

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**İÇ GİRİŞİMCİLİĞİN HASTA MERKEZLİ BAKIM
YETKİNLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mustafa ERDOĞAN

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ

ARALIK-2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

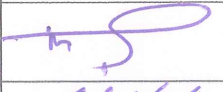
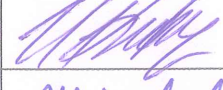
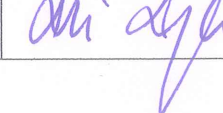
İÇ GİRİŞİMCİLİĞİN HASTA MERKEZLİ BAKIM
YETKİNLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mustafa ERDOĞAN

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

“Bu tez 18.12.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç.Dr. Mahmut AKBOLT	KABUL	
Doç.Dr. Harun KIRILMAZ	KABUL	
Dr. Öğr. üyesi Ali ARSLANOĞLU	KABUL	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Mustafa ERDOĞAN
Öğrenci Numarası	:	1660Y47015
Enstitü Anabilim Dalı	:	SAĞLIK YÖNETİMİ
Enstitü Bilim Dalı	:	
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	İç Girişimciliğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Üzerine Etkisi
Benzerlik Oranı	:	%15

ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

18.12.2019
İmza

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsb@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.....
İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ

Tarih: 18.12.2019

İmza:

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden ve zaman, mekân mefhumu demeden her türlü desteği esirgemeyen kıymetli danışmanım Doç. Dr. Harun KIRILMAZ'a değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Ayrıca Doç Dr. Mahmut AKBOLAT'a ve süreç boyunca her anlamda yanımda olan Dr.Öğr. Üyesi Ali ARSLANOĞLU'na destekleri ve katkıları için teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Son olarak bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anneme ve babama, ayrıca bu süreçte iyi günde kötü günde birbirimize söz verdiğimiz kıymetli eşim Tuğba ve sevgili evlatlarım Kübra ile Ömer Eymen'e göstermiş oldukları fedakârlıklardan dolayı sonsuz şükranlarımı sunarım.

Mustafa ERDOĞAN

18.12.2019

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: GİRİŞİMCİLİK VE İÇ GİRİŞİMCİLİK	6
1.1. Girişimcilik Kavramı ve Tarihsel Gelişimi.....	6
1.2. İç Girişimcilik Kavramı ve Tanımı	10
1.3. İç Girişimciliğin Önemi	14
1.4. İç Girişimcilik Süreci	15
1.4.1. Fırsatı Görmek ve Tanımlamak	17
1.4.2. Fikir Geliştirmek	17
1.4.3. Gerekli Kaynakları Tespit Etmek	17
1.4.4. Gerekli Kaynakları Temin Etmek.....	18
1.4.5. Fikri Uygulamaya Sokmak ve Yönetmek	18
1.4.6. Risk Almak	18
1.5. İç Girişimci	19
1.6. İç Girişimcilik Boyutları	22
1.6.1. İnovasyon (Yenilikçilik).....	23
1.6.2. Risk Alma	25
1.6.3. Proaktiflik (Öngörücü Olma).....	26
1.6.4. Özerklik (Otonomi)	27
1.6.5. Yeni Girişimler Başlatma	27
1.6.6. Stratejik Yenilenme	28
1.6.7. Rekabetçi Girişimcilik	29
1.7. İç Girişimciliği Etkileyen Faktörler	30
1.7.1. Bireysel Faktörler	30
1.7.2. Çevresel Faktörler.....	31
1.7.3. Örgütsel Faktörler	32
1.8. Sağlık Organizasyonlarında İç Girişimciliğin Önemi.....	33

BÖLÜM 2: HASTA MERKEZLİLİK VE HASTA MERKEZLİ BAKIM.....	35
2.1. Hasta Merkezlilik.....	35
2.2. Hasta Merkezli Bakım	37
2.3. Hasta Merkezli Bakımın Olumlu Yönleri.....	40
2.4. Hasta Merkezli Bakımın Olumsuz Yönleri.....	44
2.5. Hemşirelikte Hasta Merkezli Bakım.....	47
2.6. Hasta Merkezli Bakım Önündeki Engeller	50
2.6.1. Kaynaklar.....	50
2.6.2. İdari İşler.....	51
2.6.3. Profesyonel Olmayan Davranış	51
2.7. Hasta Merkezli Bakım Modelleri.....	52
2.7.1. Picker Enstitüsü Modeli	52
2.7.2. Aile Merkezli Bakım Enstitüsü Modeli.....	54
2.7.3. Planetree Modeli.....	54
2.8. Hasta Merkezli Bakımın Boyutları	55
2.8.1. Hasta Perspektifine Saygı Duymak	56
2.8.2. Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek	58
2.8.3. Hasta Konforu Sağlamak.....	61
2.8.4. Hasta Haklarını Savunmak	61
BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	64
3.1. Araştırmanın Amacı	64
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	64
3.3. Veri Toplama Aracı.....	65
3.4. Veri Toplama Süreci	65
3.5. Araştırma Modeli ve Hipotezler.....	66
3.6. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler.....	66
3.7. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlıkları	67
3.8. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizleri.....	67
BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN BULGULARI	72
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Çalışmanın Genel Bulguları	72
4.2. İç Girişimcilik ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeklerine Katılım Düzeyi..	73
4.3. İç Girişimcilik ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Arasındaki İlişki	74
4.4. İç Girişimciliğin ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliğine Etkisi.....	75

4.5. İç Girişimcilik Alt Boyutlarının HMBY Alt Boyutlarına Etkisi.....	77
4.6. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları.....	80
4.7. Araştırmanın Hipotez Sonuçları.....	90
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	93
KAYNAKÇA	106
EKLER.....	118
ÖZGEÇMİŞ.....	122

KISALTMALAR

- ACSQHC** : Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu
- GEM** : Global Entrepreneurship Monitor-Küresel Girişimcilik Monitörü
- HCAHPS** : Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Sistemlerinde Hastane Tüketicisi Değerlendirmesi
- HMBY** : Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği
- IAPO** : Uluslararası Hasta rgtleri İttifakı
- IOM** : ABD Tıp Enstitüsü
- KOAH** : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- PCC/HMB** : Hasta Merkezli Bakım
- TDK** : Türk Dil Kurumu
- WHO** : World Health Organization - Dünya Sağlık rgt

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Tarihsel Süreçte Girişimcilik Kavramı Tanımlamaları	8
Tablo 2 : Geleneksel Yönetici-Girişimci-İç Girişimci Özelliklerinin Karşılaştırması .	21
Tablo 3 : İç Girişimcilik Boyutlarının Sınıflandırılması	22
Tablo 4 : İç Girişimcilik Ölçeğine Ait Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulguları	69
Tablo 5 : HMBY Ölçeğine Ait Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulguları	71
Tablo 6 : Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular (n=307).	72
Tablo 7 : İç Girişimcilik Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n=307)	73
Tablo 8 : HMBY Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n=307).....	74
Tablo 9 : İç Girişimcilik ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Arasındaki İlişki	75
Tablo 10: İç Girişimciliğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliğine Etkisi	76
Tablo 11: Yenilikçilik, Risk Alma-Proaktiflik ve Özerkliğin, Hasta Bakış Açıklarına (Perspektifine) Saygı Duymak Boyutuna Etkisi.....	77
Tablo 12: Yenilikçilik, Risk Alma-Proaktiflik ve Özerkliğin, Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek Boyutuna Etkisi.....	78
Tablo 13: Yenilikçilik, Risk Alma-Proaktiflik ve Özerkliğin, Hasta Konforu Sağlamak Boyutuna Etkisi	79
Tablo 14: Yenilikçilik, Risk Alma-Proaktiflik ve Özerkliğin, Hastaların Haklarını Savunmak Boyutuna Etkisi	79
Tablo 15: Cinsiyete Göre Fark Analiz Sonuçları	80
Tablo 16: Yaş Gruplarına Göre Fark Analiz Sonuçları	82
Tablo 17: Medeni Duruma Göre Fark Analiz Sonuçları.....	83
Tablo 18: Öğrenim Duruma Göre Fark Analiz Sonuçları.....	85
Tablo 19: Toplam Hizmet Süresine Göre Fark Analiz Sonuçları	86
Tablo 20: Bu Hastanede Çalışma Süresine Göre Fark Analiz Sonuçları.....	87
Tablo 21: Çalıştıkları Klinik/Birime Göre Fark Analiz Sonuçları	89
Tablo 22: Araştırmanın Hipotez Sonuçları	90

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: İç Girişimcilik Süreci Temel Unsurları.....	15
Şekil 2: Araştırmanın Modeli.....	66

Tezin Başlığı: İç Girişimciliğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Üzerine Etkisi	
Tezin Yazarı: Mustafa ERDOĞAN	Danışman: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ
Kabul Tarihi: 18 Aralık 2019	Sayfa Sayısı: viii (ön kısım) + 117 (tez) + 5 (ek)
Anabilimdalı: Sağlık Yönetimi	
<p>Günümüz koşullarında iş yaşamı ve rekabet koşulları hızlı bir şekilde değişmektedir. Değişen koşullara sağlık kurumları ve çalışanlarının uyum sağlaması son derece önemlidir. Sağlık çalışanlarında inovatif düşünce yaklaşımlarından biri olan iç girişimcilik yaklaşımının varlığı, ilgili sağlık organizasyonuna dinamik, sürekli gelişen ve stratejik bir avantajı da beraberinde getirecektir.</p> <p>Literatür incelendiğinde iç girişimciliğin özellikle faaliyetleri devam eden organizasyonlarda yapılan yenilik faaliyetleri olarak tanımlandığı görülmektedir. Değişen piyasa koşullarına ayak uyduramayıp kendini yenileyemeyen organizasyonlar rekabet etme becerisini de elinde tutamayacaktır. Bu durum özellikle hizmet yoğun sektörlerden biri olan sağlık hizmetlerinde büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti alan hastaların, sağlık çalışanları ve aldıkları hizmetlerden memnuniyetinin hizmet kalitesi açısından önemli bir unsur olduğu günümüzde, faaliyetleri devam eden sağlık organizasyonlarının inovatif düşünmesini mecbur kılmaktadır. Bu nedenle sağlık organizasyonlarında iç girişimcilik yaklaşımının sağlık profesyonellerine benimsetilmesinin önemli olduğu değerlendirilmektedir. Bunun yanında günümüzde hekim merkezli yaklaşımdan hasta merkezli yaklaşıma geçişle birlikte, hasta merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesi ile sağlıkta kalitenin artacağı ve bu yaklaşımın benimsenmesi ile sağlığın gelişimine de katkı sağlanacağı değerlendirilmektedir. Bu sayede hastalar, tedavi ve bakım süreçlerinde kararlara dâhil edilmekte ve oluşturulan bu ortak karar alma ortamı ile hasta memnuniyetinin de artırıldığı değerlendirilmektedir.</p> <p>Literatür incelendiğinde daha önce iç girişimcilik üzerine çalışmalar yapılmış, klinik uygulamalar ve hastalık türleri gibi spesifik özelliklere göre hasta merkezli bakım araştırmaları yapılmış ancak hemşirelerin iç girişimcilik özelliklerin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamış olup bu açıdan çalışma özgün bir niteliğe sahiptir. Bu çalışma ile İstanbul'da yer alan bir eğitim araştırma hastanesinde görevli hemşirelerin iç girişimcilik davranışlarının hasta merkezli bakım yetkinlikleri üzerine etkisinin ölçülmesi amaçlanmaktadır.</p> <p>Araştırmada nicel yöntem kullanılmış, veri toplamak için Durmaz (2011) tarafından geliştirilen İç Girişimcilik Ölçeği ve Hwang (2015) tarafından geliştirilen, Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra, korelasyon ve regresyon analizleri ile bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Yapılan korelasyon analizinde, iç girişimcilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği ($r=0,888$; $p<0,01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı, yüksek bir ilişki bulunmuş, regresyon analizi sonuçlarına göre kurulan model istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ($F=1141,537$; $p=0,000$) ve iç girişimciliğin ($\beta=0,888$) hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Modelde iç girişimcilik, hasta merkezli bakım yetkinliğinin %78,9'unu açıklamaktadır.</p> <p>Sonuç olarak; araştırmada elde edilen bulgulara göre İç Girişimcilik ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği arasında anlamlı yüksek bir ilişki bulunmuş; İç Girişimciliğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği üzerinde pozitif anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca cinsiyet dışında Sosyo-Demografik özelliklerin İç Girişimcilik ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliğinde farklılık oluşturduğu bulunmuştur.</p>	
Anahtar Kelimeler: Hasta Merkezli Bakım, İç Girişimcilik, Hastane.	

Title of the Thesis: The Effect of Internal Entrepreneurship on Patient-Centered Care Competencies

Author: Mustafa ERDOĞAN

Supervisor: Assoc. Prof. Harun KIRILMAZ

Date: 18 December 2019

Ng: viii (pre text) + 117 (main body) + 5 (app.)

Department: Health Management

In today's conditions, the conditions of business life and competition change rapidly. It is very important that health institutions and employees adapt to changing conditions. The existence of the internal entrepreneurship approach, which is one of the innovative thinking approaches in healthcare workers, will bring a dynamic, constantly developing and strategic advantage to the health organization concerned.

When the literature is examined, it is seen that internal entrepreneurship is defined as innovation activity especially in the organizations whose activities continue. Organizations that cannot keep up with the changing market conditions and cannot renew themselves will not be able to retain their ability to compete. This is especially important in health care, which is one of the service intensive sectors. Today, patient satisfaction is an important element in terms of service quality. Health organizations that are active in their activities have to think innovatively. Therefore, it is considered that it is important to adopt the internal entrepreneurship approach to health professionals in health organizations. In addition, with the transition from the physician-centered approach to the patient-centered approach, it is considered that the quality of health will increase with the adoption of the patient-centered care approach and that this approach will contribute to the development of health. In this way, patients are included in the decisions in the treatment and care processes and it is evaluated that patient satisfaction is increased with this common decision-making environment.

When literature is examined, it is seen that there are studies about internal entrepreneurship and patient centered care. Among these studies, what was done on internal entrepreneurship was done in different sectors. Patient-centered care studies were conducted separately according to clinical characteristics such as disease types. However, there has not been a study investigating the effect of nurses' internal entrepreneurship characteristics on patient-centered care competence and this study has a unique feature. The aim of this study was to measure the effects of internal entrepreneurial behaviors of nurses working in an educational research hospital in Istanbul on patient-centered care competencies.

Quantitative method was used in the research. Internal Entrepreneurship Scale developed by Durmaz (2011) and Patient Centered Care Competence Scale (HMBY) developed by Hwang (2015) and adapted to Turkish by Arslanoğlu and Kırılmaz (2019) were used to collect data. In addition to descriptive statistical methods, correlation and regression analyzes, t-test and one-way analysis of variance were used in the analysis of the data. In the correlation analysis, there was a statistically significant high relationship between internal entrepreneurship and patient-centered care competence ($r = 0.888$; $p < 0.01$). According to the results of the regression analysis, the model was found to be statistically significant ($F = 1141,537$; $p = 0,000$) and internal entrepreneurship ($\beta = 0.888$) had a positive effect on patient-centered care competence ($p < 0.001$). In the model, internal entrepreneurship explains 78.9% of patient-centered care competence.

As a result; according to the findings obtained from the study, there is a significant relation between Patient-centered care Competencies and Internal Entrepreneurship. Internal Entrepreneurship has a significant, positive effect on Patient-Centered Care Competencies. Besides, it's been found that outside gender, socio-demographic features makes difference in Internal Entrepreneurship and Patient-Centered Care Competencies.

Keywords: Patient-Centered Care, Internal Entrepreneurship, Hospital.

GİRİŞ

Rekabetin hız kazandığı çağımızda tüm organizasyonlar için yenilikçilik ve inovatif hareket etmenin önemi günden güne artmaktadır. Yeni girişimler başlatma bir girişimcilik faaliyeti olarak değerlendirilebilir. Ancak faaliyeti devam eden organizasyonlar için yenilikçi düşünme ve hareket etmek için ihtiyaç duyulan yaklaşım ise iç girişimciliktir. İç girişimcilik; faaliyeti devam eden örgüt içerisinde yeni bir girişim ortaya çıkarmak için gereken faaliyetleri, örgütün kendi düşünce yapısını yenilemeyi, örgütte yenilikçi bir değişim yaparak örgütü dönüştürmeyi amaçlamaktadır. Bunun yanında örgütü risk alma, inovatif rekabet davranışları ve satışlar yoluyla harekete geçirmeyi heyecan katarak yeniden canlandırmayı da amaçlamaktadır (Onay ve Çavuşoğlu, 2010: 49). Sağlık hizmeti sunumunda iç girişimcilik yenilikçi hareket etmek için olması gereken bir yaklaşım ve davranış biçimidir. Yenilikçi ve inovatif hareketlerin ortaya çıkmasında da tüm çalışanlarda iç girişimcilik davranışlarının olması ve organizasyon tarafından desteklenmesi büyük önem arz etmektedir.

Günümüz koşullarında iş yaşamı ve rekabet koşulları hızlı bir şekilde değişmektedir. Değişen koşullara sağlık kurumları ve çalışanlarının uyum sağlaması da son derece önemlidir. Sağlık çalışanlarında, yenilikçi düşünce yaklaşımlarının varlığı ilgili sağlık organizasyonuna dinamik, sürekli gelişen ve stratejik bir avantajı da beraberinde getirecektir. Son zamanlarda küresel olarak hekim-hastalık merkezli yaklaşımlardan uzaklaşılması ile sağlık hizmetleri sunumunda yenilikçi bir yaklaşım olan hasta merkezlilik yaklaşımını ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde hekim merkezli düşünceden uzaklaşarak hasta merkezli bir düşünce yaklaşımına geçişin yaşanması, hastaların tedavi ve bakım süreçlerine dâhil edilmesi ile olabilmektedir. Hasta merkezlilik, hastanın sağlığı ile ilgili verilecek kararlara dâhil edilmesini, sağlık profesyonelleri ile hasta arasından tedavi ve bakım sürecine dair ortak karar alma sürecini destekleyen bir yaklaşımdır.

Bu kapsamda araştırmanın birinci bölümünde; yenilikçi ve inovatif yaklaşımlardan olan girişimcilik ile iç girişimcilik yaklaşımlarının kavramsal çerçevesi incelenecektir. Yaklaşımların literatürde mevcut tanımlamalarının, süreçlerinin ve öneminin yer alacağı bu bölümde özellikle iç girişimcilik yaklaşımının boyutları ve iç girişimciliği etkileyen faktörler ile sağlık organizasyonları için iç girişimciliğin önemi konusunda literatürde mevcut açıklamalar tartışılacaktır.

Araştırmanın ikinci bölümünde; son zamanlarda hekim ve hastalık merkezli yaklaşımlardan uzaklaşarak hasta merkezli yaklaşımlara geçilmesi ile gündeme gelen ve kendi başına bir kalite alanı olarak kabul edilen hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakımın kavramsal çerçevesi incelenecektir. Bu bölümde hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakımın literatürde bulunan tanımlamaları ile olumlu olumsuz yönleri, hasta merkezli bakımın önündeki engeller, hasta merkezli bakıma ait literatürde yer alan modeller ve hasta merkezli bakımın boyutlarına dair açıklamalar tartışılacaktır.

Araştırmanın üçüncü bölümünde; araştırmanın amacına, evren ve örnekleme, veri toplama sürecine araştırmanın modeline ve hipotezlerine yer verilecek, araştırmada elde edilen verilerin analizinde kullanılan yöntemler, araştırmanın kapsamı ve sınırlılıkları ile araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri açıklanacaktır.

Araştırmanın son bölümü olan dördüncü bölümünde ise; araştırmada elde edilen bulgular açıklanacak, bulgularda; katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve çalışmanın genel bulguları, iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişki ile iç girişimciliğin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerindeki etkisine ait bulgular yer alacaktır. Ayrıca, bulgular sonucunda elde edilen veriler sayesinde hipotez tablosu oluşturulacaktır.

Son olarak araştırmada elde edilen bu bulgular ve hipotez testleri sonucunda bulgular değerlendirilerek sonuçlara ulaşılarak, araştırmacılara ve uygulayıcılara önerilerde bulunulacaktır.

Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle hastaların tedavi ve bakım süreçlerinde hemşirelerin rolü büyüktür. Hemşirelerde mevcut iç girişimcilik davranışları, sağlık kurumlarına değişen koşullara karşı hızlı cevap verebilmeyi mümkün kılarken, kendi başına bir kalite alanı olarak görülen hasta merkezli yaklaşım hastalar açısından, sağlık organizasyonuna karşı güveni ve memnuniyeti artırmakta iken sağlığın gelişimine de katkı sağlanmaktadır. Bu tez kapsamında, İstanbul İlinde yer alan bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliklerinin belirlenmesi ve iç girişimciliğin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkilerini incelemek amaçlanmaktadır.

Araştırmanın problemi ve soruları

Değişen piyasa koşullarına ayak uyduramayıp kendini yenileyemeyen organizasyonlar rekabet etme becerisini de elinde tutamayacaktır. Bu durum özellikle hizmet yoğun sektörlerden biri olan sağlık hizmetlerinde büyük bir öneme sahiptir. Özellikle sağlık hizmeti alan hastaların, sağlık çalışanlarından ve aldıkları hizmetlerden memnuniyetinin hizmet kalitesi açısından önemli bir unsur olduğu günümüzde, faaliyetleri devam eden sağlık organizasyonlarının yenilikçi düşünmesini mecbur kılmaktadır. Buda faaliyeti devam eden organizasyonlarda iç girişimcilik yaklaşımı ile olmaktadır. Hasta memnuniyetinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmalar sonucunda hastalık-hekim merkezli yaklaşımlardan uzaklaşılması başka bir yaklaşım olan hasta merkezli yaklaşımı ön plana çıkarmıştır.

Hastaların ve hastaların bakım sorumluluğunu üstelenen kişilerin tedavi ve bakım sürecine dâhil edilmesi ile ortak karar alam sürecinin işletilmesi hasta merkezli yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Özellikle sağlık organizasyonlarında görevli hemşireler tedavi ve bakım sürecinin en önemli halkasıdır. Hastalar tedavi ve bakım süreçlerinde söz sahibi olmalıdırlar. Hastalar verilecek bir tedavi ve bakım konusunda bilgilendirilmeli hastalığı konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Bunun yanında sağlık kurumuna ve sağlık personeline güvenmelidir. Buda tedavi ve bakım sürecinin her aşamasında hastanın bilgi sahibi olması ile olabilmektedir. Hastalar tedavi ve bakım sürecine başlarken başka hastalıkları, kişisel özellikleri vs. açısından bir bütün olarak değerlendirilmeli her hasta ayrı bir vaka olarak kabul edilmelidir. Hastalık yoktur hasta vardır düsturu benimsenmeli hastaya en doğru tedavi ve bakım sunulmalıdır. Bunlara ek olarak hastanın tedavi ve bakım konusunda tercihlerine ve isteklerine cevap verilmelidir. Örneğin ağrı eşiği yüksek olan bir hastaya uygulanan tedavi ve bakım ile eşiği düşük olan hastaya uygulanan tedavi ve bakım aynı olmamalıdır. Tüm bu hususlar hasta merkezli bakımı ve sağlık personelinin bu konudaki yetkinliğinin ölçülmesini ortaya çıkarmaktadır.

Araştırmanın Önemi

Rekabetin yoğun olduğu çağımızda organizasyonlar için inovatif düşünme önem arz etmektedir. Özellikle faaliyeti devam eden organizasyonlarda gerçekleşen girişimcilik faaliyeti olarak tanımlanan iç girişimcilik; her konuda yenilik yapabilmeyi ve yöntemlerde değişikliğe gitmek için, risk almayı ve inovatif olmayı gerektirmektedir. İç girişimcilik sayesinde çalışanlar motive edilerek nitelikli çalışanların organizasyonda

kalmaları sağlanırken, organizasyonlar değişen tüketici taleplerini karşılayabilmekte ve bunu sürdürebilir kılmaktadır.

Ayrıca günümüzde sağlık hizmetleri uygulamaları hekim merkezli olmaktan öte hasta merkezli yaklaşıma doğru bir değişim içerisinde. Hasta merkezli yaklaşımda, hasta ile hekim arasında çift yönlü etkileşimsel ilişki kurularak hastanın değer ve tercihleri keşfedilmeye çalışılır. Ayrıca hasta merkezli bakım düşünce tarzı ile hasta ve yakınlarının karar verme sürecine dâhil edilmesi, hastanın uygun tedavi ve bakıma ulaşmasını kolaylaştırarak sağlığın korunması ve özellikle geliştirilmesi adına hastada ihtiyaç duyulan davranış değişikliklerinin oluşturulmasına yardımcı olur.

Literatür incelendiğinde hasta-merkezli bakımın, hasta memnuniyetine olumlu katkı sağladığı ve sağlıktaki maliyet ile eşitsizlikleri azalttığı bunun yanında bakım kalitesi ve sağlık sonuçlarını geliştirdiği görülmektedir (Şahin ve Artıran İğde, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmeye ve hasta güvenliğine sürekli vurgu yapılmıştır. ABD Tıp Enstitüsü (IOM), sağlık çalışanlarının ekip çalışması, kanıt temelli uygulama, kalite geliştirme ve bilişim yetkinliklerini vurgulamanın yanı sıra hasta merkezli bakım sunmanın da önemini vurgulamıştır. Hatta hasta merkezli bakım kendi başına bir kalite alanı olarak kabul edildiğinden, kaliteli sağlık hizmeti sunumunda sağlık organizasyonları açısından büyük bir öneme sahiptir. Sağlık organizasyonlarında tedavi ve bakım hizmetlerinde özellikle hasta ile iletişiminin yoğun olduğu meslek grubu olan hemşirelerin rolü büyüktür. Özellikle bakım sürecinde olan hastaların ve aile üyelerinin bakım sürecine dâhil edilmesi hemşireler için hasta merkezli bakım yetkinliğini ortaya çıkarmıştır. Bu maksatla hemşireler tarafından, hasta merkezli bakım gibi yenilikçi düşünce yaklaşımının benimsenmesi hasta memnuniyetini artırmakta nihayetinde sağlık organizasyonuna değişen piyasa koşullarında rekabet edebilme becerisi kazandırırken, sağlığın gelişimine de katkı sağlamaktadır.

Araştırmanın Yöntemi

Çalışmanın evrenini İstanbul ilinde faaliyette bulunan bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan 450 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmada veri toplama aracı olarak Durmaz (2011) tarafından geliştirilen İç Girişimcilik Ölçeği ve Hwang (2015) tarafından geliştirilen, Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılan Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği (HMBY) Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde,

tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra, korelasyon ve regresyon analizleri ile bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır.

BÖLÜM 1: GİRİŞİMCİLİK VE İÇ GİRİŞİMCİLİK

Araştırmanın bu bölümünde ilk olarak girişimcilik kavramı ve tarihsel gelişimi, sonrasında içgirişimcilik kavramı, önemi, süreci, içgirişimci kavramı, içgirişimcilik boyutları, iç girişimciliği etkileyen faktörler ve sağlık organizasyonları için iç girişimciliğin önemi konularına yönelik olarak alan araştırması yer almaktadır.

1.1. Girişimcilik Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçişin başlamasıyla girişimcilik kavramı da bu doğrultuda önem kazanmaya başlamıştır. Girişimcilik kavramı ortaçağdan günümüze kadar pek çok teorisyen tarafından tanımlanmaya çalışılmış hem işletme, hem de iktisat literatürünün dikkatini çeken önemli konularından birisi haline gelmiştir (Güney, 2008: 3).

Girişimcilik kelimesi Fransızca “entreprendre” kelimesinden türetilmiş ve girişmek, teşebbüs etmek, üstlenmek anlamına gelmektedir. Kavramsal olarak bir işi yapma adına harekete geçme ve bir işe başlama durumu olarak tanımlanmaktadır (Aytaç ve İlhan, 2007: 102).

Girişimciliğin tarihsel gelişimi göz önünde bulundurulduğunda günümüzde girişimcilik kavramı, sadece kâr amacıyla kendi işini kurmak ve büyütmek değil, risk almaktan korkmadan inisiyatif alırken, yenilikleri ve fırsatları değerlendirme, hatta bunları faaliyete dönüştürebilme yeteneği olarak tanımlanabilir (Çetinkaya Bozkurt, 2011: 5).

Literatür incelendiğinde girişimcilik kavramı ile alakalı olarak net bir tanım yer almamakla birlikte, yapılan tanımlamalarda genellikle girişimciden bahsedilmektedir. Girişimci kavramı iktisadi olarak ilk kez, kendisi İrlandalı-Fransız iktisatçı olan Richard Cantillon (1680-1734) tarafından 1723’de literatüre kazandırılmıştır. Bu tanıma göre girişimci "Risk ve/veya girişim yoluyla sermaye kuran girişimci birey" olarak tanımlanmıştır (Buekens, 2014: 581).

Cantillon’a göre girişimci kavramı, gelecekte oluşabilecek pazar talebinin tahmin edilmemesinden dolayı gelirlerin belirsizliği ve giderlerin belirli olduğu koşullarda faaliyet gösteren kişiler olarak tanımlanmıştır (Güney, 2008: 3). Girişimci kavramı günümüzdeki haline ise Jean Babtiste Say (1767-1832) tarafından getirilmiştir. Kendisi ekonomi alanındaki ilk profesörlerden olan Say’a göre ise girişimci kavramı bütün

üretim faktörlerinde koordinasyon rolü üstlenerek değerli olduğu varsayılan bir malı üretip, elde edeceği kâr adına riskleri göze alan kişilerdir. Say'ın girişimcilik tanımında, girişimcinin sahip olması gereken özelliklerinin riski üstlenmek ve yöneticilik kabiliyeti unsurlarının ikisinin birden varlığına dikkat çekilmiştir (Güney, 2008: 4; Aytaç, 2006: 141; Binks-Vale, 1990: 119). Ayrıca Say'dan sonra girişimcilik, üretim faktörlerinden dördüncüsü olarak genel anlamda kabul görmüştür (Durukan, 2006: 28).

19. yüzyılın ortalarına kadar hâkimiyetini sürdüren Klasik İktisat Teorisi anlayışı, devlet müdahalelerine karşı durarak, girişimciliğe ve kurulacak olan piyasaya herhangi bir müdahaleye izin verilmemesini savunmuş, bu anlayış sayesinde özel girişim giderek gelişerek önem kazanmaya başlamıştır (Aşkın, Nehir ve Vural, 2011: 60).

Girişimcilik literatürüne Neo-Klasik yaklaşımın öncülerinden olan Alfred Marshall (1842-1924) ise girişimcinin görevinin mal ve hizmet üretmek ve aynı zamanda yenilikler ve yöntemler sunmak olduğunu öne sürmüştür. Bu tanımla birlikte girişimcinin bütün sorumluluğu üstlenmesi, üretimi yönlendirmesi riskleri üstlenmesi sermaye ve işgücünü koordine etmesi, bunun yanında hem yönetici hem de işveren olması gerekliliği savunulmuş, açıkğöz ve yeniliklere önem vermesi gerekliliğine dikkat çekilmiştir (Güney, 2008: 6).

Girişimcilik literatürüne katkıları büyük olan bir diğer isim Max Weber'dir. Max Weber (1905) yayınladığı "Die Protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus" (Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu) isimli eserinde, girişimin başında başlangıç bilançosu ve sonrasında ise kapanış bilançosunun hazırlanmasının önemini vurgulamış bu sayede girişimcinin verimliliğine dikkat çekmiştir. Weber tarafından kişilerin meslek seçimlerinde, yaşadıkları ülkenin dini eğilimi ve aile çevresinin yönlendirdiği eğitim ile kazanılan ruhsal özelliklerin olduğu savunulmuştur (Güney, 2008: 7-9).

Girişimcilik teorisinin önemli kişilerinden bir diğeri olan Joseph A. Schumpeter 1930'lardan itibaren girişimci teorisini genişletmiş ve kısmen de olsa değiştirmiştir. Schumpeter'in ilham kaynağı Max Weber olmakla birlikte, Schumpeter, iktisadi gelişmeyi, Max Weber'in tersine yeniliğe bağlamıştır. Schumpeter'e göre girişimciler, mevcut ürün ve hizmetlere meydan okuyarak, yeni ürünler ve yeni hizmetler kurmak için zorlu süreci iyi kullanan yenilikçi kişiler olarak tanımlanmıştır. Ayrıca Schumpeter tarafından vurgulanan husus girişimcide olması gereken girişimcilik özellikleridir. Schumpeter girişimcilik davranışlarını somutlaştırmak için yenilikçi bir takım

davranışlar ortaya sürmüştür. Schumpeter'in girişimcisi; (Schumpeter, 1975; Kızılkaya, 2005: 26-32; Buekens, 2014: 581).

- Sezgi, irade ve/veya liderlik özellikleriyle yenilikçi iktisadi düşünce tarzının önderi konumundadır.
- İktisadî yapının sürekliliğini sağlayan yenilikçi fikirler üretmede, yozlaşmaya her ne sebep oluyorsa bunların ortadan kaldırılmasına katkıda bulunmaktadır.
- Yaşamı boyunca bulunduğu ortamda oluşacak başarının zevkini ve yaratıcılığın coşkusu hedeflemektedir.
- Özellikle yenilikçi kişiliği ile hem tüketicileri hem de finansörleri ikna edebilecek düzeyde karizmatik bir etkileyciliğe sahip olmalıdır.

Kısaca Schumpeter'in (1975) girişimcisinde bulunması gereken özellikler; yeni ve yenilikçi ürünler geliştirebilme, organizasyonlarda biçimsel anlamda önerilerde bulunabilme, organizasyon için yeni pazarlar, yeni üretim yöntemleri ile yeni malzeme ve malzeme kaynaklarını keşfetme yeteneğine sahip olmak olarak belirlenmiştir (Davison, 2019: 6).

Tarihsel süreç incelendiğinde girişimcilik kavramı üzerine birçok tanımlama yapılmıştır. Bu tanımlamalardan öne çıkan bazıları Tablo 1'de verilmiştir (Korkmaz, 2012: 210-211; Ercan ve Gökdeniz, 2009: 66).

Tablo 1: Tarihsel Süreçte Girişimcilik Kavramı Tanımlamaları

Yıl	Yazar	Girişimcilik Kavramı
1725	Richard Cantillon	Girişimcilik; tüm risklerin üstlenilerek sermaye artımı sağlama sürecidir.
1797	Beaudeau	Girişimcilik süreç olarak; risklerin üstlenilerek, planlanması, yönetilmesi ve organizasyonudur.
1803	Jean Baptiste Say	Girişimcilik; elde edilen kazançların sermaye kazançlarından ayrıt edilmesidir.
1876	Francis Walker	Girişimcilik; kar sağlamakta olan bireyle, yönetsel becerilerin kullanılması yoluyla, faiz alan ve sermaye sağlayan birey arasında ayırımın yapılmasıdır.
1934 - 1950	Joseph Schumpeter	Girişimcilik; yenilikçilik (inovasyon) demektir. Girişimcilik, endüstri organizasyonunun yeniden tasarımıyla, yeni ürün ve enerji kaynaklarından yararlanılmasıyla, yeni bir icadın veya hiç denenmemiş tamamıyla yeni teknolojik avantajların kullanılması ya da eski olan her şeyin yeniden tasarlanıp devrim niteliğinde değişiklik yapma sürecidir.
1961	David McClelland	Girişimcilik; yoğun risk ve enerjik ortamlarda hareket edebilme kabiliyeti ve sürecidir.
1964	Peter Drucker	Girişimcilik; çevrede oluşmuş fırsatların maksimizasyonudur.

Tablo 1 Devamı

Yıl	Yazar	Girişimcilik Kavramı
1975	Albert Shapero	Girişimcilik; inisiyatif alınması yoluyla sosyo-ekonomik mekanizmalarda yapılan yeni organizasyon süreci ve oluşması muhtemel bir başarısızlık durumunda riskin kabullenilebilmesidir.
1980	Karl Vesper	Girişimcilik; politikacılar, ekonomistler, psikologlar ve işadamları gibi paydaşları içinde bulunduran bir olgudur.
1983	Gifford Pinchot	Girişimcilik, organizasyonun yeniden kurulmasıdır.
1985	Robert Hisrich	Girişimcilik; karşılığı maddi ve bireysel tatmin olan, finansal, psiko-sosyal risklerin üstlenildiği, bunun için harcanan zaman ve çaba ile farklı değerlere sahip mamül ve hizmet oluşturma sürecidir.
1995	Peter Drucker	Girişimcilik, mevcut kaynakların verimliliği düşük alanlardan, verimliliği yüksek alanlara kaydırılmasıdır.
1999	Jeffrey Timmons	Girişimcilik, çağdaş liderlikle bezenmiş, davranışlar ve düşünce yapısıyla, dürüstlük ve samimiyetle doğruların inşa edilmesidir.
2001	Philip A. Wickham	Girişimcilik bir projenin bireylerin kendilerine ait olan girişimcilik anlayışıyla geliştirilmesidir.
2002	G. Brenkert	Girişimcilik piyasa ekonomisi için vazgeçilmez bir olgudur.
2003	L.W. Busenitze	Girişimcilik ekonomik refahın oluşumuna katkı sağlayan önemli bir göreve sahiptir.

Kaynak: Korkmaz, 2012: 210-211; Ercan ve Gökdeniz, 2009: 66.

Genel anlamda girişimcilik için tekdüze bir tanım yapmak mümkün değildir. Ancak, literatürde mevcut en uygun tanım Küresel Girişimcilik Monitörü (GEM) tarafından tasarlanan tanımdır. Gartner'a (1988) benzer şekilde GEM, girişimciliği “Yeni bir iş veya organizasyon oluşturma ya da mevcut bir organizasyonun girişimci birey veya gruplar tarafından genişletilmesi” olarak tanımlamaktadır (Harding, 2004: 9; Davison, 2019: 6).

Girişimcilerin başarılı olabilmeleri için alışlagelmiş sınırlardan sıyrılmaları ve görüşlerin paylaşıldığı bir takım kurlmaları gerekir. Risk almaktan korkmayan kendileri için belirsizlik, korku ve şüphelerle dolu yeni bir yolda yürüme gücünü bulmaları gerekir. Girişimciler tarafından başarıya giden yolda yapılacak en büyük mücadele sadece finansal sorunlar değil gelecekte karşılaşıcağı engeller, zorluklar ve potansiyel felaketler olmalıdır. Girişimcilikte dikkat edilmesi gereken en önemli husus girişim yapılan konu ile alakalı olarak bir planı sıkıca yürütürken müşteri taleplerinin her an göz önünde bulundurulması gerekliliğidir. Aksi takdirde başarısızlık kaçınılmazdır. Buna en iyi örnek tarihte görülen en büyük finansal desteği arkasına alan Webvan şirketi verilebilir (Blank ve Dorf, 2017: 21).

1.2. İç Girişimcilik Kavramı ve Tanımı

İşletmelerin değişen pazar ve rekabet koşullarında ayakta kalıp sürekliliğini sağlayabilmesi için inovatif düşünmesi ve inovatif hareket etmesi önem arz etmektedir. Bu maksatla girişimcilik, işletmelere ihtiyaç duyacağı yeni fikirler sağlamada, yeni ürünler ortaya çıkarmada ve yeni hizmetler sunmada büyük katkılar sağlayacaktır. Bu doğrultuda işletmelerde bulunan girişimciler işletmenin yenilikçi olması için en büyük desteği sağlar. Özellikle faaliyetleri devam eden işletmeler için girişimcilik yaklaşımı işletmelerin sürekliliğinin sağlanmasına katkı sağlarken dinamik rekabet avantajını da beraberinde getirecektir.

Müşterilerin beklentilerinin karşılanması ve çok değişken olan isteklerine cevap verilebilmesi için yaratıcı ve yenilikçi olmak önem arz etmektedir. Tüm bu unsurlar özünde yaratıcılığın ve yeniliğin teşvik edildiği iç girişimcilik kavramının gündeme gelmesini sağlamıştır. Son yıllarda işletmeler sürekli olarak yenilik için çaba harcamaktadırlar. Bu yeniliğin sağlanması için ise birçok teknik ortaya çıkmıştır. Bunlardan bir tanesi de işletmeler için girişimciliği destekleyen iç girişimcilik kavramıdır. İç girişimciliğin esas amacı ise organizasyon içinde mevcut başarılı yaratıcı bireylerin yine organizasyonların daha başarılı olması için teşvik edilmesi olarak tanımlanabilir (Onay, 2017: 93-94).

İç girişimcilik kavramı Gifford ve Pinchot tarafından 1976 yılında ilk kez kullanılmıştır. Yazarlar iç girişimcilik konusunda yapmış oldukları ilk modellemelerinde, iç girişimcinin yapmak istedikleri çalışmalarında belirli bir riski üstlenebileceğinden bahsetmiş, bu çalışma sonunda elde edilen gelirden bir kısmının iç girişimciye ödül olarak verilebileceğini, diğer bir kısmının da ileride yine iç girişimcilik faaliyetlerinin desteklenmesi adına kullanabileceğini söylemişlerdir. Bu tespitlerinden sonra yazarlar iç girişimcilik modelleri üzerine yapmış oldukları çalışmalarını 1985 yılında “İç Girişimcilik” adlı kitapları ile yayınlamışlardır (Başar, Ürper ve Tosunoğlu, 2013: 21).

Bu doğrultuda iç girişimcilik “faaliyet halindeki organizasyonlardaki girişimcilik” olarak tanımlanmaktadır. İç girişimcilik; örgütsel ve genel ekonomik gelişme anlamında önemi günden güne artan dinamik bir unsur olarak değerlendirilmektedir. 80’li yıllardan beri hem akademik anlamda hem de organizasyonlar tarafından yoğun ilgi gösterilen iç girişimcilik işletmelere gerek kârlılık gerekse ekonomik büyüme anlamında katkılar sağlamaktadır. Bunun yanında iç girişimcilik yalnız bazı sektörlerde faaliyette bulunan

işletmelere özgü değil, aynı zamanda bütünsel olarak ekonomiyi ele alarak her işletmeye uygun olabilmektedir (Ağca ve Kurt, 2007: 86).

Pinchot (1985) tarafından iç girişimcilik kavramı bir organizasyon içindeki girişimcilik faaliyetlerinin tümü olarak tanımlanmıştır. Bu tanım iç girişimcilik ile ilgili yapılan diğer tanımlamalara nazaran geniş bir anlam içerdiğinden ve diğer tanımlamalar için temel oluşturduğundan önem arz etmektedir (Onay, 2017: 94).

Organizasyonların içinde mevcut iç girişimcilik kavramına yönelik en eski tanımlardan bir diğeri Kierulff (1979) tarafından yapılan örgüt içi girişimcilik tanımıdır. Kierulff, iç girişimciliği “Kurulu bir örgütte yeni pazar fırsatlarını araştırmak ve çekici fırsatları yakalamak için kaynakları temin etme, üretme ve satışı başlatma süreci” olarak tanımlamaktadır. Bir diğer tanımlama Luchsinger ve Bagby (1987) tarafından, “Var olan ve işleyen bir örgüt içindeki risk ve teşebbüs” olarak yapılmıştır. Carrier (1994) iç girişimciliği, “Bir örgütün kontrolünde çalışan bireyin, bir yeniliğin sorumluluğunu alma süreci” olarak; Sharma ve Chrisman (1999) ise, “Bir bireyin ya da bir grubun, kurulu bir örgüt içinde yeni bir örgüt yarattıkları, yenileştirme veya yenilik ürettikleri süreç” olarak tanımlamışlardır. Zahra (1993) bu süreci, “Yenilikçilik, müteşebbislik ve stratejik yenilenmeyi içeren, örgütsel yenilenme süreci” olarak; Johnson (2001) ise “Bir çalışanın örgütün değer zincirini geliştirici bir katkı sağlaması” şeklinde açıklamaktadır. Yapılan tanımlamalar incelendiğinde; iç girişimcilik kavramı, faaliyetleri devam eden organizasyonlar içindeki bir yenilik, ekonomik anlamda bir fırsatçılık barındıran değer yaratmak üzere yapılan yenilikçi girişimler süreci olarak tanımlanabilir (Çetin, 2011: 70-71).

Pinchot (1985) iç girişimcilik üzerine yapmış olduğu değerli çalışmasında, çalışanlarının fikirlerinin kabul edilmesinin gerekliliğine dikkat çekmiş, büyük işletmelerinde bu doğrultuda iç girişimcilere destek olmasını vurgulamıştır. Ayrıca büyük bir işletmede iç girişimcilerin fikirlerinin kabul edilmesini sağlamak için iç girişimcilere 10 maddeden oluşan bir tavsiye listesi bile hazırlamıştır. Bunlar (Carland, College ve Carland, 2007: 85-86);

- Projenizi gerçekleştirmek için iş tanımınıza bakmadan gerekli olan herhangi bir işi yapın,
- Yetki ve sorumluluğunuzu akıllıca paylaşın,
- Af dilemenin izin istemektan daha kolay olduğunu unutmayın,

- Her gün işten kovulmak için istekli olun,
- Kaynakları sormadan önce tavsiye isteyin,
- İnsanlar hakkında sezgilerinize güvenip en iyi takımı kurun,
- Düşünceleriniz için sessiz bir koalisyon kurun, düşüncelerin erken paylaşımı kurumsal bağlılığa sebep olabilir,
- İçinde olmadığın bir yarış için asla iddialı olma,
- Hedeflerinize sadık olun, ancak bunları gerçekleştirmenin yolları konusunda gerçekçi olun,
- Destekçilerinizi (sponsorlarınızı) onurlandırın,

Pinchot (1985) bu tavsiyelerin, şirket ortamında çalışan herkes için faydalı olabileceğini savunmaktadır.

Genel anlamda iç girişimcilik (intrapreneurship), organizasyon içinde çalışmakta olan kişilerin ürün ve hizmet üretiminde yenilikçi fikirler ortaya çıkarmak için faaliyetlerde bulunması olarak tanımlanmaktadır (İbrahimoglu ve Yaşar Uğurlu, 2013: 105).

Günümüz koşullarındaki yaşanan zorluklar rekabette üstünlük sağlamayı mümkün kılmamaktadır. Bu durumda rekabet üstünlüğü sağlamanın en önemli yollarında biri “iç girişimciliktir”. Çünkü rekabette üstünlük sağlama; organizasyonlar için karlılığı, stratejik olarak yenilenmeyi, yeniliği, bilgi elde etmeyi ve paylaşımını, ayrıca gerek ulusal gerekse uluslararası başarı için harekete geçmeyi önemli duruma getirmektedir (Onay, 2017: 96).

İç girişimcilik, merkezinde bir atom çekirdeği gibi bulunan “girişimin” etrafında oluşturulmuş bir yapı gibidir. Asıl işletme bir çekirdek gibi iç girişimciliğin merkezinde yer almaktadır. İç girişimciliğin oluşumuna yarar sağlayacak olan yapı, iletişim, ilişki, kültür, faaliyet ve iş gibi unsurlar ise atom çekirdeğine benzer şekilde merkezde bulunan asıl işletmenin etrafında dönen nötron ve elektronlar gibidir (Top, 2006: 10).

İç girişimcilik üzerine yapılan tüm tanımlamalar iç girişimciliğin işletmelerin rekabet gücünü elinde tutmak için önemli olduğuna dikkati çekmiştir. Bu konuda Driscoll (2014) tarafından işletmelere iç girişimciliği geliştirmek için 6 adım tavsiye olarak sunulmuştur. Bunlar (Driscoll, 2014: 5);

- Öncelikle işletmede çalışan doğal girişimcilerin tanımlanması ve ardından küçük çalışma gruplarının oluşturulması veya gönüllü olanların normal iş kısıtlamaları olmaksızın belirli bir proje üzerinde çalışmasının sağlanması,
- Tüm çalışanların zamanlarının belirli bir yüzdesini yeni ürünler, hizmetler ya da işleri daha iyi yapma yolları yaratarak geçirmelerinin sağlanması ve onların bu durumlara göre ödüllendirilmesi,
- Haftalık beyin fırtınası oturumlarının yapılması,
- İşletme içerisindeki seviyesine bakılmaksızın herkesin yeni fikirlerine açık olunması,
- Yeni ürünlerin, süreçlerin ve hizmetlerin geliştirilmesi için fon sağlanması,
- Son olarak iç girişimciliğin uzun zaman dilimi içerisinde gerçekleşen bir süreç olduğu kabullenilerek, işletme olarak aceleci olmayıp sabırlı olunması gerektiği unutulmamalıdır.

Benzer şekilde Demirel ve Özbezek (2015) tarafından işletmelere, hem iç girişimcilik hem de yenilik faaliyetlerine katkı sağlayabilecek aşağıdaki hususları göz önünde bulundurmaları gerektiği tavsiye edilmiştir. Bunlar; (Demirel ve Özbezek, 2015: 129)

- Çalışanlarda işe dönük olan proaktif davranışların geliştirilmesi,
- Yeni bilgi kazanılması ve paylaşımı için motivasyon sağlamak,
- Çalışanlara özerklik sağlanarak kendi kararlarını alma ve uygulama imkânı vermek,
- İşletmede ortaya çıkarılan yenilikleri ödüllendirmek,
- Takım çalışması konusunda çalışanların özendirme,
- Çalışanlar için kişisel gelişim programları düzenlemek,
- Çalışanların yenilikçi fikirlerine, düşünce ve eleştirilerine açık olmak,
- Organizasyon içindeki iletişim olanaklarını geliştirmek ve yaygınlaştırmak,
- Çalışanların belirli bir seviyeye kadar risk ve sorumluluk almasını sağlamak,
- Örgütsel öğrenme sürecinin geliştirilerek iş süreçlerine yansıtılmasını sağlamak,
- Yönetimde tam katılımlı bir anlayışın benimsenmesini sağlamak,

- Son olarak gelişim ve değişimi olumsuz yönde etkileyebilecek bireyden ve organizasyondan kaynaklı unsurların ortadan kaldırılmasını sağlamak olarak sıralanmıştır.

1.3. İç Girişimciliğın Önemi

Günümüz koşulları incelendiğinde çevresel koşullarda hızlı bir değişim yaşandığı görülmektedir. Çalışma yaşamı hatta bireysel yaşam ile rekabet, hız, değişim, risk, belirsizlik ve dinamizm gibi unsurların hızlı bir etkileşim içinde olduğu görülmektedir. Bu nedenle günümüzde işletmelerin varlıklarını sürdürülebilir kılmaları, girişimsel bir düşünce sistemine sahip olmaları hatta bunu bir yaşam tarzı haline getirmeleri için girişimsel düşünceye sahip olmaları gerekmektedir. Çünkü dışsal oluşumlar birçok organizasyon için, içsel belirsizliğe neden olmaktadır. Bu oluşumlara da organizasyonların cevap verebilmesi ve ayakta kalabilmesi için yapı, sistem, süreç ve stratejilerini sürekli olarak gözden geçirerek yenilemeleri ve değiştirmeleri gerekmektedir. Çünkü çevresel koşullarda yaşanan belirsiz ve dinamik değişimlere karşı cevap verebilen organizasyonlar başarıyı yakalayabilmekte ve hayatta kalabilmektedir (Onay, 2017: 96).

İç girişimcilik, organizasyonlar için rekabet avantajını elde tutmak için önemli bir araçtır. Çünkü kavram faaliyetleri devam eden organizasyonlarda kârlılığa, stratejik yenilenmeye, yenilikçiliğe, bilgi kazanımına, ulusal ve uluslararası başarı sağlamak için harekete geçmenin önemine vurgu yapmaktadır. Girişimsel düşünce ile elde edilen bu stratejik yön, yenilikçi yetenekler ve kapasite elde etme kabiliyetini artırmaya veya kuvvetlendirmeye odaklanır. Sonuç olarak bu kazanıma sahip olan organizasyonlar, rakiplerinden bir adım önde olma şansına da sahip olabileceklerdir (Naktiyok ve Bayrak Kök, 2006: 80).

Günümüz bilgi toplumunda artık işgücü, bir üretim faktörü olarak değil başarının belirleyicisi olarak algılanmaktadır. Bu doğrultuda iç girişimcilik faaliyetleri, organizasyonda faaliyet gösteren bireylerin kendilerine has bilgi ve yeteneklerinin, organizasyonun gelecekteki başarısına katkı sağlaması için kullanılmasına yardımcı olacaktır. Dolayısıyla organizasyonlardaki iç girişimcilik yeteneği rekabet avantajı sağlamada taklit edilmesi zor olan temel yetenek olarak değerlendirilmektedir (Serinkan ve Arat, 2013: 67).

Zahra'ya (1991) göre iç girişimcilik, faaliyetteki bir organizasyonda yeni iş bulma (ürün, süreç yenileme ve pazar geliştirme) konusunda biçimsel ve biçimsel olmayan faaliyetlere dikkati çeker. Bu faaliyetler, organizasyonunun rekabet edebilme kabiliyetini artırırken, finansal performansının da olumlu yönde gelişmesine katkı sağlar. Bu doğrultuda iç girişimcilik, organizasyonun hacmi veya belirli bir faaliyet dönemi ile sınırlandırılacak bir faaliyet değildir. Hatta rekabetin yoğun olduğu bir çevrede, iç girişimcilik, küçük ya da büyük, yeni ya da eski tüm organizasyonlar için stratejik bir başarı unsuru olarak ifade edilmektedir (Zahra,1991: 262; Bulgurcu-Gürel, 2012: 64-65).

Sonuç olarak iç girişimcilik; organizasyonların performanslarının yüksek tutulmasında, organizasyonlara esneklik sağlayarak faaliyette bulunduğu çevreye ve değişimlere kısa sürede ve kolay uyum sağlayabilmelerine, kendilerini yenilemelerine ve sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmelerine önemli katkıları olan bir süreçtir (Serinkan ve Arat, 2013: 68).

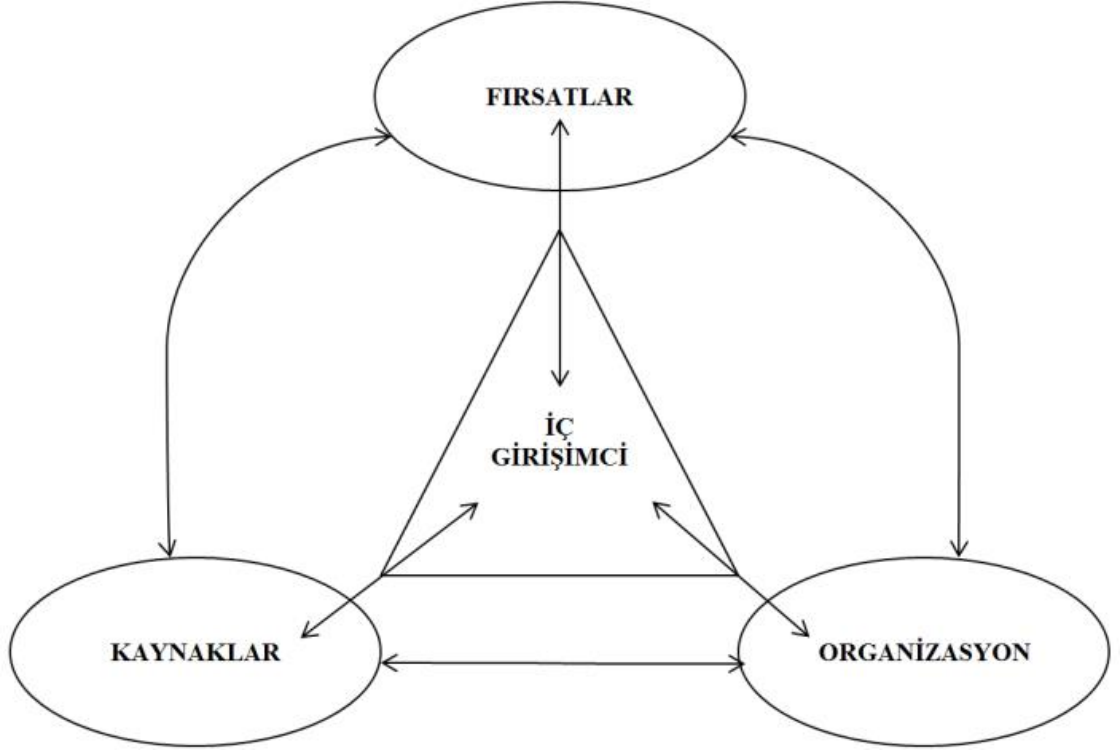
1.4. İç Girişimcilik Süreci

İç girişimcilik bir organizasyondaki girişimsel faaliyetlerin yapılması veya bu faaliyetlerin hızlandırmasıdır. Bundan dolayı iç girişimcilik süreci klasik anlamdaki girişimcilik süreci ile benzerlik göstermektedir. Bu anlamda süreç her ikisinde de aynı şekilde, fırsatları ortaya çıkarmak ile başlamaktadır. Bunun arkasından faaliyete geçmek için kaynaklar bulunup temin edilerek fırsat-kaynak uyumlaştırması sağlanmaktadır. Organizasyon içerisinde mevcut bireylerin girişimci düşünce ile teşvik edilmesiyle, destekleyici organizasyon oluşturulur. Oluşturulan bu girişimci düşünce ürünlere yansıtıldığında ise iç girişimcilik de ortaya çıkmaktadır (Naktiyok, 2004: 54).

İç girişimcilik süreci; fırsat, kaynak ve organizasyon şeklindeki üç temel unsurun karşılıklı ilişki ve etkileşimi ile gerçekleşmektedir. Sürecin merkezinde ise değer yaratmak amacıyla bu temel unsurları bir araya getiren iç girişimci yer almaktadır (Onay, 2017: 98; Naktiyok, 2004: 54).

Şekil 1'de görüldüğü gibi ilk önce çevrenin sağlamış olduğu fırsatların ortaya çıkarılarak açıklanması gerekmektedir. İkinci aşama ise ihtiyaç duyulan kaynakların tespit edilmesi ve mevcut kaynakların değerlendirmesi aşamasıdır. Üçüncü aşama ise ortaya çıkarılan fırsatlara uygun kaynakların organizasyon içerisinde bir araya getirilmesidir. Bu aşamada organizasyondan anlaşılması gereken bir organizasyonu

diğerinden ayıran nakit, işgücü (insan), maddi duran varlıklar vs. gibi kaynakların bileşimidir. Bu sürecin en önemli unsuru ise merkezde olan iç girişimcidir. İç girişimci organizasyon içerisinde fırsatları tanımlayan ve bu fırsatları gerçekleştirme adına kaynakları belirleyen uygulamaya koyan yegâne kişidir (Naktiyok ve Kök, 2006: 81; Göçmen, 2007: 56; Serinkan ve Arat, 2013: 69).



Şekil 1: İç girişimcilik süreci temel unsurları

Kaynak: Naktiyok, 2004: 54; Serinkan ve Arat, 2013: 68

Girişimcilik bir süreç olarak Morris (1998) tarafından belirtildiği şekilde altı aşamada ele alınmıştır. Bunlar (Morris, 1998: 27; Durak, 2011: 196);

- Fırsatı görmek ve tanımlamak
- Fikir geliştirmek
- Gerekli kaynakları tespit etmek
- Gerekli kaynakları temin etmek
- Fikri uygulamaya sokmak ve yönetmek
- Risk almak olarak tanımlanmaktadır.

İç girişimciliğin süreci için de, süreç olarak girişimcilikle benzerlik gösterdiğinden altı aşamadan bahsetmek mümkündür (Naktiyok, 2004: 54).

1.4.1. Fırsatı Görmek ve Tanımlamak

İç girişimsel faaliyet öncelikle iç ve dış çevrenin ortaya çıkardığı fırsatları görüp tanımlamak ile başlar. Gerek iç girişimcilikte gerekse girişimcilikle yapılan tanımlamalar incelendiğinde fırsatları fark edip bunları faaliyete dönüştürebilmenin önemine vurgu yapılmıştır (Naktiyok, 2004: 54). Bu fırsatlar yeni teknolojik gelişmeler ya da pazarlar kaynaklı değişiklikler nedeniyle, kanunlara ilişkin baskılar veya rakiplerin hareketlerinin sonuçlarından ve sosyal koşullara ilişkin memnuniyetsizliklerden ya da dünyanın dahi iyi bir hale getirme isteğinden ortaya çıkabilir (Bessant ve Tidd, 2018: 21). Bu doğrultuda iç girişimcinin, faaliyete başlayabilmesi için öncelikle fırsatları görebilmesi, tanımlayabilmesi ve değerlendirebilmesi gerekmektedir (Durak, 2011: 196).

1.4.2. Fikir Geliştirmek

Fırsatların tanımlanmasından sonra iç girişimci bu fırsatlar doğrultusunda fikir geliştirebilmelidir. Bu fikirler, yeni bir ürün, yeni pazar, yeni yöntem, yeni örgütsel yapılar, yeni teknoloji, yeni satış ve dağıtım kanalları vs. şeklinde olabilir (Durak, 2011: 196). İç girişimcilik bir çizgi film karakterinin kafasında yanan bir ampul gibi tek bir olay değildir. Bu değişim için fikirlerin toplanması ve bunların etkili gerçekliklere dönüştürülmesi gerekmektedir (Bessant ve Tidd, 2018: 37). Bu aşama ayrıca farklı birçok kişiden farklı görüş ve önerilerin bir araya getirildiği ve onların desteklendiği takım kurma aşamasıdır (Bessant ve Tidd, 2018: 22).

1.4.3. Gerekli Kaynakları Tespit Etmek

Organizasyon içinde gerçekleştirilecek girişimsel faaliyet için gerekli kaynakların tespit edilmesi stratejik bir evredir. Geliştirilen fikri uygulamaya geçirecek ve bunu daha ileriye taşıyacak beceri ve kaynakların tespit edilmesi ve bunları nasıl bulacağımızın belirlenmesi gerekmektedir (Bessant ve Tidd, 2018: 22). Aksi durumda organizasyon içi girişimsel faaliyet başlamadan engellenmiş olacaktır. Dolayısıyla bir fikrin uygulamaya konulması için kaynak iç girişim sürecinin en önemli aşamasıdır.

Bu kaynaklar nitelikli insan gücü, hammadde, işinde uzman yönetici, pazarlama ve satış uzmanları, teknik anlamdaki uzmanlar, girişimsel faaliyet için finansman, dağıtım

kanalları, arz kaynakları, üretim tesisleri, yetkinlik için lisans ve patent vs. olabilir (Durak, 2011: 196).

1.4.4. Gerekli Kaynakları Temin Etmek

İç girişimsel faaliyetin gerçekleşmesi zaman, para, farklı bilgiye sahip gruplar gerektirir (Bessant ve Tidd, 2018: 232). Bu sebeple, bu aşamada, tespit edilen kaynakların temin edilmesi gerekmektedir. Bunun için de, dış kaynaklardan yararlanılabilir, finansman için yakınardan borç alınabilir, diğer borç kaynaklarından faydalanılır, öz sermaye kullanılabilir. Aynı zamanda, bu aşamada ihtiyaç duyulan nitelikli insan gücü, yöneticiler, finans sağlayıcıları da bulunmalıdır (Durak, 2011: 196).

1.4.5. Fikri Uygulamaya Sokmak ve Yönetmek

Sürecin beşinci aşamasında iç girişimci, fikri uygulamaya başlar, süreci ve elde edilen başarıyı izler. Bu süreçte tedarikçilere geri ödemeler yapılır. Bunun yanında yeni yatırımlar yapılarak girişimsel faaliyetin büyümesi sağlanır (Durak, 2011: 197).

1.4.6. Risk Almak

Risk almak girişimsel faaliyetlerin olmazsa olmazıdır. Fırsatların uygulamaya başlandığı anda risk almakta başlamış olur ve girişimsel faaliyetin her aşamasında da devam eder (Durak, 2011: 197). İç girişimcinin risk almasına yönelik olarak Pinchot (1985) ise iç girişimcilere tavsiyesinde af dilemenin izin istemekten daha kolay olduğunu unutmayın ve her gün işten kovulmak için istekli olun tavsiyelerinde bulunmaktadır (Carland, Colledge ve Carland, 2007: 85-86).

İnsanlar risk alarak bir fikri geliştirerek kişiler olabilmektedirler. Riskten kaçınan iklimlerde tedbirin ve kuşkunun hâkim olduğu düşünce tarzı mevcuttur. Bir organizasyonda risk alma çok düşük ise insanlar fikirlerini ileri süremez ya da sıradan ve güvenilir fikirler geliştirirler. Riskten kaçınan organizasyonlarda insanlar, sıkıldıklarından, düşük enerjili işlerden ve fikirleri uygulamaya geçirmek için izlenen yolların uzun ve sıkıcı olduğundan yakınır (Bessant ve Tidd, 2018: 282).

Dolayısı ile çalışanların iç girişimcilik davranışları sergileyebilmesi ve yeni fikirler geliştirip sunabilmesi için örgüt içinde riskten çekinmeyen bir iklim oluşturulması, iç girişimcilik sürecinin en önemli aşaması olarak değerlendirilebilir. Tarihsel süreçte

girişimcilik ve i girişimcilik adına yapılan tüm tanımlamalarda risk almaanın önemi açıkça vurgulanmıştır.

1.5. İ Girişimci

The American Heritage Dictionary of the English Language, i girişimciyi (intrapreneur) “büyük bir firma içinde bir fikri, risk alma ve yenilik yapma yoluyla karlı nihai bir ürüne dönüştürme sorumluluğunu üstlenen kişi” olarak tanımlamaktadır (Ağca ve Kurt, 2007: 85). İ girişimci faaliyetleri devam eden organizasyonlarda yenilikçi girişimler yapan ve bu girişimleri yapabilmek için riskleri göze alabilen kişilerdir (Başar, rper ve Tosunoğlu, 2013: 26).

İ girişimciliğin ön plana ıkışı Gifford Pinchot (1985) tarafından sağlanmıştır. Pinchot (1985) “Intrapreneuring: Why You Don’t Have to Leave the Corporation to Become an Entrepreneur.” (İ Girişimcilik: Bir Girişimci Olmak İçin şirketten Ayrılmak zorunda Değilsiniz) adlı kitabında i girişimciyi “inovasyona ve yaratıcılığa odaklanan ve bir hayali veya fikri, kurumsal ortam içinde faaliyet göstererek karlı bir girişime dönüştüren kişi” olarak tanımlar (Carland, Colledge ve Carland, 2007: 83). Pinchot (1985)’a göre bu tarzdaki kişiler yaratıcı ya da mucit olabildikleri gibi, bir fikri ya da düşünceyi karlı bir gerçeğe dönüştürebilen hayalperestlerdir (Pinchot, 1985: 18; Onay, 2010: 49). Onlar, karlı ürün ya da hizmetlerin arkasındaki kişilerdir. Ekip oluşturmada ve onların fikirlerini yönetmede oldukça başarılıdırlar (Ağca ve Kurt, 2007: 86).

İ girişimcilik sürecinin değer yaratması adına sürecin merkezinde yer alan i girişimciler; kk orta veya büyük ölçekli organizasyonlar içinde girişimsel faaliyetlerde bulunabilmektedir. İ girişimci, faaliyeti devam eden kurulu organizasyonlarda yönetimde, satışta veya üretimde yenilikçi yöntemler geliştirmektedir. Bu durum, kurulu bir düzeni olan organizasyonların vizyonunda yapılacak değişikliklerden yeni ve değişik kollarda faaliyette bulunma şeklinde olabilmektedir (Onay, 2017: 98-99).

İ girişimciler, i girişimcilik sürecinde, girişimcilik dünyasıyla organizasyon dünyalarını bir araya getirmek için çabalamakta olan, vizyon sahibi ve faaliyetteki bir organizasyonda girişimci iklimi oluşturma görevlerini üzerine alan kişilerdir. İ girişimcilerin düşünce ve hayalleri, yeni fikirlerini ve fırsatları, etkili, etkin ve verimli süreçlere dönüştürmektir. Dolayısı ile içinde bulunduğu organizasyon için gerekli olabilecek tüm fedakrlıkları yapmaktan ekinmez (Naktiyok, 2004: 64).

Pinchot'a göre iç girişimcinin genel özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Başar, Ürper ve Tosunoğlu, 2013: 28-29):

- İşletmede kaynakların kullanımında özgürlük ister, amaçlara yönelik çabalarda motivasyonunu kendi yapar ve başardıkları sonucunda takdir edilmek ister,
- Yaptığı işlerde kendine zaman sınırı koyar ve iş planlarını buna göre yapar,
- Girişimcilik özelliklerini ortaya çıkarabilmek için, faaliyette bulunduğu organizasyondan maddi ve manevi anlamda destek bekler,
- Özgüveni yüksektir. Organizasyonun sistemiyle ilgili kuşkuları mevcuttur. Bununla başa çıkabilme adına da kendilerine olan güvenleri sınırsızdır,
- Çalışma alanının kapsamı, örgüt içindekiler ve örgüt dışında kalan müşterilerdir,
- Aldığı riskler orta derecelidir. İşten atılmaktan korkmadığı gibi bunu küçük ve bireysel bir risk olarak değerlendirir,
- Pazar araştırmasını ve değerlendirmesini kendi yapar, statü sembollerinden hoşlanmaz, onun için en önemli güç özgürlüktür,
- Organizasyon içindeki düzen hakkında çok duyarlıdır, çevreyi iyi analiz eder ve bu konuda esnek ve geleceğe dönük düşünebilir,
- Yönetim konusunda farklı seçenekler ortaya çıkarır, ekip ruhu ve takım çalışmasını destekler,
- Herhangi bir konuda yapılan tartışmaları destekler, fikirlerini destekleyici koalisyonlar kurar,
- Kendi yaptıklarının doğruluğuna diğerlerini inandırmaya çabalar, inatçı ve ısrarcıdır,
- Risk almaktan korkmaz ve risk alır, özel olma, lider olma isteği vardır. Bunun yanında başarı isteği fazladır,
- Kontrol yeteneğine sahiptir ve problem çözme noktasında yeteneklidir,
- Hemen hemen her konuda araştırma ve sorgulama yapar, yenilikçidir

İç girişimcilerin faaliyetleri devam eden bir organizasyonda faaliyette bulunabilmeleri için hem girişimci hem de geleneksel yönetici özelliklerine sahip olmaları gerekmektedir. Kısaca iç girişimci, geleneksel yönetici ile girişimci arasında bir köprü görevinde bulunur. Dolayısı ile iç girişimcilik özelliklerinin bir kısmı geleneksel

yönetici ile diğer bir kısmı ise girişimci ile benzerlik gösterir. Bu doğrultuda Hisrich ve Peters (1998) tarafından oluşturulan geleneksel yönetici, girişimci ve iç girişimci özelliklerinin karşılaştırılmalı listesi Tablo 2’ de verilmiştir (Başar, Ürper ve Tosunoğlu, 2013: 27-28).

Tablo 2: Geleneksel Yönetici-Girişimci-İç Girişimci Özelliklerinin Karşılaştırması

	Geleneksel Yöneticiler	Girişimciler	İç Girişimciler
Temel Güdüler	Terfi etme ve diğer geleneksel kurumsal ödüller (makam, güç vs.)	Bağımsız olma, fırsat yaratma ile maddi kazanç	Bağımsız olma ve kurumsal ödül sağlama
Zamanı Yönlendirme	Kısa dönemlidir. Bütçenin ve kotaların gerçekleştirilebilmesi, haftalık, aylık, altı aylık ve yıllık gibi kısa dönemli planlamayla ilgilidir.	Orta ve uzun vadede ayakta kalabilme ve 5-10 yıllık bir dönem için işletmenin büyümesiyle alakalıdır.	Geleneksel yönetici ile girişimci arasındadır. Organizasyonun zaman çizelgesine ve durumun önemine bağlı olarak kendini kabullendirme daha önemlidir
Faaliyet	Direkt katılımdan ziyade, denetleme ve temsilci olma durumu söz konusudur.	Katılım direktir.	Temsilci olmaktan ziyade katılımın direk olması söz konusudur
Risk Durumu	Dikkatli	Risklerin kabul edilebilir olanlarını üstlenen	Risklerin kabul edilebilir olanlarını üstlenen
Statü	Statü sembollerine odaklanmış	Statü sembolleriyle herhangi bir ilgisi yok	Bağımsızlık isteğinde, kurumun geleneksel statü sembollerini önemsemeyen
Başarısızlık ve Hatalar	Başarısızlıktan ve hatadan kaçır	Başarısızlıkları ve hataları kabul eder üzerine gider.	Riski olan projelerin üzerine hazır olana kadar gitme
Kararlar	Çoğunlukla üstlerinin almış olduğu kararları kabullenme	Karar alırken hayallerini izleme	Hayallerini başarıyla diğer bireyleri ikna edebilme
Kimler İçin	Başkalarını memnun etmektedir.	Kendisini ve müşterilerini memnun eder	Kendisi, müşterileri ve sponsorları memnun eder
Aile Geçmişi	Aile bireyleri genellikle büyük organizasyonlarda çalışmıştır	Aile bireyleri küçük işletmeye veya çiftçilik geçmişine sahiptir	Aile bireyleri küçük işletmeye veya çiftçilik geçmişine sahiptir
Başkaları ile İlişki	İlişkinin temeli hiyerarşiktir	Temelinde karşılıklı ilişki ve anlaşma var	Hiyerarşi içinde karşılıklı ilişki var

Kaynak: Başar, Ürper ve Tosunoğlu, 2013: 27-28

Yukarıda yazan özellikler doğrultusunda Morris ve Kuratko (2002) iç girişimci için önemli olanın; yeni fikirlerin sayısal olarak fazla olması değil, fikirlerin değerlendirildikten sonra somut hale getirilmesi ve fikirlerin organizasyon içinde pazarlanabilmesi, bu süreçte oluşabilecek dirençlerin ortadan kaldırıp fikirlerin uygulanabilmesi olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda organizasyonlarda zor bulunan şey, hayallere sahip çalışanlar değil hayallerini gerçeklere dönüştüren çalışanlardır. Kierulff (1979) tarafından ise iç girişimcinin başarılı olabilmesi için güçlü bir başarı güdüsüne sahip olması, meraklı, ısrarcı, yaratıcı, rekabetçi, diğer çalışanlarla ile çalışabilme becerisi ve inatçılık gibi kişisel özelliklere sahip olması gerektiği vurgulanmıştır. Bu özellikler çerçevesinde iç girişimcinin örgütteki diğer kişilerle çalışmak, onları ikna etmek, yönlendirmek ve nihayetinde uzun ve meşakkatli bir iletişim sürecini yürütmek zorunda olduğu görülmektedir (Şeşen, 2010: 41).

1.6. İç Girişimcilik Boyutları

Girişimcilik eğilimi hemen hemen her organizasyonda mevcut olan bir eğilimdir. Ancak bu eğilim bazı organizasyonlarda yüksek olabilirken bazı organizasyonlarda çok düşük olabilmektedir. Çok büyük, hantal, heyecanını yitirmiş ve tutucu organizasyonlarda bile belirli bir düzeye kadar girişimsel davranışların olduğu gözlemlenmiştir. Bürokrasinin ve katı hiyerarşik yapının hâkim olduğu kamu kurumlarında bile oldukça yüksek seviyede girişimsel özelliklere sahip çalışanlar bulunmaktadır. Organizasyonlarda görülen girişimsel eğilim, organizasyonun girişimcilik özelliklerinin bazılarına sahip olduğunu gösteren bir olgudur. Bu girişimcilik özellikleri de girişimciliğin boyutları ile açıklanabilir (Ağca ve Kurt, 2007: 91).

Literatüre baktığımızda, Antoncic (2000) ve Antoncic ve Hisrich (2003) tarafından yapılan çalışmalarda iç girişimcilik yedi boyut ile kavramsal bir bütün olarak Tablo 3’de şu şekilde sınıflandırılmıştır (Ağca ve Kurt, 2007: 93-94).

Tablo 3: İç Girişimcilik Boyutlarının Sınıflandırılması

Boyutlar	Tanımlar	Kaynaklar
Yenilikçilik (inovasyon) (Innovativeness/innovation)	Yeni ürün, hizmet, süreç, teknoloji ve yöntemler yaratma süreci	Covin ve Slevin(1991); Lumpkin ve Dess(1996); Knight(1997); Antoncic ve Hisrich(2001); Morris ve Kuratko (2002). Miller ve Friesen (1983); Covin ve Slevin(1991); Lumpkin ve Dess (1996-2001); Hornsby vd.(2002); Morris ve Kuratko(2002); Antoncic ve Hisrich (2003) Miller ve Friesen (1983); Covin ve Slevin(1991); Lumpkin ve Dess(1996-2001); Knight (1997); Morris ve Kuratko (2002); Antoncic ve Hisrich (2003)
Risk Alma (Risk Taking)	Kaybetme olasılığı olmasına rağmen belirsizlik ortamında yeni fırsatları değerlendirerek yatırım kararları alabilme ve stratejik eylemde bulunabilme	Covin ve Slevin(1991); Lumpkin ve Dess (1996-2001); Hornsby vd.(2002); Morris ve Kuratko(2002); Antoncic ve Hisrich (2003) Miller ve Friesen (1983); Covin ve Slevin(1991); Lumpkin ve Dess(1996-2001); Knight (1997); Morris ve Kuratko (2002); Antoncic ve Hisrich (2003)
Proaktiflik (Öngörülü olma) (Proactiveness)	Basta üst yönetim olmak üzere, organizasyonun ilk girişimi öncü olarak baslatma eğilimi	Covin ve Slevin(1991); Lumpkin ve Dess(1996-2001); Knight (1997); Morris ve Kuratko (2002); Antoncic ve Hisrich (2003)
Özerklik (Otonomi) (Autonomy)	Bir kişinin, grubun veya organizasyonun bir vizyonu veya fikri ortaya çıkarmada ve onu başarmada sergilmiş olduğu bağımsızlık	Zajac vd. (1991); Lumpkin ve Dess (1996); Culhane(2003).
Yeni İş Girişimi Başlatma (New Business Venturing)	Mevcut organizasyonda yeni ürün, yeni is ve yeni özerk yada yarı özerk birimler/firmalar yaratma	Zahra(1991, 1993, 1995); Stopford ve Baden Fuller (1994); Zahra ve Covin (1995); Antoncic (2000); Antoncic ve Hisrich (2001)
Kendini yenileme/Stratejik Yenilenme (Self-renewal/Strategic Renewal)	Amacın ve stratejinin yeniden diazın edilmesi, kavramsal olarak işin yeniden tanımlanması, ya da reorganizasyon/organizasyonel değişim	Guth ve Ginsberg(1990) Zahra(1991, 1993) Stopford ve Baden-Fuller (1994); Antoncic (2000); Antoncic ve Hisrich (2001, 2003).
Rekabetçi Girişkenlik (Competitive Agressiveness)	Rakiplere yönelik pozisyonda girirken (saldırgan) olma ya da pazarda direk ve yoğun bir şekilde meydan okuma	Covin ve Covin (1990); Lumpkin ve Dess (1996); Antoncic (2000); Antoncic ve Hisrich (2003)

Kaynak: Ağca ve Kurt, 2007: 93-94

1.6.1. İnovasyon (Yenilikçilik)

İnovasyonla ilgili farklı araştırmacılar tarafından birçok tanımlama yapılmıştır. Yapılmış bu tanımlamaların genelinin çıkış noktası Schumpeter'in (1934) yapmış olduğu tanımdır. Schumpeter'e göre inovasyon (Kılıç ve Koçyiğit, 2017: 101):

- Yeni bir ürün ortaya çıkarılması,
- Üretimde yeni bir metodun ortaya çıkarılması,
- Yeni bir piyasanın kurulması,
- Üretimde yeni bir hammadde veya ara mal için kaynak bulunması,
- Özellikli bir piyasada yeni bir organizasyon oluşturulması, olarak beş farklı şekilde tanımlanmıştır.

Girişimciliğin temelini oluşturan inovasyon (Naktiyok, 2004: 177), büyümek yeni bir şeyler yapmak için fırsatları tanımlamak ve değer yaratmak için geliştirilen fikirleri uygulamaya geçirmektir. Merkezinde yaratıcı insan ruhu ve çevrede değişiklik yapma isteği olan inovasyon, bir organizasyonun hayatta kalması için zorunluluk olduğu gibi organizasyonu gitmeye çalıştığı yöne götüren stratejik bir kaynaktır. İnovasyon kendiliğinden oluşmaz ve girişimciler tarafından yürütülür (Bessant ve Tidd, 2018: 37).

İç girişimcilik kapsamında inovasyon, Antoncic (2007)'e göre, yeni bir ürün veya hizmet ortaya çıkarma ve yeni teknolojilerin yaratılması adına var olan bir boyuttur (Serinkan ve Arat, 2013: 81). Neely ve Hii (1998) ve Mueller ve Thomas (2000)'e göre inovasyon "yeni ve özgün bir fikrin oluşturulması ve pazarda talep ve rağbet gören ticari değere sahip bir ürüne dönüştürülmesi süreci" olarak tanımlanmıştır. İnovasyon mevcut ürünler ve hizmetler ile kaynaklarda ve süreçlerde yapılan değişiklikler ve geliştirilen orijinal fikirlerin ticarileştirilmesini kapsadığından, bu özelliği ile buluştan ayrışır (Alpkan, Ergün, Bulut ve Yılmaz, 2005: 177).

Mische'ye (2001) göre fırsat tanımlamanın, değer yaratmanın, rekabet avantajı sağlamanın ve değişim getirmenin yanında yeniliğin organizasyon için birçok faydası vardır. Bu faydalardan bazıları şunlardır (Mische, 2001: 129; Naktiyok, 2007: 215)

- Yenilik, performansı yüksek bir örgüt oluşturmak ve çevrenin yeniden dizayn edilmesi adına kullanılan temel tekniklerdendir.

- Yenilik, çalışanların motivasyonunu ve yeteneklerini geliştirir. Çünkü yeni ve yaratıcı herhangi bir şeyin içinde olmak ve eşsiz bir şey yapıyor olmak heyecanlıdır.
- Yenilik, öğrenmeyi ve bilgi paylaşımını teşvik eder. Yenilikçi organizasyonlar yeni fikir ve bilgileri her zaman paylaştığı gibi her zaman öğrenme eğilimi içindedirler.
- Yenilikçi organizasyonlar büyüme, gelişme ve mesleki farklılıklar için çalışanlarına özgürlük sağlar. Bu süreçte yapılacak keşifleri, öğrenmeyi, kişisel gelişimi ve stratejik değişimle ilgili olarak deneyimleri, hızlılığı, işbirliğini ve muhtemel bir başarısızlığa karşı hoş görülme olmayı teşvik eder.

Antoncic ve Hisrich (2003) tarafından firma seviyesinde yenilikçiliğin bir tarafının ürünlerle ve hizmetlerle ilgili muhtemel yenilik alanları; dünya ve pazar için yeni bir ürün-yeni hizmet, firma üretim hattında yeni bir ürün-yeni hizmet, yeni bir ürün ya da yeni hizmet hattı, ürün iyileştirme, mevcut ürün ya da hizmet için yeni kullanım alanı bulma ve mevcut ürün veya hizmetlerin pozisyonunda yenilik olarak belirlenmiştir. Yenilikçiliğin diğer tarafını ise bir fonksiyon ya da görevin başarıya ulaşması için yeni ve daha iyi yöntemlerin bulunması oluşturmaktadır (Ağca ve Kurt, 2007: 93-94). Kısaca ürün ve hizmetlerde yapılan inovasyon, şirketlerin sunduğu nihai ürün veya hizmetteki bir yeniliği yansıtırken, diğer taraftan süreçlerde yapılan inovasyon ise şirketlerin ürün ve hizmet üretme biçiminde yapılacak bir yeniliği temsil etmektedir (Killa, 2017: 80).

Bugün pek çok firmanın yenilikçi süreçler kullanarak sıradan ve standart ürünlerde bile rekabet üstünlüğü sağladığı görülmektedir. Bunun ise süreçlerde yeniliğe gitmekten, kalite artırımından, düşük maliyetten, hızlı üretim ve dağıtımdan kısaca daha iyi müşteri hizmetlerinden kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Bu bakış açısı ile iç girişimciliğin inovasyon boyutunun, ürün/hizmet yenilikleri ile süreçlerdeki teknolojik yenilikleri kapsadığı söylenebilir. Dolayısıyla, bu kavramın bazı araştırmacılar tarafından ürünlerle ilgili yenilikler ve teknolojiyle ilgili yenilikler olarak sınıflandırıldığı görülmektedir. Dess ve Lumpkin (1997) tarafından bu sınıflandırma, ürün-pazar yeniliği ve teknolojik yenilik olarak yapılmıştır. Ürün-pazar yeniliğinin, ürün dizaynı, pazar araştırması, reklam ve promosyonu içerdiği ifade edilirken, teknolojik yeniliğin ise ürün ve süreç geliştirme, mühendislik, araştırma geliştirme, teknik uzmanlık ve sektörün bilgisine yoğunlaşma olduğu ifade edilmektedir. Yapılmış sınıflandırmalarda araştırmacılar tarafından inovasyon sahasının geniş olduğu ve pek çok biçimi olduğu kabul edilmektedir (Ağca ve Kurt, 2007: 94).

İç girişimcilik, organizasyonlar için yeni bir değer yaratmak anlamına gelmekte ve yeni değerler ise; mevcut pazarlar için yeni faaliyetler veya yeni pazarlar için, yeni ürün ya da yeni hizmet veya süreçlerin geliştirilmesi ile oluşabilir. Değer yaratmak ayrıca organizasyonların yenilik, risk ve yenilenme çabaları ile bağlantılıdır. Ancak yeni bir değer yaratmaktan önce odaklanılması gereken husus yaratıcı süreçtir. Yaratıcı süreç, fırsatları takip eden organizasyonların bütün süreçlerinde olmalıdır. Yaratıcı süreçler, fırsatların bulunması ve tanınması, bilgi ve kaynakların tespit edilerek ve biriktirilmesi gibi birçok adımı zorunlu kılmaktadır. Organizasyonlar bireysel veya grup olarak yenilikçi ve yaratıcı bireylerin bu süreçlerin oluşumuna katkısı önemlidir (Onay, 2017: 106).

İnovasyonun sağlık sektörü için de önemi büyüktür. Sağlık hizmetleri sunumunun merkezinde insan olduğundan inovasyonun nihai kullanıcısı da insandır. Bu maksatla özellikle sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişimler insanın yaşamını da doğrudan etkilemektedir (Avcı, 2017: 27; Ökem, 2011: 43-44). Yeni bulunmuş bir tedavi, teşhis metodu, tıbbi cihaz veya ilaç insanlar için fayda sağlarken sağlık organizasyonları için rekabet gücüne destek ve sağlığın gelişimine de katkı sağlayacaktır.

1.6.2. Risk Alma

Smejkal ve Raise'a (2006) göre risk; başarısızlık olasılığı, sonuçların değişkenliği veya başarıların belirsizliği, herhangi bir sonucun beklenen sonuçtan farklı olması ihtimali, hedefin negatif varyasyon tehlikesi (net risk); zarar ya da kar olasılığı (spekülatif risk), varlıklar ve değer oynaklığından kaynaklanan belirsizlik (yatırım riski) ve bir sistem güvenlik açısından gelişen bir tehdidin ortaya çıkma olasılığı olarak tanımlanmıştır (Kozubíková vd., 2017: 223).

Risk alma, girişimcilik yöneliminin dolayısıyla iç girişimciliğin önemli boyutlarından biri olarak kabul edilmektedir. Girişimcilik bağlamında “risk alma”, “sonuçları belirsiz olan ve başarısızlık maliyetinin yüksek olabileceği değerlendirilen projelere, fikirlere veya süreçlere kaynak sağlama konusundaki isteklilik” olarak ifade edilir (Covin ve Wales, 2012: 694).

İç girişimci tarafından ortaya atılmış fikirlerin olası bir başarısızlıkla sonuçlanması, yapılan yatırımın, harcanan zaman ve emeğin, bu nedenle kaçırılan diğer fırsatların tüm sorumluluğunun iç girişimciye yüklenmesine neden olabilir. Bundan dolayı iç girişimci

risk alırken aldığı risk sonucunda ortaya çıkan tüm olumsuzluklara da katlanabilmelidir (Berk, 2016: 9).

Girişimcilikte risk, sonuçların belirsizliğinden kaynaklanmaktadır (Covin ve Wales, 2012: 694). Belirsizliğin ise bilgi birikiminin çok yönlü olmasıyla önlenebileceği söylenebilir. Girişimsel faaliyetlerde başarıya ulaşan girişimciler sahip oldukları bilgi, tecrübe ve önsözleriyle risk almayı tercih ederler. Bu risk körü körüne alınmış bir risk değildir. İç girişimciler, nerede risk alacağını bilen, süreç içerisinde ortaya çıkan belirsizliklerle mücadele ederken karşısına çıkacak sorunları ortadan kaldırmayı başarabilen kişilerdir (Berk, 2016: 9-10).

1.6.3. Proaktiflik (Öngörücü Olma)

Türk Dil Kurumu (TDK) Yöntembilim Terimleri Sözlüğüne göre proaktiflik (öngörücü olma) “Bir olay, durum ya da sonucu henüz gerçekleşmeden, sağduyusal ya da sezgisel ipuçlarına dayanarak önceden kestirme yeteneği” olarak tanımlanmıştır (Sencer, 1981: 106).

Lumpkin ve Dess (2001) tarafından proaktiflik, gelecekteki piyasa talebinin beklentisini tahmin edip rekabet oluşmadan önce harekete geçmeyi bunun için fırsat aramayı vurgulayan bir boyut olarak tanımlanmıştır (Kreiser vd., 2013: 275).

Lieberman ve Montgomery (1988) ise bir piyasa fırsatından yararlanmak için en iyi strateji olarak, ilk olmanın avantajının önemli olduğunu vurgulamıştır. Piyasada ilk olmak yüksek karları da beraberinde getirir. Bu doğrultuda, piyasada yeni fırsatları öngörüp takip etmek ve gelişmekte olan pazarlara katılarak inisiyatif almak girişimciliğin alt boyutu olan proaktiflik olarak adlandırılmaktadır (Lumpkin ve Dess, 1996: 146).

Covin ve Slevin (1986) proaktiflik kavramını, “Yeni ürünlerin veya hizmetlerin, işletme teknolojilerinin ve idari tekniklerin piyasaya sürülmesi ve bu tür önemli iş alanlarında örgütlerin rakiplerini takip etmekten ziyade, piyasada lider olma çabaları” olarak ifade etmişlerdir. Bu anlamda proaktif olma inisiyatif ve risk alma ile üst yönetimin yönelimleri ve faaliyetlerine yansıyan rekabetçi ve cesur davranışları içerir (Antoncic, Hisrich, 2001: 499).

Literatürde yapılmış tanımlamalar incelendiğinde iç girişimcilerin proaktif olması, rekabet avantajının sürekliliği için inisiyatif olarak fırsatlara odaklanması ve bu

fırsatların değerlendirilmesi, aynı zamanda piyasada mevcut yeni ihtiyaçları bulup, bu ihtiyaçları karşılayacak yeni ürün ve hizmet fikirlerinin oluşturulabilmesi olarak tanımlanabilir (Serinkan ve Arat, 2013: 86).

1.6.4. Özerklik (Otonomi)

Özerklik, bir bireyin veya bir ekibin bir fikri ya da vizyonu ortaya koyma ve tamamlanma aşamasına getirme konusundaki bağımsız hareketleridir. Genel olarak, iç girişimci için fırsat arayışında kendi iradesiyle kendi kendini yönetme yeteneği olarak ifade edilebilir. Örgütsel bağlamda ise, boğucu örgütsel kısıtlamalardan arındırılmış eylemi ifade eder (Lumpkin ve Dess, 1996: 140).

Girişimci tutumlar ve kültür üzerine yapılan araştırmalarda, özellikle girişimcilik niyetlerinin ve girişiminin motivasyon kaynağı olarak özerkliğin veya bağımsızlığın önemli olduğu görülmektedir. Stam vd. (2016), Berglund, Sevent ve Strand (2015) tarafından yapılmış çalışmalarda, organizasyon içinde çalışanlara sağlanan özerkliğin çalışanlara ücretten ziyade daha yüksek memnuniyet ve refah sağladığı ve işyerindeki özgürlüğün çalışanların aradığı şey olduğu ifade edilmektedir. Bu doğrultuda, diğer iç girişimcilik boyutlarının gerçekleşebilmesi için öncelikle özerkliğin başarılması önemli bir ön koşuldur (Baluku, Kikooma ve Otto, 2018: 474).

Organizasyon içerisinde iç girişimciliğin var olabilmesi için, yaratıcı ve yeni fikirlerin olması gerekmektedir. Bundan dolayı organizasyon içerisinde bireylerin ve takımların özgür bırakılması önem arz etmektedir. Bu bağımsızlık için girişimcilik faaliyetleriyle ilgili olarak akademik yazından özellikle özerk davranışların öneminin vurgulandığı görülmektedir. Organizasyon içerisinde yeniliklerin ortaya çıkarılabilmesi ve bunların başarılı bir ürüne dönüşebilmesi için, çalışanların yaratıcılık davranışlarının desteklenmesi, yenilikçi fikirler için cesaretlendirilmeleri ve hata yapmaya bağlı korkularının ortadan kaldırılması gerekmektedir. Kısacası çalışanlara özerklik tanınması gerekmektedir (Bulgurcu Gürel, 2010: 50-51).

1.6.5. Yeni Girişimler Başlatma

İç girişimcilik boyutlarından yeni girişimler başlatma boyutu, firmaların ürünlerini, yeni mal ve hizmetlere dönüştürerek veya yeni pazarlar oluşturarak yeni işlerin kurulması olarak tanımlanmaktadır (Shafique ve Kalyar, 2018: 3). Antoncic ve Hisrich (2001) tarafından, iç girişimciliğin en önemli boyutlarından bir tanesi olarak açıklanmaktadır.

Çünkü sonuçlar daha kolay gözlemlenebilir. Bu sonuçlar organizasyonun ürün ve hizmetlerinde yapmış oldukları yeniden tanımlamalar ve organizasyonun yeni pazarlara yönelmesidir (Serinkan ve Arat, 2013: 88).

Yeni girişimler başlatma boyutu, büyüklükten bağımsız olarak tüm kuruluşlar için, özerklik düzeyine bakılmaksızın organizasyon içindeki mevcut ürünler veya pazarlarla ilgili yeni işlerin oluşturulmasını ifade eder (Antoncic, 2007: 311). Başka bir tanıma göre faaliyetleri devam eden organizasyonlarda yeni ürünler, yeni işler ve yeni özerk birimlerin oluşturulması (Zeren, 2012: 101) olarak tanımlanan “yeni girişimler başlatma boyutu” bu tanımıyla iç girişimciliğin diğer boyutlarıyla bütünleşik olarak ele alınması gereken bir boyut olduğunu göstermektedir.

Nitekim literatür incelendiğinde Antoncic (2000) ve Antoncic ve Hisrich (2003) tarafından yeni girişimler başlatma boyutu diğer iç girişimcilik boyutlarından olan proaktiflik, yenilikçilik, kendi kendini yenileme ya da stratejik yenilenme, rekabetçi girişimcilik ve risk alma boyutlarıyla birlikte ele alındığı görülmektedir. Bu doğrultuda “yeni girişimler başlatma” boyutunun iç girişimciliğin diğer boyutları ile ayrı ele alınması mümkün olmamaktadır. Çünkü organizasyon içerisinde yeni girişimler başlatılması aşamasında iç girişimciliğin “yenilikçilik”, “proaktiflik”, “risk alma”, ve “özerklik” boyutlarının sürekli gündemde olması gerekmektedir. Ayrıca “yeni girişimler başlatma” boyutunun, iç girişimciliğin diğer boyutlarından “kendi kendini yenilemek ya da stratejik olarak yenilenmek” ve “rekabetçi girişimcilik” boyutlarını gerçekleştirmeye yönelik yapıldığı da göz önünde bulundurulmalıdır (Ağca ve Kurt, 2007: 97).

1.6.6. Stratejik Yenilenme

Kendi kendini yenileme ya da stratejik olarak yenilenmek boyutu, organizasyonların fikirlerinin yenilenmesi yoluyla dönüşümü yansıtmaktadır. Stratejik ve örgütsel değişim çağrışımlarına sahiptir ve iş kavramının yeniden tanımlanmasını, yeniden yapılanmayı ve yenilik için sistemsel değişikliklerin yapılmasını içermektedir (Antoncic ve Hisrich, 2001: 498).

Kendi kendini yenilemek ya da stratejik olarak yenilenmek, organizasyonların oluşturdukları ana amaçları yeniden tanımlayarak bir dönüşümünü ifade etmektedir. Bu dönüşüm, aynı zamanda iş fikrinin yeniden tanımlanması, yeniden yapılanması ve sitemin yeniden tasarlanması da dâhil olmak üzere stratejik ve radikal bir değişimi içermektedir. Kendi kendini yenilemek ya da stratejik olarak yenilenmek,

organizasyonların işinde, kurumsal stratejisinde ve hiyerarşisinde de önemli değişiklikler yapılan iç girişimsel bir çabadır (Shafique ve Kalyar, 2018: 3).

Organizasyonların kendini yenilemeleri ya da stratejik olarak yenilenmeleri; bir yandan organizasyonun yapısında, sistemin süreçlerinde, nihai ürün ve hizmetlerde yenilik yapmaları anlamına gelirken, diğer yandan da yeni stratejilerin belirlenmesi ve yeni fikirler geliştirilmesi yoluyla kökten bir yenilik yapılması anlamına gelmektedir. Dolayısıyla Organizasyonların kendini yenilemeleri ya da stratejik olarak yenilenmeleri, proaktif hareket edebilmeyi, değişen pazar ihtiyaçlarına yeterli ve hızlı bir şekilde cevap verebilmeyi mümkün kılarken, rekabetin yoğun olduğu ortamlarda sürdürülebilir rekabet avantajını elde tutmayı sağlamaktadır (Serinkan ve Arat, 2013: 90).

1.6.7. Rekabetçi Girişimcilik

Rekabetçi girişimcilik, bir organizasyonun pazara ilk girişinde veya pazarda daha iyi bir pozisyon elde etmek için rakiplerine doğrudan veya yoğun bir şekilde karşı koyma eğilimi olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla rekabetçi girişimcilik organizasyonların pazardaki rakiplerine nazaran daha iyi performans sergilemesi için gereklidir. Bu tanımlama doğrultusunda rekabetçi girişimcilik iç girişimciliğin proaktiflik boyutu ile benzer özellikler göstermektedir. Ancak her iki boyut birbirinden farklıdır. Proaktiflikte organizasyonlar tarafından yeni fikirler geliştirilerek pazarda öncü olmaya odaklanılırken, rekabetçi girişimcilikte pazarda oluşabilecek tehditlerin önüne geçmek ve rakiplerin zayıflıklarından faydalanarak yüksek katma değere odaklanma söz konusudur (Lumpkin ve Dess, 1996: 148).

Rekabetçi girişimcilik rekabet piyasasında rakiplere karşı üstünlük kurmak için geliştirilmiş bir davranıştır. İşletmeler rakiplerine karşı sürdürülebilir rekabet avantajını elde tutmak için onları pazarlarına girerek aynı ya da benzer ürünleri daha uygun fiyatlara satabilirler. Ayrıca, değişen tüketici ihtiyaçlarına yönelik ürün çeşitliliğini artırabilir ya da sunulan hizmette ve üründe iyileştirme ve geliştirmeler yaparak müşterilerin memnuniyetini artıracak faaliyetlerde bulunarak rekabetçi girişimcilik göstermektedir. Bu sayede rakip firmaları devre dışı bırakabilirler. Bu da rekabetçi girişimcilikle sağlanmaktadır (Serinkan ve Arat, 2013: 91).

1.7. İç Girişimciliği Etkileyen Faktörler

Gautam ve Verma (1997) ile Basım, Şeşen ve Meydan (2009) tarafından yapılan çalışmalarda iç girişimciliği etkileyen faktörler bireysel, örgütsel ve çevresel faktörler olmak üzere üç temel başlıkta toplanmıştır (Meydan, 2011: 28). Organizasyon içinde iç girişimci davranışların var olabilmesi bu bireysel, çevresel ve örgütsel faktörlere bağlıdır (Şeşen, 2010: 1).

Yenilikçi olmaya kapalı kültüre sahip olan bir organizasyon veya bu şekilde bir yöneticilik/liderlik anlayışına karşı iç girişimci davranışlarının varlığı pek de mümkün olmamaktadır. Bunlara ek olarak başarı isteği olmayan, içine kapanmış, dış kontrol odaklı ve antisosyal olan bireylerin iç girişimci davranışlar sergilemesi beklenemez. Dolayısı ile organizasyonlar için büyük öneme sahip olan iç girişimci davranışın bireysel, çevresel ve örgütsel faktörlerini bütüncül bir yaklaşımla ortaya koymak, bireylerin iç girişimci davranışlarının çıktılarını incelemek, rekabet avantajını elde tutmak isteyen organizasyonlar için önem arz etmektedir (Şeşen, 2010: 1).

1.7.1. Bireysel Faktörler

Organizasyonda etkililiğin önemli bir belirleyicisi konumundaki iç girişimci davranışlar var olabilmesi bireyin kendi kişisel faktörlerinden etkilenmektedir. Dolayısıyla girişimci davranışlar gösterecek bireylerin, bazı bireysel özelliklere sahip olmalarının ve çalıştıkları işyerine yönelik duygu ve düşüncelerinin önemli olduğu ortaya çıkmaktadır (Meydan, 2011: 196).

Organizasyon içerisinde içindeki bireylerin davranışları üzerinde etkiye neden olabilecek bireysel faktörler değerlendirildiğinde, bireylerin kendi özellikleriyle alakalı olan, diğer bireylerden ayırt edici olan kişilik kavramı ön plana çıkmaktadır. İç girişimsel davranışta “kişilik” bireylerin duygu ve düşünceleri ile tutum ve davranışları üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Meydan, 2011: 196).

İç girişimcilikte kişilik “yaşam tarzı” olarak kabul edilmektedir. Bireylerin psikolojik, biyolojik ve genetik yapısı ile paylaşımsal ve davranışsal yaklaşımlar da bireylerin kişilik özelliklerinin girişimcilik ile bütünleşmesini sağlar (Apak, Taşçıyan ve Aksoy, 2010: 91).

İç girişimcilikte bireylerin kişilik özellikleri büyük öneme sahiptir. Literatürde, bazı girişimcilerin fikir ve çaba eksikliğinden dolayı yaşadıkları başarısızlığın nedenleri

olarak, yönetim, kontrol, finans ve yönetim alanlarında yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarından kaynaklandığı bulunmuştur. Kısaca, bu başarısızlığın nedeni olarak belirli girişimsel becerilere karşı, bireylerin kişilik özelliklerinin yetersiz olmasından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır (Jansen ve Wees, 1994: 35).

Örneğin kişilik özelliklerinden sayılan zekâ iç girişimci için pasif bilgi ile sınırlı olmamalıdır. Girişimci birey için zekâ yeni bir şeyler tasarlamak için aktif olarak uygulamaya dönüştürülürse, tasarlanan yeni fikir uygulanabilir olursa anlamlı hale gelir (Jansen ve Wees, 1994: 35).

1.7.2. Çevresel Faktörler

Organizasyonlar ile faaliyette buldukları çevre arasında karşılıklı bir etkileşim vardır ve organizasyonlar bu çevrede yaşarlar. Dolayısıyla organizasyonlar ile çevre arasındaki karşılıklı etkileşim ve çevreye olan bağımlılık nedeniyle dış çevrede meydana gelen değişimler, organizasyonları da etkilemektedir. Bu durumda organizasyonların varlıklarını koruyabilmeleri ve organizasyon içindeki iç girişimcilik faaliyetlerini geliştirebilmeleri, sürdürülebilirliğini sağlamaları için organizasyonların veya çalışanların, kendilerini etkileyebilecek tüm çevre koşullarını göz önünde bulundurması ve çevreye uyum sağlamaları gerekmektedir (Serinkan ve Arat, 2013: 95).

Organizasyonların faaliyette buldukları çevrenin özellikleri, aynı zamanda iç girişimciliğin de belirleyicisi konumundadır. Çünkü iç girişimcilik, dış çevrenin analiz edilmesi sonucu tespit edilen bir fırsat ile başlar. Çevreden etkilenen ve aynı zamanda çevreyi de etkileyebileceğini düşünen girişimciler, girişimcilik faaliyetlerini, çevresel belirsizlikten faydalanarak güçlü bir stratejik pozisyonda olmak için yaparlar (Naktiyok ve Bayrak Kök, 2006: 82-83).

Organizasyonlar için çevre dinamiklik ve heterojenlik gibi boyutlarla karakterize edilen bir belirsizlik unsuru olarak görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda, ileri teknoloji veya dinamik çevrelerde faaliyette bulunan işletmelerin, risk alma, yenilikçilik ve proaktif olma gibi stratejik yollarla rekabet piyasasının zor koşullarının üstesinden geldikleri ortaya konulmuştur. Bu doğrultuda Zahra ve Coven (1995) tarafından yapılmış bir çalışmada rekabetin yoğun olduğu belirsiz ve heterojen bir çevrede faaliyette bulunan girişimsel özellik sergileyen işletmelerin yüksek performans gösterdikleri ortaya konulmuştur (Ağca ve Kurt, 2007: 103).

Ağca ve Kurt (2007) tarafından yapılan bir çalışma sonucunda, işletmeleri iç girişimcilik faaliyetleri göstermeye “çeken” elverişli çevresel unsurların “çevresel dinamizm”, “teknolojik fırsatlar”, “sektördeki büyüme algılaması” ve “yeni ürünlere olan talep” faktörleri olduğu değerlendirilirken, işletmeleri iç girişimcilik faaliyetleri göstermeye “iten” saldırgan ve elverişsiz çevresel unsurların ise “çevredeki elverişsiz radikal değişimler” ve faaliyette bulunan sektördeki üreticilerden kaynaklanan “yoğun rekabet” faktörleri olduğu değerlendirilmiştir.

1.7.3. Örgütsel Faktörler

Alan yazında iç girişimciliği etkileyen faktörlerin neler olabileceğine dair yapılmış çalışmalar incelendiğinde iç girişimci ve iç girişimcinin girişimsel çabalar gösterdiği organizasyon ortamına odaklanması gerekliliğinin önemli olduğu görülmektedir. Çünkü faaliyette bulunan bir organizasyonun ortamı iç girişimcilik için gerekli fırsatçı ortamın oluşmasını etkilemektedir. Bundan dolayı, iç girişimciliğin oluşumunu etkileyen örgüt içi faktörlerin bilinip anlaşılması önem arz etmektedir (Ağca ve Kurt, 2007: 101).

Antoncic ve Zorn (2004) benzer şekilde iç girişimcilik üzerine yapılan araştırmalarda örgüt içi faktörlerin, iç girişimciliği ortaya çıkarmada ve teşvik etmede önemli bir rol üstlendiğini ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda organizasyonun kültürü, yapısı, yönelimi ve örgüt içindeki yönetsel destek gibi örgütsel faktörlerin iç girişimcilik faaliyetleri üzerinde doğrudan etkiye sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca, uygun bir ödüllendirme sistemi, yönetim desteği, uygun kaynakların temini, işte takdir edilme ve destekleyici bir örgüt yapısı gibi birtakım örgütsel faktörlerin iç girişimcilik üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bu faktörlerin anlaşılıp benimsenmesi ve aynı zamanda bunların örgüt içinde yöneticiler tarafından nasıl algılandığı da iç girişimcilik başarısı açısından önem arz etmektedir (Bulgurcu-Gürel, 2010: 19-20).

İç girişimciliğin bir organizasyonda başarılı olabilmesi adına yapılmış çalışmalarda araştırmacılar; (Guth ve Ginsberg, 1990; Zahra, 1991; Covin ve Slevin, 1991; Lumpkin ve Dess, 1996; Antoncic ve Hisrich, 2001) tarafından örgütsel özelliklerin “işsel iletişim”, “biçimsel kontrol mekanizmaları”, “çevreyi tarama yoğunluğu”, ödül ve teşvik sisteminin de yer aldığı “organizasyonel ve yönetsel destek” ve “organizasyonel değerler” olduğu belirlenmiştir (Ağca ve Kurt, 2007: 102).

1.8. Sağlık Organizasyonlarında İç Girişimciliğin Önemi

Günümüz koşullarında iş yaşamı ve rekabet koşulları hızlı bir şekilde değişmektedir. Değişen koşullara sağlık kurumları ve çalışanlarının uyum sağlaması son derece önemlidir. Sağlık çalışanlarında inovatif düşünce yaklaşımlarından biri olan iç girişimcilik yaklaşımının varlığı ilgili sağlık organizasyonuna dinamik, sürekli gelişen ve stratejik bir avantajı da beraberinde getirecektir. Değişen piyasa koşullarına ayak uyduramayıp kendini yenileyemeyen organizasyonlar rekabet etme becerisini de elinde tutamayacaktır. Bu durum özellikle hizmet yoğun sektörlerden biri olan sağlık hizmetlerinde büyük bir öneme sahiptir.

Özellikle sağlık hizmeti alan hastaların, sağlık çalışanları ve aldıkları hizmetlerden memnuniyetinin hizmet kalitesi açısından önemli bir unsur olduğu günümüzde, faaliyetleri devam eden sağlık organizasyonlarının inovatif düşünmesini mecbur kılmaktadır. Bu nedenle sağlık organizasyonlarında iç girişimcilik yaklaşımının sağlık kuruluşlarına ve çalışanlarına benimsetilmesinin önemli olduğu değerlendirilmektedir.

Tüm organizasyonlar gibi sağlık hizmeti sunan hastanelerde, başarıya ulaşma ve başarının sürekliliğinin sağlanması için organizasyon içindeki çalışanların katkılarına ihtiyaç duyulmaktadır (Ekiyor ve Karagül, 2016: 17). Bundan dolayı sağlık çalışanlarının girişimci faaliyetlerde bulunması önem arz etmektedir.

Bostancı ve Ekiyor (2015) tarafından yapılmış “Çalışanların İşe Adanmasının Örgüt İçi Girişimciliğe Etkisinin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama” isimli çalışmada sağlık kurumları için iç girişimciliğin önemsenmesi gerektiği ve hatta sağlık çalışanlarının görev tanım formlarına eklenmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca çalışanların girişimsel faaliyetlerde bulunabilmesi için hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim planlamalarının içeriğine iç girişimciliğin dâhil edilerek çalışanların girişimsel davranışta bulunabilmesi için eğitilmesi gerektiği belirtilmiştir (Bostancı ve Ekiyor, 2015: 49).

Diğer organizasyonlarda olduğu gibi sağlık organizasyonlarında da iç girişimcilik sayesinde organizasyonun enerjisi pozitif yönde tutulabilir ayrıca bu sayede çalışanların motivasyonu artırılabilir. İç girişimcilik, bireylerin yaratıcılık kabiliyetlerini geliştirirken işletme verimliliğine de olumlu bir etki yapar. Bunun yanında organizasyonun faaliyette bulunduğu piyasada yeniliklere karşı kolay uyum sağlamasını ve hatta yeniliklere öncülük etmesini sağlayabilir (Ekiyor ve Karagül, 2016: 22).

Rekabetin şiddetli olduğu, belirsizliğin hâkim olduğu ortamlarda, rekabetin sürdürülebilir olması yenilikçi düşünce ve bunu uygulama ile sağlanabilir. Çünkü sadece yenilikçi düşünen organizasyonlar değişen şartlara uyum sağlayarak müşteri bağlılığını artırıp rekabet edebilme becerisini elde tutabilir. Bir organizasyonun yenilik yapmasında en önemli etken iç girişimciliktir. İç girişimcilik sayesinde ortaya çıkan ürün, süreç, teknoloji ve sistem aracılığı ile sağlanmış olan sürdürülebilir yenilikçilik organizasyonlara rakipleri karşısında avantaj sağlar (Zahra ve Covin, 1995: 47; Naktiyok ve Bayrak, Kök, 2006: 80).

Son yıllarda sağlık kuruluşları, yenilikçi düşünerek hasta ihtiyaçları ve tercihlerine odaklanarak kaliteyi arttırmaya çalışmaktadır. Günümüzde hekim merkezli yaklaşımdan hasta merkezli yaklaşıma geçilmektedir. Bu nedenle sağlık kuruluşları için hasta merkezlilik inovatif bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda bundan sonraki bölümde sağlık hizmetlerinde güncel inovatif yaklaşım olan hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım hususlarından bahsedilecektir.

BÖLÜM 2: HASTA MERKEZLİLİK VE HASTA MERKEZLİ BAKIM

Araştırmanın bu bölümünde ilk olarak hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım kavramı, sonrasında hasta merkezli bakımın olumlu ve olumsuz yönleri, hemşirelikte hasta merkezli bakım, hasta merkezli bakımın öngündeki engeller, hasta merkezli bakım modelleri ve boyutlarına yönelik olarak alan araştırması yer almaktadır.

2.1.Hasta Merkezlilik

Hasta merkezli yaklaşım, Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Bilim Akademileri Tıp Enstitüsü tarafından kaliteli sağlık hizmetinin altı özelliğinden biri olarak tanımlanmıştır (WHO, 2007: 5).

Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu (2010), hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesi ile hasta merkezli sağlık bakımının anlaşılmasının, hastaların ihtiyaçlarının daha iyi tespit edilerek karşılanacağını ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinde daha iyi sağlık sonuçlarına yol açacağını belirtmiştir. Bu bağlamda Güney Afrika tarafından belirlenen kamu politikaları ile de kısaca vatandaşlarına aldıkları kamu hizmetlerinin düzeyi ve kalitesi hakkında danışılması ve mümkün olan yerlerde sunulan hizmetler hakkında hastalar tarafından bir seçim yapılabilmesi sağlanmıştır. Bu anlamda her üç kıtada hasta merkezli yaklaşım benimsenerek küresel bir anlam kazanmıştır (Jardien-Baboo, Rooyen ve Ricks, 2016: 398; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010: 5).

Günümüzde kaliteli bakım ve hasta güvenliği ihtiyacını ele almak için çok sayıda çalışma yürütülmekte ve sağlık hizmetleri, odak noktalarını hastaların özel ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı, güvenilir, hasta merkezli yaklaşımlara dönüştürmektedir. Sağlık hizmetindeki bu dönüşüm süreci, hastayı meslekler arası ekibin ayrılmaz bir üyesi olarak kabul ederek şefkatli bir bakım sunmayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşımda hastalar tüm hizmetlerin merkezinde yer alırken, sağlık profesyonelleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlık hizmetleri gereksinimlerini hastaların perspektifinden ele alarak sağlık hizmetleri sunumunda hasta ile ortaklıklar geliştirerek gerçek ve işbirlikçi ilişkiler kurmaktadır (Bankert, Lazarek LaQuay ve Joseph, 2014: 162).

Sağlık alanında yapılan niteliksel çalışmalarda elde edilen sonuçlar, hastalara yüksek kaliteli bakım sunmak için ihtiyaç duyulan temel bileşenlerin; hasta ihtiyaçlarına cevap vermek, bakımı bireyselleştirmek, hastaları saygıyla tedavi etmek, hastaları durumları ve tedavileri konusunda bilgilendirmek ve hastaları karar vermeye dâhil etmek olduğunu göstermektedir (Sidani, Epstein ve Miranda, 2006: 118). Hasta merkezli yaklaşımın temelini oluşturan bu bileşenler, hastaların tedavi bakım süreçlerinde aktif rol almak istediğinin bir göstergesidir. Hasta merkezlik, yüksek kaliteli bakımın ve hasta güvenliğinin temel bileşenidir. Hatta hasta merkezlik kendi başına bir kalite alanı olarak kabul edilmektedir (Luxford, Safran ve Delbanco, 2011; Renedo ve Marston, 2015: 2; Hwang, 2015: 47).

Hasta merkezli yaklaşımda, yalnızca hekimin, hasta üzerinde bir otoritesi söz konusu değildir. Aksine hastalara sorunlarını ifade etmeleri noktasında ihtiyaç duydukları süre verilir. Hastalar, düşüncelerinde merak ettikleri tüm soruları sormaları için desteklenir. Şikâyetleri ve sağlık durumları hakkında detaylı sorular sorularak hastaların hastalıklarıyla ilgili algılarının tümü öğrenilmeye gayret edilir. Bu sırada hekim hastalığın ne olduğunu düşünürken, diğer yandan hastalığın hasta açısından nasıl anlaşıldığını ve hastanın sosyal yaşantısında ne gibi değişikliklere sebep olduğunu araştırır. Hasta merkezli yaklaşımın amacı hastalığı tedavi etmek değil hastayı tedavi etmektir (Şahin ve Artıran İğde, 2014: 39).

Dünyadaki çoğu ülkede artan sağlık harcamaları, yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların yaygınlığı ve hastaların kendini tedavi etme eğilimi gibi çeşitli nedenlerle insanların sağlık ihtiyaçlarını etkin, ekonomik ve verimli bir şekilde karşılayan sağlık sistemlerine olan ihtiyacı artırmaktadır. Bu doğrultuda Tıp Enstitüsü Robert Wood Johnson Vakfı Girişimi tarafından yayınlanan raporlar, hemşirelerin güvenli, yüksek kaliteli, hasta merkezli, erişilebilir ve ekonomik bakım ihtiyaçlarını karşılayan bir bakım sisteminin oluşturulmasında önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Jahani, Abedi, Elahi ve Fallahi-Khoshknab, 2016: 45).

Hasta merkezlik üzerine yapılmış çalışmalar incelendiğinde bazı araştırmacıların hasta merkezliliği, müşteri hizmetleri ile benzeştirdiği görülmüştür. Bu araştırmalarda müşteri hizmetleri ile benzer kabul edilen hasta merkezlik tam olarak gerçeği yansıtmamaktadır. Epstein, hasta merkezli yaklaşımın, müşteri hizmetlerindeki gibi “hastalara istediklerini, istediklerinde vermek”ten daha fazlası olduğunu belirtmektedir. Millenson’un belirttiği gibi, hasta merkezliliği tam anlamıyla müşteri hizmetlerinden

ayırır özellik hastalarla işbirliği içinde olunmasıdır (Gemmae vd., 2017: 306). Rogers ve diğerleri için, hasta merkezli yaklaşım bireyin sağlık durumunu görmenin bir yolu ya da hastaları güçlendirme süreci olarak tanımlanmıştır (Pulvirenti vd., 2012: 305).

Özellikle sağlığın gelişimi ile insanlar sağlıklı yaşam biçimini seçmekte, sağlıklarından sorumlu hale gelmekte ve bunun sonucu olarak da ortalama yaşam süresi artmaktadır. Sağlıklı yaşam beklentisi ve farkındalığı içinde olan insanlara şans verildiği takdirde kendi tedavi süreçlerinde ortaya çıkan karmaşık yönetim görevlerini bile üstlenmeye istekli oldukları görülmektedir. Bundan dolayı hastaları dinlemek ve hastaların tedavi süreçlerine dâhil edilmesi önem arz etmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda bu anlamda yeni yaklaşım tarzlarından olan hasta merkezlilik, bireysel değerlere ve tercihlere odaklanan, sağlık hizmetlerinin sunumunda ortak karar vermeyi öncelikli amaç edinen temel bir yaklaşımdır (Richards, Coulter ve Wicks, 2015: 1).

2.2. Hasta Merkezli Bakım

Sağlık hizmeti sunumunda hasta merkezli bakım giderek artan bir hal almaktadır. Balint tarafından hasta merkezli bakım basit bir şekilde “Hastayı eşsiz bir insan olarak anlamak” olarak tanımladı. 20. yüzyıl boyunca hasta merkezli bakım, hasta memnuniyetinin artırılması ve sonuçların iyileştirilmesi için sağlık sistemlerinin odak noktası haline gelmiştir. Yapılmış çalışmalar, hasta merkezli bakım uygulamalarını çeşitli sağlık koşullarında iyileştirmeler, örgütsel bağlılığın artması, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımında azalma, daha iyi bakım oranları ve iyileştirilmiş bakım kalitesi ile ilişkilendirmiştir. 2001 yılında Tıp Enstitüsü, hasta merkezli bakımı, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun kilit bir parçası olarak adlandırmıştır (Gemmae vd., 2017: 301).

Uluslararası Hasta Örgütleri İttifakı (IAPO) hasta merkezli sağlık bakımını tanımlarken, “hastaların sağlık bakım sisteminin merkezinde olması gerektiğini ve bu nedenle sistemin hasta etrafında tasarlanması gerektiğini” vurgulamaktadır (Jardien-Baboo, Rooyen ve Ricks, 2016: 398).

Hasta merkezli bakım yaklaşımı “en iyiyi hekimin bildiği” geleneksel davranışsal yaklaşımdan dönüşüm süreciyle ortaya çıkmıştır. Geleneksel paternalistik yaklaşımda, tıp profesyonelleri sınırlı tecrübe ve bilgileri ile planladığı tedavileri sunmakta iken, günümüzde yapılan araştırmalar sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık kurumları tarafından bireye daha fazla önem verilmesi gerektiğini vurgulamakta, dolayısıyla bunun için hasta merkezli yaklaşımın vazgeçilmez bir unsur olduğunu

savunmaktadırlar. Hasta merkezli bakımın ana hedefi, hastalar ve aileleri arasında, sağlık hizmetlerinin sunulmasına bağlı olan bir çalışma ortaklığı sağlamaktır (Delaney, 2018: 119).

Hasta merkezli bakım, iletişimi temel alan ve pratiği temel alarak sağlık koşullarını iyileştirme ve sağlıklı yaşam tarzları üzerine odaklanan sağlık uygulayıcısı ve hasta arasındaki etkileşimler ve ortaklıklar hakkındadır. Hasta merkezli bakımda amaç, hastada bilinçli karar vermeyi teşvik etmektir (Pulvirenti vd., 2012: 305).

Literatürdeki tanımlar incelendiğinde hasta merkezli bakım en geniş ifadeyle, hastanın etrafında düzenlenen bakımdır. Sağlık hizmeti sunucularının, hasta ihtiyaç ve tercihlerini tanımlamak ve karşılamak için hastalarla ve aileleriyle ortaklaşa karar verdiği bir modeldir (Kreindler, 2013: 1140).

Hasta merkezli bakım basit bir şekilde “hekim-merkezli, hastalık-merkezli, hastane-merkezli veya teknoloji-merkezli” olmayan bakım olarak tanımlanmıştır. Hasta merkezli bakım sadece hastanın ihtiyaçlarına teslim olmak ya da hastalara bilgi verildikten sonra karar vermek için hastaları kendi başlarına bırakmak demek değildir. "Hasta merkezli bakım" terimi sağlık politikası sözlüğüne 2001 yılında Tıp Enstitüsü'nün raporu “Crossing the Quality Chasm” ile girmiştir. Bu raporda tümüyle sistem değişikliğine vurgu yapılmakta, yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşmada altı ana hedeften bahsedilmektedir. Bunlardan bir tanesi olan Hasta Merkezli Bakım “Hastaların değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını bilmek ve bunlara saygı göstermek, hastaların kararlarında hastalar ile ortaklık kurmayı teşvik etmek, hastaların fiziksel ve duygusal rahatlığını sağlamak ve hastaların savunuculuğu” olarak tanımlanmıştır (Şahin ve Artıran İğde, 2014: 38, Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019: 159).

Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesi yaklaşımı olan hasta merkezli bakım, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasında karşılıklı yarar sağlayan bir ortaklık kurma fikrine dayanmaktadır. Bu ortaklığı kurarak hasta merkezli bakım, maliyetli ya da gereksiz tanı testleri, ilaçları, hastane konaklamalarını ve doktor tavsiyelerini azaltırken hasta sonuçlarını ve deneyimlerini kolaylaştırmak için tasarlanmıştır. Hasta merkezli bakım modelinde bakımın etkinliği, hekim merkezli araçlar ve standartlar yerine hasta konsültasyonu ve raporlaması yoluyla değerlendirilir (Miller, 2019: 1).

Hasta Merkezli Bakım (PCC-HMB), “hastanın tercihlerine, değerlerine ve gereksinimlerine saygı göstererek şefkatli ve koordineli bir bakım sağlamak için hastayı veya bakım sorumluluğunu üstlenen kişiyi bir kontrol kaynağı ve tedavi ve bakım sürecinin tam ortağı olarak tanır” (Quality and Safety Education for Nurses, 2012: 1). Hasta merkezli bakım yaklaşımın sağlık profesyonelleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, sunulan bakım hizmetlerini şefkatli ve saygılı bir şekilde koordine ederek, hasta ile profesyonel ekip arasındaki işbirliğine dayanan bir ortaklık kurar (Bankert, Lazarek LaQuay ve Joseph, 2014: 162). Bu doğrultuda hasta merkezli bakım hastanın ve ailesinin bireysel ihtiyaçlarını karşılamak için esnek ve kişiye özgü olma özelliği nedeniyle, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmakta hatta sağlık hizmetlerindeki kalitenin bağımsız bir ölçütü haline gelmiştir (ACSQHC, 2011).

Tıp ve sağlık hizmetlerinde verilen eğitimlerin temelinde biyomedikal yöntem yer almaktadır. Bu temelde verilen eğitimlerde sağlık personeli “hekim veya hastalık merkezli” yaklaşıma yönelik yetiştirilmektedir. Bu doğrultuda verilen eğitimlerde hekim, hastalıkların tanımlanarak açıklanmasına ve hastalığa neden olabilecek durumların önlenerek tedavi edilmesine odaklanmaktadır. Bundan dolayı, hasta ile kurulan iletişimin amacı hastalığın tanısının belirlenmesini amaçlamaktadır (Smith, 2002: 3). Bu yaklaşımda lider her zaman hekimdir ve hasta ile yapılan görüşmelerde hekim hastadan aldığı bilgilerin hangisinin önemli olup, hangisinin kullanılacağına karar veren kişidir. Aldığı bilgiler doğrultusunda hastayı muayene eden hekim daha önceki bilgi ve tecrübelerinden faydalanarak gerek duyduğu müdahaleleri planlar ve hastadan bu plana tam olarak uymasını ister (Şahin ve Artıran İğde, 2014: 39).

Oysa Hasta merkezli yaklaşımda, hastanın kendisini ifade etmesine yeterli süre verilerek sorunlarını özgür bir şekilde dile getirmelerine fırsat verilmektedir. Hatta hastanın her sorununu dile getirmesi için hastalar teşvik edilir. Ayrıntılı sorularla hastanın hastalığı hakkındaki tüm düşünceleri ortaya çıkarılarak hastalığın hasta için ne anlama geldiği öğrenilmeye çalışılır. Hasta merkezli yaklaşımda hekimin görevi hastalığın tanısına yanıt ararken aynı zamanda hastalığın hasta açısından ne şekilde algılandığını ve hastanın hayatında ne gibi değişikliklere sebep olduğunun tespit edilmesidir. Hasta merkezli yaklaşımda hâkim olan düşünce her hasta ayrı bir vaka düşüncesidir. Hekim için amaç hastalığı tedavi etmekten ziyade hastayı tedavi etmektir (Şahin ve Artıran İğde, 2014: 39).

Ayrıca hasta merkezli bakım yaklaşım, hastaların kendi sağlık kararlarına ve bakımlarına etkin bir şekilde katılmaları için yeterince bilgilendirilmeleri ve hazırlıklı olmaları için zamanında, doğru ve eksiksiz bilgi almaları gerektiğini şart koşmaktadır. Hasta merkezli bakım modelinde, hastalar ve aileleri veya bakıcıları aktif olarak kendi bakımlarına katılmaya teşvik edilir. Daha geniş bir şekilde bu model, aynı zamanda hastaların ve destek ağlarının, sağlık hizmetleri politikalarının ve programlarının geliştirilmesi ve değerlendirilmesi, tıbbi bakım tesislerinin tasarımı ve profesyonel sağlık bakımı eğitiminin uygulanması konularında sağlık hizmetleri liderleri ve kurumlarıyla işbirliği yapmalarını sağlar (Miller, 2019: 1).

Uygulayıcılar, etkili iletişim kurarak, empati göstererek ve hastalarıyla güvenilir bir ortaklık kurarak yalnızca hasta memnuniyetini değil aynı zamanda hasta sonuçlarını da iyileştirebilirler. Bunun nedeni, hastalarını eğiten ve barındıran hekimlerin tedavi ve hastalık yönetimi ile ilgili hasta uyumluluğunu geliştirebilmeleridir. Geliştirilmiş uyumluluk ve açık doktor-hasta ilişkisi, hekime karşı hasta bakım modeli altındaki potansiyel bilgi boşluklarını ve süreç gereksinimlerinden kaynaklanan pahalı reçeteleri, tıbbi testlere ve hastaneye yatışlara olan ihtiyacı azaltarak genel sağlık bakım maliyetlerini azaltmaya yardımcı olur (Miller, 2019: 1).

Tüm bu tanımlamalar doğrultusunda Hasta Merkezli Bakım (PCC-HMB), hastaların yeni bakım modellerinin tasarımında ve bireysel tedavi seçenekleri hakkında karar vermede aktif katılımlarını desteklemektedir. Kararlar, sadece fiziksel sağlık ve klinik sonuçların ötesinde, yaşamlarının her alanında kişisel tercihlere, ihtiyaçlara ve koşullara dayandırılmaktadır (Cramm ve Nieboer, 2018: 2). Bu nedenle hasta merkezli bakım, tüm karar verme ve tedavi süreçlerinde hastayı ön saflara koyan bir sağlık hizmeti sunum şeklidir (Scambler, Gupta ve Asimakopoulou, 2015: 2549). Kısaca hasta merkezli bakımın odağında hastayı karar verme süreçlerine dâhil eden bir sağlık profesyoneli-hasta ilişkisi yatmaktadır (Kreindler, 2013: 1143).

2.3. Hasta Merkezli Bakımın Olumlu Yönleri

Hasta merkezli bakım (PCC-HMB) bir hastayı tıbbi işlemin pasif bir bileşeni olarak görmek yerine, hastanın karar alma sürecine dahil olması gereken aktif bir katılımcı olarak görüldüğü bir yaklaşım benimsemektedir (Leplege vd., 2007: 1557)

Hasta merkezli bakıma geçiş, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hastaların tedavi planlarına uyumu arasındaki etkiyi arttırmaktadır. Hasta merkezli bakım sağlık hizmetlerinde

gelişme sağlarken hastaların sağlık hizmetlerindeki memnuniyetini de arttırmaktadır. Hasta merkezli bakım uygulamalarının sağlık hizmet sunucuları tarafından benimsenmesiyle hastalar sağlıklarıyla ilgili her konuda bilgilendirilmekte, desteklenmekte ve sağlıklarını daha iyi yönetebilmektedir. Dolayısıyla hasta merkezli bakım hastaların sağlıkları için önemli avantajlar sağlamaktadır (Delaney, 2018: 120).

Hasta merkezli bakımın temel ilkelerinden biri, hastaların sağlık bakım sağlayıcılarının ihtiyaçlarını ne kadar iyi karşıladığının ortaya koyulmasıdır. Hasta bakış açısının hasta sonuçlarına ve memnuniyetine yakından bağlı olduğunu kabul eden hasta merkezli bakım yaklaşımı, hekimlerin, hastalarının değerleri ile görüşlerini dinlemesinin ve onlara saygı duymasının ve bu bakış açılarını dikkate almasının önemini vurgulamaktadır. Bu amaçla, hasta merkezli bakımı uygulayan sağlık hizmeti sağlayıcıları, sürekli olarak hasta algılarını ölçmek için çevrimiçi anketler gibi sistemlere kullanmaktadır. Hastalardan bilgi talep edilmesinin yanı sıra, hasta merkezli bakım yaklaşımı da hekimlerin hastalarına samimi bilgi vermelerini gerektirir (Miller, 2019: 1).

Bertakis ve Azari (2011) kronik hipertansiyonlu hastalar üzerinde yapmış oldukları araştırmaları sonucunda hasta merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesiyle hastaların sağlık yönetimlerinde medikal uyumun arttığı bulunmuştur (Bertakis ve Azari, 2011: 236). Hasta merkezli bakım yaklaşımının benimsendiği diyabet yönetimine yönelik yapılan benzer araştırmalarda, diyabet hastalarının algılarında iyileşme bulunurken, streslerinde azalma ve güçlenmelerinde artışa yönelik bulgular bulunmuştur (Anderson, Funnell ve Butler, 1995; Hermanns, Kulzer, Ehrmann, Bergis-Jurgan ve Haak, 2013; Kinmonth, Woodcock ve Griffin, 1998).

Hasta merkezli bakım yaklaşımlarını kullanan üniteler hastaları, yaşam tarzlarında değişiklikler yapmaya ve genel sağlık durumlarını iyileştirme konusunda güçlendirmeye odaklanmakta iken geleneksel sağlık yönetim stratejileri hastalığa, müdahalelere, farmakolojiye ve sağlığın nasıl optimize edileceğine yönelik iyileştirilmiş stratejilere odaklanmaktadır. Klinik bakımı hastaların ihtiyaçlarını karşılamak üzere ayarlanması sayesinde hastaların deneyimlerinde ve fonksiyonel kapasitelerinde artış olduğu görülmüştür (Delaney, 2018: 120).

Hasta merkezli bakım üzerine yapılmış çalışmalar, yaklaşımın hem hizmet alanlara hem de sağlık kuruluşlarına fayda sağladığını ortaya koymaktadır (Pollock ve Grime, 2003: 133). Bununla birlikte, kanıta dayalı sağlık hizmeti yaklaşımı sağlık profesyonellerine

hastalara ne yararı olabileceğini düşünmelerini ve hastalarını tanımaları gerektiğini önermektedir. Hasta merkezli bakım yaklaşımı hasta değerlerini ve tercihlerini kabul etmenin, hasta sağlığı savunuculuğunun teşvik edilmesinin (hastaların tercihlerine saygı göstererek) önemli olduğunu benimsemektedir. Ayrıca hastanın kendi kaderini tayin etme hakkının destekler ve hastaların gelecekteki sağlık bakım kararlarına katılmalarına izin verir. Bu tür girişimler, hastaların, ailelerin ve sağlık hizmeti karar vericilerin kararlarındaki uyuşmazlıkları azaltır (Balsa vd., 2003: 16).

Sağlık uzmanları tarafından hastanın kendi tedavisini tayin etme hakkının göz ardı edilmesi, tedavi yapılırken altta yatan sistemik bozukluktan ziyade semptom odaklanılması (hastalık odaklı olmak) hastaları alternatif tedavi yöntemleri aramaya yönlendirebilir hatta hastaların tıbbi müdahaleleri ve tedaviyi, alternatif ilaçlar lehine reddetmelerine neden olabilmektedir (Verhoef & White, 2002: 202).

Bu gibi durumlarda sağlık uzmanları, hastaların kararlarının kendi değerlerini ve tercihlerini yansıttığını anlamalı, hastaya gerekli tıbbi bilgileri sağlayarak destek vermelidirler. Araştırmalar, bu sebeplerden dolayı birçok hastanın boşuna sayılan tedavilere başvurduğunu, hasta ile ailesine ek baskı uygulandığını ve bakım verenin ahlaki olarak sıkıntılı hissetmesine neden olabildiğini göstermektedir (Delaney, 2018: 120).

Huynh ve diğ. (2013), yoğun bakım ünitesine başvuran hastalara sağlanan hasta merkezli tedavilerin sıklığını araştırmış ve hastaların %20'sinin genel sağkalım oranlarını veya yaşam kalitesini arttıran tedavileri aldıklarını tespit etmişlerdir (Huynh vd., 2013: 1894). Ayrıca yapılan araştırmalar ile bu tedavilerin hastanelere finansal açıdan olumlu etkiler sağladığı ve hastaların aileleri tarafından hissedilen psikolojik strese katkıda bulunduğu bulunmuştur (Detering, Hancock, Reade ve Silvester, 2010: 340).

Avustralya Sağlık Hizmetleri Kalite Çerçevesi hasta merkezli bakımı güvenli ve yüksek kaliteli bir sağlık hizmeti sisteminin kritik bir bileşeni olarak tanımlamaktadır. hasta merkezli bakım yaklaşımlarının klinik alanlara entegrasyonu, klinik hizmetlerde bir dizi değişikliklerle sonuçlanmıştır. Geleneksel yaklaşımlarda, hastaların bakımlarının ayrılmaz bir parçası olan hasta devir teslim işlemleri hastalardan uzakta yapılmakta iken, hasta merkezli yaklaşımda hasta devir teslim işlemlerinin yatak başucunda yapılması gerekmektedir. Hatta hasta devir teslimlerinde, her hastanın klinik durumlarına ve dikkat edilmesi gereken hususlara yönelik iletişim teşvik edilerek

hastalara sağlıkları hakkında soru sormalarına ve karar vermelerine fırsat tanınmaktadır (ACSQHC, 2011).

ACSQHC (2007) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2007) hasta merkezli bakım yaklaşımını, hastaların güvenliğini arttırmanın anahtarı olarak tanımlamaktadır. Hasta merkezli bakım yaklaşımı hastaları, sağlıklarına ilişkin bilgilerin aktarma sürecine dâhil ederek, bilgi ve iletişimin doğruluğunu arttırmaktadır (Lally, 1999: 35). Ayrıca, hastaların bakımlarına katılımı ile elde mevcut bilgilerdeki hataların ve eksikliklerin giderilmesi sağlanmış, bu sayede hastaların güvenliği artırılırken, dolyısıyla hem hastaların hem de klinik personelin memnuniyeti artırılmıştır (Delaney, 2018: 120).

Bu nedenle, hasta merkezli bakım yaklaşımı, bakım planlamasında hasta ve bakım sorumluluğunu üstlenen kişiler ile kurulacak ortaklıkları ve işbirliğini teşvik ederken tıbbi bakım ve kararlarla ilgili olarak hasta ve klinik personel arasındaki şüphe ve gizlilik seviyesini azaltır. Avustralya merkezli klinik personel üzerine yapılmış bir çalışmada, çalışanların %44'ünden fazlasının hastaların tedavilerine katılımları sayesinde hasta güvenliğinde iyileşme algısı olduğu bulunmuştur. Hasta merkezli bakım yaklaşımında, taburculuk planlaması, hastaların destek hizmetlerinin planlanması ve koordinasyonu ile ilgili önemli hususların iyi bir şekilde belirlenebilmesinden dolayı, hastaların sonuçlarında gözle görülür iyileşmeler olduğu bulunmuştur (Chaboyer vd., 2009: 142).

Hasta merkezli yaklaşımının benimsendiği sağlık sistemlerinde, hastaların karar verme sürecine katılımı ile tedavide uyumun artması, bakımdan dolayı hasta memnuniyetin artması, fonksiyonel ve klinik sonuçlarda iyileşme ile hasta hekim arasında güven verici bir ilişkinin elde edildiği görülmüştür. Bunun yanında bu yaklaşım sayesinde, gereksiz tanısal test oranlarında azalma (dolayısıyla bakım maliyetinin azalması), reçete ve reçetelerdeki ilaç sayısında azalma, hastanede kalış sürelerinde azalma ve son olarak gereksiz sevklerde azalma olduğu görülmüştür (Sidani, Epstein ve Miranda, 2006: 118).

Hasta merkezli bakım yaklaşımını benimsemiş Avustralya merkezli hastanelerde, kötüleşen hastaların erken teşhisine yönelik çeşitli bakım programları uygulanmıştır. Bu programlar hastaları korumayı amaçlamakta ve hastaların bakım sürekliliğini üstlenen yakınlarının genellikle hastalarda klinik olmayan ince değişiklikleri tanımlamak için daha donanımlı olduklarını öngörmektedir. Dolayısıyla bu programlar aileler, hastalar ve sağlık personeli arasındaki iletişimin hem hastalar hem de aile üyeleri için erken müdahalede önemli olduğunu vurgulamakta ve bunu teşvik etmektedir. Bundan dolayı

hasta merkezli yaklaşım ailelerin endişelerini sağlık personeli ile ifade etmelerini ve bildirmelerini, gerektiğinde endişelerini bakımda görevli diğer sağlık personeline iletmelerini tavsiye eder (Delaney, 2018: 120).

Kendi bakımlarına katılan hastaların potansiyel sorunları gözleme, tespit etme ve ileme olasılıkları daha fazladır, böylece hastaya sunulan tedavi ve bakım riskleri azalmakta ve sağlanan bakımın güvenliği ve kalitesi artmaktadır (Broom vd., 2013: 256).

Hasta merkezli yaklaşımla ilgili olarak Avustralya'nın birçok yerinde çok sayıda yükseltme programı oluşturuldu. Bu programlar üzerine yapılan ilk çalışmalar, hasta ve aileleri ile işbirliğinin sağlık kuruluşları için hayati yardım sağlayabileceğini göstermektedir. Çalışmalar, hasta merkezli yaklaşımın benimsenerek uygulamaya konulan programlar sayesinde hasta sonuçlarıyla ilgili olarak örgütsel bir iyileşme, ölüm oranlarında önemli bir düşüş ve acil durum çağrısında önemli bir azalma olduğunu göstermektedir (Gerdik vd., 2010: 1680).

Meterko Wright, Lin, Lowy ve Cleary (2010), hasta merkezli bakımın, Akut Miyokart Enfarktüsü ile başvuran hastaların sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendirmiş ve bir yıllık bir süre zarfında ölüm oranlarında önemli bir azalmaya sebep olduğunu tespit etmiştir. Tüm bu çalışmalar hasta merkezli bakım yaklaşımının, klinik etkililiğin artırılmasında önemli bir unsur olduğunu göstermektedir. Ayrıca hasta merkezli yaklaşım hastaların güvenliğini ve memnuniyetlerini artırırken, sağlık kuruluşlarının performansını da geliştirmektedir (Doyle, Lennox ve Bell, 2013: 5-17).

Yukarıda yazılı hususlar doğrultusunda hasta merkezli bakım yaklaşımı hasta açısından güvenliği artırırken, hasta ve bakım sorumluluğunu üstlenen kişiler açısından memnuniyeti de artıran bir yaklaşımdır. Dolayısıyla hasta merkezli bakım yaklaşımının benimsendiği ortamlarda sağlık kuruluşları rekabette önemli avantajlar kazanacak ve hasta merkezli bakım yaklaşımının sağlığın gelişimine önemli katkılar sağlayacağı değerlendirilmektedir.

2.4. Hasta Merkezli Bakımın Olumsuz Yönleri

Literatür incelendiğinde bakım için hasta merkezli yaklaşımın geniş ölçüde desteklendiği görülmektedir. Hasta merkezli bakım yaklaşımının değişik boyutları olmasına rağmen, en önemli unsur bakıma hasta katılımı ve hasta ile hekim arasında güç ve bilgi paylaşımının varlığıdır. Hasta merkezli bakım yaklaşımında sağlık

profesyonelleri, genellikle hastalarını çeşitli seçenekler arasından bilinçli seçimler yapmaya yönlendirmektedir. Bu sayede hasta memnuniyetinde artışlar sağlanmakta, hastaların hizmet aldığı kuruma bağlılığı artmakta ve sağlık sonuçlarında iyileşmeler görülmektedir. Buna rağmen bazı hastalar (örneğin yaşlılar veya belirli etnik kökene sahip hastalar), tedavi ve bakım süreçlerinde kendisine daha fazla rehberlik edecek ve yapılandırılmış tedavi ve bakımlar sunacak sağlık personeli talep etmektedirler. Bunun yanında ciddi sağlık sorunları olan hastalar sağlık profesyonellerinin kendilerini daha fazla yönlendirmelerini isteyebilmektedir (Krupat ve diğerleri, 2001: 1057-1058)

Zandbelt ve arkadaşları tarafından (2007) yapılan çalışmada, sağlık profesyonellerinin hasta merkezli bakım yaklaşımını iletişimlerinin, hastaların semptomlarında beklentilerin aksine bir azalma sağlamadığı sadece hastada psikolojik olarak olumlu etkiler sağladığı bulunmuştur. Ayrıca sağlık profesyonelleri tarafından, sorunların hasta perspektifinden anlaşılıp yanıtlanmasının, hastanın sağlık durumu gibi daha spesifik sonuçları değiştirmede ancak hasta memnuniyetini artırabileceği tespit edilmiştir. Bu sonuçla hasta ile kurulan hasta merkezli iletişim, hastalığın klinik olarak kabul edilen seyrinde etkili olmayabilir veya tedavisine katılım sağlayan hastalardan kronik hastalığı olanların sağlık durumları kronik hastalığın gereği nispeten değişmeyebilir. Tüm bunların yanı sıra, sağlık profesyoneli, hastanın hastalık deneyimlerine odaklanırken, hastalıkla ilgili hususları gözden kaçırabilir (Zandbelt vd., 2007: 330-331).

Hasta merkezli yaklaşım için genellikle aşağıda verilmiş dört soru sorulmaktadır:

• *Hasta merkezli yöntem her zaman gerekli midir?*

Mc Whinney (2009), sıklıkla karşılaşılan basit bir yaralanma veya enfeksiyon vakalarında hasta merkezli yaklaşıma ihtiyaç var mıdır? sorusuna yanıt aradığı çalışmada hastaların acil durumlarda ihtiyaç duyduğu öncelikli müdahale yapıldıktan sonra önemli bir hastalık ve ciddi travması olan hastalar kadar dinlenilmeye ihtiyaç duymadığını tespit etmiştir (Şahin ve Artıran İğde, 2014: 42).

• *Hastaların tedavi ve bakım süreçlerindeki beklentileriyle tıbbi bakım süreci arasında uyumsuzluk olduğunda karar nasıl verilecektir?*

Diyabetik ketoasidozu olan bir hasta, yatarak tedavi görmesi gerekirken evde bakmakla sorumlu olduğu bir çocuk veya yaşlı yüzünden hastanede kalmayı reddedebilir. Bu durum tedavi ve bakım süreci ile çelişmektedir. Bundan dolayı sağlık personeli hastanın endişelerini iyi analiz etmeli ve talebin nereden kaynaklandığını öngörebilmelidir. Hasta

merkezli yaklaşımda, tedavi ve bakımda karar verme sürecine hasta katılımının önemli olduğu düşüncesi sağlık personelinin hasta endişelerini görmesini engelleyebilir ve hastanede daha iyi bir tedavi ve bakım süreci geçirerek hastanın bundan yoksun kalmasına sebep olabilir (Şahin ve Artıran İğde, 2014: 42).

•*Hastaya ayrılacak zaman yeterli midir?*

Hasta merkezli yaklaşımda hastanın karar verme sürecine dâhil edilebilmesi için etkili bir iletişime ihtiyaç vardır. Bunun için hastaya ayrılan zamanın yeterli olması gerekir. Yapılan çalışmalar hasta merkezli yaklaşımda ihtiyaç duyulan zamanın hekim merkezli yaklaşıma oranla daha fazla olduğunu ancak aradaki sürenin çokta uzun olmadığını göstermektedir. Beckman ve Frankel (1984), yaptıkları çalışmalarında hekimlerin hastayla yaptıkları görüşmelerde hastaların sözleri kesilmediği takdirde bu sürenin ortalama 2,5 dakika olduğunu tespit etmişlerdir (Beckman ve Frankel, 1984: 695).

Stewart ve arkadaşları (2000) yaptıkları çalışmalarında ise hasta merkezli hasta görüşmesi için ihtiyaç duyulan sürenin 9 dakika ve üzeri olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hasta merkezli görüşmenin uzun vadede hasta ve sağlık personeli açısından ne gibi fayda sağlayacağı tam olarak tespit edilememiştir. Bu hususlar çerçevesinde hastaya ayrılan zaman ne kadar fazla ise o kadar iyi anlayışının hâkim olduğu hasta merkezli bakım yaklaşımında performans ölçütleri açısından olumsuz yönde etkiler olabilir. Buna rağmen Mc Whinney (2009) tarafından hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesi ile zaman konusunda ciddi kazanımlar sağlanacağı öngörülmektedir (Şahin ve Artıran İğde, 2014: 42).

•*Son olarak sağlık profesyoneli hasta merkezli yaklaşımda bulunurken hastada, baş edilemez psikolojik, duygusal ve sosyal sorunların baş göstermesine neden olursa ne yapılacaktır?*

Zaman konusuyla yakından ilgili olan bu sorunun sebebi sağlık personelinin iş yoğunluğu nedeniyle iş gününün bitmesine yakın bir zamanda hasta ile uzun görüşmelerden kaçınmak istemesinden kaynaklanabilmektedir. Ayrıca sağlık personeli mesleği gereği hastalara tavsiyede bulunma ihtiyacı duymaktadır. Hasta bu tavsiyeler karşısında durumunda bir değişiklik olmadığını beyan ettiğinde ise sağlık profesyoneli hasta için anksiyete durumu hissederek çözüm odaklı bir öneride bulunamayabilir. Unutulmamalıdır ki hastalar sağlık personelinden sorunlarının hepsini düzeltmelerini

beklememektedirler. Bazen hastanın ihtiyaç duyduğu tek şey acısına tanıklık edilmesi ve kendisine destek olunmasıdır (Şahin ve Artıran İgde, 2014: 42).

2.5. Hemşirelikte Hasta Merkezli Bakım

Geleneksel tıp yaklaşımında hemşirelik, hastaların ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanan uzun bir geçmişe sahip olmasına rağmen, belli başlı hemşirelik teorilerinin felsefi temelleri, hasta merkezli bir yaklaşımla desteklemektedir. Florence Nightingale, hemşireliği geleneksel tıptan ayrı olarak kabul ederek hastalığa değil hastaya odaklanmıştır. Günümüzde hekim-hastalık merkezli yaklaşımın yerine hasta merkezli yaklaşıma geçişle yapılan araştırmalar, hemşireleri geçmiş miraslarına tekrar sahip çıkarak hasta merkezli olmaya çağırılmaktadır (Kreindler, 2013: 1144).

Williams (2002)'a göre hasta merkezli bakım hemşirelik bakımının özüdür. Yüksek kalitede bakım sağlamayı ve hasta memnuniyetini arttırmayı amaçlayan bir yaklaşımdır. Hasta merkezli bakımın kritik özellikleri ise hastayı bireysel özellikler, ihtiyaçlar, değerler, inançlar ve tercihleriyle benzersiz bir kişi olarak anlamak, dikkatli ve duyarlı müdahaleler seçerek ve sunmak, hastaların bireysel ihtiyaç ve tercihlerine esnek bir şekilde cevap verebilmektir (Sidani, Epstein ve Miranda, 2006: 117-118). İngiltere Hemşirelik ve Ebelik Konseyi (Nursing and Midwifery Council) (2008) uyarınca, hemşirelerin etik ve yasal görevlerinden birinin de, hastaların iletişim ihtiyaçlarının karşılanması ve sağlık bilgilerinin anlayabilecekleri bir şekilde hastalarla paylaşması olduğu belirtilmiştir (Stiles, 2011: 37).

IOM'nin (2001) raporu, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini arttırmak için özel amaçlar belirlemiştir. Bu amaçlar arasında hasta merkezli bakım yaklaşımı, hasta değerlerine önem veren ve klinik kararları yönlendiren temel bir bileşen haline gelmiştir. Hasta merkezli bakım yaklaşımı sayesinde, sağlık sektörü, hasta ve bakıcılar, sağlıklarına daha fazla katılımcı olmaları için desteklenerek yenilikçi stratejiler geliştirmeye çağırılmaktadır. Hasta merkezli bakım üzerine yapılmış araştırmalar, hasta ile işbirlikçi ilişkiler kurmayı, tedavi ve bakımda görevli sağlık personeli ile ortak karar vermeyi vurgular. Hasta merkezli bakım ortamlarında sağlık personelinin yaklaşımı benimsemesi ne kadar önemli ise bilinçli karar verme için hastaların sağlık okuryazarlığı da bir o kadar önemli faktörlerden biridir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığını arttırmak, hasta merkezli bakımı arttırmak için yenilikçi stratejilerden bir tanesidir (Hinds, 2013: 10).

IOM (2001) raporu, hasta merkezli olmanın kalite ve hasta güvenliği için gerekli olduğunu ve bakımın veriliş şeklinin bakımın kendisi kadar önemli olduğunu vurgulamıştır. Sağlık hizmeti sunumu için altı hedef belirlenmiştir: bakım güvenli, etkili, zamanında, verimli, eşit ve her şeyden önce hasta ve aile merkezli olmalıdır. Bu ilkeler, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur. Hasta merkezli bakım yaklaşımının benimsendiği ortamlarda hasta memnuniyeti belirgin düzeyde artar. Hastalar, aileler ile bakım hizmeti sunan hemşireler arasındaki güvenin gelişimini olumlu yönde etkiler. Artan hasta memnuniyeti ile personelin üretkenliği ve verimliliği artarken hastanın kuruma olan bağlılığı da güçlenmektedir (Hinds, 2013: 10).

Gemmae ve arkadaşları (2017) tarafından 107 hemşire üzerine yapılmış bir araştırmada katılımcılar ile yapılan görüşmelerde, katılımcılardan bazılarının hastanın kendine özgü özel durumlarını dikkate aldığını tespit etmişlerdir. Katılımcılardan bir tanesi, diyabetli hastalarla diyalogları esnasında hastalık odaklı olarak hemoglobin A1c seviyelerine odaklanmanın yanı sıra, hastanın akrabalarının mezuniyetine katılmak gibi yaşamlarında ne yapmak istediklerini odaklanarak hastanın düşüncelerini sorabildiğini belirtmiş, bunun daha sonra hasta ile diyet ve egzersiz gibi tedavi sonrası tavsiyeleri konuşmak için bir fırsat olduğunu bildirmiştir. Hasta merkezli yaklaşımın temelini oluşturan hasta değerlerine tercihlerine ve deneyimlerine saygı duyulması, hastayı bir kişi olarak görmeyi ve hastaların eşsiz yaşam dünyasında hastalık deneyimlerini iyileştirme yönünde çaba sarf etmeyi gerektirmektedir. Birkaç katılımcı, bakım sunumunda hastanın merkezde olduğunu belirterek sağlık bakımına “merkezdeki hasta” düşüncesi ile yaklaşılması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca tedavi ve bakım sunumunda “yapılması gerekenler yerine” hastanın amaçları doğrultusunda “hastaya, kendi perspektifinden yaklaşılması” düşünce tarzının benimsenmesinin gerektiğini bildirmişlerdir (Gemmae vd., 2017: 302).

Sunulan bakım, hastanın ihtiyaçlarına, ağrılarına ve fiziksel rahatlıklarına, ayrıca aile ve arkadaşların ihtiyaçlarına daha duyarlıysa, bu durum hemşirelerin iş tatmini artırırken refahı da olumlu yönde etkilemektedir. Dolayısıyla hasta merkezli bakımın, hemşireler arasında refah ve iş tatmini olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Ek olarak, eğer bakım iyi koordine edilmişse ve hemşireler ekipleri tarafından desteklendiğini hissediyorsa, bu durum stres duygularını hafifletebilir, bunun da sağlık ve iş tatmini açısından faydalı olması kaçınılmazdır (Boer, Nieboer ve Cramm, 2017: 578).

Hasta merkezli bakımın temel ilkelerinden bir diğrei ise, hastaların ihtiyaçlarını, sağlık bakım hizmeti sunucularının ne kadar iyi karşıladığının en iyi savunucusu olmasıdır. Hastanın bakış açısının, hasta sonuçlarına ve memnuniyetine yakından bağlı olduğunu kabul eden hasta merkezli bakım yaklaşımı, bakım hizmetinde görevli sağlık personelinin hastaların değerlerine ve görüşlerine saygı duyulması gibi bakış açılarının dikkate alması gerekliliğinin önemini vurgulamaktadır (Miller, 2019: 1).

Karar vermede açık bilgi, empatik, iki yönlü iletişim ve hastaların inançlarına ve endişelerine saygı gösterilmesi hastaların daha bilinçli ve ilgili olmalarına yol açabilir. Hastaların bilgiyi ortaya çıkarmada daha istekli oldukları bir ortam yaratmak hasta merkezli bakım yaklaşımının en önemli hususlarındanıdır. Bu yaklaşımla hastalar klinisyenler ile 'terapötik ittifaka' (hasta ile bakım sorumlusu arasındaki ittifak) girerek klinik kararlara daha fazla söz sahibi olabilirler. Bu durum, zamanında tanı koyulmasını, verilecek klinik kararlar ile tavsiyeleri desteklemekte, gereksiz sevk, test ve yanlış tanıların önüne geçmektedir (Doyle, Lennox ve Bell, 2013: 2).

Zamanının çoğunu iş yerinde geçiren hemşirelerin işinden memnuniyeti işteki motivasyonu, kariyer kararlarını, başkalarıyla ilişkilerini ve kişisel sağlığını etkileyebilir. Jardien Baboo, Rooyen ve Ricks (2016) tarafından yapılan bir çalışmada hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı oluşturmanın ve hemşirelerin refahının sağlanması için gerekli hususların güvenli ve etkili hasta bakımı olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma ile hemşireler için ihtiyaç duyulan pozitif bir çalışma ortamı ile hasta merkezli bakım arasında olumlu yönde bir ilişki tespit edilmiştir (Jardien Baboo, Rooyen ve Ricks, 2016: 402).

Adamson ve Dewar (2011) tarafından hemşirelik müfredatında şefkatin öğretilmesine ilişkin yapılmış bir çalışmada, hasta merkezli bakım yaklaşımının hemşire adaylarının ders müfredatına girmesi gerektiğinin önemli olduğu bulunmuştur. Özellikle gelecekte yoğun bir şekilde hastalara bakım hizmeti sunacak olan hemşirelerin eğitiminde, şefkatli bakım, bilgi ve becerilerini geliştirmek için desteklenmesi gerektiğinin hayati öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle şefkat ve bakım öğretiminin hemşirelerin eğitim müfredatına dâhil edilmesi ile ve sağlık kurumlarında verilecek hizmet içi eğitim programları ile hasta merkezli bakım kolaylaştırılabilir (Adamson ve Dewar, 2011: 42).

Hemşire yöneticileri, mesleki davranış, açık iletişim ve hasta merkezli bakımı kolaylaştırmak için olumlu bir çalışma ortamı yaratma konusunda liderlik tarzlarının ve olumlu rol modellemenin etkisinin farkında olmalıdır. Hemşire yöneticilerinin, hasta

merkezli bakımın önündeki engelleri ortaya çıkaran zorlukları etkin bir şekilde ele almak için, hemşirelik personelinin idari iş yükü de dâhil olmak üzere, insan ve malzeme kaynakları yönetiminde yetenekli olması önerilir (Jardien Baboo, Rooyen ve Ricks, 2016: 404).

2.6. Hasta Merkezli Bakım Önündeki Engeller

Literatür incelendiğinde hasta merkezli bakımın sunumunda bakımın önünde uygulamaya yönelik bir takım engeller olduğu görülmektedir. Bunlar kaynaklar, idari işler ve profesyonel olmayan davranışlar olarak üç ana başlık altında toplanabilir.

2.6.1. Kaynaklar

Yapılan araştırmalarda katılımcılar, personel sıkıntısı karşısında personelin öngörülmemesi, ortaya çıkan artan iş yükünün yanı sıra hasta merkezli bakımı sağlayan sınırlı ekipmanın yanı sıra, personelin yetersiz kalması konusundaki sıkıntılarını dile getirmişlerdir. Longmore ve Ronnie (2014) tarafından insan kaynakları yönetimi üzerine yapılan araştırmalarda hasta merkezli bakımın önündeki engellerden birinin personel sıkıntısı olduğu tespit edilmiştir (Longmore ve Ronnie, 2014: 369).

Pelzang, Wood ve Black (2010) tarafından yapılmış bir başka çalışmada katılımcılar, çok fazla çalıştıklarından dolayı yorulduklarını ve hasta merkezli bakımı etkin bir şekilde sağlayamadıklarını belirtmişlerdir. Çalışma ile personel sayısı ile doğru orantılı olan fazla çalışma sorununun hasta merkezli bakımın önündeki en büyük engel olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, personel sıkıntısı ile hasta merkezli bakımın yeterli düzeyde sağlanamaması arasında negatif bir ilişki kurulabilir (Pelzang, Wood ve Black, 2010: 186).

Pelzang (2010) tarafından yapılmış bir başka çalışmada ise katılımcıların, sabun, el havluları ve tıbbi ekipman gibi temel gereksinimlerde oluşan yetersizliğin, hasta merkezli bakımın sağlanmasını ve kaliteli bakımın sunulmasını engelleyen faktörler olarak gösterildiği bulunmuştur. Hemşirelerin algılarını ve hasta bakımı konusundaki anlayışı araştıran bu çalışmada, hemşirelerin malzeme ve personel kaynaklarının yetersiz olmasının hasta merkezli bakımın sağlanmasında engel teşkil ettiği bulunmuştur (Jardien Baboo, Rooyen ve Ricks, 2016: 403).

Papastavrou ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuş, hasta merkezli bakımın sunulmasında kaynak eksikliğinin hastalar için olumsuz sonuçlara yol açabileceğini tespit edilmiştir (Papastavrou vd., 2014: 2).

2.6.2. İdari İşler

Hasta merkezli bakımın bir diğer engellerinden sayılan hemşirelerin idari işlerdeki iş yüklerinin artışı, hasta merkezli bakımı sağlamada bir engel olarak görülmektedir. Klinik dokümantasyon ve idari işler için harcanan zaman çok fazladır. Klinik dokümantasyon ve idari işler için fazla zaman harcanması, hastalara daha az zaman ayrılmasına sebep olmakta ve hasta merkezli bakımın etkin bir şekilde sunulmasına engel teşkil etmektedir (Jardien Baboo, Rooyen ve Ricks, 2016: 403).

Ammenwerth ve Spötl (2009) tarafından yapılan bir çalışmada araştırmacılar, dahiliye servisinde çalışan hemşirelerin çalışma süresinin önemli bir kısmının (% 26,6), klinik dokümantasyonla (% 22,4) ve iç hastalıkları bölümündeki idari işlerle (% 4,2) geçtiğini tespit etmişler, ayrıca hemşirelerin doğrudan hasta bakımı ile geçen sürelerinin ise (%27,5) klinik dokümantasyona ve idari işlere ayrılan süre ile arasında çok az fark olduğunu göstermektedir. Bulgular katılımcıların dokümantasyona harcadıkları zamanın hastalarla daha fazla zaman geçirmelerine ve dolayısıyla hasta merkezli bakıma engel olduğunu göstermektedir (Ammenwerth ve Spötl 2009: 81).

2.6.3. Profesyonel Olmayan Davranış

Yapılan çalışmalarda hasta bakım hizmetlerinde görevli bazı hemşirelerin, profesyonel ve etik olmayan bir şekilde hastalara kaba ve sert davranışlarda bulunduğu görülmektedir. Hasta ve hemşireler arasında profesyonel olmayan bu davranışlar, hastalar açısından olumsuz deneyimlere neden olur ve nihayetinde, hastaların tedavi ve bakım süreçlerine katılımları olumsuz yönde etkilenir. Bundan dolayı hastalar isteklerini iletmekte çekingen davranabilirler. Bu durum hasta merkezli bakımın sunulmasında engel oluşturmaktadır (Jardien Baboo, Rooyen ve Ricks, 2016: 403).

Jangland, Gunningberg ve Carlsson (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların ve hasta yakınlarının, sağlık hizmeti sunumunda karşılaştıkları sorunlar ve şikâyetleri incelenmiş, katılımcılardan bazılarının ifadelerine göre, sağlık profesyonellerinin hastalarının saygınlığını tehdit ederek hastayla ilgili konularını kötüye kullandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada sağlık çalışanları tarafından kaba dil ve düşmanca

davranış içeren yıkıcı ve korkutucu davranışların hasta memnuniyetinin azalmasına neden olduğu bulunmuştur (Jangland, Gunningberg ve Carlsson, 2009: 202-203). Sağlık personelinin bakım esnasında gösterdiği profesyonel olmayan davranışlar, etkili hasta merkezli bakımı sağlamada hemşire ve hasta arasında bir bariyer oluşturmaktadır (Nadzam, 2009: 186).

2.7. Hasta Merkezli Bakım Modelleri

Hastaların giderek artan sağlık hizmetlerinde tedavi ve bakım süreçlerine dâhil olma isteği üzerine yapılmış çalışmalar bu ortaklığın hasta merkezli bakım ile sağlanabileceğini göstermektedir. Bunun üzerine hasta merkezli bakımı tanımlamak için, birçok çalışma yapılarak birden fazla model geliştirilmiştir. ABD’de Yapılan bu modellemelerden en etkili olanlarının, Picker Milletler Topluluğu modeli (Picker/Commonwealth Dimensions), Aile Merkezli Bakım Enstitüsü modeli (Institute for Family-Centered Care) ve Çınarağacı (Planetree model) modeli olduğu belirtilmektedir (Shaller, 2007: 1).

2.7.1. Picker Enstitüsü Modeli

Hasta merkezli bakım terimi, sonradan Picker Institute adlı Hasta Bakım Merkezinde Picker Commonwealth Programı tarafından, daha sonra Picker Institute tarafından 1988 yılında oluşturulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avrupa’daki bakım kuruluşları, hastaların bakımlarını sekiz boyutta ölçmüşlerdir. Bu boyutlar; hastaların değerlerine ve tercihlerine saygı duymak; bakımın koordinasyonu, bilgi, iletişim ve eğitim; fiziksel konfor (günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yardım dahil); Duygusal destek, korku ve kaygıyı hafifletmek; bakım süreçlerine ailelerin ve arkadaşların katılımı; geçiş ve süreklilik ve son olarak bakıma erişim olarak belirlenmiştir (Conway vd., 2006: 5). Bu boyutları kısaca tanımlamak gerekirse;

- *Hastaların değerlerine, tercihlere ve ifade edilen ihtiyaçlara saygı göstermek:*

Hasta merkezli bakım insanların yaşam kalitesi konularında farkındalık sahibi olmayı, hastaların karar alma sürecine dâhil edilmesini, hastaların ihtiyaçlarına ve tercihlerine saygı duymayı ve hasta özerkliğine dikkat göstermeyi gerektirmektedir.

- *Bakımın Koordinasyonu*

Hasta merkezli bakımda, hastanın bakım sorumluluğunu üstlenen sağlık personeli klinik uygulamalarda ve destek hizmetleri uygulamalarında hasta koordinasyonunu ve entegrasyonunu sağlayabilmelidir.

•*Bilgi, İletişim ve Eğitim*

Hasta merkezli bakım sunumunda sağlık personeli hasta özerkliği, öz bakım, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için, klinik durum, hastalığın seyri, buna bağlı olarak yapılan tahmin (prognoz) ve bakım süreçleri hakkında bilgi, iletişim ve yeterli eğitime sahip olmalıdır.

•*Fiziksel Konfor*

Hasta merkezli bakımda sağlık profesyoneli, hastanın ağrı yönetimi de dâhil olmak üzere hastanın fiziksel rahatlığına ve günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olur ayrıca hasta için temiz ve konforlu bir ortam sağlar.

•*Duygusal Destek, Korku ve Kaygı Hafifletmek*

Hasta merkezli bakımda sağlık profesyoneli, hasta ve yakınlarının tedavi ve bakım süreçlerindeki endişelerini giderir ve onlara duygusal destek sağlar.

•*Bakım Süreçlerine Ailelerin ve Arkadaşların Katılımı*

Hasta merkezli bakımda, hastanın ailesinin ve arkadaşların hasta ile ilgili farkındalık düzeyleri artırılarak, hastanın tedavi ve bakım süreçlerine dâhil edilmesi gerekmektedir.

•*Geçiş ve Süreklilik*

Hasta merkezli bakımda hastalar bakım süreçlerine dâhil edilmelidirler. Bunun için hastalara klinik ortamdan uzakta kendi bakımlarına yardımcı olacak bilgiler verilmelidir. Ayrıca bu geçişleri kolaylaştırmak ve sürekliliğini sağlamak için ciddi bir koordinasyon, planlama ve destek gerekmektedir.

•*Bakıma Erişim*

Hasta merkezli bakımda hastalar kabul işlemlerinde, ayaktan tedavi ve bakım işlemlerinde, yatış işlemlerinde harcanan zamana dikkat edilmelidir. Erişim için zaman, hasta beklentilerinden daha yüksek olmamalı iken tedavi ve bakım için planlanan zamana riayet edilmelidir.

2.7.2. Aile Merkezli Bakım Enstitüsü Modeli

Aile Merkezli Bakım Enstitüsü, hasta ve aile merkezli bakım ilkelerinin, sağlık, eğitim, zihinsel sağlık ve sosyal hizmetler dâhil olmak üzere, bireylere, ailelere bakım ve destek sunan tüm sistemlere yansıtılmasını sağlamak amacıyla 1992 yılında kurulmuştur. Enstitüye göre, hasta ve aile merkezli bakım, hastalar, aileleri ve sağlık hizmetleri sağlayıcıları arasında karşılıklı yarar sağlayan ortaklıklara dayanan sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesini sağlayan bir yaklaşımdır. Enstitüye göre hasta ve aile merkezli bakım onur ve saygı, bilgi paylaşımı, katılım ve işbirliği içermektedir (Shaller, 2007: 3-4).

•Onur ve Saygı

Sağlık bakımı uygulayıcıları hasta, aile bakış açılarını ve seçimlerini dinler, hasta için bakımın planlanmasında ve sunulmasında hastanın ve aile üyelerinin değerlerini, inançlarını ve kültürel geçmişlerini göz önünde bulundurur ve bunlara saygı duyar.

•Bilgi Paylaşımı

Hasta merkezli bakımda sağlık bakımı uygulayıcıları, hastalar ve aileleri ile doğrudan iletişim kurarak tüm bilgileri tarafsız bir şekilde paylaşır. Hastalar ve aileleri, bakım ve karar vermeye etkin bir şekilde katılmak için zamanında, eksiksiz ve doğru bilgi alırlar.

•Katılım

Hastaların ve ailelerinin, bakım süreçlerinin seçtikleri düzeyde olması için tedavi ve bakım süreçlerine katılmaları teşvik edilir ve desteklenir.

•İşbirliği

Sağlık bakım liderleri, mesleki eğitimde, bakımın sunulmasında, sağlık hizmeti tesisi tasarımında, politika ve program geliştirme ile uygulama ve değerlendirme gibi konularında hastalar ve aileleri ile işbirliği yapar.

2.7.3. Planetree Modeli

1978 yılında kurulan Planetree'nin misyonu, hasta merkezli, değer temelli ve bütünsel, zihinsel, bedensel ve ruhsal iyileşme sağlayan yeni sağlık bakım modellerinin geliştirilmesinde ve uygulanmasında öncü olma görevini üstlenmektedir. Planetree modeline göre hasta merkezli bakımın dokuz boyutu vardır. Bunlar (Shaller, 2007: 4);

- İnsan etkileşimi açısından, kişisel bakım, nezaket ve hastalarla birlikte olma gibi unsurların önemli olduğunu kabul etmek.
- İnsan odaklı sağlık kütüphaneleri ve hasta eğitimleri yoluyla çeşitli hasta popülasyonlarının bilgilendirilmesini ve güçlendirilmesini sağlamak.
- Aile ve arkadaşlarla kurulacak sağlık ortaklıklarını sunulacak bakımın tüm yönlerinde bütünleştirmek.
- Besinlerin ve beslenmenin sağlıklı yönleriyle ilgilenmek.
- Hastaların bakımını iyileştirmek için maneviyatın ve içsel kaynakların kullanılması.
- Tedavi ve bakım sunumunda hastaya temas etmekten çekinmemek hatta hastaya masaj yapmak.
- Tedavi ve bakım sürecine sanatı (müzik, görsel sanatlar) dâhil etmek.
- Tamamlayıcı ve alternatif uygulamaları tedavi ve bakım sürecindeki geleneksel uygulamalara entegre etmek.
- Mimari ve tasarım yoluyla iyileştirici ortamlar yaratmak.

Bu üç model incelendiğinde elde edilen bulgular, hasta merkezli bakımın özellikleri ve bunlara ulaşmak için gereken temel faktörler konusunda birbirleri ile benzeştiğini göstermektedir.

Özellikle hemşireler üzerine yapılmış hasta merkezli bakım çalışmalarında elde edilen sonuçlar hastaya sevgi ve saygıyla davranmayı, hastanın ve hastanın ailesinin karar verme sürecine dâhil edilmesini, hastanın değerlerine, tercihlerine, kültürüne ve ihtiyaçlarına saygı gösterilmesini tavsiye etmektedir (Jardien Baboo Rooyen ve Ricks, 2016: 404). Bu doğrultuda araştırmanın buradan sonraki kısmında Hwang (2015) tarafından geliştirilen ve Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olan hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ölçeğinde belirtilmiş olan ve hasta merkezli bakımın boyutları olan, hasta perspektifine saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek, hasta Konforu Sağlamak ve hasta haklarını savunmak isimli dört boyuttan bahsedilecektir.

2.8. Hasta Merkezli Bakımın Boyutları

Hwang (2015) tarafından “hastane hemşireleri için hasta merkezli bakım yetkinlik ölçeğinin geliştirilmesi ve test edilmesi” çalışmasında ve bu çalışmanın Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından yapılmış Türkçe uyarlaması çalışmasında hasta merkezli bakım boyutları hasta perspektifine (bakış açılarına) saygı duymak, bakım süreçlerinde

hasta katılımını teşvik etmek, hasta konforu sağlamak ve hasta haklarını savunmak olarak belirlenmiştir.

2.8.1. Hasta Perspektifine Saygı Duymak

Hasta merkezli bakımın özü, hastalığın deneyimini hastanın perspektifinden anlama çabasıdır (Jardien Baboo Rooyen ve Ricks, 2016: 398). Ayrıca hasta merkezli bakımın merkezi noktasında hasta değerlerine, tercihlerine ve perspektifine saygılı olmak vardır. Hastaların sosyal yaşamlarında değer verdiği şeylerin neler olduğunun bilinmesi ve sunulan bakım esnasında yapılanların hasta tarafından ne şekilde algılandığının anlaşılması önem arz etmektedir. Çünkü hastaların kararlarının, davranışlarının ve algılarının hemşire tarafından iyi bir şekilde sentez edilmesi, hasta tercihleri ve perspektifleri için standartlar sağlamaktadır (McCormack, 2003: 205). Sağlık bakımı uygulayıcıları hasta ve aile bakış açılarını ve seçimlerini dinler ve onurlandırır. Hasta ve aile bilgisi, değerleri, inançları ve kültürel geçmişleri bakımın planlanması ve sunulmasına dâhil edilir.

Hasta merkezli bakımda hastaların perspektifine saygı duymak önemlidir. Multimorbidite oranının yüksek olduğu hastalıklardan mustarip hastalar, birçok hastalığın birlikte baş gösterdiği hastalık toplamı olarak değil, özel bir birey olarak görülmektedir. Hasta merkezli bakımın da merkezinde bu vardır. Odak noktası hastalık değil hastadır. Örneğin, KOAH'lı bir hastaya hastalığına yönelik planlama yapmak ve ardından aynı hastaya varolan bir diyabet rahatsızlığı için bir planlama yapmak hasta merkezli bakım yaklaşımına uymamaktadır. Olması gereken sağlık bakım hizmeti sunan profesyonellerin hastasını bir bütün olarak kabul etmesi gerektiğidir. Bu boyutta amaç hastanın değerlerini ve tercihlerini tanımak için zaman ayırmak ve hastanın refahı için çaba sarf etmektir (Cramm ve Nieboer, 2018: 3).

Sağlık, her birey için farklı anlamlar taşımaktadır. Her bireyin sağlık öncelikleri ve sağlık için önem dereceleri birbirinden farklıdır. Dolayısıyla, herkese fayda sağlayacak olan tek bir tedavi veya bakım yoktur. Her ne kadar bazı müdahaleler diğer müdahalelere göre daha doğru gibi gözükse de en doğru yaklaşım hastayı bireysel olarak görerek merkezinde hasta olan bir şekilde uygulama planlamak ve yapmaktır. Bundan dolayı sağlık profesyonelleri sunacakları tüm hizmetlere hasta ile beraber karar vermeli, kısacası hastaya verilecek bakımda sağlık profesyonelleri tarafından ortak karar verme anlayışının benimsenmesi gerekmektedir (McCormack, 2003: 206).

Hasta merkezli bakım yaklaşımının özünde her hasta ayrı bir vaka olarak görüldüğünden, bakımda görevli tüm sağlık profesyonelleri ile hastanın durumu iyi bir şekilde koordine edilmelidir. Özellikle hastanın sağlığı ile ilgili hikâyesi sürekli olarak hastaya tekrar ettirilmemeli ve bakımda görevli ekip bu konuda bilgilendirilmelidir. Dolayısı ile hasta bakımında koordinasyonu gelişmiş bir ekip çalışması yapmak önem arz etmektedir. Bunun için iyi bir ekip çalışması ve ekip arasında koordinasyon gereklidir (Cramm ve Nieboer, 2018: 3).

Bir kişinin hayatının hastalıktan nasıl etkilendiğini anlamak, hastanın tepkilerini ve duygularını anlamada önemlidir. Bu anlayış düzeyi, bir başkasının bakış açısını anlama yeteneğini ortaya çıkarmaktadır (Burks ve Kobus, 2012: 322). Hastalığın hasta üzerindeki etkisi düşünüldüğünde sabırlı olmak çoğu hasta için zor bir davranıştır. Aynı şekilde sağlık personeli de hastanın kültürel normlarını ve hastanın kültürüne özgü sağlık bakım uygulamalarını anlamada sabırlı olmalı ve buna saygı göstermelidir. Hasta merkezli bakım ortamlarında, bu hastalarda hemşireler ve sağlık hizmeti sağlayıcıları hastalığın hasta tarafından nasıl algılandığını ortaya çıkaracak şekilde davranmalıdır (Jensen, Vedelø ve Lomborg, 2013: 1013; Bankert, Lazarek LaQuay ve Joseph, 2014: 169).

Hasta merkezli bakım ortamlarında ilk bileşen, sağlık hizmet sunucusunun hem hastalarının hem de hastalarının hastalık deneyimlerinin araştırmasıdır. Bu araştırma yapılırken hastaların, hasta olma duyguları, sağlığı ile ilgili neyin yanlış olduğuna dair düşünceleri, hastalıklarının ya da sorunun günlük yaşantılarına olan etkileri, sağlığı ile ilgili beklentileri ve yapılması gerekenler hakkında sorgulama yapılmalıdır (Stewart vd., 2000: 797-798).

Çeşitli kültürlerden gelen sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından, sağlık profesyonelleri, farklı dilleri, farklı değerleri, sağlık ve hastalık yönetimi ile ilgili farklı inançları olan hastaları tedavi etmeye maruz kalmaktadırlar. Hastaların sağlığı, psikolojik, fiziksel, sosyal, duygusal ve ruhsal gibi farklı bileşenler tarafından etkilenen bir insan olarak görülmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri, hasta merkezli bakımı sağlamak için, karşısındakinin kültürel farkındalığını anlama çabası içinde olmalıdır. Kültür çok yönlüdür ve bu nedenle etkili bakım sağlamak için hemşirelerin ve tüm sağlık profesyonellerinin hastaların kültürünü anlamaya çalışmaları zorunludur (Matteliano ve Street, 2012: 426).

Sağlık profesyonellerinin, sağlık hizmeti kullanan hastalarının ve yakınlarının kültürel beklentilerine duyarlı olmaları gerekmektedir (Van Rooyen vd., 2009: 158). Bu amaçla hemşirelerin bilgili, kültürel duyarlılık sahibi ve hasta güvenliğine önem verecek şekilde olmaları yönünde bir değişim içerisinde olması gerektiği ve Madeleine Leininger'in Kültürlerarası hemşirelik modeline göre, uygulayıcı olmaya zorlanması gerektiği belirtilmektedir (Chenoweth vd., 2006: 34; Blackman, 2011: 32).

Hastalara sağlıkları ile ilgili bakım sunumunda değerlendirmeler, hastaların perspektifinden yapılmalıdır. Klinik görüşmelerde, bakım planının uygulanmasında ve değerlendirmesinde; hasta değerleri, tercihleri ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca bakım sunumunu diğer sağlık profesyonelleri ile koordinasyon içinde yapmak önemlidir. Tüm bu süreçte bakımda görevli tüm ekip üyeleri, hastaların kendisinden farklı değerlere sahip olabileceğini unutmamalı ve bu hastalara gönüllü olarak hizmet verebilmelidir (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019: 160).

2.8.2. Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek

Hasta ve yakınlarının tedavi ve bakıma katılımı, hasta merkezli bakımın önemli bir bileşenidir (Shaller, 2007: 4). Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif katılımlarının sağlanması için engellerin tespit edilerek ortadan kaldırılması gerekmektedir. Bu engellerden en önemlisi iletişimdir. Dolayısıyla hastalarla iletişimi geliştirmeye ve düşük sağlık okuryazarlığının etkisini azaltmaya odaklanılması gerekmektedir. Bunun için hem sözlü hem de yazılı bilgiler için basit bir dil kullanılması gerekmekte ve tıbbi jargondan kaçınmak önerilmektedir. Hatta hemşirelerin, bir hastanın kültüründe yaygın olarak kullanılan bileşenlerin adlarını öğrenmeleri tavsiye edilmektedir. Bilgi, hasta için yönetilebilir şekilde düzenlenmeli ve aktarılmalıdır (Stiles, 2011: 38).

Hastalara sunulan bakım esnasında hastalarda sağlık okuryazarlığının olması önemlidir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar yüksek olan hastalara nazaran en iyi sağlık hizmetlerini elde etmek için aynı kaynaklara, yeteneğe veya yeterliliğe sahip değildir. Doğal olarak sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar, sağlık bilgisi edinme, anlama ve uygulamada zorluk çekebilirler. Etnik azınlık grupları, yeni göçmenler, yaşlılar, kronik hastalıkları olan bireyler, yoksul veya düşük sosyo-ekonomik durumdaki insanlar düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerine maruz kalanlar arasında yer almaktadır (Bankert, Lazarek LaQuay ve Joseph, 2014: 170).

Hemşireler, sağlık sisteminin, eğitim sisteminin yanı sıra sosyal ve kültürel faktörlerin hepsinin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğunu kabul etmelidirler. Geçmişte sağlık okuryazarlığı, hastalar açısından incelenerek entelektüel bir eksiklik olarak kabul edilmekteydi. Ancak günümüzde, sağlık okuryazarlığı sağlık sisteminin bir konusu olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı, hastayla kurulacak iletişim esnasında hemşireler ve hasta bakımında görevli diğer sağlık ekibinin tıbbi jargondan uzak, basit açıklamalar yoluyla verilen bilgiler ile güçlendirilmektedir (Bankert, Lazarek LaQuay ve Joseph, 2014: 170).

Hastalara sunulan bakım sürecinde, hastaları veya ailelerini güçlendirecek (etkin kılacak) stratejilerin belirlenmesi gerekmektedir. Bunun için hastalar için sağlık bilgilerinin kişiselleştirilmesi tavsiye edilmektedir. Bu stratejiler hastaların bilgi, anlayış ve başa çıkma yeteneklerini artırarak güçlenmelerini sağlamakta ve dolayısıyla hizmetlerden memnuniyetlerini arttırmaktadır (Nath, 2007: 45-46).

Hastaların bakımında sorumlu olan hemşireler ve diğer sağlık personeli, hastaları soru sormaya teşvik etmeli ve bakım faaliyetlerini geliştirmek için eğitimlerinde aktif rol almalıdırlar. İyi bilgilendirilmiş ve bakımlarına daha fazla dâhil olan hastalar daha iyi sağlık sonuçları almaktadır (USDHHS, 2010).

Günümüzde sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm, hastaları sağlık hizmet sunumunda meslekler arası ekibin bir parçası olarak tanımaktadır. Bu anlayışa göre hastalar verilen tüm hizmetlerin merkezindedir. Bundan dolayı hastaların bakım sürecinde görevli herkes, hastaların sağlık hizmeti ihtiyaçlarını yine hastaların gözünden görebilmelidir. Bunun için hastalarla gerçek ve iş birliğine dayanan ilişkiler kurulmalı, hastalar tedavi ve bakım süreçlerine dâhil edilerek ortak karar verme süreci işletilmelidir (Bankert, Lazarek LaQuay ve Joseph, 2014: 162).

Hasta merkezli bakımın geliştirilebilmesi için bakım sorumluları, hastaları ve yakınlarını bakımları hakkındaki kararlara dâhil ederek, kendi bakımlarını ve yaşamlarını belirlemede onları teşvik etmelidirler. Süreç boyunca oluşabilecek komplikasyonlar net bir şekilde açıklanmalı, hasta ve yakınlarının onayı alınarak ortak karar verme süreci uygulanmalıdır. Verilen bir tedavi esnasında yan etkiler nedeniyle başka kötü bir hususun ortaya çıkabileceği net bir şekilde açıklanmalıdır (Örneğin, KOAH'lı bir hastada kullanılan kortikosteroidler osteoporoza neden olabilir) yada uzun vadede fayda sağlayan bir tedavinin kısa vadede zararları olabilir (Örneğin, statinlerin çoğunlukla yan etkileri olması). Bundan dolayı verilecek bir tedavi veya sunulacak bir

bakımda olması muhtemel tüm olumsuzluklar hasta ve yakınlarına açıklanmalı ve karar sürecine hastaların katılımı sağlanmalıdır (Cramm ve Nieboer, 2018: 3).

Hastaların ve ailenin tedavi ve bakım süreçlerine katılımı, hasta merkezli bakımın en önemli bileşenidir. Literatür incelendiğinde birçok araştırmada hasta merkezli bakımın tanımlarında değişiklikler olmasına rağmen içerik olarak hemen hemen hepsi birbirine benzemektedir. Shaller (2007) tarafından yapılmış bir çalışmada, hasta merkezli bakımı tanımlamak için dokuz model ve çerçevenin sistematik bir şekilde gözden geçirilmesi sağlanmış ve beş modelde, hasta merkezli bakım tanımında bakım süreçlerine ailenin ve arkadaşların katılımının önemi vurgulanmıştır (Shaller, 2007: 4).

Multimorbiditesi yüksek olan kronik hastalıklara sahip hastaların, bu süreçten sadece kendileri değil yakınları da olumsuz yönde etkilenir. Bu ve buna benzer olgularda bakım planları, hastanın bakım sorumluluğunda aktif olan yakınlarının veya bakıcılarının kararlara katılmasına yönelik olmalı ve ihtiyaçlar buna göre planlanmalıdır. Özellikle bu hususlar dikkate alınmalı ve hasta merkezli bakım ortamı iyileştirilmelidir. Hasta merkezli bakımda hastalar için optimal bakım söz konusudur. Bu durum ise, hastaların bakım sorumluluğundaki yakınları, bundan etkilenenler ile sağlık personeli arasındaki yürütülen ortak süreçle yapılabilir. Unutulmamalıdır ki aile üyelerinden, özellikle eşler, bakım süreçlerinin bazılarında sorumluluğu paylaşma konusunda lider rol üstlenmektedirler (Cramm ve Nieboer, 2018: 3).

Hasta merkezli bakım yaklaşımı, hastanın sağlık koşulları ile ilgili tercihleri, eğer hasta müsaade ederse yakınları ve bakımında görevli diğer üyelerden gelen bilgilerin toplanması ile başlamaktadır. Hasta tercihleri doğrultusunda toplanan tüm bilgiler kapsamlı ve fonksiyonel bir şekilde değerlendirmeye tabii tutularak hastanın, sağlık durumu, beklentileri ve hedeflediği yaşam düzeyinin şekillendirilmesine katkı sağlamak için kullanılmalıdır. Amaç, hedeflenen yaşam için öncelikle hastanın ne istediğinin ve gelecekteki refahı için neleri öngördüğünün belirlenmesidir (Cramm ve Nieboer, 2018: 3).

Hasta merkezli bakımında maksimum faydanın sağlanması için bakım sürecine hasta ve bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının sürece dâhil edilmesiyle ve bunun teşvik edilmesiyle sağlanabilir (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019: 160). Bir kişi için aileleri, sağlığını etkileyen sosyal bir kurumdur. Bu nedenle, Hasta ve yakınlarını tedavi ve bakım sürecine dahil etmek, bunu teşvik etmek hasta merkezli bakım sunumu için vazgeçilmezdir (Mitchell vd., 2009: 544).

2.8.3. Hasta Konforu Sağlamak

Hastalar çoğunlukla hastalıklarının ve bakımlarının yaşamları üzerindeki etkileri konusunda endişe yaşarlar. Hastaların endişeleri yalnızca sağlıklarının fiziksel çıktıları ilgili değildir, bunun yanında devamlı acı duymak ve yorgunluk hissi nedeniyle sosyal yaşantılarında kısıtlanmalara maruz kalırlar. Ayrıca bakım esnasında yapılan uygulamalar ve ilişkiler, bazı kaygılara neden olabilir. Bundan dolayı hastaların fiziksel refah düzeylerinin iyileştirilmesi için etkin bir şekilde destek verilmelidir. Hastaların ağrı yönetimi etkin bir şekilde yapılmalı, iyi bir uyku uyumaları sağlanmalıdır. Bakım sürecinde görevliler, hastanın bakım için ihtiyaç duyacağı tüm desteği sağlarken aynı zamanda da günlük ihtiyaçlarında da destek vermelidirler. Hasta merkezli bakım ortamlarında hastaların günlük yaşantılarındaki konfor sağlanmalıdır. Hastaların fiziksel konforları için özellikle ortam temiz olmalı ve özellikle ziyaretler esnasında mahremiyete özen gösterilmelidir (Cramm ve Nieboer, 2018: 3).

2005 yılında National Quality Forum (Ulusal Kalite Forumu), HCAHPS (Hospital Consumer Assessment Of Healthcare Providers and Systems-Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Sistemlerinde Hastane Tüketici Değerlendirmesi) tarafından yapılan çalışmada hastaların sağlık kuruluşundaki deneyimlerine yönelik algıları ölçülmüş ve hasta memnuniyetine etkisi olan hususlar ortaya çıkarılmıştır. Çalışma sonunda ağrı yönetimi, ilaçlar hakkında iletişim, temizlik ve hastane ortamının sessizliği gibi özellikle hastaların konforunu etkileyen hususların, hasta memnuniyetinde ilk sıralarda yer aldığı tespit edilmiştir (Bankert, Lazarek LaQuay ve Joseph, 2014: 179).

Yapılan çalışmalar hasta konforuna etki eden hususların hastalar için memnuniyet göstergesi olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Hasta memnuniyeti için önem arz eden hasta konforu, dolayısıyla hasta merkezli bakım ortamları içinde önemlidir. Bundan dolayı hasta merkezli bakım ortamlarında sağlık çalışanları, hastanın hissettiği ağrıyı ve ıstırabı anlayabilmeli buna yönelik bakım ortamları sağlayarak hastaların fiziksel ve duyuşsal refah düzeylerini artırmaya yönelik bakım planları düzenleyebilmelidir. Ayrıca, hastanın ağrı veya ıstırabının giderilmesine yönelik olarak hasta ve yakınlarının beklentilerini karşılama çabası içinde olmalıdırlar (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019: 161).

2.8.4. Hasta Haklarını Savunmak

Hasta haklarının savunuculuğu ise kısaca hastaların çıkarlarını diğer gruplardan korumayı ifade eder (Kreindler, 2013: 1143). Hastaların avukatı olarak hizmet etmek

hasta merkezli bakımın bir özelliğidir ve profesyonel sağlık ekibi içindeki hemşirelik ve liderliğin temel bir bileşenidir. Savunuculuk, bir hastanın nihayetinde hastanın ihtiyaçlarına ve isteklerine bağlı olarak “en iyi” bakımı almasına yardımcı olan herhangi bir faaliyet anlamına gelir. Florence Nightingale, hemşirelerin hastayı hemşirelik bakımının merkezinde tutması gerektiğini, hemşirenin uygulamalarında fayda ve sadakat gibi değerlerin somutlaşmış bir zorunluluk olması gerektiğini vurgulamıştır (Bradshaw, 1999: 478).

Hastaların güçlendirilmesi, hastaları değişiklik yapmalarını ve sağlıklarını yönetmek ve iyileştirmek için kararlar almalarını sağlayan ve motive eden, kendini yönlendiren bir savunuculuk şeklidir (Bann, Sirois ve Walsh, 2010: 746). Savunuculuk ve güçlendirme konusunda hasta merkezli bir yaklaşımla bakıcı ve hasta arasındaki ortaklık hastanın özerkliğini ve kendi bakımına katılımını artırabilir (Holmstrom ve Roing, 2009: 167).

Hasta savunuculuğu, hastanın refahını artırırken çeşitli sağlık profesyonelleri tarafından uygulamakta ancak hemşirelerin profesyonel rollerinin kilit bir unsuru olarak görülmektedir. Hastaları etik bir şekilde korumak, hastaları bilgilendirmek ve konuşmak dâhil olmak üzere hastanın ihtiyaçlarına ve isteklerine odaklanan hasta bakımı ile ilgilidir (Sundqvist vd., 2018: 2404).

Hasta haklarının savunulması hasta merkezli bakımın ve sağlık hizmet sunucularının bir özelliğidir. Hasta merkezli bakım yaklaşımını benimsemiş sağlık kuruluşları bu yaklaşımın bir parçası olan savunuculuğun yanı sıra, hastalarını iyi bir şekilde bilgilendirmeli ve hastaların kendi bakımlarına katılarak aktif olmaları için her türlü çabayı sarf etmelidirler. Bazı hastaneler hasta ile çalışanlara bilgi akışını artırmak, hasta endişelerini gidermek, hasta ve ailelerine duygusal destek sağlamak için hasta savunuculuğu (hasta hakları birimi) pozisyonları oluşturmuştur. Bu pozisyonlar hastalar, aileler, doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli için merkezi bir temas noktası görevi görür. Hizmette öngörülebilir veya önlenemez aksamalara cevap vererek hastalara yardımcı olmaktadır (Bankert, Lazarek LaQuay ve Joseph, 2014: 174).

Ayrıca hasta ve personel iletişimini katkı sağlayarak verilen hasta bakım hizmetlerini geliştirmektedir. Örneğin, bir hasta savunucusu, ameliyat için planlanan bir hastanın anestezi için tüm sorularına cevap bulmak için yardımcı olabilir. Ayrıca, hastanın kendisi için konuşmadığı zaman, hastanın isteklerinin yerine getirilmesine yardımcı olabilirler. Hasta savunucusu, hastane tarafından sağlanan biri, bir hemşire veya sosyal hizmet uzmanı olabilir; ancak, pozisyon tıbbi veya sağlık eğitimi gerektirmez. Hasta

savunucusu ayrıca hastanın bir arkadaşı veya aile üyesi de olabilir. Bu kişinin ve / veya pozisyonun özelliği, hastanın güvенеbileceği bir kişi olması ve hastalar için etkili bir şekilde iletişim kurabilmesi olmalıdır (Bankert, Lazarek LaQuay ve Joseph, 2014: 174).

Hastalara, hastalık ve bakım süreçleri konusunda bilgi verilmesi hastaların temel haklarındanr. Hastalara kendi bakımları ile ilgili sorumluluk verilmelidir. Bundan dolayı bakım sürecinde hastalar çok iyi bir şekilde bilgilendirilmelidirler. Bundan dolayı bakımları ile ilgili tüm kayıtlara ulaşabilmeli (örneğin e-sağlık platformuyla) ve hastalıklarının ne olduğu hakkında bilgileri barındıran broşür vs. ile aydınlatılmalıdır (Cramm ve Nieboer, 2018: 3).

Tedavi ve bakım sürecinde, sürece bağılı olarak ortaya çıkabilecek olumsuz durumlar ve komplikasyonların önemi sağlık personelleri açısından daha az olabilir. Bundan dolayı özellikle bazı hastalıkların tedavi planlarında bir yöntem olan çoklu ilaç kullanımı ve tedaviler, hastalarda yanlış olarak algılanarak hastalıklarının ve planlanan bakım süreçlerinin gerektiğinden fazlaca önemli olduğunu düşünmelerine sebep olabilir. Bu durum hastalarda gereksiz bir endişeye neden olabilir. Bundan dolayı hastalar, tedavi ve bakım süreciyle ilgili olarak eğitim ve algı seviyelerine göre detaylı bir şekilde bilgilendirilmelidirler. Ancak, hastalara detaylı ve açıklayıcı bilgiler verildikten ve hastaların da durumu anladıklarına kanaat getirdikten sonra hastaların onayları ve rızaları alınmalıdır. Ayrıca tedavisi için bakım planı oluşturulmuş bir hastada, ihtiyaçları devamlı takip edilmeli, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda bakım planında güncelleme yapılmalıdır. Bu sayede olası bir çatışmanın ortaya çıkması önlenmiş ve ortak karar alma süreci desteklenmiş olacaktır (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019: 161).

BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde hasta bakımında görevli hemşirelerin iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliklerinin belirlenmesi ve hemşirelerin iç girişimcilik özelliklerinin hasta merkezli bakım yetkinlikleri üzerine etkilerini incelemektir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde hasta bakımında görevli tüm hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir (N=450). Ancak evreni 450 olan çalışmada görevlendirme, izin istirahat, araştırmaya katılmada isteksiz olma gibi sebeplerden 100 hemşireye ulaşılamamış, toplanan anketlerden 33'ünün geçersiz ve uygunsuz olduğu değerlendirilmiş ve toplam 307 hemşirenin verileri değerlendirmeye alınmıştır. Ankete katılım oranı % 68'dir. Örneklem büyüklüğünün uygun olduğunun görülmesi için aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Karagöz, 2014: 152; Bal, 2001: 113-114; Güredin, 1987: 368-370).

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{[(N - 1) * t^2] + (p * q * Z^2)}^1$$
$$n = \frac{450 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{[(450 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 1,96^2)}$$
$$n = \frac{432,18}{2,0829} = 207,4895578280282 \cong 207$$

Formüle bakıldığında %95 güven aralığında evreni temsil etmesi gereken örneklem büyüklüğü yaklaşık 207'dir. Bundan dolayı, çalışma için belirlenen örneklem sayısının yeterli olduğu kabul edilmiştir.

¹ Formülde;

N = Evren

n = Örneklem sayısı

p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

3.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak iki farklı ölçek ile katılımcıların sosyodemografik özelliklerini içeren bir anket formu kullanılmıştır (Ek-1). Veri toplama aracına ilişkin bilgiler aşağıda kısaca yer almaktadır.

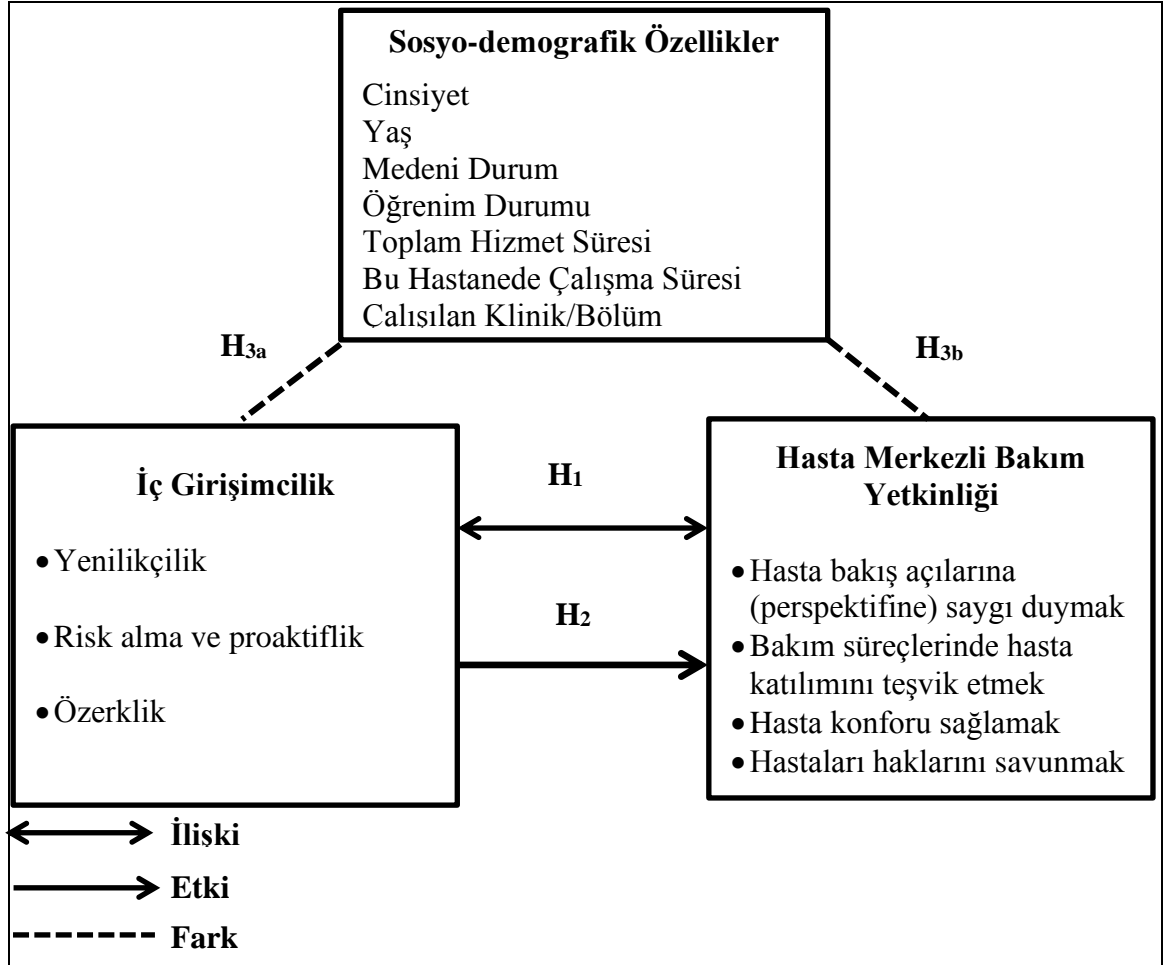
İç Girişimcilik Ölçeği: Çalışmada iç girişimciliği ölçmek amacıyla Durmaz (2011) tarafından geliştirilen İç Girişimcilik Ölçeği kullanılmıştır. İç girişimcilik ölçeğinin boyutları yenilikçilik, risk alma ve proaktiflik (öngörücü olma), özerklidir. Durmaz (2011) tarafından geliştirilen iç girişimcilik ölçeğinin Cronbach alfası 0,918 olarak bulunmuştur. İç girişimcilik ölçeği 21 ifade 3 boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte her bir ifade 1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum 5’li Likert tarzında diazın edilmiştir.

Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği (HMBY): Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği Hwang (2015) tarafından; hasta bakımında görevli hemşirelerin genelinde kullanılabilmesi adına hasta merkezli bakım yetkinliklerinin belirlenebilmesi amacıyla geliştirilmiş, ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.850’dir. HMBY ölçeği sırasıyla hastaların bakış açlarına (perspektifine) saygı duymak (6 madde), bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek (5 madde), hasta konforu sağlamak (3 madde) ve hastaların haklarını savunmak (3 madde) olarak 4 alt boyuttan ve 17 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte her bir ifade, 1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum 5’li Likert tarzında diazın edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Süreci

Veriler toplanmadan önce Sakarya Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna dair rapor alınmıştır (Ek-2). Çalışmanın yapılacağı eğitim araştırma hastanesinde görev yapan hasta bakımında görevli 450 hemşireden 350’sine anket dağıtılmıştır. Dağıtılan anketlerden 340 adet anket geri dönmüş, bunlardan 307 adedi çalışmada kullanılabilmiştir.

3.5. Araştırma Modeli ve Hipotezler



Şekil 2: Araştırmanın Modeli

Yukarıda Şekil 2’de belirtilmiş modele uygun bir şekilde aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁ İç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂ İç girişimciliğin, hasta merkezli bakım yetkinliğine anlamlı etkisi vardır.

H_{3a} İç girişimcilik katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık oluşturmaktadır.

H_{3b} Hasta merkezli bakım yetkinliği sosyo demografik özelliklerine göre farklılık oluşturmaktadır.

3.6. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Çalışmada verilerin analizi için IBM SPSS Statistics 23 programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi yararlanılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucuna göre fark bulunan ifadeler için farklılığın nereden

kaynaklandığını bulmak için Post Hoc testi kullanılmıştır. Verilerin güven aralığı %95 ($p=0,05$)'dir.

3.7. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlıkları

Araştırma, İstanbul bölgesinde faaliyette bulunan bir eğitim araştırma hastanesinde çalışmakta olan hasta bakımında görevli 450 adet hemşirelerin tamamını kapsamaktadır. Araştırmaya 340 kişi katılmıştır. Araştırma kapsamındaki sınırlılıklar aşağıda belirtilmiştir.

Araştırmanın İstanbul ilinde faaliyet gösteren eğitim araştırma hastanesinde hasta bakımında çalışmakta olan hemşireler üzerinde yapıldığından bu durum kapsam yönüyle sınırlılık olarak kabul edilebilir.

Araştırma için hazırlanan anketleri cevaplayan hemşirelerin, anketi tarafsız ve gerçekçi olarak cevapladıkları kabul edilmiştir. Ancak anketi cevaplayan hemşirelerin sosyal beğenirlik etkisi ile verdikleri cevaplar kullanılan anketin yöntemi bakımından araştırmanın diğer bir kısıtı olarak değerlendirilebilir. Ortaya çıkan bu durum farklı olan değişkenlerin birden fazla maddeyle ölçülerek ortalamalarının alınması yoluyla aşılmaya çalışılmıştır.

İç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişki, belirli ve tek bir zaman kesiti içinde incelenmiştir. Toplanan verilerin anlık (cross-sectional) toplanması ile zaman içerisinde değişimin belirlenebilmesi amacıyla değişik zamanlarda araştırmanın yapılamaması hususları araştırmanın diğer kısıtları olarak görülmektedir.

Ayrıca bir diğer önemli kısıt ise araştırmanın sadece bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerle sınırlı olmasıdır. Bu nedenle araştırma sadece çalışmanın yapıldığı örnekleme sınırlıdır. Bu nedenle tüm sağlık çalışanları veya hemşirelere genellenemez.

3.8. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizleri

Güvenirlilik bir ölçeğin ölçmesini istediğimiz şeyi tutarlı bir şekilde ölçmesi olarak tanımlanmıştır. Burdan yola çıkarak güvenilirlik, bir testin ya da ölçeğin şartlar benzer olduğunda tekrar uygulanmasıyla benzer sonuçları göstermesidir (Coşkun vd., 2015: 124). Bundan dolayı güvenilirlik yapılan ankette yer alan ifadelerin birbirleri arasındaki tutarlılığını ve ölçeğin odaklanılan sorunu ne derece yansıtabildiğini göstermektedir (Kalaycı, 2014: 403).

Çalışmada kullanılan İç Girişimcilik ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ölçeklerinin, öncelikle güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla Cronbach's Alpha katsayısından faydalanılmıştır. Cronbach's Alpha Katsayısı 0 ile 1 arasında değer aldığı ve elde edilen değer 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği de artmaktadır. Buna göre; katsayıları $0,00 \leq \alpha < 0,40$ olan ölçek güvenilir değil, $0,40 \leq \alpha < 0,60$ arasında katsayıya sahip ölçek için güvenilirlik düşük, katsayısı $0,60 \leq \alpha < 0,80$ arasında olan ölçeğin güvenilirliği oldukça güvenilir, son olarak $0,80 \leq \alpha < 1,00$ arasında bir katsayıya sahip ölçeğin ise yüksek derecede güvenilir olduğu kabul edilmektedir (Kalaycı, 2014: 405).

Çalışmada kullanılan İç girişimcilik ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,890 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Ayrıntısı Tablo 4'de görüldüğü üzere değerler, Yenilikçilik boyutunda 0,899, risk alma ve proaktiflik boyutunda 0,958 ve özerklik boyutunda 0,905 olarak bulunmuştur. Durmaz (2011) tarafından geliştirilen orijinal ölçeğin güvenilirlik katsayısı da (Cronbach alfa=0,918) yüksek seviyede bulunmuştur (Durmaz, 2011: 120). Bu anlamda iç girişimcilik ölçeği orijinali ile benzerlik göstermektedir.

İç girişimcilik ölçeği için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği test sonucu 0,889 bulunmuştur. Elde edilen veri setinin faktör analizinin uygunluğunu test etmek için yapılmış faktör analizini değerlendirmek için kullanılan Barlett test sonucunda iç girişimcilik ölçeği anlamlı çıkmıştır ($p < 0,05$). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda veri setinin faktör analizi için uygun olduğu değerlendirilmiştir.

İç girişimcilik ölçeği için açıklanan toplam toplam varyans %72,692'dir. Toplam varyans içindeki en yüksek açıklayıcılığa sahip olan boyut, Yenilikçilik boyutudur. Yenilikçilik boyutu, toplam varyansın % 38,004'ünü açıklamaktadır. Boyutu içindeki ifadelerle ait faktör yükleri 0,801-0,868 arasında değişmektedir. Bu ifadelerden; "İşimle ilgili yeni bir şeyler yapmak için çabalarım." (0,868) en yüksek faktör yüküne, "Araştırma Geliştirme faaliyetlerine, teknolojik liderliğe ve yenilikçiliğe önem veririm." (0,801) en düşük faktör yüküne sahiptir.

İç girişimcilik ölçeğinin ikinci faktörünü risk alma ve proaktiflik boyutu oluşturmaktadır. Risk alma ve proaktiflik boyutu toplam varyansın % 18,793'ünü açıklamaktadır. Boyutu oluşturan ifadelerin faktör yükleri 0,624-0,935 arasında değişmektedir Bu ifadelerden; "Gelişmelerin beni yönlendirmesine izin vermeyip, gelişmeleri yönlendirmeye çalışırım." (0,935) en yüksek faktör yüküne, "Belirsizlik

içeren durumlarda karar verirken olası yüksek getiriye en üst düzeye çıkarmak amacıyla cesur tavır takınırım” (0,624) en düşük faktör yüküne sahiptir.

İç girişimcilik ölçeğinin üçüncü faktörü olan özerklik boyutu ise toplam varyansın % 15,895’ini açıklamaktadır. Özerklik boyutunu oluşturan ifadelerin faktör yükleri ise 0,755-0,901 arasında değişmektedir. Bu ifadelerden “İşimle ilgili bir yeniliği geliştirirken üstlerime danışmadan karar alabilirim.” (0,901) en yüksek faktör yüküne, “İş hayatında, diğerlerinin düşüncelerinin ne olduğu konusunda kaygı duymadan kendi yolumda ilerlerim.” (0,755) ifadesi en düşük faktör yüküne sahiptir.

Tablo 4: İç Girişimcilik Ölçeğine Ait Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,889		
Bartlett's Test of Sphericity		Approx. Chi-Square	6442,620	
		df	210	
		Sig.	,000	
Açıklanan Toplam Varyans	% 72,692	Cronbach Alpha	,890	
	Faktör Yükü	Özdeğer	Açıklanan Varyans	Cronbach Alpha
Yenilikçilik				
İ3	,868			
İ4	,864			
İ2	,842	7,981	38,004	,899
İ1	,836			
İ5	,801			
Risk Alma ve Proaktiflik				
İ13	,935			
İ6	,932			
İ15	,929			
İ8	,924			
İ12	,916	3,947	18,793	,958
İ10	,912			
İ14	,897			
İ9	,792			
İ7	,682			
İ11	,624			
Özerklik				
İ20	,901			
İ19	,871			
İ21	,848	3,338	15,895	,905
İ17	,762			
İ18	,760			
İ16	,755			

Çalışmada kullanılan bir diğer ölçek olan Hasta Merkezli Bakım Ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri 0,860 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Ayrıntısı Tablo 5’de

görüldüğü üzere değerler hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak boyutunda 0,905, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek boyutunda 0,897, hasta konforu sağlamak boyutunda 0,958 ve hasta haklarını savunmak boyutunda 0,983 olarak bulunmuştur. Hwang (2015) tarafından geliştirilen ölçeğin 0,920 olarak yüksek seviyede bulunmuştur (Hwang, 2015: 43). Bahse konu değerler Türkçe uyarlama çalışması sonucunda Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından 0,850 olarak yüksek derecede güvenilir olarak bulunmuştur (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019: 162).

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği test sonucu 0,838 bulunmuştur. Elde edilen veri setinin faktör analizinin uygunluğunu test etmek için yapılmış faktör analizini değerlendirmek için kullanılan Barlett test sonucunda iç girişimcilik ölçeği anlamlı çıkmıştır ($p < 0,05$). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda veri setinin faktör analizi için uygun olduğu değerlendirilmiştir.

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği için açıklanan toplam toplam varyans %78,785'dir. Toplam varyans içindeki en yüksek açıklayıcılığa sahip olan boyut, Hasta Bakış Açılarına (Perspektifine) Saygı Duymak boyutudur. Hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak boyutu, toplam varyansın % 33,783'ünü açıklamaktadır. Boyutu içindeki ifadelerle ait faktör yükleri 0,754-0,845 arasında değişmektedir. Bu ifadelerden; "Hasta bakımında hasta merkezli bakımın çoklu boyutlarını (hasta ve hasta yakını tercihleri, iletişim, aile ve arkadaşların duygusal desteği vb.) göz önünde bulundururum." (0,845) en yüksek faktör yüküne, "Hasta merkezli bakımda, hastaların deneyimlerinin çeşitliliğine (geçmiş tecrübelerine) duyarlı ve saygılı olurum." (0,754) en düşük faktör yüküne sahiptir.

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin ikinci faktörünü bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek boyutu oluşturmaktadır. Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek boyutu toplam varyansın % 21,782'sini açıklamaktadır. Boyutu oluşturan ifadelerin faktör yükleri 0,754-0,882 arasında değişmektedir Bu ifadelerden; "Hastaların karar verme sürecinde yaşadıkları çatışmaları değerlendirerek çözüm için kaynaklara ulaşmalarını sağlarım." (0,882) en yüksek faktör yüküne, "Bakım sürecinin aktif ortağı olarak hasta veya hasta yakınlarını sürece dâhil ederim." (0,754) en düşük faktör yüküne sahiptir.

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin üçüncü faktörü olan hasta konforu sağlamak boyutu toplam varyansın % 13,439'unu açıklamaktadır. Hasta konforu sağlamak boyutunu oluşturan ifadelerin faktör yükleri ise 0,913-0,934 arasında değişmektedir. Bu

ifadelerden ‐Hastanın ağrı, rahatsızlık veya ıstırabının giderilmesi için hasta ile hasta yakını beklentilerini dinlerim ve ilgili kişilere iletirim.‑ (0,934) en yüksek faktör yüküne, ‐Hastanın hissettiği ağrı/ıstırabın varlığını ve kapsamını değerlendiririm.‑ (0,913) ifadesi en düşük faktör yüküne sahiptir.

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin dördüncü ve son faktörü olan hasta haklarını savunmak boyutu ise toplam varyansın % 9,780'ini açıklamaktadır. Hasta haklarını savunmak boyutunu oluşturan ifadelerin faktör yükleri ise 0,956-0,974 arasında değişmektedir. Bu ifadelerden ‐Hasta bakımı için bilgilendirilmiş onam alırım.‑ (0,974) en yüksek faktör yüküne, ‐Bakım sürecinde ortaya çıkan her değişiklikte hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sunarım.‑ (0,956) ifadesi en düşük faktör yüküne sahiptir.

Tablo 5: HMBY Ölçeğine Ait Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,838		
Bartlett's Test of Sphericity		Approx. Chi-Square	4971,222	
		df	136	
		Sig.	,000	
Açıklanan Toplam Varyans	% 78,785	Cronbach Alpha	,860	
	Faktör Yüğü	Özdeğer	Açıklanan Varyans	Cronbach Alpha
Hasta Bakış Açılarına (Perspektifine) Saygı Duymak				
HMBY_3	,845			
HMBY_4	,818			
HMBY_2	,813	5,743	33,783	,905
HMBY_1	,805			
HMBY_6	,789			
HMBY_5	,754			
Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek				
HMBY_8	,882			
HMBY_11	,859			
HMBY_9	,854	3,703	21,782	,897
HMBY_7	,807			
HMBY_10	,754			
Hasta Konforu Sağlamak				
HMBY_14	,934			
HMBY_13	,922	2,285	13,439	,958
HMBY_12	,913			
Hasta Haklarını Savunmak				
HMBY_15	,974			
HMBY_17	,964	1,663	9,780	,983
HMBY_16	,956			

Bu bulgular ölçeklerin orijinaleri ve Türkçe çalışmalarda elde edilen sonuçlara benzerlik gösterdiğinden çalışmada kullanılan ölçekler oldukça güvenilir ve araştırma için gerekli koşulları sağlamaktadır.

BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN BULGULARI

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Çalışmanın Genel Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, toplam hizmet süresi, bu hastanede çalışma süresi ve çalışılan klinik/bölüm değişkenlerine ait oransal ve sayısal dağılımlara yer verilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 6'da görülmektedir. Katılımcıların 241'i (%78,5) kadın ve 66'sı (%21,5) erkektir. Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde, 49 kişinin (%16) 25 yaş ve altı yaş aralığında, 77 kişinin (%25,1) 26-30 yaş aralığında, 39 kişinin (%12,7) 31-35 yaş aralığında, 67 kişinin (%21,8) 36-40 yaş aralığında ve 75 kişinin (%24,4) 41 ve üzeri yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde, 191'inin (%62,2) evli, 116'sının ise (%37,8) bekâr olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların 31'i (%10,1) önlisans mezunu, 205'i (%66,8) lisans mezunu ve 71'i (%23,1) lisansüstü düzeyinde öğrenim durumuna sahiptirler. Katılımcıların toplam hizmet sürelerine bakıldığında, 134'ü (%43,7) 10 yıl ve daha az, 95'i (%30,9) 11-20 yıl ve 78'i (%25,4) 21 yıl ve daha üzeri toplam hizmet süresine sahiptir. Katılımcıların bu hastanede çalışma sürelerine bakıldığında, 223'ü (%72,6) 5 yıl ve daha az, 53'ü (%17,3) 6-10 yıl ve 31'i (%10,1) 11 yıl ve üzeri bu hastanede çalışma süresine sahip oldukları görülmektedir. Katılımcıların çalıştıkları klinik/bölüm vs. incelendiğinde, 55'inin (%17,9) cerrahi bölümlerde, 175'inin (%57) dâhili bölümlerde, 42'sinin (%13,7) yoğun bakım ünitelerinde ve 35'inin (%11,4) acil serviste çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular (n=307)

Değişkenler	Frekans	Yüzde	Değişkenler	Frekans	Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	241	78,5	Toplam hizmet süresi	≤10 yıl	134	43,7
	Erkek	66	21,5		11-20 yıl	95	30,9
Yaş	≤25 yaş	49	16,0		≥21 yıl	78	25,4
	26-30 yaş	77	25,1	Bu hastanede çalışma süresi	≤5 yıl	223	72,6
	31-35 yaş	39	12,7		6-10 yıl	53	17,3
	36-40 yaş	67	21,8		≥11 yıl	31	10,1
	≥41 yaş	75	24,4		Çalışılan klinik/bölüm	Cerrahi Birimler	55
	Medeni durum	Evli	191	62,2		Dâhili Birimler	175
Bekâr		116	37,8	Yoğunbakım üniteleri		42	13,7
Öğrenim durumu	Önlisans	31	10,1	Acil Servis	35	11,4	
	Lisans	205	66,8				
	Lisansüstü	71	23,1				

4.2. İç Girişimcilik ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeklerine Katılım Düzeyi

Çalışmada katılımcıların iç girişimcilik $4,2482 \pm 0,3913$ ve hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY) düzeyleri $4,1792 \pm 0,38695$ yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu durumda katılımcıların iç girişimcilik düzeyleri hasta merkezli bakım yetkinliklerine göre daha yüksektir. Tablo 7’de çalışanların iç girişimcilik durumları değerlendirildiğinde, $4,6580 \pm 0,52732$ ile en yüksek değeri “İş arkadaşlarımı yenilikçi olmaları hususunda motive ederim.” ifadesine verilen cevaplar almış, $3,5700 \pm 0,91331$ ile en düşük değeri ise “İşimle ilgili bir yeniliği geliştirirken üstlerime danışmadan karar alabilirim” sorusuna verilen cevaplar almıştır.

Tablo 7: İç Girişimcilik Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n=307)

No	İfadeler	Min.	Max.	Ort.	S.S.
İ1	Yeni fikirlere açık biri olduğumu düşünüyorum.	3,00	5,00	4,6482	,51768
İ2	İş arkadaşlarımı yenilikçi olmaları hususunda motive ederim.	3,00	5,00	4,6580	,52732
İ3	İşimle ilgili yeni bir şeyler yapmak için çabalarım.	3,00	5,00	4,6124	,52041
İ4	Astlara yetki vermenin yaratıcı fikirlerin ortaya çıkmasına yardımcı olduğu kanaatindeyim.	3,00	5,00	4,6287	,52290
İ5	Araştırma Geliştirme faaliyetlerine, teknolojik liderliğe ve yenilikçiliğe önem veririm.	3,00	5,00	4,6026	,49678
İ6	Belirsizlik durumunun atağa geçmek için bir fırsat olduğuna inanırım.	3,00	5,00	4,4039	,63120
İ7	İş çevremdeki fırsatları değerlendirmede işletme kaynaklarını (zaman, para, insan gücü) kullanmada başarılıyım.	3,00	5,00	4,4788	,61732
İ8	Üzerinde çok çalıştığım bir planda gerekirse büyük değişiklikler yapmaktan çekinmem.	3,00	5,00	4,3876	,62850
İ9	Görevin başarısına inanırsam her türlü riski üstlenebilirim.	3,00	5,00	4,4951	,57378
İ10	Yüksek riskli projelere güçlü bir yatkınlığım vardır.	3,00	5,00	4,4039	,63636
İ11	Belirsizlik içeren durumlarda karar verirken olası yüksek getiriye en üst düzeye çıkarmak amacıyla cesur tavır takınırım.	1,00	5,00	4,2997	,82135
İ12	İş çevresindeki faaliyetleri değerlendirmek için gelişmeleri takip etmek yerine onların önünde olmaya çalışırım.	3,00	5,00	4,4430	,63078
İ13	Gelişmelerin beni yönlendirmesine izin vermeyip, gelişmeleri yönlendirmeye çalışırım.	3,00	5,00	4,3941	,63480
İ14	İşyerimde yapılacak uzun vadeli planlama çalışmalarına yüksek hayal gücüm ve irademle katılmak isterim.	3,00	5,00	4,3844	,63309
İ15	İşyerimde yeni uygulama, ürün, teknik veya teknoloji geliştirme konusunda en önde olmaya çalışırım.	3,00	5,00	4,4039	,62600
İ16	İş hayatında, diğerlerinin düşüncelerinin ne olduğu konusunda kaygı duymadan kendi yolunda ilerlerim.	2,00	5,00	3,5928	,70965
İ17	Herhangi bir görevde tek başıma çalışmayı tercih ederim.	2,00	5,00	3,7524	,90602
İ18	Yeni bir proje üzerinde çalışırken gideceğim yön konusunda her türlü özgürlüğe sahibim.	2,00	5,00	3,7948	,82856
İ19	Yeni bir fikri ortaya atarken diğerlerinin onayını beklemem.	1,00	5,00	3,6156	,95083
İ20	İşimle ilgili bir yeniliği geliştirirken üstlerime danışmadan karar alabilirim.	1,00	5,00	3,5700	,91331
İ21	İşimle ilgili bir yeniliği geliştirirken standart işletme prosedür ve kurallarını devre dışı bırakabilirim.	1,00	5,00	3,6417	,96776

Tablo 8’de katılımcıların hasta merkezli bakım yetkinlikleri değerlendirildiğinde ise $4,2899 \pm 0,66470$ ile en yüksek değeri “Hastanın hissettiği ağrı/ıstırabın varlığını ve kapsamını değerlendiririm.” ifadesine verilen cevaplar oluştururken, $3,9935 \pm 0,82839$ ile

en düşük değeri “Bakım sürecinin aktif ortağı olarak hasta veya hasta yakınlarını sürece dâhil ederim.” sorusuna verilen cevaplar oluşturulmaktadır.

Tablo 8: HMBY Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n=307)

No	İfadeler	Min.	Max.	Ort.	S.S.
hmby1	Sağlık hizmetleri sunumunu hastaların gözünden değerlendiririm.	2,00	5,00	4,1629	,60998
hmby2	Klinik görüşme, bakım planının uygulanması ve bakım değerlendirmesinde; hasta değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundururum.	2,00	5,00	4,2313	,58461
hmby3	Hasta bakımında hasta merkezli bakımın çoklu boyutlarını (hasta ve hasta yakını tercihleri, iletişim, aile ve arkadaşların duygusal desteği vb.) göz önünde bulundururum.	1,00	5,00	4,2052	,66684
hmby4	Hasta bakımında hastanın değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını sağlık hizmeti sunumunda görevli diğer ekip üyelerine iletirim.	1,00	5,00	4,2280	,66184
hmby5	Hasta merkezli bakımda, hastaların deneyimlerinin çeşitliliğine (geçmiş tecrübelerine) duyarlı ve saygılı olurum.	3,00	5,00	4,2117	,60293
hmby6	Kendimden farklı değerlere sahip kişiler için de hasta merkezli bakım desteği veririm.	2,00	5,00	4,2052	,58318
hmby7	Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif katılımlarının önündeki engelleri tespit ederek ortadan kaldırırım.	1,00	5,00	4,0977	,76069
hmby8	Hastaların karar verme sürecinde yaşadıkları çatışmaları değerlendirerek çözüm için kaynaklara ulaşmalarını sağlarım.	1,00	5,00	4,1270	,70952
hmby9	Bakım sürecinde, hastaları veya ailelerini güçlendirecek (etkin kılacak) stratejileri açıklarım.	2,00	5,00	4,0684	,70841
hmby10	Bakım sürecinin aktif ortağı olarak hasta veya hasta yakınlarını sürece dâhil ederim.	1,00	5,00	3,9935	,82839
hmby11	Bakım sürecine hastaların aktif katılımını artırmak için hastaların tercihlerine saygı gösteririm.	2,00	5,00	4,1661	,70601
hmby12	Hastanın hissettiği ağrı/ıstırabın varlığını ve kapsamını değerlendiririm.	2,00	5,00	4,2899	,66470
hmby13	Hastaların fiziksel ve duygusal rahatlık düzeylerini değerlendiririm.	2,00	5,00	4,2541	,65724
hmby14	Hastanın ağrı, rahatsızlık veya ıstırabının giderilmesi için hasta ile hasta yakını beklentilerini dinlerim ve ilgili kişilere iletirim.	2,00	5,00	4,2736	,64932
hmby15	Hasta bakımı için bilgilendirilmiş onam alırım.	2,00	5,00	4,2020	,79104
hmby16	Bakım sürecinde ortaya çıkan her değişiklikte hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sunarım.	2,00	5,00	4,1564	,79725
hmby17	Hasta bakımına ilişkin ortaya çıkan çatışmaların çözümüne ve fikir birliği sağlanmasına katılırım.	2,00	5,00	4,1726	,77933

4.3. İç Girişimcilik ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Arasındaki İlişki

Araştırma içinde yer alan iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkiyi analiz etmek için korelasyon analizi yapılmış sonuçları Tablo 9’da verilmiştir. Korelasyon analizi sonucuna göre, iç girişimcilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği ($r=0,888$; $p<0,01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı, çok yüksek bir ilişki bulunmaktadır.

Araştırma içerisinde yer alan iç girişimciliğin alt boyutları ile hasta merkezli bakım yetkinliği alt boyutları arasındaki ilişkilerin analizi için yapılmış korelasyon analizi sonuçlarına göre, iç girişimcilik boyutlarından yenilikçilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği boyutlarından hasta bakış açlarına (perspektifine) saygı duymak ($r=0,317$; $p<0,01$), bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek ($r=0,273$; $p<0,01$) ve hasta

konforu sağlamak ($r=0,218$; $p<0,01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı, zayıf ilişki bulunmakta iken, hastaların haklarını savunmak ($r=0,019$; $p>0,05$) arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Risk alma ve proaktiflik boyutu ile hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak ($r=0,485$; $p<0,01$), bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek ($r=0,440$; $p<0,01$), hasta konforu sağlamak ($r=0,478$; $p<0,01$) ve hasta haklarını savunmak ($r=0,403$; $p<0,01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı, orta şiddette bir ilişki bulunmaktadır.

Özerklik ile hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak ($r=0,506$; $p<0,01$) boyutunda orta şiddette bir ilişki bulunmakta iken, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek ($r=0,258$; $p<0,01$), hasta konforu sağlamak ($r=0,398$; $p<0,01$) ve hasta haklarını savunmak ($r=0,339$; $p<0,01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı, zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 9: İç Girişimcilik ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
İç Girişimcilik (1)	1								
Yenilikçilik (2)	,325**	1							
Risk Alma ve Proaktiflik (3)	,798**	,019	1						
Özerklik (4)	,709**	,087	,227**	1					
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği (5)	,888**	,347**	,715**	,592**	1				
Hasta Bakış Açılarında (Perspektifine) Saygı Duymak (6)	,680**	,317**	,485**	,506**	,757**	1			
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek (7)	,506**	,273**	,440**	,258**	,632**	,318**	1		
Hasta konforu sağlamak (8)	,592**	,218**	,478**	,398**	,644**	,345**	,157**	1	
Hastaların haklarını savunmak (9)	,456**	,019	,403**	,338**	,457**	,118*	-,104	,340**	1

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4.5. İç Girişimciliğin ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliğine Etkisi

Çalışmada korelasyon analizi yapıldıktan sonra, iç girişimciliğin hasta merkezli bakım yetkinliğine olan etkisini ölçmek için regresyon analizi yapılmıştır. Tablo 10'da görüldüğü üzere model istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır ($F= 1141,537$; $p=0,000$). Modelde hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken, iç girişimcilik bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Modele göre, iç girişimciliğin ($\beta= 0,888$) hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisi bulunmaktadır ($t=33,787$, $p<0,001$). Modelde iç girişimcilik, toplam varyansın %78,9'unu açıklamaktadır. Bu bulgulara göre iç girişimcilikteki artışın hasta merkezli bakım yetkinliğini de artıracığı söylenebilir.

Ayrıca iç girişimcilik alt boyutlarının hasta merkezli bakım yetkinliği alt boyutlarına olan etkisi incelenmiş; yenilikçilik boyutunun hastaların haklarını savunmak alt boyutuna etkisi bulunmazken ($p=0,740$) hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek ve hasta konforu sağlamak boyutlarına anlamlı bir etkisinin olduğu, risk alma-proaktiflik ve özerklik boyutlarının, hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak boyutlarının tümüne anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur.

Tablo 10: İç Girişimciliğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliğine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar		R	R ²	F	P	
		B	Std.Hata	β	t					p
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği	Sabit	0,436	0,111		3,920	0,000				
	İç Girişimcilik	0,881	0,026	0,888	33,787	0,000	0,888	0,789	1141,537	0,000
Hasta Bakış Açıklarına (Perspektifine) Saygı Duymak	Sabit	2,492	0,295		8,455	0,000				
	Yenilikçilik	0,370	0,063	0,317	5,845	0,000	0,317	0,101	34,165	0,000
	Sabit	2,226	0,206		10,811	0,000				
	Risk Alma ve Proaktiflik	0,449	0,046	0,485	9,698	0,000	0,485	0,236	94,052	0,000
	Sabit	2,910	0,129		22,542	0,000				
Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek	Özerklik	0,354	0,035	0,506	10,251	0,000	0,506	0,256	105,075	0,000
	Sabit	2,279	0,368		6,199	0,000				
	Yenilikçilik	0,391	0,079	0,273	4,950	0,000	0,273	0,074	24,505	0,000
	Sabit	1,884	0,260		7,246	0,000				
	Risk Alma ve Proaktiflik	0,500	0,059	0,440	8,551	0,000	0,440	0,193	73,124	0,000
Hasta Konforu Sağlamak	Sabit	3,277	0,178		18,436	0,000				
	Özerklik	0,222	0,048	0,258	4,666	0,000	0,258	0,067	21,774	0,000
	Sabit	2,814	0,376		7,485	0,000				
	Yenilikçilik	0,315	0,081	0,218	3,896	0,000	0,218	0,047	15,180	0,000
	Sabit	1,852	0,256		7,226	0,000				
Hastaların Haklarını Savunmak	Risk Alma ve Proaktiflik	0,549	0,580	0,478	9,517	0,000	0,478	0,229	90,569	0,000
	Sabit	3,007	0,170		17,675	0,000				
	Özerklik	0,346	0,460	0,398	7,580	0,000	0,398	0,159	57,451	0,000
	Sabit	4,200	0,473		8,493	0,000				
	Yenilikçilik	0,034	0,102	0,019	0,332	0,740	0,019	0,000	0,110	0,740
Hastaların Haklarını Savunmak	Sabit	1,674	0,328		5,096	0,000				
	Risk Alma ve Proaktiflik	0,568	0,074	0,403	7,682	0,000	0,403	0,162	59,015	0,000
	Sabit	2,856	0,215		13,313	0,000				
	Özerklik	0,361	0,057	0,338	6,274	0,000	0,338	0,114	39,367	0,000

4.6. İç Girişimcilik Alt Boyutlarının Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Alt Boyutlarına Etkisi

İç girişimciliğin alt boyutları olan yenilikçilik, risk alma-proaktiflik ve özerklikğin, hasta merkezli bakım yetkinliği alt boyutlarından olan hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak alt boyutlarına olan etkisinin analizi için regresyon analizi yapılmıştır.

İç girişimciliğin alt boyutlarından yenilikçilik ($F=34,165$; $p=0,000$), risk alma-proaktiflik ($F=94,052$; $p=0,000$) ve özerklikğin ($F=105,075$; $p=0,000$), hasta merkezli bakım yetkinliği alt boyutu olan hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymak olan alt boyutuna olan etkisinin ölçümü için yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 11’de görülmektedir. Hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymak bağımlı değişken, yenilikçilik, risk alma-proaktiflik ve özerklik bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Modele göre, yenilikçilik ($\beta= 0,317$), risk alma-proaktiflik ($\beta= 0,485$) ve özerklikğin ($\beta= 0,506$) hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymak boyutu üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

Modelde yenilikçilik hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymanın %10,1’ini, risk alma-proaktiflik %23,6’sını ve özerklik %25,6’sını, açıklamaktadır. Bu bulgulara göre yenilikçilik, risk alma-proaktiflik ve özerklikteki artışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin alt boyutlarından hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymayı da artıracığı söylenebilir.

Tablo 11: Yenilikçilik, Risk Alma-Proaktiflik ve Özerklikğin, Hasta Bakış Açıklarına (Perspektfine) Saygı Duymak Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar		t	p	R	R ²	F	P
		B	Std.Hata	β							
Hasta Bakış Açıklarına (Perspektfine) Saygı Duymak	Sabit	2,492	0,295			8,455	0,000				
	Yenilikçilik	0,370	0,063	0,317		5,845	0,000	0,317	0,101	34,165	0,000
	Sabit	2,226	0,206			10,811	0,000				
	Risk Alma ve Proaktiflik	0,449	0,046	0,485		9,698	0,000	0,485	0,236	94,052	0,000
	Sabit	2,910	0,129			22,542	0,000				
	Özerklik	0,354	0,035	0,506		10,251	0,000	0,506	0,256	105,075	0,000

Yenilikçilik ($F=24,505$; $p=0,000$), risk alma-proaktiflik ($F=73,124$; $p=0,000$) ve özerklikğin ($F=21,774$; $p=0,000$), hasta merkezli bakım yetkinliği alt boyutlarından olan

bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek olan alt boyutuna olan etkisinin ölçümü için yapılan regresyon analizi Tablo 12’de görülmektedir.

İstatiksel açıdan anlamlı bulunan modelde bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek bağımlı değişken, yenilikçilik, risk alma-proaktiflik ve özerklik bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Modele göre, yenilikçilik ($\beta= 0,273$), risk alma-proaktiflik ($\beta= 0,440$) ve özerkliğin ($\beta= 0,258$) bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek boyutu üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

Modelde yenilikçilik, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmenin %7,4’ünü, risk alma-proaktiflik %19,3’ünü ve özerklik %6,7’sini açıklamaktadır. Bu bulgulara göre yenilikçilik, risk alma-proaktiflik ve özerklikteki artışın bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmeyi de artıracığı söylenebilir.

Tablo 12: Yenilikçilik, Risk Alma-Proaktiflik ve Özerkliğin, Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar		t	p	R	R ²	F	P
		B	Std. Hata	β							
Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek	Sabit	2,279	0,368			6,199	0,000				
	Yenilikçilik	0,391	0,079	0,273		4,950	0,000	0,273	0,074	24,505	0,000
	Sabit	1,884	0,260			7,246	0,000				
	Risk Alma ve Proaktiflik	0,500	0,059	0,440		8,551	0,000	0,440	0,193	73,124	0,000
	Sabit	3,277	0,178			18,436	0,000				
	Özerklik	0,222	0,048	0,258		4,666	0,000	0,258	0,067	21,774	0,000

Yenilikçiliğin ($F=15,180$; $p=0,000$), risk alma-proaktifliğin ($F=90,569$; $p=0,000$) ve özerklikğin ($F=57,451$; $p=0,000$), hasta konforu sağlamak boyutuna olan etkisinin ölçümü için yapılan regresyon analizi Tablo 13’de görülmektedir.

İstatiksel açıdan anlamlı bulunan modelde hasta konforu sağlamak bağımlı değişken, yenilikçilik, risk alma-proaktiflik ve özerklik bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Modele göre, yenilikçilik ($\beta= 0,218$), risk alma-proaktiflik ($\beta= 0,478$) ve özerkliğin ($\beta= 0,398$) hasta konforu sağlamak boyutu üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Modelde yenilikçilik, hasta konforu sağlamanın %4,7’sini, risk alma-proaktiflik %22,9’unu ve özerklik %15,9’unu açıklamaktadır. Bu bulgulara göre yenilikçilik, risk

alma-proaktiflik ve özerklikteki artışın hasta konforu sağlamayı da artıracığı söylenebilir.

Tablo 13: Yenilikçilik, Risk Alma-Proaktiflik ve Özerkliğin, Hasta Konforu Sağlamak Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar		R	R ²	F	P	
		B	Std.Hata	β	t					p
Hasta Konforu Sağlamak	Sabit	2,814	0,376		7,485	0,000	0,218	0,047	15,180	0,000
	Yenilikçilik	0,315	0,081	0,218	3,896	0,000				
	Sabit	1,852	0,256		7,226	0,000	0,478	0,229	90,569	0,000
	Risk Alma ve Proaktiflik	0,549	0,580	0,478	9,517	0,000				
	Sabit	3,007	0,170		17,675	0,000	0,398	0,159	57,451	0,000
	Özerklik	0,346	0,460	0,398	7,580	0,000				

Yenilikçilik (F=0,110; p=0,740), risk alma-proaktifliğin (F=59,015; p=0,000) ve özerklikğin (F=39,367; p=0,000) hastaların haklarını savunmak olan alt boyutuna olan etkisinin ölçümü için yapılan regresyon analizi Tablo 14’de görülmektedir.

Yenilikçilik boyutu dışında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan modelde hastaların haklarını savunmak bağımlı değişken, yenilikçilik, risk alma-proaktiflik ve özerklik bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Modele göre, yenilikçiliğin (β= 0,019), hasta haklarını savunmak boyutu üzerinde anlamlı etkisi bulunmazken (p>0,05), risk alma-proaktiflik (β= 0,344) ve özerkliğin (β= 0,261) pozitif yönde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Modelde risk alma-proaktiflik hastaların haklarını savunmanın %16,2’sini, özerklik ise %33,8’ini açıklamaktadır. Bu bulgulara göre risk alma-proaktiflik ve özerklikteki artışın hastaların haklarını savunmayı da artıracığı söylenebilir.

Tablo 14: Yenilikçilik, Risk Alma-Proaktiflik ve Özerkliğin, Hastaların Haklarını Savunmak Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar		R	R ²	F	P	
		B	Std.Hata	β	t					p
Hastaların Haklarını Savunmak	Sabit	4,200	0,473		8,493	0,000	0,019	0,000	0,110	0,740
	Yenilikçilik	0,034	0,102	0,019	0,332	0,740				
	Sabit	1,674	0,328		5,096	0,000	0,403	0,162	59,015	0,000
	Risk Alma ve Proaktiflik	0,568	0,074	0,403	7,682	0,000				
	Sabit	2,856	0,215		13,313	0,000	0,338	0,114	39,367	0,000
	Özerklik	0,361	0,057	0,338	6,274	0,000				

4.7. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları

Katılımcıların cinsiyetlerine göre iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği arasında farklılık olup olmadığı bağımsız örneklerde t testi ile analiz edilmiş, Tablo 15’de görüldüğü üzere iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliğinde katılımcıların kadın veya erkek olmasının iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Ancak ölçeklerin alt boyutları incelendiğinde, iç girişimcilik ölçeğinin özerklik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu sonuca göre erkeklerin ($3,8737\pm 0,64388$) özerklik düzeylerinin, kadınlara ($3,6030\pm 0,73934$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

Tablo 15: Cinsiyete Göre Fark Analiz Sonuçları

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
İç Girişimcilik	Kadın	241	4,2332	0,39558	-1,291	0,198
	Erkek	66	4,3030	0,36721		
Yenilikçilik	Kadın	241	4,6349	0,44771	0,374	0,708
	Erkek	66	4,6121	0,39517		
Risk Alma ve Proaktiflik	Kadın	241	4,4104	0,55221	0,056	0,955
	Erkek	66	4,4061	0,54769		
Özerklik	Kadın	241	3,6030	0,73934	-2,706	0,007
	Erkek	66	3,8737	0,64388		
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği	Kadın	241	4,1672	0,38938	-1,035	0,302
	Erkek	66	4,2228	0,37764		
Hasta Bakış Açılarına (Perspektifine) Saygı Duymak	Kadın	241	4,2033	0,51318	-0,267	0,790
	Erkek	66	4,2222	0,49900		
Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek	Kadın	241	4,0855	0,60374	-0,271	0,805
	Erkek	66	4,1091	0,70705		
Hasta Konforu Sağlamak	Kadın	241	4,2420	0,65473	-1,621	0,106
	Erkek	66	4,3838	0,52702		
Hastaların Haklarını Savunmak	Kadın	241	4,1563	0,81309	-0,892	0,373
	Erkek	66	4,2525	0,62172		

Katılımcıların yaş gruplarına göre iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliğinde farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) kullanılarak analiz edilmiş, Tablo 16’da görüldüğü üzere iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliğinin yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi yaş gruplarından kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın iç girişimcilik için ≤ 25 ($4,5024\pm 0,27391$) yaş grubu ile diğer yaş gruplarının tamamı arasından, 26-30 ($4,2962\pm 0,40226$) yaş grubu ile $41\leq$ ($4,1029\pm 0,44671$) yaş grubu katılımcılar arasından

kaynaklandığı, hasta merkezli bakım yetkinliği için ≤ 25 ($4,4226 \pm 0,30534$) yaş grubu ile diğer yaş gruplarının tamamından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Ayrıca ölçeklerin alt boyutları incelendiğinde, iç girişimcilik ölçeğinin yenilikçilik alt boyutunda fark bulunmazken ($p > 0,05$), risk alma-proaktiflik ve özerklik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi yaş gruplarından kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın risk alma ve proaktiflik boyutu için ≤ 25 ($4,7061 \pm 0,41151$) yaş grubu ile diğer yaş gruplarının tamamından kaynaklandığı ve ≤ 25 yaş grubunun diğer gruplara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Özerklik boyutu için ise oluşan farklılığın ≤ 25 ($4,0544 \pm 0,64495$) yaş gurubu ile 31-35 ($3,4359 \pm 0,63478$), 36-40 ($3,6915 \pm 0,60945$), $41 \leq$ ($3,3667 \pm 0,82291$) yaş grupları arasından kaynaklandığı, 26-30 ($3,7857 \pm 0,67585$) yaş gurubu ile $41 \leq$ ($3,3667 \pm 0,82291$) yaş grubu arasından ve 36-40 ($3,6915 \pm 0,60945$) ile $41 \leq$ ($3,3667 \pm 0,82291$) yaş grubu arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre ≤ 25 yaş grubunun 31-35 yaş grubu, 36-40 yaş grubu ve $41 \leq$ yaş grubuna göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu, 26-30 yaş grubunun $41 \leq$ yaş grubuna göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu ve 36-40 yaş grubunun $41 \leq$ yaş grubuna göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek alt boyutunda fark bulunmazken ($p > 0,05$), hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi yaş gruplarından kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak boyutu için ≤ 25 ($4,4728 \pm 0,45050$) yaş grubu ile 31-35 ($4,1838 \pm 0,49381$), 36-40 ($4,0423 \pm 0,39285$), $41 \leq$ ($4,0978 \pm 0,48714$) yaş grupları arasından kaynaklandığı, 26-30 ($4,3009 \pm 0,58242$) yaş gurubu ile 36-40 ($4,0423 \pm 0,39285$) yaş grubundan kaynaklandığı ve ≤ 25 yaş grubunun 31-35 yaş grubuna, 36-40 yaş grubuna, $41 \leq$ yaş grubuna göre daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu ve 26-30 yaş grubunun 36-40 yaş grubuna göre daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Hasta konforu sağlamak boyutu için ise oluşan farklılığın ≤ 25 ($4,6327 \pm 0,45768$) yaş gurubu ile 26-30 ($4,2727 \pm 0,62062$), 36-40 ($4,2388 \pm 0,67121$) ve $41 \leq$ ($4,0533 \pm 0,68891$) yaş grupları arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre ≤ 25 yaş

grubunun 26-30 yaş grubu, 36-40 yaş grubu ve 41≤ yaş grubuna göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Hastaların haklarını savunmak boyutu için ise oluşan farklılığın ≤25 (4,4558±0,49392) yaş gurubu ile 41≤ (3,9822±0,93625) yaş grupları arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre ≤25 yaş grubunun 41≤ yaş grubuna göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 16: Yaş Gruplarına Göre Fark Analiz Sonuçları

	Yaş Grubu	n	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Post Hoc
İç Girişimcilik	≤25	49	4,5024	,27391	10,216	0,000	1>2
	26-30 yaş	77	4,2962	,40226			1>3
	31-35 yaş	39	4,1221	,34021			1>4
	36-40 yaş	67	4,2431	,30050			1>5
	41≤	75	4,1029	,44671			2>5
Yenilikçilik	≤25	49	4,6327	,41502	0,542	0,705	-
	26-30 yaş	77	4,6416	,46378			
	31-35 yaş	39	4,5897	,52103			
	36-40 yaş	67	4,5821	,39348			
	41≤	75	4,6800	,41460			
Risk Alma ve Proaktiflik	≤25	49	4,7061	,41151	5,769	0,000	1>2
	26-30 yaş	77	4,4299	,55395			1>3
	31-35 yaş	39	4,3000	,48720			1>4
	36-40 yaş	67	4,4045	,49403			1>5
	41≤	75	4,2560	,63165			
Özerklik	≤25	49	4,0544	,64495	9,041	0,000	1>3
	26-30 yaş	77	3,7857	,67585			1>4
	31-35 yaş	39	3,4359	,63478			1>5
	36-40 yaş	67	3,6915	,60945			2>5
	41≤	75	3,3667	,82291			4>5
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği	≤25	49	4,4226	,30534	8,188	0,000	1>2
	26-30 yaş	77	4,2139	,43603			1>3
	31-35 yaş	39	4,1327	,30468			1>4
	36-40 yaş	67	4,1335	,30644			1>5
	41≤	75	4,0494	,41403			
Hasta Bakış Açıklarına (Perspektifine) Saygı Duymak	≤25	49	4,4728	,45050	7,154	0,000	1>3
	26-30 yaş	77	4,3009	,58242			1>4
	31-35 yaş	39	4,1838	,49381			1>5
	36-40 yaş	67	4,0423	,39285			2>4
	41≤	75	4,0978	,48714			
Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	≤25	49	4,2163	,49470	1,961	0,100	-
	26-30 yaş	77	4,0701	,79589			
	31-35 yaş	39	3,9128	,69554			
	36-40 yaş	67	4,1940	,54492			
	41≤	75	4,0293	,50798			
Hasta Konforu Sağlamak	≤25	49	4,6327	,45768	6,788	0,000	1>2
	26-30 yaş	77	4,2727	,62062			1>4
	31-35 yaş	39	4,2991	,45109			1>5
	36-40 yaş	67	4,2388	,67121			
	41≤	75	4,0533	,68891			

Tablo 16 Devamı

	≤25	49	4,4558	,49392			
	26-30 yaş	77	4,2208	,75434			
Hastaların Haklarını Savunmak	31-35 yaş	39	4,2308	,73011	3,079	0,017	1>5
	36-40 yaş	67	4,1095	,74848			
	41≤	75	3,9822	,93625			

1= ≤25; 2= 26-30 yaş; 3= 31-35 yaş; 4= 36-40 yaş; 5= 41≤yaş

Katılımcıların medeni durumlarına göre iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği arasında farklılık olup olmadığı bağımsız örneklerde t testi ile analiz edilmiş, Tablo 17’de görüldüğü üzere katılımcıların evli veya bekâr olmasının iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Ayrıca ölçeklerin alt boyutları incelendiğinde, iç girişimcilik ölçeği için yenilikçilik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), risk alma-proaktiflik ve özerklik boyutunda farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tabloda görüldüğü üzere bekâr katılımcıların risk alma-proaktiflik ($4,4974\pm0,50998$) ortalamalarının ve özerklik ($3,7701\pm0,74395$) ortalamalarının daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği için bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, hasta konforu sağlama ve hastaların haklarını savunmak boyutunda farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tabloda görüldüğü üzere bekâr katılımcıların hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak ($4,3118\pm0,54442$), hasta konforu sağlamak ($4,4368\pm0,58552$) ve hastaların haklarını savunmak ($4,3161\pm0,59115$) ortalamalarının daha yüksek seviyede olduğu bulunmuştur.

Tablo 17: Medeni Duruma Göre Fark Analiz Sonuçları

	Medeni Durum	n	Ortalama	Std. Sapma	t	P
İç Girişimcilik	Evli	191	4,2087	0,38369	-2,292	0,023
	Bekâr	116	4,3132	0,39359		
Yenilikçilik	Evli	191	4,6503	0,40935	1,007	0,315
	Bekâr	116	4,5966	0,47766		
Risk Alma ve Proaktiflik	Evli	191	4,3560	0,56815	-2,196	0,029
	Bekâr	116	4,4974	0,50998		
Özerklik	Evli	191	3,5951	0,71111	-2,054	0,041
	Bekâr	116	3,7701	0,74395		
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği	Evli	191	4,1327	0,37763	-2,725	0,007
	Bekâr	116	4,2556	0,39158		
Hasta Bakış Açıklarına (Perspektifine) Saygı Duymak	Evli	191	4,1440	0,47733	-2,741	0,007
	Bekâr	116	4,3118	0,54442		
Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	Evli	191	4,1194	0,56791	1,035	0,302
	Bekâr	116	4,0431	0,71204		

Tablo 17 Devamı

Hasta Konforu Sağlama	Evli	191	4,1728	0,63875	-3,622	0,000
	Bekâr	116	4,4368	0,58552		
Hastaların Haklarını Savunmak	Evli	191	4,0925	0,85986	-2,695	0,007
	Bekâr	116	4,3161	0,59115		

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliğinde farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) kullanılarak analiz edilmiş, Tablo 18’de görüldüğü üzere iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliğinin katılımcıların öğrenim durumlarına göre istatistiksel açıdan farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın iç girişimcilik için lisansüstü ($4,3702\pm 0,33894$) öğrenim düzeyi ile lisans ($4,2151\pm 0,38298$) öğrenim düzeyindeki katılımcılardan kaynaklandığı, hasta merkezli bakım yetkinliği için ise lisansüstü ($4,3198\pm 0,34511$) öğrenim düzeyi ile lisans ($4,1380\pm 0,37711$) öğrenim düzeyindeki katılımcılardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Ayrıca ölçeklerin alt boyutları incelendiğinde, iç girişimcilik ölçeğinin risk alma-proaktiflik ve özerklik alt boyutlarında fark bulunmazken ($p>0,05$), yenilikçilik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi öğrenim durumuna ait gruplarından kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın lisans ($4,5951\pm 0,45393$) düzeyinde öğrenim durumuna sahip grup ile lisansüstü ($4,7662\pm 0,35130$) öğrenim durumuna sahip gruptan kaynaklandığı ve lisansüstü öğrenim durumuna sahip grubunun daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin hasta haklarını savunmak alt boyutunda fark bulunmazken ($p>0,05$), hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek ve hasta konforu sağlamak alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi yaş gruplarından kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak boyutu için lisans ($4,1504\pm 0,51105$) öğrenim durumuna sahip grup ile lisansüstü ($4,3732\pm 0,44674$) öğrenim durumuna sahip gruptan kaynaklandığı, bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek boyutu için lisans ($4,0293\pm 0,64953$) öğrenim durumuna sahip grup ile lisansüstü ($4,2423\pm 0,59128$) öğrenim durumuna sahip gruptan kaynaklandığı ve hasta konforu sağlamak boyutu için ise önlisans ($4,0860\pm 0,82087$) öğrenim durumuna sahip

grup ile lisansüstü (4,2535±0,57863) öğrenim durumuna sahip gruptan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 18: Öğrenim Duruma Göre Fark Analiz Sonuçları

	Öğrenim Durumu	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post Hoc
İç Girişimcilik	Önlisans	31	4,1874	0,49041			
	Lisans	205	4,2151	0,38298	4,698	0,010	2<3
	Lisansüstü	71	4,3702	0,33894			
Yenilikçilik	Önlisans	31	4,5484	0,44111			
	Lisans	205	4,5951	0,45393	4,769	0,009	2<3
	Lisansüstü	71	4,7662	0,35130			
Risk Alma ve Proaktiflik	Önlisans	31	4,4548	0,66725			
	Lisans	205	4,3659	0,55165	2,081	0,127	-
	Lisansüstü	71	4,5155	0,47799			
Özerklik	Önlisans	31	3,4409	0,60484			
	Lisans	205	3,6472	0,75255	2,749	0,066	-
	Lisansüstü	71	3,7981	0,68192			
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği	Önlisans	31	4,1290	0,47045			
	Lisans	205	4,1380	0,37711	6,321	0,002	2<3
	Lisansüstü	71	4,3198	0,34511			
Hasta Bakış Açılarına (Perspektifine) Saygı Duymak	Önlisans	31	4,2043	0,56390			
	Lisans	205	4,1504	0,51105	5,184	0,006	2<3
	Lisansüstü	71	4,3732	0,44674			
Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	Önlisans	31	4,1484	0,48157			
	Lisans	205	4,0293	0,64953	3,244	0,040	2<3
	Lisansüstü	71	4,2423	0,59128			
Hasta Konforu Sağlama	Önlisans	31	3,9892	0,78166			
	Lisans	205	4,2683	0,59418	4,892	0,008	1<3
	Lisansüstü	71	4,4085	0,63044			
Hastaların Haklarını Savunmak	Önlisans	31	4,0860	0,82087			
	Lisans	205	4,1642	0,82817	0,584	0,558	-
	Lisansüstü	71	4,2535	0,57863			

1= Önlisans; 2= Lisans; 3= Lisansüstü

Katılımcıların toplam hizmet sürelerine göre iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliğinde farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) kullanılarak analiz edilmiş, Tablo 19’da görüldüğü üzere iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliğinin katılımcıların toplam hizmet sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın iç girişimcilik için $21 \leq$ yıl ($3,9988 \pm 0,44213$) grubundaki katılımcılardan kaynaklandığı, hasta merkezli bakım yetkinliği için ise $21 \leq$ yıl ($3,9502 \pm 0,41487$) grubundaki katılımcılardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Ayrıca ölçeklerin alt boyutları incelendiğinde, iç girişimcilik ölçeğinin yenilikçilik alt boyutunda fark bulunmazken ($p>0,05$), risk alma-proaktiflik ve özerklik alt boyutunda

istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi toplam hizmet süresine ait gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın $21\leq$ yıl ($4,1603\pm 0,67021$) toplam hizmet süresine sahip grup ile diğer gruplardan kaynaklandığı ve $21\leq$ yıl toplam hizmet süresine sahip grubun diğer gruplara göre daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek alt boyutunda fark bulunmazken ($p>0,05$), hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi toplam hizmet süresine ait gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın $21\leq$ yıl ($4,1603\pm 0,67021$) toplam hizmet süresine sahip grup ile diğer gruplardan kaynaklandığı ve $21\leq$ yıl toplam hizmet süresine sahip grubun diğer gruplara göre daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 19: Toplam Hizmet Süresine Göre Fark Analiz Sonuçları

	Toplam Hizmet Süresi	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post Hoc
İç Girişimcilik	≤ 10 yıl	134	4,3625	0,36848	25,907	0,000	1>3 2>3
	11-20 yıl	95	4,2917	0,26661			
	$21\leq$	78	3,9988	0,44213			
Yenilikçilik	≤ 10 yıl	134	4,6463	0,44547	1,029	0,359	-
	11-20 yıl	95	4,6568	0,39212			
	$21\leq$	78	4,5692	0,47051			
Risk Alma ve Proaktiflik	≤ 10 yıl	134	4,5201	0,51806	11,861	0,000	1>3 2>3
	11-20 yıl	95	4,4579	0,40857			
	$21\leq$	78	4,1603	0,67021			
Özerklik	≤ 10 yıl	134	3,8632	0,66599	19,741	0,000	1>3 2>3
	11-20 yıl	95	3,7105	0,66276			
	$21\leq$	78	3,2543	0,74764			
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği	≤ 10 yıl	134	4,2831	0,39681	21,591	0,000	1>3 2>3
	11-20 yıl	95	4,2204	0,25103			
	$21\leq$	78	3,9502	0,41487			
Hasta Bakış Açıklarına (Perspektifine) Saygı Duymak	≤ 10 yıl	134	4,3507	0,52874	22,574	0,000	1>3 2>3
	11-20 yıl	95	4,2561	0,42791			
	$21\leq$	78	3,9017	0,43762			
Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	≤ 10 yıl	134	4,1075	0,70087	0,263	0,769	-
	11-20 yıl	95	4,1032	0,64897			
	$21\leq$	78	4,0462	0,43951			
Hasta Konforu Sağlama	≤ 10 yıl	134	4,4179	0,58338	18,577	0,000	1>3 2>3
	11-20 yıl	95	4,3579	0,54413			
	$21\leq$	78	3,9188	0,67992			
Hastaların Haklarını Savunmak	≤ 10 yıl	134	4,3060	0,67048	6,462	0,002	1>3 2>3
	11-20 yıl	95	4,2070	0,69816			
	$21\leq$	78	3,9188	0,96128			

1= ≤ 10 yıl; 2= 11-20 yıl; 3= $21\leq$ yıl

Katılımcıların bu hastanede çalışma sürelerine göre iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliğinde farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) kullanılarak analiz edilmiş, Tablo 20’de görüldüğü üzere iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliğinin katılımcıların bu hastanede çalışma sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın iç girişimcilik için 6-10 yıl ($4,0889\pm 0,39490$) çalışma süresine sahip gruptan kaynaklandığı, hasta merkezli bakım yetkinliği için ise 6-10 yıl ($3,9956\pm 0,36841$) çalışma süresine sahip gruptaki katılımcılardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Ayrıca ölçeklerin alt boyutları incelendiğinde, iç girişimcilik ölçeğinin yenilikçilik alt boyutunda fark bulunmazken ($p>0,05$), risk alma-proaktiflik ve özerklik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi toplam hizmet süresine ait gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın 6-10 yıl ($4,0889\pm 0,39490$) bu hastanede çalışma süresine sahip grup ile diğer gruplardan kaynaklandığı ve 6-10 yıl bu hastanede çalışma süresine sahip grubun diğer gruplara göre daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin hastaların haklarını savunmak alt boyutunda fark bulunmazken ($p>0,05$), hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek ve hasta konforu sağlamak alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi bu hastanede çalışma süresine ait gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak ($4,2526\pm 0,51549$) ve hasta konforu sağlamak ($4,3064\pm 0,63299$) alt boyutları için ≤ 5 yıl grubu ile 6-10 yıl bu hastanede çalışma süresine sahip gruptan kaynaklandığı, bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek ($4,3677\pm 0,48743$) alt boyutu için $11\leq$ yıl bu hastanede çalışma süresine sahip gruptan kaynaklandığı ve bu grubun diğer gruplara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 20: Bu Hastanede Çalışma Süresine Göre Fark Analiz Sonuçları

	Bu Hastanede Çalışma Süresi	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post Hoc
İç Girişimcilik	≤ 5 yıl	223	4,2648	,39575	7,279	0,001	2<1 2<3
	6-10 yıl	53	4,0889	,39490			
	$11\leq$ yıl	31	4,4009	,22863			

Tablo 20 Devamı

Yenilikçilik	≤5 yıl	223	4,6188	,44621	1,068	0,345	-
	6-10 yıl	53	4,7057	,40498			
	11≤ yıl	31	4,5806	,41426			
Risk Alma ve Proaktiflik	≤5 yıl	223	4,4126	,55110	5,241	0,006	2<3
	6-10 yıl	53	4,2547	,59114			
	11≤ yıl	31	4,6516	,36503			
Özerklik	≤5 yıl	223	3,7235	,74486	8,678	0,000	2<1 2<3
	6-10 yıl	53	3,2987	,70359			
	11≤ yıl	31	3,8333	,37761			
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği	≤5 yıl	223	4,2055	,39369	8,480	0,000	2<1 2<3
	6-10 yıl	53	3,9956	,36841			
	11≤ yıl	31	4,3036	,25374			
Hasta Bakış Açıklarına (Perspektifine) Saygı Duymak	≤5 yıl	223	4,2526	,51549	4,879	0,008	1>2
	6-10 yıl	53	4,0126	,52993			
	11≤ yıl	31	4,2151	,33387			
Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	≤5 yıl	223	4,0861	,65080	4,534	0,011	3>1 3>2
	6-10 yıl	53	3,9472	,54371			
	11≤ yıl	31	4,3677	,48743			
Hasta Konforu Sağlama	≤5 yıl	223	4,3064	,63299	3,288	0,039	1>2
	6-10 yıl	53	4,0755	,67508			
	11≤ yıl	31	4,3656	,47418			
Hastaların Haklarını Savunmak	≤5 yıl	223	4,2093	,73797	2,720	0,067	-
	6-10 yıl	53	3,9623	,99927			
	11≤ yıl	31	4,3118	,52306			

I=≤5 yıl; 2=6-10 yıl; 3=11≤ yıl

Katılımcıların çalıştıkları klinik/birimlere göre iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliğinde farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) kullanılarak analiz edilmiş, Tablo 21’de görüldüğü üzere iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliğinin katılımcıların çalıştıkları birimlere göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın iç girişimcilik için acil servis ($4,4748\pm 0,19065$) grubundan kaynaklandığı, hasta merkezli bakım yetkinliği için ise yine acil servis ($4,4034\pm 0,22519$) grubundaki katılımcılardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Ayrıca ölçeklerin alt boyutları incelendiğinde, iç girişimcilik ölçeğinin özerklik alt boyutunda fark bulunmazken ($p>0,05$), yenilikçilik ve risk alma-proaktiflik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın yenilikçilik boyutu için ($4,7246\pm 0,35915$) dahili klinikler ile diğer gruplardan kaynaklandığı ve diğer gruplara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip

olduğu, risk alma-proaktiflik boyutu için cerrahi kliniklerden kaynaklandığı ve yoğun bakım ve acil servise göre göre daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek alt boyutunda fark bulunmazken ($p>0,05$), hasta bakış açlarına (perspektifine) saygı duymak, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi için yapılan Post Hoc testi sonucuna göre farklılığın hasta bakış açlarına (perspektifine) saygı duymak ($4,5238\pm 0,41646$) alt boyutu için acil grubu ile diğer gruplar arasından kaynaklandığı ve diğer gruplara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu, hasta konforu sağlama ($4,5952\pm 0,49680$) alt boyutu için yoğun bakım grubu ile cerrahi ve dahili klinikler arasından kaynaklandığı ve yoğun bakım grubunun daha yüksek ortalamaya sahip olduğu, hastaların haklarını savunmak ($3,9981\pm 0,86694$) alt boyutu için ise dahili klinikler ile diğer gruplar arasından kaynaklandığı ve dahili klinik grubunun daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 21: Çalıştıkları Klinik/Birime Göre Fark Analiz Sonuçları

	Çalışılan Klinik/Birim	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post Hoc
İç Girişimcilik	Cerrahi	55	4,1844	0,43014	6,136	0,000	4>1 4>2
	Dahiliye	175	4,2030	0,40874			
	Yoğun Bakım	42	4,3311	0,29672			
	Acil	35	4,4748	0,19065			
Yenilikçilik	Cerrahi	55	4,5491	0,54869	7,148	0,000	2>1 2>3 2>4
	Dahiliye	175	4,7246	0,35915			
	Yoğun Bakım	42	4,4571	0,47015			
	Acil	35	4,4914	0,44283			
Risk Alma ve Proaktiflik	Cerrahi	55	4,3473	0,51778	32,315	0,000	1<3 1<4
	Dahiliye	175	4,2320	0,52894			
	Yoğun Bakım	42	4,7381	0,41494			
	Acil	35	5,0000	0,00000			
Özerklik	Cerrahi	55	3,6091	0,66915	0,942	0,421	-
	Dahiliye	175	3,7200	0,84438			
	Yoğun Bakım	42	3,5476	0,43909			
	Acil	35	3,5857	0,35556			
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği	Cerrahi	55	4,1337	0,40287	5,363	0,001	4>1 4>2
	Dahiliye	175	4,1361	0,39605			
	Yoğun Bakım	42	4,2311	0,37371			
	Acil	35	4,4034	0,22519			
Hasta Bakış Açlarına (Perspektifine) Saygı Duymak	Cerrahi	55	4,0303	0,45484	7,325	0,000	4>1 4>2 4>3
	Dahiliye	175	4,2133	0,47667			
	Yoğun Bakım	42	4,1508	0,65209			
	Acil	35	4,5238	0,41646			
Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	Cerrahi	55	4,0800	0,58068	2,308	0,077	-
	Dahiliye	175	4,0846	0,64802			
	Yoğun Bakım	42	3,9429	0,63750			
	Acil	35	4,3143	0,52533			

Tablo 21 Devamı

Hasta Konforu Sağlama	Cerrahi	55	4,2242	0,58110	4,589	0,004	3>1 3>2
	Dahiliye	175	4,2057	0,68432			
	Yoğun Bakım	42	4,5952	0,49680			
	Acil	35	4,2952	0,44846			
Hastaların Haklarını Savunmak	Cerrahi	55	4,3394	0,60004	8,113	0,000	2<1 2<3 2<4
	Dahiliye	175	3,9981	0,86694			
	Yoğun Bakım	42	4,5079	0,54219			
	Acil	35	4,4190	0,49404			

1=Cerrahi Birimler; 2=Dahili Birimler; 3= Yoğun Bakım; 4= Acil Servis

4.6. Araştırmanın Hipotez Sonuçları

Hipotez, yapılan araştırmaların doğruluğunun yahut yanlışlığının ispatlanması adına yapılmış bir önermedir. Araştırmacıları, yapılan bir çalışmada sonuçlara yönlendiren bir yol gösterici gibi kabul edilen hipotez, kompleks veriler arasında araştırmacılara ışık tutar (Arıkan, 2011: 43). Bu doğrultuda çalışmada geliştirilen hipotezlerin sonuçları Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22: Araştırmanın Hipotez Sonuçları

Hipotezler		Kabul	Red
H₁: İç girişimcilik ve alt boyutları ile hasta merkezli bakım yetkinliği ve alt boyutları arasında ilişki vardır.		X	
Yenilikçilik	Hasta Bakış Açılarında (Perspektifine) Saygı Duymak	X	
	Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	X	
	Hasta Konforu Sağlama	X	
	Hastaların Haklarını Savunmak		X
Risk Alma ve Proaktiflik	Hasta Bakış Açılarında (Perspektifine) Saygı Duymak	X	
	Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	X	
	Hasta Konforu Sağlama	X	
	Hastaların Haklarını Savunmak	X	
Özerklik	Hasta Bakış Açılarında (Perspektifine) Saygı Duymak	X	
	Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	X	
	Hasta Konforu Sağlama	X	
	Hastaların Haklarını Savunmak	X	
H₂: İç girişimcilik ve alt boyutlarının hasta merkezli bakım yetkinliği ve alt boyutlarına anlamlı etkisi vardır.		X	
Yenilikçilik	Hasta Bakış Açılarında (Perspektifine) Saygı Duymak	X	
	Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	X	
	Hasta Konforu Sağlama	X	
	Hastaların Haklarını Savunmak		X
Risk Alma ve Proaktiflik	Hasta Bakış Açılarında (Perspektifine) Saygı Duymak	X	
	Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	X	
	Hasta Konforu Sağlama	X	
	Hastaların Haklarını Savunmak	X	
Özerklik	Hasta Bakış Açılarında (Perspektifine) Saygı Duymak	X	
	Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	X	
	Hasta Konforu Sağlama	X	
	Hastaların Haklarını Savunmak	X	

Tablo 22 Devamı

		Hipotezler	Kabul	Red
H_{3a}: İç girişimcilik ve alt boyutları katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık oluşturmaktadır.				
İç girişimcilik	Cinsiyet			X
	Yaş		X	
	Medeni durum		X	
	Öğrenim durumu		X	
	Toplam hizmet süresi		X	
	Bu hastanede çalışma süresi		X	
	Çalışılan klinik/bölüm		X	
Yenilikçilik	Cinsiyet			X
	Yaş			X
	Medeni durum			X
	Öğrenim durumu	X		
	Toplam hizmet süresi			X
	Bu hastanede çalışma süresi			X
	Çalışılan klinik/bölüm	X		
Risk Alma ve Proaktiflik	Cinsiyet			X
	Yaş		X	
	Medeni durum		X	
	Öğrenim durumu			X
	Toplam hizmet süresi		X	
	Bu hastanede çalışma süresi		X	
	Çalışılan klinik/bölüm		X	
Özerklik	Cinsiyet		X	
	Yaş		X	
	Medeni durum		X	
	Öğrenim durumu			X
	Toplam hizmet süresi		X	
	Bu hastanede çalışma süresi		X	
	Çalışılan klinik/bölüm			X
H_{3b}: Hasta merkezli bakım yetkinliği ve alt boyutları katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık oluşturmaktadır.				
Hasta merkezli bakım yetkinliği	Cinsiyet			X
	Yaş		X	
	Medeni durum		X	
	Öğrenim durumu		X	
	Toplam hizmet süresi		X	
	Bu hastanede çalışma süresi		X	
	Çalışılan klinik/bölüm		X	
Hasta Bakış Açılarına (Perspektifine) Saygı Duymak	Cinsiyet			X
	Yaş		X	
	Medeni durum		X	
	Öğrenim durumu		X	
	Toplam hizmet süresi		X	
	Bu hastanede çalışma süresi		X	
	Çalışılan klinik/bölüm		X	
Bakım Süreçlerine Hasta Katılımını Teşvik Etmek	Cinsiyet			X
	Yaş			X
	Medeni durum			X
	Öğrenim durumu	X		
	Toplam hizmet süresi			X
	Bu hastanede çalışma süresi	X		
	Çalışılan klinik/bölüm			X

Tablo 22 Devamı

		Hipotezler	Kabul	Red
Hasta Konforu Sağlama	Cinsiyet			X
	Yaş		X	
	Medeni durum		X	
	Öğrenim durumu		X	
	Toplam hizmet süresi		X	
	Bu hastanede çalışma süresi		X	
	Çalışılan klinik/bölüm		X	
Hastaların Haklarını Savunmak	Cinsiyet			X
	Yaş		X	
	Medeni durum		X	
	Öğrenim durumu			X
	Toplam hizmet süresi		X	
	Bu hastanede çalışma süresi			X
	Çalışılan klinik/bölüm		X	

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüz koşullarında rekabet ortamlarının hızlı bir şekilde değişmesi, tüm işletmeler gibi sağlık işletmelerinin de bu değişen rekabet ortamına ayak uydurmasını mecbur kılmaktadır. Bu durum özellikle sağlık organizasyonlarının temel yapı taşı olan sağlık çalışanlarının inovatif düşünmesini gerektirmektedir. Özellikle faaliyetleri devam eden organizasyonlar arasında yer alan sağlık kurumlarında, çalışan personelin iç girişimcilik yaklaşımını benimsemesi, çalıştığı sağlık kurumuna sürekli gelişen, dinamik ve stratejik avantajları da bereberinde getirecektir. Değişken piyasa koşullarında ve artan rekabet ortamlarında kendini yenilemeyen organizasyonlar sürdürülebilir bir avantajı elinde tutamayacağından hizmet yoğun bir sektör olan sağlık organizasyonları için bunun önemi büyüktür.

Sağlık hizmeti kalitesi açısından önemli bir ölçüt olan hasta memnuniyetinin sağlanması adına sağlık organizasyonları için inovatif düşünmek ve inovatif hareket edebilmek çok önemlidir. Tüm organizasyonlarda olduğu gibi sağlık organizasyonlarında da başarıya giden yol çalışanların katkıları en önemli unsurdur. Bundan dolayı sağlık çalışanlarının girişimci faaliyetlerde bulunması önem arz etmektedir.

Son zamanlarda sağlık organizasyonları, inovatif düşünerek hasta tercihlerine ve ihtiyaçlarına odaklanarak artan bir kalite ortamı sağlamak için çaba sarf etmektedirler. Özellikle günümüzde hekim ve hastalık merkezli yaklaşımlardan uzaklaşarak hasta merkezli yaklaşıma geçilmesi bunun en önemli kanıtıdır. Bu açıklamalar ışığında sağlık organizasyonları için hasta merkezlilik yenilikçi bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. Bundan dolayı sağlık organizasyonlarında sunulan tedavi ve bakım süreçlerinde hasta merkezli bakım sunumu önem arz etmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda sürekli olarak kalite iyileştirmeye ve hasta güvenliğine vurgu yapılmaktadır. Hatta IOM 2001 yılında yayınladığı raporda, hasta merkezli bakım sunumunun önemine dikkati çekmiştir. Hatta hasta merkezli bakımı başlı başına bir kalite alanı olarak kabul etmiştir (Luxford, Safran ve Delbanco, 2011; Renedo ve Marston, 2015: 2; Hwang, 2015: 47).

Yapılan bu tez çalışması ile bir eğitim araştırma hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerdeki iç girişimcilik özelliklerinin, hasta merkezli bakım yetkinlikleri üzerine etkilerinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunu (%78,5) kadınlar oluşturmaktadır. Bu durum sağlık sektörünün önemli bir paydaşını oluşturan hemşirelerin kadın çalışanlardan oluştuğunu göstermektedir. Yine çalışanların çoğunun (%62,2) evli olduğu görülmektedir. Çalışanların çoğunlukla 26-30 yaş arasında ve % 75,6'sının 40 yaş ve altında olduğu ve bu hastanenin çoğunlukla genç hemşire çalışanla hizmet verdiği görülmektedir. Katılımcıların öğrenim durumları dikkate alındığında % 76,9'unun ön lisans ve lisans mezuniyetine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların hemşirelik mesleğindeki toplam hizmet sürelerine bakıldığında % 56,4'ünün 11 yıl ve üzeri toplam hizmet yılına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmaya ait verilerin mesleki olarak uzun tecrübeye sahip bir örneklem grubundan elde edildiğini göstermektedir. Yine katılımcıların araştırmaya konu eğitim ve araştırma hastanesindeki çalışma sürelerine bakıldığında % 89,9'unun 10 yıl ve altı çalışma yılına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum katılımcıların araştırmaya konu hastanede önemli bir tecrübeye sahip olduğunun göstermektedir. Son olarak katılımcıların çalıştıkları klinik/bölüm dikkate alındığından %57'sinin özellikle hasta bakımında önemli bir yere sahip olan dâhili klinik/bölemlerde çalıştıkları görülmektedir. Bu durum özellikle hastaların bakımlarının uzun sürdüğü klinik/bölemlerde olduğundan, hasta merkezli bakım yetkinliği konusunda elde edilen sonuçları değerli kılmaktadır.

Çalışmada elde edilen sosyo-demografik bulguların değerlendirilmesi sonrasında, İç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği değişkenleri ve alt boyutları üzerinden analizler yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara bakıldığında, iç girişimcilik ve alt boyutlarının ortalamaları sırasıyla yenilikçilikte $4,6300 \pm 0,43643$, risk alma-proaktiflikte $4,4094 \pm 0,55035$ ve özerklikte $3,6612 \pm 0,72746$ olarak, iç girişimcilik ölçeğinin genelinde ise $4,2482 \pm 0,3913$ olarak yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca bulgular katılımcıların yenilikçilik boyutunda en yüksek algıya sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın diğer değişkeni olan hasta merkezli bakım yetkinliğinin alt boyutlarının ortalamaları incelendiğinde sırasıyla hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymakta $4,2074 \pm 0,50941$, bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmekte $4,0906 \pm 0,62623$, hasta konforu sağlamakta $4,2725 \pm 0,63136$ ve hastaların haklarını savunmakta $4,1770 \pm 0,77601$ olarak, hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin genelinde ise $4,1792 \pm 0,38695$ olarak yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca bulgular katılımcıların hasta konforu sağlamak boyutunda en yüksek algıya sahip olduğunu göstermektedir. Araştırmada elde edilen bulgular katılımcıların özerklikte nispeten daha

düşün ortalamaya sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmanın özellikle hemşireler üzerinde yapılması ve organizasyonda kendi başlarına karar almada çekimser davrandıklarını göstermektedir. Kendi başına bir hiyerarşi içeren sağlık hizmetlerinin katı bürokrasisi katılımcıların özerk davranışlarının olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık analizleri yapılmış her iki ölçeğin geneline bakıldığında katılımcılardan kadınlar ile erkekler arasında anlamlı olarak fark tespit edilmemişken, iç girişimciliğin yenilikçilik boyutunda kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş ($p<0,05$), erkek katılımcıların daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların yapıları dolayısı ile daha hassas bir yapıya sahip olmaları ve hemşirelik mesleğinin kendi arasında ciddi bir hiyerarşiye sahip olması özerk davranışlar sergilemesinin önünde bir engel olarak değerlendirilebilir.

İç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeklerinin geneline bakıldığında evli ve bekârlar arasında anlamlı olarak fark tespit edilmiştir. Ancak ölçeklerin alt boyutuna bakıldığında iç girişimcilik ölçeğinin yenilikçilik boyutunda ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek boyutunda fark bulunamamışken ($p>0,05$) iç girişimciliğin risk alma-proaktiflik ve özerklik boyutunda ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak boyutunda fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tüm boyutlar için bekâr olan katılımcıların evli olanlara nazaran daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre bekâr olan hemşire çalışanlar evli olanlara göre daha fazla iç girişimcilik davranışına (risk alma proaktif, özerk) ve hasta merkezli bakım yetkinliğine (hasta bakış açılarına (perspektifine) saygılı, hasta konforu sağlayan ve hastaların haklarını savunan) sahiptir. Ortaya çıkan bu farklılığın yaş değişkeni ile birlikte yorumlanması uygun olacaktır. Özellikle evli olan katılımcıların yaşının da büyük olduğu göz önünde bulundurulduğunda mesleki olarak tükenmişlik, yeniliklere adapte olunamaması, sosyal yaşamda ve ailede üstlenilen rolden (eş, anne, baba vs.) kaynaklı yoğun ve artan sorumluluklardan kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

İç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği düzeyinin katılımcıların yaş gruplarına göre anlamlı olarak farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Oluşan bu farklılığın iç girişimcilik için 25 yaş altı grup ile diğer grupların tamamından

kaynaklandığı ve 25 yaş altı grubun daha yüksek ortalamaya sahip olduğu ve 26-30 yaş grubu ile 41 ve üzeri yaş grubu arasından kaynaklandığı ve 26-30 yaş grubunun daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. İç girişimcilik ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde yenilikçilik boyutunda katılımcıların yaşları açısından farklılık tespit edilmemiş ($p>0,05$), risk alma-proaktiflik ve özerklik boyutunda ise farklılık bulunmuştur ($p>0,05$). Risk alma-proaktiflik boyutunda oluşan bu farklılığın 25 yaş altı katılımcılar ile diğer grupların tamamından kaynaklandığı, özerklik boyutunda ise 25 yaş altı grup ile 31-35 yaş grubu, 36-40 yaş grubu ve 41 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı ve 25 yaş altı grubun farklılık oluşturan gruplara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu ve 41 yaş üzeri grup ile 26-30 yaş grubu ile 36-40 yaş grubundan kaynaklandığı ve 41 yaş ve üzeri grubun daha düşük ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği alt boyutları için yapılan analizler sonucunda bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek boyutunda farklılık tespit edilememiş ($p>0,05$) hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Oluşan bu farklılıkların hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak boyutu için 25 yaş altı grup ile 31-35 yaş grubu, 36-40 yaş grubu ve 41 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı, hasta konforu sağlamak boyutu için 25 yaş altı yaş grubu ile 26-30 yaş grubu, 36-40 yaş grubu ve 41 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı, hastaların haklarını savunmak boyutu için ise 25 yaş altı grup ile 41 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı ve tüm boyutlarda oluşan bu farklılıklarda 25 yaş altı grubun daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Bu sonuca göre genç hemşire çalışanlar diğer gruplara göre daha fazla iç girişimcilik (risk alan-proaktif ve özerk) davranışına ve hasta merkezli bakım yetkinliğine (hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duyan, hasta konforu sağlayan ve hastaların haklarını savunan) sahiptir. Bunun yanında yaşı fazla olan hemşire çalışanların ise diğer grupların ortalamalarına göre daha düşük bir ortalamaya sahip olmasının birçok sebebinin (tükenmişlik, enerji ve dinamizmin kaybedilmesi, yeniliklere adapte olamama vs.) olabileceği öngörülmektedir.

İç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeklerinin geneline bakıldığında katılımcıların öğrenim durumlarının anlamlı olarak farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Oluşan bu farklılığın lisans düzeyi öğrenim durumuna sahip grup ile

lisansüstü öğrenim düzeyine sahip gruptan kaynaklandığı ve lisansüstü öğrenim düzeyine sahip grubun daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. Ölçeklerin alt boyutlarına bakıldığında iç girişimcilik ölçeğinin risk alma-proaktiflik ve özerklik boyutunda ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin hastaların haklarını savunmak boyutunda fark bulunamamışken ($p>0,05$) iç girişimciliğin yenilikçilik boyutunda ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, bakım sürecine hasta katılımını teşvik etmek ve hasta konforu sağlamak boyutunda fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Oluşan bu farklılığın iç girişimciliğin yenilikçilik boyutu için lisans düzeyi öğrenim durumuna sahip grup ile lisansüstü öğrenim düzeyine sahip gruptan kaynaklandığı ve lisansüstü öğrenim düzeyine sahip grubun daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Oluşan bu farklılığın hasta merkezli bakım yetkinliğinin hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, bakım sürecine hasta katılımını teşvik etmek boyutları için lisans düzeyi öğrenim durumuna sahip grup ile lisansüstü öğrenim düzeyine sahip gruptan kaynaklandığı ve lisansüstü öğrenim düzeyine sahip grubun daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu, hasta konforu sağlamak boyutu için önlisans düzeyi öğrenim durumuna sahip grup ile lisansüstü öğrenim düzeyine sahip gruptan kaynaklandığı ve lisansüstü öğrenim düzeyine sahip grubun daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Bu sonuca göre lisansüstü öğrenim durumuna sahip hemşire çalışanlar diğer gruplara göre daha fazla iç girişimcilik davranışına (yenilikçi) ve hasta merkezli bakım yetkinliğine (hasta bakış açılarına (perspektifine) saygılı, bakım sürecine hasta katılımını teşvik eden ve hasta konforu sağlayan) sahiptir. Bu sonuca göre özellikle yenilikçi ve sağlık alanında güncel trendlerin incelendiği lisansüstü eğitim düzeyinde verilen eğitimler ve kazandırılan araştırmacı bakış, iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği gibi güncel ve yenilikçi yaklaşımların benimsenmesini ve hemşire çalışanlar tarafından uygulamaya konmasını sağlamıştır. Sonuç olarak sağlık alanındaki özellikle yenilikçi yaklaşımların öğrenim süresine eklenmesi ve çalışanların yenilikçi düşünerek sağlık alanındaki güncel yaklaşım ve trendleri takip edebilme alışkanlığının kazandırılması sağlıkta kalitenin artmasına ve sağlığın gelişiminde katkı sağlayacaktır.

İç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeklerinin geneline bakıldığında katılımcıların toplam hizmet sürelerinin anlamlı olarak farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Oluşan bu farklılığın 21 yıl ve üzeri toplam hizmet süresine sahip

grup ile diğer grupların tamamından kaynaklandığı ve 21 yıl ve üzeri toplam hizmet süresine sahip grubun daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. Ölçeklerin alt boyutlarına bakıldığında iç girişimcilik ölçeğinin yenilikçilik boyutunda ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin bakım sürecine hasta katılımını teşvik etmek boyutunda fark bulunamamışken ($p>0,05$), ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin hastaların haklarını savunmak boyutunda fark bulunamamışken ($p>0,05$) iç girişimciliğin risk alma-proaktiflik ve özerklik boyutunda ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak boyutunda fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Oluşan bu farklılığın iç girişimciliğin risk alma-proaktiflik ve özerklik boyutları ile hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak boyutları için 21 yıl ve üzeri toplam hizmet süresine sahip grup ile diğer grupların tamamından kaynaklandığı ve 21 yıl ve üzeri toplam hizmet süresine sahip grubun daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Elde edilen bu sonuç toplam hizmet süresi yüksek olan hemşire çalışanların diğer gruplara göre daha az iç girişimcilik davranışına ve hasta merkezli bakım yetkinliğine sahip olduğunu göstermektedir. Çıkan bu sonuç yaş gruplarında çıkan farklılıkla benzer bir durum sergilemektedir. Sonuç olarak mesleki olarak uzun tecrübeye sahip çalışanların, aldıkları eğitim vs. nedenler ile geleneksel yöntemlerden uzaklaşmaması ve yeniliklere adapte olamamasından ve özellikle yaş farklılığında bahsedilen nedenlerden kaynaklandığı öngörülmektedir.

İç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeklerinin geneline bakıldığında katılımcıların bu hastanede çalışma sürelerinin anlamlı olarak farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Oluşan bu farklılığın her iki ölçek içinde 6-10 yıl bu hastanede çalışma süresine sahip grup ile diğer grupların tamamından kaynaklandığı ve 6-10 yıl arası bu hastanede çalışma süresine sahip grubun daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. Ölçeklerin alt boyutlarına bakıldığında iç girişimcilik ölçeğinin yenilikçilik boyutunda ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin hasta haklarını savunmak boyutunda fark bulunamamışken ($p>0,05$), iç girişimciliğin risk alma-proaktiflik ve özerklik boyutunda ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek ve hasta konforu sağlamak boyutlarında farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Oluşan bu farklılığın iç girişimciliğin risk alma-proaktiflik boyutunda 6-10 yıl arası bu hastanede çalışma süresine sahip grup ile 11 yıl ve üzeri bu hastanede çalışma süresine sahip gruptan kaynaklandığı ve 6-10 yıl arası bu hastanede çalışma süresine sahip grubun daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu, özerklik boyutu için ise 6-10 yıl arası bu hastanede çalışma süresine sahip grup ile diğer grupların tamamından kaynaklandığı ve 6-10 yıl arası bu hastanede çalışma süresine sahip grubun daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Hasta merkezli bakım yetkinliği boyutlarında oluşan bu farklılığın hasta bakış açlarına (perspektifine) saygı duymak boyutunda 6-10 yıl arası bu hastanede çalışma süresine sahip grup ile 5 yıl ve daha az bu hastanede çalışma süresine sahip gruptan kaynaklandığı ve 6-10 yıl arası bu hastanede çalışma süresine sahip grubun daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu, bakım sürecine hasta katılımını teşvik etmek boyutunda 11 yıl ve üzeri bu hastanede çalışma süresine sahip grup ile diğer grupların tamamı arasında kaynaklandığı ve 11 yıl ve üzeri bu hastanede çalışma süresine sahip grubun daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu, hasta konforu sağlamak boyutunda ise 6-10 yıl arası bu hastanede çalışma süresine sahip grup ile 5 yıl ve daha az bu hastanede çalışma süresine sahip gruptan kaynaklandığı ve 6-10 yıl arası bu hastanede çalışma süresine sahip grubun daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Bu sonuca göre buldukları hastanede ara grup olan 6-10 yıl arası çalışma süresine sahip hemşirelerin 1-5 yıl arası çalışma süresine sahip hemşireler ile 11 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip hemşirelere göre daha az iç girişimcilik davranışına ve hasta merkezli bakım yetkinliğine sahip olduğu bulunmuştur. Oluşan bu farklılıkta hastanedeki çalışma süresi az olan hemşireler meslek yıllarının başında olduğundan daha dinamik ve yeniliklere daha açık olduğu değerlendirilmiştir. En yüksek ortalamaya sahip grup olan, 11 yıl ve üzeri çalışan hemşire grubunun ise ortalamalarının yüksek olmasının hastanedeki çalışma süresinin dolayısıyla tecrübesinin fazla olmasından kaynaklandığı değerlendirilmiştir. Bu sonucun hemşire çalışanların toplam hizmet süreleri ile birlikte yorumlanması uygun olacaktır. “Toplam hizmet süresi” 21 yıl ve üzeri olan grubun düşük ortalamaya sahip olması aksine “bu hastanede çalışma süresi” 11 yıl ve üzerinde olan hemşire çalışanların ortalamalarının diğer gruplara göre yüksek olması örgütsel olarak hemşire çalışanların kurumlarında iç girişimcilik yönüyle desteklendiklerinin ve kurumsal olarak hasta merkezli bakım yetkinliğine önem verildiğinin bir göstergesi niteliğindedir. Doğal olarak organizasyonların bu tarz

inovatif yaklaşımları benimsemesi çalışanlara da benzer anlamda katkılar sağlamaktadır. Özellikle hizmet anlamında yoğun bir sektörde çalışanların bu tarz yaklaşımları benimsemesi organizasyonda olumlu yönde katkılar sağlayacaktır. Yinede bu hususun başka değişkenlerle birlikte incelenmesi çalışmanın bir önerisi olarak sunulabilir.

İç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeklerinin genelinin düzeyinin katılımcıların çalıştıkları klinik/bölüme göre anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Oluşan bu farkın çalıştıkları klinik/bölüm acil servis olan hemşirelerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Çalıştıkları klinik/bölüm acil servis olan hemşirelerin ortalamasının, diğer gruplara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Ölçeklerin alt boyutlarına bakıldığında iç girişimcilik ölçeğinin özerklik boyutunda ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek boyutunda fark bulunamamışken ($p>0,05$), iç girişimciliğin yenilikçilik ve risk alma-proaktiflik boyutunda ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin hasta bakış açlarına (perspektifine) saygı duymak, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak boyutlarında farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Oluşan bu farklılığın iç girişimciliğin yenilikçilik boyutunda dâhili kliniklerde çalışanlar ile diğer grupların tamamından kaynaklandığı ve dahili kliniklerde çalışan grubun daha yüksek ortalamaya sahip olduğu, risk alma-proaktiflik boyutunda cerrahi kliniklerde çalışan grup ile acil ve yoğun bakımda çalışan gruptan kaynaklandığı ve cerrahi kliniklerde çalışan grubun daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. Hasta merkezli bakım yetkinliği boyutlarında oluşan bu farklılığın hasta bakış açlarına (perspektifine) saygı duymak boyutunda acil serviste çalışan grup ile diğer grupların tamamından kaynaklandığı ve acil serviste çalışan grubun daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu, hasta konforu sağlamak boyutunda yoğun bakımda çalışan grup ile cerrahi ve dâhili kliniklerde çalışan gruplardan kaynaklandığı ve yoğun bakımda çalışan grubun daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu, hastaların haklarını savunmak boyutunda ise dahili kliniklerde çalışan grup ile diğer grupların tamamından kaynaklandığı ve dahili kliniklerde çalışan grubun düşük bir ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Bu sonuca göre çalıştıkları klinik/bölüm acil servis ve yoğun bakım olan hemşirelerin diğer gruplara göre daha fazla iç girişimcilik davranışına ve hasta merkezli bakım

yetkinliğine sahip olduğu bulunmuştur. Oluşan bu farklılığın özellikle acil servise gelen hastalara yapılacak müdahalelerde süreçlerin iyi belirlenmiş olmasından, gelen hastaların bakım sürelerinin uzun olmamasından ve özellikle acil servise müracaatı olan hastaların durumlarının kritik seviyede olmasından ve dolayısıyla yapılan müdahale sonrası hayati tehlikesi ortadan kaldırılan bir hastanın memnuniyeti sonucunda sağlık çalışanlarının özellikle ciddi bir manevi motivasyona sahip olmasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Ayrıca yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin hasta konforunu sağlamak boyutunda pozitif yönde farklılaşması yatarak tedavi gören hastaların ağrı ve ızdırabının önlenmesi ve konforunun sağlanması adına yüksek bir bilinçle çalıştığının göstergesidir. Bu sonuç yoğun bakımda çalışan hemşirelerin görevleri konusunda yüksek bir bilince ve farkındalığa sahip olduğundan kaynaklandığını göstermektedir.

Çalışmanın sonuçları incelendiğinde iç girişimcilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı çok yüksek bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmada iç girişimciliğin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine pozitif anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca iç girişimcilik ve hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeklerinin alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre, yenilikçilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği boyutlarından hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak ($r=0,317$; $p<0,01$), bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek ($r=0,273$; $p<0,01$) ve hasta konforu sağlamak ($r=0,218$; $p<0,01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı, zayıf ilişki bulunmakta iken, hastaların haklarını savunmak ($r=0,019$; $p>0,05$) arasında bir ilişki bulunamamıştır. Risk alma ve proaktiflik boyutu ile hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak ($r=0,485$; $p<0,01$), bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek ($r=0,440$; $p<0,01$), hasta konforu sağlamak ($r=0,478$; $p<0,01$) ve hasta haklarını savunmak ($r=0,403$; $p<0,01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı, orta şiddette bir ilişki bulunmakta iken özerklik ile hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak ($r=0,506$; $p<0,01$) boyutunda orta şiddette bir ilişki bulunmakta, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek ($r=0,258$; $p<0,01$), hasta konforu sağlamak ($r=0,398$; $p<0,01$) ve hasta haklarını savunmak ($r=0,339$; $p<0,01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı, zayıf bir ilişki bulunmuştur.

İç girişimciliğin alt boyutlarının hasta merkezli bakım yetkinliği alt boyutları üzerine etkisinin ortaya koyulması için yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, yenilikçilik boyutunun hastaların haklarını savunmak alt boyutuna etkisi bulunmazken ($p=0,740$)

hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek ve hasta konforu sağlamak boyutlarına anlamlı bir etkisinin olduğu, risk alma-proaktiflik ve özerklik boyutlarının, hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak boyutlarının tümüne anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre iç girişimciliğin yenilikçilik boyutundaki artışın, hasta merkezli bakım yetkinliği alt boyutlarından, hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek ve hasta konforu sağlamak boyutlarını da artıracığı söylenebilir. Hemşirelerde oluşacak yenilikçilik davranışlarının hasta merkezlilik gibi inovatif düşünce yaklaşımlarına olumlu yönde etki edeceği öngörülmektedir. İç girişimciliğin risk alma-proaktiflik ve özerklik boyutlarındaki artışın, hasta bakış açılarına (perspektfine) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak boyutlarını da artıracığı söylenebilir. Hemşirelerde oluşacak risk alma-proaktiflik ve özerklik davranışlarının hasta bakış açılarına saygı duymayı, hasta merkezliliğin temelini oluşturan bakım süreçlerine hasta katılımını teşvik edeceği, hasta konforunun sağlanmasına ve hasta haklarının savunulmasına olumlu yönde etki edeceği öngörülmektedir. Doğal olarak hemşire çalışanlarda olan iç girişimcilik davranışları hasta memnuniyetinde artış sağlarken kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumuna katkı sağlayacaktır.

Literatür incelendiğinde hasta merkezli bakım yetkinliği ve iç girişimcilik üzerine farklı sektörlerde ayrı ayrı çalışmalar yapılmış ancak özellikle hasta bakımında hizmet veren çalışanların hasta merkezli bakım yetkinliğine dair bir çalışmaya ve sağlık çalışanlarının iç girişimcilik düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmalara pek rastlanılmamıştır. Sağlık organizasyonları adına, Bostancı ve Ekiyor (2015) tarafından yapılmış “Çalışanların İşe Adanmasının Örgüt İçi Girişimciliğe Etkisinin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama” isimli çalışmada, işe adanmanın alt boyutları ile iç girişimciliğe etkisi incelenmiş sağlık kurumları için iç girişimciliğin önemsenmesi gerektiği ve hatta sağlık çalışanlarının görev tanım formlarına eklenmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca çalışanların girişimsel faaliyetlerde bulunabilmesi için hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim planlamalarının içeriğine iç girişimciliğin dâhil

edilerek çalışanların girişimsel davranışta bulunabilmesi için eğitilmesi gerektiği belirtilmiştir (Bostancı ve Ekiyor, 2015: 49).

Bunun yanında yüksek kaliteli bakım sağlamak için, hasta merkezli bakımın kavramsallaştırılmasına dayanan hasta merkezli bakım adına yapılmış önceki çalışmalarda, çeşitli sağlık bakım ortamlarında hasta merkezli bakımı ölçmek için araçlar önerilmiş ve geliştirilmiştir. Bu çalışmalarda hasta merkezli bakım, hastalarla konsültasyon veya görüşme sürecine odaklanan (Rokstad, Engedal, Edvardsson ve Selbaek, 2012; Edvardsson, Fetherstonhaugh, Gibson ve Nay, 2010) dış gözlem yöntemleri kullanılarak ölçülmüştür (Stewart, Brown, Donner, McWhinney, Oates, Weston ve Jordan, 2000; Bertakis ve Azari, 2011). Bu araçların bir kısmı hastane bakım ortamlarında kullanılmak üzere tasarlanmış, sağlık bakım ortamlarının psikososyal ortamı veya hasta bakım deneyimlerini ölçmek üzere tasarlanmıştır (Colye ve Williams, 2001; Edvardsson, Koch ve Nay, 2009; Edvardsson, Koch ve Nay, 2010).

Ayrıca, hemşirelerin hasta merkezli bakım algısını ölçmek için de çeşitli araçlar önerilmiş ve geliştirilmiştir (Edvardsson ve Innes, 2010; Rokstad, Engedal, Edvardsson ve Selbaek, 2012). Ancak bu araçlar, kanser tedavi merkezi, zihinsel engelliler bakımı, romatoid artrit gibi tedaviye özgü ve bakım evi veya uzun süreli yaşlı bakımı gibi belirli bakım ortamlarında kullanım için tasarlanmıştır (Edvardsson ve Innes, 2010; Rokstad, Engedal, Edvardsson ve Selbaek, 2012; Zucca, Sanson-Fisher, Waller ve Carey, 2014; Murray ve Nieboer, 2017; Voshaar, Nota, vandeLaar, vandenBemt ve Pharm, 2015; Hwang, 2015).

Hastane hemşireleri arasında hasta merkezli bakım yetkinliğini (PCC) güvenilir ve ekonomik bir şekilde ölçmek için uygun araçlara ihtiyaç duyulmakla birlikte literatür incelendiğinde yapılan bir araştırma ile hemşirelik öğrencilerinin PCC'si, hasta merkezli bakım ile ilgili bilgileri test eden altı maddeyi kullanarak ölçülmüştür (McKeon, Norris, Cardell ve Britt, 2009). Literatür incelendiğinde hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine tüm hemşirelere uygulanabilecek bir ölçek geliştirme çalışması Hwang (2015) tarafından yapılmış, ancak geliştirilen ve uyarlanan bu ölçek daha önce hiçbir çalışmada kullanılmamıştır. Çalışmamızda hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği de araştırılmış bu anlamda literatüre katkı sağlanacağı değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak faaliyetleri devam eden organizasyonlar için çalışanlarına benimsetilmesi gereken iç girişimcilik davranışları ve IOM tarafından kendi başına bir kalite alanı olarak kabul edilen hasta merkezli bakım sağlık çalışanlarının kaynakta eğitilirken ve

hizmet içi eğitimleri sırasında eğitim programlarına eklenmesi, sağlık hizmeti sunumunda kalitenin en önemli ölçütü olan hasta memnuniyetine artan bir değer katarken sağlığın gelişimine de katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Bu anlamda özellikle günümüzde, sağlık organizasyonlarının artan rekabet koşullarına ayak uydurabilmeleri ve bunu sürdürebilir kılmaları için yenilikçi düşünceleri gerekmektedir ve hekim ve hastalık merkezli yaklaşımlardan uzaklaşarak hasta merkezli düşünceleri gerekmektedir.

Çalışma sonuçları incelendiğinde sağlık organizasyonları için hasta memnuniyetine katkı sağlayan ve temelinde ortak karar alma sürecini bulduran hasta merkezli bakım gibi kendi başına bir kalite alanı olarak kabul edilen yaklaşımların kurumsal olarak benimsenmesi organizasyona sürekli gelişen dinamik bir rekabet avantajını beraberinde getirecek ve sağlığın gelişimine de katkı sağlayacaktır. Bir diğer inovatif yaklaşım olan iç girişimciliğin ise sağlık organizasyonlarının en değerli kaynağı olan nitelikli insan gücünün ortaya çıkmasına ve bunun sürdürülebilir kılınmasına çok büyük destek sağlayacağı öngörülmektedir. Bu sebeple sağlık organizasyonlar tarafından bu tarz yaklaşımların kurumsal olarak benimsenmesi gerektiği çalışmanın organizasyonlara bir önerisi olarak sunulabilir.

Özellikle sağlık organizasyonları için nitelikli insan gücü kaynaklarının en önemli unsurudur. Bu anlamda özellikle sağlık çalışanları yenilikçi düşünmeli, risk alabilmeli en iyiyi ve doğruyu yapma adına özerk davranışlarda bulunabilmelidir. Bunun yanında günümüzde önemi günden güne artan hasta memnuniyet oranları ve her hastanın ayrı bir vaka olarak kabul edilmesi, teknolojiye gelişimin getirdiği faydalarla hastalarda artan sağlık okuryazarlığı şüphesiz sağlık çalışanlarının da dinamik ve sürekli gelişen bir yapıda olmasını mecbur kılmaktadır. Bundan dolayı sağlık çalışanları yeniliklere açık olmalı ve özellikle hasta memnuniyetinin sağlıkta kalitenin en önemli bileşeni olduğu kabul edilerek davranışlarının buna göre düzenlenmesi önem arz etmektedir. Nitelikli insan gücünün sağlık organizasyonları için en büyük kaynak olduğu unutulmamalı ve hasta merkezli bakım gibi yenilikçi yaklaşımların sağlık çalışanları tarafından benimsenmesi gerektiği çalışmanın sağlık çalışanlarına bir önerisi olarak sunulabilir.

Çalışmanın bulguları arasında yer alan genç hemşirelerin yaşlı olan hemşirelere oranla daha fazla içgirişimci ve hasta merkezli bakım yetkinliği algısına sahip olması aslında sağlık hizmetlerinde görev alacak çalışanların kaynakta eğitilmesinin önemini ortaya çıkarmıştır. Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde yaşanan hızlı değişim

kaynakta eğitilen nitelikli insan gücünün bu tarzda yenilikçi ve inovatif bir eğitimden geçirilmesini mecbur kılmaktadır. Bundan dolayı kaynakta eğitilen sağlık personelinin nitelikli olarak yetişebilmesi için bu tarz yaklaşımların benimsenmesi çalışmanın eğitim kurumlarına bir önerisi olarak sunulabilir.

Ayrıca günümüzde hastaneye başvurularda hastaların kendi tedavi ve bakım süreçlerinde söz sahibi olması gerektiği küresel olarak kabul görmüş bir yaklaşımdır. Bu maksatla hasta olarak sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlıkları ile ilgili vereceği kararlara dâhil olması, kişinin kendinde sağlık okuryazarlığını artırırken sağlık organizasyonuna, sağlık çalışanına ve dolayısıyla toplumsal olarak sağlığın gelişiminde katkı sağlayacaktır. Potansiyel hasta olan tüm insanlar tarafından bu tarz yaklaşımların benimsenmesi tüm insanlığa çalışmamızın bir diğer önerisi olarak sunulabilir.

Son olarak çalışmanın bağımlı değişkeni olan hasta merkezli bakım yetkinliğinin farklı değişkenlerle ve farklı organizasyonlarda kullanılması çalışmanın bir önerisi olarak sunulabilir.

KAYNAKÇA

- Adamson, E., & Dewar, B. (2011). Compassion in the nursing curriculum: making it more explicit. *Journal of Holistic Healthcare*, 8(3), 42-45.
- Ağca, V., & Kurt, M. (2007). İç girişimcilik ve temel belirleyicileri: Kavramsal bir çerçeve. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 29, 83-112.
- Alpkan, L., Ergün, E., Bulut, Ç., & Yılmaz, C. (2015). Şirket girişimciliğinin şirket performansına etkileri. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 6(2), 175-189.
- Ammenwerth, E., & Spötl, H, P. (2009). The time needed for clinical documentation versus direct patient care. *Methods Information Medicine*, 48(1), 84-91.
- Anderson, R, M., Funnell, M, M., & Butler, P, M. (1995). Patientempowerment-results of a randomised trial. *Diabetes Care*, 18(7), 943-949.
- Antoncic, B. (2000). *Intrapreneurship: Construct Refinement and An Integrative Model Development*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Department of Marketing and Policy Studies Weatherhead School of Management, School of Graduate Studies, Case Western Reserve University, Cleveland-Ohio.
- Antoncic, B. (2007). Intrapreneurship: a comparative structural equation modeling study. *Industrial Management & Data Systems*, 107(3), 309-325.
- Antoncic, B., & Hisrich, R, D. (2001). Intrapreneurship: Construct refinement and cross-cultural validation. *Journal of Business Venturing*, 16(5), 495-527.
- Antoncic, B., & Hisrich, R, D. (2003). Clarifying The Intrapreneurship Concept. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, 10(1), 7-24.
- Antoncic B. & Zorn O. (2004). The mediating role of ce in the organizational support-performance relationship: An empirical examination. *Managing Global Transition*, 2(1), 5-14.
- Apak, S., Taşçıyan, K, H., & Aksoy, M. (2010). *Girişimcilik ve Sermaye Tedarik Yöntemleri*. İstanbul: Papatya Yayıncılık.
- Arıkan, S. (2004). *Girişimcilik-temel kavramlar ve bazı güncel konular* (2. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi
- Arıkan, R. (2011). *Araştırma Yöntem ve Teknikleri*. İstanbul: Nobel Yayınları.
- Arslanoğlu, A., ve Kırılmaz, H., (2019). Hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY) ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 158-166.
- Aşkın, A., Nehir, S., & Vural, S, Ö. (2011). Tarihsel süreçte girişimcilik kavramı ve gelişimi. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 6(2), 55-72.

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (ACSQHC). (2007). *Patient charter of rights*. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Charter-PDF.pdf> (21/10/2019)
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (ACSQHC). (2010). *Patient-centred care: Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers*. Erişim adresi: pdfs.semanticscholar.org/dce8/582215a272b0a1ee7d5fad43fb1e15a59e85.pdf (21/10/2019)
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (ACSQHC). (2011). *Patient centred care: Improving quality and safety through partnership with patients and consumers*. Erişim adresi: [safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/PCC_Paper_August.pdf](https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/PCC_Paper_August.pdf) (21/10/2019)
- Avcı, P. (2017). Sağlık örgütlerinde inovasyon. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(5), 24-36.
- Aytaç, Ö. (2006). Girişimcilik: Sosyo-kültürel bir perspektif. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15, 139-160.
- Aytaç, Ö., & İlhan, S. (2007). Girişimcilik ve girişimci kültür: Sosyolojik bir perspektif. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18, 101-120.
- Bal, H. (2001). *Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Basımevi.
- Balsa, A., Seiler, N., Thomas, G., & Bloche, G, M. (2003). Clinical uncertainty and health care disparities. *American Journal of Law and Medicine*, 98(1), 15-21.
- Baluku, M., Mabunda, K., Julius, F., & Otto, K. (2018). Positive mindset and entrepreneurial outcomes: The magical contributions of psychological resources and autonomy. *Journal of Small Business & Entrepreneurship*, 30 (6), 473-498.
- Bankert, E., Lazarek-LaQuay, A., & Joseph, J, M. (2014). Patient-centered care. İçinde P. Kelly, B. Vottero & C. Christie-McAuliffe (Eds.), *Introduction to Quality and Safety Education for Nurses: Core Competencies* (ss. 161-190). New York: Springer Publishing Company.
- Bann, C, M., Sirois, F, M., & Walsh, E, G. (2010). Provider support in complementary and alternative medicine: Exploring the role of patient empowerment. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(7), 745-752.
- Basım, H, N., Şeşen, H., & Meydan, C, H. (2009). Öğrenen örgüt algısının örgüt içi girişimciliğe etkisi: Kamuda bir araştırma. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 64(3): 27-44.
- Başar, M., Ürper, Y., & Tosunoğlu, B, T. (2013). *Girişimcilik* (1.baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Beckman, H, B., & Frankel, R, M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101(5), 692-696.

- Berglund, V., Ingemar J, S., & Mattias S. (2015). Subjective well-being and job satisfaction among self-employed and regular employees: Does personality matter differently?. *Journal of Small Business & Entrepreneurship*, 28(1), 1–19.
- Berk, U. (2016). *İç girişimcilik davranışında örgüt içi sosyal ağların rolü: bilişim sektöründe bir araştırma* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). KHO, Savunma Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bertakis, K, D., & Azari, R. (2011). Patient-centred care is associated with decreased health care utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239.
- Bessant, J., & Tidd, J. (2018). *İnovasyon ve Girişimcilik* (3. Baskı). Ankara: Nobel Yayınları.
- Binks, M., & Vale, P. (1990). *Entrepreneurship and Economic Change*, McGraw: Hill Book Company.
- Blackman, R. (2011). Understanding culture in practice: Reflections of an Australian indigenous nurse. *Contemporary Nurse*, 37(1), 31-34.
- Blank, S., & Dorf, B. (2017) *Girişimcinin el kitabı* (3. Baskı). İstanbul: Boyut yayıncılık.
- Boer, J, D., Nieboer, A, P., & Cramm, J, M. (2017). A cross-sectional study investigating patient-centred care, co-creation of care, well-being and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Management*, 25(7), 577-584.
- Bostancı, H., & Ekiyor, A. (2015). Çalışanların işe adanmasının örgüt içi girişimciliğe etkisinin incelenmesi: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(1), 3-5.
- Bradshaw, A. (1999). The virtue of nursing: The covenant of care. *Journal of Medical Ethics*, 25(6), 477-481.
- Broom, M., Brady, B., Kecskes, Z., & Kildea, S. (2013). World café methodology engages stakeholders in designing a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(5), 253-258.
- Buekens, W. (2014). Fostering intrapreneurship: The challenge for a New Game Leadership. *Procedia Economics and Finance*, 16, 580 – 586.
- Bulgurcu-Gürel, E, B. (2010). *Firma performansının belirlenmesinde iç girişimciliğin rolü ve türkiye’de iso 500’de firma performansının belirlenmesine yönelik bir çalışma* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bulgurcu-Gürel, E, B. (2012). İç girişimcilik: Bir literatür taraması. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, 6, 56-75.

- Burks, D. J., & Kobus, A. M. (2012). The legacy of altruism in health care: The promotion of empathy, prosociality and humanism. *Medical Education*, 46(3), 317-325.
- Carland, J. C., College, C. & Carland, J. W. (2007). Intrapreneurship: A requisite for success. *The Entrepreneurial Executive*, 12, 83-94.
- Carrier, C. (1994). Intrapreneurship in large firms and SMEs: A comparative study. *International Small Business Journal*, 12(3), 54-61.
- Chaboyer, W., McMurray, A., Johnson, J., Hardy, L., Wallis, M., & Chu, F. Y. S. (2009). Bedside handover: Quality improvement strategy to 'transform care at the bedside'. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 136-142.
- Chenoweth, L., Jeon, Y., Goff, M., & Burke, C. (2006). Cultural competency and nursing care: An Australian perspective. *International Nursing Review-International Council Of Nurses*, 53(1), 34-40
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm, 2001*. Erişim adresi: www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf (21/10/2019).
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Frod, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). *Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system*. Erişim adresi: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.100.9620&rep=rep1&type=pdf> (21.10.2019).
- Coşkun, R., Altunışık, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri-SPSS Uygulamalı* (8. Baskı). Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Covin, J. G., & Slevin, D. P. (1986). The development and testing of an organizational-level entrepreneurship scale. İçinde R. Ronstadt, J.A. Hornaday, R. Peterson & K.H. Vesper (Eds.), *Frontiers of Entrepreneurship Research* (ss. 628-639). Wellesley, MA: Babson College.
- Covin, J. G., & Slevin, D. P. (1991). A conceptual model of entrepreneurship as firm behavior. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 16(1), 7-25.
- Covin, J., & Wales, W. (2012). The measurement of entrepreneurial orientation. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 36(4), 677-702.
- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2018). Validation of an instrument for the assessment of patient-centred care among patients with multimorbidity in the primary care setting: The 36-item patient-centred primary care instrument. *BMC Family Practice*, 19(143), 1-10.
- Çetin, F. (2011). Örgüt içi girişimcilikte öz yeterlilik algısı ve kontrol odağının rolü. *Business and Economics Research Journal*, 2(3), 69-85.

- Çetinkaya B, Ö. (2011). *Dünyada ve Türkiye’de girişimcilik eğitimi: Başarılı girişimciler ve öğretim üyelerinden öneriler*. Ankara: Detay yayıncılık.
- Davison, E, D. (2019). *Entrepreneurship*, Salem Press Encyclopedia, Erişim adresi: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=89163685&lang=tr&site=eds-live&scope=site> (Erişim Tarihi: 10/10/2019).
- Delaney, J, L. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research*, 25(1), 119-123.
- Demirel, Y., & Özbezek, D, B. (2015). İşletmelerde iç girişimcilik ve yenilik ilişkisine yönelik kavramsal bir inceleme. *TİSK Akademi*, 10(19), 113-135.
- Dess, G, G., Lumpkin, G, T., & Covin, J, G. (1997). Entrepreneurial Strategy Making and Firm Performance: Tests of Contingency and Configurational Models. *Strategic Management Journal*, 18(9), 677-695.
- Detering, K, M., Hancock, A, D., Reade, M, C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*. doi:10.1136/bmj.c1345
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *British Medical Journal Open*. doi:10.1136/bmjopen-2012-001570
- Driscoll, S. (2014). 6 Steps to Intrapreneurship. *Managing People at Work*, 3, 5-5.
- Durak, İ. (2011). Girişimciliği etkileyen çevresel faktörlerle ilgili girişimcilerin tutumları: Bir alan araştırması. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9(2), 195-213.
- Durukan, T. (2006). Dünden bugüne girişimcilik ve 21.yüzyılda girişimciliğin önemi. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 1(2), 25-37.
- Ekiyor, A., & Karagül, S. (2016). Sağlık sektöründe personel güçlendirmenin işgören performansına ve iç girişimciliğe etkisi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(3), 13-25.
- Ercan, S., & Gökdeniz, İ. (2009). Girişimciliğin gelişim süreci ve girişimcilik açısından Kazakistan. *Bilig Türk Dünyası Sosyal Bilimler Dergisi*, 49, 49-82.
- Gautam, V., & Verma, V. (1997). Corporate entrepreneurship: Changing perspectives. *The Journal of Entrepreneurship*, 6(2), 234-244.
- Gemmae, M., Lukas, C., Van D., Bolton, R, E., Hill, J, N., Mueller, N., & Sherri, L, L. (2017). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expectations*. doi.org/10.1111/hex.12615.
- Gerdik, C., Vallish, R, O., Miles, K., Godwin, S, A., Wludyka, P, S., & Panni, M, K. (2010). Successful implementation of a family and patient activated rapid

- response team in an adult level 1 trauma center. *Resuscitation*, 81(12), 1676-1681.
- Global Entrepreneurship Monitor (GEM). (2013). *GEM 2012 global report*. Erişim adresi: <https://www.gemconsortium.org/report> (Erişim Tarihi:10/10/2019)
- Göçmen, S. (2007). *İşletmelerde girişimcilik özelliğini destekleyen faktörler: İç girişimcilik*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa.
- Guth, W. D. & Ginsberg, A. (1990). Guest editors' introduction: Corporate entrepreneurship. *Strategic Management Journal*, 11,(5), 5-15.
- Güney, S. (2008). *Girişimcilik temel kavramlar ve bazı güncel konular*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Güredin, E. (1987). *Denetim*. İstanbul: Avcıol Matbaası.
- Harding, R. (2004). *Global entrepreneurship monitor report UK 2004*. Erişim adresi: <https://www.gemconsortium.org/report/47103>, Erişim Tarihi:10.10.2019
- Hermanns, N., Kulzer, B., Ehrmann, D., Bergis-Jurgan, N., & Haak, T. (2013). The effect of a diabetes education programme (PRIMAS) for people with type 1 diabetes: Results of a randomized trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 102(3), 149-157.
- Huynh, T. N., Kleerup, E. C., Wiley, J. F., Savitsky, T. D., Guse, D., Garber, B. J., & Wenger, N. S. (2013). The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *The Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 173(20), 1887-1894.
- Kinmonth, A. L., Woodcock, A., & Griffin, S. (1998). Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *British Medical Journal*, 317(7167), 1202-1208.
- Hinds, L. E., (2013). Patient-centered care: A nursing priority. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(1), 10-11.
- Hisrich, D. R., & Peters, P. M. (1998). *Entrepreneurship*. McGraw: Hill Book Company.
- Holmstrom, I., & Roing, M. (2009). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172.
- Hwang, J. (2015). Development and testing of a patient-centred care competency scale for hospital nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 43-51.
- Institute of Medicine. (IOM). (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC, USA: The National Academies Press.

- İbrahimoglu, N., & Yaşar-Uğurlu, Ö. (2013). KOBİ'lerde iç girişimcilik ve örgüt kültürü ilişkisi: Sektörel bir araştırma. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31(1), 103-126.
- Jahani, S., Abedi, H., Elahi, N., & Fallahi-Khoshknab, M. (2016). Iranian entrepreneur nurses' perceived barriers to entrepreneurship: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(1), 45-53.
- Jangland, E., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling*, 75(2), 199-204.
- Jansen, P., G., W., & Wees van L., L., G., M. (1994). Conditions for Internal entrepreneurship. *Journal of Management Development*, 13(9), 34-52.
- Jardien-Baboo, S., Rooyen, D, Van., & Ricks, E. (2016). Perceptions of patient-centred care at public hospitals in Nelson Mandela Bay. *Health SA Gesondheid*, 21(1), 397-405.
- Jensen, A, L., Vedelø, T, W., & Lomborg, K. (2013). A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(7-8), 1005-1015.
- Johnson, D. (2001). What is innovative and entrepreneurship? Lessons for larger organizations. *Industrial and Commercial Training*, 33(4), 135-140.
- Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. (6. Baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Kılıç, M., E., & Koçyiğit, Ali. (2017). Sosyal sermayenin inovasyon üzerindeki etkisinin Türkiye açısından incelenmesi: Mekansal ekonometrik analiz. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 50, 95-120.
- Kızılkaya, E. (2005). Joseph a. Schumpeter'in girişimcilik fikrine dair bir not. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 10, 26-45.
- Kierulff, H, E. (1979). Finding and keeping corporate entrepreneurs. *Business Horizons*, 22(1), 6-15.
- Killa, F, M. (2017). A study on product innovation portfolio and customer value creation: Bridging entrepreneurial risk-taking orientation and marketing performance. *ASEAN Marketing Journal*, 9(2), 80-89.
- Korkmaz, O. (2012). Üniversite öğrencilerinin girişimcilik eğilimlerini belirlemeye yönelik bir araştırma: Bülent Ecevit Üniversitesi örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 14(2), 209-226.
- Kozubíková, L., Dvorský, J., Cepel, M., & Balcerzak, A, P. (2017). Important characteristics of an entrepreneur in relation to risk taking: Czech Republic case study. *Journal of International Studies*, 10(3), 220-233.

- Kreindler, S. A. (2013). The politics of patient-centred care. *Health Expectations*, 18(5), 1139-1150.
- Kreiser, P. M., Marino, L. D., Kuratko, D. F., & Weaver, M. K. (2013). Disaggregating entrepreneurial orientation: The non-linear impact of innovativeness, proactiveness and risk-taking on sme performance. *Small Business Economics*, 40(2), 273-291.
- Krupat, E., Bell, R. A., Kravitz, R. L., Thom, D., ve Azari, R. (2001). When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *The Journal Of Family Practice*, 50(12), 1057-1062.
- Lally, S. (1999). An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *Journal of Nursing Management*, 7(1), 29-36.
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1555-1565.
- Lieberman, M., & Montgomery, D. (1988). First-mover advantages. *Strategic Management Journal*, 9(51), 41-58.
- Longmore, B., & Ronnie, L. (2014). Human resource management practices in a medical complex in the Eastern Cape, South Africa: Assessing their impact on the retention of doctors. *South African Medical Journal*, 104(5), 368-371.
- Luchsinger, V., & Bagby, D. R. (1987). Entrepreneurship and intrapreneurship: Behaviors, comparisons, and contrasts. *SAM Advanced Management Journal*, 52(3), 10-14.
- Lumpkin, G. T., & Dess, G. G. (1996). Clarifying the entrepreneurial orientation construct and linking it to performance. *Academy of Management Review*, 21(1), 135-172.
- Lumpkin, G. T., & Dess, G. G. (2001). Linking two dimensions of entrepreneurial orientation to firm performance: The moderating role of environment and industry life cycle. *Journal of Business Venturing*, 16(5), 429-451.
- Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510-515.
- Matteliano, M. A., & Street, D. (2012). Nurse practitioners' contributions to cultural competence in primary care settings. *Journal of the American Academy of Nurse practitioners*, 24(7), 425-435.
- Mccormack, B. (2003). A conceptual framework for personcentred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), 202-209.
- Mc Whinney, I. R., & Freeman, T. (2009). *Textbook of family medicine* (3. Baskı). New York: Oxford University Press.

- Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P. D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research, 45*(5P1): 1188-1204.
- Meydan, C, H. (2011). İş tatmini ve öz yeterliliğin örgüt içi girişimcilğe etkisi: Kamu sektöründe bir araştırma. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 20*(1), 25-40.
- Miller, S, P. (2019). *Patient-centered care*, Salem Press Encyclopedia, Erişim adresi: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=89677604&lang=tr&site=eds-live&scope=site> (Erişim tarihi: 21/10/2019)
- Mische, M, A. (2001). *Strategic Renewal*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal Of Critical Care, 18*(6), 543-553.
- Morris, M. H. (1998). *Entrepreneurial intensity: sustainable advantages for individuals, organizations, and societies*. Westport, Conn.: Quorum. Erişim adresi: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edshlc&AN=edshlc.007855842.5&lang=tr&site=eds-live&scope=site> (20/10/2019).
- Morris, M, H., & Kuratko, D, F. (2002). *Corporate entrepreneurship*. Orlando, Florida: Hartcourt College Publishers.
- Mueller, S, L., & Thomas, A, S. (2000). Culture and entrepreneurial potential: A nine country study of locus of control and innovativeness. *Journal of Business Venturing, 16*(1), 51-75.
- Nadzam, D. (2009). Nurses' role in communication and patient safety. *Journal of Nursing Care Quality, 24*(3), 184-188
- Naktiyok, A. (2004). İç girişimcilik (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayınları.
- Naktiyok, A. (2007). Yenilik yönelimi ve örgütsel faktörler. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 21*(2), 211-230.
- Naktiyok, A., & Bayrak-Kök, S. (2006). Çevresel faktörlerin iç girişimcilik üzerine etkileri. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 8*(2), 77-96.
- Nath, C. (2007) Literacy and diabetes self-management: low literacy affects outcomes; communication is key. *American Journal of Nursing, 107*(6), 43-49.
- National Quality Forum. (2005). Home Health Measures (2005). Erişim adresi: [https://www.qualityforum.org/Projects/h/Home_Health_Measures_\(2005\)/Home_Health_Measures_\(2005\).aspx](https://www.qualityforum.org/Projects/h/Home_Health_Measures_(2005)/Home_Health_Measures_(2005).aspx) (21.10.2019).
- Neely, A. & Hii, J. (1998). *Innovation and Business Performance: A literature Review*. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/profile/Andy_Neely/publication/264870158_Innovation_and_Business_Performance_A_Literature_Review/links/53fb561b0cf2e3cbf5662b82/Innovation-and-Business-Performance-A-Literature-Review.pdf (20/10.2019).

- Nursing and Midwifery Council (NMC). (2008). *The Code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives*. London: Nursing and Midwifery Council.
- Onay, M. (2010). İşletmelerde girişimcilik özelliğini etkileyen faktörler: İç girişimcilik. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 17(1), 47-67.
- Onay, M. (2017). İç girişimcilik. İçinde E. Kaygın (Eds.), *Girişimcilik* (ss. 93-119). İstanbul: Cinius Yayınları.
- Ökem, Z, G. (2011). Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde sağlıkta inovasyon, TÜSİAD, <https://tusiad.org/tr/yayinlar/raporlar/item/5133-turkiyenin-avrupa-birligine-uyelik-surecinde-saglikta-inovasyon> (Erişim tarihi: 21/10/2019)
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., & Merkouris, A. (2014). Linking patient satisfaction with nursing care: The case of care rationing a correlational study. *Biomed Central Nursing*, 13(1), 1-10.
- Pelzang, R. (2010). Time to learn: Understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing*, 19(14), 912-918.
- Pelzang, R., Wood, B., & Black, S. (2010). Nurses' understanding of patient-centred care in Bhutan. *British Journal of Nursing*, 19(3), 186-193.
- Pinchot, G. (1985). *Intrapreneuring*. New York: Harper and Row.
- Pollock, K., & Grime, J. (2003). The cost and cost-effectiveness of PPIs: GP perspectives and responses to a prescribing dilemma and their implications for the development of patient-centred healthcare. *European Journal of General Practice*, 9(4), 126-133.
- Pulvirenti, M., Hons, BA., McMillan, J., & Çimen, S. (2012). Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations*, 17(3), 303-310.
- Quality and Safety Education for Nurses (QSEN). (2012). *Evidence-based practice*. Erişim adresi: <http://www.qsen.org> (Erişim tarihi: 15/09/2019).
- Renedo, A., & Marston, C. (2015). Developing patient-centred care: an ethnographic study of patient perceptions and influence on quality improvement. *BMC Health Services Research*, 15(122), 1-11.
- Richards, T., Coulter, A., & Wicks, P. (2015). Time to deliver patient centred care. *BMJ*. Doi:10.1136/bmj.h530
- Scambler, S., Gupta, A., & Asimakopoulou, K. (2015). Patient-centred care – what is it and how is it practised in the dental surgery?. *Health Expectations*, 18(6), 2549-2558.
- Schumpeter, J, A. (1934), *The theory of economic development: an inquiry into profits, capital, credit, interests and the business cycle*. London: Oxford University Press.

- Schumpeter, J. A. (1975). *Capitalism, socialism, and democracy*. New York: Harper.
- Serinkan, C., & Arat, G. (2013). *İşletmelerde örgütsel değişim ve iç girişimcilik* (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayınları.
- Shafique, I., & Kalyar, N. M. (2018). Linking transformational leadership, absorptive capacity, and corporate entrepreneurship. *Administrative Sciences*, 8(2), 1-17.
- Shaller, D. (2007). *Patient-centered care: What does it take?* [https://idainstitute.com/fileadmin/user_upload/documents/PCC_Resources/PCC_Definitions/PCC - What Does It Take.pdf](https://idainstitute.com/fileadmin/user_upload/documents/PCC_Resources/PCC_Definitions/PCC_-_What_Does_It_Take.pdf) (24/10/2019).
- Sharma, P., & Chrisman, J. J. (1999). Towards a reconciliation of the definitional issues in the field of corporate entrepreneurship. *Entrepreneurial Theory and Practice*, 23(3) 11-27.
- Smejkal, V., & Rais, K. (2006). *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích* (2. Baskı). Grada: Praha.
- Smith, R. C. (2002). *Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method* (2. Baskı). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sidani, S., Epstein, D., & Miranda, J. (2006). Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(3), 116-118.
- Stam, K., Sieben, I., de Graaf, P. M., & Verbakel, E. (2016). Employment status and subjective well-being: The role of the social norm to work. *Work, Employment & Society*, 30(2), 309-333.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal Of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Stiles, E. (2011). Promoting health literacy in patients with diabetes. *Nursing Standard*, 26(8), 35-40.
- Sundqvist, A. S., Nisson, U., Holmefur, M., & Anderzén, A. C. (2018). Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2403-2415.
- Şahin, G., & Artıran-İğde, F. (2014). Hasta merkezli bakım-ortak karar alma süreci ve kalite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 5(3), 38-43.
- Şeşen, H. (2010). *Öncülleri ve sonuçları ile örgüt içi girişimcilik: Türk Savunma Sanayinde bir araştırma* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). KHO Savunma Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Top, S. (2006). *Girişimcilik keşif süreci* (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayınları.
- Sencer, M. (1981). *Yöntembilim terimleri sözlüğü*. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları

- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (2010). *Agency for Healthcare Research and Quality. National health care quality report*. Erişim adresi: <https://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr10/Chap5.html> (21.10.2019).
- Williams, A, M. (2002). The delivery of quality nursing care: A grounded theory study of the nurse's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 808-816.
- World Health Organisation (WHO). (2007). *People centred health care. A policy framework*. Geneva: WHO Press.
- Van Rooyen, D., Jordan, P., Brooker, C., & Waugh, A. (2009). *Foundations of nursing practice*. Edinburg: Elsevier
- Verhoef, M, J., & White, M, A. (2002). Factors in making the decision to forgo conventional cancer treatment. *Cancer Practice*, 10(4), 201-207.
- Zahra, S, A. (1991). Predictors and financial outcomes of corporate entrepreneurship: An exploratory study. *Journal of Business Venturing*, 6(4), 259-285.
- Zahra, S, A. (1993). A conceptual model of entrepreneurship as firm behavior: A critique and extension. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 17(4), 5-22.
- Zahra, S, A., & Covin, J, G. (1995). Contextual influences on the corporate entrepreneurship-performance relationship: A longitudinal analysis. *Journal of Business Venturing*, 10(1), 43-58.
- Zandbelt, L, C., Smets, E, M., Oort, F, J., Godfried M, H., & de Haes H, C. (2007). Medical specialists' patientcentered communication and patient-reported outcomes. *Medical Care*, 45(4), 330-339.
- Zeren, H, E. (2012). Kent markalaşması sürecinde iç girişimcilik faktörü. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 95-104.

EKLER

EK 1: Anket Formu

ANKET FORMU										
Sayın Katılımcı; “İç Girişimciliğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Üzerine Etkisi” adlı bu araştırma bilimsel veri oluşturmak için düzenlenmiştir. Toplanan bilgiler bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Aşağıdaki ifadelerin doğru ve/veya yanlış cevabı yoktur; önemli olan sadece duygu ve düşüncelerinizi dürüst ve içtenlikle dile getirmenizdir. Bilimsel nitelikteki bu araştırmanın idari ya da siyasi yönü olmayıp, cevaplar, kurumlar ve kişiler gizli tutulacaktır. Anket formuna kimliğinizi ya da isminizi belirten bir şey yazmayınız. Göstereceğiniz ilgiye şimdiden çok teşekkür ederim.										
Saygılarımla										
Cinsiyet	:	() Kadın	() Erkek							
Yaş	:	() 21-25	() 26-30	() 31-35	() 36-40	() 41 ve üzeri				
Medeni Durum	:	() Evli	() Bekâr							
Öğrenim Durumunuz	:	() Önlisans	() Lisans	() Lisansüstü						
Toplam Hizmet Süresi	:	() 1-10	() 11-20	() 21 yıl ve üzeri						
Bu Hastanede Çalışma Süresi:		() 1-5	() 6-10	() 11 yıl ve üzeri						
Çalıştığınız Klinik/Bölüm vs.:		() Cerrahi Birimler	() Dâhili Birimler	() Yoğunbakım üniteleri	() Acil Servis					
ANKET SORULARI										
Sı. No.	Lütfen aşağıdaki ifadeleri çalıştığınız kurumda şahsınızı dikkate alarak ve hastane yaşantısı ve çalışanlarla olan yaşantılarınız temelinde inceleyerek cevaplandırınız. Size uygun olan seçeneği “X” şeklinde işaretleyiniz.					KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARRSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
İç Girişimcilik										
1	Yeni fikirlere açık biri olduğumu düşünüyorum.									
2	İş arkadaşlarımı yenilikçi olmaları hususunda motive ederim.									
3	İşimle ilgili yeni bir şeyler yapmak için çabalarım.									
4	Astlara yetki vermenin yaratıcı fikirlerin ortaya çıkmasına yardımcı olduğu kanaatindeyim.									
5	Araştırma Geliştirme faaliyetlerine, teknolojik liderliğe ve yenilikçiliğe önem veririm.									
6	Belirsizlik durumunun atağa geçmek için bir fırsat olduğuna inanırım.									
7	İş çevremdeki fırsatları değerlendirmede işletme kaynaklarımı (zaman, para, insan gücü) kullanmada başarılıyım.									

Sı. No.	Lütfen aşağıdaki ifadeleri çalıştığınız kurumda şahsınızı dikkate alarak ve hastane yaşantısı ve çalışanlarla olan yaşantılarınız temelinde inceleyerek cevaplandırınız. Size uygun olan seçeneği "X" şeklinde işaretleyiniz.	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARRSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
8	Üzerinde çok çalıştığım bir planda gerekirse büyük değişiklikler yapmaktan çekinmem.					
9	Görevin başarısına inanırsam her türlü riski üstlenebilirim.					
10	Yüksek riskli projelere güçlü bir yatkınlığım vardır.					
11	Belirsizlik içeren durumlarda karar verirken olası yüksek getiriye en üst düzeye çıkarmak amacıyla cesur tavır takınırım.					
12	İş çevresindeki faaliyetleri değerlendirmek için gelişmeleri takip etmek yerine onların önünde olmaya çalışırım.					
13	Gelişmelerin beni yönlendirmesine izin vermeyip, gelişmeleri yönlendirmeye çalışırım.					
14	İşyerimde yapılacak uzun vadeli planlama çalışmalarına yüksek hayal gücüm ve irademle katılmak isterim.					
15	İşyerimde yeni uygulama, ürün, teknik veya teknoloji geliştirme konusunda en önde olmaya çalışırım.					
16	İş hayatında, diğerlerinin düşüncelerinin ne olduğu konusunda kaygı duymadan kendi yolumda ilerlerim.					
17	Herhangi bir görevde tek başıma çalışmayı tercih ederim.					
18	Yeni bir proje üzerinde çalışırken gideceğim yön konusunda her türlü özgürlüğe sahibim.					
19	Yeni bir fikri ortaya atarken diğerlerinin onayını beklemem.					
20	İşimle ilgili bir yeniliği geliştirirken üstlerime danışmadan karar alabilirim.					
21	İşimle ilgili bir yeniliği geliştirirken standart işletme prosedür ve kurallarını devre dışı bırakabilirim.					
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği						
22	Sağlık hizmetleri sunumunu hastaların gözünden değerlendiririm.					
23	Klinik görüşme, bakım planının uygulanması ve bakım değerlendirmesinde; hasta değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundururum.					
24	Hasta bakımında hasta merkezli bakımın çoklu boyutlarını (hasta ve hasta yakını tercihleri, iletişim, aile ve arkadaşların duygusal desteği vb.) göz önünde bulundururum.					
25	Hasta bakımında hastanın değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını sağlık hizmeti sunumunda görevli diğer ekip üyelerine iletirim.					
26	Hasta merkezli bakımda, hastaların deneyimlerinin çeşitliliğine (geçmiş tecrübelerine) duyarlı ve saygılı olurum.					

Sı. No.	Lütfen aşağıdaki ifadeleri çalıştığınız kurumda şahsınızı dikkate alarak ve hastane yaşantısı ve çalışanlarla olan yaşantılarınız temelinde inceleyerek cevaplandırınız. Size uygun olan seçeneği “X” şeklinde işaretleyiniz.	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARRSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
27	Kendimden farklı değerlere sahip kişiler için de hasta merkezli bakım desteği veririm.					
28	Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif katılımlarının önündeki engelleri tespit ederek ortadan kaldırıyorum.					
29	Hastaların karar verme sürecinde yaşadıkları çatışmaları değerlendirerek çözüm için kaynaklara ulaşmalarını sağlarım.					
30	Bakım sürecinde, hastaları veya ailelerini güçlendirecek (etkin kılacak) stratejileri açıklarım.					
31	Bakım sürecinin aktif ortağı olarak hasta veya hasta yakınlarını sürece dâhil ederim.					
32	Bakım sürecine hastaların aktif katılımını artırmak için hastaların tercihlerine saygı gösteririm.					
33	Hastanın hissettiği ağrı/ıstırabın varlığını ve kapsamını değerlendiririm.					
34	Hastaların fiziksel ve duygusal rahatlık düzeylerini değerlendiririm.					
35	Hastanın ağrı, rahatsızlık veya ıstırabının giderilmesi için hasta ile hasta yakını beklentilerini dinlerim ve ilgili kişilere iletirim.					
36	Hasta bakımı için bilgilendirilmiş onam alırım.					
37	Bakım sürecinde ortaya çıkan her değişiklikte hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sunarım.					
38	Hasta bakımına ilişkin ortaya çıkan çatışmaların çözümüne ve fikir birliği sağlanmasına katılırım.					

EK 2: Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/09/2019-E.11443



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı :61923333/050.99/
Konu :15/06 Mustafa ERDOĞAN

Sayın Mustafa ERDOĞAN

İlgi : Mustafa ERDOĞAN 26/07/2019 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 11.09.2019 tarihli ve 15 sayılı toplantısında alınan "06" nolu karar örneği ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Arif BİLGİN
Etik Kurulu Başkanı

6. Mustafa ERDOĞAN'ın "İç Girişimciliğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Üzerine Etkisi" başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.
Yapılan görüşmeler sonunda Mustafa ERDOĞAN'ın "İç Girişimciliğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Üzerine Etkisi" başlıklı çalışmasının Etik açıdan **uygun** olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BELCBBOLU>

Etik Kurulu Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:
sakaryauniversitesi@hs01.kep.tr
Tel:0264 295 50 00 Faks:0264 295 50 31
E-Posta :ozelkalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Mustafa ERDOĞAN 1983 yılında Ankara’da dünyaya gelmiştir. İlk ve ortaöğretimini Ankara’da Halit Fahri Ozansoy ilköğretim okulunda tamamlamasının ardından, lise eğitimini ise Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Astsubay Hazırlama ve Sınıf Okulu Komutanlığında tamamlayarak 2001 yılında Deniz Kuvvetleri Komutanlığında göreve başlamıştır. Deniz Kuvvetleri Komutanlığının yüzer ve kara unsurlarında görevini yaptıktan sonra 2007 yılında Sağlık Komutanlığına bağlı askeri hastanelerine atanarak idari ve tıbbi tedavi birimlerinde çalışmış, ardından 2014 yılında Deniz Kuvvetleri Komutanlığı Yıldızlar Suüstü Eğitim Merkezi Komutanlığında ilk yardım eğitmenliği görevine atanmıştır. Tıbbi KBRN, İlk Yardım alanında çalışmakta olan Mustafa ERDOĞAN halen ilk yardım eğitmenliği görevine devam etmektedir. Mustafa ERDOĞAN 2013 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesinden lisans diploması mezun olmuştur. Mustafa ERDOĞAN evli ve 7 yaşında bir kız ile 3 yaşında bir erkek çocuk babasıdır.