

**T. C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**İşletme Anabilim Dalı  
Sağlık Yönetimi Bilim Dalı**

**COVID-19 SALGIN SÜRECİNDE İLGİLİ KAMU-ÖZEL  
SEKTÖR HASTANELERİNİN PERFORMANSININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Lubna AL-KHALISSI**

**Danışman  
Dr. Öğr. Üyesi Canan TİFTİK**

**İstanbul – 2022**



## TEZ TANITIM FORMU

**Yazar Adı Soyadı** : Lubna AL-KHALISSI

**Tezin Dili** : Türkçe

**Tezin Adı** : Covid-19 Salgın Sürecinde İlgili Kamu-Özel Sektör Hastanelerinin Performansının Değerlendirilmesi

**Enstitü** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

**Anabilim Dalı** : İşletme Anabilim Dalı

**Tezin Türü** : Yüksek Lisans

**Tezin Tarihi** : 23/06/ 2022

**Sayfa Sayısı** : 97

**Tez Danışmanı** : Dr. Öğr. Üyesi Canan TİFTİK

**Dizin Terimleri** : Covid-19 Salgını, Sağlık Yönetimi, Örgütsel bağlılık, İş Tatmini, Kurumsal Performans Yönetimi

**Türkçe Özet** : COVID-19 Salgın Sürecinde Hastanelerin Performans Yönetimi kurumların başarısında oldukça önemlidir. Bu sebeple, yöneticiler kurumlarının performansını artırmak için gayret göstermektedirler. Kurumsal performansa etki eden faktörler arasında personelin örgütsel bağlılığı, iş tatmini, algılanan kurumsal performans düzeyleri bulunmaktadır. Bu tezde ilk olarak bireysel çerçevede, COVID-19 salgın sürecinde kamu-özel hastanelerinde çalışanların örgütselbağlılıkve iş tatmindüzeyleri, çalışanların algıladıkları kurumsal performans yönetimi düzeylerine göre etkileri incelenmiştir. Kurumsal çerçeve de ise; kurumsal performans kapsamında hastanelerin kalite, verimlilik ve algılanan kurumsal performans düzeyleri önem arz etmektedir. Bunun yanında,hastanelerin yatak kapasiteleri, doluluk oranları ve Kamu-Özel Hastane olma durumları kontrol değişkeni olarak analize dahil edilmiştir. Çalışmanın örneklemini iki kamu ve iki özel hastaneden oluşmaktadır.Elde edilen veriler SPSS v.25

Programında ikili gruplar için Bağımsız Örneklemde t Testi, üçve üstü gruplar için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi ile analiz edildi. Araştırmacı tarafından oluşturulan Araştırma Model'ini ve hipotezleri doğrulamak için çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Bu tezin amacı, kurumsal performans değerlendirmelerinde insan kaynaklarının potansiyelinin etkisi üzerine odaklanarak; algılanan kurumsal performans yönetiminin örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerindeki etkisini araştırmaktır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde insan kaynağının algılanan kurumsal performans ile örgütsel bağlılık ve personel iş tatmininin üzerindeki etkilerini inceleyen araştırma sayısı oldukça az olup herhangi bir etkinin olup olmadığı veya var ise bunun hangi yönde olduğu tam olarak açıklanamamaktadır. Bu tez ile literatürde bu alandaki boşluğa katkı yapılması istenmektedir.

**Dağıtım Listesi** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne  
YÖK Ulusal Tez Merkezine

*İmzası*

*Lubna AL-KHALISSI*

**T. C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**İşletme Anabilim Dalı  
Sağlık Yönetimi Bilim Dalı**

**COVID-19 SALGIN SÜRECİNDE İLGİLİ KAMU-ÖZEL  
SEKTÖR HASTANELERİNİN PERFORMANSININ  
DEĞERLENDİRMESİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Lubna AL-KHALISSI**

**Danışman  
Dr. Öğr. Üyesi Canan TİFTİK**

**İstanbul – 2022**

## **BEYAN**

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Lubna AL-KHALISSI

.../.../2022



**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Lubna AL-KHALISSI' nın Covid-19 Salgın Sürecinde İlgili Kamu-Özel Sektör Hastanelerinin Performansının Değerlendirmesi adlı tez çalışması, jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

*İmza*

Başkan *Dr. Öğr. Üyesi Canan TİFTİK*  
(Danışman)

*İmza*

Üye *Dr. Öğr. Üyesi Özge TURHAN*

*İmza*

Üye *Dr. Öğr. Üyesi Hande Begüm*  
*BUMİN DOYDUK*

**ONAY**

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2022

*İmzası*

*Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ*  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

COVID-19 salgın sürecinde hastanelerin performans yönetimi kurumların başarısında oldukça önemlidir. Bu sebeple, yöneticiler kurumlarının performansını artırmak için gayret göstermektedirler. Kurumsal performansa etki eden faktörler arasında personelin örgütsel bağlılığı, iş tatmini, algılanan kurumsal performans düzeyleri bulunmaktadır. Bu tezde ilk olarak bireysel çerçevede, Covid-19 salgın sürecinde kamu-özel hastanelerde çalışanların örgütsel bağlılık ve iş tatmin düzeylerinin, çalışanların algıladıkları kurumsal performans yönetimi düzeylerine göre etkileri incelenmiştir. Kurumsal performans kapsamında hastanelerin kalite, verimlilik ve algılanan kurumsal performans düzeyleri değerlendirilmiştir. Bu bağlamda hastanelerin yatak kapasiteleri, doluluk oranları ve kamu-özel hastane olma durumları kontrol değişkeni olarak analize dahil edilmiştir. Çalışmanın örnekleme iki kamu ve iki özel hastaneden oluşmuştur. Anket yöntemi ile elde edilen veriler SPSS v.25 programında ikili gruplar için Bağımsız Örneklem T Testi, üçe daha fazla gruplar için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testleri ile analiz edilmiştir. Araştırmacı tarafından oluşturulan Araştırma Model'ini ve hipotezleri doğrulamak için çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Bu tezin amacı, kurumsal performans değerlendirmelerinde insan kaynakları potansiyeli etkisine odaklanarak; algılanan kurumsal performans yönetiminin örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerindeki etkisini araştırmaktır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde insan kaynağının algılanan kurumsal performans ile örgütsel bağlılık ve personel iş tatmininin üzerindeki etkilerini inceleyen çalışma sayısı oldukça az olup bu kapsamda etkilerin varlığının ve hangi yönde olduğunun araştırılması büyük önem arz etmektedir. Bu çalışma ile literatüre bu alanla ilgili katkı yapılması amaçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19 Salgını, Sağlık Yönetimi, Örgütsel bağlılık, İş tatmini, Kurumsal Performans Yönetimi



## ABSTRACT

Managing hospital performance during the infectious disease of COVID-19 is critical to the success of the organizations. That is why managers strive to improve the performance of their organizations. Factors affecting organizational performance include an organizational commitment of employees, job satisfaction, and perceived levels of organizational performance. In this thesis, we first analyze the effects of organizational commitment at the employee level and job satisfaction levels in public and private hospitals during the COVID-19 pandemic, and Employees' Perceived Institutional Performance Management levels. Effects tested in individual frames. in the institutional setting; Within the scope of institutional performance, hospitals' quality, efficiency, and perceived level of institutional performance is important. In addition, bed capacity, hospital occupancy rate, and general and private hospitalizations were included in the analysis as control variables. Examples of this study are two public hospitals and two private hospitals. SPSS v.25 analyzed the data using a free sample T-test and one-way analysis of variance (ANOVA) for paired groups of groups of three and above. Multiple regressions were analyzed to validate the research model and the hypotheses developed by the researcher.

The purpose of this article is to focus on the impact of human resource capabilities in evaluating company performance. The purpose of this study is to investigate the effect of corporate performance management on perceived organizational commitment and job satisfaction. There are not many studies in our country looking at the impact of human resources management on perceived organizational performance, organizational commitment, and employee satisfaction with work in health services. Therefore, it is not known exactly whether there is an effect or if there is an effect, in what direction it is. With this article, we ask that play part in bridging this gap in the field.

**Keywords:** COVID-19 Epidemic, Health Management, Organizational Commitment, Job Satisfaction, Corporate Performance Management

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	i
ABSTRACT .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ÖNSÖZ.....	viii
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE YÖNTEMİ

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	4
1.2. Araştırma Hipotezleri.....	5
1.3. Evren ve Örneklem .....	5
1.4. Veri Türleri ve Kaynakları .....	6
1.4.1. Teori ve Literatür Çalışması.....	6
1.4.2. Saha Çalışması .....	6
1.5. Araştırma Değişkenleri ve Ölçme Yöntemleri.....	6
1.6. Veri Analizi Yöntemleri ve Araştırma Hipotezlerinin Test Edilmesi.....	10

## İKİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL GİRİŞ

2.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı .....	11
2.1.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetleri Kuruluşları .....	13
2.2. Sağlık Sistemi.....	14
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Seviyeleri .....	17
2.3. Hastane Yönetiminin Temel Özellikleri .....	21
2.3.1. Hastane Yönetimi.....	21
2.3.3. Hastane Yönetimi Konsepti EKLEMELER YAP.....	24
2.3.4. Hastane Yönetiminin Tarihi.....	25
2.3.5. Hastane Yönetiminin Gelişimi .....	26
2.3.6. Hastane Yönetimi ve Yöneticilerinin Özellikleri.....	27
2.4. Türk Sağlık Sisteminin COVID-19 Pandemi Süreci Performansına Bakış ....	30
2.4.1. Covid-19 Pandemisinin Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri.....	32
2.5. Pandemi Süreci ve Sağlık Sistemi Performansı .....	34
2.6. Kurumsal Yönetim .....	35
2.6.1. Kurumsal Performans Yönetimi .....	37
2.6.2. Kurumsal Performans Ölçme ve Değerlendirme Düzeyleri .....	37
2.6.3. Sağlık İşletmelerinde Kurumsal Performansa Etki Eden Davranışlar .....	38
2.7. Örgütsel Bağlılık .....	39
2.8. İş Tatmini .....	41

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

3.1. İstatistiklere İlişkin Bulgular .....	42
3.1.1. Verilerin Analizi.....	42
3.1.2. Temel Bileşenler Faktör Analizi ve Sonuçlar .....	44

3.2. Araştırma Modeli Değişkenleri için Regresyon Analizi ve Sonuçları.....	47
3.3. Değerlendirme.....	53
3.3.1. Katılımcıların Ölçek Puanlarına Göre Değerlendirilmesi.....	53
3.3.2. Çalışılan Kurum Değişkenlerine Yönelik Bulgular .....	57
3.3.3. Çalışılan Kurum Kalite Değişkenine Yönelik Bulgular.....	58
3.3.4. Çalışılan Kurum Verimlilik Değişkenine Yönelik Bulgular.....	59
<b>TARTIŞMA ve SONUÇ .....</b>	<b>61</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>65</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>77</b>



## KISALTMALAR

<b>DFA</b>	:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>WHO</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GSYİH</b>	:	Gayri Safi Yurtiçi Hasılası
<b>AKPY</b>	:	Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi
<b>ÖB</b>	:	Örgütsel Bağlılık
<b>İŞ</b>	:	İş Tatmini
<b>SPSS</b>	:	Statistical Package for Social Sciences 25.0 program

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1.</b> Araştırma Modeli-1 ve Varsayılan İlişkiler .....	4
<b>Şekil 2.</b> Araştırma Modeli-2 Bulguları .....	8
<b>Şekil 3.</b> Sağlık Sistemi İçerisindeki Bakım Düzeyleri (Ortak yapı) .....	18
<b>Şekil 4.</b> Farklı Yönetim Seviyeleri için Gerekli Beceriler (Katz, 1974).....	29
<b>Şekil 5.</b> Katılımcıların Ünvanlarına Göre Dağılımı .....	44
<b>Şekil 6.</b> Örgütsel Bağlılık Ölçeği Üç Faktörlü Bir Yapı.....	46
<b>Şekil 7.</b> İlk 5 Regresyon Modeli .....	48
<b>Şekil 8.</b> İkinci Grup Regresyon Modelleri.....	52

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Yöneticiler ve İdari Doktorlar Arasındaki Farklar (Hayran, 2007) .....	30
<b>Tablo 2.</b> Örneklemin Demografik Görünümü .....	42
<b>Tablo 3.</b> Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett Testi Sonuçları .....	45
<b>Tablo 4.</b> Örgütsel Bağlılık Ölçeği Alt Boyutların Açıklanan Varyans Oranları .....	46
<b>Tablo 5.</b> Örgütsel Bağlılık Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlilik Bulguları .....	46
<b>Tablo 6.</b> Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY) ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkilerin Regresyon Analiz Sonuçları.....	49
<b>Tablo 7.</b> İş Tatmini (İŞ) ile Örgütsel Bağlılık (ÖB) Değişkenleri İlişkisi İçin Regresyon Analizleri.....	52
<b>Tablo 8.</b> Katılımcıların Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi, Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini ve Alt Boyutlarına Dair Bulgular .....	54
<b>Tablo 9.</b> Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi, Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini Ölçek Toplam Puanları (Kamu Hastaneleri) .....	55
<b>Tablo 10.</b> Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi, Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini Ölçek Toplam Puanları (Özel Hastaneler). .....	56
<b>Tablo 11.</b> Çalışılan Kurum ve Algılanan Kurumsal Performans, Örgütsel Bağlılık, ve İş Tatmini Değişkenlerine Yönelik Bulgular .....	57
<b>Tablo 12.</b> Özel Hastaneler Örnekleminde Bağımsız Değişkenler ile Kalite Puanı Arasında Çoklu Regresyon Analizi.....	58
<b>Tablo 13.</b> Kamu Hastaneler, Örnekleminde Bağımsız Değişkenler ile Kalite Puanı Arasında Çoklu Regresyon Analizi.....	59
<b>Tablo 14.</b> Özel Hastaneler Örnekleminde Bağımsız Değişkenler ile Verimlilik Puanı Arasında Çoklu Regresyon Analizi.....	59
<b>Tablo 15.</b> Kamu Hastaneleri Örnekleminde Bağımsız Değişkenler ile Verimlilik Puanı Arasında Çoklu Regresyon Analizi.....	60

## ÖNSÖZ

Tez çalışmasının hazır hale getirilmesinde hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Canan TİFTİK'e şükranlarımı sunarım. Eğitimim süresince benden desteklerini esirgemeyen, her daim yardımcı olan hocalarıma, eşime ve aileme teşekkür ederim.



## GİRİŞ

Geçmişten günümüze hemen her toplumda sağlık hem bireysel hem de toplumsal anlamda en çok önem verilen sosyal etkenler arasında yer almaktadır. Toplum genelinde sosyal ve ekonomik olarak üretken yaşam tarzı uygulamak ve yaygınlaştırmak için sağlık seviyesinin iyi olması gerekmektedir (Ramanathan, 2005). 20. yüzyılın başlarında artan sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin artan karmaşıklığı, büyüyen hastaneler, artan istihdam oranları, piyasa başarısızlıkları, sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi ve gelişen tıp teknolojisine paralel olarak daha kapsamlı bir bakım sağlama ihtiyacı, sağlık hizmetlerinde yönetim kavramını gündeme getirmiştir (Hilsenrath, 2012).

Genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan uygulamaların tamamı sağlık hizmeti kapsamında yer almaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri, birey ve toplumların sağlığını korumak, hasta olduklarında tedavi etmek, engellilerin başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmalar anlamına gelmektedir (Öztek, 2004). Sağlık hizmetlerinin etkin, ekonomik, verimli ve kaliteli gerçekleştirilebilmesi için sağlık kurumlarının çağdaş anlayışla yönetilmesi gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarında en alt seviyeden en üst seviyeye kadar sağlık çalışanları ve birimleri, sağlık uygulamaları ve yönetimi ile ilgili görevleri yerine getirmekle mükelleftir. Toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ve kaliteli sağlık hizmeti alabilmesi için iyi organize olmuş sağlık kurumlarına ve nitelikli personele ihtiyaç duyulmaktadır.

Sağlık yönetimi sistem olarak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için yoğun bir çalışma temposu içinde çalışmaktadır. Hastaneler ise bu sistemin en önemli bileşenleri konumundadır. Bu yoğunluğu artıran birçok faktör vardır. Bu faktörlerin en önemlisi bu alandaki hızlı teknik ve bilimsel değişimler ve diğer birçok faktöre ek olarak sağlık hizmeti beklentilerinin artmasıdır. Özellikle son yıllarda tüm dünyayı etkileyen Covid-19 salgınından ötürü sağlık sisteminin tüm bileşenlerinde büyük bir yoğunluk yaşanmaktadır. Bu salgın, hastanelerin ve sağlık merkezlerinin yönetim ve tüm çalışanları ile birlikte karşılaştıkları en büyük zorluklardan biri olup sağlık sistemi üzerinde beklenmeyen bir ek baskı yaratmıştır. Bu baskılar hem sağlık birimlerinin verimliliğini hem de bireysel sağlığı doğrudan etkilemiştir.



Bu değişim ve dönüşümler, sağlık kuruluşların kurumsal performans yönetiminin işlerliğinin ölçülmesi ihtiyacını arttırmaktadır. Bu hizmet düzeyinin ve geliştirilmesinin iyileştirilmesi sağlık organizasyonun hayatta kalma ve sürekliliği için önemli bir gerekliliktir.

Hastaneler, özellikle salgınlar sırasında yoğun bir şekilde kullanılan yoğun bakım üniteleri gibi çeşitli temel üniteleri içermektedir. Bu üniteleryoğun bakım yatakları, normal yataklar, mekanik solunum cihazları gibi önemli temel unsurları içermektedir. Bunlar çok önemli unsurlar olup onların eksikliği ölüm oranının artmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle, hastanenin genel performansını değerlendirebilmek için hastanedeki bu birimlerin etkinliğini ve verimliliğini ölçebilen performans değerlendirme gerekmektedir. Hastane performansının verimliliğini ölçmek için kullanılan yöntemler, basit doğru oranlar ölçmek, hastaların ve refakatçilerinin verilen hizmetlerden memnuniyetini ölçmek ve farklı nicel yöntemler kullanmak gibi farklı faktörlere bağlı olarak değişmektedir (Edward vd., 2020).

Tüm sektörlerde organizasyonların ve işletmelerin mevcut performanslarının ölçülmesi ve değerlendirilmesi için etkili performans ölçme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu değerlendirmelerden ve analizlerden elde edilen bulgular çerçevesinde hem yönetim hem de personel davranışları konusunda tutarlı bilgi edinilebilmektedir. Bu bilgiler ışığında işletme yönetimi için doğru tutum ve davranışlar geliştirilebilir. Özellikle işletme ve organizasyonların hemyönetim hem de insan kaynakları ile ilgili temel stratejilerinin daha etkili, rasyonel ve ekonomik bir çerçevede uygulanabilmesi açısından performans ölçümü önemli avantajlar sağlamaktadır (Karaman, 2009).

İşletme ve organizasyonlar açısından bireysel ve kurumsal performansın organizasyonla ilgili tüm faaliyet ve çıkarları etkileyen ortak bir amacın olması ile yakından ilişkilidir. Bu bağlamda sağlık işletmelerinde hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı, rahatlık, kalite, maliyet, güvenlik ve kaliteli teknik donanım gibi pek çok etken sağlık hedeflerini etkilemektedir. Ancak bu etkenlerin bazı durumlarda birbirlerini olumsuz etkilemesine rağmen belirli bir sistem ve düzen içinde yönetilmeleri sağlık işletmesinin kurumsal performansını ortaya koymaktadır (Porter, 2010).

Kavramsal çerçevede sağlık biriminin performansını etkileyen unsurlar arasında sağlık biriminin iç, dış ve örgütsel çevresi bulunmaktadır. İç çevre kapsamda; kaynak yönetimi personel, klinik, finansal, kaynakların yönetimi, bina donanımı, teçhizat ve ekipman, tedavi üniteleri gibi öğeler yer almaktadır. Aynı zamanda sağlık birimleri uzmanlaşmış iş gücü gerekliliği ve emek yoğun faaliyetlere dayanması nedeniyle diğer sektör işletmelerinden farklıdır(La ForgiaveCouttolenc,2008).

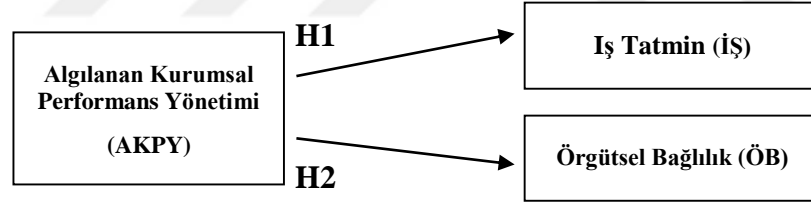
Bu çalışmanın temel amacı, İstanbul'daki kamu-özel hastanelerinde insan kaynakları gücünün etkisi üzerine odaklanarak, algılanan kurumsal performans yönetiminin örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerindeki etkisini araştırmaktır. Farklı düzeylerde çalışanların kurumsal performans yönetimini nasıl algıladıklarını değerlendirmektir.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE YÖNTEMİ

### 1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada; kurumsal performans yönetimi değerlendirmelerinde insan kaynakları yönetimi gücünün etkisine odaklanarak, algılanan kurumsal performans yönetiminin örgütsel bağlılık ve personel iş tatmini üzerindeki etkisini araştırmak amaçlanmıştır. Özellikle Covid-19 salgını sürecinde ülkemizde yoğunluğu ve işgücü oldukça artan sağlık hizmetlerinde insan kaynaklarının yönetiminin kurumsal performans yönetimine olan etkileri ve bu etkilerin hangi yönde olduğuna dair fazla çalışma yapılmamıştır. Bu araştırma ile literatürde bu alandaki eksikliğe katkı sağlamak istenilmektedir. Bu çerçevede bu çalışma ile sağlık yönetimi organizatörleri ve akademisyenler için sağlık yönetimi politika ve performans yönetimi uygulamalarına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



**Şekil 1.** Araştırma Modeli-1 ve Varsayılan İlişkiler

(AKPY: Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi, İŞ: İş Tatmini, ÖB: Örgütsel Bağlılık)

Şekil 1, bu çalışmanın teorik çerçevesini göstermektedir. Algılanan kurumsal performans yönetimini olumlu yönde etkileyebilecek iki faktör; iş tatmini ve örgütsel bağlılıktır. Bu faktörlerde yüksek seviyede bulunan kamu-özel hastane çalışanları, örgütsel amaç ve hedefler doğrultusunda çalışmaya ve hizmetlerini gönülden kuruma ve bireylere vermeye, dolayısıyla kurumsal performansını artırmaya daha istekli olmaktadır. Böylece bu faktörlerde üst düzeyde çalışanlara sahip kamu-özel kuruluşları daha iyi performans elde edebilmektedir. Kurumsal performans

yönetiminde, daha yüksek performans gösteren kuruluşlardaki çalışanların, performansı düşük olan kuruluşlardakilere göre daha memnun ve bağlı oldukları görülmektedir. Bu bağlamda bu tez çalışmasında iş tatmini ve örgütsel bağlılık faktörleri ile performans arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

## 1.2. Araştırma Hipotezleri

Araştırmanın temel hipotezleri :

- Çalışanların algılanan kurumsal performans yönetimi düzeylerinin ve iş tatmini boyutlarında etkisi nedir?
- Çalışanların algılanan kurumsal performans yönetimi düzeyleri ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki ne yöndedir?

şeklinde belirlenmiştir. Araştırmanın alt hipotezleri ise:

- Çalışanların algılanan kurumsal performans yönetimi düzeyleri nasıldır?
- Çalışanların iş tatmin düzeyleri nasıldır?
- Çalışanların örgütsel bağlılık düzeyleri nasıldır?

şeklinde belirlenmiştir.

*Temel Araştırma Hipotezleri*

**H1:**Çalışanların algılanan kurumsal performans yönetimi düzeyleri ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasında doğrudan bir ilişki vardır.

**H2:**Çalışanların algılanan kurumsal performans yönetimi düzeyleri ile iş tatmin düzeyleri arasında doğrudan bir ilişki vardır.

**H3:**Çalışanların iş tatmin düzeyleri ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasında doğrudan bir ilişki vardır.

## 1.3.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni İstanbul'da 4 hastane :

1- Sadi Konuk Devlet Hastanesi

2-Bahçelievler Devlet Hastanesi

3-Aile Özel Hastanesi

4-Medical Park Bahçelievler Özel Hastanesi

bu hastanelerde çalışan toplam 1.850 kişi olupörneklemise 1.850 kişi arasından 310 kişinin katılımı ileoluşturulmuştur. Belirlenen bu dört hastanede çalışan sağlık profesyonelleri ile destek personelleriçalışmaya dahil edilerek stajyer öğrenciler örnekleme dahil edilmemiştir.

Uygun (Konvansiyonel) Örneklem yöntemi Örneklem oluşturulmuş ve çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre gerçekleştirilmiştir.Anket formları Katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Araştırmada, katılımcılara ait yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi tanımlayıcı demografik özellikleri belirlemek üzere kişisel bilgi formu kullanılmıştır.

#### **1.4. Veri Türleri ve Kaynakları**

Bu araştırmanın amaçlarına ulaşmak üzere gerekli verileri elde etmek için araştırmacı hem literatür hem de istatistik çalışmalar için teori, literatür çalışması ve saha çalışmasıyapılmıştır.

##### **1.4.1. Teori ve Literatür Çalışması**

Araştırma hedeflerine ulaşmak için gerekli olan ikincil verileri elde etmek üzere bilimsel literatür, makaleler, süreli yayınlar ve araştırma içerikli kaynaklar araştırılmıştır.

##### **1.4.2. Saha Çalışması**

Saha çalışmasında, araştırma sorularını cevaplamak için gerekli olan birincil verileri toplama ve analiz etmeamaçlanmıştır.

#### **1.5. Araştırma Değişkenleri ve Ölçme Yöntemleri**

*Kurumsal Performans Yönetimi:* Örgütsel yönetim çerçevesinde performans değerlendirmesiyapabilmek için, örgütlerin kendi bünyesinde yer alan departmanlar arasında veya başka örgütlerle daha önceden belirlenmiş performans göstergeleri yöntemi ile karşılaştırmalar yapılmaktadır. Örgütsel performans değerlendirmesi kapsamında özellikle yönetim uygulamalarından kontrolsürecleri değerlendirilmektedir. Bunun sonucunda ise daha önce belirlenen hedeflere hangi düzeyde ulaşıldığı tespit edilmekte ve hedeften sapma varsa ne düzeyde ve nasıl

olduğu belirlenerek gerekli düzenlemeler yapılmaktadır (Ateş, Kırılmaz ve Aydın,2007; Koçel, 2015; Surve Paltekid, 2013).

*Örgütsel Bağlılık:* Örgütsel bağlılık genel anlamda“örgüt üyesinin veya çalışanın örgütün belirlenen amaç ve değerlerini benimseyerek kabullenmesi,örgütün çıkarlarına bağlı kalarak örgüt hedeflerine ulaşmak için çaba harcamaya istekli olması, örgüte güçlü bir aidiyet hissetmesi ve t üyeliğini sürdürmek için istekli olması” şeklinde ifade edilmektedir.Başka bir tanıma göre; işletme çalışanlarının kendilerini kurumlarına dahil hissetmeleri,özdeşleştirmeleri, devamlılık sağlamaları ve sadakat göstermeleri örgütsel bağlılık olarak tanımlanmaktadır (Gümüş, 2012; Khanka, 2006).

*İş Tatmini (İş Doyumu):*Bireyin kendi öz ihtiyaçları ile çalıştığı kurum çerçevesinde kazancının oluşturduğu algının boyutu iş tatmini olarak tanımlanmaktadır. Çalışan algı boyutu çerçevesindekurumuna karşı duygusal bir his geliştirerek işle ilgili beklentileri, istek ve ihtiyaçlarına göre işine karşı bir adalet duygusu, ilgi ve bağlılık geliştirmektedir. Bu adalet ve bağlılık hisleri sonucunda işi ile ilgili tatmin gerçekleşmektedir(Altaşve Çekmecelioğlu, 2015).

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla anket yoluyla veri toplama aracı geliştirilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılacak veriler bireysel ve kurumsal farklı kaynaklardan elde edilmiştir.Katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili veriler “Kişisel Bilgi Formu” ve katılımcıların örgütsel bağlılık, iş tatmini ve algılanan performans değişkenleri ile ilgili düşünce ve tutumlarını ölçmek amacıyla hazırlanan anket çevrimiçi olarak katılımcılara sunulmuştur. Bu çerçevede hazırlanan anketin birinci bölümünde katılımcıya ait demografik ve iş yeri bilgileri, ikinci bölümde örgütsel bağlılık ölçeği ile ilgili bilgiler, üçüncü bölümde iş tatmini ölçeği ile ilgili bilgiler ve dördüncü bölümde algılanan kurumsal performans yönetimi ölçeği ile ilgili bilgiler yer almıştır.

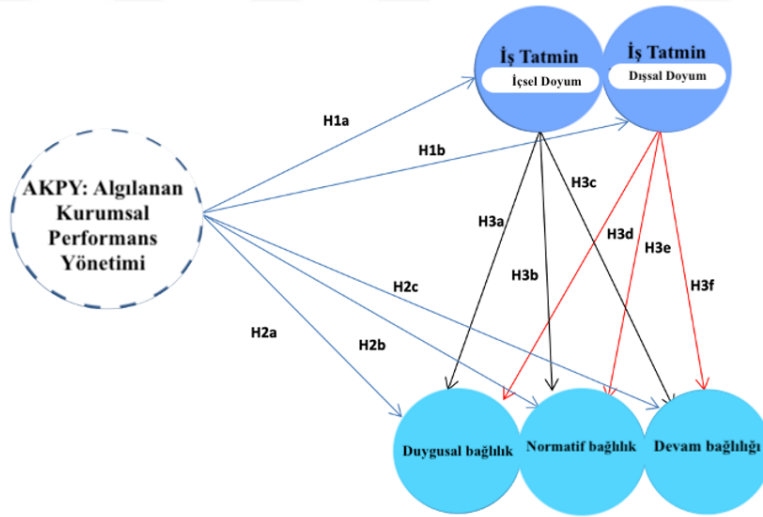
*Örgütsel Bağlılık Ölçeği:*“Üç Boyutlu Kurumsal Bağlılık Ölçeği” Allen ve Meyer tarafından geliştirilmiş, Wasti (2000) tarafından Türkçeye uyarlanarakgeçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiştir. 5’li likert skalasına göre (1=kesinlikle katılmıyorum,5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirilerek ölçülecekşekilde hazırlanan ölçek; duygusal bağlılık, devam

bağlılığı ve normatif bağlılık alt boyutlarını kapsayan 18 önermeden oluşmuştur. Ölçek Cronbach-alpha güvenilirlik katsayısı 0,93 olarak tespit edilmiştir (Wasti, 2000).

*İş Tatmini Ölçeği:* Weiss ve ark. (1967) tarafından geliştirilen “Minnesota İş Tatmini Ölçeği- MIDO”, Baycan (1985) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. İçsel bağlılık ve dışsal bağlılık olmak üzere iki alt boyuttan ve 20 önermeden oluşmaktadır. Ayrıca her önerme 5’lik likert skalasında (1=kesinlikle katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) ölçülmektedir. Ölçek Cronbach-alpha güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak tespit edilmiştir (Akkamış, 2010).

*Algılanan Kurumsal Performans Ölçeği:* Bu ölçek Kim (2004) tarafından geliştirilmiş olup Cronbach-alpha güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0,87$  olarak belirlenmiştir. Ölçekte; iç verimlilik ve dış verimlilik ile ilgili 6’şar tane olmak üzere 12 önerme yer almaktadır. İfadeler 5’li likert skalasında (1=kesinlikle katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) ölçülmektedir.

Yukarıda detayları verilen ölçekler bu çalışmanın daha önce Şekil 1’de sunulan araştırma modeli detaylandırıldığında, söz konusu model aşağıda Şekil 2’deki gibi nihai haline getirilmiştir.



**Şekil 2.** Araştırma Modeli-2 Bulguları

**H1a:** Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile içsel doyumları arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.

**H1b:** Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile dışsal doyumları arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.

**H2a:** Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile çalışanlarda oluşan “örgüte duygusal bağlılık” psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**H2b:** Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile çalışanlarda oluşan “örgüte normatif/etik bağlılık” psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**H2c:** Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile çalışanlarda oluşan “örgüte devam bağlılık” psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**H3a:** Çalışanlarda oluşan “içsel doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte duygusal bağlılık” psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**H3b:** Çalışanlarda oluşan “içsel doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte normatif/etik bağlılık” psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**H3c:** Çalışanlarda oluşan “içsel doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte devamı bağlılık” psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**H3d:** Çalışanlarda oluşan “dışsal doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte duygusal bağlılık” psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**H3e:** Çalışanlarda oluşan “dışsal doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte normatif/etik bağlılık” psikolojisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**H3f:** Çalışanlarda oluşan “dışsal doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte hesapçı bağlılık” psikolojisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Araştırma modeli kapsamındaki 3 ana değişkeni ve aralarındaki ilişkiyi ölçebilmek için hazırlanan ifadeler (50 ifade) analiz edilebilirlik açısından 5’li Likert formatında katılımcılara sunulmuştur. Bu formatta ölçeğin bir ucu “kesinlikle katılmıyorum” ve diğer ucu da “kesinlikle katılıyorum” şeklindedir.



## **1.6. Veri Analizi Yöntemleri ve Araştırma Hipotezlerinin Test Edilmesi**

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0 programı ile analiz edilmiştir. Bu verilerle devamlı ve kategorik verilerin açıklayıcı bilgileri ile katılımcıların özellikleri belirlenmiştir. Araştırmada ölçeklerin yapı geçerliliği öncelikle model kapsamında Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile belirlenmiş ve yeni ölçek yapısının analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizi ve hipotez testi ile ölçek yapılarının birbirleri ile olan ilişkileri belirlenmiştir.



# İKİNCİ BÖLÜM

## KAVRAMSAL GİRİŞ

### 2.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Toplum sağlığının korunması, hasta olan bireylerin ihtiyacı olan tedavilerinin yapılması, herhangi bir gereksinime ihtiyaç olmaksızın hayatlarını devam ettirebilmeleri ve bireylerin sağlık düzeylerinin artırılması sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013). Sağlık hizmetlerinin toplumun tüm kesimlerini kapsayan ve yaşam kalitesini artıran ve yaygın hale getirilmesindeki gereklilik kaçınılmazdır. Bu gereklilik insanların tamamında sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanma isteğini geliştirmiştir (Sabahattin ve Demir, 2007).

Sağlık hizmetlerinin, insanların yaşamları boyunca sağlığını korumak ve gerekli tedavileri uygulamak adına önemli ve sürekli bir sorumluluğu bulunmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri birey ve toplumların sağlıklı gelişimi için oldukça önemlidir. Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri 'ne ve diğer ulusal sağlık önceliklerine dayalı sağlıkta gerçek ilerleme, hayati derecede birinci basamak sağlık hizmetlerine ve daha güçlü sağlık sistemlerine bağlıdır (WHO The World Health Report, 2003). Sağlığın iyileştirilmesi açıkça her sağlık sisteminin ana hedefidir, ancak tek hedef bu değildir. İyi sağlığın amacı; ulaşılabilir en iyi ortalama seviyeyi yakalamak, iyilik ve bireyler ve gruplar arasındaki farklılıklar arasında adaleti sağlamaktır. İyilik, insanların kendisinden beklediklerine iyi yanıt veren bir sağlık hizmeti, adalet ise hiçbir ayırım gözetmeksizin herkese eşit düzeyde yanıt veren bir sağlık sistemidir (WHO. Health, Economic Growth, and Poverty Reduction, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, ulusal sağlık hizmetleri; iyi sağlık, toplumun beklentilerine yanıt verme ve finansal katkının adaleti olmak üzere üç genel amaca yönlendirilmelidir. Bu doğrultuda ilerleme, sistemlerin dört hayati işlevi ne kadar iyi yerine getirdiğine büyük ölçüde bağlıdır. Bunlar; hizmet sunumu, kaynak üretimi, finansman ve yönetimidir. Bu işlevler fiilen yürütülme biçimini karşılaştırmak ve toplumlar arasında performans farklılıklarını anlamak için bir temel oluşturmaktadır. Her sağlık sisteminin adil bir şekilde karşılanması gereken asgari

şartlar bulunmaktadır. Bu şartlar akut ve kronik sağlık ihtiyaçları için kaliteli hizmetlere erişim, etkili sağlığı geliştirme ve hastalık önleme hizmetleri ve yeni tehditler(bulaşıcı hastalıklar, nüfusun yaşlanması ve bulaşıcı olmayan hastalık ve yaralanmaların artan yükü ve küresel çevresel değişikliklerin sağlık üzerindeki etkileri)gibi durumlarda oldukça önemlidir(The World Health Report, 2003).

Sağlık sistemleri, 20. yüzyıl ve sonrasında dünya nüfusunun çoğu için daha iyi sağlık olanaklarına büyük ölçüde katkıda bulunmuştur. Bugün, gelişmiş ve gelişmemiş tüm ülkelerdeki sağlık sistemleri, insanların yaşamlarında her zamankinden daha büyük ve daha etkili kabul edilmektedir. İnsanlar hastalıkları tedavi etmeye vesağlıklarını korumaya çalıştıklarındanberi sağlık sistemleri olagelmiştir. Genellikle gönüllü hizmet ile bütünleşen ve hem koruyucu hem de tedavi edici bakım sağlayan geleneksel uygulamalar binlerce yıldır varlığını sürdürmektedir ve günümüzde modern tıp ile sıklıkla bir arada bulunmaktadır. Birçoğu hala bazı sağlık uygulamaları için tercih edilen tedavi yöntemi olup veya modern alternatifler anlaşılmadığı, güvenilmediği, başarısız olduğu veya çok pahalı olduğu için başvurulmaktadır. Özellikle son yüzyılda sağlık sistemleri, ulusal sağlık sistemlerinin kurulması ve sosyal sigorta planlarının genişletilmesi de dahil olmak üzere birbirleriyle örtüşen reformlardan geçmiştir. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetlerinin teşviki, herkes için sağlık hedefi olan, uygun fiyat şeklinde evrensel sigorta kapsamına ulaşmanın bir yolu olarak ortaya çıkmıştır. Son yirmi yılda, Dünya Sağlık Örgütü'nün "yeni evrenselcilik" olarak tanımladığı kavrama doğru kademeli bir vizyon kayması olmaktadır. Herkes için mümkün olan tüm bakım veya yalnızca yoksullar için en basit ve en temel bakım yerine, çoğunlukla etkinlik, maliyet ve sosyal kabul edilebilirlik kriterleriyle tanımlanan tüm yüksek kaliteli temel bakımın sağlanması anlamına gelmektedir. Bu değişim, kısmen, merkezi olarak planlanmış ekonomilerden piyasa yönelimli ekonomilere dönüşüm, ulusal ekonomilere daha az devlet müdahalesi, daha az hükümet kontrolü ve daha fazla yerleşme ile son 20 yılda meydana gelen derin siyasi ve ekonomik değişikliklerden kaynaklanmaktadır (Improving Performance, 2000).

### 2.1.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetleri Kuruluşları

Sağlık hizmeti, sağlığı garanti etmeye, sağlamaya, finanse etmeye ve geliştirmeye çalışan, özel veya kamusal, organize olsun ya da olmasın önemli bir toplumsal çabadır. Sağlık hizmetleri, sağlığın yaşam ve çalışma ortamının korunması ve iyileştirilmesine yönelik önlemler, faaliyetler ve prosedürler, sağlık sigortasından elde edilen hak ve yükümlülükler ile sağlık bakımı alanında sürdürülen önlemler, faaliyetler ve prosedürlerden oluşmaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmetleri; insan sağlığının iyileştirilmesi, yaralanmaların, hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, profesyonel tıbbi önlemler, faaliyetler ve prosedürlerin uygulanması, sağlıkla ilgili hastalıkların ve koşulların erken tespiti, zamanında ve verimli tedavi ile rehabilitasyon basamakları gibi uygulamaları kapsamaktadır. Sağlıklı yaşam ve hastalıkların önlenmesi ideali çerçevesinde sağlık hizmetleri 20. yüzyılda belirgin bir şekilde değişime uğramıştır. Günümüzde sağlık hizmetleri; bireylerin sağlığına yeniden kavuşmasına, hastalık ve sakatlığın önlenmesine yardımcı olan organize kamu veya özel oluşumları kapsamaktadır (Improving Performance, 2000; Donev vd., 2000).

Hastalara hizmet sunumu, çeşitli kurumsal ortamlarda gerçekleşmektedir ("hasta", bir sağlık hizmetleri organizasyonu tarafından hizmet verilen herkeştir). Sağlık hizmetlerinin çok yönlü amacı; nüfusun çeşitli sağlık ihtiyaçları ve talepleriyle başa çıkmak, böylece geniş bir önleyici ve tedavi edici faaliyetler yelpazesi de dahil olmak üzere bireylere ve topluma sağlık hizmeti sunmak olup ülke çapında kalıcı bir kurumlar sistemi oluşturmaktadır ve büyük ölçüde çok amaçlı sağlık çalışanlarının kullanılmasını gerektirmektedir. Tüm sağlık hizmetleri kuruluşları, mülkiyet ve kâr amacına göre sınıflandırılabilir. Ayrıca hastanın yatarak mı yoksa ayakta mı kabul edildiğine ve yatan hasta için ortalama kalış süresine göre de sınıflandırılmaktadır (Donev vd., 2000; Rakich vd., 19925).

Geçmişten günümüze hastaneler ve bakım tesisleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda en yaygın ve baskın sağlık hizmetleri kuruluşları olmuştur. Çağdaş sağlık sistemleride öne çıkmaya devam etmektedir. Bunlar arasında poliklinikler, görüntüleme merkezleri, bağımsız acil bakım ve cerrahi merkezler, büyük grup uygulamaları ve evde sağlık kurumlarıdır. Hem dikey hem de yatay olarak entegre edilmiş çok organizasyonlu sistemler yaygındır. Sağlık bakım organizasyonları, tedavi etme fonları, tercih edilen sağlayıcı organizasyonları ve yönetilen bakım sistemleri,

1980'ler ve 1990'larda ABD'de ve bazı Avrupa ülkelerinde öne çıkan finansal düzenlemelerdir. Bu çeşitli sağlık hizmetleri kuruluşları ve diğerleri, yeni kurallar ve teknolojiler, değişen demografi ve yaşlanma, birden fazla bileşene karşı hesap verebilirlik ve kaynaklar üzerindeki kısıtlamalar dahil olmak üzere çok çeşitli dış baskıları içeren yeni ortamlarla karşı karşıya bulunmaktadır.

Sonuç olarak, sağlık hizmetleri organizasyonu kaynakları daha etkin bir şekilde tahsis etmeli, kullanılmalı ve giderek daha kısıtlayıcı bir ortamda sürekli iyileştirme ve sürekli mükemmellik için çaba göstermelidir (Rakich vd., 1992).

## **2.2. Sağlık Sistemi**

Geçmişten günümüze kadar tüm toplumlarda önemli bir sektör olan sağlık sisteminin tam olarak ne olduğu ve nelerden oluştuğu öngörülememektedir. Bu durum, sağlık ve gelişmiş sistemler arasındaki sınırların keskin ve net olmadığı anlamına gelmektedir. Bu bağlamda sağlık sistemi kapsamında, sağlığı geliştirmek, iyileştirmek ve sürdürmek amacıyla yapılan tüm faaliyetleri yer almaktadır. Bu, sağlık sisteminin, toplumun her kesiminde ve fiziksel, psiko-sosyal çevre ve sağlıkla ilgili sektörlerde sağlığa katkıda bulunan, birbiriyle ilişkili unsurların kompleksi olduğu anlamına gelmektedir. Bir sağlık sistemi genellikle, toplum düzeyinde veya birincil sağlık hizmetleri düzeyinde bilinen en çevresel düzeyden başlayarak ve orta düzeyde (ilçe, bölge veya il) merkezi düzeye doğru ilerleyen çeşitli düzeylerde olabilmektedir. Orta ve merkezi düzeyler, sağlık sisteminin giderek daha karmaşık, daha uzmanlaşmış bakım ve destek sağlayan unsurlarıyla ilişkilidir. Sağlık sistemi altyapısı, çeşitli sağlık hizmetleri ve programlarının sunulmasını sağlamak için hizmetleri, tesisleri, kurum veya kuruluşları ve bunları işletenleri içermektedir. Sağlık sistemi kapsam olarak bireylere, ailelere ve topluluklara teşvik edici, koruyucu, önleyici, tanısal ve iyileştirici önlemlerin bir kombinasyonundan oluşmaktadır. Sağlık yönetiminin kaynakları, insan kaynakları, binalar, ekipman, gereçler, fonlar, bilgi ve teknoloji dahil olmak üzere, işleyişi için mevcut olan sağlık yönetimi sisteminin tüm araçlarıdır. Sağlık yönetimi sektörü, devlet bakanlıklarını, kuruluşlarını ve hizmetlerini, sosyal güvenlik ve sağlık sigortası planlarını, gönüllü kuruluşları ve sağlık hizmeti sunan özel kişi ve grupları içermektedir. Sektörler arası eylem, ortak bir hedefe ulaşmak için sağlık sektörü ve diğer ilgili sektörlerin iş birliği yaptığı bir yapıdır. Sağlık faaliyetlerinde farklı sektörler yakından koordine edilmelidir. Sağlık sektörü bu haliyle birimler arası

koordinasyonun ve çok işlevli uygulamanın katkısını vurgulamaktadır (WHO, Health 21, 1999;Donevvd., 2000).

Sağlık yönetimi sistemleri, Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık yönetiminin tüm organizasyonları, kurumları ve kaynakları içeren bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Sağlık yönetimi; kişisel sağlık bakımında, halk sağlığı hizmetlerinde sektörler arası girişimler yoluyla birincil amacı sağlığı iyileştirmek olan herhangi bir çaba olarak tanımlanmaktadır (Improving Performance, 2000; DünyaSağlıkÖrgütü 21, 1999). Kişisel tıbbi bakımın profesyonel sunumu da dahil olmak üzere resmi sağlık hizmetleri bu sınırlar içinde yer almaktadır. Geleneksel şifacıların tedavileri ve profesyonel sağlık uzmanı tarafından reçete edilen, önerilentüm ilaçların kullanımı, hastaların evde bakımı, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve kırsal alanlarda tüm hastalıkların %70-%90'ı kapsamaktadır.Geleneksel halk sağlığı etkinliklerinin yanı sıra farklı sektörler tarafından sağlanan sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve çevre güvenliğinin iyileştirilmesi gibi diğer sağlığı geliştirici müdahaleler de sistemin bir parçasıdır. Bu tanımın sınırlarının ötesinde, birincil amacı sağlık kavramının dışında bir şey olan faaliyetler- örneğin eğitim-sağlığı geliştirici bir yararı olsa bile bu faaliyetlerin ikincil unsuru olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, genel eğitim sistemi sağlık sistemi sınırlarının dışındadır, ancak sağlıkla ilgili eğitim bu sınırlara dahildir. Aynı şekilde, sağlık dışı sistemlerin işleyişini etkileyerek sağlığı dolaylı olarak iyileştirmeyi amaçlayan eylemler de ikincil unsurlar olup sağlık sistemini etkilemektedir. Örneğin, kızların okula kayıtlarını artırmaya yönelik eylemler veya öğrencileri gelecekte daha iyi sağlık hizmetin verilmesi ve onların daha bilinçli sağlık tüketicileri haline getirmek için eğitim müfredatındaki eğitim faaliyetleriörnek olarak gösterilmektedir(WHO Improving Performance, 2000; DünyaSağlıkÖrgütü 21, 1999).

Sağlık yönetimi sistemleri hakkında mevcut olan hemen hemen tüm bilgiler, yalnızca sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ve bunlara yatırım yapılmasına ilişkin olup ister bireylere ister toplumlara yönelik olsun, önleyici, iyileştirici, rehabilite edici ve palyatif müdahalelerdir. Sağlık sisteminin hedeflerine katkıda bulunmadaki göreceli maliyetlerini ve etkinliklerini ölçmeye başlamak için, daha geniş tanımın ifade ettiği ilgili faaliyetlerin miktarını belirlemek ve değerlendirmek için çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu bağlamda sağlık yönetimi sistemleri günümüzde dünya ekonomisindeki en

büyük, en karmaşık ve en maliyetli sektörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalara göre; sağlık hizmetleri için yapılan küresel harcamanın, 21. yüzyılın ilk on yılında, dünya gayri safi yurtiçi hasılasının yaklaşık %8'i kadar olduğu belirlenmiştir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'ne (OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development) göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010'daki sağlık hizmetleri maliyetleri, gayri safi yurtiçi hasılasının yüzde 17,6'sını veya kişi başına sağlık için harcanan miktar 8,233 dolar seviyesindedir. Diğer gelişmiş Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü ülkeleri arasında sağlık hizmetlerine yapılan ortalama harcama kişi başına 3.268 dolardır (Improving Performance, 2000, Kane, 2012).

İstisnai durumların ötesinde, sanayileşmiş ülkelerde bile, modern anlamda, nüfusun geneline fayda sağlamayı amaçlayan organize sağlık sistemleri son yüzyılda gelişmiştir. Hastaneler birçok ülkede komple sistemlerden çok daha uzun bir geçmişe sahiptir. 19. yüzyılın sonlarına kadar, çoğunlukla hayır kurumları tarafından yönetilmekte olan hastaneler çoğu zaman yetimler, sakatlar, yoksullar veya zihinsel engelliler için bakım ve barınma hizmetleri sunmaktaydı. Sistemin bir seviyesinden diğerine yönlendirmenin modern uygulaması yoktu ve aynı meslekteki işçiler arasında hayırseverlik veya küçük ölçekli katkı payları tarafından sağlananlar dışında finansal destek bulunmaktaydı. Bununla birlikte, yüzyılın sonlarına doğru, sanayi devrimi küresel ölçekte insanların hayatlarını büyük ölçüde değiştirmiştir. Aynı zamanda toplumlar, bulaşıcı hastalıklardan, endüstriyel kazalardan ve maruz kalmadan dolayı işçiler arasında meydana gelen çok büyük ölüm, hastalık ve sakatlık bilançosunun farkına varmaya başlamışlardır. Ayrıca bazı Avrupa ülkelerinde işçi sağlığı siyasi bir mesele haline gelmiştir. Almanya Şansölyesi Bismarck tarafından 1883'te, belirli mesleklerde düşük ücretli çalışan işçiler için sağlık sigortasına işveren katkısını gerektiren bir yasa çıkarılmış ve bu yasa sonraki yıllarda diğer işçi sınıflarına da eklenmiştir. Bu uygulama devlet tarafından zorunlu kılınan bir sosyal sigorta modelinin ilk örneği olarak kabul edilmektedir. Bu yasanın işçiler arasında popülaritesi, 1894'te Belçika'da, 1909'da Norveç'te, 1935'te Danimarka'da ve birkaç yıl sonra Hollanda'da benzer yasaların kabul edilmesine neden olmuştur. Alman modelinin etkisi Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra (1922'de Japonya, 1924'te Şili) Avrupa dışına yayılmaya başlamıştır (Improving Performance, 2000; Tulchinsky ve Varavikova, 2009).

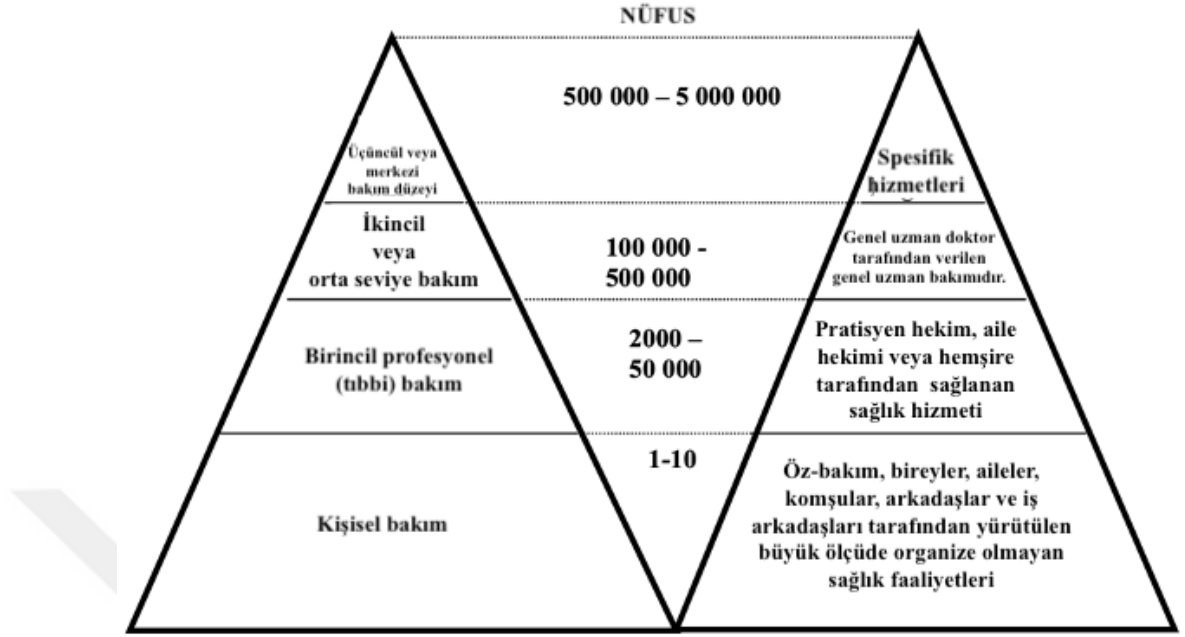
Günümüzün sağlık sistemleri, 19. yüzyılın sonlarından bu yana ortaya çıkan ve rafine edilen birkaç temel tasarımdan bir veya daha fazlasına göre değişen derecelerde modellenmiştir. Bu amaçlardan biri hem kamu hem de özel sağlayıcılar aracılığıyla bakım sağlarken, sigorta veya hastalık fonlarına zorunlu işveren ve çalışan ödemeleri yoluyla vatandaşların tamamını veya çoğunu kapsamaktadır. Bir sağlık yönetimini organize etmenin bir yolunun diğerinden daha iyi olup olmadığı üzerine pek çok tartışma gerçekleşmiştir, ancak bir sistemin genel yapısı hakkında önemli olan, temel işlevlerinin performansını ne kadar iyi kolaylaştırdığıdır. Toplumların sosyo-ekonomik büyümesinin ardından demografik genişleme ve yaşam beklentisinin artması ve ayrıca kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların baskın olduğu epidemiyolojik geçiş, yaşlanan bir nüfusun ihtiyaç ve taleplerinde sonradan değişikliklere neden olmuştur. Bunu, rakip sağlık profesyonelleri ve sağlık kurumlarının daha önceki parçalanmış hizmetleri yerine daha organize ve kurumsallaşmış sağlık sistemlerinin oluşturulması izlemiştir. Günümüzde sağlık tesisleri ve insan kaynakları yönetimi ülkeler içinde ve ülkeler arasında eşitsiz bir şekilde dağılmıştır. Gelişmemiş ülkelerde, gelişmiş ülkelere göre 3-4 kat daha düşük doktor ve hemşire oranları bulunmakta ve klinik hizmetlere erişim belirli gruplar ve varlıklı kişilerle sınırlı kalmaktadır. Bu ülkelerde toplum sağlığı çalışanları, sağlık sisteminin birinci basamak irtibat kişileri olarak hareket etmektedir (Tulchinsky ve Varavikova, 2009).

### **2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Seviyeleri**

Ülkeler arasında sağlık sistemlerinin amaçları, yapısı, organizasyonu, finansmanı ve diğer özellikleri ile ilgili büyük farklılıklar bulunmakla birlikte bu farklılıklar tarih, gelenekler, sosyal-kültürel, ekonomik, politik ve diğer faktörlerden kaynaklanmaktadır. Ancak, mevcut tüm farklılıklardan bağımsız olarak, tüm organize sağlık sistemleri için tipik olan aynı ortak özellikler vardır. Her şeyden önce, bu özellikler “sağlık hizmetlerinin seviyeleri” ile ilgilidir.

Hizmet verilen nüfusun büyüklüğüne ve belirli düzeyde tedavi edilen hastalık ve durumların özgüllüklerine, ayrıca bazı örgütsel özelliklere göre, sağlık yönetimi sistemi ve sağlık hizmeti sunumunun dört düzeyini tanımlamak mümkündür (Şekil-3). (Tulchinsky ve Varavikova, 2009; The World Bank, 1993; Cucic ve Simic, 2000; Dovijanic, 2003)





**Şekil 3.**Sağlık Sistemi İçerisindeki Bakım Düzeyleri (Ortak yapı)

*Kişisel bakım*, profesyonel olmayan ilk seviye olup genellikle aile içinde gerçekleştirilmektedir. Özbakım, bireyler, aileler, komşular, arkadaşlar ve iş arkadaşları tarafından yürütülen büyük ölçüde organize olmayan sağlık faaliyetlerini ve sağlıkla ilgili karar vermeyi ifade etmektedir. Bunlar, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, kendi kendine teşhis ve ilaç tedavisi dahil tedavi ile temastan önce veya sonra kendi kendine uygulanan bakımların takibi ve sosyal desteği içermektedir. Bireyler ve aileler kendilerinin ve toplumun sağlığı, refahı için sorumluluk çerçevesinde kendilerinin ve toplumun gelişimine katkıda bulunma yeteneğini geliştirmektedir(Donevvd., 2000). Bu tür bakımın kendine has bir geleneği bulunmaktadır ve tüm kültürlerin bir parçasını oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, geleneksel ilk basamağa ilgi göstermiş ve alternatif tıbbın nüfusun sağlık durumunun iyileştirilmesi için yararlı olabilecek büyük bir potansiyel içerdiğine dikkat çekmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, stratejisi “herkes için sağlık ve temel sağlık hizmetleri” kavramlarına, sorumluluk alma ve karar vermede onları etkinleştirmek ve güçlendirmek için bireylerin, ailelerin ve bir bütün olarak nüfusun sağlık eğitimi ihtiyacına ve öz bakımına yoğun ilgi göstermiştir(DünyaSağlıkÖrgütü 21, 1999;Kovačić, 2000;Dovijanic, 2003;17)

Beslenme, egzersiz, alkol tüketimi ve sigarayı bırakma gibi önemli yaşam tarzı konularında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tavsiyesi, kalıcı, tutarlı ve sürekli ise ve ailelere ve her düzeydeki topluluklara sunuluyorsa etkili olmaktadır (DünyaSağlıkÖrgütü21, 1999; DünyaSağlıkÖrgütüGeneva, 2002).

*Birincil profesyonel (tıbbi) bakım*, hasta bireye kalifiye sağlık profesyonelleri (pratisyen hekim, aile hekimi veya hemşire) tarafından ayakta sağlanan sağlık hizmeti ile bireyin genellikle belirli semptomlar veya hastalık belirtileri ile “ilk temasının” bakımındır. Birincil profesyonel bakım seviyesi, bir doktor ve ekibini (hemşire, doğum görevlisi, evde ziyaret hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve bazen de bir fizyoterapist)içermektedir. Bu tür bakım için yönetim/bölge birimi yerel bir topluluktur ve nüfus büyüklüğü, bir aile hekimi veya aile doktoru başına 2000 kişiden, topluluk/belediye (sağlık istasyonu, sağlık merkezi) içindeki sağlık tesisi başına 10.000-50.000 kişi arasında değişmektedir. Birinci basamak profesyonel bakım ekibi, tıbbi bakımın (tanı, tedavi ve rehabilitasyon) yanı sıra sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik çeşitli faaliyetler yürütmektedir. Hekimin en yaygın rolü “öncül hizmet veren kişi” olarak daha geniş kapsamlı hastalıkları ve durumları tedavi etmek ve iyileştirmek için motive olduğu ve yetkilendirildiği anlamına gelmektedir.

*İkincil veya orta seviye bakım*, genel pratisyen veya birinci basamak profesyonel bakım seviyesi tarafından çözülemeyen daha karmaşık durumlar için “genel uzman doktor” tarafından verilen genel uzman bakımındır. Genel uzmanlar (cerrahlar, dahiliye uzmanları, jinekologlar, psikiyatristler vb.) genellikle bu tür bakımı ilçe veya il “genel hastanelerinin” uzmanlaşmış hizmetleri çerçevesinde yer almaktadır. İkinci basamak bakım için idari birim bir ilçedir ve nüfus büyüklüğü 100.000 ile 500.000 kişi arasındadır. Genel olarak hasta, genel pratisyen tarafından sevk yoluyla bakımın ilk sevk düzeyi olarak birincil profesyonel düzeyden ikincil düzeye yönlendirilmektedir.

*Üçüncül veya merkezi bakım düzeyi*, uzmanlaşmış kurumlarda son derece uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından (beyin cerrahları, plastik cerrahlar, nefrologlar, kardiyologlar vb.) sunulabilen, oldukça spesifik hizmetleri içeren alt uzman bakımındır. Aynı zamanda bu bakım türü insan sağlığı gücüne yönelik eğitim kurumlarıdır (üniversite hastaneleri, üniversite klinikleri vb.). Üçüncü basamak bakım düzeyi için idari birim bir bölgedir ve nüfus büyüklüğü 500.000 ile 5.000.000 kişi

arasındadır. Başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere bazı ülkelerde, bu bakım düzeyi ulusal düzeyle aynıdır. Bir hasta, birinci veya ikinci basamak bakımdan bu seviyeye sevk edilmektedir.

İkincil ve üçüncü basamak bakım, teknolojik temelli teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sağlayarak birinci basamak sağlık hizmetlerini desteklemektedir. Dünya Sağlık Örgütü, ikinci ve üçüncü basamak bakımın, birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından etkin bir şekilde gerçekleştirilemeyen işlemlere odaklanarak, birinci basamak bakımına daha açık bir şekilde hizmet etmesini ve desteklemesini tavsiye etmektedir. İkinci ve üçüncü basamak bakım tesislerinin nüfusa dayalı “bölgelendirilmiş” bir sistem ilkesine göre planlanması, pahalı teknolojilerin ve yüksek eğitilmiş uzmanlığının daha rasyonel kullanımına olanak sağlamaktadır (WHOHealth 21, 1999).

Genel sağlık bakım sistemlerinde çalışanların genel işlevleri şunlardır:

- Sağlık hizmetleri sunmak (çevre ve sağlığı geliştirme, hastalık ve yaralanmaların önlenmesi, birinci basamak, uzman tıp, hastane hizmetleri, belirli gruplara yönelik hizmetler, kendi kendine yardımın geliştirilmesi);
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı (fonların uygulanabilmesi, finansman tedariği);
- Sağlık kaynaklarının üretimi (sağlık tesislerinin inşası ve bakımı, ilaçların üretimi ve dağıtımı, alet ve ekipmanların üretimi, dağıtımı ve bakımının yapılması);
- Sağlık yönetimi insan kaynakları yönetimi (lisans eğitimi, lisansüstü eğitim);
- Araştırma ve geliştirme (sağlık yönetimi, teknoloji geliştirme, değerlendirme ve transfer, kalite kontrol);
- Ulusal Sağlık Sisteminin Yönetimi (sağlık yönetimi politikası ve stratejisinin geliştirilmesi ve uygulanması, bilgi, diğer sektörlerle koordinasyonun, faaliyetlerin düzenlenmesi ve sağlık yönetimi insan kaynaklarının fiziksel çevresel sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği).

Her ulusal sağlık sisteminin (Tulchinsky ve Varavikova, 2009) temel hedefleri bulunmaktadır. Bunlar:

- 1) Geniş bir sağlık hizmetleri yelpazesine evrensel erişimin sağlanabilmesi,
- 2) Ulusal sağlık hedeflerinin desteklenmesi;
- 3) Sağlık yönetimi ile ilgili durumgöstergelerinde iyileşme;
- 4) Bölgesel ve sosyo-demografik erişilebilirlik ve bakım kalitesinde eşitlik;
- 5) Maliyet sınırlaması ve kaynakların verimli kullanımı ile finansmanın yeterliliği;
- 6) Tüketici memnuniyeti ve birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısının seçimi;
- 7) Sağlayıcı memnuniyeti ve sevk hizmetlerinin seçimi;
- 8) İşveren veya ikamet yerini değiştirirken faydaların taşınabilirliği;
- 9) Kamu yönetimi veya düzenlemesi;
- 10) Yüksek kaliteli hizmetin teşviki;
- 11) Birincil, ikincil ve üçüncül bakım düzeylerinde kapsamı;
- 12) İyi geliştirilmiş bilgi ve izleme sistemleri;
- 13) Sürekli politika ve yönetim incelemesi;
- 14) Mesleki eğitim, öğretim, araştırma standartlarının teşviki;
- 15) Devlet ve özel hizmet sunumu;
- 16) Merkezi olmayan yönetim ve topluluk katılımı.

### **2.3. Hastane Yönetiminin Temel Özellikleri**

#### **2.3.1. Hastane Yönetimi**

Hastane yönetiminin amacı, sağlık ve tıbbi bakımın iyi bir ortamda sunulması için bireylerin, toplumların veya kurumların ihtiyaç ve taleplerini planlamak, yönlendirmek, denetlemek ve koordine etmektir (Kavuncubaşı, 2000). Bu konuda en önemli husus kaynakların kullanımı olup hastane yönetiminde kaynaklar ne kadar etkin ve verimli kullanılırsa o kadar başarı elde edilmektedir. Hastanelerin hizmet yönetimi boyutunu önemli kılan bir diğer özellik ise; hizmetin teknik kalitesi ile üretim sürecine girenler tarafından kendilerine sunulan süreçtir (Erbaş, 2013). Hastane yönetiminin diğer yönetimlerden farklı özelliklere sahip olması hastane yönetimini de

farklılaştırarak hastane yöneticilerinin niteliklerinin çerçevesini belirlemekte ve hastanelerin sağlık kurumları yönetimi konusunda eğitim almış kişiler tarafından yönetilmesi ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır (Ak ve Akar, 1988).

Hastane prosedürleri ile diğer prosedürler arasında önemli farklar bulunmaktadır (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002; Odabaşı, 2001). Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulup duyulmayacağını önceden bilmek mümkün olmamaktadır. Gerekğinde bu ihtiyaçlar gecikmeden ve ertelenmeden derhal tamamlanmalıdır. Hizmet sağlandığı anda kontrol edilmesi, araştırılması, geciktirme veya saklama işlevinin yapılmasıdır. Hizmet alan danışan/hasta o anda sağlık hizmetinin nicelik ve niteliğinin farkında olmamaktadır. Hizmeti alıp almamayı seçme şansı bulunmamaktadır. Hasta kişi ihtiyaçlarının bir an önce tamamlanmasını talep etmektedir.Çoğu zaman hatalar hakkında geri bildirim yapılmamaktave bu konuda eksikler ve yanlış uygulamalar belirlenememektedir. Bu süreçte zaman oldukça önemli olmakta ve bu nedenle hatasız bir hizmet sunulmaya özen gösterilmelidir.Sağlık yönetimi kavramı ve memnuniyet göreceli bir kavram olup kişiden kişiye değişebilmektedir. Sağlık yönetimi hizmeti, hizmet üretiminde en maliyetlisektördür. Bilim ve teknoloji alanlarında sürekli değişim ve gelişmeler yaşandığı için eşit ve kaliteli hizmet sunumu zorlayıcı şekilde sağlanmaktadır. Servis sağlayıcılar arasındaki eşitsizlik ve farklılıklar da bunu etkilemektedir. Sağlık yönetimi hizmetleri çoğu kişi tarafından karmaşık olarak tanıtılmaktadır.Fiziksel koşullar, bina yapısı, mimari özellikler, kullanım amacıfarklı olup temizlik ve hijyen kuralları diğerişletmelere göre daha büyük önem arz etmektedir.Dolayısıyla hastane yönetiminin amacı, hasta bakımı için hastane hizmetlerinin en uygun ve en ekonomik şekilde sunulmasını sağlamak, yöneticinin amacı ise hastanenin başarı kazanmış diğer sağlık yönetimi kuruluşlarına her yönden model bir kurum haline getirmektir (Mosadeghrad, 2014).

### 2.3.2. Hastane Yönetiminin Profesyonelleşmesi

Sağlık kuruluşlarının yönetimi, en karmaşık ve zor sistemlerden biri oluptionumların gelişmişlik seviyesi ile yakından ilgilidir. Özellikle kaynakları büyük ve artan oranlarda tüketen kompleks örgütlerin yönetim organizasyonlarında yer alan yöneticilerin bilgi, beceri ve yetenekleri hiç olmadığı kadar hızlı değişmektedir. Sağlık kuruluşlarının yönetiminin profesyonelleştirilmesi verimliliği artırmak ve kaynakların en iyi şekilde kullanılmasını sağlamaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca sağlık yönetimi işletmeciliği bir meslek olarak kabul edildiğinden insanlar bu mesleğe özel ilgi duymaktadır (Turan, 2011). Sağlık yönetimi işletmeciliği mesleği, toplumda daha fazla söz sahibi ve daha iyi toplum sağlığı sonuçları elde edebilmek için giderek daha önemli bir pozisyon olacaktır.

Ancak sağlık kuruluşlarının profesyonel yönetimin faydalarını gerçekleştirmek için bazı engeller bulunmaktadır. Bu engellerden birincisi, birçok sağlık hizmeti liderinin eğitiminde yeterli yönetim hazırlığının olmamasıdır. İkincisi ise sağlık yöneticisi rolünün tüm ülkelerde bir meslek olarak tanınmamasıdır (Leadership Competencies, 2015). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörü büyük miktarlarda yatırım kapasitesine sahip olmakla birlikte sağlık birimleri yöneticileri yeteri kadar eğitim almamaktadır. Ancak günümüzde hastane yönetimi ve yöneticisi kavramı önemli bir pozisyon olarak kabul edilmekle birlikte bu kavramların sürekli gelişen çağa uyum sağlaması gerektiği ve bu doğrultuda sağlık birimi yöneticilerinin modern ve etkili liderlik anlayışı ile hem tıp hem de sağlık yönetimi alanlarında profesyonelleşmeleri gerektiği anlaşılmaktadır. Profesyonel yönetime geçiş, hastanelerde yöneticilerin sorumluluklarının artması, sağlık harcamalarının artması ve sağlık kurumlarını daha karmaşık bir yapıya dönüştürmesinin etkisini yansıtmaktadır. Özellikle gelişen teknoloji ve hayat standartlarına paralel olarak son yıllarda profesyonel yöneticilik anlayışının daha da önemli hale geldiği görülmektedir (Can ve İbicioğlu, 2008). Bu dönemin öne çıkan özelliği yönetsel sorunların artmasıdır. Bu tür sorunların yönetici doktor ve yönetim organı tarafından çözülmesi imkânsız hale gelmiştir. Bu gelişmenin bir sonucu olarak günümüz anlamında profesyonel yönetim ihtiyacı hissedilir boyutlara ulaşmıştır. Özellikle 1950-1980 yılları arasında sağlık harcamalarında yaşanan artış, tıp yönetimi ve sağlık

çalışanlarının hâkim yönetim biçiminden profesyonel yönetim yapısına geçmesi profesyonel hastane yönetiminin gücünü artırmıştır (Kavuncubaşı, 2000).

Son yıllarda gelişen teknolojik imkanlarla birlikte özellikle gelişmiş ülkelerde hastane yönetiminde de büyük gelişmeler kaydedilmiştir. Bu kapsamda alt birimlere ayrılan hastanelerde her birim kendi yönetimine sahip olmaktadır. Hasta bakım komitesi bölümler arası ilişkileri sağlayarak hastane işleyişini kolaylaştırmaktadır (Şahman, 2008). Bununla birlikte hastane yönetimlerinin başında mütevellî heyeti adı verilen kurul ve bu kurulun alt biriminde iki müdürlük bulunmaktadır. Mu müdürlüklerden biri yalnızca sağlık personelinin idaresinden sorumlu olan başhekimdir. Kıdemli, tıbbi konuların yönetimi ve koordinasyonundan sorumludur. İkinci müdürlük ise hastane idari işlemlerinden, işleyişinden ve finansal yönetiminden sorumlu müdürlüktür.

### **2.3.3. Hastane Yönetimi Konsepti**

Hastaneler, çok dinamik bir ortamda hizmet sunan karmaşık kuruluşlardır. Hastanelerin sağlık sektöründeki durumu, hastanelerin karmaşık yapısı ve farklı özellikleri göz önüne alındığında bu kurumların profesyonel yönetimi bir zorunluluktur. Yukarıda sayılan sebeplerin bir sonucu olarak hastane işletmeciliği farklı bir yönetim disiplini olarak doğmuş ve gelişmiştir. Hastane yönetimi kavramı genel olarak sistematik sağlık faaliyetlerinin koordinasyonu olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerin hedeflerinin ekonomik, verimli ve etkin bir şekilde gerçekleştirilebilmesi adına planlama, organizasyon, yürütme, koordinasyon ve denetim işlevlerine ait kavram, ilke, teori, model ve tekniklerin bilinçli olarak uygulanması büyük önem taşımaktadır.

Hastane yönetimi, kapsamı çok geniş olan ve farklı açılardan tanımlanabilen bir kavram olup esas olarak hastanenin tüm yönlerinin yönetimi ve koordinasyonu ile ilişkilidir. Bu kavram hasta bakımı, kayıt tutma, ilaç envanteri ve hijyen, temizlik ve teknik donanım gibi uygulamaları içermektedir. Bu bağlamda hastane yönetimi profesyoneli olabilmek, hastanenin her bir unsuruna ayrı ayrı özen göstermeyi gerektirmektedir. Aynı zamanda hastane yönetiminin alt birimlere ayrılarak yönetilmesi, birimler arasında ve üst yönetimle doğru koordinasyon ve iletişimin sağlanması sürdürülebilir yönetim anlayışının gelişmesine katkı sağlamaktadır.

Hastane yönetiminin en önemli özelliğihastanenin tüm yönlerinin ve fonksiyonlarının güncel tutulmasını sağlamaktır. Bu tüm hastaneler için oldukça önemlidir. Özellikle teknolojik gelişmelerin yakından takip edilmesi ve hastane uygulamalarına yansıtılması hem hasta tedavi süreci için hem de sürdürülebilir hastane yönetimi için büyük önem taşımaktadır. Özellikle hastalığın erken teşhisinde ve tedavisinde hayati faydalar sağlayan tıbbi gelişmeler, teknolojik cihazların sağlanması ve hastane bünyesine katılması yönetiminin en önemli gereksinimidir (Ağırbaş, 2016).

Ayrıca gelişen bilişim teknolojileri kullanılarak birimler arası iletişimin hızlı ve kolay sağlanması, hasta kayıtlarının düzenli kaydedilmesi ve korunması, tahlil ve tetkiklerin güvenilir olması gibi uygulamaların hastane bilgi sistemine entegre edilmesi yönetim uygulamalarını başarılı kılmaktadır.

#### **2.3.4. Hastane Yönetiminin Tarihçesi**

Hastane yönetimi dünya çapında yeni bir meslektir. Tarihsel sürece bakıldığında ilk hastanenin kiliseler tarafından yönetildiği görülmektedir. Sonraki yıllarda sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı nedeniyle bu yönetim sağlık profesyonellerine devredilmiştir. Genellikle hekimler arasından seçilen başhekim hastane yönetiminde tam yetkili kişi olmuştur. Ancak bu uygulamanın yetersiz olduğunun anlaşılması üzerine Amerika Birleşik Devletleri'nde 1910 yılında sağlık eğitimi süreci başlamış ve bu konuda bilgili ve nitelikli personel yetiştirmek üzere eğitim modeli geliştirilmiştir. Amerikan Cerrahlar Akademisi 1920 yılında her hastaneye bir yönetici atanması ve 1932 yılında Hastane İşletmeciliği Okulu'nun kurulması bu konuda yapılan ilk çalışmalar olmuştur. 1950'li yıllarda hastane yönetimi mesleği küreselleşme ile yaşanan gelişmelerle birlikte evrilerek hastane yönetiminin özel uzmanlık alanı olduğu belirtilmiştir(Ak, 1990).

Sağlık yönetiminde en yaygın uzmanlık alanı hastane yönetimidir ve bu alanda hastane işletmeciliği adı altında eğitim programları düzenlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1910'larda özel bir eğitimi yönetmek için bir hastanenin gerekli olduğu fark edilmiştir. 1929 yılında Michael Davis'in "Hospital Administration: A Career" adlı kitabı bu konuda farkındalık yaratmıştır. 1934 yılından itibaren bu eserde vurgulanan görüşler eğitim dünyasında kabul görek üniversitelerde lisans hastane işletmeciliği programları başlatılmıştır. Bu gelişmenin ardından çeşitli sağlık



programları açılarak 100'den fazla sağlık yönetimi ile ilgili birimler açılmıştır (Sarvan, 1994).

1934 yılında Chicago Üniversitesi İşletme Yüksek Lisans Okulu'nda "Hastane Yönetimi Yüksek Lisansı" adı altında yüksek lisans programı açılmıştır. Hatta çeşitli hastane ve kliniklerde programın kurucusu M. M. Davis özel danışman olarak görev yapmıştır. Davis'e (1984) göre sağlık sektöründe başarılı bir yönetim ancak donanımlı ve yetenekli yöneticilerin bilgilerin herkese sunulmasıyla değiştirilebilir. Bu meslek grubuna üniversitelerde sistematik ve kapsamlı bir eğitim verilmesi büyük önem taşımaktadır.

Gelişmiş ülkelerde İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra bu alanla ilgili disiplinlerde bilimsel anlamda büyük gelişmeler kaydedilmiş ve birçok üniversite sağlık yönetim alanlarında lisans ve lisansüstü programlar geliştirerek ülkenin sağlık sistemlerine olumlu katkıda bulunabilecek her düzeydeki yöneticileri yetiştirmek için eğitim modelleri geliştirmiştir (Şahman vd., 2008). Resmi yönetim eğitimi 1948 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulan Sağlık Yönetimi Üniversite Programları Birliği (AUPHA) sağlık yönetimi eğitimine rehberlik etmek amacıyla kurulmuştur. Sağlık yönetimi, eğitimde mükemmelliği teşvik ederek sağlığı iyileştirmeye kendini adanmış kolejler, üniversiteler, fakülteler, bireyler ve kuruluşlardan oluşan küresel bir ağdır. Bu kuruluş sadece ülke içinde değil, uluslararası boyutta da eğitim konusunda çalışmalar yapmaktadır. Günümüzde 500'ün üstünde üniversite ve eğitim kurumu ile 160'a yakın eğitim programı üyesi sunan bu organizasyonun bir üyesidir (AUPHA, 2018).

### **2.3.5. Hastane Yönetiminin Gelişimi**

Hastane yönetimi kavramı 1970'li yıllara kadar denetimle birlikte değerlendirilmekte ve yöneticiler çalışma sürecinin denetimini yönetim kavramının ana noktası olarak belirleyerek yönetimi bu anlayışa göre uygulamışlardır. Çalışanların faaliyetlerini denetlemeye dayalı yönetim anlayışının bir sonucu olarak, çalışanların elde ettiği başarı tedirginliğe dayanmaktaydı. 1980'lerden itibaren denetime dayalı yönetim modelinin yerini liderlik modeli almıştır. 1980'lerde yöneticiler, teknik beceriler, yönetim becerileri ve liderlik becerilerinin etkin yönetimin kilit noktaları olduğunu kabul etmişlerdir. Etkili liderlik modeli uygulayabilen yöneticiler, çalışanlarını yönlendirebilen, güven ve kararlılıklarını

göstererek sorunları çözebilen, işlevsel yaklaşımlarlabelirlenen hedeflere yönelebilen ve yöneltebilen yöneticiler haline gelmişlerdir (Özgen ve Öztürk, 1992).

Hastane işletmeciliğinin gelişmesine ve meslek olarak kabul görmesine katkı sağlayan önemli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler arasında sağlık sektörü harcamalarının artırılması ilk sıradadır. Sağlık sigortasının yaygınlaşması, sağlık sektöründe artan rekabet, sağlıkla ilgili etkinlik ve kalitenin artması da bu faktörler arasında yer almaktadır(Kavuncu başı, 2000).

### **2.3.6. Hastane Yönetimi ve Yöneticilerinin Özellikleri**

Hastanelerde verilen hizmetler, tüm hastaların, fonksiyonel birimlerin ve farklı branşlarda çalışan çalışanların beklenti ve ihtiyaçlarına göre planlanmaktadır. Bu nedenle başarılı ve ikna edici bir kişilerarası iletişim süreci sağlamak için çalışanlar arasında çağdaş bir yönetim ilkesine ve bunu uygulayacak işlevsel yöneticilere sahip olmak gerekmektedir. Sağlık sektöründe hastane işletmeciliğini bir işlev olarak özel kılan şartların oluşturulması hastane işletmeciliği mesleğini daha da önemli kılmaktadır (Seçim, 2011). Bu şartlardan ilki, insana sunulan sağlık sektörü hizmetlerinin bireyselleştirilmesidir. Her birey için özel olarak tasarlanan bireysel sağlık hizmetlerinin oluşturulması zorunluluğubu tür yönetimleri daha karmaşık hale getirmektedir. Diğer bir özelliği ise sağlık yönetiminin çok çeşitli organizasyonları ve farklı uzmanlık dallarını içermesidir. Sağlık sisteminde sağlık yöneticileri, doktor, hemşire gibi sağlık çalışanları, politikacılar ve sivil toplum kuruluşları birlikte ekipler halinde çalışmak ve sağlık hizmetlerinin sorumluluklarını yerine getirmek zorundadır. (Johnson, 2005).

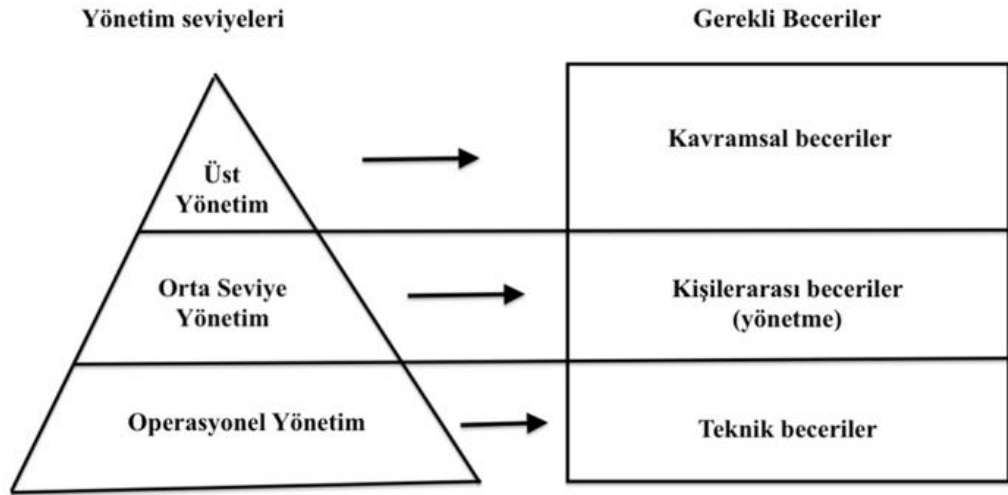
Topluma kaliteli hizmet verebilmek için sağlık yönetiminde farklı disiplinlerden kişilerin çalışması vazgeçilmezdir. Sonuç olarak, çağdaş yönetim uzmanlaşmaya devam etmelidir. Günümüzde tüm hizmetleri tek başına idare etme becerisine sahip, bilgili, nitelikli, çok yönlü yönetici tipi bulunmamaktadır. Ancak başarılı hizmet ve yönetimin anahtarı, üst yönetim elemanlarının ve liderlerin yetkilerinin bir kısmını veya çoğunu uzmanlaşmış alt bölümlerle paylaşmasıdır (Karakılçık, 1994).

Hastanelerin çoğunlukla bilimsel olarak değil, çoğunlukla iş kurallarına göre yönetildiği görülmektedir. Yeterince işletmecilik yeteneğine ve niteliğine sahip olmayan yöneticilerin varlığı kurumla ilgili konuların bilinmemesi, hastanelerde bilimsel ve çağdaş yönetim ilkesinin uygulanmaması gibi durumların bir sonucu

olarak ortaya çıkmaktadır. Kurumsal uygulama ve faaliyetlerde hastane yöneticileri bir takım etik kurallara uymak zorundadır. Sağlık otoriteleri tarafından belirlenen bu etik kurallara uygun davranmak hastaya, kuruma, personele, kendi mesleğine ve topluma karşı görev ve sorumlulukların bir gereği olarak görülmelidir. Bu bağlamda hastane yöneticilerinin toplumun hemen her kesimine karşı sorumlulukları bulunmaktadır (Kavuncubaşı, 2000). Yöneticiler, bu sorumlulukları yerine getirmek için kendi özgür iradeleriyle veya zorla, etkin ve verimli bir şekilde çalışmalıdır. Bu çerçevede sağlık sektöründe profesyonel hastane yöneticilerine olan talep her geçen gün daha da artmaktadır.

Profesyonel yöneticiler, çalıştığı işletmede kontrol çıkarı olmayan kariyer sahibi kişilerdir. Profesyonel yöneticiler sorumluluklarını çalışanlar, hissedarlar ve halk olmak üzere üç gruba karşı gerçekleştirmektedir. Gelişen teknoloji ve daha karmaşık organizasyonlar ile profesyonel yönetici giderek daha yaygın hale gelmektedir. Profesyonel yönetici, her türlü organizasyonu ustalıkla yönetmek için yeterli deneyime sahip eğitilmiş bir uzmandır, insanları, aynı zamanda malzeme kaynakları ve üretim faktörlerini de yönlendirir. Yöneticilik, belirli amaçlar için bir grup insana ulaşmak üzere uyumlu ve ekip ruhuna dayalı bir organizasyondur (Erol, 2003).

Profesyonel bir hastane yöneticisinde bulunması gereken nitelikler teknik beceri, kişilerarası beceriler (yönetme), kavramsal beceri olarak bir bütün şeklinde incelediğinde; işle ilgili bilgi, araç ve teknikleri kullanma becerisi ve teknik becerilerin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Kavramsal beceriler, yönetim ve finans hakkında yeterli bilgi olduğu anlamına gelmektedir. Bu kavramların yönetimdeki önem sırası Şekil 4'de şu şekilde belirtilmiştir:



**Şekil 4.**Farklı Yönetim Seviyeleri için Gerekli Beceriler (Katz, 1974).

Hastane yönetiminin profesyonelleşmesi, üst yönetimden birinci düzey yönetime kadar uygulanması gereken zaman alıcı bir döngüdür. Hastane yönetiminde yer alan kıdemli hekimin, hastane yöneticisinin, yönetim kurulunun, profesyonelleşmiş üst yönetimin, hastane personeline kurum misyon ve kültürüne bağlı kaldığının, yani hastane kaynaklarının finansal yönetimi sağlamadaki sorumluluğunun bilincinde olmasını gerektirmektedir. Yönetimin yetki devrini gerçekleştirerek iş bölümü yapma ve kurumun amacı için insan sağlığına hizmet etmesi, hastanenin hizmet kalitesini en üst sınırlara taşınması ve yukarıdan aşağıya uygulaması gerekmektedir (Gökçora, 2005). Yönetim ve çağdaş işletmecilik eğitimi almış bazı doktorlar, sağlık kurumlarını profesyonel yöneticiler olarak yönetmeye yetenekli olsalar da yönetimde tam sorumluluk almak için mesleklerinden ayrılamazlar. Sonuç olarak yöneticilik ek bir iş değil bir meslek olarak kabul edilmelidir (Hayran, 2007).

Başarılı bir yönetim için profesyonel hastane yöneticileri, hastane personeli arasında bütçe yönetimi, planlama ve pazarlama yönetimi faaliyetlerinde işbirliğini sağlamak için aktif bir bilgi akışı, bilgi paylaşımı ve etkin bir yetki transferi uygulaması sağlayan stratejiler geliştirmelidir (Walper, 1995). Hayran (2007) tarafından yapılan bir çalışmada yönetim ve tıp arasındaki farklar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Yöneticiler ve doktorlar arasındaki farklar Tablo 1'de şu şekilde genellenmiştir:

**Tablo 1.**Yöneticiler ve İdari Doktorlar Arasındaki Farklar (Hayran, 2007)

Yöneticiler	İdari Doktorlar
Birçok alanda bilgi sahibidirler.	Onlar uzmandır
Kişileri denetlerler.	Denetlenmezler
Kuralları onlar oluşturur.	Kural koymazlar, daha esnektirler.
Farklı insan gruplarıyla uğraşırlar	Hastalarına yoğunlaşırlar
Mantıklı kararlar verirler	Duygusal kararlar verirler
Gerçekçidirler	İdealisttirler
Kurumu temsil ederler	Kendileri kurumdan önce gelir.
Maliyet kontrolüne önem verirler	Mali işlerle ilgilenmezler

Yukarıda da belirtildiği gibi bir başhekim, bir hastane müdürü, bir yönetim kurulundan oluşan profesyonel üst yönetimin görevleri şunlardır(Hayran, 2007).

- Hastanede etkili bir organizasyon yapısı oluşturmak.
- Hastane amaç, vizyon, felsefe ve kültürünü tüm hastane çalışanlarına benimsetmek.
- Gerektiğinde kamu politikası, çevre sorunları ile bunların etkileri ve ihtiyaçları hakkında ilgili birimleri bilgilendirmek.
- Hastane kaynaklarını doğru yönetmek.
- Hastanedeki insan kaynaklarının önemini vurgulamak ve desteklemek.

#### **2.4. Türk Sağlık Sisteminin COVID-19 Pandemi Süreci Performansına Bakış**

Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılının sonlarında ortaya çıktıktan sonra hızla tüm dünyayı etkileyen COVID-19 salgını ile gerçekleşen pandemi sürecinde ülkelerin, uluslararası kuruluşların ve sağlık otoritelerinin planları kamuoyu tarafından dikkat edilerek takip edilmiştir. Şüphesiz COVID-19 pandemi sürecinin etkileri yalnızca

sağlık alanında değil toplumsal her alanda yaşanmıştır. Özellikle ekonomi ve sosyal alanlarda önemi değişiklikler gerçekleşmiştir. Aynı zamanda bu süreç sağlık sistemdeki rutini, kuralları, alışılmış kalıpları kıran ve dünyadaki hâkim sağlık sistemini sorgulayan bir dönemin başlangıcı olmuştur. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde ve sağlığı geliştirmede devletin rolünü vurgulayan sağlık sistemi modeli, COVID-19 pandemisinde çok başarılı olamamıştır. Salgın sürecinde yaşanan gelişmeler, devletin sağlık hizmetlerindeki görev ve sorumluluklarını, halk sağlığı hizmetlerinin önemini ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini gündeme getirmiştir.

COVID-19 pandemi sürecinde, virüsün türüne ve taşıyıcının yaşına göre mortalitesi yüksek, semptomları ağır seyredebilecek bir hastalık gözlenirken sağlık yönetimi sisteminde aşırı yoğunluk ve karışıklık yaşanmıştır. Buna ek olarak, virüs salgının hala etkili tedavisi bulunmamakla birlikte bu durumun tüm dünyada ve Türkiye'de hissedilen tıbbi, sosyolojik, psikolojik ve makroekonomik sonuçları bulunmaktadır (Temel ve Ertin, 2020). Hızla sınırları aşarak tüm dünyaya yayılan bu salgında küreselleşmenin etkisi de oldukça fazla hissedilmiştir. Salgının olumsuz etkileri yalnızca sağlık alanında olmamış küresel ölçekte özellikle ekonomik ve sosyal açılardan büyük hasar neden olmuştur (Çınarlı, 2005).

Salgının ortaya çıkmasından sonra yaşanan pandemi sürecinde ülkeler bazında alınan tedbirler arasında; uçuş kısıtlamaları, uçuşların kademeli olarak durdurulması, başka ülkelere gelen kişilerin ülkeye girişlerinde 14 günlük izolasyon ve semptom izleme uygulanması, maske kullanımı, hijyen kuralları kapsamında çevre temizliğine dikkat edilmesi, toplu taşıma araçlarındaki kısıtlamalar, sosyal mesafe tedbirleri ve sokağa çıkma kısıtlamaları gibi bireysel ve toplumsal tedbirler uygulanmıştır. Bu tedbirler çerçevesinde çok sektörlü bir yaklaşımla aksiyonlar uygulanarak toplum geneline yayılmıştır (Demirbilek vd., 2020). Tüm dünyada Dünya Sağlık Örgütü, UNESCO ve UNICEF gibi uluslararası kuruluşlar, ulusal sağlık birimleri ve yerel yönetimler, araştırma ve uygulama merkezleri salgınla mücadelede operasyonel faaliyetler yürütmüşlerdir (Koçak ve Kayaaslan, 2020). Salgınla mücadelede bu tür kurumların yükünü azaltmak için vaka tespiti, karantina önlemleri, doğru tedavi yaklaşımları, ilaç stokları, geliştirilen aşı uygulamaları ve toplum iş birliği konuları bu süreçte oldukça önemli konular olmuştur (Akın ve Gözeli, 2020).

Pandemi sürecinde sağlık sistemlerinde yaşanan eksiklikler ve aksiyonlar özellikle sağlık sektöründe küresel ölçekte yeni modeller geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Ülkelerin salgınla mücadelesi ve bu mücadelenin etkinliği farklı farklı olmuştur. Örneğin salgının ilk çıktığı yer olan Çin'de salgınla mücadelede alınan tedbirler nedeniyle %90 oranında düşüş yaşanırken, Avrupa'daki birçok ülkede salgına karşı alınan önlemler kültürel, sosyal ve siyasi faktörlerin etkisiyle etkili olamamıştır. Türkiye'de ilk kez 2019 yılı Mart ayında görülmeye başlanan COVID 19 salgını tüm dünyada olduğu gibi hızla ülke geneline yayılmış ve salgına karşı hem politik hem de sosyal önlemler alınmıştır. Özellikle sağlık birimlerinde yaşanan aşırı yoğunluk, yoğun bakım ünitelerinin zaman zaman yetersiz kalması, sağlık çalışanlarının iş yükünün fazlasıyla artması bu süreçte yaşanan önemli sorunların başında gelmektedir (Remuzzi, 2020).

#### **2.4.1. Covid-19 Pandemisinin Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri**

COVID-19 salgınının hızla tüm dünyaya yayılmasının ardından Dünya Sağlık Örgütü tarafından tüm dünyada pandemi ilan edilerek küresel ölçekte tedbirler alınmıştır. Ülkemizde ise özellikle salgın sürecinin belirsizliği ve salgınla mücadelede belirgin tedavi planının olmaması mücadele sürecinde en önemli engeller olarak görülmektedir. Yaşanan toplumsal, sosyal ve ekonomik etkilerin hem kısa hem de uzun vadede etkilerinin devam edeceği tahmin edilmektedir. Genel olarak bu çalışma kapsamında bu salgın ve pandemi sürecinin sağlık sistemi üzerindeki etkileri ile pandemi ve sağlık birimlerinin performans ilişkisini değerlendirmek amaçlanmaktadır.

Pandemi sürecinde vakaların çok fazla olması nedeniyle sağlık birimlerinde yaşanan yoğunluk hem tıbbi malzeme hem teknik donanım hem de sağlık çalışanı açısından yeterliliği gündeme getirmiştir. Sağlık birimlerinde vaka sayısının çokluğu nedeniyle özellikle yoğun bakım ünitelerinin yetersiz kalması, sosyal izolasyon tedbirlerin tam anlamıyla uygulanamaması, yetersiz personel nedeniyle mevcut personelin daha yoğun çalışması, bunu yanında hem yoğun tempoda çalışmak hem de virüs salgınına birebir maruz kalmak sağlık sisteminin performansını doğrudan etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte toplumsal anlamda alınan sosyal izolasyon, karantina, maske kullanma ve hijyen gibi hayati önem taşıyan tedbirlerin eksik uygulanması ya da hiç uygulanmaması vaka sayısının artmasına dolayısıyla sağlık birimlerinin de yoğunluğunun artmasına neden olmuştur. Buna

karşın merkezi ve yerel yönetim birimleri arasında sağlanan koordinasyon sayesinde bu tür aksaklıkların hemen giderilmesi ve yapıcı tedbirlerin alınması salgınla mücadelede olumlu gelişmeler yaşanmasına neden olmuştur. Bütün bu gelişmeler göstermektedir ki günümüzde yaşanan salgına ve daha sonra yaşanabilecek olası salgınlara karşı hazırlıklı olmak için mevcut sağlık sistemlerinin geliştirilmesi, donanım açısından zenginleştirilmesi için yatırım ve kaynaklara ihtiyaç duyulmaktadır (Legido-Quigley vd., 2020).

2019 yılında başlayan COVID-19 salgını ve pandemi sürecinde sağlık sistemlerinin gelişmişliği ve etkinliği en önemli birincil konu olmuştur. Bu bağlamda ülkeler arasında sağlık sistemlerinin karşılaştırması yönünde bazı araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalardan birinde Kandel ve ark. (2020) 182 ülkenin sağlık sistemleri ile ilgili verileri karşılaştırdıkları çalışmalarında; 52 ülkede 1 veya 2 seviyeli önleme kapasitesi, 60 ülkede 1 veya 2 seviyeli müdahale kapasitesi, 81 ülkede 4 veya 5 seviyeli önleme kapasitesi, 78 ülkede 4 veya 5 seviyeli müdahale kapasitesi olduğu, 138 ülkenin de algılama boyutunda diğer boyutlara göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Ayrıca aynı araştırmada 44 ülkede halk sağlığı ve salgın hastalık risk ve vakaları için bir aktivasyon fonksiyonunun bulunmadığı, 102 ülkede 4 veya 5 seviyesinde aktivasyon kapasitesi olduğu, 32 ülkenin düşük operasyonel kapasiteye sahip olduğu, 104 ülkenin de özellikle herhangi bir salgını önleme ve kontrol etme açısından yüksek seviyede operasyonel kapasiteye sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde ise salgınları belirleme, müdahale etme ve önleme yetenekleri açısından ülkeler arasında büyük farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Araştırmada yer alan 182 ülkenin yarısında güçlü operasyonel hazırlık kapasiteleri olduğu ancak salgın için bu kapasitelerini tam olarak değerlendiremedikleri bunun için de yerel risk değerlendirmelerine ihtiyaç olduğu belirlenmiştir. Başka bir deyişle, salgın kontrolünde küresel ölçekte iş birliği ve kapasite geliştirme çalışmaları büyük önem arz etmektedir (Kandel vd., 2020).

Bir başka araştırmada Legido-Quigley ve ark. (2020) COVID-19 salgınından önce yaşanan H5N1 ve H1N1 gibi salgın süreçlerini değerlendirerek Hong Kong, Singapur ve Japonya örneğinde tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemi sürecinde yüksek performanslı sağlık sistemlerini karşılaştırarak değerlendirmişlerdir. Araştırmada; salgınla mücadelede bilgi kirliliğinin olumsuz etkisi olduğuna, toplumun



ve devletin birbirine olan güveninin salgın sürecini olumlu etkilediğine ve sağlık sisteminin diğer sistemlerle entegrasyonunun önemli olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre COVID-19 gibi bir pandemide bir sağlık sisteminin yüksek performansında 9 boyut öne çıkmaktadır(Legido-Quigley vd., 2020);

- Vaka tespiti, önlem ve izolasyon,
- Küresel çapta koordinasyon,
- Uygun, ücretsiz ve erişilebilir tedavi yöntemleri ve sosyal güvenlik,
- Kamu ve özel sağlık birimleri arasındaki koordinasyon ve teknik kapasitenin yeterliliği,
  - Yeterli ilaç, aşı ve maske, tulum, siperlik gibi kişisel koruyucu ekipmanlar,
  - Sağlık birimlerinde enfeksiyon önleme ve kontrol uygulamaları,
  - Doğru bilgi akışı ve koordinasyonlu sağlık veri sistemi geliştirme,
  - Risk ve kaygı yönetimi

Sonuç olarak yukarıda bahsedilen bu boyutlar ve unsurların varlığı salgınla mücadelede büyük önem taşımaktadır.

## **2.5. Pandemi Süreci ve Sağlık Sistemi Performansı**

Pandemi süreçleri ile mücadele etkinliği ile sağlık sistemlerinin performansı arasındaki ilişkiyi değerlendiren araştırmalara göre öncelikle sağlık performans düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılması gerekmektedir (Remuzzi, 2020; Chuang vd., 2015; Raofi vd., 2020). COVID-19 pandemisinde sistemler ve sağlık hizmeti sunumu ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeler sonucunda doğru politika ve uygulamaların geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık sektöründe ilk kez 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Dünya Sağlık Raporu (Dünya Sağlık Örgütü, 2000) ile gündeme gelen performans yaklaşımı ile sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve insan sağlığının iyileştirilmesi konularında Tallinn Sözleşmesi'nde bazı hedefler ortaya koymuştur. 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi üye ülkeleri tarafından kabul edilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2008). 2009 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Sağlık Raporu'nu yayınlamış ve bu raporda sağlık sisteminin performansının iyileştirilmesinin öncelikli amaç olması

gerektiği vurgulanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2009). 2008 yılında yayınlanan Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü(OECD-OrganisationforEconomicCo-operationand Development) Sağlık Sistemi Çalışmaları: Türkiye olarak adlandırılan rapor, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığa yaklaşımına göre performansta adalet ve ekonomik riskten korunma hedeflerini ortaya koymaktadır. Ayrıca raporda, Türk sağlık sisteminin diğer ülkelere kıyasla mutlak koşullar, adalet ve finansal riskten korunma açısından yüksek bir performans gösterdiği belirtilmiştir (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü, 2008).

İlk önce 20. yüzyılın sonlarına doğru ABD ve Avrupa'da benimsenen sağlık sistemlerinde performans yönetimi anlayışı hızla yayılarak pek çok ülkede sağlık uygulamalarına ve reformlarına yansıtılmıştır(Handler vd., 2001; Özcan, 2008). Özellikle bu anlayış çerçevesinde sağlık birimlerinde kurumsal yapı ve hizmet oluşumu performans anlayışına odaklanmıştır.Bu gelişmelerin ışığında performans yönetimi yaklaşımıTürkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından2003 yılındagerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda vurgulanmıştır. Bu çerçevede sağlık birimlerinin hizmet ve uygulamalarının koordinasyonu, finansal kaynakları, verimliliği, bireysel ve toplumsal sağlık seviyesinin artırılmasıamaçlanmaktadır.Bu bağlamdasağlık uygulamalarında yüksek performans elde edebilmek adına sağlık hizmetlerinde verimlilik, kalite ve erişim önemli araçlar olarak kabul edilmektedir(Sağlık Bakanlığı, 2003). Genel olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerini etkin, verimli ve adaletli organizasyon sağlamak, finanse etmek ve sunmak amaçlanmıştır (Ateş vd., 2007).

## **2.6. Kurumsal Yönetim**

Firmaların geleneksel anlamda üst düzey yönetici denetimleri, güncel veriler doğrultusunda onları yönlendirme ve kurum üzerinde hakları bulunan diğer çalışanlar, paydaşlar, kredi sağlayanlar, firmamın doğrudan müşteriplatformu ve kamuile ilişkiler bağlamında üst yönetimle olan ilişkilerinin tamamını içermektedir (Koçel, 2003). Dolayısıyla firmaların yöneticileri ve işletmeyekaynak tedarik edenler arasındaki ilişkilerin tamamı kurumsal yönetime dayanmaktadır.

Esasında en genel bağlamda kurumsal yönetim, bir yönetim anlayışını ortaya koymaktadır. Kurumsal yönetimin önemi özellikle geleneksel anlayışların yetersiz kaldığı ve istekleri karşılayamadığı durumlar idrak edildikçe kurumsal yönetim kavramı önemi daha da fazla artan bir süreç olarak ortaya çıkmaktadır.

Günümüzde hızla değişen teknoloji ve iletişimin yaygınlaşması giderek farklılaşan işletme istekleri, gelişmekte olan rekabet koşulları, kurumsal yönetim anlayışını bütünüyle içine alan bir tanımın yapılmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle kavramsal olarak kurumsal yönetim bağlamında farklı tanımlar yapılmaktadır.

Kuruluşlarda kurumsal yönetim uygulaması son zamanlarda hızla gelişmiş ve önemi tüm dünyada vurgulanmıştır. Örgütlerinde kurumsal yönetimin benimsenmesini henüz düzenlememiş olan ülkeler tarafından bile benimsenmiştir. Kurumsal yönetime olan küresel ilginin nedeni, bir firmanın faaliyet çerçevesini desteklemesidir. Bu nedenle, en geniş anlamıyla bir firmanın faaliyetlerinin etkin bir şekilde izlenmesi anlamına gelen ilke ve mekanizmaları kullanmaya kararlı olduklarından, kalite güvence uygulamasının benimsenmesi ve uygulanmasının sahiplerine fayda sağlaması beklenmektedir(La Porta vd., 2000).

Sonuç olarak, şirketlerde kurumsal yönetimin benimsenmesi ve uygulanması, bir yandan mevcut yatırımcılara, diğer yandan potansiyel yatırımcılara ilişkin kararlar üzerinde olumlu bir etki vermektedir (Hebble ve Ramaswamy, 2005). Worldcom, Enron ve Adolphia gibi büyük ABD firmalarının iflası ve çöküşü ve bu finansal felakete ilişkin kamuoyunun farkındalığı, yatırımcıların, iyi bir itibar elde etmek ve sürdürmek için iyi kurumsal yönetim uygulamalarına sahip oldukları bilinen kuruluşlar hakkında giderek daha fazla bilgi sahibi olmalarına neden olmuştur. Firmaların performansı üzerindeki etkisine ilişkin olarak kurumsal yönetimin açık ve önemli rolü vurgulanmaktadır (Alabdullah, 2016). Az sayıda akademik çalışma algılanan kurumsal yönetim anlayışını ve çalışanların performansı arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır, ancak elde edilen sonuçlar yetersiz kalmakta ve tartışma bu alanda devam etmektedir. Algılanan kurumsal yönetim ile firma çalışanlarının performansına ilişkin olumlu ve olumsuz görüşler bulunmaktadır (Alabdullah vd., 2016).

### **2.6.1. Kurumsal Performans Yönetimi**

Örgütlerin başarılı olması ve sürdürülebilir olmalarını sağlayan en önemli unsurlardan biri de kurumsal performans yönetimi yeteneğidir. İç denetim mekanizmalarının işletilmesi, örgüt içi iletişimin artırılması, çalışan ve yönetici arasındaki ahenk veya davranış bütünlüğü ile kurumsal anlamda ortak hedeflere yönelim akabinde o örgütün performansına olumlu olarak etki edecek önemli parametrelerdir. Bunun yanında ekonomik ve rasyonel stratejilerin belirlenmesi ile kalite ve maliyet açısından da örgüt performansını artmaktadır. Zaman zaman örgütsel performans ölçme yöntemleri kullanılarak insani ve mali kaynakların daha verimli hale getirilmesi sağlanmaktadır (Karaman, 2009).

### **2.6.2. Kurumsal Performans Ölçme ve Değerlendirme Düzeyleri**

Kurumlarda performans ölçümü gerek bireysel bazda gerekse kurumsal bazda uygulanabilenve topluma katkıları olan önemli bir yöntemdir. Yönetici ve çalışanlar arasında güçlü ve sağlıklı iletişimin kurulmasına yardımcı olmakta ve örgütün bütün paydaşlarının katkı ve sorumluluk almasını teşvik etmektedir. Örgütün stratejik hedeflerinin belirlenmesinde kurumsal performans ölçümü oldukça önemlidir. Bu sayede açık ve hesap verebilirlik kültürü oluşturulabilmekte ve örgütün zayıf ve güçlü tarafları belirlenebilmektedir (Karasoy, 2014).

Performans yönetimi ve değerlendirmeleri mikro ve makro düzeylerde performans yönetiminde bulunan önemli unsurlardır. Kurumların performans değerlendirmesi mikro düzeydedir. Örgütsel bağlılık çerçevesinde performans değerlendirmesi bireysel ve kurumsal olmak üzere iki ayrı düzeyde yapılabilmektedir. Bununla birlikte bireysel ve kurumsal değerlendirmeler ayrı ayrı gözükse de bunlar birbirlerini tamamlayan unsurlardır (Ateş ve ark., 2007).Kurumsal düzeyde çok daha geniş performans değerlendirme çalışmaları bulunmaktadır. Bunlar ulusal ve uluslararası çapta yapılan makro çalışmalardır.

Örgütsel yapılarda ilgili kurumun ortak hedefleri bağlamında çalışanların etkili ve verimli bir şekilde çalışıp çalışmadıklarını değerlendirmek adına bireysel performans değerlendirme yöntemleri kullanılmamaktadır (Ülgen ve Mirze, 2013). Bu yöntemle elde edilen sonuçlar bireylerin kurum içinde hedeflerine ne kadar ulaşabildikleri ve çalışmalarında ortaya koydukları iş kalitesini saptamaktadır (Badara ve ark., 2015). Genel değerlendirme kriteri ise belirlenen zaman içinde bireye verilen

görevin yerine getirilmesi ve bu görev sonucu ortaya çıkan verimliliklerdir. Bireyin kurumunda kendisinden beklenen görevler ile gerçekte ne ile iştirak ettiği karşılaştırılarak o çalışana ait performans sonucu belirlenmektedir. Kısaca bireyin kurumun toplam performansına yaptığı katkının ölçülmesi bireysel performans olarak tanımlanır. Bu yüzden bireysel performansın izlenmesi sonucu toplam kurumsal performansın değerlendirilmesi ve geliştirilmesi mümkün olmaktadır (İldır, 2008).

Performans yönetiminin diğer bir unsuru örgüt düzeyinde performans değerlendirmelerinin yapılmasıdır. Örgütlerin içinde yer alan alt birimler veya örgüt dışı başka kurumlarla kıyaslanabilen ölçeklerle yapılan performans göstergeleri aslında kurumların kontrol sürecini ele almaktadır. Performans değerlendirilmesi ile kurumsal bazda belirlenen hedeflere ne ölçüde ulaşılabildiği veya hedeflerden sapma düzeyleri belirlenmektedir. Kurumsal performans değerlendirmeleri yalnızca finansal göstergeler değil aynı zamanda diğer faaliyetlerinde değerlendirmesidir. Bu yüzden önceden belirlenen kurum stratejilerinin performans göstergelerine uygun olacak şekilde bağlanması büyük önem taşımaktadır (Koçel, 2015, s514).

### **2.6.3. Sağlık İşletmelerinde Kurumsal Performansa Etki Eden Davranışlar**

Örgütsel yapılarda insan kaynakları yönetiminin performans ve verimliliğin en temel kaynak olduğunu yönetim bilimi uzmanları ve bilim insanları vurgulamaktadırlar. Bu nedenle çalışanların iş tatmini ve örgütte bağlılıkları kurum performansına etki edecek en önemli faktörler olduğu belirtilmektedir (Chamanifard ve ark., 2015). Üst düzey yönetim örgüt paydaşlarının en verimli şekilde örgüte nasıl fayda sağlayacağını anlamak istemektedir. İş tatmini ve örgütsel bağlılık gibi fiziksel ve zihinsel refahın yanında verimli ve yenilikçi davranışların ve tutumların çalışanlar arasında yaygınlaşması kurum başarısını artırmaktadır. Bu yüzden çalışan personelin olumlu tutumları teşvik edilmeli ve zaman zaman kurumsal performans göstergeleri kontrol edilmeli ve kurum için yeni stratejiler belirlenmelidir. İş tatmini ve örgütsel bağlılık özellikle hastanede çalışan personelin tutumlarını etkilemekte ve hasta deneyiminin kalitesine doğrudan etki etmektedir. Sağlık hizmetleri personelinin tutum ve davranışları bu yüzden oldukça önemlidir(Chamanifard ve ark., 2015).

Literatürde geniş bir şekilde yer alan çalışmalarda, çalışan personelin deneyimleri ile örgütün çıktıları arasında doğrudan ve dolaylı birçok ilişki bulunduğu saptanmıştır. Sağlık sektöründe çalışanların kendi aralarındaki etkileşimleri, onların yönetilme şekilleri ve ortaya koydukları davranışların diğer sektör çalışanlarından daha iyi performans gösterdiklerini kanıtlayan pek çok çalışma bulunmaktadır (Powell ve ark., 2014). Özellikle insan kaynakları yönetimi bağlamında örgütsel yapılanmalar için çok faydalı çalışmalar bulunmaktadır. Geleneksel olarak kurum performansı mali yönden değerlendirme yaygın olmakla birlikte, kurumsal etkinlik ve mali performanstan oluşan iki boyutta ele almak kurum performansı için daha gerçekçi bir ölçüt olacaktır. Aynı zamanda verimlilik, kalite, işletme giderleri gibi birçok değişken de kurum performansı değerlendirmelerinde kullanılmıştır (Zhu ve ark., 2013).

Bu çalışmada örgütsel bağlılık ve iş tatmini unsurlarının kurumsal performansla etkileri değerlendirilmektedir.

## **2.7. Örgütsel Bağlılık**

Üç bileşenli örgütsel bağlılık modeli birçok araştırmada incelenmiş olup bu üç bileşen şu şekilde sıralanmaktadır:

1) *Duygusal bağlılık*: Örgüte karşı duygusal bağlılık; örgüt değerlerini kabul etmek ve o örgütte kalma eğilimi şeklinde tanımlanmaktadır. Duygusal bağlılığın ön koşulları;

a) *Kişisel özellikler*: Kişisel özelliklerin önemi, bu özelliklerin birçoğunun bağlılıkta artan veya azalan role sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nitelikler yaş, iş deneyimi, uzmanlık ve eğitim düzeyleri, cinsiyet (cinsiyet), ırk, medeni durum ve diğer kişisel faktörleri içermektedir.

b) *Rol ile ilgili nitelikler*: Çalışmalar, iş zenginleştirmenin mesleki zorlukları artırdığını ve artan bağlılığa yol açtığını göstermektedir. Bulgular ayrıca bağlılığın karşı rol ve rol belirsizliği ile ters orantılı olduğunu göstermektedir.

c) *Yapısal nitelikler*: Örgüt büyüklüğü, denetim kapsamı, süreklilik ve işin odağına ilişkin araştırmalar, örgütsel bağlılık ile bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığını kanıtlamaktadır. Steers ve ark. (2004) tarafından yapılan bir araştırmada, örgüt büyüklüğü ve denetim alanının bağlılıkla ilgisi olmadığı, işin formalite devamlılığı ve odaklanmanın bağlılıkla ilgili olduğu sonucuna varılmıştır.

d)İş deneyimleri: Bir örgütte kişinin çalışma hayatı boyunca yer alması ve sosyalleşme sürecinde veya çalışanın etkileme yeteneğinde temel güçler olarak kabul edilmesi ve çalışanların örgüte zihinsel bağlılıklarını etkilemesidir. Çalışanların meslektaşlarının olumlu tutumları hakkındaki duyguları, kişinin bağlılığı üzerinde etkili olabilmektedir.

2) *Normatif bağlılık*: Bir örgütü ve faaliyetlerini desteklemek için algılanan bir yükümlülük olarak tanımlanır. Normatif bağlılığın ön koşulları;

a) Aile, kültürel ve örgütsel etki yeteneği

b) Örgüt yatırımı

c) Hizmetlerin karşılıklı tazminatı

3) *Devam bağlılığı*: Bir örgütte kayıp maliyetlerin arttığını algılamaktan kaynaklanmaktadır. Maliyetler, iade edilemeyen bir proje veya işin masraflarını içermektedir. Dolayısıyla, bir kişinin devam taahhüdü varsa, bu tür maliyetlerin artmasına duyarlı olacaktır. Devam bağlılığının ön koşulları şunlardır:

a) Örgütteki yatırım ve kullanılan kaynakların miktarı ve büyüklüğü

b) Örgüt dışında iş imkanlarının olmaması

c) Duygusal, normatif ve bağlılık bileşenleri olarak devam bağlılığı kişinin örgütte kalma konusunda yükümlülük hissetmesi.

Örgütsel bağlılık, son kırk yılda incelenen en önemli değişkenlerden biri haline gelmiştir. Diğer tüm psikolojik yapılar gibi, evrensel olarak kabul edilmiş bir tanıma sahip olması oldukça zordur. Bununla birlikte, birkaç farklı şekilde tanımlanmış ve ölçülmüştür. Çeşitli tanımlar ve ölçüler, örgütsel bağlılığın çok olduğu veya bireyin örgütle bağlantısı olduğu konusunda ortak bir noktaya sahiptir.

Bununla birlikte kişinin üyesi olduğu örgütle özdeşleşmesinin ve katılımının görece gücü örgütsel bağlılık olarak tanımlanabilmektedir. Bu tanıma göre örgütsel bağlılık; örgütün amaç ve değerlerine güçlü bir inanç ve kabul; örgüt adına kayda değer çaba sarf etme istekliliği; örgüt üyeliğini sürdürmek için güçlü bir istek olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır.

## 2.8. İş Tatmini

İş tatmini, kişinin yaptığı işten tatmin olması gibi içsel duygular ile ücret, özlük hakları ve çalışma ortamı ilişkisi gibi dışsal çeşitli faktörlerinin etkisiyle olumlu yönde gelişen bir kavramdır (Rezaie veKhalilzadeh, 2009). İş tatmini, insanların işlerine karşı sahip oldukları olumlu tutum ve duyguların düzeyi anlamına gelmektedir. Bir kişi büyük bir iş doyumuna sahip olduğunu söylediğinde, işini sevdiği ve işine karşı bağlılıkhissettiği anlamı çıkmaktadır. İş doyumunu yüksek olan çalışanlar, fiziksel ve zihinsel olarak daha verimli çalışmaktadır (Moghimi, 2006).

İş tatmini alanında yapılan çeşitli araştırmalar, birçok değişkenin iş tatmini ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bazı akademisyenler iş tatminini iç ve dış rahatlığa, bazıları ise işin içeriğine bağlamaktadır(Koshki vd., 2009). Maslow bu memnuniyeti ihtiyaçlar açısından yorumlarken, diğer bazı konuların öncüllerinden, çalışan kişilerin algılarından, tutumlarından ve beklentilerinden etkilendiğini düşünmekte ve çalışma ortamı etkilerine odaklanmaktadır. George veJones, iş doyumunda dört ana faktörü; iş pozisyonu, sosyal etki, değerler ve kişisel özellikler şeklinde sıralamaktadır. İş tatmininde, işin kişiye kişisel veya özel değerlerini koruma fırsatı sağlayıp sağlamadığı oldukça önemlidir(Koshki vd., 2009).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 3.1. İstatistiklere İlişkin Bulgular

Geliştirilen araştırma modeli ve tanımlayıcı istatistiklere ait bulgular ve bulgular bu bölümde sunulmuştur.

##### 3.1.1. Verilerin Analizi

Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik niteliklerine ait veriler Tablo 1’de gösterilmiştir.

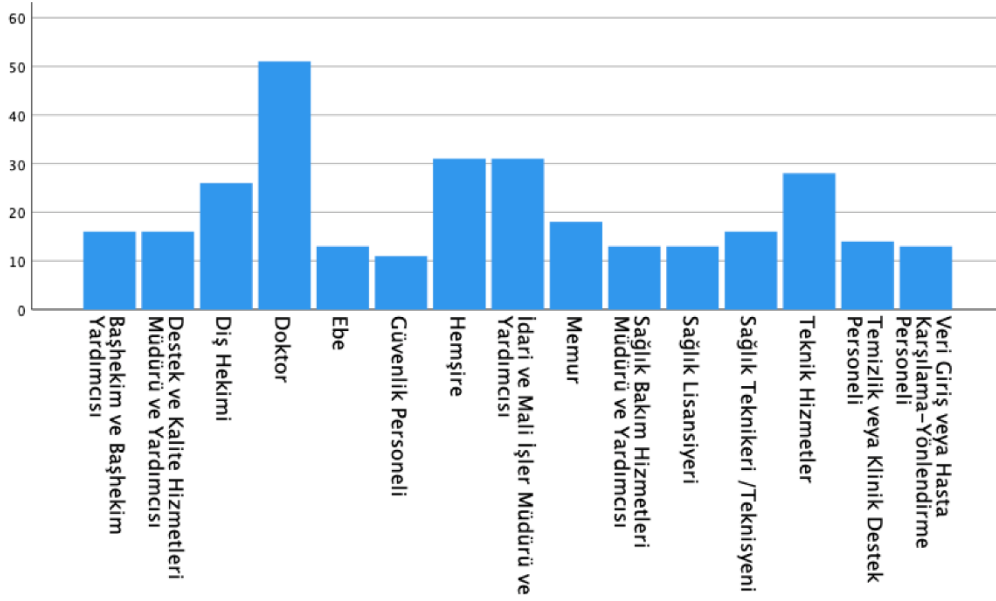
Buna göre; cinsiyet dağılımının birbirine yakın olduğu ve örneklemin genç bir kitleyi temsil ettiği (25- 54 arası yaş grubu oranı %93,1) görülmektedir. Eğitim düzeyi açısından bakıldığında, örneklemin lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimi almış olanların toplam büyüklüğü % 67.4 gibi bir orana ulaşmaktadır ki bu büyüklük yüksek bir düzeyi ifade etmektedir. Bu bağlamda örneklemin görece olarak eğitilmiş bir katılımcı kitlesinin olduğunu söylemek mümkündür.

Toplam çalışma sürelerine bakıldığında ise örneklemin yaklaşık 1/3’ünün 6 yıl ve üzeri tecrübeye sahip olduğu ve önemli bir büyüklüğün de 11 – 20 yıl çalışma tecrübesi bulunduğu anlaşılmaktadır. Bu iki grubun toplam oranı %76.1 gibi yüksek bir düzeydedir. Çalışma hayatının ve dolayısıyla örgütsel yaşamın ilk safhalarında olan ve dolayısıyla görece olarak az tecrübeli olan kitle ise örneklemin % 15,2’lik bir büyüklüğünü oluşturmaktadır.

**Tablo 2.** Örneklemin Demografik Görünümü

		n	%
Cinsiyetiniz	Erkek	129	41,6
	Kadın	181	58,4
Yaşınız	25-30	59	19,0
	31-36	90	29,0
	37-42	71	22,9
	43-48	54	17,4

		49-54	15	4,8
		55 yaş ve üzeri	21	6,8
Eğitiminiz		Ön Lisans	101	32,6
		Lisans	121	39,0
		Yüksek lisans	63	20,3
		Doktora	25	8,1
İşyerinizde Çalışma Süreniz		1 yıldan az	53	17,1
		1-5 yıl arası	116	37,4
		6-10 yıl arası	98	31,6
		11 yıl ve üstü	43	13,9
Toplam Çalışma Süreniz		1-5 yıl	47	15,2
		6-10 yıl	83	26,8
		11-15 yıl	104	33,5
		16-20 yıl	49	15,8
		21 ve üzeri	27	8,7
Çalıştığınız iş yeri		Sadi Konuk Devlet Hastanesi	99	31,9
		Bahçelievler Devlet Hastanesi	78	25,2
		Aile Özel Hastanesi	71	22,9
		Medical Park Bahçelievler Özel Hastanesi	62	20,0



Şekil 5. Katılımcıların Ünvanlarına Göre Dağılımı

### 3.1.2. Temel Bileşenler Faktör Analizi ve Sonuçlar

Araştırma modelinde 3 temel değişken arasındaki ilişki ele alınmaktadır. Bunlar; AKPY: Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi, İŞ: İş Tatmini, ÖB: Örgütsel Bağlılık değişkenleridir. Bu üç değişkenden ikisi olan iş tatmini ve örgütsel bağlılık değişkenleri literatürde daha önceden yapılmış çeşitli çalışmalardan elde edilen ve araştırma modeline dahil edilen değişkenlerdir. Araştırma modelinin bağımlı değişkeni olan ÖB: Örgütsel Bağlılık ise faktör analizine tabi tutulmuştur. Literatürde çeşitli ve görece olarak farklı ÖB: Örgütsel Bağlılık ölçekleri bulunmakta ve bu ölçeklerden kaynaklanan boyutlar kısmi olarak çeşitlilik göstermektedir. Dolayısıyla, alt boyutlar hakkında kuvvetli ve yaygın bir ilişkiden söz etmek mümkün değildir. Bu nedenle bu çalışmada ÖB: Örgütsel Bağlılık bağımlı değişkenini oluşturan 18 ifadeye “Temel Bileşenler Faktör Analizi” uygulanarak bu değişkenin hangi boyutlardan oluştuğunu görmek ve araştırma modelinin analizine bu boyutları dikkate alarak devam etmek amaçlanmıştır. Faktör analizi yapılmasının en önemli nedeni; söz konusu değişkeni ölçmeye çalışan çok sayıdaki ifadenin kendi içlerindeki benzerliklerini anlayabilmek ve bunları daha az sayıda gruplarla ifade edebilmektir. Aynı zamanda burada ortaya çıkan faktör skorları bir sonraki aşamada regresyon analizinde de kullanılabilirdiği için temel bağımlı değişkeni hangi düzeyde açıklayabildiği de daha net olarak anlaşılacaktır.

İstatiksel bir teknik olan faktör analizi sayesinde benzer özellikleri ölçen değişkenler az sayıda faktör ile açıklanabilmektedir. Bununla birlikte maddelerin faktör yük değerleri kullanılarak ölçmek istenen kavramları tanımlama süreci ya da ortak faktör gibi yeni değişkenler belirlenebilmektedir (Büyüköztürk, 2017).

Yapılan araştırmalarda elde edilen veri grubunun faktör analizine uygunluğunu değerlendiren çok sayıda faktör çıkarma modeli geliştirilmiştir (Erkuş, 2016). Korelasyon matrisinin oluşturulması, Barlett testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testleri bu modeller arasında yer almaktadır. Bu bağlamda araştırma verilerinin faktör analizine uygunluğu analiz edilmiştir.

**Tablo 3.** Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett Testi Sonuçları

		<b>1. Boyut</b>
<b>Kaiser-Meyer-Olkin</b>		0,829
<b>Barlett Testi</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	950,621
	<b>Sd</b>	435
	<b>P</b>	,000

Kaiser-Meyer-Olkin değerleri; 0,50'nin altı ise kabul edilemez, 0,50 zayıf, 0,60 orta, 0,70 iyi, 0,80 çok iyi ve 0,90 mükemmel olarak değerlendirilmektedir (Sharma, 1996). Tablo 3'e göre Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0.829 (çok iyi) olarak belirlenmiş olup bu değer veri setinin faktör analizine uygun olduğunu kanıtlamaktadır. Değişkenler arasında ilişkinin anlamlı olduğu Barlett testi ile belirlenmiştir ( $X^2=950.621$ ,  $p=.00$ ).

Ölçeklerde yapı geçerliliği için maddelerin ayrıştırılarak oluşturulduğu faktör grupları arasında faktör yükü yüksek olan iki faktörün yük değerleri arasındaki fark en az .10 ve faktör yük değerinin .45 ya da bu değerden daha yüksek olması beklenmektedir. Ancak .45 sınır değeri bazı durumlarda .30'a kadar düşürülmektedir (Büyüköztürk, 2015).

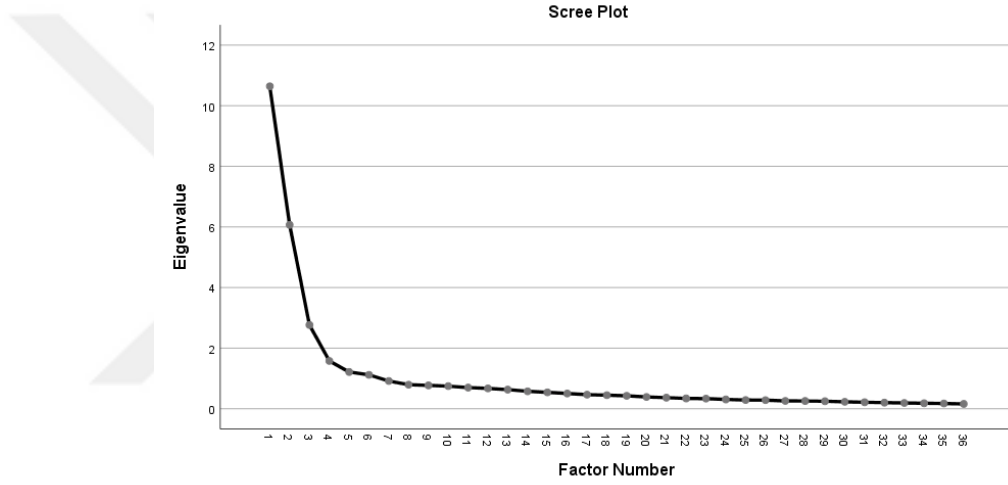
Araştırmada özdeğer istatistiğinden (Eigenvalue) faydalanılarak faktör sayısı belirlenmiştir. Buna göre faktörler arasında özdeğer istatistiği 1 ve 1'den büyük olanlar anlamlı kabul edilmekte, diğerleri dikkate alınmamaktadır. Bu bağlamda

araştırmada üç faktörlü bir yapı belirlenmiştir. Buna göre faktörlerin öz değerleri ve açıkladıkları varyansdeğerleri Tablo 4’de belirtilmiştir.

**Tablo 4.** Örgütsel Bağlılık Ölçeği Alt Boyutların Açıklanan Varyans Oranları

Boyutlar	Özdeğer	Varyans	Yığılmalı Varyans
Faktör 1	9,641	35,559	29,559
Faktör 2	6,069	9,859	46,418
Faktör 3	2,764	8,678	52,096

Şekil 6’ da ölçeğin boyutuna ait yamaç grafiği gösterilmiştir. Grafiğe göre eğimin kaybolmaya başladığı nokta faktör sayısını belirtmektedir.



**Şekil 6.** Örgütsel Bağlılık Ölçeği Üç Faktörlü Bir Yapı

Ölçeğin yüksekten gelip kırılma yaşaması bunu doğrulamaktadır. Buna göre ölçek üç faktörlü olup madde faktör yükleri Tablo 5’te belirtilmiştir.

**Tablo 5.** Örgütsel Bağlılık Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Bulguları

	Madde Numarası	Faktör Yük Değeri	Cronbach-Alpha		Madde Numarası	Faktör Yük Değeri	Cronbach-Alpha
<b>1. Faktör</b>	1.Madde	0,41	0,81	<b>3. Faktör</b>	13.Madde	0,32	0,79
	2.Madde	0,47			14.Madde	0,51	
	3.Madde	0,71			15.Madde	0,76	
	4.Madde	0,76			16.Madde	0,46	
	5.Madde	0,58			17.Madde	0,35	
	6.Madde	0,73			18.Madde	0,61	

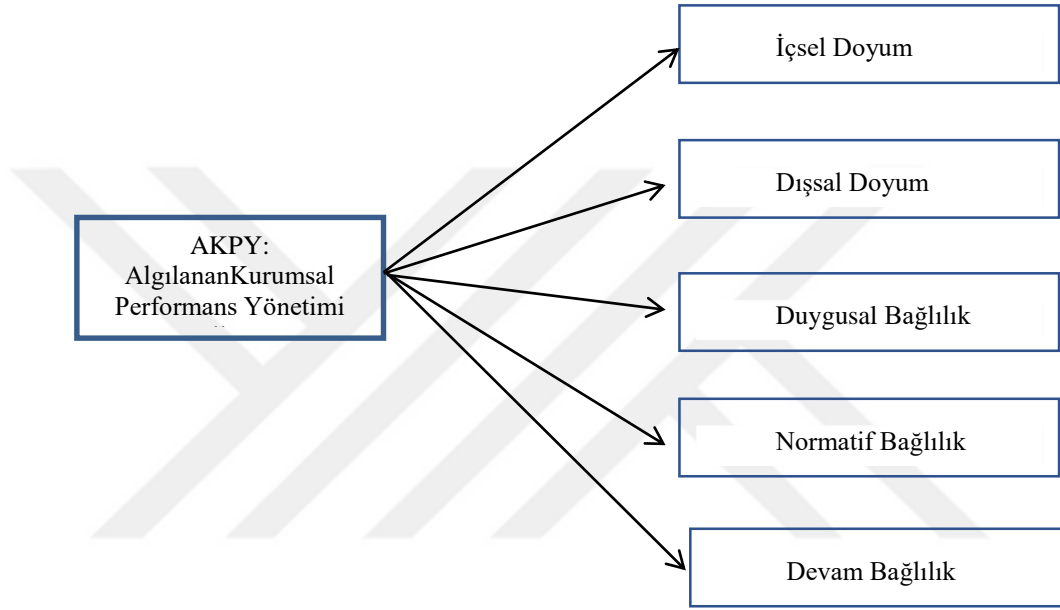
	<b>Açıklanan Varyans</b> %35.559				<b>Açıklanan Varyans</b> %8.671
<b>2. Faktör</b>	7.Madde	0,63	0,77		KMO 0,829
	8.Madde	0,61			Ölçek Toplamı Cronbach-Alpha = .884
	9.Madde	0,53			
	10.Madde	0,55			
	11.Madde	0,59			
	12.Madde	0,57			
	<b>Açıklanan Varyans</b> %9.859				<b>Toplam Varyans</b> %52.09

Araştırma kapsamında yapılan faktör analizine göre üç faktörlü bir yapı bulunmuştur. 1. Faktörmaddelerinin faktör yükleri .41 ile .76 arasında değer almaktadır. Bu faktörün toplam varyansı %35,59 olup 6 maddeden oluşmaktadır. 2. Faktörmaddelerinin faktör yükleri .53 ile .63 arasında değer almaktadır. Bu faktörün toplam varyansı %9,859 olup 6 maddeden oluşmaktadır. 3. Faktör maddelerinin faktör yükleri .32 ile .76 arasında değer almaktadır. Bu faktörün toplam varyansı %8,67 olup 6 maddeden meydana gelmektedir. Faktör analizinde varyans oranının yüksek olması ölçeğin faktör yapısının güçlü olduğunun bir göstergesidir. Buna göre ideal varyans oranları %40–60 aralığında olup araştırmada elde edilen %52 varyans oranı ideal varyans aralığında yer almaktadır (Tavşancıl, 2014). Faktör sayısı yamaç birikinti grafiği (scree pilot) testi kullanılarak da belirlenebilmektedir. Grafiğe göre eğimin kaybolmaya başladığı noktanın işaret ettiği sayıda faktör bulunmaktadır. Şekil 6’ da ölçekle ilgili yamaç grafiği belirtilmiştir.

### 3.2. Araştırma Modeli Değişkenleri için Regresyon Analizi ve Sonuçları

Bu araştırmada, kurumsal performans yönetimi değerlendirmelerinde insan kaynakları performansının etkisi üzerine odaklanarak; örgütsel bağlılık ve personel iş tatmininin algılanan kurumsal performans yönetiminin etkisi konusu sorgulanmaktadır. Bu bağlamda bu modeldeki temel bağımsız değişken “Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY)” olurken, “Örgütsel Bağlılık (ÖB)” değişkenini oluşturan 3 alt boyutu “*Duygusal Bağlılık*”, “*Normatif Bağlılık*” ve “*Devam Bağlılığı*” birinci grup bağımlı değişkeni ve “İş Tatmini (İŞ)” değişkenini oluşturan 2 alt boyut “*İçsel Doyum*” ve “*Dışsal Doyum*” ikinci grup bağımlı değişkenleri temsil etmektedir. Değişkenler arasındaki ilişkileri ölçebilmek için farklı regresyon modelleri çalıştırılmıştır. İncelenen ilk 3 model Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi ile doğrudan doğruya “örgütsel bağlılık”, “iş tatmini”

ilişkilerini kapsamaktadır. Diğer bir ifadeyle, Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi bağımsız değişkeninin örgütsel bağlılıgayönelik tutum ve iş tatmini üzerindeki belirleyiciliği değerlendirilmektedir. Söz konusu regresyon modelleri ve elde edilen sonuçlar Şekil 7 ve Tablo 6’da belirtilmektedir. Bağımlı değişkenler  $y_1, \dots, y_5$  ve Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi’nin faktör boyutu  $x$  olarak regresyon modellerini şu şekilde ifade etmek mümkündür.



**Şekil 7.** İlk 5 Regresyon Modeli

**Model 1:** İçsel Doyum (İş Tatmini-İŞ) ve Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY) İlişkisi

$$y_1 = a + \beta x$$

**Model 2:** Dışsal Doyum (İş Tatmini-İŞ) ve Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY) İlişkisi

$$y_2 = a + \beta x$$

**Model 3:** Duygusal Bağlılık (Örgütsel Bağlılık-ÖB) ve Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY) İlişkisi

$$y_3 = a + \beta x$$

**Model 4:** Normatif Bağlılık (Örgütsel Bağlılık-ÖB) ve Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY) İlişkisi

$$y_4 = a + \beta x$$

**Model 5:** Devam Bağlılık (Örgütsel Bağlılık) ve Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY) İlişkisi

$$y_5 = a + \beta x$$

**Tablo 6.** Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY) ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkilerin Regresyon Analiz Sonuçları

		Standardize Katsayı	t	p	Hipotezler
<b>Model 1</b>	<b>R<sup>2</sup>: 0.649 F: 569.478*</b>	Beta			
	AKPY: Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi	,806	23,896	,000	<b>H1a: Kabul</b>
* 0.01 anlamlılık düzeyi ; Bağımlı Değişken: İçsel Doyum (İŞ)					
<b>Model 2</b>	<b>R<sup>2</sup>: 0.603 F: 467.021*</b>				
	AKPY: Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi	,776	21,668	,000	<b>H1b: Kabul</b>
* 0.01 anlamlılık düzeyi ; Bağımlı Değişken: Dışsal Doyum (İŞ)					
<b>Model 3</b>	<b>R<sup>2</sup>: 0.277 F: 25.348*</b>				
	AKPY: Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi	,277	5,591	,000	<b>H2a: Kabul</b>
* 0.01 anlamlılık düzeyi ; Bağımlı Değişken: Duygusal Bağlılık (ÖB)					
<b>Model 4</b>	<b>R<sup>2</sup>: 0.560 F: 392.119*</b>				
	AKPY: Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi	,749	19,804	,000	<b>H2b: Kabul</b>
* 0.01 anlamlılık düzeyi ; Bağımlı Değişken: Normatif Bağlılık (ÖB)					
<b>Model 5</b>	<b>R<sup>2</sup>: 0.482 F: 286.005*</b>				
	AKPY: Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi	,694	16,570	,000	<b>H2c: Kabul</b>
* 0.01 anlamlılık düzeyi ; Bağımlı Değişken: Devam Bağlılık (ÖB)					

Kurulan ilk 5 regresyon modeline ilişkin sonuçlar Tablo 6'da belirtilmiştir. Sözkonusu regresyon modellerinin herbirinde F katsayısının 0.01 düzeyinde geçerli olduğu anlaşılmaktadır.

Model 1'de ortaya konan regresyon analizi sonuçlarına göre F katsayısı 569.47 % 1 anlamlılık seviyesinde geçerlidir. Bu modelde, bağımlı değişkeni temsil eden *İçsel Doyum (İŞ)* değişkeni ile bağımsız değişkenleri temsil eden *AKPY: Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi* değişkenleri arasındaki ilişki ele alınmıştır. Regresyon analizinin



ortaya koyduğu istatistiksel sonuçlar, çalışanların Algılanan Kurumsal Performans Yönetimine yönelik algı düzeyleri tutum değişkeninin İçsel Doyum (İŞ) algılarındaki değişiminin %64'ünü açıkladığını göstermektedir. Çalışanların kurumsal performans yönetimine yönelik algı düzey puanları arttıkça içsel doyumlarının da artmakta olduğu söylemek mümkündür. Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile içsel doyumları arasında doğrudan anlamlı bir ilişki vardır. Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeylerinin içsel doyuma önemli bir etki faktörü olduğu ortaya koymuştur (t: 16.896 ; p:0.000).

Model 2'de AKPY: Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi'nin Dışsal Doyum (İŞ) değişkeni üzerindeki etkisi incelenmektedir. Model 2; F katsayısı 467.021 ve anlamlılık düzeyi 0.01 olduğundan anlamlıdır. Model 2'ye göre AKPY bağımsız değişkeninin Dışsal Doyum (İŞ) değişkenini açıklayabilme gücü % 60'dır. Bu modelde Dışsal Doyum (İŞ) üzerinde etkili olan AKPY: Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi ilişkisi çalışanların kurumsal performans yönetimine yönelik algı düzey puanları artması ile örgütsel bağlılığı üzerindeki etkilerinin artmasına ve buna paralel olarak iş tatmin ölçeği alt boyutu olan dışsal doyumun arttığı gözlenmiştir. Örgütsel bağlılık nedeniyle kişinin işi veya çalışma ortamına daha fazla bağlanması kurumsal performans yönetimine yönelik algı düzey puanları artmasına ve çalışanların dışsal doyum yaşamalarına neden olmuştur. Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile dışsal doyumları arasında anlamlı ve doğrudan bir ilişki tespit edilmiştir (t: 21.668 ; p:0.000).

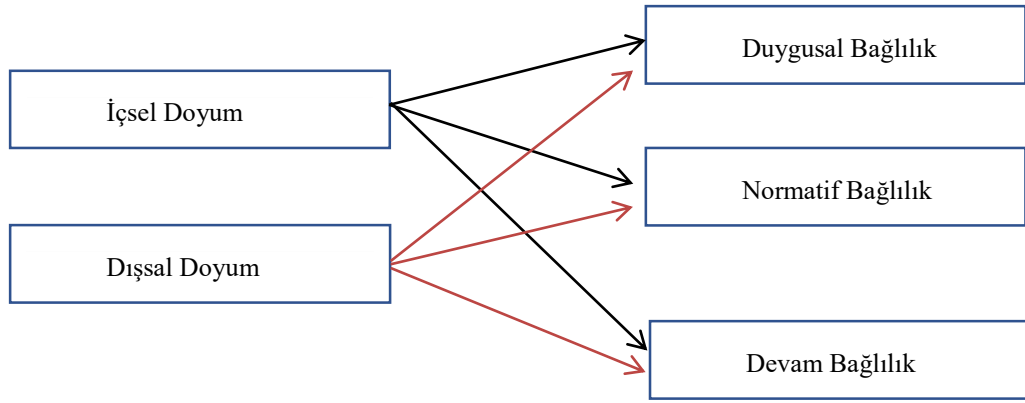
Model 3'de AKPY: Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi'nin Duygusal Bağlılık (ÖB) değişkeni üzerindeki etkisini incelemektedir. Model 3; F katsayısı 25.348 ve anlamlılık düzeyi 0.01 olduğundan anlamlıdır. Model 3'ye göre Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY) ilişkisi bağımsız değişkeninin Duygusal Bağlılık (Örgütsel Bağlılık) değişkenini açıklayabilme gücü % 27.7'dir. Bu modelde Duygusal Bağlılık (Örgütsel Bağlılık) üzerinde etkili olan kurumsal performans yönetimine yönelik algı düzeyi, kişinin işi veya çalışma ortamında daha fazla yönetimin performansına yönelik olumlu kanaatlerinin olması örgüte duygusal bağlılıkta etkili olmuştur. Bununla birlikte diğer modellere göre bu etki daha küçük gözlenmiştir. Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile çalışanlarda

oluşan “örgüte duygusal bağlılık” psikolojisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir(t: 5.591 ; p:0.000).

Model 4’de ortaya konan regresyon analizi sonuçlarına göre F katsayısı 392.11 % 1 anlamlılık seviyesinde geçerlidir. Bu modelde, bağımlı değişkeni temsil eden *Normatif Bağlılık (Örgütsel Bağlılık)*değişkeni ile bağımsız değişkenleri temsil eden *Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi(AKPY)*değişkenleri arasındaki ilişki ele alınmıştır. Regresyon analizinin ortaya koyduğu istatistiksel sonuçlar, çalışanların Kurumsal Performans Yönetimine yönelik algı düzeyi,*Normatif Bağlılık (Örgütsel Bağlılık)*algılarındaki değişiminin %56’sını açıkladığını göstermektedir. Çalışanların Kurumsal Performans Yönetimine yönelik olumlu yönde algı düzeyi arttıkça, Normatif Bağlılığın arttığı gözlenmiştir.Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile çalışanlarda oluşan “örgüte normatif/etik bağlılık” psikolojisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur(t: 19.801 ; p:0.000).

Model 5’de ortaya konan regresyon analizi sonuçlarına göre F katsayısı 286.00 % 1 anlamlılık seviyesinde geçerlidir. Bu modelde, bağımlı değişkeni temsil eden *Devam Bağlılık (Örgüte Bağlılık)*değişkeni ile bağımsız değişkenleri temsil eden *Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi(AKPY)*değişkenleri arasındaki ilişki ele alınmıştır. Regresyon analizinin ortaya koyduğu istatistiksel sonuçlar, çalışanların Kurumsal Performans Yönetimine yönelik tutum değişkeninin *Devam Bağlılık* algılarındaki değişiminin %48’ini açıkladığını göstermektedir.Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile çalışanlarda oluşan “örgüte devam bağlılık” psikolojisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir(t: 16.57 ; p:0.000).

Yukarıda açıklanan 5 ayrı modelden oluşan ilk grup regresyon analizlerinin sonrasında ikinci grup regresyon analizlerinde ise “İş Tatmin(İŞ)” değişkenini ile “Örgütsel Bağlılık(ÖB)”değişkenini arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu araştırma kapsamındaki ikinci grup regresyon modellerinde (Model 6, Model 7) bağımsız değişken konumunda olan “İş Tatmin (İŞ)”değişkeninin alt faktörleri olan “İçsel Doyum” ve “Dışsal Doyum” faktörlerinin “Örgütsel Bağlılık(ÖB)”değişkeni üzerindeki belirleyiciliği ele alınmaktadır. Söz konusu regresyon modelleri Şekil 8’te gösterilmektedir.



**Şekil 8.** İkinci Grup Regresyon Modelleri

Şekil 8’te gösterilen regresyon modellerine ilişkin sonuçlar Tablo 7’de sunulmaktadır.

**Tablo 7.** İş Tatmini(İŞ) ile Örgütsel Bağlılık (ÖB) Değişkenleri İlişkisi İçin Regresyon Analizleri

		Standardize Katsayı	t	p	Hipotezler
<b>Model 6</b>	<b>R<sup>2</sup>: 0.115 F: 19.632*</b>	Beta			
	İçsel Doyum (İŞ)	,017	0,708	,860*	<b>H3a: Ret</b>
	Dışsal Doyum (İŞ)	,324	3,282	,001	<b>H3d:Kabul</b>
* 0.01 anlamlılık düzeyi ; Bağımlı Değişken: <i>Duygusal Bağlılık (ÖB)</i>					
<b>Model 7</b>	<b>R<sup>2</sup>: 0.581 F: 212.761*</b>				
	İçsel Doyum (İŞ)	,590	8,693	,000*	<b>H3b:Kabul</b>
	Dışsal Doyum (İŞ)	,196	2,891	,004	<b>H3e:Kabul</b>
* 0.01 anlamlılık düzeyi ; Bağımlı Değişken: <i>Normatif Bağlılık (ÖB)</i>					
<b>Model 8</b>	<b>R<sup>2</sup>: 0.526 F: 170.261*</b>				
	İçsel Doyum (İŞ)	,496	6,870	,000*	<b>H3c: Kabul</b>
	Dışsal Doyum (İŞ)	,257	3,558	,000*	<b>H3f: Kabul</b>
* 0.01 anlamlılık düzeyi ; Bağımlı Değişken: <i>Devam Bağlılık (ÖB)</i>					

Model 6’de ifade edilen regresyon analizinde bağımlı değişken *Duygusal Bağlılık (ÖB)* ile bağımsız değişkenler *İçsel Doyum (İŞ)* ve *Dışsal Doyum (İŞ)* değişkenleri arasındaki ilişkileri ele alan analiz sonuçları görülmektedir. Model çalıştırıldığında *Dışsal Doyum (İŞ)* değişkeninin *Duygusal Bağlılık (ÖB)* üzerinde belirleyici olduğunu söylemek mümkündür. *Dışsal Doyum (İŞ)* değişkeni bu konuda daha güçlü bir belirleyici olduğu anlaşılmaktadır (t: 3.280; p: 0.001). Çalışanlarda oluşan “dışsal doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte duygusal bağlılık” psikolojisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup H3d hipotezi kabul edilmiştir.

Model 7' e göre; bağımlı değişken *Normatif Bağlılık (ÖB)* ile bağımsız değişkenler *İçsel Doyum (İŞ)* ve *Dışsal Doyum (İŞ)* değişkenleri arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup H3b ve H3e hipotezleri kabul edilmiştir. *İçsel Doyum (İŞ)* ve *Dışsal Doyum (İŞ)* değişkenlerinin *Normatif Bağlılık (ÖB)* üzerinde belirleyici olduğunu söylemek mümkündür. Özellikle *İçsel Doyum (İŞ)* değişkeninin bir önceki modelin aksine burada daha güçlü bir belirleyici olduğu anlaşılmaktadır (t: 8.693; p: 0.000).

Model 8'de ifade edilen regresyon analizinde bağımlı değişken *Devam Bağlılık (ÖB)* ile bağımsız değişkenler *İçsel Doyum (İŞ)* ve *Dışsal Doyum (İŞ)* değişkenleri arasındaki ilişkileri ele alan analiz sonuçları görülmektedir. Model çalıştırıldığında *İçsel Doyum (İŞ)* ve *Dışsal Doyum (İŞ)* değişkenlerinin *Devam Bağlılık (ÖB)* üzerinde belirleyici olduğunu söylemek mümkündür. *İçsel Doyum (İŞ)* değişkeni bu konuda daha güçlü bir belirleyici olduğu anlaşılmaktadır (t: 6.870; p: 0.001). Çalışanlarda oluşan “dışsal doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte devam bağlılık” psikolojisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup H3c ve H3f hipotezleri kabul edilmiştir.

### 3.3. Değerlendirme

#### 3.3.1. Katılımcıların Ölçek Puanlarına Göre Değerlendirilmesi

Tablo 8'de görüldüğü gibi; katılımcıların Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi toplam puanları 20-55 puan arasında değişmektedir. Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi toplam ortalamaları 37 puan olarak görülmüştür. Katılımcıların kendilerini kurumlarına karşı hissettikleri örgütsel bağlılık puanları 33-81 puan arasında değişmektedir. Kurumlarına karşı hissettikleri örgütsel bağlılık puan ortalaması 55.16'dir. Katılımcıların duygusal bağlılık toplam puanları 9-45 puan arasında değişmektedir ve duygusal bağlılık puan ortalaması 20.72'dir. Katılımcıların kurumlarına karşı hissettikleri örgütsel bağlılık alt boyutu olan normatif bağlılık puanları 8-29 arasında değişmektedir ve normatif bağlılık puan ortalaması 19,01'dir.

**Tablo 8.** Katılımcıların Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi, Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini ve Alt Boyutlarına Dair Bulgular

	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Std. S</b>
<b>AKPY</b>	310	20,00	55,00	37,0000	8,57255
<b>ÖB</b>	310	33,00	81,00	55,1645	10,68989
Duygusal	310	9,00	45,00	20,7258	8,19576
Normatif	310	8,00	29,00	19,0194	5,00805
Devam	310	8,00	29,00	19,1645	5,20599
<b>İŞ</b>	310	33,00	93,00	62,1516	15,60370
İçsel Doyum	310	15,00	57,00	37,4355	9,67936
Dışsal Doyum	310	10,00	38,00	24,7161	6,56731

Katılımcıların kurumlarına karşı hissettikleri örgütsel bağlılık alt boyutu olan devam bağlılık puanları 8-29 arasında değişmektedir ve normatif bağlılık puan ortalaması 19,16'dır. Katılımcıların kendilerine karşı hissettikleri iş tatmin (doyum) algıları puanları 33-93 arasında değişmektedir ve iş tatmin (doyum) algıları puan ortalaması 62,15'dir. Katılımcıların kendilerine karşı hissettikleri iş tatmin (doyum) alt boyutu olan içsel doyum algı puanları 15-57 arasında değişmektedir ve iş tatmin (doyum) alt boyutu olan içsel doyum puan ortalaması 37,43'dir. Katılımcıların kendilerine karşı hissettikleri iş tatmin (doyum) alt boyutu olan dışsal doyum algı puanları 10-38 arasında değişmektedir ve iş tatmin (doyum) alt boyutu olan içsel doyum puan ortalaması 24,71'dir

Tablo 9'a dikkate edilecek olunursa, kamu hastanesinde çalışmakta olan katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY), Örgütsel Bağlılık (ÖB), İş Tatmini (İŞ) ölçeklerinin puan dağılımları ikili gruplar için Bağımsız Örneklemde t Testi, üç ve üstü gruplar için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi ile analiz edilmiştir. Ölçeklerde yaş ve toplam çalışma sürelerindeki değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Çoklu karşılaştırma testi olan Tukey testinde elde edilen sonuçlara göre; Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY) ölçeğinde farklılaşmaya neden olan yaş grubu 25-30 ve 49-54 yaş iken, Örgütsel Bağlılık (ÖB) ve İş Tatmini (İŞ) ölçeklerinde farklılaşmaya neden olan yaş grubu tespit edilememiştir. Başka bir ifadeyle Kamu hastanesinde çalışmakta olan katılımcıların örgütsel bağlılık ve iş tatmin (doyum) durumları yaş gruplarında bir farklılık göstermemiştir.

**Tablo 9.** Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi, Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini Ölçek Toplam Puanları(Kamu Hastaneleri)

Kamu Hastaneleri SKDH/BDH	AKPY Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi			ÖB Örgütsel Bağlılık			İş Tatmin (Doyum)		
	X	±SD	Test / P	X	±SD	Test / P	X	±SD	Test / P
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	34,7	8,58	t=-1,09	53,9	10,99	t=-,107	59,0	14,46	t=-,653
Erkek	36,1	8,17	,275	54,1	10,69	,915	60,5	14,93	,515
<b>Yaş</b>									
25-30 <sup>(a)</sup>	38,5	6,50	F=2,3 ,047	55,0	9,41	F=1,25 ,285	62,74	13,41	F=1,95 ,088
31-36	35,5	8,82		55,2	10,49		60,70	14,49	
37-42	35,8	8,68		54,2	10,92		61,35	15,78	
43-48	35,3	9,77		53,7	13,27		59,73	17,56	
49-54 <sup>(b)</sup>	32,1	7,49		52,9	12,20		55,27	9,81	
55 yaş ve üzeri	30,7	4,10		47,5	5,98		49,78	7,505	
<b>Eğitim</b>									
Ön Lisans	36,9	7,34	F=1,53 ,330	55,8	8,79	F=,796 ,497	60,9	12,72	F=,367 ,777
Lisans	34,2	8,52		53,0	10,84		58,5	14,62	
Yüksek lisans	36,0	9,09		53,2	12,00		61,0	17,29	
Doktora	35,7	9,27		54,3	14,80		59,3	16,26	
<b>İş Yerinizde Çalışma Süresi</b>									
1 yıldan az	37,2	8,82	F=1,93 ,317	53,4	9,40	F=1,06 ,356	62,0	12,05	F=1,56 ,193
1-5 yıl arası	36,2	8,54		54,2	10,82		61,5	15,13	
6-10 yıl arası	35,0	7,96		55,4	11,51		59,2	15,67	
11 yıl ve üstü	33,3	8,13		51,0	10,42		54,8	13,51	
<b>Toplam Çalışma Süresi</b>									
1-5 yıl	35,5	6,45	F=3,52 ,009	51,1	9,06	F=5,07 ,001	55,8	13,08	F=3,59 ,005
6-10 yıl	36,9	8,34		56,0 <sup>(a)</sup>	10,35		61,5 <sup>(a)</sup>	15,24	
11-15 yıl	33,9	8,12		52,9	10,46		60,1	13,39	
16-20 yıl <sup>(a)</sup>	39,1	9,42		59,4	11,98		66,1	16,64	
21 ve üzeri <sup>(b)</sup>	31,2	7,18		47,0 <sup>(b)</sup>	8,59		50,4 <sup>(b)</sup>	10,78	

a, b: fark yaratan alt gruplar

Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre; tüm ölçeklerde farklılaşmaya neden olan toplam çalışma süresi değişkenlerine göre Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi (AKPY) ölçeğinde farklılaşmaya neden olan 16-20 yıl ile 21 yıl üzeri çalışma süresi, Örgütsel Bağlılık (ÖB)ölçeğinde farklılaşmaya neden olan 6-10 yıl ile 21 yıl üzeri çalışma süresi ve İş Tatmini(İŞ)ölçeğinde farklılaşmaya neden olan 16-20 yıl ile 21 yıl üzeri çalışma süresi olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 10.** Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi, Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini Ölçek Toplam Puanları (Özel Hastaneler)

Özel Hastaneler AÖH/MPBÖH	AKPY Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi			ÖB Örgütsel Bağlılık			İş Tatmin (Doyum)		
	X	±SD	Test / P	X	±SD	Test / P	X	±SD	Test / P
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	36,3	7,81	t=-2,09	53,6	10,34	t=-2,07	61,6	15,98	t=-2,63
Erkek	40,5	8,59	<b>,005</b>	58,5	10,02	<b>,007</b>	67,4	16,16	<b>,045</b>
<b>Yaş</b>									
25-30	38,0	7,01	F=2,4 <b>,035</b>	56,7	8,92	F=1,65 ,146	64,9	15,64	F=3,26 <b>,008</b>
31-36	40,5	7,57		58,0	9,15		70,1 <sup>(a)</sup>	13,41	
37-42	39,0	10,16		57,9	12,24		65,3	17,71	
43-48	37,4	8,44		53,0	11,24		60,3	17,60	
49-54 <sup>(a)</sup>	47,7	9,25		60,7	11,32		75,0	14,11	
55 ve üzeri <sup>(b)</sup>	31,7	2,81		49,8	3,02		48,0 <sup>(b)</sup>	6,29	
<b>Eğitim</b>									
Ön Lisans	39,6	6,88	F=,513 ,804	57,8	8,20	F=,450 ,718	66,7	14,36	F=,867 ,466
Lisans	38,3	8,92		55,4	11,31		65,1	15,79	
Yüksek lisans	38,1	8,73		57,0	10,49		60,8	18,24	
Doktora	40,0	11,87		56,7	13,73		68,9	20,48	
<b>İş Yerinizde Çalışma Süresi</b>									
1 yıldan az	38,4	7,29	F=,593 ,622	57,4	8,68	F=,906 ,423	65,6	15,56	F=1,96 ,126
1-5 yıl arası	40,1	9,22		57,6	11,93		68,0	16,45	
6-10 yıl arası	38,1	8,48		56,5	10,10		63,5	16,19	
11 yıl ve üstü	37,6	8,34		52,7	8,14		58,1	15,63	
<b>Toplam Çalışma Süresi</b>									
1-5 yıl	38,8	8,12	F=,143 ,966	57,0	9,52	F=1,37 ,266	66,6	16,72	F=,903 ,465
6-10 yıl	38,6	8,74		57,0	9,54		67,2	14,51	
11-15 yıl	38,8	8,06		56,6	10,20		65,0	15,48	
16-20 yıl <sup>(a)</sup>	39,7	9,50		57,7	11,12		65,0	18,26	
21 ve üzeri <sup>(b)</sup>	37,2	10,49		48,7	13,32		55,2	19,15	

a, b: fark yaratan alt gruplar

Tablo 10'a dikkate edilecek olunursa, özel hastanelerde çalışmakta olan katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi, Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini Ölçek puan dağılımları ikili gruplar için Bağımsız Örneklemde t Testi, üç ve üstü gruplar için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi ile değerlendirilmiştir. Ölçeklerde cinsiyet ve yaş değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Ayrıca Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre; tüm ölçeklerde farklılaşmaya neden olan cinsiyet grubunda erkek katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar kadın katılımcılardan yüksek olduğu görülmektedir. Özel hastane erkek çalışanlarında kurumsal performans yönetimi algıları, örgüte bağlılıkları ve iş tatmin düzeyleri kadın çalışanlara göre yüksek düzeydedir. Algılanan Kurumsal

Performans Yönetimi (AKPY) ölçeğinde farklılaşmaya neden olan yaş grubu 49-54 ve 55yaş üzeri iken, İş Tatmini (İŞ)ölçeğinde farklılaşmaya neden olan yaş grubu 31-36 ve 55 yaş üzeri olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifade özel hastanede çalışmakta olan katılımcılarınkurumsal performans yönetimi algıları ve iş tatmin (doyum) durumları yaş gruplarında bir farklılık göstermiştir.

### 3.3.2. Çalışılan Kurum Değişkenlerine Yönelik Bulgular

Tablo 11’de örgütsel bağlılık, iş tatmini ve algılanan kurumsal performans ortalamalarının araştırmaya konu olan hastaneler örnekleminde puan ortalamalarına göreanlamli olarak farklılıkları analiz edilmiştir.

**Tablo 11.** Çalışılan Kurum ve Algılanan Kurumsal Performans,Örgütsel Bağlılık, ve İş Tatmini Değişkenlerine Yönelik Bulgular

	AKPY Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi			ÖB Örgütsel Bağlılık			İş Tatmin (Doyum)		
	X	±SD	Test / P	X	±SD	Test / P	X	±SD	Test /P
<b>Hastaneler</b>									
SKDH	36,8	8,91	F=-	54,3	11,2	F=-	61,7	15,49	F=4,2
BDH <sup>(a)</sup>	34,0	7,36	5,6	53,6	10,5	1,7	57,4 <sup>(a)</sup>	13,37	<b>,006</b>
AÖH <sup>(b)</sup>	38,6	8,32	<b>,001</b>	56,1	10,7	<b>,158</b>	64,3 <sup>(b)</sup>	16,01	
MPBÖH <sup>(b)</sup>	39,2	8,78		57,2	10,0		66,0 <sup>(b)</sup>	16,66	

SKDH: Sadi Konuk Devlet Hastanesi, BDH: Bahçelievler Devlet Hastanesi, AÖH: Aile Özel Hastanesi, MPBÖH: Medical Park Bahçelievler Özel Hastanesi, a, b: fark yaratan alt gruplar

Tablo 11’de çalışılan kurum bakımından farklılıkları gözlemlemek adına katılımcılarından elde edilen veriler, Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi, Örgütsel Bağlılık, İş Tatminiölçeği puan dağılımları Tek YönlüVaryans Analizi (ANOVA) testi ile değerlendirilmiştir. Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi ve İş Tatmin (doyum) değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p<0.05).Çoklu karşılaştırma testiolarak uygulanan Tukeytestine göre; Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi ölçeğinde farklılaşmaya neden olan BDH: Bahçelievler Devlet Hastanesiile AÖH: Aile Özel Hastanesi, MPBÖH ve Medical Park Bahçelievler Özel Hastanesi olduğu tespit edilmiştir. Buna göre AÖH: Aile Özel Hastanesi, MPBÖH ve Medical Park Bahçelievler Özel Hastanesiçalışanlarının AKPY puanları BDH: Bahçelievler Devlet Hastanesi çalışanlarının puanlarından daha fazla olduğu anlaşılmıştır. Özel hastane çalışanlarının kurumsal performans yönetimine ilişkin olumlu görüşlerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Benzer



durum iş tatmin(doyum) değişkeninde de gözlenmektedir. Bununla birlikte örgütsel bağlılık anlamında hem kamu hem de özel hastane çalışmaları arasında bir farklılık gözlenmemiştir.

### 3.3.3. Çalışılan Kurum Kalite Değişkenine Yönelik Bulgular

Araştırmada *örgütsel bağlılık, iş tatmini ve algılanan kurumsal performans yönetimi* bağımsız değişkenler; *hastane kalite değerlendirmesi sonuç puanları* bağımlı değişkenler olarak değerlendirilmiştir. Kontrol değişkeni olarak kamu hastanesi ve özel hastane olup olmama durumları değerlendirmeye alınmıştır.

Özel hastane kategorisinde olan ve araştırmaya konu olan iki özel hastanenin Aile Özel Hastanesi (AÖH) ve Medical Park Bahçelievler Özel Hastanesi (MPBÖH)'nin örgütsel bağlılık, iş tatmini, algılanan kurumsal performans yönetimi değişkenlerinin kurumsal kalite sonuç puanları üzerine bir etkisinin varlığını belirlemek üzere çoklu regresyon analizi uygulandı. Tablo 12'de görüleceği üzere bağımsız değişkenlerin hiçbirinin hastane kurumsal kalite puanına herhangi bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 12.** Özel Hastaneler Örnekleminde Bağımsız Değişkenler ile Kalite Puanı Arasında Çoklu Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	P
Kalite Puanı	,036	3	,012	,756	,523

Kamu hastanesi kategorisinde olan ve araştırmaya konu olan iki kamu hastanesinin Sadi Konuk Devlet Hastanesi (SKDH) ve Bahçelievler Devlet Hastanesi (BDH)'nin örgütsel bağlılık, iş tatmini, algılanan kurumsal performans yönetimi değişkenlerinin kurumsal kalite sonuç puanları üzerine bir etkisinin varlığını belirlemek üzere çoklu regresyon analizi uygulandı. Tablo 13'de görüleceği üzere bağımsız değişkenlerin hiçbirinin hastane kurumsal kalite puanına herhangi bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 13.** Kamu Hastaneler, Örnekleminde Bağımsız Değişkenler ile Kalite Puanı Arasında Çoklu Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	P
Kalite Puanı	1,161	3	,387	,236	,872

### 3.3.4. Çalışılan Kurum Verimlilik Değişkenine Yönelik Bulgular

Özel Hastane kategorisinde olan ve araştırmaya konu olan iki özel hastanenin Aile Özel Hastanesi (AÖH) ve Medical Park Bahçelievler Özel Hastanesi (MPBÖH)'nin kurumsal verimlilik puanları üzerine örgütsel bağlılık, iş tatmini, algılanan kurumsal performans yönetimi değişkenlerinin bir etkisinin varlığını analiz etmek üzere çoklu regresyon analizi uygulandı. Bu bağlamda özel hastaneler bazında bağımsız değişkenler *örgütsel bağlılık, iş tatmini, algılanan kurumsal performans yönetimi* ve bağımlı değişken *verimlilik puanı* olmak üzere değişkenler arasındaki çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 14'de belirtilmiştir. Buna göre bağımsız değişkenlerden hiçbirinin hastane kurumsal verimlilik puanına etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 14.** Özel Hastaneler Örnekleminde Bağımsız Değişkenler ile Verimlilik Puanı Arasında Çoklu Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	P
Kalite Puanı	,555	3	,185	,181	,909

Kamu Hastane kategorisinde olan ve araştırmaya konu olan iki kamu hastanesinin Sadi Konuk Devlet Hastanesi (SKDH) ve Bahçelievler Devlet Hastanesi (BDH)'nin kurumsal verimlilik puanları üzerine örgütsel bağlılık, iş tatmini, algılanan kurumsal performans yönetimi değişkenlerinin bir etkisinin varlığını analiz etmek üzere çoklu regresyon analizi uygulandı. Bu bağlamda kamu hastaneleri bazında bağımsız değişkenler *örgütsel bağlılık, iş tatmini, algılanan kurumsal performans yönetimi* ve bağımlı değişken *verimlilik puanı* olmak üzere değişkenler arasındaki çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 15'te belirtilmiştir. Buna göre bağımsız değişkenlerden *Örgütsel Bağlılık*'in hastane kurumsal verimlilik puanı üzerine etkisi olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 15.**Kamu Hastaneleri Örnekleminde Bağımsız Değişkenler ile Verimlilik Puanı Arasında Çoklu Regresyon Analizi

<b>Değişken</b>	<b>B</b>	<b>St.Hata</b>	<b>Beta</b>		<b>t</b>	<b>p</b>	<b>VIF</b>
<i>Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi</i>	,029	,017	,232		1,713	,088	3,418
<i>Örgütsel Bağlılık</i>	-,031	,012	-,327		-2,655	,009	2,831
<i>İş Tatmini</i>	,014	,010	,200		1,430	,155	3,646
<b>R</b>				,246			
<b>R<sup>2</sup></b>				,060			

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzde küresel ve rekabetçi iş düzeyinde gerek yönetici gerekse idari kesim olarak tüm çalışanlar, sağlık sektörünün oluşturduğu risklere karşı bir baskı altında çalıştığından, kurumsal çerçevede örgütsel bağlılık, iş tatmini ve algılanan kurumsal performansını geliştirme zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Son zamanlarda kurumsal performans yönetimine artan ilgi sonucunda kurumların performanslarını ölçme ve değerlendirme konusunda çeşitli yöntemler geliştirilmektedir. Özellikle sağlık gibi hizmet odaklı, geniş kapsamlı bir sektörde performans yönetimi ile ilgili çalışmalarda bazı zorluklarla karşılaşmaktadır. Performans yönetimine etkiden önemli bir olgu örgütsel hedeflere ulaşmada kritik bir role sahip olan örgütsel bağlılıktır. Bu yüzden örgütler, çalışanlarının kurumlarına bağlılık seviyelerini belirlemekte ve çeşitli çalışmalar yapılarak politikalar üretilmektedir. Çalışanların örgütsel bağlılık düzeylerinin yüksek olması ancak görev ve sorumluluklarında gösterdikleri ekstra çaba ile gözlenebilmektedir. Özellikle belirlenen örgütsel hedefleri gerçekleştirme konusunda büyük gayret gösteren çalışanların örgüte uzun süre bağlılıklarını devam ettirdikleri ve olumlu iletişim kurabilme gayretinde oldukları gözlemlenmektedir. Bu bağlamda kurum çalışanlarının örgütsel yapı içinde kıymetli olduklarını hissettirme ve örgüt yapısındaki her kademe de çalışanların birbirleri ile iyi iletişiminin yürütülmesi sağlanarak örgütsel bağlılığın oluşabilmesi sağlanmalıdır.

Kurumun performansı ile çalışanların bireysel iş tatmini yakından ilişkilidir. Özellikle çalışanların iş tatmin düzeylerinin olumlu olması gerek bireysel gerekse örgütsel performans bakımından doğuracağı neticeler bakımından büyük faydalar sağlamaktadır. Dolayısı ile sektör farkı gözetmeksizin örgüt çalışanlarının iş tatmini ve memnuniyeti örgütsel performansın artması ile doğrudan ilgilidir. Çalışan iş tatmini ile algılanan kurumsal performans arasında pozitif bir ilişki bulunmakta, dolayısıyla personel memnuniyeti yüksek olan örgütlerin başarısı artmaktadır. Yöneticilerin bu örgütlerinin gelişmesi ve belirlenen hedeflerine ulaşmasında çalışanların iş tatminini artıracak uygulamalar benimsemeleri oldukça önemlidir.

Algılanan kurumsal performans yönetimi düzeyinin yüksek olması beraberinde çalışanların örgütsel bağlılıklarına önemli katkı sağlamaktadır. Özellikle örgütsel bağlılıkları ve iş tatmini yüksek personellerin işe devamlılıkları yüksek olup

buldukları örgütten ayrılma olasılıkları oldukça düşüktür. Bu bağlamda yöneticilerin çalışkan, üretken çalışanlarını örgütte tutabilmeleri adına güncel örgütsel gelişmeleri takip ederek uygulamaları büyük önem taşımaktadır.

Bu bağlamda araştırmada kurumsal performans yönetimi ile ilgili değerlendirmelerde insan kaynakları unsurunun etkisi çerçevesinde algılanan kurumsal performans yönetiminin çalışan örgütsel bağlılığı ve iş tatmini üzerindeki etkisi araştırılmıştır. 2019 yılından itibaren tüm dünyada yaşanan COVID-19 salgını sürecinde hem dünyada hem ülkemizde sağlık sektörünün yönetimi, işleyişi ve kalitesi önemli bir tartışma alanı olmuştur. Özellikle sağlık birimlerinin teknik donanımı, kalitesi ve sağlık profesyonellerinin performansı gibi konular en çok dikkat çeken konular arasında yer almıştır. Sağlık kuruluşlarında artan iş yoğunluğu, teknik donanım eksikliği, yoğun bakım ünitelerinin yetersizliği, çalışanların yoğun ve uzun çalışma tempoları, yapılan iş karşılığında alınan ücretin miktarı, çalışanların yönetici ve birbirleri ile olan iletişimleri gibi faktörler çalışanın örgüte bağlılığını, iş tatminini dolayısıyla bireysel iş performansını oldukça fazla etkilemiştir. Öyle ki yöneticilerin yanlış uygulamalarından, aldığı ücretin yetersizliğinden, yoğun çalışma temposundan, COVID-19'un bulaşma ve yayılma riskinden dolayı yoğun stres altında kalarak çalışan sağlık profesyonellerinin bağlılıkları, iş tatminleri ve performansları da olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Ancak çalıştığı ortamdaki memnun olan, sağlık yöneticilerinin uygulamalarını doğru ve yerinde bulan, çalışma şartlarının iyi olduğunu düşünen, alınan tedbirlere güvenen, kurtarılan hayatlardan manevi mutluluk hisseden çalışanların da iş tatminleri, örgütsel bağlılıkları ve performanslarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların kurumsal performans yönetimine yönelik algı düzey puanları arttıkça içsel doyumlarının da artmakta olduğu, kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile içsel doyumları arasında doğrudan anlamlı bir ilişki olduğu, kurumsal performans yönetimi algı düzeylerinin içsel doyuma önemli bir etki faktörü olduğu saptanmıştır.

Çalışanların kurumsal performans yönetimine yönelik algı düzey puanları artması ile örgütsel bağlılığı üzerindeki etkilerinin artmasına ve buna paralel olarak iş tatmin ölçeği alt boyutu olan dışsal doyumun arttığı gözlenmiştir. Örgütsel bağlılık nedeniyle kişinin işi veya çalışma ortamına daha fazla bağlanması kurumsal performans

yönetimine yönelik algı düzey puanları artmasına ve çalışanların dışsal doyum yaşamalarına neden olduğu, çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile dışsal doyumları arasında anlamlı ve doğrudan bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Duygusal bağlılık üzerinde etkili olan kurumsal performans yönetimine yönelik algı düzeyi, kişinin işi veya çalışma ortamında daha fazla yönetimin performansına yönelik olumlu kanaatlerinin olması örgüte duygusal bağlılıkla etkili olduğu, diğer modellere göre bu etkinin daha az olduğu ve çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile çalışanlarda oluşan “örgüte duygusal bağlılık” psikolojisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışanların kurumsal performans yönetimine yönelik olumlu yönde algı düzeyi arttıkça, normatif bağlılığın arttığı, kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile çalışanlarda oluşan “örgüte normatif/etik bağlılık” psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların kurumsal performans yönetimi algı düzeyleri ile çalışanlarda oluşan “örgüte devam bağlılık” psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışanlarda oluşan “dışsal doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte duygusal bağlılık” psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup “çalışanlarda oluşan dışsal doyum duygusu ile çalışanların örgüte duygusal bağlılık psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi desteklenmiştir.

Çalışanlarda oluşan “dışsal doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte devam bağlılık” psikolojisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup “çalışanlarda oluşan “içsel doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte devamı bağlılık” psikolojisi arasında bir ilişki vardır ile çalışanlarda oluşan “dışsal doyum” duygusu ile çalışanların “örgüte hesapçı bağlılık” psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezleri desteklenmiştir.

Analizler sonucunda tüm ölçeklerde farklılaşmaya neden olan cinsiyet grubunda erkek katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar kadın katılımcılardan yüksek olduğu, özel hastane erkek çalışanlarında kurumsal performans yönetimi algıları, örgüte bağlılıkları ve iş tatmin düzeyleri kadın çalışanlara göre yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Özel hastane çalışanlarının kurumsal performans yönetimine ilişkin olumlu görüşlerinin daha fazla olduğu, benzer durum iş tatmin(doyum) değişkeninde de gözlenmektedir. Bununla birlikte örgütsel bağlılık anlamında hem kamu hem de özel hastane çalışmaları arasında bir farklılık olduğu belirlenmemiştir.

Bununla birlikte bağımsız değişkenlerden örgütsel bağlılığın hastane kurumsal verimlilik puanı üzerine etkisi olduğutespit edilmiştir. Yine bağımsız değişkenlerden hiçbirinin hastane kurumsal verimlilik puanı ve hastane kurumsal kalite puanı üzerine etkisi üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Özellikle COVID-19 salgını sürecinde ülkemizde yoğunluğu ve iş gücü oldukça artan sağlık hizmetlerinde insan kaynaklarının kurumsal performans yönetimine olan etkileri ve bu etkilerin hangi yönde olduğuna dair fazla çalışma yapılmamıştır.

Bu araştırma ile literatürde bu alandaki eksikliğe katkı sağlamak istenilmektedir. Bu çerçevede çalışmanın sağlık yönetimi organizatörleri ve akademisyenler için sağlık yönetimi politika ve performans yönetimi uygulamalarına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abenza L., González J., Reyes L., Reyes F., Blas A., Olmedilla A. (2014) *Descripción y evaluación del entrenamiento psicológico de una deportista de regata clase laser radial*. Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte. 2014; 9:67–92.
- Ağırbaş, İ. (2016). *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Ahn S., Fedewa AL. (2011) A meta-analysis of the relationship between children's physical activity and mental health. *J Pediatr Psychol*;36(4):385–97.
- Alabdullah, T. T. Y. (2016). *The performance of companies and the board's characteristics from the new perspective of manipulation avoidance*.
- Alabdullah, T. T. Y., Yahya, S., Nor, M., & Majeed, F. (2016). An Investigation of Corporate Governance from A New Perspective: Examining The Financial Performance Of Companies And The Impact Of Executive Turnover. *Corporate Board: Role, Duties & Composition*, 12(1), 53-67.
- Alagul, Ö., Gursel, F., & Keske, G. (2012) Dance unit with physical literacy. *Procedia-Social and Behavioral Science*, 47, 1135-1140.
- Altaş, S. S. ve Çekmecelioğlu, H. G. (2015). Örgütsel adalet algısının iş tatmini, örgütsel bağlılık ve iş performansı üzerindeki etkileri: Okul öncesi öğretmenleri üzerinde bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 29(3), 421-439.
- Ak, B., Akar, Ç. (1988). Hastanelerin Özellikleri ve Diğer İşletmelerden Farklılıkları, *Sağlık Yönetimi*, (2), 5: 18 – 31.
- Ak, B. (1990). *Hastane Yöneticiliği*, Ankara: Özkan Matbaacılık.
- Akın, L., Gözel, M.G.(2020). Understanding dynamics of pandemics. *Turk J Med Sci*. 2020;50(SI-1):515-9.
- Akkamış, O. (2010). İlköğretim I. ve II. kademe öğretmenlerinin iş tatmini üzerine bir değerlendirme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi SBE., İstanbul.
- Association for University Programs of Health Administration (AUPHA), (2018). Retrieved from <https://www.aupha.org/membership/upd>.
- Ateş H., Kırılmaz, H. ve Aydın, S. (2007). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği* (1. Baskı). Ankara: Asil.



- Aydın, S., Demir, M. (2007).*Sağlıkta Performans Yönetimi; Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*, Ankara: Onur Matbaacılık, Sağlık Bakanlığı Yayını, 2007, s.5.
- Badara, A. M., Johari, H. B. ve Yean, T. F. (2015). Individual performance, leadership succession, organizational climate and moderating effect of trust: data screening and preliminary analysis. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6 (2), 13-21. Doi:10.5901/mjss.2015.v6n2p13.
- Baggett C.D., Stevens J., Catellier D.J., Evenson K.R., McMurray R.G., He K., Treuth M.S. (2010) Ortaokul kızlarında fiziksel aktivitenin telafisi veya yer değiştirmesi: Ergen kızlar için aktivite denemesi. *Int. J. Obez.*;34:1193–1199.
- Balyi, I., & Hamilton, A. (2004). Long-term athlete development: trainability in childhood and adolescence. *Olympic Coach*, 16(1), 4-9.
- Bélanger, M., Humbert, L., Vatanparast, H., Ward, S., Muhajarine, N., Chow, A. F., Engler-Stringer, R., Donovan, D., Carrier, N., & Leis, A. (2016). A Multilevel intervention to increase physical activity and improve healthy eating and physical literacy among young children (ages 3-5) attending early childcare centres: the Healthy Start-DépartSanté cluster randomised controlled trial study protocol. *BMC Public Health*, 2016 16: 313
- Brinkerhoff, D.B., White, L.K., Ortega, S.T., Weitz R. (2014). *Temel sosyoloji*. 9. baskı. Kanada: Cengage Öğrenimi; 71 s.
- Burns R.D., Fu Y., Podlog L.W. (2017). *Okul temelli fiziksel aktivite müdahaleleri ve fiziksel aktivite keyfi: Bir meta-analiz*. *Önceki Med.*;103:84–90. doi: 10.1016/j.ypped.2017.08.011.
- Can, A., İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler, Fakültesi Dergisi, (13)3: 253-275.
- Caput-Joginica, R., Lončarić, D., & de Privitello, S. (2009). Extracurricular sports activities in preschool children: impact on motor achievements and physical literacy. *HrvatskiŠportskomedicinskiVjesnik*, 24(2), 82-87.
- Carter, V. & Good, E. (1973). *Dictionary of Education* (4. Baskı). New York: McGraw Hill Book Company.
- Chamanifard, R., Nikpour, A., veChamanifard, S. (2015). The effect of social capital on organizational performance: The mediating role of employee's job satisfaction. *International Review of Management and Business Research*, 4(3), 853-860.

- Chuang, Y.C., Huang, Y.L., Tseng, K.C., Yen, C.H., Yang, L.H. (2015). Social capital and health-protective behavior intentions in an influenza pandemic. *PLoS One*; 10(4): e0122970.
- Cox R.H. (2012) *Sport Psychology: Concepts and Applications*. 7th ed. McGraw-Hill; New York, NY, USA.
- Côté J., Baker J., Abernethy B. (2007) Practice and Play in the Development of Sport Expertise. In: Hoboken N.J., editor. *Handbook of Sport Psychology*. Volume 3. John Wiley & Sons; Hoboken, NJ, USA. pp. 184–202.
- Cucić V, Simić S. Osnovni principi organizacije zdravstvenih službi. In: Cucić V, Simić S, Bjegović V, Živković M, Dankić-Stefanović D, Vuković D, Ananijević Pandej J. (2000). *Social Med-Textbook, Savremena Administracija a.d. Beograd*, 195-238.
- Çınarlı, İ. SARS (severe acute respiratory syndrome) outbreak regarding risk communication. *İleti-ş-im*. 2005; 2:55-69.
- Davidson M.C., Amso D., Anderson L.C., Diamond A. (2006) 4 ila 13 yaş arası bilişsel kontrol ve yürütücü işlevlerin gelişimi: Bellek, engelleme ve görev değiştirme manipülasyonlarından kanıtlar. *Nöropsikoloji*. 44:2037–2078.
- Demetriou, Y. (2013) *Beden Eğitiminde Sağlığı Geliştirme. Almanya'da Altıncı Sınıf Öğrencilerine Yönelik Sekiz Haftalık Beden Eğitimi Programı "HealthyPEP" in Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi*. Cilt 229. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft; Hamburg, Almanya. s. 206
- Demirbilek Y, Pehlivan Türk G, Özgüler ZÖ, Alp Meşe E. COVID-19 outbreak control, example of ministry of health of Turkey. *Turk J Med Sci*. 2020;50(SI-1):489-94.
- Donev, D., Ivanovska, L., Lazarevski, P., Ruzin, N. (2000). *Glossary of Social Protection Terms. Phare Consensus Programme Project: Dictionary and Glossary of Social Protection Terms*. European Commission, 2000:472.
- Dovijanac, P. (2003). *Savremena organizacija zdravstvenih službi i ustanova*. I.P. "Obeležja" Beograd 2003:43-52.
- Dudley D. (2018) Spor okuryazarlık: Parçaların toplamı bütünden büyük olduğunda. *J. Fizik eğitim Yeniden oluştur*. Dans.;89:7–8.
- Durden-Myers, E. J., Green, N. R., & Whitehead, M. E. (2018). Implications for promoting physical literacy. *Journal of Teaching in Physical Education*, 37(3), 262-271.
- Edward, L. B., et al. (2020). thoughts on adaptive leadership during the covid-19 pandemic, *JPHMP DIRECT The companion site of the Journal of Public Health Management and Practice*, <https://jphmpdirect.com/2020/03/19/thoughts-on-adaptive-leadership-during-the-covid-19-pandemic/>, 19 March 2020

- Erbas, A. (2013). *Hastane Yonetimi, Sorular ve Çözüm Önerileri*, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erol, E. (2003). *Yönetim ve Organizasyon*, 6. Baskı, İstanbul; Beta Yayınları.
- Fedewa AL., Ahn S. (2011). *Fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluğun çocukların başarısı ve bilişsel çıktıları üzerindeki etkileri: Bir meta-analiz*. RQES. 82:521–35.
- Flemons M. (2013). Jimnastiğin yeniden kavramsallaştırılması: okullarda beden okuryazarlığını teşvik etmek için beden eğitimi öğretmenlerinin donatılması. Uluslararası Spor Bilimi ve Beden Eğitimi Konseyi (ICSSPE) Bülteni, *Spor Bilimi ve Beden Eğitimi Dergisi* 65, 189-198.
- Fox, CK., Barr-Anderson, D., Neumark-Sztainer, D., Wall, M. (2011). Fiziksel aktivite ve spor takımı katılımı: Ortaokul ve lise öğrencilerinde akademik sonuçları olan dernekler. *J Sch Sağlık*. 81:733–740.
- Fransen, J., Pion, J., Vandendriessche, J., Vandorpe, B., Vaeyens, R., Lenoir, M., Philippaerts, R.M. (2012). Bir sporda uzmanlaşan ve birden fazla sporu örnekleyen 6-12 yaş arası erkek çocuklarda fiziksel uygunluk ve kaba motor koordinasyondaki farklılıklar. *J. Spor Bilimi*. 30:379–386.
- Fu Y., Gao Z., Hannon J.C., Burns R.D., Brusseau T.A. (2016). Ortaokul öğrencilerinde kıvılcım programının fiziksel aktivite, kardiyorespiratuar dayanıklılık ve motivasyon üzerine etkisi. *J. Fizik Davranmak. Sağlık*; 13:534–542.
- Gallant, P., Vossen, D.P., Weaving, C. (2011). Bölgede: spor okuryazarlık ve sertifikalı antrenör arayışı. *Beden ve Sağlık Eğitimi Dergisi* 77, 16-21.
- Garland, D.J., Barry J.R. (1988). Üniversite futbolunda kişilik ve algılanan lider davranışlarının performans üzerindeki etkileri. *Psikolojik Kayıt* 38, 237-247.
- Giblin S., Collins D., Button C. (2014). Spor okuryazarlık: önem, değerlendirme ve geleceğe yönelik yönler. *Spor Hekimliği* 44, 1177-1184.
- Gould D. (2010) Early Sport Specialization. *J. Phys. Educ. Recreat. Dance*. 81:33–37.
- Gökçora, I. H. (2015). Türkiye’de Bilimsel İletişim ve Bilim Yönetimi’nde Profesyonellik! Retrieved from <http://kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak06/u06-15.pdf>, Accessed on 23.04.2018.
- Gümüş, S. (2012). *Motivasyonun Örgütsel Bağlılığa ve Performansa Etkisi* (Vol. 51). İstanbul: HiperlinkEğit. İlet. Yay. San. Tic. ve Ltd. Şti.

- Hafferty, F.W., Cruess, R.L., Cruess, S.R., Steinert, Y. (2009). *Tıbbi profesyonellik eğitimi*. Birleşik Krallık: Cambridge University Press, Tıp öğrencilerinin profesyonelliği ve sosyalleşmesi; s. 53-70.
- Handler, A., Issel, M., Turnock, B. A. (2001). conceptual framework to measure performance of the public health system. *Am J Public Health*. 2001;91(8):1235-9.
- Haug E., Torsheim T., Sallis J.F., Samdal O. (2010). Fiziksel aktivite ile ilişkili açık hava okul ortamının özellikleri. *Sağlık Öğr. Araş.*;25:248–256. doi: 10.1093/her/cyn050.
- Haughey T., Breslin G., Toole S., Mckee M. (2013) Antrenör eğitimi yoluyla fiziksel okuryazarlığın geliştirilmesi: Kuzey İrlanda perspektifi. *Spor Bilimleri ve Beden Eğitimi Dergisi* 65, 253-257.
- Hayran, Osman; (01.12.2007). *Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?* Retrieved from <http://www.merih.net/m1/wosmhay21.ht>, Accessed on 03.05.2018
- Hebble, A., & Ramaswamy, V. (2005). Corporate Governance and Firm Characteristics (The Sarbanes-Oxley Act of 2002). *Journal of Business & Economics Research*, Vol. 3 (5), 27-31.
- Herrmann C., Seelig H. (2014) MOBAK-1: Motorische Basiskompetenzen in der 1. Sınıf: Testmanual [MOBAK-1: Birinci Sınıfta Motor Temel Beceriler: Testmanual] *Basel Üniversitesi Egzersiz ve Sağlık (DSBG)*; Basel, İsviçre:
- Herrmann C., Seelig H. (2015) MOBAK-3: 3. Sınıfta Motorische Basiskompetenzen: Testmanual [MOBAK-3: Üçüncü Sınıfta Temel Motor Yeterlilikler Testmanual] *Basel Üniversitesi'nin Egzersiz ve Sağlık (DSBG)*; Basel, İsviçre.
- Hilsenrath, P. E. (2012). Healthcare management education settings in the United States: History and perspective, *Journal of Management History*, 18 (4): 386-401.
- Higgs, C. (2010). Physical literacy—Two approaches, one concept. *Physical and Health Education Journal; Gloucester* vol. 76, Iss 1 (Spring 2010): 6-10.
- Higginson DC. (1985) Kadınların spora katılım sürecinde sosyalleşme ajanlarının etkisi. *Gençlik*.1985; 20:73–82.
- Howie EK., Pate RR. (2012) Physical activity and academic achievement in children: A historical perspective. *J Sport Health Sci*.1:160–169.
- Ildır, A. (2008). *Faaliyet Tabanlı Maliyetleme ile Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Performans Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

- Ishii K., Shibata A., Sato M., Oka K. (2014). İlkokul çocukları arasında fiziksel aktivite ve algılanan okul ortamını ara verin. *Int. J. Çevre. Araş. Halk Sağlığı*; 11:7195–7206.
- Johnson, S. W. (2005). Characteristics of effective health care managers, *Health Care Management, Apr-Jun*; 24 (2):124-8
- Kandel, N., Chungong, S., Omaar, A., Xing, J. (2020). Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: An analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries. *Lancet*. 2020;395(10229):1047-53.
- Kane, J. (2012). Health Costs: How the U.S. Compares with Other Countries. Available from: <http://www.pbs.org/newshour/rundown/2012/10/health-costs-how-the-us-compares-with-other-countries.html>
- Karasar N. (2011). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara, Nobel Yayınları.
- Karaman, R. (2009). İşletmelerde performans ölçümünün önemi ve modern bir performans ölçme aracı olarak balance scorecard. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 8(16), 410-427.
- Karasoy, H. A. (2014). Türk kamu yönetiminde performans yönetimine bir bakış. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 10 (22), 257-274.
- Karakılçık, Y. (1994). *Yönetim, Kaynak Yaratma ve Özelleştirme Açularından Hastane İşletmeciliğine Yeni Bir Yaklaşım*, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Katz, R. L. (1974). *Skills of an effective administrator*, Harvard Business Review, (33), 1.
- Kavuncubaşı, S. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara; Siyasal Kitabevi.
- Kavussanu M., Boardley I. D., Jutkiewicz N., Vincent S., Ring C. M. (2008) Antrenörlük etkinliği ve antrenörlük etkinliği: tahmin edicilerinin incelenmesi ve antrenörlerin ve sporcuların raporlarının karşılaştırılması. *Spor Psikoloğu* 22, 383-404.
- Keske, G., Gursel, F., & Alagul, O. (2012). Can you gain a healthy nutrition habit by physical literacy? *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 47, 1097- 1102.
- Khanka, S. S. (2006). *Organizational Behavior*. S. India: Chand Publishing
- Ramanathan R. (2005). Operations Assessment of Hospitals in the Sultanate of Oman. *International Journal of Operations and Production Management*. 25(1), pp. 39- 54.
- Kiez, T. K. (2015). *The impact of circus arts instruction on the physical literacy of children in grades 4 and 5*. (Master's Thesis, the University of Manitoba).

Retrieved from  
[https://mspace.lib.umanitoba.ca/jspui/org/bitstream/1993/30711/4/Kiez\\_Tia.pdf](https://mspace.lib.umanitoba.ca/jspui/org/bitstream/1993/30711/4/Kiez_Tia.pdf)

- Koshki, S.H.A. Homan, Zahedi, S. (2009). Relationship between personal characteristics with factors of teachers' job satisfaction, *Psychological Research Studies*. 1(4) (2009) 8-26.
- Koç, N. (1981). *Liselerde Öğrencilerin Akademik Başarılarının Değerlendirilmesi Uygulamalarının Etkliliğine İlişkin Bir Araştırma*. Ankara: Ankara ÜniversitesiEğitim (Bilimleri) Fakültesi Yayınları
- Koçak Tufan, Z, Kayaaslan, B. (2020). Crushing the curve, the role of national and international institutions and policy makers in COVID-19 pandemic. *Turk J Med Sci*. 2020;50(SI-1):495-508.
- Koçel, T. (2003). *İşletme Yöneticiliği*, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul.
- Koçel, T. (2015). *İşletme Yöneticiliği* 16. Baskı. İstanbul: Beta Yayınevi.
- Kohl, HW., Craig, CL., Lambert, EV., Inove, S., Alkandari, JR., Leetongin, G., Kahlmeier, S. (2012). *Fiziksel hareketsizlik salgını: halk sağlığı için küresel eylem*. *Lancet*. 380:294–305.
- Kovačić, L. (2000). Primarnazdravstvenazaštita. In. Jaksicž, Kovačić L at all. *SocialMedicine-Textbook. MedicinskaNaklada, Zagreb* 2000: 180-3.
- Kozera, T. R. (2017). *Physical literacy in children and youth*. (Doctoral dissertation, The University of Manitoba). Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/d6d1/b73a571806bb5b2d8b859e83c332f699227a.pdf>
- Kwon H. H., Koh K. T., Pyun D. Y., Wang J. (2009) Spor için liderlik ölçeğinin psikometrik özellikleri: Singapurlu ortaokul sporcuları örneği. *Uluslararası Spor Yönetimi Dergisi* 10, 367-381.
- La Forgia, G. M. ve Couttolenc, B. F. (2008). *Hospital Performance in Brazil the Search for Excellence*. Washington: The Word Bank.
- La Porta, R., Lopez-de-Silanes, F., Shleifer, A., and Vishny, R. (2000). Investor protection and corporate governance. *Journal of Financial Economics*, 58, 3-27.
- Leadership Competencies for Healthcare Services Managers (2018). International Hospital Federation, Retrieved from; [https://www.ache.org/newclub/resource/Leadership\\_Competencies\\_Healthcare\\_Services\\_Managers.pdf](https://www.ache.org/newclub/resource/Leadership_Competencies_Healthcare_Services_Managers.pdf).

- Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, Leung GM, Oshitani H, Fukuda K, et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *Lancet*. 2020;395(10227):848-50.
- Longmuir P.E., Tremblay M.S. (2016). Spor okuryazarlıkla ilgili en iyi 10 araştırma sorusu. *Egzersiz ve Spor için Araştırma Üç Aylık* 87, 28-35.
- Mosadeghrad, A. M. (26.06.2014). Factors Influencing Healthcare Service Quality, Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122083/>
- Morawski JG., StMart'in J. (2011) Sosyal bilimlerin gelişen sözcük dağarcığı: "sosyalleşme" örneği, *HistPsychol*. 14(1):1-25.
- Moghimi, M. (2006). *Organization and managing research approach*, Terme Publication, Tehran, Iran, 2006.
- Nelson L., Cushion C., Potrac P. (2012). Koçluk eğitiminin sağlanmasının geliştirilmesi: Birleşik Krallık koçluk uygulayıcılarının tavsiyeleri. *Fizik eğitim Spor Pedagog.*;18:204-218.
- Porter, M. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363 (26), 2477-2481.
- Pot, N., Whitehead, M. E., & Durden-Myers, E. J. (2018). Physical literacy from philosophy to practice. *Journal of Teaching in Physical Education*, 37(3), 246-251.
- Powell, M., Dawson, J., Topakas, A., Durose, J. veFewtrell, C. (2014). Staff Satisfaction and OrganisationalPerformance: Evidence from a Longitudinal Secondary Analysis of The NHS Staff Survey andOutcome Data. *Health Serv Deliv Res* 2(50).
- Prochaska, J.J., Sallis, J.F., Long, B. (2001).*Birinci basamakta ergenlerle kullanım için bir fiziksel aktivite tarama ölçüsü*. *Kemer Pediatr. Ergen Med.*;155:554-559.
- Rakich J, Longest B, Darr K. (1992). Managing Health Services Organizations. *Health ProfessionsPress*, Inc. Baltimore, Maryland, 1992: 684.
- Raofi A, Takian A, Akbari Sari A, Oleananes A, Highlight H, Arabi M. COVID-19 pandemic and comparative health policy learning in Iran. *Arch Iran Med*. 2020;23(4):220-34.
- Remuzzi A, Remuzzi G. (2020). COVID-19 and Italy: what next? *Lancet*. 2020;395(10231):1225-8.
- Rezaie, A., Khalilzadeh, A. (2009). Relationship between social intelligence of managers with teachers' job satisfaction in schools, *Educational Training Science Journal*. 2(7) 121- 145.

Roetert, E. P., & Jefferies, S. C. (2014). Embracing physical literacy. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 85(8), 38-40.

Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta dönüşüm. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2003.

Sarvan, F. (1994). Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi, Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi Dergisi, Haziran, (1), 1, pp. 209-236.

Saville, P. D., Bray S. R. (2016). Sporcuların koçluk davranışı, İlişkiden Çıkarsaman Öz Yeterlilik (RISE) ve gençlik sporunda öz yeterlilik algıları. *Uygulamalı Spor Psikolojisi Dergisi* 28, 1-13.

Sayf, G. (2019). *Değerleme öğrencilerinin profesyonel sosyalleşmesi: literatür ne diyor.* [2019 Ekim’de alıntılanmıştır]. Şuradan erişilebilir: [http://www.prrs.net/Papers/Page\\_Professional\\_socialization\\_of\\_valuation\\_students.pdf](http://www.prrs.net/Papers/Page_Professional_socialization_of_valuation_students.pdf).

Seçim, H. (2011). *Hastane Yönetim Ve Organizasyonu*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Soner, O. (1995). *Aile Uyumu ÖğrenciÖzgüveni ve ÖğrenimBaşarı Arasındaki İlişkiler*, (Doktora Tezi), İstanbul: MÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Stephens, K. (2015). *Physical Education Teachers' Perceptions, Understanding and Philosophies Encompassing Physical Literacy* (Doctoral dissertation, Cardiff Metropolitan University). Retrieved from <https://repository.cardiffmet.ac.uk/handle/10369/6926>

Stoddart, A. L., & Humbert, M. L. (2017). Physical literacy is...? What teachers really know? *PHEnex Journal*, 8(3).

Stodden, D. F., Goodway, J. D., Langendorfer, S. J., Roberton, M. A., Rudisill, M. E., Garcia, C., & Garcia, L. E. (2008). A developmental perspective on the role of motor skill competence in physical activity: An emergent relationship. *Quest*, 60(2), 290-306.

Sözen C., Özdevecioğlu M. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*”, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara

Steers, M. R., Mowday, T. R., & Shapiro, D. L. (2004). The future of workmotivation theory. *Academy of Management Review*, 29(3), 379-387.

Sum, R. K. W., Ha, A. S. C., Cheng, C. F., Chung, P. K., You, K. T. C., Kuok, C. C., Yu, C. K. ve Wang, F. J., ed. Ginsberg, S. D. (2016) *Construction and*



*Validation of a Perceived Physical Literacy Instrument for Physical Education Teachers*, Plops One.; 11(5): e0155610.

Sur, H. ve Palteki, T. (Ed.). (2013). *Hastane Yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Şahman, I., Tengilimoğlu, D., Işık, O. (2008). Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumsallaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 10(2). 1-23.

Şahan, H. (2007). *Üniversite öğrencilerinin sosyalleşme sürecinde spor aktivitelerinin rolü*, Yayınlanmamış doktora tezi, Selçuk Üniversitesi, Türkiye.

Temel, M.K., Ertin, H. (2020). Lessons from the 1918 influenza pandemic for the COVID-19 pandemic. *Anatol Clin.* 2020;25 (Special Issue on COVID 19):63-78.

Tengilimoğlu, D. ve Toygar, Ş. A. (2013). Hastane performansının ölçümünde PATH yöntemi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*,3(1), 50-78.

The World Bank. World Development Report (1993). Investing in Health. The World Bank, 1993:329.

The Organization for Economic Co-operation and Development. (2008). OECD reviews of health systems: Turkey 2008. Paris: OECD; 2008.

Thomas, M. P. (2016). *Association of exergaming with physical literacy in Canadian children* (Doctoral dissertation, University of Lethbridge). Retrieved from <http://opus.uleth.ca/handle/10133/4768>

Tulchinsky, T.H., (2009). *Varavikova EA. The New Public Health. Second Edition.* San Diego-London: Elsevier Academic Press, 2009:658.

Turan, T. (2011). *Türkiye’de profesyonel hastane yöneticiliği: kamu yönetimi açısından bir inceleme*, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnönü Üniversitesi.

Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Özgen, H., Öztürk, A. (1994). *Türkiye’deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir araştırma*, Retrieved from <http://www.merih.net>. (1) 8: 27-37

Özcan, Y A. (2008). *Health care benchmarking and performance evaluation*. New York: Springer; 2008.

- Ülgen, H. ve Mirze, S. K. (2013). *İşletmelerde Stratejik Yönetim* 6. Baskı. İstanbul: Beta Basım.
- Ülker, G. (2019). *Spor Okur-Yazarlığı Kavramının Beden Eğitimi Öğretmenleri, Antrenörler ve Spor Yöneticilerinin Bakış Açılıyla İrdelenmesi İstanbul Örneği*, İstanbul Gedik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Walper, L. F. (1995). *Health Care Administration Principles Practices Structure and Delivery*, Gaithersburg Maryland, an Apsen Publishers Inc.
- Wasti, S. A. (2000). Meyer ve Allen 'inÜç boyutlu örgütselbağlılıkölçeğiningeçerlilik ve güvenilirlik analizi. 8. *Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi*, 25-27.
- Whitehead M.E. (2010) *Yaşam Kursu Boyunca Spor okuryazarlık*.Routledge; Oxon, Birleşik Krallık, s. 3-9.
- Whitehead M.E. (2019) Fiziksel okuryazarlığın tanımı. İçinde: Whitehead M.E., editör. *Dünyada Spor okuryazarlık*. Routledge; Oxon, Birleşik Krallık: s. 8-18.
- Whitehead, M. (2001). The concept of physical literacy. *European Journal of Physical Education*, 6(2), 127-138.
- World Health Organization. The World Health Report 2000, health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- World Health Organization. The Tallin Charter: Health systems for health and wealth. Copenhagen: World Health Organization; 2008.
- World Health Organization. The European health report 2009, health and health systems. Copenhagen: World Health Organization; 2009.
- Whitehead, M. (2013). Stages in physical literacy journey. *ICSSPE Bulletin– Journal of Sport Science and Physical Education*, 65.
- WHO, Shaping the Future? The World Health Report 2003. WHO, Geneva, 2003:143?
- WHO, Health, Economic Growth, and Poverty Reduction? The Report of Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health- Executive Summary. WHO, Geneva, 2002:12.
- WHO, Improving Performance? The World Health Report 2000, Health Systems: WHO, Geneva, 2000:151.
- WHO, Health 21 – Health for All in the 21st Century European Health for All Series No 6. WHO-Euro, Copenhagen 1999: 217.
- WHO, Reducing Risks, Promoting Healthy Life? The World Health Report 2002. WHO,Geneva, 2002:235.

Yıldırım, M., ve Bayrak, C. (2019). Üniversite öğrencilerinin spora dayalı fiziksel aktivitelere katılımları ve yaşam kalitelerinin akademik başarı ve sosyalleşme üzerine etkisi (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi örneği). *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34(1), 123-144. DOI: 10.16986/HUJE.2017032928.

Zhu, C. J., Cooper, B. K., Thomson, S. B., De Cieri, H. ve Zhao, S. (2013). Strategic integration of HRM and firm performance in a changing environment in China: the impact of organisational effectiveness as a mediator. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(15), 2985-3001.



## EKLER

### Değerli Katılımcı;

İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek LisansSağlık Yönetim Öğrencisi olarak Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Canan TİFTİKile birlikte “Covid-19 Salgın Sürecinde İlgili Kamu-Özel Sektör Hastanelerinin Performansının Değerlendirmesi” isimli tez çalışmasını yürütmekteyiz. Aşağıdaki sorular tez araştırmamız ile ilgili olup verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak ve tez dışında başka herhangi bir amaç için kullanılmayacaktır.

Hazırlanan anket çalışmasında; katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili veriler 7 sorudan oluşan “Kişisel Bilgi Formu” ve katılımcıların örgütsel bağlılık, iş tatmini ve algılanan performans değişkenleri ile ilgili düşünce ve tutumlarını ölçmek amacıyla hazırlanan 50 sorudan oluşmaktadır. Bu çerçevede hazırlanan anketin birinci bölümünde katılımcıya ait demografikve iş yeri bilgileri (7 soru), ikinci bölümde örgütsel bağlılık ölçeği ile ilgili bilgiler (18 soru), üçüncü bölümde iş tatmini ölçeği ile ilgili bilgiler (20 soru) ve dördüncü bölümde algılanan kurumsal performans yönetimi ölçeği (12 soru) ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Bu alanda oldukça sınırlı sayıda çalışma olduğundan yeni çalışmalara da ışık tutacağını düşündüğümüz bu araştırmaya vereceğiniz destek ve ayıracağınız zamandan dolayı teşekkürlerimi sunarım.

LubnaAlkhalissi

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz?  
Kadın  
Erkek
2. Yaşınız?  
.....
3. Öğrenim Durumunuz?  
Ön Lisans

Lisans  
Yüksek Lisans  
Doktora

4. Göreviniz?  
.....

5. Meslekte Aktif Çalışma Süreniz?  
1-5 Yıl  
6-10 Yıl  
11-15 Yıl  
16-20 Yıl  
21 Yıl ve üzeri

6. Halen Aktif olarak çalıştığınız Hastane?  
.....

7. Halen aktif olarak çalıştığınız hastanede kaçınıcı yılınız?  
1-5 Yıl  
6-10 Yıl  
11-15 Yıl  
16-20 Yıl  
21 Yıl ve üzeri

## ÖLÇEKLER

Örgütsel Ölçeği:	Bağlılık	1.Kesinlikle Katılmıyoru m	2.Katılmıyoru m	3.Kararsız m	4.Katılıyoru m	5. Kesinlikle Katılıyoru m
1. Bundan sonraki meslek hayatımı bu işletmede geçirmekten mutlu olurum.						
2. Çalıştığım işletmenin sorunlarını kendi sorunlarım gibi kabul ediyorum.						
3. Çalıştığım işletmeye karşı herhangi bir aidiyet duygusu beslemiyorum.						
4. Çalıştığım işletmeye karşı herhangi bir duygusal bağlılık hissetmiyorum.						
5. Çalıştığım işletmede kendimi “işletmenin bir parçası” olarak hissetmiyorum.						
6. Çalıştığım işletme benim için çok özeldir.						

7. Bu işletmede çalışma nedenim hem şartlar gereği hem de kendi isteğimden kaynaklanmaktadır.					
8. Şu anda çalıştığım işletmeden ayrılmak benim için çok zor olurdu.					
9. Şu anda çalıştığım işletmeden ayrılırsam yaşamım alt üst olur.					
10.Çalıştığım işletmeden ayrılmamı gerektirecek nedenler çok azdır.					
11. Şu anda çalıştığım işletmeye kendimden çok şey katmasaydım başka bir işletmede çalışmayı düşünürdüm.					
12. Şu anda çalıştığım işletmeden ayrılırsam çok az alternatifim olur.					
13. Şu anda çalıştığım işletmede çalışmaya devam etmek kimseye minnet hissetmiyorum.					
14. Şu anda çalıştığım işletmeden ayrılmak benim için yararlı olsa bile buradan ayrılmayı doğru bulmuyorum.					
15. Şu anda çalıştığım işletmeden ayrılırsam suçluluk hissedirim.					
16. Şu anda çalıştığım işletmenin benim bağlılığımı hak ettiğini düşünüyorum.					
17. Şu anda çalıştığım işletmedekilere karşı sorumluluk hissediyorum o nedenle buradan ayrılamam.					
18. Şu anda çalıştığım işletmeye karşı kendimi borçlu hissediyorum.					

<b>MINNESOTA İş Tatmini Ölçeği:</b>	<b>1.Hiç memnun değilim,</b>	<b>2.Memnun değilim</b>	<b>3.Kararsızım</b>	<b>4.Memnunum</b>	<b>5.Çok Memnunum</b>
<b>Mesleğimden.....</b>					
1. Her zaman beni meşgul etmesi yönünden					
2. Özgür çalışma olanağının olması yönünden					
3. Bazen değişik faaliyetler yapabilme olanağı açısından					
4. Saygın bir statü sağlaması yönünden					
5. İşletmede yöneticilerin çalışanlarıyi yönetebilmesi açısından					
6. İşletmede yöneticilerin karar verme yeteneği açısından					
7. Mesleğimin bana vicdani sorumluluk vermesi bakımından					
8. Mesleğimingarantili bir gelecek sunması açısından					
9. Çevremdekiler için iyi bir şeyler yapabildiğimi hissetmem bakımından					
10. Çevremdekileri yönlendirme i fırsatı vermesi açısından					
11. Bireysel yeteneklerimi kullanmama izin vermesi bakımından					
12. Çalışma alanımla ilgili kararlar alınması ve uygulamaya geçirilmesi bakımından					
13. Mesleğimde kazandığım ücret bakımından					
14. Mesleğimde terfi edebilmem yönünden					
15. Şahsi fikir ve düşüncelerimi değerlendirme olanağının olması bakımından					
16. İş yerinde çalışma ortamı koşulları bakımından					
17. İş arkadaşlarımla birbiriyle uyumu açısından					

18. Mesleki başarılarımda takdir edilmem bakımından					
19. Mesleki işlerde kendimi başarılı hissetmem bakımından					
20. İş faaliyetlerinde kendi metotlarımı rahatça kullanabilmem bakımından					

<b>Algılanan Kurumsal Performans Yönetimi Ölçeği:</b>	<b>1-Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>2- Katılmıyorum</b>	<b>3- Kararsızım</b>	<b>4- Katılıyorum</b>	<b>5- Kesinlikle Katılmıyorum</b>
<b>İç verimlilik</b>					
1. Kurumum bilgi ve becerilerimi aktarmada daha verimli olmam için yollar aramaktadır.					
2. Kurumum yönetim maliyetlerini daha aza indirmek için çaba sarf eder.					
3. Son yıllarda çalıştığım birimin üretkenliği oldukça gelişmiş durumdadır.					
4. Genel olarak mevcut çalışma arkadaşlarımda yaptıkları işin kalitesi yüksektir.					
5. Kuruluşum, siyasi eğilimleri, cinsiyetleri, memleketleri, medeni durumları, yaşları veya engellilik durumları ne olursa olsun, personel yönetiminin tüm yönlerinde çalışanlara ve başvuranlara adil					



ve eşit muamele sağlar.					
6. Genel olarak, kurumumda statü ve derece gözetilmeksizin herkese saygıyla davranılır.					
<b>Dış verimlilik</b>					
1. Kuruluşum, dış müşterilerle çok hızlı bir şekilde iş ilişkileri yürütmüştür.					
2. Kuruluşumda iş yaparken büyük hatalar yapmak nadirdir.					
3. Çalışma birimim tarafından gerçekleştirilen iş, halka katma değer üzerinden anlamlı bir getiri sağlar.					
4. Kuruluşumda hedeflere ulaşma oranı çok yüksektir.					
5. Kuruluşum, bireysel geçmişlerini dikkate almadan halka adil ve hakkaniyetli hizmetler sunar.					
6. Kurumuma karşı müşteri memnuniyeti çok yüksektir.					

