



Kamu Hastanelerindeki Sağlık Yöneticilerinin Yetkinlikleri¹

Competencies of Healthcare Managers in Public Hospitals

Aslı KÖSE ÜNAL

Gümüşhane Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Gümüşhane, Türkiye

orcid.org/0000-0002-8044-6592
asl_kse@hotmail.com

Enver AYDOĞAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Ankara, Türkiye

orcid.org/0000-0001-7327-7148
aydogan@gazi.edu.tr

Özet

Sağlık kuruluşları için yöneticilerin sahip oldukları yetkinlikler her geçen gün daha önemli bir hale gelmektedir. Bu çalışma sağlık yöneticilerinin yetkinliklerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada, The American College of Healthcare Executives (ACHE) tarafından yöneticilerin kendi kendilerini değerlendirmeleri amacıyla geliştirilen ve Erigüç, Kurul ve Tekin Numanoğlu (2014) tarafından Türkçe'ye çevrilen ölçekten yararlanarak bir anket hazırlanmıştır. Anket kamu hastanelerindeki 400 sağlık yöneticisine uygulanmıştır. Araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin yetkinliklerinden liderlik yetkinlik düzeyi en yüksek yetkinlik alanı, sağlık sektörü bilgi düzeyi ise en düşük yetkinlik alanı olarak belirlenmiştir. Farklı iş rollerine sahip sağlık yöneticilerinin en düşük yetkinlik alanı olarak sağlık sektörü bilgi düzeyinin olma nedeni sağlık yöneticilerinin %82'sinin sağlık yönetimi eğitimi almamış olmasıdır. Araştırma kapsamında yer alan sağlık yöneticilerinin yetkinlikleri ile yönetsel statüleri arasında istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır. Sağlık yöneticilerinin cinsiyetlerine göre yetkinlik alanlarındaki farklılık değerlendirildiğinde kadın yöneticilerin iletişim ve kişilerarası ilişkiler yönetimi yetkinlik düzeyinin erkek sağlık yöneticilerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yetkinlik, Sağlık Yöneticisi, Kamu Hastaneleri

Abstract

Competencies are becoming more important for healthcare organizations. The aim of this study is to determine the managerial competencies of healthcare managers. In this study, a questionnaire prepared by using Healthcare Executives Competencies Assessment Tool which was translated to Turkish by Erigüç, Kurul ve Tekin Numanoğlu (2014). ACHE for the purpose of using self-assessment tool for healthcare managers. The questionnaire have been applied a total of 400 healthcare managers in public hospitals. From the competencies of the healthcare managers, who participated in the

¹ Bu çalışma Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde hazırlanan Sağlık Yöneticilerinin Yetkinliklerinin Sağlık Hizmeti Performansına Etkisi adlı tez çalışmasından türetilmiştir.

research, competency level of leadership is determined as the highest area of competency while level of knowledge in healthcare sector is the lowest area of competency. Knowledge level of the healthcare managers having different job roles in healthcare sector is the lowest area of competency because 82% of the healthcare managers did not receive the training on healthcare management. A statistical significance between the competencies and managerial statuses of the healthcare managers within the scope of the research could not be found. When the differences in the competency areas according to genders of the healthcare managers are evaluated, it is determined that communication and interpersonal relations management competency level of female managers is higher than the level of male managers.

Keywords: *Competency, Healthcare Manager, Public Hospitals*

Giriş

Yüksek performanslı ve düşük performanslı örgütlerin yetkinliklerini değerlendirme sonucunda başarıyı getiren yetkinlikleri ve başarısızlığa neden olan yetkinlik açıklarını belirlemek yönetim süreçlerinde önemli faaliyet alanlarından biridir (Bharadwaj ve Punia, 2013). Örgütlerin yönetsel potansiyelinin yönetici yetkinlikleri ile bağlantısı yönetim kalitesine bağlıdır. Bu etki örgütleri yönetim kalitelerini artırma alanında yoğunlaştırmaktadır (Çetinkaya, 2009).

Örgütlerin performans beklentilerini gerçekleştirmede yöneticilerin yetkinlikleri de değerlendirme sürecinde yer almalıdır (Shirazi ve Mortazavi, 2009). Cockerill ve Hunt ve Schroder (1995) yöneticilerin statüleri, deneyimleri ve yetkinlikleri örgütlerin hedeflediği performansa ulaşmada etkili olduğunu belirtmektedir. Yöneticilerin performansı (çıktı), işle ilgili bilgi ve deneyimleri (girdi yetkinlikleri), kişilik özellikleri ve yetenekleri (süreç yetkinlikleri) yönetici performansının belirleyici unsurları olarak belirtilmiştir. Yöneticiler için yetkinlik; yöneticilerin deneyimleri, bilgi, beceri ve sosyal rollerinin toplamı olarak ifade edilebilir (Zaccaro ve Banks, 2004). Yetkinlikler yöneticilerin mikro becerileridir ve örgütün sahip olduğu değerlerin bir parçasıdır.

Sağlık işletmelerinin rekabetçi doğasından dolayı yüksek motivasyona sahip yöneticilere olan ihtiyaç örgütün başarıya ulaşmasında önemli bir etkidir (Broscio ve Scherer, 2003; Rollins, 2003; Finley, Ivanitskaya ve Kennedy, 2007; Kubica, 2008). Sağlık yöneticisinin rolleri ve yetkinlikleri hastane yöneticisinin başarısını doğrudan etkilemektedir. Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de yönetim kalitesi büyük farklılık oluşturmaktadır. Bu farklılıklar sağlık boyutu nedeniyle daha da önemli hale gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde yetkinlik, hizmet kalitesi ve çalışanın tecrübesiyle desteklenmiş yetkinliği içermektedir (Kaissi, 2005).

Sağlık alanında hasta algı düzeyindeki değişiklikler, hastaların memnuniyeti ve kaliteli hizmet beklentileri sağlık kurumlarındaki yöneticilerinin yetkinlikleri ile doğrudan ilişkilidir. Bu çalışmada kamu hastanelerindeki yöneticilerin yetkinlikleri ve sosyo demografik değişkenlere göre belirlenmiştir.

Kavramsal Çerçeve

1.Yetkinlik Kavramı

Yöneticilerin rollerini yerine getirirken üstün performansı ayırt edici gözlemlenebilir davranışlar olan yetkinliklere ihtiyaçları vardır (Biçer ve Düztepe, 2003). Yöneticilerin yetkinlikleri yönetim işlevine ve örgüte katkıları sebebiyle

önemlidir (Çetinkaya ve Özutku, 2012). İnsan kaynakları alanında yetkinlikler insan kaynağı seçiminde, performans değerlendirilmesinde, çalışan eğitimi ve gelişimini sağlamada örgütlere avantaj sağlamaktadır (Bingöl, 2013).

Yetkinlik kavramının içeriğine yönelik literatürde görüş birliği olmamakla birlikte en fazla ilişkilendirildiği kavram ise yeterliliklerdir. Yeterlilik stratejik yönetim kavramı, yetkinlik ise yeterliliğin üretim fonksiyonudur (Budak, 2008). Üretim fonksiyonun girdileri ise kişilik, bilgi, davranış, çıktılar ise iş performansıdır (Hackett, 2002). Yetkinlik fonksiyonunun kavramsallaştırılmasında bireysel ve örgütsel özellikler, eğitim ile işgücü piyasası arasındaki ilişkiyi yapılandıran ve kolaylaştıran bir araç olarak üç farklı bakış açısında göre sıralanmaktadır. Yetkinliklerin bireysel özellikler olarak ele alınışında yetkinliğin öğrenildiği mi yoksa doğuştan mı geldiği sorusuna cevap aranmaktadır. Bazı görüşlerde yetkinliğin eğitilebilirliği, bazılarında ise doğuştan geldiği ve geliştirilebildiği savunulmaktadır (Mayatürk, 2011). Yetkinlerin örgüt düzeyindeki değerlendirmesinde ise çalışanların performansını artırarak örgütsel süreçlere dayalı yetkinlikler ile sürdürülebilir rekabet avantajına kaynak oluşturmaktadır. Böylece yetkinlikler bir örgütte performansı etkileyerek sektörde örgüte rekabet avantajı kazandırmaktadır (Mooney, 2007).

2. Sağlık Yöneticilerinde Yetkinlik

Sağlık meslekleri açısından yetkinliklerin kullanımı iş gücü kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır (Calhoun vd., 2002). Sağlık sektöründe üretilebilir sonuçlar elde etmek için ekiplere yol göstermek, personelin verimli çalışmasını sağlamak, daha fazla memnun olan hasta potansiyelini oluşturmak, hesap verebilirlik ve net sonuçlara ulaşmak için sağlık yöneticilerinin yetkinlik düzeyleri önemlidir (Dwyer vd., 2006).

Amerika'da sağlık sektöründe uygulanan yetkinlik modeli The Healthcare Leadership Alliance HLA olarak adlandırılmaktadır. HLA altı büyük profesyonel meslek örgütünden oluşmaktadır. Bu birlik tarafından farklı tecrübe ve süreçlerdeki sağlık yöneticileri için tanımlanmış liderlik, iletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi, profesyonellik, yönetim bilgi ve beceri düzeyi, sağlık sektörü bilgi düzeyi olmak üzere beş yetkinlik tanımlanmıştır (Stefl, 2008).

a) Liderlik: Bireysel ve örgütte mükemmelliği, paylaşılmış vizyon ve değişimi yönetmeyi içermektedir. Ortak bir vizyon oluşturmak ve örgütün stratejik amaçlara ulaşmak için değişimi yönetmektir. Dünya'da sağlık sistemlerinin uygulanma modellerindeki farklılıklar yönetim süreçlerine ve sağlık çalışanı yetiştiren eğitim programlarındaki düzenlemelere de yansımaktadır. Etkili bir sağlık hizmeti sunumu için sağlık ekibindeki tıbbi liderliğin etkinliği giderek kabul görmektedir (Reddy vd., 2015).

b) Profesyonellik: Profesyonellik örgüt ahlakının profesyonel standartlara göre belirlenmesini içermektedir. Hasta ve topluma karşı sorumluluğu içeren etik ve profesyonel standartlara sahip, yaşam boyu öğrenme ve gelişime açık olmaktadır. Profesyonellik diğer yetkinlikleri tamamlayıcı yetkinlik alanı olarak değerlendirilmektedir. Sağlık yöneticisi hastalara ve topluma karşı sunduğu hizmetten sorumlu olmakla birlikte etik ve profesyonel standartlara uygun kişisel ve örgütsel davranış uyum yeteneği sağlayarak yaşam boyu öğrenme ve gelişmeyi kendine hedef belirlemelidir. Mesleği etkileyen değişiklikler göz önüne alındığında mevcut uygulamalar, yeni roller ve normlar hakkında farkındalık oluşturmaktır. Bu farkındalık mesleki gelişimi sağlayan eğitim programlarına katılmayı, yayınları takip etmeyi, proaktif kariyer planlamasını ve hayat boyu öğrenmeyi içermektedir (Evans vd., 2006).

c) İletişim ve Kişilerarası İlişki Yönetimi: Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları ile iletişim kurmayı ve etkileşimi sağlamaktadır. Sağlık yöneticisi iletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi yetkinliğine çalışma ilişkilerini etkili şekilde sürdürmek için ihtiyaç duymaktadır. İletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi sağlık yöneticilerinin çalışanlarını anlamalarına ve yüksek performanslı çalışmalarını desteklemektedir. İletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi örgütsel düzeyde (örgütün yapısı ve ilişkilerini bilerek halkla ilişkiler faaliyetlerini ve uygulamalarını anlamak, örgütün vizyonu ve misyonu odaklı iletişim ağlarını oluşturmak), bölüm düzeyinde (çatışmalara alternatif çözümler üretmek, takım yaratmak ve katılımı sağlamak) ve diğer alanlar ise iletişim süreçleri düzeyine odaklı (paydaş beklentilerini anlamak, iletişim sağlayan yardımcı kaynakları belirlemek) alanlardır. Yöneticilerin çatışma ile karşılaşmaları kaçınılmazdır. İletişim yetkinliğine sahip sağlık yöneticisi çatışmayı önceden hisseder ve büyük sorunlara yol açmadan çatışma sorununu çözümler (Garman ve Strong, 2006).

d) Yönetim Bilgi ve Beceri Düzeyi: İş prensiplerini uygulayabilmektir. Sistem düşüncesi çerçevesinde temel iş prensiplerini sağlık sektörüne uygulama yetkinliğini ifade etmektedir. Buna ek olarak özellikle sekiz alt etki alanlarının kritik olduğu belirtilmektedir. Etki alanları finansal yönetim, insan kaynakları, yönetim, stratejik planlama, risk yönetimi, kalite iyileştirme, pazarlama ve bilgi yönetimidir. Yönetim bilgi ve beceri düzeyi yetkinlik alanının uygulamaları sağlık yöneticilerini özellikle ilgilendirmektedir. İş deneyimi (doğru ve zamanında geribildirim ile birleştiğinde) yönetim rolünü öğrenmenin en iyi yolu olmakla birlikte bu süreç biraz gelişigüzel ortaya çıkabilmektedir. Çoğu zaman, öğrenme faaliyeti sunulan ihtiyaca cevap vermektен çok yeni yöneticilerin proaktif davranış geliştirmesine fırsat sağlamaktadır (Dye ve Garman, 2006).

e) Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi: Sağlık sistemini anlama, sağlık aktörlerini tanıma ve prosedürleri yerine getirmektir. Sağlık sisteminin belirleyicileri hasta, çalışan, sistemler ve toplum / çevredir (Garman ve Tran, 2006).

1. Hasta: Sağlık sektöründe hasta rolündeki kişi en azından bir deneyime sahiptir. Bireysel farklılıkların oluşturduğu hasta deneyimi bir referans sağlayarak yöneticiye bilgi kaynağı oluşturabilir. Hasta deneyimindeki çeşitlilik hasta ihtiyaçlarını karşılamak için gerçekçi bir resim oluşturulmasına fırsat sağlamaktadır.
2. Çalışan: Hastanelerin iş gücünü oluşturan sağlık personeli farklı meslek gruplarından oluşmaktadır. Mesleki eğitimin niteliği kişilerarası güven ve işbirliğine dayandırılmalıdır. Bireysel hedefler, örgütsel hedeflerle örtüşmeli örgütsel gücü desteklemelidir.
3. Sistemler: Sağlık sistemleri çıktı olarak ürettiği sağlık hizmetlerinin özellikleri nedeniyle diğer hizmet türlerinden farklıdır. Sağlık sistemleri, yalnızca insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda da onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve saygınlıkla tedavi etmek sorumluluklarına da sahiptirler (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005). Sağlık sistemlerinin diğer endüstrilerden farklarını anlamak için profesyonellerin yönetimine ihtiyaç vardır.
4. Toplum/Çevre: Sağlık sektörü sağlığa dolaylı ve doğrudan etkisi olan mal ve hizmetlerin üretimi, arzı ve talebi olmak üzere farklı üretim alanlarında kurulmuş sistem ve alt sistemler ile bu sistemlerin içerdiği kişi, kurum, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan kapsayıcı bir kavramdır.

Sağlık sektörünün sağlık hizmeti sunumundaki hedefi kişilerin sağlıklı olmasını sağlamak ve bunu koruyup geliştirmek yoluyla toplumu sağlıklı kılmaktır. Bu amaç çevreye, topluma ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin arzını ve talebini kapsayarak sağlıklı dünyayı oluşturmaktır (Sargutan, 2005).

Yöntem

Bu çalışma sağlık yöneticilerinin yetkinlikleri ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Sağlık yöneticilerinin yetkinliklerini değerlendirmek amacıyla anket kullanılmıştır. Anket kapsamında yer alan ölçek Amerikan Sağlık Yöneticileri Birliği'nin sağlık yöneticilerinin yetkinliklerini ölçmek amacıyla geliştirmiş oldukları ve Erigüç, Kurul ve Tekin Numanoğlu (2014) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak yapılmış oldukları çalışmadan yararlanılarak hazırlanmıştır. Yetkinlik ölçeği 5'li likert ölçeğinde hazırlanmış olup beş boyuttan oluşmaktadır. Sağlık yöneticileri tarafından değerlendirilen yetkinlik puanlandırılmasında (1) en düşük yetkinlik düzeyini, (5) en yüksek yetkinlik düzeyini göstermektedir. Yetkinlik boyutları liderlik (11), profesyonellik (12), iletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi (13), yönetim bilgi ve beceri düzeyi (16), sağlık sektörü bilgi düzeyi (13) olmak üzere 5 yetkinlik alanında toplam 65 ifade yer almaktadır. Yetkinlik ölçeğine yönelik SPSS programı ile açımlayıcı, AMOS programı ile doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Yetkinlik ölçeğinde açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre faktör yükleri açısından uygunsuzluk tespit edilen ifadeler çıkarılarak yapılan açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre KMO değeri 0,79 Bartlett's test değeri ise 0,00 ($p < 0.05$), istatistiksel açıdan anlamlı olarak belirlenmiştir. Analiz sonucuna göre açıklanan toplam varyans % 50,22 olarak belirlenmiştir. Faktör yük değerinin büyüklüğüne karar verirken örneklem büyüklüğü de dikkate alındığında faktör yükü 0,40 olan bir madde için örneklem büyüklüğünün en az 200 olması gerektiği önerilmektedir (Şencan, 2005). Açımlayıcı faktör analizine göre faktör yüklerinin 0,428-0,880 arasında değiştiği ve örneklem sayısının yeterli olduğu belirlenmiştir. Araştırma örnekleminin 400 olduğu dikkate alındığında faktör yüklerinin yeterli olduğu söylenebilir. Araştırma evreni, 200 yatak ve üstü 158 hastanede çalışan 1480 hastane yöneticisinden oluşmaktadır. Araştırmada evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmış örnekleme yöntemi kullanılmamıştır. Hastanelere toplam 1480 anket gönderilmiş, 428 kişiden geri dönüş sağlanmıştır. 28 anket hatalı veya eksik doldurulduğu belirlenmiş ve bu anketler araştırmaya dahil edilmemiştir. Toplamda 400 yöneticiden oluşan örneklem üzerinde analizler yapılmıştır. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda yetkinlik ölçeğinin genel güvenilirlik düzeyine yönelik Cronbach Alfa katsayısı 0,80 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmada sağlık yöneticilerinin yetkinliklerinin cinsiyetleri, yaşları, unvanları, eğitimleri ve çalışma sürelerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla aşağıdaki hipotezler analiz edilmiştir.

H₀:Kamu hastanelerindeki sağlık yöneticilerinin yetkinlik düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı farklılık vardır.

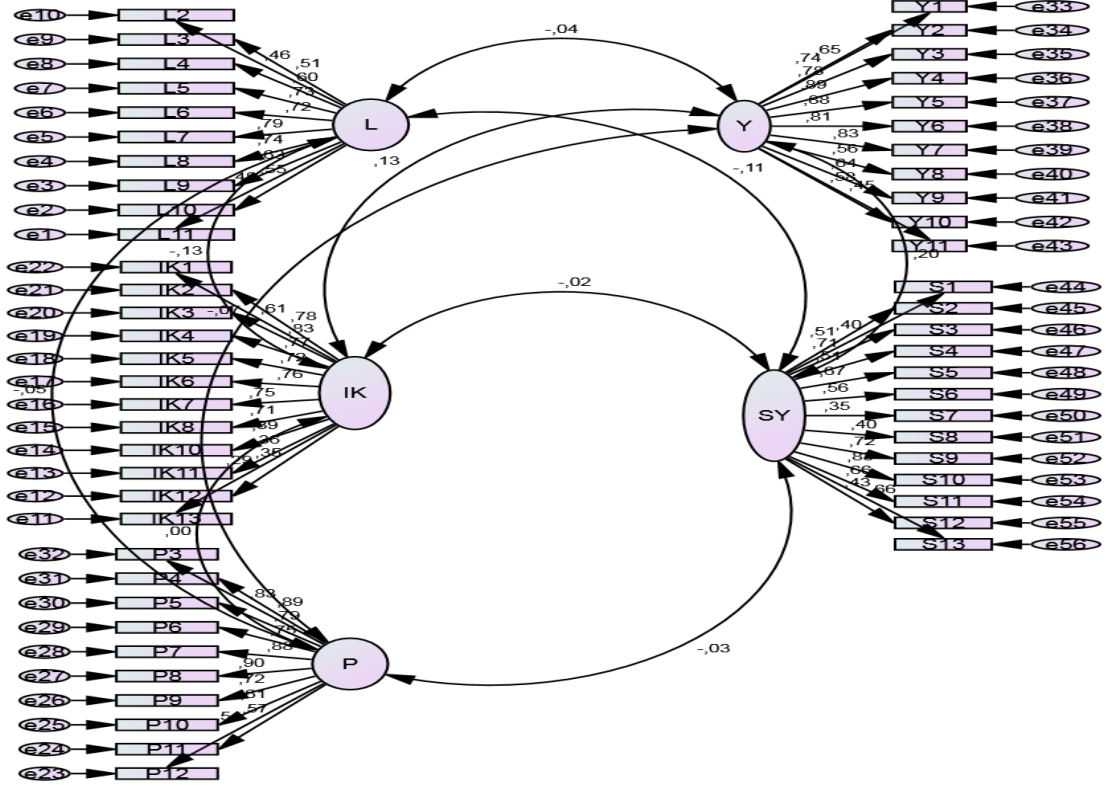
H₁:Kamu hastanelerindeki sağlık yöneticilerinin unvanlarına göre yetkinlik düzeyleri farklılık göstermektedir.

H₂:Kamu hastanelerindeki sağlık yöneticilerinin yaşlarına göre yetkinlik düzeyleri farklılık göstermektedir.

H₃:Kamu hastanelerindeki sağlık yöneticilerinin cinsiyetlerine göre yetkinlik düzeyleri farklılık göstermektedir.

H₄:Kamu hastanelerindeki sağlık yöneticilerinin çalışma sürelerine göre yetkinlik düzeyleri farklılık göstermektedir.

H₅:Kamu hastanelerindeki sağlık yöneticilerinin eğitimlerine göre yetkinlik düzeyleri farklılık göstermektedir.



Şekil 1. Birincil Seviye Yetkinlik Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi önceden belirlenmiş ya da kurgulanmış bir yapının toplam verilerle ne derece doğrulandığını incelemeyi amaçlar. Açımlayıcı faktör analizinde belirli bir ön beklenti ya da denence olmaksızın faktör yükleri temelinde verinin faktör yapısı belirlenirken, doğrulayıcı faktör analizi ise belirli değişkenlerin bir kuram temelinde önceden belirlenmiş faktörler üzerinde ağırlıklı olarak yer alacağı şeklindeki bir öngörünün sınanmasına dayanır (Seçer, 2013).

Ki-kare testi, veri ile model arasındaki uyumu, geliştirilen model ile gözlem değişkenlerine ait kovaryans yapısında ortaya çıkan modelin farkını test etmektedir. Ki-kare değeri ile birlikte ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı sonucun yorumlanmasında kullanılmaktadır. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı iyi bir uyum için 5'ten düşük olması gerekmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2014; Meydan ve Şeşen, 2011). Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ki-kare değeri 6756,331, serbestlik derecesi 1674, ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı 4,036 olarak tespit edilmiştir (Tablo 1). Bu değerlere göre modelin uyumlu olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 1. Yetkinlik Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeks Değerleri

Uyum Ölçütleri	Tahmini Model
Ki-kare	6756,331
Serbestlik Derecesi (sd)	1674
Anlamlılık Derecesi	0,000
Ki-kare/sd	4,036
Artık Ortalamaların Karekökü (RMR)	0,034
İyilik Uyum İndeksi (GFI)	0,913
Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi (AGFI)	0,851
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)	0,075
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,948
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI)	0,891
Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI veya Tucker-Lewis İndeksi (TLI))	0,932
Basitlik Uyum İyiliği İndeksi (PGFI)	0,567
Artırımlı Uyum İyiliği İndeksi (IFI)	0,649

Artık Ortalamaların Karekökü (RMR) indeksi elde edilen ve kapsayan korelasyonlar arasındaki farkların karelerinin aritmetik ortalamasının karekökü olarak tanımlanmaktadır. 0-1 arasında değişen değerler sıfıra yaklaştıkça modelin uyduğu söylenebilir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda bu değer 0,034 olup mükemmel uyuma sahip olduğuna karar verilmiştir. İyilik uyum indeksi (GFI) ve Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi (AGFI), 0 ile 1 arasında değişmektedir. Bu değerlerin 0,90 ve üzeri iyi uyum olarak değerlendirilmektedir. Çalışmada GFI değeri 0,913, AGFI değeri ise 0,851 olarak belirlenmiştir. Bu değerlere göre, ölçeğin AGFI ve GFI indekslerine göre kabul edilebilir uyuma sahip olduğu görülmektedir. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) indeksine göre ölçeğin 0,05'e eşit veya küçük olması mükemmel uyum, 0,08'e kadar değerlerin de kabul edilebilir uyum olduğunu gösterir. RMSEA değeri 0,075 olarak belirlenmiş ve ölçeğin zayıf uyum sınırları içinde olduğuna karar verilmiştir. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), modelin uyumunu, bağımsızlık modeli ile karşılaştırarak belirlemektedir. Değerin 1'e yaklaşması uyumun iyiliğine, 0'a yaklaşması uyumsuzluğa işaret etmektedir. CFI değeri 0,948 olarak belirlenmiştir. Bu değere göre ölçeğin iyi uyuma sahip olduğuna karar verilmiştir. Normlaştırılmış Uyum İndeksi NFI için bağımsızlık modelini ki-kare değeri ile modelin ki-kare değeri karşılaştırılarak, Normlaştırılmamış Uyum İndeksi NNFI veya Tucker-Lewis İndeksi TLI içinse bu değere serbestlik derecesi de eklenerek değerlendirme yapılmaktadır. Her iki değer de 1'e yakın olması beklenmektedir. Yapılan analizde NFI değeri 0,891, NNFI değeri ise 0,932 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre ölçeğin NFI ve NNFI açısından iyi uyum gösterdiği söylenebilir. Basitlik Uyum İyiliği İndeksi (PGFI), GFI değerinin yeniden yorumlanması ile modelin sadeliği hakkında bilgi vermektedir. Bu değer 0'a yakın olması uyumsuzluğu, 1'e yakın olması modelin sade ve/veya basit olduğunu göstermektedir. Yapılan analizde PGFI değeri 0,567 olarak belirlenmiştir. Bu değer ölçeğin PGFI açısından zayıf uyum gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Artırımlı Uyum İyiliği İndeksi (IFI) hesaplanması açısından NNFI ile benzerlik göstermektedir ancak hesaplanmasında serbestlik derecesi hesaba katılmamaktadır. Yapılan çalışmada IFI değeri 0,649 olarak tespit edilmiştir. Bu değere göre ölçeğin zayıf uyum gösterdiği söylenebilmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2014; Meydan ve Şeşen, 2011).

Bulgular

Tablo 2’de sağlık yöneticilerinin sosyo demografik özellikleri yer almaktadır. Katılımcıların %57.5’i erkek, %42.5’i ise kadın yöneticilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların yaş dağılımlarına bakıldığında 30 ve 30’dan az %21.2, 31-40 yaş %38.8, %40’ise 41-50 yaş arasındadır. Çalışma yıllarına göre sağlık yöneticilerinin %37.3’ü 11-15 yıl, %39’u 6-10 yıl, %23.3’ü ile 5 yıl ve 5 yıldan az çalışma süresine sahiptir. Mesleki tecrübe yönetim açısından yetkinliğin gelişiminde vazgeçilmez bir faktördür; ancak, önemli unsurlardan biri de sürekli mesleki gelişimin sürekli olması gerektiğidir. Sağlık sektöründeki hızlı değişikliklere bağlı olarak sağlık profesyonellerinin işlevlerinin ve rollerinin yenilenmesi ayrıca yöneticilerin deneyimlerinden yararlanarak öğrendiklerini mesleki gelişim sürecine yansıtılması ile mümkündür (Stefl, 2008).

Çalışmaya katılanların %18’i sağlık yönetimi aldığı, sağlık yönetimi eğitim alanlarının %4,4’ünün yüksek lisans, %8,8’inin önlisans, %4,8’inin ise lisans eğitimi aldıkları belirlenmiştir. Sağlık yönetimi alanında formal eğitim yürüten lisans düzeyinde 30 üniversite kuruluş izni olmasına rağmen öğrencisi olmayan 20 üniversite olmak üzere toplam 50 üniversitede sağlık idaresi, sağlık yönetimi, sağlık yöneticiliği, sağlık kurumları yönetimi, sağlık kurumları işletmeciliği gibi farklı isimlere sahip sağlık yönetimi eğitim programları aynı amaca hizmet etmektedir. 25 üniversitede yürütülen tezli yüksek lisans programlarının dışında tezsiz yüksek lisans programları ve uzaktan yüksek lisans eğitim programları, 6 üniversitede ise doktora eğitim programı mevcuttur. Sağlık yönetimi eğitimi almayan katılımcılar %80 oranında olup sağlık yönetimi eğitimi alan mezunlara yönelik istihdamın yeterli olmayışı söz konusudur. 2015 yılında düzenlenen KPSS sınavında alan mezunlarına yönelik kamu sektöründe belirlenen çalışma alanı olarak Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni (memur) olarak belirlenmiştir. Yaklaşık 1800 mezunun olduğu bir alanda bu unvana verilen kontenjan sınırlı sayıda olması YÖK ve Sağlık Bakanlığı arasında koordinasyon sorununu ortaya çıkarmaktadır.

Tablo 2. Sağlık Yöneticilerinin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler		n	%
Unvan	Hastane Müdürü	60	15
	Başhekim Yardımcısı	80	20
	Sağlık Bakım Müdürü	70	17,5
	İdari Mali İşler Müdürü	50	12,5
	Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü	40	10
	Hastane Müdür Yardımcısı	100	25
Cinsiyet	Erkek	230	57,5
	Kadın	170	42,5
Yaş	30 ve altı	85	21,2
	31-40	155	38,8
	41-50	160	40
Çalışma Süresi	5yıl ve az	93	23,3
	6-10 yıl	156	39
	11-15 yıl	151	37,7
Eğitim	Lisans	352	88
	Lisansüstü	48	12

Sağlık Yönetimi Eğitimi	Evet	72	18
	Hayır	328	82
Sağlık Yönetimi Eğitim Türü	Yüksek Lisans	18	4,4
	Önlisans	35	8,8
	Lisans	19	4,8
Toplam		400	100

Sağlık yöneticilerinin yetkinlik düzeylerinin değerlendirmesine göre ortalama puanı en yüksek yetkinlik alanı liderlik ortalama puanı 3.79 (± 0.45), en düşük yetkinlik alanı ise sağlık sektörü bilgi ve beceri düzeyi ortalama puanı 2.30 (± 0.31)'dur. Sağlık yöneticilerinin liderlik yetkinlik puanının diğer yetkinlik alanlarına göre yüksek olması yöneticilik rolleri açısından değerlendirilebilir. Fang, Cheng ve Chen'in (2010) yapmış oldukları çalışmada sağlık yöneticilerinin yetkinlik değerlendirmelerine göre en yüksek yetkinlik alanı iletişim olup ortalama puanı (4.18), en düşük yetkinlik alanı ise sürekli öğrenme (2.14) olarak belirlenmiştir. Khadka, Gurung ve Nawaraj (2014) hastane yöneticisinin yetkinlik düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada en yüksek yetkinliğe sahip oldukları alan 3.55 ($\pm 0,50$) ile liderlik, en az yetkinliğe sahip oldukları alan ise profesyonellik olup ortalama puanı 3,09 ($\pm 0,43$)'dur. Araştırmada sağlık yöneticilerinin profesyonellik alanı yetkinlik puanı 2.69 (± 0.43)'dur. Sağlık yöneticisinin yöneticilik görevi açısından sahip olması gereken profesyonellik yetkinliği yöneticinin görev alanı ile etkileşim halinde olan örgütün tümü açısından gerekli olan sağlık yönetimi yetkinlik alanıdır. Sağlık yöneticilerinin yetkinlik düzeylerinin değerlendirmesine göre en düşük yetkinlik alanı sağlık sektörü bilgi ve beceri düzeyi olup ortalama puanı 2.30 (± 0.31)'dır. Araştırmada sağlık yöneticilerinin %82'sinin sağlık yönetimi eğitimi almamış olması sağlık sektörü bilgi ve beceri düzeyi yetkinlik alanının ortalama puanının düşük olmasının nedeni olabilir.

Tablo 3. Yetkinlik Ölçeği Alt Faktörlerine Yönelik Bulgular

Faktörler	ort	ss
Liderlik	3,79	0,45
Değişimi destekleme ve yönetmek	4,40	0,57
Sağlık politika girişimlerine katılmak	2,99	0,87
İletişim ve Kişilerarası İlişkiler Yönetimi	3,36	0,46
Doğru iletişim teknikleri kullanmak	4,44	0,64
Tedarikçilerle sürdürülebilir ilişkiler kurmak	2,19	0,84
Profesyonellik	2,69	0,43
Öz değerlendirme yapmak	3,72	0,63
Toplumsal hizmetlere katılmak	1,52	0,5
Yönetim Bilgi ve Beceri Düzeyi	3,25	0,42
Kaynakları verimli yönetmek	4,58	0,49
Eleştirel düşünme ve analiz yapabilmek	2,44	0,5
Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi	2,30	0,31
Yasal konulara hakim olmak	4,53	0,49
Destek hizmetler konusunda bilgi sahibi olmak	1,04	0,21

Yetkinlik ölçeği liderlik boyutunda en yüksek ortalamaya sahip ifade değişimi destekleme ve yönetmek olup ortalama puanı 4,40 ($\pm 0,57$)'dir (Tablo 3). 21'inci yüzyılda, değişimin gerekliliğinden çok sürekli değişim ve dönüşümün nasıl

sağlanacağı önemli hale gelmiştir. Çağımızda, küreselleşmenin neden olduğu hızlı rekabet ortamında yerleşen diğer bir gerçek olgu da, değişim ile gelişim yönetimini kavrayamayan, stratejilerini yenilemeyen ve hatta tehdit olarak algılayan örgütlerin yaşama şanslarının bulunmadığıdır (Ünal, 2012). Sağlık sektöründe yaşanan değişimler çoğu zaman toplumsal beklentilere cevap verebilme, hizmet kalitesinin niteliğini yükseltme amacına yönelik hizmetleri içermektedir. Bu değişimler sağlık sektörünün hizmet sunucularından biri olan kamu hastaneleri ölçeğinde düşünüldüğünde sağlık yöneticisinin devlete, sağlık hizmeti kullanıcılarına ve astlarına karşı rolleri çerçevesinde sorumluluklarını arttırmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın ulusal anlamdaki reform dokümanlarında hastane hizmetlerinin verimlilik, erişim, kalite ve etkinliğinin yükseltilmesi amacı ile kamu hastane reformuna gidileceği belirtilmiştir. Hastane hizmetleri reformunda hastanelerin daha otonom bir yapıya kavuşturulması ve özerkliği olan sağlık işletmelerine dönüştürülmesi temel hedef olmuştur (Gider ve Top, 2006). Kamu Hastane Birlikleri yapılanması ile hastane yönetiminde ihtiyaç duyulan profesyonel yönetim ihtiyacı daha da belirgin hale gelmiştir. Kamu hastanelerindeki yeni yönetim anlayışı ve sağlık yöneticilerinin görev alanları ve rollerindeki farklılaşma değişimi destekleme ihtiyacını da beraberinde getirmiştir. Değişimin gerekliliğine inanan ve bu süreci doğru yönetebilen sağlık yöneticileri başarılı olacak ve çalıştıkları kamu hastanelerini belirlenen hedeflere ulaştıracaktır.

Sağlık yöneticilerinin sağlık politika girişimlerine katılma liderlik boyutunda en düşük ortalamaya sahip ifadenin puanı 2.99 (± 0.87)'dur (Tablo 3). Türkiye'de sağlık sistemlerinin politika tasarımı, planlanması, araştırması ve geliştirmesi konusunda doğrudan sorumluluk sahibi olan devlettir. Devlet sağlık politikası noktasında hem kanunun yapılmasında hem de uygulanmasında yer almaktadır. Bu sürecin zayıf olması sağlık politikasının başarılı olmasını engellemektedir (Atabey Ertürk, 2012).

Top (2006) 2004 yılında 6 milletvekili, 24 bürokrat ve üst düzey yönetici ile 9 sivil toplum örgütü yöneticilerinin sağlık politikalarına ilişkin görüşlerini değerlendirdiği çalışmada sağlık hizmetleri ile mevcut sağlık hizmetleri sunum şekli ve sağlık politikalarının uyumunu düşündükleri belirlenmiştir. Sağlık sistemlerinin birçok unsuru açısından değerlendirilen sağlık politikaları karar ve uygulanma aşamaları zorlu süreçlerdir. Bu çerçevede karar vericiler ile politika uygulayıcılarının deneyimleri paylaştıkları, yalnızca üst düzey bürokratların yer almadığı sağlık sektörünün ilgili alanlarındaki yöneticilerin görüşlerinin alındığı bilgi ağlarının oluşturulması mikro ölçekteki kamu hastanelerindeki sağlık yöneticilerinin yetkinlik düzeylerini arttıracaktır.

İletişim ve kişilerarası ilişkiler yönetimi boyutunda en yüksek ortalamaya sahip ifade doğru iletişim tekniklerini kullanmak olup ortalama puanı 4,44 ($\pm 0,64$), tedarikçilerle sürdürülebilir ilişkiler kurmak ise en düşük ortalama puan olarak 2,19 ($\pm 0,84$)'dur. Yöneticinin başarılılığını artıracak etkenlerden biri de etkin iletişimdir (Uysal, 2009). 450'den fazla yöneticinin dahil olduğu bir çalışmada yöneticilerin hepsi dört grupta toplanan yöneticilik faaliyetlerini gerçekleştirmektedir. Ortalama bir yönetici zamanının %32'sini geleneksel yönetim faaliyetlerine, %29'unu iletişime, %20'sini insan kaynakları yönetimi faaliyetlerine ayırdığını, ne kadar zaman ve çaba harcadığı yöneticiden yöneticiye değiştiği belirlenmiştir. Ayrıca Amerika'da 410 yönetici arasında yapılan bir araştırmaya göre, olumsuz olsa bile diğer meslektaşlarından ve çalışanlarından bilgi alan ve kararlarını açıklayan yöneticilerin yetkin yöneticiler olduğu belirtilmektedir.

Örgütsel yapıda çok kritik bir öneme sahip olan ve yönetimle eşdeğer olarak görülen iletişime, Türk kamu yönetiminde yeterince önem verilmediği sık sık dile getirilmektedir. Bu durum, kamu hizmetlerinin aksamasına, kalitesinin düşmesine ve vatandaşların ihtiyaçlarını karşılama düzeyinin düşük olmasına neden olabilmektedir. Kamusal işlem ve hizmetlerin belirlenen amaçlara uygun olarak yerine getirilebilmesi için gerek kurum içinde ve gerekse yönetsel düzeyde etkin bir iletişim sisteminin kurulmasına ihtiyaç vardır. Kurumun iletişim atmosferini, yapısını ve niteliğini belirleme yetkisi yönetime aittir. Yönetici, kamu hizmetlerinin etkili bir şekilde gerçekleşebilmesi ve daha iyi bir kamusal kurum imajı için etkili bir yönetsel iletişim ve kurum içi iletişim sisteminin kurulması için gerekli tüm çabaları göstermelidir. Çünkü yöneticiler, yönetsel ve örgütsel iletişim ağının temelini oluşturmaktadırlar (Şahin, 2007).

Araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin iletişim ve kişilerarası ilişkiler yönetimi boyutunda tedarikçilerle sürdürülebilir ilişkiler kurmak ise en düşük ortalama puan olarak 2,19 ($\pm 0,84$)'dir. Hastanelerde tedarik zincirinin yönetim fonksiyonu genellikle satın alma birimi tarafından yapılmaktadır. Tedarik sistemi; stok yönetimini ve malzeme tedarikini sağlayıp, bakım ve hizmet sürecinin hızını ve kalitesini etkilemektedir (Tütüncü ve Küçükusta, 2008). Sağlık sektöründe yer alan kamu hastanelerinin paydaşı olan tedarikçilerin memnuniyet ve beklentilerini belirlemeye yönelik geliştirilmiş bir model bulunmamaktadır. Kamu ihale mevzuatına yönelik hastane satın alma birimleri ve tedarikçiler ile iş süreçlerine yönelik yürütülen prosedürler söz konusudur. Tedarikçi ile iş süreçleri hastane yöneticisi ve idari mali işler müdürünün görev alanında yer almakta olup araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin ortalama puanının düşük olmasının nedeni bu olabilir.

Sağlık yöneticilerinin profesyonelleşme boyutunda öz değerlendirme yapma ortalama puanı 3.72 (± 0.63), toplumsal hizmetlere katılmak 1.52 ($\pm 0,50$)'dir. Cheng, Dainty ve Moore (2005) tarafından yapılan çalışmaya göre; üstün performans gösteren yöneticilerin ortalama performans gösteren yöneticilere göre etkin yönetim performansını destekleyecek spesifik davranışların yüksek düzeyde gösterildiğini belirlemiştir. Ayrıca yöneticilere ait öz değerlendirme yetkinliklerinin çalışma ortamındaki stresli durumlarından dolayı bu yetkinliklerin önemini yansıttığı kabul edilmektedir. Yöneticiler öz değerlendirme ile çalışanların geri bildirimlerini alarak farklı bakış açısıyla kendini değerlendirme fırsatı sağlar ve gelecek planlamasını ihtiyaç duyduğu alanlara yönelik yapabilir. Araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin yönetim bilgi ve beceri düzeyinde kaynakları verimli yönetmek ifadesinde ortalama puanı 4.58 (± 0.49) olarak belirlenmiştir. Sağlık harcamalarının % 52'sini oluşturan hastaneler Türk Sağlık Sisteminde önemli bir rol üstlenmektedir. Sağlık sistemleri üzerinde artan finansal baskılar, sağlık yöneticilerinin karmaşık ve dinamik yönetim süreçlerini daha az kaynakla yönetme sorumluluğu ile karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (Şahin, 2004). Sağlık yöneticilerinin hizmet üretim sürecinin en fazla fonksiyonuna sahip kamu hastanelerinin verimli yönetilmesi, kaynakların etkin kullanılması boyutunda devlete, hizmetin etkinliği boyutunda sağlık hizmeti kullanıcılarına karşı sorumludurlar.

Araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin yönetim bilgi ve beceri düzeyi boyutunda kanıta dayalı uygulama yapabilmek en düşük ortalama puanı olup 2.45 ($\pm 0,54$)'tir. Kanıta dayalı tıp, kanıta dayalı sağlık bakımı, kanıta dayalı tanı ve tedavi protokolleri, kanıta dayalı teknoloji değerlendirmeleri, kanıta dayalı sektörler arası

değerlendirme bu alanlardan birkaçıdır (Bayın ve Akbulut, 2012). Kanıta dayalı uygulamaları sadece tıbbi süreçler açısından değerlendirilmemeli aynı zamanda bu süreçlerdeki iyileştirmelerin yönetsel süreçlere yansımalarının değerlendirmesi gerekmektedir. Kanıta dayalı uygulamaların tıbbi süreçler açısından değerlendirilmesi nedeniyle sağlık yöneticilerinin ortalama puanı bu alanda düşük çıkmış olabilir. Sağlık yöneticilerinin değerlendirmelerine göre sağlık sektörü bilgi düzeyi boyutunda yasal konulara hakim olmak ortalama puanı 4,53 (± 0.49)'dür. Sağlık kurumları, farklı dış kaynaklardan gelen beklenmedik çevresel değişikliklerle, piyasa yönelimli politikalarla ya da artan rekabetin getirdiği güçlüklerle karşı karşıya kalabilir. Politik ve yasal düzenlemeler sağlık kurumları üzerinde çeşitli şekillerde etkili olabilmektedir. Sağlık temel bir hak ve ihtiyaç olduğundan sağlık sektörü devlet ve hükümetler tarafından çok yakından izlenmekte ve sıklıkla müdahale edilmektedir. Bu müdahale özellikle kalkınma planları, reformlar ve bu reformları yürürlüğe koymaya yönelik kanun, yönetmelik ve tasarılar yoluyla gerçekleşmektedir (Uğurluoğlu, 2013). Katılımcıların sağlık sektöründeki gelişmeleri yakından takip ettiklerini ve sağlık sisteminin ilişkili olduğu yasal konular hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir.

Sağlık yöneticilerinin yetkinlikleri ile yaş grupları arasında yapılan anova testine ait bulgular Tablo 4'de yer almaktadır.

Tablo 4. Sağlık Yöneticilerinin Yaşlarına Göre Yetkinlik Alt Faktörlerine Yönelik Bulgular

Faktör	Yaş	n	ort	ss	f	p
Liderlik	30 ve altı	85	3,75	0,36	3,93	0,02
	31-40	155	3,87	0,50		
	41-50	160	3,73	0,44		
	Toplam	400	3,79	0,45		
İletişim ve Kişilerarası İlişkiler Yönetimi	30 ve altı	85	3,31	0,45	1,00	0,36
	31-40	155	3,35	0,48		
	41-50	160	3,40	0,43		
	Toplam	400	3,36	0,46		
Profesyonellik	30 ve altı	85	2,74	0,41	1,18	0,30
	31-40	155	2,69	0,44		
	41-50	160	2,65	0,44		
	Toplam	400	2,69	0,43		
Yönetim Bilgi ve Beceri Düzeyi	30 ve altı	85	3,26	0,45	0,05	0,94
	31-40	155	3,24	0,42		
	41-50	160	3,23	0,41		
	Toplam	400	3,25	0,42		
Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi	30 ve altı	85	2,35	0,33	1,52	0,21
	31-40	155	2,30	0,32		
	41-50	160	2,27	0,30		
	Toplam	400	2,30	0,31		

Sağlık yöneticilerinin yaşlarına göre yetkinlik ölçeği boyutları açısından yapılan analizde iletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi ($f=1,00$, $p=0,36$), profesyonellik ($f=1,18$, $p=0,30$), yönetim bilgi ve beceri düzeyi ($f=0,05$, $p=0,94$), sağlık sektörü bilgi düzeyi ($f=1,52$, $p=0,21$) boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmemiştir. Kamu

hastane birlikleri yapılanması ile kamu hastane yönetimindeki sağlık yöneticilerinin performansları değerlendirilmektedir. Farklı yönetsel statüdeki sağlık yöneticileri sorumlu oldukları alanlardan yılda iki kez olmak üzere performans puanı almaktadırlar. Değerlendirme sürecinde puanlandırılmayan fakat iş süreçlerine yansıyan sağlık yöneticilerinin yönetsel becerilerini şekillendiren özellikler yöneticilerin sosyodemografik özellikleridir. Sosyodemografik özelliklerden yöneticilerin yaşları ve çalışma alanlarında kazandıkları tecrübeler yönetsel başarıya ulaşmada etkili faktörlerdir. Sağlık yöneticilerinin yaşları ile liderlik yetkinlikleri dışındaki diğer yetkinlik alanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamasının nedeni kamu sektörünün yapısından kaynaklı olabilir. Kamu yönetim yapılanmasında yöneticiler karar verme süreçlerinde hiyerarşi ve mevzuata bağımlıdırlar. Sağlık yöneticilerinin iş süreçlerinin yetkinlik alanlarındaki rollerini gerçekleştirmelerinde bağımlılık düzeylerinin yüksek olması iş tecrübesi ile edindikleri yetkinliklerini kullanamamalarının nedeni olabilir.

Tablo 5. Sağlık Yöneticilerinin Eğitimlerine Göre Yetkinlik Alt Faktörlerine Yönelik Bulgular

Faktör	Eğitim	n	ort	ss	t	p
Liderlik	Lisans	352	3,77	0,45	0,00	0,01
	Lisansüstü	48	3,94	0,42		
İletişim	Lisans	352	3,36	0,45	2,14	0,74
	Lisansüstü	48	3,38	0,55		
Profesyonellik	Lisans	352	2,68	0,43	0,19	0,44
	Lisansüstü	48	2,73	0,45		
Yönetim Bilgi ve Beceri Düzeyi	Lisans	352	3,24	0,42	0,99	0,77
	Lisansüstü	48	3,26	0,44		
Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi	Lisans	352	2,30	0,32	0,60	0,81
	Lisansüstü	48	2,31	0,30		

Sağlık yöneticilerinin eğitimlerine göre yetkinlik ölçeği boyutları açısından yapılan analizde iletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi ($t=2,14$, $p=0,74$), profesyonellik ($t=0,19$, $p=0,44$), yönetim bilgi ve beceri düzeyi ($t=0,99$, $p=0,77$), sağlık sektörü bilgi ve beceri düzeyi ($t=0,60$, $p=0,81$) boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 5). Liderlik alt boyutunda ise ($t=0,00$, $p=0,01$) istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Araştırmaya katılan lisans mezunu sağlık yöneticilerinin liderlik yetkinlik ortalama puanı 3,77 ($\pm 0,45$), lisansüstü sağlık yöneticilerinin ise liderlik yetkinlik ortalama puanı 3,94 ($\pm 0,42$)'dür. Lisansüstü sağlık yöneticilerinin liderlik yetkinlik düzeyinin lisans mezunu sağlık yöneticilerden daha yüksek olduğu söylenebilir. 2014 yılında 94 ülkede 2532 kişinin katılımı ile yapılan araştırma sonuçlarına göre örgütler için en önemli konuların başında liderlik planının ve stratejisinin geliştirilmesi ve liderlik gelişim sürecinin etkin bir şekilde yönetilmesi gelmektedir. 21. yüzyılda liderlik farklı bir konuma doğru ilerlemektedir. Sürekli gelişen ve büyüyen örgütlerin geleceğin yöneticilerinden beklentileri, küresel etkinliğe sahip olarak farklı pazarları bir arada yönetebilmeleri, değişen koşullara hızlı adapte olabilmeleri, farklılık ve entegrasyonu doğru şekilde yönetirken çalışanlara ilham verip daha iyi performans göstermelerini sağlayabilmeleridir. Sağlık yöneticilerinin ise çalışanları işinden daha fazla memnun olmalarına, nitelikli hizmet çıktılarını

oluşturmalarına ve hizmet çıktısının sunulduğu hastanın memnuniyetini sağlaması beklenmektedir (Howe, 2008).

Tablo 6. Sağlık Yöneticilerinin Cinsiyetlerine Göre Yetkinlik Alt Faktörlerine Yönelik Bulgular

Faktör	Cinsiyet	n	ort	ss	t	p
Liderlik	Erkek	230	3,82	0,46	1,71	0,08
	Kadın	170	3,74	0,44		
İletişim ve Kişilerarası İlişkiler Yönetimi	Erkek	230	3,32	0,48	-2,07	0,03
	Kadın	170	3,41	0,43		
Profesyonellik	Erkek	230	2,67	0,43	-0,85	0,39
	Kadın	170	2,71	0,44		
Yönetim Bilgi ve Beceri Düzeyi	Erkek	230	3,22	0,42	-1,18	0,23
	Kadın	170	3,27	0,43		
Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi	Erkek	230	2,29	0,31	-1,16	0,24
	Kadın	170	2,32	0,32		

Sağlık yöneticilerinin cinsiyetlerine göre yetkinlik ölçeği boyutları açısından yapılan analizde liderlik ($t=1,71$, $p=0,08$), profesyonellik ($t=-0,85$, $p=0,39$), yönetim bilgi ve beceri düzeyi ($t=-1,18$, $p=0,23$), sağlık sektörü bilgi ve beceri düzeyi ($t=-1,16$, $p=0,24$) boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 6). İletişim ve kişilerarası ilişkiler yönetimi alt boyutunda ise ($t=-2,07$, $p=0,03$) istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Cinsiyet, yönetim mesleği için uygun olmadıkları yönündeki algı, anne ve ev kadını olarak sorumluluklar gibi nedenler kadınların yöneticilik rolleri açısından engeller olarak değerlendirilmektedir (Arıkan, 2008). Araştırmaya katılan kadın sağlık yöneticilerinin iletişim ve kişilerarası ilişkiler yetkinlik ortalama puanı $3,41(\pm 0,43)$, erkek sağlık yöneticilerinin ise iletişim ve kişilerarası ilişkiler yetkinlik ortalama puanı $3,32 (\pm 0,48)$ 'dir. Kadın yöneticilerin iletişim ve kişilerarası ilişkiler yönetimi yetkinlik düzeyinin erkek sağlık yöneticilerden daha yüksek olduğu söylenebilir

Tablo 7'de sağlık yöneticilerinin unvanlarına göre yetkinlik alt faktörlerine yönelik bulgular yer almaktadır. Sağlık yöneticilerinin unvanlarına göre yetkinlik ölçeği boyutları açısından yapılan analizde liderlik ($f=1,58$, $p=0,16$), iletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi ($f=0,39$, $p=0,85$), profesyonellik ($f=0,48$, $p=0,79$), yönetim bilgi ve beceri düzeyi ($f=1,08$, $p=0,36$), sağlık sektörü bilgi ve beceri düzeyi ($f=0,86$, $p=0,50$) boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmemiştir. Örgütsel hiyerarşinin farklı derecelerindeki yöneticilerin yönetim becerileri farklı olduğu gibi iş sorumlulukları da farklıdır (Genç, 2007). Araştırmada kullanılan yetkinlik modeli yönetsel statülerin tümüne yönelik geliştirilmiş bir model olup hastanelerin farklı yönetim statüsünde yer alan sağlık yöneticilerinin iş rollerine bağlı olarak ortak paydada belirlenen yetkinliklere sahip olması beklenmektedir. Dolayısıyla araştırma örneklemindeki sağlık yöneticilerinin yetkinlikleri ile yönetsel statüleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki olmayışı olumlu olarak değerlendirilebilir. Sağlık bakım hizmetleri müdürünün yetkinlik düzeyini doktor memnuniyetinden ve hasta kalış süresine kadar birçok faktör etkileyebilir (Thrall, 2006). Sağlık bakım hizmetleri

müdürünün rolü yüksek kalitede hasta odaklı bakımının önemine ilişkin hemşirelerin beklentilerinin belirlenmesinde etkili olmaktadır (Kleinman, 2003).

Tablo 7. Sağlık Yöneticilerinin Unvanlarına Göre Yetkinlik Alt Faktörlerine Yönelik Bulgular

Faktör	Unvan	n	ort	ss	f	p
Liderlik	Hastane Müdürü	60	3,89	0,43	1,58	0,16
	Başhekim Yrd	80	3,77	0,47		
	Sağlık Bakım Müdürü	70	3,85	0,47		
	İdari Mali İşler Mdr	50	3,69	0,36		
	Sağlık Otelciliği Müdürü	40	3,71	0,53		
	Hastane Müdür Yrd	100	3,78	0,43		
	Toplam	400	3,79	0,45		
İletişim ve Kişilerarası İlişki Yönetimi	Hastane Müdürü	60	3,39	0,47	0,39	0,85
	Başhekim Yrd	80	3,31	0,51		
	Sağlık Bakım Müdürü	70	3,36	0,49		
	İdari Mali İşler Mdr	50	3,41	0,38		
	Sağlık Otelciliği Mdr	40	3,33	0,35		
	Hastane Müdür Yrd	100	3,37	0,47		
	Toplam	400	3,36	0,46		
Profesyonellik	Hastane Müdürü	60	2,64	0,43	0,48	0,79
	Başhekim Yrd	80	2,74	0,43		
	Sağlık Bakım Müdürü	70	2,66	0,45		
	İdari Mali İşler Müdür Yrd	50	2,72	0,41		
	Sağlık Otelciliği Mdr	40	2,71	0,47		
	Hastane Müdür Yrd	100	2,67	0,44		
	Toplam	400	2,69	0,43		
Yönetim Bilgi ve Beceri Düzeyi	Hastane Müdürü	60	3,24	0,44	1,08	0,36
	Başhekim Yrd	80	3,20	0,40		
	Sağlık Bakım Müdürü	70	3,26	0,40		
	İdari Mali İşler Mdr	50	3,16	0,38		
	Sağlık Otelciliği Mdr	40	3,31	0,44		
	Hastane Müdür Yrd	100	3,30	0,45		
	Toplam	400	3,25	0,42		
	Hastane Müdürü	60	2,29	0,30		
	Başhekim Yrd	80	2,27	0,28		
	Sağlık Bakım Müdürü	70	2,29	0,33		
	İdari Mali İşler Müdürü	50	2,28	0,32		
	Sağlık Otelciliği Müdürü	40	2,29	0,32		
	Hastane Müdür Yardımcısı	100	2,36	0,33		
	Toplam	400	2,30	0,31		

Tablo 8. Sağlık Yöneticilerinin Çalışma Sürelerine Göre Yetkinlik Ölçeği Alt Faktörlerine Yönelik Bulgular

Faktörler	Çalışma Süresi	n	ort	ss	f	p
Liderlik	5yıl ve az	93	3,76	0,38	4,07	0,01
	6-10	156	3,86	0,49		
	11-15	151	3,72	0,45		
	Toplam	400	3,79	0,45		
İletişim ve Kişilerarası İlişkiler Yönetimi	5yıl ve az	93	3,31	0,43	1,47	0,23
	6-10	156	3,41	0,43		
	11-15	151	3,34	0,5		
	Toplam	400	3,36	0,46		
Profesyonellik	5yıl ve az	93	2,73	0,44	0,66	0,51
	6-10	156	2,67	0,44		
	11-15	151	2,68	0,43		
	Toplam	400	2,69	0,43		
Yönetim Bilgi ve Beceri Düzeyi	5yıl ve az	93	3,28	0,44	0,83	0,43
	6-10	156	3,26	0,42		
	11-15	151	3,21	0,41		
	Toplam	400	3,25	0,42		
Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi	5yıl ve az	93	2,36	0,32	2,14	0,11
	6-10	156	2,29	0,32		
	11-15	151	2,27	0,30		
	Toplam	400	2,30	0,31		

Sağlık yöneticilerinin çalışma sürelerine göre yetkinlik ölçeği boyutları açısından yapılan analizde iletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi ($f=1,47$, $p=0,23$), profesyonellik ($f=0,66$, $p=0,51$), yönetim bilgi ve beceri düzeyi ($f=0,83$, $p=0,43$), sağlık sektörü bilgi ve beceri düzeyi ($f=2,14$, $p=0,11$) boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 8). Liderlik alt boyutunda ise ($f=4,07$, $p=0,01$) istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sağlık yöneticilerinin çalışma süreleri ile kazandıkları tecrübeyi iş süreçlerine yansıtmak üzere çalışma ortamlarına sahip olmayışları liderlik yetkinlikleri dışında diğer yetkinliklerle istatistiksel anlamlı ilişki olmayışının nedeni olabilir.

Sağlık yöneticilerinin sağlık yönetimi eğitimlerine göre yetkinlik ölçeği boyutları açısından yapılan analizde liderlik ($f=0,32$, $p=0,72$), iletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi ($f=0,35$, $p=0,70$), profesyonellik ($f=0,42$, $p=0,65$), yönetim bilgi ve beceri düzeyi ($f=0,02$, $p=0,97$), sağlık sektörü bilgi ve beceri düzeyi ($f=0,20$, $p=0,81$) boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 9). Sağlık sektöründeki hızlı değişikliklere bağlı olarak sağlık profesyonellerinin işlevlerinin ve rollerinin yenilenmesi ayrıca yöneticilerin deneyimlerinden yararlanarak öğrendiklerini mesleki gelişim sürecine yansıtılması ile mümkündür (Stefl, 2008). Araştırmaya katılan sağlık yönetimi eğitimi alan sağlık yöneticilerinin sağlık yönetimi eğitim türleri ile yetkinlik boyutları arasında istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır. Sağlık yöneticilerinin yönetim kapasitelerini geliştirmeleri için öğrenme ihtiyaçlarının tanımlanması ve bu ihtiyaçlara yönelik eğitim ihtiyacının karşılanması gerekmektedir.

Türkiye’de birçok alanda sağlık yönetimi eğitim programları yürütülmektedir. Özellikle hastane yöneticiliği sertifika programları ve yüksek lisans programlarına olan yoğun talep beraberinde uzaktan eğitim programları aracılığıyla yürütülen sağlık yönetimi yüksek lisans programlarının sayısal artışına neden olmuştur. Sayısal artış uzaktan eğitim programları aracılığıyla yürütülen sağlık yönetimi yüksek lisans eğitiminin niteliğini sorgulanır hale getirmiştir.

Tablo 9. Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Yönetimi Eğitim Türüne Göre Yetkinlik Ölçeği Alt Faktörlerine Yönelik Bulgular

Faktör	Sağlık Yönetimi Eğitim Türü	n	ort	ss	f	p
Liderlik	Yüksek Lisans	18	3,72	0,41	0,32	0,72
	Önlisans	35	3,81	0,36		
	Lisans	19	3,81	0,39		
	Toplam	72	3,79	0,38		
İletişim	Yüksek Lisans	18	3,39	0,39	0,35	0,70
	Önlisans	35	3,32	0,44		
	Lisans	19	3,41	0,43		
	Toplam	72	3,36	0,42		
Profesyonellik	Yüksek Lisans	18	2,76	0,42	0,42	0,65
	Önlisans	35	2,65	0,45		
	Lisans	19	2,65	0,40		
	Toplam	72	2,68	0,43		
Yönetim Bilgi ve Beceri Düzeyi	Yüksek Lisans	18	3,25	0,44	0,02	0,97
	Önlisans	35	3,22	0,42		
	Lisans	19	3,22	0,43		
	Toplam	72	3,23	0,42		
Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi	Yüksek Lisans	18	2,29	0,25	0,20	0,81
	Önlisans	35	2,32	0,35		
	Lisans	19	2,26	0,34		
	Toplam	72	2,30	0,32		

Sonuç ve Tartışma

Araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin (%82) sağlık yönetimi eğitimi almadığı belirlenmiştir. Sağlık yönetimi disiplinine yönelik gelişmeler son dönemde ivme kazanmıştır. Bu gelişmelerden biri 2014 yılında resmi gazetede yayınlanan sağlık yöneticiliği meslek tanımının yapılması, diğeri ise sağlık yönetimi alanında lisans düzeyinde eğitim veren okullardan mezun olan sağlık yöneticisi sayısının artışıdır. Bu artışın sağlık insan gücündeki istihdam politikalarına yansımalarını söylemek mümkün değildir. Kamu Hastane Birlikleri yapılanması ile profesyonel sağlık yöneticisi vurgusu belirgin hale gelmiştir. İlgili mevzuatta kamu hastane birlik yöneticileri ve hastane ölçeğindeki yöneticilik kadrolarındaki görev alacak kişilerin eğitim alanlarından biri olarak sağlık yönetimi yer almaktadır. Düzenlemede dikkat çeken bu durum ne yazık ki uygulamaya yansımamakla birlikte kamu hastanelerinin günümüzde ağırlıklı olarak hekimler tarafından yönetildiği söylenebilir. Mesleki otonomisi yüksek ve toplum tarafından üst düzeyde kabul gören meslek grubu olan hekimleri yönetim süreci dışında tutmak oldukça zordur. Sağlık Bakanlığı’nın bu yöndeki yaklaşımı gerek düzenlediği

eğitim programları ile gerekse hekimlerin yöneticilik eğitimi alma yönündeki talebi sağlık yöneticiliği eğitimi almış hekimlerin sayısının artmasına neden olmaktadır. Her geçen yıl sağlık insan gücü alanındaki personel ihtiyacı vurgulanırken tıbbi süreçteki hekimlerin yönetim statülerinde yer almaya çalışmaları birer çelişki olarak değerlendirilebilir. Türkiye’de sağlık insan gücüne yönelik yanlış istihdam politikaları nedeniyle profesyonel sağlık yönetimi eğitimi almış kişiler, özel sağlık kuruluşlarında ya da mesleklerinin dışındaki alanlara yönelmektedir. Bu durum ülkemiz için insan kaynağı israfı anlamına gelmektedir. Sağlık kurumlarında yönetsel pozisyonlarda sağlık yönetimi alanına yönelik bilgi, beceri ve teknikleri konusunda formal eğitim almış yöneticilerinin istihdamı ile örgütsel ve yönetsel sorunların yaşanması engellenmiş olacaktır.

Sağlık yöneticilerinin çalışma süreleri değerlendirildiğinde çoğunlukla 6-10 yıl arasında olduğu belirlenmiştir. Mesleki tecrübe yönetim açısından önemli bir kriter olmakla birlikte sağlık sektöründeki hızlı değişikliklere uyum sağlama aşamasında sağlık yöneticilerinin deneyimlerini mesleki gelişim sürecine yansıtılması gerekmektedir.

Amerikan Sağlık Yöneticileri Birliği tarafından hazırlanan yetkinlik ölçeğine göre liderlik, profesyonellik, iletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi, yönetim bilgi ve beceri düzeyi, sağlık sektörü bilgi düzeyi olmak üzere belirlenmiş yetkinlikler farklı hiyerarşik konumdaki yöneticilerin ortak bilgi tabanını paylaşmalarını sağlamaktadır. Çalışmaya katılan farklı hiyerarşik konumdaki sağlık yöneticilerinin yetkinliklerinden liderlik yetkinlik düzeyi en yüksek yetkinlik alanı, sağlık sektörü bilgi düzeyi ise en düşük yetkinlik alanı olarak belirlenmiştir. Liderlik yetkinliğine sahip sağlık yöneticileri nitelikli sağlık hizmeti çıktısına ulaşmak için sağlık çalışanlarını yönlendirici rol üstlenirler. Sağlık yöneticilerinin gelişimi için liderlik yetkinliği gerekli bir faaliyet alanıdır. Sağlık yöneticilerinin buldukları yönetsel statüye bağlı olmakla birlikte mesleki gelişimleri takip etmeleri gerekmektedir. Konferans, seminer gibi aktivitelere katılım daha çok bireysel olarak gerçekleşmekte olup bunun aksine mesleki faaliyetlere katılım yönetici tecrübesine katkı sağlamaktadır.

Farklı iş rollerine sahip sağlık yöneticilerinin en düşük yetkinlik alanı olarak sağlık sektörü bilgi düzeyinin olma nedeni sağlık yöneticilerinin %82’ sinin sağlık yönetimi eğitimi almamış olmasıdır. Günümüzde sosyal ve politik karmaşayı yönetmek zorunda olan sağlık yöneticileri, sağlık alanındaki kaynaklarının azlığı gerçeği devam ederken tıbbi ihtiyaçların artışı ve hizmet alacak kişi sayısındaki artışa bağlı olarak birçok görevin üstesinden gelmek zorundadırlar. Sağlık yöneticilerinin çoğunun tıbbi süreçlerle ilgili eğitim alanlarından mezun profesyoneller olmaları sağlık yönetimi alanındaki bilgi ve beceri ihtiyacını belirgin hale getirmektedir. Amerika’da tıbbi direktörlerle ilgili yapılan bir çalışmada yetkinliklerin klinik becerileri içermesi, yönetsel pozisyonlarda çalışanların tıbbi tecrübeye de sahip olanlardan seçilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Benzer çalışmalar İngiltere’de yapılmış ve tıbbi beceri yetersizliği olan hastane yöneticileri eğitim programlarına yönlendirilmiştir. Klinik yöneticiler, yönetim uygulamalarıyla ilgili olarak daha çok tıbbi alanda çalıştıkları için (örneğin klinik işgücü) rolleri gereği yönetim rollerinde daha fazla kararsız kalmakta, bu nedenle profesyonel değerleri ve yönetsel rolleri arasında çatışma yaşadıkları belirlenmiştir. Farklı yönetsel statüdeki yöneticiler bilgi ve becerilerini değerlendirmeleri ve yönetim kapasitelerini geliştirmeleri için öğrenme ihtiyaçlarını tanımları gerekmektedir.

Liderlik yetkinlik düzeyi açısından 31-40 yaş, 6-10 yıl çalışma süresine sahip ve lisansüstü eğitim alan sağlık yöneticilerinin liderlik yetkinlik ortalama puanının yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmaya göre sağlık yöneticilerinin liderlik gelişimi ile sağlık hizmeti sunum sonuçları arasında ilişki belirlenmiştir. Çalışma içeriğinde yer alan eğitim programının sağlık hizmeti verme sonuçlarını pozitif etkilemiştir (Oliver ve Carnall, 2011). Sağlık yöneticilerinin yetkinlik düzeyi, profesyonel yargı ve becerileri taşımakla birlikte bireysel, takım ve sağlık kurumu açısından liderlik becerileri farklılaşmaktadır. Birçok ülke sağlık sisteminde başarı planlaması için formal liderlik programları uygulanmaktadır. Bu programlar sağlık yöneticilerine spesifik beceri ihtiyaçlarını bireysel olarak değerlendirme fırsatı sağlar (Salome vd., 2011).

Sağlık kurumlarında yönetim işlevlerini yerine getiren yöneticilerin yaptığı işler aynı değildir. Yöneticilerin hiyerarşik konumları ve üstlendikleri görevler farklılık göstermektedir. Araştırma kapsamında yer alan sağlık yöneticilerinin yetkinlikleri ile yönetsel statüleri arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Sağlık yöneticilerinin cinsiyetlerine göre yetkinlik alanlarındaki farklılık değerlendirildiğinde kadın yöneticilerin iletişim ve kişilerarası ilişkiler yönetimi yetkinlik düzeyinin erkek sağlık yöneticilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlık profesyonellerinin karşılaştıkları sorunları çözebilmek için sağlık yöneticilerinin birçok farklı yetkinliklere sahip olması beklenmektedir (Yarbrough, Erwin ve Gibson, 2015). Yetkinlik modeli için yapılan araştırma boyunca sağlık yöneticilerinin yetkinliklerinin belirlenmesine ihtiyaç duyulup duyulmadığı sorgulanmış ve görüşme yapılan kişiler ve diğer kanaat önderlerinin yetkinlik modelinin sağlık kurumuna önemli bir değer katacağı yönünde olumlu düşündükleri belirlenmiştir. Sağlık için nihai tüketici insandır ve en iyi performansı sağlayan sağlık örgütlerinin değer sağlaması gerekmektedir. Bu değer; sağlıklı yaşam, yaşam kalitesinin sürdürülmesi ve sağlanması olarak ifade edilebilir. Sağlık yöneticileri yüksek kaliteli, hasta merkezli hizmeti oluşturmak ve rekabetçi pazarda yüksek talebi korumak için meydan okuyucu olmalıdır (Köse Ünal, 2015).

Araştırmada sağlık yöneticilerinin demografik özelliklerinden unvanları, cinsiyetleri, yaşları, çalışma süreleri ile yetkinlikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilememiştir. Sağlık yöneticilerinin eğitimleri ile yetkinlikleri arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı, zayıf düzeyde pozitif ilişki tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar yönetici eğitimi ile yönetsel alanlarda iyileştirmelerin yaşandığını göstermektedir. Yetkinliklerin belirleyici unsurlarından biri olan demografik özelliklerden hiç kuşkusuz gelişmeye açık olan eğitim kriteridir.

Araştırma sonuçlarına göre öneriler aşağıda sıralanmaktadır:

1. Sağlık yönetimi alanında eğitim almış kişilere yönelik sağlık sektöründe istihdam politikaları geliştirilmelidir.
2. Sağlık yöneticisi statüsündeki yöneticilerin seçiminde özel hastanelerde uygulanan iş tecrübesi, beceri, kişisel özelliklerin de değerlendirilebileceği işe alım süreçlerinin kamu sektöründe de uygulanması sağlanmalıdır.
3. Sosyal devlet anlayışına yönelik ağırlıklı olarak kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin yönetiminde sonuç odaklı modeller geliştirilmelidir.

4. Sağlık yönetimi eğitimi ile kazandırılan yetkinliklerin bu alanda eğitim alan kişilerin istihdamı ile çıktılara etkisini ölçecek yeni iş modelleri üretilmelidir.
5. Sağlık yöneticilerinin yetkinliklerini geliştirecekleri hizmet içi eğitim programları uygulanmalıdır.
6. Sağlık yöneticilerine yetkinlik kazandıracak eğitim programlarının etkinliği yönetici başarısı açısından değerlendirilmelidir.

Kaynakça

- Arıkan, S. (2008). “Yönetimsel Kademelerde Yöneticilerin Karşılaştıkları Güçlükler”. *Polis Bilimleri Dergisi*, 1(4), 145-146.
- Atabey Ertürk, S. (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikaları*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Bayın, Ö., & Akbulut, Y. (2012). “Kanıtla Dayalı Yaklaşım ve Sağlık Politikası”. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 116-120.
- Bharadwaj, A., & Punia, B.K. (2013). “Managerial Competencies and Their Influence on Managerial Performance: A Literature Review International”. *Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences*, 2(5), 72-77.
- Biçer, G., & Düztepe, Ş. (2003). “Yetkinlikler ve Yetkinliklerin İşletmeler Açısından Önemi”. *Havacılık ve Uzay Teknolojileri Dergisi*, 1(2), 13-20.
- Bingöl, D. (2013). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Broscio, M., & Scherer, J. (2003). “Building Job Security: Strategies for Becoming A Highly Valued Contributor”. *Journal of Healthcare Management*, 48(4), 147-151.
- Budak, G. (2008). *Yetkinliğe Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi*. İzmir: Barış Yayınları.
- Calhoun, J.G., Davidson, P.L., Sinioris, M.E., Vincent, E.T., & Griffith, J.R. (2002). “Toward An Understanding of Competency Identification and Assessment in Health Care Management”. *Qual Manag Health Care*, 11(1), 14-38.
- Cheng, M., Dainty, A.R.J., & Moore, D. R. (2005). “Towards A Multidimensional Competency Based Managerial Performance Framework: A Hybrid Approach”. *Journal of Managerial Psychology*, 20(5), 380-397.
- Cockerill, T., Hunt, J., & Schroder, H. (1995). “Managerial Competencies: Fact or Fiction? ”. *Business Strategy Review*, 26(2), 15-25.
- Çetinkaya, M. (2009). “Yöneticilerin Yönetimsel Algılamalarına İlişkin Bir Araştırma”. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 10(2), 219-237.
- Çetinkaya, M., & Özutku, H. (2012). “Yönetimsel Performansa Yetkinlik Temelli Yaklaşım: Türk Otomotiv Sektöründe Bir Araştırma”. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 41(1), 142-161.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Dwyer, J., Paskavitz, M., Vriesendorp, S., & Johnson, S. (2006). “An Urgent Call to Professionalize Leadership and Management in Healthcare Worldwide”. *Management Science for Health*, 4(1),40-55.

- Dye, C., & A. Garman. (2006). "Exceptional Leadership: Competencies for Healthcare Executives". Url: <https://www.ache.org/pdf/secure/gifts> (12.04.2017).
- Erigüç, G., Kurul, B.T., & Tekin Numaoğlu, R. (2014). Yöneticilerin Bakış Açısı İle Sağlık Kurumları Yöneticilerinin Sahip Olması Gereken Yönetimsel Yetkinlikler. 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongre Bildiri Kitabı, 1493-1498.
- Evans R., Garman A. N., Krause, M. K., & Anfossi J. (2006). "Professionalism". *Journal of Healthcare Management*, 51(4), 4-10.
- Fang, C.H., Cheng, S.T., & Chen G.L. (2010). "Competency Development Among Taiwanese Healthcare Middle Manager: A Test of The AHP Approach". *African Journal Business Management*, 4(13), 2846-2850.
- Finley, F.R., Ivanitskaya, L.V., & Kennedy, M.H. (2007). "Mentoring Junior Healthcare Administrators: A Description of Mentoring Practices in Hospitals". *Journal of Healthcare Management*, 52(2), 260-270.
- Garman, A.N., & Strong, J. (2006). "Communication and Relationship Management". *Journal of Healthcare Management*, 51 (2), 8-10.
- Garman, A.N., & Tran, L. (2006). "Knowledge of The Healthcare Environment". *Journal of Healthcare Management*, 51(3),10-15.
- Genç, N. (2007). *Yönetim ve Organizasyon Çağdaş Sistemler ve Yaklaşımlar*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Gider, Ö., & Top, M. (2006). "Kamu Hastane Sektöründe Liberalleşme ve Türkiye'ye Yansımaları". *Ekonomist Dergisi*, 96(4),12-16.
- Hackett, R.D. (2002). "Understanding and Predicting Work Performance in The Canadian Military". *Canadian Journal of Behavioural Science*, 34 (2),131-140.
- Howe, L. (2008). "What Do We Mean by Competence and Competency in Healthcare". *Journal Healthcare Management*, 53(6), 360-373.
- Kaissi, A. (2005). "Manager Physician Relationships: An Organizational Theory Perspective". *Healthcare Management*, 24(2),165-176.
- Khadka, D.K., Gurung, M., & Nawaraj, C. (2014). "Managerial Competencies – A Survey of Hospital Managers Working in Kathmandu Valley Nepal". *Journal of Hospital Administration*, 3(1), 34-45.
- Kleinman, C. S. (2003). "Leadership Roles, Competencies and Education". *Journal of Administration*, 33(9), 451-455.
- Köse Ünal, A. (2015). Sağlık Yöneticilerinin Yetkinlik Algılarını Belirlemeye Yönelik Nitel Bir Çalışma. 3. Örgütsel Davranış Kongresi Bildiri Kitabı, 706-710.
- Kubica, A. J. (2008). "Transcitioning Middle Managers". *Healthcare Executive*, 23(1), 58-60.
- Mayatürk Akyol, E. (2011). *Yetkinliğe Dayalı Performans Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Meydan, C. H., & Şeşen, H. (2011). *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Mooney, A. (2007). "Core Competence, Distinctive Competence and Competitive Advantage: What Is The Difference? ". *Journal of Education for Business*, 83 (2), 110-115.

- Oliver, J. W., & Carnall, R. (2011). “Medical Leadership: Why It’s Important, What Is Required and How We Develop It?”. *Postgrad Med J*, 8(2), 27-30.
- Özutku, H. (2010). *Örgütsel Performans Boyutuyla İnsan Kaynakları Yönetimi*, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Reddy G., Manadavia, A., Nicholson, J., & Broomfield, S. (2015). “Doctors and Medical Students Training in Management and Their Knowledge of Acronyms in NHS Management”. *The RCS Bulletin*, 97(6), 12-15.
- Rollins, G. (2003). “Succession Planning: Laying The Foundation for Smooth Transitions and Effective Leaders”. *Healthcare Executive*, 18(1), 14-18.
- Salome, I., Kieran, W., Lawrence, B., & Mwanthi, A. (2011). “A Qualitative and Quantitative Study of Medical Leadership and Management: Experiences, Competencies, and Development Needs of Doctor Managers in The United Kingdom”. *Journal of Management & Marketing Healthcare*, 4(1), 16-29.
- Sargutan, A. E. (2005). “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 12-14.
- Seçer, İ. (2013). *SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi*, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Shirazi, A., & Mortazavi, K. (2009). “Effective Management Performance A Competency Based Perspective”. *International Review of Business Research Papers*, 5(1), 4-10.
- Stefl, M. (2008). “Common Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership”. *Journal of Healthcare Management*, 53 (6), 360-373.
- Şahin, A. (2007). “Türk Kamu Yönetiminde Yönetiş İletişim ve Bu Konuda Düzenlenen Bir Anket Çalışmasının Sonuçları”. *Maliye Dergisi*, 152 (6), 40-50.
- Şahin, B. (2004). “Sağlık Kullanımında Değişkenlik Sorunu: Neden Yönetemiyoruz? Nasıl Yönetebiliriz? ”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2) 200-210.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlilik ve Geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Thrall, T. (2006). “Nurturing Your Nurse Managers”. *Hospitals and Health Networks*, 80(4), 71-74.
- Top, M. (2006). “Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye’de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 94-96.
- Tütüncü, Ö., & Küçükusta, D. (2008). “The Role of Supply Chain Management Integration in Quality Management System for Hospitals”. *International Journal of Management Perspectives*, 1(1), 31-39.
- Uğurluoğlu, Ö. (2013). “Sağlık Kurumlarında Dış Çevre Analizi”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24 (2), 155-160.
- Uğurluoğlu, Ö., & Çelik, Y.(2005). “Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (1), 10-15.
- Uysal, G. (2009). “Başarılı Bir Yönetici Olmada Anahtarlar”. *Sayıştay Dergisi*, (42), 37-40.
- Ünal, M. (2012). *21.Yüzyılda Değişim, Yönetim ve Liderlik*. İstanbul: Beta Yayınları.

- Yarbrough, A., Erwin, C.O., & Gibson, M. A. (2015). “Develop National Network of Connected MCH Leaders Paralel Activities With Partners”. *Journal of Healthcare Management*, 60 (2), 45-55.
- Zaccaro, S.J., & Banks, D. (2004). “Leader Visioning and Adaptability: Bridging The Gap Between Research and Practice on Developing The Ability to Manage Change”. *Human Resource Management Journal*, 43(4), 367-380.

Competencies of Healthcare Managers in Public Hospitals

Aslı KÖSE ÜNAL

Gümüşhane University
Faculty of Health Sciences
Gümüşhane, Turkey
orcid.org/0000-0002-8044-6592
asl_kse@hotmail.com

Enver AYDOĞAN

Ankara Hacı Bayram Veli University
Faculty of Economics and Administrative
Sciences, Ankara, Turkey
orcid.org/0000-0001-7327-7148
aydogan@gazi.edu.tr

Extensive Summary

The competencies of managers should also be included in the evaluation process in order to realize the performance expectations of the organizations (Shirazi and Mortazavi, 2009). Cockerill and Hunt and Schroder (1995) state that the status, experience, and competencies of managers are effective in achieving the performance that organizations are aiming for. Managers' performance (output), their job-related knowledge and experience (input competencies), and their personality traits and talents (process competencies) are identified as determinants of managerial performance. Competence for managers, can be expressed as the sum of knowledge, skills and social roles of managers (Zaccaro and Banks, 2004). Competencies are managers' micro-skills and they are a part of the values that the organizations have.

Due to the competitive nature of healthcare enterprises the need for highly motivated managers has a significant impact on the success of the organization (Broscio and Scherer, 2003; Rollins, 2003; Finley, Ivanitskaya and Kennedy, 2007; Kubica, 2008). The roles and competencies of the healthcare manager influence the success of the hospital administrator. In the field of health, changes in the patient perception level, patient satisfaction, and quality service expectations are directly related to the competence of managers in health care institutions.

The aim of this study is to determine the managerial competencies of healthcare managers. In this study, a questionnaire prepared by using Healthcare Executives Competencies Assessment Tool which was translated to Turkish by Erigüç, Kurul ve Tekin Numanoglu 2014). ACHE for the purpose of using self-assessment tool for healthcare managers. The questionnaire have been applied a total of 400 healthcare managers in public hospitals.

In the competence scoring assessed by the health care managers, 1 indicates the lowest competence level and 5 indicates the highest competence level. There are 65 expressions in five areas of competence: leadership (11), professionalism (12), communication and interpersonal relationship management (13), management knowledge and skill level (16), health sector knowledge level (13). The Competencies Assessment Tool was prepared a likert- type scale including five competences. The data that is obtain from the questionnaires is analyzed by the SPSS and AMOS package program. The Competencies Assessment Tool accounts for %50.22 of the total variance. KMO was 0.79 and Bartlett's test of Sphericity was 0:00 and these values showed that data was suitable for the factor analysis. Cronbach's alpha value of the scale used to measure the competency was found as 0.80 which verified its reliability.

From the competencies of the healthcare managers, who participated in the research, competency level of leadership is determined as the highest area of competency while level of knowledge in healthcare sector is the lowest area of competency. Knowledge level of the healthcare managers having different job roles in healthcare sector is the lowest area of competency because 82% of the healthcare managers did not receive the training on healthcare management.

It was determined that there was statistically no significant relationship between demographic features, titles, gender, age, work experience, and competence of health care managers. On the other hand, a statistically significant and weak correlation was determined between the training and competence of the health care managers. Previous studies show that there are improvements in managerial areas with manager education. When the work experiences of health managers are evaluated, it is determined that they are usually between 6-10 years. While professional experience is an important criterion for management, in the process of adapting to the rapid changes in the health sector, it is necessary to reflect the experiences of health care managers in the professional development process.

Health managers with leadership competence play a leading role for the health workers to reach the output of qualified health services. In terms of leadership competence level of the health managers, who are 31-40 years of age, and have 6-10 years of workexperience and post-graduate education, the average score of leadership competence is determined as high. According to a study, a relationship was determined between the leadership development of the health care managers and the results of the health service delivery. The training program in the study content affected the health care delivery results positively (Oliver and Carnall, 2011). Although the health managers bear features such as competence level, professional judgement and skills, the leadership skills become different in terms of individual, team, and health institution. Many countries are implementing formal leadership programs for a success plan in the health care. These programs provide opportunities for health care managers to assess their specific skill needs individually (Salome et al., 2011)

The jobs of the managers, who perform administrative functions in health institutions, are not the same. The hierarchical positions of the managers and the tasks they undertake vary. In this context, there was no statistical significance between the competency levels and the managerial status of the health managers included in the study.

According to the results of the research, the suggestions are as follows:

- Employment policies should be developed in the health sector for those, who are trained in health management.
- In the selection of the administrators for the health manager status, the recruitment processes applied in the private hospitals, such as work experience, skill, personal characteristics, should be applied in the public sector, as well.
- Concerning the social state perception, conclusion-oriented models should be developed in the management of the health services offered mainly by the public sector.

- New business models should be produced that will gauge the effect of competencies gained through health management education on the employment and output of those, who receive training in this field.
- In-service training programs should be implemented, in which healthcare managers develop their competencies.
- The effectiveness of training programs, which will provide competence for the healthcare managers, should be assessed in terms of managerial success.