşmak için gelecekte yapılacak çalışmalarda özel hastaneler ve üniversite hastaneleri başta olmak üzere farklı mülkiyetteki hastanelerin olduğu çalışmalar ile hastanelerin performans ve kaynak yönetimi kapasiteleri ile ilişkili olabilecek başka değişkenlerin de olduğu araştırmaların tasarlanmasına önem verilmelidir. Bu durum, farklı mülkiyetteki hastanelerin kıyaslanmasını da sağlayacaktır. Araştırmada hastanelerin kaynak yönetimi kapasiteleri yönetici algılarına göre ölçülmüştür. Performansta olduğu gibi kaynak yönetimi kapasitelerinin de objektif göstergelere göre ölçülmesi daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlayabilir. Ayrıca bu çalışmada hastanelerin örgütsel performansı ve kaynak yönetim kapasitesinin yöneticilerin bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile ilişkili olup olmadığı incelenmiştir. Gelecekte hastane personelinin bağlılık ve özdeşleşme düzeyleri ile örgütsel performansı ve kaynak yönetim kapasitesi arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmaların da yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Adler, P. S., & Borys, B. (1996). Two types of bureaucracy: enabling and coercive. *Administrative Science Quarterly*, 41(1), 61-89.
- Ahmad, N., Iqbal, N., & Javed, K. H. (2014). Impact on the employee satisfaction. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 84-92.
- Akçay, V. H. (2017). Örgütlerde İş Rolü Algıları, Sinizm ve Algılanan Performans Arasındaki İlişki. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 13(5), 476-486.
- Aktaş, H., & Gürkan, G. Ç. (2015). İş-aile ve aile-iş çatışması ile bireysel performans etkileşiminde mesleki bağlılığın aracı rolü: Hemşireler üzerinde bir araştırma. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 16(2), 139-154.
- Aktaş, H., & Gürkan, G. Ç. (2015). İş-aile ve aile-iş çatışması ile bireysel performans etkileşiminde mesleki bağlılığın aracı rolü: Hemşireler üzerinde bir araştırma. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 16(2), 139-154.
- Alam, P., Elshafie, E., & Jarjoura, D. (2008). The Effect of Ownership Structure on Performance of Hospitals. *Academy of Accounting & Financial Studies Journal*, 12(3).
- Alexander, J. A., & Lee, S. Y. (1996). The effects of CEO succession and tenure on failure of rural community hospitals. *The Journal of applied behavioral science*, 32(1), 70-88.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1-18.
- Allison, R. (1976). Administrative responses to prospective reimbursement. *Topics in Health Care Finance*, 3, 97-111.
- Alpar, R. (2010). *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Andersen, T., & Segars, A. (2001). The Impact of IT on decision structure and firm performance: evidence from textile and apparel industry. *Information and Management* 39 , 85-100.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 103(3), 411.
- Aranya, N., Pollock, J., & Amernic, J. (1981). An examination of Professional commitment in Public accounting. *Accounting Organizations and Society*, 6, 271-280.

- Arbak, Y., Özmen, T., & Ömür, N. (2009). *Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynağının Sürekli Gelişiminin Sağlanmasında Önemli Faktör Örgütsel Bağlılık Öncülleri-Etkileri*. Antalya: Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bildiriler Kitabı.
- Argyris, C. (1998). Empowerment: the emperor's new clothes. *Harvard Business Review*, Vol. 76 No. 3, 98-106.
- Arnold, J. (1990). Predictors of career commitment, a test of three theoretical models. *Journal of Vocational Behavior*.
- Ashforth, B., & Mael, F. (1989). Social Identity Theory and the Organization. *Academy of Management Review*. Vol 14. No. 1, 20-39.
- Ashforth, B., Harrison, S., & Corley, K. (2008). Identification in Organizations: An Examination of Four Fundamental Questions. *Journal of Management*, 34(3), 325-374.
- Asosheh, A., Nalchigar, S., & Jamporazmey, M. (2010). Information Technology Project Evaluation: A Integrated Data Envelopment Analysis And Balanced Scorecard Approach. *Expert Systems with Applications*, Vol. 37, 5931-5938.
- Ateş, R. (2017). *İşletmelerde performans değerlendirmenin çalışanların iş tatminine etkisi ve bir uygulama*. İstanbul: İstanbul Aydın Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / İşletme Anabilim Dalı / İşletme Yönetimi Bilim Dalı.
- Aydın, A. (2010). *İlköğretim öğretmenlerinin mesleki bağlılıklarına etki eden faktörler*. İstanbul: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi.
- Aydın, S., & Demir, M. (2007). *Sağlıkta Performans Yönetimi*. Ankara: Sağlıkta Dönüşüm Serisi, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Baird, K. M., Tung, A., & Yu, Y. (2017). Employee organizational commitment and hospital performance. *Health care management review*.
- Balay, R. (2000). *Yönetici ve Öğretmenlerde Örgütsel Bağlılık*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım 1. Baskı.
- Balcı, A. (2003). *Örgütsel Sosyalleşme Kuram Strateji ve Taktikler*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Balçık, P. Y., Yenilmez, K., & Şahin, S. P. (2016). Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde Bireysel Performans Değerlendirme Süreci. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 87-99.
- Bamford, D., & Chatziaslan, E. (2009). Healthcare Capacity Measurement. *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 58 No. 8, ss. 748-766.

- Barker, J., & Tompkins, P. (1994). Identification in the Self-Managing Organization: Characteristics of Target and Tenure. *Human Communication Research*, 21, 223-240.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.
- Barro, J. R., Huckman, R. S., & Kessler, D. P. (2006). The effects of cardiac specialty hospitals on the cost and quality of medical care. *Journal of health economics*, 25(4), 702-721.
- Bartels, J., Pruyn, A., Jong, M., & Joustra, I. (2006). Multiple Organizational Identification Levels and the Impact of Perceived External Prestige and Communication Climate. *Journal of Organizational Behavior*, 28 (2), 173-190.
- Barutçugil, İ. (2002). *Performans Yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayınları.
- Bas, M. I., & Aktar, A. (1991). *İşletmelerde Verimlilik Denetimi*. Ankara: MPM Yayınları No:435.
- Bayou, M. (2001). Developing an instrumental capacity model for industry. *Managerial Finance*, Vol. 27 Issue: 5, 55-78.
- Bayram, L. (2005). Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık. *Sayıştay Dergisi*, Sayı 59, Ekim-Aralık 2005.
- Bayyurt, N., & Kılıç, C. H. (2017). Liderlik Tarzının Örgüt Bağlılığına Etkisi: Bir Hastane Araştırması. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 5(2), 1-13.
- Becker, B., Huselid, M., & Ulrich, D. (2001). The HR Scorecard: Linking People, Strategy, and Performance. *Harvard Business School Boston, MA*.
- Becker, S., Shortell, S., & Neuhauser, D. (1980). Management practice and hospital length of stay. *Inquiry*, 17, 318-330.
- Bedük, A., & Yıldız, E. (2016). Mobbing (psikolojik şiddet) ve örgütsel bağlılık ilişkisi: Hastane çalışanlarına yönelik bir uygulama.
- Begley, C., Lairson, D., Morgan, R., & Rowan, P. (2013). *Evaluating The Healthcare System Effectiveness, Efficiency and Equity*. Washington, D.C.: Fouth Edition, Health Administration Press, Chicago, Illinois, Academy Health.
- Benligiray, S. (1999). *İnsan kaynakları açısından otellerde performans yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları Yayın No: 1174.
- Berwick, D., Godfrey, A., & Roessner, J. (1991). *Curing Health Care*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Bhattacharjee, A., Hikmet, N., Menachemi, N., Kayhan, V., & Brooks, R. (2012). The Differential Performance Effects Of Healthcare Information Technology Adoption. *The Edp Audit, Control, And Security Newsletter*.

- Bititci, U., Garengo, P., Dörfler, V., & Mendibil, K. (2009). Measurement: Questions for Tomorrow. *APMS 2009 conference paper*.
- Blau, G. (1985). The measurement and prediction of career commitment. *Journal of Occupational Psychology*, 58, 277-288.
- Blau, G. (2003). Testing for a four-dimensional structure of occupational commitment. *Journal of occupational and organizational psychology*, 76(4), 469-488.
- Boen, F., Vanbeselaere, N., Brebels, L., Huybens, W., & Millet, K. (2007). Post-merger Identification as a Function of Pre-Merger Identification, Relative Representation, and Pre-Merger Status. *European Journal of Social Psychology*, 380–389.
- Boon, C., Den Hartog, D. N., & Lepak, D. P. (2019). A Systematic Review of Human Resource Management Systems and Their Measurement. *Journal of Management*,.
- Bou, J., & Beltran, I. (2005). Total quality management, high-commitment human resource strategy and firm performance: an empirical study. *Total Quality Management* 16 (1), 71–86.
- Bourguignon, A., Malleret, V., & Norrekliit, H. (2004). The American Balanced Scorecard Versus The French Tableau De Bord: The Ideological Dimesion. *Management Accounting Research*, Vol. 15.
- British Institute of Facilities Management. (2018, 5 14). *The Professional Body For Facilities Management*.
<https://www.bifm.org.uk/bifm/professionaldevelopment/prostandards adresinden alindi>
- Brown, M. E. (1969). Identification and Some Condition of Organizational Involvement. *Administrative Science Quarterly*, Vol 14. No.3. 346-355.
- Brown, M., & Lewis, H. (1976). Hospital Management Systems. *Germantown, MD.: Aspen Systems Corp*.
- Buchanan, B. (1974). Building Organizational Commitment: The Socialization of Managers in Work Organizations. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 19, No. 4, 533-546.
- Buler, T., Leong, G., & Everett, L. (1996). The Operations Management Role In Hospital Strategic Planning. *Journal of Operations Management*. 14.
- Burke, K. (1950). *A Rhetoric Of Motives*. New York: New York Prentice-Hall, INC.
- Burns, L., Bradley, E., & Weiner, B. (2006). *Shortell and Kaluzny's Health Care Management Organizational Design and Behavior*, 6. Basım. Delmar Cengage Learning.

- Byrne, B. (2011). *Structural equation modeling with AMOS Basic concepts, applications, and programming, Multivariate Applications Series*. New York: Routledge.
- Callan, V., C., G., Mayhew, M., Grice, T., Tluchowska, M., & Boyce, R. (2007). Restructuring the Multi-Professional Organization: Professional Identity and Adjustment to Change in a Public Hospital. *JHHSA, Spring*, 448-477.
- Campbell, J., & Reyes-Picknell, J. (2016). *Strategies for Excellence in Maintenance Management*. CRC Press Taylor & Francis Group.
- Carlson, H. (2003). The Relationship Between Hospital Performance And Ceo Commitment. *California School Of Professional Psychology Doktora Tezi*.
- Carmeli, A., Gilat, G., & Waldman, D. A. (2007). The role of perceived organizational performance in organizational identification, adjustment and job performance. *Journal of Management Studies*, 44(6), 972-992.
- Carson, K., & Bedeian, A. (1994). Career commitment: Construction of a measure and examination of its psychometrics properties. *Journal of Vocational Behavior*, 44, 237-262.
- Cetin, A. (2007). Hastane Yönetiminde Kapasite Ve Kaynak Yönetim Kararlarının Maliyet, Kalite ve Finansal Performans Üzerindeki Etkileri. *G.Y.T.E. Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Chang, H. Y., Shyu, Y. I., Wong, M. K., Chu, T. L., Lo, Y. Y., & Teng, C. I. (2017). How does burnout impact the three components of nursing professional commitment? *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 1003-1011.
- Cheah, C. S., Chong, V. S., Yeo, S. F., & Pee, K. W. (2016). An empirical study on factors affecting organizational commitment among generation X. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 219, 167-174.
- Chen, C., Lee, M., Wu, P., & Lin, X. (2010). Antecedent and Outcome of Employees' Occupational Commitment. *Management of Innovation and Technology IEEE*, 574-578.
- Chen, G., Ployhart, R. E., Thomas, H. C., Anderson, N., & Bliese, P. D. (2011). The power of momentum: A new model of dynamic relationships between job satisfaction change and turnover intentions. *Academy of Management Journal*, 54(1), 159-181.
- Cheney, G. (1983). The rhetoric of identification and the study of organizational communication. *Quarterly Journal of Speech*, Volume 69, 143-158.
- Cheney, G., & Tompkins, P. (1987). Coming to terms with organisational identification and commitment. *Central States Speech Journal*, 38, 1-15.
- Choe, J. (2003). The effect of environmental uncertainty and strategic applications of IS on a firm's performance. *Information and Management* 40, 257-268.

- Choy Lee, F. (2006). *A Quantitative Performance Measurement Framework For Health Care Systems*. Columbia: Thesis for the Degree of Master Science, University of Missouri.
- Clark, J. (2004). Challenges Facing Independent Multihospital Healthcare Technology Management Systems. *IEEE Engineering In Medicine And Biology Magazine*.
- Clemons, E., Reddi, S., & Row, M. (1993). The impact of information technology on the organization of economic activity: the move to the middle' hypothesisT. *Journal of Management Information Systems*.
- Coddington, D., & Moore, K. (1987). *Market-driven strategies in healthcare*. Jossey-Bass Publisher.
- Coh, C., & Koh, H. (1991). Gender effects on job satisfaction of accountants in Singapore. *Work & Stress*, Vol. 4 No. 4, pp. , 341-8.
- Cohen. (1992). Antecedents of organizational commitment across occupational groups: A meta-analysis. *Journal o f Organizational Behavior*.
- Cohen. (1996). On the discriminant validity of the Meyer and Allen measure of organizational commitment: How does it fit with the work commitment construct? *Educational and psychological measurement*, 56(3),, 494-503.
- Cohen, A. (1993). Work commitment in relation to withdrawal intentions and union effectiveness. *Journal of Business Research*, 26, 75-89.
- Cohen, A., Fink, S., Gadon, H., & Willits, R. (1988). Effective Behavior in organizations. *Irwin, Homewood, IL*.
- Colarelli, S. M., & Bishop, R. (1990). Career commitment, functions, correlates and management. *Group and Organization Studies*, 15, 158-176.
- Cole, M. S., & Bruch, H. (2006). Organizational identity strength, identification, and commitment and their relationships to turnover intention: Does organizational hierarchy matter? *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 27(5), 585-605.
- Coleman, D., Irving, G., & Cooper, C. (1999). Another look at the locus of control-organizational commitment relationship: it depends of the form of commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 32.
- Cook, J., & Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organisational commitment and personal need fulfilment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39–52.
- Currie, G., & Procter, S. (2001). Exploring the relationship between HR and middle managers. *Human Resource Management Journal*, 11(3), 53-69.

- Çelik, H., & Başaran, B. (2008). Bireysel Müşteri Tarafından Algılanan Elektronik Hizmet Kalitesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* 3 (2), 129-152.
- Çetin. (2004). *Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Çetin, A., Aksu, M., & Özer, G. (2012). Technology investments, performance and the effects of size and region in Turkish hospitals. *The Service Industries Journal*, 32:5, 747-771.
- Çevik, H. (2007). Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Performans Yönetimi Performansın Artırılması, Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi. S. Aydın, H. Ateş, & K. H. içinde, *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi – Türkiye Örneği* (s. s.24- 40). Ankara: Asil Yayın.
- Çevik, H. (2008). *Türk Kamu Yönetiminde Performans Yönetimi Uygulamaları*. Kamu Kurumlarında Performans Yönetimi Kitabı Seçkin Yayıncılık.
- Çiftçioğlu, A. (2011). Mesleki Bağlılık ve Meslekten Ayrılma Niyeti İlişkisinin Tükenmişlik Sendromu Bağlamında İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. *İşletme ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 2 (3), 109-119.
- Çınaroğlu, S. (2011). *Kurumsal İtibar ve İmajın Hastanelerin Performansı ile İlişkisi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Tezi.
- Çınaroğlu, S., & Şahin, B. (2012). Yönetici Değerlendirmelerine Göre Hastanelerde Performans Ölçümü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15(1), 59-78.
- Çukurova, Z., Akın, M., Özgül, E., Kazancı, E., Sulhan, T., M., A., & Küçük, A. (2015). *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik Yıllığı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1000.
- Dağdemir, A. (2008). *Kurum Kimliği Ve Kurumsal Bağlılık Arasındaki İlişki, Kurum Kimliğinin Çalışanların Kurumsal Bağlılıkları Üzerindeki Etkilerinin Bir İşletmede Araştırılması*. Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Doktora Tezi.
- Darzi, A. (2009). A time for revolutions - The role of physicians in health care reform. *New England Journal of Medicine*, 361.
- David, Y., & Jahnke, E. (2004). Planning Hospital Medical Technology Management. *IEEE Engineering In Medicine And Biology Magazine*, May/June 2004.
- Davis, K., & Newstrom, J. (1989). *Human Behaviour at Work, Organizational Behaviour*. New York: McGraw-Hill, 8. Basım.
- Davis, P., Dibrell, C., & Janz, B. (2002). The impact on the strategy–performance relationship—implication for managers. *Ind. Market. Manage.* 31, 339-347.

- de Mast, J., Kemper, B., Does, R. J., Mandjes, M., & van der Bijl, Y. (2011). Process improvement in healthcare: Overall resource efficiency. *Quality and Reliability Engineering International*, 27(8), 1095-1106.
- Demirkaya, H. (2000). *Araştırma/İnceleme/Çeviri Dizisi: 7 Performans Ölçüm Rehberi*. Ankara: Sayıştay Yayınları.
- Dereköy, F., & Kalmış, H. (2013). Hastanelerde Performans Ölçümünün Muhasebe Bilgi Sistemiyle İlişkilendirilmesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi Nisan 2013 Sayısı*.
- Devaraj, S., & Kohli, R. (2003). Performance Impacts of Information Technology: Is Actual Usage the Missing Link? *Management Science*, Vol. 49, No.3, 273-289.
- Dezsö, C. L., & Ross, D. G. (2012). Does female representation in top management improve firm performance? A panel data investigation. *Strategic Management Journal*, 33(9), 1072-1089.
- Dick. (2001). Identification in Organizational Context: Linking Theory and Research from Social and Organizational Psychology. *International Journal of Management Reviews*. Volume 3 Issue 4, 265-283.
- Dick, R., Wagner, U., & Lemmer, G. (2004b). The Winds of Change-Multiple Identifications in the Case of Organizational Mergers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 13(2), 121-138.
- Dick, R., Wagner, U., Stellmacher, J., & Christ, O. (2004a). The Utility of a Broader Conceptualization of Organizational Identification: Which Aspects Really Matter? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 171-191.
- Dick, Wagner, U., Stellmacher, J., & Christ, O. (2005). Category Salience and Organizational Identification. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 273-285.
- Doğan, S., & Kılıç, S. (2007). Örgütsel Bağlılığın Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Yeri Ve Önemi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 29, Temmuz-Aralık 2007, 37-61.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessments*. Health Administration Press.
- Donde, P., John, W., & Reuben, R. (1998). Participation as a complicating mechanism: the effect of clinical professional and middle manager participation on hospital performance. *Health Care Management Review Fall 1998 v23*.
- Dubno, P. (1985). Attitudes toward executives: A longitudinal approach. *Acad Manage Journal*, 28(1), 235-239.
- Durna, U., & Eren, V. (2005). Üç Bağlılık Unsuru Ekseninde Örgütsel Bağlılık. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 6 (2), 210-219.

- Dursun, Y., & Kocagöz, E. (2010). Yapısal Eşitlik Modellemesi Ve Regresyon: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (35), 1-17.
- Dutton, J., Dukerich, J., & Harquail, C. (1994). Organizational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*, 39, 239-263.
- Eaton, S. C. (2003). If you can use them: Flexibility policies, organizational commitment, and perceived performance. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 42(2), 145-167.
- Eddy, D. (1998). Performance Measurement: Problems And Solutions. *Healthaffairs*, July/August, 1998.
- Edward, M. (2005). Organizational Identification: A Conceptual and Operational Review. *International Journal of Management Reviews*; Vol. 7. Issue 4. , 207-230.
- Efraty, D., & Wolfe, D. M. (1988). The effect of organizational identification on employee affective and performance responses. *Journal of Business and Psychology*, 3(1), 105-112.
- Ege, İ., & Şener, Z. (2013). Performans Ölçümünde Kullanılan Yöntemler: Performans Karnesi ve Kumanda Paneli Karşılaştırması. *Muhasebe ve Finansman Dergisi Ocak 2013 sayısı*.
- Eker, M., & Pala, F. (2008). The Effect of Competition, Just In Time Production and Total Quality Management on The Use of Multiple Performance Measures: An Empirical Study. *Journal of Economic and Social Research*, 10(1), 35-72.
- Elitaş, C., & Ağca, V. (2006). Firmalarda Çok Boyutlu Performans Değerleme Yaklaşımları: Kavramsal Bir Çerçeve.
- Erdil, O. A. (2004). İnsan Kaynakları Uygulamalarıyla Örgütsel Performans Arasındaki İlişkileri Araştırmaya Yönelik Bir İnceleme. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(2)., 101-122.
- Esatoğlu, A. (2007). Hastanelerde Performans Ölçümü. H. Ateş, H. Kırılmaz, & S. Aydın içinde, *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi* (s. 358-410). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Ettelt, S., Nolte, E., Thomson, S., & Mays, N. (2010). *Uluslararası Sağlık Hizmetleri Karşılaştırma Ağı Politika Belgesi Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama (Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 785.
- Etzioni, A. (1961). *A Comparative Analysis of Complex Organizations: On Power, Involvement, and Their Correlates*. New York: Free Press of Glencoe.

- Fako, T., Nkhukhu-Orlando, E., Wilson, D., Forchheh, N., & Linn, J. (2018). Factors associated with organizational commitment of academic employees in Botswana. *International Journal of Educational*, 56-64.
- Falcone, B., & Satiani, B. (2008). Physician as hospital chief executive officer. *Vascular and Endovascular Surgery*, 42, 88-94.
- Feather, N. T., & Rauter, K. A. (2004). Organizational citizenship behaviours in relation to job status, job insecurity, organizational commitment and identification, job satisfaction and work values. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(1), 81-94.
- Feldman, A., & Moore, W. (1982). *Labor Commitment and Social Change in Developing Areas*. Greenwood Press Publishers: Connecticut.
- Fetter, R., Freeman, S., Averill, R., & Thompson, J. (1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*, 18 (Supplement).
- Fiaz, M., Ikram, A., & Ilyas, A. (2018). Enterprise Resource Planning Systems: Digitization of Healthcare Service Quality. *Administrative Sciences*, 8(3), 38.
- Flood, A., & Scott, W. (1987). *Hospital Structure and Performance*. The Johns Hopkins University Press.
- Flood, S., & Diers, D. (1988). Nursing staffing, patient outcome and cost. *Nursing Management*, 19(5), 34-43.
- Fottler, M. (1987). Health Care Organizational Performance: Present And Future Research. *Journal of Management*. 13(2), 367-391.
- Fottler, M. (2008). Strategic Human Resource Management. B. F. Fried içinde, *Human Resources in Healthcare Managing for Success*. Chicago: Health Administration Press.
- Fottler, M., & Rock, W. K. (1974). Some Correlates of Hospital Costs in Public and Private Hospital Systems - NY City. *Quarterly Review of Economics and Business* 14(1), 39-53.
- Fryer, A. K., Tucker, A. L., & Singer, S. J. (2018). The impact of middle manager affective commitment on perceived improvement program implementation success. *Health care management review*, 43(3), 218-228.
- Fu, P. H., Jonathan, T., & Bano, N. (2019). Business in Technological, Marketing and Social Perspectives: A Progress in Strategic and Human Resource Management. *International Letters of Social and Humanistic Sciences* 85, 21-26.
- Fu, W., & Deshpande, S. P. (2014). The impact of caring climate, job satisfaction, and organizational commitment on job performance of employees in a China's insurance company. *Journal of Business Ethics*, 124(2), 339-349.

- Gaertner, K., & Nollen, S. (1989). Career experiences, perceptions of employment practices, and psychological commitment to the organization. *Human Relations*, 42, 975-991.
- García-Cabrera, A. M., & García-Soto, M. G. (2012). Organizational commitment in MNC subsidiary top managers: antecedents and consequences. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(15), 3151-3177.
- Gautam, T., Van Dick, R., & Wagner, U. (2004). Organizational Identification and Organizational Commitment: Distinct Aspects of Two Related Concepts. *Asian Journal of Social Psychology*, 7, 301-315.
- Goldman, J., Knappenberger, H., & Eller, C. (1968). Evaluating bed allocation policy with computer simulation. *Health Services Research*, 3.
- Goldstein, S., Ward, P., Leong, G., & Butler, T. (2002). The effect of location, strategy, and operations technology on hospital performance. *Journal of Operations Management*, 63-75.
- Goll, I., & Rasheed, A. A. (2005). The relationships between top management demographic characteristics, rational decision making, environmental munificence, and firm performance. *Organization studies*, 26(7), 999-1023.
- Gonzales, J. (2001). *Personel and Social Identity in Organizations: A Study of Organizational Commitment*. Texas: Texas A&M University doktora tezi.
- Gowen III, C. R., Mcfadden, K. L., Hoobler, J. M., & Tallon, W. J. (2006). Exploring the efficacy of healthcare quality practices, employee commitment, and employee control. *Journal of Operations Management*, 24(6), 765-778.
- Gözlü, S. (1995). *Kamu Hizmeti Veren Kuruluşlarda Toplam Kalite, Kamu Yönetimi Sempozyumu Bildirileri*. Ankara: TODAİE Yayınları Yayın No:262, Cilt 2.
- Greenberg, L., & Campion, D. (2006). Efficiency in Health Care : What Does it Mean? How is it Measured? *AcademyHealth, AHRQ*, (290-04-0001).
- Greenwood, K., Janvier, M. A., Zhang, Y. R., Heggie, G., & Yazdanpanah, M. (2014). The Dividends of an Effective Clinical Technology Management Program. *Journal of Clinical Engineering*, 39(1), 28-32.
- Greenwood, K., Janvier, M. A., Zhang, Y. R., Heggie, G., & Yazdanpanah, M. (2017). Raising the Profile of Clinical Engineering Through Effective Technology Management. *CMBES Proceedings*, 36(1).
- Grusky, O. (1966). Career Mobility and Organizational Commitment. *Administrative Science Quarterly Vol. 10, No. 4*, 488-503.
- Güner, M., & Memiş, M. (2007). Kurumsal Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Gelişim Süreci:1850'lerden 2000'lere Bir İnceleme. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 16, Sayı 2*.

- Gür, M. (1987). *Hastane Personelini Motive Eden Faktörler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Hall. (2012). Matching Healthcare Resources to Patient Needs. R. Hall içinde, *Handbook of Healthcare System Scheduling* (s. 1-10). New York: Springer.
- Hall, B., & Hamilton, B. (2004). New information technology system and Bayesian hierarchical bivariate probit model for profiling surgeon quality at a large hospital. *Quarterly Review of Economics and Finance*, 44(3), 410-429.
- Hall, D., Schneider, B., & Nygren, H. (1970). Personal factors in organisational identification. *Administrative Science Quarterly*, 15, 176-190.
- Harbour, J. (2009). *The Basics of Performance Measurement, Second Edition*. New York: CRC Press.
- Harlan, A., & Weiss, C. (1980). *Moving Up: Women in Managerial Careers*, MA: Wellesley Centre for Research on Women. Third progress report. Wellesley.
- He, H., & Brown, A. D. (2013). Organizational identity and organizational identification: A review of the literature and suggestions for future research. *Group & Organization Management*, 38(1), 3-35.
- HEDIS, 2. (2013). Aggregate Report for the Medi-Cal Managed Care Program. *Medi-Cal Managed Care Division California Department of Health Care Services*.
- Heimovics, R., & Herman, R. (1988). Gender and chief executive responsibility for successful or unsuccessful outcomes. *Sex Roles*, 18(9/10), 623-635. .
- Henry, W. (1994). Reinventing rural hospitals. *Trustee*, 47 (8), 22-23.
- HKS. (2011). Hizmet Kalite Standartları. Antalya: Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı.
- Hoff, T. (2000). Professional commitment among US physician executives in managed care. *Social Science & Medicine* 50, 1433-1444.
- Homburg, C., Wieseke, J., & Hoyer, W. D. (2009). Social identity and the service–profit chain. *Journal of Marketing*, 73, 38-54.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling. A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Hudson. (1995). Rural priorities. *Hospitals and Health Networks*, 69(4), 40-44.
- Hudson, D., & Cohen, M. (1998). Technologies for Patient-Centered Healthcare. *Life Science Systems and Applications Workshop, IEEE/NIH*.
- Hyvönen, J. (2007). Strategy, performance measurement techniques and information technology of the firm and their links to organizational performance. *Management Accounting Research*, 18, 343–366.

- Ildır, A. (2008). *Faaliyet Tabanlı Maliyetleme ile Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Performans Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Irving, P. G., Coleman, D. F., & Cooper, C. L. (1997). Further assessments of a three-component model of occupational commitment: Generalizability and differences across occupations. *Journal of applied psychology*, 82(3), 444.
- Iswati, S., & Anshori, M. (2007). The Influence of Intellectual Capital To Financial Performance At Insurance Companies In Jakarta Stock Exchange (JSE). *13th Asia Pacific Management Conference*. Melbourne, Australia.
- İşçan, Ö. (2006). Dönüştürücü/Etkileşimci Liderlik Algısı ve Örgütsel Özdeşleşme İlişkisinde Bireysel Farklılıkların Rolü. *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11, 160-177.
- Jablin, F. (1982). Organizational Communication: An assimilation approach. *Social cognition and communication*, Newbury Park, CA., 255-286.
- Jack, E., & Powers, L. (2009). A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care services. *International Journal of Management Reviews Volume 11 Issue 2*, 149–174.
- Jaros. (2007). Meyer and Allen model of organizational commitment: Measurement issues. *The Icfa Journal of Organizational Behavior*, 6(4), 7-25.
- Jaros, S. (1997). An Assessment of Meyer and Allen's Three-component Model of Organizational Commitment and Turnover Intentions. *Journal of Vocational Behavior*, 51, 319-337.
- Jochmann, M., & Leon-Gonzalez, R. (2004). Estimating the demand for health care with panel data: a semiparametric Bayesian approach. *Health Economics*, 13, 1003.
- Johansen, M. (2007). The effect of female strategic managers on organizational performance. *Public Organization Review*, 7, 269-279.
- Johnson, M., Morgeson, F., Ilgen, D. M., & Lloyd, J. (2006). Multiple Professional Identities: Examining Differences in Identification Across Work-Related Targets. *Journal of Applied Psychology*, 91, 498-506.
- Jowett, P., & Rothwell, M. (1988). *Performance Indicators in the Public Sector*. MacMillan Press.
- Kalaycı, Ş. (2009). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kane, R., & Radosevich, D. .. (2011). *Conducting Health Outcomes Research*. USA: Jones & Bartlett Learning Publications.
- Kanter, R. M. (1968). Commitment and Social Organizations. *American Sociological Review*, 449-517.

- Kaplan, R. (1975). Analysis and control nurse staffing. *Health Services Research*, 10, 278-296.
- Kaplan, R., & Norton, D. (1996). *The Balanced Scorecard*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2001). *The Strategy-Focused Organization How Balanced Scorecard Companies Thrive In The New Business Environment*. Harvard Business School Press.
- Karagöz, Y., & Ağbektaş, A. (2016). Yapısal Eşitlik Modellemesi İle Yaşam Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi; Sivas İli Örneği. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi Cilt: 7 Sayı: 13*, 274-290.
- Karayigit, K. (2008). *Örgütsel Özdeşleşme Ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma*. İzmir: T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi.
- Katz, D., & Kahn, R. (1977). *Örgütlerin Toplumsal Psikolojisi*, (Çev: H. Can, Y. Bayar). Ankara: TODAİE 167.
- Kavanaugh, J., Duffy, J. A., & Lilly, J. (2006). The relationship between job satisfaction and demographic variables for healthcare professionals. *Management Research News*, 29(6), 304-325.
- Kaya, D. (2012). *Psikolojik Sermaye Ve Mesleki Bağlılık İlişkisine Kariyer Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Model Önerisi*. Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Keller, R. (1997). Job involvement and organizational commitment as longitudinal predictors of job performance a study of scientists and engineers. *Journal of Applied Psychology*, 82, 539-545.
- Kelloway, E. K. (1998). *Using LISREL for Structural equation modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.
- Ketchen, D., Thomas, J., & McDaniel, R. (1996). Process, content, and context, Synergistic effects on organizational performance. *Journal of Management*, v22, n2, 231- 257.
- Kimberly, J. R., & Evanisko, M. J. (1981). Organizational innovation: The influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations. *Academy of management journal*, 24(4), 689-713.
- Kırgın, D. (2011). *Kalite Yönetim Sistemleri'nin hastanelerin performansları üzerine etkileri: Sağlık Bakanlığı hastaneleri üzerine bir araştırma*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi.

- Kivijärvi, H., & Saarinen, T. (1995). Investment in information systems and the financial performance. *Information & Management, Volume 28, Issue 2, February 1995*, 143-163.
- Knippenberg, D., & Schie, E. (2000). Foci and Correlates of Organizational Identification. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 137-147.
- Knippenberg, D., & Sleebos, E. (2006). Organizational identification versus organizational commitment: self-definition, social exchange, and job attitudes. *Journal of Organizational Behavior*, 27(5), 571-584.
- Knippenberg, D., Knippenberg, B., Monden, L., & Lima, F. (2002). Organizational Identification After a Merger: A Social Identity Perspective. *British Journal of Social Psychology*, 41, 233-252.
- Kolade, O. J., & Ogunnaike, O. O. (2014). Organizational citizenship behaviour, hospital corporate image and performance. *Journal of Competitiveness Vol. 6, Issue 1*, 36-49.
- Kontoghiorghes, C., & Bryant, N. (2004). Exploring employee commitment in a service organization in the healthcare insurance industry. *Organization Development Journal* 22 (3), 59–73.
- Kreiner, G., & Ashforth, B. (2004). Evidence toward an expanded model of organizational identification. *Journal of Organizational Behaviour*, 25, 1-27.
- Kutlu, G., & Akbulut, Y. (2018). Attitudes towards female managers in hospitals: Case study of Turkey. *International Journal of Healthcare Management*.
- Lance, C. E., Vandenberg, R. J., & Self, R. M. (2000). Latent growth models of individual change: The case of newcomer adjustment. *Organizational Behavior Human Decision Processes*, 83(1), 107–140.
- Laupacis, A., Feeny, D., Detsky, A., & Tugwell, P. M. (1992). How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Canadian Medical Association Journal* 1992 Feb 15 146(4), 473-481.
- Lawson, P. (1995). *The Performance Management Handbook - Performance Management: an Overview*. London Walters, M. (Ed.): Institute of Personnel and Development.
- Lee, K., Carswell, J., & Allen, N. (2000). A meta-analytic review of occupational commitment relations with person and work-related variables. *Journal of Applied Psychology*, 8, 799-811.
- Lee, S. (1971). An Empirical Analysis of Organizational Identification. *Academy of Management Journal*. 14, 213.

- Lee, T. W., Ashford, S. J., Walsh, J. P., & Mowday, R. T. (1992). Commitment propensity, organizational commitment, and voluntary turnover: A longitudinal study of organizational entry processes. *Journal of Management*, 18(1), 15–32.
- Leonard, N., Beauvais, L., & Scholl, R. (1999). Work motivation: the incorporation of self-concept based processes. *Human Relations*.
- Li Ling, X. (1996). *Capacity Resource Management and Performance in Hospitals*. Doktora Tezi: The Ohio State University.
- Li, L., & Benton, W. (1996). Performance measurement criteria in health care organizations: review and future research directions. *European Journal of Operational Research*, Volume 93, Issue 3, 20 September, 449-468.
- Li, L., & Benton, W. (2003). Hospital capacity management decisions; emphasis on cost control and quality enhancement. *European Journal of Operational Research*, 146, 596–614.
- Li, L., & Benton, W. (2006). Hospital technology and nurse staffing management decisions. *Journal of Operations Management*, 24, 676–691.
- Li, L., & Collier, D. (2000). The role of technology and quality on hospital financial performance. *International Journal of Service Industry Management Vol.11 No:3*.
- Li, L., Benton, W., & Leong, K. (2002). The impact of strategic operations management decisions on community hospital. *Journal of Operations Management*, 20(4), 389–408.
- Liang, T., You, J., & Liu, C. (2010). A resource-based perspective on information technology and firm performance: a meta analysis. *Industrial Management & Data Systems Vol. 110 No. 8*, 1138-1158.
- Lines, R. (2004). Influence of participation in strategic change: resistance, organizational commitment and change goal achievement. *Journal of Change Management* 4 (3), 193–215.
- Liu, Y., Loi, R., & Lam, L. W. (2011). Linking organizational identification and employee performance in teams: The moderating role of team-member exchange. *The International Journal of Human Resource Management*, 22(15), 3187-3201.
- Loeb, J. (2004). The Current State of Performance Measurement in Health Care. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 16, No.1.
- London, M. (1983). Toward A Theory of Career Mobility. *The Academy of Management Review*, 8 (4), 620-630.
- Lorcu, F. (2008). *Veri Zarflama Analizi ile Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinin Sağlık Alanındaki Etkinliklerinin Değerlendirilmesi*. İstanbul Doktora Tezi: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Lowe, G. (2012). How employee engagement matters for hospital performance. *Healthcare Quarterly*, 15(2), 29-39.
- Lu, K., Chang, C., & Wu, H. (2007). Relationships between professional commitment, job satisfaction, and work stress in public health nurses in Taiwan. *J Prof Nurs*; 23: 110–6.
- Lutfiyya, M., Sikka, A., Mehta, S., & Lipsky, M. (2009). Comparison of US Accredited and Nonaccredited Rural Critical Access Hospitals. *International Journal for Quality in Healthcare*, 21(2), 112–118.
- Lynch, J., & Ozcan, Y. (1994). Hospital closure: an efficiency analysis. *Hospital and Health Services Administration* 39 (2), 205–220.
- Mael, F. (1988). *Organizational identification; construct redefinition and a field application with organizational alumni*. Detroit Basılmamış Doktora Tezi: Wayne State University.
- Mael, F., & Ashfort, B. (1992). Alumni and their alma mater: A partial test of the reformulated model of organizational identification. *Journal of Organizational Behaviour*, Vol. 13.
- Maia, L. G., Bastos, A. V., & Solinger, O. N. (2016). Which factors make the difference for explaining growth in newcomer organizational commitment? A latent growth modeling approach. *Journal of Organizational Behavior*, 37(4), 537-557.
- March, J. G., & Sutton, R. I. (1997). Crossroads—organizational performance as a dependent variable. *Organization science*, 8(6), 698-706.
- Marks, A., & Lockyer, C. (2005). Debugging the System: The Impact of Dispersion on the Identity of Software Team Members. *International Journal of Human Resource Management*, 16:2, 219-237.
- Mathieu, J., & Zajac, D. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108, 171-194.
- McCosh, J. (2004). *The Impact of Structured Strategic, Marketing and Management Information System Planning on the Performance of Hospitals in Northern New England*. Doctorate Dissertation: Nova Southeastern University.
- McGlynn, E. (2008). *Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures, Agency for Healthcare Research and Quality*. U.S. Department of Health and Human Services.
- McGlynn, E., Asch, S., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New Eng. J. Med.*, Vol. 348, 2635–2645.

- Mehdinezhad, V., & Ganjali, F. (2016). The relationship between transformational leadership and high school principals' organizational commitment. *Journal of Administrative Management Education and Training*, 12(2), 219-226.
- Meyer, J., & Allen, N. (1984). Testing the "side bet theory" of organizational commitment. Some methodological considerations. *Journal of Applied Psychology*, 69, 372-378.
- Meyer, J., & Allen, N. (1997). *Commitment in the Workplace, Theory Research and Application*. Sage Publications.
- Meyer, J., & Natalie, J. (1991). A Three-Component Conceptualization of Organizational Commitment. *HRM Review*.
- Meyer, J., Allen, N., & Smith, C. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology* 78(4), 538-551.
- Miller, D. (1993). Some organizational consequences of CEO successions. *Academy of Management Journal*, 36, 644-659.
- Millward, L., Haslam, A., & Postmes, T. (2007). Putting Employees in Their Place: The Impact of Hot Desking on Organizational and Team Identification. *Organization Science*, Vol.18, No.:4, 547-559.
- Minvielle, E., Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A., Jeantet, M., Preaubert, N., . . . Richard, C. (2008). Hospital performance: Competing or shared values? *Health Policy*, 87, 8-19.
- Mitchell, E., & Sullivan, F. (2001). A descriptive feast but an evaluative famine: Systemic review of published articles on primary care computing during 1989–97. *British Medical Journal*.
- Moraes, L., Garcia, R., Ensslin, L., Conceição, M., & Carvalho, S. (2010). The multicriteria analysis for construction of benchmarkers to support the clinical engineering in the healthcare technology management. *European Journal of Operational Research* 200, 607-615.
- Morillo, C. R. (1990). The Reward Event and Motivation. *The Journal of Philosophy* , Vol.87, No.4, 270.
- Mottaz, C. (1986). *Gender differences in work satisfaction, work-related rewards and values and the determinants of work satisfaction*. 39-78: Human Relations, Vol. 39.
- Mowday, R., Steers, R., & Porter, L. (1979). The measurement of organizational commitment, 14(2). *Journal of Vocational Behavior*, 224-247.
- Muglia, V. (2010). *The Relationship Between Environmental Turbulence, Management Support*. Alliant International University Dissertation, ProQuest LLC.

- Myers, K., Davis, C., Schreuder, E., & Seibold, D. (2016). Organizational Identification: A Mixed Methods Study Exploring Students' Relationship with their University. *Communication Quarterly*, 64(2), 1-22.
- Neely, A. (1999). The Performance Measurement Revolution: Why Now And What Next? *International Journal of Operations & Production Management*, 19(2).
- Nelson, M., & Alexander, K. (2002). The emergence of supply chain management as a strategic facilities management tool. *Proceedings of the Euro FM Research Symposium in Facilities Management*. The University of Salford, Salford.
- Neumann, C., Blouin, A., Byrne, E., & Reed, W. (1999). Achieving success: Assessing the role of and building a business case. *Technology in Healthcare, Frontiers of Health Services Management; Spring; 15,3*, ProQuest Health & Medical Complete.
- Nordin, M., Romeo, M., Yepes-Baldó, M., & Westerberg, K. (2016). O31-4 Managers' commitment and employees' turnover intent and perception of quality of care in welfare health organisations in Spain and Sweden.
- Northcraft, G., & Neale, M. (1990). *Organizational Behavior, A Management Challenge*. The Dryden Press.
- O'Brien, A., Haslam, S., Jetten, J., & Humphrey, L. (2004). Cynicism and disengagement among devalued employee groups: the need to ASPIRe. *Career Development International*, Vol. 9 No.1, 28-44.
- O'Reilly, C., & Chatman, J. (1986). Organizational Commitment and Psychological attachment: The Effects of Compliance, Identification and Internalization on Prosocial Behaviour. *Journal of Applied Psychology*, 71, 492-499.
- Ostroff, C. (1992). The relationship between satisfaction, attitudes and performance an organizational level analysis. *Journal of Applied Psychology*.
- Otley, D. (1999). Performance Management: a Framework For Management Control Systems Research. *Management Accounting Research*, 10(4), 363-382.
- Owen, F., & Bugay, A. (2014). İletişim Becerileri Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt 10, Sayı 2*, 51-64.
- Ölçen, O. (2012). *Örgütlerde Performans Ölçümü Ve Uluslararası Faaliyet Gösteren Bir İşletmenin Balanced Scorecard İle Performans Ölçüm Süreci*. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı: Eskişehir.
- Öncü, H. (1994). *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara: Matser.
- Özata, M. (2016). Hastanelerde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 18(1), 155-166.

- Özmen, Ö., Özer, P. S., & Saatçioğlu, Ö. (2005). Akademisyenlerde Örgütsel ve Mesleki Bağlılığın İncelenmesine İlişkin Bir Örnek Araştırma. *İşletme Fakültesi Dergisi*, 6 (2), 1-14.
- Pai, F., Yeh, T., & Huang, K. (2012). Professional Commitment of Information Technology Employees under Depression Environments. *International Journal of Electronic Business Management*, 10 (1), 17-28.
- Pegels, C., & Rogers, K. (1988). *Strategic Management of hospital and health care*. Rockville, MA.: An Apsen Publication.
- Pfeffer, J. (1998). *The Human Equation: Building Profits by Putting People First*. Boston: Harvard Business School Press.
- Pinho, J. C., & Rodrigues, A. P. (2014). The role of corporate culture, market orientation and organisational commitment in organisational performance. *Journal of Management Development*, 33(4), 374–398.
- Pitt, M., Chotipanich, S., Issarasak, S., Mulholland, K., & Panupattanapong, P. (2016). An examination of facility management, customer satisfaction and service relationship in the Bangkok healthcare system. *Indoor and Built Environment*, 25(3), 442-458.
- Platis, C., Reklitis, P., & Zimeras, S. (2015). Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 175, 480-487.
- Podsakoff, P., MacKenzie, S., & Bonner, W. (1996). Meta-analysis of the relationships between Kerr and Jermier's substitutes for leadership and employee job attitudes, role perceptions and performance. *Journal of Applied Psychology*, 81,4, 380-399.
- Polat, M. (2009). *Örgütsel Özdeşleşmenin Öncülleri Ve Ardılları Üzerine Bir Saha Çalışması*. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.
- Polat, M., & Meydan, C. H. (2010). Örgütsel özdeşleşmenin sinizm ve işten ayrılma niyeti ile ilişkisi üzerine bir araştırma. *Savunma Bilimleri Dergisi*, 9(1), 145-172.
- Porter, L., Steers, R., Mowday, R., & Boulian, P. (1974). Organizational commitment, job satisfaction and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59, 603-609.
- Pratt, M. (1998). *Identity in Organizations: Building Theory Through Conversation Chapter 6: "To be or not to be": Central Question in Organizational Identification*. Editörler: David A. Whetten, Paul C. Godfrey: Sage Publications.
- Price, J. (1972). Study of Organizational Effectiveness. *The Sociological Quarterly*, 13, 3-15.

- Raju, P. S., Lonial, S., Gupta, Y. P., & Ziegler, C. (2000). The relationship between market orientation and performance in the hospital industry: A structural equations modeling approach. *Health Care Management Science* 3, no. 3, 237-247.
- Ramadevi, D., Gunasekaran, A., Roy, M., Rai, B. K., & Senthilkumar, S. A. (2016). Human resource management in a healthcare environment: Framework and case study. *Industrial and Commercial Training*, 48(8), 387-393.
- Rathore, A., Mohanty, R., Lyons, A., & Barlow, N. (2005). Performance Management Through Strategic Total Productivity Optimisation. *International Journal of Advanced Manufacturing Technology* Vol. 25, 1020-1028.
- Raunak, M. (2009). *Resource Management In Complex And Dynamic Environments*. University of Massachusetts Amherst Dissertation, ProQuest LLC.
- Regterschot, J. (1990). Facility management in changing organizations. *Proceedings of the International Symposium on Property Maintenance Management and Modernization, Vol. 1, CIB International Council for Building Research Studies and Documentation Working*, (s. 146-55). Singapore.
- Reid, D., & Reid, W. H. (2014). Managing Facility Risk: External Threats and Health Care Organizations. *Behavioral Sciences and the Law Behav. Sci. Law* 32, 366–376.
- Reinhardt, U. (2005). Paying the providers of health care: Rewarding superior quality. *International Symposium: Toward an equitable, efficient, and high quality*. Taiwan: National Health Insurance, , March 18-19, 2005.
- Ricketts, T. (2008). Healthcare Workforce Planning. B. Fried, & M. Fottler içinde, *Human Resources in Healthcare Managing for Success*. Chicago: Health Administration Press.
- Riketta, M. (2005). Organizational identification: a meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 358-384.
- Riketta, M., & Van Dick, R. (2005). Foci of Attachment in Organizations: A Meta-Analytic Comparison of the Strength and Correlates of Workgroup Versus Organizational Identification and Commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 490-510.
- Ritzer, G., & Trice, H. (1969). An empirical study of Howard Becker's side-bet theory. *Social Forces*, 47, 475-479.
- Robbins, S., & Barnwell, N. (2002). *Organisation Theory: Concepts and Cases*.
- Robie, C., Ryan, A., Schmieder, R., Parra, L., & Smith, P. (1998). The relation between job level and job satisfaction. *Group & Organization Management* 23, 470-495.
- Robinson, G., Wing, P., & Davis, L. (1968). Computer Simulation of Hospital Patient Scheduling Systems. *Health Services Research*, 130-141.

- Rodger, J., Pendharkar, P., & Paper, D. (1999). Management Of Information Technology And Quality Performance In Health Care Facilities. *International Journal Of Applied Quality Management Volume 2, Number 2*, 251-269.
- Rodwell, J. J., & Teo, S. T. (2008). The influence of strategic HRM and sector on perceived performance in health services organizations. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(10), 1825-1841.
- Rogers, E. (1995). *Diffusion of Innovations*, 4th edition. New York: Free Press.
- Rosener, J. B. (1990). Ways women lead. . *Harvard Business Review*, 68, 119-125.
- Rosenstein, A. H. (1991). Health economics and resource management: a model for hospital efficiency. *Journal of Healthcare Management*, 36(3), 313.
- Rosenthal, P., Guest, D., & Peccei, R. (1996). Gender differences in managers' causal explanations for their work performance: a study in two organizations. *Journal of occupational and organizational psychology*, 69(2), 145-151.
- Roth, A., & Van Dierdonck, R. (1995). Hospital Resource Planning: Concepts, Feasibility, And Framework. *Production And Operations Management* 4 (1).
- Russo, T. (1998). Organizational and Professional Identification. *Management Communication Quarterly*, 12, 72-111.
- Ruth, R. J. (1981). A mixed integer programming model for regional planning of a hospital inpatient service . *Management Science*, 22, 521-533.
- SAGM. (2016). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık, B. (2006). *Sağlıkta Performans Yönetimi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Salancik, G., & Pfeffer, J. (1977). An examination of need satisfaction models of job attitudes. *Administrative Science Quarterly*, 2, 427-456.
- Sammara, A., & Lucio, B. (2001). Identity and Identification in Industrial Districts. *Journal of Management and Governance*, 5, 61-82.
- Saraf, N., Langdon, C., & Gosain, S. (2007). IS Application Capabilities and Relational Value in Interfirm Partnerships. *Information Systems Research*, Volume 28, Issue 3.
- Sargut, A. (1994). Bireycilik ve ortaklaşa davranışçılık ikileminde yönetim ve örgüt kuramları. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 49(1-2), 321-332.
- Sargutan, E. (2005). Sağlık Teknolojisi Yönetimi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:8, Sayı:1.
- Schneider, B. (1996). When individual differences aren't. K. Murphy içinde, *Individual Differences and Behavior in Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Schneider, B., Hanges, P. J., Smith, D. B., & Salvaggio, A. N. (2003). Which comes first: employee attitudes or organizational financial and market performance? *Journal of applied psychology*, 88(5), 836.
- Schneider, J. E., Ohsfeldt, R. L., Morrissey, M. A., Li, P., Miller, T. R., & Zelner, B. A. (2007). Effects of specialty hospitals on the financial performance of general hospitals, 1997–2004. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization*.
- Scott, C., Corman, S., & Cheney, G. (1998). Development of a Structural Model of Identification in the Organization. *Communication Theory, Volume 8, Issue 3*, 298-336.
- Shin, N. (2006). The impact of information technology on the financial performance of diversified firms. *Decision Support Systems* 41, 698-707.
- Shohet, I., & Lavy, S. (2004). Healthcare facilities management: state of the art review. *Emerald Group Publishing Limited Volume 22 · Number 7/8*, 210-220.
- Shonick, W. (1970). A stochastic model for occupancy-related random variables in general-acute hospital. *Journal of the American Statistical Association*.
- Shortell, S., & Kaluzny, A. (2000). Balancing The Healthcare Scorecard. J. Shutt içinde, *HealthCare Management Organization Design And Behavior* (4. bs.) (s. 42-46). USA: Delmar Thomson Learning.
- Shortell, S., & Kaluzny, A. (2011). Balancing The Healthcare Scorecard. J. Shutt içinde, *HealthCare Management Organization Design And Behavior* (6. bs.) (s. 42-46). Delmar Cengage Learning.
- Shortell, S., Becker, S., & Neuhauser, D. (1976). The effects of management practices on hospital efficiency and quality of care. S. S. Brown içinde, *Organization Research In Hospitals* (s. IL, 90-112). Chicago: Blue Cross Association.
- Shuiping, C., & Zhifang, H. (2016). Application of Computer Statistics in the Research on the relationship between professional commitment and learning efficacy of preschool education students. *8th International Conference on IEEE*. (s. 428-431). In *Information Technology in Medicine and Education (ITME)*,.
- Siferd, S. (1990). Staffing and Scheduling Flexibility: A Study of Nursing Units. *The Ohio State University*.
- Siferd, S., & Benton, W. (1994). A Decision Model For Shift Scheduling Of Nurses. *The European Journal Of Operational Research* 74.
- Smith, A. (2008). Resource based view of the firm: measures of reputation among health service-sector businesses. *Health marketing quarterly*, 25(4), 361-382.
- Smith, H. L., & Fottler, M. (1985). Prospective payment: managing for operational effectiveness. *AJN The American Journal of Nursing*, 85(12), 1351.

- Smith-Daniels, V., Schweikhart, S., & Smith-Daniels, D. (1988). Capacity Management in Health Care Services: Review and Future Research Directions. *Decision Sciences*, 19, 889-919.
- Sokmen, A., & Bıyık, B. (2016). Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Özdeşleşme, Kişi-Örgüt Uyumu ve İş Tatmini İlişkisi: Bilişim Uzmanlarına Yönelik Bir Araştırma. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 2.
- Somers, M. J. (1995). Organizational commitment, turnover and absenteeism: An examination of direct and interaction effects. *Journal of organizational Behavior*, 16(1), 49-58.
- Sox, H., Stern, S., Owens, D., & Abrams, L. (1989). *Assessment of diagnostic technology in health care*. Washington, DC: National Academy Press.
- Stevens, J. (2001). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. Taylor&Francis.
- Stewart, A., Hays, R., & Ware, J. (1988). The MOS Short- Form General Health Survey: Reliability and Validity in a Patient Population. *Medical Care*, 26(7), 724-732.
- Stryker, S., & Burke, P. (2000). The Past, Present, and Future of an Identity Theory. *Social Psychology Quarterly Vol. 63, No. 4, Special Millenium Issue on the State of Sociological Social Psychology*, 284-297.
- Şantaş, F., Uğurluoğlu, Ö., Kandemir, A., & Çelik, Y. (2017). Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sinizm, İş Performansı ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(3).
- Şencan, N. S., Aydın, B., & Yeğenoğlu, S. (2017). Türk İlaç Sanayinde Çalışan Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık ve İş Doyumlarına Yönelik Bir Araştırma. *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi*, 3(2), 117-148.
- Tajfel, H. (1982). Social Psychology of Intergroup Relations. *Annual Review of Psychology* 33, 1-39.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. W. A. S. Worchel içinde, *Psychology of intergroup relations 2nd Edition*. Chicago: Nelson-Hall.
- Tallon, P. (2007). Does IT pay to focus? An analysis of IT business value under single and multi-focused business strategies. *The Journal Of Strategic Information Systems*, 16(3), 278-301.
- TDK. (2017, Kasım 13). Türk Dil Kurumu Web Sitesi: <http://www.tdk.gov.tr> adresinden alındı
- Tekin, H. (2016). *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara: Yargı Yayınevi.

- Tekingündüz, S., Top, M., & Seçkin, M. (2015). İş Tatmini, Performans, İş Stresi ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Hastane Örneği. *Verimlilik Dergisi*, (4), 39-64.
- Teng, C. I., Dai, Y. T., Shyu, Y. I., Wong, M. K., Chu, T. L., & Tsai, Y. H. (2009). Professional commitment, patient safety, and patient-perceived care quality. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 301-309.
- Teplensky, J., Pauly, M., Kimberly, J., Hillman, A., & Schwartz, J. (1995). Hospital adoption of medical technology: An empirical test of alternative models. *Health Services Research* 30 (3), 437-465.
- Testa, M. (2001). Organizational commitment, job satisfaction, and effort in the service environment. *The Journal of Psychology*.
- Tomal, A. (1998). The relationship between hospital mortality rates, and hospital, market and patient characteristics. *Applied Economics*, 30(6), 717-725.
- Treat, T. (1973). *A study of the characteristics and performance of merging hospitals in the United States*. Texas: Ph.D. Dissertation Texas A and M University, College Station.
- Trent, W. (1986). Some Unique Aspects of Healthcare Management. *Hospital and Health Services Administration*, Volume 31.
- Tsai, T. C., Jha, A. K., Gawande, A. A., Huckman, R. S., Bloom, N., & Sadun, R. (2015). Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics. *Health Affairs*, 34(8), 1304-1311.
- Tüzün, İ., & Kırkbeşoğlu, E. (2008). Özdeşleşme Kaynakları ve İşten Ayrılma Niyeti İlişkisi: Sigortacılık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *16. Ulusal Yönetim Organizasyon Kongresi*, 16-18 Mayıs. İstanbul Kültür Üniversitesi.
- Utle, M., & Worthington, D. (2012). Capacity Planning. H. Randolph içinde, *Handbook of Healthcare System Scheduling* (s. 11-30). New York: Springer.
- Ülbeği, İ. (2016). *Yıldırma, iş stresi, tükenmişlik, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiler: Görgül bir araştırma*. Çukurova Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / İşletme Anabilim Dalı.
- Van Dick, R., Grojean, M. W., Christ, O., & Wieseke, J. (2006). Identity and the extra mile: Relationships between organizational identification and organizational citizenship behaviour. *British Journal of Management*, 17(4), 283-301.
- Vandenberg, R. J., & Scarpello, V. (1994). A longitudinal assessment of the determinant relationship between employee commitments to the occupation and the organization. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 535-547.
- Varol, F. (2017). Çalışanların Örgütsel Bağlılık ve İş Tatminlerinin İşten Ayrılma Niyetlerine Olan Etkisi: İlaç Sektörü Örneği. *Selcuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 200-208.

- Wallace, J. (1995). Organizational and professional commitment in Professional and nonprofessional organizations. *Administrative Science Quarterly*, 40, 228-255.
- Wasti, S. (2003). Organizational commitment, turnover intentions and the influence of cultural values. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 76, 303–321.
- Weaver, C. A., Ball, M. J., Kim, G. R., & Kiel, J. M. (2016). Healthcare information management systems. *Springer International Publishing*.
- Weiner, Y. (1982). Commitment in Organizations: A Normative View. *Academy of Management Review*, Cilt 7, Sayı 3, 418-428.
- Weiss, E., Cohen, M., & Hershey, J. (1982). An iterative estimation and validation procedure for specification of semi-Markov models with application to hospital patient flow. *Operation Research*, Vol.30.
- Weng, R. H., Chiu, P. S., & Huang, J. A. (2006). Exploring the Impact of Market and Organizational Factors on the Diversity of Technological Innovation of Hospitals in Taiwan. *Taiwan J. Publ. Health*, 25(5), 372-383.
- Weng, R. H., Huang, J. A., Huang, C. Y., & Huang, Y. C. (2011). Determinants of technological innovation and its effect on hospital performance. *African Journal of Business Management*, 5(11), 4314-4327.
- West, M., Dawson, J., Admasachew, L., & Topakas, A. (2011). *NHS staff management and health service quality: Results from the NHS staff survey and related data*. Birmingham, England: Aston Business School.
- White, M., Parks, J., & Gallagher, D. (1995). Validity Evidence for the Organizational Commitment Questionnaire in the Japanese Corporate Culture. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 278-290.
- Whitener, E., & Waltz, P. (1993). Exchange theory determinants of affective and continuance commitment and turnover. *Journal of Vocational Behavior*, 42, 265-282.
- WHO. (2003). *How can Hospital Performance be Measured and Monitored?* WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).
- WHO Regional Office for Europe. (2003). Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimension. *Barcelona, Spain, 10-11 January 2003*. Barcelona: Report on a WHO Workshop.
- Wilkins, V., & Keiser, L. (2006). Linking passive and active representation by gender: The case of child support agencies. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16, 87-102.

- Williams, C., Asi, Y., Raffenaud, A., Bagwell, M., & Zeini, I. (2016). The effect of information technology on hospital performance. *Health care management science*, 19(4), 338-346.
- Wnorowski, M. (2013). *Simulation-Based Patient-Centered Shared Service Resource Planning And Staffing*. Binghamton University Dissertation, ProQuest LLC.
- Yalçın, A., & İplik, F. (2005). Beş Yıldızlı Otellerde Çalışanların Demografik Özellikleri ile Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Adana İli Örneği. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 14(1), 395-412.
- Yolalan, R. (1993). *İşletmeler arası Görelî Etkinlik Ölçümü*, . Ankara: MPM Yayınları.
- Yörüker, S., Karabeyli, L., Kaya, S., & Özeren, B. (2003). *Sayıştayın Performans Ölçümüne İlişkin Ön Araştırma Raporu*. Ankara: Sayıştay Yayınları.
- Yuchtman, E., & Seashore, S. (1967). A system resource approach to organizational effectiveness. *American Sociological Review*, 32, 891-903.
- Yurdadoğ, V. (2006). *Sağlık karma malının tahsisinde etkinlik sorunu ve Türkiye 'de sağlık reformu*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.
- Yüceler, A. (2009). Örgütsel Bağlılık ve Örgüt İklimi İlişkisi: Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22.
- Zedef, S. (2017). *Eğitim Kurumlarında Mesleki Bağlılık, Örgütte Kalma Ve Örgütten Ayrılma Niyetinin Araştırılması*. Isparta: T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.

EKLER

EK 1 ORJİNALLİK RAPORU

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA
Tarih: 24/07/2019	
Tez Başlığı: Hastanelerin Performansı Ve Kaynak Yönetimi İle Hastane Yöneticilerinin Örgütsel Özdeşleşme Ve Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 221 sayfalık kısmına ilişkin, 22/07/2019 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %9 'dur.	
Uygulanan filtrelemeler: 1- ☐ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- ☒ Kaynakça hariç 3- ☐ Alıntılar hariç 4- ☒ Alıntılar dâhil 5- ☒ 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
Tarih ve İmza	
Adı Soyadı: Tolga AKTAN Öğrenci No: N10269342 Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Programı: Sağlık Yönetimi Statüsü: ☐ Doktora ☒ Bütünleşik Dr.	24.07.2019 
DANIŞMAN ONAYI	
UYGUNDUR.  Prof. Dr. Bayram ŞAHİN	



**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
Ph.D. DISSERTATION ORIGINALITY REPORT**

**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF HEALTH CARE MANAGEMENT**

Date: 24/07/2019

Thesis Title : Assessment of Relationship Between Hospital Performance And Resource Management With The Level of Hospital Managers' Organizational Identification And Commitment

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 22/07/2019 for the total of 221 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 9%.

Filtering options applied:

1. ☐ Approval and Declaration sections excluded
2. ☒ Bibliography/Works Cited excluded
3. ☐ Quotes excluded
4. ☒ Quotes included
5. ☒ Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

Date and Signature

Name Surname: Tolga AKTAN
Student No: N10269342
Department: Health Care Management
Program: Health Care Management
Status: ☐ Ph.D. ☒ Combined MA/ Ph.D.

24.07.2019.

ADVISOR APPROVAL

APPROVED.

Prof. Dr. Bayram ŞAHİN

EK 2 ETİK KURUL KARARLARI VE İZİN YAZILARI



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

02 Ocak 2017

Sayı : 35853172/ 433-166

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı doktora programı öğrencilerinden **Tolga AKTAN**'ın Prof. Dr. Bayram ŞAHİN danışmanlığında yürüttüğü "**Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri ile Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 02 Ocak 2017 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Rahime M. NOHUTCU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ön. İptisi
Yazılı bildire
16.01.2017



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Karar No:9
Konu: Tez Çalışma Başvurusu Hkk.

01/03/2017

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU KARARI

Hacettepe Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi A.B.D. bütünlük Doktora öğrencisi Tolga AKTAN'ın "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri ile Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışma başvurusu; Tipta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından uygun görülmüştür.

Prof.Dr.Yaprak ÖSTÖN
Başkan

Prof.Dr.M.Mutlu MEYDANLI
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.H.Cavidan GÜLERMAN
Üye

Doç.Dr.A.Turhan ÇAĞLAR
Üye

Doç.Dr.F.Enne CANPOLAT
Üye

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.05.2017-17067



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İzni

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü Beytepe Ankara

İlgi : 02.03.2017 tarihli ve 42 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Tolga AKTAN'ın "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri ile Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı tüm sağlık tesislerimizde yapabilmesine dair ilgi sayılı talebiniz, ilgili hastanelerin görüşleri doğrultusunda Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür. Bahse konu araştırmanın tamamlanması halinde bir nüshanın Genel Sekreterliğimize iletilmesi hususunda;

(+) Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Yrd.Doç.Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Güvenli Elektronik
İmza Aşısı Aynısı
22.5.2017
Yavuz BAŞTUĞ
Bilgi Sistemleri

Öğr. İşlerine
Yazışması Yapalım
30-05-2017

E-5 Karayolu Üzeri 34752 / Ataşehir - İstanbul
Telefon: 0216 578 78 78 Dahili: 77 67 Faks: 0216 578 78 21
e-Posta: ela-yavuz@hotmail.com
Evrakı Doğrulamak İçin : <http://85.111.55.22:805/enVision/Dogrula/1.MNDT55>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Fahriye Ela GÜNGÖR



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Sayfa 1 / 1



İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
BAKIRKÖY İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
30.05.2017 09:22 - 95273397 - 604 02 - E 10375



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397-604.02
Konu : Araştırma İzni Hk.
(Tolga AKTAN)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 02/03/2017 tarihli ve 91162869/42 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile Üniversiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı doktora öğrencisi Tolga AKTAN'ın, "**Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri ile Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" başlıklı çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bağcılar Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Bahçelievler Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Bahçelievler Devlet Hastanesi, Lepa Deri ve Zührevi Hastalıkları Hastanesi, Güngören Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, 26.05.2017 tarihinde gerçekleştirilen 2017/3 sayılı Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Toplantısında araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş olup araştırmanın yürütülmesinde sakınca olmadığına karar verilmiştir.

İş bu konuda adı geçen yapacağı çalışmasının bitiminde bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Dr. Abdulvahit SÖZÜER
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Güvenli Elektronik İmza
ASLI İLE AYNI'DIR
Mukaddes KERBES
İdari Hizmetler Birliği Başkanı
Tarih: 30.5.2017

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. 25/2 Bakırköy İSTANBUL 0212 409 16 00 /4162
A tılı bilgi için: Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Ar-Ge Birimi
niltuter.savas@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b8400eca-fe6d-44f1-ba60-6c71b30f295 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Akyurt Devlet Hastanesi

ANKARA AKYURT DEVLET HASTANESİ - ANKARA
AKYURT DH EĞİTİM VE ENFEKSİYON HEMŞİRELİĞİ
17/04/2017 16:17 - 89403826 - 806.01.03 - E.15



Sayı : 89403826/806.01.03
Konu : Bilimsel Çalışma İzni

ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(İdari Hizmetler Başkanlığı)

İlgi: 22.02.2017 tarih ve 39886992 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazıda belirtilen bilimsel çalışmanın hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Dr. Dilek DÜLGER
Başhekim

Akyurt Devlet Hastanesi (Eğitim Birimi) Yıldırım Mah. Dr. Neslihan Özenli Cad.
No:19 Akyurt-ANKARA
Faks No:0 312 844 30 16

e-Posta:dilek.atesoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: akyurtdhs1@saglik.gov.tr

Bilgi için:Dilek ATEŞOĞLU

Unvan:EBE

Telefon No:0(312)8443010-1158

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5905f203-13eb-426d-9f80-9aa731c38ba9 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Ceza İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi

ANKARA CEZA İNFAZ KURUMLARI KAMPÜS DEVLET
HASTANESİ - ANKARA CEZA İNFAZ KURUMLARI
KAMPÜS DEVLET HASTANESİ
07/03/2017 15:17 - 86957222 - 501.07.99 - E 264
00040816244

Sayı : 86957222-501.07.99
Konu : Bilimsel Çalışma İzni-Tolga AKTAN

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi : 06/03/2017 tarih ve 1243 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı bütünleşik doktora öğrencisi Tolga AKTAN [Prof Dr Bayram ŞAHİN danışmanlığında] üzerinde çalıştığı "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri İle Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu Tez çalışmasını Sağlık Tesisimizde yapmasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim. (+)

Dr.Murat DAĞDEMİR
Başhekim

Adalet Mah. Adalet Sok. No:88 Yenikent-Sincan/ANKARA

Faks No:0 312 254 02 90

e-Posta:ulku.camur1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: -

Bilgi için:Ülkü ÇAMUR

Unvan:ŞEF

Telefon No:0312 254 02 70-123

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3fe75861-f745-4d19-a825-6c3478e13d32 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA TÜRKİYE
YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ -
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA TÜRKİYE
YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
23/02/2017 13:53 - 29620911 - 929 - E.29620911-929-2153



00040049044

Sayı : 29620911-TUEK
Konu : Tolga AKTAN-Bilimsel Çalışma İzni

.../.../2017

ANKARA 1.BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

İlgi : 22/02/2017 tarih ve 51700877-806.01.03-E.356 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı bütünlüştük Doktora öğrencisi Tolga AKTAN'ın üzerinde çalıştığı "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri ile Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasında İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması kapsamında hastanemizde anket yapma talebi hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 22/02/2017 tarih ve 7 sayılı toplantısında görüşülmüş olup; uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr. Mustafa PAÇ
Hastane Yöneticisi
TÜRK Başkanı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Beypazarı Devlet Hastanesi



Sayı : 88888061-501.07.99
Konu : Bilimsel Çalışma İzni- Tolga AKTAN

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi: 06.03.2017 tarih ve 1243 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınızda bahsi geçen Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı bütünlük doktora öğrencisi Tolga AKTAN' ın üzerinde çalıştığı "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri ile Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu Tez çalışmasını Sağlık Tesisimizde yapmasında bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Kudret ÇELİK
Başhekim

BEYPAZARI DEVLET HASTANESİ

Faks No:03127632296

e-Posta:nagehan.kaymak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: nagehan.kaymak@saglik.gov.tr

Bilgi için:Nagehan KAYMAK

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:1224

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9ec31015-4e59-4d98-9172-cb02a0eba44e kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarihi ve Sayısı: 06.04.2017-619



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi



Sayı : 29634130-770-
Konu : Anket İzni Hk.

**İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ**

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı
Doktora öğrencisi Tolga AKTAN'ın "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık
düzeyleri İle Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu veri
toplamaya yönelik çalışmasını sağlık tesisimizde yapılabilmesine dair yazı incelenmiş olup, söz konusu
başvuru Hastane Yönetimimizce uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Bekir DURMUŞ
Hastane Yöneticisi

04.04.2017 Hemşire: M.KÖKTÜRK

Koordinasyon:

05.04.2017 Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı: F.DEMİRBAŞ

06.04.2017 Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü: Ö.AYAZ



Şemsettin Günlaltay Cad. Sultan Sok. No: 14 Erenköy - İSTANBUL

Telefon: 02164118011-1122 Faks: 0216 478 31 23

e-Posta: melekkocturk34@gmail.com

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://85.111.55.22:805/en/Vision/Dogrula/LM6HUF5>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Melek KÖKTÜRK

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 08.05.2017-27124



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastahkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 32900231-770-
Konu : Anket İzni- Tolga AKTAN

**İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ**

İlgi : 04.04.2017 tarih ve 11815 sayılı yazınız;

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı
Doktora öğrencisi Tolga AKTAN' ın Hastane Yönetiminin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık düzeyleri
ile Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu veri toplamaya
yönelik çalışmasını sağlık tesisimizde yapması uygun bulunmuştur.

Gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Rabia BİLİCİ
Hastane Yöneticisi



Sinan Ercan Cad. No: 29 Kazasker Erenköy - İSTANBUL
Telefon: 0216 302 59 59-212 Faks: 0216 356 04 96
e-Posta: aydanbagci@gmail.com

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Aydan BAĞCI

Evrak Doğrulama İçin : <http://85.111.55.22:805/enVision/Dogrula/AC6JZ9J>

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dr. Hulusi Alataş Elmadağ Devlet Hastanesi Yöneticiliği

ANKARA DR.HULUSİ ALATAŞ ELMADAĞ DEVLET
HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİ - ANKARA DR.HULUSİ
ALATAŞ ELMADAĞ DEVLET HASTANESİ İNSAN
KAYNAKLARI BİRİMİ
06.07.2017 14:44 - 758637111 - 604 01 02 - E.591



Sayı : 75863711-604.01.02
Konu : Tolga AKTAN
Araştırma İzni

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ
ANA BİLİM DALI

İlgi : Ankara 2. Bölge K.H.B.G.S'nin 23.02.2017 tarihli ve E.2913 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazı ile Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı doktora öğrencisi Tolga AKTAN'ın "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri İle Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür. (+)

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim

e-imzalıdır.
Op.Dr Yusuf ASLANTÜRK
Hastane Yöneticisi-Başhekim

*Öğrenci İşlerine
Yazışmasını Topadım
13-02-2017*

Elmadağ / ANKARA

Bilgi için: Mustafa ŞEN

Faks No:03128630121

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

e-Posta:mustafa.sen13@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.elmadagdh.saglik.gov.tr/

Telefon No:0 312 863 10 41 /1107

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden f4d42dd1-e9f1-4389-a1ea-e736d9762b49 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi

Sayı : 26945601-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni-Tolga AKTAN

ANKARA İLİ 3.BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİNE;

İlgi:06.03.2017 tarih ve 24648653-501.07.99-E.1243 sayılı yazınız

Anılan çalışmanın belirtilen sürede bizzat Tolga AKTAN tarafından yürütülmesi katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık tesisimizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Muhammet Ali ORUÇ
Hastane Yöneticisi

Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi

Faks No:

e-Posta:ayse.demirbas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.etimesgutdh.saglik.gov.tr

Bilgi için:Ayşe DEMİRBAŞ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:5337428409



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Gölbaşı Hasvak İlçe Devlet Hastanesi

ANKARA GÖLBAŞI HASVAK DEVLET HASTANESİ -
ANKARA GÖLBAŞI HASVAK DEVLET HASTANESİ
23.02.2017 11:09 - 66954450 - 806.01.03 - E.215



00040011124

Sayı :66954450/
Konu :Bilimsel Çalışma İzni

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

İ l g i : 22.02.2017 tarihli ve 51700877-806.01.03-E.356 Sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazıda bahsi geçen Tolga AKTAN'ın üzerinde çalıştığı "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri ile Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması yapması hastane yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgililerinize arz ederim.

Op. Dr. Ömer PARLAK
Hastane Yöneticisi v.

Tel: (0312) 484 03 22/484 03 25
Fax: (0312) 485 06 76

www.golbasihastanesi.gov.tr
info@golbasihastanesi.gov.tr.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 17e063dd-08df-460d-a47c-d19f56990c58 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Haymana Devlet Hastanesi



Sayı : 90932776-804.01
Konu : Bilimsel Çalışma İzni

ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİNE
(Eğitim Birimi)

İlgi : 22.02.2017 tarihli E.356 sayılı yazınızın gereği,

Hacettepe Sosyal Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı bütünlük Doktor öğrencisi Tolga AKTAN'ın üzerinde çalıştığı " Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri ile Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " başlıklı tez çalışması kapsamındaki anket uygulama talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr. Tekin AKBABA
Yönetici / Başhekim

Haymana Girişi Emniyet Müdürlüğü Yarı, Ankara / Türkiye Tel:
03126583041-1146

Faks No:03126582438

e-Posta:azime.demir@saglik.gov.tr İnt.Adresi: haymanadh@hotmail.com

Bilgi için:Azime DEMİR

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 19d1781d-209c-4653-9e76-a7d5ac217336 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 23898784-770-
Konu : Eğitim İşleri (Genel)

**İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ**

İlgi : 04.04.2017 tarih ve 8917 sayılı yazı

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı Doktora öğrencisi Tolga AKTAN'ın "**Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık düzeyleri İle Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını sağlık tesisimizde yapabilmesine dair ilgide kayıtlı yazı ve ekleri tetkik edilmiş olup, söz konusu çalışmanın, adı geçen araştırmacının bilgisi dahilinde kurumumuzda yürütülmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Gürhan BAŞ
Hastane Yöneticisi

06.04.2017 Eğitim Hemşiresi: L.ÇAKIR
06.04.2017 Başhekim Yardımcısı: Uzm. Dr. S.İÇTEN

Koordinasyon:
06.04.2017 Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü: S.GÜNER



Doktor Erkin Cad. Kadıköy - İSTANBUL

Telefon: 0216 566 40 00-9443

e-Posta: leyfacakir84@gmail.com

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://85.111.55.22:805/enVision/Dogrula/6P6R64K>

2x kalem, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Leyla ÇAKIR

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.04.2017-7462



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 54132726-770-
Konu : Anket İzni

**İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ**

İlgi : 05.04.2017 Tarih ve 7797 Sayılı Yazı Hk.

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı
Doktora öğrencisi Tolga AKTAN'ın "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık
düzeyleri İle Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu veri
toplamaya yönelik çalışmasını kurumumuzda gerçekleştirebilmesi yönetimimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Necdet SAĞLAM
Hastane Yöneticisi

13.04.2017 Eğitim Hemşiresi: S.DAĞCI

Koordinasyon:
14.04.2017 Eğitim Görevlisi: Prof.Dr. S.NADERİ



Elmalıkent Mah. Adem Yavuz Cad. No:1 PK 34764
Ümraniye/İSTANBUL

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Selma DAĞCI

e-Posta: a@u.com

Evrak Doğrulamak İçin : <http://85.111.55.22:805/enVision/Dogrula/6F6M2RA>

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.05.2017-28502



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 11391090-770-
Konu : Tolga AKTAN'ın Anket Çalışması
Hak.

**İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ**

İlgi : 04/04/2017 tarih 3293 sayılı yazı;

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı
Doktora öğrencisi Tolga AKTAN'ın "*Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve
Bağlılık düzeyleri İle Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*"
konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını sağlık tesisimizde yapması uygundur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Semra KAYATAŞ ESER
Hastane Yöneticisi



Zeynep Kamil Mah. Op. Dr. Burhanettin Üstünel Cad. No:10 34668

Üsküdar-İSTANBUL

Telefon: 02163910680/1898

e-Posta: nurhantasaogil@gmail.com

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://85.111.55.22:805/enVision/Dogrula/8R6YFPU>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Nurhan TAŞAĞİL

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kahramankazan Hamdi Eriş Devlet Hastanesi



Sayı : 69051143-501.07.99
Konu : Bilimsel Çalışma İzni-Tolga AKTAN

ANKARA 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(Tıbbi Hizmetler Başkanlığı)

İlgi : 06/03/2017 tarihli ve 24648653-501.07.99-1243 sayılı yazı

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı bütünlük doktora öğrencisi Tolga AKTAN [Prof Dr Bayram ŞAHİN danışmanlığında] üzerinde çalıştığı "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri İle Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu Tez çalışmasını Kurumumuzda yapmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Op.Dr. Uğur YILDIZ
Başhekim

SEZGİ GÖZEMİR
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Bu Belgenin Aslı
Elektronik imzalıdır.
26/05/2017

Faks No:

e-Posta: ebrudidem.Pazar@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ab0a90f9-fd2c-470d-a407-723e25dd4eb0 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Ebdu Didem PAZAR

Unvan: Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: 05058812170



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kızılcahamam Devlet Hastanesi

ANKARA KIZILCAHAMAM DEVLET HASTANESİ -
ANKARA KIZILCAHAMAM DEVLET HASTANESİ
10/03/2017 14:37 - 94868096 - 501.07.01 - E 549



00041085588

Sayı : 94868096-501.07.01
Konu : Bilimsel Çalışma İzni- Tolga AKTAN

ANKARA 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(Tıbbi Hizmetler Başkanlığı)

İlgi : 06/03/2017 tarihli ve 24648653-501.07.99-1243 sayılı yazı

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı bütünlük doktora öğrencisi Tolga AKTAN'ın [Prof Dr Bayram ŞAHİN danışmanlığında] üzerinde çalıştığı "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri İle Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu Tez çalışmasını Sağlık Tesisimizde yapmasında herhangi bir sakınca yoktur.

Bilgilerinize arz ederim. (+)

Dr. İsmail DOĞAN
Başhekim

Akçay Mahallesi Sırtıol Sokak No:2 Kızılcahamam/ANKARA

Bilgi için:Arzu ERSOY

Faks No:0 312 736 51 42

Unvan:SAĞLIK MEMURU

e-Posta:arzu.ersoy1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Arzu ERSOY Tel: 0 312 736 10 08 - 225 arzu.ersoy1@saglik.gov.tr

Telefon No:0312 736 10 08 - 225

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3fe75861-f745-4d19-a825-6c3478e13d32 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Nallıhan Devlet Hastanesi



Sayı : 71734248-501.07.99
Konu : Bilimsel Çalışma İzni-Tolga AKTAN

ANKARA 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(Tıbbi Hizmetler Başkanlığı)

İlgi : 06/03/2017 tarihli ve 24648653-501.07.99-1243 sayılı yazınız;

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı bütünlük doktora öğrencisi Tolga AKTAN, üzerinde çalıştığı "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri İle Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

(+)

Dr. Hasan BAŞKAYA
Başhekim

100.Yıl Mahallesi Aydın Cad.No:1 Nallıhan / ANKARA

Faks No:785 5882

e-Posta:selim.altas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.nallihandevlet.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3fe75861-f745-4d19-a825-6c3478e13d32 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Selim ALTAŞ

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:0312 785 10 41 - 1042



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi

ANKARA POLATLI DUATEPE DEVLET HASTANESİ -
ANKARA POLATLI DUATEPE DEVLET HASTANESİ
18.05/2017 87-96 - 39668018 - 501.07.99 - E 4016



00045482969

Sayı : 39668018-501.07.99
Konu : Bilimsel Çalışma İzni-Tolga AKTAN

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi : 06/03/2017 tarihli ve 24648653-501.07.99-1243 sayılı yazınız;

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı bütünsel doktora öğrencisi Tolga AKTAN [Prof Dr Bayram ŞAHİN danışmanlığında] üzerinde çalıştığı “Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri İle Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” konulu Tez çalışmasının Sağlık Tesisimizde yapılması Hastane Yönetimimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr.Hüseyin ARSLAN
Hastane Yöneticisi

Polatlı Devlet Hastanesi/ Personel Birimi 0 (312) 630 30 30/1610

Bilgi için:SİBEL ÖZGÜL

Faks No:0 312 630 30 38

Unvan:TIBBİ SEKRETER

e-Posta:sibel.ozgul@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Sibel ÖZGÜL

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 89e3943a-d885-44bb-a5a0-d9667a8f6303 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ
14/04/2017 16:47 - 93471371 - 604.02 - E 6153
00043302662

Sayı : 93471371-604.02
Konu : Bilimsel Çalışma İzni

ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(İdari Hizmetler Başkanlığı)

İlgi : 22/02/2017 tarihli ve 51700877-806.01.03-356 sayılı yazınız.

Hacettepe Sosyal Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı bütünüleşik Doktora öğrencisi Tolga AKTAN'ın üzerinde çalıştığı "Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Özdeşleşme ve Bağlılık Düzeyleri ile Hastane Performansı ve Kaynak Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Mevlüt Recep PEKÇİCİ
Hastane Yöneticisi V.

Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Şükriye Mh. Ulucanlar Cd.
No:89 Altındağ / ANKARA
Faks No:0 312 595 31 01

e-Posta:talip.tur@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.ankarahastanesi.gov.tr

Bilgi için: Talip TÜR

Unvan: Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fd795acc-9e93-4d9c-999f-1b96dd193b7f kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma
Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA FİZİK
TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

27/02/2017 13:32 - 83894237 - 806.02.02 - E.72



Sayı : 83894237-806.02.02

Konu : Bilimsel araştırma

ANKARA 1.BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(İdari Hizmetler Başkanlığı)

İlgi: a) Hacettepe Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığının 21.02.2017 tarih ve 40 sayılı yazısı

b) 23.02.2017 tarih ve 5170087-E356 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınız incelenmiş olup; Söz konusu çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, bir örneğinin Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla hastanenizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak Hastane Yöneticiliğiniz tarafından değerlendirilerek uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Kurtuluş KÖKLÜ
Hastane Yöneticisi

Ankara Sbü Fizik Tedavi ve Eğitim Araştırma hastanesi Sıhhiye/ANKARA
aftırsantral@hotmail.com
Faks No:03123115480

e-Posta: mehmet.lokmanoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Telefon No: 1137

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ac53e453-6744-4081-9ed5-d0d53d978ec6 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Mehmet LOKMANOĞLU

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:+90 312 310 32 30



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ -
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
31/03/2017 17:26 - 33373887 - 771 - E.3919
8000480397

Sayı : 33373887-771
Konu : Bilimsel Çalışma İzni/ Tolga AKTAN

DAĞITIM

İlgi: TKHK Ankara İli 3. Bölge Genel Sekreterliği'nin 06/03/2017 tarih ve E.1243 sayılı yazısı.

İlgili yazı ile anılan çalışmanın, hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı bütünlük doktora öğrencisi Tolga AKTAN (Prof.Dr.Bayram ŞAHİN danışmanlığında) tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla, çalışmanın Kurumumuzda yapılmasında şakınca yoktur. (+)

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr.Gülten KIYAK
Başhekim

DAĞITIM:

TKHK Ankara İli 3.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yeni Batı Mah. 2026. Cad. Batıkent - Yenimahalle / ANKARA

Faks No:587 24 37

e-Posta:dilek.bagci@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3fe75861-f745-4d19-a825-6c3478e13d32 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Dilek BAĞCI

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:0312 587 20 00

EK 3 ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANELERİN GENEL VE PERFORMANS GÖSTERGELERİNE İLİŞKİN BİLGİ FORMU

Hastane Özellikleri

1. Hastanenizin mülkiyeti aşağıdakilerden hangisidir?

() T.C. Sağlık Bakanlığı

() Üniversite

() Özel (Eğer cevabınız özel hastane ise 2.soruyu cevaplayınız, değilse 3. Soruya geçiniz)

2. Eğer hastaneniz özel hastane ise çoklu bir hastane sistemi (zincir hastane) içinde yer almakta mıdır?

() Evet

() Hayır

3. Hastanenizin türü nedir?

() Genel hastane

() Özel dal hastanesi

4. Hastaneniz eğitim araştırma hastanesi midir?

() Evet

() Hayır

5. Çalışmakta olduğunuz hastane ne kadar süredir faaliyet göstermektedir? ()ay/()yıl

6. Hastaneniz kaç tane tıp uzmanlığı alanında hizmet vermektedir?

7. Hastanenizin fiili yatak sayısı nedir?

8. Hastanenizin toplam personel sayısı nedir?

9. Hastanenizdeki toplam yönetici sayısı nedir?

10. Başhekim (Tıbbi hizmetler direktörü) ve başhekim yardımcıları sayısı nedir?

11. Hastane müdürü (İdari ve mali işler müdürü) ve müdür yardımcıları sayısı nedir?

12. Başhemşire (Tıbbi bakım müdürü) ve başhemşire yardımcıları sayısı nedir?

13. Hastanenizin toplam hekim sayısı nedir?

14. Hastanenizin toplam hemşire sayısı nedir?

Hastane Performans Göstergeleri

Faaliyet Göstergeleri

15. Hastanenizde 2016 yılı için yatak doluluk oranı (%) nedir?

16. Hastanenizde 2016 yılı içinde toplam ayakta hasta sayısı kaçtır?

17. Hastanenizde 2016 yılı içinde toplam yatan hasta sayısı kaçtır?

18. Hastanenizde 2016 yılı içinde toplam acil servis hasta sayısı kaçtır?

19. Hastanenizin 2016 yılı içinde yataklı ve ayakta hizmet oranı nedir?

Yataklı hizmetler (%) ayakta hizmetler (%)

20. Hastanenize 2016 yılı içinde olan başvuruların ortalama olarak yüzde ne kadarı tıbbi, cerrahi ve diğer hizmetler içindir?

Tıbbi hizmetler (%) cerrahi hizmetler (%) diğer hizmetler (%)

21. Hastanenizin 2016 yılı içinde hasta başına ortalama yatış süresi nedir? () gün
 22. Hastalar genellikle ödemeleri nasıl yapmaktadır?
 SGK (%) Cepten harcama (%) Özel sigorta (%) Diğer (%)

Klinik Kalite Göstergeleri

23. Hastanenizde 2016 yılı için hastane enfeksiyon hızı nedir?
 24. Hastanenizde 2016 yılı kaba ölüm hızı (Ölüm sayısı/Yatan hasta sayısı) nedir?
 25. Hastanenizde 2016 yılında hasta şikâyet sayısı kaçtır?
 26. Hastanenizde 2016 yılında personel şikâyet sayısı kaçtır?

Finansal Göstergeler

27. Hastanenizde 2016 yılı için yatak başı gelir (Toplam gelir/ Yatak sayısı) nedir?
 28. Hastanenizde 2016 yılı için yatak başı gider (Toplam gider/ Yatak sayısı) nedir?
 29. Hastanenizde 2016 yılı için yatak başı net kar (Net kar veya zarar / Yatak sayısı) nedir?
 30. Hastanenizde 2016 yılı için hizmet tahakkuk gelirinin gideri karşılama oranı (Tahakkuk Geliri / Gider) nedir?

EK 4 ANKET

Sayın Yönetici

Bu anket Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı doktora programında yapılmakta olan “Hastanelerin Performansı Ve Kaynak Yönetimi İle Hastane Yöneticilerinin Örgütsel Özdeşleşme Ve Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” konulu doktora tezinin uygulama kısmı ile ilgilidir.

Ankete verilecek cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup araştırmanın amacı dışında kullanılmayacak ve kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacaktır. Vereceğiniz samimi cevaplar bilimsel çalışmanın kalitesini artıracığından ve araştırmanın amacına ulaşması için son derece önemli olduğundan lütfen sonuna kadar dikkatle okuyarak doğru bir şekilde doldurunuz.

Araştırmaya gösterdiğiniz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Tolga Aktan

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Öğrencisi

1.Bölüm - Yöneticinin Demografik Verileri

1. Hastanenizde yönetici olarak göreviniz nedir?

- ☐ Hastane Genel Direktörü
- ☐ Hastane Genel Müdürü
- ☐ Hastane Yöneticisi/Başhekim
- ☐ Başhekim Yardımcısı
- ☐ İdari Mali Hizmetler Müdürü
- ☐ Bakım Hizmetleri Müdürü
- ☐ Diğer (Lütfen Belirtiniz)

2. Cinsiyetiniz?

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3. Ne kadar süredir hastane yöneticiliği yapıyorsunuz? ay /.....yıl

4. Bu hastanede ne kadar süredir hastane yöneticiliği yapıyorsunuz? ay /.....yıl

5. Yöneticilik ile ilgili herhangi bir formal eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

6. Cevabınız evet ise, aldığınız formal eğitim aşağıdakilerden hangisidir?

- ☐ Kurs-Sertifika
- ☐ Ön Lisans
- ☐ Lisans
- ☐ Yüksek Lisans ve Doktora

2.Bölüm - Üst Yönetici Gözüyle Performans Yönetimi (Algılanan Performans)

No		Önemli ölçüde daha düşük	Daha Düşük	Eşit	Daha Yüksek	Önemli ölçüde daha yüksek
1.	Yatak doluluk oranı					
2.	Yatan hasta maliyetlerinin kontrolü					
3.	Yüksek işgücü verimliliğinin sağlanması					
4.	Yüksek kapasite kullanımının sağlanması					
5.	Hastanenin farklı birimlerindeki ihtiyaçlara göre kapasitenin hızlı bir şekilde ayarlanması					
6.	Kalitesiz hizmetlerin maliyetleri					
7.	Klinik kalite					
8.	Hasta memnuniyeti					
9.	Hasta taleplerine cevap verilmesi					
10.	Hasta şikâyetlerine cevap verilmesi					
11.	Mevcut kaynaklarla mümkün olan en iyi sağlık sonuçlarının üretilmesi					
12.	Her türlü israfın önüne geçilmesi (Örneğin gerekli olmayan testlerin yapılmaması)					
13.	Sağlık hizmetinin kalitesini ve güvenliğini bozmadan maliyetlerin optimize edilmesi					
14.	Benzer hastanelerle kıyaslandığında daha düşük yatış günlerine sahip olunması					

3.Bölüm - Üst Yönetici Gözüyle Kaynak Yönetimi Kapasitesi

No		Hiç önem vermez	Önem vermez	Orta düzeyde önem verir	Önem verir	Oldukça fazla önem verir
15.	Poliklinik hizmet kapasitesinin arttırılmasına (muayene odaları gibi)					
16.	Günübirlik cerrahi kapasitesinin arttırılmasına (ameliyat odaları gibi)					
17.	Farklı yer(ler)de poliklinik/klinik(ler) açılmasına					
18.	Kapasite kullanımını arttırmak için (klinik ve poliklinik kapasitesi) SGK ve özel sigortalar ile sözleşme yapılmasına					
19.	Kapasite kullanımını arttırmak için diğer hastane ve sağlık kuruluşları ile ortaklıkların kurulmasına					
20.	Radyoloji ünitesinin kullanımını arttırmak için özel hekim muayenahaneleri ile ortaklık yapılmasına					
21.	Radyoloji ünitesinin kullanımını arttırmak için diğer hastanelerle ortaklık yapılmasına					
22.	Radyoloji ünitesinin kullanımını arttırmak için SGK ve özel sigortalar ile sözleşme yapılmasına					
23.	Laboratuvarların kullanımını arttırmak için özel hekim muayenahaneleri ile ortaklık yapılmasına					
24.	Laboratuvarların kullanımını arttırmak için diğer hastanelerle ortaklık yapılmasına					
25.	Laboratuvarların kullanımını arttırmak için SGK ve özel sigortalar ile sözleşme yapılmasına					
26.	Personel eksikliği ile baş etmek için fazla mesai sisteminin kullanımına					
27.	Personel eksikliği ile baş etmek için geçici personel kullanımına					
28.	Maliyet kontrolünü sağlamak için hemşirelerin “ortak hastane havuzunda” toplanması ve kullanımına					
29.	Maliyet kontrolünü sağlamak için ihtiyaç fazlası hemşirelerin diğer kliniklere gönderilmesine					
30.	Maliyet kontrolünü sağlamak için ihtiyaç fazlası hemşirelere başka görevlerin verilmesine					
31.	Maliyet kontrolünü sağlamak için hemşire yerine yardımcı hemşire personelin kullanılmasına					
32.	Maliyet kontrolünü sağlamak için diğer sağlık personeli sayısının azaltılmasına					
33.	Maliyet kontrolünü sağlamak için idari personel sayısının azaltılmasına					
34.	Maliyet kontrolünü sağlamak için farklı alanlarda görev yapabilecek esnek personel kapasitesinin oluşturulmasına					

4.Bölüm - Üst Yönetici Örgütsel Bağlılık ve Mesleki Bağlılık Düzeyleri

No		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
35.	Bu kurumda kariyerime devam etmek beni çok mutlu eder.					
36.	Bu kurumun problemlerini kendi problemim gibi algılarıım.					
37.	Bu kurumda kendimi “ailenin bir parçası” olarak hissetmiyorum.					
38.	Bu kuruma “duygusal bağlılık” hissetmiyorum.					
39.	Bu kurumun benim için kişisel anlamı çok büyüktür.					
40.	Bu kuruma güçlü bir bağlılık hissetmiyorum.					
41.	Bu kurumdan istesem dahi şu anda ayrılmak benim için çok zordur.					
42.	Bu kurumdan şu anda ayrılmaya karar verirsem hayatım altüst olur.					
43.	Bu kurumda şu an çalışmaya devam etmek arzu ettiğim bir şey olduğu kadar benim için bir zorunluluktur.					
44.	Bu kurumdan ayrılmanın negatif sonuçlarından biri mevcut alternatiflerin az olmasıdır.					
45.	Bu kurumda çalışmaya devam etmemin temel sebeplerinden biri, buradan elde ettiğim faydayı sağlayamayacak olmamdır.					
46.	Eğer kendimi bu kuruma çok adanmış olmasaydım, başka bir kurumda çalışmayı düşünebilirdim.					
47.	Mevcut işverenimde çalışmaya devam etmek için herhangi bir zorunluluk hissetmiyorum.					
48.	Benim avantajıma olsa dahi, şu anda kurumumdan ayrılmanın doğru olduğunu hissetmiyorum.					
49.	Eğer kurumumdan ayrılırsam kendimi suçlu hissederim.					
50.	Bu kurum benim bağlılığımı hak ediyor.					
51.	Bu kurumdaki insanlara karşı kendimi sorumlu hissettiğim için şu anda ayrılamam.					
52.	Kurumuma çok şey borçluyum.					
53.	Hastane yöneticisi olmak kendi imajım açısından önemlidir.					
54.	Hastane yöneticiliği mesleğine girdiğim için pişmanım.					
55.	Hastane yöneticiliği mesleğinde olmaktan gururluyum.					
56.	Hastane yöneticisi olmaktan hoşlanmıyorum.					
57.	Kendimi hastane yöneticiliği mesleği ile özdeşleştirmiyorum.					
58.	Hastane yöneticiliği hakkında çok hevesli ve istekliyim.					
59.	Şu an hastane yöneticiliği mesleğini değiştirmeyecek kadar çok şey verdiğimi düşünüyorum.					
60.	Meslek değiştirmek şu an benim için zor olacaktır.					
61.	Eğer mesleğimi değiştirirsem hayatım alt üst olur.					
62.	Şu an mesleğimi değiştirmem benim için maliyetli olur.					
63.	Meslek değiştirmekten beni alıkoyan bir baskı yok.					
64.	Meslek değiştirmek şu an ciddi anlamda bir kişisel fedakârlık gerektiriyor.					
65.	İnsanların eğitim aldıkları meslekte, makul bir süre sorumluluk alması gerektiğine inanırım.					
66.	Hastane yöneticiliği mesleğinde kalmak için herhangi bir zorunluluk hissetmiyorum.					

No		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
67.	Hastane yöneticiliği mesleğine devam etmek için kendimi sorumlu hissediyorum.					
68.	Benim için avantajlı olsa bile, hastane yöneticiliğinden şu anda ayrılmanın doğru olduğunu düşünmüyorum.					
69.	Eğer hastane yöneticiliğinden ayrılırsam kendimi suçlu hissederim.					
70.	Hastane yöneticisiyim çünkü bu mesleğe sadakat hissediyorum.					

5.Bölüm – Üst Yönetici Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri

No		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
71.	Birisi bu hastaneyi eleştirdiği zaman, kişisel bir hakaret gibi algılarıım.					
72.	Başkalarının hastanem hakkında ne düşündükleriyle çok ilgilenirim.					
73.	Hastaneyle ilgili konuşurken genellikle “onlar” yerine “biz” tabirini kullanırım.					
74.	Hastanenin başarısı benim başarımdır.					
75.	Birisi hastaneyi övdüğü zaman, bunu kişisel iltifat olarak algılarıım.					

EK 5 AÇIMLAYICI FAKTÖR ANALİZİ BİRİNCİ VE ARA MODEL SONUÇLARI

Tablo 34 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin Birinci Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

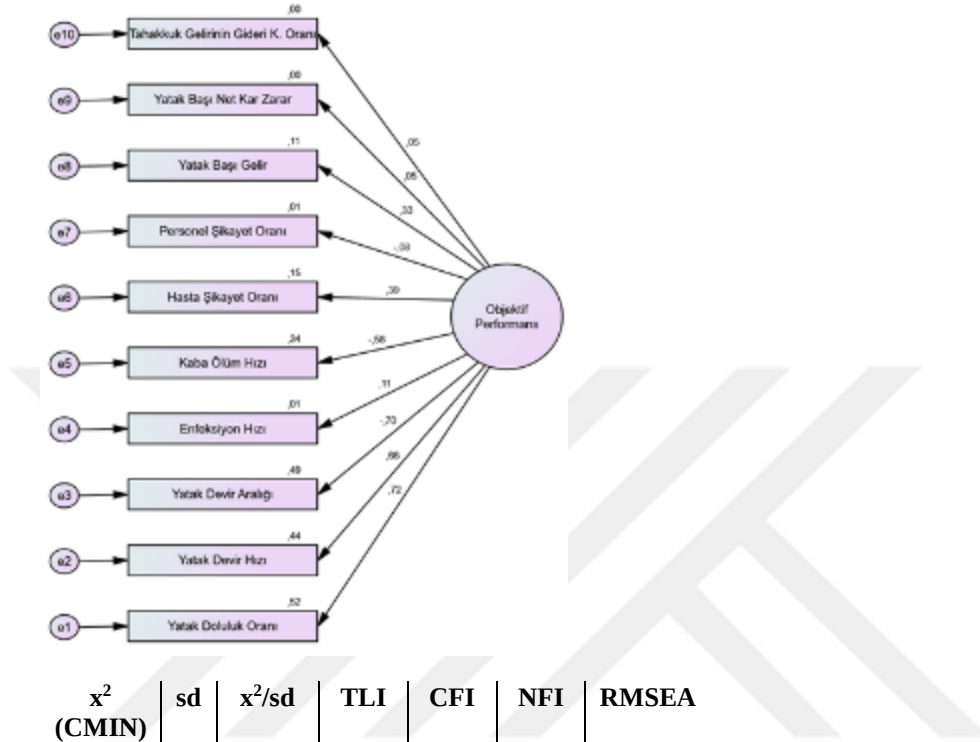
Maddeler	Kalite	Verimlilik
Algılanan Performans s10	,856	
Algılanan Performans s8	,837	
Algılanan Performans s9	,831	
Algılanan Performans s7	,691	
Algılanan Performans s11	,558	,536
Algılanan Performans s13	,481	,434
Algılanan Performans s6	,403	
Algılanan Performans s4	,386	,681
Algılanan Performans s2		,652
Algılanan Performans s1		,623
Algılanan Performans s3	,460	,580
Algılanan Performans s5	,495	,530
Algılanan Performans s12		,481
Algılanan Performans s14		,380
Açıklanan Varyans %	36,6	12,2
Toplam Açıklanan Varyans %	48,8	
Kaiser-Meyer-Olkin	0,84	
Bartlett's Küresellik Testi	1314,9;	p<0,001

Tablo 35 Örgütsel Bağlılık Maddelerine İlişkin Birinci Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Maddeler	Normatif	Devam	Duygusal
Örgütsel Normatif Bağlılık s51	,709		
Örgütsel Normatif Bağlılık s50	,657		
Örgütsel Normatif Bağlılık s47	,627		
Örgütsel Normatif Bağlılık s48	,615		
Örgütsel Normatif Bağlılık s49	,594	,459	
Örgütsel Duygusal Bağlılık s39	,593		
Örgütsel Normatif Bağlılık s52	,565		
Örgütsel Devam Bağlılığı s41	,524		
Örgütsel Devam Bağlılığı s46	,501		
Örgütsel Duygusal Bağlılık s36	,491		
Örgütsel Devam Bağlılığı s44		,675	
Örgütsel Devam Bağlılığı s43		,667	
Örgütsel Devam Bağlılığı s45		,667	
Örgütsel Devam Bağlılığı s42	,421	,628	
Örgütsel Duygusal Bağlılık s38			,749
Örgütsel Duygusal Bağlılık s40			,736
Örgütsel Duygusal Bağlılık s37			,715
Örgütsel Duygusal Bağlılık s35			,516
Açıklanan Varyans	24,47	15,36	7,88
Toplam Açıklanan Varyans	47,7		
Kaiser-Meyer-Olkin	0,79		
Bartlett's Küresellik Testi	1239,04;	p<0,001	

EK 6 DOĞRULAYICI FAKTÖR ANALİZİ BİRİNCİ VE ARA MODEL SONUÇLARI

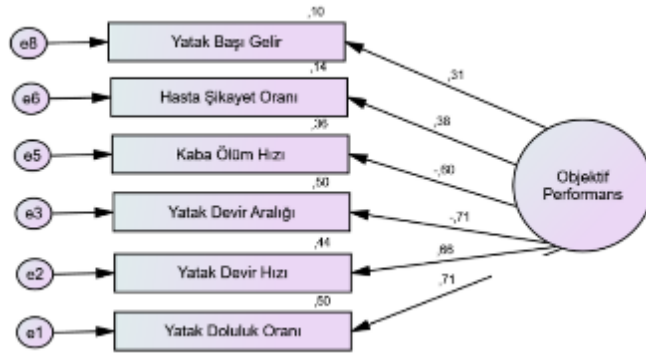
Şekil 18 Objektif Performans Birinci Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri



Tablo 36 Objektif Performans Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

	Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Yatak Doluluk Oranı	1,000	,723		
Yatak Devir Hızı	1,198	,660	,158	<,001
Yatak Devir Aralığı	-,587	-,697	,080	<,001
Enfeksiyon Hızı	,010	,109	,007	,166
Kaba Ölüm Hızı	-,001	-,581	,000	<,001
Hasta Şikâyet Oranı	,000	,388	,000	<,001
Personel Şikâyet Oranı	,000	-,077	,000	,320
Yatak Başı Gelir	2090,052	,332	512,495	<,001
Yatak Başı Net Kar Zarar	54,585	,045	96,871	,573
Gelirin Gideri Karşılama Oranı	,000	,048	,000	,553

Şekil 19 Objektif Performans Maddelerine İlişkin Ara Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri

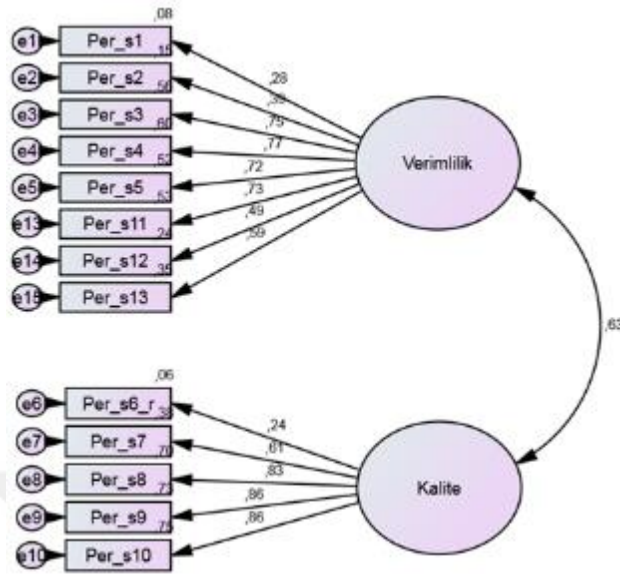


χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
124,615	9	13,846	0,453	0,672	0,661	0,246

Tablo 37 Objektif Performans Maddelerine İlişkin Ara Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

	Regresyon ağırlığı	Standardize Regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
Yatak Doluluk Oranı	1,000	,708		
Yatak Devir Hızı	1,228	,663	,159	<,001
Yatak Devir Aralığı	-,610	-,709	,084	<,001
Kaba Ölüm Hızı	-,001	-,597	,000	<,001
Hasta Şikâyet Oranı	,000	,380	,000	<,001
Yatak Başlı Gelir	2005,902	,312	521,987	<,001

Şekil 20 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri

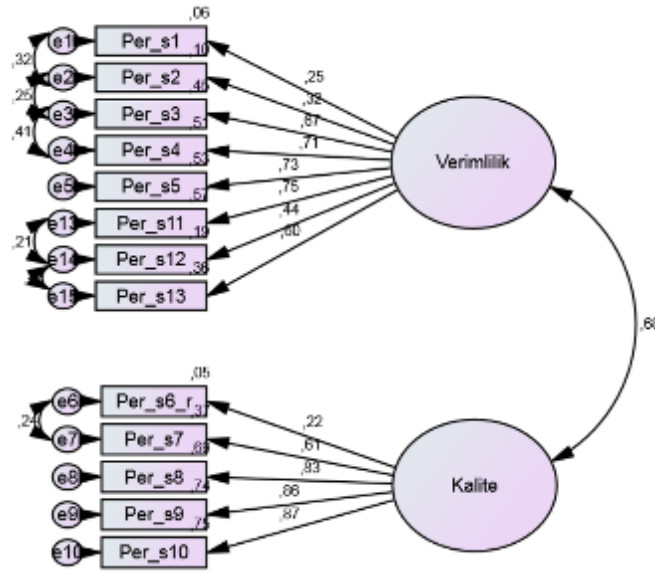


χ^2 (CMIN)	sd	χ^2 /sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
270,66	64	4,229	0,804	0,839	0,802	0,118

Tablo 38 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
A. Performans s12	← Verimlilik	1,000	,491		
A. Performans s11	← Verimlilik	1,299	,728	,184	<,001
A. Performans s5	← Verimlilik	1,466	,724	,220	<,001
A. Performans s4	← Verimlilik	1,580	,774	,236	<,001
A. Performans s3	← Verimlilik	1,463	,747	,223	<,001
A. Performans s2	← Verimlilik	,785	,389	,169	<,001
A. Performans s1	← Verimlilik	,650	,279	,182	<,001
A. Performans s10	← Kalite	1,000	,864		
A. Performans s9	← Kalite	,941	,855	,057	<,001
A. Performans s8	← Kalite	,913	,834	,060	<,001
A. Performans s7	← Kalite	,734	,614	,075	<,001
A. Performans s6_r	← Kalite	,325	,244	,091	<,001
A. Performans s13	← Verimlilik	1,074	,593	,164	<,001

Şekil 21 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin Ara Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri

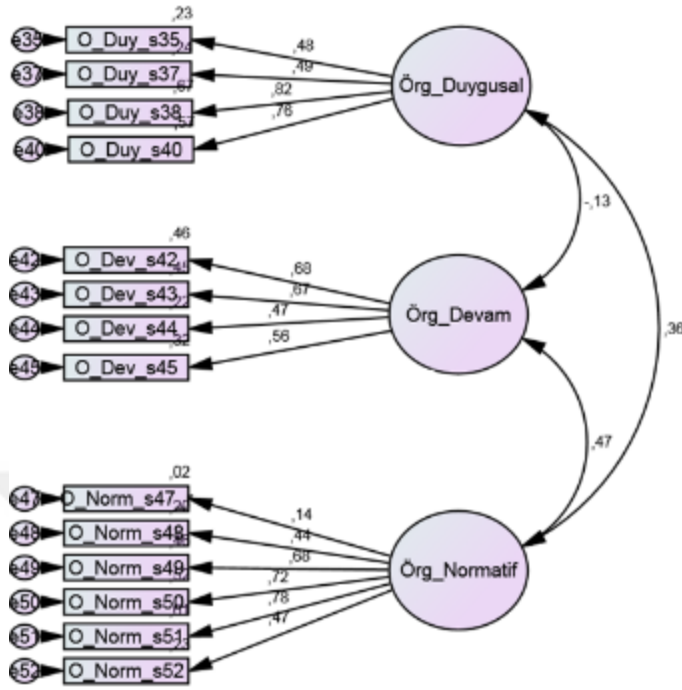


χ^2 (CMIN)	sd	χ^2 /sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
267,533	58	2,175	0,929	0,947	0,908	0,071

Tablo 39 Algılanan Performans Maddelerine İlişkin Ara Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
A. Performans s12	←Verimlilik	1,000	,440		
A. Performans s11	←Verimlilik	1,523	,755	,231	<,001
A. Performans s5	←Verimlilik	1,666	,728	,287	<,001
A. Performans s4	←Verimlilik	1,641	,711	,285	<,001
A. Performans s3	←Verimlilik	1,493	,674	,266	<,001
A. Performans s2	←Verimlilik	,740	,322	,194	<,001
A. Performans s1	←Verimlilik	,655	,249	,212	,002
A. Performans s10	←Kalite	1,000	,866		<,001
A. Performans s9	←Kalite	,942	,859	,057	<,001
A. Performans s8	←Kalite	,908	,832	,060	<,001
A. Performans s7	←Kalite	,725	,608	,075	<,001
A. Performans s6	←Kalite	,297	,223	,091	,001
A. Performans s13	←Verimlilik	1,228	,600	,169	<,001

Şekil 22 Örgütsel Bağlılık Maddelerine İlişkin Başlangıç Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri

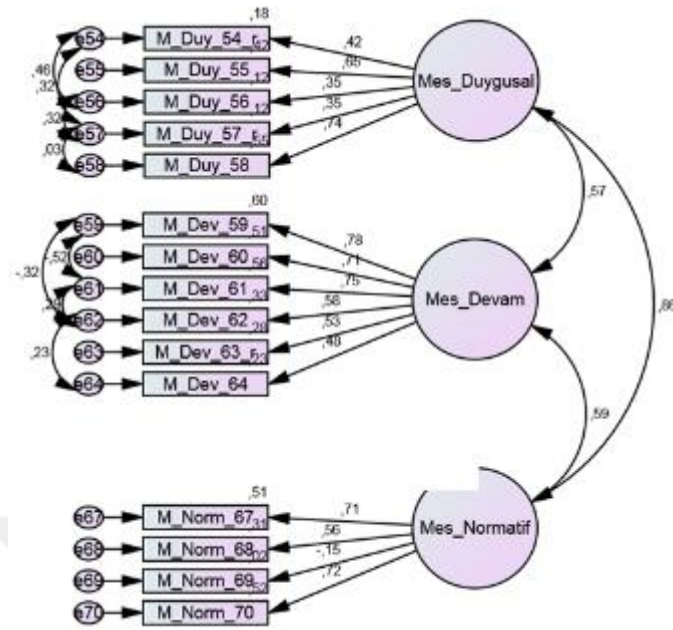


χ^2 (CMIN)	sd	χ^2 /sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
76,008	74	3,161	0,760	0,805	0,743	0,097

Tablo 40 Örgütsel Bağlılık Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	P değeri
Ö. Duygusal B. s38_r	← Ö. Duygusal B.	1,000	,818		
Ö. Duygusal B. s37_r	← Ö. Duygusal B.	,843	,487	,124	<,001
Ö. Duygusal B. s35	← Ö. Duygusal B.	,464	,476	,076	<,001
Ö.Devam B. s45	← Ö.Devam B.	1,000	,561		
Ö.Devam B. s44	← Ö.Devam B.	,869	,472	,162	<,001
Ö.Devam B. s43	← Ö.Devam B.	1,354	,670	,223	<,001
Ö.Devam B. s42	← Ö.Devam B.	1,252	,682	,205	<,001
Ö.Normatif B. s51	← Ö.Normatif B.	1,000	,780		
Ö.Normatif B. s50	← Ö.Normatif B.	,822	,718	,083	<,001
Ö.Normatif B. s49	← Ö.Normatif B.	,874	,678	,097	<,001
Ö.Normatif B. s48	← Ö.Normatif B.	,601	,442	,100	<,001
Ö.Normatif B. s47_r	← Ö.Normatif B.	,197	,138	,105	,060
Ö. Duygusal B. s40_r	← Ö. Duygusal B.	1,078	,755	,122	<,001
Ö.Normatif B. s52	← Ö.Normatif B.	,599	,475	,090	<,001

Şekil 23 Mesleki Bağlılık Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modeli ve Uyum Değerleri



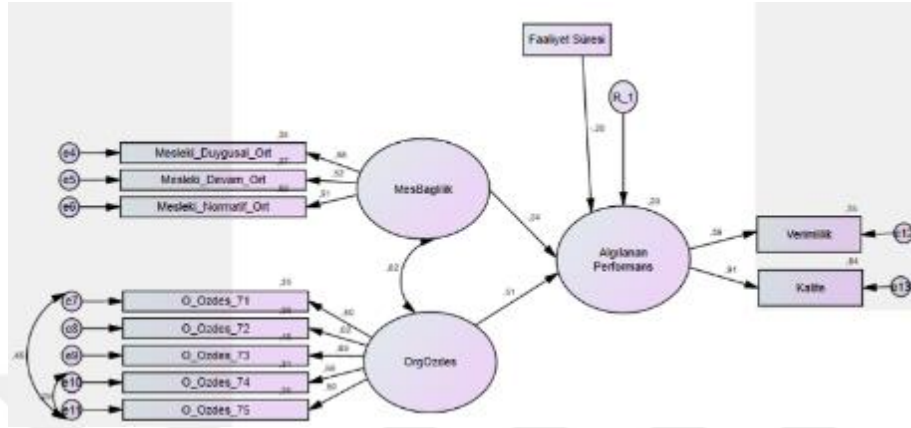
χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
154,254	79	1,953	0,900	0,925	0,860	0,064

Tablo 41 Mesleki Bağlılık Maddelerine İlişkin Birinci Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
M. Duygusal B. s58	← M. Duygusal B.	1,000	,741		
M. Duygusal B. s57_r	← M. Duygusal B.	,483	,349	,110	<,001
M. Duygusal B. s56_r	← M. Duygusal B.	,457	,352	,100	<,001
M. Duygusal B. s55	← M. Duygusal B.	,696	,652	,089	<,001
M. Duygusal B. s54_r	← M. Duygusal B.	,462	,422	,087	<,001
M. Devam B. s64	← M. Devam B.	1,000	,482		
M. Devam B. s63_r	← M. Devam B.	1,047	,531	,177	<,001
M. Devam B. s62	← M. Devam B.	1,330	,578	,210	<,001
M. Devam B. s61	← M. Devam B.	1,498	,746	,230	<,001
M. Devam B. s60	← M. Devam B.	1,550	,715	,224	<,001
M. Devam B. s59	← M. Devam B.	1,524	,776	,236	<,001
M. Normatif B. s70	← M. Normatif B.	1,000	,719		
M. Normatif B. s69	← M. Normatif B.	-,221	-,154	,106	,036
M. Normatif B. s68	← M. Normatif B.	,848	,561	,117	<,001
M. Normatif B. s67	← M. Normatif B.	1,130	,712	,131	<,001

EK 7 YAPISAL EŞİTLİK ARA MODEL SONUÇLARI

Şekil 24 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansını Tahmin Eden Ara Yapısal Model ve Uyum Değerleri



χ^2 (CMIN)	sd	χ^2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
65,951	39	1,691	0,931	0,951	0,891	0,057

Tablo 42 Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Algılanan Performansını Tahmin Eden Ara Yapısal Modelin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon ağırlığı	Standardize regresyon ağırlığı	Standart Hata	p değeri
A. Performans	← M.Bağlılık	-,230	-,244	,129	,075
A. Performans	← Faaliyet Süresi	-,061	-,196	,028	,032
A. Performans	← Ö. Özdeşleşme	,325	,506	,118	,006
M.Duygusal Bağlılık	← M.Bağlılık	1,000	,579		
M.Devam Bağlılığı	← M.Bağlılık	1,070	,520	,175	<,001
M.Normatif Bağlılık	← M.Bağlılık	1,816	,908	,272	<,001
Ö. Özdeşleşme s71	← Ö. Özdeşleşme	1,000	,504		
Ö. Özdeşleşme s72	← Ö. Özdeşleşme	,780	,624	,139	<,001
Ö. Özdeşleşme s73	← Ö. Özdeşleşme	,748	,692	,139	<,001
Ö. Özdeşleşme s74	← Ö. Özdeşleşme	,923	,561	,180	<,001
Ö. Özdeşleşme s75	← Ö. Özdeşleşme	1,042	,504	,156	<,001
Verimlilik	← A. Performans	1,000	,592		
Kalite	← A. Performans	1,715	,915	,483	<,001

EK 8 ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTANE YÖNETİCİ SAYILARI VE KATILIM YÜZDELERİ

Tablo 43 Araştırma Kapsamında Hastanelerden Alınan Anket Sayıları ve Katılım Yüzdeleri

Sıra No	Çalışma Kapsamındaki Hastaneler	Hastane Yönetici Sayıları	Çalışmaya Katılan Yönetici Sayıları	Katılım Yüzdeleri %
1	SBÜ Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	19	3	0,16
2	Ankara Elmadağ Dr. Hulusi Alataş Devlet Hastanesi	6	5	0,83
3	SBÜ Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	15	10	0,67
4	Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi	10	7	0,70
5	SBÜ Ankara Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	16	8	0,50
6	Ankara Mesleki Ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi	7	6	0,86
7	Ankara Ulus Devlet Hastanesi	8	4	0,50
8	Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	16	9	0,56
9	Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	15	8	0,53
10	Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	14	11	0,79
11	Ankara Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	12	5	0,42
12	Gölbaşı Hasvak Devlet Hastanesi	9	7	0,78
13	Haymana Devlet Hastanesi	6	4	0,67
14	Akyurt İlçe Devlet Hastanesi	5	5	1,00
15	Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	20	6	0,30
16	Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi	8	4	0,50
17	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	20	11	0,55
18	Ceza İnfaz Kurumları Kampus Devlet Hastanesi	4	4	1,00
19	Kahramankazan Hamdi Eriş Devlet Hastanesi	6	6	1,00
20	Kızılcahamam Devlet Hastanesi	6	6	1,00
21	Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	10	3	0,30
22	Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi	9	6	0,67
23	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	15	4	0,27
24	SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	9	3	0,33
25	SBÜ Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	10	4	0,40
26	SBÜ Zeynep Kâmil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	7	3	0,43
27	SBÜ Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	19	11	0,58
28	Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	16	6	0,38
29	SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	12	9	0,75
30	SBÜ Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	7	3	0,43
31	Erenköy Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Hastanesi	6	4	0,67

Sıra No	Çalışma Kapsamındaki Hastaneler	Hastane Yönetici Sayıları	Çalışmaya Katılan Yönetici Sayıları	Katılım Yüzdeleri %
32	Üsküdar Devlet Hastanesi	9	5	0,56
33	Şile Devlet Hastanesi	4	4	1,00
34	Beykoz Devlet Hastanesi	8	6	0,75
35	SBÜ Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	11	3	0,27
36	SBÜ İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	16	4	0,25
37	Bahçelievler Devlet Hastanesi	11	6	0,55
38	SBÜ Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	16	6	0,38
39	Esenler Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	7	5	0,71
40	SBÜ İstanbul Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	9	6	0,67
41	Lepra Deri Ve Zührevi Hastalıkları Hastanesi	4	2	0,50
	Toplam	437	232	0,53