

Makale türü: Araştırma makalesi**Article type:** Research article

Geliş tarihi 23.06.2025

Submitted date

Kabul tarihi 23.07.2026

Accepted date

Elektronik yayın tarihi 26.10.2026

Online publishing date

Atıf Bilgisi / Reference Information

Aydın, D. & Demir Ö. (2026). Sağlık Kurumlarında Adhokrasi Yönetim Modelinin Yapısal ve İşlevsel Analizi. *Journal of History School*, 84, 5101- 5135.

SAĞLIK KURUMLARINDA ADHOKRASİ YÖNETİM MODELİNİN YAPISAL VE İŞLEVSEL ANALİZİ¹

Delal AYDIN²**Özcan DEMİR³**

Öz

Bu araştırmanın amacı, sağlık kurumlarında adhokrasi yönetim modelinin yapısal ve işlevsel özelliklerini incelemek; adhokrasi kültürü ve adhokratik örgütsel yapının yenilikçilik düzeyiyle, yenilikçiliğin ise algılanan kurumsal performansla ilişkilerini kamu ve özel hastaneler bağlamında değerlendirmektir. Araştırmada açıklayıcı sıralı karma yöntem deseni kullanılmıştır. Türkiye'de dört ilde bulunan dört kamu ve dört özel olmak üzere toplam sekiz hastanede görev yapan 300 sağlık çalışanından anket yoluyla nicel veriler toplanmış, 40 katılımcıyla gerçekleştirilen görüşmeler aracılığıyla nitel veriler elde edilmiştir. Nicel veri toplama sürecinde örgüt kültürü, adhokratik yapı, yenilikçilik ve algılanan kurumsal performansa ilişkin değerlendirmelerden yararlanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, korelasyon, regresyon, düzenleyici etki analizi ve yapısal eşitlik modellemesiyle incelenmiş; nitel veriler içerik analizi yaklaşımıyla değerlendirilmiştir. Bulgular, özel hastanelerde adhokrasi kültürü ortalamasının kamu hastanelerinden daha yüksek olduğunu göstermiştir. Adhokrasi kültürü ile yenilikçilik arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Yapısal eşitlik

¹Makale yazımı yazar etki oranı: 1.yazar: %55, 2.yazar: %45. Bu araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Fırat Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'nun 13.06.2025 tarihli ve 2025/13 sayılı oturumunda alınan 46 numaralı karar (Sayı: E-50716828-100-658706) ile etik kurul izni alınmıştır.

²Dr., Fırat Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, delalaydin@hotmail.com, Orcid: 0000-0002-1135-5128

³Doç. Dr., Fırat Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü, İşletme Anabilim Dalı, odemir@firat.edu.tr, Orcid: 0000-0001-9382-6781

modelinde adhokrasi kültürü ve adhokratik örgütsel yapı yenilikçilikle; yenilikçilik ise algılanan kurumsal performansla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Kurum tipinin düzenleyici etkisi de istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlar, sağlık kurumlarında örgütsel esneklik ve yenilikçilik arasındaki ilişkilerin kurumsal bağlamla birlikte değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Kesitsel araştırma tasarımı nedeniyle elde edilen ilişkiler nedensel etkiler olarak yorumlanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Adhokrasi Kültürü, Adhokratik Örgütsel Yapı, Sağlık Yönetimi, Yenilikçilik, Algılanan Kurumsal Performans.

Structural and Functional Analysis of the Adhocracy Management Model in Healthcare Institutions

Abstract

This study aims to examine the structural and functional characteristics of the adhocracy management model in healthcare institutions and to investigate the relationships of adhocracy culture and adhocratic organizational structure with innovativeness, as well as the relationship between innovativeness and perceived organizational performance in public and private hospitals. An explanatory sequential mixed-methods design was employed. Quantitative data were collected through questionnaires administered to 300 healthcare employees working in eight hospitals, comprising four public and four private institutions across four provinces in Türkiye. Qualitative data were obtained through interviews with 40 participants. The quantitative measures addressed organizational culture, adhocratic organizational structure, innovativeness, and perceived organizational performance. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation analysis, regression analysis, moderation analysis, and structural equation modeling, while qualitative data were examined through content analysis. The findings indicated that the mean adhocracy culture score was higher in private hospitals than in public hospitals. A positive and statistically significant correlation was identified between adhocracy culture and innovativeness. Structural equation modeling revealed positive associations between adhocracy culture and innovativeness, adhocratic organizational structure and innovativeness, and innovativeness and perceived organizational performance. The moderating effect of hospital ownership type was also statistically significant. These findings highlight the importance of considering organizational context when examining relationships between managerial flexibility and innovativeness in healthcare institutions. Given the cross-sectional research design, the observed associations should not be interpreted as evidence of causality.

Keywords: Adhocracy Culture, Adhocratic Organizational Structure, Healthcare Management, Innovativeness, Perceived Organizational Performance.

GİRİŞ

Sağlık sektörü, teknolojik gelişmeler, hizmet sunum süreçlerindeki dönüşüm ve hasta beklentilerindeki değişim doğrultusunda örgütsel uyum kapasitesinin önem kazandığı dinamik bir alanı temsil etmektedir. Bu koşullar, geleneksel hiyerarşik yönetim yapılarının yanında esneklik, iş birliği ve yenilikçilik odaklı örgütlenme biçimlerinin değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda adhokrasi kavramının kuramsal temelleri, Bennis ve Slater'ın (1968) *The Temporary Society* adlı eserinde ele alınan geçici örgütsel yapılar, değişen çevresel koşullara uyum ve bürokratik örgütlenmenin sınırlarına ilişkin değerlendirmelere dayanmaktadır. Toffler (1970), *Future Shock* adlı eserinde hızlanan toplumsal ve teknolojik değişim karşısında kalıcı ve katı örgüt yapılarının yerine daha geçici, uyarlanabilir ve görev odaklı örgütlenme biçimlerinin önem kazanacağını tartışarak adhokrasi yaklaşımının yaygınlaşmasına katkıda bulunmuştur. Kavramın örgüt kuramı içerisinde sistematik biçimde ele alınması ise Mintzberg'in (1979) *The Structuring of Organizations* adlı çalışmasıyla gerçekleşmiştir. Mintzberg, adhokrasiyi beş temel örgütsel yapıdan biri olarak tanımlamış; bu yapılanmanın düşük biçimselleşme düzeyi, uzmanlıklar arası iş birliği, karşılıklı uyum yoluyla koordinasyon ve seçici yetki dağılımı gibi özelliklerle karmaşık ve değişken çevresel koşullara yanıt verebildiğini açıklamıştır. Bu kuramsal çerçevede adhokrasi, özellikle farklı uzmanlık alanlarının ortak problem çözmesini gerektiren örgütsel süreçlerde esnekliği ve yenilikçi uygulamaları destekleme potansiyeli taşıyan bir yapılanma biçimi olarak değerlendirilmektedir (Bennis ve Slater, 1968; Toffler, 1970; Mintzberg, 1979).

Sağlık kurumları, tarihsel olarak bürokratik ve hiyerarşik yapılar çerçevesinde örgütlenmiş kurumlardır (Mintzberg, 1979; Ferlie ve Shortell, 2001). Özellikle kamu hastaneleri, sıkı kurallar ve standart protokollerle şekillenen katı yönetim modelleriyle tanımlanmakta; bu yapı, belirli bir düzenin ve denetimin sürdürülebilmesini sağlarken, değişen koşullara uyum sağlama ve yenilik geliştirme kapasitesini sınırlayabilmektedir (Saltman vd., 2011). Öte yandan, rekabetin belirleyici olduğu özel sağlık sektörü, müşteri memnuniyeti, hizmet çeşitliliği ve operasyonel verimlilik gibi faktörler doğrultusunda daha esnek ve çevik yönetim modellerinin uygulanmasına uygun bir zemin sunmaktadır (Drucker, 2012; McKee ve Healy, 2002). Bu bağlamda adhokrasi yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin doğasında yer alan karmaşık ve ivedi müdahale gerektiren sorunlar karşısında esnek örgütlenme biçimlerine ve hızlı karar alma mekanizmalarına olanak tanınması nedeniyle önemli bir alternatif olarak değerlendirilmektedir. Nitekim Stanberry (2017), her sağlık bürokrasisinin karşısında, benzer görevleri daha bütüncül bir perspektifle ele alan bir sağlık

adhokrasisinin bulunduğunu ileri sürmektedir. Geleneksel profesyonel bürokrasiler hastaları belirli klinik disiplinlerin sınırları içinde tutma eğilimindeyken, sağlık adhokrasisi yenilikçi ve entegre hizmet sunumunu olanaklı kılmak amacıyla farklı uzmanlık alanlarından gelen sağlık profesyonellerini karşılıklı bağımlılık temelinde bir araya getiren disiplinler arası ekipleri öne çıkarmaktadır. Bu yönüyle adhokrasi, hasta bakımında iş birliğini güçlendirmekte, yaratıcı çözümlerin ortaya çıkmasını kolaylaştırmakta ve bütüncül hizmet sunumunu desteklemektedir (Yukl ve Gardner, 2020).

Bu çalışma, Türkiye'deki kamu ve özel hastanelerde adhokrasi entegrasyonunun karşılaştırmalı analizini yaparak literatüre özgün bir katkı sunmayı amaçlamaktadır. Özellikle yönetim yapısı karak alma süreçleri ve yenilikçilik boyutlarında adhokrasinin rolünü değerlendirmektedir.

Kavramsal Çerçeve

Adhokrasi terimi fütürist Alvin Toffler (1970) tarafından bilim dünyasına tanıtılmış ve adhokrasinin bürokrasiden üstün bir sistem olduğu ve sonunda hem sosyal hem de fen bilimlerinde hak ettiği yeri alacağını savunan Waterman ve Mintzberg gibi bilim insanları tarafından geliştirilmiştir (Travica, 1999). Waterman (1990), adhokrasiyi “fırsatları yakalamak, sorunları çözmek ve sonuç almak için normal bürokratik çizgileri aşan herhangi bir örgütlenme biçimi” olarak tanımlamıştır.

Adhokrasi kavramı temel olarak esneklik, uyum sağlama ve informal (resmî olmayan) yapı unsurlarıyla tanımlanmaktadır (Oxford Reference, 2016). Biçimsel hiyerarşinin en aza indiği bu organizasyon tipinde, görevler ve roller katı biçimde tanımlanmak yerine duruma göre şekillenmektedir (Nambiyar, 2023).

Adhokratik örgütlenmede yapı, belirli bir sorunun çözümü ya da bir fırsatın değerlendirilmesi amacıyla gerektiğinde yeniden biçimlendirilebilen uzman ekipler etrafında kurulmaktadır. Bu yapılarda formel kural ve prosedürler asgari düzeyde tutulmakta; karar alma ve koordinasyon işlevleri geçici proje grupları üzerinden yürütülmektedir (Mintzberg, 1979). Bu nitelikleriyle adhokrasi, kural ve hiyerarşiye dayanan bürokratik modelin büyük ölçüde karşıtı bir örgütlenme biçimini temsil etmekte; yaratıcılığı ve esnekliği örgütsel işleyişin temeline yerleştirmektedir.

Bir adhokratik örgütte, yönetim yapısı son derece yatay ve esnektir. Klasik piramit yapı yerine, uzmanların etrafında şekillenen geçici takımlar ve matris örgütlenmeler görülür. Hiyerarşik kademeler yerine proje veya görev odaklı birimler ön plandadır. Henry Mintzberg'e göre adhokratik örgütler, organik

ve yüksek düzeyde organik bir yapıya sahiptir ve bu sayede değişken çevre koşullarına hızlı uyum göstermektedir (Khurosani, 2013). Karar alma süreçleri de bu yapıya uygun olarak merkezî kontrol yerine dağıtılmış bir yetkiyle yürütülür. Adhokrasinin amacı genellikle diğer örgüt tiplerinin çözmede başarısız olduğu özel ve acil problemleri ele almak olduğundan, karar yetkisi büyük ölçüde alanında uzman profesyonellere bırakılır.

Genç (2007) ve Ertürk (2013) göre adhokrasilerde karar otoritesi, eğitimli teknik uzmanlara daha fazla tevdi edilir; bu uzmanlar önemli sorun çözücü olarak görülür ve geleneksel unvan veya statülere göre değil, sorunu çözme becerilerine göre hareket edilmektedir. Bir başka ifadeyle, adhokraside kararlar, hiyerarşik mevkiye bakılmaksızın kimin sorunu en iyi çözebileceğine göre alınmaktadır. Bu durum karar alma mekanizmasını hızlandırmakta ve sorunlar ortaya çıktığında en yetkin kişilerce anında müdahale edilmesini sağlamaktadır. Ayrıca birimler ve ekipler akışkan olup ihtiyaçlara göre sürekli değişebilir; örgüt içindeki alt birimlerin yapısı sabit değildir, bu da yenilik ve uyum kabiliyetini artırabilir (Mintzberg, 1979).

Adhokrasinin en ayırt edici yönlerinden biri yenilikçilik boyutudur. Adhokratik kültür ve yapılarda yaratıcı düşünme ile deneme-yanılma süreçleri teşvik edilmekte; standart prosedürlere katı biçimde bağlı kalmak yerine sonuç odaklı ve fırsatları değerlendirmeye yönelik bir yaklaşım egemen olmaktadır. Waterman (1993), adhokrasiyi geleneksel bürokratik yapıların oluşturduğu sınırları aşarak ortaya çıkan fırsatların değerlendirilmesine, örgütsel sorunların çözülmesine ve belirlenen hedeflere ulaşılmasına olanak sağlayan esnek bir örgütlenme yaklaşımı olarak ele almaktadır. Bu yaklaşım, adhokratik yapıların statükoyu sorgulayarak mevcut uygulamaları iyileştirme arayışında olduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim adhokratik bir kültürde yöneticiler, çalışanların yeni fikirler üretmesini destekleyecek biçimde hareket etmektedir. Böylece inovasyon, adhokrasinin temel bir çıktısı hâline gelmektedir. Adhokrasinin başarıyla uygulandığı kuruluşlar, problem çözme ve inovasyonda yüksek düzeyde etkinlik göstererek değişken ortamlarda üstün performans sergileyebilmektedir (Konieczny, 2010).

Sağlık sektörü gibi hızlı değişimin ve kompleks sorunların görüldüğü bir alanda, adhokratik yaklaşımın sağlayacağı yaratıcılık ve hız, hizmet kalitesini ve hasta bakım sonuçlarını iyileştirmede belirli rollere sahip olabilir. Her ne kadar adhokrasi, esneklik ve informal yapılara vurgu yaparak bürokrasiye karşıt bir model gibi görünse de Mintzberg (1979), adhokrasiyi bürokratik unsurlarla birlikte işleyebilecek melez bir yapı olarak da tanımlar. Özellikle profesyonel bürokrasilerin içinde sınırlı adhokratik adacıklar oluşturulması mümkündür. Bu

nedenle, çalışmada tamamen zıtlık değil, bu iki yapı arasında bir denge ve geçiş alanı önerilmektedir.

Tablo 1
Bürokrasi ve Adhokrasi yapılarının karşılaştırılması

Karşılaştırma Boyutu	Bürokrasi	Adhokrasi
Yapı	Katı, hiyerarşik	Esnek, yatay
Yetki Dağılımı	Merkezileşmiş, yukarıdan aşağıya	Dağınık, ekip temelli
Görev Tanımları	Sabit, açıkça belirlenmiş	Esnek, duruma göre değişen
İletişim	Resmî, kurallara dayalı	İnformal, doğrudan ve açık
Karar Alma Süreci	Yavaş, çok kademeli	Hızlı, eş zamanlı ve ekip odaklı
Yenilik ve Değişim	Dirençli, değişime kapalı	Yenilikçi, değişime açık
Motivasyon	Güvenlik, statü, iş tanımı	Yaratıcılık, öğrenme, problem çözme
Kaynağı		
Örnek Kurumlar	Geleneksel kamu hastaneleri	Ar-Ge merkezleri, proje bazlı sağlık ekipleri

Kaynak: Yazar tarafından Mintzberg (1979); Toffler (1970); Saltman vd., (2011) derlemeleri incelenerek oluşturulmuştur.

Adhokrasi kavramsal olarak bürokrasinin karşıtı bir örgüt yapısını temsil eder ve yönetim yapısında yataylık ve esneklik, karar almada dağıtılmış uzman yetkisi ve hız, yenilikçilikte ise deneysel yaklaşım ve yaratıcılık gibi unsurlarla karakterize edilir. Sağlık kurumlarında adhokrasi entegrasyonu, bu kavramsal çerçeve ışığında, mevcut bürokratik engelleri azaltarak daha etkin ve inovatif bir sağlık hizmeti sunumunu mümkün kılma potansiyeline sahiptir.

Literatür Taraması

Literatürde adhokrasi ve sağlık kurumları ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar, genellikle örgüt kültürü, yönetim yapıları ve yenilikçilik ekseninde yoğunlaşmaktadır.

Hem uluslararası kaynaklar hem de Türkiye’deki araştırmalar, sağlık sektöründe adhokratik unsurların varlığını ve etkilerini farklı boyutlarıyla ele almıştır. Cameron ve Quinn’in (2011) dört farklı kültürel yapı ile kurumlardaki kültürel yapıyı açıklamaktadır. Bu 4 farklı kültür; insan ilişkileri ve gelişimi (klan) kültürü, bürokrasi (hiyerarşi) kültürü, piyasa (pazar) kültürü ve dış çevreye uyum (adhokrasi) kültürüdür.

Dünya genelindeki çalışmalar: Cameron ve Quinn’in (2011) örgüt kültürü sınıflandırmasına (Rekabetçi Değerler Modeli) göre sağlık kurumlarında baskın kültür tiplerinin belirlenmesi sıkça araştırılmıştır. Örneğin, Yunanistan’daki

kamu hastanelerinde yapılan kapsamlı bir araştırma, mevcut örgüt kültürünün ağırlıklı olarak bürokratik (hiyerarşik) kültür olduğunu ortaya koymuştur (katılımcıların %47,75'i bürokrasi modelini baskın görmüştür). Aynı çalışmada adhokrasi (girişimci) kültürünün mevcut durumda oldukça düşük bir orana sahip olduğu (%10 civarında) görülmüş, ancak hastane yöneticilerinin önümüzdeki 5 yılda görmek istedikleri ideal kültür dağılımında adhokrasi oranının %22,5'e yükseldiği tespit edilmiştir (Goula, 2020). Bu bulgular, kamu hastanelerinde mevcut durumda esneklik ve yaratıcılık odaklı bir kültürün zayıf olduğunu, ancak yöneticilerin gelecekte bürokratik katılıktan uzaklaşıp daha yaratıcı ve dinamik bir kültüre geçme isteği taşıdıklarını göstermektedir. Dolayısıyla, dünya genelinde kamu sağlık kurumlarında adhokrasi entegrasyonu henüz sınırlı düzeyde olsa da değişen çevresel koşullar ve iyileştirme baskıları bu yönde bir eğilim yaratmaktadır.

Benzer şekilde, İtalya'da biri kamu biri özel iki hastanede yürütülen bir araştırma, hastanelerde örgüt kültürü ile yeni bilgi sistemlerinin başarısı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sonuçlar, esneklik değerlerini vurgulayan kültür tiplerinin (klan ve adhokrasi kültürleri) hastanelerde dijital sistemlerin benimsenmesinde ve bireysel düzeyde kullanım başarısında pozitif etkisi olduğunu göstermiştir (Lepore vd., 2018). Bulgular, bu etkinin hastanenin mülkiyet yapısına göre farklılaştığı belirtilmiştir: Kamu hastanesinde klan kültürü (takım ruhu ve içsel uyum) bilgi sistemi başarısını daha çok desteklerken, özel hastanede adhokrasi kültürü (yenilik ve uyum odaklı) başarının daha güçlü bir belirleyicisi olmuştur. Bu bulgu, özel sağlık kurumlarının dış çevreye açık, yenilikçi uygulamalara daha yatkın olduğunu, kamu kurumlarında ise içsel dayanışma ve katılımın öneminin vurgulandığını göstermektedir. Genel olarak, esnek ve yaratıcı kültürel yönelimlerin (adhokrasi ve klan) her iki tür kurumda da değişim ve teknolojik yeniliklerin başarısında önemli rol oynadığı anlaşılmaktadır.

Sağlık alanında adhokrasi unsurlarının inovasyonla ilişkisi de literatürde vurgulanmaktadır. Literatürde hiyerarşik sağlık bürokrasilerinin yenilik yapma kapasitesinin sınırlı kaldığı, buna karşın daha adhokratik yapıdaki birimlerin (örneğin hastane bünyesindeki proje ekipleri veya inovasyon birimleri) dış çevreye daha geniş bir bakış açısıyla yaklaşım entegre bakım modelleri geliştirebildiği ifade edilmektedir (Stanberry, 2017). Nitekim, adhokrasi kültürünün hâkim olduğu ortamlarda çalışanların yenilik önerilerinde bulunma ve uygulama eğilimlerinin daha yüksek olduğu, yöneticilerin de bu önerilere kaynak ayırma ve destek olma olasılığının arttığı çeşitli vakalarda gözlenmiştir.

Sağlık kurumlarında örgüt kültürünün farklı boyutları bir arada bulunabilmekte ve bu boyutların örgütsel süreçlerdeki ağırlığı değişebilmektedir. D'Silva vd.

(2024), Hindistan'da üçüncü basamak bir hastanenin acil servisinde görev yapan 82 sağlık çalışanının örgüt kültürü algılarını inceledikleri araştırmada, katılımcıların %73,17'sinin klan kültürünü, %7,31'inin adhokrasi kültürünü, %8,54'ünün pazar kültürünü ve %10,98'inin hiyerarşi kültürünü baskın kültür olarak değerlendirdiğini belirlemiştir. Bu bulgular, araştırmanın gerçekleştirildiği hastane biriminde klan kültürünün belirgin biçimde öne çıktığını, adhokrasi kültürünün ise daha sınırlı düzeyde temsil edildiğini göstermektedir. Dolayısıyla söz konusu çalışma, adhokrasi kültürünün yenilikçi davranışlar, Ar-Ge faaliyetleri veya çalışanların gelişimi üzerindeki etkilerine ilişkin doğrudan kanıt sunmamakta; sağlık kurumlarında farklı örgüt kültürü türlerinin dağılımını ortaya koyan ampirik bir örnek niteliği taşımaktadır.

Ülkemizde sağlık kurumlarında adhokrasiye dair doğrudan kapsamlı araştırmalar sınırlı olmakla birlikte, dolaylı olarak konuyu ele alan bazı çalışmalar mevcuttur. Özellikle örgüt kültürü tipleri ve bunların çeşitli çıktılarla ilişkisini inceleyen araştırmalarda adhokrasi kavramı yer bulmaktadır. Özmen ve vd., (2020) tarafından Ankara'daki bir özel hastanede gerçekleştirilen bir çalışmada, sağlık çalışanlarının algıladığı örgüt kültürü ile etik liderlik arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu araştırmada kullanılan örgüt kültürü ölçeği kapsamında adhokrasi kültür boyutu da değerlendirilmiştir. Adhokrasi kültürü (Cameron ve Quinn, 2011) örgütlerin değer sistemleri ve normlarını yansıtırken, adhokratik yapı ise organizasyonun yapısal işleyiş biçimini tanımlar. Bu ayrım önemlidir; çünkü hiyerarşik yapıya sahip bir kurumda bile adhokratik kültür unsurları (örneğin yaratıcılığı destekleme, risk alma cesareti) gözlemlenebilir. Sonuçlara göre katılımcılar arasında adhokrasi kültürü algısı orta düzeydedir ve etik liderlik algısıyla pozitif yönde orta kuvvette korelasyon göstermektedir (Özmen vd., 2020). Hiyerarşi kültürü ile etik liderlik arasındaki ilişki ise zayıf bulunmuştur. Bu bulgu, daha yenilikçi ve girişimci bir kültür algısının, çalışanların yöneticilerini etik açıdan olumlu değerlendirmesiyle paralel gittiğini, dolayısıyla adhokrasi unsurlarının varlığının olumlu örgütsel davranışlarla ilişkilendirilebileceğini göstermektedir. Ayrıca, aynı çalışmada etik liderlik olgusunun en çok açıkladığı kültür boyutunun %30,8 ile adhokrasi kültürü olduğu rapor edilmiştir. Bu da yönetimde açıklık, çalışanları güçlendirme ve yenilikçiliğe değer verme gibi etik liderlik unsurlarının adhokratik kültürü güçlendirdiğine işaret etmektedir.

Türkiye'de kamu ve özel hastanelerin örgüt yapıları karşılaştırıldığında, genel kanı kamu hastanelerinin katı kural ve prosedürlerle yönetilen hiyerarşik bürokratik yapılara sahip olduğu, özel hastanelerin ise rekabet baskısı ve hasta memnuniyeti odaklı olmaları nedeniyle daha piyasa odaklı ancak aynı zamanda yenilik arayışlarına açık yapılar olduğudur. Literatürde, özel hastanelerde kalite

ve verimlilik adına yapılan yeniliklerin (örneğin dijital sağlık kayıt sistemleri, tele sağlık uygulamaları gibi) kamuya kıyasla daha hızlı benimsendiği ifade edilmektedir. Bu durum, önceki paragrafta değinilen İtalya çalışmasının bulgularıyla da uyumludur; özel hastaneler adhokratik kültürün avantajlarını daha çabuk içselleştirebilirken, kamu hastaneleri geleneksel yapıları nedeniyle değişime daha temkinli yaklaşmaktadır (Lepore vd., 2018). Bununla birlikte, Türkiye’de son yıllarda sağlıkta dönüşüm programları çerçevesinde kamu hastanelerinde de esneklik ve girişimciliği artırmaya yönelik adımlar atıldığı gözlenmektedir. Özellikle büyük şehir hastanelerinde daha matriks organizasyon yapıları, multidisipliner konseyler ve proje ekipleri gibi uygulamalarla, klasik dikey birbirinden kopuk olan etkiyi azaltma ve farklı birimler arası işbirliğini artırma çabaları görülmektedir. Bu tür uygulamalar, adhokrasinin kısmi uyumu olarak değerlendirilebilir.

Sağlık sektöründe adhokrasinin tamamen yerleşmiş bir model olmaktan ziyade, mevcut bürokratik düzeni tamamlayan veya dönüştürmeye çalışan bir unsur olarak karşımıza çıktığını göstermektedir. Uluslararası çalışmalar, adhokrasi odaklı kültür ve yapıların inovasyon, teknoloji adaptasyonu ve çalışan memnuniyeti gibi alanlarda olumlu etkilerini vurgularken; Türkiye bağlamındaki çalışmalar da benzer şekilde adhokratik unsurların etik liderlik, örgütsel verimlilik ve değişime açıklıkla ilişkili pozitif çıktılar doğurabileceğine işaret etmektedir. Ancak, her iki bağlamda da en büyük zorluk, köklü bürokratik alışkanlıklar ile adhokratik esneklik arasındaki gerilimin nasıl yönetileceğidir. Bu nedenle, sonraki bölümlerde bu konuyu derinlemesine incelemek üzere tasarlanan araştırmanın yöntemi, bulguları ve bu bulguların tartışılması sunulacaktır.

YÖNTEM

Araştırma Tasarımı

Bu çalışmada, sağlık kurumlarında adhokrasi entegrasyonunun çok boyutlu olarak incelenmesi amacıyla karma yöntem araştırma deseni tercih edilmiştir. Bu doğrultuda açıklayıcı sıralı karma desen (explanatory sequential design) benimsenmiş; ilk aşamasında nicel veriler aracılığıyla geniş örneklemden genel eğilimler ortaya konmuş; ikinci aşamasında ise nitel verilerden hareketle söz konusu bulguların ardındaki bağlam ve mekanizmalar ayrıntılı biçimde ele alınmıştır (Creswell ve Plano Clark, 2017).

Evren ve Örneklem

Araştırmada amaçlı (purposive) ve tabakalı (stratified) örnekleme yöntemleri birlikte kullanılmıştır. Bu karma yöntem tercihi, çalışma kapsamının özgüllüğü, kurumsal çeşitliliğin (maksimum çeşitlilik ilkesi) temsili ve alt grupların homojen bir şekilde incelenebilmesi açısından gerekli görülmüştür. Türkiye’deki kamu ve özel hastanelerin yönetsel yapı, büyüklük ve coğrafi dağılım bakımından sergilediği belirgin çeşitlilik göz önünde bulundurularak; mülkiyet türü, hizmet düzeyi, bölge ve kurum ölçeği temel ölçütler olarak belirlenmiştir (Patton, 2015).

Bu çerçevede, Türkiye'nin farklı sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerini temsil eden dört farklı il çalışmaya dahil edilmiştir. İllerin seçiminde, sağlık hizmeti yoğunluğu, merkez-çevre dengesi ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan bölgeleri yansıtmaya kapasitesi (bölgesel sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri) temel gerekçe olarak alınmıştır. Seçilen 4 ilde, araştırmanın kapsamına uygun kurumsal özellikleri taşıyan toplam 8 hastane amaçlı olarak belirlenmiştir. Bu kurumların detaylı özellikleri ve dağılımı şu şekildedir:

- **Kamu Hastaneleri (4 Adet):** İki büyükşehirlerde yer alan ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan üniversite hastanesi; diğer ikisi ise orta ölçekli şehirlerde yer alan ikinci basamak devlet hastanesidir.
- **Özel Hastaneler (4 Adet):** İki ulusal düzeyde faaliyet gösteren, yatak kapasitesi yüksek büyük ölçekli özel hastane grubu; diğer ikisi ise yerel düzeyde butik hizmet sunan orta ölçekli özel hastanelerdir.

Seçilen hastaneler içinde, kurum içi hiyerarşik yapıların ve meslek gruplarının adil temsili için tabakalı örnekleme yöntemi işletilmiştir. Tabakalama sürecinde, her kurumun insan kaynakları listeleri temel alınarak; üst düzey yönetici (başhekim, müdür), orta düzey yönetici (klinik şefi, bölüm sorumlusu) ve ön saf çalışanları (doktor, hemşire vb.) şeklinde üç temel tabaka oluşturulmuş ve her tabakadan tesadüfi yöntemlerle katılımcılar belirlenmiştir.

Araştırmanın nicel aşamasına, dört kamu ve dört özel hastanede görev yapan toplam 300 sağlık çalışanı dâhil edilmiştir. Katılımcıların 150'si (%50) kamu hastanelerinde, 150'si (%50) özel hastanelerde görev yapmaktadır. Görev kademelerine göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların 36'sının (%12) üst düzey yönetici, 88'inin (%29,3) orta düzey yönetici ve 176'sının (%58,7) ön saf çalışanı olduğu belirlenmiştir. Böylece örneklemede farklı yönetsel kademelerin temsil edilmesi sağlanmıştır. Hastane bazındaki kesin katılımcı dağılımı, kurum kimliklerinin gizliliği gözetilerek anonim kodlar üzerinden değerlendirilmiştir.

Nicel verilerin analizinde, katılımcıların sekiz farklı hastanede kümelenmiş olması nedeniyle gözlemlerin aynı kurum içerisinde birbirinden tamamen bağımsız olmayabileceği dikkate alınmıştır. Bu durum, özellikle örgüt kültürü,

yönetimsel uygulamalar ve yenilikçilik algısı gibi kurumsal özelliklerden etkilenebilecek değişkenlerin değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler SPSS 28.0, JASP ve SmartPLS 4.0 yazılımları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Kurum içi kümelenmenin istatistiksel çıkarımlar üzerindeki olası etkisi, analizlerin yorumlanmasında yöntemsel bir husus olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın nicel örnekleme 300 geçerli anketten oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğünün değerlendirilmesinde Cohen'in (1988) istatistiksel güç yaklaşımı ile regresyon ve yapısal eşitlik modellemesine ilişkin yöntemsel ilkeler dikkate alınmıştır. Bununla birlikte, örneklem büyüklüğünün yeterliliği yalnızca toplam katılımcı sayısı üzerinden değil, araştırma modelinin karmaşıklığı, tahmin edilen parametreler, etki büyüklükleri ve kullanılan analiz yöntemlerinin özellikleri çerçevesinde değerlendirilmelidir.

Araştırmanın açıklayıcı sıralı karma yöntem deseninin nitel aşamasında, nicel araştırmaya katılanlar arasından amaçlı örnekleme yöntemiyle belirlenen toplam 40 kişiyle yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin 28'i yüz yüze, 12'si çevrimiçi ortamda yürütülmüştür. Nitel katılımcıların belirlenmesinde farklı kurum türlerinin ve görev kademelerinin temsil edilmesine dikkat edilmiştir. Görüşmelerden elde edilen veriler içerik analizi yaklaşımıyla incelenmiş; tekrar eden ifadeler, kodlar ve temalar karşılaştırılarak araştırma soruları çerçevesinde değerlendirilmiştir. Veri doygunluğunun değerlendirilmesinde, yalnızca gerçekleştirilen görüşme sayısı değil, elde edilen bilgilerin çeşitliliği ve yeni temaların ortaya çıkma durumu da dikkate alınmıştır (Guest vd., 2020).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada kullanılan amaçlı ve tabakalı örnekleme kombinasyonu, kurumsal ve hiyerarşik çeşitliliği maksimum düzeyde yansıtmayı başarsa da, örneklemin olasılıksal (olasılıklı) yöntemlerle seçilmemiş olması nedeniyle, bulguların doğrudan Türkiye'deki tüm hastanelere ve sağlık sistemine genellenebilirliği sınırlıdır. Bu doğrultuda araştırmanın sonuçları, evrene doğrudan genelleme yapmaktan ziyade, benzer kurumsal yapılara, kamu-özel dinamiklerine ve sosyoekonomik koşullara sahip hastane bağlamları için kuramsal ve pratik çıkarımlar sunacak şekilde sınırlandırılmıştır. İleride daha geniş coğrafi kapsama sahip araştırmalar bu konuda derinleştirici veri sağlayacaktır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada sağlık çalışanlarının örgüt kültürü, adhokratik yapılanma, yenilikçilik ve algılanan kurumsal performansla ilişkin değerlendirmelerini

belirlemek amacıyla yapılandırılmış bir anket formundan yararlanılmıştır. Anket kapsamında örgüt kültürü, adhokratik örgütsel yapı, yenilikçilik ve araştırmacı tarafından oluşturulan kurumsal göstergeler kavramsal ve operasyonel olarak birbirinden tamamen ayrılmıştır.

Örgüt Kültürü Değerlendirme Aracı (OCAI): Örgüt kültürünün değerlendirilmesinde Cameron ve Quinn (2011) tarafından tanımlanan Rekabetçi Değerler Çerçevesi'ne dayalı Örgüt Kültürü Değerlendirme Aracı (Organizational Culture Assessment Instrument-OCAI) esas alınmıştır. OCAI; klan, adhokrasi, pazar ve hiyerarşi olmak üzere dört kültür türünü değerlendirmektedir. Özgün araçta baskın örgütsel özellikler, liderlik, çalışanların yönetimi, örgütsel bağlılığı sağlayan unsurlar, stratejik öncelikler ve başarı ölçütleri olmak üzere altı içerik alanı bulunmaktadır. Her içerik alanında dört kültür türünü temsil eden ifadeler yer almakta ve katılımcılardan toplam 100 puanı bu ifadeler arasında dağıtımaları istenmektedir.

Bu araştırmada ise örgüt kültürünün değerlendirilmesinde beşli Likert tipi yanıt biçimi kullanılmıştır (1 = Kesinlikle katılmıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum). Literatürde OCAI'nin özgün ipsatif puanlama yaklaşımından farklı olarak beşli Likert biçiminde uygulandığı, parametrik analizlere uygun sürekli veri (interval data) ürettiği ve psikometrik özelliklerinin oldukça güçlü olduğunu gösteren metodolojik araştırmalar bulunmaktadır (Örn: Validation of the Organizational Culture Assessment Instrument, Heritage vd., (2014)). Araştırmada kullanılan puanlama biçimi, özgün OCAI'nin ipsatif puanlamasından farklı olduğundan, ölçüm sonuçları Likert formunun özellikleri çerçevesinde ve evrensel normlar doğrultusunda yorumlanmıştır. Ankette her kültür türü 6'şar maddeyle temsil edilmekte olup (Toplam 24 madde), dört alt boyuta ilişkin puanlar ilgili maddelerin aritmetik ortalamaları üzerinden hesaplanmıştır. Bu puanların teorik aralığı 1–5 olup daha yüksek puanlar ilgili kültürel özelliklerin kurumda daha yüksek düzeyde algılandığını ifade etmektedir.

Adhokratik Örgütsel Yapı: Araştırmada adhokrasi kültüründen kavramsal olarak ayrılan adhokratik örgütsel yapı, yönetsel esneklik, karar alma yetkisinin dağılımı ve örgütsel süreçlerin değişen koşullara uyarlanması gibi özellikler üzerinden ele alınmıştır. Bu kapsamda kullanılan yapısal esneklik ve karar alma serbestliği boyutları, örgüt kültürü puanlarından tamamen bağımsız olarak değerlendirilmiştir.

Yenilikçilik Düzeyi: Yenilikçilik düzeyinin değerlendirilmesinde teknolojik değişimlere uyum ve örgütsel işleyişte yenilikçi uygulamalar geliştirilmesine ilişkin çalışan değerlendirmeleri esas alınmıştır. Bu doğrultuda, Wang ve Wang

(2012) tarafından geliştirilen özgün inovasyon performansı ölçeği temel alınmıştır.

Kurumsal Göstergeler ve Algılanan Performans: Bu bölümde kurumun son bir yıl içinde uygulamaya koyduğu yenilikçi proje sayısı ve belirli idari kararların tamamlanma süresine ilişkin nesnel durumlara yönelik sorulara yer verilmiştir. Bu bilgiler, resmi istatistik raporlarından değil, doğrudan çalışanların öznel beyanlarına dayanılarak elde edildiğinden, resmi/kesin nesnel kurumsal performans göstergeleri olarak değil, "beyana dayalı kurumsal bilgiler" olarak tanımlanmış ve analizlerde bu sınırlılıkla ele alınmıştır.

Algılanan kurumsal performans ise çalışanların hizmet sunumu, operasyonel işleyiş ve kurumsal sonuçlara ilişkin değerlendirmeleri çerçevesinde araştırmacı tarafından hazırlanan 3 maddelik bir değerlendirme bölümüyle incelenmiştir. Bu bölüm bağımsız bir ölçek yapısı olarak kurgulanmış; tek bir toplam veya ortalama puanla temsil edilmesinin uygunluğu, yapılan güvenilirlik analizi ve tek faktörlü yapısal doğrulama sonuçlarıyla metodolojik olarak desteklenmiştir.

Demografik Bilgiler ve Kurumsal Profil: Katılımcıların pozisyonu, deneyim süresi, çalıştığı bölüm, kurumun türü (kamu/özel) gibi özellikler sorulmuştur.

Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen nicel veriler SPSS 28.0, JASP ve SmartPLS 4.0 yazılımları aracılığıyla analiz edilmiştir. İlk olarak, örneklemin demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler hesaplanmış; ardından temel değişkenlere ilişkin ortalama, standart sapma ve dağılım değerleri değerlendirilmiştir.

Güvenilirlik analizleri kapsamında, OCAI ölçeğinin alt boyutları için Cronbach's Alpha değerleri incelenmiş; adhokrasi alt boyutu için $\alpha = 0.90$, diğer alt boyutlar için $\alpha > 0.85$ olarak bulunmuş ve ölçeğin iç tutarlılığı yüksek olarak değerlendirilmiştir. Ölçek geçerliliği KMO ve Bartlett testleri ile sağlanmış, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonuçları model uyumunu desteklemiştir (RMSEA = 0.067, CFI = 0.91, $\chi^2/df = 2.3$).

Yapısal ilişkiler SmartPLS ile test edilmiş (Ringle vd., 2024); oluşturulan yapısal eşitlik modeli (SEM) kapsamında adhokrasi kültürü ve yapısının yenilikçilik düzeyi üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. Bu modelde "kurum büyüklüğü" ve "coğrafi bölge" değişkenleri kontrol edilmiştir. Ek olarak, "kurum tipi" değişkeninin (kamu/özel) düzenleyici etkisi Hayes'in (2022) PROCESS Model 1 yöntemiyle test edilmiştir.

Nitel veriler, MAXQDA ve NVivo 12 yazılımlarıyla analiz edilmiştir. Görüşme dökümleri, betimsel ve içerik analizine tabi tutulmuş; esneklik, yetki devri, örgütsel direnç ve yenilik teşviki gibi temalar altında sınıflandırılmıştır. Kodlamalar hem önceden belirlenmiş kavramsal çerçeveye hem de veriden türeyen kategorilere dayalı olarak yapılmıştır. Araştırmacılar arası kodlama uyumu %87 olarak hesaplanmıştır. Nitel ve nicel bulgular birlikte yorumlanmış, karşılıklı olarak destekleyen veya ayrışan yönler üçleme (triangülasyon) yöntemiyle analiz edilmiştir.

Verilerin Toplama Süreci

Araştırmannın veri toplama süreci, nicel ve nitel aşamaları kapsayacak şekilde Haziran 2025 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

Nicel Veri Toplama Süreci ve Eksik Yanıtların Yönetimi

Nicel anket uygulaması için, belirlenen tabaka kriterlerine uyan toplam 450 sağlık çalışanına kurumsal e-posta ve çevrimiçi form bağlantısı kanalıyla resmi araştırma daveti gönderilmiştir. Gönüllü katılım formunu onaylayarak ankete başlayan katılımcılardan toplam 318 anket geri dönüşü sağlanmıştır (Geri dönüş oranı: %70.6). Veri temizleme aşamasında, anket formlarındaki eksik veri (missing data) yapısı incelenmiştir. Boş bırakılan veya uç değer içeren maddelerin analitik saptırmalara yol açmaması adına; toplam soruların %10'undan fazlasında eksik yanıt barındıran veya düz çizgi (straight-lining/tek bir şıkkı sürekli işaretleme) eğilimi gösteren 18 anket formu veri setinden tamamen elenmiştir. Kalan yapısal eksiklikler için ise SPSS ortamında serilerin ortalaması (mean substitution) yöntemiyle düzeltme yapılmış ve nihai analizler N=300 geçerli anket üzerinden yürütülmüştür.

Nitel Veri Toplama Süreci

Nitel boyuttaki derinlemesine görüşmeler, nicel ankete katılan ve formun sonunda "Nitel görüşmeye gönüllü olarak katılmak istiyorum" seçeneğini işaretleyen katılımcılar arasından amaçlı (purposive) olarak seçilen 55 uzmana iletilmiştir. Süreç sonunda tematik doygunluk kriterleri doğrultusunda toplam N=40 katılımcı ile görüşmeler tamamlanmıştır. Görüşmeler, katılımcıların tercihinine göre hastanelerdeki kendi çalışma odalarında yüz yüze (28 görüşme) veya güvenli dijital platformlar üzerinden çevrimiçi (12 görüşme) olarak yürütülmüştür. Yarı yapılandırılmış formlar eşliğinde gerçekleştirilen görüşmelerin süresi 35 ile 55 dakika arasında değişmekte olup, ortalama görüşme süresi 42 dakika olarak kaydedilmiştir.

Veri toplama faaliyetlerine başlanmadan önce gerekli tüm yasal ve etik onaylar tamamlanmıştır. Bu araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Fırat Üniversitesi

Rektörlüğü Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'nun 2025/13 sayılı oturumunda alınan 46 numaralı karar (Sayı: E-50716828-100-658706) ile etik kurul izni alınmıştır

Araştırma Modeli

Bu araştırma, kamu ve özel sağlık kurumlarında adhokrasi yenilikçilik düzeyiyle; yenilikçiliğin ise algılanan kurumsal performansla ilişkilerini incelemek amacıyla açıklayıcı sıralı karma yöntem deseniyle yürütülmüştür (Creswell ve Plano Clark, 2017). Nicel aşamada anket verileri aracılığıyla araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler ve kurum türüne göre ortaya çıkan farklılıklar incelenmiştir. Nitel aşamada ise nicel bulguların daha kapsamlı biçimde açıklanabilmesi amacıyla 28'i yüz yüze, 12'si çevrimiçi ortamda olmak üzere toplam 40 katılımcıyla gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmelerden yararlanılmıştır. Görüşmelerden elde edilen veriler, nicel araştırma sonuçlarının örgütsel ve yönetsel bağlamda değerlendirilmesine katkı sağlamıştır.

Adhokrasi kültürü, kurumda yaratıcılık, girişimcilik, risk alma ve yeniliğe açıklığı destekleyen ortak değer ve yönelimlere karşılık gelir (Cameron ve Quinn, 2011). Adhokratik yapı ise yönetsel esneklik, uzmanlar arası koordinasyon, yetki dağılımı ve ihtiyaca göre oluşturulan geçici ekipler gibi örgütlenme ve işleyiş özelliklerini ifade eder (Mintzberg, 1979).

Araştırmada adhokrasi kültürü ve adhokratik yapı, katılımcıların anket yanıtlarından oluşturulan iki ayrı puan olarak değerlendirilmiştir. Kültür değişkeni örgütsel kültür değerlendirmelerine; yapı değişkeni yapısal esneklik ve karar alma serbestliğiyle ilgili ifadelerle dayanmaktadır. Yenilikçilik düzeyi çalışanların yenilikçi uygulamalara yönelik değerlendirmelerini; algılanan performans ise kurumsal sonuçlara ilişkin öznel değerlendirmelerini yansıtmaktadır.

Araştırma hipotezleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

H1: Adhokrasi kültürü puanı kamu ve özel hastanelerde anlamlı biçimde farklılaşmaktadır.

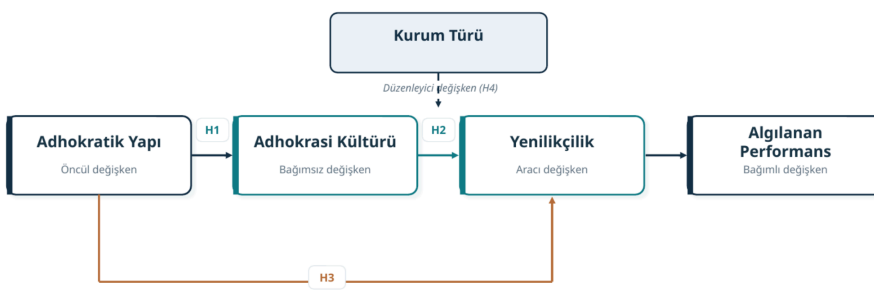
H2: Adhokrasi kültürü yenilikçilik düzeyiyle pozitif yönde ilişkilidir.

H3: Adhokratik yapı yenilikçilik düzeyiyle pozitif yönde ilişkilidir.

H4: Yenilikçilik düzeyi algılanan kurumsal performansla pozitif yönde ilişkilidir.

H5: Kurum tipi, adhokrasi puanı ile yenilikçilik düzeyi arasındaki ilişkiyi düzenlemektedir.

Araştırmanın kavramsal modeli aşağıda Şekil 1'de sunulmuştur. Bu modelde:



Şekil 1. Araştırma modeli

BULGULAR VE YORUM

Bu çalışmada kamu hastanelerindeki adhokratik uygulamaların, güvenlik ve kontrol ihtiyaçları ile nasıl dengelendiği analiz edilmiştir. Bu bağlamda “kontrollü adhokrasi bir diğer ifade ile belirli sınırlar içinde esneklik” kavramı önerilmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular, adhokrasi entegrasyonunun düzeyi ve etkileri konusunda önemli ipuçları sunmaktadır. Bulgular, nicel anket sonuçları ve nitel görüşme temaları bir arada harmanlanarak sunulmuştur.

Demografik Özellikler

Katılımcı sayıları, kurum türü dağılımı görev kademeleri, deneyim süresi gibi temel bilgilerin yer aldığı tablolar aşağıda verilmiştir.

Tablo 2

Demografik özellikler

Kurum Türü	Katılımcı Sayısı (Frekans)	Yüzde
Kamu	150	50
Özel	150	50

Kadın	180	60
Erkek	120	40
1-5 yıl	96	32
6-10 yıl	132	44
11 yıl ve üzeri	72	24
Lisans	227	75
Yüksek lisans	73	24
Üst düzey yönetici	36	12
Orta kademe	88	29,3
Ön saha çalışanı	176	58,7

Araştırmaya toplam 300 sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcıların eşit şekilde kamu %50 ve özel %50 hastanelerde görev yapmakta, katılımcıların %60'ı kadın, %40'ı erkektir. Katılımcıların görev süresi incelendiğinde, %44'ü 6–10 yıl arasında çalışmakta, %32'si 1–5 yıl arası deneyime sahiptir. Katılımcıların %75'i lisans, %24'ü ise yüksek lisans düzeyindedir.

Ölçeklere İlişkin Psikometrik Bulgular

Aşağı verilen tabloda ölçeklerin güvenilirlik değerleri verilmiştir.

Tablo 3
Ölçeklerin Cronbach's Alpha değerleri

Ölçek	Alt Boyut	Cronbach's Alpha
Adhokrasi Ölçeği	Yapısal Esneklik	0.89
	Karar Alma Serbestliği	0.91
Yenilikçilik Ölçeği	Teknolojik Adaptasyon	0.88
	İş Modeli Değişimi	0.85

Tüm alt boyutların Cronbach's Alpha değerleri >0.80 olup, ölçeklerin güvenilir olduğu saptanmıştır.

Aşağıda verilen tabloda KMO, Bartlett testi, DFA uyum indeksleri verilmiştir.

Tablo 4
Geçerlilik Testi sonuçları

Test	Sonuç
KMO	0.874
Bartlett's Test	$p < .001$
CFI	0.95
RMSEA	0.06

SRMR	0.05
------	------

Tüm ölçeklerde $\alpha > 0.80$ bulunmuş, yapı geçerliliği DFA ile doğrulanmıştır (RMSEA=0.06).

Örgüt Kültürü ve Yapısal Özellikler

Kamu ve özel hastanelerdeki kültür tiplerinin ortalama skorları aşağıda verilen tablo ve şekilde kamu/özel hastanelerde kültür tiplerinin dağılımına göre verilmiştir.

Tablo 5

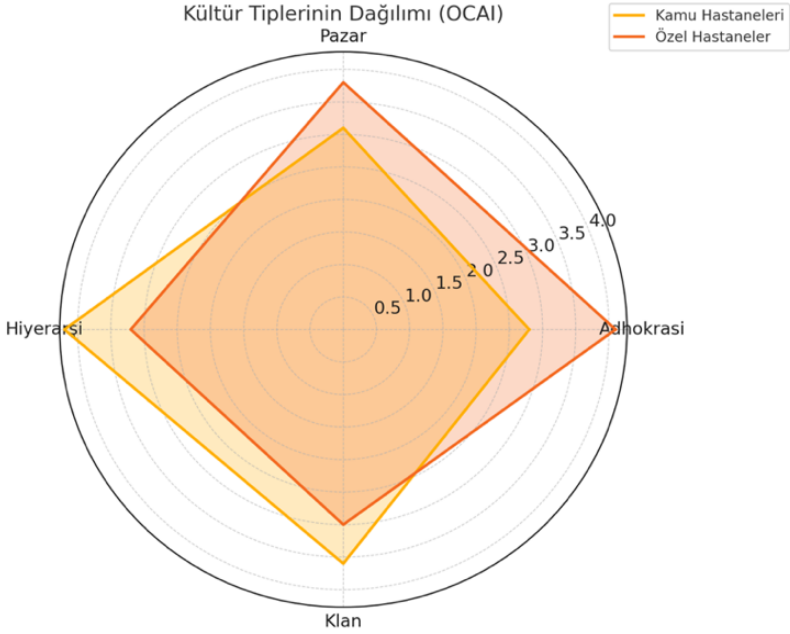
Örgüt kültürü ortalama puanları

Kültür Tipi	Kamu Hastaneleri (Ort.)	Özel Hastaneler (Ort.)
Adhokrasi	2.8	3.5
Klan	3.6	3.3
Pazar	2.5	3.4
Hiyerarşi	4.1	3.0

Özellikle hasta güvenliği hassasiyeti nedeniyle sağlık sistemleri sıklıkla “yüksek güvenilirlik organizasyonları (High-Reliability Organizations - HRO)” olarak görülmektedir. HRO yaklaşımı, hatasızlık, standartlaşma ve istikrar gerektirmektedir. Bu ise adhokrasinin özündeki esneklik ve deneysellik ile çelişebilmektedir.

Nicel analizlerde, OCAI ölçeğine göre kamu hastanelerinde en baskın kültür tipi hiyerarşi iken ($X = 4.2$), özel hastanelerde adhokrasi kültürü öne çıkmaktadır ($X = 4.1$). Radar grafikte görüldüğü üzere, kamu hastanelerinin daha durağan ve kontrol odaklı, özel hastanelerin ise yenilikçilik ve esneklik odaklı bir kültürel profile sahip olduğu görülmektedir.

Sağlık Kurumlarında Adhokrasi Yönetim Modelinin Yapısal ve İşlevsel Analizi



Şekil 2. OCAI kültür tiplerinin kurum türüne göre dağılımı

Yukarıdaki radar grafiği, OCAI (Organizasyonel Kültür Değerlendirme Aracı) boyutlarının kamu ve özel hastaneler arasında nasıl farklılık gösterdiğini net biçimde sunmaktadır; Kamu hastanelerinde hiyerarşi kültürü baskın (%4.2), adhokrasi ise oldukça düşük (%2.8). Özel hastanelerde adhokrasi kültürü görece baskın (%4.1) ve hiyerarşi kültürü daha az hissediliyor (%3.2). Bu fark, örgütsel esnekliğin kamuya kıyasla özel sektörde daha güçlü olduğunu göstermektedir.

Karar alma süreçlerine katılım oranları aşağıda verilen tabloda belirli yönetsel ifadelerin katılımcılarca onaylanma oranları şeklinde verilmiştir.

Tablo 6

Karar alma süreçlerine katılım oranları

İfade	Kamu Hastaneleri (%)	Özel Hastaneler (%)
Alt düzey çalışanlar kararlarda söz sahibi	30	55
Beklenmedik sorunlarda çapraz ekipler oluşturulur	25	50

Adhokrasi ve Yenilikçilik İlişkisi

Aşağıda verilen tablolarda adhokrasi-yenilikçilik ilişkisi ait korelasyon ve regresyon analizleri verilmiştir.

Tablo 7

Adhokrasi ile yenilikçilik arasındaki ilişki

Değişkenler	r	ß	R ²	p
Adhokrasi → Yenilikçilik	0.51	0.49	0.26	<.001

Adhokrasi, yenilikçiliği anlamlı ve pozitifdir. Model %26 açıklama gücüne sahiptir.

Adhokrasi skoru ile yenilikçilik sayısı arasındaki pozitif ve anlamlı korelasyon tablosu aşağıda verilmiştir.

Tablo 8

Adhokrasi-yenilikçilik korelasyonu

İlişki	Korelasyon (r)	Katsayısı	Anlamlılık (p)
Adhokrasi Skoru ↔ Yenilikçilik Sayısı	0.62		<0.001

Tabloya göre iki değişken arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = .62, p < .001$).

Aşağıda verilen tabloda moderatör etki analizinin kurum tiplerine (Kamu/özel) göre farkı verilmiştir.

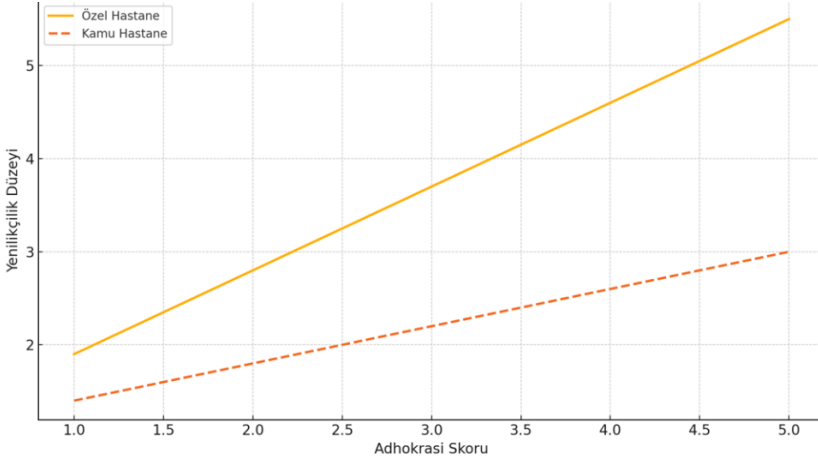
Tablo 9

Etkileşimli regresyon sonuçları (Moderatör etki analizi)

Model Bileşenleri	ß	p
Adhokrasi (X)	0.46	< .001
Kurum Tipi (W)	0.18	.042
Adhokrasi x Kurum Tipi	0.29	.014

Tabloya göre model $R^2 = 0.41$, $F(3,296) = 58.3$, $p < .001$ olarak anlamlı bulunmuştur.

Aşağıda verilmiş olan grafik, kurum tipinin (kamu/özel) adhokrasi ile yenilikçilik arasındaki ilişkiyi nasıl düzenlediğini görsel olarak ortaya koymaktadır.

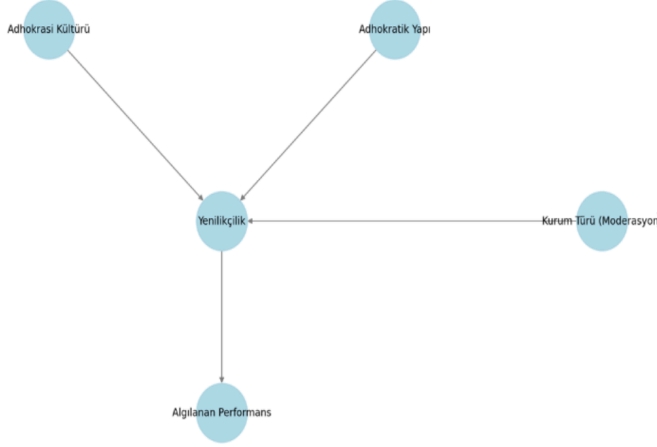


Şekil 3. Kurum tipinin düzenleyici etkisi (Adhokrasi- yenilikçilik ilişkisi)

Verilen şekle göre özel hastanelerde adhokrasi skorundaki artışa karşılık yenilikçilik düzeyinde daha dik bir artış gözlemlenmiştir. Buna karşın kamu hastanelerinde ilişki daha zayıf seyretmektedir. Bu durum, kurum tipinin adhokrasi-yenilikçilik ilişkisinde düzenleyici rol oynadığını göstermektedir. Moderatör etki analizi sonuçlarına göre, adhokrasi ile yenilikçilik arasındaki ilişkinin şiddeti kurum tipine göre farklılaşmaktadır. Bu bulgular, özel hastanelerin daha esnek yönetim yapılarına sahip olmasının, adhokrasiye dayalı yenilikçiliği desteklediğini göstermektedir.

Aşağıda verilen şekilde yapısal eşitlik modeli (SEM) verilmiştir. Yapısal eşitlik modelinde Adhokrasi → Yenilikçilik → Performans ilişkisi sunulmuştur. SEM analizinde oluşturulan modelin genel uyum indeksleri tatmin edicidir ($\chi^2/df = 2.5$, RMSEA = 0.065, CFI = 0.91). Modelin yol katsayıları şu şekildedir:

- **Adhokrasi Kültürü → Yenilikçilik:** $\beta = 0.42$, $p < 0.001$
- **Adhokratik Yapı → Yenilikçilik:** $\beta = 0.31$, $p = 0.002$
- **Yenilikçilik → Algılanan Performans:** $\beta = 0.47$, $p < 0.001$



Şekil 4. Yapısal eşitlik modeli (SEM)(Adhokrasi-Yenilikçilik-Performans)

Bulgu sonuçlarına göre Hayes'in (2022) moderasyon analizi (PROCESS Model 1) ile yapılan ek testlerde, bu ilişkilerin kamu hastanelerinde daha zayıf, özel hastanelerde daha güçlü olduğu görülmüştür (etkileşim terimi $p < 0.05$). Adhokrasi Kültür doğrudan yenilikçi düzeyini etkilemektedir. Yenilikçi düzey, daha sonra algılanan kurumsal performans üzerinde etkili olmaktadır. Kurum Türü (Kamu/Özel) ise bu ilişkilerde düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dahil edilmiştir.

Yenilikçilik ve Performans Göstergeleri

Aşağıda verilen tabloda yıllık yenilikçilik sayısı, çalışan fikir öneri oranı ve bu fikirlerin hayata geçme oranı verilmiştir.

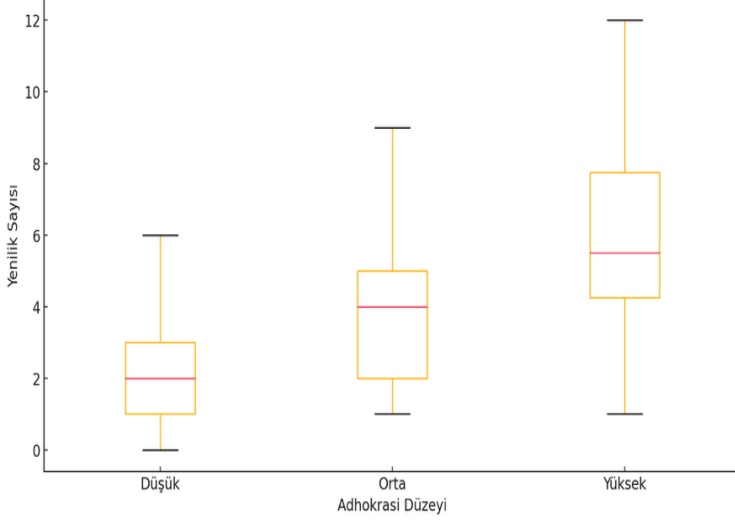
Tablo 10

Yenilikçilik ve fikir önerileri

Kurum Türü	Yıllık Ortalama Yenilikçilik Sayısı	Fikir Öneren Çalışan Oranı (%)	Fikirlerin Hayata Geçme Oranı (%)
Kamu	2.0	35	15
Özel	4.5	60	40

Tabloda verilen bulgulara göre yüksek adhokrasi puanlı kurumlarda yenilikçilik sayısı 2 kat fazladır (Ort=4.5 vs. 2.0). Fikirlerin hayata geçme oranı özelde %40, kamuda %15'tir.

Aşağıda verilen şekilde adhokrasi ve yenilikçilik ilişkisi verilmiştir.



Şekil 5. Adhokrasi düzeyine göre yenilikçilik sayısı dağılımı

Katılımcılara bildirilen yenilikçilik sayısı, adhokrasi düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kutu grafiği, yüksek adhokrasiye sahip kurumlarda yenilikçilik sayısının anlamlı biçimde arttığını göstermektedir (medyan değerler: düşük = 2, orta = 4, yüksek = 6). Bu bulgu, örgütsel esnekliğin yenilik üretimi ile pozitif ilişkili olduğunu desteklemektedir. Bu kutu grafiği, adhokrasi düzeyine göre hastanelerde bildirilen yenilikçilik sayılarının dağılımını göstermektedir. Düşük adhokrasi düzeyine sahip gruplarda yenilikçilik sayısı genellikle 1–3 arasında yoğunlaşmaktadır. Orta düzeyde adhokrasi kurumlarında yenilikçilik dağılımı 3–6 arasında. Yüksek adhokrasi kurumlarında ise yenilikçilik sayısı genellikle 5’in üzerinde ve dağılım daha geniş olduğu görülmektedir.

Nitel Bulgular: Tematik Analiz

Nitel görüşmeler sonucunda üç ana tema ve alt temalar belirlenmiştir:

Tablo 11

Tematik analiz

Tema	Alt Tema	Örnek Alıntı
Kültürel Uyum	Direnç – Aidiyet	“Bizde sistem izin vermez, alışkanlıklar kolay değişmez.”
Yapısal Esneklik	Klinik inisiyatif – Proje bazlı ekipler	“Özelde kendi alanımızda karar alabiliyoruz.”
Performans Etkisi	Hasta memnuniyeti – Operasyonel hız	“Kalite göstergelerimiz pilot uygulamalarla iyileşti.”

Bu bulgular, nicel analizleri destekler nitelikte olup adhokrasi uygulamalarının kültürel ve yapısal düzeyde heterojen etkilere yol açtığını göstermektedir. Kamu çalışanları bürokratik engelleri vurgularken, özelde esnek ekip yapıları yeniliği harekete geçirmektedir.

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın bulguları, sağlık kurumlarında adhokrasi entegrasyonunun kurum tipi, yönetim yapısı ve yenilikçilik performansı üzerindeki etkilerini çok boyutlu olarak ortaya koymuş, kamu ve özel hastaneler arasındaki yapısal ve kültürel farklılıkları net biçimde gözler önüne sermiştir. Araştırmanın bulguları, adhokratik örgütsel özelliklerin sağlık kurumlarının yenilikçilik düzeyiyle pozitif yönde ilişkili olduğunu ve bu ilişkilerin kamu ve özel hastaneler arasında farklılaşabildiğini ortaya koymaktadır. Elde edilen sonuçlar, örgüt kültürü, örgütsel yapı ve yenilikçilik ilişkilerini ele alan önceki araştırmalar çerçevesinde tartışılmıştır.

Araştırmada özel hastanelerin adhokrasi kültürü ortalamasının (3,5), kamu hastanelerinin ortalamasından (2,8) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, kamu ve özel sağlık kurumlarının kültürel yönelimlerinde farklılıklar bulunabileceğine işaret etmektedir. Goula (2020), Yunanistan'daki 26 kamu hastanesinde görev yapan 656 yöneticiyle gerçekleştirdiği araştırmada hiyerarşi kültürünü %47,75 ile baskın kültür tipi olarak belirlemiş, adhokrasi kültürünün mevcut örgütsel yapı içindeki oranını ise %10,02 olarak raporlamıştır. Aynı araştırmada yöneticilerin gelecekte görmek istedikleri adhokrasi kültürü oranı %22,49 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, kamu sağlık kurumlarında mevcut hiyerarşik kültürel özelliklerin yanında daha esnek ve yenilikçi örgüt kültürüne yönelik bir yönelim bulunabildiğini göstermektedir. Mevcut araştırmanın bulgularıyla Goula'nın (2020) sonuçları, kamu hastanelerinde hiyerarşik özelliklerin önemine işaret etmeleri bakımından benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte iki araştırmanın örneklem ve ölçüm özellikleri farklı olduğundan elde edilen değerlerin doğrudan karşılaştırılması uygun değildir.

Araştırmada adhokrasi kültürü ile yenilikçilik arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r = 0,62$; $p < 0,001$). Yapısal eşitlik modelinde de adhokrasi kültürünün yenilikçilikle ilişkisine yönelik katsayı $\beta = 0,42$ ($p < 0,001$), adhokratik örgütsel yapının yenilikçilikle ilişkisine yönelik katsayı ise $\beta = 0,31$ ($p = 0,002$) olarak raporlanmıştır. Bu sonuçlar, örgütsel yenilikçiliğin yalnızca kültürel yönelimlerle değil, örgütlenme biçimi ve yönetsel uygulamalarla da ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu bulgular, Damanpour'un (1991) örgütsel yenilikçiliğin belirleyicilerine ilişkin meta-analizle kuramsal açıdan ilişkilendirilebilir. Damanpour, örgütsel yenilikçilik ile uzmanlaşma, işlevsel farklılaşma, merkezileşme, yöneticilerin değişime yönelik tutumları, bilgi kaynakları ve örgütsel iletişim gibi faktörler arasında anlamlı ilişkiler bulunduğunu ortaya koymuştur. Söz konusu araştırma, örgütsel yenilikçiliğin tek bir yönetsel özelliğe indirgenemeyeceğini ve yapısal ve yönetsel koşullarla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Mevcut araştırmanın adhokrasi kültürü ve adhokratik yapıyı iki ayrı değişken olarak ele alması, bu çok boyutlu yaklaşım çerçevesinde değerlendirilebilir. Bununla birlikte Damanpour'un çalışması doğrudan sağlık kurumlarında adhokrasi kültürünü ölçmediğinden sonuçlar birebir ampirik doğrulama olarak yorumlanmamalıdır.

Lepore, Metallo, Schiavone ve Landriani (2018), İtalya'da bir kamu ve bir özel hastanede görev yapan 172 katılımcının verilerini inceleyerek örgüt kültürü yönelimleri ile bilgi sistemlerinin başarısı arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Çalışmada klan ve adhokrasi kültürleriyle ilişkili esneklik değerlerinin bilgi sistemlerinin bireysel düzeydeki başarı sonuçlarıyla pozitif ilişkili olduğu; klan kültürünün etkisinin kamu hastanesinde, adhokrasi kültürünün etkisinin ise özel hastanede daha güçlü olduğu belirlenmiştir. Mevcut araştırmada kurum tipinin adhokrasi ve yenilikçilik arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün anlamlı bulunması ($p = 0,014$), örgütsel kültür ile belirli sonuç değişkenleri arasındaki ilişkilerin hastanelerin mülkiyet türüne göre farklılaşabileceğini göstermesi açısından Lepore ve arkadaşlarının bulgularıyla benzerlik taşımaktadır. Bununla birlikte Lepore ve arkadaşlarının araştırmasında bağımlı değişken bilgi sistemi başarısı olduğundan bu sonuçlar genel yenilikçilik performansının doğrudan kanıtı olarak değerlendirilmemelidir.

Araştırmanın yapısal eşitlik modelinde yenilikçilik düzeyi ile algılanan kurumsal performans arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($\beta = 0,47$; $p < 0,001$). Bu bulgu, sağlık çalışanlarının kurumlarının yenilikçilik düzeyine ilişkin olumlu değerlendirmeleriyle algılanan kurumsal performansa ilişkin değerlendirmelerinin birlikte değiştiğine işaret etmektedir. Ancak algılanan performansın çalışan değerlendirmelerine dayanması, elde edilen sonucun nesnel hastane performansı veya bağımsız hasta memnuniyeti ölçümleriyle eşdeğer kabul edilmesini engellemektedir.

Sağlık kurumlarında örgütsel değişimin performansla ilişkisini değerlendiren Ferlie ve Shortell (2001), sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme girişimlerinin birey, ekip, kurum ve sağlık sistemi düzeylerinde birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamıştır. Araştırmacılar, liderlik, kültür, ekip gelişimi ve bilgi

teknolojilerinin farklı düzeylerdeki değişim süreçlerinde önem taşıdığını belirtmiştir. Mevcut araştırmada yenilikçilik ile algılanan performans arasında belirlenen ilişki, sağlık kurumlarındaki değişim süreçlerinin çok boyutlu değerlendirilmesi gerektiğine ilişkin bu kuramsal çerçeveye birlikte yorumlanabilir. Bununla birlikte Ferlie ve Shortell'in (2001) çalışması mevcut araştırmadaki yenilikçilik–algılanan performans katsayısını doğrudan doğrulayan bir ampirik araştırma olarak değerlendirilmemelidir.

Sağlık hizmetlerinin çok disiplinli yapısı dikkate alındığında örgütsel esneklik ile ekipler arası iş birliği arasındaki ilişkinin ayrıca değerlendirilmesi önemlidir. Nembhard ve Edmondson (2006), kalite iyileştirme projelerinde yer alan 23 yenidoğan yoğun bakım ünitesinden elde ettikleri verilerle lider kapsayıcılığı, mesleki statü, psikolojik güvenlik ve kalite iyileştirme çalışmalarına katılım arasındaki ilişkileri incelemiştir. Araştırmanın sonuçları, farklı mesleki konumlarda bulunan sağlık çalışanlarının iyileştirme süreçlerine katılımında liderlik davranışlarının ve psikolojik güvenliğin önemli olduğunu göstermiştir. Bu çalışma, sağlık kurumlarında çalışanların katkılarının değerlendirilmesi ve disiplinler arası etkileşimin geliştirilmesi bakımından mevcut araştırmanın yönetsel önerilerine dolaylı bir kuramsal dayanak sunmaktadır. Ancak mevcut araştırmada psikolojik güvenlik bağımsız bir değişken olarak ölçülmediğinden bu alana ilişkin doğrudan ampirik sonuç ileri sürülmemektedir.

Araştırmanın değerlendirilmesinde hasta güvenliği ve yönetsel esneklik arasındaki ayrım da önem taşımaktadır. Sağlık kurumlarında adhokratik örgütlenmeye ilişkin öneriler, klinik karar yetkilerinin denetimsiz biçimde devredilmesi veya mesleki sorumlulukların belirsizleştirilmesi anlamına gelmemelidir. Ferlie ve Shortell (2001) tarafından vurgulanan çok düzeyli değişim yaklaşımı, sağlık hizmetlerinde örgütsel iyileştirme süreçlerinin sistem düzeyindeki düzenlemelerle ve kurumsal sorumluluklarla birlikte değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu çerçevede araştırma bulgularının uygulamaya yönelik karşılığı, klinik standartları ve hasta güvenliğini korurken idari koordinasyon, birimler arası iş birliği ve yenilik geliştirme süreçlerinde uygun düzeyde yönetsel esnekliğin değerlendirilmesidir.

Araştırmanın kesitsel niteliği nedeniyle elde edilen istatistiksel ilişkiler nedensellik kanıtı olarak değerlendirilmemelidir. Ayrıca iş doyumu, örgütsel bağlılık ve motivasyon gibi değişkenlerin bağımsız ölçüm sonuçları araştırmada sunulmadığından bu değişkenlerde doğrudan iyileşme gerçekleştiği sonucuna ulaşılmamaktadır. Bulgular, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının örgütsel değerlendirmeleri ve kullanılan ölçüm araçlarının kapsamı çerçevesinde yorumlanmalıdır.

Genel olarak araştırmanın bulguları, sağlık kurumlarında adhokrasi kültürü ve adhokratik örgütsel yapının yenilikçilikle pozitif ilişkiler gösterdiğini, yenilikçiliğin algılanan kurumsal performansla bağlantılı olduğunu ve bazı ilişkilerin kamu ve özel hastane bağlamında farklılaşabildiğini ortaya koymaktadır. Araştırmanın literatüre katkısı, adhokrasi kültürü ile adhokratik yapıyı kavramsal ve analitik düzeyde ayrı ele alması ve bu özelliklerin yenilikçilikle ilişkilerini kamu ve özel sağlık kurumları bakımından birlikte değerlendirmesidir.

Bu çalışmada, sağlık kurumlarında adhokrasi kültürü ve adhokratik örgütsel yapının yenilikçilik düzeyiyle ilişkileri, yenilikçilik düzeyinin algılanan kurumsal performansla bağlantısı ve söz konusu değişkenlerin kamu ve özel hastaneler bakımından farklılaşması karma yöntem yaklaşımıyla incelenmiştir.

Araştırma bulguları, adhokrasi kültürü ve adhokratik örgütsel yapı ile yenilikçilik düzeyi arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğunu ortaya koymaktadır. Yapısal eşitlik modelinde adhokrasi kültürü ve adhokratik örgütsel yapı ile yenilikçilik arasındaki ilişkilerin anlamlı bulunması, sağlık kurumlarında yenilikçiliğin hem kültürel hem de yapısal özelliklerle birlikte değerlendirilmesinin önemine işaret etmektedir. Ayrıca yenilikçilik düzeyi ile algılanan kurumsal performans arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Bununla birlikte araştırmanın kesitsel niteliği nedeniyle söz konusu ilişkiler nedensel etkiler olarak yorumlanmamıştır.

Kamu ve özel sağlık kurumlarının karşılaştırılmasında, özel hastanelerde adhokrasi kültürüne ilişkin değerlendirmelerin kamu hastanelerine kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılık, çalışmaya katılan hastanelerin yönetsel özelliklerinin ve örgütsel koşullarının adhokratik uygulamalara ilişkin çalışan algıları bakımından farklılaşabildiğini düşündürmektedir. Ancak bu sonuç, tüm kamu veya özel sağlık kurumlarının aynı örgütsel özellikleri taşıdığı şeklinde genellenmemelidir.

Araştırmanın nitel boyutunda ele alınan yönetsel esneklik, karar alma süreçleri, yetki paylaşımı ve yenilikçi uygulamalara ilişkin katılımcı değerlendirmeleri, nicel bulguların kurumsal bağlamda yorumlanmasına katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte görüşmelerde dile getirilen değerlendirmeler, çalışanların iş doyumunu, örgütsel bağlılığı veya motivasyonunda ölçülebilir bir artış meydana geldiğinin bağımsız kanıtı olarak değerlendirilmemiştir.

Araştırmanın ortaya koyduğu ilişkiler ve sağlık kurumlarının örgütsel özellikleri doğrultusunda aşağıdaki uygulama önerileri geliştirilmiştir.

Kamu ve özel sağlık kurumlarında yöneticilerin örgütsel esneklik, yenilikçi düşünme, yetki paylaşımı ve disiplinler arası iş birliği konularındaki yetkinliklerini geliştirmeye yönelik eğitim programları değerlendirilebilir. Bu programların, kurumların mevcut yönetim yapıları ve hizmet sunum özellikleri dikkate alınarak tasarlanması önerilmektedir.

Sağlık kurumlarında çalışanların yenilikçi fikirlerini sistematik biçimde iletebilecekleri ve değerlendirebilecekleri kurumsal mekanizmalar oluşturulabilir. Farklı meslek gruplarından çalışanların katılımıyla oluşturulacak inovasyon kurulları veya proje ekipleri, hizmet süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik önerilerin değerlendirilmesini destekleyebilir. Bu yapıların görev ve yetki sınırlarının mevcut klinik standartlarla, kurumsal sorumluluklarla ve hasta güvenliği ilkeleriyle uyumlu biçimde belirlenmesi önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yüksek düzeyde uzmanlık ve güvenlik gerektiren yapısı nedeniyle klinik karar süreçlerinde mesleki yetki sınırlarının, bilimsel rehberlerin ve denetim mekanizmalarının korunması gerekmektedir. Bununla birlikte idari süreçlerde, destek hizmetlerinde ve birimler arası koordinasyonda mevzuatın izin verdiği ölçüde yetki paylaşımı ve esnek ekip yapılanmaları değerlendirilebilir. Böylece klinik güvenliğe ilişkin sorumluluklar korunurken idari işleyişte farklı örgütlenme seçeneklerinin uygulanabilirliği araştırılabilir.

Sağlık kurumlarının yönetsel değerlendirme süreçlerinde yenilikçi proje faaliyetleri, kurum içi iyileştirme çalışmaları ve hizmet süreçlerine ilişkin göstergelerden yararlanılması önerilmektedir. Bu göstergelerin çalışan algılarına dayalı ölçümlerden ayrı değerlendirilmesi, yenilikçilik faaliyetleri ile kurumsal sonuçlar arasındaki ilişkilerin daha nesnel biçimde incelenmesine katkı sağlayabilir. Kamu hastanelerinde uygulanabilecek idari esneklik düzenlemelerinin ise mevcut mevzuat ve kurumsal yetki sınırları çerçevesinde ele alınması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının önerilerini yönetime iletebilecekleri dijital geri bildirim mekanizmaları ve proje takip sistemleri geliştirilebilir. Bunun yanında yöneticilerin çalışan katılımını destekleyen, farklı meslek grupları arasında koordinasyonu güçlendiren ve yenilikçi önerilerin değerlendirilmesine olanak tanıyan liderlik uygulamalarına yönelik gelişim programları değerlendirilebilir. Bu öneriler, araştırmada liderlik tarzlarının doğrudan etkisinin test edildiği anlamına gelmemekte; elde edilen bulgular doğrultusunda geliştirilen uygulama seçeneklerini ifade etmektedir.

Gelecekte yürütülecek araştırmalarda adhokrasi kültürü ve adhokratik örgütsel yapının farklı hastane türlerinde ve daha geniş örneklemelerde incelenmesi,

mevcut bulguların karşılaştırılabilirliğini güçlendirebilir. Ayrıca yenilikçilik ile kurumsal performans arasındaki ilişkilerin boylamsal araştırma tasarımları ve nesnel performans göstergeleri aracılığıyla değerlendirilmesi, bu ilişkilerin zaman içerisindeki gelişiminin daha ayrıntılı biçimde anlaşılmasına katkı sağlayabilir.

Sonuç olarak bu araştırma, sağlık kurumlarında adhokrasi kültürü ve adhokratik örgütsel yapının yenilikçilikle, yenilikçiliğin ise algılanan kurumsal performansla anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bulgular doğrultusunda sağlık kurumlarının yönetiminde klinik güvenilirlik, kurumsal denetim ve mesleki sorumluluklar korunurken idari esneklik, çalışan katılımı ve yenilikçi uygulamaların desteklenmesine yönelik dengeli yaklaşımların değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA / REFERENCES

- Bennis, W. G. & Slater, P. E. (1968). *The temporary society*. Harper & Row.
- Cameron, K. S. & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework* (3rd ed.). Jossey-Bass.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- D'Silva, R., Balakrishnan, J. M., Bari, T., Verma, R. & Kamath, R. (2024). Unveiling the heartbeat of healing: Exploring organizational culture in a tertiary hospital's emergency medicine department and its influence on employee behavior and well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(7), 912. <https://doi.org/10.3390/ijerph21070912>
- Damanpour, F. (1991) Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *The Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590. <https://doi.org/10.5465/256406>
- Drucker, P. (2012). *Post-capitalist society*. Routledge.
- Ertürk, M. (2013). *Meslek yüksekokulları için yönetim ve organizasyon*. Beta Basım Yayın.

- Ferlie, E. B. & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00206>
- Genç, N. (2007). *Meslek Yüksekokulları İçin Yönetim ve Organizasyon*. Seçkin Yayıncılık
- Goula, A. (2020) The present and the desired organizational culture model of greek public hospitals. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies*, 8(3), 203-218. <https://doi.org/10.4236/jhrss.2020.83012>
- Guest, G., Namey, E. & Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PloS one*, 15(5), e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Heritage B, Pollock C, Roberts L (2014) Validation of the organizational culture assessment instrument. *PLoS ONE* 9(3): e92879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092879>
- Khurohani, A. (2013). Adhocracy culture support and Leader's working creativity. *International Journal of Social Science and Humanity*, 3(4), 411-415. <https://doi.org/10.7763/IJSSH.2013.V3.272>
- Konieczny, P. (2010). Adhocratic governance in the internet age: A case of Wikipedia. *Journal of Information Technology & Politics*, 7(4), 263-283. <https://doi.org/10.1080/19331681.2010.489408>
- Lepore, L., Metallo, C., Schiavone, F. & Landriani, L. (2018). Cultural orientations and information systems success in public and private hospitals: preliminary evidences from Italy. *BMC health services research*, 18(1), 554. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3349-6>
- McKee, M. & Healy, J. (Eds.). (2002). *Hospitals in a changing Europe* (3rd). Open University Press.
- Mintzberg, H. (1979). *Structuring of organizations: A synthesis of the research*. Prentice-Hall.
- Nambiyar, P. (2023). Analyzing the impact of organizational culture on performance: A study of public and private hospitals in India. *Journal of*

- Management and Administration Provision*, 3(1), 7-11.
<https://doi.org/10.55885/jmap.v3i1.225>
- Nembhard, I. M. & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941–966. <https://doi.org/10.1002/job.413>
- Oxford Reference. (2016). Adhocracy. In *a dictionary of business and management*. Oxford University Press.
<https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/oi/authority.20110803095351224>
- Özmen, S., Özer, Ö. & Özkan, O. (2020). Sağlık çalışanlarında etik liderlik ve örgüt kültürünün incelenmesi: Özel bir hastanede uygulama. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(2), 440-456. <https://doi.org/10.30798/makuiibf.692062>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods (4th ed.)*. SAGE Publications.
- Ringle, C. M., Wende, S. & Becker, J. M. (2024). *SmartPLS 4*. SmartPLS.
<https://www.smartpls.com>
- Saltman, R. B., Durán, A. & Dubois, H. F. (Eds.). (2011). *Governing public hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Stanberry, B. (2017). *Is your healthcare organisation badly designed?* LinkedIn.
<https://www.linkedin.com/pulse/your-healthcare-organisation-badly-designed-benedict-a-stanberry>
- Toffler, A. (1970). *Future shock*. Random House.
- Travica, B. (1999). *New organizational designs: Information aspects*. Ablex Publishing
- Wang, Z. & Wang, N. (2012). Knowledge sharing, innovation and firm performance. *Expert systems with applications*, 39(10), 8899-8908.
<https://doi.org/10.1016/j.eswa.2012.02.017>
- Waterman, R. H. (1990). *Adhocracy: The power to change*. Whittle Direct Books.
- Waterman, R. H., Jr. (1993). *Adhocracy: The power to change*. W. W. Norton & Company.

Yukl, G. & Gardner, W. (2020). *Leadership in Organizations* (9th ed.). Pearson Education.

EXTENDED ABSTRACT

Purpose: Healthcare institutions operate in organizational environments characterized by technological developments, changing service requirements, professional specialization, and complex administrative processes. These characteristics have increased the importance of organizational flexibility, interdisciplinary coordination, and innovation-oriented management approaches. Within this context, adhocracy represents an organizational approach emphasizing adaptability, professional expertise, decentralized coordination, and innovative problem-solving. The purpose of this study is to examine the structural and functional characteristics of the adhocracy management model in healthcare institutions and to investigate the relationships between adhocracy culture, adhocratic organizational structure, innovativeness, and perceived organizational performance. The study also evaluates differences between public and private hospitals and examines the moderating role of hospital ownership type in the relationship between adhocracy and innovativeness.

A central consideration is the distinction between adhocracy culture and adhocratic organizational structure. While adhocracy culture refers to organizational values emphasizing creativity, entrepreneurship, risk-taking, and adaptability, adhocratic organizational structure concerns managerial flexibility, the distribution of decision-making authority, and coordination across professional groups. These concepts are theoretically related but are examined as distinct organizational characteristics.

Methodology: An explanatory sequential mixed-methods research design was employed to combine quantitative findings with qualitative assessments of organizational practices. The fieldwork was conducted in June 2025 across eight hospitals located in four provinces of Türkiye, including four public and four private hospitals.

The quantitative component included 300 healthcare employees, with 150 participants from public hospitals and 150 from private hospitals. The qualitative component involved interviews with 40 participants. The research included employees occupying different professional and managerial positions, enabling the examination of organizational characteristics from multiple occupational perspectives.

Quantitative data were collected using a structured questionnaire addressing organizational culture, adhocratic organizational structure, innovativeness, and perceived organizational performance. Organizational culture was assessed through measures based on the Competing Values Framework, while structural flexibility and decision-making characteristics were evaluated separately. Additional questionnaire items addressed innovation-related practices and employees' perceptions of organizational performance.

Descriptive statistics, correlation analysis, regression analysis, moderation analysis, and structural equation modeling were used to examine the quantitative relationships. Qualitative interview data were evaluated through content analysis to provide contextual explanations of organizational practices, managerial flexibility, and innovation-related experiences.

Findings: The findings indicated differences in perceived adhocracy culture between public and private hospitals. The mean adhocracy culture score was 3.5 in private hospitals and 2.8 in public hospitals, indicating higher perceived adhocracy characteristics among employees in the participating private institutions.

A positive and statistically significant correlation was identified between adhocracy culture and innovativeness ($r = 0.62$, $p < 0.001$). Structural equation modeling also indicated positive associations between adhocracy culture and innovativeness ($\beta = 0.42$, $p < 0.001$) and between adhocratic organizational structure and innovativeness ($\beta = 0.31$, $p = 0.002$). Furthermore, innovativeness was positively associated with perceived organizational performance ($\beta = 0.47$, $p < 0.001$).

The moderation analysis indicated that hospital ownership type played a statistically significant moderating role in the examined relationship between adhocracy and innovativeness ($p = 0.014$). This finding suggests that the strength of the association may differ according to institutional context.

The qualitative component provided complementary perspectives on organizational flexibility, hierarchical procedures, decision-making practices, and opportunities for implementing innovative ideas. These findings contributed to the contextual interpretation of differences between public and private healthcare institutions.

Conclusion: The study demonstrates that adhocracy culture and adhocratic organizational structure are positively associated with innovativeness in the participating healthcare institutions. Innovativeness is also positively related to perceived organizational performance. These findings highlight the importance

of considering both cultural orientations and structural arrangements when examining organizational innovation in healthcare settings.

From a practical perspective, healthcare administrators may consider establishing interdisciplinary project teams, structured mechanisms for evaluating employee suggestions, and management development programmes supporting organizational flexibility. Appropriate delegation of administrative responsibilities may also be considered within existing institutional and regulatory frameworks.

However, managerial flexibility should not be interpreted as the removal of clinical accountability or patient safety requirements. Clinical decision-making must remain consistent with professional responsibilities, evidence-based standards, and established oversight mechanisms.

The findings should be interpreted within the limitations of the cross-sectional research design and the participating hospitals. Consequently, the reported associations do not establish causal relationships or demonstrate improvements in independently measured patient satisfaction or employee outcomes.

Discussion: The findings can be interpreted within the Competing Values Framework, which distinguishes adhocracy culture from other organizational orientations, including hierarchy, clan, and market cultures. The observed differences between public and private hospitals suggest that institutional arrangements may be relevant when examining how innovation-oriented cultural and structural characteristics are perceived.

The distinction between adhocracy culture and adhocratic organizational structure represents an important contribution of the study. By examining these characteristics separately, the research offers a more differentiated understanding of their relationships with innovativeness, rather than treating adhocracy as a single, undifferentiated organizational attribute.

The results are also relevant to previous research examining organizational culture and innovation-related outcomes in healthcare institutions. Nevertheless, comparisons with earlier studies should account for differences in measurement approaches, organizational settings, and outcome variables.

The study contributes to the healthcare management literature by combining cultural and structural perspectives with a comparison of public and private hospitals in Türkiye. Integrating quantitative analysis with qualitative assessments provides additional context for interpreting the relationships between organizational characteristics and innovativeness.

Future research could employ longitudinal and multilevel designs, include a wider range of hospitals, and incorporate independently verified organizational performance indicators. Such approaches would help clarify how organizational culture, managerial structures, and innovation-related outcomes develop across different healthcare settings.

Çıkar Çatışması Bildirimi

Bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve / veya yayınlanmasına ilişkin herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Destek/Finansman Bilgileri

Bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve / veya yayınlanması için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Yapay Zekâ Kullanımı Bildirimi

Bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve / veya yayınlanması için herhangi bir yapay zekâ aracından faydalanılmamıştır.