

T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ ve ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

HASTANELERDE HİZMET KALİTESİ ALGISI:
DOKTOR VE HEMŞİRELER İLE YAPILAN BİR
ÇALIŞMA

Doktora Tezi

Ayşe Gözde KOYUNCU

Ankara-2014

T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ ve ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

HASTANELERDE HİZMET KALİTESİ ALGISI:
DOKTOR VE HEMŞİRELER İLE YAPILAN BİR
ÇALIŞMA

Doktora Tezi

Ayşe Gözde KOYUNCU

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Müge ERSOY KART

Ankara-2014

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI

HASTANELERDE HİZMET KALİTESİ ALGISI:
DOKTOR VE HEMŞİRELER İLE YAPILAN BİR ÇALIŞMA

DOKTORA TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Müge ERSOY KART

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

İmzası

Prof. Dr. Nilay Acalık Kaçır
Prof. Dr. İbrahim Savaş
Prof. Dr. Döğen Kışkındemir
Doç. Dr. Ümit UYANIK
Doç. Dr. Müge KART



Tez Sınavı Tarihi 21.11.2014

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile, tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.(...23...../.....12...../.....2014..)

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı ve Soyadı

Ayşe Gözde KOYUNCU

İmzası



TEŞEKKÜR

Öncelikle değerli hocam, tez danıőmanım Doç. Dr. Müge ERSOY KART'a başta tezimi titizlikle okuyup, getirdiği eleŐtiri ve öneriler için daha sonra da akademik ve özel hayatıma yaptığı tüm katkılar için ve daima bana ayıracak zamanı olduğunu hissettirdiği için çok teşekkür ederim. Bana göstermiŐ olduğu büyük sabır, anlayış ve desteğe minnettarım.

Tez izleme komitesinde yer alan değerli hocam Prof. Dr. İlkey SAVCI'ya tezime ve tüm akademik yaŐamıma yaptığı katkılar için çok teşekkür ederim, Doç. Dr. Doğan KÖKDEMİR'e tez izleme komitesinde yer aldığı, ilgili yaklaşımı ve desteği için çok teşekkür ederim. Jrimde yer alan değerli hocalarım Prof. Dr. Nilay ÇABUK KAYA'ya ve Doç. Dr. Yücel UYANIK'a zaman ayırıp tezimi sabırla okuyup, eleŐtiri ve önerilerini benimle paylaŐtıkları için çok teşekkür ederim.

Çok sevgili çalışma arkadaşlarım Yrd. Doç. Dr. Elif Tuğba DOğAN'a, Arş. Gör. Onurcan TAŐTAN'a ve Arş. Gör. Nail DERTLİ'ye destekleri ve yardımları için çok teşekkür ederim. Sizin gibi arkadaşlarım olduğu için çok mutluyum.

Tüm yaŐamım boyunca olduğu gibi, tez çalışmam süresince de anlayış ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve attığım her adımda yanımda olduklarını hissettiren anneme ve babama sonsuz teşekkür ederim.

Elbette ki bu süre zarfında en büyük sabrı ve desteği gösteren ve her duyguyu benimle yaşıyıp paylaşan çok sevgili eşim Arş. Gör Barış KOYUNCU'ya ve en değerli varlıklarım oğlum Dağhan Koyuncu ve kızım Cemre Defne KOYUNCU'ya bana gösterdikleri sabır, destek ve hoşgörü için çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Son olarak, çalışmam süresince bana destek olan ve yardımlarını esirgemeyen herkese ve uyguladığım anketlerdeki sorulara sabırla yanıt veren katılımcılara da çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
-------------	---

I. BÖLÜM

YENİLİK KAVRAMI

I.1. YENİLİK KAVRAMI, ÇEŞİTLERİ VE YENİLİK SÜRECİ	7
I.1.1. Değişim, Yaratıcılık, Buluş, İcat Kavramlarının Yenilik Kavramı ile İlişkisi.....	8
I.1.2. Yenilik ve Yaratıcılığa İlişkin Modeller	11
I.1.3. Yenilik Kavramı.....	17
I.2. ÖRGÜTSEL YENİLİK.....	27
I.2.1. Örgütsel Yenilik Kavramının Tanımlanması	27
I.2.2. Örgütsel Yeniliğin Öncülleri.....	29
I.2.3. Örgütsel Yenilik Kuramları.....	33
I.2.4. Örgütsel Yenilik ile İlgili Bazı Değişkenler	44
I.2.4.1. Kişilik.....	44
I.2.4.2. Liderlik Tarzı	46
I.2.4.3. Yaş / Kuşak/ Jenerasyon Etkisi: X-Y Kuşağı.....	48
I.3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖRGÜTSEL YENİLİK	50
I.4. HASTANELERDE HİZMET KALİTESİ VE KALİTE ALGISI	60
I.5. YENİLİĞİN YAYILIMI TEORİSİ	69
I.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Yeniliğin Yayılımı	84
I.5.2.. Sağlık Sektöründe Yeniliklerin Yayılımı ile İlgili Ülkemizde ve Diğer Ülkelerde Yapılan Çalışmalar	90
I.6. ARAŞTIRMANIN AMACI	93

II. BÖLÜM

YÖNTEM

II.1. Denekler	96
II.2. Veri Toplama Araçları.....	102
II.2.1. NEO Beş Faktör Kişilik Envanteri	103
II.2.2. Dönüştürücü Liderlik Ölçeği	103
II.2.3. Örgütsel Yenilik Ölçeği.....	105
II.2.3.1. Kapsam ve Yapı Geçerliliği.....	105
II.2.3.2. Madde Analizine İlişkin Bulgular.....	108
II.3. Verilerin Toplanması	111

III. BÖLÜM

BULGULAR

III.1.Hastane Hizmetlerinin Kalite Algısına Dair Soru Grubundan Elde Edilen Bulgular	112
III.2.Hastanelerde Verilen Hizmet Kalitesi Belirleyicilerine Dair Soru Grubundan Elde Edilen Bulgular	121
III.3.Hastanelerde Hizmet Kalitesindeki Farklılıklara Dair Algılara Yönelik Soru Grubundan Elde Edilen Bulgular.....	124
III.4.Hastanelerde Sunulan Hizmet Kalitesi Açısından Aktörlerin Olası Katkılarına Dair Algılara İlişkin Bulgular	130
III.5.Hasta ve Refakatçiler İçin Mevcut Sosyal Hizmetlere İlişkin Değerlendirmeler	134
III.6.Dönüştürücü Liderlik Ölçeği Alt Boyutları İçin Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları	136
III.6.1. Tıp Doktorları: Vizyon ve İlham Sağlama.....	136

III.6.2. Tıp Doktorları: Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama	137
III.6.3. Tıp Doktorları: Entelektüel Teşvikte Bulunma.....	139
III.6.4. Tıp Doktorları: Bireysel İlgi Gösterme	140
III.6.5. Tıp Doktorları: Yüksek Performans Beklentisi	142
III.6.6. Hemşireler: Vizyon ve İlham Sağlama	143
III.6.7. Hemşireler: Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama.....	144
III.6.8. Hemşireler: Entelektüel Teşvikte Bulunma.....	145
III.6.9. Hemşireler: Bireysel İlgi Gösterme	146
III.6.10. Hemşireler: Yüksek Performans Beklentisi	147
III.7.Örgütsel Yenilik Ölçeği Alt Boyutları ile Kişilik ve Dönüştürücü Liderlik Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	142
III.8.Kişilik Boyutları ve Dönüştürücü Liderlik Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	149
III.9. Gruplar arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular	154
III.9.1. Doktorlar İçin Hastane Türü Temel Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu	154
III.9.2. Doktorlar İçin Kuşak Temel Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu.....	155
III.9.3. Doktorlar İçin Hastane Türü X Kuşak Ortak Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu	156
III.9.4. Hemşireler İçin Hastane Türü Temel Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu	157
III.9.5. Hemşireler İçin Kuşak Temel Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu.....	159
III.9.6. Hemşireler İçin Hastane Türü X Kuşak Ortak Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu	160
III.9.7. Örgütsel Yenilik Eğilimleri Açısından Yapılan Gruplar arası Fark Analizleri.....	160
III.9.8. Dönüştürücü Liderlik Algısı Açısından Yapılan Gruplar arası Fark Analizleri.....	161

SONUÇ VE TARTIŞMA.....	162
KAYNAKÇA	188
EKLER.....	210
Ek-1. Anket Formu.....	210
ÖZET.....	222
ABSTRACT	223

TABLolar DİZİNİ

Tablo I.1. Yaratıcılık Türleri	14
Tablo I.2 Örgütsel Faktörler ve Yenilik Arasındaki İlişki.....	40
Tablo I.3 Sağlık Hizmetlerinde Yenilik Sürecinin Paydaşları.....	56
Tablo I.4 Yayılımın Anahtar Kavramları ve Aşamaları	72
Tablo I.5 Yeniliğin Özellikleri.....	76
Tablo II.1. Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Ait Oldukları Jenerasyon	96
Tablo II.2. Araştırmaya Katılanların Mevcut Kurumlarındaki Çalışma Süreleri	101
Tablo II.3. Araştırmaya Katılan Tıp Doktorlarının Uzmanlık Alanları	102
Tablo. II.4 Örgütsel Yenilik Ölçeği Yapı Matrisi	107
Tablo II.5. Örgütsel Yenilik Ölçeğinin Genel Olarak Geçerlik Analiz Sonuçları .	109
Tablo III.1.1.Özel ve Kamu Sektöründe Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Hastane Kalite Algısı	113
Tablo III.1.2. Araştırmaya Katılan Doktor ve Hemşirelerin Örgütsel Yenilik Eğilimleri ile Hizmet Kalitesi Algıları Arasındaki İlişki	115
Tablo III.1.3. Özel ve Kamu Sektöründe Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Son Beş Yıla İlişkin Hastane Kalite Algısı	116
Tablo III.1.4. Araştırmaya Katılanların Örgütsel Yenilik Eğilimleri ile Son Beş Yıldaki Hizmet Kalite Algısı Arasındaki İlişki.....	118
Tablo III.1.5. Hastanelerdeki Hizmet Sağlayıcılara İlişkin Bulgular	120
Tablo III.2.1. Hastanelerde Verilen Hizmet Kalitesi Belirleyicilerine İlişkin Bulgular.....	122
Tablo III.3.1. Özel ve Kamu Hastaneleri Arasında Sunulan Hizmetin Kalitesi Bakımından Algılanan Farklılık Düzeyine İlişkin Bulgular	125
Tablo III.3.2. Özel ve Kamu Hastaneleri Arasında Sunulan Hizmetin Kalitesi Bakımından Algılanan Farklılığın Tıbbi Nedenlerine İlişkin Bulgular.....	126
Tablo III.3.3. Özel ve Kamu Hastaneleri Arasında Sunulan Hizmetin Kalitesi Bakımından Algılanan Farklılığın Sosyal Nedenlerine İlişkin Bulgular	128

Tablo III.4.1 Tıbbi Hizmetler Açısından Aktörlerin Olası Katkılarına Dair Bulgular.....	131
Tablo III.4.2 Sosyal Hizmetler Açısından Aktörlerin Olası Katkılarına Dair Bulgular.....	133
Tablo III.5.1 Özel ve Kamu Hastanelerinde Hasta ve Refakatçiler İçin Sunulan Sosyal Hizmetlere İlişkin Bulgular	135
Tablo III.6.1. Vizyon ve İlham Sağlama Algısını Tıp Doktorları için Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları	137
Tablo III.6.2 Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama Algısını Tıp Doktorları İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları	138
Tablo III.6.3 Entelektüel Teşvikte Bulunma Algısını Tıp Doktorları İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları	139
Tablo III.6.4. Bireysel İlgi Gösterme Algısını Tıp Doktorları için Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları	141
Tablo III.6.5. Yüksek Performans Beklentisi algısını Tıp Doktorları İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları	142
Tablo III.6.6. Vizyon ve İlham Sağlama algısını Hemşireler İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları	143
Tablo. III.6.7. Grup Amaçlarının Kabulünü sağlama algısını Hemşireler için Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları	144
Tablo III.6.8. Entelektüel Teşvikte Bulunma algısını Hemşireler için Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları	146

Tablo III. 6.9. Bireysel İlgı Gösterme Algısını Hemşireler İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan oklu Doğrusal Regresyon özümlemesi Sonuçları	147
Tablo III.6.10. Yüksek Performans Beklentisi Algısını Hemşireler İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan oklu Doğrusal Regresyon özümlemesi Sonuçları	148
Tablo III.7.1. Tıp Doktorları İçin Örgütsel Yenilik Ölçeği Alt Boyutları ile Kişilik ve Dönüştürücü Liderlik Ölçeği Puanları Arasındaki Korelâsyonlar	149
Tablo III.7.2. Hemşireler İçin Örgütsel Yenilik Ölçeği Alt Boyutları ile Kişilik ve Dönüşümsel Liderlik Ölçeği Puanları Arasındaki Korelâsyonlar	152

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil I.1. Amabile'in Yaratıcılık Modeli	12
Şekil I.2 Örgütsel Yeniliğin Basit Modeli.....	35
Şekil I.3. Sağlık Hizmetlerinde Yenilik İçin Kavramsal Bir Çerçeve	58
Şekil I.4. Gronroos'un (1984) Hizmet Kalitesi Modeli	61
Şekil I.5.Yeniliğin Yayılımının Unsurları	73
Şekil I.6 Sağlık Sektöründe Yeniliğin Yayılımı ve Uygulanmasında Etkili Olan Değişkenleri Ortaya Koyan Kavramsal Model.....	85
Şekil II.1. Araştırmaya Katılanların Branşlarına Göre Dâhil Oldukları Jenerasyon	97
Şekil II.2. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Kurum: Hemşireler	98
Şekil II.3.Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Kurum: Tıp Doktorları.....	98
Şekil II.4. Hemşirelerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Frekans Dağılımları.....	99
Şekil II.5. Tıp Doktorlarının Çalıştıkları Hastanelere Göre Frekans Dağılımları	100

GİRİŞ

İnsan sağlığını koruyan ve tıbbi hizmetin yanı sıra sosyal hizmet de vermek yükümlülüğünü taşıyan hastaneler, zorlayıcı ve değişken ekonomik koşullar getiren küreselleşmeyle beraber oldukça karmaşık sorunlarla baş etmek zorunda kalmışlardır. Bu şartlar, pek çok sağlık kurumunu görece muğlak performans ölçütlerini karşılayabilmek için kaynaklarını en akılcı biçimde kullanarak değişime ayak uydurma baskısı altına almıştır. O kadar ki artık tıp bilgisini ve teknolojilerini yakından takip etmenin ötesinde gelişmiş tıbbi araç gereçler ile hastaneyi donatmak da tek başına yeterli değildir. Piyasadaki zorlu rekabetten yüzünün akıyla çıkabilmek için bilhassa özel sektördeki kurumlar, ‘örgütsel yenilik’ uygulamalarına öncelikle kaynak ayırmak zorunda olduklarının bilincine varmıştır. Hastanelerdeki otelcilik hizmetleri en az başarılı bir tıbbi müdahale ve tedavi kadar fark yaratma ve varlığını koruma aracı haline dönüşmüştür.

Bilindiği gibi, sanayi devrimi ile birlikte yaşanan gelişmelerin ardından bilimsel bilginin ve teknolojik ilerlemelerin hızlanmasıyla birlikte büyüme ve gelişme gibi kavramların önemi artmış, günümüzde her alanda sürekli konuşulur hale gelmiştir.

Bilgi ekonomisi, bilgiye, enformasyona ve yüksek vasıf düzeyine yönelik eğilimler içermektedir. Gerek özel gerekse kamu sektörü, bu bileşenlere erişime yönelik artan bir gereksinim içindedir. Bilgi ve teknoloji gittikçe daha karmaşık hale gelmiş, buna paralel olarak da, gelişmiş ekonomilerde hizmetler sektöründe gerçekleşen yenilik artış göstermiştir (Oslo Kılavuzu, 2005: 32).

“Yenilik” kavramı ilgili alan yazında pek çok farklı biçimde tanımlanmıştır. Bu çalışmada da mümkün olduğunca çok ve farklı tanımlara yer verilerek kavram, ayrıntılı biçimde ele alınacaktır.

Belki de yanıt bekleyen en temel soru şudur: ‘*Gerçekten yeniliğe ihtiyaç var mı?*’ Bu sorunun cevabı büyük bir kesim için evettir. Çünkü yenilik, toplumsal ya da bütünsel açıdan bakıldığında, değişimin en hızlı yolu olarak kabul edilmektedir.

Her şeyden önce yeniliğin günümüz ekonomileri için sürdürülebilir büyümenin ve toplumsal refahın ana itici gücü haline geldiği belirtilmelidir. Yeniliğin ekonomik kalkınmaya yaptığı katkıya paralel olarak, toplumsal refahın ve bireylerin yaşam standartlarının gelişmesine bir dinamizm kazandırdığı da söylenebilir.

Örgütler için değişimi ortaya çıkarmak ve değişime ayak uydurabilmek ancak yenilikçilik ile ve planlı bir şekilde risk alma ile mümkün olmaktadır. Günümüzde örgütler bilgi ve teknolojiyi sentezleyerek olabildiğince kazançlı sonuçlara gebe yenilikler peşindedir ve bir yandan da bunları yöneterek piyasada yüksek değer oluşturmaya çalışmaktadırlar. Bir örgütün yenilik potansiyelini oluşturan süreç ve uygulamaları başarıyla kullanmak, örgüte karşı durulmaz bir rekabet üstünlüğü kazandırmaktadır. O nedenle yenilik potansiyeli, bir örgütün en iyi yaptığı ile müşterilerinin en çok değer verdiğini uyumlaştırmanın bir sonucu olarak ifade edilebilir (Durna,2002: 35).

Değişim odaklı örgütlerde bireyler değişimin ya da yeniliğin parçası olduğu ölçüde kendilerini daha verimli, efektif ve bir o kadar örgütün parçası olarak hissetmektedirler. Çünkü yeniliği ortaya çıkaran da, ona uyum sağlayan ve uygulayan da her şeyden önce bireydir.

Tüm diğer sektörlerde olduğu gibi, yenilik sağlık sektörü için de yaşamsal bir öneme sahiptir. Bunun nedeni sektörde ortaya çıkan yenilik ve ilerlemelerin insan hayatını ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemesidir.

Günümüzde ülkelerin sağlık hizmetlerinin sunum kalitesi, gelişmişlik düzeylerinin göstergesi kabul edilen en önemli kriterlerden birini oluşturmaktadır. Teknolojik gelişmeler, tanı ve tedavi süreçlerinde ortaya çıkan gelişmeler, bireylerin farkındalık düzeylerindeki artış ve bunun sonucunda sağlığa verilen önemin artması; sunulan sağlık hizmetlerine bakış açısının değişmesine, beklentilerin yükselmesine ve dolayısıyla da sağlık hizmetlerinin kalitesinin öneminin artmasına neden olmuştur (Uğurluoğlu ve Payziner, 2011: 139).

Müşterilerine ürün ve hizmet sunan her kuruluş gibi, sağlık hizmeti sunan hastanelerin de hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti gibi konulara odaklanması artık bir tercih olmaktan çıkmış, zorunluluğa dönüşmüştür. Çünkü bilindiği gibi algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti, gerek hastaneler gerekse de hastane hizmetlerinden yararlananlar için oldukça önemlidir. Günümüzde artık sağlık kuruluşları hastaların tıbbi ihtiyaçlarının yanı sıra duygusal ve estetik ihtiyaçları ile beklentilerine de cevap vermek durumunda kalmıştır. Çünkü sağlık hizmetlerinin

kalitesinin artması, hastanın kendini değerli hissetmesine yardım etmekle onu mutlu kılacak ama daha da önemlisi tedaviye devam etme ve sonuçlandırma bakımından onu destekleyecektir. Hakikaten sağlık hizmetinin kalitesi hastanın tatminini etkilemektedir (Özen ve diğ., 2011:26).

Sağlık hizmetlerinde yenilikler sadece yeni teknoloji ile ilgili değildir; aynı zamanda yeni düzenlemelerin uygulamaya konulmasıyla da ilişkilidir. Bu yenilikler kamu sektörünü, özel sektörü, sağlık hizmet planlamasını, finansmanını, hizmet sunanları, hizmetten faydalananları da yakından etkilemektedir (Uğurluoğlu ve Payziner,2011: 143).

Sektörel gelişmişlik ve ihtiyaç düzeylerinin farklı olmasından dolayı her bir sektör için izlenecek yenilik stratejileri de değişim gösterecektir. Özellikle hastaneler açısından düşünüldüğünde organizasyon fonksiyonlarının teknoloji ile iç içe geçirilmesi, gerçekleşmesi beklenen ve istenen yenilik yeteneğini insan faktörüne oldukça bağımlı hale getirmiştir. Bir başka deyişle teknolojiyi kullanacak olan ‘insan’ yenilik için vazgeçilmez unsur olarak kabul edilmektedir.

İşletme düzeyinde yeniliklerin geliştirilmesi ve ticarileştirilmesi, örgütsel yapı ve örgütsel kültür ile yakından ilgilidir. Çünkü yenilik kısa sürede öğrenilen ve gerçekleştirilen bir faaliyet değildir. Örgütlerde yenilik için destekleyici ve motive edici bir ortamın hazırlanması ise yenilikçi bir kültürün yerleştirilmesi ve öğrenme temeline dayalı bir bilgi yönetimi anlayışının benimsenmesiyle sağlanabilecektir (Uzkurt, 2008: 2). Yeniliğin özellikleri öncelikle sistemde bulunan aktörlerce

kavranmaktadır. Bir başka deyişle yenilik, sistem içerisinde kullanılmaya başlandığında ve kullanım kolaylığı arttığında benimsenmesi, özümsemi ve sistemde bulunan diğer aktörlere yayılma hızı da artacaktır.

Tüm bu anlatılanların ışığında çalışmanın birinci bölümünde öncelikle “yenilik” kavramı üzerinde durulacaktır. Kavramla ilgili alan yazında yapılan pek çok farklı tanımlamaya ve yenilik kavramının yakın ilişki içinde bulunduğu yaratıcılık, icat, buluş gibi kavramlar ile olan ilişkisine yer verilecektir. İlgili bölümde kavramın ortaya çıkışı, yenilik türleri ve yeniliğin teorik gelişiminin ortaya konulması açısından yenilik modellerine de yer verilmiştir.

Yeniliklerin toplumda yayılması, yeniliğin içeriğine göre farklılık göstermektedir. Diğer taraftan bireylerin farklı kişilik özelliklerine sahip olmaları sebebiyle yeniliğe bakışları da farklı olmaktadır. Bu etmenler sebebiyle, yeniliklerin toplumda yayılma hızları birbirinden farklı olmaktadır. Çünkü yayılımda yeniliğin algılanan özellikleri de önemli bir unsur oluşturmaktadır. Konu ile ilgili olarak çalışmanın izleyen bölümünde Rogers’ın (1995) “Yeniliklerin Yayılımı” teorisine ayrıntılı bir biçimde yer verilmiştir. Yeniliğin yayılımının sağlık sektörü bakımından öneminin ve unsurlarının da üzerinde durulacaktır. Yenilik, yayılımı ve hizmet kalitesi algısının irdelendiği bir bakış açısı da bu bölümde yer almaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi yenilik sağlık sektöründe hizmet kalitesini gerek sosyal gerek tıbbi anlamda pekiştirme hedeflidir ve yenilik sürecine uyumlanan kurumların yaratacakları hizmet kalitesi algısının çok daha olumlu olması beklenmektedir. İkinci bölüm bu araştırmada kullanılacak verilerin toplanması ve bunun için izlenen yöntem

ayrılmıştır. Bulgular bölümünde toplanan verilere ilişkin analiz sonuçlarına yer verilmektedir. Benimsenen yaklaşım çerçevesinde elde edilen bulguların tartışılması ise çalışmanın son bölümünü oluşturmaktadır.

I. BÖLÜM

YENİLİK KAVRAMI

I.1. YENİLİK KAVRAMI, ÇEŞİTLERİ VE YENİLİK SÜRECİ

Son yıllarda gerek uluslararası gerekse de ulusal yazında “yenilik”, “inovasyon” ya da “yenileşim” gibi kavramların aynı kavrama mı işaret ettiği ya da farklı kavramlar mı oldukları tartışılmaktadır.

Akalin (2007) inovasyonun köken olarak dilimize İngilizce *innovation* sözcüğünden geçtiğini ve Latince *innovatio* sözcüğüne dayandığını ifade etmektedir. Latinedeki bu sözcük “yenilenmek, değişmek, başkalaşmak” anlamlarına gelen *innovare* fiilinden türetilmiştir. Fransızcada *innovation* biçiminde kullanılırken ilk kez 1588 öncesinde İngilizce de kullanılmaya başlanmıştır. Türkçe’de *inovasyon*, *yenilik*, *yenilikçilik* gibi kavramlar kullanılmakla birlikte Türk Dil Kurumu Sözlüğünde inovasyon kelimesinin karşılığı olarak *yenileşim* kavramının kullanıldığı görülmektedir (www.tdk.gov.tr, 2012).

Gerçekleştirilen her yeniliğin inovasyon olarak kabul edilip edilemeyeceği tartışması kavramın bulanıklığını daha da arttırmaktadır. İnovasyon kavramının özünde yeni olarak tanımlanan şeylerin toplumsal ve ekonomik değişime ve dolayısıyla da faydaya dönüştürülmesi fikri yatmaktadır (Uzkurt, 2008: 17). Bir başka ifade ile inovasyon sözcüğü rekabet ve kar üstünlüğü sağlanması amacını daha belirgin şekilde ortaya koymaktadır. Nitekim TUSİAD’ın Şubat 2011’de hazırlamış olduğu

“Türkiye’nin Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde Sağlıkta İnovasyon” raporunda da aynı noktaya vurgu yapılmaktadır. Rapora göre; inovasyon süreci, bilimsel bilginin, pazar değeri taşıyan ürünlere dönüştürülmesi olarak tanımlanmaktadır. Öyle ki, yeni bir buluşun veya fikrin bilimsel keşif olarak kalmaması, ürüne dönüşüp, pazara erişmesi ve ekonomik değer getirmesine bağlı olmaktadır (TUSİAD,2011: 44). Bu çalışmada esas araştırma noktası karlılık ve yenilik bağlantısı olmak yerine yeni uygulamaların ve tıbbi gelişmelerin hizmet kalitesi açısından olası katkılarını belirlemek olduğundan “inovasyon” sözcüğünün yerine “yenilik” kavramının kullanılmasının daha uygun olduğuna karar verilmiştir.

İzleyen bölümde yenilik kavramı ile yakın ilişki içinde bulunan hatta çoğu zaman birbirine karıştırılan yaratıcılık, buluş ve icat kavramlarının açıklanmasına ve yenilik kavramı ile olan ilişkisine yer verilmektedir.

I.1.1. Değişim, Yaratıcılık, Buluş, İcat Kavramlarının Yenilik Kavramı İle İlişkisi

Değişim, planlı ya da plansız bir biçimde bir sistemin ya da bir örgütün belli bir durumdan başka bir duruma geçmesini ifade etmektedir. Bu bağlamda değişim ilerleme, rekabet edebilme ve ayakta kalmak için kaçınılmaz bir süreçtir (Güneş, 2010: 14).

Örgütsel anlamda bütün yenilikler bir değişim olarak kabul edilebilmekle birlikte, bütün değişimler yenilik olarak kabul edilememektedir. Değişim, örgütün yapı,

süreç, girdi veya çıktısındaki herhangi bir değişiklikle ilgiliyken, yenilik örgütün benimsediği yeni olan değişikliklerle ilgilidir (Durna 2002:9-10).

Değişim ve yenilik arasındaki ilişkiye bakıldığında, bazı durumlarda yenilikler değişimin kaynağını oluşturduğu, bazen de değişim yoluyla başka yeniliklerin de ortaya çıkabildiği anlaşılmaktadır. Bu bağlamda yenilik ve değişim arasında birbirini besleyen bir ilişkinin varlığından bahsedilebilmektedir (Güneş, 2010: 14).

Ancak yeniliğin ortaya çıkışına dair önemli bir kavramın altı çizilmelidir: *Buluş*. İlgili alan yazında, yenilik ile birlikte anılan bir diğer kavram da buluştur. Yeni olan bir şey bütün örgütler tarafından benimsenirse, artık önemli bir “buluş” olarak kabul görmektedir. Buluş yaratıcı bir olay, yenilik ise yaratıcı bir süreçtir. Buluşlar genellikle bir araştırmanın nihai ürünüdür. Yenilik ise buluşu izler ve genellikle başarılı bir geliştirme çalışmasının ulaştığı son noktadır (Durna, 2002: 10). O halde yenilik sürecinde buluş, yeniliğe ortam hazırlaması yönüyle önemli bir aşama olarak kabul edilebilir.

Buluş ve icat sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılan kavramlardır. Bu nedenle yenilik ile ilişkisi düşünüldüğünde icat kavramına ayrıca değinmek uygun olacaktır. Buluş icadın *fikir aşaması* olarak kabul edilebilir. **Buluş**, yeni bir fikir, **icat** ise yeni bir *ürünün oluşum sürecidir*. Bu nedenle yukarıda da sözü edildiği üzere, icat da yeniliğin sebebi olarak kabul edilebilir (Güneş, 2010: 15-16). Drucker’a (2002) göre yenilik bireye bir anda ilham gelmesi ile veya dâhilik ile değil, bilgi birikimi ile ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla yaratıcılığı besleyen daima bilgidir.

Yenilik ve yaratıcılık günümüz bilim dünyasında üzerinde en çok tartışılan kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Elbette ki yenilik ve yaratıcılık kavramları arasında oldukça yakın bir ilişki vardır. Ancak ne yazık ki yaratıcılık ve yenilik kavramları da birbirine karıştırılmaktadır. Oysa yaratıcılık yeni fikirler üretme süreci iken; yenilik, yeni fikirlerin ortaya çıkarılmasından toplumsal fayda sağlayan, değer yaratan ürün, hizmet ve iş yapış yöntemlerine dönüştürülmesine kadar geçen süreci tanımlamaktadır (Karataylı, 2008: 24). Dolayısıyla yaratıcılığın amacı buluş ise, yeniliğin amacı buluşu uygulamaya koymaktır (İşcan ve Karabey, 2007: 186).

Düşünsel fonksiyonlar açısından yaratıcılık, mevcut kavramların aralarındaki ilişkilerden yeni kavramlar veya düşünceler üretmek şeklinde tanımlanabilmektedir. O halde yaratıcı düşünce yenilik ya da farklılık göstermekle ilgilidir (Özçer, 2005: 19). Psikologlar yaratıcılığın zihinde çok sayıda çağrışım oluşturduğunu vurgulayarak, bunların özellikle ilginç ve yararlı olanlarının seçilmesiyle yaratıcılığın pekiştiğine dikkat çekmektedirler (Amabile vd., 2003: 21).

Bu bakış açısıyla en geniş anlamıyla yaratıcılık; her alanda yeni ve yararlı fikirlerin üretilmesi olarak tanımlanabilir (Çiçek, 2011: 46). Yaratıcılık ilgili yazında, genellikle bireylerin kişilik yapıları, bilişsel özellikleri ve dolayısıyla düşünme biçimlerine dayalı olarak inceleme konusu olmuştur. Bu kavram, bireylerin olaylara farklı açılardan bakabilme ya da belli bir duruma ya da soruna ilişkin elemanlar arasındaki benzerlik ve farklılıkları görebilme ve yeni bağlantılar kurabilme yeteneği açısından açıklanmaya çalışılmıştır (Yahyagil,

www.yahyamet.net/OrgutselYaraticilik_Yenilikcilik.pdf). Benzer şekilde yaratıcılığın, bireysel özelliğe ek olarak pek çok demografik ve yaşamsal özellikten de etkilendiği ifade edilmektedir (Chuang, 2007: 875).

Buraya kadar anlatılanlara ek olarak yaratıcılık ve yenilik arasındaki ilişkinin daha net açıklanması bakımından konu ile ilgili olarak geliştirilen modellere de yer vermek gerekmektedir.

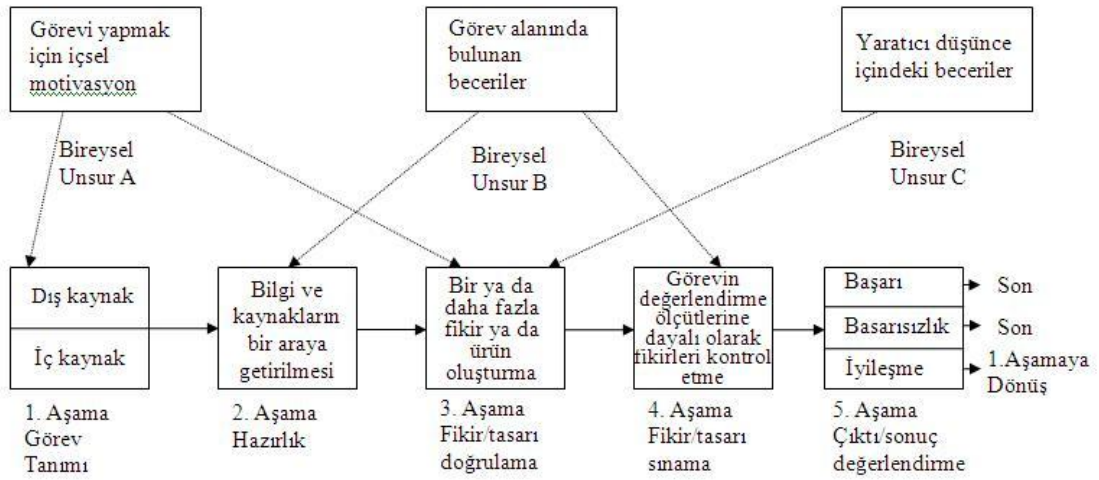
I.1.2. Yenilik ve Yaratıcılığa İlişkin Modeller

Yenilik ve yaratıcılık arasındaki ilişkiyi açıklamak üzere Haefele'in (1962) önerdiği model dikkate değerdir. Modele göre; yaratıcılık yeni kombinasyonlar yapabilme yeteneğidir. Yaratıcı süreç de bu kombinasyonlara yön verecektir. Böylece yeni kombinasyonların sonuç vermesi ise “yenilik” olarak adlandırılabilir (Haefele, 1962: 26-28). Bu bağlamda yaratıcılığın örgüt açısından en önemli katkılarından biri yeniliğin ortaya çıkmasındaki rolüdür.

Amabile (1983, 1988) yaratıcılık ile ilgili geliştirdiği modelde yaratıcılık sürecinin beş aşamadan meydana geldiğini öne sürmektedir. **Şekil I.1.**'de de sunulduğu gibi, bu aşamalardan ilki **problem**dir. Ortaya çıkan problem örgütü içsel ve dışsal olarak yaratıcı olması konusunda uyarmaktadır. Bir kişi yeni bir şey bulmak üzere ya da var olan problemi öğrenerek çözüm üretmek için yüksek seviyede güdülenmiş olabilir. Bu noktadan sonra ikinci aşamaya yani **hazırlık aşamasına** geçilmektedir. Bilişsel psikoloji insanoğlunun “bilişsel cimri” olduğunu vurgulayarak olabildiğince az

düşünmek isteyeceğine dikkat çeker (Dönmez, 1992: 134). Bu nedenle birey problemi çözmek için fikir üretmeye başladığında onu en kısa yoldan çözüme ulaştıracak kestirme yolların peşine düşecektir. Üçüncü aşama **doğrulama** aşamasıdır. Bu evrede bireyler bilgi birikimlerini ve tecrübelerini kullanarak çözüm olacağına inandıkları fikirleri paylaşmak ve doğrulamak için bir araya getirmektedirler. Doğruluğuna inandıkları fikir fayda maliyet analizi de yapıldıktan sonra **sınama** aşamasına geçmeye hazırdır. Son aşama olan **değerlendirme** evresinde üç farklı sonuca ulaşılabilir. Bunlar, başarılı olmak, başarısız olmak ve gelişmeye devam etmek olarak sıralanmaktadır (Staw,1990:290-291).

Şekil I.1. Amabile'in Yaratıcılık Modeli



Pek çok eserde yaratıcılık çoğunlukla bireysel ve örgütsel açıdan ayrı ayrı ele alınmaktadır (Amabile 1983, 1988, West ve Farr, 1990, King ve Anderson, 1995, Çiçek, 2011). Bireysel yaratıcılık ortaya çıkaran aşamalar; problem veya görevin tanımlanması, gerekli enformasyonun sağlanıp depolanması, yeni fikirlerin geliştirilmesi, bu fikirlerin uygulanabilir hale getirilmesi ve sonuçların

değerlendirilmesi şeklinde sıralanmaktadır (Uzkurt, 2008: 28). Bu çerçevede Amabile (1998) bireysel yaratıcılığın üç temel bileşeninden bahsetmektedir. Bunlar; eğitim seviyesi ve bireysel deneyimin göstergesi olan ‘**uzmanlık**’, ‘**yaratıcı düşünme becerisine sahip olma**’; görevin veya problemin benimsendiğini ve çözümü konusunda motive olmanın derecesini ifade eden ‘**göreve odaklanmadır**’ (Uzkurt, 2008: 28-29).

Bireysel ve örgütsel yaratıcılığın yenilik ile önemli benzerlikler taşımakla birlikte birbirlerinden ayrı kavramlar olduğu bilinmektedir. Örgütsel olarak yaratıcılık, yeni ve uygun fikirlerin ortaya çıkarılmasını ifade ederken yenilik, bunların örgüt içerisinde uygulanmasını ifade eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireysel açıdan ise yaratıcılık, kişiye ait zihinsel bir süreci ifade ederken yenilik, bireylerden oluşan bir grubun, takımın, örgütün ya da toplumun yeni olan şeyleri benimsemesini, kullanmasını ya da yararlanmasını ifade etmektedir (West ve Farr, 1990: 11). Demek ki yeniliğin asıl kaynağı yaratıcı düşünce sonucu elde edilen fikirlerdir (Çiçek, 2011: 46).

Kuşkusuz örgüt içerisinde bireylerin yaratıcılığını güçlendirecek bazı etmenler vardır. Bireysel özellikler, örgütün özellikleri, destekleyici liderlik ve ödüllendirme/teşvik sistemleri bunlara örnek olabilir (Yeloğlu, 2007: 138). Bunlara ilaveten bir örgütün yaratıcılığının artırılması açısından dört strateji önem taşımaktadır. Birincisi yeni fikirlerin üretilmesini cesaretlendirecek yöntemler geliştirmektir. İkincisi etkili bir yaratıcılık için gerekli olan beceriler konusunda çalışanların eğitilmesidir. Üçüncüsü, yaratıcı insanların işe alınması ve yaratıcılık alanlarına göre ilgili

birimlerde çalıştırılmasıdır. Dördüncüsü ise örgütün yapısı, iklimi ve kültürü gibi yaratıcılığı yakından etkileyen özelliklerinde bazı değişiklikler yapılmasıdır (King ve Anderson, 1995: 19). Unutmamak gerekir ki yeni fikirlerin kullanılabilir hale gelmesi için örgütler hem yaratıcı hem de yenilikçi bireylere ihtiyaç duymaktadır. Bütün yenilikler yaratıcı değildir (Durna 2002: 8).

Çiçek'e (2011) göre, etkili yenilik uygulamaları, örgüt içerisindeki yaratıcı fikirler ile ilişkilendirilmektedir. Teknolojik bir yenilik oluşturmada yaratıcılık, birey ve grupların başlangıç noktasıdır. Yenilik açısından yaratıcılığın olması mutlaka gereklidir ancak tek başına yeterli değildir.

Bir örgütteki örgütsel ve bireysel yaratıcılığın farklı düzeyleri örgütleri ve bu örgütlerde gerçekleştirilecek yeniliği etkilemektedir. Bu etki **Tablo I.1.**'de açıklanmıştır.

Tablo I.1. Yaratıcılık Türleri

Örgütsel Yaratıcılık	Bireysel Yaratıcılık		
	Yüksek	Düşük	
		Yüksek	
Örgütsel Yaratıcılık	Yüksek	- Sürekli gelişme, etkili sistematik araştırmaya dayalı örgütler	- Başarılı örgütler - Yüksek oranda yenilik
	Düşük	- Az sayıda yenilik, sadece taklitler - Etkisiz örgütler	- Bazen radikal, girişimci birey ruhuna dayalı düşük oranda yenilik

Kaynak: Çiçek, 2011: 52

Bireysel yaratıcılık ve örgütsel yaratıcılık bir örgütte aynı anda ve güçlü biçimde geliştiğinde, bu örgütte yeniliğin ortaya çıkması ve süreklilik kazanması daha mümkündür. O nedenle böylesi örgütler ‘başarılı örgütler’ olarak nitelendirilmektedir. Aynı bakış açısıyla gerek bireysel yaratıcılığın gerekse de örgütsel yaratıcılığın düşük olduğu örgütlerde beklenen düzeyde yenilik ortaya çıkmayacak, çevreden edinilen yenilikler benimsenmeye ve uygulanmaya çalışılacaktır. Bireysel yaratıcılığın yüksek, örgütsel yaratıcılığın düşük olduğu örgütlerde bireysel düzeyde ortaya çıkan yeniliklerden bahsedilebilir. Sadece örgütsel yaratıcılığın yüksek olması ise düşük yenilik düzeyi ve sistematik araştırmaların sürekliliği anlamını taşımaktadır.

Hatırlanacağı gibi, yenilik her şeyden önce bireyler tarafından ortaya çıkarılabilen bir olgudur. Bu nedenle yeniliği ortaya çıkaracak bireylerin belirli özelliklere sahip olması beklenmektedir. Elçi (2008: 11) bu özellikleri aşağıdaki şekilde sıralamaktadır:

- *Hedefe odaklanırlar, ne istediklerini bilirler ve bundan ödün vermezler.*
- *Yaratıcı yönleri ağır basar; sık sık hayal kurmakla birlikte hayalle yetinmeyip bunları hayata geçirmek için çalışırlar,*
- *Hata yapmaktan korkmazlar. Yaptıkları hatalardan ders çıkarmayı bilirler ve bir kez yaptıkları hataları nadiren tekrarlarlar.*
- *Geniş bir bakış açısına sahip vizyon sahibi kişilerdir.*
- *Fırsatları herkesten önce fark edip bunlardan çarpıcı fikirler çıkarırlar.*
- *Sorumluluk sahibi, öz disiplinleri ve motivasyonları yüksek kişilerdir.*

- *Kendine güvenleri fazladır; olumlu ve yapıcı düşünürler.*
- *İşbirliğine açık, kolay iletişim kuran; sahip oldukları ağları sürekli olarak genişleten kişilerdir.*

Ancak yenileşim sürecinde sadece bireyin özelliklerine güvenmek yetersizdir. O nedenle, bireylerden oluşan takımların da çalışma ve iş süreçlerindeki yaratıcılığını desteklemek gerekir. Özellikle hâlihazırda var olan yaratıcı bireylerin, iletişim kanallarının kapalı ya da şeffaf olmadığı durumlarda ve kararlara katılmadıkları durumlarda yararlı olamayacakları unutulmamalıdır (Yahyagil, www.yahyamet.net/Orgutsel_Yaraticilik_Yenilikcilik.pdf).

Öte yandan yaratıcılığın önündeki en büyük engellerden birinin ‘zaman baskısı’ olduğu söylenebilir. Sanıldığı gibi aksine zaman baskısı, insanları daha fazla çalışmaya ve daha fazla iş çıkarmaya zorlamamakta , aksine çoğunlukla daha az yaratıcı düşüncelerine neden olmaktadır (Amabile vd., 2003: 14).

Zaman baskısı özellikle bilgi işçileri için çok daha etkileyicidir. Çünkü bilgi işçileri kendilerinden en yüksek yaratıcılık beklenen ve yeni ürünlerin, hizmetlerin ve örgütlerin geliştirilmesini sağlayan ayrıca en fazla zamana ihtiyaç duyan kesimdir (Amabile vd., 2003: 26-27s). Bu anlamda zaman baskısının yeni fikirlerin ortaya çıkmasında büyük bir engel oluşturmasının yanı sıra yenilik üzerinde de olumsuz etkileri olacağı kolaylıkla söylenebilir.

Tüm bu anlatılanlardan görüleceği gibi değişim, buluş, icat, yaratıcılık ve yenilik kavramları alan yazında sıklıkla birbirinin yerine kullanılan ve çoğunlukla da birbirine karıştırılan kavramlar olarak kalmaktadır. Bu karmaşıklıkta temel nedeni kavramların yenilikle yakın ilişki içinde olmasına bağlanabilir. Gerçekten yenilik bilimsel bir kavram olarak nasıl tanımlanmalıdır? Aşağıdaki bölümde yeniliğin çeşitli tanımlarına yer verilmektedir.

I.1.3. Yenilik Kavramı

Yenilik faaliyetleri ile ilgili olarak OECD “Oslo Kılavuzunu” (2005) geliştirmiştir. AB ve OECD literatürüne bakıldığında yenilik süreci “bir fikri pazarlanabilir bir ürün ya da hizmete, yeni ya da geliştirilmiş bir imalat ya da dağıtım yöntemine, ya da yeni bir toplumsal hizmet yöntemine dönüştürmeyi” ifade etmektedir (Oslo Kılavuzu, 2005). Kılavuza göre amaç ekonomik bir sistem olarak veya firma düzeyinde yeniliğin doğası ve organizasyonu ile ilgili ortaya çıkan önemli gelişmeleri ortaya koymak ve yaşanan sorunlara ilişkin ortak standartlar oluşturmak olarak belirtilmiştir. Ancak burada bahsedilen yenilik “teknolojik yenilik” olarak nitelendirilmektedir (Oğuztürk, 2003: 254).

Daha önce vurgulandığı gibi yenilik kavramı çok farklı bakış açılarıyla izah edilmeye çalışılmıştır. İzleyen bölümde bu tanımların değerlendirilmesi yer almaktadır.

Günümüzde daha çok teknolojiyi çağrıştıracak şekilde kullanılan yenilik kavramının aslında ekonomik ve sosyal bir kavram olarak ifade edildiği görülmektedir. Bu

bağlamda yenilik yeni bir ürünün, süreç ya da hizmetin pazara sunulması olarak ifade edilebilmektedir (Onağ, 2009: 2).

Yenilik ile ilgili yapılan diğer tanımlara baktığımızda, Goldhar (1980) bu kavramı, fikirlerin ortaya çıkmasından ticarileştirmeye kadar geçen süreci kapsayan ve bu süreçteki birbirini izleyen örgütsel ve bireysel davranışlar dizisi olarak görmektedir.

Kanter'e (1983) göre ise yenilik, bir problemin çözümüne ilişkin yeni fikirlerin geliştirilmesi ve kullanılmasıdır.

Damanpour (1987) yeniliği, “çevreye uyum sürecini kolaylaştırmak için bir örgütün, çıktı, yapı veya süreçlerinde yapılan bir değişim aracı” şeklinde tanımlamıştır.

West ve Farr (1990) için ise yenilik, birey, grup örgüt ya da topluma yarar sağlayacak şekilde tasarlanmış, uygulayıcı ve kullanıcılarca yeni olarak tanımlanmış fikir, süreç, ürünlerin değişik şekillerde ortaya konması ve uygulamaya alınmasıdır.

Rogers'ın (1995) “Yeniliklerin Yayılımı” ismini verdiği kitabında yenilik, “bir kişi veya birim tarafından yeni olarak algılanan fikir, uygulama ve nesnedir” şeklinde tanımlanmıştır.

Drucker (2002) da yeniliği, “girişimcilerin, farklı iş ve hizmetler için bir fırsat olarak kullandıkları değişimi ifade eden bir araç” olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda yenilik, bir öğrenme ve uygulama kapasitesi olabildiği gibi aynı zamanda bir disiplin

olarak da görülebilir. Yazara göre yenilik “yapmaktan” çok “bilmenin” eseridir. Drucker (2002), yedi farklı yenilik kaynağından bahsetmekte ve bunlardan ilk dördünün içsel ve öncelikle bir endüstri veya hizmet sektörünün içindeki kimseler tarafından algılanabildiğini belirtmekte kalan üç tanesinin ise dışsal değişimler ile ilgili olduğunu vurgulamaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- Beklenmeyen oluşumlar
- Uyumsuzluklar
- Süreç gereği
- Endüstri ve Pazar yapısındaki değişimler
- Nüfus değişiklikleri
- Algılamadaki değişiklikler
- Yeni bilgi.

Yeniliği Afuah (2003) ise, müşterilerin istedikleri yeni ürün ve hizmetleri sunabilmek için teknoloji ve pazara ait olan yeni bilgilerin kullanılması şeklinde tanımlamaktadır.

Oslo Kılavuzunda da yenilik; yeni bir bilgiden yararlanmayı veya mevcut bir bilginin yeni kullanımını ya da bunların bir bileşimini içeren bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Oslo Kılavuzu, 2005: 39). Yine aynı kılavuzda yenilik, işletme içi uygulamalarda, işyeri organizasyonunda veya dış ilişkilerde yeni veya önemli derecede iyileştirilmiş bir ürün (mal veya hizmet) veya süreç, yeni pazarlama yöntemi ya da yeni bir örgütsel yöntemin gerçekleştirilmesi olarak da ifade

edilmektedir (Oslo Kılavuzu, 2005: 50). O halde bir yenilik için asgari koşul, ürün, süreç pazarlama veya örgütsel yöntemin firma için yeni olmasıdır.

Yine yapılan bir başka tanımlamada yenilik, bir organizasyonun değişim karşısında gösterdiği tepkidir, yaratıcı kararlar veren kişilerin eseridir şeklinde ifade edilmiştir (Özçer, 2005: 15).

Tanımlar genel olarak değerlendirildiğinde, yenilik kavramına ilişkin alan yazında iki farklı yaklaşım ortaya çıkmaktadır. Bunlardan ilki piyasada yeni bir ürünün ilk defa tanınmasını, yani bir “şeyi” ifade ederken, ikincisi ise ilk defa yeni bir ürün ortaya çıkarmayı, yani bir keşif sürecini bir başka deyişle “süreci” ifade etmektedir.

Özetle yenilik, yaratıcı olmayı, kabul edilirliliği ve yeni fikirlerin, işlemlerin, ürünlerin ya da hizmetlerin gerçekleştirilmesini belirtmektedir (Akçin, 2006: 12).

Alan yazında yeniliğin ortaya çıkışını sağlayan pek çok farklı etmeden bahsedilmekte ve bu etmenler tek başlarına etkili olabildikleri gibi, bir arada sinerji oluşturarak çok daha etkili sonuçlar da yaratabilmektedirler (Savcı, 2011: 26). Ancak genel bir sözbirliği yeniliğin formülasyonunda kendisini göstermektedir. Buna göre Yenilik = Başlangıç/Fikir + Buluş/İcat + Faydalanma şeklinde formüle edilmektedir (Rosenfeld and Selvo, 1990: 252).

Yenilik sürecinin ilk aşaması aslında, süreç henüz başlamadan gerçekleşir. Bu ilk aşamada örgütün sürekliliğini sağlayacak fikirlerin bir araya getirilmesi söz

konusudur. Dolayısı ile bu süreçte yaratıcı bireyler ve meydana getirdikleri örgüt önem kazanmaktadır (Çiçek, 2011: 46).

Konuyla ilgili yaptığı çalışmada Wallas (1926) yenilik sürecinin dört aşamada gerçekleştiğini söylemektedir. Bunlardan ilki *hazırlık* aşamasıdır. Bu aşamada bireyler problemi belirlemekte ve bu doğrultuda amaçlarını ve görevlerini tanımlamaktadırlar. İkinci aşamayı *kuluçka dönemi* (incubation) almaktadır. Bu aşamada problem ile ilgili bilinçli yürütülen çalışmalar yürütülür. Üçüncü aşama *aydınlanma* (illumination) aşamasıdır çünkü problem ile ilgili çözüm bir anda ortaya çıkmakta ve çözüme yaklaşılmaktadır. Son aşama *doğrulmadır* (verification). Üçüncü aşamada beliren çözüm bilinçli bir şekilde probleme uygulanmakta ve sonuca ulaşılmaktadır (King, 1990: 23).

Bir başka sınıflama Durna'ya (2002) aittir. Bu sınıflandırmada yenilik sürecinin aşamalarını aşağıdaki gibi ele alınmıştır:

1- İhtiyacın belirlenmesi:

Yeni fikir ve bilgiler örgütün yenilik yapmasında etkili olan unsurlardır. Temel keşifler, mevcut kavrayışların gelişmesi, bireysel zekâ ve başkalarıyla iletişim sonucunda ortaya çıkan yaratıcılık aracılığı ile yeni bilgiler oluşmaktadır. Bu yeni bilgi ve fikirler yeniliğin asıl konusu olabileceği gibi potansiyel yenilikler için de altyapı oluşturabilmektedir (Durna, 2002: 116).

Yeni fikirler örgütün alt kademelerinden kaynaklandığında, inovasyonun ortaya çıkma olasılığı daha yüksek kabul edilmektedir. Zaten fikir geliştirme örgütsel kültüre ve örgütteki süreçlere bağlıdır. Örgütsel özellikler, değerler ve süreçler yaratıcı fikirlerin kullanımını ve gelişimini destekleyebilir ya da engelleyebilir. Yenilikçi örgütler çalışanlarını yeni fikirler geliştirmeleri için özendirilmektedir (Durna, 2002: 117-118).

2- Başlama:

Bu aşamada problemi çözmeye yardımcı olacak fikirler oluşturulmaktadır. Bu da örgütte çalışanların önerilerini ve fikirlerini paylaşmalarını gerektirmektedir. O nedenle örgütte fikirlerin olabildiğince özgürce ifade edilebilmesi, iletişimin açık, sık ve sürekli hale getirilmesi, bilgi akışındaki bütün engellerin kaldırılması ve örgütsel yapının bütün bunlara uygun hale getirilmesi önem taşımaktadır (Durna, 2002: 120).

3- Yürütme:

Bu aşamada yenilik artık örgütsel yaşamın içine girmektedir. Bir başka ifadeyle yenilikler örgütte yürütme aşamasında kullanıma ilk defa girmekte ve etkileri uygulama, süreç, ürün veya prosedürlerde gözlenmeye başlamaktadır. Bu aşama direniş, iş birliği, baskı, çatışma gibi örgütte değişimin başlamasıyla ilişkilendirilen süreçlerle karakterize edilmektedir (Durna, 2002: 121).

Yürütme aşamasında önem taşıyan bir başka husus da, yeniliğin uygulanmasına bütün birim, grup ve bireylerin ne zaman ve nasıl katılacağına, kimin ne kadar sorumlu ve yetkili olacağına önceden belirlenmiş olmasıdır (Durna, 2002, 122).

Bu süreç sonucunda bir firmanın belli bir dönem içerisinde gerçekleştirmiş olduğu yenilik faaliyetleri üç biçimde şekillenebilir:

- 1- **Başarılı:** Yenilik başarıyla sonuçlanmıştır.
- 2- **Sürüyor:** Çalışma süreci devam etmekte ve henüz bir yeniliğin gerçekleştirilmesi süreci tamamlanmış durumda değil.
- 3- **Vazgeçilmiş:** Yenilik gerçekleştirilmeden önce faaliyetten vazgeçilmiştir. Yenilik faaliyetlerine hiç başlamamak için sebepler bulunabilir ya da bu tür faaliyetleri yavaşlatan veya negatif yönde etkileyen faktörler söz konusu olabilmektedir. Bunlar; yüksek maliyetler veya talep eksikliği gibi ekonomik faktörler, vasıflı personel veya bilgi eksikliği gibi örgütsel faktörler ve düzenlemeler veya vergi kuralları gibi yasal faktörleri kapsamaktadır (Oslo Kılavuzu, 2005: 22-23).

Basadur ve arkadaşları (1982) ise yenilik süreci ile ilgili aşamaları problemi bulma, problemi çözme ve çözümün uygulanması olarak sıralamaktadır (King, 1990: 24).

Bu çalışma açısından örgütsel yenilik kavramı önem taşımaktadır. Elbette yeniliği gerçekleştiren de örgüt içerisinde yer alan bireydir. Bu nedenle Amabile (1983)

tarafından yenilik ve yaratıcılık ile ilgili olarak ortaya konulan model bu çalışma için temel teşkil metmektedir. İzleyen bölümde anılan model ayrıntılı biçimde betimlenmektedir. Amabile'in (1983) "**Yaratıcılığın Sosyal Psikolojisi Modeli**", yeniliği etkileyen üç unsur öne sürmekle kalmamış, yenilik sürecinin beş aşamasını da ortaya koymuştur. Bu beş aşamanın hepsinde, yaratıcılığın yeniliği etkileyen üç unsuru da yer almaktadır. Modelin anahatları aşağıdaki bölümde özetlenmektedir.

1- **Görev sunumu (task presentation)**: Bu aşama bireyin problem ile karşı karşıya geldiği aşama olarak ifade edilmektedir. Buna göre ya bireye bir başkası tarafından problem aktarılmakta ve çözümü için görev verilmektedir ya da birey kendisi problemi fark etmekte ve çözüme yönelmektedir. Amabile (1983) çalışmasında bireyin problemi kendisinin fark ettiği durumlarda motivasyonunun ve yaratıcılığının daha yüksek olacağını öne sürmüştür.

2- **Hazırlık**: Problem çözümüne yönelik gerçekleşen ilk aşama olarak kabul edilmektedir ve bireylerin sahip oldukları beceriler önemli rol oynamaktadır.

3- **Fikir Geliştirme**: Bireyler olası çözümleri geliştirmekte ve bir araya getirmektedirler. Kuşkusuz bireylerin sahip oldukları yaratıcı düşünme becerisi geliştirilen fikrin niceliğini ve niteliğini etkileyecektir.

4- **Fikirlerin Doğrulanması**: Üçüncü aşamada geliştirilen fikirler ortaya çıkan problemin çözümüne yönelik olarak işlevsellik açısından sınanır ve kullanılabilir olanlar ayrıştırılır.

5- **Sonuç Değerlendirmesi:** Artık süreç “başarılı” ya da “başarısız” olarak sonlanmak üzeredir. Beklenen başarının sağlanamaması yani başarısızlık durumunda, tekrar birinci aşamaya dönülmesi gerekecektir.

Amabile’in çalışmasında ortaya konulan bir başka önemli nokta da sosyal faktörlerin yukarıda bahsedilen süreç üzerinde dolaylı olarak etkisi olduğudur (King, 1990: 24-25).

Benzer şekilde Zaltman ve arkadaşları (1973) da, yenilik sürecinin **başlatma** (initiation) ve **uygulama/gerçekleştirme** (implementation) olmak üzere iki temel aşamadan oluştuğunu ifade etmişlerdir. Başlatma aşaması kendi içerisinde farkındalık, tutum geliştirme ve karar olmak üzere üç aşamaya ayrılmaktadır. Buna göre örgüt öncelikle kendisi için yararlı olan yenilikler hakkında bilgi sahibi olur. Daha sonra örgütün üyeleri bu yeniliklere karşı belirli bir tutum geliştirir. Son olarak da potansiyel yenilikler değerlendirildikten sonra, kabul veya red kararı verilir. Uygulama aşaması ise, kendi içerisinde “başlangıç uygulama” ve “sürekli uygulama” şeklinde iki aşamada gerçekleşmektedir. Örgüt ilk olarak benimsemiş olduğu yenilikleri uygulamaya başlar. Bu aşamadan sonra örgütün yenilikle ilgili tutumunu olumlu olursa yenilikler örgüt için sürekli ve rutin hale gelen bir uygulama şeklini almaktadır.

Yenilik süreci ile ilgili çalışmalar açısından alan yazında Rogers’ın (1995) çalışmasının da oldukça önemli yer tuttuğu belirtilmelidir. Rogers (1995: 391) da iki aşamadan bahsetmektedir. Bunlar “**benimseme/kabul**” ve “**uygulama**” aşamalarıdır.

Benimseme aşaması, gündem oluşturma ve uyumlaştırma olmak üzere iki alt aşamadan, uygulama aşaması ise yeniden yapılandırma/tanımlama, netleştirme, rutin hale getirme olmak üzere üç alt aşamadan oluşmaktadır.

Özetle Rogers yenilik sürecinin aşamalarını beş başlık altında toplamaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanmaktadır:

- 1- Bilgi(lenme) (*Knowledge*)
- 2- İkna olma (*Persuasion*)
- 3- Karar (*Decision*)
- 4- Uygulama (*Implementation*)
- 5- Onaylama (*Confirmation*).

Konu ile ilgili olarak bir başka sınıflandırma da Elçi (2008) tarafından yapılmıştır. Burada yenilik sürecinin başlangıcında dört ana adımın atılması gerektiğini öne sürülmektedir. Bunlardan ilki “**farkındalık**” tır. Bu aşamada öncelikle yeniliğin ne olduğunun ve öneminin anlaşılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Yeniliğin sadece örgüt için değil toplumsal açıdan da önemli olduğu vurgulanmaktadır. İkinci adım “**mutabakat**”tır. Burada elbirliği ile çalışmak konusunda örgüt genelinde söz, fikir ve anlayış birliği oluşturulmaktadır. Üçüncü adım “**strateji**”dir. Örgütün daha fazla değer yaratabilmesi, var olan uygulamaları geliştirebilmesi için atılması gereken adımlar tanımlanmaktadır. Son olarak ise “**sistem**” gelmektedir. Bu sistem örgütün tüm çalışanlarının ve yöneticilerinin yenilikçi fikirler geliştirmelerini, dış çevrenin araştırılıp yenilikçi fırsatların yakalanmasını, yenilik için en uygun fikirlerin

seçilmesini ve yeniliğin ortaya çıkarılmasında izlenmesi gereken aşamaları tanımlamaktadır (Elçi, 2008: 8-9).

I.2. ÖRGÜTSEL YENİLİK

Sunulan bu çalışma açısından özellikle önem taşıyan yenilik türü örgütsel yeniliktir. İzleyen bölümde konu detaylı bir biçimde incelenmektedir.

I.2.1. Örgütsel Yenilik Kavramının Tanımlanması

Örgütler, belirli ortak amaçları gerçekleştirmek üzere belirli bir hiyerarşik yapıya uygun olarak bir araya gelmiş bireylerden oluşan sistemi ifade etmektedirler. Dolayısı ile yeniliğin benimsenmesinde ve uygulanmasında çeşitli rolleri üstlenmektedirler. Bu yönüyle yenilik ve örgüt ilişkisinde etkileşim daima çift taraflı kabul edilmelidir (Rogers, 1995: 372).

Bir örgüt içerisinde her zaman çözüm aranacak problemlerle karşılaşılması doğaldır. Ancak ne yazık ki her örgüt karşılaştığı problemi hızlı ve kolay yoldan çözebilme becerisine sahip olamamaktadır. Örgütsel yenilik ile ilgili yazında böylesi sorunlara getirilen çözümler “yenilik” olarak ifade edilmektedir. O nedenle, örgüt ve yenilik arasındaki bu özel ilişki araştırmacılar tarafından da “doğal ortamında yenilik” olarak ifade edilmiştir (Kimberly vd., 1990: 165). Örgütün yeniliğin hem üreticisi hem de kullanıcısı olduğu bu koşulda asıl önemli noktayı ise çözümün maliyeti oluşturmaktadır. Özellikle yüksek maliyetli teknolojik araçların gerekli olduğu

durumlarda çözümün çabuk ve kolay bir şekilde gerçekleştirilmesi pek mümkün olamamaktadır.

Kimberly (1986), yenilik ve örgüt arasındaki ilişki ile ilgili olarak beş temel yaklaşım öne sürmektedir. Bunlar;

- a- Yeniliğin kullanıcısı olarak örgüt yaklaşımı,*
- b- Yeniliği ortaya çıkaran/yaratan örgüt yaklaşımı,*
- c- Yeniliği hem ortaya çıkaran hem de kullanan olarak örgüt yaklaşımı,*
- d- Yeniliğe araç olarak örgüt yaklaşımı,*
- e- Kendisi bir yenilik olarak örgüt yaklaşımıdır.*

Yeniliğin kullanıcısı olarak örgüt yaklaşımı, yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun ilgi odağındadır. Burada, örgüte iki farklı bakış açısıyla yaklaşılmaktadır. Bunlar yayılım ve benimsemedir. Benimseme ile ilgili yapılan çalışmalar “neden bazı örgütler gerçekleşen yeniliklere daha çabuk adapte olur/uyum sağlar/benimser?” sorusundan yola çıkmaktadır. Yayılım perspektifinden ise bu soru “Belli bir yenilik, örgüt içinde bunu kullanacaklar arasında nasıl yayılır?” şekline dönüşmektedir (Kimberly vd., 1990: 164).

Örgütün yeniliği ortaya çıkaran ya da kullanıcısı olmadığı, yani sadece araç olarak adlandırıldığı durumlarda, yenilik ve örgüt arasındaki ilişki dolaylıdır. Bu ilişkide öne çıkan nokta yeniliği kolaylaştıran bir araç görevi gören örgütsel formların yani çalışma biçimlerinin ya da yöntemlerinin yeni olmasıdır. O halde örgütün kendisi yeniliktir ve ortaya çıkarılan örgütsel form başlı başına bir yeniliği oluşturur. Yani

örgüt ortaya çıkan sorunun giderilmesinde sadece araç görevi üstlenmemekte bizatihi sorunun çözümü olarak kabul edilmektedir (Kimberly vd., 1990: 165-166).

Yukarıda anlatılanlara ek olarak örgütsel yeniliği ortaya çıkaran çeşitli faktörlere değinmek yerinde olacaktır. Örgütsel yeniliğin öncülleri de diyebileceğimiz bu faktörler izleyen bölümde detaylı bir biçimde açıklanmaktadır.

I.2.2. Örgütsel Yeniliğin Öncülleri

Kuşkusuz yeniliğin ortaya çıkmasında çalışanların ve bireylerin katkısı göz ardı edilemez. Çünkü yenilik sürecinin dinamik bir yapıya kavuşturulup sürekli hale getirilmesi bu sürece etki eden bireylerin başarısı, yaratıcılığı ve istekliliğiyle mümkündür. Daha önemlisi, yenilikle ilgili kararları verecek olan bireylerdir. Bu yönüyle bireyler sürecin anahtar bileşeni olarak görülmelidir (Trott, 2002: 10). O nedenle bireylerin sahip oldukları kişilik özellikleri, yeniliğe bakış açıları ve yenilik özellikleri yeniğin yayılımında da belirleyici olmaktadır (Güneş, 2010: 46). Kişilerin sahip oldukları yeteneklere olan inancı da örgütsel boyutta sergileyecekleri yenilikçilik ve risk alma davranışlarını etkileyebilir.

Örgüt içerisinde çalışan bireylerin kavrayış yeteneği ve sorun çözme becerisi yeniliğin ortaya çıkarılmasında büyük önem taşımaktadır (West, 1990: 324). Drucker (2002) yeniliği ortaya çıkaranların, tüm fırsatları ve tüm kaynakları dikkate almak zorunda olduklarını vurgulamaktadır. Çünkü O'na göre yeniliğin hem kavramsal hem algısal bir yönü vardır. Dolayısıyla bireyler çevrelerine dikkatlice bakmak, sorular sormak ve dinlemek zorundadır.

Alan yazında örgüt üyelerinin özellikleri ve davranışları ile ilgili olarak üç unsurun önem taşıdığı belirtilmektedir. Bunlar: **1- liderler ve karar vericiler**, **2- fikir şampiyonları ve değişim özneleri (change agents)** ve **3- değişime direnç** olarak sıralanmaktadır (King, 1990: 28). Mohr (1969) ise bu süreçte liderliğin önemine vurgu yapmıştır. Çünkü her örgütlenmede ya da her örgütte asgari düzeyde de olsa bir hiyerarşi vardır ve bu nedenle karar verme gücü önemli ölçüde bireyleri yönetmekte/yönlendirmektedir. Dolayısıyla da liderlik süreçte önemli bir belirleyicidir (King, 1990: 28).

Bu bağlamda bireyin örgüt içerisindeki rolünün önemi açıktır. Ancak, örgütün yapısı da yenilik açısından özel bir öneme sahiptir. Her örgüt, kendi yapısal özellikleri ve içinde bulunduğu çevre açısından birbirinden farklılaşmaktadır. Yapısal olarak değerlendirildiğinde örgütün idari yapısı, ast-üst ilişkileri, birimler arası etkileşimin yönü ve gücü, bireylerin karar vermedeki rolü, kuralların uygulanmasındaki güçlük derecesi gibi faktörler yeniliğin ortaya çıkması ve benimsenmesi bakımından oldukça kritiktir. Karmaşıklık, biçimselliğin, merkezileşmenin, kişiler arası rekabetin yeniliği farklı düzeylerde etkileyeceği tartışmasıdır. Elbette ki, mekanik yapıya sahip olan bir örgütle bürokratik veya organik bir sisteme sahip olan bir örgütün yenilik yapma stratejisi farklı olacaktır. Bu farklılık biçimsellik, merkeziyetçilik, bürokratiklik seviyelerinden kaynaklanacaktır. Bu nedenle özel sektörde bulunan bir örgütün, kamu sektöründe bulunan bir örgütten farklılaşması ve yenilik stratejilerinde değişiklikler yapması kaçınılmazdır (Yeloğlu, 2011: 15).

Yeniliği örgütsel düzeyde ele alan çalışmalara bakıldığında öncül çalışmaların genellikle üç faktör üzerinde durduğu görülmektedir. Bunlar, **örgütün üyelerinin özellikleri** ya da **davranışları**, **örgütün özellikleri** ve **ekstra örgütsel faktörler** olarak sıralanmaktadır (King, 1990: 27).

Örgütün özellikleri kapsamında yapılan çalışmalar altı unsur üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bunlar, örgütün büyüklüğü, örgütsel yapı, kaynaklar, örgütsel yenilik bilgisi, örgütün yaşı, örgüt stratejisi, iklimi ve kültürü olarak sıralanmaktadır (King, 1990: 31-36). Örgüt ve yenilik ilişkisinde örgüt büyüdükçe yenilik de pek çok farklı problemlerle yüz yüze kalır. Zira örgütün büyümesi ile yatay ve dikey iletişim azalacak ve yabancılaşma artacaktır. Gerçekten Kimberly ve Evanisko (1981) yaptıkları çalışmada, örgütün büyüklüğünün Amerika'daki hastanelerdeki yönetimsel ve teknolojik yeniliklerin en önemli yordayıcısı olduğunu ortaya koymuşlardır. Buna göre hastanenin büyüklüğü arttıkça benimsenen yenilik sayısı da artmaktadır.

Örgütsel yapı ile birlikte örgütsel sistemin de örgütsel yenilik üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Çünkü örgütte çalışanların ve birimlerin görevlerini etkin bir şekilde yerine getirip getirmediği, performanslarının gözlenip buna göre bir ödüllendirme ve ceza sisteminin uygulanması örgütün sahip olduğu sistematik yapıya göre şekillenmektedir. Yapılan son çalışmalar, örgüt içerisinde bulunan takımların örgütsel yeniliğin merkezinde yer aldığını ve takım süreçlerinin de yaratılan yeniliğin anahtar unsurunu oluşturduğu ortaya çıkarmıştır (Pearce and Ensley, 2004:260). Bu noktada “ortak görüş” kavramı önem kazanmaktadır. Takım içinde ortaya çıkarılan ortak görüş, takım üyelerinin oluşturduğu ya da şekillendirdiği bir takım süreci (team

process) olarak da tanımlanabilir. Ayrıca bu ortak görüş günümüzün önemli liderlik fikirleri arasında da yer almaktadır (Pearce and Ensley, 2004: 260-261).

Yenilikçi örgütlerden bahsederken, örgütsel yapının, sistemin ve insan kaynağının temel yapıyı oluşturduğuna, bu değişkenlerin birlikte etkileşim içerisinde olduğuna ve yeniliği hem ortaya çıkaran hem de yenilikten etkilenen ve adapte olan taraf olarak iki farklı yönünün olduğuna vurgu yapılmaktadır (Fairtlough, 1994, 325). Bu vurgu aynı zamanda yeniliğin doğasını en iyi anlatan çözümlene olarak görülmektedir.

Özetlenecek olursa, örgütsel yeniliğin belirleyici unsurları şunlardır (Uzkurt, 2008: 117-118):

- 1-Pazara odaklanma, iletişim ağı, insan kaynakları, yenilik stratejileri, takım çalışması ve bilgi yönetimi,*
- 2- Liderlik, yaratıcılık, esnek yapı, sürekli gelişme ve teknolojiyi benimseme hızı,*
- 3- Yenilikçi bir örgüt kültürü ve yenilikçiliği destekleyen yönetim,*
- 4- Strateji, örgütsel yapı, sistemler ve insanlar, yerel çevre, hâkim yönetim felsefesi, yeniliğin türü,*
- 5- Bireysel (lider) özellikler (değişime karşı tutum), örgütsel yapının içsel özellikleri (merkezileşme, karmaşıklık, formelleşme, bağlılık, örgütsel adalet ve büyüklük), örgütün dışsal özellikleri (sistemin dışı açık olması),*
- 6- İnsan, yapı, kültür, iklim ve çevre,*

7- Vizyon, katılım güvenliği, görev odaklılık ve yenilik için yönetim desteği,

8- Takım çalışması ve eylem hızı,

9- Liderlik, uzun dönemlilik, bağlılık, örgütsel yapı, büyüklük, iletişim kalıpları, kaynaklar ve heterojenlik,

10- Kişisel uzmanlık, dönüştürücü liderlik, paylaşılan vizyon, proaktivite ve çevresel faktörler.

I.2.3. Örgütsel Yenilik Kuramları

Örgütsel yenilik ile ilgili yazın farklı çıkış noktaları ve değişkenleri olan üç teoriden ibarettir (Lam,2006:116). Bunlardan ilki; “örgütsel tasarı teorileri”dir. Bu bakış açısı özellikle örgütün yenilikçi olma konusundaki arzusu/eğilimi ile yapısal biçimler üzerindeki ilişkilere odaklanmaktadır. Teknolojik yenilikle daha kolay bütünleştirilebilen bu bakış açısı için yeniliği etkileyen temel değişken örgütün yapısal unsurlarıdır. Aslında teknik süreç ve örgütsel gelişme aynı işyerinde aynı amaç için çalışanlar açısından bakıldığında da örgüt üzerinde birlikte etki gösteren değişkenler olarak algılanmaktadır (Burns ve Stalker, 1979: 19).

İkinci sırada “örgütsel biliş ve öğrenme teorileri” yer almaktadır. Örgütsel tasarı teorilerinin tersine örgütlerin problem çözmek için yeni fikirleri nasıl ortaya çıkardıkları ile ilgilenmektedir. Bu bağlamda örgütsel bilgiyi ortaya çıkarma ve öğrenme ile bağlantılı olduğunu düşündükleri örgütsel yeniliğin bilişsel temeline dikkat çekmektedirler (Lam, 2006:116).

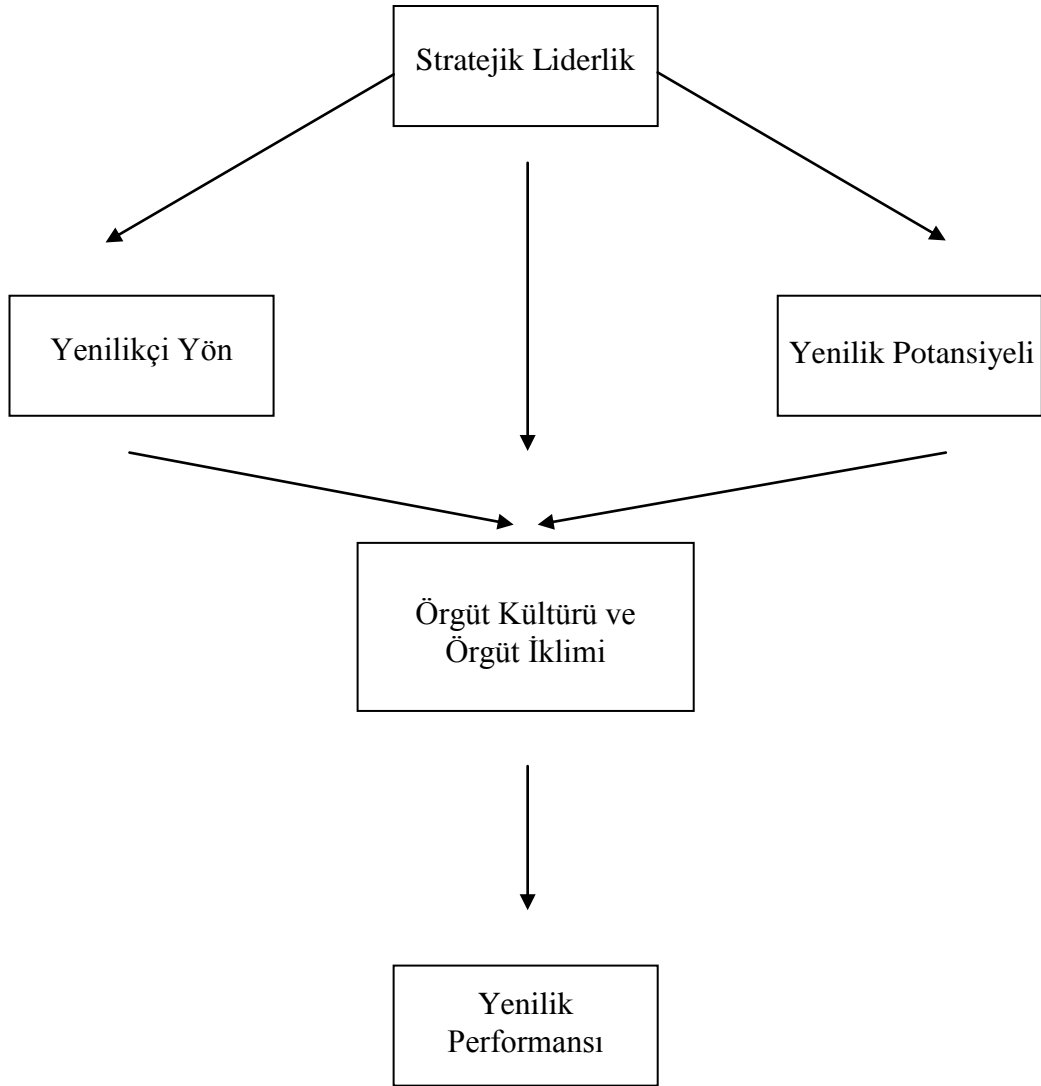
Örgütsel yeniliği açıklamaya yönelik üçüncü teori ise, örgütsel değişime ve benimsemeye odaklanmaktadır ve örgütsel yenilik sürecinin yeni örgütsel yapıları hazırlayacağını öne sürmektedir. Burada önemli olan örgütün dışarıdan aldığı/gördüğü yeniliği benimsemesi ve bunun ortaya çıkardığı değişim ya da içeride gerçekleşen yeniliklerin örgütün yapısında meydana getirdiği yeni değişimlerin yeni bir form ortaya çıkarabilmesidir (Lam, 2006: 116).

Sunulan çalışma kapsamında düşünüldüğünde hastanelerde gerçekleşen yeniliklerin çoğunlukla teknolojik alanda gerçekleşmesi bizi ilk teoriye yaklaştırmakta, problem çözme becerisi ve yeniliğin benimsenmesi ise bizi diğer iki teorik yaklaşıma yöneltmektedir. Ancak çalışmanın amacı düşünüldüğünde esas önemli nokta yeniliğin ortaya çıkması, benimsenmesi ve örgütsel açıdan yeni bir biçim oluşturmasıdır. Bu açıdan örgütsel yenilik bu çalışma kapsamında da ilk iki yaklaşımdan kopmadan ancak daha çok üçüncü bakış açısıyla ele alınacaktır.

Örgütsel yenilik ile ilgili olarak ortaya konulan ilk model 1970'li yılların ortalarında geliştirilmiştir (Nyström,1990: 144). **Şekil I.2'**de gösterildiği gibi modeldeki ilk stratejik değişken yenilikçi yöndür (*innovative direction*). Bu değişken örgütün başarmak ya da üstesinden gelmek istediği radikal değişimleri ifade etmektedir. İkinci değişken “yenilik potansiyeli”dir (*innovative potential*). Bu değişken örgütün yapısal sınırlılıklarına karşı maddi ve maddi olmayan kaynaklarıyla yapabileceklerini göstermektedir. Stratejik liderlik ise bu noktada örgütün yapmak istedikleri ile yapabileceklerini belirlemede etkili olmaktadır. Modelde sayılanlara ek olarak uygun

örgüt kültürü ve iklimi ise yeniliğin başarıyla gerçekleştirilmesinde önemli birer kaynak olarak görülmektedir (Nyström, 1990: 144-145).

Şekil I.2. Örgütsel Yeniliğin Basit Modeli



Kaynak: Nyström, 1990: 144-145

Benzer şekilde, Lam (2006) de örgütsel yenilik ile ilgili üç farklı, ancak aynı zamanda da birbirine bağımlı perspektiften bahsetmektedir. Bunlardan ilki örgütsel yapı formları ve yenilikçilik (*innovativeness*) arasındaki ilişki, ikincisi bir örgütsel

öğrenme süreci olarak yenilik ve bilgi hazırlama ve son olarak da değişim ve benimseme açısından örgütsel kapasitedir.

Örgütsel kültür yazını incelendiğinde, *kategorik* ve *yorumsamacı* olmak üzere iki farklı yaklaşımın öne çıktığı görülmektedir (Wilson, 1992). Kategorik yaklaşım sergileyenler kültür ve örgütsel yapı özellikleri arasındaki bağları inceleyerek, örgütsel kültür tiplerini gruplandırmaya çalışmışlardır. Handy'nin (1985) gerçekleştirdiği çalışmada örgüt kültürleri; rol kültürü, güç kültürü, görev kültürü ve birey/kişi kültürü olarak sınıflanmaktadır. Buna göre, 'rol kültürü' klasik bürokratik örgüt tipinin özelliklerini yansıtır. Bu kültürün temel belirleyici özelliği çalışanların daha önceden kural, düzenleme ve yöntemlere sıkı bağlılıklarıdır. Bu örgütlerde yeterli esneklik sağlanamadığından, yenilikçi örgüt kültürünün geliştirilmesi çok kolay değildir. 'Güç kültürünün' temel özelliği, örgütün güçlü ve otoriter bir ya da birkaç kişi tarafından yönetilmesidir. Özellikle büyük örgütlerde örgüt üyelerinin otoriteyle aynı vizyona sahip olmaması, merkezi kontrolün güç olması ve örgütün çoğu üyelerinin ilgi ve takdirden uzak olması etkili bir yenilik sürecini engelleyebilmektedir. 'Birey kültüründe' ise bireylerin özerkliği ve bireyler arası iletişim her şeyden önemlidir. Bireysellik ön planda olduğu için bu kültür boyutu bireysel yaratıcılık konusunda oldukça etkili olur. Ancak bireysel yaratıcılık her zaman örgütsel yaratıcılığa dönüşmeyebilir. Çünkü bireyler arası iletişimin kalitesi önemlidir. 'Görev kültüründe' matriks bir yapılanma mevcuttur ve takım çalışması ön plandadır. Bu bağlamda yenilikçi bir örgüt için en uygun kültür görev kültürü türü olarak ön plana çıkar (Uzkurt, 2008: 132-134).

Örgüt kültürü öğeleri, “gözlenebilir” ve “gizli” olmak üzere iki grupta değerlendirilebilir. Gözlenebilir öğeler; alışkanlıklar, örgüt içi iletişim, yönetim uygulamaları, fiziksel düzenlemeler, hikâyeler, semboller ve davranışlardan oluşmaktadır. Gizli olanlar ise; inançlar, değerler, kabuller, etik değerler gibi açıkça gözlenemeyen faktörleri kapsar (Uzkurt, 2008: 131).

Uzkurt (2008) örgüt kültüründeki olası değişimi bazı temel dinamikler temelinde ele almıştır. Bunlar şu şekilde özetlenebilir:

- *Önceki kültürün iyi anlaşılması,*
- *Çalışanların değişime karşı cesaretlendirilmesi ve güdülenmesi,*
- *Örgütteki önemli ve baskın birimlerin izlenmesi ve bunların değişim için kullanılması,*
- *Çalışanları değişim için aşırı zorlamama,*
- *Örgütte belirli bir vizyonun benimsenmiş olması,*
- *Yeni kültürel değerlerin uygulanmasını sağlayacak mekanizmaların geliştirilmesi.*

Christiansen (2000), örgüte hâkim olan kültürün özelliklerine göre üyelerin yeniliklere karşı farklı tutum ve davranışlar sergileyeceklerinden söz eder. Yazara göre üyeler yeniliklere direnç gösterebilecekleri gibi samimiyetle destekleyebilirler. Yönetim, yenilikle ilgili uygulamalar hakkında açık mesajlar vererek destekleyici olabileceği gibi, mesajı karmaşıktırarak çalışan katılımını zayıflatabilir. Bazen yöneticiler kendileri değişim karşısında zayıf, korkak davranabilirler; ama bazen de oldukça cesur girişimlerle sürece rehberlik ederler. Yöneticiler mevcut yönetim

anlayış ve değerlerine bağlı olduğunda bizzat direnen taraf da olabilir. Yeni fikirler onları bir bakıma tehdit edecektir. Üstelik örgüt kültürü “teknik” ya da “pazarlama” yeniliğini zorunlu kılıyor olabilir ve bu ayırım uyum sürecini farklı etkileyebilir. Bazı örgüt kültürleri başarıyı ödüllendirmeyi kendine ilke edinmiş olabilir. Oysa diğerleri hatayı cezalandırmaya odaklıdır. O halde, örgütün özgün doğası, yenilik sürecindeki olası aksamalara ne tür tepkiler doğacağını yordamada son derece işlevsel olacaktır.

Örgütsel yenilik alanında çalışan bazı yazarlar bu sürecin özelliklerini tanımlamayı hedeflemişlerdir (Ör: West ve Farr, 1990, King ve Anderson, 1995:2 den aktaran Uzokurt 2008, 92). Bu çalışmalar bağlamında örgütsel yenilik sürecinin içermesi gereken özelliklerin başında **örgütsel yenilik** gelmelidir. Bu ürün, süreç, ya da yöntemle ilgili olabilir. Unutulmaması gereken husus yeni bir fikrin örgütte tek başına bir yenilik olmaktan ziyade bir yenilik için başlangıç noktası olabileceğidir.

İkinci olarak, **örgütün bütünü** (birimleri veya çalışma grubu) **için yeni bir şey** sunulmuş olmalıdır. Yani, sadece bir birey veya bireyler için yeni olması yeterli değildir. Açıkçası getirilen yeni her neyse, rutin bir değişikliğe karşılık gelmemelidir ve örgütün bütünü, bir bölümü ya da genel olarak toplum için bir fayda sağlamalıdır. Nihayet etkileri itibariyle **herkes için yaygınlaştırılmalıdır**; yani etkilerinin örgütte çalışanların önemli bir kısmı için sonuç doğurması beklenir.

Örgütsel yeniliğin, örgüt açısından anlamı ve uygulanabilirliğine odaklanan çalışmalar, “**yayılm**”(diffusion) veya “**benimseme**” (adoption) yaklaşımlarına dayalı gerçekleştirilmiştir. “Benimseme” bakış açısı, “neden bazı örgütler gerçekleşen yeniliklere daha çabuk adapte olur/benimser?” sorusuna yanıt aramayı

amaçlamaktadır. Buna karşılık “yayılm” yaklaşımı bu soruyu “yeniliğin, olası kullanıcısı olan örgütün üyeleri arasında (hangi yol ve araçlarla) yaygınlık kazanacağı” şeklinde betimlemektedir (Kimberly vd., 1990: 164).

Uzkurt (2008) yeniliklerin örgüt içerisinde benimsenmesinin ve uygulanmasının daha esnek bir örgüt yapısı aracılığıyla kolaylaşabileceğine dikkat çekmiştir. O halde bir örgütün mevcut yapısı yenilik sürecinin başarısı açısından kritik bir ögesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Damanpour (1991) ise, bu faktörleri genel olarak üç başlık altında toplamış ve bireysel, örgütsel ve çevresel faktörler olarak adlandırmıştır. Bu doğrultuda örgütsel faktörler ve yenilik arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda özetlenmektedir (Aktaran: Uzkurt, 2008, 127-128).

Tablo I.2. Örgütsel Faktörler ve Yenilik Arasındaki İlişki

ÖRGÜTSEL/BAĞIMSIZ FAKTÖRLER	İLİŞKİNİN YÖNÜ	İLİŞKİNİN NEDENLERİ
Uzmanlaşma	Pozitif	Çeşitli alanlardaki uzmanlıkların sayısı daha geniş bilgi temeli oluşturur ve fikirlerin karşılıklı verimliliğini artırır.
Fonksiyonel	Pozitif	Farklı birimlerdeki profesyonellerin işbirliği birimlerin teknik sistemlerinin değerlendirilmesini ve tanınmasını sağlar ve birimlerin yönetim sistemlerindeki değişimlerine katkı yapar.
Profesyonellik	Pozitif	Profesyonellik örgütün dışarıyla ilişkisini sağlayan üyelerin hareketliliğini, kendine güvenini, değişime olan bağlılığını artırır.
Biçimsellik	Negatif	İş kurallarındaki esneklik yeniliği kolaylaştırır, biçimselleşmenin katı olmaması yeni fikir ve davranışları cesaretlendiren açıklığa izin verir.
Merkezilik	Negatif	Karar alma yetkisinin belirli bir elde toplanması yenilikçi çözümleri engeller. Oysa gücün dağılımı yenilik için kaçınılmazdır. Katılımcı çalışma çevresi üyelerin farkındalığını ve katılımını artırarak yeniliği kolaylaştırır.
Değişime karşı yönetimin tutumu	Pozitif	Değişime karşı yönetimin olumlu tutumu yeniliğe imkân veren bir iklime öncülük eder. Özellikle yeniliklerin uygulama aşamasında bireyler arasındaki çatışmanın engellenmesi ve koordinasyonun gerekli olduğu durumlarda yönetimin desteği gereklidir.
Yönetimin görev süresi	Pozitif	Yöneticilerin iş kıdemleri daha mantıklı davranmalarını sağlar ve görevlerin başarılmasında avantaj kazandırır, politik süreçleri daha iyi yönetmede ve sonuca ulaşmada etkinlik kazandırır.
Teknik bilgi kaynaklar	Pozitif	Teknik bilgi kaynakları ne kadar geniş olursa yeni teknik fikirlerin anlaşılması, uygulanması ve geliştirilmesi daha kolay olur.
İdari isteklilik ve heyecan	Pozitif	Yeniliklerin benimsenmesindeki başarı önemli ölçüde liderliğe, yeniliği destekleyen yönetici desteğine ve yöneticilerin koordinasyon kabiliyetine bağlıdır. Bunların örgüt içerisindeki yoğunluğu yeniliklerin kolaylaştırılması için önemlidir.
Serbest kaynaklar/örgütsel esneklik	Pozitif	Yeniliğe ayrılacak serbest kaynakların olması yeniliklerin satın alınmasında, hataların telafi edilmesinde, yenilikleri araştırma ve uygulama için gerekli maliyetlerin temin edilmesinde kolaylık sağlar.
Dışsal iletişim/etkileşim	Pozitif	Dışsal etkileşim yeni fikirlerin elde edilmesine ve örgütün sahip olduğu bilgilerin yeniliğe dönüşmesine yardımcı olur.
İçsel iletişim/etkileşim	Pozitif	İçsel etkileşim fikirlerin örgüt içerisinde yayılmasını, paylaşımını ve yorumlanmasını sağlayarak fikirlerin olgunlaşmasına katkı sağlar. Ayrıca yeni fikirlerin hayatta kalmasına zemin oluşturur.
Dikey farklılaşma	Negatif	Hiyerarşinin katı olması bu birimler arasında yeni fikirlerin akışını zorlaştırır veya engeller.

Burns ve Stalker (1979), yenilikçi örgütleri iki ideal tip tanımlaması kapsamında ayırtmıştır: Hiyerarşik bir düzen üzerine kurulu olan “**mekanik (mechanistic)**” örgütler ile daha esnek bir yapıya sahip olan “**organik**” örgütler. Mekanik örgütlerde yapılacak iş teknik olarak tanımlanmış, belli bir düzen içerisine sokulmuştur ve bireylerden asgari düzeyde katılım beklenmektedir. Bu örgütlerde yeniliği gerçekleştirecek olan insan unsurunun, katılımı öngörülmediğinden, başarı sınırlı kalabilir. Oysa bireylerin iletişimine ve katılımına önem veren organik örgütlerde yeniliğin ortaya çıkarılması ve benimsenmesi çok daha olasıdır.

Gerçekten, organik örgüt yapısı “bireye” özel bir rol atfetmekle, yenilikçiliği destekleyici bir yapının ipuçlarını simgelemektedir. Tidd ve arkadaşları. (2005, 469) böylesi örgütlerin hem yenilikçi liderlik, vizyon ve isteklilik sahibi olduklarına hem de etkili takım çalışması, yaratıcı iklim, güçlü iletişim gibi unsurları önemseyerek “öğrenen örgüt” hedefine daha sıkı bağlandıklarına dikkat çekmektedir.

Alanyazındaki çalışmalar, önceki bölümlerde de ayrıntılandırıldığı gibi, yenilik sürecini dört ayrı faktör bağlamında irdelemiştir. Örgütsel yapı, örgüt kültürü, iş çevresi ve örgüt stratejisi olarak özetlenebilecek bu unsurlardan yapısal olanlarının bilhassa üzerinde durmakta yarar vardır. Bu faktör altında yer alan “merkezileşme”, “karmaşıklık” ve “formalizasyon (biçimlendirme)” düzeyleri örgütsel yeniliğin anlamlı yordayıcıları olarak çarpıcılık kazanmaktadır. Bilindiği gibi, merkezileşme, bir örgütteki otorite ve karar mekanizmasının en üst noktada toplanması anlamına gelir. “ Formalizasyon” ise görev performansı açısından kritik olan kural ve prosedürlerin ne ölçüde izlendiğini temsil eder. “ Karmaşıklık” ise örgütteki görev

farklılaşması (çeşitliliği) ile mesleki uzmanlaşma düzeyine işaret etmektedir (King, 1990: 32).

Örgüt yapısının önemli bir bileşeni de hatırlanacağı gibi yönetsel uygulamalardır. Gerçekten yönetimden kaynaklanan bazı sorunlar yenilik yönetimi üzerinde de sonuç doğurabilir. King ve Anderson (1995: 122) yenilik yönetimi sürecindeki olası yönetim sorunlarını özellikle 'örgütsel değişimle' ilişkilendirmiş ve bu durumu "yönetilebilirlik yanılısaması" olarak adlandırmışlardır. Bu yanılısamının üç aşamada gerçekleşebileceğini öne süren yazarlara göre bunlardan ilki 'doğrusallık' yanılısamasıdır ve yenilik sürecinin aşamalarının doğrusal ve ardışık bir biçimde gerçekleşeceği kabulüne dayanır. Ancak yenilik sürecinin aşamaları her zaman doğrusal ve ardışık bir şekilde gerçekleşmeyebilir. Bazı durumlarda tekrar önceki aşamalara dönmek veya kimi aşamaları atlamak veya bunları birleştirmek gerekebilir. Dolayısıyla sürecin doğrusal ve ardışık olduğuna inanmak, yönetsel bir zaafa yol açabilecek ciddi bir yanılısama olarak değerlendirilmelidir. İkinci yanılısama türü 'öngörülebilirlik' yanılısamasıdır. Buna göre, doğrusallık yanılısamasıyla paralel olarak yenilik sürecindeki aşamaların açık olduğu ve bu süreçte meydana gelebilecek gelişmelerin önceden yordanabileceği varsayımına dayanır. Üçüncü yanılısama 'kontrol' yanılısamasıdır. Kontrol yanılısaması, doğrusallık ve öngörülebilirlik yanılısamasının bir sonucu olarak, yönetimin yenilik sürecindeki otoritesini aşırı şekilde hissettirmesinden kaynaklanır (Uzkurt, 2008: 97-98).

Örgüt yapısının ihmal edilemeyecek bir diğer önemli bileşeni liderlik tarzıdır. Her şeyden önce liderlik örgüt kültürünün de anahtar bir ögesidir (Fairtlough, 1994: 331).

Gerçekten örgütsel yenilik için önem taşıyan unsurlardan biri, uygun özelliklere sahip bir liderin varlığıdır. Çünkü lider; yenilik sürecinin tetikleyicisi, sürükleyicisi, tamamlayıcısı ve sürdürücüsü olarak işlev görür. Elçi (2008) bu süreçte yer alacak liderin özelliklerini şu şekilde sıralamaktadır:

- *Yenilik konusunda hırslı, istekli ve heyecanlıdır ve bu duyguları çevresine de yansıtır.*
- *Örgüt içinde yenilik için gerekli iklimin oluşturulmasının kendi elinde olduğunu bilir ve buna göre davranır.*
- *Yenilik sürecini sahiplenir ve sürecin yönetilmesinde kendine güveni tamdır.*
- *Örgüt içinde ve dışında yenilik sürecine dâhil olan ve olması gereken herkesi bu konuda cesaretlendirir ve güdüler.*
- *Esnek ve yapıcıdır. Kendisini ve çalışanları belli kalıplara sokmaz.*
- *Olumlu düşünür.*
- *Vizyon sahibidir.*
- *Risk alır ancak aynı zamanda riski iyi yönetir.*
- *Çalışanlarına inanır ve güvenir, onlara yetki ve sorumluluk verir, onları dinler.*

Bununla birlikte örgütsel yeniliğin gelişmesinde liderlerin dışında önemli bir etkiye sahip olanlar ise “değişim ajanları” yani yeniliklerin benimsenmesi ve uygulanmasına öncülük edecek kişi ve birimler ile kanaat önderleridir. Değişim ajanları, yeniliğin benimsenmesi ve yayılması konusunda önemli bir rol üstlenirken,

fikir liderleri daha çok yeni fikirlerin üretilmesini ve bunun işletme içerisinde etkin ve güçlü, kişiler tarafından kabul edilmesini sağlayacaktır (Uzkurt, 2008: 140-141).

Özetle, yenilik denildiğinde sadece ürün ve teknoloji yeniliği değil, geniş anlamda örgütün kabul ettiği bir felsefe akla gelmelidir. Bu felsefe benimsendiğinde örgüt içinde hem süreçler yenilenecek hem de yeniliklerin ortaya çıkması kolaylaşacaktır (Köker, 2011: 44). Kuşkusuz bireylerin yenilikçi davranışlarını ve risk alma eğilimlerini destekleyebilmek için birçok farklı araçtan yararlanılabilir. Örgüt yapısında yeniliği teşvik edecek düzenlemelerin yapılması, performans değerlendirme ya da ödül sistemini yeniden gözden geçirmek bu araçlardandır. Örgütün alabileceği tedbirlerden biri de, çalışanların öz yeterliliklerinin geliştirilmesidir. Basım vd. (2008) özyeterliliği kişinin yüzyüze kaldığı farklı durumlarla başa çıkabilmesi, uygun bir yolla bunları idare edebilmesi için sahip olduğu yeteneklerine güven düzeyi olarak tanımlar. O halde öz yeterliliği yüksek olanların yenileşme sürecine daha kolay uyum sağlayacakları, davranışlarını düzenleyebilecekleri ve kimi riskleri göze almada daha cesur olacakları yordanabilir.

I.2.4. Örgütsel Yenilik ile İlgili Bazı Değişkenler

I.2.4.1. Kişilik

Daha önceki bölümlerde de bahsedildiği gibi yeniliği ortaya çıkaran da onu benimseyecek olan da bireylerdir. Dolayısıyla bireylerin sahip oldukları kişilik

özelliklerinin gerek bireysel gerekse de örgütsel açıdan yenilik ile yakın ilişki içerisinde olduğu söylenebilir.

Kişiliği açıklama konusunda alanyazında birçok yaklaşım öne sürülmekle birlikte, kişisel farklılıklara odaklanan ve gözlemlenebilir davranış biçimleri aracılığıyla ortaya konan “özellik yaklaşımı”nın ön plana çıktığı görülmektedir (Basım vd, 2009: 22).

Bu yaklaşım doğrultusunda Goldberg (1981), sözlükteki sıfatlara dayalı olarak yaptığı çalışmada beş güçlü faktörün ortaya çıktığını belirtmiş ve birçok kişilik faktörünün bu beş faktör çerçevesinde organize edilebileceğini ileri sürmüştür (Tekçe, 2010: 65). Bu faktörler, “dışadönüklük”, “uzlaşılabilirlik”, “duygusal denge”, “deneyime açıklık” ve “özdisiplin” şeklinde sıralanmaktadır.

Buna göre dışadönük bireyler, pozitif, sosyal, enerjik, neşeli ve çevresindekilerle ilişki içerisinde olmayı seven bireyler olarak ifade edilirken uzlaşılabilir bireyler; güvenilir, yumuşak başlı, fedakâr, alçak gönüllüdürler. Duygusal dengesi yüksek bireyler sabırlı, sakin, rahat ve özgüvenli olarak nitelendirilirken; bu boyutun karşı ucunda yer alan nevrotik bireyler ise, suçluluk, sinirlilik, hüznün ve korku gibi negatif duyguları yaşama eğilimindedirler. Özdisiplin faktörü genellikle başarı yönelimlilik, düzenlilik, sorumluluk gibi özellikleri içerisinde barındırırken, deneyime açıklık yukarıda sayılan beş faktör içerisinde bilişsel yönü en fazla olan özellik olarak nitelendirilmektedir. Bir başka ifade ile özgünlük, merak, maceracılık gibi özelliklerle tanımlanmaya çalışılan deneyime açıklık özelliğine görece daha az sahip

olan bireyler, daha geleneksel, tutucu ve yaşadığı ve bildiği hayatın dışına çıkmaktan hoşlanmayan bireyler olarak kabul edilmektedir (Kart, 2014: 49) Dolayısıyla bu özelliğe sahip bireylerin yaratıcı, maceracı, meraklı ve kendi düşünce ve duygularına yönelen bireyler oldukları öne sürülmektedir (Basım vd, 2009: 22-23).

Buraya kadar anlatılanlardan özdisiplinli ve dışadönük bireylerin yeniliğe daha yatkın olduklarını söylemek yanlış olmayacaktır. Deneyime açıklık ve uzlaşılabilirlik ise ortaya çıkan yeniliğin benimsenmesi ve uygulanması açısından önem taşıyan kişilik özellikleri olarak düşünülebilir. Ancak yine de kişilik özellikleri tek başına yenilikçi davranış eğilimini açıklamaya yetmez. Bireylerin içinde bulunduğu örgütün özellikleri, yönetim tarzı vb. unsurların etkisi gözden kaçırılmamalıdır.

Örgüt içerisinde yeniliğin ortaya çıkarılması ve benimsenmesi açısından kişilik özelliklerinin yanı sıra önem taşıyan diğer bir faktör ise liderliktir. İzleyen bölümde liderlik tarzının yenilik sürecindeki rolü üzerinde durulacaktır.

1.2.4.2. Liderlik Tarzı

Örgüt kültürünü oluşturan en önemli faktörlerden biri şüphesiz liderlerdir. Günümüzde yaratıcılık ve yenilik yazınında çalışanların gerek bireysel düzeydeki yenilikçi davranışlarına gerekse de örgütsel düzeydeki yeniliğe olumlu yönde önemli etkileri olan bir liderlik tipi olarak “ dönüştürücü liderlik” kavramı öne çıkmaktadır. Ayrıca, örgütsel yenilik ihtiyacının fark edilmesi, buna yönelik amaç ve stratejilerin, amaç ve hedeflerin belirlenmesi, örgütün bu yöndeki bir değişime tüm yönleri ile

hazırlanması ancak etkin bir liderlik aracılığıyla gerçekleştirilebilecektir. Bu noktada, farklı liderlik tarzları içinde dönüştürücü liderlik tarzının, içinde barındırdığı özellikler itibarıyla örgütsel yeniliğin gerçekleştirilmesinde daha etkili olacağı düşünülmektedir.

O halde dönüştürücü liderlik, çalışanlara vizyon kazandıran, bu vizyona katkıda bulunmaları için onlara ilave misyonlar veren ve örgütsel kültürde değişimler yaparak onlara şimdi yaptıklarından veya potansiyel olarak yapabileceklerini düşündüklerinden daha fazlasını yapabileceklerine inandıran liderlik tarzı (Eren, 2001:483) olarak tanımlanabilir.

Burns (1978) liderlik kavramını “etkileşimsel liderlik ve “dönüştürücü liderlik” olarak ikiye ayırmaktadır. O’na göre, “etkileşimsel liderlik”te lider ve izleyenler arasında ekonomik ya da politik temele dayalı bir alışveriş vardır. “Dönüştürücü liderlik”te ise, tarafların birbirine uzun süreli ve psikolojik olarak bağlanması, liderin izleyenlerinin inanç, değer ve ihtiyaçlarını değiştirmesi ve belli bir vizyonu gerçekleştirmek üzere birlikte hareket etmeleri söz konusudur (Gümüşlüoğlu, 2009: 38).

Bass ve Avalorio (2000), Burns’ün (1978) çalışmasını bir adım daha öteye taşıyarak dönüştürücü liderliği dört boyutta incelemişler ve bu boyutları “karizma”, “ bireysel ilgi”, “ilham verme” ve “entellektüel teşvik” olarak sıralamışlardır.

Her ne kadar alanyazında dönüştürücü liderliğin yenilik üzerinde olumlu etkilerinin olduğuna dair bir söz birliği varsa da ülkemizde bu görüşü destekleyecek araştırmalara pek rastlanmamaktadır. Bu nedendir ki bu çalışmanın ulusal alanyazına katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Kişilik özellikleri ve liderlik tarzının dışında örgütsel yenilik üzerinde etkili olan bir diğer faktör yaş/jenerasyon (kuşak) etkisidir. İzleyen bölümde farklı kuşaklara aidiyetin yenilik bakımından ele alınışına yer verilmektedir.

I.2.4.3. Yaş / Kuşak/ Jenerasyon Etkisi: X-Y Kuşağı

Örgütsel yeniliğin algılanışı ve uygulanması açısından, etkili olması beklenen üç temel faktör akla gelmektedir. Demografik özelliklerden biri olan “yaş”, teknolojiye yakın olma, yenilikçi eğilimleri geliştirme açısından belirleyicidir. Bilindiği gibi 1980 sonrası doğan ve hemen teknolojiyle tanışarak sosyalleşen Y Kuşağı ile 1960-1980 arası doğumlu X Kuşağının örgütsel yenilik algıları farklılaşabilmektedir.

“Kuşak” kelimesi sözlükte, yaklaşık yirmi beş, otuz yıllık yaş kümelerini oluşturan bireyler öbeği, göbek, nesil, batın, jenerasyon olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr, 2010).

Günümüzde çalışma yaşamında aktif rol almakta olan kuşaklara baktığımızda, birçok farklı kuşağın bir arada çalıştığını görmekteyiz. Öyle ki, Sessiz Kuşak, Bebek Patlaması (Baby Boomers), X Kuşağı ve Y Kuşağı olmak üzere dört kuşak aktif

olarak günümüzün çalışma yaşamında birlikte yer almaktadır. Yaklaşık on yıl gibi kısa bir süre sonra da Z kuşağı çalışma yaşamına katılmış olacaktır (Toruntay, 2011: 68).

“Sessiz Kuşak” olarak ifade edilen jenerasyon 1925-1945 yılları arasında dünyaya gelenleri içine alan dönemdir. Savaş Kuşağı olarak da adlandırılan dönemin dünya çapındaki en önemli olayları İkinci dünya Savaşı ve ekonomik buhranlardır. 1946 - 1960 yılları arasında dünyaya gelen kuşak ise “Baby Boomers” (Bebek Patlaması Kuşağı) olarak adlandırılmaktadır. “X Kuşağı” 1960-1980 yılları arasında doğanları içine alırken, bu kuşak genellikle umursamaz ve amaçsız olarak ifade edilmektedir. Buckley vd. (2001)’e göre, bu kuşak üyelerinin çalışma stilleri, direkt yönetilmeden ancak kendi özgürlüklerini kullanarak açık bir şekilde belirlenmiş beklentilere ulaşma çabasıdır. “Y Kuşağı” ise 1980- 2000 kuşağı arasında doğanların oluşturduğu kuşaktır. Bu kuşak daha önce doğanlara göre en sağlıklı ve ekonomik olarak en güvende olan kuşak olarak ifade edilmektedir. Sosyal, iyimser, yetenekli, işbirlikçi, açık fikirli ve başarı odaklı olarak tanımlanmaktadırlar. “Z Kuşağı” ise 2000-2020 yılları arasında doğmuş ve doğacak olanları içine almaktadır. Teknolojiye oldukça yatkın oldukları düşünülen bu kuşakla ilgili çalışma yaşamında henüz yer almadıklarından çok fazla çalışma yapılamamıştır (Toruntay, 2011: 69-81).

Bu araştırma kapsamında çalışmaya katılanların dahil oldukları jenerasyon dikkate alındığında “ X Kuşağı” ve “Y Kuşağı” bizim için önem taşımaktadır. X Kuşağı bir geçiş kuşağı olarak görülmektedir. Teknoloji bu dönemde çok hızlı gelişmiştir. Ortaya çıkarılan teknoloji bu dönemin üyeleri tarafından geliştirilmesine karşın

kullanma açısından Y Kuşağının oldukça gerisinde kalmışlardır. Bununla birlikte çalışma yaşamında yaşlarının yakınlığı nedeniyle de birbirlerine benzer pozisyonlarda ve çoğunlukla da bir arada çalışmaktadırlar. Bu nedenle bu çalışma açısından örgütsel yeniliğin ortaya çıkarılmasında ve benimsenmesinde iki kuşak arasında farklılıkların olması beklenebilir.

I.3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖRGÜTSEL YENİLİK

Yenilik süreci sektörler için kimi farklılıklar göstermektedir. Yeniliğin özelliği, kullanılan kaynaklar, aktörleri, süreç ve dinamikleri; örgütsel yenilikçi faaliyetleri bu farklılıkların temel alanlarıdır. Alanyazına göre sektörler arasındaki en temel ayrım araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yoğunluğu temelindedir.

Hizmetler sektörü tüm endüstrileşmiş ülkelerde önemi artan ve istihdamın büyük bölümünü kapsayan bir sektör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedendir ki günümüzde hizmetler sektöründe ortaya çıkan yenilik, pek çok araştırmacı tarafından üzerinde önemle durulan bir alan haline gelmiştir. Hizmetler sektörü tüm ekonomilerde üretkenlik/verimlilik, rekabet edebilirlik ve yaşam kalitesi açısından doğurguları nedeniyle bilhassa önem taşımaktadır. Bunlara ek olarak öncelikle ekonominin tüm alanlarındaki hizmet faaliyetlerini kapsamaması ve yine ekonominin birçok alanındaki yenilik süreçlerinin de merkezinde yer alması bakımından araştırma önceliği kazanan bir alandır (Miles, 2006: 433). Örneğin “catering” (ikram) hizmetleri yiyecek hazırlayıp dağıtmanın yanı sıra eğlence sektörü, okul, hastaneler gibi pek çok alana da hizmet etmektedir (Miles, 2006: 435).

Ancak Gallouj ve Weinstein (1997) yaptıkları çalışmada hizmetler sektöründe yeniliğin ölçülmesinin iki nedenden dolayı zor olduğuna vurgu yapmaktadır. Bunlardan ilki yenilik teorisinin öncelikli olarak teknolojik yeniliğe ve üretim sürecindeki yenilik üzerinde kurgulanmış olmasıdır. İkincisi ise hizmetler sektöründe ortaya çıkan yeniliğin daha belirsiz/bulanık niteliğinden dolayı ölçümünün de daha zor olmasıdır.

Bu iki problem hizmetler sektöründe yenilik üzerinde çalışan ve birbirini tamamlayan iki ayrı araştırma geleneği için başlangıç noktasını oluşturmaktadır. İlk grup, teknolojik yeniliği ve bunun sonucunda ortaya çıkan değişimleri temel alırken, ikinci grup teknolojiyi tamamen dışarıda bırakmakta ve sürece hizmet odaklı yaklaşmaktadır (Gallouj ve Weinstein, 1997: 538).

Bilindiği gibi hizmet sektöründe yeniliğin önemi ile bu sektörün ekonomik büyümedeki rolü gittikçe önem kazanmaktadır. Ayrıca hizmet sektörü kendi içinde de bazı çeşitlilikleri barındırmaktadır. Bu bağlamda hizmet sektörünü dört alan açısından ele alabiliriz (Oslo Kılavuzu, 2005: 41):

- *Esas olarak mallarla ilgili hizmetler (ulaştırma ve lojistik gibi,)*
- *Bilgi sunan hizmetler (çağrı merkezleri gibi)*
- *Bilgi gerektiren hizmetler*
- *İnsanlarla ilgili hizmetler (sağlık hizmetleri gibi)*

Miles'a (1994) göre hizmetler sektöründe yenilik üç aşamada ortaya çıkabilir. Bunlardan ilki sunulan mevcut hizmetin iyileştirilmesi amacıyla diğer sektörlerde

geliştirilen yeni teknolojilerin ödünç alınarak kullanılmasıyla ortaya çıkan süreç yeniliğinden ibarettir. İkinci aşama; hizmet kalitesinin artırılması amacıyla yeni üretim tekniklerinin uygulanmasını kapsamaktadır. Üçüncü aşama ise yeni teknolojilerin kullanılması ile geliştirilen yeni hizmetlerin ortaya çıkartılmasını içermektedir. Daha önce belirtildiği üzere örgütsel yenilik ve teknolojik yenilik etkileşim içerisinde olan süreçlerdir. Dolayısıyla sağlık sektörü açısından bakıldığında “ Online Randevu sistemleri” ya da “Hasta Takip Sistemi” bu etkileşimli sürece örnek olarak verilebilmektedir.

Sağlık sektörü, özel ve kamu hastanelerini, muayenehaneleri, ilaç ve medikal firmalarını ve biyoteknolojiyi içine alan çok çeşitli alanlara bölünmüş binlerce işletmeyi içinde barındıran büyük bir sektördür (Uğurluoğlu ve Payziner, 2011: 140).

Günümüzde sağlık sektörü içerisinde ürün ve hizmetlerin sunumunda ortaya çıkan yenilik; doğuştan beklenen yaşam süresi, yaşam kalitesi, tanı ve tedavi seçenekleri, bunun yanında sağlık sisteminin etkinliğini ve maliyet etkililiğini arttırmayı amaçlamaktadır (Uğurluoğlu ve Payziner, 2011: 143).

Hastanelerde uygulanan yeniliğin anlamı sadece olay/vaka yönetimi ve hastalık yönetimi perspektifinden incelendiğinde ise küreselleşen işgücü piyasası bağlamında yetersiz kalmakta ve hatta bir çıkmaza girebilmektedir. Çünkü hastanelerde sunulan hizmetleri sadece sağlık hizmetleri olarak değil, bir örgüt olarak hastanede sunulan tüm hizmetleri dikkate alınarak incelemek gerekmektedir. Buna bağlı olarak günümüzdeki bakım süreci kapsamındaki değişimle paralel gerçekleştirilen yenilik,

birçok nedenden dolayı süreç yeniliği ve örgütsel yenilik olarak tanımlanabilir. Öncelikle, hastanelerde var olan bölümlere ayrılmış ve farklılaştırılmış iş çevresi, günümüzde eşgüdümü, fikir üretmeyi ve bilgi aktarımını zorunlu hale getiren ve birçok disiplinin bütünleştirilmesini gerekli kılan bağımsız bir çalışma ortamına dönüşmüştür (Drach-Zahavy vd., 2004: 217).

Bu bakış açısıyla tutarlı olarak Greenhalgh ve arkadaşları (2005), sağlık sektöründe hizmetlerin sunumu ve örgütlenmesi bakımından yeniliği; davranışların, alışkanlıkların ve sağlıkla ilgili iyileştirici ve geliştirici çalışma yöntemlerinin içinde bulunduğu özgün bir kavram olarak ifade etmektedirler.

Omachonu ve Einspruch'a (2010) göre ise sağlık hizmetlerinin sunulmasında yenilik; *“tanı, tedavi, eğitim, tıbbi destek, önleme ve araştırma geliştirmeyi ve uzun dönemli hedeflerde de kalite, güvenlik, çıktı, etkinlik ve maliyetleri iyileştirmeyi hedefleyen yeni içerikler, fikirler, hizmetler, süreçler ya da ürünleri”* ifade eden bir kavramdır.

Hatırlanacağı gibi yenilik, “bireylere fayda sağlayacak yeni fikirlerin, süreçlerin, ürünlerin ya da prosedürlerin kasıtlı bir şekilde bir rol, grup, ya da örgüt içerisinde sunulması ya da uygulanmasıdır (West, 1990: 309). Yine aynı noktadan hareketle hastanelerdeki yenilik; yeni hizmetler, yeni çalışma yöntemleri ve yeni teknolojiler olarak özetlenebilir (Lansisalmi vd., 2006: 67).

Ancak sağlık sektörü kendi içerisinde hiyerarşik ve biçimsel yapıyı aynı zamanda da karmaşıklığı barındıran bir sektördür. Modern sağlık örgütlerinde hâkim olan

yaklaşım biyomedikal sağlık modelidir. Yani hastalığın medikal (ilaçlar ile ve bilimsel bir yaklaşımla) ya da tedavi yöntemi ile ele alınması söz konusudur. Bu hiyerarşi içerisinde en üst seviyede doktorlar büyük güç sahibi olarak kabul edilmektedirler. Coleman, Katz ve Menzel (1966) çalışmalarında yenilikçi tıp doktorlarının kozmopolit, sık sık şehir ya da ülke dışındaki tıp kongre ya da toplantılarına katılan ve çoğunlukla insan ilişkilerinde başarılı olan kişiler olduklarını öne sürmüşlerdir (Akt. Rogers and Singhal, 1996,417). Bu sistem içerisinde kurulu bulunan örgütler (yani hastaneler) son derece tutucu addedilirken bu yapı içinde çalışan doktorların da eşit seviyede tutucu oldukları düşünülmektedir. Örgütsel yenilik açısından bakıldığında yeniliği ortaya çıkaranlar doktorlar olacaktır ancak kullandıkları teknolojiye ve tedavi yöntemine temkinli yaklaşacakları da açıktır. Bu nitelikteki tıp doktorlarının, hem örgütsel yeniliğe hem de teknolojik yeniliğe bakış açılarının da aynı derecede tutucu olması kaçınılmazdır (Walker ve Whetton, 2002: 73-74).

Sağlık sektöründe yenilik daha çok ürün, süreç ve yapı ile ilişkilendirilmektedir. Bu noktada, ürün hastaların ödeme yaptıkları yenilikleri ifade ederken süreç yeniliği, üretim ve hizmet sunum yöntemlerindeki yenilikleri karşılamaktadır. Yapısal yenilik ise sağlık kurumunun altyapısını etkileyen ve yeni işletme modelleri ortaya çıkaran değişiklikleri içermektedir (Varkey ve diğerleri, 2008:384).

Herzlinger (2006: 29), sunulan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi açısından üç tür yeniliğin ortaya çıkarılabileceğinden bahsetmektedir. Bunlardan ilki yararlanıcıların, bir başka deyişle tüketicilerin sağlık hizmetlerini kullanma şekillerini ifade eden

“tüketici odaklı yeniliktir”. Bu yaklaşımda hastalar ve yakınları, başka ürünler talep eden müşterilerden farksız kabul edilmekte ve her iki grubun da beklentisinin kaliteli ürün, hizmet ve erişim kolaylığı olduğu belirtilmektedir. İkincisi, yeni ürünler ve tedaviler geliştirmek amaçlı olan “teknolojik yeniliktir”. Yeni ilaçlar, tedavi ve tanı yöntemleri, ilaç sunum sistemleri ve tıbbi cihazlar gibi sunulan yeni teknolojiler, beklentilere cevap verecek ve tedavi sürecini kolaylaştıracak daha düşük maliyetli ve kesintisiz hizmetler açısından büyük önem taşımaktadır. Son olarak ise Herzlinger (2006) “işletme modelleri yeniliğinden” bahsetmektedir. Bu da yatay ya da dikey olarak farklı sağlık kurumlarını bir araya getiren yenilik olarak tanımlanmaktadır.

Yeni ilaçlar, tanı yöntemleri, ilaç sunum sistemleri ve tıbbi cihazlar gibi yeni teknoloji, daha başarılı tedaviyi, daha düşük maliyetle ve kesintisiz olarak sunabilmek için önemli adımlar olarak görülmektedir. Bu bağlamda bilgi teknolojilerinde meydana gelen yenilikler sağlık sistemine büyük ölçüde katkıda bulunmaktadır (Herzlinger, 2006: 59-63).

Yenilik, bir örgütün gelişimi açısından düşünüldüğünde ürün ve süreçteki değişim ve yeniliklerin yanı sıra, **müşteri/tüketici memnuniyetini** de gerektirmektedir. Bu unsurlar bir araya getirildiğinde yeniliğin etkinliğinin de artması söz konusu olacaktır (Durna, 2002: 47). Bu bağlamda hastaneler için de teknolojik ya da tedavi hizmetlerine yönelik yeniliklere ek olarak yine hastanelerde sunulan “otelcilik hizmetleri” gibi örgütsel yeniliklerin da hastalar üzerinde olumlu etki yaratarak tedavi sürecini hızlandırabileceği; hastaların ve yakınlarının memnuniyetlerini arttırabileceği düşünülmektedir.

Daha önce de ifade edildiği gibi hastanelerde gerçekleşen yenilik büyük ölçüde teknolojiktir. Ancak örgütsel yeniliğin teknolojik yeniliğin gerçekleşmesi bakımından bir önkoşul olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Buna göre, öğrenme kapasitesi, değerler, ilgiler ve örgütsel dönüşümü ve teknolojik değişmeyi gerçekleştirebilme ya da şekillendirebilme gücü gibi içsel örgütsel güçlere daha fazla önem verilmesinin gerektiği de açıktır (Lam, 2006: 115). Sağlık hizmetlerindeki yenilik sürecini daha ayrıntılı biçimde ele alan Omachonu ve Einspruch (2010), bu sürecin beş ana paydaşının olduğunu ve her bir paydaşın da kendine özgü ihtiyaçlarının, isteklerinin ve beklentilerinin bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu paydaşlar aşağıdaki **Tablo I.3.**'de gösterilmektedir.

Tablo I.3. Sağlık Hizmetlerinde Yenilik Sürecinin Paydaşları

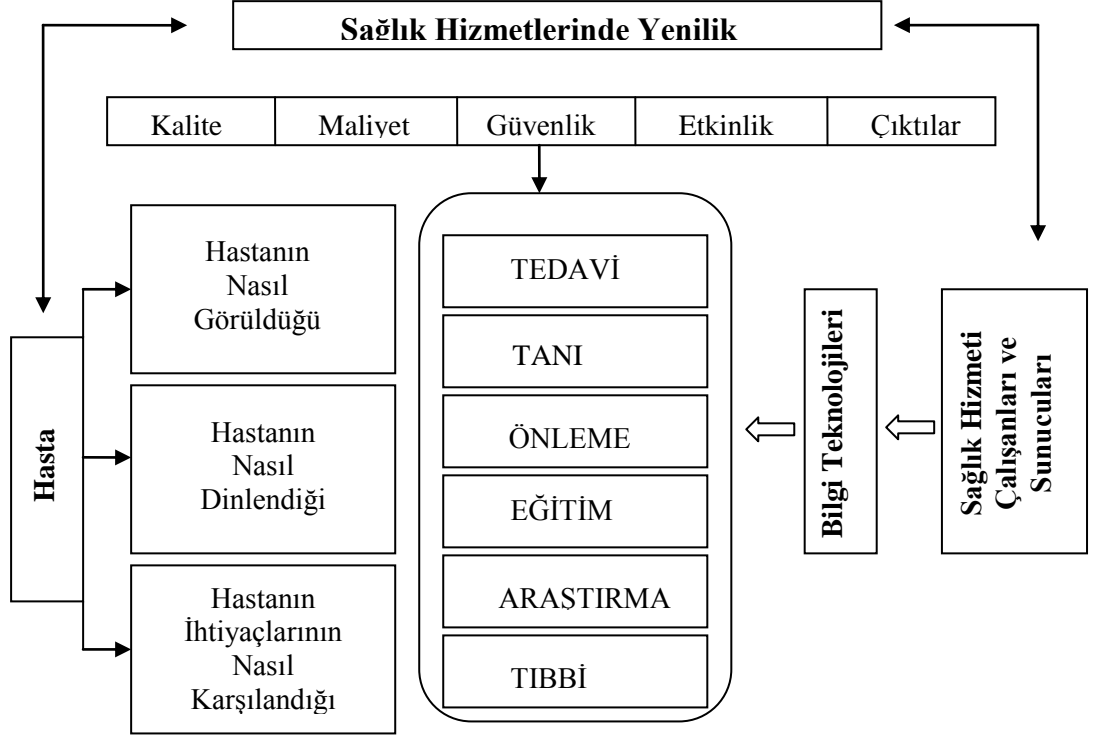
PAYDAŞLAR	İHTİYAÇ, İSTEK VE BEKLENTİLER
Doktorlar ve Diğer Sağlık Personeli	Tıbbi çıktılarının iyileştirilmesi, tanı ve tedavilerin iyileştirilmesi
Hastalar	Hastaların deneyimlerinin iyileştirilmesi, psikolojik durumunun iyileştirilmesi, bekleme zamanlarının azaltılması, gecikmelerin azaltılması
Kurumlar	Kurum içi faaliyetlerin etkinliğinin artırılması, maliyetlerin azaltılması, verimliliğin, kalitenin ve çıktılardaki iyileşmelerin artırılması
Yenilikçi İşletmeler	Karlılık, çıktılarının iyileştirilmesi
Düzenleyici Organlar	Risklerin azaltılması ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesi.

Kaynak: Omachonu, V.K. ve Einspruch, N.G. (2010), Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, 15(1), Article 2, pp:9

Günümüzde sağlık sektöru içerisinde üruu ve hizmetlerin sunumunda ortaya çıkan yeniliklerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bu yenilikler doğuşta beklenen yaşam süresi, yaşam kalitesi, tanı ve tedavi seçenekleri ve bununla birlikte sağlık sisteminin etkinliğini ve etkililiğini arttırmayı amaçlamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan yenilikler cerrahi müdahalelerdeki ve ilaçlardaki yenilikleri de kapsamaktadır (Omachonu ve Einspruch, 2010: 2).

şekil I.3.'de de görüldüğü gibi sağlık kurumları, tanı koyma, tedavi, önleme, eğitim, araştırma ve tıbbi destek olmak üzere birçok farklı amaca hizmet etmektedir. Yenilik süreci açısından bu amaçların birbiri ile bağlantısı da kuşkusuz modelde yer almaktadır.

Şekil I.3 Sağlık Hizmetlerinde Yenilik İçin Kavramsal Bir Çerçeve



Kaynak: Omachonu, V.K. ve Einspruch, N.G. (2010), Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, 15(1), Article 2.pp:10

Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan yenilik, hizmet sunum biçimlerinde yapılan önemli iyileştirmeleri, var olan hizmetlere yeni fonksiyonlar veya özellikler eklenmesini ya da tamamen yeni hizmetlerin sunulmaya başlamasını içermektedir (Uğurluoğlu ve Payziner, 2011: 144). Bu yenilik girişimlerinin temel amacı paydaşların elde ettikleri sonuçları zenginleştirmektir ve bu bağlamda bilgi teknolojileri önemli bir araç olarak tanımlanabilir.

Ülkemizde de yenilik hareketlerinin sağlık hizmetlerinde yaratacağı olumlu gelişmelere dikkat çeken çeşitli çalışmalar mevcuttur. TUSİAD tarafından Şubat

2011’de hazırlanan “Türkiye’nin Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde Sağlıkta İnovasyon” başlıklı raporu buna örnek olarak verilebilir.

Sağlık sektörünün yenilik ortamını değerlendirmek amacıyla hazırlanan rapor, sektörü mallar ve hizmetler olarak iki temel kategoride değerlendirmektedir. Sağlık sektöründe kullanılan mallar açısından iki ana sektör olarak ilaç ve tıbbi cihaz sektörlerinde yenilik olanakları ele alınırken, hizmetler açısından yenilikçi hizmet süreçlerine olanak sağlayan e-Sağlık uygulamalarına özellikle yer verilmiştir. Sağlık Bakanlığı e-Sağlık’ı sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunulabilmesi, vatandaşın hızlı erişiminin sağlanması, personel motivasyonu ve ilgili paydaşlarla veri paylaşımının sürdürülebilir olması için internetin ve bilişim teknolojilerinin sağlık alanında kullanılması olarak tanımlamaktadır(<http://www.e-saglik.gov.tr>).

Yenilik sürecinin önemli bir sonucu olarak gittikçe daha çok önem kazanmakta olan “hasta ve hasta yakını memnuniyeti” sadece o kurumdaki yenilik uygulamalarına bağlı değildir. Tarafların sosyal gerçekliği nasıl algıladıkları da önemlidir. Bu çalışma kapsamında hastaların algılarını belirlemek amaçlanmamış; dolaylı olarak doktor ve hemşirelerin algılarından genel bir değerlendirmeye ulaşmak hedeflenmiştir. Bu bağlamda, sağlık sektöründe hizmet kalitesi algısı önemli bir değişken olarak düşünülmektedir. İzleyen bölümde, hastanelerde hizmet kalitesi ve buna ilişkin algısal süreçler ayrıntılı biçimde ele alınmaktadır.

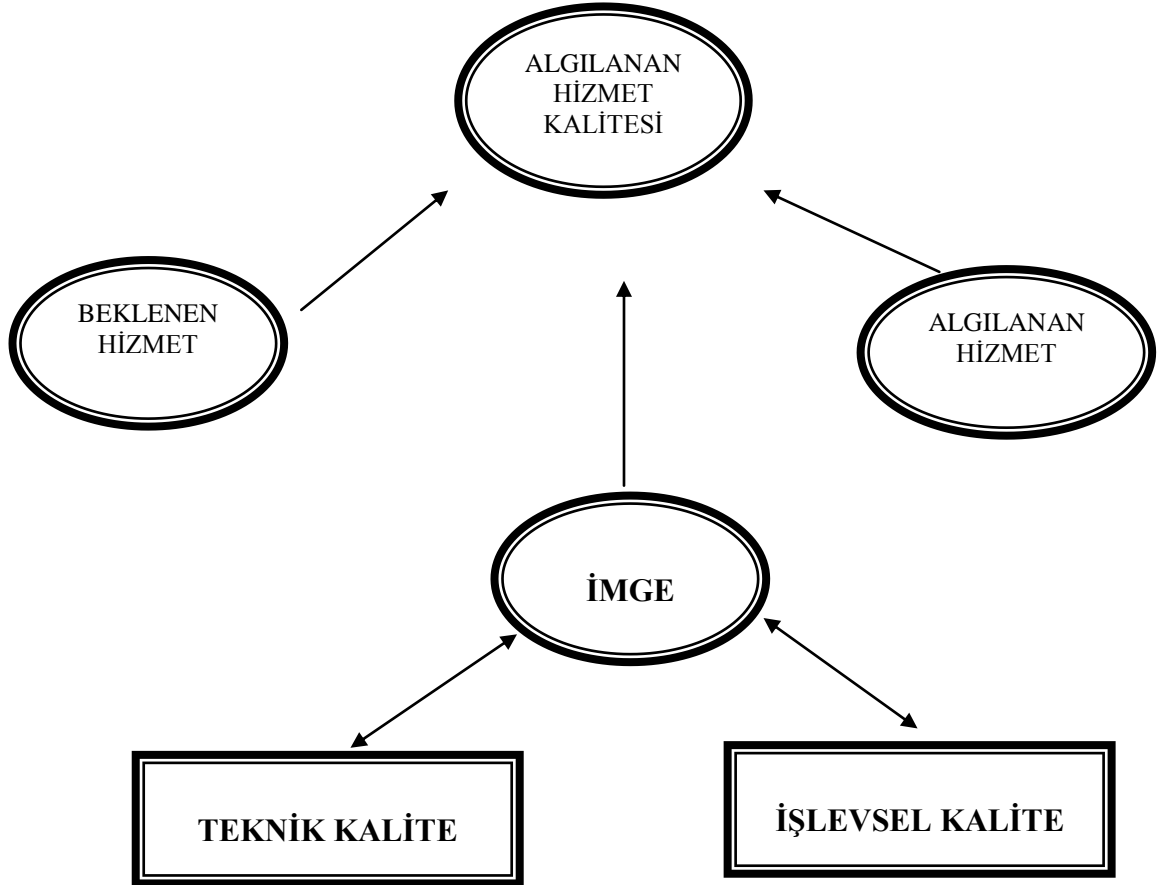
I.4. HASTANELERDE HİZMET KALİTESİ VE KALİTE ALGISI

Hizmetler sektörü tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sürekli büyümekte ve kendini geliştirmektedir. Ortaya çıkan rekabet ortamında üstünlük sağlayabilmenin koşulu daha kaliteli hizmet ve önceki bölümlerde de vurgulandığı gibi yeniliktir. Hatırlanacağı gibi, hizmet kalitesinin tüketici memnuniyeti üzerinde anlamlı etkileri bulunmaktadır (Donnelly, vd.; 2006). Aslında ilgili alan yazında bu iki kavramın biricik ve özgün yapıları ifade ettiği ama bir yandan da birbirleriyle güçlü korelasyon gösterdiği açıkça ortaya konmuştur (ör. Bitner & Hubbert, 1994). Tüketici memnuniyeti evvelce yaşanmış deneyimlerin sonucunda duyumsananlardan etkilenebilen, o nedenle de epeyce karmaşık bileşenleri olan bir süreçtir. O nedenle tatmin psikolojik beklentilerle bağlantılıdır.

Knutson ve arkadaşları (2010), bundan kırk yıl önce Toffler'in (1970) mal ve hizmetlerin gelecekte nasıl görüneceğine dair fikirlerini hatırlatarak, bunun “deneyim endüstrisi” için ilk adım olduğunun altını çizmektedirler. Otuz yıl sonra, Pine and Gilmore (1999), bu düşüncenin ne denli isabetli olduğunu gösterir şekilde, hizmet ekonomisinden “deneyim ekonomisine” doğru geçişin başladığını ilan etmişlerdir ve deneyimler, alıp satılan mallar (ürünler) ve hizmetler arasında açık ekonomik farklılıkların oluştuğunu bildirmişlerdir (Akt. Knutson vd.; 2010). Buna göre ticaret malları ölçülebilir, ürünler somut, hizmetler soyut ama deneyimler hatırlanmaya değer niteliktedir.

Oliver (1981) de tüketici memnuniyetinin sunulan hizmetlere verilen bilişsel ve duygusal reaksiyonlarının bir özeti olduğunu ve beklentileri karşılayan hizmetlerin tatmin, karşılamayanların ise tatminsizlik yaratacağının altını çizmiştir. Bu açıdan bakıldığında, Gronroos'un (1984) üç bileşenli hizmet kalitesi modeline değinmek uygun olacaktır. Modelde Şekil I.4'te de görüldüğü gibi, teknik kalite, işlevsel kalite ve imaj unsurları vurgulanmaktadır.

Şekil I.4.Gronroos'un (1984) Hizmet Kalitesi Modeli



Teknik kalite, tüketicinin etkileşim sonucunda gerçekten elde ettiği şeyin (NE?) kalitesidir ve bu hizmet kalitesini değerlendirmede tüketicilerin son derece önem verdikleri bir husustur. *İşlevsel kalite* ise tüketicinin teknik bir ürünü ya da hizmeti

“NASIL?” elde ettiğine dair algılarına karşılık gelir. *İmge* bilhassa hizmet sektöründe faaliyet gösteren kurumlar için çok önemlidir ve bunu belirleyen de teknik ve işlevsel kalite göstergeleridir. O kadar ki Zaibaf ve arkadaşları (2013), bu iki kalite boyutuna kıyasla gelenek, ideoloji, fiyat, halkla ilişkiler gibi etkenlerin imge üzerindeki biçimlendirici etkisinin zayıf kaldığına dikkat çekmişlerdir.

Hizmetler sektörünün en önemli alanlarından biri olan sağlık sektöründe maliyetlerin önem kazanması, sağlık hizmetlerinden yararlananların tutum ve beklentileri ile artan rekabet “kalite” kavramını ön plana çıkarmıştır. Her kesimin yaşamını etkileyen kalite kavramı, insanların ve sistemlerin hata yapmama ve mükemmelle ulaşma isteği doğrultusunda ortaya çıkmış bir kavramdır (Karagöz, 2010: 4). Gerçekten rekabet ortamında fark yaratabilmek zordur ama sağlık sektöründe bu daha da zordur. Tedavinin gereklerini yerine getirme hususunda hastanın işbirliğini güçlendiren çok önemli bir unsur kalite algısının ve imajın olumlu yönde gelişmesini sağlamaktır.

Önemle üzerinde durulması gereken bir konu, örgütlerin bünyesinde barındırdığı yenilik performansının her ne kadar dışsal faktörlerden etkileniyorsa da, yeniliğin esas yaratıcısının örgütün nitelikli insan kaynağı olduğudur. Nitekim kalite kavramına yapılan vurgu da örgütlerin rekabet edebilme potansiyelinin artmasını insan kaynağına bağlamaktadır (Savcı, 2011:202). Bir kurumun sadık müşterileri arttıkça uzun dönemde verimlilik ve başarı için güvenceli bir koşula geçilmiş olacaktır.

Sağlık hizmeti, hizmeti sunanlar ile (doktor, hemşire, hasta bakıcı vb.) hasta ve yakınlarının etkileşimi kadar hastanenin fiziki imkânlarını da kapsayan geniş bir kavramdır (Öztürk, 2009:4). Hasta ve yakınları sunulan hizmetleri ve alternatif imkânları ciddiyle değerlendirmekte ve hangi hastane kendi beklentilerini en iyi biçimde karşılıyorsa, o kurumu tercih etmektedirler. Ancak bu tercih özel hastane ve kamu hastanesi ayırımında açıkça ortaya konamamaktadır. Çünkü bu ayırmda bireysel tercihlerin ötesinde maddi olanaklar da etkili olmaktadır.

Sağlık açısından kalite kavramını, bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlamak mümkün olabilir (Gürsoy, 2013: 60). Ancak önemli olan bir diğer nokta hizmetten yararlananların yani hasta ve yakınlarının sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve ihtiyaçlarının da gözardı edilmemesi gerektiğidir. Öyle ki, daha önce de belirtildiği gibi bireylerin hastane tercihlerinde, sağlık hizmetlerine ulaşabilmede ve sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinde önemli farklılıklar vardır. Bu nedenle sunulan hizmetin kalitesinin değerlendirilebilmesi açısından bu farklılıkları ortaya çıkaran faktörlerin araştırılması gerekmektedir (Karaca, 2006:2).

Kavuncubaşı'na (2000) göre sağlık hizmetinin kalitesi şu şekilde formüle edilmektedir:

Sağlık Hizmetinin Kalitesi= Teknik kalite + Tedavi sanatı

Buna göre; “Teknik kalite” teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olması” olarak ifade edilirken, “tedavi sanatı”

verilen hizmetlerin hasta ve yakınlarının beklentilerini karşılama düzeyini ifade etmekte, (Kavuncubaşı, 2000: 270) bir başka ifade ile “kalite algısı” na işaret etmektedir.

Mevcut rekabet ortamında, işletmelerin varlıklarını sürdürebilmeleri ve başarılı olabilmeleri, kaliteyi arttırmak, maliyetleri düşürmek ve bunun yanında müşteri tatminini ön planda tutmaya bağlıdır ve Toplam Kalite Yönetimi, bunları sağlamayı amaçlayan bir sistemdir (Güngör, 2008: 8).

Buna göre, bir örgütteki tüm bireyler bir ya da daha fazla sürecin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Hastaneler ele alındığında kalite, hizmetin sunulması esnasında, genellikle de hasta ve sağlık personelinin (doktor ve hemşireler) etkileşimi sırasında ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle burada hizmet kalitesi büyük ölçüde sağlık personelinin performansı ile açıklanmaktadır ve bu da personelin sosyal, psikolojik ve örgütsel bir kaynak olmasından ötürü kontrol ve değerlendirilmesi zor bir unsur oluşturmaktadır.

Toplam Kalite Yönetimi bir yönetsel uygulamalar kümesi olarak, günümüz şirketlerinde yaygın kullanım alanı bulmuş bir yönetim modelidir. Bu yaklaşımla sağladıkları rekabet edebilme potansiyelini yenilik performansına yansıtmak isteyen örgütler, bu yönetim yaklaşımlarını yaratıcılık ve yenilik üretmek açısından etkili kullanmaya odaklanmışlardır (Savcı, 2011:221).

Toplam Kalite Yönetiminin sağlık sektörü açısından karşılığı, hasta mutluluğudur. Doğru teşhis, tedavi, gecikmeden verilecek güler yüzlü hizmet, temiz ve konforlu bir ortam ve uygun maliyetler vb. faktörler hasta ve yakınlarının mutluluğunun sağlanmasında toplam kalitenin birer unsurunu oluşturmaktadır. Bununla birlikte uygun koşullarda çalışan mutlu ve sağlıklı personel de yine hedefler arasında yer almaktadır. Bir başka ifade ile hastanelerde toplam kalite yönetimi, hastane çalışanlarının ve hastaların mutluluğu çerçevesinde sağlanmaya çalışılmaktadır (Morgil ve Küçükçirkin, 1996:33).

Bu nedenle hastanede sunulan hizmetin kalitesinin artırılması bakımından, kalite standartlarını açık, anlaşılır ve herkesi dâhil edecek şekilde saptamak, personel seçiminde daha titiz hareket ederek örgütün belirlediği amaçları gerçekleştirebilecek kişilerin seçilmesini sağlamak ve kalite geliştirme ile ilgili olarak çalışanların motivasyonunu arttırmak kaçınılmaz olmaktadır (Işık, 2005: 20). Bununla birlikte hasta ve refakatçileri açısından değerlendirildiğinde hastanenin fiziki koşullarının iyileştirilmesinin ve hastanede geçirilen süre boyunca sağlanan konforun arttırılmasının da sunulan hizmetlere ilişkin kalite algısını önemli ölçüde etkileyeceği düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite, uluslar arası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde müşterilerin beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmasıdır. Bu nedenle kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirmek yolunda bazı çabalar artık bir zorunluluk haline gelmiştir.

Günümüzde özel ya da kamu pek çok hastanenin ISO, JCI vb. bazı belgeler olarak hizmet kalitelerinin standartları karşıladığını ispatladıkları bilinmektedir. Elbette ki bu belgeleri alabilmek için hastanelerin de toplam kalite yönetimi anlayışına hâkim olmaları gerekmektedir. Bu anlayışa göre önemli olan hizmet alan bireylerin memnuniyetinin sağlanmasıdır.

Daha önceleri sağlık kurumları müşterisi denildiğinde, sadece hastalar akla gelmekteyken artık hastalar dışında sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm bireyler yani hastane çalışanları da bu kapsamda değerlendirilmektedir. Hastaneler açısından değerlendirildiğinde daha fazla hasta çekmek, gelen hastaları memnun edebilmek ve hastanın ihtiyacı olduğunda yine aynı hastaneyi tercih etmesini sağlamak günümüzde daha fazla önem taşır hale gelmiştir (Yıldız ve Yıldız, 2011: 3227).

Hizmet kalitesi en genel haliyle, verilen hizmetin kullanıcılarının beklentilerini tatmin düzeyinin ölçüsüdür. Bir başka ifadeyle, bir örgütün müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da üstüne çıkabilme yeteneğidir. Burada önemli alan hizmeti kullananların algı düzeyidir.

Alanyazın incelendiğinde hizmet kalitesine ilişkin en genel tanım şu şekildedir: “Hizmet kalitesi; müşteri beklentilerinin karşılanması için, üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir” (Odabaşı, 2008: 93).

Hizmet kalitesini; beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi olarak iki başlık altında değerlendirmek mümkündür (Özatkan, 2008: 33). Beklenen hizmet kalitesi, bireylerin hizmete ilişkin beklentilerini ve memnun kalmak için sunulacak ürün ya da hizmetin sahip olması gerek özelliklerini anlatmak için kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi ise, bireylerin hizmete ilişkin beklentileri ile gerçekleşen hizmet arasındaki farkın derecesi ve yönü olarak ifade edilmektedir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988: 15). Algılanan kalitede mal veya hizmetin nitelikleri değil, o mal ya da hizmetin bir bütün olarak tüketiciye sağlayacağı yarar önemli kabul edilmektedir (Canpolat, 2002:62).

Genel olarak değerlendirildiğinde hizmet kalitesinin belirlenmesinde, fiziki unsurlar, güvenilirlik, doğru ve tam zamanında hizmet, karşılıklı iletişim gibi unsurlar önem kazanmaktadır (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988: 23). Hastaneler dikkate alındığında ise, fiziki unsurlar dışında doktor ve hemşirelerin önemli rol üstlendikleri söylenebilir. Çünkü daha önce de belirtildiği gibi “kalite” hasta ile doktor ve hemşirelerin etkileşimi sırasında ortaya çıkmaktadır.

Algılanan hizmet kalitesi bireyden bireye farklılık gösterecektir. Çünkü bireylerin öncelikleri, değerleri, eğitim düzeyi, kültür, yaşı ya da cinsiyeti gibi pek çok faktör bireylerin beklentilerini de şekillendirmektedir. Bir başka ifadeyle bireylerin hizmet kalitesi beklentileri, hizmet kalitesi algılarını etkilemektedir.

Kalite algısı tıbbi ve sosyal hizmetin değerlendirilmesinde kullanılacak en önemli kriterlerden biri olarak görülmektedir. Bu nedenle, sağlık personeli, kalite

değerlendirme ve geliştirme çalışmalarında, hasta tercihlerini ve toplumsal beklentilerini dikkate almak, verilen hizmetin hastaların istek, değer ve beklentileri ile uyumlu olmasını sağlamak zorundadırlar (Serbest, 2006:28).

Hizmet kalitesine ilişkin değerlendirmeler çoğunlukla farklılaşmaktadır. Çünkü sunulan hizmetin soyut olması, hizmet kalitesini de soyut kılmaktadır. Dolayısıyla hastanelerde sunulan hizmetlere bakıldığında hazırlanan yemeğin kalitesini değerlendirmek ile yapılan tedavinin kalitesini değerlendirmek aynı derecede kolay olmayacaktır. Öyle ki, hastanede sunulan yemeği değerlendirmede kişisel beğeni söz konusu olurken, gerçekleştirilen bir ameliyatı değerlendirmek için bilgi ve uzmanlık gerekecektir. O halde hastanede sunulan hizmetleri tıbbi hizmetler ve sosyal hizmetler olarak ayrı ayrı değerlendirmek bu çalışma açısından da anlamlı değerlendirmelere olanak sağlaması açısından yerinde olacaktır.

Kalite algısı tıbbi ve sosyal hizmetin değerlendirilmesinde kullanılacak en önemli kriterlerden biri olarak görülmektedir. Bu nedenle, sağlık personeli, kalite değerlendirme ve geliştirme çalışmalarında hasta tercihlerini ve toplumsal beklentilerini dikkate almak, verilen hizmetin hastaların istek, değer ve beklentileri ile uyumlu olmasını sağlamak zorundadırlar (Serbest, 2006:28).

Hastaneler kendilerine özgü özellikleri nedeniyle diğer hizmet işletmelerinden ayrılmaktadırlar. Çünkü sundukları hizmet hastalara verilen tedavi ve bakım hizmetleridir ve bu hizmetin kalitesini belirlemek ve değerlendirmek oldukça zordur (Seçim, 1991: 21)

Hastaneler topluma sağlık hizmetinin sunulmasında en önemli rolü üstlendiği için sağlık sisteminin temel taşı olarak görölmektedir (Yazgan, 2009: 39). Bu bağlamda, sadece tıbbi hizmet sunulan yer olmanın ötesinde refah seviyesi, tüketim davranışları, bireylerin eğitim durumları, kültürel düzeyleri, sağlık sisteminin yapısı ve işleyişi, sağlık politikaları gibi birçok bireysel ve çevresel faktörlerin etkisine açık sistemlerdir (Gürsoy, 2013: 70). Tüm hastaneler aynı tip hizmet sunmalarına karşın, ağırlaşan rekabet koşulları nedeniyle rakiplerine göre hizmet farklılaştırması yolunu seçmektedirler. Öyle ki, hizmet kalitesini arttırabilmek, hizmet mükemmelliğini başarabilmek ve sıfır hata hedefini yakalayabilmek için yoğun çaba sarf etmek zorunda kalmaktadırlar (Zaim ve Tarım, 2010: 3).

Daha önce de belirtildiği gibi hastanede sunulan hizmetlere ilişkin kalite algısını yükseltmesi bakımından örgütsel yeniliğin ortaya çıkarılması dışında benimsenmesi ve yayılımı da yine bu çalışma kapsamında büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda örgütsel yeniliğe etki eden faktörler dışında yayılım da önemle üzerinde durulması gereken bir başka alanı oluşturmaktadır. O nedenle ki sunulan bu çalışmaya kuramsal çerçeve oluşturan Rogers'ın (1995) "Yeniliğin Yayılımı Teorisi" izleyen bölümde ayrıntılı biçimde ele alınmaktadır.

1.5. YENİLİĞİN YAYILIMI TEORİSİ

Yeniliğin yayılımı denildiğinde yapılan çalışmaların daha çok bireylerin ya da örgütlerin yeni olana adaptasyonu ve eski olanı değiştirmeyi akla getirdiği dikkati

çekmektedir. Hall (2006) ise yayılımın; öğrenme, taklit etme, uygulama gibi yeniliğin özünde zaten var olan bir parçası olduğunu öne sürmektedir.

Yeniliğin yayılımı ile ilgili çalışmaların, Gabriel Trade'in (1843-1904) öncülüğünde ortaya konulan kavramlar üzerinden geliştirildiği görülmektedir (Savery,2005:5). Bununla birlikte bu konu ekonomik, sosyolojik, tarihsel vb. pek çok perspektiften incelenmiştir (Hall,2006:461). Bu çalışma açısından önem taşıyan sosyolojik ve örgütsel perspektiften yapılan çalışmalara bakıldığında Rogers'ın “ Yeniliklerin Yayılımı” (Diffusion of Innovations) başlıklı eseri temel hareket noktasını oluşturmaktadır.

Rogers (1983) da 1971 ve 1983'de yaptığı çalışmalarda bu kavramlardan hareket etmiş farklı olarak yayılım sürecinde iletişim kanallarının önemine vurgu yapmıştır (Akt. Güneş, 2010: 44). Modelde mevcut bir sosyal sistemin varlığından bahsedilmektedir. Bu açıdan düşünüldüğünde hastaneler de sosyal bir sistem olarak değerlendirilebilmektedir. Yeniliğin yayılımı teorisi, uzun zamandır sağlık alanında kamuda gerçekleşen yeniliklerin yayılmasının ve dağılımının sağlanmasının aşamalarının ve sürecinin anlaşılması amacıyla kullanılan bir model olarak da değerlendirilmektedir (Oldenburg ve Glanz, 2008: 313).

Yeniliğin yayılımının karakteristik özelliklerini Wejnert (2002) yeniliğin “kendi özellikleri”, “yeniliği yapanların özellikleri” ve “çevresel koşullar” olarak sınıflandırmaktadır. Buna göre yeniliğin kendi özellikleri ekonomik boyutlarla ilgilidir; yani maliyet ve kâr unsurları üzerinde durmaktadır. “Yeniliği yapanların

özellikleri” olarak belirtilen karakteristik ise söz konusu yeniliği empoze edenin, diğer aktörler üzerindeki etkisine karşılık gelmektedir. Bu bağlamda, toplumsal kuruluşların yeniliğe aşinalık düzeyi, sosyoekonomik özellikleri, sosyal ağlar içindeki konumlanışının etki yaratan unsurlar olduğu söylenebilir. Üçüncü olarak ifade edilen “Çevresel koşullar” adı altında ise; coğrafi konumlanma, toplumsal kültür, politik koşullar ve kurumsallaşma, küresel teknoloji ve iletişim kanalları kastedilmektedir.

Yeniliğin yayılımı, örgüt içinde ve örgütler arasında gerçekleşebilir. Örgütler arası yayılım, ilk kez (yeni) üretilen ya da kullanılan bir mal ya da hizmetin veya başka ülkelerden transfer edilen bir yönetim uygulamasının yayılımı olarak tanımlanabilir. Örgüt içi yayılım ise, benimsenen bir yeniliğin, bir fikrin, bir düşüncenin ya da bir uygulamanın örgütte bulunan aktörler tarafından kabul edilip benimsenmesini ve uygulanmasını anlatmaktadır. Elbette bu noktada bireysel ve örgütsel özelliklerin önemli rol oynayacağı açıktır. Bu özellikler; örgüt içerisinde bulunan bireylerin sahip oldukları statü, öğrenmeye ne kadar açık oldukları, öğrenme sonucu yaşanacak bireysel ve örgütsel değişimin derecesi, bu değişimi algılama düzeyi, bireyin örgütte ekip çalışmasına olan yatkınlığı ve kişisel özellikler şeklinde ifade edilebilir (Yeloğlu, 2011: 12).

Yeniliğin yayılımı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde süreç ile ilgili temel kavramlar **Tablo I.4.**'te gösterilmiştir.

Tablo I.4. Yayılımın Anahtar Kavramları ve Aşamaları

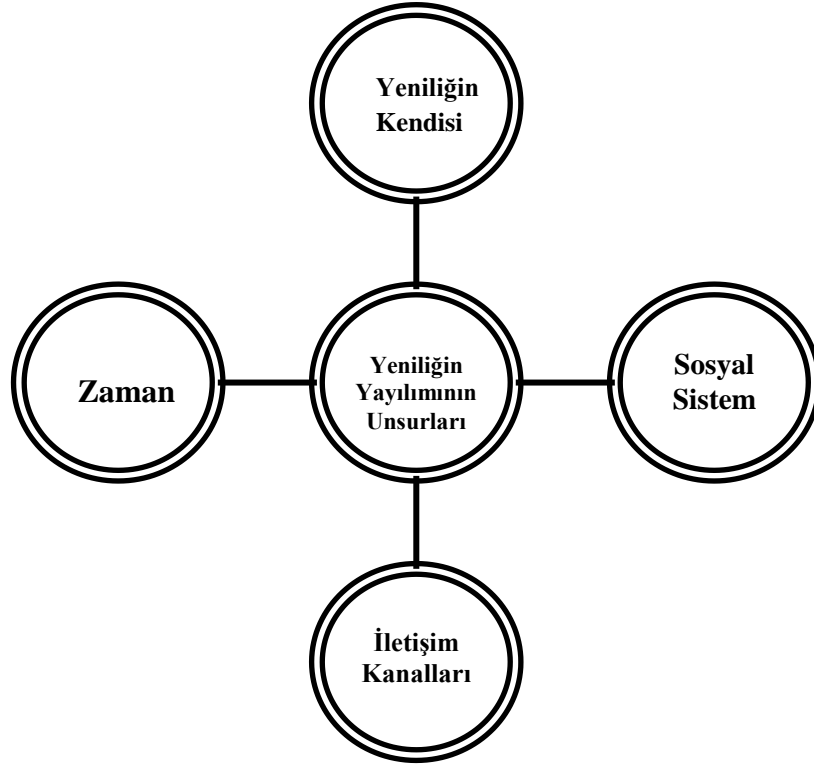
KAVRAM	AÇIKLAMASI
Yayılım (<i>Diffusion</i>)	Yeniliğin baştan başa yayılması, yeniliğin sosyal sistemin üyeleri arasında belirli bir zamanda ve belirli kanallar aracılığıyla iletilmesi yoluyla gerçekleştiği bir süreç.
Yayılma/Dağılım/Yayma (<i>Dissemination</i>)	Bir program ya da yeniliğin daha yaygın kullanımının sağlanması amacıyla tasarlanan planlı ve sistematik çabalar.
Yenilik/İnovasyon (<i>Innovation</i>)	Birey ya da benimseyen bir grup tarafından yeni olarak seçilen/kabul edilen (perceived) bir fikir, uygulama ya da obje.
İletişim Kanalları (<i>Communication Channels</i>)	Mesajların dağılması/yayılması, kitle iletişimini, kişiler arası iletişimi ve elektronik iletişimi içermesi ile tanımlanmaktadır.
Sosyal Sistem (<i>Social System</i>)	Ortak amaca ulaşmak için birlikte problem çözmek için uğraşan, birbiri ile ilgili birimler kümesi. Sosyal sistemlerin kuralları ve liderliği içeren bir yapısı vardır.
Yenilik Geliştirme (<i>Innovation development</i>)	Tüm kararlar ve faaliyetler (ve bunların etkileri), bir fikri oluşturmak ve üretmek için başlangıç aşamasında oluşmaktadır.
Benimseme (<i>Adoption</i>)	Programın ya da yeniliğin hedef kitle tarafından kavranması.
Uygulama (<i>implementation</i>)	Tanımlanan düzenlemeler doğrultusunda yeniliğin uygulanması için etkin ve planlanmış çabalar/denemeler.
Sürdürme/Devam ettirme (<i>Maintenance</i>)	Zamanla yeniliğin kullanımının devam ettirilmesi.
Sürdürülebilirlik (<i>Sustainability</i>)	İlk kaynaklar kullanıldıktan sonra yenilik ya da değişim programının devam etme derecesi.
Kurumsallaşma (<i>Institutionalization</i>)	Programın, örgütün rutini ya da geniş kapsamlı politikaları ve mevzuatı ile birleştirilmesi.

Kaynak: Oldenburg ve Glanz, 2008:317

Rogers'a (1983) göre yayılım sosyal sistemin yapısında ve fonksiyonlarında gerçekleşen bir sosyal değişimdir. Yeni fikirler ortaya çıktığında, yayıldığında, benimsendiğinde ya da reddedildiğinde toplumda da bazı değişiklikler meydana gelecektir ve bu nedenle yayılım toplumsal bir değişimi de ifade etmektedir. Bu

noktadan hareketle geliştirdiği teorisinde yayılım s¼recinde d¼rt unsurun etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

şekil. I.5. Yeniliğin Yayılımının Unsurları



Yeniliğin Kendisi: Rogers'a (1995) g¼re yenilik; benimseyen bireyler ya da birimler tarafından "yeni" olarak algılanan bir fikir, uygulama ya da nesne olarak anılmaktadır. Bir fikrin ya da bilginin yeni olması, içeriğinin her zaman t¼m¼yle yeni ya da bambaşka olması anlamına gelmemektedir. ¼nk¼ birey bir s¼redir yenilikten (ya da yeni fikirden) zaten haberdardır. Ancak hen¼z bu yenilik önerisiyle ilgili olumlu ya da olumsuz bir tutum ve davranış geliştirmemiş; yani ¼ng¼r¼len yeniliği kabul ya da reddetmemiş olabilir. Bu nedenle Rogers yeniliği, bilgi edinme,

ikna olma ya da benimsemeye karar verme açısından ele almaktadır. Oysa “Yeniliğin Yayılımı Teorisinde” esas önemli nokta, yeniliğin bireyler tarafından kabul ya da reddedilmesidir. Rogers’a göre bu kararın verilmesinde yeniliğin beş özelliği bilhassa etkili olacaktır. Bunlar aşağıda ayrıntılı biçimde irdelenmektedir (Rogers, 1995: 15-16):

1- Göreceli Yarar (Relative Advantage): Burada sözü edilen gerçekleşen yeniliğin ne denli yararlı olduğundan öte bireyin onu ne kadar yararlı olarak algıladığıdır. Bir başka deyişle göreceli yarar, öngörülen bir yeniliğin eski durum ya da fikre göre ne ölçüde daha iyi olduğuna dair algıları işaret eder. Burada kastedilen sadece ekonomik yarar değildir; prestij, kolaylık, memnuniyet gibi kimi sosyal unsurları da içerisine almaktadır (Güneş, 2010: 49). Unutmamak gerekir ki yenilik sadece işlevini yitirdiği için kaldırılan bir fikirden, üründen, ya da programdan daha iyi olarak değerlendirilirse benimsenebilir ve aslında bu, benimsemenin olmazsa olmaz şartı olarak kabul edilmektedir (Oldenburg ve Glanz, 2008: 319).

2- Uyumluluk (Compatibility): Bu, önerilen yeniliğin gerçekleştiği ortamda ya da birimde daha önceden var olan değerlere, deneyimlere ya da ihtiyaçlara ne derece uygun olduğu ile ilgili bir kavramdır. Uyumluluk bireysel ve örgütsel düzeylerde gerçekleşebilir. “Yeniden icat etme” (*reinvention*) kavramı da bu noktada özel bir önem kazanmaktadır. Eğer kullanıcılar yeniliği kendi zevk ve ihtiyaçlarına göre benimseyip üzerinde küçük değişiklikler yapabilirlerse çok daha kolay benimseyeceklerdir (Oldenburg ve Glanz, 2008: 320). Ayrıca benimseyenlerin değer

ve ihtiyaçları ile paralellik gösteren yeniliklerin, benimsenme düzeyinin de görece daha yüksek olması beklenebilir.

3- Karmaşıklık (Complexity): Bu boyut gerçekleştirilen yeniliğin algılanmasında ya da kullanılabilir olmasındaki güçlük derecesini belirtmektedir. Karmaşıklık yayılım sürecindeki zaman unsurunun önemine de vurgu yapmaktadır. Çünkü yenilik ilgili birimlere uygun olsa ve benimsenme eğilimi g kazansa bile, uygulamaya geçirilmesinde kimi karmaşık durumlar ortaya çıkabilir. Bu da, yeniliğin benimsenme süresini uzatacaktır (Güneş, 2010: 49).

4- Denenebilirlik (Trialability): Bu, yeniliğin benimsenme aşamasından önce, kısa bir süre dahi olsa, kullanıcılar için tecrübe etme imkânı verme hususunu ifade eder. Bunun en önemli katkısı, öngörülen yeniliğin sınanması sürecinde, ortaya çıkabilecek olası belirsizliklerin ve aksamaların tespit edilerek giderilmesine müsaade etmesidir. Böylece yenilik henüz öğrenme aşamasındayken içselleştirilebilir.

5- Gözlemlenebilirlik (Observability): Bu kavram, yeniliğin sonuçlarının gzlemlenebilme derecesini ifade etmektedir. Eğer bireyler, yenilik süreciyle kendilerinden önce karşı karşıya kalan diğer rgtyelerinin verdikleri reaksiyonlardan haberdar olabilirlerse, benimseme ya da reddetme bakımından kendi kararları için bu bilgiden yararlanabilirler. Dolayısıyla gerek yeniliğin sunduğu katkılar gerek olası zorlayıcı unsurlar, henüz kararsız ve direnmeye yatkın bireyler

için çok daha açık biçimde izlenebilir olacaktır. Başkalarının deneyimleri, onların karar ve davranışları üzerinde belirleyici ve yönlendirici bir etki sağlayabilir.

Gerçekten, bir yenilik ne kadar fazla kullanılırsa ve ne kadar çok işlevselse o kadar çok kişi tarafından benimsenecektir. Örneğin tıp fakültesi öğrencilerinin intern oldukları dönemde vakalar üzerindeki çalışmaları, gözlemlenebilirliğe önemli bir vurgu kazandırmaktadır. Bir doktor ya da hemşire, yeni bir uygulamayı ya da yeni bir tıbbi cihazın kullanımını öğrenirken, çoğunlukla daha deneyimli bir doktor ya da hemşirenin deneyimlerine itibar eder. Bunun anlamı tecrübeli meslektaşını yeniliği sürece dâhil etmiş biçimde işini yaparken gözleyeceğidir. Ardından kendisi de uygulama ve benimseme için cesaretlenebilir (Cain ve Mittman, 2002: 10).

Önceki bölümde ele alınan yeniliğin beş temel özelliğinin nasıl değerlendirilebileceğine dair ipuçları Tablo I.5.'de özetlenmiştir.

Tablo I.5. Yeniliğin Özellikleri

BELİRLEYİCİLER	ANAHTAR SORU
Görelî/ Göreceli avantaj	Yenilik daha önce orada var olandan/ olan ortam ya da durumdan daha iyi mi?
Uyumluluk/Bağdaşabilirlik (<i>Compatibility</i>)	Yenilik planlanan kitle ile (hedef kitle) tam anlamıyla uyumlu mu?
Karmaşıklık (<i>Complexity</i>)	Yenilik kolay kullanılabilir mi? Kullanışlı mı? (easy to use)
Denenebilirlik (<i>Trialability</i>)	Yeniliği benimseme kararı vermeden önce denebilir mi?
Gözlenebilirlik (<i>Observability</i>)	Yeniliğin sonuçları görünür ve kolay ölçülebilir mi?

Kaynak: Oldenburg ve Glanz, 2008: 319

İletişim Kanalları: Yeniliğin yayılımı açısından önemli bir unsur da iletişim kanallarıdır iletilecek mesajın (bir başka deyişle sunulan yeniliğin) bir birimden başka bir birime ulaşması için gerekli olan kanallardır. Bu açıdan bakıldığında bu kanalların açık ve dolaysız olması, zaman kaybına yol açmaması ve yeniliğin algılanmasının zorlaşmaması bakımından önem taşımaktadır (Yeloğlu, 2009: 81). İletişim kanallarını, kitle iletişim araçları ve kişiler arası iletişim olarak kendi içerisinde ikiye ayırmak mümkündür (Rogers, 1983, 1995). Kitle iletişim araçları, önerilen yeniliği benimsemesi beklenen kişilerin, bundan haberdar olmasında ve dolayısıyla yenilik için farkındalık yaratılmasında en etkili ve hızlı araçlar olarak kabul edilmektedir. Diğer taraftan kişiler arası iletişim, bireylerin yeni fikirlere ikna olmasında daha etkili bir unsur olarak görülmektedir. İnsanoğlunun “bilişsel cimri” olduğu hatırlanacak olursa, kestirme yollardan elde edilecek bilginin çok daha işlevsel olduğu ortaya çıkacaktır. Yani, çoğu kişi öngörülen yenilikle ilgili bilişsel bir çaba harcamaktansa (örneğin konuyla ilgili bilimsel kanıtları incelemek yerine) yakın çevresinde bu yeniliği benimseyen kişilerin öznel yorumlarını kendisine dayanak noktası yapmayı tercih edecektir ki bu da bireyin benimseme ya da reddetme kararı üzerinde etkili olmaktadır. O halde, kitle iletişim araçları “yeniliklerden haberdar olunması” noktasında etkili olurken, kişiler arası iletişim “yeniliğin benimsenmesi ve yayılması” konusunda önemli rol oynamaktadır.

Rogers (1995) bireylerarası iletişim kanallarının iki veya daha fazla bireyin birbirlerine yüz yüze bilgi aktarımını içerdiğinin ve ikna etmede daha etkili olduğunun özellikle altını çizmiştir. Buna karşılık kitle iletişim kanalları, radyo, televizyon, gazete vb. araçları kullanarak az sayıda bireyden çok sayıda bireye bilgi

akışı sağlamaktadır. Ancak günümüzde internetin en önemli iletişim kanallarından birisi haline geldiği de bir gerçektir. Bu durum, yeniliğin yayılımı sürecinde bilgi iletişim teknolojilerinin kullanımının da hesaba katılması gereğini çarpıcı kılmaktadır. Üstelik internet aracılığıyla iletişimin daha da hız kazandığı açıktır (Cain ve Mittman, 2002: 21).

Zaman: Bir yeniliğin başarıyla yayılımı için gereken zamanın uzunluğu pek çok farklı faktöre bağlı olabilir. Örneğin yeniliğin benimsenmesini, bunun özelliklerinin doğru ve tam olarak içselleştirmesi ve uygulaması beklenenler daha hevesli olacak ve benimseme süresi görece kısılacaktır. Ama öngörülen yeniliğin doğası ve olası sonuçları, aktörlerce tam olarak kavranamazsa, muhtemelen bir tereddüt hali yaşanacaktır. Bu da kaçınılmaz biçimde, benimsemeyi geciktirecektir (Yeloğlu, 2011: 96).

Rogers'a (1983) göre yeniliğin yayılımında zaman üç farklı boyut üzerinden etkili olmaktadır. Bunlar, "yeniliğe karar verme süreci", "benimseyici bireyin/ birimlerin yeniliğe yatkınlığı" ve "yeniliğin benimsenme hızı" dır. Yeniliğe karar verme süreci ile anlatılmak istenen, bireyin, gerçekleştirilen yeniliğe dair bilgi edinmesi, bir tutum geliştirmesi, benimsemesi ya da reddetmesi eğilimi ve nihayet söz konusu yeniliği uygulama ya da uygulamama kararı almasını kapsayan uzun bir süreç olduğudur. Yenilik karar sürecinde, iletişim kanallarının oldukça önemli bir yer tutacağı açıktır. Çünkü yenilik ile ilgili bilgi edinme aşamasında kitle iletişim araçları; ikna olma, benimseme ve karar verme aşamasında ise kişiler arası iletişim kanalları etkili olmaktadır.

Diğer bir unsur olan yeniliğin benimsenme hızı ise, belli bir zaman aralığında yeniliği benimsemesi beklenen sosyal sistemin üyelerinin “kabul” oranıyla ilişkilidir. Yani bu yeniliğin empoze edildiği kişilerin yüzde kaçının bunu benimsediğinin belirlendiği zaman boyutudur (Güneş, 2010: 54).

Yeniliğin nasıl benimsendiğine dair sistematik gruplandırmaların en çok kabul göreni, Rogers’ın (1995) yaptığıdır. Buna göre yeniliklerin yayılımı, zamana göre normal bir dağılım göstermektedir. Kümülatif olarak benimseme ise “S” (sigmoid) biçiminde bir eğri ile konumlanır. Rogers (1995) bu dağılımdan yola çıkarak yeniliği benimseyenleri beş farklı gruba ayırmıştır. Bu ayrıştırmaya göre temel gruplar şu şekilde ifade edilebilir (Rogers,1995: 22):

- *Yenilikçiler (innovators)*
- *Erken Benimseyiciler (early adopters)*
- *Erken Çoğunluk (early majority)*
- *Geç Çoğunluk (late majority)*
- *Geri Kalanlar (laggards)*

Yenilikçiler ilk grubu oluşturmakla birlikte yeniliğin ilk getirilerinden faydalanmak yerine bu getirileri kullanamayıp sosyal sistemden dışarı çıkmak tehlikesi ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Dolayısı ile mevcut engellerin ortadan kaldırılabilmesi için diğer gruplardan daha fazla teknik bilgiye ihtiyaçlarının olduğu düşünülmektedir. Profesyonel ve akademik problemlerin çözümü ile ilgili bilgi sahibi olan kişiler “erken benimseyiciler” grubunu oluşturmaktadır. Yeniliği erken

benimseyenler, ilk benimseyenlere göre sistem içerisine daha fazla bütünleşirler. Bu sınıf, fikir liderliği seviyesinin en yüksek olduğu grubu oluşturmaktadır. “Erken Çoğunluk” grubundaki benimseyiciler daha çok uygulamaya ağırlık vermekte ve sistem içi yakın ve uzak mesafeli ağların kurulmasını sağlamaktadırlar. Ayrıca yeniliği benimseyenler ile benimsemeyenler arasındaki köprünün kurulması bu grubun bir diğer amacını oluşturmaktadır. “Geç çoğunluk” kategorisinde, yeniliğin zorunlu kıldığı ekonomik koşullar, benimseyenler arası oluşan ağlardaki baskı ve yeniliğin sağladığı bilgilerin doygunluğu en üst seviyededir. En son grup olan yeniliği benimsemeyenler “geri kalanlar” kategorisinde fikir liderliği söz konusu değildir. Yeniliği çok geç benimsemelerinin ya da hiç benimsememelerinin nedenleri olarak, sahip olunan bilgi yoksunluğu, ekonomik yetersizlikler ve sosyal sistemden izole bir biçimde yaşamlarını devam ettirmeleri gösterilmektedir (Yeloğlu, 2009: 80-81).

Tüm bu kategoriler içerisinden en önemli olanı Rogers’a (1995) göre erken benimseyenlerdir. Çünkü erken benimseyenler diğer benimseyenlere göre daha rasyonel, bilgili, bilgiye ulaşmak için daha aktif, zeki, pozitif, emin ve çevresindekilerle yakın ilişki içinde olan bireylerdir (Rogers, 1995: 274).

Sosyal Sistem: Kurama göre yayılımın gerçekleşmesi için önem taşıyan bir diğer unsur “sosyal sistemdir”. Bir sosyal sistem, belli bir amaca ulaşmak için çözüm üreten ve bu yolla bir araya gelen, kendi aralarında da ilişki içerisinde olan birimlerin oluşturduğu sistem şeklinde tanımlanabilir (Yeloğlu, 2009: 81). Yeniliğin yayılımı teorisi çerçevesinden bakıldığında sosyal sistemin aktörlerini yeniliği ortaya çıkaran

“yenilikçiler” ve bu yeniliklere uyum sağlayan “benimseyiciler” oluşturmaktadır. Bu bağlamda, sosyal sistemin üyeleri ya da birimleri, bireyler, gruplar, örgütler ya da alt sistemler olabilir(Rogers, 1995: 23).

Rogers ‘ın (1995) sosyal sistemde zaman içinde yeniliği uygulayanlar arttıka, bunun tüm sosyal sisteme yayılmasının mümkün olacağını belirtilmektedir. Bir başka ifade ile sosyal sistemin üyelerinin çoğu için yenilikle ilgili verecekleri karar, sistemin diğer üyelerinin kararına bağlıdır; yani onların kararlarından etkilenilecektir.

Sosyal bir sistemde gerçekteştirilecek yenilik ile ilgili olarak alınması gereken üç ayrı karardan bahsedilebilir. Bunlar; zorunlu olmayan yenilik kararları, ortak yenilik kararları ve otoriter yenilik kararlarıdır. Zorunlu olmayan kararlar ile ilgili olarak bireylerin kabul etme ya da reddetme kararının kendi inisiyatiflerinde bulunduğu hallerde söz konusudur. Bu koşulda bireyler sosyal sistemin normlarından ya da kişiler arası iletişimden etkilenebilmektedirler. Burada önemli olan nokta, karar verenin bireyin kendisi olmasıdır. Ortak karar uygulamasında ise benimseme ya da red kararı, sosyal sistemde yer alan bireylerin görüş birliği ile verilmektedir. Otoriter yenilik kararları ise, güç, statü ya da teknik uzmanlığa sahip bir grup tarafından verilmektedir. Bu durumda sistemdeki diğer bireylerin, bu karar üzerinde pek bir etkisi yoktur (Rogers,1983: 27-30).

Wejnert’e (2002) göre yenilik ile ilgilenenler hem önemli birer sosyal aktördür, hem de sosyal ağlar içerisinde etkin rol oynamaktadırlar. Ayrıca yenilikle daha yakından ilgilenmeleri de söz konusudur. Zaten yenilik anlaşılır ve benimsenir hale geldiğinde,

sosyal sistemde yeniliği benimseyenlerin sayısında bir artış olmakta ve geniş çaplı yayılım süreci ortaya çıkmaktadır (Yeloğlu, 2009: 82).

Yeniliği ilk olarak benimseyenler, bunu uygulayıp uygulayamayacaklarına dair de bir karar vermek durumundadır. Kuşkusuz bu karar üzerinde hem iç hem de dış faktörler etkili olmaktadır. Öngörülen yeniliği bir süre sonra içselleştirenler ise, yeniliğin sosyal sistemde uygulanabilirliğini sağlamaya çalışmakla beraber gerçekleştirilen yeniliğin verimliliğini ve etkisini geliştirmek için de çaba sarf edeceklerdir. Üçüncü sırada ise yeniliğin yayılımı sürecinde, bu yayılımı teşvik etmek ya da engellemek isteyen bazı kişi ya da sosyal gruplar yer almaktadır (Yeloğlu, 2009: 84)

Örgütlerin çevre ile olan etkileşimleri yayılımın farklı çevresel koşullara bağlı değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir. Bir örgütün teknik çevresi, herhangi bir işin yapılması için uyulması gereken teknik koşullara karşılık gelir. Kurumsal çevre ise, bir örgüt için neyin doğru neyin yanlış olduğunu gösteren, zaman içerisinde oluşmuş normlar, beklentiler ve inançlardır. İşte yeniliğin yayılımı açısından önem taşıyan örgüt çevresi, örgütsel yapıların ve uygulamaların kurumsallaştığı bağlamdır. Bir başka deyişle, kurumsal çevre yeniliğin yayılma süreci ile özdeşleştirilmektedir (Yeloğlu, 2009: 87). Kurumsal çevre, yeniliğin yayılımında doğrudan örgütün prestijine katkı vurgusuyla yayılımı destekleyebilir ve bu da örgütlerin varlığının devamını sağlar. Ayrıca bazen, yeniliklerin uygulanışı zorunludur. Bu hallerde her bir üyenin bağımsız değerlendirme yapması mümkün olamaz. Onlardan beklenen öngörülen yeniliği sorgulamadan ve eleştirmeden kabul

etmeleridir. Bu beklenti yeniliği benimseyen sayısında anlamlı bir artış yaratmakta ve gittikçe daha çok benimseyen olunca, örgüt içindeki yenilik yayılımı güçlenmektedir (Yeloğlu, 2009: 87).

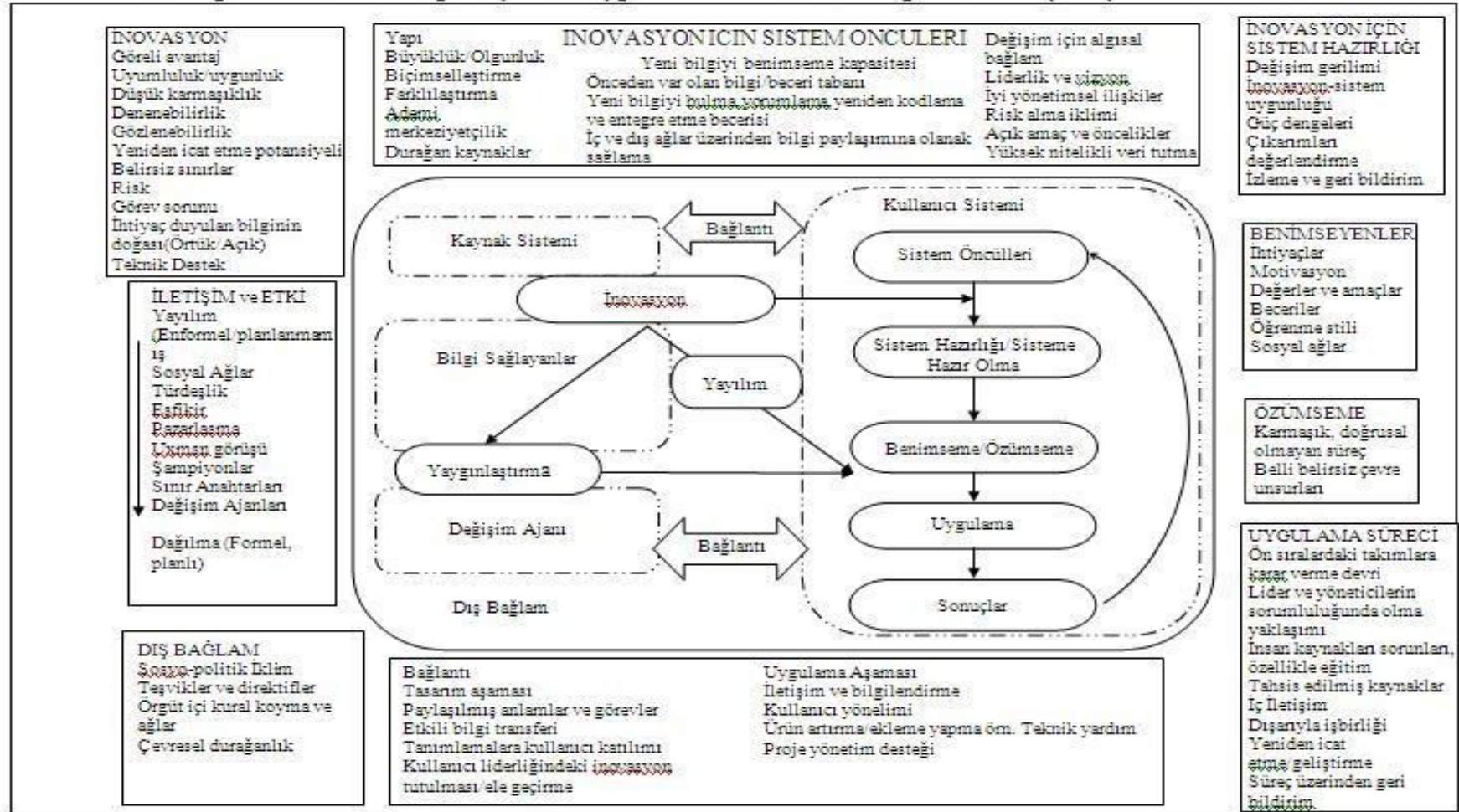
Yeniliği benimsemiş olan örgüt, dış piyasalarca daha üstün olarak algılanmakta ise, bu durum yeniliği benimsemek isteyen diğer örgütler üzerinde bir baskı yaratabilir. Bu baskı diğer örgütleri ilk benimseyen örgütün takipçisi olmaya sevk edecektir. Bu durum Abrahamson ve Rosenkopf'un (1993) çalışmasında "Lokomotif Baskı Süreçleri" olarak adlandırılmaktadır. (Abrahamson, E. Ve L. Rosenkopf., 1993: 487-517). Lokomotif Baskı Süreçleri, etki edilen diğer örgütlerin, benimsenmiş yeniliğin artı ve eksilerini göz ardı etmesine yol açabilir. Çünkü önemli olan rekabetçi işgücü piyasasında diğerlerinin arkasında kalmamaktır. Yani rakip örgütün yenilikçi yapılanması, sorgulanmadan ithal edilebilir. Bu, yeniliğin yayılımını güçlendirmektedir. Ancak, ithal edilen yeniliğin kendi örgütleri için ne denli uygun olduğunu sorgulamayan karar vericilerin karşısında, diğer üyeler bir direnç odağı haline gelebilir. Bu durumda, direnci kırmak için benzer bir lokomotif baskı süreci, yeniliği kopyalamayı hedefleyen örgüt yöneticilerince başlatılır. Zaten yeniliği uygulayan ilk örgüt ile bunu ithal ederek uygulamayı deneyen diğer örgüt(ler) bağlamında gözlenen "zorlayıcı baskı" tren vagonları gibi birbirine bağlıdır. İşte o nedenle lokomotif baskı süreçleri, birbirine bağlı vagonların etkileşimi temelinde ele alınabilir. Özetle ilk aşamada yeniliği benimseyen bir ya da birkaç örgüt lokomotif olarak adlandırılmakta ve diğer örgütleri iten/çeken konumunda yer almaktadır. (Yeloğlu, 2009: 85).

Yeniliğin, örgütte bulunan bireyler tarafından olumlu ve olumsuz yönleri dikkate alınmaksızın benimsenmesi bazı durumlarda çeşitli problemlere neden olabilmektedir. Bunlardan ilki; başlangıçta cazip ve kullanımı kolay görünen bir yeniliğin, zaman içerisinde beklentileri karşılayamaması nedeniyle onu kullanan bireyler tarafından reddedilmesidir. Yeniliğin örgütte daha üst kademelerde yer alan bireylerin alt kademelerde bulunan bireylere zorla benimsetilmeye çalışılması da bir başka sorundur. Alt kademelerde bulunan bireyler zaman içerisinde tutumlarını beklentiler doğrultusunda değiştirseler bile esas önemli olan, örgütte bulunan bütün bireylerin ortak beklenti ve çıkarlarıdır (Yeloğlu, 2011: 12).

I.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Yeniliğin Yayılımı

Sağlık hizmetlerinde yeniğin yayılımı ile ilgili olarak Greenhalgh ve arkadaşları (2005) oldukça kapsamlı bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışmada farklı açılardan sağlıkta yeniliğin yayılımı üzerine yapılmış çok sayıda çalışma incelenmiş ve görgül bulgular bir araya getirilmiştir. Çalışma bulguları ışığında tasarlanan **Şekil I.6.** sağlık hizmetlerinde yeniliğin yayılımı ile ilgili olarak formül niteliğindeki bulguları özetlemektedir (Greenhalgh vd, 2005: 594).

Şekil I.6. Sağlık Hizmetlerinde Yeniliğin Yayılımı ve Uygulanmasında
Etkili Olan Değişkenleri Ortaya Koyan Kavramsal Model



Şekil I.6.'dan da izlenebileceği gibi kuramda, yenilik öncelikle bireylerin hem bunu benimseme hem de yayma misyonuna göre ele alınmaktadır. Kullanıcıların ortaya çıkan yeniliğin görece avantajlarını fark edememesi halinde, öngörülen yeniliğin yayılımı söz konusu olamayacaktır. Kuşkusuz, yeniliğin yayılımı için sağlayacağı avantaj tek belirleyici unsur olarak görülemez. Çünkü örgütsel normlara, değerlere ve çalışma biçimlerine uygunluk, yani bunların bağdaşması da etkili bir benimsemenin gerçekleşme olasılığını belirleyecek ilave unsurlardır. Karmaşıklık da yeniliğin yayılımında önemli bir aşamadır. Eğer yenilik yönetsel anlamda parçalara ayrılabilir ve aşama aşama benimseniyorsa, yayılımı daha kolay olur. Bununla birlikte, yenilik denenebilir ve gözlemlenebiliyorsa da yayılımının daha kolay olması beklenebilir. Yeniden icat etme (reinvention) ise bireyleri kullanıma sunulan yeniliği uygularken, kendi ihtiyaçları doğrultusunda bunu şekillendirme becerilerine karşılık gelir. Bu koşullarda yeniliğin uygulanması da yayılması da muhtemelen daha kolay olacaktır.

Eğer yenilik, bunu kullanacak kişilerin doğrudan işiyle ilgili performansına bağlıysa ve görev performansını artırıcı özellik taşıyorsa yayılımı da kolay olacaktır. Yeniliğin kullanılabilmesi için gerekli olan bilgiye vurgu yapılmaktadır. Buna göre, yeniliğin kullanılabilmesi için gerekli olan bilgi doğru bir şekilde kodlanıp, bir kaynaktan diğer kaynağa doğru bir biçimde aktarılabilirse yayılımı güçlenecektir. Son olarak öngörülen yenilik destekleyici bir nitelik taşıyorsa (eğitim ile birlikte ya da kişiselleştirilebilen bir uygulama gibi) yayılımının kolay olması beklenebilir (Greenhalgh vd, 2005: 597-598).

Hizmet örgütlerinde, yeniliklerin “karmaşık” olduğu için yayılımındaki kimi kısıtlar, örgütün “çekirdek” biriminin yaklaşımına bağlı olabilir. Ama bazen bu karmaşıklığı pekiştiren şey muğlak dış unsurlar da olabilir. O nedenle, başarılı bir örgütsel yayılım, hem örgütsel yapıyı hem de dışsal unsurları bir bütün olarak göz önünde tutmayı zorunlu kılar. Sonuçları belirsiz olan örgütsel yenilik süreçlerinin risk faktörünü büyütmesi yayılım önündeki kritik bir engeldir. O nedenle yüksek risk içeren yeniliklerin yayılımının zayıf kalması yerinde bir beklenti olacaktır (Greenhalgh vd, 2005: 596-597).

Bir başka önemli nokta yeniliğin kullanılması için gerekli olan bilgidir. Öyle ki eğer bu bilgi bir bağlamdan diğer bağlama aktarılabilir ya da tanımlanabilir nitelikteyse kullanıcılar için benimsenmesi daha kolay olacaktır. Ayrıca şekilde de belirtildiği üzere kullanılan teknoloji teknik yardım gibi sağlanması gibi “ekleme yapılmış/artırılmış ürün” (augmented product) şeklinde kullanıldığında da yine benimseme hızının artması beklenmektedir.

Şekilde ortaya konulan tüm değişkenler dikkate alındığında Greenhalg ve arkadaşlarının (2005) asıl altını çizdikleri husus yenilik ve yayılım arasındaki ilişkide asıl belirleyici değişkenin ortam/bağlam olduğudur. Bununla birlikte bireysel faktörler de yayılım için belirleyici bir diğer değişken olarak kabul edilmektedir. Öyle ki, bir yeniliğin kullanımı ve benimsenmesi bir kişi için oldukça kolay fakat bir başkası için zor olarak algılanabilir (Greenhalgh, 2005: 598).

Bireyleri sadece ortaya çıkan yeniliği “benimseyen” olarak ele almak oldukça sınırlı bir yaklaşımdır. Öyle ki yeniliği ortaya çıkarmak amacıyla çalışmalar yapan, araştıran, bununla ilgili tutum ve davranış geliştiren, yeniliği değiştiren, kurduğu iletişim ile bunu yaygınlaştıran da yine bireydir.

Rogers’ın (1995) bireylerin benimseme süreci ile ilgili olarak ortaya koyduğu sınıflandırma temelinde özellikle sağlık sektöründe ortaya çıkan yenilikler ile ilgili olarak ortaya çıkan bireysel unsurları Greenhalgh ve arkadaşları şu şekilde sıralamaktadırlar:

- **Genel psikolojik öncüller/ geçmiş (antecedents):** Yeniliği denemeye ve kullanmaya açık olma kararı bireylerin sahip oldukları kişilik özelliklerinden etkilenmektedir.
- **Bağlamsal psikolojik öncüller /geçmiş (context- specific psychological antecedents):** Yeniliğin gerektirdiği donanıma ve kabiliyete sahip bireyler bunu kullanmaya daha istekli olacaklardır.
- **Anlam/ maksat (meaning):** Bireyin yeniliğe yüklediği anlam örgütün diğer üyeleri tarafından yüklenen anlamla örtüşüyorsa benimseme ve yayılımın hızlı olması beklenebilir.
- **Benimseme kararı:** örgüt içerisinde ortaya çıkan yeniliği benimseme kararı çoğunlukla bireysel değildir. Çoğunlukla birey örgüt tarafından

benimsmeye zorlanmaktadır. Bireyin karar vermede özgür olduğu durumlarda kararını etkileyecek olan hususlar Rogers (1995) tarafından daha önce de belirtildiği üzere çeşitli aşamalardan oluşmaktadır.

- **Benimseme öncesi sorunlar (concern):** Benimsme için önemli ön koşullar; hedeflenen kitlenin yeniliğin farkında olması, ne yaptığı, nasıl çalıştığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları ve yeniliğin kişisel olarak doğuracağı sonuçlardan ya da getirilerinden emin olmalarıdır.
- **İlk kullanım sorunları:** Kullanıcıların yeniliğin ne olduğuna dair bilgiye, bununla ilgili eğitime ve yeterli donanıma sahip olduğu durumlarda benimseme ve yayılımın başarılı olması beklenmektedir.
- **Mevcut kullanıcılar ile ilgili sorunlar:** benimsemenin sonuçları hakkında yeterli geribildirim sağlanırsa ve yeniliği amaca göre kullanma ve yeniden şekillendirmeye yetecek kadar fırsat ve inisiyatif sağlanırsa, hedeflenen kitle yeniliği daha kolay benimseyecektir.

İzleyen bölümde bu çalışma açısından önem taşıyan sağlık sektöründe yeniliklerin yayılımı ile ilgili ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalara kısaca yer verilecektir.

I.5.2. Sağlık Sektöründe Yeniliklerin Yayılımı ile İlgili Ülkemizde ve Diğer Ülkelerde Yapılan Çalışmalar:

İlgili alanyazın incelendiğinde “yeniliklerin yayılımı” teorisinin pek çok farklı disiplin, sektör ya da örgüt açısından yapılan araştırmalarda dayanak noktasını oluşturduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışma kapsamında da hizmetler sektörü, özellikle de sağlık sektöründe yeniliklerin yayılımına yönelik daha önceden yapılmış çalışmalar öncelikli olarak dikkate alınmıştır. Yabancı yazında çeşitli araştırmalara rastlanmakla birlikte ülkemizde bu konuya yönelik yapılmış herhangi bir araştırma olmaması gözden kaçmamaktadır. Bu nedenle bu çalışmada da faydalanılan yabancı kaynaklara bu bölümde kısaca değinilecektir.

Becker (1970) yaptığı çalışmada yeniliğin yayılımı ile ilgili olarak zaman ve iletişim faktörleri üzerinde durmuştur. Hastane personeli ile gerçekleştirdiği araştırmaya göre bireylerin karakteristik ve demografik özellikleri onların Rogers’ın (1995) yeniliğin benimsenme hızı ile ilgili sınıflandırmasına göre hangi gruba dahil olacağına etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Tornatzky ve Klein (1982) yaptıkları çalışmada içerisinde sağlık sektörünü de barındıran yetmiş beş araştırma sonucunu incelemiş ve Rogers’ın (1995) sınıflandırmasında yola çıkarak üç ayrı yenilik özelliğinin (uygunluk, göreceli yarar ve karmaşıklık) benimseme ve yayılım ile ilişkisinin olduğunu ortaya koymuşlardır.

Yine Kimberly ve Evanisko (1981), hastanelerde gerçekleşen teknolojik ve yönetimsel yenilikler ile ilgili çalışmada bireysel, örgütsel ve bağlamsal olmak üzere 19 farklı değişken tanımlamış (teknolojik yenilik, yönetimsel yenilik, hastane yönetiminin görev süresi, başhekimin görev süresi, hastane yönetiminin kozmopolitliği, başhekimin kozmopolitliği, hastane yönetiminin eğitim yapısı, hastane yönetiminin eğitim seviyesi, hastane yönetiminin komite katılımı, başhekimin yönetimsel aktivitelere katılımı, hastane yönetiminin tıbbi aktivitelere katılımı, merkezileşme, uzmanlaşma, fonksiyonel farklılaşma, dışarıyla bütünleşme, rekabet, şehrin büyüklüğü, yaş) ve bunların gerçekleşen yeniliğin benimsenmesinin en önemli yordayıcıları olduklarını bulmuşlardır.

Benzer şekilde Fleuren ve arkadaşları da (2004) Defli yöntemiyle yaptıkları çalışmada değişkenleri dört gruba ayırmış (çevrenin özellikleri, örgütün özellikleri, yeniliği kullananın yani sağlık görevlisinin özellikleri ve yeniliğin özellikleri) ve yeniliğin benimsenme sürecinde etkisi olduğu düşünülen elli farklı değişken tanımlamışlardır.

Daha önceki bölümlerde de bahsedildiği üzere Greenhalgh ve arkadaşları (2004, 2005), sağlık sektöründe yeniliklerin yayılımı ile ilgili olarak kapsamlı bir çalışma yapmışlardır. Buna bağlamda sağlık sektörü ile ilgili olarak daha önce yapılan çalışmalar incelenmiş, gerçekleşen yeniliğin özellikle hizmet sunumu ve örgüt ile ilgili olmasına dikkat edilmiş, bu yeniliklerin yayılımı, uygulanması ve sürekli hale gelmesi üzerinde durulmuştur. Bu çalışma doğrultusunda gerçekleşen yenilik altı boyutta incelenmiştir. Yazarlar bu boyutları daha önceki bölümde detaylı bir şekilde

anlatıldığı üzere; yeniliğin kendisi, benimseme süreci, iletişim ve etki, örgütsel bağlam, örgütler arası bağlam ve uygulama süreci olarak sıralamaktadırlar. Yine aynı değişkenler üzerinde duran Greenberg de (2006) sağlık hizmetlerinde yeniliklerin yayılımını kamusal sektörler içerisinde incelemiş ve üç grup değişkenin yayılımı doğrudan etkilediğini ortaya koymuştur. Bunlar, yeniliğin özellikleri, çevresel bağlam (enviromental context) ve yeniliği yapanların özellikleri şeklinde sıralanmaktadır.

Benzer şekilde Bennett ve arkadaşları da (2011) sağlık sektöründe yeniliklerin yayılımı ile ilgili niteliksel bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Yine Rogers'ın (1995) teorisini temel alan bu çalışmada değişkenleri dört grupta (açıklığın/ispatın rolü (role of evidence), örgüt içi ortaklıkların/ ilişkilerin etkisi, insana dayalı kaynakların etkisi ve bağlamsal faktörlerin etkisi) incelemişlerdir. Sonuçta tüm bu değişkenlerin bazen birlikte bazen de tek tek yayılım üzerinde etkili olduğunu bulmuşlardır.

Yukarıda da belirtildiği üzere ülkemizde sağlık sektöründe yeniliklerin yayılımına yönelik tamamlanmış bir araştırma bulunmamakla birlikte, Medeni ve arkadaşları (2011) tarafından pilot uygulaması tamamlanmış olan “ E-Devlet Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması: Vatandaş memnuniyeti ve Kabulü” başlıklı çalışma da önem taşımaktadır. Öyle ki gerçekleştirilen çalışmada web sitesi kalitesi, vatandaş beklentileri, müşteri, güven, algılanan kalite, algılanan değer, vatandaş memnuniyeti, vatandaş bağlılığı ve vatandaş şikâyeti ölçümlenecek değişkenler olarak belirlenmiş ve ilk gelen sonuçlara göre sunulacak hizmetin yaygınlaştırılmasında “güven” unsuru en önemli değişken olarak ortaya çıkmıştır (Medeni vd, 2011: 164-178).

Daha önce de belirtildiği gibi ülkemizde yenilik ile ilgili özellikle de yayılım ile ilgili çalışmaların son derece az sayıda olduğu vurgulanması gereken bir gerçektir. Bu nedenle yeniliğin ortaya çıkarılması, benimsenmesi ve yayılımı ile ilgili çok daha kapsamlı çalışmalara gerek olduğu açıktır.

1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI:

Buraya kadar sözü edilen kuram ve araştırma sonuçlarına dayanarak diyebiliriz ki, yenilik ile ilgili tartışmaların başlangıç dönemlerinde, öncelikle teknolojik değişimler kastedilmekte ve büyümeye neden olan dinamizmi teknolojik ilerlemenin sağladığı öne sürülmektedir. Ancak günümüzde yenilik denildiğinde sadece teknolojik değişimler değil, teknolojik olmayan diğer pek çok alandaki değişimler de akla gelmektedir. Yenilik, ülke ekonomisi için özellikle üç temel alana sağladığı katkılarla önemli bir güç kaynağı olarak değerlendirilmektedir. Bu alanlar, sürdürülebilir ekonomik büyüme, sosyal kalkınma ve refah düzeyi ile rekabet gücü olarak sıralanmaktadır (Uzkurt, 9: 2008).

Yenilik ürün, teknoloji, rekabet gibi kavramların yanı sıra bir değer olarak görülmekte ve tanımlanmaktadır. Dolayısıyla kavramın örgütten bağımsız olarak düşünmek mümkün olmamakla birlikte örgüt dışını hesaba katmadan örgütün içinde meydana gelen olaylar şeklinde tanımlanması da mümkün görülmemektedir. Elbette yeniliğin ölçüsü çevre üzerindeki etkisi dikkate alınarak hesaplanmaktadır (Durna, 2002: 6).

Örgütlerdeki yenilikçi eğilimlerin geliştirilmesi ve güçlendirilmesinde örgütsel yapı ve süreçler büyük önem taşımaktadır. Örgütün kendisini daha yenilikçi hale getirebilmesi için örgütsel yapı ve süreçlerinde bir takım düzenlemelere gitmesi gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında bireylerin kişilik özellikleri ve örgüt iklimi unsurları da daha önce de değinildiği gibi büyük önem taşımaktadır.

Yukarıda anlatılanlar ışığında bu çalışmada yenilik kavramına psiko-sosyal bir bakış açısıyla yaklaşmıştır. Bireyin kişiliği, değerleri, iş tecrübeleri, eğitim düzeyleri ile örgütün bir bütün olarak örgütsel yeniliğe ilişkin tutumu önemli değişkenler olarak görülmektedir. Bu bağlamda, yenilikçi yaklaşımlara en yatkın olması beklenen sağlık sektörü çalışan ve kurumlarındaki mevcut durumun incelenmesi bu çalışmanın temel konusunu oluşturmaktadır. Bununla birlikte hastanelerde görev yapan doktor ve hemşirelerin sunulmakta olan tıbbi ve sosyal hizmetlere ilişkin kalite algılarının incelenmesi çalışmanın öncelikli amaçlarından birini oluşturmaktadır.

Bu genel yaklaşım çerçevesinde ele alınırsa, bu araştırmanın başlıca amacı mevcut bilgilerin hızla eskidiği bilgi çağının gereği olarak yenileşme ve yeniliklere uyum sorunsalını psiko-sosyal bir çerçeve içinde irdelemektir.

Ayrıca çalışanların kişilik yapılarının, örgütte var olan liderlik tarzının ve çalışanların doğdukları yıllar itibarıyla dâhil oldukları jenerasyonun örgütsel yenilik açısından fark yaratıp yaratmadığının belirlenmesi de çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır.

Buna göre araştırmanın yanıt aradığı soruları şu şekilde ifade etmek mümkündür:

- a. Yenilikçi davranış eğilimi boyutları açısından özel ve kamu hastanelerinde çalışmakta olan doktorlar arasında fark var mıdır?
- b. Yenilikçi davranış eğilimi boyutları açısından özel ve kamu hastanelerinde çalışmakta olan hemşireler arasında fark var mıdır?
- c. Doktor ve hemşireler için kişilik özellikleri yenilikçi davranış eğilimi boyutlarını yordamakta mıdır?
- d. Doktor ve hemşireler için dönüştürücü liderlik tarzı ile örgütsel yenilik boyutları arasında bir ilişki var mıdır?
- e. Doktor ve hemşireler için Dönüştürücü liderlik tarzı ile bireyin kişilik özellikleri arasında bir ilişki var mıdır?
- f. Doktor ve hemşireler için ait olunan kuşağa göre örgütsel yenilik algısı açısından fark var mıdır?
- g. Özel ve kamu hastanelerinde görev yapan doktorlar arasında hastanede sunulan hizmetlere ilişkin kalite algısı farklı mıdır?
- h. Özel ve kamu hastanelerinde görev yapan hemşireler arasında hastanede sunulan hizmetlere ilişkin kalite algısı farklı mıdır?

II. BÖLÜM

YÖNTEM

II.1. Denekler

Ankara’da bulunan iki özel üç kamu üniversite hastanesinde çalışmakta doktor ve hemşireler araştırmaya katılan 200 denegi oluşturmuştur.

Araştırmaya katılan tüm deneklerin yaş ortalaması 33,92’dir. Kadınlar için ortalama yaş 33,23 (sd.± 8,50) iken erkekler için ortalama yaş 35,29’dur (sd. ± 8,54).

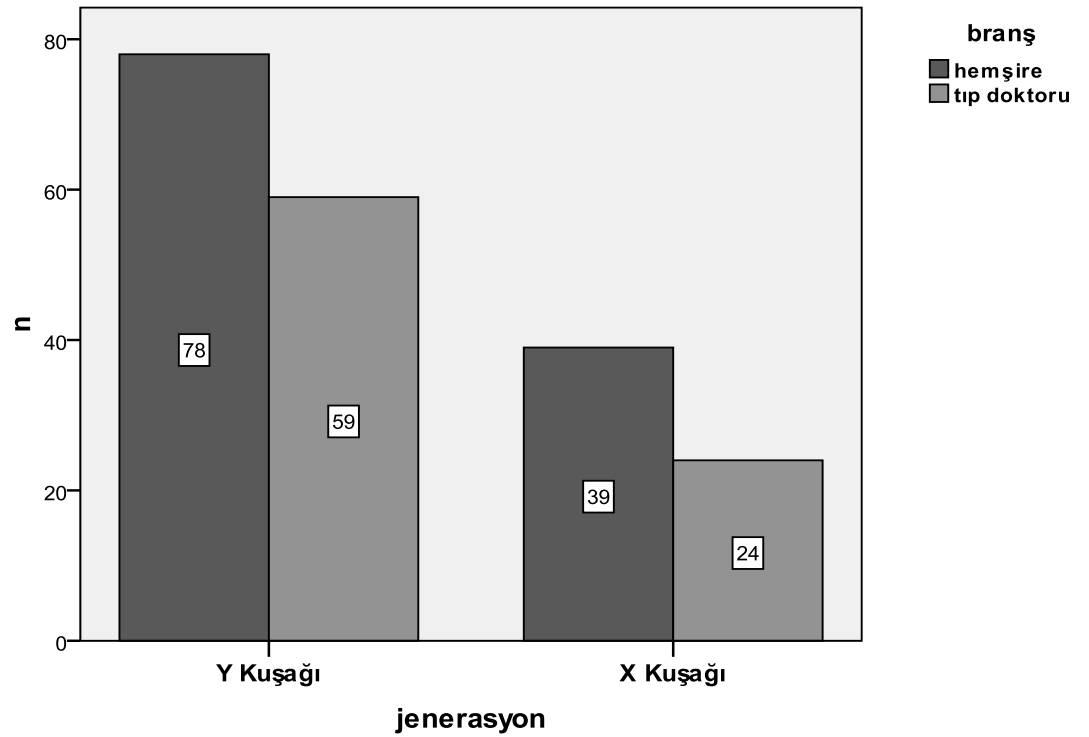
Daha önce de belirtildiği üzere bu çalışma kapsamında farklı hastanelerde (kamu sektörü / özel sektör) görev yapan tıp doktorları ve hemşirelerden veri toplanmıştır. Öte yandan katılımcılar ait oldukları kuşak/jenerasyon bakımından da incelenmiştir. Katılımcıların mesleklerine göre (tıp doktoru/hemşire) X ve Y kuşaklarında bulunma durumları **Tablo.II.1.**’de ve **Şekil.II.1.**’de özetlenmiştir.

Tablo II.1. Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Ait Oldukları Jenerasyon

		Kuşak		Toplam
		Y Kuşağı	X Kuşağı	
Meslek	Hemşire	78	39	117
	Tıp Doktoru	59	24	83
Toplam		137	63	200

Yukarıdaki tablodan da görüleceği üzere araştırmaya katılan tıp doktorlarının da hemşirelerin de büyük bölümü Y Kuşağı içerisinde yer almaktadır. Bununla birlikte tabloya genel olarak bakıldığında araştırmaya katılan deneklerin büyük çoğunluğunu Y Kuşağı içerisinde yer alan hemşireler oluşturmaktadır. Aşağıdaki şekilde bu durum daha belirgin bir biçimde göze çarpmaktadır.

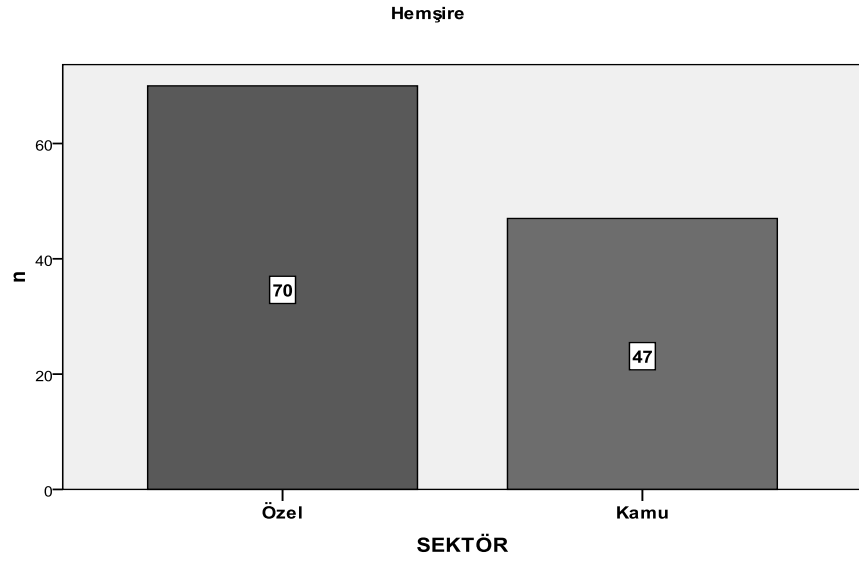
Şekil.II.1. Araştırmaya Katılanların Branşlarına Göre Dahil Oldukları Jenerasyon



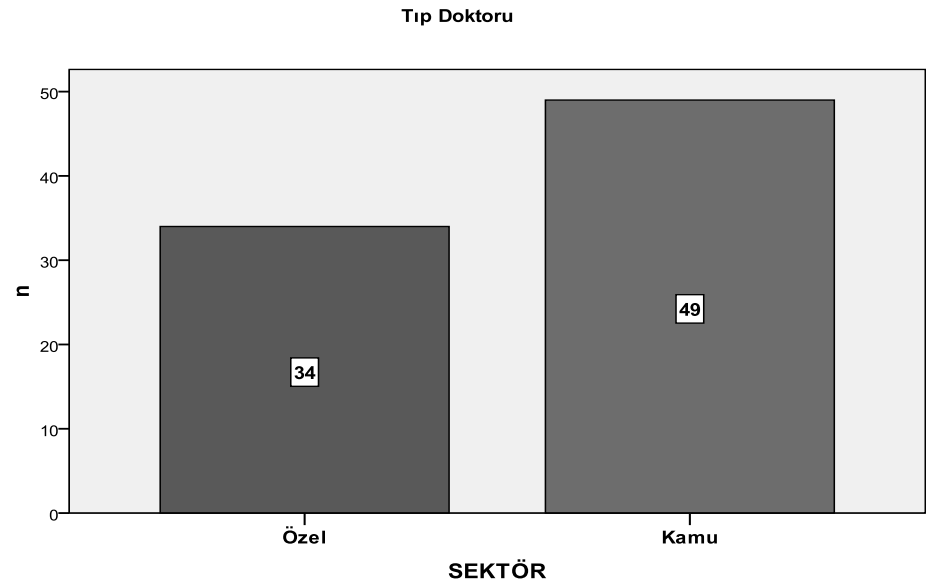
Bu çalışma elde edilen bulgular açısından esas önem taşıyan nokta kamu hastanesi ya da özel hastane ayrımıdır. Buna göre Şekil.II.2. ve Şekil.II.3. araştırmaya katılan

hemşire ve doktorların şu anda çalıştıkları kuruma ilişkin frekans dağılımlarını içermektedir.

Şekil II. 2. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Kurum: Hemşireler



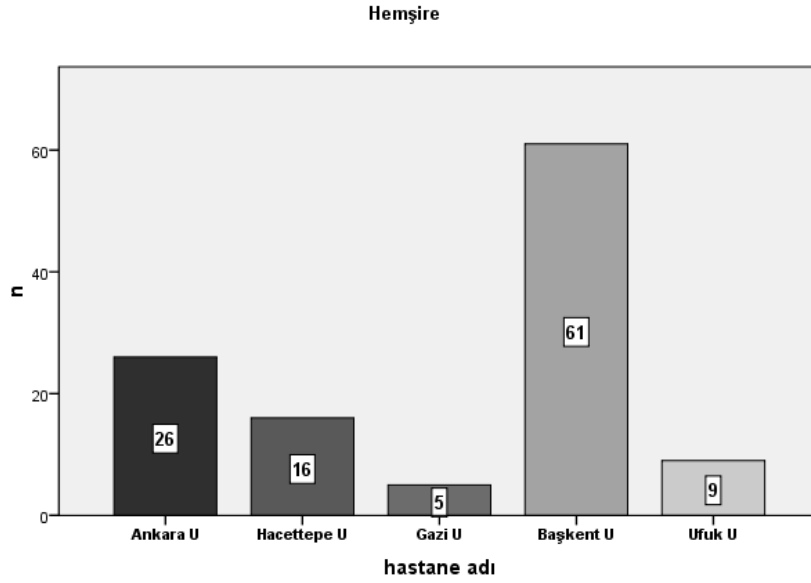
Şekil II. 3. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Kurum: Tıp Doktorları



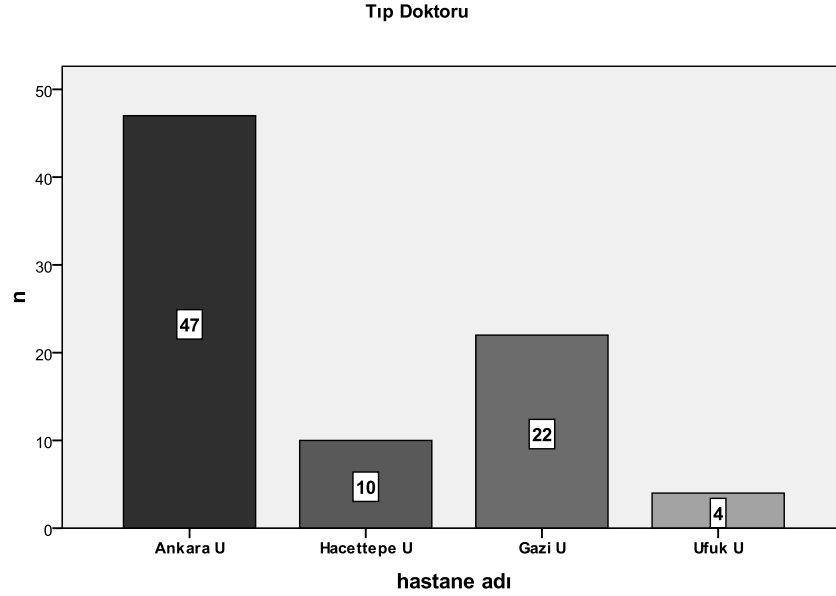
Şekil II.2’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hemşirelerin büyük bölümü (70 kişi) özel hastanede görev yapmaktadır. Tıp doktorları açısından (Şekil II.3) ise tersi bir durum söz konusu olmakta ve araştırmaya katılan tıp doktorlarının yarısından fazlası (49 kişi) kamu hastanesinde görev yaptığını belirtmektedir.

Çalışmada yer alan hemşirelerin görev aldıkları hastanelere göre frekans dağılımları Şekil. II.4.’den, tıp doktorlarının görev aldıkları hastanelere göre frekans dağılımları ise Şekil. II.5.’den izlenebilir.

Şekil II.4. Hemşirelerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Frekans Dağılımları



Şekil II.5. Tıp Doktorlarının Çalıştıkları Hastanelere Göre Frekans Dağılımları



Gerçekleştirilen anket çalışmasına katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunu Başkent Üniversitesi Hastanesinde görev yapmakta olanlar (61 kişi) oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan tıp doktorlarının büyük çoğunluğu ise Ankara Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır (47 kişi). Öne çıkan iki hastanenin birinin kamuya diğerinin ise özele ait olması araştırma bulgularının karşılaştırılabilirliği açısından memnun edicidir.

Araştırmaya katılanlara hangi kurumda çalıştıklarının yanı sıra şu anda çalışmakta oldukları kurumda ne kadar süredir çalıştıkları da sorulmuştur. Buna göre hemşire ve tıp doktorlarının ayrı ayrı çalışma süreleri **Tablo.II.2'**de özetlenmektedir.

Tablo. II.2. Araştırmaya Katılanların Mevcut Kurumlarındaki Çalışma Süreleri

	HEMŞİRE		TIP DOKTORU	
	Sıklık	%	Sıklık	%
1-5 yıl	62	53,0	50	60,2
6-10 yıl	23	19,7	6	7,2
11-15 yıl	13	11,1	4	4,8
15 yıldan fazla	16	13,7	8	9,6
TOPLAM	114	97,4	68	81,9

Bu soruya 15 Tıp Doktoru ve 3 Hemşire yanıt vermemiştir.

Tablodan da görüleceği gibi araştırmaya katılan tıp doktoru (%60,2)ve hemşirelerin (% 53) büyük bölümü mevcut kurumlarında çalışma sürelerini bir ile beş yıl arası olarak belirtmiştir. Bu bulguyu hemşireler için altı ile on yıl arası çalışanlar (% 19,7) ile tıp doktorları için onbeş yıldan daha uzun süredir çalışanlar (%9,6) takip etmektedir.

Son olarak araştırmaya katılan tıp doktorlarına uzmanlık alanları sorulmuştur. Buna göre deneklerin uzmanlık alanlarına göre dağılımları **Tablo.II.3.**'de özetlenmiştir.

Tablo.II.3. Araştırmaya Katılan Tıp Doktorlarının Uzmanlık Alanları

	Sıklık	%
Nöroşürji	11	13,3
Aile hekimliği	4	4,8
Radyoloji	1	1,2
Genel cerrahi	27	32,5
Enfeksiyon Hastalıkları	1	1,2
Çocuk sağlığı	1	1,2
ftr	1	1,2
Dahiliye	11	13,3
Kalp ve damar cerrahisi	5	6,0
Pratisyen Hekim	21	25,3
Toplam	62	74,7

Tablo II.3.'de de görüldüğü üzere araştırmaya katılanları büyük çoğunluğunun uzmanlık alanı genel cerrahi olarak belirtilmiştir. Bununla birlikte radyoloji, enfeksiyon hastalıkları, çocuk sağlığı ve FTR en az katılımın olduğu bölümler olarak belirginleşmiştir. .

II.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada amaç bölümünde belirtilen sorulara yanıt aramak amacıyla “NEO Beş Faktör Kişilik Envanteri”, “Dönüştürücü Liderlik Ölçeği” ve “Örgütsel Yenilik Ölçeği” kullanılmıştır. Yenilikçi davranış eğilimini ölçmek amacıyla Örgütsel Yenilik Ölçeğinin sonuna üç maddeden oluşan sosyometrik soru grubu eklenmiştir. Bununla birlikte demografik bilgi formu **Ek 1**'de sunulmuştur.

II. 2.1. NEO Beş Faktör Kişilik Envanteri

NEO Beş Faktör Kişilik Envanteri Benet- Martinez ve John (1998) tarafından geliştirilmiş olup, 42 maddeden oluşmaktadır (Basım vd., 2009). Bu ölçek kişilik özelliklerinden “dışadönüklük”, “uzlaşılabilirlik”, “duygusal denge”, deneyime açıklık” ve “özdisiplin” boyutlarını ölçmektedir. Ölçekte “duygusal denge” ve “dışadönüklük” faktörleri 7’şer madde, “uzlaşılabilirlik” ve “özdisiplin” faktörleri 9’ar madde, “deneyime açıklık” faktörü ise 10 madde ile ölçülmektedir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Sümer ve Sümer (2005) tarafından yapılmıştır. Schmitt vd.’ nin (2007) gerçekleştirdikleri bu çalışmanın sonuçlarına göre; Beş faktör Kişilik Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik değerleri “Duygusal Denge”, “Dışadönüklük”, “Deneyime Açıklık”, “Uzlaşılabilirlik” ve “Özdisiplin” faktörleri için sırasıyla .79, .77, .76, .70 ve .78 olarak hesaplanmıştır.

II.2.2. Dönüştürücü Liderlik Ölçeği

Podsakoff ve arkadaşları (1990), alan yazını yeniden gözden geçirerek, dönüştürücü liderlerle özdeşleşmiş en az altı anahtar davranış, bir diğer ifadeyle altı alt boyut önermişlerdir. Bunlar, “Vizyon ve ilham sağlama”, “Uygun rol modeli olma”, “Grup amaçlarının kabulünü sağlama”, “Yüksek performans beklentisi”, “Bireysel ilgi gösterme” ve “Entellektüel teşvikte bulunma” şeklinde sıralanmaktadır (Aydın, 2009: 62).

Podsakoff (1990), dönüştürücü liderliğin bilinen altı boyutunu değerlendirmek amacıyla alan yazın taraması sonucunda yaklaşık 100 ifade geliştirmiş, daha sonra konu ile ilgili 12 uzmana dönüştürücü liderlik davranışının altı boyutunun tanımını vererek onlardan bu 100 ifadenin her birini en uygun kategoriye koymalarını istemiştir. Nihai ölçeği de bu uzmanların en az %80'inin hem fikir oldukları ifadeler oluşturmuştur.

Podsakoff'un (1990) geliştirdiği ölçek İşcan (2002) tarafından Türkçeleştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu 130 kişilik bir yönetici grubuna uygulanmış ve faktör analizi yapılmıştır. Bu analiz neticesinde, maddelerin altı boyut altında toplandığı Podsakoff'un orijinal çalışmasından farklı olarak, ifadeler beş boyutta toplanmıştır. Podsakoff'un çalışmasında 'vizyon ve ilham sağlama' ile 'uygun rol modeli olma' farklı iki boyut olarak ortaya çıkarken, İşcan'ın çalışmasında bu iki boyuta ilişkin ifadeler aynı faktör altında toplanmıştır. Faktör analizi sonucunda ölçeğin ölçüme uygun olduğu tespit edilmiştir.

Faktör analizinden sonra ölçeğin iç tutarlılığını hesaplama imkânı sağlayan Alpha katsayısı bulunmuştur. Alpha katsayısı, ölçeğin tümü için 0.93, vizyon ve ilham sağlama, uygun rol modeli olma boyutu için 0.91, grup amaçlarının kabulünü sağlama boyutu için 0.91, entelektüel teşvikte bulunma boyutu için 0,87, bireysel ilgi gösterme boyutu için 0.93, yüksek başarı beklentisine sahip olma boyutu için ise 0.82 olarak bulunmuştur (İşcan, 2002).

II.2.3. Örgütsel Yenilik Ölçeği

Örgütsel Yenilik ölçeği, Ismail, Belli, Sohn ve Toussaint (2002) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek kendi içerisinde yedi alt boyuttan (Yenilik / Çevre, Yenilik / Liderlik, Yenilik / Kişisel, Geribildirim / Çevre, Geribildirim/Kişisel, Geribildirim/Kişilerarası, Kanıta dayalı Öğrenme) ve 33 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılardan ölçekte verilen ifadeleri “hiç katılmıyorum” dan “kesinlikle katılıyorum”a kadar uzanan beş basamaklı Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmeleri istenmektedir.

Türkçe ölçek formunun, Ankara'daki altı üniversite hastanesinde 200 doktor ve hemşireye uygulanmasıyla veriler toplanmıştır. SPSS 16.0 programı kullanılarak geçerlik ve güvenirlik analizi gerçekleştirilmiştir.¹ İzleyen bölümde ölçeğin Türkçe'ye adaptasyon çalışmasının bulguları özetlenmektedir.

II.2.3.1. Kapsam ve Yapı Geçerliliği

Bu çalışma kapsamında Ölçeğin sonuna “Yenilikçi Davranış Eğilimi” ni ölçmek amacıyla 3 maddeden oluşan bir psikometrik soru grubu ilave edilmiştir. Böylece 36 maddeden oluşan yeni ölçek için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Türkçeye adaptasyonu sürecinde özgün ölçekte yer almayan ancak uzman akademisyenlerin yapısal unsurları işaret ettiği konusunda uzlaş

¹ Bu çalışma 2011 yılında “3. Uluslararası İstanbul İktisatçılar Zirvesinde” Poster Bildiri olarak sunulmuştur (Bkz. KOYUNCU, A.G. vd (2011), “ Hastanelerde Örgütsel İnovasyon: Örgütsel İnovasyon Ölçeğinin Türkiye'ye Uyarlanması Çalışması”, 3. Uluslararası İstanbul İktisatçılar Zirvesi: Girişimcilik, İnovasyon ve Ekonomik Kalkınma Bildiriler Kitabı-3, s.533-540, İstanbul).

gösterdikleri üç maddenin eklenmesiyle oluşturulan yeni ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin daha güçlü olacağı varsayımı, gerçekleştirilen analizler sonucunda doğrulanmıştır. Sonuç olarak izleyen bölümde de görüleceği üzere “Örgütsel Yenilik Ölçeği” nin Türkiye için 36 madde ve 3 boyuttan oluştuğu anlaşılmaktadır.

Ölçeğin kapsam ve yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla ölçme aracında yer alan maddeler faktör analizine tabi tutulmuş öz değeri (eigenvalue) 1.00 ve üzerine olmak kaydıyla 7 faktörün anlamlı olduğu görülmüştür. Ancak açıkladıkları varyansın çok düşük olması nedeniyle son 4 faktör anlamsız kabul edilmiştir. Diğer üç faktörün ise ölçeğe ilişkin açıkladıkları toplam varyans %37,75'tir.

Bileşenler Matrisi (Component Matrix) incelendiğinde de birbirine yakın yük değerleri olduğu belirlenmiş ve üç faktörlü çözüm denemesi için “promax” tekniği kullanılmıştır. Analiz sonuçları orijinal faktör yapısındaki sadece iki faktörün Türk örnekleme için doğrulandığını, ancak ilave 3 maddelik soru grubunun da ölçeğin yapısal olarak güçlenmesine katkı yaptığını göstermiştir. Sonuç olarak, üç faktörlü çözümlenme sonuçlarının ülkemiz için uygun olduğu kararına varılmıştır. İlgili analiz bulguları **Tablo II.4.**'te sunulmuştur.

Tablo.II.4. Örgütsel Yenilik Ölçeği Yapı Matrisi

	Faktör		
	1	2	3
MADDE 35	,784		
MADDE 30	,778		
MADDE 16	,757		
MADDE 36	,739		
MADDE 27	,736		
MADDE 31	,694		
MADDE 34	,690		
MADDE 4	,633		
MADDE 21	,607		
MADDE 22	,546		
MADDE 23	,514		
MADDE 11	,488		
MADDE 29		,680	
MADDE 25		,674	
MADDE 6		,645	
MADDE 28		,621	
MADDE 18		,611	
MADDE 7		,607	
MADDE 17		,544	
MADDE 13		,525	
MADDE 24		,511	
MADDE 19			,796
MADDE 15			,597
MADDE 9			,543
MADDE 1			,516
MADDE 26			,480
MADDE 33			,450

Madde içerikleri incelendiğinde, birinci faktör için en uygun faktör adının “yenilikçi davranış eğilimi”, ikinci faktör için “yenilik/ çevre”, üçüncü faktör için ise “yenilik/ kişisel” olduğuna karar verilmiştir. Bu durum orijinal ölçeğin faktör yapısıyla tutarlıdır.

II.2.3.2. Madde Analizine İlişkin Bulgular

Madde analizi için madde – toplam puan korelasyonlarından yararlanılmıştır. Madde- toplam korelasyonlarının “inovatif davranış eğilimi” alt ölçeği için .53 ile .81, “inovasyon/çevre” alt ölçeği için .56 ile .73 ve “inovasyon/kişisel” alt ölçeği için ise .49 ile .76 arasında değiştiği belirlenmiştir. Buna göre her bir faktördeki maddeler, o faktörün tümüyle tutarlıdır ve her ilgili madde faktörün ölçtüğü yapıyı ölçmektedir.

Maddelerin iç geçerliğini belirlemek üzere “uç grup”(extreme group) yöntemi kullanılmıştır. Üst grup her boyuttan en yüksek puan alan katılımcıların %27’si (n=20), alt grup ise her boyuttan en düşük puan alan katılımcıların %27’si (n=20) olarak belirlenmiştir. Örgütsel Yenilik Ölçeği’nin boyutlarından alınan puanların uç gruplara ayrılan grupları ne düzeyde ayırabildiğini anlamak amacıyla t-testi analizi yapılmış ve bu analizin sonuçları **Tablo II.5.**’de özetlenmiştir.

Tablo II.5. Örgütsel Yenilik Ölçeğinin Genel Olarak Geçerlik Analiz Sonuçları

Madde numarası	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Üst 0,27 Ortalaması	Alt 0,27 ortalaması	t değeri
Yenilikçi Davranış Eğilimi için Alfa= .90				
Çalıştığım ortamda, bir şeyleri hiç hata yapmaksızın gerçekleştirmek önem taşımaktadır.	.64	1.16	2.23	-6.47*
İşimle ilgili olarak güvenilir ve kesin olmayan durumları mümkün olduğunca azaltmaya çalışırım.	.53	0.92	2.07	-5.26*
Çalıştığım ortamdaki kişiler kendi kararlarım ile ilgili olarak bana rahatlıkla soru sorabilirler.	.76	1.34	2.15	-8.76*
İşimle ilgili olarak diğer kurum/birimden geribildirim almak için her türlü zahmete katlanırım.	.67	1.17	2.02	-7.70*
Yardıma ihtiyacım olduğunda diğer kurum/birimden yardım alabileceğimi bilmek beni rahatlatır.	.61	1.04	2.15	-5.81*
Yenilikçi bir fikir ile karşılaştığımda, diğer birimi bakış açımı kabul etmeleri konusunda etkileyebilirim.	.58	0.61	1.68	-4.33*
İş ile ilgili değerlendirme ya da geribildirim yapıldığında mümkün olduğunca çabuk dikkate almak önem taşır.	.73	1.35	2.23	-8.16*
Tavsiyelere uyar ve öğretim tarzımı/davranışlarımı değiştiririm.	.81	1.35	2.14	-8.88*
Davranışın devam etmesi koşuluyla alternatif açıklamaları dikkate alırım.	.75	1.22	1.97	-8.71*
İşyerindeki yenilikler ve düzenlemeler ile ilgili tartışmalara katılırım.	.73	1.30	2.20	-7.79*
Diğer çalışma arkadaşlarımı da işyerindeki yenilik ve düzenlemeler ile ilgili tartışmalara katılmaya çağırırım.	.79	1.46	2.43	-8.15*
İşyerindeki yenilikler ile ilgili konularla bağlantılı çalışmaktan hoşlanırım.	.76	1.40	2.09	-10.40*
Yenilik/Çevre için Alfa= .84.2				
Yöneticimiz/liderimiz, başarısız olsa dahi yenilikçi yöntemleri/fikirleri deneyen kişileri olumlu karşılamaktadır.	.73	1.86	2.83	-9.86*
Yöneticimiz/ liderimiz, yenilikçiliğin zirvesinde olmanın önemini vurgulamaktadır.	.69	1.37	2.52	-6.85*

İşleyip işlemeyeceğinden emin olmaksızın işimde yenilikçi teknikleri denerim.	.56	0.63	2.06	-3.81*
Kendim ve çalışmalarım ile ilgili olarak başka bir kuruma/birime soru sorsam dürüst bir cevap alacağımdan eminim.	.59	0.73	2.17	-4.11*
Çalıştığım kurumda olumsuz tepki alacağımdan korkmadan yeni teknikler deneyebilirim.	.67	1.05	2.43	-5.13*
Çalıştığım ortamda iş ile ilgili olarak meslektaşlar ile uyumsuzluk yaşamaktan mümkün olduğunca kaçınılır.	.61	1.06	2.13	-6.08*
Üstlerimin olsa dahi bazı fikirleri beğenmeme konusunda cesaretlendirilirim.	.71	0.99	2.20	-5.35*
Diğerlerinin düşünceleri ile ilgili soru sormak ya da eleştiride bulunmak sorun teşkil etmez.	.65	1.03	2.26	-5.45*
İşyerinde diğer kişilerin belirttikleri düşünceler ile ilgili yeni ve farklı görüşler ya da yöntemler sunarım.	.73	1.16	2.33	-6.01*
Yenilik/Kişisel Faktörü için Alfa= .91				
Yenilikçi fikirler ile ilgili deneyimler beni çalıştığım ortamda hiçbir yere götürmez.	.68	1.50	2.79	-6.75*
Yaptığım iş ile ilgili olarak belirli sonuçlara ulaşmak için genellikle bir doğru yol vardır.	.60	0.84	2.05	-4.86*
Çalıştığım ortamdaki kişiler kendi kararlarım ile ilgili olarak bana rahatlıkla soru sorabilirler.	.68	0.95	2.24	-5.04*
Kendimle ilgili diğer kurum/birim değerlendirmeler benim açımdan iyilikten çok zarar verir.	.76	1.05	2.28	-5.49*
İyi meslektaş beni ve kararlarımı/tercihlerimi destekleyen kişilerdir.	.64	1.32	2.47	-6.65*
Eleştirileri kabul etmem çünkü benim kişisel klinik deneyimlerim literatürde belirtilenlerin önünde yer almaktadır.	.49	0.79	2.22	-4.27*

* p<.05

Bu testin sonuçlarına göre alt ölçeklerin madde ortalamaları arasında anlamlı farklar görülmüştür. %27'lik gruplar arasında beklenen yönde gözlenen farkların anlamlı çıkması, testin iç tutarlılığının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2004).

II.3. Verilerin Toplanması

Veriler, Aralık 2011- Mayıs 2012 tarihleri arasında Ankara ili sınırlarındaki beş üniversite hastanesinde (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve İbn-İ Sina Hastanesi, Gazi Üniversitesi Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Başkent Üniversitesi Hastanesi ve Ufuk Üniversitesi Hastanesi) çalışmakta olan doktor ve hemşirelerden toplanmıştır. Ölçeğin orijinalinin üniversite hastanelerinde uygulanmasından ötürü bu araştırma da Ankara'da bulunan üniversite hastanelerinde gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılara anket formu dağıtılarak yanıtlamaları istenmiştir. Uygulama bireysel olarak yürütülmüştür.

III. BÖLÜM:

BULGULAR

Araştırmanın amacında da belirtildiği gibi, bu araştırmada mevcut bilgilerin hızla eskidiği bilgi çağının gereği olarak yenileşme ve yeniliklere uyum sorunsalını psiko-sosyal bir çerçevede içinde irdellemek amaçlanmaktadır. Bu bölümde, belirlenen amaç çerçevesinde elde edilen bulgular yer almaktadır.

III. 1. Hastane Hizmetlerinin Kalite Algısına Dair Soru Grubundan Elde Edilen Bulgular:

Araştırmaya katılan denekler kamu ve özel sektörde çalışmaları bakımından iki gruba ayrılmıştır. Her grupta yer alan tıp doktorları ve hemşireler için ayrı ayrı olmak üzere hastane hizmetlerinin kalitesine ilişkin algılarının frekans ve yüzdeleri **Tablo III.1.1**'de gösterilmiştir.

Tablo III.1.1. Özel ve Kamu Sektöründe Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Hastane Kalite Algısı

			Hastanede Verilen Tıbbi Hizmetin Kalitesi	Hastanede Verilen Sosyal Hizmetin Kalitesi
DOKTOR	Özel sektör	Çok iyi <i>n (%)</i>	3 (8,8)	4 (11,8)
		İyi <i>n(%)</i>	26 (76,5)	14 (41,2)
		Kararsızım <i>n (%)</i>	4 (11,8)	6 (17,6)
		Kötü <i>n (%)</i>	1 (2,9)	9 (26,5)
		Çok Kötü <i>n (%)</i>	-	1 (2,9)
	Kamu sektörü	Çok iyi <i>n (%)</i>	6 (12,2)	1 (2,0)
		İyi <i>n(%)</i>	29 (59,2)	19 (38,8)
		Kararsızım <i>n (%)</i>	6 (12,2)	11 (22,4)
		Kötü <i>n (%)</i>	7 (14,3)	14 (28,6)
		Çok Kötü <i>n (%)</i>	1 (2,0)	4 (8,2)
HEMŞİRE	Özel sektör	Çok iyi <i>n (%)</i>	10 (14,3)	3 (4,3)
		İyi <i>n(%)</i>	45 (64,3)	30 (42,9)
		Kararsızım <i>n (%)</i>	10 (14,3)	19 (27,1)
		Kötü <i>n (%)</i>	3 (4,3)	14 (20,0)
		Çok Kötü <i>n (%)</i>	1 (1,4)	4 (5,7)
	Kamu sektörü	Çok iyi <i>n (%)</i>	2 (4,3)	1 (2,1)
		İyi <i>n(%)</i>	25 (53,2)	17 (36,2)
		Kararsızım <i>n (%)</i>	8 (17,0)	12 (25,5)
		Kötü <i>n (%)</i>	10 (21,3)	12 (25,5)
		Çok Kötü <i>n (%)</i>	2 (4,3)	5 (10,6)

Yukarıdaki tablodan da izlenebileceği gibi, gerek kamu sektöründe çalışan tıp doktorlarının (%59.2) ve hemşirelerin (%53.2) gerekse de özel sektörde görev yapan tıp doktorlarının (%76.5) ve hemşirelerin (% 64,3) büyük çoğunluğu için hastanede

sunulan tıbbi hizmetin kalitesi iyi (yeterli) olarak kabul edilmektedir. Ancak aynı memnuniyet hastanede sunulan sosyal hizmetler açısından sağlanamamaktadır. Öyle ki, özel sektörde çalışan tıp doktorlarının % 41,2'si ve hemşirelerin % 42,9'u sunulan sosyal hizmetleri yeterli görürken, kamu sektöründe çalışan tıp doktorlarında ve hemşirelerde bu oran daha düşüktür (%38,8 ve %36,2). Bununla beraber yetersiz olduğunu düşünenlerin oranı da gerek tıp doktorları gerekse de hemşireler için %20-%30 aralığındadır ve bu azımsanamayacak seviyedir. Genel olarak bakıldığında yukarıdaki tablodan da görülebileceği üzere gerek kamu gerekse de özel sektörde çalışan tıp doktorları ve hemşireler açısından hastanelerde sunulan sosyal hizmetlerin yeterince kaliteli olmadığı düşünülmektedir.

Bununla birlikte bütün katılımcıların, örgütsel yenilik eğilimleri ile “Hastanenizde sunulan tıbbi hizmetin kalitesi sizce nasıl?” ve “Hastanenizde sunulan sosyal hizmetin kalitesi sizce nasıl” sorularına verdikleri yanıtlar arasındaki ilişki miktarı **Tablo III.1.2.**'de sunulmuştur. Bu analiz için “kararsızım” seçeneği 0 olarak yeniden puanlanmıştır. Böylece yüksek puan kalitenin zayıf bulunuşuna, düşük puan ise kalitenin güçlü değerlendirilişine işaret etmiştir.

Tablo III.1.2. Araştırmaya Katılan Tıp Doktoru ve Hemşirelerin Örgütsel Yenilik Eğilimleri ile Hizmet Kalitesi Alguları Arasındaki İlişki

			Hastanenizde verilmekte olan tıbbi hizmetin kalitesi sizce nasıldır?	Hastanenizde verilmekte olan sosyal hizmetin kalitesi sizce nasıldır?
DOKTOR	ÖZEL	Yenilik/Çevre	,571	-,662
		Yenilik/Kişisel	,623	-,608
		Yenilikçi davranış eğilimi	,833	-,399
	KAMU	Yenilik/Çevre	,198	-,148
		Yenilik/Kişisel	-,072	-,115
		Yenilikçi davranış eğilimi	-,133	,148
HEMŞİRE	ÖZEL	Yenilik/Çevre	,021	,000
		Yenilik/Kişisel	,004	-,237*
		Yenilikçi davranış eğilimi	-,123	-,081
	KAMU	Yenilik/Çevre	,043	-,114
		Yenilik/Kişisel	,037	-,099
		Yenilikçi davranış eğilimi	,039	-,082

Buna göre, sadece özel sektörde görev yapmakta olan hemşireler için Yenilik/Kişisel boyutu ile sosyal hizmet kalite algısı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişkinin varlığından bahsedilebilmektedir. Bir başka ifade ile özel hastanede çalışan hemşireler, kişisel yenilik algıları arttıkça hastanede sunulan sosyal hizmetleri daha kaliteli bulmaktadırlar.

Tablo III.1.3. Özel ve Kamu Sektöründe Çalışan Tıp Doktoru ve Hemşirelerin Son Beş Yıla İlişkin Hastane Kalite Algısı

	DOKTOR									
	ÖZEL					KAMU				
	Belirgin şekilde arttı N (%)	Arttı n (%)	Aynı, değişme yok n (%)	Azaldı n (%)	Belirgin düşüş var n (%)	Belirgin şekilde arttı n (%)	Arttı n (%)	Aynı, değişme yok n (%)	Azaldı n (%)	Belirgin düşüş var n (%)
Son Beş Yılda Hastanede Verilen Tıbbi Hizmetin Kalitesi	2 (5,9)	16 (47,1)	10 (29,4)	4 (11,8)	-	4 (8,2)	20 (40,8)	15 (30,6)	7 (14,3)	3 (6,1)
Son Beş Yılda Hastanede Verilen Sosyal Hizmetin Kalitesi	3 (8,8)	9 (26,5)	15 (44,1)	5 (14,7)	-	4 (8,2)	18 (36,7)	16 (32,7)	7 (14,3)	4 (8,2)
	HEMŞİRE									
	ÖZEL					KAMU				
	Belirgin şekilde arttı N (%)	Arttı n (%)	Aynı, değişme yok n (%)	Azaldı n (%)	Belirgin düşüş var n (%)	Belirgin şekilde arttı n (%)	Arttı n (%)	Aynı, değişme yok n (%)	Azaldı n (%)	Belirgin düşüş var n (%)
Son Beş Yılda Hastanede Verilen Tıbbi Hizmetin Kalitesi	6 (8,6)	15 (21,4)	23 (32,9)	20 (28,6)	1 (1,4)	3 (6,4)	17 (36,2)	17 (36,2)	8 (17,0)	2 (4,3)
Son Beş Yılda Hastanede Verilen Sosyal Hizmetin Kalitesi	1 (1,4)	11 (15,7)	34 (48,6)	14 (20,0)	3 (4,3)	3 (6,4)	14 (29,8)	21 (44,7)	7 (14,9)	1 (2,1)

Araştırmaya katılan tıp doktorlarından son beş yıllık dönemi değerlendirmeleri istendiğinde gerek özel (%47,1) gerekse de kamu sektöründe (% 40,8) çalışanların önemli bir bölümü hastanelerinde sunulan tıbbi hizmetlerin kalitesinin iyileştiğini belirtmişlerdir. (Bkn. **Tablo. III.1.3.**). Ancak tıp doktorlarının sunulan sosyal hizmetlere ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında, gerek özelde gerekse de kamuda çalışanlar arasında çoğunlukla herhangi bir değişimin olmadığı düşünülüyor görülmektedir.

Aynı soru hemşireler açısından değerlendirildiğinde ise gerek kamu sektöründe çalışanlar gerekse de özel sektörde çalışanlar açısından hastanede sunulan hizmetlerde (tıbbi ve sosyal) herhangi bir değişimin olmadığı görüşünün hakim olduğu görülmektedir.

Bunlara ek olarak özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıp doktoru ve hemşirelerin, örgütsel yenilik eğilimleri ile “Hastanenizde sunulan tıbbi hizmetin kalitesi son beş yılda sizce nasıl değişti?” ve “Hastanenizde sunulan sosyal hizmetin kalitesi son beş yılda sizce nasıl değişti?” sorularına verdikleri yanıtlar arasındaki ilişki miktarı **Tablo III.1.4.**'te sunulmuştur.

Tablo III.1.4. Araştırmaya Katılanların Örgütsel Yenilik Eğilimleri ile Son Beş Yılda Hizmet Kalite Algısı Arasındaki İlişki

			Hastanenizde sunulan tıbbi hizmetin kalitesi son beş yılda sizce nasıl değişti?	Hastanenizde sunulan sosyal hizmetin kalitesi son beş yılda sizce nasıl değişti?
DOKTOR	ÖZEL	Yenilik/Çevre	,159	,025
		Yenilik/Kişisel	,007	-,258
		Yenilikçi Davranış Eğilimi	,156	-,121
	KAMU	Yenilik/Çevre	-,011	,062
		Yenilik/Kişisel	-,223	,016
		Yenilikçi Davranış Eğilimi	-,233	,086
HEMŞİRE	ÖZEL	Yenilik/Çevre	-,013	,068
		Yenilik/Kişisel	-,207	-,028
		Yenilikçi Davranış Eğilimi	-,229	-,254*
	KAMU	Yenilik/Çevre	-,251	-,385**
		Yenilik/Kişisel	,003	,026
		Yenilikçi Davranış Eğilimi	-,313*	-,320*

Tablo III.4 'e bakıldığında, özel ve kamu hastanelerinde çalışan doktorlar açısından örgütsel yenilik eğilimleri ile hizmet kalitesi arasında hiçbir anlamlı ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Ancak hemşireler açısından ele alındığında sonuçlar, Yenilikçi Davranış Eğilimi puanları arttığında hastanede son beş yılda verilen sosyal hizmetin kalitesinin daha

olumlu değerlendirilmekte olduğuna işaret etmektedir. Bir başka ifade ile Yenilikçi Davranış Eğilimi yüksek olan bireylerin mevcut çalışma ortamının ve çalışma koşullarının gün geçtikçe daha iyi olacağı beklentisi içinde olduğu ve buna inandığı düşünülmektedir.

Bununla birlikte kamu hastanelerinde görev yapan hemşirelerin Yenilik/evre eğilimi arttıķa hastanede sunulan sosyal hizmete ilişkin kalite algılarının da arttığı görülmektedir. Öyle ki, hemşireler çalışma ortamını çalışma arkadaşları ile birlikte değerlendirdiklerinde kalite algıları da artmaktadır. Son olarak yine kamu hastanelerinde görev yapan hemşirelerin Yenilikçi Davranış Eğilimleri arttıķa hastanede sunulan tıbbi hizmetlere ilişkin kalite algılarının da arttığı görülmektedir.

Tablo III.1.5. Hastanelerdeki Hizmet Sağlayıcılara İlişkin Bulgular

	DOKTOR					
	ÖZEL			KAMU		
	EVET n (%)	BİLMİYORUM n (%)	HAYIR n (%)	EVET n (%)	BİLMİYORUM n (%)	HAYIR n (%)
Yemekler Hastanede Pişiriliyor	20 (58,8)	-	12 (35,3)	36 (73,5)	-	12 (24,5)
Temizlik Hastane Personeli Tarafından Yapılıyor	19 (55,9)	-	15 (44,1)	31 (63,3)	-	17 (34,7)
Bilgi İşlem vb. Alanlarda Dış Kaynaklardan Yararlanılıyor	12 (35,3)	-	19 (55,9)	30 (61,2)	-	15 (30,6)
	HEMŞİRE					
	ÖZEL			KAMU		
	EVET n (%)	BİLMİYORUM n (%)	HAYIR n (%)	EVET n (%)	BİLMİYORUM n (%)	HAYIR n (%)
Yemekler Hastanede Pişiriliyor	26 (37,1)	1 (1,4)	42 (60,0)	38 (80,9)	-	7 (14,9)
Temizlik Hastane Personeli Tarafından Yapılıyor	60 (85,7)	-	10 (14,3)	20 (42,6)	-	27 (57,4)
Bilgi İşlem vb. Alanlarda Dış Kaynaklardan Yararlanılıyor	36 (51,4)	-	25 (35,7)	28 (59,6)	-	17 (36,2)

Tablo III.1.5.'den de izlenebileceği gibi, kamu hastanelerinde çalışan doktor (% 73,5) ve hemşirelerin (80,9) büyük bölümü yemeklerin hastanede pişirildiğini belirtmiş, özel hastanelerde çalışanlar için ise bu oran doktorlar için %58,8 ve hemşireler için % 37,1 olarak hesaplanmıştır. Bununla birlikte soruyu tam aksi şekilde yanıtlayanların oranının azımsanamayacak düzeyde olması akla çalışanların konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını getirmektedir. Benzer şekilde temizlik ve bilgi işlem hizmetleri ile ilgili sorulara verilen cevapların da net olmayışı

(gerek kamu gerek özel sektör için) çalışanların yönetsel açıdan yeterince bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir. Bu durum hastane yönetimi ile ilgili bir eksiklik olarak değerlendirilebileceği gibi bireylerin yönetsel konulara ilgi duymamasıyla da açıklanabilir.

III. 2. Hastanelerde Verilen Hizmet Kalitesi Belirleyicilerine Dair Soru Grubundan Elde Edilen Bulgular:

Bu bölümde hastanelerde sağlanan hizmetlerin kalitesinin belirleyici unsurlarının ve bu unsurlara katılımcıların verdikleri önemin frekans ve yüzdeleri **Tablo III.2.1.**'de gösterilmektedir.

Tablo III.2.1. Hastanelerde Verilen Hizmet Kalitesi Belirleyicilerine İlişkin Bulgular

	DOKTOR													
	ÖZEL							KAMU						
	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli
Teknolojik Donanım	1 (2,9)	2 (5,9)	6 (17,6)	3 (8,8)	8 (23,5)	9 (26,5)	4 (11,8)	-	3 (6,1)	7 (14,3)	8 (16,3)	10 (20,4)	14 (28,6)	7 (14,3)
Doktorların Hemşirelerin Donanımı/ Uzmanlığı	-	1 (2,9)	-	3 (8,8)	12 (35,3)	10 (29,4)	7 (20,6)	-	1 (2,0)	4 (8,2)	3 (6,1)	16 (32,7)	13 (26,5)	12 (24,5)
Hastaya ve Refakatçilere Sağlanan Konfor	2 (5,9)	3 (8,8)	6 (17,6)	7 (20,6)	7 (20,6)	6 (17,6)	2 (5,9)	4 (8,2)	5 (10,2)	8 (16,3)	8 (16,3)	13 (26,5)	8 (16,3)	3 (6,1)
Hastanenin Ulaşılabilirliği	-	1 (2,9)	2 (5,9)	7 (20,6)	7 (20,6)	11 (32,4)	5 (14,7)	-	1 (2,0)	3 (6,1)	6 (12,2)	12 (24,5)	17 (34,7)	9 (18,4)
Hastanenin Fiziki Koşulları ve Temizliği	1 (2,9)	1 (2,9)	5 (14,7)	3 (8,8)	12 (35,3)	4 (11,8)	7 (20,6)	-	2 (4,1)	9 (18,4)	9 (18,4)	9 (18,4)	11 (22,4)	8 (16,3)
Hastanın Bakımı/İyileştirilm esi	-	-	1 (2,9)	4 (11,8)	9 (26,5)	11 (32,4)	8 (23,5)	-	3 (6,1)	2 (4,1)	7 (14,3)	10 (20,4)	16 (32,7)	11 (22,4)
İyi İletişim	1 (2,9)	-	4 (11,8)	5 (14,7)	9 (26,5)	11 (32,4)	3 (8,8)	1 (2,0)	3 (6,1)	6 (12,2)	7 (14,3)	11 (22,4)	16 (32,7)	5 (10,2)
Kişisel İhtiyaçlara Cevap Verebilme	1 (2,9)	1 (2,9)	3 (8,8)	8 (23,5)	8 (23,5)	11 (32,4)	1 (2,9)	-	5 (10,2)	10 (20,4)	10 (20,4)	9 (18,4)	11 (22,4)	4 (8,2)
Bekleme Süreleri	-	2 (5,9)	6 (17,6)	6 (17,6)	11 (32,4)	5 (14,7)	3 (8,8)	3 (6,1)	2 (4,1)	9 (18,4)	11 (22,4)	12 (24,5)	9 (18,4)	3 (6,1)
Doktorların/hemşirelerin Özenli ve Dikkatli Davranışı	-	1 (2,9)	3 (8,8)	3 (8,8)	6 (17,6)	15 (44,1)	5 (14,7)	-	1 (2,0)	3 (6,1)	9 (18,4)	11 (22,4)	13 (26,5)	12 (24,5)
	HEMŞİRE													
	ÖZEL							KAMU						
	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli
Teknolojik Donanım	7 (10,0)	7 (10,0)	11 (15,7)	15 (21,4)	7 (10,0)	13 (18,6)	10 (14,3)	3 (6,4)	3 (6,4)	2 (4,3)	13 (27,7)	10 (21,3)	5 (10,6)	10 (21,3)

Doktorların Hemşirelerin Donanımı/ Uzmanlığı	1 (1,4)	6 (8,6)	9 (12,9)	11 (15,7)	13 (18,6)	15 (21,4)	15 (21,4)	-	3 (6,4)	7 (14,9)	7 (14,9)	11 (23,4)	7 (14,9)	12 (25,5)
Hastaya ve Refakatçilere Sağlanan Konfor	10 (14,3)	10 (14,3)	14 (20,0)	12 (17,1)	11 (15,7)	8 (11,4)	4 (5,7)	7 (14,9)	8 (17,0)	6 (12,8)	10 (21,3)	6 (12,8)	5 (10,6)	5 (10,6)
Hastanenin Ulaşılabilirliği	2 (2,9)	5 (7,1)	8 (11,4)	8 (11,4)	15 (21,4)	14 (20,0)	17 (24,3)	4 (8,5)	3 (6,4)	1 (2,1)	10 (21,3)	9 (19,1)	7 (14,9)	11 (23,4)
Hastanenin Fiziki Koşulları ve Temizliği	-	5 (7,1)	7 (10,0)	10 (14,3)	20 (28,6)	11 (15,7)	16 (22,9)	3 (6,4)	5 (10,6)	6 (12,8)	8 (17,0)	10 (21,3)	8 (17,0)	7 (14,9)
Hastanın Bakımı/İyileştirilmesi	-	1 (1,4)	4 (5,7)	11 (15,7)	18 (25,7)	15 (21,4)	21 (30,0)	1 (2,1)	5 (10,6)	7 (14,9)	6 (12,8)	10 (21,3)	11 (23,4)	7 (14,9)
İyi İletişim	1 (1,4)	4 (5,7)	9 (12,9)	14 (20,0)	12 (17,1)	15 (21,4)	15 (21,4)	3 (6,4)	3 (6,4)	7 (14,9)	10 (21,3)	11 (23,4)	8 (17,0)	5 (10,6)
Kişisel İhtiyaçlara Cevap Verebilme	3 (4,3)	8 (11,4)	9 (12,9)	12 (17,1)	15 (21,4)	13 (18,6)	9 (12,9)	2 (4,3)	10 (21,3)	6 (12,8)	11 (23,4)	8 (17,0)	4 (8,5)	5 (10,6)
Bekleme Süreleri	5 (7,1)	6 (8,6)	11 (15,7)	9 (12,9)	8 (11,4)	20 (28,6)	10 (14,3)	3 (6,4)	3 (6,4)	12 (25,5)	6 (12,8)	5 (10,,6)	7 (14,9)	10 (21,3)
Doktorların/hemşirelerin Özenli ve Dikkatli Davranışı	-	1 (1,4)	3 (4,3)	11 (15,7)	10 (14,3)	18 (25,7)	26 (37,1)	2 (4,3)	4 (8,5)	4 (8,5)	6 (12,8)	13 (27,7)	5 (10,6)	13 (27,7)

Tablo III.2.1.'de de görüldüğü gibi gerek özel gerekse de kamu hastanesinde çalışan doktorlar açısından doktor ve hemşirelerin uzmanlığı, hastaneye kolay ulaşım, hastaların bakımı ve iyileştirilmesi ve doktor ve hemşirelerin hastaya yaklaşımı en çok önem verilen dört unsuru oluşturmaktadır. Hemşireler açısından değerlendirildiğinde yine hasta bakımı, doktor ve hemşirelerin uzmanlığı ve doktor ve hemşirelerin hastaya yaklaşımı ön plana çıkarken özel hastanede çalışan hemşireler için hastanenin ulaşılabilirliğinin de önem taşıdığı tablodan izlenmektedir. O halde, gerek özel gerekse de kamu kesiminde çalışan doktor ve hemşireler açısından hizmet kalitesinin belirleyicileri olarak daha çok tıbbi unsurların ön plana çıktığı söylenebilir.

III. 3. Hastanelerde Hizmet Kalitesindeki Farklılıklara Dair Algılara Yönelik Soru Grubundan Elde Edilen Bulgular:

Bu bölümde araştırmaya katılanların kamu ve özel hastanelerde sunulan hizmetin kalitesindeki farklılıklara yönelik algılarını ve bu farkın nedenlerini belirlemeye yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo III.3.1. Özel ve Kamu Hastaneleri Arasında Sunulan Hizmetin Kalitesi Bakımından Algılanan Farklılık Düzeyine İlişkin Bulgular

	DOKTOR													
	ÖZEL							KAMU						
	1 Çok az	2	3	4	5	6	7 Çok fazla	1 Çok az	2	3	4	5	6	7 Çok fazla
Size göre Ankara'daki Özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasında hizmet kalitesi bakımından farklılık var mıdır?	-	1 (2,9)	1 (2,9)	10 (29,4)	8 (23,5)	4 (8,5)	11 (23,4)	2 (4,1)	3 (6,1)	2 (4,1)	12 (24,5)	16 (32,7)	6 (12,2)	7 (14,3)
	HEMŞİRE													
	ÖZEL							KAMU						
	1 Çok az	2	3	4	5	6	7 Çok fazla	1 Çok az	2	3	4	5	6	7 Çok fazla
Size göre Ankara'daki Özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasında hizmet kalitesi bakımından farklılık var mıdır?	2 (2,9)	1 (1,4)	4 (5,7)	16 (22,9)	14 (20,0)	10 (28,6)	20 (28,6)	2 (4,3)	1 (2,1)	2 (4,3)	11 (23,4)	16 (34,0)	4 (8,5)	11 (23,4)

Tablo III.3.1.'de de görülebileceği gibi araştırmaya katılan doktor ve hemşireler arasında özel ve kamu hastanelerinde hizmet kalitesi bakımından farklılık olduğunu en çok özel hastanede görev yapmakta olan hemşireler düşünmektedir. Tablonun geneline bakıldığında tüm doktor ve hemşireler açısından özel ve kamu hastanelerinde çeşitli seviyelerde farklılık olduğunu düşünenlerin oranı %60 lar civarındadır. Yine doktor ve hemşirelerin %10'u ise herhangi bir fark olmadığını belirtmiştir. Doktor ve hemşirelerin büyük bölümü için belirtilen farklılığın hangi unsurlardan kaynaklandığı aşağıdaki tabloda gösterilmektedir

Tablo III.3.2. Özel ve Kamu Hastaneleri Arasında Sunulan Hizmetin Kalitesi Bakımından Algılanan Farklılığın Tıbbi Nedenlerine İlişkin Bulgular

	ÖZEL							DOKTOR							KAMU							
	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	
Yeterli Sayıda Personel	3 (8,8)	3 (8,8)	5 (14,7)	5 (14,7)	2 (5,9)	8 (23,5)	7 (20,6)	3 (6,1)	1 (2,0)	6 (12,2)	7 (14,3)	11 (22,4)	7 (14,3)	13 (26,5)								
Kişisel Bakım/İlgi	-	2 (5,9)	5 (14,7)	6 (17,6)	2 (5,9)	11 (32,4)	7 (20,6)	-	1 (2,0)	4 (8,2)	8 (16,3)	14 (28,6)	11 (22,4)	9 (18,4)								
Hizmet Maliyetleri	1 (2,9)	-	2 (5,9)	9 (26,5)	3 (8,8)	7 (20,6)	11 (32,4)	-	4 (8,2)	6 (12,2)	8 (16,3)	12 (24,5)	5 (10,2)	12 (24,5)								
Ekipman	1 (2,9)	1 (2,9)	3 (8,8)	4 (11,8)	4 (11,8)	9 (26,5)	9 (26,5)	-	2 (4,1)	6 (12,2)	9 (18,4)	10 (20,4)	10 (20,4)	10 (20,4)								
Personel Bilgi Düzeyi ve Deneyimi	4 (11,8)	4 (11,8)	4 (11,8)	5 (14,7)	2 (5,9)	7 (20,6)	7 (20,6)	5 (10,2)	4 (8,2)	7 (14,3)	7 (14,3)	5 (10,2)	7 (14,3)	12 (24,5)								
İleri/En Son Teknolojiler	2 (5,9)	2 (5,9)	3 (8,8)	8 (23,5)	2 (5,9)	6 (17,6)	10 (29,4)	2 (4,1)	3 (6,1)	6 (12,2)	7 (14,3)	5 (10,2)	11 (22,4)	13 (26,5)								
Tetkik Bekleme Süreleri	-	2 (5,9)	3 (8,8)	8 (23,5)	5 (14,7)	8 (23,5)	7 (20,6)	2 (4,1)	1 (2,0)	2 (4,1)	10 (20,4)	6 (12,2)	11 (22,4)	15 (30,6)								
Hasta Sayısı/ Yoğunluğu	-	1 (2,9)	-	8 (23,5)	2 (5,9)	9 (26,5)	13 (38,2)	-	1 (2,0)	-	10 (20,4)	6 (12,2)	13 (26,5)	16 (32,7)								
	HEMŞİRE																					
	ÖZEL							DOKTOR							KAMU							
	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	
Yeterli Sayıda Personel	2 (2,9)	4 (5,7)	2 (2,9)	2 (2,9)	7 (10,0)	6 (8,6)	43 (61,4)	2 (4,3)	2 (4,3)	1 (2,1)	4 (8,5)	8 (17,0)	7 (14,9)	23 (48,9)								
Kişisel Bakım/İlgi	-	1 (1,4)	1 (1,4)	3 (4,3)	9 (12,9)	17 (24,3)	34 (48,6)	2 (4,3)	3 (6,4)	3 (6,4)	9 (19,1)	3 (6,4)	10 (21,3)	16 (34,0)								
Hizmet Maliyetleri	1 (1,4)	2 (2,9)	3 (4,3)	6 (8,6)	12 (17,1)	15 (21,4)	27 (38,6)	1 (2,1)	2 (4,3)	5 (10,6)	7 (14,9)	11 (23,4)	6 (12,8)	14 (29,8)								
Ekipman	1 (1,4)	3 (4,3)	4 (5,7)	3 (4,3)	11 (15,7)	9 (12,9)	34 (48,6)	2 (4,3)	2 (4,3)	3 (6,4)	4 (8,5)	11 (23,4)	7 (14,9)	18 (38,3)								
Personel Bilgi Düzeyi ve Deneyimi	1 (1,4)	-	4 (5,7)	6 (8,6)	5 (7,1)	13 (18,6)	38 (54,3)	2 (4,3)	3 (6,4)	3 (6,4)	5 (10,6)	7 (14,9)	9 (19,1)	18 (38,3)								
İleri/En Son Teknolojiler	-	1 (1,4)	5 (7,1)	5 (7,1)	11 (15,7)	15 (21,4)	28 (40,0)	2 (4,3)	4 (8,5)	1 (2,1)	5 (10,6)	3 (6,4)	10 (21,3)	22 (46,8)								
Tetkik Bekleme Süreleri	2 (2,9)	-	3 (4,3)	7 (10,0)	13 (18,6)	13 (18,6)	27 (38,6)	1 (2,1)	3 (6,4)	-	8 (17,0)	5 (10,6)	11 (23,4)	19 (40,4)								
Hasta Sayısı/ Yoğunluğu	-	1 (1,4)	3 (4,3)	5 (7,1)	13 (18,6)	14 (20,0)	31 (44,3)	1 (2,1)	2 (4,3)	2 (4,3)	3 (6,4)	5 (10,6)	11 (23,4)	22 (46,8)								

Tablo III.3.2.'de de görüldüğü gibi özel hastanelerde çalışan tıp doktorları için tıbbi hizmet kalitesi açısından fark yaratan en önemli unsurlar, hizmet maliyeti, ekipman, kullanılan teknoloji ve hasta yoğunluğu olarak ön plana çıkmaktadır. Kamuya ait hastanelerde çalışan doktorlar için ise tetkik bekleme süreleri, hasta yoğunluğu ve kullanılan teknoloji unsurları özel ve kamu hastaneleri arasında tıbbi hizmet kalitesi açısından öncelikli fark yaratan unsurlar olarak sıralanmaktadır.

Hemşirelerin değerlendirmelerine bakıldığında özel hastanelerde çalışmakta olan hemşireler açısından personel sayısı, hastaya sunulan kişisel bakım ve ilgi ile personel deneyimi öncelikli fark yaratan unsurlar olarak algılanmaktadır. Kamu hastanelerinde çalışan hemşireler için ise personel sayısı, kullanılan teknoloji ve hasta yoğunluğunun ön plana çıktığı Tablo III.3.2'den izlenebilmektedir.

Tablo III.3.3. Özel ve Kamu Hastaneleri Arasında Sunulan Hizmetin Kalitesi Bakımından Algılanan Farklılığın Sosyal Nedenlerine İlişkin Bulgular

	DOKTOR													
	ÖZEL							KAMU						
	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli
Yeterli Sayıda Personel	1 (2,9)	2 (5,9)	6 (17,6)	5 (14,7)	4 (11,8)	7 (20,6)	7 (20,6)	2 (4,1)	1 (2,0)	5 (10,2)	8 (16,3)	14 (28,6)	5 (10,2)	11 (22,4)
Kişisel Bakım/İlgi	-	3 (8,8)	1 (2,9)	7 (20,6)	4 (11,8)	11 (32,4)	6 (17,6)	-	3 (6,1)	2 (4,1)	10 (20,4)	8 (16,3)	12 (24,5)	12 (24,5)
Hizmet Maliyetleri	1 (2,9)	-	2 (5,9)	7 (20,6)	8 (23,5)	6 (17,6)	8 (23,5)	-	3 (6,1)	7 (14,3)	8 (16,3)	11 (22,4)	6 (12,2)	12 (24,5)
Ekipman	2 (5,9)	1 (2,9)	4 (11,8)	5 (14,7)	5 (14,7)	7 (20,6)	7 (20,6)	1 (2,0)	2 (4,1)	2 (4,1)	15 (30,6)	6 (12,2)	10 (20,4)	11 (22,4)
Personel Bilgi Düzeyi ve Deneyimi	3 (8,8)	2 (5,9)	3 (8,8)	9 (26,5)	5 (14,7)	4 (11,8)	6 (17,6)	2 (4,1)	3 (6,1)	2 (4,1)	9 (18,4)	9 (18,4)	13 (26,5)	8 (16,3)
İleri/En Son Teknolojiler	2 (5,9)	2 (5,9)	4 (11,8)	6 (17,6)	3 (8,8)	9 (26,5)	5 (14,7)	-	1 (2,0)	2 (4,1)	10 (20,4)	12 (24,5)	12 (24,5)	11 (22,4)
Catering hizmetleri	-	3 (8,8)	5 (14,7)	4 (11,8)	8 (23,5)	6 (17,6)	6 (17,6)	-	1 (1,4)	4 (8,2)	6 (12,2)	12 (24,5)	14 (28,5)	10 (20,4)
Hasta Sayısı/ Yoğunluğu	-	-	2 (5,9)	4 (11,8)	6 (17,6)	7 (20,6)	13 (38,2)	-	2 (4,1)	2 (4,1)	11 (22,4)	6 (12,2)	11 (22,4)	15 (30,6)
HEMŞİRE														
	ÖZEL							KAMU						
	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç Önemli değil						7 Çok önemli
	Yeterli Sayıda Personel	1 (1,4)	3 (4,3)	1 (1,4)	2 (2,9)	6 (8,6)	18 (25,7)	34 (48,6)	2 (4,3)	2 (4,3)	2 (4,3)	3 (6,4)	7 (14,9)	5 (10,6)
Kişisel Bakım/İlgi	-	1 (1,4)	-	4 (5,7)	9 (12,9)	23 (32,9)	29 (41,4)	2 (4,3)	2 (4,3)	2 (4,3)	5 (10,6)	7 (14,9)	5 (10,6)	21 (44,7)
Hizmet Maliyetleri	-	1 (1,4)	-	8 (11,4)	14 (20,0)	18 (25,7)	23 (32,9)	-	3 (6,4)	3 (6,4)	9 (19,1)	9 (19,1)	7 (14,9)	14 (29,8)

Ekipman	-	4 (5,7)	2 (2,9)	10 (14,3)	10 (14,3)	18 (25,7)	19 (27,1)	-	3 (6,4)	2 (4,3)	7 (14,9)	12 (25,5)	9 (19,1)	12 (25,5)
Personel Bilgi Düzeyi ve Deneyimi	-	2 (2,9)	-	5 (7,1)	9 (12,9)	15 (21,4)	34 (48,6)	1 (2,1)	4 (8,5)	3 (6,4)	4 (8,5)	6 (12,8)	11 (23,4)	16 (34,0)
İleri/En Son Teknolojiler	-	1 (1,4)	2 (2,9)	8 (11,4)	10 (14,3)	21 (30,0)	22 (31,4)	-	4 (8,5)	2 (4,3)	5 (10,6)	7 (14,9)	10 (21,3)	17 (36,2)
Catering hizmetleri	5 (7,1)	3 (4,3)	3 (4,3)	9 (12,9)	11 (15,7)	11 (15,7)	23 (32,9)	-	4 (8,5)	4 (8,5)	6 (12,8)	9 (19,1)	9 (19,1)	13 (27,7)
Hasta Sayısı/ Yoğunluğu	-	1 (1,4)	1 (1,4)	6 (8,6)	14 (20,0)	18 (25,7)	26 (37,1)	-	3 (6,4)	1 (2,1)	5 (10,6)	6 (12,8)	4 (8,5)	26 (55,3)

Tablo III.3.3'den de izlenebileceği gibi özel hastanelerde çalışan tıp doktorları ve hemşireler için sosyal hizmet kalitesi açısından fark yaratan en önemli unsurlar, kişisel bakım, yeterli sayıda personel ve hasta yoğunluğu olarak ön plana çıkmaktadır. Bununla birlikte hemşireler açısından personel deneyiminin de oldukça önemli kabul edildiği görülmektedir. Bu durum sosyal açıdan hasta ve hemşirelerin daha fazla etkileşim içinde olmaları ile açıklanabilir.

Kamu sektöründe çalışan doktorla açısından sosyal hizmet kalitesini belirleyen unsurlar olarak daha çok kişisel bakım, hizmet maliyeti, catering hizmetleri ve hasta yoğunluğu üzerinde yoğunlaşıldığı görülmektedir. kamu sektöründe görev yapan hemşireler için ise hasta yoğunluğu, kişisel bakım ve yeterli sayıda personel unsurlarının ön plana çıktığı görülmektedir.

III.4. Hastanelerde Sunulan Hizmet Kalitesi Açısından Aktörlerin Olası Katkularına Dair Algılara İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastanede yer alan aktörlerin gerek tıbbi gerekse de sosyal açıdan sunulan hizmetin kalitesine katkı sağlayıp sağlamadığını belirlemeye yönelik bulgulara yer verilmektedir.

Tablo III.4.1. Tıbbi Hizmetler Açısından Aktörlerin Olası Katkılarına Dair Bulgular:

	DOKTOR													
	ÖZEL							KAMU						
	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli
Doktorlar	-	-	-	4 (11,8)	1 (2,9)	5 (14,7)	22 (64,7)	-	-	-	6 (12,2)	3 (6,1)	7 (14,3)	33 (67,3)
Hemşireler	-	-	1 (2,9)	-	5 (14,7)	10 (29,4)	16 (47,1)	-	1 (2,0)	3 (6,1)	3 (6,1)	5 (10,2)	14 (28,6)	22 (44,9)
Yönetim Kurulu Üyeleri	2 (5,9)	1 (2,9)	2 (5,9)	3 (8,8)	7 (20,6)	6 (17,6)	11 (32,4)	1 (2,0)	1 (2,0)	2 (4,1)	2 (4,1)	12 (24,5)	12 (24,5)	17 (34,7)
Hastane Yöneticileri	3 (8,8)	1 (2,9)	1 (2,9)	4 (11,8)	3 (8,8)	8 (23,5)	12 (35,3)	-	1 (2,0)	-	7 (14,3)	9 (18,4)	9 (18,4)	22 (44,9)
HEMŞİRE														
	ÖZEL							KAMU						
	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç Önemli değil						7 Çok önemli
Doktorlar	-	-	-	1 (1,4)	3 (4,3)	9 (12,9)	54 (77,1)	1 (2,1)	-	1 (2,1)	2 (4,3)	6 (12,8)	4 (8,5)	33 (70,2)
Hemşireler	-	-	-	1 (1,4)	4 (5,7)	6 (8,6)	56 (80,0)	1 (2,1)	-	2 (4,3)	2 (4,3)	3 (6,4)	3 (6,4)	36 (76,6)
Yönetim Kurulu Üyeleri	3 (4,3)	1 (1,4)	5 (7,1)	7 (10,0)	5 (7,1)	7 (10,0)	39 (55,7)	3 (6,4)	1 (2,1)	-	6 (12,8)	8 (17,0)	7 (14,9)	22 (46,8)
Hastane Yöneticileri	-	4 (5,7)	3 (4,3)	5 (7,1)	5 (7,1)	6 (8,6)	42 (60,0)	3 (6,4)	2 (4,3)	2 (4,3)	5 (10,6)	6 (12,8)	8 (17,0)	21 (44,7)

Özel ve kamu hastaneleri arasında sunulan tıbbi hizmetin kalitesi bakımından iki sektör arasında ortaya çıkan farkın en önemli belirleyicileri hemşireler tarafından “doktor ve hemşireler” ve hatta özellikle hemşireler olarak görülmektedir. Bu durum daha önceki bölümde doktor ve hemşirelerin bilgi düzeyi ve donanımına verilen önemin yüksekliği ile de uyumludur. Ayrıca katılımcılar açısından hasta ve yakınları ile yüz yüze iletişim kuran da doktor ve hemşireler olduğu için hizmet kalitesinde fark yaratanların da onlar olması beklenen bir durumdur.

Bununla birlikte gerek kamu gerekse de özel sektörde çalışan doktorlar da kendilerini daha önemli etken olarak görürken yönetim kurulu üyelerinin ve hastane yöneticilerinin de etkisi olduğunu düşünenlerin oranı azımsanmayacak düzeydedir (%30-40).

Tablo III.4.2. Sosyal Hizmetler Açısından Aktörlerin Olası Katkılarına Dair Bulgular:

DOKTOR														
ÖZEL								KAMU						
	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli
Doktorlar	1 (2,9)	1 (2,9)	1 (2,9)	3 (8,8)	9 (26,5)	4 (11,8)	12 (35,3)	-	1 (2,0)	3 (6,1)	9 (18,4)	6 (12,2)	12 (24,5)	16 (32,7)
Hemşireler	-	-	2 (5,9)	1 (2,9)	9 (26,5)	5 (14,7)	14 (41,2)	-	-	3 (6,1)	8 (16,3)	8 (16,3)	9 (18,4)	20 (40,8)
Yönetim Kurulu Üyeleri	2 (5,9)	1 (2,9)	-	-	5 (14,7)	7 (20,6)	16 (47,1)	2 (4,1)	1 (2,0)	2 (4,1)	3 (6,1)	8 (16,3)	10 (20,4)	22 (44,9)
Hastane Yöneticileri	2 (5,9)	-	-	-	4 (11,8)	8 (23,5)	17 (50,0)	1 (2,0)	-	-	5 (10,2)	7 (14,3)	9 (18,4)	27 (55,1)
HEMŞİRE														
ÖZEL								KAMU						
	1 Hiç Önemli değil	2	3	4	5	6	7 Çok önemli	1 Hiç Önemli değil						7 Çok önemli
Doktorlar	-	3 (4,3)	1 (1,4)	4 (5,7)	10 (14,3)	8 (11,4)	39 (55,7)	2 (4,3)	2 (4,3)	-	11 (23,4)	7 (14,9)	5 (10,6)	19 (40,4)
Hemşireler	-	1 (1,4)	1 (1,4)	4 (5,7)	7 (10,0)	9 (12,9)	43 (61,4)	1 (2,1)	2 (4,3)	1 (2,1)	6 (12,8)	6 (12,8)	6 (12,8)	24 (51,7)
Yönetim Kurulu Üyeleri	3 (4,3)	3 (4,3)	1 (1,4)	4 (5,7)	9 (12,9)	10 (14,3)	36 (51,4)	1 (2,1)	-	2 (4,3)	6 (12,8)	4 (8,5)	9 (19,1)	24 (51,1)
Hastane Yöneticileri	1 (1,4)	3 (4,3)	2 (2,9)	4 (5,7)	4 (5,7)	13 (18,6)	38 (54,3)	1 (2,1)	-	2 (4,3)	5 (10,6)	5 (10,6)	4 (8,5)	29 (61,7)

Gerek kamu gerekse de özel hastanelerde görev yapan doktor ve hemşireler fark yaratan sosyal hizmet kalitesinin belirleyicileri olarak büyük ölçüde yönetim kurulu üyelerini ve yöneticileri işaret etmektedir. Bu durum **Tablo III.4.2.**'de belirtilen farkın sosyal yönünü daha çok hastane yönetimine yüklemektedir. Ancak özel sektörde çalışan hemşireler tıbbi hizmetlerde olduğu gibi sosyal hizmetlerde de doktor ve hemşireleri önemli bir unsur olarak görme eğilimindedirler. Yine gerek kamu gerekse de özel sektörde çalışmakta olan tıp doktorları içinde doktor ve hemşirelerin etkisinin azımsanamayacak seviyede olduğu görülmektedir.

III.5 Hasta ve Refakatçiler İçin Mevcut Sosyal Hizmetlere İlişkin Değerlendirmeler

Bu bölümde özel ve kamu hastanelerinin hasta ve refakatçilerine sunduğu sosyal hizmetlerin katılımcılar tarafından değerlendirmelerini kapsamaktadır.

Tablo III.5.1 Özel ve Kamu Hastanelerinde Hasta ve Refakatçiler İçin Sunulan Sosyal Hizmetlere İlişkin Bulgular

	DOKTOR				HEMŞİRE			
	ÖZEL		KAMU		ÖZEL		KAMU	
	Var n (%)	Yok n (%)	Var n (%)	Yok n (%)	Var n (%)	Yok n (%)	Var n (%)	Yok n (%)
Hasta Takip Sistemi	22 (64,7)	11 (32,4)	25 (51,0)	22 (44,9)	36 (51,4)	31 (44,3)	30 (63,8)	17 (36,2)
Otelcilik Hizmetleri	12 (35,3)	21 (61,8)	19 (38,8)	29 (59,2)	11 (15,7)	56 (80,0)	16 (34,0)	31 (66,0)
Market	22 (64,7)	11 (32,4)	34 (69,4)	14 (28,6)	10 (14,3)	57 (81,4)	28 (59,6)	19 (40,4)
Çocuk Bakım Hizmetleri	6 (17,6)	27 (79,4)	11 (22,4)	37 (75,5)	14 (20,0)	53 (75,7)	11 (23,4)	36 (76,6)
Çamaşırhane/Kuru Temizleme	11 (32,4)	22 (64,7)	16 (32,7)	32 (65,3)	13 (18,6)	54 (77,1)	18 (38,3)	29 (61,7)
Kafeterya/Catering	29 (85,3)	4 (11,8)	45 (91,8)	3 (6,1)	60 (85,7)	7 (10,0)	35 (74,5)	12 (25,5)
Ulaşım	14 (41,2)	19 (55,9)	26 (53,1)	22 (44,9)	43 (61,4)	24 (34,3)	18 (38,3)	29 (61,7)
Satış Birimi	12 (35,3)	21 (61,8)	17 (34,7)	31 (63,3)	33 (47,1)	34 (48,6)	4 (8,5)	43 (91,5)
Kütüphane	15 (44,1)	18 (52,9)	15 (30,6)	33 (67,3)	8 (11,4)	59 (84,3)	22 (46,8)	25 (53,2)
İnternet Cafe	7 (20,6)	26 (76,5)	7 (14,3)	41 (83,7)	5 (7,1)	62 (88,6)	4 (8,5)	43 (91,5)
Banka/Bankamatik	28 (82,4)	5 (14,7)	42 (85,7)	6 (12,2)	20 (28,6)	47 (67,1)	40 (85,1)	7 (14,9)
Odada TV/WC	7 (20,6)	26 (76,5)	13 (26,5)	35 (71,4)	50 (71,4)	17 (24,3)	15 (31,9)	32 (68,1)
Hemşire Doktor Çağrı Noktası	16 (47,1)	17 (50,0)	19 (38,8)	29 (59,2)	44 (62,9)	23 (32,9)	16 (34,0)	31 (66,0)
Psikolojik Destek	17 (50,0)	16 (47,1)	21 (42,9)	27 (55,1)	27 (38,6)	40 (57,1)	14 (29,8)	33 (70,2)
Refakatçi Kullanım Alanı	11 (32,4)	22 (64,7)	19 (38,8)	29 (59,2)	17 (24,3)	50 (71,4)	6 (12,8)	41 (87,2)

Yukarıdaki tablodan da görülebileceği gibi özel ve kamu hastaneleri arasında hasta ve refakatçilerine sunulan hizmetler açısından doktor ve hemşirelerin verdikleri cevaplara bağlı olarak önemli bir farklılık görülmemektedir. Her iki grup üniversite hastanesinde de sunulan sosyal hizmetler benzer olmakla birlikte, hizmet alanlar

açısından hastanelerde pek çok eksikliğin olması da gözden kaçmamaktadır. Özellikle de hastanelerin kendi çalışanları tarafından değerlendirildiği göz önüne alınırsa hasta ve yakınları için hizmet kalitesinin iyileştirilmesi maddi olanaklara bağlı olarak iyileştirilebilecektir.

III.6 Dönüştürücü Liderlik Ölçeği Alt Boyutları İçin Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları

Dönüştürücü Liderlik Algısı Boyutlarının yordanmasında, önce tıp doktorları ardından da hemşireler için kişilik değişkenleri, örgütsel yenilik eğilimi ölçeği alt boyutları ve yaşın aşamalı çözüm analizine dâhil edilmesiyle elde edilen sonuçlar izleyen bölümde özetlenmektedir.

III.6.1. Tıp Doktorları: Vizyon ve İlham Sağlama

Dönüştürücü Liderlik Algısını oluşturan beş boyuttan biri olan **Vizyon ve İlham Sağlama algısını** Tıp Doktorları için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda regresyon denklemine giren değişkenlerin katsayıları **Tablo III.6.1.**'de gösterilmiştir.

Tablo III.6.1. Vizyon ve İlham Sağlama Algısını Tıp Doktorları için Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları (Değişkenler Denklem Giriş Sırasıyla Verilmiştir. Tüm F değerleri için $p < .05$).

Değişkenler (Denklem giriş sırasına göre)	B	Beta	R ²	Hata Varyansı (s.d)	F
Deneyime Açıklık	1,01	,535	,29	1567,29 (1-68)	27,26

Tablo.III.6.1’de görüldüğü gibi, Vizyon ve İlham Sağlama Algısını yordayan değişkenleri belirleme amacıyla yapılan regresyon çözümlemesinde denklem önce “deneyime açıklık” kişilik özelliği girmiştir ve açıkladığı varyans % 29’dur ($F_{(1,69)}=27.26$), $p < .05$). Bu değişkenin yordanmasına yaş ve yenilik eğilimi boyutları anlamlı katkı yapmamaktadır.

III.6.2. Tıp Doktorları: Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama

Dönüştürücü Liderlik Algısını oluşturan beş boyuttan biri olan **Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama algısını** Tıp Doktorları için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda regresyon denklemine giren değişkenlerin katsayıları **Tablo III.6.2.’de** gösterilmiştir.

Tablo III.6.2. Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama Algısını Tıp Doktorları İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları (Değişkenler Denklem Giriş Sırasıyla Verilmiştir. Tüm F değerleri için $p < .05$).

Değişkenler (Denklem giriş sırasına göre)	B	Beta	R²	Hata Varyansı (s.d)	F
Deneyime Açıklık	,524	,695	,483	419,962 (1-68)	63,482
Uzlaşılabilirlik	,286	,671	,583	253,715 (2-67)	46,908
Duygusal Denge	-,184	-,242	,639	185,232 (3-66)	38,919
Yenilik/ Kişisel	,217	,186	,670	145,790 (4-65)	33,059

Analiz sonuçlarına göre denklem önce “Deneyime Açıklık” kişilik özelliği girmiş ve varyansın % 48’ini açıklamıştır ($F_{(1-68)} = 63.48$, $p < .05$). İkinci sırada denklem giren değişken “Uzlaşılabilirlik” değişkenidir ($F_{(2-67)} = 46.90$, $p < .05$) ve varyansın açıklanmasına yaptığı katkı % 10’dur. Üçüncü sırada denklem giren “Duygusal Denge” boyutu ($F_{(3-66)} = 38.91$, $p < .05$) açıklanan varyansı % 5.6’dır. Son olarak denklem giren “Yenilik/ Kişisel” değişkeni ($F_{(4-65)} = 33.05$, $p < .05$) ile birlikte dört değişkenin birlikte açıkladıkları varyans % 67’ye ulaşmıştır.

III.6.3. Tıp Doktorları: Entelektüel Teşvikte Bulunma

Dönüştürücü Liderlik Algısını oluşturan beş boyuttan biri olan **Entelektüel Teşvikte Bulunma algısını** Tıp Doktorları için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda regresyon denklemine giren değişkenlerin katsayıları **Tablo III.6.3.**'de gösterilmiştir.

Tablo III.6.3 Entelektüel Teşvikte Bulunma Algısını Tıp Doktorları İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları (Değişkenler Denkleme Giriş Sırasıyla Verilmiştir. Tüm F değerleri için $p < .05$).

Değişkenler (Denkleme giriş sırasına göre)	B	Beta	R ²	Hata Varyansı (s.d)	F
Deneyime Açıklık	4,690	,522	,272	153,689 (1-68)	25,407
Uzlaşılabilirlik	,227	,313	,369	104,286 (2-67)	19,602
Duygusal Denge	-,181	-,296	,452	85,153 (3-66)	18,154

Entelektüel Teşvikte Bulunma algısını Tıp Doktorları için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda regresyon denklemine giren değişkenlerin katsayıları **Tablo III.6.3.**'de gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre denkleme önce “Deneyime Açıklık” kişilik özelliği girmiş ve varyansın % 27’sini açıklamıştır ($F_{(1-68)} = 25.407$, $p < .05$). İkinci sırada denkleme giren değişken “Uzlaşılabilirlik” değişkenidir ($F_{(2-67)}$

= 19.602, $p < .05$) ve varyansın açıklanmasına yaptığı katkı % 9.7'dir. Üçüncü sırada denkleme giren "Duygusal Denge" boyutunun ($F_{(3-66)} = 18.154$, $p < .05$) açıkladığı varyans % 8.3'dır. Bu üç kişilik boyutunun birlikte açıkladığı toplam varyans ise % 45'tir.

III.6.4. Tıp Doktorları: Bireysel İlgi Gösterme

Dönüştürücü Liderlik Algısını oluşturan beş boyuttan biri olan **Bireysel İlgi Gösterme algısını** Tıp Doktorları için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda regresyon denklemine giren değişkenlerin katsayıları **Tablo III.6.4.**'te gösterilmiştir.

Tablo III.6.4. Bireysel İlgi Gösterme Algısını Tıp Doktorları için Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları (Değişkenler Denkleme Giriş Sırasıyla Verilmiştir. Tüm F değerleri için $p < .05$).

Değişkenler (Denkleme giriş sırasına göre)	B	Beta	R²	Hata Varyansı (s.d)	F
Özdisiplin	,224	,548	,300	106,036 (1-68)	29,166
Deneyime Açıklık	,138	,286	,368	64,930 (2-67)	19,474
Uzlaşılabilirlik	,128	,222	,415	48,896 (3-66)	15,623
Yenilikçi Davranış Eğilimi	,303	,302	,491	43,404 (4-65)	15,705

Analiz sonuçlarına göre denkleme önce “Özdisiplin” kişilik özelliği girmiş ve varyansın % 30’unu açıklamıştır ($F_{(1-68)} = 29.166$, $p < .05$). İkinci sırada denkleme giren değişken “Deneyime Açıklık” değişkenidir ($F_{(2-67)} = 19.474$, $p < .05$) ve varyansın açıklanmasına yaptığı katkı % 6.8’dir. Üçüncü sırada denkleme giren “Uzlaşılabilirlik” boyutunun ($F_{(3-66)} = 15.623$, $p < .05$) açıkladığı varyans % 4.7’dir. Yenilikçi Davranış Eğiliminin dördüncü sırada denkleme girmesiyle ($F_{(4-65)} = 15.705$, $p < .05$) dört değişkenin birlikte açıkladıkları varyans % 49 olmaktadır.

III.6.5. Tıp Doktorları: Yüksek Performans Beklentisi

Dönüştürücü Liderlik Algısını oluşturan beş boyuttan biri olan **Yüksek Performans Beklentisi algısını** Tıp Doktorları için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda regresyon denklemine giren değişkenlerin katsayıları **Tablo III.6.5.**'de gösterilmiştir.

Tablo III.6.5. Yüksek Performans Beklentisi algısını Tıp Doktorları İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları (Değişkenler Denkleme Giriş Sırasıyla Verilmiştir. Tüm F değerleri için $p < .05$).

Değişkenler (Denkleme giriş sırasına göre)	B	Beta	R ²	Hata Varyansı (s.d)	F
Uzlaşılabilirlik	,241	,451	,204	62,342 (1-68)	17,400
Deneyime Açıklık	,139	,311	,300	45,901 (2-67)	14,359

Analiz sonuçlarına göre denkleme önce “Uzlaşılabilirlik” kişilik özelliği girmiş ve varyansın % 20’sini açıklamıştır ($F_{(1-68)} = 17.400$, $p < .05$). İkinci sırada denkleme giren değişken “Deneyime Açıklık” değişkenidir ($F_{(2-67)} = 14.359$, $p < .05$) ve bu iki kişilik özelliği birlikte toplam varyansın % 30’unu açıklamaktadır.

III.6.6. Hemşireler: Vizyon ve İlham Sağlama

Vizyon ve İlham Sağlama algısını Hemşireler için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda regresyon denklemine giren değişkenlerin katsayıları **Tablo III.6.6.**'da gösterilmiştir.

Tablo III.6.6 Vizyon ve İlham Sağlama algısını Hemşireler İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları (Değişkenler Denkleme Giriş Sırasıyla Verilmiştir. Tüm F değerleri için $p < .05$).

Değişkenler (Denkleme giriş sırasına göre)	B	Beta	R ²	Hata Varyansı (s.d)	F
Uzlaşılabilirlik	,551	,404	,163	398,626 (1-90)	17,527
Özdisiplin	,214	,276	,233	284,669 (2-89)	13,504
Yenilikçi Davranış Eğilimi	,535	,183	,301	245,321 (3-88)	12,628

Tablo.III.6.6'da görüldüğü gibi, hemşireler için Vizyon ve İlham Sağlama algısını yordayan değişkenleri belirleme amacıyla yapılan regresyon çözümlemesinde denkleme önce "Uzlaşılabilirlik" kişilik boyutu girmiştir ve açıkladığı varyans % 16'dır ve bu anlamlı bir değerdir ($F_{(1-90)} = 17,527$; $p < .05$). Daha sonra denkleme ikinci sırada "özdisiplin" kişilik özelliği girmiştir. Bu değişkenin açıkladığı varyans

% 7'dir ve bu anlamlı bir değerdir ($F_{(2-89)} = 13,504$; $p < .05$). O halde kişilik değişkenlerinin açıkladıkları varyans toplam %23'tür. "Yenilikçi Davranış Eğiliminin" denkleme üçüncü sırada girmesiyle beraber, açıklanan varyans % 30'a yükselmiştir ve bu anlamlı bir değerdir ($F_{(3-88)} = 12,628$; $p < .05$).

III.6.7 Hemşireler: Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama

Grup Amaçlarının Kabulünü sağlama algısını Hemşireler için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda regresyon denklemine giren değişkenlerin katsayıları **Tablo III.6.7.**'de gösterilmiştir.

Tablo III.6.7. Grup Amaçlarının Kabulünü sağlama algısını Hemşireler için Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları (Değişkenler Denkleme Giriş Sırasıyla Verilmiştir. Tüm F değerleri için $p < .05$).

Değişkenler (Denkleme giriş sırasına göre)	B	Beta	R ²	Hata Varyansı (s.d)	F
Deneyime Açıklık	,279	,397	,158	158,316 (1-90)	16,861
Dışadönüklük	,345	,339	,270	135,685 (2-89)	16,497
Özdisiplin	,117	,235	,320	107,013 (3-88)	13,802
Yenilikçi Davranış Eğilimi	,299	,256	,371	93,090 (4-87)	12,835

Tablo.III.6.7’de izlenebileceği gibi, hemşireler için **Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama** algısını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon çözümlemesinde denkleme önce “Deneyime Açıklık” kişilik boyutu girmiştir ve açıkladığı varyans % 16’dır ve bu anlamlı bir değerdir ($F_{(1-90)} = 16,861$; $p < .05$). Daha sonra denkleme ikinci sırada “Dışadönüklük” kişilik özelliği girmiştir. Bu değişkenin açıkladığı varyans % 11,2’dir ve bu anlamlı bir değerdir ($F_{(2-89)} = 16,497$; $p < .05$). Üçüncü sırada denkleme giren “Özdisiplin” kişilik özelliği ($F_{(3-88)} = 13,802$; $p < .05$) açıklanan varyansı % 32’ye yükseltmiştir. Son olarak denkleme giren “Yenilikçi Davranış Eğilimi” ($F_{(4-87)} = 12,835$; $p < .05$) ile birlikte açıklanan varyans % 37’ye erişmiştir.

III.6.8. Hemşireler: Entelektüel Teşvikte Bulunma

Dönüştürücü Liderlik Algısını oluşturan beş boyuttan biri olan **Entelektüel Teşvikte Bulunma algısını** Hemşireler için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda regresyon denklemine giren değişkenlerin katsayıları **Tablo III.6.8.’de** gösterilmiştir.

Tablo III.6.8. Entelektüel Teşvikte Bulunma algısını Hemşireler için Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları (Değişkenler Denkleme Giriş Sırasıyla Verilmiştir. Tüm F değerleri için $p < .05$).

Değişkenler (Denkleme giriş sırasına göre)	B	Beta	R ²	Hata Varyansı (s.d)	F
Deneyime Açıklık	,421	,441	,195	359,987 (1-90)	21,772
Dışadönüklük	,322	,234	,248	229,353 (2-89)	14,692
Özdisiplin	,140	,208	,287	176,894 (3-88)	11,816

Analiz sonuçlarına göre denkleme önce “Deneyime Açıklık” kişilik özelliği girmiş ve varyansın % 19’unu açıklamıştır ($F_{(1-90)} = 21.772$, $p < .05$). İkinci sırada denkleme giren değişken “Dışadönüklük” değişkenidir ($F_{(2-89)} = 14.692$, $p < .05$) ve varyansın açıklanmasına yaptığı katkı % 5.3’tür. Üçüncü sırada denkleme giren “Özdisiplin” boyutunun ($F_{(3-88)} = 11.816$, $p < .05$) açıkladığı varyans % 3.9’dur. Bu üç kişilik boyutunun birlikte açıkladığı toplam varyans ise % 29’dur.

III.6.9. Hemşireler: Bireysel İlgi Gösterme

Dönüştürücü Liderlik Algısını oluşturan beş boyuttan biri olan **Bireysel İlgi Gösterme algısını** Hemşireler için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda regresyon denklemine giren değişkenlerin katsayıları **Tablo III.6.9.**’da gösterilmiştir.

Tablo III.6.22. Bireysel İlgı Gösterme Algısını Hemşireler İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları (Değişkenler Denkleme Giriş Sırasıyla Verilmiştir. Tüm F değerleri için $p < .05$).

Değişkenler (Denkleme giriş sırasına göre)	B	Beta	R ²	Hata Varyansı (s.d)	F
Özdisiplin	,183	,603	,363	136,851 (1-90)	51,395
Uzlaşılabilirlik	,122	,229	,411	77,414 (2-89)	31,082

Analiz sonuçlarına göre denkleme önce “Özdisiplin” kişilik özelliği girmiş ve varyansın % 36’sını açıklamıştır ($F_{(1-90)} = 51.395$, $p < .05$). İkinci sırada denkleme giren değişken “Uzlaşılabilirlik” değişkenidir ($F_{(2-89)} = 31.082$, $p < .05$) ve varyansın açıklanmasına yaptığı katkı % 46.8’dir. Denkleme giren bu iki kişilik özelliği beraberce toplam varyansın % 41’inden sorumludur.

III.6.10. Hemşireler: Yüksek Performans Beklentisi

Dönüştürücü Liderlik Algısını oluşturan beş boyuttan biri olan **Yüksek Performans Beklentisi algısını** Hemşireler için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda regresyon denklemine giren değişkenlerin katsayıları **Tablo III.6.10.**’da gösterilmiştir.

Tablo III.6.10. Yüksek Performans Beklentisi Algısını Hemşireler İçin Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Uygulanan Çoklu Doğrusal Regresyon Çözümlemesi Sonuçları (Değişkenler Denkleme Giriş Sırasıyla Verilmiştir. Tüm F değerleri için $p < .05$).

Değişkenler (Denkleme giriş sırasına göre)	B	Beta	R²	Hata Varyansı (s.d)	F
Özdisiplin	,097	,331	,110	38,577 (1-90)	11,098
Dışadönüklük	,141	,235	,163	28,721 (2-89)	8,695
Yenilikçi Davranış Eğilimi	,182	,263	,219	25,680 (3-88)	8,236

Analiz sonuçlarına göre denkleme önce “Özdisiplin” kişilik özelliği girmiş ve varyansın % 11’ini açıklamıştır ($F_{(1-90)} = 11.098$, $p < .05$). İkinci sırada denkleme giren değişken “Dışadönüklük” değişkenidir ($F_{(2-89)} = 8.695$, $p < .05$) ve varyansın açıklanmasına yaptığı katkı % 5.3’tür. Denkleme üçüncü sırada giren “Yenilikçi Davranış Eğilimi” ($F_{(3-88)} = 8.236$, $p < .05$) ile açıklanan toplam varyans % 22’ye yükselmektedir.

Yukarıda özetlenen regresyon analizlerinin tamamında “yaş” ayrı bir blok olarak analize dâhil edilmekle birlikte, gerek tıp doktorları gerekse de hemşireler açısından hiçbir bağımlı değişkenin yordanmasına anlamlı katkı yapmamaktadır.

III.7. Örgütsel Yenilik Ölçeği Alt Boyutları ile Kişilik ve Dönüştürücü Liderlik Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Araştırmanın amacında da belirtildiği üzere araştırmaya katılan deneklerin kişilik özelliklerinin ve dönüştürücü liderlik algılarının örgütsel yenilik eğilimleri ile ilişkili olması beklenmiştir. Bu bakımdan yine hem tıp doktorları hem de hemşireler için kişilik ölçeği alt boyutları, dönüştürücü liderlik alt boyutları ve örgütsel yenilik ölçeğinden elde edilen puanlar göz önüne alınarak korelasyonlar hesaplanmıştır. Belirtilen değişkenler arasındaki ilişki miktarını saptamak amacıyla hesaplanan korelasyon değerleri **Tablo III.7.1**'de gösterilmiştir.

Tablo III.7.1. Tıp Doktorları İçin Örgütsel Yenilik Ölçeği Alt Boyutları ile Kişilik ve Dönüştürücü Liderlik Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Dışadönüklük	Uzlaşılabilirlik	Duygusal Denge	Özdisiplin	Deneyime Açıklık	Vizyon ve İlham Sağlama	Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama	Entelektüel Teşvikte Bulunma	Bireysel İlgi Gösterme	Yüksek Performans Beklentisi
Yenilik/Çevre	,368*	,296*	,115	,015	,115	,026	,209	,250*	,306*	,276*
Yenilik/Kişisel	,200	,262*	,093	-,053	,069	,105	,216*	,236*	,147	,333*
Yenilikçi Davranış Eğilimi	,300*	,237*	-,188	,187	,251*	,179	,454**	,404**	,496*	,340*

*p<.05

Tablo III.7.1.'de de görüldüğü gibi tıp doktorları açısından “Yenilik/Çevre” alt boyutu ile Kişilik ölçeğinin “Dışadönüklük” ve “Uzlaşılabilirlik” alt boyutları ve Dönüştürücü Liderlik ölçeğinin “Entelektüel Teşvikte Bulunma”, “Bireysel İlgi Gösterme” ve “Yüksek Performans Beklentisi” alt boyutları arasında ayrı ayrı (.05 düzeyinde) anlamlı korelasyonlar hesaplanmıştır. Buna göre ilgili ölçeklerin belirtilen boyutlarında artış oldukça Yenilik/Çevre eğilimi de artmaktadır.

Bir diğer alt boyut olan Yenilik/Kişisel eğilimi ile kişilik ölçeği alt boyutlarından sadece “Uzlaşılabilirlik” özelliği ve yine Dönüştürücü Liderlik alt boyutlarından “Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama”, “Entelektüel Teşvikte Bulunma” ve “Yüksek Performans Beklentisi” boyutları arasında ayrı ayrı (.05 düzeyinde) anlamlı korelasyonlar vardır. Öyle ki bireylerin uzlaşılabilirlik eğiliminde ve dönüştürücü liderlik eğiliminin yukarıda belirtilen boyutlarında artış oldukça Yenilik/Kişisel eğilimi de artmaktadır.

Son olarak Yenilikçi Davranış Eğilimi ile Kişilik ölçeğinin “Dışadönüklük”, “Uzlaşılabilirlik” ve “Deneyime Açıklık” alt boyutları ile Dönüştürücü Liderlik ölçeğinin “Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama”, “Entelektüel Teşvikte Bulunma”, “Bireysel İlgi Gösterme” ve “Yüksek Performans Beklentisi” alt boyutları arasında ayrı ayrı (.05 düzeyinde) anlamlı korelasyonlar hesaplanmıştır. Bu durumda bireylerin kişilik özelliklerinin ve Dönüştürücü liderlik eğilimlerinin belirtilen boyutlarında artış oldukça Yenilikçi Davranış Eğilimi de artacaktır denilebilir.

Tablo. III.7.2. Hemşireler İçin Örgütsel Yenilik Ölçeği Alt Boyutları ile Kişilik ve Dönüşümsel Liderlik Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Dışadönüklük	Uzlaşılabilirlik	Duygusal Denge	Özdisiplin	Deneyime Açıklık	Vizyon ve İlham Sağlama	Grup Amaçlarının Kabulünü sağlama	Entelektüel Teşvikte Bulunma	Bireysel İlgi Gösterme	Yüksek Performans Beklentisi
Yenilik/Çevre	,249*	,144	-,143	,122	,162	,151	,173	,135	,266**	,127
Yenilik/Kişisel	,313**	,317**	-,150	,182*	,315**	,285**	,351**	,371**	,357**	,321**
Yenilikçi Davranış Eğilimi	,199*	,273**	-,241**	,167	,310**	,471**	,463**	,297**	,426**	,393**

Tablo III.7.2.'de de görüldüğü gibi hemşireler açısından “Yenilik/Çevre” alt boyutu ile Kişilik ölçeğinin sadece “Dışadönüklük” alt boyutu ve Dönüştürücü Liderlik ölçeğinin sadece “Bireysel İlgi Gösterme” alt boyutu arasında ayrı ayrı (.05 düzeyinde) anlamlı korelasyonlar hesaplanmıştır. Buna göre ilgili ölçeklerin belirtilen boyutlarında artış oldukça Yenilik/Çevre eğilimi de artmaktadır.

Bir diğer alt boyut olan Yenilik/Kişisel eğilimi ile kişilik ölçeği alt boyutlarından “Dışadönüklük”, “Uzlaşılabilirlik”, “ Özdisiplin” ve “ Deneyime Açıklık” boyutları ile Dönüştürücü Liderlik eğiliminin tüm alt boyutları yani “Vizyon ve İlham Sağlama”, “Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama”, “Entelektüel Teşvikte Bulunma”, “Bireysel İlgi Gösterme” ve “Yüksek Performans Beklentisi” boyutları arasında ayrı ayrı (.05 düzeyinde) anlamlı korelasyonlar vardır. Öyle ki bireylerin “Dışadönüklük”, “ Uzlaşılabilirlik”, “Özdisiplin” ve “Deneyime Açıklık” eğilimleri ile dönüştürücü liderlik eğiliminin yukarıda belirtilen boyutlarında artış oldukça Yenilik/Kişisel eğilimi de artmaktadır.

Son olarak Yenilikçi Davranış Eğilimi ile Kişilik ölçeğinin “Dışadönüklük”, “Uzlaşılabilirlik”, “ Duygusal Denge” ve “Deneyime Açıklık” alt boyutları ile Dönüştürücü Liderlik ölçeğinin tüm alt boyutları yani “Vizyon ve İlham Sağlama”, “Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama”, “Entelektüel Teşvikte Bulunma”, “Bireysel İlgi Gösterme” ve “Yüksek Performans Beklentisi” boyutları arasında ayrı ayrı (.05 düzeyinde) anlamlı korelasyonlar hesaplanmıştır. Bu durumda bireylerin Kişilik özelliklerinin ve Dönüştürücü liderlik eğilimlerinin belirtilen boyutlarında artış oldukça Yenilikçi Davranış Eğilimi de artacaktır denilebilir.

III.9. Gruplararası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular

Bu kısımda ölçeklerden alınan puanlara tıp doktorları ve hemşireler için ayrı ayrı uygulanan çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) sonuçları bulunmaktadır. Yapılan analizlerde çalışılan hastane türü ve ait olunan kuşak bağımsız değişken olarak alınmıştır. MANOVA Analizi sonuçları izleyen bölümde özetlenmektedir. Sadece anlamlı sonuçlara ilişkin değerlendirmelere yer vermekle yetinilmiştir.

III.9.1. Doktorlar İçin Hastane Türü Temel Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu

“Hastanenizde temizlik hizmetleri hastane personeli tarafından mı gerçekleştiriliyor? Sorusuna verilen yanıtlar açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($F(1-55)= 4.95$, $p<.05$). Bu farkı oluşturan özel ve kamu hastanelerinde çalışan doktorlar için grup ortalamaları sırasıyla 1.52 ve 1.34’tür. O halde kamu hastanesinde çalışmakta olan doktorlar bu hizmetlerin başka firmalardan satın alındığına işaret etmektedirler. Dolayısıyla alt işveren uygulaması kamu hastanelerde daha yoğun görünmektedir.

Ankara’daki özel ve kamu hastaneleri arasındaki farkın hangi sosyal unsura atfedilebileceğini belirlemeyi hedefleyen soru grubu için “ileri/ en son teknolojiler” faktörüne dair puanlar açısından da gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($F(1-55)=4,64$), $p<.05$). Bu farkı oluşturan özel ve kamu hastanelerinde çalışan doktorlar için grup ortalamaları sırasıyla 4.90 ve 5.48’dir. Sonuçlara göre kamu hastanelerindeki doktorlar özel hastanelerle aralarındaki farkın ileri/en son

teknolojilerin çalıştıkları hastanelerde yetersiz kalışını özel hastanelerle aralarındaki farkın çok önemli bir gerekçesi olarak tanımlama eğilimindedirler.

III.9.2. Doktorlar İçin Kuşak Temel Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu

Hastanelerde verilen hizmetin kalitesini belirleme açısından aşağıdaki unsurların olası katkılarını ve önemi belirleme amaçlı soruya yanıt olarak, “doktor ve hemşirelerin davranışı” seçeneğine doktorların verdiği yanıtların kuşaklara göre değiştiği görülmektedir ($F(1-55)=8.10$, $p<.05$). Bu farkı oluşturan X Kuşağı ve Y Kuşağı mensubu doktorlar için grup ortalamaları sırasıyla 5.26 ve 6.06’dır. Buna göre, Y Kuşağındaki doktorlar, yaşça kendilerinden daha büyük olan meslektaşlarına nazaran özel hastanelerde hizmet kalitesinin daha olumlu algılanışının önemli bir sebebi olarak doktor ve hemşirelerin hasta ve yakınlarına davranışlarındaki daha insancıl niteliği ön plana çıkarmaktadırlar.

Ankara’daki özel ve kamu hastaneleri arasındaki hizmet kalitesindeki farkın hangi sosyal unsura atfedilebileceğini belirlemeyi hedefleyen soru grubu için “hizmet maliyetleri” faktörüne dair puanlar açısından da gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($F(1-55)=4.15$, $p<.05$). Bu farkı oluşturan X Kuşağı ve Y Kuşağı temsilcisi doktorlar için grup ortalamaları sırasıyla 5.36 ve 4.70’dir. Sonuçlara göre X Kuşağına ait doktorlar, özel ve kamu hastanelerindeki hizmet kalitesindeki algılanan farkların maddi unsurlara bağlı geliştiğine daha çok inanmaktadırlar. Y kuşağındaki meslektaşlarına nazaran hizmet maliyetlerinin görece daha kolay

karşılandığı özel hastanelerin bu açıdan avantajlı olduğunu örtük biçimde daha çok ima etmektedirler.

Benzer şekilde özel ve kamu hastanelerindeki hizmet kalitesindeki farkın hangi sosyal unsura yüklenebileceğini belirleme amaçlı soru grubunda “personel eğitim ve deneyimi” unsurunu değerlendirme açısından da gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($F(1-55)=5.35, p<.05$). Bu farkı oluşturan X Kuşağı ve Y Kuşağı temsilcisi doktorlar için grup ortalamaları sırasıyla 5.05 ve 4.06’dır. O halde, Y kuşağı temsilcilerinin çalışanların niteliğini anılan farkı açıklamadaki katkısını görece daha önemsiz buldukları söylenebilir.

III.9.3. Doktorlar İçin Hastane Türü X Kuşak Ortak Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu

Ankara’daki özel ve kamu hastaneleri arasındaki hizmet kalitesindeki farkın hangi tıbbi unsura atfedilebileceğini belirlemeyi hedefleyen soru grubu için “hizmet maliyetleri” faktörüne dair puanlar açısından da gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($F(1-55)=6.05, p<.05$). Bu farkı oluşturan Özel Hastanedeki X Kuşağı Mensubu Doktorlar (**Grup1**), Özel Hastanedeki Y Kuşağı Mensubu Doktorlar (**Grup2**), Kamu Hastanesindeki deki X Kuşağı Mensubu Doktorlar (**Grup 3**) ve Kamu Hastanesindeki deki X Kuşağı Mensubu Doktorlar (**Grup 4**) için grup ortalamaları sırasıyla 4.20, 6.06, 5.41 ve 5.00’dir. Bu ortalamalar yönünden uygulanan Tukey Kramer testi sonuçlarına göre farkın kaynağı Grup 1 ve Grup 2 arasındadır. Dolayısıyla, özel hastanede çalışan Y Kuşağı mensubu doktorlar,

maliyetlerin önemini yine özel hastanede görevli ama X Kuşağı mensubu meslektaşlarına nazaran daha önemsiz bulmaktadırlar. Bu, Y kuşağının görece daha yaşlı meslektaşlarına kıyasla hastane sahibini nitelikli, diğer bir deyişle kaliteli hizmet için maddi külfete katlanması bakımından sorumlu tuttuklarına işaret etmektedir. Kendilerini mesleki bakımdan yetkin algıladıkları, tıbbi açıdan daha iyi sonuçlar için hastane sahibinin gerekli yatırımları yapması gerektiğini düşündükleri söylenebilir.

Ankara'daki özel ve kamu hastaneleri arasındaki hizmet kalitesindeki farkın hangi tıbbi unsura atfedilebileceğini belirlemeyi hedefleyen soru grubu için “ekipman” faktörünün değerlendirilişi açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($F(1-55)=5.56$, $p<.05$). Bu farkı oluşturan ortalamalar Grup1, Grup2, Grup3 ve Grup4 için sırasıyla, 5.56, 3.80, 5.13 ve 5.67'dir. Bu ortalamalar yönünden uygulanan Tukey Kramer testi sonuçlarına göre fark Grup2-Grup1 ile Grup2-Grup4 için söz konusudur. Bu durumda, Y kuşağındaki özel hastanede çalışan doktorlar, hem özel hem de kamu hastanelerinde çalışan X kuşağı temsilcisi meslektaşlarına kıyasla tıbbi farkın kaynağı olarak ekipmanı daha az göstermektedirler. Belki de teknolojik ilerlemenin zaten hastane koşullarına yansıtılmış olduğuna dair inançları daha güçlüdür.

III.9.4. Hemşireler İçin Hastane Türü Temel Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu

Hastanede verilmekte olan tıbbi hizmetin kalitesini değerlendirme açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($F(1-73)=10.174$, $p<.05$). Bu farka sebep olan grup

ortalamaları özel hastanede çalışan hemşireler için 2.17 iken kamu hastanesinde çalışan hemşireler için 2.61'dir. Buna göre, Kamu hastanelerinde görevli hemşireler verilen tıbbi hizmet kalitesini çok daha yetersiz bulmaktadırlar.

Hastanelerde verilen hizmetin kalitesini belirleme açısından hastanenin temizliği, fiziki koşullarının olası katkılarını ve önemi açısından da gruplar arasındaki değerlendirme farkları anlamlıdır ($F(1-73)=4.41$, $p<.05$). Bu farkı oluşturan grup ortalamaları özel sektördeki ve kamu sektöründeki hemşireler için sırasıyla 5.22 ve 4.64'tür. O halde, kamu hastanelerindeki hemşireler temizlik konusunu çok daha önemli bir hizmet kalitesi unsuru olarak algılamaktadırlar.

Hastanın bakımı/ iyileştirilmesi hususunun hastanelerdeki hizmet kalitesi bakımından önemini değerlendirme hususunda da gruplar arası farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(1-73)=7.05$, $p<.05$). Bu farkı oluşturan grup ortalamaları özel sektördeki ve kamu sektöründeki hemşireler için sırasıyla 5.60 ve 4.89'dur. Bunun anlamı, özel sektördeki hemşireler hizmet kalitesi bağlamında hasta bakımının önemini kamu hastanelerindeki meslektaşlarına kıyasla daha önemsiz görmekte-dirler.

Ankara'daki özel ve kamu hastaneleri arasındaki tıbbi hizmet farkının nedenlerini değerlendirmeleri istenen soruya verilen yanıtlarda "Kişisel bakım/ilgi" faktörü açısından da gruplar arasında anlamlı farklar vardır ($F(1-73)=6.55$, $p<.05$). Bu farkı oluşturan grup ortalamaları özel sektördeki ve kamu sektöründeki hemşireler için sırasıyla 6.17 ve 5.19'dur. Kamu hastanelerinde görevli hemşireler devlet hastanelerindeki ağır iş yükü nedeniyle hastaya ilgi gösterme ve kişisel bakımıyla

ilgilenme hizmetinin eksik kaldığını, bunun da hizmet kalitesi algısını olumsuz kıldığını düşünmektedirler.

Hastaneler arasındaki tıbbi farka neden olabilecek bir diğer unsur olarak sunulan “Personel bilgi düzeyi ve deneyimi” açısından yapılan değerlendirmelerde de gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($F(1-73)=5.65$), $p<.05$). Bu farkı oluşturan grup ortalamaları özel sektördeki ve kamu sektöründeki hemşireler için sırasıyla 6.12 ve 5.30’dur. Bu sonuçlara göre hastanede sunulan tıbbi hizmetin kalitesini güçlendirmede, çalışanların bilgi düzeyinin ve deneyiminin önemli rol oynayacağı düşüncesi özel sektördeki hemşireler arasında çok daha yaygındır.

Hastanelerde sunulan tıbbi hizmetin kalitesinin artırılmasında “doktorların” rolünü değerlendirmeleri istenen soruda da gruplar arası anlamlı farklar tespit edilmiştir ($F(1-73)=4.36$), $p<.05$). Bu farkı oluşturan grup ortalamaları özel sektördeki ve kamu sektöründeki hemşireler için sırasıyla 6.83 ve 6.30’dur. Bu durumda, özel hastanede görevli hemşireler bu hususta doktorlara epeyce iş düştüğünü daha çok düşünmektedir demek mümkündür.

III.9.5. Hemşireler İçin Kuşak Temel Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu

Hastanede verilmekte olan tıbbi hizmetin kalitesini değerlendirme açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($F(1-73)=4.54$), $p<.05$). Bu farka sebep olan grup ortalamaları X Kuşağına mensup hemşireler için 2.28 iken Y Kuşağına mensup

hemşireler için 2.44'dür. Buna göre, Y kuşağını temsil eden hemşireler verilen tıbbi hizmet kalitesini çok daha yetersiz bulmaktadırlar.

Hastanelerde verilen hizmetin kalitesini belirleme açısından "bekleme sürelerinin" önemini değerlendirme sürecinde de kuşaklar arasında fark bulunduğu anlaşılmıştır ($F(1-73)=4.49, p<.05$). Bu farka sebep olan grup ortalamaları X Kuşağına mensup hemşireler için 5.00 iken Y Kuşağına mensup hemşireler için 4.27'dir. O halde, X kuşağına denk gelen hemşireler, bekleme sürelerinin hizmet kalitesi algısı üzerindeki etkisini daha önemli bulmaktadırlar.

III.9.6. Hemşireler İçin Hastane Türü X Kuşak Ortak Etkisine İlişkin Bulgular: Sosyometrik Soru Grubu

Sosyometrik soru grubu açısından hemşire grubunda ortak etkilerin anlamsız olduğu belirlenmiştir.

III.9.7. Örgütsel Yenilik Eğilimleri Açısından Yapılan Gruplar arası Fark Analizleri

Analiz sonuçları gerek hemşireler gerekse doktorlar için Örgütsel yenilik eğilimleri bakımından hastane türü ve kuşak temel etkilerinin ve bu iki değişkenin ortak etkisinin de anlamsız olduğuna işaret etmiştir.

III 9.8 Dönüştürücü Liderlik Algısı Açısından Yapılan Gruplar arası Fark Analizleri

Bu analizlerde sadece “ Bireysel İlgi Gösterme” algısı bakımından hemşireler için kuşak farkının anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(1-113)=4.53, p<.05$). Bu farka sebep olan grup ortalamaları X Kuşağına mensup hemşireler için 12.07 iken Y Kuşağına mensup hemşireler için 11.48’dir. O halde, X kuşağına ait olan hemşirelerin Bireysel İlgi Gösterme algıları Y kuşağındaki meslektaşlarına göre daha kuvvetlidir.

SONUÇ ve TARTIŞMA

Yenilik, bilimsel ve teknolojik araştırma ve geliştirme faaliyetlerini içerdiği kadar, sonuçları ile de insan hayatını ve toplumsal refahı geliştiren, yeni üretim, istihdam ve ticaret imkânlarını doğuran ürünler, süreçler ve hizmetler anlamına da gelmektedir. Araştırma ve geliştirme faaliyetleri ile başlayan yeni bir ürün, hizmet veya sürecin geliştirilmesinin ötesinde, bu ürün ve hizmetlerin üretimi, piyasaya ulaştırılması ve kullanımının ekonomik ve toplumsal sonuçları dikkate alınmalıdır.

Yenilik, bilgi temelli bir süreç olmakla birlikte bu bilgilerin üretilmesi, paylaşılması ve yeni teknoloji, ürün/hizmet ve süreçlere dönüştürülmesi de önemlidir. Günümüzde bilgi ve enformasyon teknolojilerinin oldukça gelişmiş olmasına bağlı olarak, yeniliğin temel dinamiğini oluşturan bilginin üretimi ve iletimi için gerek örgütlerin gerekse ülkelerin dışa açık bir yenilik yaklaşımını ve sistemini benimsemeleri daha uygun olacaktır. Ancak yenilik alanlarını sadece teknoloji, ürün, hizmet ve süreç olarak sınırlandırmak da mümkün değildir. Çünkü toplumsal projelerden eğitime, yeni hammadde kaynaklarından pazarlara ve örgütsel yapılara kadar çok geniş bir yelpazede yeniliklerin gerçekleştirildiği görülmektedir.

Toplumsal yenilik daha çok toplumun önemli bir çoğunluğunu ilgilendiren, istihdam, sağlık çevre, bölgesel gelişmişlik, eğitim, kamu hizmetleri, yerel yönetim hizmetleri gibi alanları kapsadığından, yenileşim gerçekleştirmek devletin bir görevi gibi gözükse de; özel kuruluşların da bu alanlardaki yenileşime destek vermeleri gerekmektedir.

Öte yandan örgüt üyelerini sürekli yenilik yapmak için çaba sarf etmeye yöneltecek bir örgüt ikliminin varlığı oldukça önem taşımaktadır. Günümüzün hızla değişen iş ortamında başarıya ulaşmada insan sermayesi büyük rol oynadığından, örgütte sürekli yeni düşünceler geliştiren ve bunları uygulayan bir çalışan kesiminin oluşturulması gerekmektedir. Bu kesimin oluşması için ise yeniliği destekleyen güçlü bir örgüt iklimi zorunlu hale gelmektedir. Bu sayede ortaya çıkan yeniliklerin örgütün tüm bölümlerine yayılması mümkün olacaktır.

Çalışmada Rogers'in (1995) "Yeniliğin Yayılımı" teorisine özellikle yer verilmiş ve kavramsal model için çatı olarak benimsenmiştir. Buna göre yeniliklerin yayılımı yeniliğin kendisi, iletişim kanalları, zaman ve sosyal sistem olmak üzere dört bileşenin varlığıyla gerçekleşmektedir. Yayılımdan bahsediliyorsa ortada bir yeniliğin olması ön koşuldur. Var olan yeniliğin içeriğinde bulunan bilginin aktörlere iletilmesi ise doğru iletişim kanallarının varlığı ile mümkün olacaktır ve bu süreç belli bir zaman dilimi içerisinde gerçekleşecektir. Bu çalışmada pek çok kez önemle üzerinde durulduğu gibi sosyal sistem yenilik sürecini destekleyen temel bağlamdır. Diğer bir ifadeyle yeniliğin yayılımı örgüt içerisinde var olan ve birbirleriyle etkileşim halinde olan birimler aracılığıyla deneyimlenmektedir. Hastaneler bu dört unsurun tümünü eşit derecede içinde barındıran örgütlerdir. Ve bu örgütler için yenilik, gerek teknolojik gerekse de örgütsel anlamda olmazsa olmaz unsurdur.

Sağlık sistemi; sosyal, ekonomik, tıbbi, örgütsel ve teknolojik nitelikleri olan, toplum ve kişi sağlığını iyileştirmeye yönelik bir bütündür. Bununla ilgili olarak hastaneler

başta olmak üzere sağlık ile ilgili birçok kuruluş, sağlık personeli, hastalar, kanun ve yönetmelikler, sağlık ile ilgili deneyimler akla gelmektedir (Doğanay, 2008:9).

Günümüzde bilhassa özel hastanelerin öncelikli hedefleri arasında, daha çok hastayı çekerek gelen hastaları memnun etmek ve hastanın aynı hastaneyi tekrar tercih etmesini sağlamak yer almaktadır. Bu nedenle hastanelerin kaliteye ve hasta memnuniyetine özellikle önem vermeleri gerekmektedir. Öyle ki, sunulan sağlık hizmetinin sonuçlarını izlemek için kullanılan kalite değerlendirme sistemlerinde genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizi ve hasta memnuniyeti temel ölçütler olarak kullanılmaktadır. Bu değerlendirmelerden birisi olan hasta memnuniyeti, klinik sonuçlar kadar önemlidir ve bunu ölçmek her sağlık kuruluşunun öncelikli hedeflerinden biri olmalıdır (Önsüz ve diğ., 2008:34).

Bu bağlamda gelişmiş ülkeler insan unsuruna verdikleri önem itibariyle sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik yönünden iyileştirilmesi için daha fazla kaynak ayırmaktadırlar. Öyle ki, sağlık hizmetlerinin nitel ve nicel düzeyi sosyal refahın bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri ile ilgili olarak eşitsizliklerin ve olumsuzlukların giderilebilmesi için sağlık hizmetlerinde kaliteye daha fazla önem verilmesi gerekmektedir.

Bu bakış açısıyla araştırmanın yapıldığı tüm hastanelerde “kalite” kavramına büyük önem verildiği görülmektedir. Örneğin Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde verilen sağlık hizmetinin 2007 yılından itibaren JCI (Joint Commission International) tarafından akredite edildiği ve düzenli olarak uluslararası kalite standartları açısından denetlendiği önemle belirtilmektedir. Bununla birlikte Hacettepe Üniversitesi JCI

standartlarında sağlık hizmeti veren Türkiye'deki ilk kamu kuruluğu olması ile mevcut rekabet ortamında kendisini n sıralara taşımaktadır (http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/kalite-yonetimi_126.html, 2014). Yine Başkent niversitesinde kalite faaliyetlerinin temelini niversitenin ilk açıldığı yıllara dayandığı belirtilmekle birlikte Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde sürekli kalite iyileştirme çalışmalarının ise 1997 yılından itibaren sistematik hale getirildiği vurgulanmaktadır. Bu çerçevede tüm merkezlerde ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Standardının gereklilikleri yerine getirilmekte ve merkezler Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından belgelendirilmektedir ([/www.baskent-ank.edu.tr](http://www.baskent-ank.edu.tr), 2014).

Araştırmanın gerçekleştirdiği bir diğer hastane olan Gazi Üniversitesi Hastanesi ise ortaya koydukları kalite planlarını üç madde ile özetlemektedir (<http://hastane.gazi.edu.tr/posts/view/tile/hakkimizda-8943>, 2014):

- *Gazi Hastanesinde çalışmaktan mutluluk duyan, güler yüzlü, yetenekli, konusunda bilgili ve deneyimli ekibimizle hizmet vermek*
- *Hastanemize başvuranların sağlıkla ilgili her türlü sorununu güvenli bir şekilde ve kısa sürede çözümlenmek*
- *Bilim ve teknolojidaki yeniliklere uygun olarak hizmet kalitemizin etkinliğini sürekli geliştirmek ve en iyi olmak.*

Hastanelerde sunulan hizmet kalitesi, sadece hastane personeli ile hasta ve yakınları için değil, hkmetler açısından da önemle üzerinde durulması gereken bir konudur. Kaliteli sağlık hizmetleri, bireylerin daha sağlıklı ve daha mutlu olmalarına, bir başka

ifadeyle yaşam kalitesinin arttırılmasına katkıda bulunurken, sağlık harcamalarının azalması ile birlikte ülke ekonomisine de önemli katkı sağlamaktadır.

Araştırmanın amacında da belirtildiği üzere, bu araştırmada özel ve kamu üniveriste hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin hastanelerde sunulmakta olan tıbbi ve sosyal hizmetlere dair kalite algılarının ölçülmesi ve örgütsel yenilik eğilimlerinin, kişilik özelliklerine, dönüştürücü liderlik eğilimine ve ait oldukları jenerasyonun etkisine göre incelenmesi hedeflenmiştir. Bu bölümde sözü edilen amaçlar çerçevesinde elde edilen bulguların tartışması ve genel bir değerlendirme yer almaktadır.

Araştırmada öncelikle katılımcıların çalıştıkları hastanelerde sunulan hizmetlere ilişkin kalite algılarını ölçmeye yönelik sorular yöneltilmiştir. Burada sunulan hizmetler tıbbi ve sosyal açıdan ayrı ayrı değerlendirilmiş ve gerek kamu gerekse de özel sektörde çalışan doktor ve hemşireler açısından hastanelerinin sunmuş olduğu tıbbi hizmetlerin yeterli olarak algılandığı görülmüştür. Ancak sunulan sosyal hizmetlerin değerlendirilmesi bakımından aynı memnuniyet söz konusu değildir. Öyle ki özel hastanede çalışan doktor ve hemşireler açısından sosyal hizmetleri yeterli bulanların oranı yüzde kırk civarında iken kamuda bu oran yüzde otuzlara gerilemektedir. Aslında bu durum dışarıdan bakıldığında, toplumda mevcut olan özel hastanelerde sunulan otelcilik hizmetlerinin daha kaliteli ve konforlu olduğu algısıyla da uyumludur. Bir başka neden de verilen tıbbi hizmetin temel aktörlerinin doktor ve hemşireler olmasıdır. Katılımcılar aslında verdikleri cevaplarda bir ölçüde kendilerini

değerlendirmekte, sunulan sosyal hizmetin kalitesinin kendilerinden ziyade hastane yönetimini sorumluluğunda olduğunu düşünmektedirler.

Katılımcıların örgütsel yenilik eğilimleri de dikkate alınarak sunulan hizmetin kalitesi değerlendirildiğinde ise, sadece özel hastanelerde görev yapan hemşireler açısından Yenilik / Kişisel boyutu ile sosyal hizmet kalitesi algısı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişkinin var olduğu görülmüştür. Bu bağlamda Yenilik/Kişisel eğilimleri yükseldikçe hastanede sunulan sosyal hizmetin kalitesine dair algının da arttığı görülmektedir. Bu durum özel hastanelerde çalışmakta olan hemşirelerin mevcut koşullar içerisinde ve bireysel değerlendirmeleriyle hastanelerinin sosyal hizmetleri ile ilgili olumlu izlenime sahip olduklarını ortaya koymaktadır.

Katılımcılardan son beş yıllık dönemi değerlendirmeleri istendiğinde yine önceki bulguyu destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır. Öyle ki, gerek özel gerekse de kamu hastanelerinde çalışan doktorların neredeyse yarısı tıbbi açıdan sunulan hizmetlerde iyileşme olduğunu düşünmekte iken, sosyal açıdan sunulan hizmetin kalitesinde herhangi bir değişme olmadığını belirtmektedirler. Hemşireler tarafından yapılan değerlendirmelere bakıldığında ise son beş yılda gerek özel gerekse de kamu kesiminde sunulan tıbbi ve sosyal hizmetler açısından herhangi bir değişimin olmadığı görülmektedir. Aslında bu değerlendirmelerde doktor ve hemşirelerin beklentileri ve mevcut durumdan memnuniyet düzeyleri etkili olmaktadır. Tıbbi açıdan ortaya çıkan yeni teknolojiler, yeni tanı ve tedavi yöntemleri ve bunların uygulamaya geçirilmesi aslında hastanelerde sunulan tıbbi hizmetin kalitesini

belirleyen en önemli unsurlardır. Bu anlamda bu unsurların birincil kullanıcıları olan doktorlar açısından memnuniyet düzeyinin yüksek olması sevindirici bir bulgudur.

Hastalarına ve çalışanlarına sunduğu imkân ve sağladığı konfor bakımından ise hastanelerin aynı derecede olumlu değerlendirilmemesi ise hastane yönetiminin öncelikleri ve maddi olanakları ile açıklanabilir. Ancak daha önce de belirtildiği gibi “kalite” kavramı hastaneler açısından tıbbi ve sosyal koşulların bir arada ele alınmasıyla anlam taşımaktadır. Bu noktada hastane yönetiminin, çalışanlarının ve hastaların sosyal beklenti ve ihtiyaçlarını dikkate alarak gerekli düzenlemeleri uygulamaya koyması önem kazanmaktadır.

Katılımcıların Örgütsel Yenilik eğilimleri dikkate alındığında son beş yılda sunulan hizmetin kalitesi açısından yine benzer sonuçlarla karşılaşmıştır. Buna göre, gerek özel gerekse de kamu hastanelerinde çalışan doktorlar açısından herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamakla birlikte, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin Yenilikçi Davranış Eğilimleri arttıkça hastanede son beş yılda sunulan tıbbi ve sosyal hizmetin kalitesi daha olumlu değerlendirilmektedir. Özel hastanelerde görev yapanlar için ise sadece sosyal hizmetler açısından benzer bir durum ortaya çıkmaktadır. Yine kamu hastanelerinde çalışan hemşireler açısından Yenilik /Çevre eğiliminin yükselmesi sunulan sosyal hizmet kalite algısını da arttırmaktadır. Öyle ki özel hastanelerde çalışmakta olan hemşireler çalışma arkadaşlarının görüşlerinden ve fikirlerinden etkilenmekte ve bu sayede çalışma ortamını daha olumlu değerlendirmektedirler.

O halde hemşireler açısından değerlendirildiğinde yenilik konusuna dair farkındalık arttığında ve yenileşme eğiliminin güç kazandığı koşullarda mevcut uygulamalara dair algılar da olumlu yönde pekişmektedir. Açıkçası, yenileşim vizyonu taşıyanlar mevcut uygulamalardan memnun ancak gittikçe daha da iyi olacak düşüncesi içerisinde çağa uygun ve beklentileri karşılayacak yenilik çalışmalarının süreceğine daha fazla inanmaktadırlar.

Hastanelerdeki hizmet sağlayıcılara ilişkin bulgulara bakıldığında, yemek, temizlik ve bilgi işlem gibi hizmetlerin hastane personeli tarafından mı sunulduğu konusunda gerek özel gerekse de kamu hastanelerinde çalışmakta olan doktor ve hemşirelerin net bir bilgiye sahip olmadıkları izlenimi doğmaktadır. Aslında günümüzde örgütler rekabetçi ve yenilik amaçlı yapılanmışlardır. Esnek yapılanma biçimini tercih eden günümüzün rekabetçi ve yenilik amaçlı örgütleri arasında taşeron kullanımını işlevsel bulan, hatta yenilikle ilgili etkinliklerde bile taşeronluk hizmeti alabilme yollarını kullanabilen örgütler bulunmaktadır (Savcı, 2011: 203). Hastanelerde de özellikle catering ve temizlik hizmetleri açısından yaygın olan bu uygulama ile ilgili olarak araştırmanın gerçekleştirdiği hastanelerde çalışanlar açısından farkındalık düzeyinin oldukça düşük olduğu gözden kaçmamaktadır. Benzer şekilde bu durum doktor ve hemşirelerin yönetsel konularda yeterince bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir. Bu durum hastane yönetimi ile ilgili bir eksiklik olarak değerlendirilebileceği gibi bireylerin yönetsel konulara olan ilgisizliği ile de açıklanabilir.

Hastanelerde sunulan hizmetin kalitesini belirleyen unsurların neler olduğu sorulduğunda, gerek kamu gerekse de özel hastanede çalışan doktorlar dört unsura dikkat çekmektedirler. Bunlar, doktor ve hemşirelerin uzmanlığı, hastanenin ulaşılabilirliği, hasta bakımı ve iyileştirilmesi ile doktor ve hemşirelerin hastaya yaklaşımı şeklinde sıralanmaktadır. Genel olarak düşünöldüğünde toplumun büyük bölümü için sağlık açısından bu dört unsurun aynı derecede önemli olduğu söylenebilir. Aslında bu unsurlar hastanelerin temel amaçlarını da ortaya koymaktadır. Öyleyse bu değerlendirmeler, tıbbi unsurlar kadar insani muamele beklentisinin, hastaya müşteri olmak yerine insan olarak değer verilmesinin istendiğine işaret eden örtük bir yakarış olabilir.

Hemşirelerin değerlendirmelerine bakıldığında yukarıda sayılanlara ek olarak özel hastanelerde çalışan hemşireler açısından hastanenin ulaşılabilirliği de önemli bir unsur olarak kabul edilmektedir.

Sonuçlara genel olarak bakıldığında hem özel hem de kamu hastanelerinde çalışan doktor ve hemşireler açısından hizmet kalitesi belirleyicileri olarak daha çok tıbbi unsurlar üzerinde yoğunlaşıldığı görölmektedir.

Çalışma açısından oldukça önemli olarak değerlendirilen bir soru da araştırmaya katılan doktor ve hemşirelerin özel ve kamu hastaneleri arasındaki farka ilişkin algılarıdır. Bu anlamda en çok özel hastanelerde görev yapan hemşireler, kamu hastaneleri ve özel hastaneler arasında sunulan hizmet kalitesi bakımından farklılık olduğuna inanmaktadırlar. Bununla birlikte doktorlar çok belirgin bir farklılık

belirtmemekte ancak çok özel hastanelerde görev yapanlar özel-kamu hizmet kalitesi farkına daha çok vakıf görünmektedirler.

Farkı yaratan tıbbi unsurlara bakıldığında özel ve kamu hastanelerinde çalışan doktorlar açısından hasta yoğunluğu ve teknolojik donanım gibi unsurlar öne plana çıkmaktadır ancak, özel hastanede çalışan doktorlar hizmet maliyetine, kamu hastanelerinde çalışanlar ise tetkik bekleme sürelerine de vurgu yapmaktadırlar. Hastane büyüklükleri ve personel sayıları dikkate alındığında hasta yoğunluğunun gerçekten fark yaratan bir unsur olduğu açıktır. Buna örnek olarak araştırmanın gerçekleştirildiği kamu üniversite hastanelerinden Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi verilebilir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde bir yılda 443.000 poliklinik hastasına ve 25.000 yatan hastaya hizmet verilmekte olduğu, 30.000 ameliyat yapıldığı belirtilmektedir (www.medicine.ankara.edu.tr/hakkimizda, 2014). Gazi Üniversitesi Hastanesi ve Hacettepe Hastanesinde de benzer oranların varlığı dikkate alındığında hastane büyüklüğü ve personel sayısının anılan fark algısının sebebi olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşireler açısından fark yaratan tıbbi unsurlar değerlendirildiğinde personel sayısının gerek özel gerekse de kamu hastanelerinde çalışanlar açısından fark yaratan unsur olarak öne çıktığı görülmektedir. Bununla birlikte kamu hastanelerinde çalışan doktorlar hasta yoğunluğuna ve kullanılan teknolojiye vurgu yapmakta iken özel hastanelerde çalışanlar personel deneyiminin ve hastaya sunulan kişisel bakım ve ilginin fark yaratan diğer tıbbi unsurlar olduğunu belirtmektedirler.

Hastanelerde sunulan sosyal hizmetlere dair fark yaratan unsurlar değerlendirildiğinde kamu hastanelerinde görev yapan doktorlar ve hemşireler açısından yukarıdaki sonuçlara benzer şekilde hasta yoğunluğu, kişisel bakım ve yeterli sayıda personel gibi unsurların ön plana çıktığı görülmektedir. Ayrıca catering hizmetleri ve hizmet maliyetlerinin de etkili olduğu belirtilmiştir. Özel hastanelerde çalışanlar açısından da aynı faktörler üzerinde yoğunlaşıldığı görülmektedir (Bkn. Tablo III.9). Öyle ki hasta yoğunluğu, personel sayısı ve hastaya sunulan kişisel bakım ve ilgi gerek tıbbi gerekse de sosyal açıdan sunulan hizmet kalitesini etkileyen unsurlar olarak ön plana çıkmaktadır.

Yukarıda belirtildiği gibi, kamu hastanelerinin iş yükü inanılmaz boyutlara erişmiştir ve gün boyu çok sayıda hasta görmek durumunda kalan hekimlerde kendini değersiz hissetme gibi olumsuz yargılar gelişebilmektedir. Oysa özel hastanelerdeki iş yükü görece daha sınırlıdır ve karşılığında elde edilen maddi ve manevi doyum da daha iyidir. Bu hususta değinilmesi uygun olacak bir diğer faktör hastanenin fiziksel donanımıdır. Özel hastaneler, tıpkı bir “konuk evi” gibi tasarlanmakta, çalışanlarına da daha memnun edici çalışma koşulları sunmaktadır. Dolayısıyla iş ortamı ve sağlanan fırsatlar katılımcıların kamu ve özel hastane ayrımına dair keskin bir fark betimlemesine neden olmaktadır. Elbette ki, hasta yoğunluğu azaldıkça hastaya sunulan bakım hizmetlerinin kalitesi de artacaktır.

Bununla birlikte, araştırmanın yapıldığı hastanelerin üniversite hastanesi olması doktorlar arasında başarı ve performans açısından ortaya çıkabilecek farklılığı

ortadan kaldırmaktadır. Çünkü üniversite hastanelerinde görev yapan doktorların başarı ve performansı hasta yoğunluğundan ve tedavi imkânlarından farklı olarak akademik ünvanlara sahip olma derecesi ile değerlendirilmektedir.

Hastanede yer alan aktörlerin sunulan hizmet kalitesine yaptıkları katkının değerlendirilmesi istenen soruya verilen yanıtlar, tüm katılımcıların tıbbi hizmetler açısından doktor ve hemşirelerin önemli rolünün olduğuna dair inancalarına işaret etmiştir. Önceki bölümlerde hastanelerde kalite kavramından bahsederken, kalitenin doktor ve hemşirenin hasta ile yüzyüze geldiği an ortaya çıktığı belirtilmiştir. Bu bağlamda sunulan tıbbi hizmetin kalitesi söz konusu olduğunda doktor ve hemşirelerin en önemli aktörler olarak değerlendirilmesi de şaşırtıcı değildir.

Buna karşılık, kamu hastanelerinde çalışan doktor ve hemşireler sosyal hizmetler açısından hastane yönetiminin daha büyük rolü olduğunu belirtmektedirler. Bu durum üniversitelerin sahip oldukları maddi olanaklar çerçevesinde değerlendirildiğinde, sosyal açıdan bir farklılığın olması da anlamlı görülebilmektedir. Bununla birlikte çalıştıkları hastanenin fiziki koşullarını değerlendirdiklerinde, özel ve kamu hastanelerinden gelen katılımcılar arasında herhangi bir fark çıkmaması da önemlidir. Sanki devlet üniversitelerinin hastanelerinde görevli olanlar da özel üniversitelerin hastanelerinde çalışanlar da fiziki koşulları performansla ilişkisiz görüyor gibidirler ve belki de bu açıdan yenilik beklentisi içinde değillerdir çünkü önemli olan sadece ‘mesleki başarı’ olabilir. Yine de kamu hastanelerinde çalışanlarda, hastanenin sosyal koşulların daha iyi olmasına yönelik bir beklentinin varlığından bahsedilebilmektedir. Sosyal koşullar

denildiğinde akla hastanede sunulmakta olan otelcilik hizmetleri ile özellikle hasta ve refakatçileri için hastanede geçirilecek sürede ihtiyaç duyabilecekleri unsurlar akla gelmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi özel hastaneler tıpkı bir konukevi gibi tasarlanmakta ve gerek çalışanları gerekse de hasta ve refakatçileri açısından daha konforlu bir tedavi ortamı yaratmaktadır. Bu nedenle, hasta yoğunluğu ve mevcut imkânlar dâhilinde kamu hastanelerinde çalışanlar açısından sosyal koşulların daha iyi olmasına yönelik beklentinin daha yüksek olması da beklenen bir durumdur.

Çalışmada sosyometrik soru grubundan elde edilen bulguların ardından katılımcıların Dönüştürücü Liderlik Algısını belirleyen ölçekten elde edilen alt boyutların yordanmasında, kişilik değişkenleri ile Örgütsel Yenilik Eğilimi alt boyutlarının katkısını belirlemek üzere aşamalı çözümleme analizi yapılmıştır. Tıp doktorları açısından Vizyon ve İlham Sağlama boyutunu yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, denkleme sadece kişilik alt boyutlarından “Deneyime Açıklık” girmiş ve açıklanan varyans %29 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelere göre yapılan analiz sonuçlarına bakıldığında ise, denkleme sırasıyla kişilik alt boyutlarından “Uzlaşılabilirlik” ve “Özdisiplin” girmiş, son olarak Örgütsel Yenilik alt boyutlarından “Yenilikçi Dvaranış Eğilimi” nin de dâhil olmasıyla açıklanan toplam varyans %30’a ulaşmıştır.

Yine Tıp doktorları açısından Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama boyutunu yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında, kişilik alt boyutlarından sırasıyla “Deneyime Açıklık”, “Uzlaşılabilirlik” ve “Duygusal Denge” nin denkleme girdiği, son olarak da Örgütsel

Yenilik alt boyutlarından “Yenilik/Kişisel” boyutunun da katılımıyla toplam varyansın %67’ye yükseldiği görülmüştür. Hemşireler ile ilgili yapılan analiz sonuçlarına bakıldığında ise denkleme kişilik alt boyutlarından sırasıyla “ Deneyime Açıklık”, “Dışadönüklük” ile “Özdisiplin” boyutlarının girdiği ve Örgütsel Yenilik alt boyutlarından “ Yenilikçi Davranış Eğilimi” nin de dâhil olmasıyla toplam varyans % 37 olarak hesaplanmıştır.

Entelektüel Teşvikte Bulunma boyutu ile ilgili olarak yapılan analizler çerçevesinde tıp doktorları dikkate alındığında, kişilik alt boyutlarından sırasıyla “Deneyime Açıklık”, “ Uzlaşılabilirlik” ve “Duygusal Denge” alt boyutları denkleme girmiş ve toplam varyans %45’e ulaşmıştır. Bununla birlikte yine tıp doktorları ile ilgili olarak Entelektüel Teşvikte Bulunma alt boyutu açısından Örgütsel Yenilik alt boyutlarından hiçbirinin anlamlı katkısının olmadığı görülmektedir. Hemşireler dikkate alınarak yapılan analizlere bakıldığında, denkleme sırasıyla kişilik alt boyutlarından “ Deneyime Açıklık”, “ Dışadönüklük” ve “Özdisiplin” özelliklerinin girdiği ve yine Örgütsel Yenilik alt boyutlarının anlamlı katkı yapmadığı görülmektedir. Bu haliyle toplam varyans % 29 olarak hesaplanmıştır.

Tıp doktorları açısından Bireysel İlgi Gösterme boyutunu yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, denkleme sırasıyla kişilik alt boyutlarından “Özdisiplin”, “Deneyime Açıklık” ve “Uzlaşılabilirlik” girmiş, son olarak Örgütsel Yenilik alt boyutlarından “Yenilikçi Davranış Eğilimi” nin de eklenmesiyle toplam varyans % 49’a ulaşmıştır. Hemşireler açısından yapılan regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında ise denkleme sadece kişilik alt

boyutlarından sırasıyla “ Özdisiplin” ve “Uzlaşılabilirlik” boyutlarının girdiği ve toplam varyansın % 41 olduğu görülmektedir.

Dönüştürücü Liderlik algısını oluşturan beş boyuttan sonuncusu olan Yüksek Performans Beklentisi algısını tıp doktorları için yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında, denkleme sadece kişilik alt boyutlarından sırasıyla “ Uzlaşılabilirlik” ve “Deneyime Açıklık” boyutları girmekte ve birlikte açıkladıkları varyans %30 olmaktadır. Aynı analiz hemşireler için yordayan değişkenleri belirlemek için yapıldığında, denkleme sırasıyla kişilik alt boyutlarından “ Özdisiplin” ve “ Dışadönüklüğün” girdiği ve son olarak Örgütsel yenilik alt boyutlarından “Yenilikçi Davranış Eğilimi” nin de eklenmesiyle açıklanan toplam varyansın %22 olarak hesaplandığı görülmektedir.

Benzer sonuçlara hem Kişilik ölçeği alt boyutları hem de Dönüştürücü Liderlik alt boyutları için ayrı ayrı Örgütsel Yenilik ölçeğinden elde edilen puanlar göz önüne alınarak hesaplanan korelasyonlarda rastlanmaktadır. Öyle ki, hemşireler açısından değerlendirildiğinde, bireylerin Yenilikçi Davranış Eğilimi söz konusu olduğunda “Özdisiplin” hariç tüm kişilik boyutları ve tüm Dönüştürücü liderlik alt boyutları arasında anlamlı korelasyonlar ($P < .05$) hesaplanmıştır. Bir başka ifade ile kişilik özellikleri ve dönüştürücü liderlik eğilimi yenilikçi davranış eğilimini yordamaktadır. Benzer bir durum Yenilik/Kişisel eğilimi için de söz konusu olmaktadır. Yani, bireylerin Yenilik/ Kişisel eğilimi söz konusu olduğunda “Duygusal Denge” hariç tüm kişilik boyutları ve tüm Dönüştürücü liderlik alt boyutları arasında anlamlı korelasyonlar ($P < .05$) hesaplanmıştır. Diğer korelasyonlara bakıldığında Yenilik/

Çevre eğilimi için kişilik alt boyutlarından “ Dışadönüklük” ile Dönüştürücü Liderlik alt boyutlarından” Bireysel İlgi Gösterme” arasında anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür. Tabloya genel olarak bakıldığında örgütsel yenilik, kişilik özellikleri ve dönüştürücü liderlik ile yakın ilişki içindedir denilebilir.

Tıp doktorları ile ilgili olarak yapılan analizler çerçevesinde kişilik ölçeği alt boyutlarından “Uzlaşılabilirliğin”, örgütsel yenilik ölçeğinin üç alt boyutunu da yordadığı görülmektedir. Aynı durum Dönüştürücü Liderlik eğilimi alt boyutlarından “ Entelektüel Teşvikte Bulunma” ve “Yüksek Performans Beklentisi”boyutları için de söz konusudur. Bununla birlikte bireylerin Yenilikçi Davranış Eğilimi söz konusu olduğunda kişilik alt boyutlarından “Dışadönüklük”, “ Uzlaşılabilirlik” ve “ Deneyime Açıklık” boyutları ile Dönüştürücü Liderlik alt boyutlarından “ Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama”, “ Entelektüel Teşvikte Bulunma”, “Bireysel İlgi Gösterme” ve “Yüksek Performans Beklentisi” alt boyutları arasında anlamlı korelasyonlar ($P < .05$) hesaplanmıştır. Diğer korelasyonlara bakıldığında Yenilik/ Çevre eğilimi için kişilik alt boyutlarından “ Dışadönüklük” ve “Uzlaşılabilirlik” boyutları ile Dönüştürücü Liderlik alt boyutlarından “ Entelektüel Teşvikte Bulunma”, “Bireysel İlgi Gösterme” ve “Yüksek Performans Beklentisi” arasında anlamlı korelasyon olduğu görülmektedir. Yenilik/ Kişisel eğilimine bakıldığında ise kişilik ölçeği alt boyutlarından sadece “Uzlaşılabilirlik” boyutu ile dönüştürücü liderlik alt boyutlarından “ Grup Amaçlarının Kabulünü Sağlama”, “ Entelektüel Teşvikte Bulunma” ve “ Yüksek Performans Beklentisi” arasında anlamlı korelasyonların hesaplandığı görülmektedir.

Yöntem bölümünde de belirtildiği üzere, araştırmanın temelini oluşturan sorulara yanıt aramak amacıyla katılımcılara “Örgütsel Yenilik Ölçeği”, “Dönüştürücü Liderlik Ölçeği”, “NEO Beş Faktör Kişilik Envanteri” ve Sosyometrik soru grupları uygulanmıştır. Bu puanlara ilişkin ortalamalar arası farkların anlamlılığını sınamak üzere varyans analizleri yapılmıştır.

Hastanelerin hizmet kalitesi ve fiziki koşullarına ilişkin değerlendirmeleri sorgulayan sosyometrik soru grubundan elde edilen puanlar dikkate alındığında hastane tipine göre doktor ve hemşireler açısından bazı farklar ortaya çıkmaktadır.

Doktorların “Hastanenizde temizlik hizmetleri hastane personeli tarafından mı gerçekleştiriliyor?” sorusuna verdikleri yanıtlar daha çok kamu hastanelerinde bu hizmetin başka firmalardan alındığına işaret etmektedir. Bir başka ifade ile kamu hastaneleri taşeronluk hizmetini daha yoğun kullanıyor gibi görünmektedir.

Bununla birlikte hali hazırda sunulan sosyal hizmetin kalitesine yönelik algıları dikkate alındığında Ankara’da görev yapan doktorlar açısından kamu ve özel hastaneler açısından fark yaratan unsur kullanılan teknoloji olarak ortaya çıkmaktadır. Yani kamu hastanelerinde çalışan doktorlar hastanelerinde kullanılmakta olan teknolojiyi özel hastaneler ile kıyasladıklarında daha yetersiz görme eğilimindedirler. Bu durum özel hastanelerin daha memnun edici çalışma koşulları sunmasıyla ve daha fazla ekonomik imkânlarla sahip olmasıyla açıklanabilir.

Örgütsel Yenilik açısından önem taşıyan bir faktör olan “kuşak” unsuru dikkate alındığında, yapılan analizler sonucunda hastanelerde verilen hizmetin kalitesini belirleme açısından “Doktor ve Hemşirelerin Davranışı” na verilen önemin X ve Y kuşağına mensup doktorlar arasında farklılaştığı görülmektedir. Buna göre, Y Kuşağına mensup doktorlar özel hastanelerde sunulan hizmet kalitesini doktor ve hemşirelerin hasta ve yakınlarına yaklaşımlarını neden göstererek daha olumlu değerlendirmektedirler.

Yine kuşak unsuru dikkate alınarak Ankara’daki özel ve kamu hastaneleri arasındaki hizmet kalitesindeki farkın hangi sosyal unsura atfedilebileceğini belirlemeyi hedefleyen soru grubu için “hizmet maliyetleri” ile “personel bilgi ve deneyimi”nin doktorlar açısından fark yaratan unsurlar olarak öne çıktığı görülmektedir. Buna göre, X kuşağında yer alan doktorlar özel ve kamu hastaneleri arasındaki farklılığı daha çok maddi unsurlara bağlamakta ve Y kuşağındaki meslektaşlarına nazaran hizmet maliyetlerinin görece daha kolay karşılandığı özel hastanelerin bu açıdan daha avantajlı olduğunu örtük biçimde daha çok ima etmektedirler. Benzer şekilde X kuşağına mensup doktorlar çalışma arkadaşlarının sahip oldukları eğitim ve deneyimin de özel ve kamu hastaneleri arasında fark yaratan bir unsur olduğu düşüncesindedirler. Bir başka ifade ile Y kuşağında yer alan doktorlar X kuşağında yer alan doktorlara göre çalışanların özel ve kamu hastaneleri arasında fark yaratması bakımından çalışanların niteliğinin daha az önemli olduğunu düşünmektedirler.

Doktorlar açısından hastane türünün ve kuşak etkisinin birlikte değerlendirildiği bir başka soru grubu da Ankara’daki özel ve kamu hastaneleri arasındaki hizmet

kalitesindeki farkın hangi tıbbi unsura atfedilebileceğini belirlemeyi hedeflemektedir. Bu soru grubu için “hizmet maliyetleri” faktörüne dair puanlar açısından da gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu anlaşılmıştır. Buna göre, özel hastanede çalışan Y Kuşağı mensubu doktorlar, maliyetlerin önemini yine özel hastanede görevli ama X Kuşağı mensubu meslektaşlarına nazaran daha önemsiz bulmaktadırlar. Bu durum Y kuşağına mensup doktorların kendilerini mesleki bakımdan daha yetkin algıladıklarına ve tıbbi açıdan daha iyi sonuçlar için hastane sahibinin ya da yönetiminin gerekli yatırımları yapması gerektiğini düşündüklerine işaret etmektedir.

Yine doktorlar açısından hastane türünün ve kuşak etkisinin birlikte değerlendirildiği soru grubu için “ekipman” faktörünün de değerlendirilişi açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu anlaşılmıştır. Buna göre, Y kuşağında yer alan ve özel hastanelerde çalışan doktorlar, gerek özel gerekse de kamu hastanelerinde çalışan X kuşağına mensup doktorlara göre tıbbi açıdan fark yaratması bakımından “ekipman” ı daha önemsiz görme eğilimindedirler. Bu durum ileri/ son teknolojilerin kullanımının hastanelerinde yeterli seviyede gördükleri şeklinde de yorumlanabilir

Hastanede sunulmakta olan tıbbi hizmetin kalitesi hemşireler açısından değerlendirildiğinde, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin hastanelerinde sunulan tıbbi hizmeti daha yetersiz algıladıkları görülmektedir. Hastanın tedavi edilmesi ve iyileştirilmesi için sunulan hizmetleri kapsayan tıbbi hizmetlerin daha yetersiz algılanmasının nedeni kamu hastaneleri açısından hasta yoğunluğu ile açıklanabilir. Öyle ki hasta ile sürekli yüz yüze iletişim halinde olan hemşireler açısından düşünüldüğünde ilgilenmek zorunda oldukları hasta sayısı fazla olması, her

birine daha az zaman ayırmalarına ve daha az ilgi göstermelerine neden olmaktadır. Bununla birlikte iş yoğunluğunun fazla olması hemşirelerde de yorgunluk ve isteksizlik yaratmaktadır. Bu şartlar altında verilen tıbbi hizmeti yetersiz bulmaları aslında kendileri için de bir öz değerlendirme olarak kabul edilebilir.

Hemşireler açısından tıbbi hizmet kalitesinde fark yaratan unsurlar hastanenin fiziki koşulları ve temizliği, hastanın bakımı ve iyileştirilmesi, kişisel bakım ve ilgi, personel bilgi düzeyi ve deneyimi olarak ortaya çıkmaktadır. Buna göre, özel hastanede çalışmakta olan hemşireler hastanenin fiziki koşullarının ve temizliğinin tıbbi hizmet kalitesi açısından fark yarattığını daha fazla düşünmektedirler. Yine hasta yoğunluğu, hastane büyüklüğü, personel sayısı gibi faktörler ile bağlantılı olarak ele alınabilen bu unsur yine aynı nedenlerden dışarıdan hizmet alımı, bir başka ifadeyle taşeron uygulamaları da akla getirmektedir. Daha önce yapılan analizlerde kamu hastanelerinde dışarıdan hizmet alımının daha yaygın olduğu belirtilmişti. Bu anlamda hizmetin hastane çalışanları tarafından yapılmasının da kalite algısını artırdığı söylenebilir.

Hemşireler açısından tıbbi hizmet kalitesinde fark yarattığı düşünülen bir başka unsur da hastanın bakımı ve iyileştirilmesi olarak ifade edilmiştir. Buna göre kamu hastanelerinde çalışmakta olan hemşireler açısından hastanın iyileştirilmesi daha önemli görülmektedir. Aslında genel olarak düşünüldüğünde hastanelerin temel amacı teşhis ve tedavi hizmetleri sunmaktır. Bu bağlamda gruplar arasında (özel hastanede çalışan hemşireler ve kamu hastanelerinde çalışan hemşireler) ortaya çıkan fark kamu hastanelerinde çalışanlar açısından temel hizmetin sunumuna dair bir

öncelik olarak algılanabilirken özel hastanede çalışan hemşireler açısından bu temel hizmetin her koşulda en iyi şekilde verildiği inancına da işaret edebilir. Öyle ki daha önce yapılan analizlerde özel hastanelerin bir konuk evi gibi algılandığı ve teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra otelcilik hizmetlerine ve sunulan konfora da eşit seviyede önem verildiği görülmektedir.

Tam da bu noktadan hareketle hemşireler açısından tıbbi hizmetin kalitesi ile ilgili fark yarattığı düşünülen bir başka unsur da kişisel bakım ve ilgi olarak ortaya çıkmaktadır. Beklenildiği gibi, kamu hastanelerinde görevli hemşireler devlet hastanelerindeki ağır iş yükü nedeniyle hastaya ilgi gösterme ve kişisel bakımıyla ilgilenme hizmetinin eksik kaldığını, bunun da hizmet kalitesi algısını olumsuz kıldığını düşünmektedirler. Bu bulgu önceki analizlerden elde edilen sonuçlarla da uyumludur.

Hastanelerde çalışan personelin bilgi düzeyi ve deneyimi de hemşireler açısından tıbbi hizmet kalitesinde özel ve kamu hastaneleri arasında fark yaratan bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Öyle ki, hastanede sunulan tıbbi hizmetin kalitesini güçlendirmede, çalışanların bilgi düzeyinin ve deneyiminin önemli rol oynayacağı düşüncesi özel sektördeki hemşireler arasında çok daha yaygındır. Bu bulgu özel hastanelerde görev yapan hemşirelerin kendilerini daha deneyimli gördüklerine ve işleri ile ilgili olarak da bilgi ve deneyimin daha önemli olduğunu düşündüklerine de işaret etmektedir.

Hastanelerde sunulan tıbbi hizmetin kalitesinin artırılması açısından aktörlerin rolüne ilişkin yöneltilen soruya hemşireler, doktorların daha çok belirleyici olduğu cevabını vermişler ve özellikle özel hastanelerde çalışmakta olan hemşireler hemşireler bu hususta doktorlara epeyce iş düştüğünü daha çok düşünmektedirler. Aslında bu durum daha önce belirtilen personel bilgi ve deneyimine verdikleri önem ile de örtüşmektedir.

Kuşak unsuru dikkate alınarak hastanelerinde verilmekte olan tıbbi hizmetin kalitesini değerlendirme açısından gruplar arasındaki farklılıklara baktığımızda, Y kuşağını temsil eden hemşirelerin verilen tıbbi hizmet kalitesini çok daha yetersiz buldukları görülmektedir. Bu durum özellikle Y kuşağında yer alan hemşirelerin sunulan hizmet kalitesinin daha iyi olabileceği beklentisini de yansıtmaktadır. Tıbbi hizmetin sunumunda teknolojik donanımın yanı sıra öncelikli rol üstlenen doktor ve hemşireler açısından bu durum aslında bir özdeğerlendirme olarak da kabul edilebilir.

Yine kuşak unsuru dikkate alınarak Ankara'daki özel ve kamu hastaneleri arasındaki hizmet kalitesindeki farkın hangi unsura atfedilebileceğini belirlemeyi hedefleyen soru grubu için "bekleme sürelerinin" hemşireler açısından fark yaratan unsur olarak öne çıktığı görülmektedir. Buna göre, X kuşağına denk gelen hemşireler, bekleme sürelerinin hizmet kalitesi algısı üzerindeki etkisini daha önemli bulmaktadırlar. Daha önce de belirtildiği gibi bu durum akla yine hasta yoğunluğu ve personel sayısı gibi unsurları getirmektedir.

Dönüştürücü liderlik algısı açısından hemşireler için yapılan gruplar arası fark analizlerine bakıldığında sadece “Bireysel İlgı Gösterme” boyutu için anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Buna göre, X kuşağına ait olan hemşirelerin Bireysel İlgı Gösterme algılarının Y kuşağındaki meslektaşlarına göre daha kuvvetli olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Sonuçlar bütünü ile ele alındığında özel hastanelerde çalışan doktor ve hemşireler açısından hastanelerinin sunduğu olanakların daha olumlu algılandığı ve kamu hastaneleri ile karşılaştırıldığında çalışma koşullarından da daha memnun oldukları görülmektedir. Çalışma koşullarını ve hastanelerini daha olumlu değerlendirmeleri ise kamu hastaneleri ile aralarında fark olduğu algısını güçlendirmektedir.

Doktor ve hemşirelerin hizmet kalitesine olan katkıları ile ilgili değerlendirmeler dikkate alındığında, özel hastanelerde çalışanlar kendi katkılarını çok daha büyük algılamaktadırlar. Gerek kamu hastaneleri gerekse de özel hastanelerde çalışanlarca yapılan değerlendirmelere göre sunulan tıbbi ya da sosyal hizmete ilişkin hastane yönetiminin önemli bir katkısının olmadığı algısı güçlü biçimde ifade edilmektedir. Bu durum doktor ve hemşirelerin hastalar ve yakınları ile yüz yüze ilişki içerisinde olan kişiler olmaları ile açıklanabilir. Bir başka ifade ile tedavi ve bakım hizmetlerini gerçekleştirenler kendileri olduğu için sunulan hizmetin kalitesini de kendilerinin iyileştirdiğine inanmaktadırlar. O kadar ki hastanelerin sahip olduğu donanım ve fiziki imkânlar ve bu imkânların sağlayıcıları doktor ve hemşirelere göre kalite yaratmada önemlerini yitiriyor gibi görünmektedir.

Zaten hastanelerin sahip oldukları fiziki olanakları ve donanımlarını ölçmeye yönelik olarak oluşturulan soru grubuna ilişkin verilen yanıtlara bakıldığında da bu durum açıkça görülmektedir. Çünkü, “Hastanenizde var mı?” şeklinde sorulan soruların büyük bölümüne verilen cevaplarda var ya da yok diyenlerin sayılarının birbirine oldukça yakın olduğu görülmüştür. Bu durum daha çok hastanın konfor ve rahatı dikkate alınarak sunulan bu hizmetlerle doktor ve hemşirelerin çok da ilgili olmadıklarını düşündürmektedir. Sanki doktor ve hemşireler hastanenin fiziki koşulları ile pek meşgul değillerdir. Bunun olası bir anlamı, tıbbi kaliteye sosyal kaliteye kıyasla daha fazla öncelik tanınmasıdır ki bu, esas yenilik girişimleri de hastanenin hayat kurtarma misyonuyla uyumlu görülebilir. Fiziki imkânlar ve otelcilik hizmetlerine ilişkin yenilikler daha çok hastalar ve refakatçileri açısından önem taşımaktadır fikri katılımcılar arasında yaygın gibidir ya da bu konuya dair farkındalık düzeyleri düşüktür.

Araştırmaya katılan deneklerin Örgütsel Yenilik Eğilimlerine ilişkin değerlendirmeler açısından hastane türüne göre herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır. Genel anlamda en büyük farklılık sunulan hizmet kalitesinde ortaya çıkmaktadır. Öyle ki, gerek kamu gerekse de özel hastanelerde çalışanların başarı düzeyleri ve meslektaşları ile ilişkileri açısından bir farklılığın olmadığı da daha önce de belirtilmiştir. O halde çalışanların yaptıkları işe verdikleri önem de eşit düzeyde kabul edilmekte ve dolayısıyla çalışma koşulları ve çalışma ortamı ile ilgili yeniliklere dair algı ve beklentileri arasında da önemli bir farklılık olmaması doğal kabul edilmektedir.

Gerçekleştirilen çalışma açısından en önemli husus sağlık hizmetlerinde yenilik ile ilgili olarak yabancı yazında pek çok çalışmaya yer verilmesine karşın ülkemizde bir elin parmaklarını geçmeyecek kadar az sayıda araştırma yapılmış olduğunun açıkça ortaya konmasıdır. Bu bağlamda yürütülen çalışmanın ülkemizde var olan bir boşluğu kapattığı da söylenebilir.

Yenilik sağlık hizmetleri açısından yaşamsal öneme sahip bir kavramdır. Sağlık sektöründe gerçekleştirilen yenilik insan hayatı ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Nüfusun artması ve giderek yaşlanması sonucunda hastalık yapısı değişmekte, buna bağlı olarak kronik ihtiyaçlar ve uzun dönemli bakım ihtiyacı artmaktadır.

Yeni bilgi ve teknolojilerin, yeni yöntemlerin ve uygulamaların, yeni düzenlemelerin sağlık hizmetleri sunucuları ve kullanıcıları tarafından benimsenmesi, kullanılması ve yayılımı sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılması, kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumu ve yeni gelişmelere olanak tanınması açısından oldukça önemlidir. Bilindiği gibi, bir ülkede refah ve yaşam standardı, rekabet gücü artarsa yükselmektedir ve rekabet gücü içinse üretkenliği arttırmak gereklidir. Üretkenliği arttıran en önemli araç da tahmin edileceği üzere yeniliktir.

Sağlık sistemlerinin ana amacı, topluma yüksek kalitedeki sağlık hizmetini daha yüksek verimle, daha düşük maliyetle ve hakkaniyetli bir şekilde sunmaktır. Bu amaca ulaşmak için sağlık hizmeti sunucularının kalite kavramına verdikleri önemi arttırmaları ve karar vericilerinin sağlığı geliştirici yeniliklerin kabul edilmesini ve yayılımını destekleyici girişimlerde bulunmaları gerekmektedir.

Gerçekleştirilen çalışmada hastanede sunulan hizmetlere ilişkin kalite algısı, hastanenin iç müşterileri diyebileceğimiz çalışanları üzerinden değerlendirilmiştir. Alanyazında hasta memnuniyetine ve kalite algısına yönelik çalışmaların da varlığı dikkate alındığında, hastanelerde sunulan hizmet kalitesinin ve kalite algısının iç ve dış müşterileri birlikte değerlendiren, bir başka ifadeyle çalışanların ve hastaların değerlendirmelerini birlikte ele alan çalışmaların yapılmasının alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Abrahamson, E. and Rosenkopf, L. (1993), “Institutional and Competitive Bandwagons: Using Mathematical Modeling As a Tool to Explore Innovation Diffusion”, **Academy of Management Review** 18 (3) :487- 517

Afuah, A.(2003), **Innovation Management: Strategies, Implementation and Profits**, (2nd. Ed.),New York: Oxford University Press.

Akalın, Ş. H. (2007), “Innovation, İnovasyon, Yenileşim”, **Türk Dilli Dil ve Edebiyat Dergisi**, Sayı 666, s. 483 – 486.

Akçin, K. (2006), **Öğrenme Yeteneğinin Firma Yenilikçiliği Üzerine Etkileri**, Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gebze.

Amabile, T.M., Hadley, C.N. and Kramer, S. J.(2003), “ Zaman Baskısı Altında Yaratıcılık” , **Yenilikçilik**, Harvard Business Review Dergisinden Seçmeler, Çeviren: Ahmet Kardam, MESS Yayın No:412., İstanbul.

Aydın, E. Özdiil (2009), **Dönüştürücü Liderlik ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Barnett, J., Vasileiou, K., Djemil, F., Brooks, L. and Young, T. (2011), **“Understanding Innovators’ Experiences of Barriers and Facilitators in Implementation and Diffusion of Healthcare Service Innovations: a Qualitative Study”**, BMC Health Services Research 2011, 11- 342, Erişim: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/342>

Basım, N.H., Korkmazıyrek, H. ve Tokat, O.A. (2008), “Çalışanların Öz Yeterlilik Algılamasının Yenilikçilik ve Risk Alma Üzerine Etkisi: Kamu Sektöründe Bir Araştırma”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı:19,ss.121-130.

Basım, N.H., Çetin, F. ve Tabak, A. (2009), “Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Kişilerarası Çatışma Çözme Yaklaşımlarıyla İlişkisi”, **Türk Psikoloji Dergisi**, Haziran 2009, 24 (63), 20-34.

Bass, B.M. and AVALIO, B.J.(2000), **“MLQ Multifactor Leadership Questionnaire”**, Redwood City, CA: Mind Garden.

Becker, M.H. (1970), “Factors Affecting Diffusion of Innovations Among Health Professionals”, **American Journal of Public Health**,60, pp.294-304.

Benet-Martinez V. and John, O.P. (1998), “Los Cinco Grades Across Cultures and Ethnic Groups: Multitrait-Multimethod Analyses of The Big Five in Spanish and English”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 75, 729-750.

Bitner, M. J., and Hubbert, A. R. (1994), “Encounter Satisfaction Versus Overall Satisfaction Versus Quality”, In T. R. Ronald and R. L. Oliver (Eds.), **Service Quality: New Directions in Theory and Practice** (pp. 72–94). London, England: Sage.

Buckley, M.R., Beu, D.S., Novicevic, M.M., Sigerstad, T.D. (2001), “Managing Generation Next: Individual and Organisational Perspectives”, **Review of Business**, 22-1.

Burns, J.M.(1978), “**Leadership**”, New York: Harper&Row.

Burns, T. and Stalker, G.M.(1979), “**The Management of Innovation**”, Tavistock Publications, Bristol.

Büyüköztürk, Ş.(2004), “**Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı**”, Pegem Yayıncılık, Ankara.

Cain, M. and Mittman, R.(2002), “**Diffusion of Innovation in Health Care**”, California Healthcare Foundation: USA.

Canpolat, C. (2002), “**Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama**”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Chesbrough, H.(2003), “ **Open Innovation: The New Imperative for Creating and Profiting from Technology**”, Harvard Business School Pres.

Chuang L. (2007), “ The Social Psychologh of Creativity and Innovation: Process Theory (PT) Perspective”, **Social Behaviour and Personality**, 35 (7), pp. 875-888.

Christiansen, J.A.(1997), “ **Learning to Improve Innovation Performance: The Role of The General Manager**”, Doctoral Dissertation, INSEAD.

Coleman, J.S., Katz, E. and Menzel, H. (1966). **Medical Innovation: A Diffusion Study**. New York, NY, Bobbs-Merrill.

Çelikleş, H. (2008),” **İnovasyon Yönetimi, Çukurova Bölgesinde Faaliyet Gösteren Şirketlerde İnovasyon Uygulamalarının tespitine Yönelik Bir Araştırma**”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Çiçek, I. (2011), “Teknoloji Geliştirmede Yaratıcılığı Yönetmek”, **Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi**, Cilt 3, No:1, ss.45- 55.

Damanpour, F.(1991), “Organizational Innovation: A Meta- analysis of Effects of Determinants and Moderators”, **Academy of Management Journal**, 34 (3), pp. 555-590.

Damanpour, F.and Evan, W.M. (1984), “Organizational Innovation and Performance: The Problem of “Organizational Lag”.**Administrative Science Quarterly**,29,392-409.

Damanpour, F.(1987), “ The Adoption of Technological Administrative and Ancillary Innovations”, **Journal of Management**, Autumn-1987.

Donnelly, M., Neil, J., Rimmer, R., and Shiu, M. (2006), “Assessing The Quality of Police Service Using SERVQUAL”, *An International Journal of Police Strategies & Management*, 29(1), 92–105.

Dönmez, A.(1992), “Bilişsel Sosyal Şemalar”, **Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi**, Cilt:14, s.131-146, Erişim: http://dergiler.ankara.edu.tr/detail.php?id=34&sayi_id=971 Aralık 2013.

Durna, U. (2002), **Yenilik Yönetimi**, Nobel yayın Dağıtım, Ankara.

Drucker, P. (2002), “The Dicipline of Innovation”, **The Innovative Enterprise** August 2002, pp.95-102.

Edquist, C.(2006), “ Systems of Innovation Perspectives and Challenges”, **The Oxford Handbook of Innovation**, Edited By Jan Fagerberg, David C. Mowery and FRichard R. Nelson, Oxford University Press, pp.181-208, New York.

Elçi, Ş.(2008), “ İnovasyon: Neden ve Nasıl?”, **Strateji Bülteni**, Sayı:7, ss. 6-13.

Eren, E. (2001), “ **Yönetim ve Organizasyon: Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar**”, Gen. 5. Bası, Beta Yayınları, İstanbul.

Ersoy Kart, M. (2008), “Örgütlerde Etik Dışı Davranışlarla Grup Düşünme Arasındaki Bağlantı”, **Çalışma Ortamı** Mart-Nisan 2008, Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Yayınları, s.14-17.

Ersoy Kart, M. (2014), “**Örgütsel Sinizm, Bağlamsal Performans ve Etik İdeoloji**”, Nika Yayınevi- 18, Ankara.

Fairtlough, G. (1994), “Innovation and Organisation”, **The Handbook of Industrial Innovation** Edited By Dodgson Mark and Rothwell Roy, Edward Elgar Publishing, England.

Farr, L.J. and Ford, C.M. (1990), “ Individual Innovation”, **Innovation and Creativity At Work: Psychological and Organizational Strategies**, Edt. West and Farr, John Wiley& Sons Ltd., New York, USApp, 63-80.

Fleuren, M., Wiefferink, K. and Paulussen, T.(2004), “ Determinants of Innovation within Health Care Organizations”, **International Journal of Quality in Health Care 2004**; Volume 16, Number:2, pp. 107-123.

Gallouj, F. and Weinstein, O.(1997), “ Innovation in Services”, **Research Policy** 26(1997) 537-556.

Goldberg, L.R.(1981), “ Language and Individual Differences: The Search for Universals in Personality Lexicons”, In L. Wheeler (Ed.), **Review of Personality and Social Psychology**: Vol:2, pp. 141-165, Beverly Hills, CA: Sage.

Goldhar, J.D.(1980), “Some Modest Conclusions”, **Management of Research and Innovation**, Amsterdam/ New York/ Oxford, 283-284.

Greenhalgh, T., Robert G., Bate P., Macfarlane, F., Kyriakidou, O. (2005),**Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: A Systematic Literature Review**, Blackwell Publishing, USA.

Gronroos, C. (1984), “Strategic Management and Marketing in the Service Sector: A Service Quality and Its Marketing Implication”, **European Journal of Marketing**, 18(4), pp: 36–44.

Gümüşlüoğlu, L.(2009), “İnovasyon ve Liderlik”, **Savunma Sanayii Gündemi**, Erişim: www.ssm.gov.tr/anasayfa/kurumsal/SSM%20Dergisi/.../37-42.pdf (Mart 2014) .

Güneş, S.(2010), **Yenilik Yayılımı: Bir Araştırma**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Güngör, J.F. (2008), “ **Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri ve Hastane Performansına İlişkisi Üzerine Bir Araştırma**”, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Gürsoy, A. (2013), “ **Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Uygulaması**”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Hall, B.H.(2006), “Innovation and Diffusion”, **The Oxford Handbook of Innovation**, Edited By Jan Fagerberg, David C. Mowery and FRichard R. Nelson, pp.459-484 Oxford University Press, pp.459-484, New York.

Haefele, J.W.(1962) “**Creativity & Innovation**” , Reinhold Publ. New York.

Handy, C.B. (1985), “**Understanding Organizations**”, (4.th ed.), New York, USA:
Facts on File Publications.

Herzlinger, R.(2006), “Why Innovation in Health Care is So Hard”, **Harvard Business Review**, 59-63.

http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/kalite-yonetimi_126.html , 2014

<http://hastane.gazi.edu.tr/posts/view/tile/hakkimizda-8943>, 2014

Işık, O. (2005), “ **Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi’nde Çalışan Doktorların Hastanenin Kalitesi Hakkındaki Değerlendirmeleri**”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ismail, I.I., Belli, R.F, Sohn, W. and Toussaint, L. (2002), “Internal Consistency and Reliability of a Questionnaire assessing Organizational Innovation in Two Schools of Dentistry”,**Journal of Dental Education**, Volume 66, No.4, pp.469-477.

İşcan, Ö.F. (2002), **Küresel İşletmecilikte Dönüştürücü Liderlik Anlayışı -Büyük Ölçekli İşletmelerde Bir Uygulama**, Erzurum: Atatürk Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi.

İşcan, Ö.F. ve Karabey, C.N. (2007), “Örgüt İklimi ile Yeniliğe Destek Algısı Arasındaki İlişki”, **Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 6/2, ss.180-193.

Kanter, E.(1983), “**The Change Masters**”,New York: Touchstone.

Karaca, N. (2006), “ **İstanbul’da Seçilen İki Bölgedeki Halkın Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu**”, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Karagöz, Y.N (2010), “ **Sağlık Sektöründe Kalite Yönetimi Kapsamına Hizmet Kalitesinin Ölçümüne Yönelik Analitik Bir Değerlendirme**”, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Üretim Yönetimi ve Pazarlama Programı Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

Karataylı, İ. (2008) “ İnovasyon Fikirleri Geliştirmek İçin Bir Teknik: TRIZ”, **Strateji Bülteni**, Sayı:7, ss.24-27.

Kavuncubaşı, Ş. (2000), “ **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**”, siyasal Kitabevi, Ankara.

Kimberly, J.R. VE Evanisko, M.J. (1981), “ Organizational Innovation: The Influence of Individual, Organizational and Contextual Factors”, **Academy of Management Journal**, 24(4),pp.689-713.

Kimberly, J.R. (1986), “ The Organizational Context of Technological Innovation. In D.D. Davis (Ed), **Managing Technological Innovation**, San Francisco: Jossey-Bass, pp.23-43.

Kimberly, J.R., Renshaw, L.R., Schwartz, J.S., Hillman, A.L., Pauly, M.V. and Terplensky, J.D. (1990), “Rethinking Organizational Innovation”, **Innovation and Creativity At Work: Psychological and Organizational Strategies**, Edt. West and Farr, John Wiley& Sons Ltd., New York, USA, pp,163-178.

King, N. ve Anderson, N.(1995), “**Innovation and Change in Organizations**”, London & New York Routledge.

Knutson B.J. , Beck, J. A. , Kim, S. and Cha, J. (2010) “Service Quality as a Component of the Hospitality Experience: Proposal of a Conceptual Model and Framework for Research”, **Journal of Foodservice Business Research**, 13:1, pp: 15-23.

Koyuncu, A.G., Kart, C.S. ve Doğan, E.T. (2011), “ Hastanelerde Örgütsel İnovasyon: Örgütsel İnovasyon Ölçeğinin Türkiye’ye Uyarlanması Çalışması”, **3. Uluslar arası İstanbul İktisatçılar Zirvesi: Girişimcilik, İnovasyon ve Ekonomik Kalkınma Bildiriler Kitabı-3**, s.533-540, İstanbul

Köker, A.R. (2011), “Örgütlerarası Ağların Yenilikler ve Yeniliklerin Yayılımı Üzerindeki Etkileri”, **Yeniliklerin Yayılımı Kuramsal ve Uygulamalı Tartışmalar**, Derleyen: Hakkı Okan Yeloğlu, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Lam, A. (2006), “Organizational Innovation”, **The Oxford Handbook of Innovation**, Edited By Jan Fagerberg, David C. Mowery and FRichard R. Nelson, Oxford University Press, pp.116-147, New York.

Lansisalmi, H., Kivimaki, M., Aalto, P. and Ruoranen, R.(2006), “Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research”, **Nursing Science Quarterly**, Vol.19 No.1,pp. 66-72.

Malerba, F. (2006), “Sectoral Systems: How and Why Innovation Differs Across Sectors”, **The Oxford Handbook of Innovation**, Edited By Jan Fagerberg, David C. Mowery and Richard R. Nelson, Oxford University Press, pp.380-406 New York.

Maylor, H.(2001), “Assessing the Relationship Between Practice Changes and Process Improvement in New Product Development”, **Omega: The International Journal of Management Science**. 29(1),pp.85-96.

Medeni, T., Bakan, İ., Aydın, H., Kar, M., Öz, B., Balcı, A., Kahramaner, Y. ve Kutluoğlu, U. (2011), “E-Devlet Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması: Vatandaş Memnuniyeti ve Kabulü”, **Yeniliklerin Yayılımı: Kuramsal ve Uygulamalı Tartışmalar**, Deleyen: Hakkın Okan YELOĞLU, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Meyer, G.(2004), Diffusion Methodology: Time to Innovate? **Journal of Health Communication**, 9, 59-69.

Miles, I. (1994), “Innovation in Services”, **The Handbook of Industrial Innovation** Edited By Dodgson Mark and Rothwell Roy, Edward Elgar Publishing, England.

Miles, I. (2006), “Innovation In Services”, **The Oxford Handbook of Innovation**, Edited By Jan Fagerberg, David C. Mowery and FRichard R. Nelson, Oxford University Press, pp.433-458, New York.

Morgil, O. ve Küçükçirkin, M. (1996), “ TOBB’un Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

Nyström, H.(1990), “Organizational Innovation”, **Innovation and Creativity At Work: Psychological and Organizational Strategies**, Edt. West and Farr, John Wiley& Sons Ltd., New York, USA, pp,143-161.

Odabaşı, Y. (2008), “**Satış ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi**”, Sistem Yayıncılık, Ankara.

Oğuztürk, B.S. (2003), “Yenilik Kavramı ve Teorik Temelleri”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.8, S.2 s. 253-273.

Oğuztürk, B.S. (2006), “Yenilikte Sistem Yaklaşımı ve Temel Dinamikleri: Ekonomik Değişim ve Büyüme Temelli Bir Bakış”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.11,S.1, s. 121-139.

Oldenburg, B. and Glanz, K. (2008), “Diffusion Of Innovations”, **Health Behavior And Health Education: Theory, Research and Practice**, Editors: GLANZ Karen, RIMER Barbara K. And VISWANATH K.,Published By Jossey-Bass, United States Of America,pp:314-333.

Oliver, R. L. (1981), “Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings. *Journal of Retailing*, 57(3), 25–48.

Omachonu, V.K. and Einspruch, N.G. (2010), “Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework”, **The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal**, 15(1), Article 2

Onağ, A.O. (2009), “**Örgütsel Kültür ile Yenilikçilik Odaklı Örgütsel Faktörler Arasındaki İlişki**”, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

Oslo Kılavuzu, (2005), “**Yenilik Verilerinin Toplanması ve Yorumlanması İçin İlkeler**”, OECD&EUROSTAT Ortak Yayını, Çev: TÜBİTAK (2006) 3. Baskı, Ankara.

Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., Cöbek, U. C., Ertürk, S., Yılmaz, F. ve Birol, S. (2008), “İstanbul’da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi”, **Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 1, 33-49.

Özatkan, Y. (2008), “**Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği**”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Özçer, N. (2005), **Yönetimde Yaratıcılık ve Yenilikçilik**, Rota Yayınları, İstanbul.

Özen, Ü., Çam, H. ve Aslay, F. (2011). “Kalite Boyutları ve Sağlık Hizmeti Unsurları Açısından Hasta Memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi’nde Örnek Uygulama”, **Akademik Yaklaşımlar Dergisi**, 1, 25-43.

Öztürk S.A. (2009), “**Hizmet Pazarlaması**”, Ekin Basım, 9. Baskı, İstanbul.

Parasuraman, A. , Zeithaml, V. A. and Berry, L.L. (1988), “A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research”, **Journal of Marketing**, Vol,49, pp. 41-50.

Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.B., Moorman, R.H. and Fetter, R. (1990) . Transformational Leader Behaviors and Their Effects on Followers’ Trust in Leader, Satisfaction, and Organizational Citizenship Behaviors. **Leadership Quarterly**. 1(2), 107-142, JAI Press Inc.

Pearce, C.L. and Ensley, M.D. (2004), “ A Reciprocal and Longitudinal Investigation of the Innovation Process: The Central Role of Shared Vision In Product and Process Innovation Teams (PPITs)”, **Journal of Organisational Behavior** 25, 259-278.

Rogers, E.M.(1983), “**Diffusion of Innovations**”,(3th ed.) A Division of Macmillan Publishing Co., Inc, United States of America.

Rogers, E.M.(1995), “**Diffusion of Innovations**”,(4th ed.) A Division of Macmillan Publishing Co., Inc, United States of America.

Rogers, E.M. and Singhal, A. (1966), Diffusion of Innovations. In M.Salwen and D. Stacks (Eds). **An Integrated Approach to Communication Theory and Research** (p. 409). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Rosenfeld, R. and Servo, J.C.(1990), “Facilitating Innovation in Large Organizations”, **Innovation and Creativity At Work: Psychological and Organizational Strategies**, Edt. West and Farr, John Wiley& Sons Ltd., New York, USA, pp,143-161.

Rothwell, R.(1992), “Successful Industrial Innovation: Critical Factors for the 1990.s”, **R&D Management**, 22 (3),pp. 221.

Savcı, İ. (2011), **Yenilik, Yönetim ve İnsan Kaynakları**, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Savery, C.A.(2005), “**Innovators or Laggards: Surveying Diffusion of Innovations By Public Relations Practitioners**”, A Thesis Presented to The Graduate Faculty of The University of Akron.

Schmitt, D.P., Allık, J., Mccrae, J.J. and Benet-Martinez, V. (2007), “The Geographic Distribution of Big Five Personality Traits: Patterns and Profiles

of Human Self-Description Across 56 Nations”, **Journal of Cross-Cultural Psychology**, 38(2), pp. 173-212.

Seçim, H. (1991), “ **Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model**”, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 21, 107, 23,24, İstanbul.

Serbest, N.G. (2006), “ **Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması**”, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Endüstri Mühendisliği Anabilim dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Staw, B.M. (1990), “ An Evolutionary Approach to Creativity and Innovation”, **Innovation and Creativity at Work: Psychological and Organizational Strategies**, Edited By Michael A. West and James L. Farr, John Wiley & Sons Ltd., England, pp 287-308.

Sümer, N. ve Sümer, H.C.(2005), **Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği**, Yayınlanmamış Çalışma, Aktaran: BASIM Nejat H., ÇETİN Fatih ve TABAK Akif (2009), “Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Kişilerarası Çatışma Çözme Yaklaşımlarıyla İlişkisi”, Türk Psikoloji Dergisi, Haziran 2009, 24 (63), 20-34.

Tekçe Arı, E. (2010), “**Yıldırma Olgusu ve Yıldırma ile Kişilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Bankacılık Sektörü Örneği**”, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

Temiz, Ali (2008), “**Sporda Grup Dinamiği ve Liderlik**”, Ders Notları, Mustafa Kemal Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Hatay.

Tidd, J., Bessant, J. and Pavitt, K. (2005), “**Managing Innovation: Integrating Technological, Market and Organizational Change**, Wiley.

Tornatzky, L.G. and Klein, K.J. (1982), “Innovation Characteristics and Innovation Adoption-Implementation: A Meta- Analysis of Findings”, **IEEE Transactions on Engineering Management**, Vol, EM-29, No:1, 28-40.

Toruntay, H.(2011), “**Takım Rollerini Çalışması: X ve Y Kuşaağı Üzerinde Karşılaştırmalı Bir Araştırma**”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Trott, P.(2002), “**Innovation Management and New Product Development**”, (2nd ed.), Prentice Hall, Pearson Education.

Türk Dil Kurumu Sözlüğü, Erişim:www.tdk.gov.tr, Şubat, 2012.

TÜSİAD (2011), “Türkiye’nin Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde Sağlıkta İnovasyon Raporu”, Erişim: www.tusiad.gov.tr, Aralık,2013.

Uğurluoğlu, E. ve Payziner Doğanay, P.(2011), “Sağlık Hizmetlerinde Yenilikler ve Yeniliklerin Yayılımı”, **Yeniliklerin Yayılımı: Kuramsal ve Uygulamalı Tartışmalar**, Derleyen: Hakkı Okan Yeloğlu, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Uzkurt, C.(2008), **Pazarlamada Değer Yaratma Aracı Olarak Yenilik Yönetimi ve Yenilikçi Örgüt Kültürü**, Beta Yayınevi, İstanbul.

Varkey, P., Horne, A and Bennet, K.E.(2008), Innovation in Health Care: A Premier. **American Journal of Medical Quality**, 23: 382-388.

Yazgan, M. (2009), “ **Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi**”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Yıldız, S. ve Yıldız, S. (2011), “ Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kars’taki Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Bir Araştırma”, **Uluslararası 9. Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi Bildirileri Kitabı**, Saraybosna- Bosna Hersek, 23-25 Haziran 2011.

Walker, J. and Whetton, S.(2002), “The Diffusion of Innovation: Factors Influencing the Uptake of Telehealth”, **Journal of Telemedicine and Telecare** 2002:8 (Suppl.3), pp 73-75.

Wejnert, B. (2002), “Integrating Models of Diffusion of Innovations: A Conceptual Framework”, **Annual Review of Sociology**, 28 pp.297-326.

West, M.A. and Farr, J.L.(1990), “ Innovation at Work”, **Innovation and Creativity At Work: Psychological and Organizational Strategies**, Edt. West and Farr, John Wiley& Sons Ltd., New York, USA.

West, M.A.(1990), “ The Social Psychology of Innovation In Groups”, **Innovation and Creativity At Work: Psychological and Organizational Strategies**, Edt. West and Farr, John Wiley& Sons Ltd., New York, USA.

Wilson, D.C. (1992), “**A Strategy of Change: Concepts and Controversies in the Management of Change**”, London, Routledge.

Yahyagil, M.Y.(2011), “**Örgütsel Yaratıcılık ve Yenilikçilik**”, Erişim: www.yahyamet.net/Orgutsel_Yaraticilik_Yenilikcilik.pdf , 03.08.2011.

Yeloğlu, H.O.(2007), “Örgüt, Birey, Grup Bağlamında Yenilik ve Yaratıcılık Tartışmaları”, **Ege Akademik Bakış** 7(1)2007:133-152.

Yeloğlu, H.O.(2009), “Örgütlerde Yeniliklerin Yayılımı ve Öğrenme Süreçleri”,
Örgütlerde Değişim ve Öğrenme, Editörler: Varoğlu K.A. Ve Basım H.N.,
Siyasal Kitabevi Ankara., 77-92.

Yeloğlu, H.O.(2011), “**Yeniliklerin Yayılımı Kuramsal ve Uygulamalı Tartışmalar**”, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Yeloğlu, H.O.(2011), “Yeniliğin Yayılımında Kullanılan Bazı Modeller ve Modellerin Temel Varsayımları”, “**Yeniliklerin Yayılımı Kuramsal ve Uygulamalı Tartışmalar**”, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Zaibaf, M. , Taherikia, F. and Fakharian, M. (2013), “Effect of Perceived Service Quality on Customer Satisfaction in Hospitality Industry: Gronroos’ Service Quality Model Development”, **Journal of Hospitality Marketing & Management**, 22:5, pp: 490 504,

Zaim, H. ve Tarım, M. (2010), “ Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması”, **Sosyal Siyaset Konferansları**, Cilt II, Sayı:59, s.4.

Zaltman, G., Duncan, R. And Holbek, J. (1973), “**Innovations and Organisations**”, London: John Wiley and Sons.

4. EKLER

EK 1: ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı'nda yürütülen “**Sağlık Sektöründe İnovasyon: Bireysel ve Örgütsel Düzeyde Bir İnceleme**” başlıklı Doktora Tezi kapsamında hazırlanmıştır.

Anketin cevaplanması sırasında kimlik belirtici herhangi bir işaret ve ismin bulunmaması, anket güvenliği açısından gereklidir. Verilen cevaplar gizli tutulacak ve toplu olarak sadece çalışmamızın amacı çerçevesinde yapacağımız analizlerde kullanılacaktır.

Ayıracağınız zaman ve vereceğiniz kıymetli bilgiler için şimdiden teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Arş. Gör. Ayşe Gözde

KOYUNCU

1. Doğum tarihiniz:
2. Cinsiyetiniz
Kadın Erkek
3. Ünvanınız/Göreviniz:
4. Bölümünüz/Biriminiz::
5. İhtisas (Uzmanlık) alanınız :
6. Kaç yıldır şu anda görev yapmakta olduğunuz hastanede çalışıyorsunuz:
7. Daha önce çalıştığınız kurum:
a- Özel b- Kamu

8. Hastanenizde verilmekte olan tıbbi hizmetin kalitesi sizce,

	Çok iyi/ Çok yeterli
	İyi/Yeterli
	Kararsızım
	Kötü/Yetersiz
	Çok Kötü/ Çok Yetersiz

9. Hastanenizde verilmekte olan sosyal hizmetin (otercilik/bakım vb.) sizce,

	Çok iyi/ Çok yeterli
	İyi/Yeterli
	Kararsızım
	Kötü/Yetersiz
	Çok Kötü/ Çok Yetersiz

10. Son beş yılda hastanenizde verilen tıbbi hizmetin kalitesi,

	Belirgin şekilde arttı
	Arttı
	Aynı/Bir değişim olmadı
	Azaldı
	Belirgin bir düşüş var

11. Son beş yılda hastanenizde verilen sosyal hizmetin (otercilik/bakım) kalitesi,

	Belirgin şekilde arttı
	Arttı
	Aynı/Bir değişim olmadı
	Azaldı
	Belirgin bir düşüş var

12. Hastanenizde verilen yemekler, hastanede pişirilmektedir.

Evet

Hayır

13- Hastanede gerçekleştirilen temizlik hizmetleri hastane personeli tarafından gerçekleştirilmektedir.

Evet

Hayır

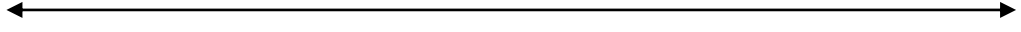
14- Hastanenede bilgi işlem vb. alanlarda dış kaynaklardan yararlanılıyor mu?

Evet

Hayır

15- Hastanelerde verilen hizmetin kalitesini belirleme açısından aşağıdaki unsurların olası katkılarını ve önemi aşağıdaki ölçüğe göre değerlendiriniz.

(Az) 1 2 3 4 5 6 7 (Çok)



	1	2	3	4	5	6	7
Teknolojik donanım							
Doktorların/hemşirelerin donanımı/uzmanlığı							
Hastaya ve refakatçilere sağlanan konfor							
Hastanenin ulaşılabilirliği							
Hastanenin temizliği, fiziki koşulları							
Hastanın bakımı/ iyileştirilmesi							
İyi iletişim							
Kişisel ihtiyaçlara cevap verebilme							
Bekleme süreleri							
Doktorların/hemşirelerin özenli ve dikkatli davranışı							
Diğer (Lütfen belirtiniz)							

16- Size göre Ankara'daki özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasındaki fark ne düzeydedir?

(Az) 1 2 3 4 5 6 7
(Çok)

17- Sizce bu farkın tıbbi nedeni/nedenlerinin önem düzeyi nedir?

(Hiç önemli değil) **1** ←————→ **7** (Son derece önemli)

	1	2	3	4	5	6	7
Yeterli sayıda personel							
Kişisel bakım/ilgi							
Hizmet maliyetleri							
Ekipman							
Personel bilgi düzeyi ve deneyimi							
İleri/en son teknolojiler							
Tetkik bekleme süreleri							
Hasta sayısı/yoğunluğu							
Diğer (Lütfen belirtiniz).....							

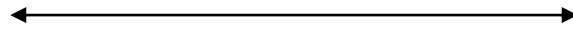
18- Sizce bu farkın sosyal nedeni/ nedenlerinin önem düzeyi nedir?

(Hiç önemli değil) **1** ←————→ **7** (Son derece önemli)

	1	2	3	4	5	6	7
Yeterli sayıda personel							
Kişisel bakım/ilgi							
Hizmet maliyetleri							
İleri/ en son teknolojiler							
Ekipman							
Personel eğitim ve deneyimi							
Yiyecek/Catering hizmetleri							
Hasta sayısı/yoğunluğu							
Diğer (Lütfen belirtiniz).....							

19- Hastanelerde sunulan hizmetin kalitesinin artırılmasında aşağıdaki aktörlerin rolünü değerlendiriniz.

Neredeyse
hiç rolü
yoktur



7 Son derece
önemli rolü vardır

	Tıbbi Hizmetler açısından	Sosyal Hizmetler açısından
Doktorlar	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Hemşireler	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Yönetim Kurulu Üyeleri	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Hastane Yöneticileri	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7

20- Aşağıdaki hasta ve refakatçilerine sağlanan sosyal hizmetlerden hangisi/hangileri hastanenizde mevcuttur?

Hasta takip sistemi	Otelcilik hizmetleri	Market
Çocuk bakım hizmeti	Çamaşırhane/Kuru Temizleme	Catering/ Kafeterya (Yiyecek/içecek)
Ulaşım (Ör. Diyaliz, kanseri hastalar vb. için)	Giyim, havlu vb. için satış birimi	Kütüphane
İnternet Cafe	Banka/ Bankamatik	Her odada duş/WC/ TV
Hemşire/Doktor çağrı noktası	Gerektiğinde psikolojik destek	Refakatçi kullanım alanı
Diğer (Lütfen Belirtiniz)		

Aşağıda yer alan sorular *İnovasyon/Yenilikçilik* ile ilgilidir. Lütfen aşağıda verilen yargı ifadelerini okuyarak bu ifadelere katılma derecenizi karşısında verilen ölçek üzerinde işaretleyiniz. Her ifade için sadece bir seçenek işaretlemeniz ve cevapsız soru bırakmamanız gerekmektedir.

**1- Hiç Katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Kısmen Katılıyorum 4- Katılıyorum
5- Kesinlikle Katılıyorum.**

	1	2	3	4	5
1- İnovatif/yenilikçi fikirler ile ilgili deneyimler beni çalıştığım ortamda hiçbir yere götürmez.					
2- Çalıştığım ortamda inovatif/yenilikçi bir şey sadece başarılı olacağı açıksa/ kesinse dikkate alınır/üstlenilir					
3- Eğer işimle ilgili bir hata yaparsam, bana olumsuz şekilde geri döner.					
4- Çalıştığım ortamda, bir şeyleri hiç hata yapmaksızın gerçekleştirmek önem taşımaktadır					
5- Genellikle çalıştığım ortamda bir şeyleri yapma şeklimiz, önümüzdeki 5 sene boyunca değişmeden devam eder					
6- Yöneticimiz/liderimiz, başarısız olsa dahi inovatif/yenilikçi yöntemleri/fikirleri deneyen kişileri olumlu karşılamaktadır.					
7- Yöneticimiz/liderimiz, inovasyonun/yenilikçiliğin zirvesinde olmanın önemini vurgulamaktadır					
8- Yöneticimiz/liderimiz, çalışma yöntemlerimizin iyi denenmiş, geleneksel yollarını destekleme eğilimindedir					
9- Yaptığım iş ile ilgili olarak belirli sonuçlara ulaşmak için genellikle bir doğru yol vardır.					
10-Başarılı olacağı kesin olmayan projelerde tüm maliyetlerden kaçınılmaktadır.					
11- İşimle ilgili olarak güvenilir ve kesin olmayan durumları mümkün olduğunca azaltmaya çalışırım.					
12- Hatalar ve yanlışlar başarısızlığın işaretleridir.					
13- İşleyip işlemeyeceğinden emin olmaksızın işimde inovatif/yenilikçi teknikleri denerim.					

14- Denenmemiş ve doğruluğu kanıtlanmamış inovasyonları/yenilikleri denemek tehlikelidir.					
15- Çalıştığım ortamdaki kişiler kendi çalışmalarını hakkındaki değerlendirmeler konusunda olumsuz davranma eğilimindedirler					
16- Çalıştığım ortamdaki kişiler kendi kararlarımı ile ilgili olarak bana rahatlıkla soru sorabilirler.					
17- Kendim ve çalışmalarım ile ilgili olarak başka bir kuruma/birime soru sorsam dürüst bir cevap alacağımdan eminim					
18- Çalıştığım kurumda olumsuz tepki alacağımdan korkmadan yeni teknikler deneyebilirim					
19- Kendimle ilgili diğer kurum/birim tarafından yapılan değerlendirmeler benim açımdan iyilikten çok zarar verir					
20- Diğer kurum/birimin değerlendirmeleri doğrultusunda çalışma yöntemimi değiştirebilirim.					
21- İşimle ilgili olarak diğer kurum/birimden geribildirim almak için her türlü zahmete katlanırım					
22- Yardıma ihtiyacım olduğunda diğer kurum/birim den yardım alabileceğimi bilmek beni rahatlatır					
23- İnovatif/yenilikçi bir fikir ile karşılaştığımda, diğer birimi bakış açımı kabul etmeleri konusunda etkileyebilirim					
24- Çalıştığım ortamda iş ile ilgili olarak meslektaşlar ile uyuşmazlık yaşamaktan mümkün olduğunca kaçınılır.					
25- Üstlerimin olsa dahi bazı fikirleri beğenmeme konusunda cesaretlendirilirim.					
26- İyi meslektaş beni ve kararlarımı/tercihlerimi destekleyen kişidir.					
27- İş ile ilgili değerlendirme ya da geribildirim yapıldığında mümkün olduğunca çabuk dikkate almak önem taşımaktadır.					
28- Diğerlerinin düşünceleri ile ilgili soru sormak ya da eleştiride bulunmak sorun teşkil etmez.					
29- İşyerinde diğer kişilerin belirttikleri düşünceler ile ilgili yeni ve farklı görüşler ya da yöntemler sunarım.					
30- Tavsiyelere uyar ve öğretim tarzımı/davranışlarımı değiştiririm					
31- Davranışın devam etmesi koşuluyla alternatif açıklamaları dikkate alırım					

32- Diğer birimin eleştirilerini duyana kadar öğretme/davranış şeklini değiştirmekten kaçınıyorum					
33- Eleştirileri kabul etmem çünkü benim kişisel klinik deneyimlerim literatürde belirtilenlerin önünde yer almaktadır.					
34- İşyerindeki inovasyonlar/yenilikler ve düzenlemeler ile ilgili tartışmalara katılıyorum.					
35- Diğer çalışma arkadaşlarımı da işyerindeki inovasyon/yenilik ve düzenlemeler ile ilgili tartışmalara katılmaya çağırıyorum.					
36- İşyerindeki yenilikler/inovasyonlar ile ilgili konularla bağlantılı çalışmaktan hoşlanıyorum.					

Lütfen aşağıda verilen yargı ifadelerini okuyarak bu ifadelere katılma derecenizi karşısında verilen ölçek üzerinde işaretleyiniz. İfadelerin başına "kendimi" kelimesini getirerek cevaplayınız. Aşağıdaki yargı cümlelerine katılma düzeyinizi ilgili rakamı işaretleyerek belirtiniz. Her ifade için sadece bir seçenek işaretlemeniz ve cevapsız soru bırakmamanız gerekmektedir.

**1- Hiç Katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Kısmen Katılıyorum 4- Katılıyorum
5- Kesinlikle Katılıyorum.**

Kendimi,

	1	2	3	4	5
1-..... konuşkan birisi olarak görürüm					
2-çekingen birisi olarak görürüm					
3-enerji dolu birisi olarak görürüm					
4-şevk yaratan birisi olarak görürüm.					
5-sessiz olmaya meyilli birisi olarak görürüm					
6-bazen utangaç, çekingen birisi olarak görürüm					
7-sempatik, arkadaş canlısı birisi olarak görürüm.					
8-diğer insanların hatalarını bulamaya meyilli birisi olarak görürüm.					
9-diğerlerinden bencil olmayan ve yardımsever birisi olarak görüyorum.					
10-diğerleriyle kavga etmeye başlayan birisi olarak görürüm.					
11-affedici birisi olarak görürüm.					
12-güvenilir birisi olarak görürüm.					
13-soğuk ve mesafeli birisi olarak görürüm.					
14-hemen hemen herkese karşı kibar birisi olarak görürüm.					
15-bazen başkalarına karşı kaba birisi olarak görürüm.					
16-diğerleriyle işbirliği yapmaktan hoşlanan birisi olarak görürüm.					
17-hüzünlü birisi olarak görürüm.					
18-gergin birisi olarak görürüm.					
19-endişeli birisi olarak görürüm.					
20-duygusal açıdan istikrarlı olan birisi olarak görürüm					
21-kaprisli birisi olarak görürüm.					

22-en zor durumlarda bile sabırlı olabilen birisi olarak görürüm					
23-kolayca sinirlenebilen birisi olarak görürüm.					
24-işini tam yapan birisi olarak görürüm.					
25-ihmkar birisi olarak görürüm					
26-itimat edilir bir kişi olarak görürüm.					
27-dağınk birisi gibi görürüm.					
28-tembel olmaya eğimli birisi gibi görürüm.					
29-azimli birisi olarak görürüm.					
30-işleri becerikli olarak yapan birisi olarak görürüm.					
31-planlar yapan ve planına bağlı birisi olarak görürüm.					
32-dikkati kolay dağılan birisi olarak görüyorum.					
33-orijinal fikirler ortaya koyan birisi olarak görürüm.					
34-meraklı birisi olarak görürüm.					
35-bir düşünür olarak görürüm.					
36-hayal gücü olan birisi olarak görürüm.					
37-yaratıcı birisi olarak görürüm.					
38-sanatsal ve estetik değerlere önem veren birisi olarak görürüm.					
39-rutin işlerden hoşlanan birisi olarak görürüm.					
40-fikirler üzerinde düşünmeyi seven birisi olarak görürüm.					
41-çeşitli sanatsal merakları olan birisi olarak görürüm.					
42-güzel sanatlar (müzik,edebiyat,sanat) alanında kültürlü birisi olarak görürüm.					

Lütfen aşağıda verilen yargı ifadelerini okuyarak bu ifadelere katılma derecenizi ilgili rakamı işaretleyerek belirtiniz. Her ifade için sadece bir seçenek işaretlemeniz ve cevapsız soru bırakmamanız gerekmektedir.

**1- Hiç Katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Kısmen Katılıyorum 4- Katılıyorum
5- Kesinlikle Katılıyorum.**

	1	2	3	4	5
1- İşyerinin gelecekteki durumuna ilişkin net bir fikre sahibim					
2- Çalışma arkadaşlarıma sözlerimden çok davranışlarımla örnek olurum					
3- Örgüt amaçlarının oluşturulmasına çalışma arkadaşlarımdan katılımını sağlarım					
4- Çalışanlardan çok şey beklendiğini, onlara açıkça söyler ve belli ederim					
5- Çalışma arkadaşlarımdan duygularını dikkate alarak davranırım					
6- Çalışma arkadaşlarıma, rutin sorunları, yeni bakış açısı ile çözmeye teşvik ederim					
7- İşyerimin gelecekteki durumunu çalışma arkadaşlarıma anlatmaya çalışırım					
8- Çalışma arkadaşlarımdan izlenecek, örnek alınacak bir kişiyim					
9- İşyeri içi takım çalışmalarında işbirliğini sürekli hale getiririm					
10- Çalışma arkadaşlarımdan her zaman en iyisini, daha iyisini yapmalarını beklerim					
11- Çalışma arkadaşlarımdan kişisel duygularına saygı gösteririm					
12- Çalışma arkadaşlarıma düşünmeye sevk eden sorular sorarım					
13- İşyeri için daima yeni fırsatlar ararım					
14- Başarıya ve amaçlara ulaşmayı sembolleştiririm					
15- Çalışma arkadaşlarımdan, “takım oyuncusu” olmalarını sağlamaya çalışırım					
16- Çalışma arkadaşlarımdan faaliyetlerini değerlendirirken ikinci en iyi başarı olarak görmem					
17- Çalışma arkadaşlarımdan kişisel ihtiyaçlarını göz önüne alarak davranırım					

18- Çalışma arkadaşlarımla işleri gerçekleştirme biçimlerini sürekli gözden geçirmeleri için onları uyarırım					
19- Çalışma arkadaşlarıma, geleceğe ilişkin planlarımla ilham vermeye çalışırım					
20- Çalışma arkadaşlarımla aynı amaca dönük olarak çalışmaya sevk ederim					
21- Çalışma arkadaşlarımla işlerine ve kariyerlerine ilişkin beklentilerini yükseltmelerini sağlamaya çalışırım					
22- Çalışma arkadaşlarımla belirlenen amaçlara bağlılık duymalarına önem veririm					
23- Çalışma arkadaşlarımda takım düşüncesinin ve ruhunun oluşmasını sağlamaya çalışırım					

ÖZET

Yenilik hem işin yapılışında bazı değişiklikleri gerçekleştirebilme hem de evvelce bilinmeyen yeni yol ve yöntemleri geliştirme, benimseme ve uygulama açısından çalışanlar ve genel olarak örgütteki eğilimle ilgilidir. Bu konu “işletme” yazınında temel olarak karlılık bakış açısıyla ele alınmışsa da, “insani” boyutunu ele alan çalışmalar sınırlıdır. Kuşkusuz yenilik felsefe ve uygulamalarının temel aktörleri çalışanlar ve yönetimdir. O nedenle bu çalışmada yenilik kavramına psiko-sosyal bir bakış açısıyla yaklaşılmıştır ve kişilik özellikleri ile örgüt iklimi unsurlarının yenilikçi davranış eğilimi üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Bu bağlamda, yenilikçi yaklaşımlara en yatkın olması beklenen sağlık sektörü çalışan ve kurumlarındaki mevcut durumun incelenmesi bu çalışmanın temel konusunu oluşturmaktadır.

Yürütülen alan araştırması ile Ankara’da toplam beş özel ve kamu Üniversite Hastanesinde çalışan doktor ve hemşirelere anket uygulanmıştır. Elde edilen bulgular ışığında öncelikle “Örgütsel İnovasyon Ölçeği” Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmıştır. Daha sonra örgütsel yeniliği ve yenilikçi davranış eğilimini etkilediği düşünülen kişilik, dönüştürücü liderlik ve jenerasyon etkisi (X Kuşağı ve Y Kuşağı) değişkenleri tanımlanmış ve önemli bulgulara yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Yenilik, Algılanan Hizmet Kalitesi, Kişilik, Dönüştürücü Liderlik, Jenerasyon Etkisi.

ABSTRACT

Innovation is associated with performing some changes in the conduct of the current way of business, as well as creating, adopting and implementing unknown new ways and methods within business perspective. These mentioned factors of innovation in business are related with both the employees and the general the trend of the organization. Although, this topic has been discussed in “operational” literature basically from a profitability perspective, the studies that are taking into account the “ human” dimension are limited. Undoubtedly the main actors of innovation philosophy and practices are employees and management. Therefore, in this study, the concept of innovation has been approached via psycho-social perspective. Within this framework, the impact of personality characteristics and organizational climate factors on the innovative behavior was investigated. In this context, as innovative approaches are expected to be most susceptible in health sector employees and institutions, to examine the current situation in this sector forms the basis of the subject of this study.

The field research was conducted in Ankara; private and public doctors and nurses working at five different University Hospitals were surveyed. In the light of the findings first, the "Organizational Innovation Scale" was translated into Turkish; validity and reliability study has been completed. Later, the variables that are thought to affect the organizational innovation and innovative behavior trend are defined as personality, transformational leadership and generation effect (Generation X and Generation Y). Important findings are presented taking into consideration of these defined variables.

Keywords: Organizational Innovation, Perceived Service Quality, Personality, Transformational Leadership, Generation Effect.