

**MEDİKAL TURİZM HİZMETİ VEREN
HASTANELERDE SAĞLIK OTELCİLİĞİ
HİZMETLERİ İLE ÖRGÜTSEL USTALIK İLİŞKİSİ**

Doktora Tezi
Seher GÜLENÇ
Eskişehir, 2019

**MEDİKAL TURİZM HİZMETİ VEREN HASTANELERDE SAĞLIK
OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ İLE ÖRGÜTSEL USTALIK İLİŞKİSİ**

Seher GÜLENÇ

DOKTORA TEZİ

Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Meryem AKOĞLAN KOZAK

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Ocak, 2019

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Seher GÜLENÇ'in "Medikal Turizm Hizmeti Veren Hastanelerde Sağlık Otelciliği Hizmetleri ile Örgütsel Uсталık İlişkisi" başlıklı tezi 15 Ocak 2019 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalında, Doktora tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr.Meryem AKOĞLAN KOZAK

Üye : Prof.Dr.Scrap BENLİGİRAY

Üye : Prof.Dr.Yüksel ÖZTÜRK

Üye : Doç.Dr.Dilek ACAR

Üye : Dr.Öğr.Üyesi Esra Gül YILMAZ

Prof.Dr.Metin ÇÖSKÜN
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdür Vekili

DOKTORA TEZ ÖZÜ

MEDİKAL TURİZM HİZMETİ VEREN HASTANELERDE SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ İLE ÖRGÜTSEL USTALIK İLİŞKİSİ

Seher GÜLENC

Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ocak 2019

Danışman: Prof. Dr. Meryem AKOĞLAN KOZAK

Medikal turizmin gelişimi hastanelerde sağlık otelciliği kapsamında sunulan hizmetleri önemli hale getirmiştir. Sağlık otelciliği hizmetleri, ağırlama ile ilgili destek hizmetler niteliğindedir ve bu hizmetlerin başarılı bir şekilde yürütülmesinde kullanılan çeşitli stratejiler bulunmaktadır. Örgütsel ustalık, mevcut durumu değerlendiren (yararlanıcı) ve gelecekle ilgili öngörülerini (araştırmacı) kapsayan stratejileri nedeniyle bu araştırmanın kuramsal dayanağını oluşturmuştur. Araştırmanın temel amacı, sağlık otelciliği hizmetleri ile örgütsel ustalık stratejileri arasındaki ilişkilerin belirlenmesidir. Bu amaçla önce bir pilot araştırma gerçekleştirilmiştir. Pilot araştırmada gözlem ve anket tekniğinden yararlanılmıştır. Daha sonra Aralık 2016 ile Mart 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilen saha araştırmasından elde edilen verilerden yararlanılarak bir anket formu hazırlanmıştır. Ankete, Ankara'daki bir devlet hastanesi (315), bir üniversite hastanesi (252) ve bir özel hastane (105) kapsamında toplam 672 çalışan katılmıştır. Gerçekleştirilen analizler sonucunda; sağlık otelciliği hizmetlerinin devlet hastanesinde ($\bar{X}=2,99$) ve üniversite hastanesinde ($\bar{X}=3,36$) *orta düzeyde*, özel hastanede ($\bar{X}=4,12$) *yeterli düzeyde* olduğu gözlenmiştir. Örgütsel ustalık durumunda ise özel hastanenin ($\bar{X}_{(YS.AS)}=14,17$) devlet hastanesine ($\bar{X}_{(YS.AS)}=8,14$) ve üniversite hastanesine ($\bar{X}_{(YS.AS)}=8,76$) göre yararlanıcı ve araştırmacı stratejileri birlikte kullanmada daha usta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sağlık otelciliği hizmetleri ile yararlanıcı strateji ve araştırmacı strateji arasında devlet hastanesinde pozitif ve güçlü bir ilişki görülürken, üniversite ve özel hastanede pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Medikal turizm, Sağlık otelciliği, Örgütsel ustalık, Ankara.

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHCARE HOTEL SERVICES AND ORGANIZATIONAL AMBIDEXTERITY IN HOSPITALS PROVIDING MEDICAL TOURISM SERVICES

Seher GÜLENÇ

Department of Tourism Management

Anadolu University Graduate School of Social Sciences, January 2019

Supervisor: Prof. Dr. Meryem AKOĞLAN KOZAK

The rapid growth of medical tourism has made the services offered in hospitals on the concept of healthcare hotel significant. Healthcare hotel services are mainly in the form of supporting hospitality services and several strategies exist to implement these services successfully. Organizational ambidexterity has constituted the theoretical basis of this research because of its strategies, which include evaluating the current situation (exploitation) and predicting the future (exploration). The main aim of the research is to determine the relationships between healthcare hotel services and organizational ambidexterity strategies. For this purpose, a pilot study was conducted first. Observation and survey technique was used in this pilot study. Then, a questionnaire form was prepared by using the data obtained from the field survey conducted between December 2016 and March 2017. A total of 672 employees participated in the survey, from which a public hospital (315), a university hospital (252) and a private hospital (105) all in Ankara. As a result of the analysis performed; healthcare hotel services were found to be moderately in the public ($\bar{X}=2,99$) and the university hospital ($\bar{X}=3,36$), and adequate in the private hospital ($\bar{X}=4,12$). In the case of organizational ambidexterity, though, the private hospital ($\bar{X}_{(YS.AS)}=14,17$) was determined to be superior in using exploitation and exploration strategies together than the public hospital ($\bar{X}_{(YS.AS)}=8,14$) and the university hospital ($\bar{X}_{(YS.AS)}=8,76$). There is a positive and strong correlation between healthcare hotel services and exploitation and exploration strategy in the public hospital, while a positive and moderate correlation in the university and the private hospital.

Key Words: Medical tourism, Healthcare hotel, Organizational ambidexterity, Ankara.

TEŞEKKÜR

Akademik hayatımın her aşamasında desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, ihtiyacım olan her an ulaşılabilir olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Meryem AKOĞLAN KOZAK’a, kıymetli zamanını, görüşlerini benimle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Serap BENLİGİRAY’a, her daim güleryüzü ve ilgisiyle bana destek olan değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Esra GÜL YILMAZ’a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Tez savunma jürimde yer alarak görüş ve önerileriyle araştırmaya önemli katkılar sunan değerli hocalarım Prof. Dr. Yüksel ÖZTÜRK’e ve Doç. Dr. Dilek ACAR’a şükranlarımı sunarım. Tezin uygulama aşamasında araştırmaya destek veren tüm hastane çalışanlarına da teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak eşsiz sevgi ve güvenleriyle beni yücelten, çocukları olmaktan hayatım boyunca gurur duyduğum kıymetli anneme ve babama, bana hep inanan, manevi desteğini her zaman hissettiren canım kardeşime, her daim yanımda olan, beni yüreklendiren sevgili eşime, varlığıyla her zaman güç veren, hayatımı daha da güzelleştirip anlamlı kılan güzel kızım Elif Bilge’ye göstermiş oldukları anlayış ve sabır için sonsuz teşekkür ediyorum. İyi ki varsınız.

Seher GÜLENÇ

Ocak, 2019

15/01/2019

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmanın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara göre davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan "bilimsel intihal tespit programı"yla tarandığını ve hiçbir şekilde "intihal içermediğini" beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Seher GÜLENÇ

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BAŞLIK SAYFASI	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYL.....	ii
DOKTORA TEZ ÖZÜ	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Sorun.....	2
1.2. Amaç.....	4
1.3. Önem.....	5
2. ALANYAZIN.....	7
2.1. Medikal Turizm	7
2.1.1. Medikal Turizmde Belgelendirme.....	9
2.1.2. Türkiye’de Hastanelerin Yapılanması	12
2.2. Sağlık Otelciliği ve Hizmetleri	15
2.2.1. Danışma.....	20
2.2.2. Hasta Kabul.....	21
2.2.3. Temizlik.....	22
2.2.4. Çamaşırhane	24
2.2.5. Terzilik	25
2.2.6. Atık.....	26
2.2.7. Yemekhane.....	27
2.2.8. Kantin ve Kafeterya	28
2.2.9. Güvenlik.....	29
2.2.10. Hasta-Numune Taşıma.....	31
2.2.11. Bahçe/Otopark Bakımı.....	31
2.2.12. Din Hizmetleri	33

2.2.13. Personel	34
2.3. Strateji Kavramı ve Unsurları.....	36
2.3.1. İç Çevre Unsurları.....	41
2.3.2. Dış Çevre Unsurları.....	43
2.4. Örgütsel Uсталık Kavramı.....	47
2.4.1. Örgütsel Uсталık Stratejileri	50
2.4.2. Örgütsel Uсталığın Öncülleri	54
2.5. Örgütsel Uсталık Stratejileri ile Sağlık Otelciliği Hizmetleri İlişkisi.....	64
3. YÖNTEM.....	67
3.1. Araştırma Modeli	67
3.2. Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi	69
3.3. Pilot Araştırma	74
3.3.1. Pilot Araştırma Anket Sonuçları.....	74
3.3.2. Pilot Araştırma Gözlem Sonuçları	78
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	81
3.5. Verilerin Analizi	82
4. BULGULAR VE TARTIŞMA.....	86
4.1. Genel Bilgiler ve Demografik Özellikler.....	86
4.2. Betimsel Analizler	89
4.2.1. Sağlık Otelciliği Hizmetleri	89
4.2.2. Örgütsel Uсталık Stratejileri	92
4.2.3. Örgütsel Uсталık Öncülleri	93
4.3. Hipotez Analizleri	96
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	109
5.1. Sonuç.....	109
5.2. Öneriler.....	112
KAYNAKÇA	114
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.1. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı.....	15
Tablo 2.2. Örgütsel Uсталık Stratejileri ve Öncülleri	54
Tablo 3.1. KGO'lar İçin Minimum Değerler	71
Tablo 3.2. Kapsam Geçerlilik Testi Sonucunda Oluşturulan Kategoriler ve Kriterler .	72
Tablo 3.3. Sağlık Otelciliği Hizmetleri Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları	75
Tablo 3.4. Örgütsel Uсталık Stratejileri Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	77
Tablo 3.5. Örgütsel Uсталık Öncülleri Ölçeklerinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları	77
Tablo 3.6. Pilot Araştırmada Yapılan Gözlem ve Anketlerin Sonuçları	80
Tablo 3.7. Hastaneler ve Önerilen Örneklem Sayıları	81
Tablo 3.8. Normallik (Shapiro Wilk) Testi Sonuçları.....	83
Tablo 3.9. Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri.....	83
Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaneler Hakkında Genel Bilgiler.....	87
Tablo 4.2. Hastanelerde Çalışanların Demografik Özellikleri.....	88
Tablo 4.3. Sağlık Otelciliği Hizmetleri Hakkındaki Görüşler	90
Tablo 4.4. Örgütsel Uсталık Stratejileri Hakkındaki Görüşler	92
Tablo 4.5. Yararlanıcı ve Araştırmacı Strateji İlişkisi	93
Tablo 4.6. Örgütsel Uсталık Öncülleri Hakkındaki Görüşler	94
Tablo 4.7. Örgüt Yapısı ile Yararlanıcı Strateji İlişkisi	97
Tablo 4.8. Örgüt Yapısı ile Araştırmacı Strateji İlişkisi	99
Tablo 4.9. Örgüt Kültürü ile Yararlanıcı Strateji İlişkisi.....	101
Tablo 4.10. Örgüt Kültürü ile Araştırmacı Strateji İlişkisi	102
Tablo 4.11. Liderlik ile Yararlanıcı Strateji İlişkisi	103
Tablo 4.12. Liderlik ile Araştırmacı Strateji İlişkisi.....	105
Tablo 4.13. Yararlanıcı Strateji ile Sağlık Otelciliği Hizmetleri İlişkisi	106
Tablo 4.14. Araştırmacı Strateji ile Sağlık Otelciliği Hizmetleri İlişkisi	107
Tablo 4.15. Hipotezler ve Analiz Sonuçları	108

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1. Hastane Hizmet Alanları.....	17
Şekil 3.1. Araştırma Modeli ve Hipotezleri.....	68

MEDİKAL TURİZM HİZMETİ VEREN HASTANELERDE SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ İLE ÖRGÜTSEL USTALIK İLİŞKİSİ

1. GİRİŞ

Medikal turizm pazarında hizmet veren hastanelerin rakipleri arasında ayakta kalabilmelerinin ve sürdürülebilir rekabet avantajı elde edebilmelerinin yolu tedavi hizmetlerinin yanında hastaların ihtiyaç ve beklentilerine uygun otelcilik hizmetlerinin sunulmasından geçmektedir. Artan rekabetçi baskılar, hızla değişen çevresel koşullar ve teknolojiye ileri adımlar hastane yöneticilerini farklı stratejiler geliştirmeye zorlamıştır. Bilindiği gibi stratejik bakış açısı, örgüt kaynaklarının değişen çevre koşullara bağlı olarak genişletilmesi ve ortaya çıkan fırsatlar ile örgüt kaynakları arasında uyumun sağlanması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi ile ilgili bir karar sürecidir. Bu süreçte iç çevre (işletme) yanında, ekonomik, teknolojik, politik, pazar ve rekabet gibi dış çevre faktörlerinin de dikkate alınması gerekir (Sökmen, 2016, s.303). Bugün, iç-dış, mevcut durum-gelecekteki durum, personel-müşteri, kâr-maliyet gibi çok sayıdaki ikiliklerin birlikte kullanıldığı farklı stratejik uygulamalar bulunmaktadır. Örgütsel ustalık bu bağlamda, mevcut kaynakların etkin bir şekilde kullanılması ve yeni hizmetlerin geliştirilmesi ihtiyacına cevap veren ve iki yönlü bakış açısını birlikte (bütüncül) kullanan önemli bir alternatif strateji olarak dikkat çekmektedir.

Örgütsel ustalık kavramının, ilk olarak 1976 yılında Duncan tarafından ikili örgüt yapılarının (mekanik ve organik yapı) oluşumlarına ilişkin kullanıldığı, daha sonra farklı bir bakış açısıyla 1991’de March tarafından örgütsel öğrenme (araştırmacı ve yararlanıcı öğrenme) ile ilişkilendirildiği ve 2000 yılından sonra ise yönetim literatüründe araştırmacı ve yararlanıcı stratejiler kapsamında tartışılmaya başlandığı görülmektedir. Örgütsel ustalıkla ilgili başlangıç dönemi çalışmaları daha çok imalat işletmelerinde yoğunlaşırken, son yıllarda otel (Şimşek, 2009), hastane (Bodwell, 2011) ve havayolu şirketleri (Jarvenpaa, 2014) gibi hizmet işletmelerinde de uygulanmaya başlandığı dikkat çekmektedir. Örgütsel ustalığındaki iki stratejinin uygulanması yani bir işletmenin eş zamanlı olarak araştırmacı ve yararlanıcı yenilikleri takip edebilme becerisi işletmenin hayatta kalabilmesi ve rekabet üstünlüklerini devam ettirebilmeleri açısından oldukça önemlidir. Usta örgütler, evrimsel ve devrimsel değişimler, rekabet avantajı yaratma ve koruma, araştırmacı ve yararlanıcı yenilikler aracılığı ile rekabette üstünlük elde edebilirler. Bununla birlikte, ani örgütsel değişimlerden kendilerini koruma, yüksek performans elde

etme, örgütsel katılıktan korunma, yüksek satış artışı elde etme, öğrenme kapasitelerini iyileştirme ve yüksek oranda kâr elde etme avantajlarına sahiptirler. Görüldüğü gibi ustalık, işletmelerin mevcut işlerini geliştirme ile birlikte yeni fırsatlar araştırma yönündeki faaliyetlerini eş zamanlı olarak yürütebilmelerini içeren stratejik bir yeteneği ifade etmektedir (Cingöz ve Akdoğan, 2014, s.65).

Medikal turizmin hızla geliştiği ve önemli olduğu bugünlerde, hastanelerde tedavi gibi temel hizmetin yanına, sağlık otelciliği hizmetleri gibi destek hizmetler de eklenmiştir. Temel ve destek hizmetler bağlamındaki bu çoklu yaklaşım, günümüz hastanelerinde de kullanılan stratejilerin ikili bakış açısı ile geliştirilmesini gerekli hale getirmektedir. Bu çalışmada, hastanelerin sadece sağlık otelciliği ile ilgili hizmetleri üzerinde durulacağından, buradaki stratejik bakış açısı mevcut durumu ifade eden yararlanıcı ve geleceği planlamayı öngören araştırıcı stratejiler üzerinde kurgulanmıştır. Bakıldığında, örgütsel ustalık yaklaşımı aynı zamanda, örgütün mevcut durumunu ve gelecekteki planlarını ayrı ayrı stratejiler olarak ele alma yanında, ustalık düzeyi için bu iki stratejinin etkileşimini de esas almaktadır. Ayrıca, örgütsel ustalık, örgütün yapısal özellikleri, kültürü ve hâkim liderlik davranışı konularında da önemli ipuçları vermesi bakımından bu çalışmada sağlık otelciliğinin hastanelerdeki durumunun belirlenmesinde stratejik bir araç olarak tercih edilmiştir.

Dört bölüm olarak planlanan çalışmada, ilk olarak araştırmanın sorununa, amacına ve önemine yer verilmektedir. İkinci bölümde, medikal turizm, sağlık otelciliği, strateji ve örgütsel ustalık kavramları açıklanmaktadır. Üçüncü bölümde yöntem ile ilgili açıklamalardan sonra son bölümde, Ankara’da medikal turizm hizmeti veren devlet, üniversite ve özel olmak üzere üç hastane statüsü kapsamında yürütülen saha araştırmasına yer verilmektedir. Araştırmada, hastanelerin sağlık otelciliği hizmetleri ve örgütsel ustalık ile ilgili durumları, örgütsel ustalık stratejilerindeki (yararlanıcı ve araştırıcı) tercih durumu ve bu stratejileri birlikte kullanabilmelerini gösteren etkileşim düzeylerine bakılacaktır.

1.1. Sorun

Sağlık hizmetlerinin uluslararası düzeyde üretimi, tüketimi ve hastaların uluslararası düzeyde dolaşımı medikal turizm olarak bilinen ciddi bir pazar yaratmıştır. Türkiye’nin de içinde bulunduğu birçok ülke bu pazardan pay almak için önemli girişimlerde bulunmaktadır. Özellikle, medikal turizm pazarında yer almak ve rekabet

avantajı elde etmek için hastaneler, sadece yataklarını hastalarla doldurmak değil, daha kaliteli sağlık hizmeti sunma arayışı içinde olmak zorundadır. Bu rekabet ortamında üstünlük sağlamanın başlıca aracı sağlık otelciliği uygulamalarıdır. Bu yeni yaklaşım ile hastanelerde, tıbbî hizmetlerin yanı sıra hasta, hasta yakını ve çalışanların kullanımına sunulan konaklama, temizlik, çamaşırhane, yeme-içme hizmetlerini içeren hizmetler de önemsenmeye başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı [SB], 2015, s.10). Sağlık sektöründeki bu yaklaşımın amacı hastanelerin bir otel anlayışı içinde işletilmesini kolaylaştırarak, aynı zamanda, bu tesisleri medikal turizm sektörünün önemli bir elemanı haline getirebilmektir.

Sağlık otelciliği, hastanelerin iç ve dış ortamlarının hasta konforu odaklı tasarlanmasını, tedavi hizmetleri dışındaki diğer tüm hizmetlerin hasta memnuniyeti odaklı organize edilmesini ve sunulmasını kapsamaktadır. Bu sayede, sağlık hizmetleri kalitesi yanında, tedavi hizmetlerini destekleyen ve hasta memnuniyetinde önemli yeri olan sağlık otelciliği hizmetlerinin de kalitesinin artırılmasına ve belli bir standart uygulamaya kavuşturulmasına çalışılmaktadır (SB, 2014). Sağlık otelciliği gibi bu yeni yaklaşımların uygulanabilmesinde işletmelerin mevcut koşullara uygunluğunun yanında, değişimi kabullenme veya direnme durumunun da önemli belirleyiciler olduğu söylenebilir. Ancak işletmelerin dinamik, riskli ve belirsizliğin çok olduğu pazarlarda yaşamlarını devam ettirebilme zorluğu etkili stratejiler ve yöntemler oluşturmalarını gerektirmektedir (Benligiray, 2014). İşletmelerde değişim kolaylığına ya da ortamsal koşulların uygunluğunun sağlanmasına yönelik toplam kalite yönetimi, kıyaslama, küçülme, dış kaynaklardan yararlanma ve örgütsel ustalık gibi çok sayıda farklı yöntemden söz edilebilir. Bu yöntemlerden örgütsel ustalık işletmelere değişim sürecindeki alt yapı koşullarının mevcudiyetini saptama yanında, ortaya çıkabilecek sorunlar için önemli bir çözüm aracı olarak da önerilmiştir (O'Reilly and Tushman, 2008).

Örgütsel ustalıkta temel amaç, işletmelerin hayatta kalabilmek için mevcut yeteneklerinden yararlanması ve yenilerini araştırmasıdır (Carmeli and Halevi, 2009, s.208). Örgütsel ustalığın temel iki stratejisinin (araştırma ve yararlanma) aynı anda uygulanabilmesinde örgüt yapısı, örgüt kültürü ve liderlik gibi dinamiklerin etkili olduğu ifade edilmektedir (Litrico and Lee, 2008). Örgüt yapısının (Tushman and O'Reilly, 1996; Birkinshaw and Gibson, 2004; Jansen vd., 2006; Raish and Birkinshaw, 2008; Akdoğan vd., 2009; Aloini vd., 2012), örgüt kültürünün (O'Reilly and Tushman, 2004;

Wang and Rafiq, 2009; Rodriguez and Hechanova, 2014; Fındıklı ve Pınar, 2014) ve liderlik özelliklerinin (Lubatkin vd, 2006; Jansen vd., 2009; Rosing vd., 2011; Zacher vd., 2014; Attar, 2014; Zacher and Rosing, 2015; Schindler, 2015) örgütsel ustalık üzerindeki öncül rollerinin araştırıldığı çalışmalara rastlanmaktadır. Dolayısıyla, bu öncüller örgütsel ustalığın sağlanmasında ayrı ayrı önemli konular olarak dikkat çekmektedir.

Medikal turizm kapsamında her geçen gün hastanelerin önem kazanmaya başladığı ve ciddi yapısal değişimlere gidilmesi gerektiği söylenebilir. Kamu hastaneleri (devlet ve üniversite) ile özel hastanelerin medikal turizm sektöründe birbirleriyle ve diğer sektör aktörleriyle rekabet eder hale gelmesi hedeflenirken hastanelerin hizmet sunumu ile ilgili mevcut durumunun gözden geçirilmesi de gerekmektedir. Özellikle hastanelerde sağlık otelciliği hizmetlerinin uygulanmasına yönelik gerekli yapısal dinamiklerin mevcudiyetinin ve alt yapı uygunluğunun belirlenmesinde örgütsel ustalık stratejilerinden yararlanılmasına ihtiyaç vardır. Bu doğrultuda, medikal turizme hizmet veren ve değişim sürecinde olan farklı statülerdeki hastanelerde “örgütsel ustalık stratejilerinin kullanımı sağlık otelciliği hizmetlerinin başarılı bir şekilde sunulmasında bir belirleyici olabilir mi?” sorusu araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır.

1.2. Amaç

Bu çalışmada, hastanelerdeki sağlık otelciliği hizmetleri ile örgütsel ustalık arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Ankara’da hizmet veren üç hastanenin (devlet, üniversite, özel) sağlık otelciliği ve örgütsel ustalık durumlarına ilişkin şu alt amaçlara ulaşılması planlanmaktadır:

- Hastanelerin sağlık otelciliği hizmet sunum düzeylerini tespit etmek,
- Hastanelerin örgütsel ustalık stratejilerini belirlemek,
- Hastanelerdeki örgüt yapısı (merkezîleşme, biçimselleşme ve uzmanlaşma), örgüt kültürü (sıkı ve gevşek) ve yöneticilerin liderlik (kapalı ve açık) özelliklerini değerlendirmek,
- Hastanelerdeki örgüt yapısı (merkezîleşme, biçimselleşme ve uzmanlaşma), örgüt kültürü (sıkı ve gevşek) ve liderlik (kapalı ve açık) dinamikleri ile örgütsel ustalık ilişkisini ortaya koymaktır.

1.3. Önem

Medikal turizm sektöründe önemli bir rol oynayan hastanelerde örgütsel ustalık ile sağlık otelciliği hizmetleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, sağlık ve turizm sektörü açısından yol gösterici bir nitelik taşımaktadır. Medikal turizme hizmet veren hastanelerin sağlık otelciliği hizmetlerinin yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi, hem hastaneler hem de Sağlık Bakanlığı açısından yararlı sonuçlar yaratacaktır. Araştırma, hastanelerin sağlık otelciliği hizmetlerinin ne düzeyde olduğuna, bu konudaki artı ve eksilerinin neler olduğuna ve daha kaliteli bir hizmet sunumu için neler yapılması gerektiği sorularına somut bir cevap olabilecektir. Sağlık Bakanlığı ise farklı statülerdeki hastanelerde sunulan sağlık otelciliği hizmetleri ile ilgili mevcut durumu değerlendirebilecek ve gerekli iyileştirmelere yönelik çalışmalar yapabilecektir.

Araştırma, Türkiye’deki medikal turizmi, yeni bir boyuta taşıyacak olan sağlık otelciliği yaklaşımının, örgütsel ustaliğa sahip olan hastanelerde daha yeterli düzeyde verileceği varsayımından yola çıkarak hastanelerin örgütsel ustalık stratejilerinin belirlenmesi ve örgütsel ustalık stratejileri ile sağlık otelciliği hizmetlerinin ilişkili olup olmadığını göstermesi açısından farklılık taşımaktadır. Aynı zamanda hastanelerin örgütsel ustalık durumları ile ilişkili olan öncüllerin neler olduğu da araştırılacaktır. Bu doğrultuda, örgütsel ustalık ile hangi örgüt yapılarının, hangi örgüt kültürünün ve hangi liderlik tarzlarının ilişkili olduğunun araştırılması bu öncüllerin devlet, üniversite ve özel hastanelerde geliştirilmesine olanak tanıyabilecektir.

Örgütsel ustalık kavramı üzerine uluslararası çalışmalar giderek artış gösterirken ulusal literatürde az sayıda çalışmaya konu olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu araştırma, örgütsel ustalık ölçeğinin Türkiye’de ilk kez hastanelerde deneniş olması nedeniyle dikkat çekmektedir. Örgütsel ustalık ile sağlık otelciliği hizmetleri arasındaki ilişkinin ilk kez tespit edilmesi açısından literatüre katkı sunması beklenmektedir. Araştırma, uygulamacılara da birtakım katkılar sunmayı amaçlamaktadır. Özellikle sağlık sektöründe bulunan yöneticiler tarafından sağlık otelciliği hizmetleri ile örgütsel ustalık arasındaki ilişkinin görülebilmesi adına önem arz etmektedir. Ayrıca, medikal turizme hizmet veren hastanelerin usta bir örgüt olabilmeleri için gerekli olan yapı, kültür ve liderlik ile ilişkileri kapsamında pratik çıkarımlar sunarak uygulamacılara önerilerde bulunmaktadır.

1.4. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın yürütülmesinde ortaya çıkan temel sınırlılık konuları şöyle özetlenebilir:

- Bu çalışma, devlet hastanesi için Kamu Hastaneleri Birliği'nden, üniversite hastanesi ve özel hastane için hastane başhekimliklerine yapılan başvurulardan sadece üç hastane için gerekli izinlerin alınabilmesi nedeniyle Ankara'daki farklı statüdeki üç hastane kapsamında yürütülmüştür.
- Araştırma yöntemi olarak öngörülen anket ve gözlem tekniklerinin birlikte kullanımı; pilot araştırma sonuçlarına göre ortaya çıkan her iki teknikten toplanan verilerdeki benzerlik nedeniyle, sadece anket olarak sürdürülmüştür.
- Sağlık otelciliği kriterlerinin belirlenmesinde, konuyla ilgili detaylı bilgiler içermesi ve alan uzmanlarının görüşleri doğrultusunda *Sağlık Otelciliği Hizmet Sunum Rehberi* kullanılmıştır.

2. ALANYAZIN

Araştırmanın kavramsal ve kuramsal arka planın sunulduğu bu bölüm beş başlık halinde düzenlenmiştir. Birinci kısımda, medikal turizm, ikinci kısımda sağlık otelciliği ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir. Daha sonra üçüncü kısımda, strateji kavramı ve strateji seçimini etkileyen faktörler ve arkasından, dördüncü kısımda örgütsel ustalık kavramı, stratejileri ve öncülleri üzerinde durularak bu yaklaşım etraflıca açıklanmıştır. Son kısımda ise örgütsel ustalık stratejileri ile sağlık otelciliği hizmetleri arasındaki ilişkiler açıklanmaktadır.

2.1. Medikal Turizm

Turizm tarihi açısından bakıldığında sağlık merkezlerinin ziyaret edilmesi ve bu yörelerdeki turizm faaliyetlerinin kökenleri ilk çağlara kadar dayanmaktadır. Özellikle sağlık turizmi içerisinde yer alan kaplıca ve hamam kültürü Roma döneminde son derece gelişmiş ve bir yaşam tarzına dönüşmüştür. Modern tıp bilgisinin ve tedavi yollarının olmadığı ilk çağlarda, sağlıklı yaşam koşullarının sağlanması için çeşitli yollar aranmıştır. Sağlıklı yaşamın doğada bulunan bitkilerden üretilerek elde edilen ilaçlarla sürdürülebileceği ve bu ilaçları kullanmanın ancak tanrıların izniyle mümkün olabileceği inancından dolayı sağlık tanrısı inancı ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, sıklıkla ziyaret edilen tapınaklar, başta tıbbî bakıma yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere verdikleri farklı hizmetlerle tedavi ve rehabilitasyon merkezleri haline gelmiştir. Anadolu'daki Pergamon (Bergama) antik kentinde yer alan Asklepios Tapınağı'nın ilk sağlık turizm merkezi ve ilk antik hastane olarak tanınmasında dönemin hekimlerinin de önemli bir etkisi olmuştur (Tuna, 2018, s.30). Görüldüğü gibi, ilk çağlardan bu yana insanlar dinlenme, egzersiz yapma ve kaplıcalar yoluyla daha sağlıklı olma girişiminde bulunmaktadırlar. Bu durum sağlık turizmi ve medikal turizmin (tıp turizmi) gelişmesinin ilk adımları olarak ifade edilebilir (Connell, 2006, s.1093).

Uzun yıllar medikal turizm ve sağlık turizmi benzer amaçları nedeniyle birbirini yerine kullanılmış kavramlar olsa da farklı anlamlar içerdiğini ifade eden görüşler de bulunmaktadır. Carrera ve Bridges (2006, s.1) sağlık turizmin; insanların bedenlerini ve ruhlarını iyileştirmek ve bireysel refah düzeyini artırmak için bir yerel ortamın dışına düzenlenmiş geziler olarak tanımlarken, medikal turizmi; tıbbî müdahale yoluyla bireyin sağlığının iyileştirilmesi veya yenilenmesi için doğal yaşam ortamı dışına düzenlenmiş seyahat şeklinde tanımlamıştır. Harahsheh (2002, s.23) medikal turizmi; tıbbî, cerrahî

veya diş hekimliğinin konusu içinde yer alan herhangi bir tedavi uygulamasını elde etmek amacıyla kişilerin kendi ülkelerinden farklı bir ülkeye seyahat etmeleri olarak tanımlamıştır. Gupta'ya göre (2004) medikal turizm, cerrahî ve diğer uzmanlaşmış tedavilere ihtiyaç duyan hastalar için turizm endüstrisi ile işbirliği içinde uygun maliyetli özel tıbbî bakımın sağlanmasıdır. Medikal turizm aynı zamanda, tıp ve turizm olmak üzere en az iki sektörü bir araya getiren ve hizmet ticaretini içeren ekonomik bir aktivite olarak da tanımlanmaktadır (Bookman and Bookman, 2007, s.1). Kültür ve Turizm Bakanlığı sağlık turizmini; tedavi amacıyla yapılan seyahatler olarak tanımlarken, Sağlık Bakanlığı medikal turizmi (tıp turizmi); genellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında hekimler tarafından yapılan tedavi amaçlı uygulamalardan yararlanmak için hastanın ikamet ettiği yerden başka bir yere seyahat etme eylemi olarak daha detaylı bir şekilde tanımlamaktadır.

Medikal turizmin her geçen gün ivme kazanması hem turizm hem de sağlık sektörü için fırsatlar sunmaktadır (Hume and DeMicco, 2007, s.81). Özellikle, bir niş pazar olarak ortaya çıkan medikal turizm kavramı, tıbbî, cerrahî veya diş müdahalelerinin gerekli olduğu durumlarda kullanılmaktadır (Lunt and Carrera, 2010, s.7). Medikal turizm, sadece kozmetik ve diş ameliyatları gibi seçmeli ameliyatları değil, uzmanlık bilgisi ve teknoloji gerektiren karmaşık, zorunlu ameliyatları da içermektedir (Heung vd., 2011, s.996). Görüldüğü gibi medikal turizm, zorunlu ve seçmeli medikal turizm olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bazı medikal turistlerin akut müdahale gerektiren tıbbî tedavileri olarak tanımlanan zorunlu medikal turizm; karmaşık ameliyatları (eklem replasmanı, organ nakilleri, koroner bypasslar vb.) ve ameliyatsız kanser tedavilerini (kemoterapi, radyoterapi vb.) içermektedir. Buna karşılık, tamamen tıbbî açıdan gerekli olmayan ve hastalar tarafından gönüllü olarak seçilen tıbbî tedaviler, seçmeli medikal turizmdir. Bu görüşe göre medikal turizm; tanılamayı (kan taraması ve kalp stresi gibi koruyucu sağlık taramaları vb.), estetiği (plastik cerrahî, kozmetik dişçilik, botoks vb.), cinsiyet değiştirmeyi (kadın-erkek, erkek-kadın, ses cerrahîsi) ve yardımcı üremeyi içermektedir (Voigt vd., 2011, s.31).

Medikal turizmin, hastaların yaşadığı acıyı göz ardı eden bir pazar olduğunu ve sosyo-ekonomik nitelikleri önemsizleştirdiğini öne süren kimi görüşlere göre bu kavramının turizm endüstrisiyle ilişkilendirilmesi eleştirilmiştir (Connell, 2006). Medikal turizm kavramını eleştiren bu araştırmacılar; medikal mülteci (Milstein and Smith, 2006), medikal sürgün (Inhorn and Patrizio, 2009), biyoteknolojik hac (Song, 2010), ulus ötesi

terapi güzergahları (Kangas, 2010), sınır ötesi hasta hareketliliği (Glinos vd., 2010), ulus ötesi sağlık (Thomas, 2010), ulus ötesi sağlık bakımı (Mainil, 2012) gibi kavramları önermişlerdir. Konaklama, yeme içme, ulaşım gibi turizm ürünlerini içeren aktiviteleri daha iyi tanımladığı ve literatürde sık kullanılması nedeniyle bu çalışmada medikal turizm kavramı kullanılacaktır.

Tıbbî tedavi almak için yurtdışına seyahat eden ve bu eylemi bir tatil ile birleştiren veya tatilleri sırasında bazı tedavileri alan insanlar, medikal turist olarak adlandırılmaktadır (Cohen, 2008, s.25). Medikal turist, öncelikle tıbbî tedavi olma amacını taşıırken, turistik yerlerde dinlenme ve boş zamanlarını değerlendirme gibi faaliyetleri de gerçekleştirmek istemektedir (Mugomba and Danell, 2007, s.1). McKinsey (2008) raporunda, medikal turistler, acil durumda sağlık bakımı alan hastalar (hastalanan sıradan bir turist), wellness turistleri (akupunktur ya da masaj için seyahat eden insanlar), ikamet ettikleri ülkede sağlık bakımına başvuran gurbetçiler, komşu bölgelerdeki en yakın sağlık bakımı için seyahat eden hastalar hariç yabancı ülkelerde tıbbî tedavi almak için seyahat etme birincil amacı olan kişiler olarak tanımlanmıştır (Ehrbeck vd., 2008). Medikal turist tanımları, ülkeler açısından bakıldığında farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, bazı ülkeler yabancı hastaların hastanelere yaptığı ziyaretleri dikkate alırken, bazıları ülkedeki bireysel hastaların girişini dikkate almaktadır (WHO, 2011). Medikal turizm kapsamında yurt içindeki hasta hareketliliğine dikkat çeken Deloitte (2009, s.3) ise medikal turistleri gittikleri yerlere göre yurt dışına giden, yurt dışından gelen ve yurt içinde giden-gelen kişiler olarak gruplandırmıştır.

2.1.1. Medikal Turizmde Belgelendirme

Medikal turizm, tıbbî tanı ve tedavi yöntemleri, rehabilitasyon uygulamaları ile birlikte otelcilik, acentecilik, tanıtım, pazarlama, çevre, mimari, ekonomi vb. açılardan çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu nedenle, medikal turizmin gelişmesi için hem tıbbî şartların gelişmesi ve tıbbî hizmetin ekonomik olması hem de gidilen ülkenin turizm ve konaklama imkânlarının gelişmiş olması gerekmektedir. Medikal turizmin etkili ve verimli gerçekleştirilmesi için üç temel unsurun varlığına ihtiyaç vardır. Bu unsurlardan ilki turizm olanakları (iklim, doğa, tarih, vb.), ikincisi sağlık hizmetleri olanakları (hastaneler, insan kaynağı, teknolojik imkânlar, uzmanlıklar, uygun fiyatlar, vb.) ve üçüncüsü de müşteri ile medikal turizm sektörünü bir araya getirecek profesyonel örgütlerin varlığıdır (Kiremit, 2008, s.43). Jagyasi (2010, s.10) ise iyi bir medikal turizm

seçeneğinin en önemli üç özelliğini, hizmetlerin kalite standartları, hizmet verene erişebilme ve teknoloji olarak sıralamıştır. Medikal turizmde kalite ve verilen hizmetlerin teknik açıdan gelişmişliği önemli bir gösterge olduğu için, kişilerin geldikleri ülkelerde belirli bir tanınmışlık seviyesinde olan bazı kuruluşların yurt dışındaki ortaklıkları hastalar için güven duygusu uyandırması açısından önemlidir.

Sağlık hizmetlerinde bilinen en üst kalite ve akreditasyon kuruluşu The International Society for Quality in Healthcare (ISQua)'dır. Uluslararası sağlık alanında akreditasyon faaliyeti yapan kurumları da akredite eden bir kurumdur. ISQua 1985 yılında uluslararası işbirliği yoluyla sağlıkta kalite ve güvenliği sağlama vizyonu ile kurulmuştur. Sağlık hizmetlerine yönelik akreditasyon kuruluşlarının kurumsal, standartlar ve denetçi eğitim programı akreditasyonuna yönelik faaliyetlerini ISQua tarafından değerlendirilmektedir. Kuruluşların akredite edilebilmesi için standartlarının ISQua ilkelerini (standartların gelişimi, standartların ölçümü, örgütsel rol, planlama ve performans, güvenlik ve risk, hasta/servis kullanıcı odağı, kalite performansı) karşılayacak şekilde hazırlanmış olması beklenmektedir (ISQua, 2018)

Dünyada bilinen en büyük sağlık akreditasyon kuruluşu olan JCI, 1994 yılında kurulmuştur. Hastanelerde kalite belgelendirme işlemi “Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization” adlı ABD hastanelerini akredite eden bağımsız bir kuruluşun bir parçası olan “Joint Commission International” (JCI) tarafından yapılmaktadır. JCI; eğitimler, yayınlar, danışmanlık hizmetleri sunarak, hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için çalışan uluslararası bir akreditasyon kuruluşudur. JCI standartları, hasta merkezli ve sağlık kuruluşu yönetim merkezli standartlar olmak üzere iki başlık altında ele alınmaktadır. Hasta merkezli standartlar başlığı altında hasta güvenliği hedefleri, bakıma erişim ve bakımın sürekliliği, hasta ve hasta yakınlarının hakları, hastaların değerlendirilmesi ve bakımı, anestezi ve cerrahî bakım, ilaçların yönetimi ve kullanımı, hasta ve yakınlarının eğitimi konularını ele alır. Sağlık kuruluşu yönetimi standartları ise kalite iyileştirme ve hasta güvenliği, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrol edilmesi, yönetişim, liderlik ve yönlendirme, tesis yönetimi ve güvenliği, çalışan nitelikleri ve eğitimi ile iletişim ve bilgi yönetimi başlıklarını kapsamaktadır (JCI, 2018).

Uluslararası akreditasyon standartları ile ilgili diğer bir kuruluş, Uluslararası Standardizasyon Birliği (ISO)'dır. 1946 yılında 25 ülkeden delegelerin uluslararası koordinasyon ve endüstriyel standartların birleştirilmesini kolaylaştırmak için yeni bir

örgüt oluşturulmaya karar verilmesiyle başlayıp, 1947 yılında resmen faaliyete geçmiştir. ISO belgesi, hastaneleri uluslararası kabul görmüş kalite standartlarına uyup uymadığına göre belgelendirmektedir. Ayrıca hastanenin verdiği tedavi hizmeti ile ilgili değil daha çok kurumun işleyişine bakmaktadır. ISO 9001 serisi, kalite yönetiminin çeşitli yönlerini ele alarak ISO'nun en iyi bilinen standartlarından bazılarını içermektedir. ISO 9001:2008 standartları 2015 yılında revize edilerek güncellenmiş ve ISO 9001: 2015 standartları yayınlanmıştır. Bu standart, güçlü bir müşteri odaklılığı, üst yönetimin motivasyonu ve uygulamasını, süreç yaklaşımını ve sürekli iyileştirmeyi içeren bir dizi kalite yönetimi prensibine dayanmaktadır. ISO 9001: 2015'in kullanılması, hastaların tutarlı, kaliteli ürün ve hizmetler elde etmelerine yardımcı olurken, birçok hastaneye yarar sağlamaktadır (ISO, 2018).

İlk ve tek ulusal akreditasyon kuruluşu olan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) sağlık hizmetlerinde akreditasyon faaliyetlerini yürütmek amacıyla 2015 yılında kurulmuştur. 2015 yılı itibariyle akreditasyon faaliyetleri kapsamında yürütülen tüm işlemler bu enstitüye devredilmiştir. Kalite çalışmalarının uluslararası bir kimliğe kavuşmasının gerekliliği doğrultusunda, ISQua işbirliği ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının (SAS) akreditasyonu sağlanmıştır. Bunlar; Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Hastane, SAS Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM), SAS Diyaliz ve SAS Laboratuvar Seti'dir. SAS setleri, sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile ülke genelinde elde edilen kalite düzeyinin ötesine geçmek ve kurumsal farkını ortaya koymak isteyen hastanelerin başvurabilecekleri bir sistemdir. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ise hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin yaratılması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla oluşturulan kalite sistemidir. Bu sistemler aracılığı ile sağlık kurumlarının performansları değerlendirilmeye başlanmıştır. Hastanelerin kurumsal hizmetlerinin, hasta ve çalışan odaklı hizmetlerinin, sağlık hizmetlerinin ve destek hizmetlerdeki standartlarının belirli bir kalitede olmasını sağlamak için hazırlanmıştır (SB, 2015, s.3).

Medikal turizm kapsamında uluslararası düzeyde kabul gören akreditasyon standartlarının hastanelerde uygulanması ve belgelenmesinin Türkiye'de medikal turizm hizmeti veren hastaneler için gerekli olduğu görülmüştür. Hem fiziki hem de teknolojik olarak Avrupa standartlarında hizmet veren Türkiye'de 2017 yılı itibariyle JCI akreditasyon belgesi olan hastane sayısı 48'dir (JCI, 2018). Ayrıca, JCI akreditasyonu,

hastaların herhangi bir sağlık kuruluşunu tercih etmelerinde önemli bir faktördür. TÜRSAB Sağlık Turizmi raporuna göre dört uluslararası hastadan biri JCI tarafından akredite edilmiş olan hastaneleri ve üç uluslararası hastadan biri ise üç veya daha fazla hastaneden oluşan grup hastaneleri tercih etmektedir (Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği [TÜRSAB], 2014).

2.1.2. Türkiye’de Hastanelerin Yapılanması

Sağlık hizmeti veren tesislerin en geniş kapasite ve önemli hizmetlere sahip olan çeşidi hastanelerdir (Yerebakan, 2000). Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre hastaneler, müşahade, teşhis, tedavi ve iyileştirme olmak üzere üç işlevsel alanda gruplandırılan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlardır. Benzer şekilde, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde hastaneler hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık ve tedavi hizmeti üreten hastaneler diğer hizmet örgütlerinden oldukça farklı özelliğe sahiptir. Kamusal hizmet sunumu ön planda olan ve kar amacı olmayan ya da kamu yararını bireysel veya özel çıkarın önünde tutan kurumlar olarak benimsenen hastaneler, sundukları hizmetleri daha etkin ve verimli üretiminde iyi bir örgüt yapısına ve etkili bir yönetime ihtiyaç duymaktadır. Bu anlamda her bir hastanenin sahip olduğu hizmet birimleri arasında verimli bir işbirliği, iş bölümü ve kusursuz işleyen bir iş akışı sağlanır. Bu duruma yeterince değer verilirse etkin bir yönetimden söz etmek mümkündür (Marşap, 2014, s.192). Türkiye’deki hastanelerin çoğu Sağlık Bakanlığına bağlıdır. Sağlık Bakanlığının hastane örgütlenme biçimi ise standart bir yapıya sahiptir. Bunun dışında en önemli farklı yapı üniversitelere bağlı çalışan ve Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi ya da Üniversite Hastanesi olarak adlandırılan hastane statüsüdür. Üçüncü bir örgüt şekli ise özel hastanelerdir.

Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler: 2011 yılına kadar doğrudan merkez tarafından ve İl Sağlık Müdürlüklerinin koordinasyonu ile yönetilmekteydi. Fakat yaşanan bazı sorunlar nedeniyle 2011 yılı itibarıyla yeni bir yapılanmaya karar verilmiştir ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinin örgüt yapısı 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve

Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” esas alınarak yeniden düzenlenmiştir. Buna göre 2012 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı hastaneleri; *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu* ve kuruma bağlı olarak illerde kurulan *Kamu Hastane Birlikleri* tarafından yönetilmektedir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun görevleri arasında bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesi yer alır (SB, 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, 2011). Sağlık Bakanlığı bir üst kurum olup hastaneler üzerinde her türlü tasarruf yetkisine sahiptir. Tüm devlet ve eğitim araştırma hastaneleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlanmıştır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun; Tıbbî Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı, Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı, İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı, İnsan Kaynakları Kurum Başkan Yardımcılığı ve Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı olmak üzere beş merkez hizmet birimi bulunmaktadır.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde *Kamu Hastaneleri Birlikleri* kurularak işletilmektedir. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilmekte ve bir ilde birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılmaması gerekmektedir. Birden fazla birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilmektedir. Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde Tıbbî Hizmetler, İdarî Hizmetler ve Malî Hizmetler Başkanlıkları yer almaktadır. Kamu Hastane Birliklerine bağlı hastaneler hastane yöneticileri tarafından yönetilmektedir. Hastane yöneticisine bağlı olarak Başhekimlik, İdarî ve Malî İşler, Sağlık Bakım Hizmetleri ile Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürlükleri bulunmaktadır (SB, 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, 2011).

Üniversite Hastaneleri: 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa göre sağlık araştırma ve uygulama merkezi olarak kurulmaktadır. Dolayısıyla üniversite hastanelerinin eğitim-öğretim, araştırma ve topluma sağlık hizmeti sunmak gibi üç temel

işlevi bulunmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken husus üniversite hastanelerinde sağlık hizmeti sunumunun eğitim-öğretim ve araştırma için bir araç olduğudur. Her üniversite ayrı bir tüzel kişilik olduğu için üniversite hastanelerinin tek tip bir örgüt yapısı yoktur. Farklılık üniversitelerin kendi mevzuatlarından kaynaklanmaktadır. Bazı hastanelerde Tıp Fakültesi dekanının eğitim-öğretim ve hastane hizmetlerinden sorumlu olacağı şekilde organize olduğu görülürken, bazı hastanelerde dekanın eğitimden, başhekimin hastaneden sorumlu olduğu görülmektedir. Son yıllarda bazı üniversite hastanelerinde hastane direktörlüğü, hastaneler başhekimliği, hastane yönetim kurulu, hastane danışma kurulu gibi birimler de gözlenmektedir (Ağırbaş, 2016, s.402).

Özel Hastaneler: 2219 sayılı “Hususi Hastaneler Kanunu” 1219 Sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, “Özel Hastaneler Tüzüğü” ve 27.03.2002 tarihinde çıkarılan ve daha sonra pek çok değişikliğe uğrayan “Özel Hastaneler Yönetmeliği” hükümlerine göre kurulup işletilmektedirler. Özel hastanelerde de standart bir örgütlenme biçimi yoktur. Birçok hastanede en üst düzey birim yönetim kurulu ve en üst düzey yönetici ise mesul (sorumlu) müdürdür. Hekim olması zorunlu olan mesul müdür, özel hastanenin Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüğü ile ilgili bütün iş ve işlemlerinde birinci derece muhataptır. Özel hastanelerin açılmasının teşvik edilmesi ile birlikte, bu hastanelerin açılması, ruhsatlandırılması ve denetimi konusunda düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca, özel hastanelerin özelliklerine göre çalıştırılması gereken personel ve kullanılması gereken tıbbî donanım ve teknoloji belirlenmiştir. Ancak özel hastanelerde örgüt şemaları tek tip değildir ve bir hastaneden diğerine farklılıklar göstermektedir. Başhekim, tıbbî hizmetlerden sorumlu yönetici; başhemşire, hasta bakım hizmetlerinden sorumlu yönetici ve hastane müdürü de mali destek hizmetlerinden sorumlu yönetici olarak görev yapmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2015, s.206). Tablo 2.1.’de görüldüğü gibi 2010-2017 yılları arasında Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin, üniversite ve özel hastanelere göre sayıca önemli bir üstünlüğü bulunmaktadır.

Tablo 2.1. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2010	843	62	489	1394
2011	840	65	503	1408
2012	832	65	541	1438
2013	854	69	550	1473
2014	866	69	556	1491
2015	865	70	562	1514
2016	876	69	565	1501
2017	879	68	571	1518

Kaynak: <http://rapor.saglik.gov.tr>

2.2. Sağlık Otelciliği ve Hizmetleri

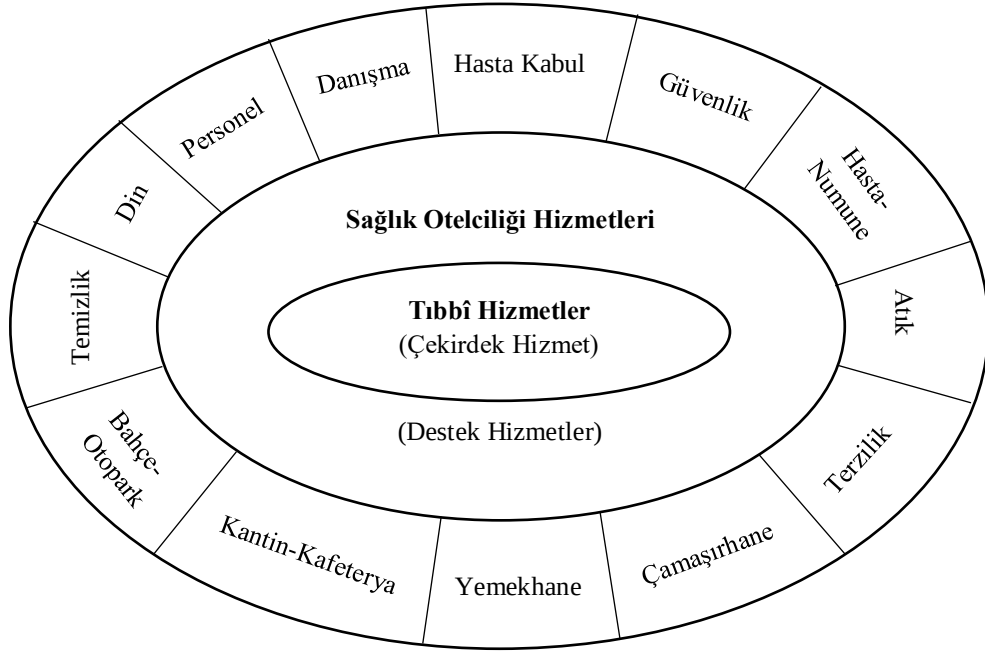
Literatürde *hospitality*, *hospital* ve *hotel* kavramları etimolojik olarak din adamları ve rahipler tarafından yönetilen yolcu hanı, misafırhane, darülaceze anlamına gelen *hospice* kavramına dayanmaktadır. Latince kökeni *hospitium*, *host* olan hospice kavramı; ev sahibi, konuk anlamına gelmektedir. Medikal anlamda ise ölümcül hastalığın fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılamak için bakım ortamı sağlamak üzere tasarlanmış bir tesis veya program olarak tanımlanmaktadır (Aiello vd., 2015, s.186). Kökeni *hospice* kavramından dayanan ağırlama, en yaygın kullanımıyla, ev sahibi ve misafir arasındaki yiyecek, içecek ve konaklama sunumu ile ilişkili bir kavramdır (Brotherton, 1999, s.168) ve geleneksel olarak misafirlerin eğlence veya iş için gönüllü ziyaretleri esnasında gerçekleşmektedir. Hastanelerde ise hastaların keyif almak için değil, rahatsızlıklarına bağlı gelişleri ya da isteksiz ziyaretleri söz konusu olsa da hasta kalışında dikkat ve bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulması nedeniyle ağırlama, en az fiziksel kalite kadar önemli bir hizmet alanıdır (Severt vd., 2008, s.665).

Modern anlamda hastanelerin ortaya çıkması, tıbbî teknoloji ve imkânların ilerlemesine bağlı olarak 19. yüzyılın sonlarına doğrudur. Ancak bundan önce, 1800’lü yılların ilk yarısında özellikle hemşirelik hizmetlerinin gelişmesinde rol oynayan Florence Nightingale (İngiltere, Türkiye) ile tıp araştırmacıları olan Oliver Wendell Holmes (ABD), Ignaz Semmelweis (Avusturya) sağlık hizmetlerinde temizliğin önemini vurgulayan kişiler olmuşlardır. Özellikle sağlık hizmetlerinde el hijyeninin son derece önemli olduğu ilk olarak bu dönemde dikkat çekmiştir (Lane vd., 2010, s.1008). 1861’de Pasteur, bakteri ve mikroorganizmaların el, hava, giysi vb. ile taşındığını kanıtlamıştır.

Bu dönemde, mikropların enfeksiyon sonucunda ortaya çıkmadığı, aksine enfeksiyona neden olan birtakım kimyasal maddeler olduğu ve ısı ile giderilebileceği ispatlanmıştır. 1881 yılından itibaren her türlü tıbbî araç-gereç ve giysi sterilizasyonunda buharlı temizlik ya da kaynatma yöntemlerinin yaygın olarak kullanılmaya ve enfeksiyonların büyük oranda azalmaya başladığı görülmüştür. Özellikle, Florance Nightingale, temiz hasta yatağı, diyet mutfağı, çamaşırhanesi, malzeme deposu bulunan ve hijyen kurallarına uygun hastanelerin kurulmasına öncülük etmiştir. Böylece, hastanelerde verilen ev idaresi hizmetlerinin bugünkü adıyla sağlık otelciliği hizmetlerinin temelleri atılmış olur (Aktaş, 2007, s.20).

Hastanelerde sunulan tanı ve tedavi hizmetleri, hastanelerin en eski ve en temel işlevidir. Hastalara ayaktan veya yatış yoluyla tanı ve tedavi hizmetleri sağlayan hastanelerde, bu hizmetlerin yanı sıra konaklama, yiyecek-içecek, güvenlik vb. hizmetler de sunulmaktadır. Bilindiği gibi, konaklama, yiyecek içecek, temizlik, güvenlik ve eğlence hizmetleri otellerin başlıca hizmetlerdendir. Diğer bir ifadeyle, hastanenin tıbbî fonksiyonu ihmal edildiğinde, hastaya sunulan konaklama ve yiyecek hizmetlerinin bir otel işletmesinin sunmuş olduğu hizmetlerden farklı olmadığı görülmektedir. Bu nedenle hastaneler, misafirleri hasta olan konaklama tesisleri olarak da tanımlanabilir (Sevin, 1998, s.26). Hastaneler dışında, hastaların ihtiyaç ve istekleri dikkate alınarak tek bir mülkiyet içinde hastane ve otel fonksiyonlarını birleştiren alternatif bir konaklama tesisi olarak sağlık otelleri (meditel ya da medikal otel) bulunmaktadır (Han, 2013, s.258). Sağlık otelleri, hizmet çeşitliliği ile diğer medikal/sağlık kliniklerinde sunulan hizmetlere kıyasla daha belirgin yararlar (birçok konforlu otel odası, daha fazla yiyecek ve içecek seçeneği, çeşitli oda hizmetleri, konsiyerj hizmeti, vale park yeri vb.) sağlamaktadır (Sheehan-Smith, 2006, s.584). Sağlık otelleri sağlık olanaklarından yararlananların ihtiyaçları dikkate alındığında üç kategoride sınıflandırılabilir. İlk kategoride; medikal bir merkez yakınında bulunan standart otel, ikinci kategoride; bir hastane tarafından işletilmeyen ama sağlık pazarında hizmet veren otel, üçüncü kategoride ise fiziksel olarak bir medikal faaliyet içerisinde, otel müşterilerine medikal hizmetleri sağlayabilen ve bir hastane tarafından işletilen otel yer alır. Sağlık oteli; tedavi, sağlık bakımı, estetik hizmetler ile otel hizmetlerinin bir çeşidini (örneğin, yiyecek içecek hizmetleri, oda konaklama ve restoranın farklı türleri, iş merkezi, oda hizmetleri, çamaşır hizmetleri, otel tarzında bir fiziksel çevre düzenlemesi) içermektedir (Han and Hyun, 2014, s.367).

Görüldüğü gibi hastanelerde verilen otelcilik hizmetleri ile otel işletmelerindeki hizmetler aynı kapsamda ele alınmaktadır.



Şekil 2.1. Hastane Hizmet Alanları

Şekil 2.1.'de görüldüğü üzere hastanelerde tıbbî tedavi hizmetleri ve hemşirelik hizmetleri çekirdek hizmetleri oluştururken; sağlık otelciliği hizmetleri; temizlik, çamaşırhane, yiyecek ve içecek hizmetinden, teknik, idari ve mali her türlü faaliyete kadar çok geniş bir hizmet alanını kapsamaktadır (Marşap, 2014, s.274). Son yıllarda, hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi kadar, hastalarla birlikte (refakatçi) hasta yakınları ve ziyaretçilere sunulan otelcilik hizmetleri önemli hale gelmiş ve bazı yeni düzenlemelere gidilmiştir (SB, 2015). Bu düzenlemeler kapsamında gündeme gelen “sağlık otelciliği” kavramı, ayakta veya yatarak tedavi gören hastalarda, hastaneye giriş sürecinden başlayarak, hizmet aldıkları ve hastaneden ayrıldıkları süreye kadar mevcut imkânları kullanarak hasta beklentilerine maksimum düzeyde karşılık verebilmek şeklinde tanımlanmaktadır (SB, 2013, s.17). Sağlık otelciliğinin diğer bir tanımı ise sağlık tesislerinde sağlık hizmeti sunumunda; hasta/hasta yakını ve çalışan memnuniyeti odaklı, konforlu, hijyenik, ergonomik ve estetik bir ortamda, hasta ve hasta yakınlarının iletişim-bilgi sorunlarının giderildiği, istek ve ihtiyaçlarının karşılandığı, mekan düzenlemelerinin tamamlandığı, teşhis ve tedavi işlemlerinin sürdürüldüğü hizmetler bütünü olarak yapılmıştır (SB, 2015, s.3).

Sağlık otelciliği hizmetleri ile ilgili ilk çalışma, yiyecek içecek hizmetleri yönetiminde menü planlaması üzerine yapılmıştır. Türkiye'deki hastanelerde yapılan incelemeler sonucunda menü planlaması çalışmalarında istenilen titizliğin gösterilememesi yiyecek, işgücü ve enerji israflarına neden olduğu tespit edilmiştir. Yine bu hastanelerde mutfak düzeni iş akışına tam uymadığı gibi hijyen ve çalışma koşullarının da yeterli olmadığı belirtilmiştir (Aktaş, 1985). Daha sonra hastanelerde ağırlama ile hasta deneyimi arasındaki ilişkiyi araştıran Hepple vd. (1990), davranış, ürün ve çevre ile ilgili ağırlama faktörlerinin hastaneden memnun kalmayı etkileyen önemli unsurlar olduğunu belirtmiştir. Kamusal, kişisel ve terapi ağırlaması olmak üzere hastaya uygulanabilecek üç tür ağırlama vardır. Hastane ortamında kamu ağırlaması; hediyelik eşya dükkanında, resepsiyon masasında veya kafeteryada gündelik etkileşimleri içerirken, kişisel ağırlama; temasların uzun olduğu hemşirelik birimlerinde ve etkileşimlerin kısa, hayati, duygusal açıdan yoğun ve samimi olduğu acil odalarda ortaya çıkmaktadır. Terapatik ağırlama ise iyileşme ve bakımı savunurken ayrılma ve yalnızlık duygusunu azaltmak için kullanılmaktadır (Patten, 1994, s.80). Camilleri ve O'Callaghan (1998, s.131) çalışmalarında, özel ve kamu hastanelerini hasta bakım hizmetlerinin kalitesi bakımından karşılaştırmış, hastaların özel hastanelerden daha yüksek hizmet beklentisi içinde olduklarını belirtmiştir. Ayrıca, özel hastanelerin 'otelcilik' hizmetleri sunumunda kamu hastaneleri karşısında üstünlük yarattıklarını da ortaya koymuştur. Benzer şekilde, özel hastanelerin otelcilik hizmetlerinin sunumunda daha başarılı olduğu (Sevin, 1998), devlet hastanesinde sunulan otelcilik hizmetlerinin yeterli olmadığı ve bu hizmetlerin kalitesini artırmak için çalışılması gerektiği belirtilmiştir (Kılıç, 2002).

Çağdaş hastane işletmeciliğinde, hasta beklentisine uygun doğru teşhis, kaliteli tıbbî bakım ve tedavi, bu hizmetlerin yanı sıra otelcilik hizmetlerinin etkin biçimde yerine getirilmesi, hizmetten faydalananlara hasta psikolojisine uygun bir şekilde bekletilmeksizin, güler yüzlü ve hoşgörülü bir yaklaşım gösterilmesi ile mümkündür (Akalin ve Yılmaz, 2002, s.2). Sağlık kurumlarının temel çıktılarından biri olan hasta memnuniyeti, hastaların beklentilerini karşılayan veya bu istek ve beklentilerin üstünde bir hizmet sunumu olarak ifade edilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.292). Hastane hizmetleriyle ilgili çalışmalarda misafir odaklı bakım ya da hasta odaklı hizmet anlayışına da önem verildiği görülmektedir. Yapılan bir çalışmada hastalar tarafından özel odalar, danışma hizmetleri ve restoran tipi menüler daha yüksek puanlarla değerlendirilmiştir. Çünkü görsel ve fiziksel açıdan çekici ortamların yaratılması,

hastanede kalış süresince ve sonrasında hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi algılarını olumlu etkilemektedir (Swan vd., 2003, s.255). Benzer şekilde başka bir çalışmada da hastane çalışanları, hasta deneyimini artırmak için ortopedi kliniklerinde hizmet planlaması, yürütülmesi ve iyileştirmesi için danışma personel alımını önermiştir (Fottler vd., 2006, s.52). Ancak hastanelerde otel tarzı hizmetlerin önemli olduğunu belirten görüşlere karşı özellikle maliyetleri çok yükselttiğine dair eleştirel görüşler de bulunmaktadır (Sheehan-Smith, 2006, s.585).

Hastane yönetiminde ağırlama ile ilgili yemek, temizlik ve bakım hizmetlerinin hasta odaklılığı olumlu etkilediği görülmüştür (Reynolds and Leeman, 2007, s.182). Hasta odaklı bakım, sadece hastanenin tasarımını değil, aynı zamanda verimliliğini ve personel etkileşimini de etkilemektedir (Kraus and Jensen, 2010). Özellikle, görsel ve fiziksel (aydınlatma, havalandırma, sıcaklık, koku, sessizlik, dekorasyon gibi) açıdan daha çekici ortamların (Aşıkoğlu, 2014, s.127) sağlanmasının sağlık otelciliği hizmetlerinin sunumunda önemli yere sahiptir. Pizam (2015, s.151) da çalışmasında hasta odaklı bir kültürün, sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere kaliteli hizmet sunumunda önemli olduğunu vurgulamıştır. Örneğin, küçük hastanelerinde bile oda servisi, hediyelik eşya ve kuaför salonları gibi otelcilikle ilgili hizmetlerin sunulduğu görülmektedir. Yüksek rekabet ortamında misafir olarak adlandırılan hastaların, hastane seçimlerinde oda servisi dışında sunulan diğer tüm hizmetleri birlikte değerlendirmeleri hasta ağırlamanın kalitesi bakımından son derece önemlidir (Rosenthal, 2013).

İlgili çalışmalara bakıldığında, hastanelerde hasta deneyimini, hasta hizmetlerini ve geri bildirimleri iyileştirmek için ağırlama endüstrisinden yararlanıldığı görülmektedir (Zygourakis vd., 2014, s.49). Hatta hastaneler sağlık otelciliği hizmetlerinin artı değeri ile daha fazla hasta ve refakatçi memnuniyetini yakalayabilmektedir (Akdu, 2016). Sonuç olarak, otelcilik hizmetleri hastane de kalış sürecindeki ağırlama olarak ifade edilebilir. Ayrıca, hastanelere değer katan ve hasta sadakati sağlayan otelcilik hizmetlerinde ağırlama, hastalar yanında sağlık ekipleri için de fayda sağlamaktadır.

Hastanelerde sunulan otelcilik hizmetleri her ne kadar uzun bir geçmişe dayanıyor olsa da günümüz koşullarına uygun hale getirilmesi için yenilenmesi ve iyileştirilmesi kapsamında gerçekleştirilen çalışmalar dikkat çekmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında gündeme getirilen sağlık otelciliği, hizmetlerin yüksek kalite ve memnuniyeti yakalayacak düzeyde sunulması, uygulama birliğinin sağlanması ve hizmet sunum esaslarının belirlenmesi amacıyla “Hizmet Sunum Rehberi” oluşturulmuştur.

Hazırlanan bu rehberde, sağlık otelciliği hizmetlerinin sunumu, hizmet değerlendirme kriterleri (160 kriter) ve bireysel değerlendirme kriterleri (80 kriter) olmak üzere iki farklı bölüm bulunmaktadır (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 2014, s.9). Bu çalışmada, sağlık otelciliği ile ilgili durum saptaması yapılacağından, sağlık otelciliği hizmet değerlendirme kriterleri esas alınmıştır. Sağlık otelciliği hizmetleri; danışma, hasta kabul, temizlik, atık, yemekhane, güvenlik, hasta/numune taşıma, bahçe/otopark, çamaşırhane, kantin/kafeterya, terzilik, din ve personel olarak sınıflandırılmaktadır. Sağlık otelciliği hizmetleri, rehberde toplam 13 kategoride toplanmaktadır.

2.2.1. Danışma

Danışılan yer, müracaat, enformasyon olarak bilinen danışma hizmetleri (TDK, 1998), konaklama birimlerinde resepsiyon ve danışma hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Bu başlık altında konaklama tesislerinde genellikle, resepsiyon, kayıt, rezervasyon, telefon santrali ve danışma (conciierge) hizmetleri verilmektedir. Ancak hastane gibi kamuya açık diğer tesislerde bu hizmetler danışma hizmetleri olarak yapılandırılmaktadır (Mısırlı, 1995). Danışma bir tesis veya işletme hakkındaki ilk izlenimin oluşturulmasında önemli bir rol oynar. Bu nedenle, yetkin ve deneyimli elemanların çalıştırılması, hasta memnuniyeti ve kaliteli hizmet sağlar. Farklı sektörlerde hizmet gösteren danışma bölümlerinde, gelen kişileri veya hastayı karşılayan kişilere danışma görevlisi denir (Seçim, 1994). Danışmada görev alacak personelin; insanları seven, cana yakın, sempatik özelliklere sahip olması, kişisel bakımına özen göstermesi, sosyal çevresi ile etkili iletişim kurması, randevu ve konuk kabullerini gerçekleştirebilmesi, telefonda iletişim kurma becerisinin yüksek olması, internet üzerinden doğru bilgilere ulaşabilme yetisine sahip olması, hastane kurallarını ve işleyişini iyi bilmesi, beden dili iletişimini kullanabiliyor olması ve Türkçeyi yazılı ve sözlü olarak düzgün kullanabilmesi gerekmektedir (Aşıkoğlu, 2014, s.45).

Danışma hizmetleri web ortamında, telefonda ya da yüz yüze olsun doğrudan iletişim gerektiren bir hizmettir. Bu hizmetin ilk adının *kullanıcıya yardım* olması da hizmetin asıl amacını açıkça ortaya koymaktadır (Uçak, 2004, s.408). Bu hizmetler, hastaların hastaneye geldikleri ilk dakikadan, ayrıldıkları ana kadar geçirdikleri zamanda doğru bilgi almalarını, doğru yönlendirilmelerini sağlayarak, gereksiz yere vakit harcamalarını önlemektedir. Hastanelerin çok farklı hizmetin sunulduğu karmaşık yapılar olması nedeniyle, zaman zaman hasta ve hasta yakınları hizmet alacakları birimler veya

gerçekleştirecekleri süreçler ile ilgili yönlendirme sorunları ile karşılaşabilmektedir. Dolayısıyla, hastanelerde hasta ilişkileri servisi olarak da bilinen danışmaların, müşteri memnuniyeti çerçevesinde bu tür çatışmaların ve istenmeyen durumları önleyecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir (Güllüpunar, 2016, s.905). Hastanelerde danışma faaliyetleri hem işletmenin kendisini ifade edebilmesi ve tanıtımı hem de çevresinde olup bitenleri anlama ve tanıma süreçlerini içermektedir. Çeşitli broşür ve el ilanları ile hastane tanıtımının yapılması gibi faaliyetleri içerir (Tengilimoğlu ve Kılıç, 2004, s.180). Bu birimler ayrıca, hastanelere başvuran hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının karşılanması, doğru bilgilendirme ve yönlendirmelerinin sağlanması, gerektiğinde refakat edilmesi ve hizmet sunumlarının kolaylaştırılması amacıyla hastane yönetiminin belirlediği kurallar çerçevesinde yürütülen hizmetleri de kapsamaktadır (SB, TKHK, 2014, s.14).

Hastanelerde bu hizmet kapsamında verilen diğer bir hizmet de santral hizmetidir. Kurumun iç ve dış haberleşme hizmetlerinin kesintisiz yürütüldüğü santral biriminde çalışan personeller, hastane dışından gelen aramaları yanıtlamanın yanı sıra kurum içindeki aramaları yönlendirmekte ve gerçekleştirilen konuşmaların fatura işlemlerini idareye bildirmektedir. Bu bölümde çalışan personelin, kibar, diksiyonunun düzgün, ses tonunun güzel olması, dikkatli olması ve santrali kullanabilecek yeterlilikte olması gereklidir. Hastaların, hastane hakkındaki ilk izlenimleri ilk karşılaştıkları kişilerin davranışlarına göre olmaktadır. Santral çalışanları hasta ve hasta yakınlarının ilk iletişim kurduğu kişilerdir. Bu nedenle santral bölümünde çalışan personele, iletişim teknikleri, halkla ilişkiler konusunda eğitimler verilmelidir (Tengilimoğlu, 2013, s.98).

2.2.2. Hasta Kabul

Hastanelerde hasta kabul işleri, hastaların yatırılması, çıkarılması ve diğer kurumlara nakledilmesi ile ölenlerle ve doğanlarla ilgili işlemleri kapsamaktadır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği [YTKİY], 2013, Madde 53-57). Benzer şekilde, tanı ve tedavi amaçlı hizmet almak üzere hastaneye başvuran ayaktan ve yatan hastaların kabul ve taburculuk veri giriş/çıkış işlemlerinin yapıldığı ve hastane ile ilgili giriş/çıkış kaydı verilerinin hızlı, doğru ve bilgi güvenliği temeline dayanarak yerine getirildiği hizmetler olarak da tanımlanmaktadır (SB, TKHK, 2014, s.18). Hastanenin tüm bölümleriyle ilgili yeni hasta kabulü için kayıt oluşturmada kullanılan ilk veri dizisini toplayan ve taburculuktan sonraki işleri yürüten bu bölümde, hasta kabullerinin izlenmesi

ve listelenmesi, hastane sayımlarındaki günlük dalgalanmaları azaltmaya ve esnek personel sistemlerinde çalışmanın geliştirilmesine yardım etmektedir (Tengilimoğlu, 2013, s.100).

Hastanelerde hasta kabul ofisi, otellerdeki ön büro bölümünün işlevlerine yakın işleri yapmaktadır. Bu bölüm, hastaların ilk müracaatlarını yaptıkları ve sağlık problemlerine göre ilgili bölümlere sevk edilmeden önce hastayla ilgili gerekli bilgilerin kaydedildiği bölümdür. Hasta kabul birimlerinde görev yapan hasta danışmanları; hastaların kabul işlemlerini yapma, muayene sonrası tetkik ve yatış işlemlerini yürütme, hasta ve yakınlarını bilgilendirme ve rehberlik etme bilgi ve becerisine sahip nitelikli kişilerdir (Sevin, 1998, s.28). Tıbbî sekreter olarak da adlandırılan hasta kabul danışmanları, sağlıkla ilgili istatistiki verileri derleyen, bilimsel metotlarla analiz ederek ilgili birimlere rapor edebilen, tıbbî ünitelerdeki haberleşme ve yazışma hizmetlerini yürüten, genel sarf malzemelerinin temini, genel demirbaşların temini ve bakım onarımı ile ilgili yazışmaları yapan kişilerdir (Tengilimoğlu ve Köksal, 2013).

2.2.3. Temizlik

Son yıllarda sayıları giderek artan hastaneler ve genişleyen binalar ile oluşan çeşitli yüzeyler ve çeşitli özellikteki malzemeler ile geniş alanlar endüstriyel temizlik ve endüstriyel ekipman ihtiyacını doğurmuştur. Böylece hastaneler ana işlerine odaklanarak verimliliklerini artırmaya yönelmiş; endüstriyel temizlik ile ilgili işletmeler, daha ekonomik, daha hızlı, daha verimli ve uzmanlık alanında daha kaliteli işler yapmaya başlamıştır. Bu durum, bir temizlik sektörünün ortaya çıkmasını sağlamıştır (Üzümcü, 2011, s.6). Temizlik, yüzeylerin korunması, güzelleştirilmesi, mikropların temizlenmesi ve kullanma koşullarının iyileştirilmesi gibi farklı amaçlarla yapılmaktadır. Genel olarak temizlik kavramı, işletmelerin fiziksel yapılarının korunması, yeni görünümünün muhafaza edilmesi, sürekli temizliğinin ve düzeninin sağlanması yanında kuruluş, yenileme ve dekorasyon aşamalarında estetik ve ekonomik hizmet sunmayı sağlayan (bahçeler ve parklar da dahil) tüm çalışmaları ifade etmektedir (Akoğlu Kozak, 2017, s.131). Temizlik hizmeti iki ana fonksiyondan oluşur. Temizliğin ilk fonksiyonu, hastane çevresinin görünümünü düzenlemek, geliştirmek ve meydana gelen bozulmaları önlemektir. İkinci fonksiyonu ise, yüzeylerde ve hastanedeki alanlarda mevcut olan mikropların ve patojenlerin sayısını azaltmak ve sterilizasyonu sağlamaktır (Tengilimoğlu, 2013, s.91).

Temizlik uygulamalarıyla, yalnızca temizlik değil aynı zamanda hijyenin sağlanması için dezenfeksiyon, hatta hastaneler gibi kritik alanlarda sterilizasyon ve bakım işlemleri kabul edilmektedir. Hastanede temizlik hizmetleri ortamdan kaynaklanabilecek enfeksiyonları önlemek ve hasta, hasta yakını ve çalışanlar için sağlıklı bir ortam oluşturmak amacıyla uyulması gereken temizlik kuralları ve riskli alan tanımlamaları çerçevesinde hastanenin tüm sınırları içerisindeki temizlik faaliyetlerini kapsayan hizmetlerdir (SB, TKHK, 2014, s. 40). Toplu yaşanan yerlerde genellikle iyi bir temizlik yeterli iken, hastanelerde dezenfeksiyonla bütünleşen hijyenik temizlik gerekmektedir. Hastane temizliğinde diğer konaklama işletmelerinden farklı olarak enfeksiyon kontrolü ile ilgili tedbirlerin alınması önemlidir. Temizlik hizmetlerinin düzenli yürütülmesi, antiseptik, dezenfektan ve sterilanların doğru seçimi ve uygun kullanımları, sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerinin mevcut kurallara sıkıca bağlı olarak gerçekleştirilmesi ve tıbbî atıkların doğru yönetimi hastane enfeksiyonları riskini minimuma indirebilmektedir (Özyurt, 1999, s.182; Çiçek, 2009, s.81). Temizlik hizmetleri günümüzde, teknoloji destekli yürütülse de halen önemli bir emek yoğun çalışma alanıdır. Özellikle, işlerin önemli bir bölümünün (oda temizliği, banyo temizliği, cam silme, cila yapma, toz alma vb.) halen insan gücüyle yürütüldüğü temizlik hizmetleri alanında, iş gücü ağırlıklı üretim modeli hissedilir boyutlardadır (Akoğlu Kozak ve Kale, 2004, s.218).

Poliklinik, servis, laboratuvar, ameliyathane, mutfak, çamaşırhane, bahçe gibi hizmet birimlerinin temizliği, hastane personeli tarafından ya da hizmet alımı yoluyla yapılmaktadır (YTKİY, 2013, Madde 88). Konaklama hizmetlerinin sürdürülebilir olmasında personelin yeterliliği kadar kalite gereklerine uygun bir çalışma sistemine sahip olması da son derece önemlidir. Ancak kamu hastanelerinde mevcut yasa, yönetmelik vb. kurallar çerçevesinde bir yönetim söz konusu olduğundan kalite yönetimi ile ilgili çalışmalarda bazı engellerle karşılaşılabilir (Tunç ve Sevin, 2000, s.113). Dolayısıyla temizlik ve düzenden sorumlu olan ev idaresi bölümünün varlığı ve ev ekonomistlerinin istihdam edilmesi gibi kimi destek hizmet uygulamalarının mevcudiyeti sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini artırmaya yardımcı olmaktadır (Işık, 2002, s.13).

2.2.4. amaşırhane

amaşırhane yönetimi, hastanelerde kullanılan yıkanabilir tüm tekstil ürünlerinin ve koruyucu malzemelerin vb. uygun şartlarda toplanması, taşınması, uygun dezenfektanlarla yıkanması, dezenfekte edilmesi, temizlenmesi, katlanıp ütülenmesi, paketlenmesi ve birimlere geri dağıtılması; hastaların, hasta yakınlarının, ziyaretçilerin ve hastane çalışanlarının enfeksiyonlarından korunması ve hastane hijyeninin sağlanması hizmetlerini kapsamaktadır (SB, TKHK, 2014, s.56).

amaşırhane kirli çamaşırlara çeşitli işlemler uygulandıktan sonra tekrar kullanılabilir duruma gelmektedir. amaşırhane gerçekleşen bu işlemlerden ilki, çamaşırların gruplandırılmasıdır. Öncelikle yıkanacak çamaşırlar, aynı renk ve dokularda olması nedeniyle aynı makinede ve aynı zamanda yıkanmamaktadır. Bundan dolayı, yıkanacak olan çamaşırların kirlilik dereceleri, kumaş türlerine, renklerine göre gruplandırılmasının yapılması gerekmektedir (Akoğlan Kozak, 2017, s.197). Daha sonra dikkat edilmesi gereken diğeri bir konu hasar kontrolüdür. amaşırhane çalışanları, gelen kirlilerden, yıpranmış fakat tamiri kabil olanları onarılmak üzere zimmet veya makbuzla terzihaneye vermektedir. Kullanılmaz duruma gelenleri de ayrı bir yerde toplamaktadır. Zaman zaman başhemşire, hastane müdürü ve amaşırhane yetkilisi tarafından bunların tür ve miktarları tutanakla belirlenerek temizlik işlerinde kullanılmak üzere başhemşireye teslim edilmektedir. İmha edilenler bir tutanakla amaşırhane zimmetinden düşölürken yerine verilecek yeni çamaşırlar da zimmete geçirilmektedir (YTKİY, 2013, Madde 93). Çamaşırlar, gruplandırma işlemi tamamlandıktan sonra yıkamaya hazırlanır. Yıkayıp sıkılan çamaşırlar, kırıxıklıkların giderilmesi ve iyi bir görünüm verilmesi amacıyla, son işlemleri yapılmak üzere ilgili bölümlere taşınmalıdır. Kurutulup ütölünen çamaşırlar, katlanarak depolanır (Acar, 2016, s.150).

Hastanelerdeki çamaşırların en temel özelliğı, kan, irin, bakteri, yemek veya ilaç kalıntılarının bulaşmış olmasıdır. Bu nedenle çamaşırların sadece temizlenmesi değıl, en iyi şekilde dezenfekte edilmesi de gerekmektedir. amaşırhane çalışanları, çamaşırlara bulaşmış kan, vücut sıvısı gibi materyallerden enfeksiyon kapma riski taşıdıkları için çamaşırların ayrılması, saklanması, taşınması aşamalarında da dikkatli olmak zorundadır. Çalışanlara birimde karşı karşıya oldukları risk faktörleri ve çalışma prosedürleri ile ilgili eğitimlerin verilmesi, çalışma esnasında maske-eldiven takmalarının ve önlük giymelerinin zorunlu hale getirilmesi ve kişisel temizliklerine dikkat etmeleri sağlanmalıdır (Tengilimoğlu vd., 2015, s.95). amaşırhane tekrarlayan rutin işleri

değiştirmek için farklı iş modellerinin uygulanması gerekir. İş rotasyonu, ekip çalışması ve personel güçlendirme bu yollar arasında yer alır. Örneğın, iş rotasyonu, çalışanların sabit veya düzensiz zaman dilimlerinde farklı görevler arasında hareket etmelerini sağlarken, ekip çalışması ve güçlendirme süreçleri katılımlarını gerektirmektedir. Bilindiğı gibi personele iş değışimi uygulaması, monotonluğı azaltır ve yorgunluk gelişimini yavaşlatır. Ekip çalışmasında ise ekibin her üyesi birkaç farklı görevi paylaştığından, katılımcılı ve rutinden uzaklaşma söz konusudur. Çünkü ekip, işin tüm yönlerini kontrol eder ve birlikte üretir. Bu, durum, meslek hastalıklarının önlenmesinde de önemlidir (Agarwal, 2009, s.9).

Çamaşırhane hizmetlerinin kaliteli ve verimli bir şekilde sunulması için dikkate alınması gereken diğerkonular ise personel, ekipman ve kimyasalların doğru seçilmesidir (Acar, 2003, s.89). Ayrıca, çamaşırhanelerin ısı, nem, koku gibi çalışma koşulları diğerbölümlerden daha ağır olduğundan, sıcak ve nemli havayı emen temiz/soğuk hava veren havalandırma sistemlerinin bulunması gerekir, çamaşırhane ayrılacak alanın optimum büyüklükte olması da önemlidir (Akoğlan Kozak, 2017, s.197).

2.2.5. Terzilik

Geceleme hizmetleri içinde çarşaf, yastık kılıfı, nevresim, pike vb. tekstil ürünleri önemli bir yer tutar. Dolayısıyla, bu ürünlerin bakımı ve onarımı da çamaşırhane hizmetleri gibi destek hizmetler kapsamında yer alır. Bakım işlemleri genellikle yıkama işleminden önce yapılır. Ütü ve kuru temizleme gibi tekstil bakım işlevi içinde yer alır. Bu kapsamda, yırtık ve sökükleürünlerin tamiri yanında, çok eski ürünlerin, farklı kullanımlı ürünlere dönüştürülmesi de yapılabilir. Örneğın, eskiyen çarşafların, boya bakım sırasında örtü olarak düzenlemesi gibi (Akoğlan Kozak, 2017, s.221). Terzilik, hastane yönetiminin gerekli gördüğü tekstil ürünlerinin uygun ölçülerde kesim, tamir ve dikim hizmetinin sunulması ile ilgili faaliyetleridir (SB, TKHK, 2014, s.88). Kurum tabip, hemşire, hasta bakıcı, memur ve müstahdemlerinin görev sırasında giyecekleri gömlekleri, hasta çamaşırlarıyla yatak çarşaf ve yastık kılıflarını ve benzeri kurum çamaşırlarını dikmekte ve bunları çamaşırhane ve ütü birimi sorumlusuna verilmek üzere depoya teslim etmektedir.

Tekstil ürünleri terzihane getirildiğinde, terzi aldığı dokumaları cins ve miktar olarak bir deftere kaydederek, işlem yapar. Sonrasında ise işlenmiş malzemeyi cins ve miktarını da aynı defterde kayıt ederek, ilgili birimlere çıkışını yapar. Bu yolla, olası

karışıklıklar önlenmiş olur. Birden fazla terzi bulunan terzihanelerde içlerinden biri terzihaneye ait idari işleri yönetmek, terzihanenin düzenli çalışmasını sağlamak için hastane müdürünce sorumlu seçilmektedir (YTKİY, 2013, Madde 172). Bu hizmet, genellikle çamaşırhane hizmetleri içinde yerine getirilirken, farklı uygulamalarda kuru temizleme hizmetleri içinde de verilebilmektedir (Tekin ve Durna, 2012, s.101).

2.2.6. Atık

Hastanede üretilen tüm atıkların hastaların, hasta yakınlarının, ziyaretçilerinin ve çalışanların sağlığını tehdit etmeyecek ve çevreye zarar vermeyecek şekilde niteliklerine göre ayrı olarak toplanması, ünite içinden taşınması, geçici depolanması ve ilgili birimlere teslim edilmesi süreçlerinde uyulması gereken kuralları içerir (SB, TKHK, 2014, s.50).

Atıklar, en kısa tanımıyla, o andan sonra değeri ve doğrudan kullanımı olmayan nesnedir (Akbolat vd., 2011, s.140). Hastanelerdeki atıklar genellikle enfekte atıklar ve evsel atıklar olarak tanımlanır. Enfekte atıklar; genel olarak tıbbî atıkların yüzde 10 ila yüzde 15'i enfekte atık olarak kabul edilir. Enfekte atıklarda bulunan en yaygın ve tehlikeli hastalıklar hepatit B virüsü ve HIV'dır. Bu tür atıklar yoğun olarak laboratuvarlardan, ameliyathanelerden, yoğun bakım ünitelerinden, acil servislerden, kliniklerden, hasta odalarından ve doktor muayene odalarından kaynaklanmaktadır. Bunlara örnek olarak laboratuvar kültürleri, enfeksiyonlu hastaların cerrahi ve otopsi uygulamalarından çıkan materyal, izolasyon odalarındaki hastaların atıkları ve hemodiyaliz hastalarında kullanılan malzemelerle ilgili atıklar verilebilir. Evsel nitelikli atıklar; ünitelerden atılan ancak enfekte olmamış mutfak atığı, bahçe atığı, büro atığı, ambalaj malzemeleri, şişe ve benzeri malzemelerden oluşan atıklardır. Bu atıklar, idari binalar, hasta, doktor ve hemşire odaları, yemekhane ve kafeterya gibi kaynaklardan oluşan ambalaj malzemesi, çiçekler, gazeteler, yemek artıklarını kapsar (Cansaran, 2010, s.54). Dünya Sağlık Örgütü ise sağlık bakım atıklarını enfeksiyöz, patolojik, farmasötik, genotoksik, kimyasal, ağır metal, basınçlı kap, kesici delici ve radyoaktif olarak sınıflandırmaktadır. Atıkların sınıflandırılması yönetilmesi, toplanması ve bertaraf edilmesi açısından önemlidir. Yasa, yönetmelik, genelge ve diğer düzenlemelerde bertaraf kelimesi atıkların ortadan kaldırılması anlamında kullanılmaktadır (WHO, 2003).

Hastane atıkları potansiyel enfeksiyon kaynağıdır. Bu nedenle diğer atıklardan farklıdır. Atıkların toplanması ve imha edilmesinde sağlıklı ve kalıcı bir çözüm için en önemli hususlardan biri bunların çeşitlerine göre ayrılarak ortaya çıktıkları yerde toplanmasıdır. Atıkların bu şekilde tutması hijyen açısından önemli bir yer tutmaktadır. Amaç, hastayı, personeli ve çevreyi enfeksiyon yapıcı ve bulaşıcı hastalıklardan korumaktır (Akoğlan Kozak, 2009, s.131). Atıkların nihai bertarafından önce muamele edilmesi atıkların mikrop yayma ve bulaşma etkilerini ortadan kaldırmaktadır. Atıkların bertarafı çukura gömerek ya da yakarak yapılsa da ancak birçoğu kamu arazilerine atılmaktadır. Çünkü tıbbî atıkların yakılması daha kötü zararlara neden olabilmektedir. Tıbbî atıkların yakılmasında geliştirilen termal, kimyasal, radyasyon gibi yeni yöntemler ile tehlike boyutu biraz daha azaltılabilmektedir (Lauer, 2009). Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında ortaya çıkan atıkların büyük bir bölümü evsel atıklardan oluşmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunucuları tarafından üretilen atıkların %75-90'ı evsel atık olarak değerlendirilebilecek nitelikte, risk taşımayan ya da “genel” sağlık bakımı atıklarıdır. Bu atıkların çoğunluğu, hastanenin yönetim ve ev idaresi işlevleri sonucunda oluşmaktadır. Tıbbî atıkların geri kalan % 10-25'i tehlikeli olarak kabul edilmekte ve çeşitli sağlık riskleri oluşturmaktadır (Prüss vd., 1999, s.2).

2.2.7. Yemekhane

Hastane tarafından verilmekte olan yemek hizmetlerinin günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak sunulması maksadıyla, gıda kaynaklı hastalıkların gelişmesini önlemek, yiyeceklerin yıkanması, hazırlanması, pişirilmesi, saklanması, taşınması, hasta, hasta yakını ve çalışanlara dağıtılması, boşların toplanması, bulaşıkların yıkanması ve tekrar servise hazır hale getirilmesi ile ilgili güvenli uygulamaları sağlayan hizmetlerdir (SB, TKHK, 2014, s.60).

Hastanelerde yiyecek içecek hizmetleri yönetimi ile ilgili bir başka önemli konu menü planlamasıdır (Aktaş, 1985). Toplu beslenme hizmeti, belli bir grubun beslenmesini bir merkezden planlayan ve yürüten, yiyecek ve içecekleri, tüketime hazır halde sunan bir hizmet sektörüdür. Her bir basamaktaki işlemin doğru ve etkin bir şekilde yürütülebilmesi öncelikle menü planlamasının yapılmasıyla gerçekleşir. Bu hizmeti veren kuruluşların en önemlilerinden biri de hastanelerdir (Dündar vd., 2000, s.2). Kurumlarda, kadrolarında bulunan tüm personel ile yönetmelikler gereği hastanede staj yapan öğrencilere ve hizmet içi eğitime gelen sağlık ve yardımcı sağlık personeline öğle yemeği,

bunlardan kurumda yatanlarla bu yönetmeliğin ilgili maddelerindeki hükümlere göre sürekli olarak kurumda kalanlar ve nöbetçilere üç öğün yemek ve vardiya uygulanan kurumlarda vardiyaya kalan personele çalışma sürelerine isabet eden öğünlerde yemek verilmektedir (YTKİY, 2013, Madde 89-90). Hastaların beslenmeleri normal ve rejim yemeği olmak üzere ikiye ayrılır. Normal yemek hastalara her gün sabah kahvaltısı, öğle ve akşam yemeklerini; rejim yemeği hastalara tıbbî zorunluluk veya tedavi gereği olarak verilecek her türlü yemeği ve besin maddelerini tedavileri ve beslenmeleri içermektedir (Öney ve Çiçek, 2009, s.142).

Hastane yemek hizmetleri üst düzeyde bir politika, çerçeve, yönetim ve temsil gerektirmektedir. Bu hizmetler mutfakta üretimden tüketime kadar misafirperverlik ve kaliteyi vurgulamaktadır. İştah açıcı bir şekilde sunulmuş kaliteli yiyecek, müşterilerin memnuniyeti yanında kurumsal yiyecek-içecek işletmelerinde de örneğin hastanelerde hastanın daha çabuk iyileşmesinde etkin rol oynamaktadır (Stanga vd., 2003, s.245). Örneğin, yemeklerin görünüşü, lezzeti, dokusu ve ısısı hastaların yemek tüketimini %50 oranında etkilemektedir. Bu yüzden hastane yemek hizmetleri yöneticisinin amacı besinsel kalitede, dengeli, lezzetli ve ısısı uygun, hijyenik yemek hazırlamak, dağıtmak ve hizmet sunmaktır (Askarian vd., 2004, s.16; Yoon and Shanklin, 2007, s.325).

Yemek hizmeti faaliyetleri üç ana başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bunlardan birincisi bütünleştirilmiş yemek hizmet sistemleridir ve hem yemek üretimi hem de yemek sunumu tek bir faaliyetin parçası olarak yürütülmektedir. İkincisi yemek imalat sistemleridir ve bu faaliyette yemeklerin üretimi, yemeklerin sunumundan ayrılmaktadır. Üçüncüsü yemek dağıtım sistemleridir. Bu faaliyette yemek üretimi az ya da hiç yoktur ve sadece sürekli olarak menülerin sunumuna odaklanmaktadır (Edward and Hartwell, 2006, s.422). Sağlık Bakanlığı hastanelerinde; yemek hizmetleri önceleri hastanelerde malzeme dahil hastane kadrolu personeli ile hastane bünyesinde yürütülürken, son yıllarda dışardan hizmet alımı şeklinde taşeron şirketlere yaptırılmakta ve planlanması ile denetimi idare tarafından gerçekleştirilmektedir (Yanık ve Yılmaz, 2011, s.127).

2.2.8. Kantin ve Kafeterya

Kafeteryalar hastanelerde hastaların, ziyaretçilerin, çalışanların dinlenebileceği, bir şeyler yiyip içebilecekleri, sosyalleşebileceği, zaman geçirebileceği alanlardır. Hastaların, hasta yakınlarının, ziyaretçilerin, çalışanların ihtiyaçlarını karşılamak için açılan kantin ve kafeteryalar hastane yönetiminin kontrolü altında olmalıdır. Yasaya göre

yasaklanmış olan ürünlerin satışına izin verilmemelidir. Ayrıca hastane yönetimi satılan ürünlerin fiyat, kalite, saklanma ve hazırlanma koşullarını da denetlemelidir. Hastanelerden hizmet alan hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların ihtiyaçlarını karşılamak için kaliteli, sağlıklı ve uygun ortamda hazırlanmış ürünleri sunmak amacıyla hizmet veren tüm kafeterya hizmet alanını ve çalışanlarını kapsayan hizmetlerdir (SB, TKHK, 2014, s.84).

Çekici ve lezzetli yemekler sunan, ıııklı, havadar ve iyi dekore edilmiş hastane kafeteryası hem personel hem de ziyaretçiler için tercih sebebi olmuştur. Aynı zamanda, seçimli menülere göre yiyecek hizmeti veren hastane kafeteryası hastanenin yiyecek birimi için de gelir getiren bir birimdir (Sevin, 1998, s.91). Kurum ve kuruluşlar bünyesinde açılmış bulunan büfe, kantin ve çay ocağı gibi yerlerin üçüncü kişilere kiraya vermek suretiyle işletilmesi işlemlerinde, idarelerince gerekli insiyatifin kullanılması ve yönetmelik ile öngörüldüğü şekilde, daha yüksek getiri ve kârlılık anlayışından ziyâde, kurumun huzuru, güvenliği, gizliliği, sağlığı ve temizliği gibi kriterler ön planda tutulmalı, kiraya verme işlemleri bu çerçevede yürütülmelidir (SB, Genelge 2004/32).

2.2.9. Güvenlik

Güvenlik, toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi durumu, emniyet olarak tanımlanmaktadır (TDK, 1998). Hastaneler diğer kamuya yararlı hizmet kuruluşları gibi herkesin serbestçe ve kolayca ulaşabileceği kurumlardır. Bu nedenle, suç işlemeye eğilimli ve kasıtlı kişilerin daha rahat barınabileceği noktalar olabilmektedir. Ayrıca hastane hizmetlerinin doğası ileri derecede kişisellik ve mahremiyet içermekte ve bu ilkeye sahip çıkılması da gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı, 5188 Sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun'un yürürlüğe girmesiyle birlikte yayımladığı genelgeyle sağlık kurum ve kuruluşlarının güvenlik hizmeti satın alabilmesinin önünü açmıştır (Tengilimoğlu, 2013, s.107). Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun Hükümleri çerçevesinde hastanelerde, fiziki ve teknik imkânları kullanarak, hasta-hasta yakınlarının (refakatçi, ziyaretçi) ve çalışanların mesai içi ve dışında (7/24 saat) hastane girişinden çıkışına kadar can, mal güvenliğinin ve huzurunun sağlanması, hastane demirbaşlarının korunması için gözetim, denetim ve kontrol yapma hizmetleridir (SB, TKHK, 2014, s.30).

Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, tıbbî hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. Tıbbî

hatalar, planlanan bir işin amaçlanan şekilde tamamlanamaması ve amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanmasıdır. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfının (National Patient Safety Foundation) tanımına göre hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta zararlarının azaltılmasıdır. Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef, hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyen, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyan, hata olasılığını ortadan kaldıran bir sistemin kurulmasıdır (Güven, 2007, s.411). Mutfak ve çamaşırhane çalışanlarında ısı, elektrik, gürültüden kaynaklanan fizik riskler ön plana çıkarken, kat hizmetlilerinde deterjanların oluşturduğu irritasyon, uygun atılmayan iğnelerin neden olduğu kesici ve delici yaralanmalar, burkulma, zorlanma gibi kas-iskelet sistemi sorunları dikkat çekmektedir (Dokuzoğuz, 2008, s.155). Sağlık çalışanlarının, çalıştıkları ortamların ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır, bunun için öncelikle çalışma ortamlarında sağlığı bozan etmenlerin iyi bilinmesi, korunma önlemlerinin alınması ve bu etmenlere yönelik bilgilendirmenin yapılması gereklidir (Saygun, 2012, s.374). Güvenlik işlevinin en önemli unsuru; güvenlik sorunlarının tespit edilmesi ve buna uygun bir güvenlik programının oluşturulmasıdır. Güvenlik programında sadece güvenlikten sorumlu personelin değil, tüm hastane çalışanlarının dikkate alınması ve muhtemel sorunlar karşısında hazırlıklı olmaları sağlanmalıdır (Coşkun, 2016, s.100).

Türkiye’de Hizmet Kalite Standartları kapsamında 2008 yılında mavi kod, 2009 yılında pembe kod, 2011 yılında ise beyaz kod sisteminin uygulanmaya başlaması ile üç farklı renkte kod uygulaması başlatılmıştır. Renkli kodların çalışanlar tarafından kabul görmesini ve uygulanmasını sağlamak için belirlenen renk kodlarıyla ilgili eğitimlerin verilmesi, hastaneyle ilgisi bulunan herkesin haberdar olmasının sağlanması ve ortak bir dilin oluşturulması gerekmektedir. Mavi kod; tüm dünyada aynı acil durum için aynı rengin kullanıldığı tek renkli koddur. Genellikle oluşturulan bir çağrı sistemi aracılığıyla sağlık çalışanı tarafından verilen kod, belirlenmiş sorumlu personelin, çoğunlukla kalp krizi durumundaki hastaya müdahalesini mümkün kılmaktadır. Pembe kod; hastanede servislerde tedavi için bulunan bebek veya çocuk hastayı kaçırma girişiminin veya kaçırma durumunun tespit edilmesi halinde uygulanan acil durum yönetim aracıdır. Beyaz kod; hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemeyi amaçlayan acil durum yönetim aracı olarak tanımlanmaktadır (SB, 2013).

2.2.10. Hasta-Numune Taşıma

Hasta taşıma, hastaların hastane içerisindeki tüm birimlerde güvenli ve gerektiğinde hızlı bir biçimde taşınması ile ilgili hizmetlerdir. Hasta taşınmasından önce mutlaka hastanın rahatsızlığı ile ilgili bilgi edinilmelidir. Özellikle vakalar (Ortopedik vakalar, Nöroşirurji vakaları, trafik kazaları vb.) için uygun taşıma tekniklerinin kullanılması ve gerektiğinde taşıma işlemi esnasında ilgili sağlık personelinin desteğinin alınması gerekmektedir. Numune taşıma hastane içinde evrakların ve hasta numunelerinin güvenli ve hızlı bir şekilde transferini sağlama hizmetlerini içermektedir (SB, TKHK, 2014, s.37).

Numune taşıma hizmetlerinde kaliteli ve güvenilir bir laboratuvar hizmetinin gerçekleştirilebilmesi için laboratuvarlar preanalitik, analitik ve post-analitik süreçleri kapsayacak şekilde düzenlenmektedir. Bu süreçler; otomasyon programı kullanılarak, hekim tarafından yapılan istemlere ait, uygun koşullarda alınmış ve transferi gerçekleştirilmiş numunelerin, laboratuvara kabulünü, testlerin yapılmasını, sonuçların onaylanmasını ve raporlanmasını, laboratuvar analizlerinde görülebilecek aksaklıkların çözüm yollarının oluşturulmasını, aksaklık durumunda ilgili sağlık personelinin ve hastaların bilgilendirilmesini kapsamaktadır (SB, TKHK, 2012, s.15).

Numune taşımada, hastane yöneticileri organ nakil faaliyetlerinin koordinasyon içinde yürütülmesi gerektiği için organ dağıtım stratejilerinin oluşturulmasına, potansiyel alıcıların taşıma organizasyonu ile ilgili çalışmaları planlamasına ve dağıtım kurallarının saptanmasına ve bu konuda yeni bir anlayış geliştirilmesine dikkat etmektedir (Boulware vd., 2007, s.1778). Örneğin, bir organ nakli, bağışın yapıldığı merkezde gerçekleştirilecekse bu süreçte karşılaşılabilecek lojistik problemler en az düzeydedir. Asıl sorun organ bekleyen hastaların organ bağışı yapılan hastaneden uzak bir bölgede ameliyat olma durumudur. Böyle bir durumda organın şehirlerarası taşınması gerekmektedir. Organların özel taşıma/saklama koşullarında soğuk istemi zamanı göz önüne alınarak çok hızlı bir şekilde taşınması önemlidir (Genç, 2009, s.42).

2.2.11. Bahçe/Otopark Bakımı

Bahçe hizmetleri, hastane bahçesinde bulunan tüm alanların temizliğinin ve düzeninin sağlanması için peyzaj çalışmalarının yapılması, yeterli düzeyde oturma ve

dinlenme alanlarının oluşturulması, bahçede güvenliğini tehdit eden zararlılarla mücadele edilmesi, yapısal sorunların giderilmesi, sağlıklı yaşam ilkesi doğrultusunda fiziksel faaliyetlere ilişkin düzenlemeler yapılması, yeterli aydınlatma ve yönlendirme hizmetlerinin doğru bir şekilde sağlanması ile ilgilidir (SB, TKHK, 2014, s.52). Bahçeler; günlük ve monoton yaşam biçimlerinden uzaklaşılacak, çevre ile uyumu yansıtan, insanlara görsel açıdan hoşnutluk sağlayan mekânlardır (Mamut ve Barış, 2012, s.48). Hastane bahçelerinde, peyzaj düzenlemeleri genel olarak işlevsel ve estetik olarak ikiye ayrılmaktadır. İşlevsel olarak hastane bahçelerinin tasarımında; kullanıcı (ziyaretçi, hasta, personel) isteklerinin ve hastane kullanımlarının analiz edilerek en doğru çözümün bulunması, özel bir çaba ister. Estetik olarak ise tasarım kriterleri belirlenirken; kullanılan objeler, hasta ve ziyaretçiler için teskin edici nitelikte olmalıdır (Gülezer vd., 2001, s.161). Hastane bahçeleri, hastalar üzerinde olumlu bir etki uyandırmakla birlikte hastaların tedavi edilmesi sürecinde ruhsal, fiziksel ve sosyal anlamda önemli bir rol oynamaktadır (Karakaya ve Kiper, 2011, s.68). Görsel çevre kalitesi, insanların psikolojik sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Estetik ve göze hoş gelen mekanlarda bulunmak ve yaşamak insanları daha mutlu etmektedir (Aksu ve Demirel, 2012, s.238). Ancak hastane bahçelerinin peyzaj tasarımları açısından oldukça yetersiz ve eksik olması, açık-yeşil alanların tamamen otopark olarak kullanılması, bakımsızlık, rekreatif etkinliklere yer verilmemesi ya da etkinlik çeşitliliğinin bulunmaması, hastaların streslerinden uzaklaşmalarına yardımcı olacak terapi alanlarının bulunmaması gibi eksikliklerin de göz ardı edilmemesi önemlidir (Sakıcı vd., 2013, s.67).

Otopark tasarımı da hastaneler için önemlidir. Hastane bahçeleri, çok sayıda hastayı, çalışanı ve ziyaretçiyi içinde barındıran bölgeler olup, yaya ve taşıt sayısının fazlalığı dolayısıyla otopark sorununun da çok sık yaşandığı alanlardır. T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın Otopark Yönetmeliğine göre nüfusu 200.000'den fazla olan yerleşmelerde bulunan hastanelerde, 75 m² için 1 otopark yeri ayrılması zorunludur (Demir, 2015, s.56). Otopark hizmetleri, hastanelerde hasta, personel ve ziyaretçilere hizmet verebilecek otopark amaçlı olarak düzenlenmiş alanların varlığını ve yeterliliğini göz önünde bulundurarak, hasta ve personel için ayrı ayrı olmak üzere otopark alanlarının oluşturulması, Otopark Yönetmeliği'ne uygun olarak yeterli alanın belirlenmesi, yeterli aydınlatmanın sağlanması, araç yönlendirme ve trafik levhalarının doğru konumlandırılması ve yayaların güven ve rahatlık hissedebilmesi için taşıt trafiğinin ile yaya trafiği birbirinden ayırarak verilen hizmetlerdir (SB, TKHK, 2014,

s.52).Hastanelerde, otopark alanının mümkün olduğu kadar yakın olması gerekmektedir. Bu nedenle, bu gibi yerlerde otopark alanları binaların yanlarına veya arkasına yerleştirilmelidir. Fiziksel engelli kişilere yönelik otopark yerleri ise girişlerin yanında düşünülmelidir. Otopark alanı sadece park yeri anlamında elverişliliği yanı sıra araçlarını park eden kişilerin de yaya olarak en iyi kullanma imkan verecek şekilde planlanmalıdır. Park alanı girişi, çıkışı ve içindeki trafik akışı; araçların kolay ve rahat hareketini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. (Selim, 2011, s.35). Poliklinikleri kalabalık olan hastanelerde, acil servisin ayrı bir binada planlanması uygundur. O zaman bu kısım ulaşılması kolay bir yerde inşa edilmeli ve araçların da yanaşabileceği ve dönüş manevrası yapabileceği şekilde planlanmalıdır. Avlu sisteminde geliştirilmiş bir hastanede bu bölüm giriş ve çıkışı kolay olabilecek bir yerde, blok sisteminde ise binanın ulaşımı en kolay sağlanabilecek tarafında planlanmalıdır. Çünkü buraya gelen hastalar için zaman çok önemlidir (Demir, 2015, s.55).

2.2.12. Din Hizmetleri

Hastane bünyesinde vefat etmiş tüm mevtaların belirli bir süre için uygun koşullarda muhafaza edilmesi, gerekirse yıkanması, cenazenin yakınlarına teslim edilmesi, gerekli resmi işlemlerin yürütülmesi ve defin işlemine hazır hale getirilmesi için yapılması gerekli işlemlerin yürütüldüğü hizmetlerdir (SB, TKHK, 2014, s.92). Ölüm vukuunda servis veya nöbetçi tabibi ölüm sebebini ve zamanını tespit ederek tabelasına kayıt ve altına imza atmaktadır. Ölüm tespitinden sonra servis tabibi veya nöbetçi tabip ve kurumda görevli iki kişi huzurunda ölünün yanında bulunan kişisel eşyası ve parası tespit ve müfredatıyla tabelasına kayıt olunarak usulüne göre muhafaza edilmektedir. Ölünün, tabelasındaki kimliği aynen delikli bir kartona yazılarak sağ ayağının başparmağına bağlanır ve cenaze gasilhaneye nakledilerek, özel defterine kaydı yapılmaktadır (YTKİY, 2013, Madde 82).

Batı’da, hastaneler ve hastalar için din adamlarıyla sadece hastane içinde değil hastane dışında da işbirliğine gidilmektedir. American Society for Hospital Public Relations of the American Hospital Association (ASHPRAHA), hastaneler açısından kamu yararına gerçekleştirilebilecek faaliyetler arasında din adamlarıyla işbirliği yapılarak haftanın ve yılın belirli günlerinde cemaate insan ve toplum sağlığı ile ilgili bilgi verilmesini sağlama konusunu da önermektedir (Seçim, 1997, s.59).

İslam geleneğinde hastalara yönelik dini danışmanlık hizmetleri bulunmakta ve bu hizmetleri yerine getirebilecek din görevlileri hastane içinde görev yapmaktadır. Türkiye’de sadece ölüme yakın ve ölüm sonrası hizmet şeklinde sürdürülen hastane din görevlisi uygulamasının Batı’daki uygulama ile benzerliği yoktur. 1995 yılında hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara din ve moral hizmetleri sunulması anlamında başlatılmış olsa da zaman içinde eleştirilerin artması üzerine yaklaşık bir buçuk sene sürdürülen bu uygulama sonrasında resmen yürürlükten kaldırılmıştı. Dolayısıyla, hastanelerde, hastalarla meşgul olan ve onların moralini, maneviyatını destekleyen, onlara ümit veren ve dua eden herhangi bir din adamı bulunmamaktaydı (Korkmaz, 2010, s.294). Ancak 2015 yılında yeni yapılan düzenlemeler kapsamında inanç değerlerinin, moral ve motivasyondaki yerini ve desteğini hisseden tüm hastalara ve yakınlarına bu konuda eğitim alan din adamlarınca manevi destek verileceğine yönelik projeler gündeme gelmeye başlamıştır (www.hurriyet.com.tr).

2.2.13. Personel

Sağlık sektörü gibi emek yoğun sektörler için çalışanlar önemlidir. Sağlık çalışanları uzun bir eğitimden sonra sektörde çalışabilmekte ve toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla insan kaynağının etkin kullanımına özen gösterilmesi gerekmektedir (Kavuncubaşı, 2011). Hizmet sektöründe hem hizmeti sunan insan kaynağının motive edilmesi, hem de hizmeti alanların memnuniyetinin sağlanması önemlidir. Müşteriyle yakın temas halinde bulunan hizmet çalışanlarının müşteri memnuniyetini sağlayacak şekilde her türlü yetkiyi kullanabilmesi sağlık hizmetleri gibi hizmetin verildiği anda önem kazandığı işletmelerde daha fazla dikkat çekmektedir (McConnel, 2013, s.7).

Personel yönetimi, işletmenin amaçları doğrultusunda işin yapısına ve gereklerine uygun personelin seçilmesi, eğitimi, işe başlatılması ve performansının değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir (Akoğlan Kozak, 2017, s.19). Personel yönetimi birimleri, hastanelerde çalışan personelin işlemlerini ilgili mevzuata göre yürütmektedir. Genellikle bu birimde; personelin işe alınmasından başlayarak, çeşitli nedenlerle ilişkisinin kesilmesine kadar tüm özlük işleri ile ilgili kayıtlar tutulmakta, personel hakkında çıkan kanun-kararname, yönetmelik gibi yürütme kararlarının uygulanması sağlanmakta, personelin hak ve sorumlulukları takip edilmektedir. Bunlara ek olarak, çalışanlar tarafından takılması gereken personel kimlik kartları çıkartılmakta, hastanenin hem genel

hem de birim amaçlı oryantasyon eğitimleri organize edilmekte, çalışanların aldığı tüm eğitimler, kurslar özlük dosyalarına işlenmekte, her personele ait bir dosya tutularak atama, tayin, terfi, disiplin, rotasyon, istifa, izin, ölüm ve emeklilik işlemleri, ücretleme, nöbet çizelgeleri hazırlanmaktadır (Tengilimoğlu, 2013, s.103)

Personel yönetimi, 1950’li yıllarda, her çalışanın sağlık hizmeti alması gerektiğini, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmasının insanlık hakkı olduğunu ve bu hakkın yaşama hakkı sınırları içerisinde bulunduğunu ve her ülkenin buna uyması gerektiğini belirten Uluslararası Çalışma Örgütü’ne (ILO) uygun hareket ederek, işçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin önlemleri gözden geçirmektedir. İnsan kaynağına verilen önemin göstergesi olan insan kaynakları yönetim fonksiyonlarının gereği gibi uygulanmadığı işyerlerinde, iş kazası ve meslek hastalıklarının ortaya çıkma riski daha fazla olacaktır. İş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi konusunda insan kaynakları yönetimi fonksiyonlarını oluşturan iş analizi, insan kaynakları planlaması, çalışan seçimi, eğitim, performans değerlendirme, ücretlendirme ve sendika ile ilişkiler önemli rol oynamaktadır (Karacan ve Erdoğan, 2011, s.110). Ayrıca, iş güvenliği algısının çalışan sağlığının önemli bir belirleyicisi olduğunu söylemek mümkündür (Kunhert and Palmer, 1991, s.178). Özellikle, hastane ortamında kaza ve riskli durumların çok düşük düzeyde rapor edildiği ve özel hastanelerde risk yönetiminin kamu hastanelerine göre daha iyi uygulandığı görülmektedir (Sezgin, 2007). Sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi ile ilgili olarak performans değerlendirme, iş memnuniyeti, moral, motivasyon, örgütsel bağlılık, iş analizi, iş tasarımı, eğitim ve geliştirme, işçi sağlığı ve iş güvenliği konularının dikkat çektiği görülmektedir (Benligiray, 2007).

Hastanelerde sunulan sağlık otelciliği hizmetlerinin her geçen gün değişen teknolojiler ve rekabetçi ortamlar bağlamında, yeni bir boyuta taşınması gerekmektedir. Özellikle, sağlığını yeniden kazanmak ve/veya korumak isteyen insanların, tıbbî tedavi almak yanında, konforlu ve sağlıklı ortamlarda konaklamaları, medikal turizme olan talebi artırırken, sağlık otelciliği kapsamındaki hizmetlerin de daha kaliteli verilmesini zorlamaktadır. Bu nedenle, turistik otelcilik ile ilgili birçok hizmetin aynı özenle medikal alana taşınması, yeni bir seyahat deneyimine de zemin hazırlayacaktır (Hume and DeMicco, 2007, s.76). Hastanelerde, hastaların acısı en aza indirmeyi tıbbî hizmetler sağlarken; konforlu bir ağırlamayı ise sağlık otelciliği hizmetleri karşılar. Günümüzde önemi her geçen gün artan otelcilik hizmetlerinin güncellenmesi ve iyileştirilmesi ise stratejik bakış açısının mevcudiyetine bağlıdır (Carvalho vd., 2016, s.871). Çünkü

stratejik bakış açısı üst düzeyin liderliği, katılımcı uygulamalar, uzun soluklu olma ve dış çevre koşullarını dikkate alan bütüncül ve rekabetçi bir yapıyı ön görür. Bu nedenle, sağlık oteleciliği kavramını örgütsel ustalık stratejileri bağlamında değerlendirmelere dayanak olması bakımından bir sonraki bölümde strateji kavramı detaylı olarak ele alınmaktadır.

2.3. Strateji Kavramı ve Unsurları

Strateji kelimesinin etimolojik kökeni Eski Yunanca “stratos” (ordu) ve “agein” (öncülük etmek) kelimelerinin birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Özellikle, askeri alanda sık kullanılan bir kavram olarak strateji, bir savaşta orduların girişecekleri hareketlerin ve operasyonların tasarlanması ve yönetilmesi sanatıdır. Askeri anlamda strateji, kaynakları etkili ve ekonomik bir şekilde kullanarak zafere ulaşmak ve düşman güçlerinin güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek olarak da tanımlanmaktadır (Ülgen ve Mirze, 2010, s.35). Strateji kavramı, ekonomik anlamıyla ilk defa iktisatçı ve matematikçi olan Neuman Morgenstern tarafından kişisel faydasını maksimum kılmaya çalışan iki oyuncunun rasyonel davranışları şeklinde tanımlanmıştır (Akgemci, 2007, s.3). Mintzberg’e göre strateji; 5P olarak adlandırılan ve sürdürülebilirlik için *plan*, rekabet için *manevra*, işletme faaliyetleri için bir *model*, işletme dış çevresi açısından bir *pozisyon*, işletmenin iç çevresi için genel bir *görünüş* çizelgesidir (Mintzberg, 1987, s.11). Dinçer (1998, s.19) stratejiyi, işletmeye yön vermek ve rekabet üstünlüğü sağlamak amacıyla, işletme ve çevresini sürekli analiz ederek uyum sağlayacak amaçların belirlenmesi, faaliyetlerin planlanması ve gerekli araç ve kaynakların yeniden düzenlenmesi süreci olarak tanımlamıştır. Ülgen ve Mirze’ye göre (2010, s.35) strateji, rakiplerin faaliyetlerini inceleyerek, amaçlara ulaşmak için belirlenmiş, nihai sonuca odaklı, uzun dönemli dinamik kararlar topluluğudur. Görüldüğü gibi yönetim biliminde strateji, bir işletmenin amacına ulaşmak için izleyeceği yolları gösterir ve işletmelerin rakiplerine karşı izleyeceği stratejilerini, planlarını kapsar (Özer, 2015, s.73). Stratejik yaklaşımın bu düzeye gelmesine kadar dört farklı evreden geçilmiştir. Bunlar; temel finansal planlama, tahmin temelli planlama, stratejik planlama (dışa yönelik) ve stratejik yönetim evreleridir (Eren, 2010, s. 5).

1950’li yıllarda ulaşılacak hedeflerin belirlenmesi yanında bu hedeflere nasıl varılacağı önem kazanmış, böylece stratejik planlama ön plana çıkmıştır. Bu dönemde yapılan planlamalar daha ziyade iş planları olup, *kısa dönemli planlardır*. 1960’lı

yıllardan itibaren geleceğe ilişkin planlamaya ihtiyaç duyulmaya başlanmış ve kısa dönemli planlama faaliyetlerinden daha uzun vadeli planlama dönemine geçilmiştir. *İşletme planlama dönemi* olarak da adlandırılmaktadır. 1970’li yıllarda stratejik planlamanın kullanımı giderek artmış, geleceği belirlemenin ve hedefe ulaşmanın kolay olmadığı anlaşılmıştır. Bu yıllarda sadece uzun dönemli planların yeterli olmadığı anlaşılmış, planlama faaliyetlerinin tek başına amaçlara ulaşılmasını sağlamadığı ve hedeflere ulaşabilmek hedefleri belirlemenin yanı sıra bu hedeflere nasıl ulaşılacağıнын, izlenecek yolun da belirlenmesi gerektiği anlaşılmıştır. Böylece başlayan *stratejik planlama dönemi* 1980’li yıllara kadar devam etmiştir (Güçlü, 2003, s.72; İlğan vd., 2008, s.84; Çetinsöz vd., 2010, s.1). 1980’li yıllara gelindiğinde ekonomik hayatta yaşanan değişimler ve yoğun rekabet işletmelerin varlıklarını sürdürmelerini, mevcut durumlarını koruyabilmelerini güçleştirmiştir. Bu dönemde, işletmenin iç ve dış çevresinin birlikte ele alınması gerektiği, ayrıca teknolojik yeniliklere adaptasyon, müşteri tercihleri ve beklentileri doğrultusunda hizmet sunumu, çalışanların motivasyon ve verimliliklerinin artırılması gibi olgular ön plana çıkmış ve böylece stratejik yönetim anlayışına geçilmeye başlanmıştır (Hamel and Prahalad, 1996, s.5). 1990’lardan sonra *kaynak tabanlı görüş* yaklaşımının gündeme gelmesiyle, stratejik yönetim, *stratejik düşünce* ile birlikte el alınmaya başlanmıştır. Bu bakışta, sektör analizini önemseyen yaklaşımdan ziyade, içsel yeteneklere yoğunlaşan ve oluşmaya başlayan çağdaş stratejik yaklaşımdan söz edilebilir (Alparslan ve Çarıkçı, 2014, s.25). Çağdaş stratejik yaklaşım, stratejinin evrimleşerek şekillenmesini öneren klasik stratejik yönetim anlayışına karşıdır. Klasik strateji geliştirme yaklaşımı stratejilerin tasarlanması sonucu oluşması gerektiğini iddia ederken, çağdaş yaklaşımda gerçekleşen faaliyetlerin/eylemlerin/olayların bir sonucu olarak stratejilerin oluştuğu iddia edilmektedir. Yani çağdaş yaklaşıma göre strateji insanların tasarımlarından değil aksiyonlarının sonuçlarından oluşabilir (Bakoğlu, 2010, s.6). Çağdaş stratejik yönetim, içinde bulunduğumuz dönemdeki stratejik yönetimi de açıklayan bir kavramdır.

Stratejik yönetim süreci genel yönetim sürecinden ayrı olarak düşünülmemelidir. İşletme yönetimi, işletmelerin amaçlarını gerçekleştirebilmesi için, yapılması gerekli olan faaliyetlerin toplamını ifade ederken, stratejik yönetim süreci işletmenin dış çevresi ile ilgili teşhis ve çözümlemelerini kapsar ve uzun vadede işletmenin ne olacağı ile ilgili soruları cevaplandırır (Dinçer, 1998, s.35). Başka bir ifadeyle, stratejilerin planlanması için gerekli araştırma, inceleme, değerlendirme ve seçim çabalarını, stratejilerin

uygulanabilmesi için örgüt içi her türlü yapısal ve beşeri tedbirlerin alınarak yürürlüğe konulmasını, daha sonra da kontrol edilmesini kapsayan süreçler toplamıdır (Eren, 2010, s.25). Stratejik yaklaşımda, yöneticilerin bir işletmenin var oluş amacı ve gelecekte olmak istediği konumu kapsayan, bu oluşum içindeki karar verme süreçlerini sistemli hâle getiren uygulamaları vardır (Akdemir, 2012, s.4; Wheelen and Hunger, 2008, s.37).

İşletmeler, bir rekabet ortamında varlıklarını korumak ve pazarda giderek daha etkili hale gelmek için mücadele ederler. Bu mücadelenin başarısını belirleyen en önemli faktör, uygun stratejilerin seçimidir. Belirli bir pazarda faaliyette bulunan bir işletme, strateji seçme kararını vereceği zaman, genel anlamda mevcut stratejileri değişiklik yaparak geliştirme ya da yeni stratejiler oluşturma alternatiflerini değerlendirmektedir (Dinçer, 1998, s.271). Bunun için işletmenin hem iç hem de dış çevre koşullarının çok iyi analiz edilmesi ve buna göre vizyon ve misyonun belirlenmesi gerekmektedir. Böylelikle işletmenin çevresiyle arasındaki ilişkileri düzenlenir ve rakiplere üstünlük sağlanır. Stratejik yönetim işletme içinde ise bir süreç olarak ele alınmaktadır. İşletmelerde temel amaç, en iyi hizmeti veya ürünü verimli ve etkin şekilde sunacak strateji ve yöntemlerinin geliştirilmesi ve böylece işletmenin hedef ve amaçlara etkin ve verimli şekilde ulaşılmasıdır (Ülgen ve Mirze, 2010, s.33). Bu yaklaşım, özel sektör, kamu sektörü ve üçüncü sektörde (kâr amacı gütmeyen gönüllü sektörde) faaliyet gösteren tüm organizasyonlarda uygulanabilir (Çoban, 2007, s.9; Aktan, 2008, s.5) ve bir hizmet alanı olan hastaneler buna örnek olarak verilebilir. İnsan hayatı ya da yaşam kalitesi ile ilgili olması, etkili bir şekilde koordine edilmesi gereken otelcilik, poliklinik, ameliyathane, röntgen, laboratuvar gibi farklı özelliklerde çok sayıda hizmetin bir arada sunulması ve sağlık hizmetlerinin ikame edilemez ve ertelenemez özellikte olması bu bakış açısını zorunlu hale getirmektedir (Soylu ve İleri, 2010, s.80).

Stratejik yönetim süreci temel olarak stratejik planlama, stratejilerin uygulanması ve stratejilerin geliştirilmesi aşamalarından oluşmaktadır. Stratejik planlama stratejik analiz ve stratejik tasarım aşamalarını içerir. Stratejik analiz, stratejik yönetim sürecinin hem başlama noktasıdır hem de verilecek uzun dönemli kararların alt yapısını oluşturur. Stratejik analiz, iç ve dış çevre analizini içerir. Stratejik tasarım ise yönetimin değerlerini ve örgütsel önceliklerini göz önüne alarak işletmenin geleceğinin tanımlanması ve stratejik amaçların belirlenmesi demektir. İşletme bu çabalarla, hangi temel inanç ve değerleri rehber edineceğini ortaya koyar; işletmenin gelecekte ne ve nerede olacağını, nasıl bir şekil alacağını belirler, ulaşmak istediği yere nasıl gideceğine dair tayin

etmektedir (Koçel, 2014, s.414). Bu aşamada işletmenin misyonu, vizyonu, stratejik amaçları tanımlanır, strateji ve politikalar belirlenir. Stratejiler geliştirildikten ve stratejik planlar hazırlandıktan sonra uygulama safhasına geçilir. Bu safha stratejilerin uygulanmasına destek olacak ve uygulamayı gerçekleştirecek işletme kaynaklarının harekete geçirilmesi evresidir. Stratejik yönetim sürecinin son aşaması ise stratejik kontrol aşamasıdır. Bu aşamada uygulanan stratejinin sonuçları değerlendirilir ve sonuçların arka planındaki sebepler gözden geçirilir (Ülgen ve Mirze, 2010, s.72; Daft, 2009, s.431). Stratejik yönetim ile ilgili kavramlar detaylı olarak incelendiğinde, stratejik yönetimin dört temel karakteristiğinin olduğu görülür. Bunlar; üst yönetim, paydaşlar, uzun dönemli olma ve çevredir.

Üst Yönetim: Stratejik yönetim felsefesi yaklaşımının sağladığı en önemli yararların başında üst yönetimde kurum politikalarının sonucundan sorumlu olan yöneticilere uzun vadeli düşünme ve ileriye dönük öngöründe bulunma imkânı sağlamasıdır. Üst yönetim, stratejik yönetim düşüncesinin özünde yer alan işletme yaşamını sürdürmek, değer yaratmak ve sürdürülebilir rekabet avantajları geliştirmek bağlamında, bir işletmenin misyon, amaç, strateji ve politikalarını belirlemek ve uygulamakla yükümlüdür (Ülgen ve Mirze, 2010, s.57). Stratejik yönetim, üst yönetimi ilgilendiren bir konudur. Üst yönetim tarafından oluşturulan stratejik planlama daha alt kademelerde görev alacak stratejistler tarafından uygulanır ve izlenir. Stratejik yönetimin başarısı için stratejik yönetim sürecinde görev alacak yönetici, uzman ve danışmanların belirlenmesi önem taşımaktadır (Aktan, 2008, s.7). Yöneticiler, örgütün genel ihtiyaçlarının, fonksiyonların ihtiyaçlarından nasıl farklılaştığını anlamak için, örgütün stratejik yönetim süreci hakkında bilgilenmeli, böylece kendi fonksiyonlarının örgütün amaçlarının başarıya ulaştırılmasında nasıl katkı vereceğini keşfetmelidirler (Miller and Dess, 1996, s.32).

Paydaşlar: İşletmelerini gelecekte daha rekabetçi ve avantajlı bir konumda görmek isteyen yöneticiler, birlikte çalıştıkları kişilerle, rakiplerle iyi iş ilişkileri geliştirmek ve uygun stratejiler belirlemek zorundadırlar. Stratejik paydaş yönetimi işletme çevresindeki bütün paydaşların, oynadıkları rollerin ve sağlık sektöründeki konumunun belirlenmesine yönelik bir araç olarak görülebilir. Başka bir deyimle stratejik paydaş yönetimi, önemli paydaşlar arasındaki çatışma riskleri ve işbirliği fırsatlarını önceden belirlemeye de yardımcı olur (Çelik, 2007, s.50; Hitt vd., 2016, s.65). Paydaşlar özelliklerine göre iki ana grup altında toplanmıştır: Dış paydaşlar, ara paydaşlar ve iç

paydaşlardır. Dış paydaşlar; rakipleri, yasa koyucu ve düzenleyici kurumları, akreditasyon kurumları, mesleki birlikleri, ulusal ve uluslararası örgütleri, müşterileri, sigorta kurumlarını, tedarikçileri, ulusal ve yerel medyayı, finansal kurumları, özel ilgi gruplarını kapsar. İç paydaşlar ise yönetim ve diğer çalışanlardan oluşmaktadır. Bir örgütün gelişmesi tüm düzeydeki yöneticilerin kararlarının paydaşları nasıl etkilediği ve etkileyeceğini bilmeleri gerekmektedir (Akdemir, 2013, s.9).

Uzun Dönemli Olma: Strateji kavramı uzun dönemli plan ve kararları kapsamaktadır. Bu nedenle, stratejik yönetim uygulamaları da özünde işletmenin uzun dönemli planlarını ve kararlarını, ne yapması gerektiğini ve gelecekte hangi noktaya ulaşması ya da yönelmesi gerektiğini ifade eder (Hitt vd., 2016, s.322; Ertürk, 2017, s.133). Tahmin yapılabilecek azami süre, arzulanan nihai sonuca varış süresi ve sektör/pazar özellikleri uzun dönemli olmayı belirleyen faktörlerdir. Uzun dönemli olma, işletme faaliyet alanına, sektöre, konulara göre değişiklik arz etse de genel olarak somut veri ve göstergelere ulaşılabilen en uzun süreyi ifade eder. Bu nedenle tahmin yapılabilen süre uzun dönemin son sınırını tayin eder. Uzun dönem arzu edilen nihai sonuca odaklanmış bir süreyi kapsamaktadır. Bu süreyi vizyon, misyon ve ana amaçlar belirlemektedir. İşletmenin içinde bulunduğu sektörün özellikleri de uzun dönem anlayışı üzerinde etkilidir (Ülgen ve Mirze, 2010, s.29). Örneğin, turizm işletmelerinin mevsimsellik özelliği, sahil otelciliğinde uzun dönemli planlama yapmayı engelleyebilmektedir.

Çevre: Stratejik yönetim bir anlamda örgütün gelecekteki varlığını sürdürebilmesiyle ilgilidir. Bu durumda örgüt, varlığını sürdürebilmek için değişen çevre koşullarına uyum sağlamak durumundadır. Burada genellikle kabul edilen ve uygulanan yaklaşım, işletmenin çevreye uyum göstererek kendini değiştirmesidir. Bazı düşünürler ise, daha proaktif yaklaşımla, stratejik yönetimi işletmenin faaliyette bulunduğu çevreyi değiştirmesiyle ilgili faaliyetler, kararlar ve uygulamalar olarak görmekte ve esas olanın işletmenin değil, çevrenin işletme amaçlarına uygun olarak hazırlanması ve hatta değiştirilmesi olduğunu ileri sürmektedirler. Her iki durumda da işletmenin, reaktif (çevreye uyum sağlayan) veya proaktif (çevreyi değiştiren) olarak çevre ile karşılıklı bağımlılığı ve etkileşimi söz konusudur (Ülgen ve Mirze, 2004, s.80). Bu nedenle öncelikle, örgütün bulunduğu çevredeki faktörlerin incelenmesi ve bu faktörlerin örgütü nasıl etkileyebileceğinin belirlenmesi gerekmektedir. Her organizasyon için açık olarak güçlü ve zayıf yönlerin, tehdit ve fırsatların belirlenmesi çok önemlidir. Strateji

formülasyonunun ilk adımında, SWOT olarak adlandırılan mevcut durumun analiz edilmesi, başarı için gerekli çevresel ilişkilerin ortaya koyulması hedeflenir (Hill and Jones, 2009, s.19).

Stratejik amaçlarla gerçekleştirilen dış çevre analizi, iş ve kurumsal düzeyde faaliyetlerin belirlenmesi, fırsatlar ve tehditlerin ele alınması ile başlar. İşletmeler değişken bir dış çevre içerisinde faaliyette bulunur. Bu açıdan, çevresel değişimler hem fırsatlar hem de tehditler yaratabilmektedir. Bir işletme çevresel olanaklardan yararlanabildiği, çevresel tehditlerden korunabildiği ölçüde yaşamını devam ettirebilecektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s. 225). İşletmelerin dış çevresi yanında iç çevrelerinin analizi de önemlidir. Bu konuda yalnızca finansal göstergelere bakılıp, finansal analizlerin yapılması değil, aynı zamanda, işletmenin temel yetenekleri, değer zinciri, kalite ve süreç analizlerinin de yapılması gerekir. Bilindiği gibi işletmeler yaşamlarını devam ettirirken parasal olan maddi ve insan kaynakları yanında, maddi olmayan birçok varlıktan da yararlanırlar. Bu varlıkların ve değerlerin koordineli bir şekilde kullanılmasının sağlanması, işletme yeteneklerinin ortaya çıkması bakımından işletme içi analizlerinin yapılması stratejik planlamalarda son derece önemlidir (Killen vd., 2005, s.22).

Farklı sektörlerde ve işletmelerde uygun stratejiler seçilirken, iç ve dış çevresel faktörlerin dikkate alınması gerekir. Yöneticiler iç çevre stratejiler kapsamında insan kaynakları, finans, üretim biçimi, sunulan ürün ve hizmetler, lider ve örgüt kültürünü dikkate alırken (Ülgen ve Mirze, 2010, s. 89; Kavuncubaşı, 2011, s.159); dış çevre unsurları olarak ekonomik, sosyo-kültürel, politik, teknolojik çevre, müşteriler, tedarikçiler ve rakiplerin durumunu dikkate almak durumundadır (Analoui and Karami, 2003, s.74, Porter, 2008, s.460; Lee and Kotler, 2011, s.118).

2.3.1. İç Çevre Unsurları

İç çevre, işletmenin kontrolünde olan işletme içi faktörlerden oluşur. İç çevre analizi, işletmenin alt sistemleri olan finans, insan kaynakları, örgüt kültürü, üretim gibi maddi ve maddi olmayan varlıklar ve faaliyetler ile ilgili yapılan analizleri içermektedir. İç çevre analizi ile işletmenin iyileştirilmesi gereken zayıflıklarının geliştirilmesi yapılırken, güçlü yönlerinin de belirlenmesi ve ön plana çıkartılması amaçlanmaktadır. Bu analizle, bir işletmenin nasıl daha iyi yönetileceği hakkında birbirini tamamlayıcı kritik bilgiler edinilmesi sağlanır. Bu analizler, stratejik planlamalarda, işletme içindeki

mevcut durumu ortaya koyması ve sonraki aşamalara dayanak teşkil etmesi bakımından da önemlidir. Ayrıca, buradan elde edilecek geri bildirimlerle, daha sonra işletme amaçlarının daha iyi gerçekleştirilmesi ve müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının daha iyi karşılanması amaçlanır (Killen vd., 2005, s.19).

Strateji seçiminde bakılan en önemli bilgiler finansal göstergelerdir. İşletmenin mali yöndeki güçlü ve zayıf yönlerini belirlenmesinde bu analiz daha önemlidir. Bunlar, faaliyet kârı, net gelir, tahvil sıralaması, fon sağlama, ödeyici karması, fiyatlandırma ve/veya ücret belirleme düzenlemeleri gibi göstergeleri içermektedir (Buchbinder and Shanks, 2007, s.68). Finansal göstergelerin analiz edilmesi, işletmenin mali durumunun ortaya koyulması ve işletmenin gelecekte yapacağı işlerin ve parasal konumun önceden belirlenmesi bakımından önemlidir. Örneğin, sağlık hizmetlerinin finansmanında, hizmeti veren ile alan arasında doğrudan bir finansal akışın sağlanması yerine ağırlıklı olarak üçüncü taraf ödeyicinin (sigorta şirketi) finansman rolünü üstlendiği bir yaklaşım benimsenmiştir (Tatar, 2011, s.105).

Sağlık işletmeleri gibi hizmet üreten işletmelerdeki temel dinamik unsur insan kaynaklarıdır. İşletmenin sahip olduğu insan kaynakları, stratejilerin seçiminde ve kullanılmasında kritik bir role sahiptir. İnsan kaynaklarının iyi yönetilmesi, bireysel ve örgütsel amaçları uyumlaştırarak, çalışanların kapasitesini üst düzeye çıkararak verimlilik artışı ve kaliteli hizmet anlayışının gelişimine katkı sağlar. İnsan kaynağının durumu, yeni stratejilerin uygulanmasında ve mevcut durumun iyileştirilmesi sırasındaki kararların alınması ve uygulanmasında son derece önemlidir. Ayrıca, insan kaynaklarının profili, yaptığı işi sorgulayan, iyi yapan/yapamayan, geliştiren bir yapıya işaret etmesi bakımından da dikkate alınması gereken bir içsel faktördür (Akgemci, 2007, s.236). Örneğin, bir hastanedeki hizmetin kalitesi ve performansı sağlık personelinin niteliğine bağlıdır.

İşletmecilikte esas amaç, kâr elde etmek ve varlığı devam ettirmek olduğundan, üretim maliyetlerini kontrol altında tutmak ve kaliteli hizmet sunmak gibi bazı ikilikler söz konusu olabilir. Bu ikili durum, işletmelerdeki üretim ve üretim yönetimi işlevlerini daha ön plana çıkarır. Bu yüzden, işletmelerin sahip olduğu üretim biçimi ve teknolojilerinin yer aldığı üretim fonksiyonu, hizmet işletmelerinde de önemli bir yere sahiptir (Uyguç, 1998, s.29) ve içsel analizlerde önemli bir yer tutar. Örneğin, işletmenin teknoloji yenileme ve değiştirme imkânlarının ne ölçüde karşılanabileceği bu süreçte ortaya koyulabilir. Bu nedenle, girdi temini ve maliyetlerinin kontrolü ile çıktıya

dönüşüm sürecinin kaliteli ve ekonomik biçimde gerçekleştirilmesi iyi bir hizmet üretim yöneticisinin başarısının en önemli göstergesidir. Ayrıca, otoriter veya katılımcı yönetim yaklaşımlarının tercih edilmesi de bu kapsamda yer alan kararlardan biridir (Aksu, 2000, s.44). Örneğin, hastane çalışanlarının hizmet üretme noktasında maksimum fayda sağlamak için süreçleri sürekli olarak iyileştirme ve geliştirme yoluna gitmeleri, başka bir deyişle, süreçlere katılımları gibi.

Örgütsel iç çevrelerinin önemli bir unsuru olan örgüt kültürü ise organizasyonların başarısında katkısı olan maddi olmayan varlıklar içinde yer alır. Stratejik bakış açısıyla, bir örgütün hem dış çevrede olan değişimlere ayak uyduran hem de iç çevre faktörleriyle uyumlu olan kültürel özelliklere sahip olması beklenir. Örgüt kültürünü yönetmek durumunda olan yöneticiler, öncelikle örgüt kültürünün önemini kavrayarak, örgüt stratejisine, teknolojisine, iş görenlerin beklentilerine uygun; örgütün dış çevresinde meydana gelen değişimle uyumlu örgütsel kültürü oluşturmalı ve gerekli değişimler için çaba göstermelidir (Kaya, 2008, s.137). Bu bağlamda hastane yöneticilerinin, hizmetin sunumunda görevli personelin sahip olduğu ve örgütte paylaştığı tutum, değer ve davranışlardan oluşan bir örgütsel kültürü oluşturmuş olmaları (Karahana, 2008, s.457), kullanılacak stratejilerin belirlenmesinde ve başarısında etkili olacaktır. Diğer önemli bir iç çevre unsuru olan liderlik, çalışanların beklentileri ve ihtiyaçları, işin gerekleri ve olayların meydana geldiği çevre ile liderin bireysel tutumları arasında iyi bir uyumun sağlanmasıyla ilgilidir (Ertürk, 2013, s.174). Bir kurumsal yapıda liderlik konsepti yerleşmişse, yeni stratejilerin uygulanması ya da mevcut işletme yeteneklerinden en üst kapasitede yararlanılması daha kolay olacaktır. Örneğin, hizmet işletmelerinde müşteri taleplerinin karşılanmasındaki değişkenlik göz önüne alındığında (Uyguç, 1998, s.8), liderlerin yeniliğe açık ve uyumlu, değişen koşulları adapte etmekte hızlı ve kararlı olması beklenir. Ayrıca, sağlık kurumlarında insan odaklı bir işleyiş söz konusu olduğundan hasta ve çalışanların motivasyonu ve huzuru açısından hümanistik bir liderlik tarzına ihtiyaç olduğu da ileri sürülebilir (Keklik, 2012, s.89).

2.3.2. Dış Çevre Unsurları

İşletmelerin dışında ya da çevresinde yer alan ve işletme tarafından kontrol edilemeyen ekonomik, teknolojik, sosyo-kültürel, doğa, politik unsurlar ve rakipler gibi çevresel unsurlar işletmelerdeki politikaların belirlenmesinde etkili öğelerdir. Dolayısıyla, işletmeler için uygun yol haritalarının ve stratejilerin belirlenmesinde, iç

evre koşulları kadar çevresel koşulların da analiz edilerek karar verilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, bazı endüstriler için ekonomik dinamiklerin önemli olduğu ileri sürölürken, örneğın, turizm için sosyal yapı ya da doğıal evre önemli bir değışken olabilmektedir (Tuna, 2018, s. 70).

Sektörlerin gidişatındaki önemi nedeniyle, ekonomik evre unsurları; bir toplumun ekonomik yapısı, uygulanan ekonomik sistemler, piyasa türleri, fiyat ve fiyat dışı ekonomik faktörler, üretim faktörleri, ulusal gelirin tüketim ve tasarruf harcamaları olarak nasıl değıerlendirildiğı, kişisel ulusal gelirin değışik gruplara göre paylaşımı önemli ekonomik göstergelerdir (Eren, 2007, s.119). Buradaki dinamikler, insanların mal ve hizmetlere olan ödeme/satın alma gücünü etkileyecek ve bu doğırultuda talep düzeyi ve rekabet gücü üzerinde etkili olacaktır. Örneğın, sağıık kurumları için ekonomik evre gelir dağıılımı açısından ele alındığında, sağıık temel bir ihtiyaç olduğu için genelde fiyat ve gelir esnekliğı yüksek değıildir. Ancak karşılama yol veya yöntemi bakımından esnek olabilir. Dolayısıyla, gelir düzeyindeki artış ve azalışlara göre hastanelerin devlet ya da özel olma durumuna göre stratejileri farklılaşacaktır (Uğurluoğılu, 2013, s.160).

Sosyo-kültürel evre unsurları, örgütün hizmetlerini sunduğı çevredeki tutum ve değıerler ile bunlarda ortaya çıkacak değıişiklikler, örgütün stratejisini etkileyecektir. Değıer ve tutumlara bağılı olarak, yaşam tarzı ve dolayısıyla, hizmetlere olan talebin miktarı, çeşidi ve niteliğinde değıişmeler meydana gelebilecektir (Tuna, 2018, s.75). Sağıık hizmetleri kullanımı, hem arzın hem de talebin bir fonksiyonu olarak göröllebilir. Kültür, özellikle sağıık hizmetleri talebi üzerinde önemli etkilere sahiptir. (Akyürek ve Orhaner, 2017, s.238)

Teknolojik evre unsurları, yeni bilginin üretilmesi, bu bilginin yeni ürün süreç, materyal ve çıktılara dönüştürölmesi faaliyetlerini ve buna yönelik kurumları kapsamaktadır. Teknolojiler, örgütlerin ürünlerini hizmetlerini, pazarlarını, tedarikçilerini, rakiplerini, müşterilerini, rekabet pozisyonlarını değııştirebilmektedir. Ayrıca, teknolojik değıişimler iş alanları arasındaki maliyet ve mekân sınırlarını ortadan kaldırırken daha kısa üretim süresi, daha az teknik yetenek, çalışanların, yöneticilerin ve müşterilerin beklentileri ve değıerlerinde değıişime yol açabilmektedir (Aydın, 2005, s.185; Bakoğılu, 2010, s.113). Örneğın, sağıık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek olması ve teknolojilerin sürekli gelişen bir eğilim göstermesi nedeniyle sağıık kurumları yöneticilerinin hangi teknolojilere ne zaman yatırım yapmaları gerektiğini bilimsel yöntemler yardımıyla planlamaları gerekmektedir. Burada önemli olan nokta, teknolojik

atılımların dış çevre üzerinde ani etkileri olabileceğinin farkında olmalarıdır. Hastaneler, hem mevcut teknolojik gelişmeleri hem de gelecekteki muhtemel teknolojik gelişmeleri takip etmek zorundadırlar (Soylu ve İleri, 2010, s.80).

Politik ve yasal çevre unsurları, bir örgütün stratejik karar ve seçimlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu unsurlar örgütün içinde bulunduğu çevreyi düzenleyen parametrelerden oluşmakta ve örgütü etkileyen ve sınırlandıran yasaları, devlet kurumlarını ve baskı gruplarını kapsamaktadır (Kotler vd., 2008, s.82). Sağlık önemli bir ihtiyaç olduğundan, sağlık hizmeti sunucuları ve kurumları, devlet otoritesinin katı denetim, ruhsat ve sınırlamalarına tabidir. Bu müdahale özellikle kalkınma planları, reformlar ve bu reformları yürürlüğe koymaya yönelik kanun ve yönetmelikler yoluyla gerçekleşmektedir.

Günümüzde birçok farklı işletme, medikal turistler gibi müşteri tercihi ve profilindeki değişimleri ya da pazar yapısı ve değişimleri dış çevredeki önemli bir unsur olarak ele alınmaktadır. Müşteriler, ürünü satın alarak veya hiç almayarak, fiyatları artırarak veya daha kaliteli ürünler talep ederek işletmelerin hizmetlerini etkileyen önemli bir dış unsurdur. Bu kişiler örneğin, hastanelerde hasta, otellerde ise turist olarak adlandırılır ve sunulan hizmetin nihai tüketicileri olarak, üretilen ürünlerle ilgili önemli bir karar alıcılardır. Bu nedenle, son yıllarda müşterilerle değer ve memnuniyet artırma, uzun dönemli ilişkiler kurma anlayışı hızla kabul görmektedir (Kotler vd, 2008, s. 166).

Tedarikçiler de bu süreçte işletmeye destek sağlayan bağlı işletmeler olarak bu süreçte işletme çevresi içinde değerlendirilen unsurlar arasındadır. Tedarikçiler, işletmelere üretim faaliyetleri için mal ve hizmetleri sağlarlar. Tedarikçilerle iyi ilişkilerde bulunmak faaliyetlerin aksamaması açısından önemlidir. Tedarikçilerin pazarlık gücü için bazı durumların olması gereklidir. Örneğin, tedarik edilen ürün ve hizmetler işletmenin başarısı için önemliyse ve işletme için tedarik edilen ürün ve hizmetlerin değiştirme maliyetleri yüksekse tedarikçilerin pazarlık gücü yüksek olacaktır. Müşterilerin tersine tedarikçilerin pazarlık gücü, tedarikçilerin kendi ürünlerinin fiyatlarını yükseltebilme veya kalitesini düşürebilme yeteneklerine işaret etmektedir (Alparslan ve Çarıkçı, 2014, s.26; Porter, 2008, s.9).

Bu kapsamda dış çevredeki etkenler olarak rakiplere de odaklanmak gerekmektedir. Ticari işletmeler için rakipleri ve içinde bulunulan sektörü anlama görevi önemli bir zorluk taşır. Ancak tüketicilerin çeşitli bakım hizmetleri için uzun mesafelerde bile yolculuk etmeyi göze alması, bu konuyu sağlık kuruluşları için daha da zor bir görev

haline getirmektedir (Uğurluoğlu, 2013, s.171). Rakiplere ilişkin bilgiler, örgütü içinde bulunduğu pazarda güçlü bir şekilde konumlandırarak geçerli stratejiler seçebilmek için gereklidir. Rekabet analizi yapan bir örgüt, hizmet alanı içerisindeki rakipleri hakkında genel bir fikir edinecek; rakiplerin açıklarını tanımlayabilecek; belirli rakiplere karşı kendi stratejik hamlelerinin etkisini değerlendirebilecektir. Sektörde yer alan işletmeler arasındaki rekabet, belirlenen fiyatlar, yapılan ürün veya hizmet inovasyonları ve farklılaştırılan ürünler ile yükselmektedir. Bu durum ise işletmelere rekabet üstünlüğü sağlamaktadır (Swayne vd., 2008, s.78; Daft, 2009, s.120). Burada, rakiplerin sektöre giriş engellerinin çok ya da az olması da önemli bir belirleyicidir (Barney, 1997, s.69).

İşletmenin ihtiyaç duyduğu doğal üretim kaynaklarını sağlama açısından önemli bir başka dış çevre unsuru ise fiziksel çevredir. Bu nedenle, sanayi işletmeleri ihtiyaç duydukları doğal kaynakları bolca bulunduğu ve kolayca temin edildikleri yerleri kuruluş yeri olarak seçerken, örneğin otel işletmeleri ise doğal kaynakların kolay sergilendiği yerleri tercih etmektedir. Doğal unsurlar, işletme sistemini ve işleyişini doğrudan ve dolaylı olarak etkileyebilir. Doğal çevrenin işletmeler tarafından bilinçsizce kullanılması ve işletme çıktılarının doğal çevreye aktarılması, doğal çevre sistemini bozmakta, bir yandan doğal çevre kaynaklarının hızla tükenmesine neden olurken diğer yandan da doğal çevrenin kirlenmesi sonucunu doğurmaktadır (Kırkbeşoğlu ve Açıkıllı, 2014, s.7). Bu nedenle, işletmelerin strateji belirleme sürecinde doğal çevre üzerine olan etkilerini de dikkate almaları beklenir.

Strateji kavramı ve strateji belirleme sürecindeki gelişmelerle ilgili buraya kadar yapılan bu açıklamalara dayanarak, sürecin bir reaktif ve proaktif planlama felsefesini yansıttığı söylenebilir. Reaktif olma, işletmenin mevcut kaynaklarının kullanımı ve gelişimi ile ilgili bir stratejik yapılanmayı önerirken, proaktiflik, gelecekteki gelişmelerin ve dış çevredeki koşulların dikkate alınmasına dikkat çeker. Bu durum, faktörlerle ilgili açıklamalarda iç ve dış unsurlar olarak ele alınmaktadır. Çünkü stratejilerin geliştirilmesinde yöneticilerin tek bir boyuta bağlı kalması artık, bugünkü koşullarda stratejinin uygulanmadan iflası demektir. Bu sebeple, strateji geliştirilirken farklı yaklaşımlar ve bunların bileşimlerinden ortaya çıkmış sayısız yaklaşımlarla karşılaşılabılır. Ancak burada stratejilerin geliştirilmesinde hangi yaklaşım kullanılırsa kullanılsın, önemli olan duruma en uygun stratejinin seçilmesidir. Bu stratejiler, hem çevrede hem de örgüt içinde değişimi yaratan, adapte olmayı sağlayan ve yeni durumlara

evrilmeyi kolaylaştıran nitelikler içermeleridir. Bu durum, örgütün yarışmacı geleceğini yaratma ve oluşturabilme kadar, mevcut durumunun anlaşılmasına da yardım etmektedir (Fahey and Randall, 2001, s.5). Bu bakış açısıyla, çalışmanın bir sonraki bölümünde, işletmelerin gerek içsel durumunu (yararlanıcı), gerekse dış çevre (araştırmacı) koşullarının dikkate alınması ile oluşan bu temel iki stratejiyi ve birbirileri ile etkileşimlerini esas alan örgütsel ustalık kavramına yer verilecektir.

2.4. Örgütsel Ustalık Kavramı

Latince *ambos* “her ikisi de” ve *dexter* “sağ” (sol kelimesinin karşıtı olarak) kelimelerinin birleşiminden oluşan ustalık (*ambidexterity*) terimi, her iki tarafı da sağ gibi rahat kullanmak anlamına gelmektedir. İnsanların iki elini birden aynı şekilde kullanabilme gibi bireysel yetenekler de ustalık olarak adlandırılmaktadır. Örgütsel ustalık, ilk olarak Robert Duncan (1976) tarafından “The ambidextrous organization: Designing Dual Structures for Innovation” adlı makalesinde kullanılmıştır. Duncan (1976), çevresel koşullara adapte olmanın işletmeler için bir yenilik olduğunu, usta örgütlerin hem mekanik hem organik yapıyı birlikte yürütmeleri gerektiğini belirtmiş ve ikili (dual) örgüt yapısını önermiştir (Duncan, 1976). Yönetim alanında örgütler için bir üst düzey yetenek olarak kullanılan örgütsel ustalık durumu iki farklı boyutun birlikte yürütülebilmesi görüşüne dayanmaktadır (March, 1991, s.91). Stratejik yönetim alanındaki öncül bazı çalışmalarda da bu durum kendini göstermektedir. Örneğin, Burgelman (1991, s.254), örgütsel değişimi örgüt içi süreçler (uyarılmış ve otonom stratejik süreçler) ile örgütün dış çevresi ile ilişkilendirerek açıklamıştır. Uyarılmış süreçler, örgütün mevcut stratejisi kapsamında olan ve mevcut bilgiye dayanan üstünlükleri ilgilendirirken, otonom süreçler mevcut stratejinin kapsamı dışında ortaya çıkan ve yeni yetkinliklerin oluşturulmasını içeren girişimlerle ilgilidir. Başka bir çalışmada Ghemawat and Costa (1993, s. 60), stratejik bir unsur olarak verimlilik kavramını, statik ve dinamik olmak üzere iki farklı şekilde ele almıştır. Bu ikili bakışın bir arada kullanılması örgütsel ustaliğe işaret etmektedir.

Örgütsel ustalığın, açıklandığı gibi örgütlere ikili bakış açısı önermesinden dolayı, ustalık kavramından, “çift yönlülük” (Fındıklı ve Pınar, 2014; Tunç, 2015) ya da “çift yeteneklilik” (Çömez, 2012; Şanal, 2013) olarak da söz edilebilmektedir. March (1991, s.91), ilk kez örgütsel öğrenme kavramını yararlanıcı ve araştırmacı arasındaki ilişki kapsamında araştırmıştır. March’ın çalışmasına kadar örgütsel ustalık, üzerinde çok fazla

çalışılmış bir kavram değildir. Tushman ve O'Reilly (1996, s.24) kavramı yeniden ele alarak; işletmelerde evrimsel ve devrimsel değişimin birlikte izlenmesi ve bu iki değişim sürecinin aynı işletmede birlikte varlığını sürdürmesi olarak tanımlamıştır. Ustalık durumunu ise bu iki farklı değişim yaklaşımının birlikte kullanılınca ortaya çıkan bir üstünlük olduğunu ileri sürmüşlerdir. Birkinshaw and Gibson (2004, s.49) örgütsel ustalığı, bir işletmenin çalışanlarını gelecekte oluşabilecek durumlara karşı hazırlıklı olmasını sağlayabilme ve bugünün faaliyetlerini bir arada yönetebilme yeteneği olarak ifade etmektedir. Buradaki ikilik veya iki yönlülük, gelecek ve mevcut durum esasına göre kurgulanmıştır. Jansen vd. (2005, s.57) örgütsel ustalığı, işin yerine getirilmesiyle ilgili bilgi eksikliği gibi durumlarla başa çıkmak için yeni bilgi yaratırken; aynı zamanda örgütün baskın olduğu alan bilgisini kullanabilme yeteneği şeklindeki iki yetenek boyutuna göre ele almaktadırlar. Gupta vd. (2006, s.693) ise örgütsel ustalığı bir işletmenin aynı anda yararlanıcı ve araştırmacı stratejiler üzerine odaklanması olarak ele almıştır.

Örgütsel ustalık konusu stratejik bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde, O'Reilly ve Tushman'ın (2008, s.10) uzun vadede bir başarıya ulaşmak için işletmelerin sadece mevcut yetkinliklerine değil, aynı zamanda yeni teknolojilere uyum sağlamak için örgüt yapılarını yeniden yapılandırma yeteneğine de sahip olmaları gerekir önerisi ile Han ve Celly'nin (2008, s.336) örgütsel ustalığı mevcut ve gelecek olarak kabul gören iki paradoksal stratejiyi birlikte uygulayabilme yeteneği olarak açıklamaları dikkat çekmektedir. Şimşek vd. (2009, s.865) örgütsel ustalığı, bu bağlamda değerlendirerek, iki temel strateji kapsamında, aynı anda farklı ve sıklıkla rekabet eden stratejik eylemler gerçekleştirme yeteneği olarak ele almışlardır. Benzer şekilde ikili kullanım Cingöz ve Akdoğan'ın (2014, s.62) çalışmalarında mevcut/yararlanıcı ve gelecek (araştırmacı) stratejiler olarak yer almaktadır.

Yapılan tanımlarda görüldüğü üzere örgütsel ustalık kavramı; stratejik yönetim çalışmalarında (Lubatkin vd., 2006; Bierly and Daly, 2007; O'Reilly and Tushman, 2008), örgütsel öğrenme çalışmalarında (March, 1991; Levinthal and March, 1993), yenilik ve teknoloji yönetimi alanında (Tushman and O'Reilly, 1996; He and Wong, 2004; Raisch and Birkinshaw, 2008), örgüt kuramı (Adler vd., 1999; Benner and Tushman, 2003) ve örgütsel davranış alanında (Gibson and Birkinshaw, 2004) sıklıkla kullanılmaktadır.

Birkinshaw ve Gupta (2013, s.289) örgütsel ustalık çalışmalarını; tanımlanma (1995-2005), gelişme (2005-2009) ve sağlamlaşma (2009-2013) olmak üzere üç dönemde ele almıştır. Buna göre *tanımlanma* döneminde gerçekleştirilen birkaç çalışma, örgütsel ustalık kavramını tanımlamış, kavramın önemli olduğunu göstermiş ve daha sonraki literatüre gerekli teorik temelleri sağlamıştır (Tushman and O'Reilly, 1996; Benner and Tushman, 2003; O'Reilly and Tushman, 2004; Smith and Tushman, 2005). *Gelişme* döneminde örgütsel ustalık kavramının farklı şekillerde kullanımı, öncülleri ve çıktıları, aracı ve ılımlatıcı rolü üzerine yoğunlaşan çalışmalar yapılmıştır. Bu dönemde örnek olay çalışmaları ve regresyon temelli nicel araştırmalar önemli bir yere sahiptir (Litrico and Lee, 2008; Andriopoulous and Lewis, 2009). *Sağlamlaşma* döneminde ise örgütsel ustalık geniş bir yelpazede uygulanmaya başlamış ve örgütlerde yapılan araştırmalara da yeni bir ivme kazandırmıştır. Bu artan ilgi ustalık kavramının gelişmesine katkıda bulunmuştur (Raisch vd., 2009, s.685).

Diğer bir çalışmada, Bodwell ve Chermack (2010, s.193) ustalığın yapısını tartışarak Minzberg'in kasıtlı ve ortaya çıkan stratejileri kapsamında işletmelerle ilişkisini açıklamıştır. Bu örgütsel stratejilerin özelliklerini belirleyecek ve örgütsel ustalık kavramının gelişmesini sağlayacak önemli bir araç olarak senaryo planlamasını önermiştir. Geleceğin belirsizliği karşısında daha esnek stratejiler geliştirmek için kullanılan senaryo planlama uygulamalarının, örgütlerin ustalıklarını artırmalarına yardımcı olması açısından uygun olabileceği iddia edilmektedir. Bakıldığında, bu çalışmalar örgütsel ustalık düzeyi yüksek örgütlerin, büyük ve ani örgütsel değişimlerden kendilerini koruma, yüksek performans elde etme, örgütsel katılıktan korunma, yüksek satış artışı elde etme ve yüksek oranda kâr elde etme avantajlarına sahip oldukları görüşüne dayanmaktadır (Cingöz ve Akdoğan, 2014, s.65).

Örgütsel ustalık ile ilgili farklı uygulanma şekillerinde (bağlamda) de tanımlardaki farklı ikiliklerin devam ettiği görülmektedir. Bu uygulamalar Birkinshaw ve Gibson'ın (2004) çalışmasında iki farklı bağlamda ele alınırken; Şimşek vd. (2009)'de dört farklı bağlam kapsamında açıklanmaktadır. Birkinshaw and Gibson, örgütsel ustalığı yapısal ve bağlamsal ustalık olarak iki şekilde ele almıştır. Yapısal ustalık, üst yönetimin rolünün açıkça belirlendiği ve çalışanların daha uzman olduğu bir yapıya işaret etmektedir. Bağlamsal ustalık ise tek bir departman içinde adaptasyon ve düzenleme faaliyetlerinin aynı anda başarılması için sosyal ve davranışsal araçları kullanmaktadır. Bu nedenle, rekabetçi ve dinamik bir çevrede, örgütlerin bağlamsal ustalık yapısını tercih

etmeleri ve tercih etme oranının resmi ve resmi olmayan denetim mekanizmalarının kombinasyonu ile artış göstermesi olağandır (Jansen vd., 2005, s.353). Ancak yönetimin rolü, değişen koşullara göre örgütsel ustalık oluşturmak ve sürdürmek için yapısal ve bağlamsal ustalık arasındaki gerilimi yönetmektir (Raisch vd., 2009, s.686). Literatürde iki farklı faaliyet arasındaki yapısal ayrılık kavramı uzun süredir tartışılan bir konu olsa da (McDonough and Leifer, 1983; O'Reilly and Tushman, 2004; Gupta vd., 2006); örgütsel ustalığın, adaptasyon ve düzenleme odaklı faaliyetlerin yapısal bir ayrımı olduğu görüşünden ziyade, stratejik düşünce ve eylem bağlamında tamamlayıcı yaklaşım dikkat çekmektedir (Hodgkinson vd., 2014, s.1236).

Şimşek vd. (2009, s.869), harmonik, bölümsel, periyodik ve karşılıklı olmak üzere dört boyuttaki uygulamaları örgütsel ustalık ile ilişkilendirmiştir. Harmonik ustalık, iki unsurun aynı anda tek iş biriminde uygulanmasıdır. Bölümsel ustalık, iki farklı unsurun aynı anda ancak farklı alt sistemler, birimler, hatta örgütler üzerinden gerçekleştirilmesidir. Periyodik ustalık, aynı birim ya da departman içinde uzun dönemli bir unsurun, kısa dönemli diğer unsuru takip ederek bir döngü şeklinde sıralı olarak uygulanmasıdır. Karşılıklı ustalık ise farklı alt sistemlerin, iki unsurun sıralı olarak uygulaması anlamına gelmektedir (Şimşek vd., 2009). Ancak bu dört ustalıktan sadece ikisi paradoksal bir temeli kabul etmektedir. Bunlar; harmonik ve bölümsel ustalıktır. Periyodik-karşılıklı ustalığın ise aynı anda iki farklı unsurun birlikte uygulanması felsefesini benimseyen örgütsel ustalığı tanımlamak için harmonik-bölümsel ustalık kadar kullanılmadığı görülmektedir (Bodwell, 2011, s.30).

2.4.1. Örgütsel Ustalık Stratejileri

Örgütsel ustalık ile ilgili çalışmalar, genellikle yararlanıcı (mevcut) ve araştırıcı (gelecek) olarak kabul gören iki farklı strateji üzerinden açıklamaktadır (He and Wong, 2004; Gupta vd., 2006; Bierly and Daly, 2007; Raish and Birkinshaw, 2008; Jansen vd., 2009; Bodwell and Chermarck, 2010; Paliokaite and Pacesa, 2014; Cingöz ve Akdoğan, 2014; Bakan ve Sezer, 2017). Bu iki farklı strateji ile ilgili detaylı açıklamalara aşağıdaki bölümde yer verilmektedir.

2.3.1.1. Yararlanıcı Strateji

Yararlanıcı strateji; mevcut bilgi, yetenek ve süreci geliştirme ve daha ileriye götürme olarak tanımlanmaktadır. Bu strateji kapsamında mevcut durumla ilgili üretim, verimlilik, etkenlik, geliştirme, seçim ve uygulamalar ele alınmaktadır (March, 1991, s. 71). Örgütler mevcut bilgi üzerine inşa edilen mevcut becerileri, süreçleri ve yapıları güçlendirerek gelişme ya da evrimsel değişim yaratabilmektedir (Blarr, 2011, s.59). Bu durum, hali hazırdaki bilgileri uyarlama ve mevcut oldukları sahalarda bilinen aktivitelere odaklanmayı başarmaktadır. Önemli olan bu yetkinliklerden etkin şekilde yararlanarak örgütün etkinliğini ve kârlılığını artırabilmektedir (Gözen, 2018, s. 50).

Yararlanıcı strateji; genel olarak mevcut teknolojilerin uyarlanması ve mevcut müşterinin ihtiyaçlarının karşılanması şeklinde çevresel koşullara tepki vermeyi içermektedir. Bunu başarmak için üst yönetim mevcut yeteneklerin iyileştirilmesi için gerekli rutin davranışları alt kademelere yayılan bir anlayışla uygulamaya çalışmaktadır (Lubatkin vd., 2006, s.648). Mevcut kaynaklar, çalışma yöntemleri ve teknolojiler için yatırım yapma ve bunları mevcut müşteri ve kanallar için optimize edip kullanma da bu kapsamda ele alınır (Tan and Liu, 2014, s. 425). Mekanik yapılar, birbirine sıkı bir şekilde bağlı sistemler, kontrol ve bürokrasi bu strateji ile ilişkilendirilebilir (He and Wong, 2004, s.481; Carmeli and Halevi, 2009, s.211). Örneğin, merkezîyetçi örgüt yapısında otoritenin yukarıdan aşağıya inmesi ve çok az noktaya dağıtılması sonucu durağan koşullar altındaki mekanik yapının oluşması yararlanıcı ortamı hazırlamaktadır (Benner and Tushman, 2003, s.248).

Yararlanıcı strateji, örgütlerin temel yetenekler ve dış fırsatlar hakkında bilgi sahibi olduğu varsayımına dayanır. Yararlanıcı odaklı örgütler, sorunların belirlenerek açıkça tanımlandığı ve çözüm önerilerinin sunulduğu bir çalışma ortamını tercih etmektedir. Çünkü yararlanıcı strateji düşük belirsizlik düzeyi içerir, kısa vadede sonuç verir ve yüksek başarı oranına sahiptir (Chen, 2017, s.386).

2.3.1.2. Araştırmacı Strateji

Araştırmacı strateji; yeni bilgilerin, yeteneklerin ve süreçlerin keşfedilip araştırılması olarak tanımlanmaktadır. Bu stratejiyi daha iyi açıklamak için araştırma, çeşitlilik, risk alma, farklı düşünme, özerklik, esneklik, keşif ve yenilik kavramlarından yararlanılmaktadır (March, 1991, s.71). Yeni fırsatların kullanılmasıyla pazarlama yollarının geliştirilmesine ve öngörülmeven çevresel koşullara tepki vermek kadar onları

yönlendirmeye ilişkin uygulamaları da içermektedir (Mengüç and Auh, 2008, s.457). Yeni denemelerde bulunma ve değişiklik yapma ihtiyaçlarından kaynaklanan araştırıcı stratejiler; yeni tasarımlar yapma, yeni pazarlara ve dağıtım kanallarına girmeye sonuçlanır (Cingöz ve Akdoğan, 2014, s.62). Bu nedenle, araştırıcı stratejiler kullanılarak gelecekte ortaya çıkacak müşteri ve pazar ihtiyacını karşılayabilmek için şimdiden risk alınması, keşifler yapılması ve örgütün bu köklü değişimlere göre tasarlanması gerekmektedir (Paliokaite and Pacesa, 2014, s.1). Organik yapılar, birbirine gevşek bir şekilde bağlı sistemler, otonomi ve kaos bu strateji ile ilişkilendirilebilir (Lubatkin vd., 2006, s.648).

Yöneticilerin, karmaşa, kaos ya da belirsizlik ile baş edebilmesi ve geleceği hedef olarak yaşayabilmesi için araştırıcı stratejileri geliştirmesi gerekmektedir (Raisch vd., 2009, s.686). Araştırıcı örgütlerin, kısa vadede kaynakları tükenmekte ve geri dönüşleri belirsiz, uzak ve genellikle gecikmelidir (Arend and Chen, 2012, s.87). Bir işletme yararlanıcı stratejileri uygulamada başarılıyken, araştırıcı stratejileri uygulamada daha başarısız olabilmektedir. Bu nedenle, yöneticiler dikkatlerini en fazla değeri yaratan yararlanıcı stratejilere odaklayıp, nadiren anında değer yaratan araştırıcı stratejileri daha az tercih etmektedir. Dahası, örgütlerde her ne kadar sıklıkla yeni atılımlar yapılmak istense de ilk aşamada karşılaştıkları başarısızlıkları kabullenmek kolay olmamaktadır. Ancak bu erken başarısızlıklara tolerans gösterdikleri takdirde tam olarak bir atılım gerçekleştirilmektedir. Örgütler üretkenlikteki erken başarısızlıkları verimsiz olanlardan ayırt edemeyebilirler. Sonuç olarak, hatalardan kaçınılmaya çalışılan örgütlerde, aynı zamanda üretken olmaktan da uzaklaşabilir ve yeni atılımlar yapma fırsatları kaçırılabilir (Chen, 2017, s.387). Bu nedenle, örgütlerde araştırıcı ve yararlanıcı stratejilerin birlikte yürütebilmesi önemsenmelidir.

Bu iki stratejinin iki uçlu/bipolar ya da dikey/ortogonal olduğuna dair iki farklı görüş bulunmaktadır. İki uçlu olduğunu savunan yaklaşımda, ikili yapılar tek bir doğrunun iki ucu olarak tanımlanırken; dikey/ortogonal olduğunu savunan yaklaşımda birbirini tamamlayan iki yaklaşım olarak ele alınmaktadır (Bodwell, 2011, s.44). İki uçlu/bipolar yaklaşımda, bir stratejiyi diğerine tercih etmeyi, birine yaklaşırken diğerinden uzaklaşmayı varsaymaktadır. Bu varsayım ile hareket edildiğinde örgütsel ustalık değerine, yararlanıcı ve araştırıcı stratejiler arasındaki *mutlak fark* hesaplanarak ulaşılmaktadır. Aralarındaki fark ne kadar az ise örgüt o derece yüksek seviyede usta örgüt olarak adlandırılmaktadır. Dikey/ortogonal yaklaşım ise iki stratejinin birbirinin

tamamlayıcısı olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu varsayımına göre her iki strateji arasındaki ilişki ortogonal olarak kabul edilmekte ve iki stratejinin çarpımı şeklinde hesaplanmaktadır. Bu etkileşim (çarpım değeri), ne kadar yüksekse örgütsel ustalık o kadar yüksektir (Gupta vd., 2006, s.696; Şanal, 2013, s.27). Ayrıca, yararlanıcı stratejiler ile araştırıcı stratejilerin birbirinin tamamlayıcısı olma özelliği, aynı zamanda yararlanıcı stratejiler ile araştırıcı stratejiler arasında pozitif bir ilişki olduğunu da göstermektedir. Örgütsel ustalık ile ilgili çalışmalara bakıldığında, özellikle yararlanıcı ve araştırıcı stratejiler arasındaki korelasyonun yüksek olması tercih edilmektedir. Bu durum, örgütlerin, yararlanıcı ve araştırıcı stratejileri aynı anda başardığını ve usta örgüt olduğunu göstermektedir (Gibson and Birkinshaw, 2004, s.220; Bierly and Daly's, 2007, s.506; Attar, 2014, s.116; Yılmaz, 2017, s.134; Sezer, 2016, s.78). Bakıldığında, örgütsel ustalık stratejilerinden yararlanıcı stratejilerin kısa vadede sonuç vermesi ve olumlu getirisinin olması nedeniyle örgütlerde araştırıcı stratejiye göre nispeten daha fazla uygulandığı görülmektedir (Şanal, 2013, s.64; Tahralı, 2014, s.58; Tutar vd., 2017, s.159; Çiftçi, 2017, s.196; Yılmaz, 2017, s.116, Keskin, 2018, s.50). Örneğin, Bierly ve Daly (2007, s.510) küçük ve orta ölçekli imalat işletmelerinde yararlanıcı stratejilerin daha etkili olduğunu ve müşteri hizmetlerinden beklenen ürün kalitesine ve verimliliğe odaklandığını ifade etmiştir. Kortmann (2011, s.154) çalışmasında, imalat işletmelerinde dengeli stratejik kararlar alınsa bile yöneticilerin imalat işletmelerinin verimliliğin sağlanamaması durumunda yararlanıcı stratejik hedeflere çok fazla odaklandıklarını ve araştırıcı stratejik hedefleri ihmal ettiklerini ortaya koymuştur.

Benzer şekilde, çeşitli kamu ve özel üniversitelerdeki akademisyenler (Yılmaz, 2017), bankacılık sektöründeki yöneticiler (Attar, 2014), otellerde çalışan departman yöneticileri ve şefler (Tang, 2014), İstanbul'daki imalat ve hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmelerdeki yöneticiler (Tahralı, 2014), TR63 bölgesinde (Hatay-Osmaniye-Kahramanmaraş) faaliyet gösteren imalat sektöründeki tüm çalışanlar (Tutar, 2017), Adana ilinde mobilya imalat sektöründe faaliyet gösteren işletmelerdeki tüm çalışanlar (Çiftçi, 2017) üzerinde yapılan gerek hizmet sektörünü gerek imalat sektörünü ilgilendiren çalışmalarda yararlanıcı stratejilerin genel olarak daha fazla tercih edildiği söylenebilir.

2.4.2. Örgütsel Ustalığın Öncülleri

Usta bir örgütün oluşmasındaki ön koşulları ifade eden, örgütsel ustalığın öncüllerinin de kavram çerçevesinde ele alınması önemlidir. Bazı araştırmacılar (Covin and Slevin, 1991, s. 17; Tushman and O'Reilly 2008; Tunç, 2015), öncül olarak belirledikleri kavramlar ile örgütsel ustalığı ilişkilendirip, ustalığı ne ölçüde açıklayabildiklerine ilişkin sonuçlardan yola çıkarak ustalığın olmazsa olmazlarını belirlemeye çalışmışlardır.

Araştırmalarda ustalık, genellikle örgüt yapısı, davranışsal bağlam ve liderlikle ilişkilendirilmekte; uyum ve dengenin önemli olduğuna dikkat çekilmektedir (Raisch and Birkinshaw, 2008). Ancak örgütsel ustalığın öncüllerini ademî bir örgüt yapısı, ortak bir örgüt kültürü ve vizyon, destekleyici liderler ve esnek yöneticiler olduğunu ileri süren araştırmacılar da bulunmaktadır (Tushman and O'Reilly, 1996). İlerleyen dönemlerde, bu çalışmaların alt stratejilerdeki öncüller düzeyinde ele alınarak daha derinleştiği görülmektedir. Örneğin, yararlanıcı stratejide başarılı olmak için gerekli temel faktörler, kısa dönemli fayda, verimlilik, disiplin, kademeli gelişme ve sürekli yenilik olarak işaret edilirken; araştırmacı stratejide, başarı faktörleri uzun dönemli fayda, daha fazla özerklik, esneklik ve risk alma olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla, araştırmacı stratejiyi uygulamak için yetkinlik, yapı, sistem ve kültürün birbiriyle uyum gerekçesi ile yararlanıcı strateji için gerekli olan uyum tamamen farklıdır (O'Reilly and Tushman, 2008, s.190). Bu çalışmada ise örgütsel ustalığın öncülleri ayrı alt stratejiler bağlamına indirilmeden, her iki stratejide de etkili olduğu görülen; örgüt yapısı, örgüt kültürü ve liderlik konuları olarak belirlenmiştir. Bu öncülleri Tablo 2.2.'de yer verilmektedir.

Tablo 2.2. Örgütsel Ustalık Stratejileri ve Öncülleri

Öncüller	Örgütsel Ustalık Stratejileri	
	Yararlanıcı Strateji	Araştırmacı Strateji
Yapı	Resmî, mekanik, merkeziyetçi, yüksek düzeyde biçimselleşmiş, yüksek düzeyde uzmanlaşmış, dikey iletişime dayalı	Uyarlanabilir, organik, ademî-merkeziyetçi, düşük düzeyde biçimselleşmiş, düşük düzeyde uzmanlaşmış, yatay iletişime dayalı
Kültür	Etkenlik, düşük risk, kalite	Risk alma, hız, esneklik, deneyimleme, takım çalışması
Liderlik	Otoriter, tepeden kontrol	Vizyoner, sürece dâhil

Kaynak: O'Reilly and Tushman, 2004, s.80.

2.3.2.1. Örgüt Yapısı

Örgüt yapısı, örgüt içerisinde var olan ilişki ve bileşenlerin bütünü veya örgütün çeşitli fonksiyonlarını yerine getiren çeşitli bileşenler arasındaki düzenleme olarak tanımlanmaktadır (Ülgen, 1990). Başka bir tanımda, yapı, bir örgütün tasarımı olup örgüt içindeki kişilerin ve işlerin gruplanmasına göre oluşan bir model olarak ifade edilmektedir (Covin and Slevin, 1991, s.17). Örgüt yapısı, örgüt tasarımı ile belirlenirken, örgütün çeşitli hedefleri ile uyum içinde olup, değişen koşullara ve gereksinimlere ayak uydurabilmelidir. Dolayısıyla, örgütün ekonomik, ideolojik ve düzen odaklı çeşitli hedeflerinin oluşturduğu gereksinimler örgüt yapısının özelliğini ve sınırlarını belirlemektedir (Mizruchi and Fein 1999, s.678; Erkmen, 2010, s.63).

Literatür incelendiğinde, örgüt yapısının farklı alt boyutlarla ele alındığı görülmektedir. Hage and Aiken (1967) örgüt yapısı boyutlarını merkezîleşme, biçimselleşme ve karmaşıklık olarak ele alırken, Pugh vd. (1968, s.91) uzmanlaşma, standardizasyon, biçimselleşme, merkezîleşme ve yapılandırma şeklinde sınıflandırmıştır. Mintzberg (1979, s.14), örgütün başarısının görevde uzmanlaşma, davranışın biçimselleştirilmesi, eğitim ve doktrinleme, birimleri gruplama, birim büyüklüğü, planlama ve kontrol sistemleri, irtibat araçları, sorumluluğun dikey ve yatay olarak dağıtılması şeklinde dokuz yapı boyutunun doğru seçilmesiyle oluşturulabileceğini belirtmiştir. Aldemir ve Barbeto (1983, s.122), örgüt yapısı boyutlarını farklılaşma ve denetim alanını içeren temel yapı boyutları ile merkezîyetçilik, uzmanlaşma, standartlaşma ve biçimselleşmeyi içeren eylemsel yapı boyutları şeklinde gruplandırmıştır. Daft (2009), örgüt yapısı boyutlarını biçimselleşme, uzmanlaşma, yetki hiyerarşisi, merkezîleşme derecesi ve profesyonelleşme olarak belirlemiştir. Koşul bağımlılık kuramına göre yapısal boyutların; merkezîleşme, biçimselleşme, uzmanlaşma, yetki hiyerarşisi, çalışan oranları ve profesyonellik gibi alt değişkenleri bulunmaktadır. Bağlamsal boyutta ise büyüklük, örgütsel teknoloji, çevre, hedefler/stratejiler ve kültür vardır. Dolayısıyla, yapıya ilişkin bağlamsal ve yapısal parametreler belirlendikten sonra, örgüt yapısı kendiliğinden belirginleşmektedir. Örgüt yapısı kavramı farklı açılardan incelse de araştırmalarda sıklıkla merkezîleşme, biçimselleşme ve uzmanlaşma boyutları üzerinde durulduğu görülmektedir (Blackburn, 1982).

Merkezîleşme: Örgütte tüm karar verme gücünün tek bir noktada ve nihai olarak bir kişinin elinde olması ile ilgilidir (Mintzberg, 1979). Bu güç birçok kişiye dağılmış olduğu

zaman merkezîleşmemiş (ademî merkezî) bir yapı ortaya çıkar (Hage, 1965). Merkezîleşme derecesinin belirlenmesiyle aynı zamanda örgütteki bir pozisyonun sahip olacağı otorite de belirlenmiş olacaktır (Koçel, 2011, s.185). Klasik yönetim anlayışının insanlarla ve örgüt yapısıyla ilgili temel varsayımları merkezî bir yönetim gerektirirken, Neo-klasik yönetim yaklaşımının felsefi temelleri ve varsayımları ademî merkezî bir yönetim gerektirir. Ademî merkezî bir yönetim tarzının özellikle büyüyen örgütlerde kararların hızla ve karışıklığa yol açmaksızın verilmesini sağlaması, merkezî yönetim ile bölümler arasındaki farkın görülmesini sağlaması ve imtiyazlı bir üst kademe yaratılmasını önlemesi açısından yararlı olduğuna inanılmaktadır (Benligiray, 2013, s.158).

Merkezîleşme derecesi yüksek ise alt hiyerarşik basamakların kararlara katılım düzeyinin düşüklüğünden söz etmek mümkündür. Kişi ve grupların programlanmamış kararların alınmasına katılması durumunda merkezîleşme derecesinin düşük olduğu ve ademî merkezîyetçiliğin uygulanmakta olduğu görülür. Sadece programlanmış/rutin ve karar alma kurallarının uygulanabileceği kararlarda alt kademelerin katılımlarının söz konusu olduğunda biçimselleşmiş bir ademî merkezîyetçi anlayışın uygulamaya geçirildiğini söylemek mümkündür (Burton and Obel, 2004, s.80; Efil, 2010). Günümüzde, esnek ve ademî merkezîyetçi yapıların ön planda olduğu yönetim uygulamalarında yetkinin mümkün olduğu kadar dağıtılması önerilmektedir. Yatay yapılanmalar, sanal örgütler, ekiplerle yönetim vb. yaklaşımlarla merkezîyetçilik uygulamaları hızla azaltılmaktadır (Ertürk, 2011, s. 126).

Biçimselleşme: Kuralların, prosedürlerin, talimatların ve iletişimlerin yazılı olduğu boyut olarak tanımlanmıştır (Pugh vd., 1968, s.75). Biçimselleşme derecesi bir örgütte işler görülürken önceden tanımlanmış belirli spesifik ilke ve yöntemlerin izlenmesi ile ilgilidir (Koçel, 2011, s.184). Klasik yönetim yaklaşımında sadece biçimsel örgüt yapısı dikkate alınmıştır. Çünkü örgütler önceden bilinçli ve amaçlı bir şekilde planlanmış ve planlandığı şekilde işleyeceği varsayılmıştır. Neo-klasik yönetim yaklaşımında biçimsel olmayan örgüt yapısı keşfedilmiştir. Özellikle, Hawthorne araştırmalarının en önemli bulgularından biri biçimsel olmayan örgüt yapısının varlığı ve bu yapının insanlar üzerindeki etkisi olmuştur (Benligiray, 2013, s.156). Biçimselleşme derecesi, örgütte yürütülen işlerin ne ölçüde standartlaştırıldığını ve çalışanların davranışlarının ve faaliyetlerinin ne ölçüde kurallara ve prosedürlere bağlandığını ve belgelendiğini ifade

etmektedir (Goetsch and Davis, 2006, s.479; Seymen ve Bolat, 2013, s.132). Biçimselleşme aynı zamanda, örgütün kurumsal özelliğini de yansıtmaktadır. Aynı çatı altında biçimsel örgüt ve biçimsel olmayan örgüt olmak üzere iki farklı yapı yer alır. Biçimsel örgüt işletme içinde ilişkilerin kanun ve kurallarla belirlenmesiyle ilgilidir. Bu yapı çok fazla standartlaştırılmış olabilir. Biçimsel olmayan örgüt ise kanun ve kurallarla tanımlanmayan gruplaşmaları ifade eder (Dinçer, 1998, s.221; Burton and Obel, 2004, s.175).

Bir örgütte işlerin biçimselleşme derecesi yüksekse işi yerine getirmekle sorumlu olan kişiler ne yapılacağına, ne zaman ve kim tarafından yapılması gerektiğine karar vermede çok az zaman harcamaktadır. Bu durumda kesin iş tanımları, kurallar ve iş süreçlerini içeren açık şekilde tanımlanmış prosedürler vardır. Biçimselleşme derecesi düşük olduğunda ise çalışanlar görece programlanmamış niteliktedir ve işlerini yerine getirmede daha özgürdür (Daft, 2009). Bazı yönetim teknikleri (örneğin, toplam kalite yönetimi, yalın yönetim, kıyaslama, kurumsallaşma, kalite güvence sistemleri vb.) çerçevesinde uygulanan mal ve hizmet üretimindeki standart prosedürlerin oluşturulması da biçimselleşmenin mevcudiyetine bağlanabilir (Meyer and Rowan 1977, s.357; Şimşek, 2010).

Uzmanlaşma: Pozisyonlar arasında resmi görevlerin dağıtılması ve örgüt içindeki iş bölümüyle ilgili bir kavramdır (Pugh vd., 1968, s.72). İşlerin çok küçük parçalara ayrılarak her görevi bir kişinin sürekli olarak yapması anlamındaki uzmanlaşmanın etkenlik ve verimliliği artırmaktadır (Koçel, 2011, s.184). Klasik yönetim anlayışında iş bölümü, etkenliğin ve rasyonelliğin başlıca kaynağı olarak görülürken verimlilik artışı sağlama yönü ön plana çıkarılmıştır. Neo-klasik yönetim anlayışında verimlilik artışı kadar çalışanların memnuniyetine de önem verilmiştir. Önceleri uzmanlaşmanın iş kazaları, yorgunluk, monotonluk ve bezginlik yaratma gibi olası fizyolojik etkilerine ilişkin araştırmalar yapılırken daha sonra yapılan araştırmalar uzmanlaşmanın çalışanlar üzerindeki psikolojik etkilerine yoğunlaşmıştır (Benligiray, 2013, s.156).

Bir örgütte uzmanlaşma fazla ise çalışanlar işin küçük bir kısmını yapmakta, düşük ise geniş bir iş yelpazesinde ve yetkili olarak işlerini yerine getirmektedir. Uzmanlaşmanın önemli olduğu örgüt yapısı, bir alanda çalışmaya, çalışanların daha hızlı deneyim kazanmalarına ve yeteneklerini düzenli bir şekilde geliştirmelerine yardımcı olur (Daft, 2009, s.15). Her personelin bilgi, yetenek ve tecrübelerine göre bir işe

yerleştirilmesi, herkesin her işte değil, en iyi yapabileceği işte uzmanlaşmasının gereği üzerinde durmaktadır. Bilindiği gibi büyük miktarlarda üretim ya da kitle üretimi ancak uzmanlaşma ile mümkündür ve uzmanlaşma iş bölümü temeline dayanır (Mucuk, 1996). İş bölümü ve uzmanlaşma beraberinde etkinlik ve verimlilik artışını getirir. İş bölümü ve uzmanlaşma derecesine bağlı olarak, örgütte yapılan işlerin içerdiği görevlerin çeşitliliği ve çalışanların bu görevleri gerçekleştirirken sahip oldukları beceriler farklılık gösterir. Bazı işletmelerdeki işlerde ileri derecede uzmanlaşmaya gidilirken, bazı işletmelerde belirli bir iş içinde çok çeşitli görevler bir araya getirilerek genelleştirmeye ağırlık verilebilir (Seymen ve Bolat, 2013, s.132). Buna karşılık, yetkinlik yönetimi ve personel güçlendirme gibi kimi uygulamalarda bu ilkenin etkisinin daha az olduğu görülmektedir (Akoğlan Kozak, 2012).

Örgüt yapısıyla ilgili tanımlayıcı açıklamalardan sonra örgüt yapısı ile örgütsel ustalık arasındaki ilişki üzerinde duran çalışmalara bakıldığında (Tushman and O'Reilly, 1996; Birkinshaw and Gibson, 2004; Jansen vd., 2006; Raisch and Birkinshaw, 2008; Akdoğan vd., 2009; Aloini vd., 2012), araştırmacıların ilk olarak, örgütlerin karşı karşıya olduğu rekabetçi taleplerle başa çıkmak için farklı yapısal mekanizmaları ortaya koydukları görülmektedir. Ayrıca, araştırmacılar, örgütsel ustalığın, örgüt bağlamındaki (işletme büyüklüğü, işgücünün eğitimi ve pazar büyüklüğü) herhangi bir faktörden de kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Örgütlerde ademî merkezîyetçilik, biçimselleşme ve kişilerarası bağıllık gücü gibi dinamiklerin etkileşimi arttıkça, örgütsel ustalığın da arttığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Cao vd., 2010). Verimliliği destekleyen standartlaştırma, merkezîleşme ve hiyerarşiye dayalı mekanik yapıların yararlanıcı stratejileri desteklediği; yüksek düzeyde ademî merkezîyetçilik ve otonomiye sahip organik yapıların ise araştırıcı stratejileri beslediğine dair görüşler de ileri sürülmektedir (Salehi and Yaghtin, 2014, s.49). Adler vd. (1999, s.48) araştırıcı stratejilerin ademî-merkezîyetçi bir yapıda etkili olduğunu ve çalışanların örgüt içi sosyalleşme ve takım oluşturma yoluyla yaratıcı fikirler geliştirmelerini desteklendiğini (Raisch vd., 2009, s.686); yararlanıcı stratejilerin etkenlik, sinerji ve üretimi artırmayı teşvik etmesi açısından merkezîyetçi yapıda önemli olduğunu belirtmiştir (Benner and Tushman, 2003, s.248). Örneğin, sağlık işletmelerinde yüksek biçimselleşme derecesine genellikle mekanik ve bürokrasinin yoğun olduğu örgütlerde rastlanırken, bu biçimselleşmenin bireylerin rutin olmayan problemleri çözme çabalarını engellemekte olduğu belirtilmektedir (Örücü vd., 2012, s.6). Başka bir deyişle, yüksek biçimselleşme

Çalışanların retken ve araştırıcı davranışlarını engellerken, yararlanıcı davranışları desteklemektedir. Düşük biçimselleşme derecesi ise organik ve düşük bürokratik yapı ile ilişkidir. Bu biçimselleşmenin uygulandığı örgütler, yeni fikirlerin başlatılmasının bir önkoşulu olarak kurallarda açıklığı ve esnekliği desteklemektedir. Müşterileri mümkün olan en iyi şekilde karşılamak için yararlanıcı stratejiler (standartlaştırılmış ve yerleşik hizmetlerin sağlanması) ve araştırıcı stratejiler (tamamen yeni müşteri ihtiyaçlarına hızlı bir şekilde cevap verme yeteneği) arasında geçiş yapmaları gerekmektedir (Kortmann, 2011, s.65).

Örgütsel ustalığın başarılması için stratejik karar almada uygun bir yapıyı sağlamak değil, aynı zamanda uzun vadede sürdürülebilir rekabet avantajı sağlamak da önemlidir. Mekanik rgt yapısı st düzeyde uzmanlaşmış rutin görevlerin, karar vermede st düzeyde merkezileşmenin, birimlerde oldukça biçimlenmiş prosedürlerin olduğu yönetsel bir yapı olarak ifade edilirken (Meyer and Rowan 1977, s.353; Mintzberg, 1979, s.69); organik örgütler tam tersi bir yapıdadır. Uzmanlaşma derecesinin yüksek olması yararlanıcı stratejiyi gösterirken; düşük olması araştırıcı stratejiyi desteklemektedir (Hafkesbrink and Schroll, 2014, s.4). Bu bilgilere dayanılarak hastanelerde örgüt yapısı ile örgütsel ustalık stratejileri arasındaki ilişkinin nasıl gerçekleştiğine ilişkin şu araştırma soruları oluşturulmuştur:

AS1:Hastanelerin rgt yapısı ile yararlanıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

AS2:Hastanelerin rgt yapısı ile araştırıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

2.3.2.2. Örgüt Kültürü

1980’li yıllara kadar örgüt ve yönetime ilişkin genelde örgüt yapısı ve stratejiler üzerinde durulurken, sonraki yıllarda örgüt kültürü kavramı ortaya çıkmıştır. Örgüt kültürü, bir örgütün yönetim sistemi için temel olarak kabul edilen değerleri, inançları ve ilkeleri yanında bu temel ilkeleri güçlendiren bir dizi yönetim uygulamaları ve davranışları olarak tanımlanmaktadır (Denison, 1990, s.2). Berrio’ya göre (2003, s.1), örgüt kültürü, neyin değerlendiğini, baskın liderlik stilini, dili, sembolleri, prosedürleri, adetleri ve bir örgütün başarı tanımlarını içermektedir. Schein (2010, s.3) ise örgüt kültürünü bireylerin bir arada olmasını sağlayan faktörler olarak uyum ve i bütünleşme problemlerini çözmek için oluşturduğu ve geliştirdiği belirli düzendeki temel varsayımlar olarak belirtmiştir. Hofstede (2010, s.47), örgüt kültürünü bir organizasyonun üyelerini diğer organizasyonların üyelerinden farklılaştıran düşüncelerin kolektif programlanması

olarak tanımlamıştır. Daft'a göre (2013, s.317) örgüt kültürü, bir örgüte yeni katılanların doğru olarak kabul ettikleri ve bunlar arasında paylaşılan inançların kılavuzu, anlama ve düşünme şeklidir. Tanımlara bakıldığında, örgüt kültürünün temel öğeleri konusunda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Ancak örgüt kültürünün unsurlarının genelde temel değerler, varsayımlar, tutumlar, liderler, normlar, dil, hikâyeler ve mitler, semboller, tören ve kutlamalar olarak sıralandığı görülmektedir.

Çevre koşullarının örgüt üzerindeki etkisine veya örgüt yapısını oluşturan hiyerarşi, yetki, haberleşme ve kontrol gibi mekanizmaların kullanılma şekline ve derecesine göre pek çok örgüt kültürü sınıflaması bulunmakla birlikte, bu sınıflandırmaları ortaya çıkaran temel kriterlerin değerler, liderlik tarzı, iletişim ve örgütte var olan stratejik yaklaşım olduğu görülmektedir (Cameron and Freeman, 1991, s.23). Bu kriterler kapsamında öne sürülen yaklaşımlardan biri örgüt kültürünü, güç, rol, görev ve birey kültürü olarak ele almıştır. Güç kültürü; örgütlerde gücün merkezde toplandığı, hiyerarşik yapının dikkat çektiği kültür tipidir. Güç kültürüne daha çok küçük işletmelerde, askeri birimlerde ve büyük işletmelerin tepe yönetimlerinde rastlanmaktadır (Bakan vd., 2004, s.93). Rol kültürü; merkezî ve fazlasıyla biçimsel bir kültürü ifade etmektedir. Bürokrasi olarak da bilinen rol kültüründe gücün kaynağı hiyerarşiden gelmektedir. Rol kültürünün hâkim olduğu örnek işletmeler kamu kurumlarıdır. Görev kültürü; verilen görevlerin en iyi şekilde yerine getirilmesi için doğru insanların doğru yerlerde çalıştırılmasını esas almaktadır. Sonuç odaklıdır, yaratıcılık, rekabet ve hız gerektirmektedir. Reklam şirketleri, bilgisayar programlama şirketleri bu kültüre örnek gösterilebilir. Birey kültüründe ise merkez birey olup, bireysel çalışmalar ve başarılar ön plandadır. Örgüt yapısı, örgüt içindeki bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak ve desteklemek için vardır. Bu kültür, avukatlık büroları, danışmanlık firmaları ve üniversitelerde yaygın olarak görülmektedir (Handy, 1981, s. 180-183).

Örgüt kültürünü, klan, adhokrasi, pazar ve hiyerarşi olarak ele alan yaklaşımlar da bulunmaktadır. Klan kültüründe; örgütte fikir birliği, aktif katılım ve ekip çalışmasına önem verilmektedir. Bağlılık, geleneksellik, dürüstlük ve güven son derece önemlidir. Başarı, müşterilere karşı olan duyarlılığı ve ilgiyi esas almaktadır. Etkili takım yapısının bulunduğu özellikle başarılı Japon firmaları bu kültüre örnek gösterilmektedir. Hiyerarşi kültürünün hâkim olduğu örgütlerde, çalışanların gözetim ve kontrolü sağlandıktan sonra onlardan itaat beklenmektedir. Çalışanların uyumluluğu kontrol edilmekte ve çalışanlar formal bir sistemle değerlendirilmektedir (Cameron ve Quinn, 2006, s.37). Adhokrasi

kültüründe; kararlar çoğunlukla sezgiler sonucunda alınmakta, liderler yaratıcı ve risk alıcıdır ve aynı zamanda çalışanları da risk üstlenmeye teşvik etmektedir. Bu kültür tipinde başarı ve etkinlik için örgütler büyüme ve yeni kaynaklar elde etme üzerinde yoğunlaşmaktadır. Pazar kültüründe ise çalışanların uymak zorunda olduğu kurallar sözleşmelerle belgelendirilir ve somut başarılar ödüllendirilir. Ayrıca, kişiler sıkı rekabetçi ve amaca ulaşma odaklıdır (Acaray vd., 2015, s.144; Çıraklı vd., 2017, s.41)

Örgüt kültürünü, kontrol, işbirliği, rekabet ve yetiştirme kültürü boyutlarında ele alan yaklaşımlarda bulunmaktadır. Bu örgüt tiplerinden kontrol kültürü; bürokrasi anlayışının etkin olduğu, standartlaşma ve rutinleşmenin tercih edildiği ve değişime direnç gösterilen kültürlerdir. İşbirliği kültürü; değişim önemsenir, ekip çalışmasını dikkate alarak müşteriler ile ortaklık halinde çalışmaya ve iyi ilişkiler geliştirmeye dayalıdır. Esnek bir kültürü temsil eden bu özelliklere özel hastanelerde daha çok rastlanmaktadır. Günümüzde ağırlıklı olarak finans, bilişim, teknoloji ağırlıklı işletmelerde rastlanan rekabetçi kültürde; yaratıcılık, gelişmeye açık olma ve esneklik yaygın değerler arasında yer alır ve çalışanların başarı güdüsü yüksektir. Yetiştirme kültürü ise vakıflar, dernekler, yardım kuruluşları, sivil toplum örgütlerine yakın bir kültürdür. Bu kültürde çalışanlara kendini ifade etme, kişisel özgürlük, özerklik, keşfetme ve araştırma imkânı tanınmaktadır (Schneider, 1994, s.102-111).

Örgüt kültürünün belirlenmesinde de kullanılan toplumsal kültür öğeleri üzerinde çalışan Hofstede'e göre kültür boyutları; güç mesafesi, belirsizlikten kaçınma eğilimi, bireycilik/toplumculuk, erilik/dışılık olarak belirlenmiştir. Güç mesafesi; örgütlerde, çalışanların bulundukları mevkilerden kaynaklanan bir eşitsizlik ortaya çıkmakta ve bu eşitsizlik ast üst ilişkileri şeklinde biçimlenmektedir. Belirsizlikten kaçınma; bireylerin kesinlik olmayan durumlar karşısında kendilerini tehdit altında hissederek, bu durumdan ne ölçüde kaçındığı anlamına gelmektedir. Bireycilik-kolektivizm özelliği; topluluk veya bireyler arasındaki ilişkileri tanımlamaktadır. İnsanların bireysel ya da grup üyesi olarak davranma isteğini yansıtır. Toplumdaki cinsiyetlere yüklenen rolleri ifade eden eril ve dişil özelliklere göre, dişil kültürlerde; insana önem verilmekte şefkatli olma, nazik olma, empati kurma gibi özellikler önemliken, eril kültürlerde; yükselme, rekabet, baskıcı tavır takınma, atılganlık, kazanç özellikleri ön plana çıkmaktadır (Hofstede vd., 2010, s.29). Örneğin, Türkiye'de hizmet sektörünün daha çok kadın ağırlıklı istihdam yapısı bu örgütlerin dişil öğelere sahip kültür özellikleri taşıdığını göstermektedir (Öncül vd., 2016, s. 260).

Örgüt kültürü ile ilgili başka bir yaklaşım bürokratik ve yenilikçi kültür şeklindedir. Klasik yaklaşımla yönetilen örgütlerde görülen bürokratik kültürde hiyerarşik yapılara bağlı kalınır, merkezî yönetim vardır, iş tanımları ve çalışanların yetki ve sorumlulukları açıkça belirlenmiştir. Çalışanlar yakından kontrol edilmektedir. Yenilikçi kültür ise hızlı ve sürekli bir şekilde değişen çevre koşullarına uyum sağlamaya yardımcı olan kültürdür. Bu kültürde örgütün kültüründe, yaratıcılık, değişim ve başarı için yenilik vardır (Kilmann vd, 1986, s.88). Benzer şekilde iki sınıflandırma yapan bir yaklaşım ise örgüt kültürünü paylaşılan vizyona ve çeşitliliğe dayalı kültürler olarak ele almıştır. Paylaşılan vizyona dayalı kültürlerde, liderler kendi kültürlerini oluşturmada aktif bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte, çeşitliliğe dayalı kültürler; bir örgütün farklılıkları hoş gördüğü, bireyleri tanıdığı, değerlendirdiği ve ödüllendirdiği ile ilgilidir. Böylece, paylaşılan vizyon ve örgütsel çeşitlilik, farklılıkların teşvik edilmesine ve bireylerin görüş, yetenek ve bilgilerinden yenilikçilik, etkenlik ve verimlilik sağlamasına yardımcı olmaktadır (Wang and Rafiq, 2012, s.64). Örgüt kültürünü güçlü kültür ve zayıf kültür olarak ele alan yaklaşımda ise güçlü kültür, örgütün temel değerlerinin çalışanlar tarafından yoğun bir şekilde paylaşılması ve kabulü anlamına gelmektedir. Bu kültürün tüm örgütler için faydalı olduğu ve motivasyonu, bağlılığı ve koordinasyonu artırıcı bir etkisinin olduğu kabul edilmektedir (Lee and Yu, 2004, s.341). Örgüt üyelerinin, değerleri onaylaması, benimsemesi ve bağlanması oranında örgüt kültür güçlenmektedir. Ancak son zamanlarda, güçlü kültürün çalışanlar üzerinde baskı yaratabileceği özellikle değişim ve değişime uyum sağlamada engel teşkil edebileceği üzerinde durulmaktadır (Erkmen, 2010, s. 16). Bu nedenle, güçlü kültüre sahip örgütler rutinelere daha fazla bağlı olduğu için dinamik çevrelerde zayıf kültüre sahip bir örgütten daha az uyum gösterir ve daha az etkilidir (Boisner and Chatman, 2002).

Örgütler, dinamik çevrelerde ayakta kalabilmek için gerekli olan gevşeklik ve esneklik özelliklerini sürdürürken aynı zamanda, sıkı ve istikrarlı kültürler oluşturmaya çabalamaktadır (Tushman and O'Reilly, 1996). Peters ve Waterman da (1982) örgüt kültürü ve başarı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, örgütlerin başarılı olmalarını sağlayan kültürel değerler arasında hem sıkı hem de gevşek bir biçimde organize olmaları gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca, örgütlerin sıkı bir kültüre sahip olmaları; örgüt çalışanlarının birbirlerini anlamalarını ve örgüt değerlerine inanmalarını ifade ederken, aynı zamanda gevşek bir kültüre sahip olmaları; çalışanların az sayıda yönetici tarafından yönetilmesine, az sayıda kural ve yönetmeliklerin olmasına işaret etmektedir (Özkalp,

2003, s.110). Literatürde, örgütsel ustalık stratejileri ile uyumlu bir örgüt kültürünün ustalığın yapılandırılmasında önemli olduğu vurgulanmaktadır (Tushman and O'Reilly, 1996; O'Reilly and Tushman, 2004; Yu vd., 2014). Araştırmalarda üzerinde durulan bürokratik kültür, hiyerarşi kültürü, kontrol kültürü, sıkı kültür gibi yaklaşımlar yararlanıcı stratejileri kullanan örgütler tarafından kullanılırken, yenilikçi kültür, esnek kültür ve gevşek kültür özelliklerine sahip örgütlerin araştırıcı stratejiyi desteklediği öngörülmektedir (Salehi and Yaghtin, 2014). Fındıklı ve Pınar (2014) ise sıkı ve gevşek örgüt kültürünün araştırıcı ve yararlanıcı yenilik üzerinde etkili olduğunu tespit etmiş ve gevşek örgüt kültürü ile araştırıcı stratejiler arasında yüksek düzeyde bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda hastanelerde örgüt kültürü ile örgütsel ustalık stratejileri arasındaki ilişkinin nasıl gerçekleştiğine ilişkin şu araştırma sorusu oluşturulmuştur:

AS3:Hastanelerin örgüt kültürü ile yararlanıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

AS4:Hastanelerin örgüt kültürü ile araştırıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

2.3.2.3. Liderlik

Lider, bir örgütte bireyleri veya grupları etkileyen, onlara amaç belirleme konusunda yardım eden, amaçları gerçekleştirmede yol gösteren ve sonuç olarak onları etkili kılan herhangi bir kişidir. Liderlik, grup amaçlarını gerçekleştirmek için insanların gönüllü olarak çalışmalarını sağlamak (Bass and Avolio, 1994; Hersey vd., 1996) ya da bir kişinin, grup veya örgütün belirlenen amaçlarını gerçekleştirmeye yönelik grubun diğer üyelerini etkileme süreci (Greenberg ve Baron, 2000) şeklinde tanımlanmaktadır. Gibson and Birkinshaw (2004, s.213) ise bireylerin hem mevcut kaynak ve yetenekleri daha iyi bir şekilde kullanmalarını hem de yenilikleri izlemelerini destekleyen bir liderlik mekanizmasının gerekliliğini vurgulamıştır. Payne (2005, s.5), liderleri örgütleri değiştirmeye istekli olan kişiler olarak ifade etmiştir. Son yıllarda etkili bir değişim süreci için “usta liderlik” kavramının gerekli olduğunu vurgulayan Rosing vd. (2011, s.199), yararlanıcı ve araştırıcı stratejileri benimseyen açık ve kapalı liderlik olarak iki liderlik tarzından söz etmektedir. Açık liderliği; farklı şeyler yapmayı cesaretlendirmeyi, bağımsız düşünme ve hareket etmeyi, var olan yaklaşımlara meydan okuma girişimlerini desteklemeyi içeren bir dizi lider davranışı olarak açıklarken, kapalı liderliği; düzen oluşturmayı, kurallar belirlemeyi ve planlara bağlı kalmayı içeren bir dizi lider davranışı olarak tanımlamıştır.

Örgütsel ustalık stratejileri ile liderlik tarzları arasındaki ilişki incelendiğinde, birçok çalışmada dönüştürücü liderliğin ele alındığı ve sınırlı sayıda da olsa diğer liderlik tarzlarını (etkileşimci, vizyoner, hizmetkar, otantik, tam serbesti tanıyan liderlik vb.) araştıran çalışmaların yer aldığı görülmektedir (Gibson and Birkinshaw, 2004; Smith and Tushman, 2005; Lubatkin vd., 2006; Jansen, 2009; Zacher vd., 2014; Attar, 2014; Schindler, 2015; Baskarada, 2016). Literatürde birçok çalışmada yer verilen dönüştürücü liderler, güçlü bir vizyon yaratarak doğrudan ve araştırma, deneme, risk alma ve fikir paylaşımını destekleyen bir çevre yaratarak dolaylı şekilde örgütsel yeniliği artırmakta (Daft, 2009, s.391; Connelly and Ruark 2010, s.745; Koçel, 2011, s.592), bununla birlikte eşzamanlı olarak iletişim ve geri besleme mekanizmaları ile yararlanıcı stratejiler açısından da doğru zemini hazırlamaktadır (Purvee and Enkhtuvshin, 2014, s. 434). Jansen vd. (2009) çalışmasında, dönüştürücü liderlerin araştırmacı stratejileri pozitif yönde desteklediğini gözlemlemiştir. Attar (2014) çalışmasında, işletmenin örgütsel ustalık durumunu tam serbesti tanıyan liderliğin çok düşük düzeyde, etkileşimci liderliğin düşük-orta düzeyde, dönüştürücü liderliğin orta düzeyde ve otantik liderliğin yüksek düzeyde pozitif yönlü etkilediğini tespit etmiştir. Zacher ve Rosing (2015), yenilik sürecinde araştırmacı stratejileri uygulayabilenlerin açık liderler, yararlanıcı stratejileri uygulayabilenlerin kapalı liderler ve her iki stratejiyi birlikte kullanabilenlerin ise usta liderler olabileceğini ifade etmiştir. Aynı yazar usta liderlik kavramını ele aldığı ampirik çalışmasında, liderlerin yararlanıcı davranış sergileyen çalışanlara kapalı liderlik yaklaşımını, araştırmacı davranış sergileyen çalışanlara açık liderlik yaklaşımını benimsedikleri ortaya çıkmıştır. Bu açıklamalar sonucunda hastanelerde liderlik ile örgütsel ustalık stratejileri arasındaki ilişkinin nasıl gerçekleştiği ile ilgili şu sorular geliştirilmiştir:

AS5:Hastane liderliği ile yararlanıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

AS6:Hastane liderliği ile araştırmacı strateji arasında ilişki var mıdır?

2.5. Örgütsel Ustalık Stratejileri ile Sağlık Otelciliği Hizmetleri İlişkisi

Konu ile ilgili yapılan literatür taramaları sonucunda, örgütsel ustalık ile sağlık otelciliği hizmetlerinin birlikte ele alındığı herhangi bir araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Ancak tedavi hizmetleri yanında, sağlık otelciliği hizmetlerini de sunan hastanelere bir hizmet işletmesi olarak bakıldığında, örgütsel ustalık stratejilerini hizmet işletmeleri kapsamında inceleyen bazı çalışmalar bu kapsamda öncü çalışmalar olarak

kabul edilebilir (Javerpaa, 2010, Chang and Hughes, 2012; Tang, 2014). Önceki bölümlerde detaylı olarak açıklanan örgütsel ustalık en kısa şekilde, mevcut yeteneklerden yararlanma ile yeni yeteneklerin araştırıp keşfedilmesi ve örgütlerin bu iki yeteneği birlikte kullanmalarını ifade etmektedir. Örgütler bu yolla aynı zamanda, kendilerini yenilemekte ve güncellemektedir. Sürekli yeni arayışlar, keşifler peşinde olmak ve mevcut yeteneklerden en uygun şekilde yararlanmak, örgütsel ustalık stratejisinin temel amacı olarak bilinmekte ve araştırmacı ve yararlanıcı stratejiler bu esasa göre belirlenmektedir (McCarthy and Gordon, 2011, s.255; Erşahan vd., 2015, s.61). Bu bağlamda, işletmelerde örgütsel ustalık stratejisinin doğru şekilde kullanılması için öncelikle tüm örgüt düzeylerinde ulaşılmak istenen amaçların ve bunları gerçekleştirecek yapısal, kültürel ve yönetsel (liderlik) özellikleri destekleyen alt stratejilerin ortaya koyulması gerekmektedir (Carmeli and Halevi, 2009, s.211). Örneğin, bir işletmede mevcut ürün/hizmetin iyileştirilmesi, çeşitlendirilmesi ve değiştirilmesi tercih edilmişse yararlanıcı stratejiden söz edilebilir. Ancak yeni ürünlerin bulunması, AR-GE çalışmalarına verilen önem ise örgütün araştırmacı olma yönünde tercihte bulunduğu işaret eder. Bu stratejilerin tek başına ya da birlikte kullanımı temel olarak mevcut hizmetlerin daha çekici hale getirilmesine ve yenilerinin bulunması fikrine dayalı olup, hizmet işletmelerinde de kullanılmaktadır (Acar, 2014, s.94). Bilindiği gibi örgütsel ustalık başlangıç yıllarında, imalat sanayinde sıklıkla kullanılmıştır (Lubatkin vd, 2006; Raisch and Birkinshaw, 2008; Cao vd., 2010; Tushman and O'Reilly, 2013).

Örgütsel ustalık stratejilerinin özel sektör ve kamu sektöründe yer alan diğer işletmelerde de kullanılması gerektiğini ileri süren görüşler de bulunmaktadır (Smith and Umans, 2013, s.813). Bu bağlamda, Akbolat (2009), kamu sektöründeki hastanelerde daha çok savunmacı stratejinin, özel sektördeki hastanelerde ise analizci stratejinin kullanıldığını tespit etmiştir. Ayrıca, hastane yatak kapasitelerinin etkili kullanımı ve yüksek kaliteli hizmet için saldırgan stratejinin de uygulanması gerektiği belirtilmektedir. Burada, savunmacıların mevcut faaliyetlere odaklandıkları, saldırganların ise yenilikçiliği vurguladıkları söylenebilir. Kamu ve özel hastanelerindeki kalite boyutları üzerinde etkili olan rekabet stratejilerinin neler olduğunu belirlemeye çalışan Doğan vd. (2017) ise maliyet liderliği stratejisinin önemli olduğunu saptamışlardır. Uzun vadede sürdürülebilir başarı elde etmek isteyen hastane yöneticilerinin insan kaynakları seçimi, eğitimi, çalışan bağlılığı, liderlik konularında verimlilik esaslı bir yaklaşım olarak maliyet liderliği stratejisinin kullanmasının önemli olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada, sürekli

iyileştirme, hastane bilgi sistemi, hizmet kültürü alanında yapılacak farklılaştırma çalışmaları ise araştırıcı stratejilere örnek teşkil etmektedir. Bu sonuçlardan yola çıkılarak, hastanelerde kaliteli hizmet sunumunda her iki stratejinin birlikte kullanılmasının gerektiği söylenebilir.

Hastanelerin finansal performansı ile örgütsel ustalık stratejileri arasındaki ilişkileri belirlemeye araştıran Bodwell (2011) ise çalışmasında, finansal performans ile örgütsel stratejiler (araştırmacı ve yararlanıcı) arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Açıklanan literatür bilgilerine dayanarak, hastanelerde örgütsel ustalık stratejileri ile sağlık hizmetleri arasında bir ilişkinin mevcudiyeti akla gelmektedir. Bu nedenle, şu soruların da araştırma sorularına eklenmesine karar verilmiştir:

***AS7:** Hastanelerde yararlanıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasında ilişki var mıdır?*

***AS8:** Hastanelerde araştırıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasında ilişki var mıdır?*

3. YÖNTEM

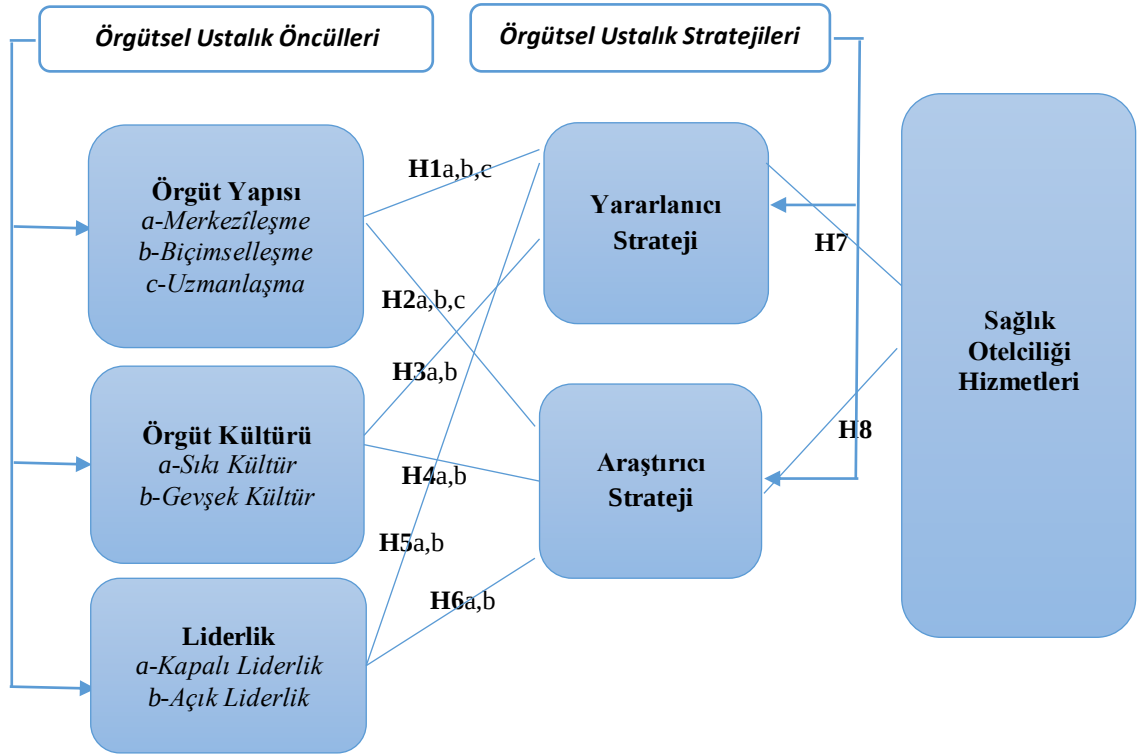
Bu bölümde, araştırma modeli, veri toplama tekniği ve aracı, veri toplama aracının geliştirilmesi, pilot araştırma, evren ve örneklem ve veri analizine ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, medikal turizme hizmet veren hastanelerin örgütsel ustalık stratejileri ile sağlık otelciliği hizmetlerinin ilişkisini belirlemeye yöneliktir. Araştırmada, verilerin toplanmasında anket formundan yararlanılmıştır. Ancak pilot araştırma aşamasında, anket formu ile birlikte yapılandırılmış gözlem formu ve ilgili dokümanlar da kullanılmıştır. Yapılandırılmış gözlem pek çok disiplinde kullanılan nicel bir yaklaşımdır. Yapılandırılmış gözlemde, gözlenecek şeyle ilgili daha iyi bir yapılanma, yönelim ve sistematik bir yaklaşım kullanılmaktadır. Gözlem öncesi gözlemcinin bilgi toplaması ve kaydetmesi için oluşturulmuş bir kodlama sistemi bulunmaktadır. Bu gözlem yönteminde bilgi toplamada güvenilirlik ve geçerliliğe ulaşmak daha kolaydır. Aynı zamanda, nicel ve yapılandırılmış yaklaşımlarda, gözlemcinin katılımsız gözlemci rolünü üstlenme eğilimi söz konusudur (Büyüköztürk vd., 2014, s.143). Gözlem verilerinin yanı sıra doküman incelemesi yapılmıştır. Dokümanların incelenmesi belli bir sistematik doğrultusunda yürütülmesi gereken bir süreçtir. Araştırma problemine ilişkin olarak yazılı ve görsel dokümanların incelenmesi daha zengin ve kapsamlı bir çıkarım sağlanması açısından oldukça önemlidir. Olguya ya da olaya ilişkin çok çeşitli kaynaklardan bilgi toplanması farklı bakış açıları ve farklı yaklaşımların incelenmesi ve sentezlenmesine imkan sağlayarak araştırmanın geçerliliğini artıracaktır (Baş ve Akturan, 2013, s.117).

Araştırmanın odağını ve detaylarını gösteren araştırma modeli; örgüt yapısı, örgüt kültürü, liderlik, örgütsel ustalık, sağlık otelciliği hizmetleri ile ilgili literatür taramasından yararlanılarak geliştirilmiştir. Geliştirilen araştırma modeli, yapılar arası ilişkilerle birlikte Şekil 3.1.'de sunulmuştur.

Şekil 3.1. Araştırma Modeli ve Hipotezleri



Araştırma Sorusu 1: Hastanelerin örgüt yapısı ile yararlanıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

H1a: Hastanelerde merkezîleşme ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.

H1b: Hastanelerde biçimselleşme ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.

H1c: Hastanelerde uzmanlaşma ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.

Araştırma Sorusu 2: Hastanelerin örgüt yapısı ile araştırmacı strateji arasında ilişki var mıdır?

H2a: Hastanelerde merkezîleşme ile araştırmacı strateji arasında negatif bir ilişki vardır.

H2b: Hastanelerde biçimselleşme ile araştırmacı strateji arasında negatif bir ilişki vardır.

H2c: Hastanelerde uzmanlaşma ile araştırmacı strateji arasında negatif bir ilişki vardır.

Araştırma Sorusu 3: Hastanelerin örgüt kültürü ile yararlanıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

H3a: Hastanelerde sıkı kültür ile yararlanıcı strateji arasında bir ilişki vardır.

H3b: Hastanelerde gevşek kültür ile yararlanıcı strateji arasında bir ilişki vardır.

Araştırma Sorusu 4: Hastanelerin örgüt kültürü ile araştırıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

H4a: Hastanelerde sıkı kültür ile araştırıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır.

H4b: Hastanelerde gevşek kültür ile araştırıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.

Araştırma Sorusu 5: Hastane liderliği ile yararlanıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

H5a: Hastanelerde kapalı liderlik ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.

H5b: Hastanelerde açık liderlik ile yararlanıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır.

Araştırma Sorusu 6: Hastane liderliği ile araştırıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

H6a: Hastanelerde kapalı liderlik ile araştırıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır.

H6b: Hastanelerde açık liderlik ile araştırıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.

Araştırma Sorusu 7: Hastanelerde yararlanıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasında ilişki var mıdır?

H7: Hastanelerde yararlanıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasında pozitif bir ilişki vardır.

Araştırma Sorusu 8: Hastanelerde araştırıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasında ilişki var mıdır?

H8: Hastanelerde araştırıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasında pozitif bir ilişki vardır.

3.2. Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi

Araştırma problemine bağlı olarak verilerin toplanmasında anket tekniğinden faydalanılmıştır. Araştırmada kullanılacak anket formunun geliştirilmesi sürecinde elde edilen bilgiler iki aşamada yürütülmüştür.

İlk aşama: İlk aşamada, alanında yeterli bilgi ve donanıma sahip 11 uzmanın görüşünden yararlanılmıştır. Bu aşamada yer alan uzman grubunda, dört akademisyen, üç termal tesis yöneticisi, iki kamu hastanesi müdürü ve iki özel hastane müdürü bulunmaktadır. İlk tur görüşmeler 6-17 Kasım 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu aşama öncesinde, üç bölüm olarak düzenlenen taslak anket formunun ilk bölümünde

örgütsel ustalıkla ilgili sorular, ikinci bölümünde örgüt yapısı ile ilgili sorular, üçüncü bölümünde ise araştırmacı tarafından literatür taraması sonrasında oluşturulan hastanelerdeki otelcilik hizmetleriyle ilgili sorular yer almaktaydı (EK-1). Yaklaşık 12 gün süren ve yüz yüze yapılan görüşmelerde, uzmanlar görüşlerini kendilerine verilen anket formu üzerinde işaretleme yaparak belirtmişlerdir. Ancak bazı uzmanlar konuyla ilgili görüşlerini sözlü ifade ederek belirtmek istemişlerdir. Bu görüşmeler, araştırmacı tarafından not edilerek, kayıt altına alınmıştır. Uzmanların yaptığı değerlendirmeler sonucunda, anket formu ile ilgili ciddi öneriler alınmıştır. İlk turda gelen öneriler ve yapılan değişikliklere aşağıda yer verilmektedir.

- Otelcilik hizmetleriyle ilgili soruların anket formunda ilk bölüme alınması, bu şekilde konunun daha rahat değerlendirileceği bildirilmiştir.
- Otelcilik hizmetleriyle ilgili ifadeler yeterli değildir ve yeteri kadar anlaşılmamaktadır. Bu amaçla kullanılan asıl göstergeler nelerdir? Anket formunda bu esas göstergelere yer verilmesi daha iyi olacaktır.
- Örgütsel ustalık ile ilgili sorularda neden müşteri kavramı kullanılmaktadır? Bu konu hasta hizmetleri olarak ele alınabilir mi?
- Örgüt kültürüyle ilgili ifadelerde de tekrar niteliğindeki iki ifadenin kaldırılması önerilmiştir.

Bu sonuçların elde edildiği birinci aşama görüşmelerinden sonra, anket formu tekrar düzenlemeye alınmıştır. Bu kapsamda yukarıdaki önerilere bağlı olarak ikinci aşamadan önce şunlar gerçekleştirilmiştir:

- Anket formunun otelcilik hizmetleriyle ilgili kısmındaki soruların tamamı, Sağlık Otelciliği Hizmet Sunum Rehberindeki kriterlerden alınarak yeniden düzenlenmiştir. Ancak bu yeni düzenlemenin tekrar uzman görüşüne sunulmasına karar verilmiştir.
- Örgütsel ustalık ile ilgili ifadeler hasta hizmetlerine yönelik olarak yeniden düzenlenmiştir.
- Termal tesisler ise araştırma kapsamı dışına alınmıştır.

İkinci aşama: Bu aşamada, yapılan yeni düzenleme nedeniyle sadece sağlık otelciliği hizmetleriyle ilgili bir tur daha uzman görüşü alınmıştır. Bu aşamadaki uzman grubunda, devlet ve özel hastanelerde görevli 6 yönetici ve ilgili alanlarda görev yapan 6 çalışan olmak üzere toplam 12 kişi (hastane müdürü, destek hizmetler müdürü, sağlık otelciliği müdürü ve çalışanlar) yer almıştır. 14-28 Aralık 2015 tarihleri arasında

gerçekleşen bu görüşmeler için kişilerin yoğunluğu nedeniyle ancak mesai saatleri sonrasına randevu alınabilmektedir. Üç katılımcı ise formu bırak topla şeklinde doldurmayı istemiştir. 14 gün süren görüşmeler yaklaşık 45 dakika ile 1 saat arasında gerçekleşmiştir.

Bu aşamada öncelikle, *Sağlık Otelciliği Hizmet Sunum Rehberi*'nde yer alan 13 kategori ve 160 kriterden oluşan form uzman gruba “gerekli” ve “gerekli” başlıkları altında değerlendirilmek üzere sunulmuştur (EK-2). Uzmanlardan alınan görüşler doğrultusunda sağlık otelciliği hizmetleri ölçeğinin kapsam geçerliği için Lawshe (1975) tekniği kullanılmıştır. Lawshe tekniğinde, en az 5 en fazla 40 uzman görüşüne ihtiyaç vardır. Lawshe tekniğine göre kapsam geçerliliği için hazırlanan ölçeğin, Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) ve Kapsam Geçerlilik İndeksleri (KGİ) hesaplanır (Şencan, 2005, s.754). Tablo 3.1.'de, uzman sayısı doğrultusunda, $\alpha = 0.05$ anlamlılık düzeyinde minimum KGO değerlerine yer verilmektedir.

Tablo 3.1. KGO'lar İçin Minimum Değerler

Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99
6	0.99
7	0.99
8	0.78
9	0.75
10	0.62
11	0.59
12	0.56
13	0.54
14	0.51
15	0.49
20	0.42
25	0.37
30	0.33
35	0.31
40	0.29

*P<0.05 anlamlılık düzeyinde

Kaynak: Şencan, 2005, s.754

Elde edilen verilere Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) formülü “ $\{[n_g - (N/2)] / (N/2)\}$ ” uygulanarak düşük kapsam geçerlilik oranına (0.56'dan küçük) sahip olan ifadeler ölçekten çıkarılmış, 0.56'dan yüksek kapsam geçerlilik oranına sahip olan ifadeler dikkate alınarak anket formunun birinci bölümü, 9 kategori ve 58 kriter olarak yeniden düzenlenmiştir. Kapsam Geçerlilik Oranı sonuçlarına EK-3'te yer verilmektedir. Kapsam geçerlilik testinin gerçekleştirilmesi sonrasında, oluşturulan anket formuna EK-4'te yer verilmektedir. Kategorilerin düzenlenmesinde ise kriter sayısı dikkate alınmıştır.

Bir ya da iki kriter sayısına düşen kategoriler en yakın kategori altında toplanmıştır. Ayrıca bazı kriterler getirilen öneriler doğrultusunda oluşturulan kategoriler ve kriterlerin dağılımı Tablo 3.2.'de gösterilmektedir.

Tablo 3.2. *Kapsam Geçerlilik Testi Sonucunda Oluşturulan Kategoriler ve Kriterler*

Kategoriler	Kabul Edilen Kriterler
Temizlik:	53-60-61-62-63-64-65 toplam 7 kriterle kabul edildi.
Atık:	98-102-103-104 toplam 4 kriter oluşturuldu. Öneriler doğrultusunda kriterlerde düzenleme yapılarak 5 kriterle kabul edildi.
Din:	124-125-126-128-135 toplam 5 kriterle kabul edildi.
Bahçe/Otopark:	107-108-109-110 toplam 4 kriter oluşturuldu. Öneriler doğrultusunda kriterlerde düzenleme yapılarak 6 kriterle kabul edildi.
Yemekhane ve Kantin/Kafeterya:	48 yemek kriteri ile 145-148-150-154-155 kantin/kafeterya kriterleri birleştirilerek toplam 6 kriter oluşturuldu. Öneriler doğrultusunda kriterlerde düzenleme yapılarak 10 kriterle kabul edildi.
Güvenlik ve Numune Taşıma:	30-31-32-34 güvenlik kriterleri ile 96 nolu numune taşımadaki güvenli taşıma kriteri birleştirilerek toplam 5 kriterle kabul edildi.
Danışma ve Hasta Kabul:	119-120-121-122-123 danışma kriterleri ile 68 nolu hasta kabul kriteri birleştirilerek 6 kriter oluşturuldu. Öneriler doğrultusunda kriterlerde düzenleme yapılarak 7 kriterle kabul edildi.
Çamaşırhane ve Terzilik:	72-77-82-86 çamaşırhane kriterleri ile 111-113 terzilik kriterleri birleştirilerek toplam 6 kriterle kabul edildi.
Personel:	3-4-5-9-10-11-13 toplam 7 kriterle kabul edildi.

Anket formunun birinci bölümünde Sağlık Otelciliği Hizmetleri Ölçeğine ilişkin ifadeler yer verilmiştir. Bu bölümdeki cevaplar, her bir madde için sunulan “1=Tamamen Yetersiz, 2=Yetersiz, 3=Kısmen Yeterli, 4=Yeterli ve 5=Tamamen Yeterli” seçeneklerinden oluşan 5’li likert tipi ölçeğe göre düzenlenmiştir.

Anket formunun ikinci bölümünde yer alan örgütsel ustalık stratejileri soruları, Bodwell (2011) tarafından geliştirilen *Örgütsel Ustalık Ölçeği*’den alınmıştır. Ölçekte ilk 8 ifade (1-8) *araştırmacı* strateji (Cronbach Alpha katsayısı .821) ve diğer 8 ifade (9-16) *yararlanıcı* strateji (Cronbach Alpha katsayısı .812) olmak üzere toplam 16 ifade bulunmaktadır. Bu ölçeğin daha önce yapılan araştırmalarda test edilmiş olması ve ölçek sahibinden bu araştırmada uyarlanarak kullanma izni alınması nedeniyle, tekrar uzman grubunun görüşüne sunulmamıştır. Bu bölümdeki yapılan bu uyarlamaların, yeniden düzenlemesi ise pilot araştırma sonrasına bırakılmıştır. Bu ölçekteki ifadeler; “1= Tamamen Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4= Katılmıyorum ve 5= Tamamen Katılmıyorum” şeklinde 5’li likert tipi ölçeğe göre düzenlenmiştir.

Anket formunun üçüncü bölümü, Örgütsel Ustalık Öncülleri olarak adlandırılan örgüt yapısı, örgüt kültürü ve liderlik ile ilgili alt ifadelerinden oluşmaktadır. Örgüt yapısı ölçeğinde yer alan *Merkezîleşme* boyutunda (5 ifade), Hage ve Aiken (1967) tarafından geliştirilen ve sonrasında Dewar vd. 1980 tarafından geçerlilik ve güvenilirlik analizine tabi tutulan örgüt yapısı ile ilgili ölçekten (Cronbach Alpha katsayısı .96) yararlanılmıştır. Ölçek, örgüt yapısı ile ilgili başka çalışmalarda da (Jansen vd., 2006) kullanılmıştır. *Biçimselleşme* boyutunda (5 ifade), yine Hage ve Aiken (1967) tarafından geliştirilen örgüt yapısı ölçeğinden yararlanılmıştır (Cronbach Alpha katsayısı .76). Bu sorular, Desphande ve Zaltman (1982) çalışmasında kullanılırken örgütsel ustalıkla ilgili başka bir çalışmada da Jansen vd (2006) tarafından kullanılmıştır. *Uzmanlaşma* boyutunda (5 ifade) ise Pugh vd (1968) tarafından kullanılan ilgili bölümün ifadelerinden yararlanılmıştır (Cronbach Alpha katsayısı .87). Bu bölümdeki soruların daha sonraki yıllarda, örgütsel ustalık ile ilgili bazı çalışmalarda (Hafkesbrink ve Schroll, 2014) kullanıldığı görülmektedir.

Örgüt kültürü boyutunda yer alan ifadeler, O'Reilly ve Tushman (2004) tarafından geliştirilen, Fındıklı ve Pınar (2014) tarafından örgütsel ustalıkla ilgili başka bir çalışmaya uyarlanan ölçekten alınmıştır (Cronbach Alpha katsayısı, .804). Ölçekte, toplam dokuz ifade bulunmaktadır. Bu ifadeler, uzman görüşü çerçevesinde, tekrar niteliğindeki iki ifadenin elimine edilmesiyle yedi adet olarak düzenlenmiştir. *Liderlikle* ilgili ifadelerin (8 ifade) oluşturulmasında Zacher ve Rosing (2015) tarafından geliştirilen usta liderlik ölçeği kullanılmıştır (Cronbach Alpha katsayısı .96). Bu ölçek daha sonraki yıllarda (Zacher vd., 2014; Schindler, 2015) başka araştırmacılar tarafından da örgütsel ustalıkla ilgili çalışmalarda kullanılmıştır. Bu bölümde yer alan ifadeler de “1= Tamamen Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4= Katılmıyorum ve 5= Tamamen Katılmıyorum” kategorilerinden oluşan 5’li Likert tipi ölçeğe göre düzenlenmiştir. Anket formunun üçüncü bölümdeki ölçeklerinden daha önceki birçok araştırmada sınanmış olması göz önüne alınarak, gerekli düzenlemelerin pilot araştırmada yapılmasına karar verilmiştir. **Anket formunun dördüncü bölümü** ise yönetici ve çalışanlara yönelik demografik soruları (cinsiyet, yaş, eğitim, görev, mesleki deneyim) içermektedir.

3.3. Pilot Araştırma

Pilot araştırma, anketin geçerlik ve güvenirliğinin gözleme dayalı verilerle sorgulandığı bir aşamadır. Anketin taslak formundaki problemleri ve anlam sorunlarını belirlemede kritik bir öneme sahip olan ve araştırmanın hedef kitlesiyle benzer özelliklere sahip bir grup üzerinde yapılan ön uygulama, geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edebilmek için önem taşımaktadır (Büyüköztürk vd., 2014). Araştırma kapsamında oluşturulan anketin pilot uygulaması, Eskişehir’de hizmet veren bir devlet, bir üniversite ve bir özel hastanede gerçekleştirilmiştir. Bu hastanelerin belirlenmesinde, farklı statüleri temsil etmelerinin yanı sıra izinlerin alınabilme durumu da belirleyici olmuştur. Hastanelerin isimleri yöneticilerinin talebi üzerine gizli tutulmuştur.

Pilot araştırmada verilerin toplanmasında anket formu, yapılandırılmış gözlem formu ve ilgili dokümanların birlikte kullanıldığı Karma Yöntem uygulanmıştır. Anket formu 58 ifadeden oluşan Sağlık Otelciliği Hizmet Sunum Rehberinde yer alan “Sağlık Otelciliği Hizmet Kriterleri”, 16 ifadeden oluşan Örgütsel Uсталık Stratejileri Ölçeği, Örgütsel Uсталık Öncülleri olarak adlandırılan 15 ifadeden oluşan Örgüt Yapısı Ölçeği, 7 ifadeden oluşan Örgüt Kültürü Ölçeği, 8 ifadeden oluşan Liderlik Ölçeği ve demografik sorulardan oluşmaktadır.

Uzman görüşü alma ve veri toplama aracını belirleme süreci Aralık 2015 tarihinde tamamlanmış olmasına rağmen, pilot araştırmada devlet hastanesi için Kamu Hastaneleri Birliği’nden, üniversite ve özel hastane için hastane başhekimliklerinden gerekli izinlerin alınabilmesi için, Aralık 2015’te bu kurumlara başvuruda bulunulmuştur. İzin alma ve hastane belirleme süreci dört aylık bir sürede tamamlandığından pilot araştırma 28 Mart 2016 tarihinde başlatılabilmektedir. Belirlenen devlet, üniversite ve özel hastanedeki farklı birimlere dağıtılan anketlerin toplanmasıyla birlikte pilot araştırma süreci 2 Temmuz 2016 tarihinde tamamlanmıştır.

3.3.1. Pilot Araştırma Anket Sonuçları

Pilot çalışma alanı olarak belirlenen hastanelere 150 adet anket dağıtılmış ve 122 adet anket geri dönmüştür. Pilot araştırma için anket geri dönüş oranının % 81,33’dur. Geri dönen anketlerden bırak-al şeklinde toplananlardan 13 anket formu eksik veya yanlış doldurulmasından dolayı elimine edilmiş ve toplam 109 anket formunun verileri pilot araştırma olarak analize tabi tutulmuştur.

Pilot araştırma sonucunda elde edilen anket verileri SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programına girilerek güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. İç tutarlılık katsayısını aşağıya çeken ve madde-toplam korelasyon puanı 0.30'un altında olan ifadelerin anketten çıkarılması önerilmektedir (Şencan, 2005, s.112). İç tutarlılık katsayısı ile madde-toplam korelasyon puanı değerleri baz alınarak ölçeklerin güvenilirliği test edilmiştir. Çalışmada, Sağlık Otelciliği ölçeğinin iç tutarlılık katsayılarının ortalamasının (cronbach alpha) .976 olduğu tespit edilmiştir. Tablo 3.3'te görüldüğü gibi, madde toplam korelasyon puanı .30'dan yüksek olan 58 ifadenin anket formunda yer almasına karar verilmiştir.

Tablo 3.3. Sağlık Otelciliği Hizmetleri Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

<i>Sağlık Otelciliği Ölçek İfadeleri</i>	Madde-Toplam Korelasyon Puanı	İfade Çıkarıldığında İçtutarlılık Katsayısı	İç tutarlılık Katsayısı (Cronbach Alpha)
1. Mesai saatlerinde işlerin aksatılmadan yürütülmesi için yeterli sayıda eleman çalıştırılması	.534	.975	.976
2. Üniformaların düzenli kullanımının kontrol edilmesi	.626	.975	
3. Kimlik kartlarının takılması ve düzenli olarak kontrol edilmesi	.614	.975	
4. Hizmet içi eğitimlerin verilmesi	.693	.975	
5. İş kanunu, işçi sağlığı ve iş güvenliği esaslarına uyulması	.565	.975	
6. İşlerin önceden belirlenen prosedürlere uygun yapılması	.567	.975	
7. Hastayla ilgili bilgilerin gizliliği ilkelerine uyulması	.609	.975	
8. Belirlenen ziyaret saatlerine uyulmasının sağlanması	.573	.975	
9. Bankaların yüksekliğinin çalışan ve hasta iletişimini kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesi	.548	.975	
10. Danışmada hastaneye ait broşür bulundurulması	.589	.975	
11. Danışmada yatan hasta bilgilerinin bulundurulması	.649	.975	
12. Engelli ve yaşlı hastalara işlemleri yapılırken ihtiyaç halinde eşlik edilmesi	.647	.975	
13. Danışma, karşılama/yönlendirme hizmetleri için yabancı dil bilen personelin bulundurulması	.576	.975	
14. Veri girişlerinin tam ve doğru yapılması	.574	.975	
15. Teçhizatın takibini kolaylaştırmak ve doğru raporlanmasını sağlamak için renkli kodların kullanılması	.688	.975	
16. Personelin renkli kod ve acil çağrılarına zamanında ulaşmasının sağlanması	.573	.975	
17. Bina güvenliğine yönelik tedbirlerin tam olarak alınması	.693	.975	
18. Koruyucu ve önleyici güvenlik sistemlerinin hazırlanması için gerekli planların yapılması	.662	.975	
19. Tıbbî numunelerin taşınması sırasında teslim alma/teslim etme işlemlerinin kayıtlarının tutulması	.634	.975	
20. Yemeklerin hastalara sıcak sunulması	.691	.975	
21. Yemeklerin hazırlanmasında hijyen ve temizlik kurallarına dikkat edilmesi	.700	.975	
22. Yemeklerin dağıtımında hijyen ve temizlik kurallarına dikkat edilmesi	.734	.975	

23. Hasta odalarında yemek yenilecek ortamın sağlanması	.678	.975	
24. Mevcut kantin/kafeteryanın fiziksel ihtiyacı karşılayacak yeterlilikte olması	.569	.975	
25. Mevcut kantin/kafeteryanın hizmet çeşitliliği açısından uygun olması	.625	.975	
26. Ambalajsız gıdaların uygun koşullarda muhafaza edilmesi	.710	.975	
27. Satışı ve kullanımı yasaklı ürünlerin satılmaması	.593	.975	
28. Gıdaların üretilmesinden/satın alınmasından tüketilmesine kadar soğuk zincir kurallarına uyulması	.703	.975	
29. Kiralanan alan dışına yerleşim yasağına riayet edilmesi	.647	.975	
30. Birim bazlı günlük temizlik planlarının hazırlanması	.736	.975	
31. Birim bazlı periyodik (haftalık ve aylık) temizlik planlarının hazırlanması	.712	.975	
32. Dış mekân temizliği	.660	.975	
33. Dış cephe temizliği	.676	.975	
34. Hasta odalarının temizliği	.616	.975	
35. Ortak kullanım alanlarının temizliği	.694	.975	
36. WC'lerin temizliği ve dezenfektasyonu	.661	.975	
37. Çamaşırhanede kullanılan kimyasallara ait bilgi ve talimatların bulunması	.738	.975	
38. Çamaşır yıkama, kurutma ve ütüleme alanlarının iş akışına göre düzenlenmesi	.741	.975	
39. Gelen tekstillerin yıkama talimatlarına uygun yıkanması	.715	.975	
40. Enfekte çamaşırların servislere göre ayrılarak temizlenmesi	.767	.975	
41. Tekstil ürünlerindeki yırtık ve söküklerin zamanında tadilatlarının yapıp ilgili birimlere teslim edilmesi	.720	.975	
42. Terzihanede işlem görecekt tüm ürünlerin teslim alıp/verme işlemlerinin kayıt altına alınması	.752	.975	
43. Tıbbî atıklar için ayrı personel istihdam edilmesi	.678	.975	
44. Tıbbî atık miktarlarının kayıt altına alınması	.672	.975	
45. Tıbbî atık miktarlarıyla ilgili yönetimin düzenli olarak bilgilendirilmesi	.586	.975	
46. Ambalaj atıklarının geri dönüşümünün sağlanmasıyla ilgili işbirliklerinin yapılması	.743	.975	
47. Evsel ve tıbbî atıklar belediyeyle işbirliği yapılarak bertaraf edilmesi	.655	.975	
48. Morga kabul edilen mevtaların uygun koşullarda muhafaza edilmesi	.679	.975	
49. Morgdaki mevtaların tüm kayıt işlemlerinin tam ve zamanında yapılması	.675	.975	
50. Bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin defin işlemlerinin enfeksiyon kontrol komitesi ile koordineli olarak gerçekleştirilmesi	.657	.975	
51. Adli vakalarda resmi prosedürlerin zamanında ve eksiksiz yürütülmesi	.629	.975	
52. Morg çıkışının hastanenin ana giriş ve çıkışlarından ayrı olması	.459	.976	
53. Engelliler için ayrı otopark düzenlemesi	.450	.976	
54. Hastalar için ayrı otopark düzenlemesi	.519	.976	
55. Personel için ayrı otopark düzenlemesi	.490	.976	
56. Bahçe, otopark ve yürüme alanlarının aydınlatması	.507	.975	
57. Bahçe/otopark alanı içindeki yönlendirme düzenlemeleri ve hizmetleri	.569	.975	
58. Bahçe/otopark alanı içinde yaya güvenliğini artıracak düzenlemeler	.619	.975	

Tablo 3.4. incelendiğinde, Örgütsel Ustalık Ölçeği ifadelerinin madde-toplam korelasyon puanının 0.30'dan yüksek olduğu ve her ifadenin ölçeğe anlamlı katkı sağladığı görülmektedir. İç tutarlılık katsayılarının (.949) da oldukça yüksek olduğu ve ölçeğin güvenilirliğinde anlamlı bir azalmaya yol açan ifadenin yer almadığı görülmektedir.

Tablo 3.4. Örgütsel Uсталık Stratejileri Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

<i>Örgütsel Uсталık Stratejileri Ölçek İfadeleri</i>	Madde-Toplam Korelasyon Puanı	İfade Çıkarıldığında İçtutarlılık Katsayısı	İç tutarlılık Katsayısı (Cronbach Alpha)
1. Alışılmışın (rutinin) dışında yeni fikirlere başvurulur.	.774	.944	.949
2. Hasta ihtiyaçlarını karşılamak için yeni yollar aranır.	.762	.944	
3. Pazar payını artıracak yeni girişimlere yönelik araştırmalar yapılır.	.703	.946	
4. Hasta erişimini kolaylaştırmak için yeni klinik hizmetler oluşturulur.	.672	.946	
5. Sosyal medya, elektronik tıbbî kayıt sistemi vb. yeni teknolojik alanlarda girişimleri vardır.	.585	.948	
6. Stratejik hedeflerdeki değişimlere hızlı cevap verebilme esnekliğine sahiptir.	.645	.947	
7. Değişimlerle ilgili değerlendirmeler hızlı bir şekilde yapılır.	.680	.946	
8. Kamuoyu yeni klinik hizmetlerle ilgili sürekli bir şekilde bilgilendirilir.	.780	.944	
9. Hizmetlerin iş akışı süreçleri sürekli geliştirilir.	.771	.944	
10. Hizmetlerin maliyeti sürekli kontrol edilir.	.744	.945	
11. Hizmetler sürekli çeşitlendirilir.	.767	.944	
12. Kalite göstergelerine uygunluk sürekli kontrol edilir.	.768	.944	
13. Hizmetler hasta güvenliğini artırmak için sürekli geliştirilir.	.748	.945	
14. Hasta güvenliği için prosedürler, kurallar ve politikalar vardır.	.679	.946	
15. Hizmetlerde işgücü verimliliğine önem verilir.	.691	.946	
16. Tüm birimler koordinasyon içinde çalışır.	.643	.947	

Tablo 3.5.'te yer verilen örgütsel uсталık öncüllerinden örgüt yapısı (.891), örgüt kültürü (.833) ve liderlik (.876) ölçeklerine ilişkin güvenilirlik değerlerinin kabul edilen sınırlardan (0.70) oldukça yüksek olması ve ifadelerin madde-toplam korelasyon değerlerinin 0.30'dan az olmaması nedeniyle, ifadelerin nihai ölçekte bu şekilde yer almasına karar verilmiştir.

Tablo 3.5. Örgütsel Uсталık Öncülleri Ölçeklerinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

<i>Örgütsel Uсталık Öncülleri ile ilgili ifadeler</i>	Madde-Toplam Korelasyon Puanı	İfade Çıkarıldığında İçtutarlılık Katsayısı	İç tutarlılık Katsayısı (Cronbach Alpha)
<i>Örgüt Yapısı Ölçek İfadeleri</i>			
1. Yönetici bir kararı onaylayana kadar eyleme geçilemez.	.532	.885	
2. Çalışanların işleriyle ilgili karar vermelerine izin verilmez.	.395	.890	
3. En küçük sorunlarda bile, nihai kararın alınması için daha üst düzey birine danışılması gerekir.	.429	.890	

4. Çalışanların hemen hemen her şeyi, yapmadan önce yöneticilerine sormaları gerekir.	.409	.891	.891	
5. Çalışanlar kararlarında yönetici onayını almak zorundadır.	.553	.884		
6. İnsan kaynakları uygulamalarına ilişkin yazılı prosedürler vardır.	.693	.879		
7. Kural ve prosedür odaklı bir çalışma sistemi vardır.	.581	.883		
8. Çalışanların performansı kayda alınır.	.546	.886		
9. Çalışanlar kural ihlalleriyle alakalı neredeyse hiç kontrol edilmezler.	.535	.885		
10. Tüm pozisyonlar için yazılı iş tanımları mevcuttur.	.567	.883		
11. İş/görev/işlevler işi bilen (kalifiye) elemanlar tarafından yapılır.	.682	.879		
12. Her iş/görev/işlev için standartlaştırılmış eğitim prosedürleri vardır.	.729	.877		
13. Çalışanlar iş/görev/işlevleriyle ilgili sorumluluklara sahiptir.	.686	.879		
14. Çalışanlar yaptıkları iş/görev/işlevleriyle ilgili gerekli becerilere sahiptir.	.565	.880		
15. Çalışanlar farklı iş/görev/işlevler yerine getirebilirler.	.520	.886		
<i>Örgüt Kültürü Ölçek İfadeleri</i>				
1. Yazılı olmayan kurallara uyulmadığında yaptırımlar uygulanır.	.612	.806		.833
2. Çalışanların davranışları üzerinde kontrol mekanizmaları vardır.	.659	.800		
3. Hikâyeler, inançlar, sloganlar vb. içeren belirli bir kültür yapısı vardır.	.692	.792		
4. Her türlü iş/görev/işlev için önceden belirlenmiş davranış kalıpları vardır.	.624	.804		
5. “Önce insan” felsefesi benimsenmiştir.	.591	.810		
6. Yeni çalışanlar kendi kültürlerini oluşturabilirler.	.524	.821		
7. Her departman kendi bildiği şekilde çalışabilir.	.380	.837		
<i>Liderlik Ölçek İfadeleri</i>				
1. İş/görev/işlevlerin tamamlanması konusunda farklı yollar aranır.	.708	.854	.876	
2. Farklı fikirlerin denenmesi desteklenir.	.651	.859		
3. Çalışanlar risk almaya cesaretlendirilir.	.648	.859		
4. Bağımsız düşünme desteklenir.	.666	.858		
5. Yapılan hatalara karşı tolerans gösterilir.	.645	.860		
6. Performans hedeflerine ulaşp ulaşılmadığı sürekli izlenir.	.686	.855		
7. Belirlenmiş kurallara (rutinlere) bağlı hareket edilir.	.534	.870		
8. Her zaman işleri/görevleri/işlevleri başarmaya odaklanılır.	.556	.868		

3.3.2. Pilot Araştırma Gözlem Sonuçları

Araştırmada sağlık otelciliği hizmetlerinin ne düzeyde verildiğini ortaya koyabilmek için Sağlık Otelciliği Birimine bağlı hizmet veren tüm birimlerde uygulanmak üzere bir Gözlem Formu hazırlanmıştır (EK-5). Gözlem formunda, hastane adı, gözlem numarası, gözlem tarihi, başlama saati, bitiş saati ve geçen süre ile ilgili tanımlayıcı bilgiler yer almıştır. Ayrıca, gerçekleştirilecek gözlemlerin hangi gün ve saatlerde yapıldığını gösteren bir gözlem takvimi de hazırlanmıştır (EK-6).

Gözlem formunun hazırlanmasında sadece sağlık otelciliği hizmet kriterleri esas alınmıştır. Değerlendirmenin objektif olması için sağlık otelciliği ile ilgili her bir kriterin neye göre değerlendirildiğini gösteren kontrol dayanaklarına ayrıntılı olarak yer verilmektedir (EK-7). Her bir maddeye yönelik verilerin gözlemlenerek puanlandırılması için 1’den 5’e kadar belirlenen (1= Tamamen Yetersiz, 2= Yetersiz, 3= Kısmen Yeterli, 4= Yeterli, 5= Tamamen Yeterli) seçenekler kullanılmıştır. Her bir gözlemin %100

üzerinden değerlendirilmesine yönelik 1’den 5’e kadar belirlenen seçeneklerden 1 için %0-20, 2 için %21-40, 3 için %41-60, 4 için %61-80, 5 için %81-100 şeklinde bir puan aralığı belirlenmiştir. Örneğin, sağlık otelciliği hizmetleri ile ilgili gözlem formunda personel hizmetleri 7 kriter içermektedir. Dolayısıyla her bir kriter yaklaşık %14,30’luk (100/7) bir yüzdelik dilimi oluşturmaktadır. Yapılan gözlem sonucunda personel hizmetlerinde yer alan 7 kriterin de yeterli olarak gözlemlenmesi durumunda o gözlem için %100’lük bir değerlendirme söz konusu olacağından “5= Tamamen Yeterli” seçeneği işaretlenmiştir. Yine gözlem sonucunda personel hizmetlerinden 2 kriter yeterli olarak gözlemlenmiş ise her bir kriterin yüzdelik diliminden yola çıkarak yapılan değerlendirme ($\%14,30 \times 2 = \%28,6$) sonrasında “2= Yetersiz” seçeneği işaretlenmiştir.

Pilot araştırmada gerçekleştirilen gözlemler; özel hastanede 2 Mayıs-21 Mayıs tarihleri arasında, devlet hastanesinde 23 Mayıs-11 Haziran tarihleri arasında, üniversite hastanesinde ise 13 Haziran-2 Temmuz tarihleri arasında yapılmıştır. Gözlemler alınan izinler doğrultusunda, üniversite hastanesinde her birim için 8 saatten toplamda 72 saat, devlet hastanesinde her birim 10 saatten toplamda 90 saat, özel hastanede ise 6 saatten toplamda 54 saatlik sürede tamamlanmıştır. Her hizmet alanı için gözlemler haftanın farklı günlerinde işlerin yoğun olduğu 08.30-12.45 ve 13.30-17.45 saatleri arasında ve iki fasıl olarak planlanmıştır. Ayrıca, otopark hizmetlerinde aydınlatma ile ilgili maddeleri gözlemleyebilmek için 23.00-24.00 saatleri arası tercih edilmiştir. Gün içindeki her bir gözlem 60 dakikada tamamlanmıştır. Toplamda 216 gözlem yapılmıştır.

Pilot araştırma kapsamında devlet, üniversite ve özel hastaneye ilişkin mevzuatlar (kanunlar, yönetmelikler, yönergeler, tebliğler), talimat ve prosedürler, hizmet sunum standartları ve kriterleri, hizmet içi eğitim planları ve uyarı levhaları gibi dokümanlar incelenerek araştırmanın veri toplama aşamasına dâhil edilmiştir. Dokümanların incelenmesine, özellikle yapılandırılmış gözlem formu ile detaylı olarak bilgi alınmayan ya da gözlem sonuçlarının açıklanamadığı durumlarda başvurulmuştur. Yeteri kadar gözlemlenemeyen konular, ayrıca, konuyla ilgili doküman üzerinden yine gözlem formundaki kriterler esas alınarak sistematik olarak gerçekleştirilmiştir. Doküman inceleme, gözlem formundaki “açıklamalar” kısmına manuel olarak kayıt edilmiştir.

Araştırmalarda, verilerin karma yöntemle toplanması geçerlilik ve güvenilirliğini artırmada etkili olmaktadır (Topu vd., 2013, s.124). Bu nedenle, çalışmada anket yöntemi yanında, gözlem ve doküman inceleme teknikleri de kullanılmıştır. Yapılan pilot araştırma sonucunda, anket ve gözlem olmak üzere iki farklı kategoride bulgulara

ulaşılmıştır. Bu bulguların birbirini destekler nitelikte olması ya da olmaması küçük bir örnek üzerinde yürütülen pilot çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliği hakkında fikir vermesi bakımından önemlidir. Her iki teknikle elde edilen sonuçlara Tablo.3.6.’da yer verilmektedir.

Tablo 3.6. Pilot Araştırmada Yapılan Gözlem ve Anketlerin Sonuçları

Sağlık Otelciliği Hizmetleri	Devlet Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Özel Hastane		Toplam	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.
<i>Danışma</i>								
Gözlem (216)	3,60	0,69	3,62	0,51	4,50	0,54	3,90	0,56
Anket (109)	3,65	1,19	4,34	1,05	4,55	0,80	4,18	0,70
<i>Güvenlik ve Numune Taşıma</i>								
Gözlem (216)	3,10	0,87	4,00	0,75	4,83	0,40	3,96	0,65
Anket (109)	3,67	1,12	4,51	0,94	4,85	0,61	4,34	0,80
<i>Yemekhane ve Kantin/Kafeterya</i>								
Gözlem (216)	3,10	0,56	4,12	0,35	4,66	0,51	3,96	0,64
Anket (109)	3,49	1,05	4,46	1,08	4,67	0,81	4,20	0,95
<i>Temizlik</i>								
Gözlem (216)	3,70	0,48	4,12	0,64	4,50	0,54	4,10	0,74
Anket (109)	3,78	1,05	4,65	1,06	4,51	0,85	4,31	0,75
<i>Çamaşırhane ve Terzilik</i>								
Gözlem (216)	3,90	0,56	4,25	0,46	4,33	0,51	4,16	0,64
Anket (109)	4,64	1,20	4,41	0,99	4,45	0,74	4,50	0,54
<i>Atık</i>								
Gözlem (216)	4,30	0,67	4,50	0,53	4,66	0,51	4,48	0,96
Anket (109)	4,35	1,05	4,87	1,03	4,67	0,62	4,63	1,06
<i>Din</i>								
Gözlem (216)	4,00	0,66	4,37	0,64	4,50	0,83	4,29	0,75
Anket (109)	4,93	0,96	4,00	0,95	4,55	0,64	4,49	0,83
<i>Bahçe/Otopark Bakımı</i>								
Gözlem (216)	3,00	0,81	3,25	0,70	3,33	0,81	3,19	0,90
Anket (109)	3,72	1,00	3,31	1,10	4,06	1,01	3,69	1,12
<i>Personel</i>								
Gözlem (216)	3,60	0,69	3,62	0,51	4,50	0,54	3,90	0,56
Anket (109)	3,65	1,19	4,34	1,05	4,55	0,80	4,18	0,70
Genel Toplam (Gözlem)							4,01	0,67
Genel Toplam (Anket)							4,29	0,75

Tablo 3.6.’da görüldüğü gibi, anket ve gözlemler sonucunda hastane yöneticileri ve çalışanlarının sağlık otelciliği hizmetlerini “yeterli” düzeyde ($X=4,29$) olduğu; yapılan gözlem sonuçlarının da ($X=4,01$) bunu destekler nitelikte olduğu görülmüştür. **Yapılan bu karşılaştırma sonucunda, her iki yöntem sonuçlarının yapılacak alan araştırmasında da benzer olacağı düşünülerek, çalışmanın saha araştırmasında sadece anket tekniği kullanılmasına karar verilmiştir.**

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge ile ülkemize yurtdışından gelen uluslararası hastalar ile turistlere, devlet ve özel hastanelerde sunulacak sağlık hizmetlerinin usul ve esaslarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda ilde bulunan sağlık kuruluşlarına başvuran uluslararası hasta sayıları, gelen turist sayıları, coğrafik konumu, uluslararası ulaşım imkânları, hastanelerin fiziki, teknolojik şartları ve insan kaynakları gibi unsurlar değerlendirilerek iller 1, 2 ve 3'üncü seviye olarak belirlenmiştir. Bu araştırma, Ankara'daki tüm devlet, özel ve üniversite hastane yöneticileri ile çalışanlarına ulaşmanın zaman ve maddi açıdan mümkün olmamasından dolayı, evreni temsil edecek bir örneklem belirlenerek çalışmanın saha araştırmasının gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Amaçlı örneklem tekniğiyle çalışılacak hastaneler belirlenmiştir. Amaçlı örneklem tekniği; araştırmacının kendi hedefi doğrultusunda evrenden seçim yaparak örneklemi belirlemesidir. Örneklem belirlenirken araştırma sorununa en uygun olan öğelerin seçimine özen gösterilir (Şimşek, 2012). Bu nedenle, gerekli yasal izinlerin (Devlet hastaneleri için Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliğine, üniversite ve özel hastaneler için hastane başhekimliklerine) alınmasına yönelik gerçekleştirilen başvurular sonrasında, hastane bazında idari izinlerin alınabildiği bir devlet, bir üniversite ve bir özel hastanenin araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Üç hastanede görev yapan yönetici (müdür, müdür yardımcıları, şefler) ve idari çalışanların (muhasibe, sekreter, halkla ilişkiler, alt birim sorumluları, bilgi işlem ve sağlık otelciliği hizmetlerinde çalışan tüm destek hizmetler personeli) araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Hastane yöneticilerinden elde edilen bilgilerle ulaşılan anket sayıları Tablo 3.7.'de özetlenmiştir.

Tablo 3.7. Hastaneler ve Önerilen Örneklem Sayıları

Hastaneler	Doktor ve Sağlık Personeli hariç İdari Çalışan Sayısı	Toplam içindeki ağırlığı (%)	Önerilen Örneklem Büyüklüğü	Ulaşılan Anket Sayısı
Devlet Hastanesi	2400	53,38	309	315
Üniversite Hastanesi	1778	39,54	228	252
Özel Hastane	318	7,07	40	105
Genel Toplam	4496	100	579	672

Not: Hastaneler ile ilgili bilgiler yetkili kişilerinden alınmıştır.

Bu çalışmanın evrenini 4496 hastane personeli oluşturmaktadır. Evren büyüklüğü (N) biliniyorsa örneklem büyüklüğü $n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$ formülü ile hesaplanmaktadır. 4496 kişilik evren büyüklüğüne $\pm\% 05$ kabul edilebilir hata ile %95 güven seviyesinde örneklem büyüklüğünün 354, %98 güven seviyesinde örneklem büyüklüğünün 484, %99 güven seviyesinde örneklem büyüklüğünün 579 olması önerilmektedir. Üç hastanedeki toplam 4496 olan personel sayısının %53,38'inin devlet hastanesi personeli, %39,54'ünün üniversite hastanesi personeli, %7,07'sinin özel hastane personeli olduğu görülmektedir (Tablo 3.7.).

Araştırmaya ilişkin olarak gerek Sağlık Bakanlığı'ndan gerek üniversiteden gerekse özel hastane yönetiminden izin alınmasına karşın, akademik etik çerçevesinde hastanelerin isimleri verilmeyerek, hastanelerin birbirinden ayırt edilmesine yönelik devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve özel hastane ifadelerine yer verilmiştir.

Araştırma, Ankara'da bulunan bir devlet hastanesi, bir üniversite hastanesi ve bir özel hastanede gerçekleştirilmiştir. Kolayda örnekleme yöntemiyle, araştırmaya gönüllü olarak katılan hastane personeli örnekleme dâhil edilmiştir. Bu kapsamda Aralık 2016 - Mart 2017 arasında dağıtılan 1200 anket devlet hastanesinden 315, üniversite hastanesinden 252 ve özel hastaneden 105 olmak üzere evreni temsil edecek yeterli sayının üzerine çıkılarak toplamda 672 geçerli anket toplanmış ve anket geri dönüş oranı %55,1 olarak gerçekleşmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmada öncelikle verilerin analize uygunluğu incelenmiş, ölçeklerin güvenilirlik ve geçerliliği analiz edilmiştir. Daha sonra sağlık otelciliği hizmetleri, örgütsel ustalık stratejileri ve örgütsel ustalık öncülleri betimsel analizlerle değerlendirilmiştir. Son olarak araştırmada hipotezlerin sınanmasına yönelik analizler gerçekleştirilmiştir.

Verilerin analize hazırlanması kısmında ilk olarak elde edilen verilerin normal dağılıma sahip olup olmadığını belirlemek için Shapiro-Wilk testi yapılmıştır. Mendes ve Pala (2003, s.135), simülasyon çalışmasında Shapiro-Wilk, Lilliefors ve Kolmogorov-Smirnov testlerinin I. tip hata ve güçlerini karşılaştırmış ve bu üç test arasında en güçlü test olarak Shapiro-Wilk testinin ortaya çıktığını tespit etmiştir. Normallik (Shapiro-Wilk) Testi sonucuna göre; verilerin p değerleri ($p < 0,001$), istatistiksel anlamlılık düzeyi

olarak kabul edilen 0,05'ten küçük olduğu için, incelenen verilerin dağılımlarının normal olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3.8.).

Tablo 3.8. *Normallik (Shapiro Wilk) Testi Sonuçları*

Ölçek Adı	Shapiro Wilk	
	Test İstatistiği	p
Sağlık Otelciliği Hizmetleri Ölçeği	,994	,000
Örgütsel Ustalık Ölçeği	,987	,000
Örgüt Yapısı Ölçeği	,984	,000
Örgüt Kültürü Ölçeği	,985	,000
Liderlik Ölçeği	,986	,000

Araştırmanın alan araştırması sonucunda, ölçeklerin güvenilirlik testlerinin yapılması amacıyla Cronbach alfa değerine bakılmıştır (Tablo 3.9.). Tüm ölçeklere ilişkin iç tutarlılık katsayıları 0,749 ile 0,968 arasında değişmektedir. Ölçekler için $\alpha = 0,700$ üstü güvenilirlik katsayısı değerleri yüksek güvenilirlik olarak kabul edilmektedir (Alpar, 2011). Bu sonuç, tüm ölçeklerin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.9. *Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri*

Ölçek Adı	Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı	Soru Sayısı
Sağlık Otelciliği Hizmetleri Ölçeği	,968	57
Örgütsel Ustalık Ölçeği	,923	16
Örgüt Yapısı Ölçeği	,881	15
Örgüt Kültürü Ölçeği	,749	7
Liderlik Ölçeği	,819	8

Ölçeklerin yapısal geçerliliğini test etmek amacıyla, araştırmada kullanılan örgüt yapısı, örgüt kültürü, liderlik, örgütsel ustalık ve sağlık otelciliği ölçeklerine doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), ilişkilerle ilgili tüm varsayımlar önceki araştırma sonuçlarına veya kuramsal bilgilere dayalı olarak belirlenir. Bu açıdan DFA kuramsal bilgilerin sınanması ve doğrulanması amacıyla uygulanırken, ölçüm değişkenleri belirli faktörlere önceden atanmış veya sabitlenmiştir. Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması ise birlikte bir yapıyı-kavramı-faktörü ölçtüğü anlamına gelmektedir. Bu nedenle faktör yük değerlerinin 0,40 ya da daha yüksek olması seçim için iyi bir ölçü olarak kabul edilmektedir (Şencan, 2005, s.387). Analiz

sonuçlarına göre, sağlık otelciliği hizmetleri ölçeğinde sadece danışma hizmetleri alt boyutundaki s13 “*Danışma hizmetleri için yabancı dil bilen personelin bulundurulması*” maddesi faktör yükü ($<0,40$) düşük olduğu için analizden çıkarılmıştır. Böylece 57 maddenin analizlere uygun olduğu görülmüştür. Sağlık otelciliği hizmetleri ölçeğinde faktör yüklerini gösteren değerlere bakıldığında, yemekhane/kantin-kafeterya boyutunda 0.55 ve 0.71, danışma boyutunda 0.54 ile 0.67, güvenlik boyutunda 0.55 ve 0.75, temizlik boyutunda 0.58 ve 0.75, çamaşırhane/terzilik boyutunda 0.71 ve 0.78, personel boyutunda 0.52 ve 0.60, bahçe-otopark bakımı boyutunda 0.63 ve 0.86, din hizmetleri boyutunda faktör yükleri 0.62 ve 0.68, atık boyutunda 0.60 ve 0.80 arasındadır (EK-8)

Örgütsel ustalık stratejileri ölçeğinin faktör yükleri incelendiğinde, yararlanıcı strateji boyutu için 0.54 ile 0.74 arasında, araştırmacı strateji boyutu için 0.65 ve 0.76 arasında değiştiği ortaya çıkmıştır (EK-9). Örgüt yapısı ölçeğinin faktör yüklerinin merkezileşme alt boyutunda 0.59 ve 0.79 arasında, formalleşme alt boyutunda 0.64 ile 0.70 arasında, uzmanlaşma alt boyutunda 0.48 ile 0.72 arasında değiştiği görülmüştür (EK-10). Örgüt kültürü ölçeğinin faktör yüklerini gösteren değerlere bakıldığında, sıkı kültür alt boyutu için 0.40 ve 0.69 arasında, gevşek kültür alt boyutu için 0.40 ile 0.71 arasında değiştiği saptanmıştır (EK-11). Liderlik ölçeğinin faktör yüklerinin açık lider boyutu için 0.58 ve 0.68 arasında, kapalı lider boyutu için 0.60 ile 0.71 arasında değiştiği tespit edilmiştir (EK-12). Buna göre örgüt yapısı, örgüt kültürü, liderlik, örgütsel ustalık stratejileri ölçeklerinden herhangi bir ifadenin çıkarılmasına gerek görülmemiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde, uyum indeksleri için referans olarak alınan değerler Chi-Square Goodness- (χ^2) , Root Mean Square Error of Approximation-(RMSEA), Goodness of Fit Index-(GFI), Adjusted Goodness of Fit Index-(AGFI), Root Mean Square Residuals-(RMR), Normed Fit Index-(NFI), Comparative Fit Index-(CFI)’dır. Ancak χ^2 tek başına değerlendirilen bir istatistik değildir. χ^2 serbestlik derecesi (sd) ile oranlanarak değerlendirmeye alınmaktadır (Çokluk vd., 2010, s.268). Bu nedenle tüm ölçeklerin χ^2/sd değerleri dikkate alınmış ve tüm uyum indekslerinin beklenen değerler arasında olduğu tespit edilmiştir. Yapılan doğrulayıcı faktör analizlerinin sonucunda ortaya konan değerler, çalışmada yer alan ifadelerin amaçlanan değişkenleri ölçtüğünü, yeterli ve anlamlı düzeyde bu değişkenleri açıkladığını doğrulamaktadır.

Daha sonra Ankara’da faaliyette bulunan üç hastanede (devlet, üniversite, özel) çalışanların demografik özelliklerinin ortaya konması ve örgütlerin yapı, kültür ve liderlik özelliklerinin, örgütsel ustalık stratejilerinin neler olduğu ve sağlık otelciliği

hizmetlerinin ne düzeyde yeterli sunulduğunun belirlenmesi amacıyla betimsel istatistiklerden (frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma) yararlanılmıştır. Betimsel istatistiklerde ölçeklerin aralık genişliği, “dizi genişliği/yapılacak grup sayısı” formülünden yararlanılarak $4/5=.80$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre araştırma bulgularının değerlendirilmesinde esas alınan aritmetik ortalama aralıkları; sağlık otelciliği hizmetleri ölçeğinde 1.00-1.79 “Tamamen Yetersiz”, 1.80-2.59 “Yetersiz”, 2.60-3.39 “Kısmen Yeterli”, 3.40-4.19 “Yeterli”, 4.20-5.00 “Tamamen Yeterli” şeklinde yorumlanmıştır.

Son olarak verilerin normal dağılım göstermediği belirlenen araştırmada değişkenler arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması amacıyla korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki ilişkinin (derecesini/şiddetini/gücünü) düzeyini ve yönünü belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Korelasyon katsayısı “r” harfi ile gösterilmekte ve -1 ile +1 arasında bir değer almaktadır. Değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyini, rakamların mutlak büyüklüğü, yönünü ise rakamların pozitif veya negatif olan işareti belirlemektedir (Akbulut, 2010, s.51; Ural ve Kılıç, 2013, s.243; Karasar, 2015, s.219). Katsayının pozitif olması bir değişkende artış meydana geldiği zaman diğer değişkende de artış olduğunu, negatif olması ise bir değişkende artış görülürken diğerinde azalma meydana geldiğini göstermektedir. Korelasyon katsayısının ± 1 olması güçlü bir ilişkiyi, 0 olması iki değişken arasında hiç ilişki olmadığını gösterir (Kalaycı, 2010, s.115; Büyüköztürk vd., 2014, s.185). Korelasyon katsayısı 0,29’dan küçük ise ilişkinin düşük/zayıf, 0,30 ile 0,64 arasında ise orta, 0,65-0,84 arasında ise yüksek/kuvvetli, 0,85’den büyük ise ilişkinin çok yüksek/çok kuvvetli olduğu kabul edilmektedir (Ural ve Kılıç, 2013, s.244). Bu araştırmadaki analizlerde kullanılan korelasyon katsayısı ise Spearman sıra korelasyon katsayısıdır. Pearson korelasyon katsayısının parametrik olmayan alternatifi olarak görülen bu katsayı, değişkenlerin en az aralık veya oran ölçeği ile ölçülemediği ve değişkenlerden birinin ya da ikisinin birlikte normal dağılmadığı durumlarda tercih edilmektedir (Lorcu, 2015, s.239).

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Hastanelerden elde edilen bulgulara dört başlık altında yer verilmektedir. Bu başlıklar; hastaneler ile ilgili genel bilgiler ve demografik özellikler, sağlık otelciliği hizmetleri, örgütsel ustalık stratejileri ve örgütsel ustalık öncülleri ile ilgili betimsel analizler ve hipotezlerin sınanmalarına yönelik sonuçları kapsamaktadır.

4.1. Genel Bilgiler ve Demografik Özellikler

Hastanelerin; yatak sayısı, faaliyet süresi, kalite belgesi, sağlık otelciliği örgüt yapısı, toplam çalışan sayısı ve sağlık personeli dışındaki çalışan sayısı gibi genel bilgilere Tablo 4.1.'de yer verilmektedir. Tabloda görüldüğü üzere, **devlet hastanesi** en büyük yatak kapasitesine sahip ve 95 yıla dayanan uzun süreli faaliyet gösteren hastanedir. ISO 9001:2000 kalite belgesine sahiptir. Bu belgeye sahip olma durumu müşteri odaklılık, liderlik, süreç yaklaşımı, çalışanların katılımı, sürekli iyileştirme konularının hastanede var olduğuna işaret etmektedir. Devlet hastanesinde sağlık otelciliği hizmetlerinin hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürlüğü adı altında örgütlendiği görülmektedir. Sağlık personeli dışındaki tüm destek hizmetlerde çalışanların sayısı 2400 olup, genel toplam çalışanlar içindeki oranı %61,5'tir. Bu sayı sağlık otelciliği hizmetlerinin yürütülmesindeki personel sayısının genel personel sayısının yarısına tekabül etmesi bakımından önemlidir.

Üniversite hastanesi, ikinci büyük yatak kapasiteli ve 51 yıllık bir geçmişe sahip olan hastanedir. JCI belgesine sahiptir. Bu belge hastanenin kalite iyileştirme ve hasta güvenliği, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrol edilmesi, yönetim, liderlik, tesis yönetimi ve güvenliği, çalışan nitelikleri ve iletişim konularında yeterli olduklarını göstermektedir. Buna bakılarak üniversite hastanesinin sağlık otelciliği altyapısını sağlamada yeterli olduğu söylenebilir. Sağlık otelciliği hizmetleri halkla ilişkiler, ev idaresi ve destek hizmetler olmak üzere üç farklı ad altında verilmektedir. Bu dağınık yapılanma, sağlık otelciliği hizmetlerinin farklı uzmanlık alanları gibi görülmesine bağlanabilir. Ancak bu durum hizmetlerin koordinasyonu gibi farklı bir işlevsel zorunluluğu da gündeme getirir. Üniversite hastanesindeki sağlık otelciliği çalışanlarının oranı %52,7 olarak belirlenmiştir.

Özel hastane, yatak kapasitesi itibarıyla üçüncü sırada (220) yer alan ve daha yeni bir hastanedir. Özel hastanenin ISQua tarafından akredite edilen ulusal ve uluslararası TÜSKA-SAS akreditasyon belgesine sahip olduğu görülmektedir. Bu belge hasta

güvenliğinin yanı sıra, memnuniyet, kurumsal yönetim, sürekli kalite iyileştirme gibi temel başlıkları ele alması açısından önemlidir. Dolayısıyla özel hastanede sağlık otelciliği hizmetlerinin hazır durumda olduğu ifade edilebilir. Sağlık otelciliği hizmetlerinin hasta hizmetleri, idari hizmetler ve yiyecek içecek hizmetleri olarak üç müdürlük altında örgütlendiği; bu durumun aynı zamanda, bu birimler arasında bir koordinasyonu gerektirdiğine işaret etmektedir. Özel hastanedeki sağlık otelciliği çalışanlarının, toplam çalışanlara oranı %41,8'dir. Yatak sayısına bağlı olarak ele alındığında bu sayının yeterli olduğu söylenebilir.

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaneler Hakkında Genel Bilgiler

<i>Genel Bilgiler</i>		Devlet Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Özel Hastane
1	Yatak Sayısı	982	730	220
2	Faaliyet Süresi	95 yıl	51 yıl	8 yıl
3	Kalite Belgesi	ISO 9001- 2000 Kalite Yönetim Sistemi	JCI Akreditasyon Kalite Belgesi	TÜSKA-SAS Akreditasyon Belgesi (ISQua)
4	Sağlık Otelciliği Hizmetleri Örgüt Yapısı	A) Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürlüğü -Personel -Danışma -Hasta kabul -Temizlik -Atık yönetimi -Yemekhane -Güvenlik -Hasta/numune taşıma -Bahçe/otopark -Çamaşırhane -Kantin/kafeterya -Terzilik -Din	A) Halkla İlişkiler -Personel -Danışma -Hasta kabul B) Ev İdaresi Müdürlüğü -Temizlik -Yemekhane -Çamaşırhane -Atık yönetimi C) Destek Hizmetler Müdürlüğü -Güvenlik -Terzilik -Din -Kantin/kafeterya -Bahçe/otopark -Hasta/numune taşıma	A) Hasta Hizmetleri Müdürlüğü -Personel -Danışma -Hasta kabul B) İdari Hizmetler Müdürlüğü -Güvenlik -Temizlik -Atık yönetimi -Çamaşırhane -Terzilik -Din -Hasta/numune taşıma -Bahçe/otopark C) Yiyecek İçecek Hizmetleri Müdürlüğü -Yemekhane -Kafeterya
5	Toplam Çalışan Sayısı	3900	3369	760
6	İdari Çalışan Sayısı (Doktor ve sağlık personeli hariç)	2400	1778	318

Not: Hastaneler ile ilgili bilgiler yetkili kişilerinden alınmıştır.

Çalışanların demografik özellikleri ile ilgili istatistiklere Tablo 4.2.'de yer verilmektedir. Buna göre **devlet hastanesinde** çalışanların %57,1'i kadın, 37-42 yaş

aralığında (%26,3) ve lisans mezunudur (%32,4). 4-7 yıl arası (%27) mesleki deneyime sahip olup, % 98 gibi yüksek bir oran idari personel statüsündedir. **Üniversite hastanesinde** çalışanların %54'ü kadın, 43 yaş ve üzeri yaş aralığında (%34,1) ve lise mezunu (%33,3) oldukları dikkat çekmektedir. 16 yıl ve üzerinde (%36,9) deneyimli ve idari çalışanlardan (%96,8) oluşmaktadır. **Özel hastanede** çalışanlarına bakıldığında ise %59'u kadın, 37-42 yaş aralığında (%32,4) ve % 30,5'i lisans mezunudur. Bu statüdeki hastanede çalışanların mesleki deneyimi 4-7 yıl arasındadır (%33,3). Katılımcıların önemli bir çoğunluğunun (%95,2) sağlık otelciliği kapsamında olması nedeniyle, çalışanların yüksek oranda temsil edildiği dikkat çekmektedir. Bu kapsamda %4,8 temsil oranı ise yönetici katılımını göstermektedir.

Tablo 4.2. Hastanelerde Çalışanların Demografik Özellikleri

	Devlet Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Özel Hastane	
Cinsiyet	f	%	f	%	f	%
Kadın	180	57,1	136	54	62	59
Erkek	135	42,9	116	46	43	41
Toplam	315	100	252	100	105	100
Yaş						
19-24 yaş arası	14	4,4	10	4	10	9,5
25-30 yaş arası	74	23,5	32	12,7	21	20
31-36 yaş arası	78	24,8	59	23,4	26	24,8
37-42 yaş arası	83	26,3	65	25,8	34	32,4
43 yaş ve üstü	66	21	86	34,1	14	13,3
Toplam	315	100	252	100	105	100
Eğitim						
İlkokul	20	6,3	10	4	15	14,3
Ortaokul/İlköğretim	23	7,3	21	8,3	6	5,7
Lise	77	24,4	84	33,3	21	20
Önlisans	62	19,7	51	20,2	30	28,6
Lisans	102	32,4	76	30,2	32	30,5
Lisansüstü	31	9,8	10	4	1	1
Toplam	315	100	252	100	105	100
Görev						
Müdür	1	0,4	1	0,4	1	0,9
Müdür Yardımcısı	2	0,6	-	-	1	0,9
Şef	3	1	7	2,8	3	3
İdari Personel	309	98	244	96,8	100	95,2
Toplam	315	100	252	100	105	100
Mesleki Deneyim						
1-3 yıl	62	19,7	31	12,3	26	24,8
4-7 yıl	85	27	32	12,7	35	33,3
8-11 yıl	70	22,2	47	18,6	19	18,1
12-15 yıl	50	15,9	49	19,5	14	13,3
16 yıl ve üstü	48	15,2	93	36,9	11	10,5
Toplam	315	100	252	100	105	100

Üç hastane statüsündeki çalışan profili genel olarak değerlendirildiğinde; çalışanlar ağırlıklı olarak devlet hastanesinde (%46,8) görev yapmaktadır. Bunu üniversite hastanesi (%37,5) ve özel hastane (%15,6) çalışanları takip etmektedir. Her üç hastanede kadın çalışanların görece erkek çalışanlardan fazla olması, hastanelerdeki sağlık otelciliği hizmetlerinin de turizm sektöründeki otelcilik hizmetlerinde olduğu gibi kadın emeğine dayalı olduğunu gösterebilir. Yaş aralığı açısından devlet hastanesinde ve özel hastanede 37-42 yaş aralığındaki çalışanlar ile üniversite hastanesinde 43 yaş ve üzeri çalışanlar olması dikkat çekicidir. Bu durum her üç hastanede sağlık otelciliği hizmetlerinde çalışan profilinin yetişkin yaş grubunda olduğunu göstergesidir. Eğitim düzeyleri dikkate alındığında, devlet hastanesinde ve özel hastanede lisans mezunu çalışanlar ağırlıklı iken üniversite hastanesinde lise mezunu çalışanların fazlalığı dikkat çekicidir. Yönetici kadrosundaki katılımcıların en fazla özel hastanede, sonrasında üniversite hastanesinde ve en son devlet hastanesinde olması da yetkilerin daha az kişide toplanması ve merkezî yönetime dikkat çekmektedir. Çalışma sürelerine bakıldığında, 11 yıl altında deneyime sahip çalışanların büyük kısmının devlet hastanesinde olduğu görülmektedir. Üniversite hastanesindeki çalışan deneyimi 16 yıl ve üzerinde temsil edilirken, özel hastanede çoğunluğu 7 yıl ve altı deneyimi olan çalışanlar oluşturmaktadır. Dolayısıyla, sağlık otelciliği hizmetlerinde çalışanların yaş, eğitim ve mesleki deneyim itibarıyla yeterli olgunluk düzeyinde olduğu söylenebilir.

4.2. Betimsel Analizler

Araştırmaya katılan hastanelerde çalışanların sağlık otelciliği hizmetlerine, örgütsel ustalık stratejilerine ve örgütsel ustalık öncüllerine ilişkin betimsel istatistiki bulgulara bu bölümde yer verilmektedir. Bu doğrultuda, öncelikle sağlık otelciliği hizmetlerine sonrasında örgütsel ustalık stratejilerine ve öncüllerine ilişkin boyutlar ele alınmaktadır.

4.2.1. Sağlık Otelciliği Hizmetleri

Sağlık otelciliği hizmetleri; danışma, güvenlik/numune taşıma, temizlik, atık, yemekhane/kantin-kafeterya, çamaşırhane/terzilik, bahçe-otopark, din ve personel olmak üzere 9 boyutta değerlendirilmiştir. Bu boyutlara ilişkin değerlere Tablo 4.3.'te yer verilmektedir.

Tablo 4.3. Sağlık Otelciliği Hizmetleri Hakkındaki Görüşler

Sağlık Otelciliği Hizmetleri	Devlet Hastanesi (n=315)		Üniversite Hastanesi (n=252)		Özel Hastane (n=105)	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.
1. Danışma	3,03	0,76	3,16	0,70	4,15	0,51
2. Güvenlik/Numune Taşıma	3,18	0,81	3,19	0,72	4,21	0,51
3. Yemekhane/Kantin-Kafeterya	3,03	0,79	3,21	0,61	4,08	0,48
4. Temizlik	3,00	0,85	3,37	0,68	4,18	0,51
5. Çamaşırhane/Terzilik	2,80	0,91	3,55	0,71	4,23	0,51
6. Atık	3,02	0,95	3,75	0,80	4,26	0,55
7. Din	3,13	0,90	3,82	0,74	4,36	0,48
8. Bahçe-Otopark	2,62	1,02	3,21	0,90	3,85	0,91
9. Personel	3,15	0,76	3,23	0,65	3,92	0,53
Toplam	2,99	0,69	3,36	0,51	4,12	0,39

Tablo 4.3.'e bakıldığında; **devlet hastanesinde**, sağlık otelciliği hizmetlerinden *güvenlik/numune taşıma hizmetlerine* görece daha yüksek katılım gösterilirken, en düşük ortalamanın *bahçe-otopark hizmetlerinde* olduğu belirlenmiştir. Ancak konu ile ilgili ortalama değerler 3.18 ile 2,62 arasında değişmektedir. Bu durum hizmetlerin devlet hastanesinde *kısmen yeterli* düzeyde sunulduğunu göstermektedir. Bakıldığında, bu hastanede güvenlik hizmetleri ile ilgili kısmen yeterli (orta düzey) olma durumu; bu amaçla yapılan önceki çalışmalarla (Yalçın ve Koçak, 2009; Tüzüner ve Özasan, 2011; Yolcu, vd., 2015; İncesu ve Atasoy, 2015; Çelikkalp vd., 2016; Korkmazer vd., 2016; Şantaş vd., 2017) benzerlik göstermektedir. Buna göre bu hizmete ilişkin “renkli kod ve acil çağrılara zamanında ulaşılması”, “bina güvenliğine yönelik tedbirlerin alınması”, “güvenlik sistemlerinin hazırlanması” için gerekli planlamaların yapılması ile ilgili konuların iyileştirilmesi ve geliştirilmesi gerektiği söylenebilir. Bu hizmetlerin taşeron firmadan sağlanması bu konuya sebep olmuş olabilir. Çünkü en düşük fiyat teklifini sunan ve sözleşme yapılan firmanın, finansal ve insan kaynağı alt yapısının yeterli olmaması durumunda bu tür aksaklıklar söz konusu olabilmektedir (Söyler ve Zekioğlu, 2017, s.18).

Bahçe-otopark hizmetlerinin devlet hastanesinde kısmen yeterli olma durumu da (Karakaya ve Kiper, 2011; Selim, 2011; Sakıcı vd., 2013) benzer niteliktedir. Bu hizmetlerin orta düzeyde olması; “engelliler”, “hastalar” ve “personel” için ayrı otopark alanlarının olmamasına, “bahçe, otopark ve yürüme alanlarının aydınlatma yetersizliğine”, “yönlendirme” ve “yaya güvenliği” ile ilgili düzenlemelerin ihmal edildiğine bağlanabilir. Demir (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, yeşil alanların

bakımsızlığı ve yetersizliği, engelli ve tekerlekli sandalye kullanımına yönelik düzenlemelerin kısıtlılığı kamu hastanelerinde karşılaşılan temel eksiklikler olarak belirlenmiştir. Günümüzde, otopark için ayrılan alanların dar olması da birçok hastanenin temel sorunu olarak dikkat çekmektedir. Yeşil alan ve otoparklara yeterli alan ayrılmaması, hastanelerin şehir içi konumları ile ilgili olabilmektedir.

Üniversite hastanesinde sağlık otelciliği hizmetleri arasında *din hizmetleri* yüksek bir ortalama ile ilk sırada yer alırken, *danışma hizmetleri* en düşük ortalama ile son sırada yer almıştır. 3,82 ile 3,16 arasında değişen ortalamalar; din, atık ve çamaşırhane/terzilik hizmetlerinin *yeterli* düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Danışma, güvenlik, yemekhane/kantin-kafeterya, temizlik, bahçe-otopark ve personel hizmetleri ise *kısmen yeterli* düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlar, hastanelerde din (morg) hizmetlerinin yeterli olduğunu gösteren, Güden vd.'nin (2010) çalışmasını desteklemektedir. Söz konusu çalışmada da morg hizmetlerinin 2007 yılında %87,5 oranında yeterli düzeyde sunulurken, 2009 yılında %100 yeterliliğe ulaştığını saptamıştır. Bakıldığında, üniversite hastanesinin “adli vakalardaki resmi prosedürleri”, “bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin defin işlemleri”, “mordaki mevtaların korunması ve tüm kayıt işlemleri” ile ilgili hizmetlerin yeterli düzeyde sunduğu belirlenmiştir.

Danışma hizmetleri bu hastanede kısmen yeterli düzeyde bulunmuştur. Bu durum önceki çalışmalarla da desteklenmektedir (Yurdakul vd., 2007; Zaim ve Tarım, 2010; Taşlıyan ve Gök, 2012). Bu hizmet kategorisinde, üniversite hastanesinde şu konuların daha iyi hale getirilmesi gerekmektedir: “Danışmada hastaneye ait broşür bulundurulması,” “yaşlı ve engelli hastaların işlemlerine ihtiyaç halinde eşlik edilmesi”, “belirlenen ziyaret saatlerine riayet edilmesi”, “veri girişlerinin tam ve doğru yapılması”. Özellikle, hasta yoğunluğu ile bağlantılı bir istihdam politikasının olmaması, gelişigüzel personel alımları gibi nedenlerle, hizmetin kalitesi olumsuz algılanabilmektedir (Güllüpunar, 2016).

Özel hastanede en yüksek ortalama *din hizmetlerindedir*. En düşük ortalama ise *bahçe-otopark hizmetlerinde* saptanmıştır. Hesaplanan ortalamaların 4,36 ile 3,85 arasında değişmekte ve güvenlik, çamaşırhane/terzilik, atık ve din hizmetlerinin *tamamen yeterli* düzeyde algılanmaktadır. Danışma, yemekhane/kantin-kafeterya, temizlik, bahçe-otopark ve personel hizmetlerinin ise *yeterli düzeyde* sunulduğu görülmektedir.

Sonuçta, üç hastanenin sağlık otelciliği hizmet durumları değerlendirildiğinde, ilk sırada özel hastane (%82,4) yer alırken, bu sıralamayı üniversite hastanesi (%67,4) ve

devlet hastanesi (%59,8) izlemektedir. Buna göre, sağlık otelciliği hizmetlerinde özel hastanenin *yeterli* düzeyde olduğu; üniversite hastanesi ve devlet hastanesinin ise *kısmen yeterli* düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

4.2.2. Örgütsel Ustalık Stratejileri

Örgütsel ustalığın bu çalışma kapsamında ele alınmış olan iki temel stratejisi bulunmaktadır. Bunlar; yararlanıcı ve araştırmacı stratejilerdir. Hastanelerde bu örgütsel stratejilere verilen önem durumunun belirlenmesi de çalışmanın amaçları arasında yer almaktadır. Elde edilen bulgular Tablo 4.4.'te sunulmaktadır.

Tablo 4.4. Örgütsel Ustalık Stratejileri Hakkındaki Görüşler

Örgütsel Ustalık Stratejileri	Devlet Hastanesi (n=315)		Üniversite Hastanesi (n=252)		Özel Hastane (n=105)	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.
Yararlanıcı Strateji	2,97	0,84	3,13	0,70	3,80	0,68
Araştırmacı Strateji	2,74	0,89	2,80	0,72	3,73	0,76
<i>Yararlanıcı ve Araştırmacı Etkileşimi*</i> ($X_{(YS,AS)}$)	8,14	3,86	8,76	2,87	14,17	7,41

*Örgütsel ustalık stratejilerinden yararlanıcı ve araştırmacı etkileşimi (çarpım değeri); ($\bar{X}_{(YS,AS)}$) şeklinde formüle edilmiştir.

Tablo 4.4.'e bakıldığında, örgütsel ustalık stratejileri açısından, **yararlanıcı stratejiyi** kullanma eğilimi, devlet ve üniversite hastanesinde *orta düzeyde* iken, özel hastanede *yüksek düzeydedir*. **Araştırmacı strateji** kullanım durumunda ise özel hastanede *yüksek düzeyde* kullanım sağlanırken; devlet hastanesinde ve üniversite hastanesinde araştırmacı stratejinin *orta düzeyde* kullanıma sahip olduğu görülmektedir. Yararlanıcı stratejinin her üç hastanede de daha çok kabul görme durumu; bu stratejinin işletme performansı üzerinde daha kısa dönemli fayda göstermesiyle ilişkili olabilir (Bierly and Daly, 2007; Şanal, 2013, Tutar vd., 2017, Çiftçi 2017). Ancak, burada özel hastanenin araştırmacı stratejiyi kullanmada daha başarılı olduğu dikkat çekmektedir.

Yararlanıcı ve araştırmacı stratejilerin birlikte kullanıldığını gösteren etkileşim değeri ($\bar{X}_{(YS,AS)}$) de bu aşamada örgütsel ustalığın en önemli göstergesi olarak ele alınmaktadır. Bakıldığında, bu değer ne kadar yüksekse örgütsel ustalığın da o kadar yüksek olduğu ifade edilmektedir (Gupta vd., 2006, s.696; Şanal, 2013, s.27). Buna göre yararlanıcı ve araştırmacı stratejileri birlikte kullanmada, başka bir deyişle ustalık

durumunda, özel hastanenin ilk sırada yer aldığı, bunu üniversite hastanesi ve sonrasında devlet hastanesinin izlediği görülmüştür.

Örgütsel ustalık için yararlanıcı ve araştırmacı stratejiler arasındaki etkileşim değeri yanında, korelasyon değerine de bakılması önerilmektedir (Gibson and Birkinshaw, 2004; Jansen vd., 2005; Cingöz ve Akdoğan, 2014; Attar, 2014; Yılmaz, 2017; Sezer, 2016). Bu amaçla hazırlanan korelasyon değerlerine Tablo 4.5’te yer verilmektedir.

Tablo 4.5. Yararlanıcı ve Araştırmacı Strateji İlişkisi

Örgütsel Ustalık Stratejileri	Spearman Rho	Devlet Hastanesi (n=315)			Üniversite Hastanesi (n=252)			Özel Hastane (n=105)		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.Yararlanıcı Strateji	r	1	-	-	1	-	-	1	-	-
2.Araştırmacı Strateji	r	,700	1	-	,726	1	-	,737	1	-
3.Etkileşim	r	,920	,918	1	,935	,914	1	,940	,923	1

Tablo 4.5.’te görüldüğü gibi yararlanıcı ve araştırmacı stratejiler arasında devlet hastanesinde ($r=,700$), üniversite hastanesinde ($r=,726$) ve özel hastanede ($r=,737$) pozitif ve yüksek düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, bu hastanelerde her iki stratejinin birlikte başarılı bir şekilde kullanıldığını ve birlikte kullanmadan dolayı olumlu bir sinerji yakalandığını göstermektedir. Bu iki strateji arasındaki pozitif ilişki, aynı zamanda yararlanıcı strateji ile araştırmacı stratejinin birbirinin tamamlayıcısı olma özelliğine de işaret etmektedir (Gupta vd., 2006; Şanal, 2013). Sonuç olarak, her üç hastanede de örgütsel ustalık durumu mevcuttur. Ancak özel hastanede bu durum daha yüksek düzeyde ortaya çıkmıştır.

4.2.3. Örgütsel Ustalık Öncülleri

Bu çalışmada, örgütsel ustalık öncülleri; örgüt yapısı, örgüt kültürü ve liderlik kapsamında ele alınmıştır. Örgüt yapısı; merkezileşme, biçimselleşme ve uzmanlaşma olmak üzere üç boyutta incelenmiştir. Örgüt kültürü; sıkı ve gevşek kültür, liderlik ise kapalı ve açık liderlik olmak üzere iki boyutta ele alınmıştır. Örgütsel ustalığın öncülleri ile ilgili araştırma sonuçları Tablo 4.6.’da gösterilmektedir.

Tablo 4.6. Örgütsel Ustalık Öncülleri Hakkındaki Görüşler

Örgütsel Ustalık Öncülleri	Devlet Hastanesi (n=315)		Üniversite Hastanesi (n=252)		Özel Hastane (n=105)	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.
Örgüt Yapısı						
Merkezîleşme	2,88	0,91	2,89	0,77	2,73	0,75
Biçimselleşme	2,95	0,85	3,27	0,70	2,66	0,74
Uzmanlaşma	3,18	0,82	3,28	0,64	3,06	0,76
Örgüt Kültürü						
Sıkı Kültür	3,15	0,84	3,23	0,72	3,12	0,65
Gevşek Kültür	2,87	0,84	2,79	0,86	2,92	0,87
Liderlik						
Kapalı Liderlik	3,13	0,91	3,29	0,71	3,06	0,69
Açık Liderlik	2,82	0,83	2,73	0,73	3,01	0,78

Tablo 4.6.'ya göre, **devlet hastanesinde** uzmanlaşma en fazla ortalama ile ilk sırada yer alırken; bunu biçimselleşme ve merkezîleşme izlemektedir. Bu hastanede, sıkı kültür gevşek kültürden daha fazla puan ile değerlendirilmiştir. Liderlik öncülünde ise kapalı liderlik açık liderliğe göre daha yüksek ortalamayla temsil edilmektedir. **Üniversite hastanesinde** en fazla tercih edilen yapısal özellik uzmanlaşmadır. Bunu biçimlendirme takip ederken merkezîleşmenin en az ortalama ile temsil edildiği görülmüştür. Örgüt kültürü ve liderlik öncüllerinde ise bu hastane statüsünde yine sıkı kültür ve kapalı liderlik özelliklerinin başat olduğu görülmektedir. **Özel hastane** statüsünde de uzmanlaşma birinci sırada yer almaktadır. Bunu merkezîleşme ve biçimselleşme izlemektedir. Örgüt kültüründe sıkı kültürün ve liderlerde ise kapalı liderlik özelliklerinin öne çıktığı görülmektedir. Ancak özel hastanenin devlet hastanesi ve üniversite hastanesine göre sıkı kültürü daha az benimsediği ve liderlerin kapalı liderlik özellikleri daha az sergilediği ortaya çıkmıştır.

Öncüllerle ilgili genel bir değerlendirme yapıldığında; her üç hastanede *örgüt yapısının* merkezîleşme, biçimselleşme ve uzmanlaşma boyutlarının orta düzeyde gerçekleştiği görülmektedir. Orta düzeydeki bu yapısal özelliklere önceki çalışmalarda da rastlanmaktadır (Örücü vd., 2012). Merkezîleşme durumunun orta karar olması, çalışanların karar alma ve kararların uygulanmasından aktif olduklarına, kendilerine bazı konularda fikir sorulduğuna işaret etmektedir. Biçimselleşme durumunun orta düzeyde olması, hastanelerdeki yüksek kalite belgelendirme çalışmaları ile ilişkilendirilebilir. Çünkü kalite belgeleri hastanelerde yürütülen tüm prosedürlerin kayıt edilerek belgelendirmesini gerektirmektedir. Bu nedenle, kalite belgesine sahip olan hastanelerde,

işlemlerin ayrıntılı olarak kayıt altında olması, biçimselleşmeyi belli bir düzeye getirmiş görünmektedir. Uzmanlaşmadaki orta yeterlik durumu ise hastanelerde sağlık otelciliği kapsamında çalışan elemanların orta düzeydeki uzmanlık durumuna veya vasatlığına bağlanabilir. Dolayısıyla, her üç hastanedeki merkezîleşme, biçimselleşme ve uzmanlaşma bağlamında ortaya çıkan benzer örgüt yapısı, örgütün ustalık stratejilerinin belirlenmesinde bir yönlendirici olabilir, ancak bu süreçte tek başına etkili bir unsur değildir (Daft, 2009).

Örgüt kültürü boyutunda, hastanelerde *sıkı kültürün* orta düzeyde tercih edildiği görülmektedir. Buna karşılık gevşek kültürün daha düşük düzeyde ortaya çıkması, hastanelerde kültür boyutunun sıkı kültür lehine geliştiğini göstermektedir. Sıkı kültürün ortalama düzeyde olması hastanelerde; hiyerarşik ilişkilerin, mekanik ve organik yapıların orta düzeyde bir katılık/esneklik durumuna sahip olduğunu gösterebilir. Başka bir deyişle, hastanelerde orta düzeyde gevşek kültür de bulunmaktadır. Oysa önceki çalışmalara bakıldığında, kamu hastanelerinde (devlet ve üniversite) sıkı kültürün ve hiyerarşik ilişkilerin ön planda olduğu görülmektedir (Erdem, 2007; Kaya, 2008; Erdem vd., 2010, Aydın ve Göksel, 2012; Akyürek, 2013; Çıraklı, vd., 2017). Bu durum, üniversite ve devlet hastanesinde orta düzeyde bürokratik yapılanma yanında, orta düzeydeki esnek yapıların da kullanılmaya başlandığına işaret olarak alınabilir. Ayrıca, gevşek kültürün özel hastanede diğer hastane statülerindeki ortalamaya göre daha fazla tercih edildiği belirlenmiştir. Benzer bulgular daha önceki araştırma sonuçlarında da görülmektedir (Gemlik vd., 2015). Bu durum, her üç hastanedeki örgüt yapısının fazla katı olmayan, orta düzeyde bir katılık/esneklik düzeyi gösterdiğine yorumlanabilir.

Liderlik öncülüünde her üç hastanede *kapalı liderlik* özellikleri orta düzeyde kabul görmektedir. Bu durum, aynı zamanda hastanelerde orta düzeydeki açık liderlik uygulamasının da olduğunu göstermektedir. Orta ya da ortada liderlik, liderlik tarzı olarak arada olmayı ifade eder. Bu sonuç, hastane yöneticilerinin kapalı liderler oldukları kadar, açık liderlik eğiliminde de olmayı istediklerine yorumlanabilir. Buna bakılarak, yöneticilerin üretim, verimlilik ve kaliteye önem verdikleri kadar, personel motivasyonuna ve çalışanların yaratıcı ve yenilikçi yönlerini geliştirmeye de orta düzeyde önem verdiklerini ortaya koyar niteliktedir. Ancak önceki çalışmalar, devlet ve üniversite hastane yöneticilerinin kapalı liderlik özelliklerini temsil eden liderler olduğu görüşünü desteklemektedir (Kelez, 2008; Arabacı, 2012; Keklik, 2012; Akyurt vd., 2015). Ancak

liderlik öncülünde de özel hastane yöneticilerinin üniversite ve devlet hastanesine göre daha az kapalı liderlik ortalaması ile temsil edildikleri görülmektedir (Akbolat vd., 2013).

Örgütsel ustalığın öncülleri itibarıyla buraya kadar yapılan değerlendirmeler göre, devlet, üniversite ve özel statüdeki her üç hastanede, *örgüt yapısının* orta düzeyde merkezîleşme/ademî merkezîleşme gösterdiği ve orta düzeyde biçimselleşmeye sahip olduğu, uzmanlaşma konusunda ise çalışanların orta düzeyde uzmanlık durumuna sahip oldukları belirlenmiştir. Bir başka öncül olan *örgüt kültürünün*; sıkı/gevşek özellikleri orta düzeyde gösterdiği; *liderlik* konusunda ise yöneticilerin kapalı/açık liderlik özelliklerini birbirine yakın şekilde ve orta düzeyde taşıdıkları saptanmıştır. Bu göstergelere bakılarak, örgütsel ustalık stratejilerinin birlikte kullanılması için gerekli olan ön koşulların belli ölçüde sağlandığı söylenebilir. Bilindiği gibi örgütsel ustalık, hem araştırmacı hem de yararlanıcı stratejiyi birlikte kullanmayı önermektedir. Her iki stratejinin birlikte kullanılması örgütsel ustalık durumunu göstermektedir. Bunun sağlanması için gerekli olan örgütsel ustalık öncüllerinin, her iki stratejiyi de kapsayacak nitelikte ya da eğilimde olması beklenir. Bu çalışma sonucunda, öncüllerin bir tarafta yoğunlaşmaması ve orta düzeyde temsil edilmesi, ilk bakışta yorumlamada bir zorluk ya da sınırlılık gibi görünse de, her iki stratejiye birlikte yönelebilecek bir “ortada olma” anlayışının mevcut olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, ortadan her iki uca doğru olan yolların geliştirilmesi sonucunda, mevcut durumda orta düzeyde olan örgütsel ustalığın daha yüksek düzeye ulaşabileceği ileri sürülebilir (Gupta vd., 2006). Öncüller düzeyindeki analizler, her üç hastanede de örgütsel ustalığın uygulanması için gerekli alt yapının henüz orta düzeyde olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

4.3. Hipotez Analizleri

Bu bölümde örgütsel ustalık öncülleri ile örgütsel ustalık stratejileri ve örgütsel ustalık stratejileri ile sağlık otelciliği hizmetleri arasındaki ilişkilerle ilgili hipotez testi sonuçlarına yer verilmektedir. Sonuçlar, araştırma sorusu olarak belirlenen toplam sekiz soru kapsamında oluşturulan 16 hipotez ile ilgili araştırma bulgularını kapsamaktadır.

AS1: Hastanelerin örgüt yapısı ile yararlanıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

Hastanelerde örgüt yapısının merkezîleşme, biçimselleşme ve uzmanlaşma boyutları ile yararlanıcı strateji arasındaki ilişkiye yönelik yapılan analiz sonuçları Tablo 4.7.'de sunulmaktadır. Tabloda görüldüğü gibi, merkezîleşme ile yararlanıcı strateji

arasında devlet hastanesinde ($r=,658$) pozitif ve güçlü, üniversite hastanesinde ($r=,417$) ve özel hastanede ($r=,535$) pozitif ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Biçimselleşme ile yararlanıcı strateji arasındaki ilişki; devlet hastanesinde ($r=,692$) pozitif ve güçlü, üniversite hastanesinde ($r=,343$) ve özel hastanede ($r=,503$) orta düzeyde ve pozitiftir. Örgüt yapısının bir diğer boyutu olan uzmanlaşma ile yararlanıcı strateji arasındaki ilişki durumu ise devlet hastanesinde ($r=,548$), üniversite hastanesinde ($r=,356$) ve özel hastanede ($r=,644$) orta düzeyde ve pozitif olarak belirlenmiştir. Bu durumda;

H1a “Hastanelerde merkezîleşme ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır”,

H1b “Hastanelerde biçimselleşme ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır”,

H1c “Hastanelerde uzmanlaşma ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır” olarak ifade edilen hipotezler her üç hastane için **kabul edilmiştir**.

Tablo 4.7. Örgüt Yapısı ile Yararlanıcı Strateji İlişkisi

Örgüt Yapısı	Spearman Rho	Yararlanıcı Strateji		
		Devlet	Üniversite	Özel
<i>Merkezîleşme</i>	r	,658	,417	,535
<i>Biçimselleşme</i>	r	,692	,343	,503
<i>Uzmanlaşma</i>	r	,548	,356	,644

Tüm korelasyonlar $p<0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Merkezîleşme; örgütte karar verme gücünün tek bir noktada ve nihai olarak bir kişinin elinde olmasını ifade etmektedir (Mintzberg, 1979, s.181). Sheremata (2000) merkezîleşmenin, yararlanıcı strateji kullanımında daha uygun olduğunu ve mevcut müşterileri ihtiyaçlarının daha hızlı bir şekilde karşılanacağını ileri sürmektedir. Bu görüşü destekleyen Jansen vd. (2006) ve Chang vd. (2011) de çalışmalarında merkezîleşmiş örgüt yapısının, yararlanıcı strateji için daha uygun olduğunu belirtmiştir. Çünkü mevcut hizmetlerden yararlanmaya dayanan yararlanıcı stratejiyi kullanan örgütler, çevresinde yaşanan belirsizliklere mevcut yeterlilikleri ile hızlı bir şekilde cevap verebilmektedir. Bu çalışmada da merkezîleşme ile yararlanıcı strateji arasındaki pozitif ilişki, hastanelerde merkezîleşme ile yararlanıcı stratejilerin kullanımı arasındaki uyuma işaret etmektedir. Ortaya çıkan ilişkinin devlet hastanesinde güçlü, üniversite ve özel hastanede orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu durumda, üniversite ve özel hastaneye

göre devlet hastanesindeki merkezi yapılanmanın yararlanıcı strateji ile yüksek düzeyde bağlantılı olduğu söylenebilir.

Biçimselleşme; kuralların, prosedürlerin, talimatların ve iletişimlerin yazılı olduğu boyut olarak tanımlanmaktadır (Pugh vd., 1968, s.75). Standart süreçler ve yapılar, ayrıntılı rutinler ve yazılı kurallar, yerleşik davranış kalıpları oluşturarak verimlilik ve mevcut faaliyetlerin iyileştirilmesi ve iyileştirilmesini güçlendirme eğilimindedir. Bu koşullar altında biçimselleşme, mevcut ürün, hizmet ve süreçlerin iyileştirilmesi yoluyla yararlanıcı stratejiyi geliştirir (Jansen vd., 2006). Bu çalışma bulguları, hastanelerde biçimselleşme ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu ilişkinin, devlet hastanesinde güçlü, üniversite hastanesinde ve özel hastanede orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Böylece, hastanedeki mevcut süreçlerin ve çıktıların aşamalı olarak iyileştirilmesi için yararlanıcı stratejinin kullanılmasında biçimsel örgüt yapısının da iyileştirilmesi görüşü kabul görmektedir. Bu görüşe, biçimselleşme ile yararlanıcı strateji arasındaki pozitif ilişkiyi ortaya koyan önceki çalışmalarda da rastlanmaktadır (Jansen, 2005, Benner and Tushman, 2003, Akdoğan vd., 2009).

Uzmanlaşma; pozisyonlar arasında görevlerin dağıtılması, iş tanımının yapılması ve örgüt içindeki iş bölümüyle ilgili bir kavram olarak ele alınmaktadır (Pugh vd., 1968, s.72). Mevcut durumun iyileştirme süreçlerindeki ön kabulde örgüt yapısının boyutu olarak sıklıkla kullanılan bir özelliktir. Uzmanlaşma durumu, genellikle rutin işlerin daha akıcı olarak yürütülmesine olanak sağlamaktadır (Hafkesbrink and Schroll, 2014). Bu çalışmada, uzmanlaşma durumu ile yararlanıcı stratejiyi tercih etme arasındaki ilişkiler her üç hastanede de pozitif olarak belirlenmiştir. Bakıldığında, bu ilişki devlet hastanesinde, üniversite hastanesinde ve özel hastanede orta düzeyde güçlü gerçekleşmiştir. Üç hastanede mevcut kaynakların kullanımını ve geliştirmesini öngören yararlanıcı stratejinin kullanımında uzmanlaşmanın önemli bir yapılanma olduğuna işaret etmektedir.

AS2: Hastanelerin örgüt yapısı ile araştırıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

Hastanelerde örgüt yapısı ile araştırıcı strateji arasındaki ilişkiye yönelik yapılan analiz sonuçları Tablo 4.8.'de sunulmaktadır. Burada da örgüt kültürü merkezîleşme, biçimselleşme ve uzmanlaşma boyutları ile ele alınmaktadır. Bakıldığında merkezîleşme ile yararlanıcı strateji arasında devlet hastanesinde ($r=,632$), üniversite hastanesinde

($r=,428$) ve özel hastanede ($r=,439$) pozitif ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Biçimselleşmenin yararlanıcı strateji ile ilişkisi; devlet hastanesindeki ($r=,605$), üniversite hastanesinde ($r=,395$) ve özel hastanede ($r=,524$) orta düzeyde ve pozitifdir. Uzmanlaşma ile yararlanıcı strateji arasında ise devlet hastanesinde ($r=,416$) ve özel hastanede ($r=,559$) pozitif ve orta düzeyde; üniversite hastanesinde ($r=,287$) pozitif ve zayıf düzeyde ilişki belirlenmiştir. Bakıldığında,

H2a “Hastanelerde merkezîleşme ile araştırıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır”,

H2b “Hastanelerde biçimselleşme ile araştırıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır”,

H2c “Hastanelerde uzmanlaşma ile araştırıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır” şeklinde ifade edilen hipotezler her üç hastanede **reddedilmiştir**.

Tablo 4.8. Örgüt Yapısı ile Araştırıcı Strateji İlişkisi

Örgüt Yapısı	Spearman Rho	Araştırıcı Strateji		
		Devlet	Üniversite	Özel
<i>Merkezîleşme</i>	r	,632	,428	,439
<i>Biçimselleşme</i>	r	,605	,395	,524
<i>Uzmanlaşma</i>	r	,416	,287	,559

Tüm korelasyonlar $p<0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Bu çalışmada, **merkezîleşme** ile araştırıcı strateji arasında herhangi bir negatif ilişkiye rastlanmamış olsa da bu iki değişken arasındaki negatif ilişkiyi gösteren önceki çalışmalar bulunmaktadır (Jansen vd, 2006). Literatürün aksine bu çalışmada ortaya çıkan pozitif ilişki durumu, hastanelerde merkezîleşmenin, yeni hizmetleri geliştirmek veya yaratıcılık ve yenilikleri geliştirmek için kullanılacak araştırıcı stratejiyi destekleyebileceğine işaret etmektedir. Sonuç olarak, bu çalışma kapsamında hastanelerde merkezîleşmenin araştırıcı strateji kullanımını kolaylaştırdığı ve örgütsel ustalığı beslediği söylenebilir.

Biçimselleşme boyutunun mekanik ve bürokratik yapı ile ilgili olduğu dikkate alındığında, bu boyutun araştırıcı strateji ile ilişkisinin pozitif olması, biçimselleşmenin gelişmenin önünde engel yaratabileceği söylenebilir. Ancak bu durumun düşük/orta düzeyde olması halinde, yeni fikirlerin başlatılması için açıklık ve esnekliği sağladığı ileri sürülmektedir (Kortmann, 2011, s.16). Bu sonuçlar, biçimselleşmenin araştırıcı stratejilerin kullanımında kolaylaştırıcı bir unsur olduğunu belirten görüşler ile benzerlik

göstermektedir (Wouters and Wilderom, 2008). Dolayısıyla, biçimselleşme sadece yararlanıcı stratejilerin değil, aynı zamanda araştırıcı stratejilerin geliştirilmesine de yardımcı olabilmektedir. Çünkü bu stratejiler, esnekliğin korunmasını sağlamakta, çalışanların katılımını ve motivasyonunu güçlendirebilmektedir. Başka bir deyişle, biçimselleşmenin sağlanması, çalışanlara kendi görevlerinin işin tamamındaki (bütünündeki) yerini göstermesi bakımından stratejik fayda getirmektedir (Ortega and Azorin, 2018). Dolayısıyla, bu çalışmada ortaya çıkan biçimselleşme ile araştırıcı strateji arasındaki pozitif ilişkinin mevcudiyeti; yeni süreçlerin, faaliyetlerin geliştirilmesine ve araştırılmasına olanak sağlayan bir kolaylık şeklinde yorumlanabilir.

Bir örgütteki **uzmanlaşma** durumu bazen örgütlerdeki yaratıcılığı, yeni fikirlerin gelişimini engelleyebilmektedir. Bu nedenle, yeni hizmetlerin keşfedilip uygulanmasına odaklanan örgütlerde, uzmanlaşma düzeyinin yüksekliği bir sınırlılık getirebilmektedir (Levinthal and March, 1993). Bu çalışmada ise uzmanlaşma ile araştırıcı strateji arasında kabul gören negatif ilişki desteklenmemiştir. Bakıldığında, her üç hastanede de pozitif olarak ortaya çıkan bu ilişki, devlet ve özel hastanede orta düzeyde güçlü olarak hesaplanırken; üniversite hastanesinde zayıf düzeyde güçlü bulunmuştur. Üniversite hastanelerinin araştırıcı kimliği ile uygun olan bu sonuç, bu hastanelerdeki yenilikleri ve araştırmaları geliştirmede araştırıcı strateji kullanımının önemine de işaret etmektedir.

AS3:Hastanelerin örgüt kültürü ile yararlanıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın üçüncü sorusuna bağlı olarak hastanelerde örgüt kültürünün sıkı ve gevşek kültür boyutları ile yararlanıcı strateji arasındaki ilişkilere yönelik hipotez sonuçları Tablo 4.9.'da gösterilmektedir. Tabloya göre, sıkı kültür ile yararlanıcı strateji arasındaki ilişki; devlet hastanesinde ($r=,543$), üniversite hastanesinde ($r=,332$) ve özel hastanede ($r=,470$) pozitif ve orta düzeydedir. Gevşek kültür ile yararlanıcı strateji arasında ise devlet hastanesinde ($r=,506$), üniversite hastanesinde ($r=,331$) ve özel hastanede ($r=,447$) pozitif ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Analiz sonuçlarına göre; **H3a “Hastanelerde sıkı kültür ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır” kabul edilmiştir.**

H3b “Hastanelerde gevşek kültür ile yararlanıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır” reddedilmiştir.

Tablo 4.9. Örgüt Kültürü ile Yararlanıcı Strateji İlişkisi

Örgüt Kültürü	Spearman Rho	Yararlanıcı Strateji		
		Devlet	Üniversite	Özel
<i>Sıkı Kültür</i>	r	,543	,332	,470
<i>Gevşek Kültür</i>	r	,506	,331	,447

Tüm korelasyonlar $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Literatür bilgilerine dayanılarak, **sıkı kültür**; bir örgütteki temel değerlerin çalışanlar tarafından yoğun bir şekilde paylaşılması ve kabulü anlamına gelmektedir (Lee and Yu, 2004, s. 341). Sıkı kültür ya da katı kültür; ayrıntılı işlemler, yetki tanımlamaları, iletişim prosedürleri, anlaşmazlıkları çözme konusunda yazılı kurallar koyma gibi özellikler taşımaktadır. Hiyerarşik güç bu kültürde ana güç kaynağını oluşturduğundan geleneksel örgüt yapısına uygun bir özellik gösterdiği söylenebilir. Bu kültür, çalışanların kişiliklerinden ziyade sorumlulukların rasyonelliğine bağlıdır (Bakan vd., 2004, s.90). Bu açıdan bakıldığında, sıkı kültür ile birbirine sıkı sıkıya bağlı sistemleri, kontrol ve bürokrasiyi gerektiren yararlanıcı strateji arasındaki pozitif ilişki beklenen ve daha önceki araştırmalarda da desteklenen bir durumdur (Pandey and Sharma, 2009; Lin and McDonough, 2011; Wang and Rafiq, 2012; Matzler vd., 2013; Fındıklı ve Pınar, 2014). Bu çalışma sonucunda da sıkı kültür ile yararlanıcı strateji arasında saptanan orta düzeyde güçlü ve pozitif ilişki; bu hastanelerde yararlanıcı stratejinin kullanımını kolaylaştırıcı kültürel özelliklerin olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Hastanelerin yararlanıcı strateji eğilimlerinin de orta düzeyde olduğu göz önüne alındığında, orta düzeydeki ilişki yoğunluğu hastanelerin bu stratejiyi orta derece kullanma yetkinliklerine sahip olduğunun göstergesi olarak alınabilir.

Yararlanıcı strateji ile gevşek kültür arasındaki ilişkinin de pozitif ve orta düzeyde güçlü olması literatürdeki negatif olarak kabul edilen ilişkinin (Pandey and Sharma, 2009) desteklenmediğini göstermektedir. Bu çalışmada, gevşek kültür ile yararlanıcı strateji arasında pozitif ilişki; mevcut uygulamaların iyileştirilerek, çalışanlarının kısmen kontrol edilerek, standartlaşma ve rutinleşmenin değişen ihtiyaçlara göre yapılması şeklinde yürütüldüğünü işaret etmektedir. Böyle bir yapılanma ise yararlanıcı strateji kullanımına önemli bir alt yapı katkısı sağlamaktadır.

AS4: Hastanelerin örgüt kültürü ile araştırıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

Bu soruda hastanelerde örgüt kültürünün sıkı ve gevşek kültür boyutları ile örgütsel ustalık stratejileri kapsamında yer alan hipotezler yer almaktadır. Tablo 4.10.'daki bulgulara göre sıkı kültür ile yararlanıcı strateji arasında devlet hastanesinde ($r=,406$) ve özel hastanede ($r=,350$) orta düzeyde ve pozitif ilişki; üniversite hastanesinde ise zayıf bir ilişki ($r=,231$) saptanmıştır. Gevşek kültür ile araştırıcı strateji arasındaki ilişki durumu ise devlet hastanesinde ($r=,465$), üniversite hastanesinde ($r=,342$) ve özel hastanede ($r=,330$) pozitif ve orta düzeydedir. Bu durumda;

H4a “Hastanelerde sıkı kültür ile araştırıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır” reddedilmiştir.

H4b “Hastanelerde gevşek kültür ile araştırıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır” kabul edilmiştir.

Tablo 4.10. Örgüt Kültürü ile Araştırıcı Strateji İlişkisi

Örgüt Kültürü	Spearman Rho	Araştırıcı Strateji		
		Devlet	Üniversite	Özel
Sıkı kültür	r	,406	,231	,350
Gevşek kültür	r	,465	,342	,330

Tüm korelasyonlar $p<0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Literatürdeki **sıkı kültür** ile araştırıcı strateji arasında saptanan negatif ilişkinin (Pandey and Sharma, 2009; Fındıklı ve Pınar, 2014; Wang ve Rafiq, 2012) aksine, bu çalışmada pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak bu ilişkinin gücü hastaneler açısından farklı düzeylerde. Devlet ve özel hastanede orta düzeyde, üniversite hastanesinde ise zayıf düzeydedir. Üniversite hastanesinde gözlenen zayıf ilişki düzeyi, sıkı kültürün bu hastanelerde baskın kültür olduğunun ve yararlanıcı strateji kullanımının bir göstergesidir. Başka bir deyişle, üniversite hastanesindeki örgüt yapısı, araştırıcı strateji uygulamaları için uygun koşullara sahip değildir. Bu durum bürokratik yapılanmanın kamu ve özel hastaneden daha sıkı olmasını göstermesi bakımından önemlidir. Böyle bir sonuç özerk bir yapıya sahip olan üniversite hastanesi için beklenen bir sonuç olmayıp, üniversite hastanesindeki kalite belgelerinin biçimselleşme üzerindeki baskısına bağlanabilir.

Örgüt kültürü boyutlarından **gevşek kültür** ile araştırıcı stratejiler arasında beklenen (Lin ve McDonough, 2011; Matzler vd., 2013) ve bu çalışmada da ortaya çıkan pozitif ilişki; kararların çoğunlukla sezgisel olarak alındığını ve çalışanların kişisel inisiyatiflerini kullanarak risk aldıklarını, başarı ve etkinlik için yeni kaynakların sağlanması ve araştırma yapılmasına yoğunlaşıldığını (Quinn and Cameron, 2006, s. 43), göstermesi bakımından önemlidir. Bu sonuç, hastanelerdeki araştırıcı stratejiyi destekleyen gevşek kültür yapısının orta düzeyde var olması ile açıklanabilir.

AS5:Hastane liderliği ile yararlanıcı strateji arasında ilişki var mıdır?

Liderliğin kapalı ve açık olma durumu ile yararlanıcı strateji arasındaki ilişkilere yönelik yapılan analiz sonuçlarına göre (Tablo 4.11); kapalı liderlik ile yararlanıcı strateji arasında devlet hastanesinde ($r=,663$) pozitif ve güçlü, üniversite hastanesinde ($r=,347$) ve özel hastanede ($r=,410$) pozitif ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Aynı durum açık liderlik ile yararlanıcı strateji arasındaki ilişkilerde de ortaya çıkmıştır. Devlet hastanesinde ($r=,647$), üniversite hastanesinde ($r=,437$) ve özel hastanede ($r=,422$) orta düzeyde ve pozitifdir. Bu sonuca bağlı olarak;

H5a “Hastanelerde kapalı liderlik ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır” kabul edilmiştir.

H5b “Hastanelerde açık liderlik ile yararlanıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır” reddedilmiştir.

Tablo 4.11. Liderlik ile Yararlanıcı Strateji İlişkisi

Liderlik	Spearman Rho	Yararlanıcı Strateji		
		Devlet	Üniversite	Özel
Kapalı Liderlik	r	,663	,347	,410
Açık Liderlik	r	,647	,437	,422

Tüm korelasyonlar $p<0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.11. sonuçlarına göre Devlet hastanesinde kapalı liderlik ile yararlanıcı strateji arasında daha güçlü bir ilişki mevcuttur. Bu sonuç, düzen oluşturmaya, kurallar belirlemeyi ve planlara bağlı kalmayı öneren, çalışanların kuralları doğru bir biçimde uygulamasına dayanan, hedeflerin ve yapıların açık ve belirgin olduğu, rutinleri gerekli

kılan, düşük düzeyde çevresel değişikliğin ve değişimin olduğu şartlarda uygulanan bir liderlik davranışdır (Rosing vd., 2011, s.199). Dolayısıyla, devlet hastanesindeki orta düzeydeki mekanik yapı, süreç bağımlılığı ve rutinleşmeyi gerektiren örgüt yapı eğilimi yararlanıcı strateji ile uyum içinde görülmektedir. Üniversite ve özel hastanede ise ilişki düzeyi orta düzeyde olup, kapalı liderlik tercihinin devlet hastanesindeki kadar uygun algılanmadığı söylenebilir.

Açık liderlik davranışı ile yararlanıcı strateji arasında saptanan negatif ilişkinin (Zacher vd., 2014; Zacher and Rosing, 2015) aksine bu çalışmada, pozitif ve orta düzeyde bir ilişki vardır. Bu durum, üniversite hastanesi ve özel hastanedeki ortacı örgüt yapısı eğilimi ile açıklanabilir. Merkezîleşme, biçimselleşme ve uzmanlaşma boyutlarındaki ortada olma eğilimi bu hastanelerdeki yöneticileri orta yolu bulmaya zorluyor olabilir. Ancak, devlet hastanesindeki ortada olma durumu kapalı liderlikteki güçlü düzeydeki ilişki ile ilk bakışta tezat gibi görünebilir. Bilindiği gibi, bu araştırma kapsamındaki Devlet hastanesi sağlık otelciliği hizmetlerini vermekte olup, gerekli kalite belgeleri ile ilgili güvenceleri sürdürmek zorundadır. Bu durum, hastane yöneticilerinin rutin işleri yürütürken daha kuralcı ve kapalı liderlik tarzını tercih etmelerine neden olurken; sağlık otelciliği ile ilgili yenilik ve değişimler, AR-GE çalışmaları söz konusu olduğunda açık lider gibi davrandıklarına yorumlanabilir.

AS₆: Hastane liderliği ile araştırmacı strateji arasında ilişki var mıdır?

Hastane liderliği ile araştırmacı strateji arasındaki ilişkilere yönelik yapılan analiz sonuçları Tablo 4.12.'de gösterilmektedir. Tabloya göre kapalı liderlik ile araştırmacı strateji arasında devlet hastanesinde ($r=,507$), üniversite hastanesinde ($r=,336$) ve özel hastanede ($r=,370$) pozitif ve orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Liderlik boyutlarından açık liderlik ile araştırmacı strateji arasındaki ilişkinin devlet hastanesinde ($r=,621$), üniversite hastanesinde ($r=,432$) ve özel hastanede ($r=,459$) pozitif ve orta düzeyde olduğu görülmüştür. Bakıldığında;

H6a “Hastanelerde kapalı liderlik ile araştırmacı strateji arasında negatif bir ilişki vardır” reddedilmiştir.

H6b “Hastanelerde açık liderlik ile araştırmacı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır” kabul edilmiştir.

Tablo 4.12. Liderlik ile Araştırmacı Strateji İlişkisi

Liderlik	Spearman Rho	Araştırmacı Strateji		
		Devlet	Üniversite	Özel
Kapalı Liderlik	r	,507	,336	,370
Açık Liderlik	r	,621	,432	,459

Tüm korelasyonlar $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Kapalı liderlik ile araştırmacı strateji arasında literatürde kabul gören negatif ilişki durumu (Zacher and Wilden, 2014) bu çalışmada reddedilmiş ve ilişki orta düzeyde güçlü ve pozitif olarak belirlenmiştir. Bu ters duruma benzer sonuçlar önceki araştırmalarda da yer almaktadır (Rosing vd., 2011). Devlet, üniversite ve özel hastanelerde kapalı liderlik ile araştırmacı stratejileri kullanabilme durumu orta düzeyde güçlü olarak desteklenmektedir. Dolayısıyla, bu hastanelerdeki yöneticilerin çalışanları kısmen cesaretlendirerek, bağımsız düşünmelerini ve hareket edebilmelerini sağladıkları, gelecekte karşılaşılabilecek durumlara karşı hazırlayarak, potansiyellerini geliştirdikleri söylenebilir. Başka bir deyişle, yöneticilerin araştırmacı strateji kullanma eğilimleri ve kapalı liderlik davranışı gösterme durumları birbiri ile orta düzeyde ilişkilidir. **Açık liderlikte** ise çalışanların kurallara bağlı kalmayarak yeni çözümler araması, katılımcılık, farklılaşma ve yaratıcılık teşvik edilir (Rosing vd., 2011, s.199). Bu nedenle, risk almayı, yeniliği ve yaratıcılığı gerektiren araştırmacı stratejiler ile açık liderliğin ilişkili olduğu söylenebilir (Zacher vd., 2014; Zacher and Rosing, 2015). Bu çalışmada da her üç hastanede açık liderlik ile araştırmacı strateji kullanımı arasındaki ilişki orta düzeyde belirlenmiştir. Bu sonuç, sağlık otelciliği hizmetleri sunumunda yöneticilerin geliştirici ve değişimci rollerinin orta düzeyde olduğu ve daha radikal değişimler için beslenmesi gerektiğine bağlanabilir.

AS7: Hastanelerde yararlanıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasında ilişki var mıdır?

Hastanelerde yararlanıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasındaki ilişkileri gösteren Tablo 4.13 incelendiğinde, devlet hastanesinde ($r=,664$) pozitif ve güçlü; üniversite hastanesinde ($r=,349$) ve özel hastanede ($r=,417$) pozitif ve orta düzeyde bir ilişki vardır. Buna bağlı olarak;

H7 “Hastanelerde yararlanıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasında pozitif bir ilişki vardır” **kabul edilmiştir.**

Tablo 4.13. Yararlanıcı Strateji ile Sağlık Otelciliği Hizmetleri İlişkisi

	Spearman Rho	Sağlık Otelciliği Hizmetleri		
		Devlet	Üniversite	Özel
Yararlanıcı Strateji	r	,664	,349	,417

Tüm korelasyonlar $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Yararlanıcı strateji; mevcut bilgi, yetenek ve kaynakları kullanarak üretim süreçlerinin iyileştirilmesi anlamına gelmektedir (March, 1991, s.71). Daha çok örgütlerin temel yetenekleri ve bunların verimli kullanımı ile ilgilidir. Yararlanıcı örgütlerde, sorunların belirlenerek açıkça tanımlandığı, standartlaştırıldığı ve kısa dönemli çözüm önerilerinin sunulduğu bir çalışma ortamı vardır (Chen, 2017, s.386). Hastanelerle ilgili önceki çalışmalara bakıldığında (Akbolat, 2009), kamu sektöründeki hastanelerde mevcut faaliyetlere odaklanarak verimliliği geliştirmeyi amaçlayan stratejinin daha çok kullanıldığını belirlenmiştir. Bu durumu destekleyen ilk sonuçlar daha sonraki yıllarda Bodwell’in (2011) çalışmasında da yararlanıcı strateji ile hastanenin finansal performansı arasındaki ilişkinin güçlü ve pozitif yönde ortaya çıktığı görülmüştür. Doğan vd. (2017) çalışmasında ise bu bağlamdaki ilişkiyi hem kamu ve hem de özel hastanelerde tespit etmiştir. Bu çalışmada da yararlanıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak bu ilişki; devlet hastanesinde güçlü, üniversite ve özel hastanede orta düzeydedir. Devlet hastanesinde yararlanıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetlerinin yürütülmesi birbiriyle güçlü olarak bağlantılı iken, diğer iki hastanede bu durum orta düzeyde bağlantılıdır. Bu durum sağlık otelciliği uygulamalarının devlet hastanesinde Sağlık Bakanlığının konu ile ilgili projesi kapsamında yürütülmesi zorunluluğuna bağlanabilir. Dolayısıyla, devlet hastanesinde bu proje kapsamındaki Sağlık Otelciliği Hizmet Sunum Rehberinin rutin işlerde başarılı bir şekilde uygulandığı söylenebilir. Diğer iki hastanede ise bu hizmetler bu proje bağlamında değil, kaliteli hizmet ve rekabetçi anlayış ile yürütülmektedir.

AS8: Hastanelerde araştırıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasında ilişki var mıdır?

Hastanelerde araştırıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasındaki ilişkilerin sunulduğu Tablo 4.14'e göre, devlet hastanesinde ($r=,712$), üniversite hastanesinde ($r=,435$) ve özel hastanede ($r=,511$) pozitif ve orta düzeyde olduğu görülmektedir. Buna göre;

H8 “Hastanelerde araştırıcı strateji ile sağlık otelciliği hizmetleri arasında pozitif bir ilişki vardır” **kabul edilmiştir.**

Tablo 4.14. Araştırıcı Strateji ile Sağlık Otelciliği Hizmetleri İlişkisi

	Spearmen Rho	Sağlık Otelciliği Hizmetleri		
		Devlet	Üniversite	Özel
Araştırıcı Strateji	r	,712	,435	,511

Tüm korelasyonlar $p<0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Araştırıcı strateji; yeni bilgilerin, yeni yeteneklerin ve yeni süreçlerin keşfedilip araştırılması olarak tanımlanmaktadır (March, 1991, s.71). Bu strateji kullanılarak gelecekte ortaya çıkacak ihtiyaçları karşılayabilmek için bugünden risk alınması, keşifler yapılması ve örgütün bu köklü değişimlere göre tasarlanması gerekmektedir (Paliokaite and Pacesa, 2014, s.1). Bu strateji ayrıca esnek, akıcı, ademî-merkezîyetçi yapı, yüksek araştırma yeteneği gibi özellikler ile de ilişkilendirilebilir (Daft, 2009, s.120). Bu durum, Bodwell'in (2011) hastane finansal performansında yararlanıcı strateji ile birlikte araştırıcı strateji kullanımını da önerdiği çalışmasında görülmektedir. Araştırıcı strateji özelliklerini taşıyan farklılaşma stratejisine yönelik Akbolat ve Işık (2012) çalışmasında ise hem kamu hem de özel hastanelerde araştırıcı strateji kullanımının izlerine rastlanmaktadır. Doğan vd. (2017) de bu bağlamda, kamu ve özel hastanelerdeki kalite boyutları ile bu strateji arasında ilişki tespit etmişlerdir.

Her üç hastanede araştırıcı strateji kullanımı ile sağlık otelciliği hizmetleri arasındaki ilişkilerin farklı statüdeki durumlarını inceleyen bu çalışma sonuçları; pozitif olmakla beraber, devlet hastanesinde güçlü, üniversite ve özel hastanede orta düzeyde gerçekleşmiştir. Devlet hastanesinde görülen bu güçlü ilişki, sağlık otelciliği hizmetlerinin sunulması yanında (yararlanıcı strateji ile de güçlü ilişkili olma durumu) geliştirilmesi, araştırılması ve yenilenmesi konularında yüksek bir istekliliğin olduğunu

göstermektedir. Buna göre, devlet hastanesi sağlık otciliğinin daha ileriye taşınması, gelecekteki ihtiyaçlara göre yeniden tasarlanması için gerekli olan araştırıcı strateji kullanımında da güçlüdür. Devlet hastanesinde her iki stratejideki güçlülük durumu, sağlık otciliği hizmetleri ile örgütsel ustalık ilişkisinin yüksekliğine işaret etmektedir. Böylece, devlet hastanelerindeki sağlık otciliği hizmetlerinin geliştirilmesinde örgütsel ustalıktan yararlanmak mümkündür. Diğer iki hastanede ise orta düzeydeki ilişki durumu, örgütsel ustalıktan yararlanma konusundaki ortada olma algısını göstermektedir.

Hipotez test sonuçları ile ilgili buraya kadar yapılan detaylı açıklamalardan sonra test edilen hipotezlere ait nihai sonuçlarının bir arada sunulduğu Tablo 4.15. hazırlanmıştır. Bu tabloda araştırmanın 16 hipotezine ve sonuçlarına yer verilmektedir.

Tablo 4.15. Hipotezler ve Analiz Sonuçları

	Hipotezler	Sonuç
1.	H1a: Hastanelerde merkezîleşme ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.	Kabul
2.	H1b: Hastanelerde biçimselleşme ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.	Kabul
3.	H1c: Hastanelerde uzmanlaşma ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.	Kabul
4.	H2a: Hastanelerde merkezîleşme ile araştırıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır	Red
5.	H2b: Hastanelerde biçimselleşme ile araştırıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır.	Red
6.	H2c: Hastanelerde uzmanlaşma ile araştırıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır	Red
7.	H3a: Hastanelerde sıkı kültür ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.	Kabul
8.	H3b: Hastanelerde gevşek kültür ile yararlanıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır.	Red
9.	H4a: Hastanelerde sıkı kültür ile araştırıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır.	Red
10.	H4b: Hastanelerde gevşek kültür ile araştırıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.	Kabul
11.	H5a: Hastanelerde kapalı liderlik ile yararlanıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.	Kabul
12.	H5b: Hastanelerde açık liderlik ile yararlanıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır.	Red
13.	H6a: Hastanelerde kapalı liderlik ile araştırıcı strateji arasında negatif bir ilişki vardır.	Red
14.	H6b: Hastanelerde açık liderlik ile araştırıcı strateji arasında pozitif bir ilişki vardır.	Kabul
15.	H7: Hastanelerde yararlanıcı strateji ile sağlık otciliği hizmetleri arasında pozitif bir ilişki vardır.	Kabul
16.	H8: Hastanelerde araştırıcı strateji ile sağlık otciliği hizmetleri arasında pozitif bir ilişki vardır.	Kabul

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma bulguları kapsamında ulaşılan sonuçlara yer verilmektedir. Ayrıca, hastane yöneticileri ve akademisyenler için geliştirilen öneriler sunulmaktadır.

5.1. Sonuç

Hastaneler, günümüzde hızlı değişimlerin yaşandığı dinamik bir çevrede hizmet vermektedir. Bu dinamik yapıya bağlı olarak medikal turizm alanında da daha kaliteli hizmet sunumu ve bunu sağlayacak stratejilerin belirlenmesi önemli hale gelmiştir. Kaliteli hizmetin sunumunda gerekli standartları sağlama ve akreditasyon önemli olduğu kadar personelin kalite bilinci de bu süreçte etkili olmaktadır. Bilindiği gibi, hizmetlerin değerlendirilmesinde tüketici/hasta görüşleri de son derece önemlidir. Ancak bu çalışmada sağlık otelciliği hizmetleri veren hastanelerdeki hizmetlerin durumu ve bu sistemin kabul durumu araştırıldığından, bu konuda çalışanların görüşlerine yer verilmiştir.

Sağlık otelciliği hizmetlerinin sunumundaki yeterli olma durumu itibarıyla, ilk sırada özel hastane, ikinci sırada üniversite hastanesi, üçüncü sırada ise devlet hastanesi yer almaktadır. Devlet hastanesinin 95 yıllık, üniversite hastanesinin 51 yıllık hizmet süresine rağmen, özel hastanenin (8 yıllık hizmet süresi) ilk sırada yer alması kamu hastanelerinde bu hizmetlerin özel hastanedeki kadar istenilen durumda olmadığını göstermektedir. Bu gecikme, hastanelerde otelcilik hizmetlerinin önemsenmesinin ve bu hizmetlerin tedavi hizmetlerini tamamlayan önemli destekleyici bir alan olduğunun kamuda geç algılanmasına bağlanabilir. Bakıldığında, Türkiye’de kamu hastanelerinde sağlık otelciliği uygulamalarının başlangıç tarihi 2012 yılıdır. Özel hastaneler ise medikal turizm çalışmalarına 2006 yılında Kültür ve Turizm Bakanlığının planlı sağlık turizmi tanıtımı ve faaliyetleri kapsamındaki düzenleme ile başladığı görülmektedir (yigm.kulturturizm.gov.tr). Bu kısa sürede, Türkiye’de özel hastanelerin %94’ü JCI belgesi alarak, sağlık hizmetlerinde akredite oldukları ve Tayland’dan sonra ikinci sırada yer aldıkları dikkat çekmektedir (Akbolat ve Deniz, 2017, s.127). Bu nedenle, özel hastanedeki otelcilik hizmetleri bilincinin kamu alanındaki hastanelerden çok daha önce başladığı söylenebilir.

Hastanelerin sağlık otelciliği hizmetlerindeki durumları ise şöyle belirlenmiştir: **En yüksek** ortalamanın olduğu ve en iyi olunan hizmet alanı *din hizmetleri*dir. Bu sonuç, üniversite ve özel hastane statüsünde ortaya çıkmıştır. Bu hizmetin *yeterli* düzeyde

sunulması, bu hastanelerde morg ile ilgili hizmetlere gerekli özenin gösterilmesi ile açıklanabilir. İkinci yüksek düzeyde hizmet sunulan alan ise *güvenlik hizmetleri* olup, devlet hastanesinde temsil edilmektedir. **En düşük** veya en zayıf olunan hizmet alanı *bahçe/otopark hizmetleridir*, devlet ve özel hastanede belirlenmiştir. İkinci sıradaki en zayıf olma durumu ise üniversite hastanesindeki *danışma hizmetleridir*. Bahçe ve otopark alanlarının hizmetlerindeki düşük olma durumu, Ankara'daki hastanelerin şehir merkezî konumlu olmaları ve yeterli geniş açık alana sahip olmamalarına bağlanabilir. Danışma hizmetlerindeki düşük değerdeki temsil ortalaması ise bu hizmetin ihmal edildiği ve önemsenmediğine yorumlanabilir. Oysa sağlık otelciliği hizmetlerinin en önemli kategorileri bakıldığında, temizlik ve danışma denilen hizmetleridir. Hasta ilk geldiğinde karşılaştığı ve ilk intiba edindiği yer olması nedeniyle danışma hizmetlerinin iyileştirilmesi iyi otelcilik hizmetlerinin verilmesindeki en önemli koşuldur. Bu hizmetlerin ivedilikle daha yeterli duruma getirilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Sağlık otelciliği kategorileri arasında yer alan temizlik, yemekhane/kantin-kafeterya, çamaşırhane/terzilik, personel ve atıkların toplanması hizmet alanlarında her üç statüdeki hastanede *orta düzeyde yeterli* bulunmuştur. Bu sonuç, sağlık otelciliği hizmetlerinin her üç hastanede de daha yeterli düzeye çıkartılması gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmada, hastanelerin sağlık otelciliği hizmet durumları ile yapısal durumları arasında bir ilişki olup olmadığına da bakılmıştır. Bu amaçla, örgütlerin mevcut durumları ve gelecek ile ilgili yapacaklarını birlikte öngören örgütsel ustalık yaklaşımından yararlanılmıştır. Örgütsel ustalık mevcut ve geleceği temsil eden yararlanıcı ve araştırmacı olmak üzere iki temel stratejiye sahiptir. Bu iki temel stratejinin kullanımı ile ilgili elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmektedir.

Devlet hastanesinde ve üniversite hastanesinde yararlanıcı strateji ve araştırmacı stratejinin birlikte kullanılma eğilimi *orta düzeyde*; özel hastanede ise her iki stratejinin birlikte kullanılma durumu *yüksek düzeydedir*. Buna göre, özel hastanenin örgütsel ustalık düzeyinin diğer iki hastaneye göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Devlet hastanesi ve üniversite hastanesindeki her iki stratejinin birlikte orta düzeydeki kullanımı da önemlidir. Bu hastanelerde orta düzeyde de olsa bir örgütsel ustalık durumu söz konusudur. Ancak ustalık durumunda özel hastanelerdeki yüksek düzeyde yeterli olma durumu henüz sağlanamamıştır. Özel hastanenin örgütsel ustalık durumu, sağlık otelciliği

hizmetlerindeki yeterli olma durumuna dayanak teşkil etmesi bakımından önemlidir. Diğer iki hastanede ise örgütsel ustalığın daha yüksek düzeye çekilmesi için mevcut ve gelecekle ilgili stratejilerin birlikte kullanma alışkanlığının yerleştirilmesi gerekmektedir. Bu sonucun ortaya çıkmasında, kamusal alanındaki değişimlere hızlı ayak uydurmadaki zorluklar ve günü kurtarma politikalarının egemen olması araştırmacı stratejinin güçlü kullanımının önündeki önemli bir engel olduğu ileri sürülebilir.

Araştırmanın sağlık otelciliği hizmetleri ile örgütsel ustalık stratejileri arasındaki ilişki sonuçları şöyle özetlenebilir: Sağlık otelciliği hizmetleri ile **yararlanıcı ve araştırmacı strateji** arasında; devlet hastanesinde güçlü, üniversite hastanesi ve özel hastanede orta düzeyde güçlü bir ilişki vardır. Devlet hastanesinde görülen her iki stratejinin ayrı ayrı sağlık otelciliği hizmetleri ile yüksek düzeyde ilişkili olması; örgütsel ustalık stratejilerinin yüksek düzeyde kullanma eğiliminin sağlanması durumunda, sağlık otelciliği hizmetlerinin de daha yüksek düzeyde uygulanabileceğine işaret etmektedir. Daha önce sunulan betimsel analiz sonuçları da devlet hastanesinde ve üniversite hastanesinde örgütsel ustalık eğiliminin orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Örgütsel ustalık stratejileri ile yapı, kültür ve liderlik olarak belirlenen örgütsel ustalık öncülleri arasındaki ilişkiler kısaca şöyle özetlenebilir:

Merkezîleşme, biçimselleşme ve uzmanlaşma olarak belirlenen yapısal öncüller ile yararlanıcı strateji arasında her üç hastanede ortaya çıkan pozitif ilişki durumu; yararlanıcı stratejiyi destekleyen örgütsel ustalık öncüllerinin hastanelerde baskın unsurlar olduğunu göstermektedir. Araştırmacı strateji ile öncüller arasında literatürde kabul gören negatif ilişkinin tersine ortaya çıkan pozitif ilişki durumu; devlet ve özel hastane statüsünde yüksek düzeyde bağlantılı iken, üniversite hastane statüsünde bu durum daha az bağlantılı olarak belirlenmiştir. Üniversite hastanelerinin araştırma ve uygulama hastaneleri olma misyonları göz önüne alındığında, daha düşük ilişki durumu uygun bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Yararlanıcı strateji ve araştırmacı stratejiler ile örgüt kültürünü temsil eden sıkı ve gevşek kültür boyutları arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak sıkı kültür ile araştırmacı strateji arasında üniversite hastanesinde zayıf düzeyde güçlü bir ilişki durumu, üniversite hastanesinin hiyerarşik ve bürokratik olmayan bir yapılanmaya sahip olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Örgütsel ustalığın bir diğer öncülü olan kapalı ve açık liderlik ile yararlanıcı ve araştırmacı stratejinin kullanım durumu değerlendirildiğinde; her iki stratejinin kullanımı

ile kapalı ve açık liderlik boyutları arasında pozitif bir ilişki vardır. Ancak devlet hastanesinde kapalı liderlik ile yararlanıcı strateji arasında güçlü bir bağlantı saptanırken, diğer iki hastanede orta düzeyde bağlantılı olma durumu belirlenmiştir. Bu sonuç, devlet hastanesinde otoriter, göreve bağlı, yenikleri teşvik etmeyen bir lider yapısının daha baskın olduğu göstermektedir.

5.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlardan yola çıkılarak gerek hastane yöneticileri ve gerekse akademisyenler için geliştirilen önerilere aşağıda yer verilmektedir.

Yöneticiler için;

- Sağlık otelciliği adı altında başlatılan ve medikal turizm amaçlı olan sağlık otelciliği projesinin yürütülmesi ya da bu konunun başka adlar altında yasal anlamda korumaya alınması,
- Otelcilik hizmetlerinin, tedavi hizmetlerinin yanı sıra hastane kalitesinin ve müşteri memnuniyetinin sağlanabilmesinde önemli bir faktör olabileceği göz önünde bulundurulması ve yöneticiler tarafından bu hizmetlere gereken özen gösterilmesi,
- Yöneticilerin sağlık otelciliği hizmetlerinde ortaya çıkan kısmen yeterli hizmet standartlarını *yeterli ve tamamen yeterli* düzeye çıkarabilmek için personel eğitimine, sağlık otelciliği standartlarına uyum denetimlerine önem vermesi,
- Hastanelerde kullanılan kalite belgelerinde yer alan standartların korunması ve uygulanmasında gerekli özenin gösterilmesine dikkat edilmesi,
- Hastane yöneticilerinin uygun stratejilerin seçiminde örgüt yapısını, örgüt kültürünü ve liderlik konularını dikkate alması,
- Hastane yöneticilerinin örgütsel ustalık stratejilerinden araştırıcı stratejiye daha fazla önem vererek, hastanelerin yenilikçi ve araştırıcı yönlerini güçlendirmesi önerilebilir.

Akademisyenler için,

- Hastane sayısının artırıldığı, başka coğrafyaların kullanıldığı, konuya ilişkin daha kapsamlı sonuçların elde edildiği araştırmaların yapılması,

- 113

KAYNAKÇA

- Acar, D. (2003). *Otel İşletmelerinin Çamaşırhanelerinde Uygulanan Yıkama Yöntemlerinin Yıkama Kalitesi Üzerine Olan Etkilerini İncelemesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Acar, D. (2016). Çamaşırhane, P.G. Çakır (Ed.) içinde *Otel İşletmelerinde Destek Hizmetler* (140-163), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Acar, D.G. (2014). *Hizmet Tasarımı*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Acaray, A., Çekmecelioğlu, H.G. ve Akturan, A. (2015). Örgüt Kültürü ile Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *The Journal of Academic Social Science Studies*, 32, 139-157.
- Adler, P.S., Goldoftas, B. and Levine, D.I. (1999). Flexibility Versus Efficiency? A Case Study Of Model Changeovers In The Toyota Production System. *Organization Science*, 10(2), 43-68.
- Agarwal, D.K. (2009). *Textile and Laundry in Hotel Industry*, Delhi: Global Media.
- Ağırbaş, İ. (2016). *Hastane Yönetimi ve Organizasyon*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Aiello, T., Severt, D., Rompf, P. and Breiter, D. (2015). A fundamental exploration of administrative views of hospital hospitality and service excellence, *Advances in Hospitality and Leisure*, 6, 185-211.
- Akalın, D. ve Yılmaz, A. (2002). *Genelge 2002*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Müdürlüğü Yayın No:639.
- Akbolat, M. (2009). Türk Sağlık Sektöründe Miles ve Snow'un Stratejik Tipolojisi: Hastaneler Üzerine Bir Araştırma, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(3), 127-146.
- Akbolat, M., Deniz, N.G. (2017). Türkiye'de Medikal Turizmin Gelişimi ve Bazı Ülkelerle Karşılaştırılması, *Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi*, 1 (2), 123-139.
- Akbolat, M., Işık, O. ve Yılmaz, A. (2013). Dönüşümcü Liderlik Davranışının Motivasyon ve Duygusal Bağlılığa Etkisi, *International Journal of Economic and Administrative Studies*, 6(11), 35-50.

- Akbolat, M., Işık, O., Dede, C. ve Çimen, M. (2011). Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Atık Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 131-140.
- Akbulut, Y. (2010). *Sosyal Bilimlerde SPSS Uygulamaları*. İstanbul: İdeal Kültür Yayıncılık.
- Akdemir, A. (2012). *Stratejik Yönetim*, Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Akdoğan, Ş., Akdoğan, A.A. ve Cingöz, A. (2009). Organizational Ambidexterity: An Empirical Examination of Organizational Factors As Antecedents of Organizational Ambidexterity. *Journal of Global Strategic Management*, 6 (December), 17-27.
- Akdu, U., Bostan, S. ve Akdu, S. (2016). Hastanelerde otel konforunda oda tasarımı: Beş yıldızlı otel odasını örnek edinme. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(36), 401-418.
- Akgemci, T. (2007). *Stratejik Yönetim*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Akoğlan Kozak, M. (2009) *Temizlik Hizmetleri*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Akoğlan Kozak, M. (2012). *Otel Yönetimi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Akoğlan Kozak, M. (2017). *Kat Hizmetleri Yönetimi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Akoğlan Kozak, M. ve Kale, E.Y. (2004). *Temizlik Hizmetleri İşletmeciliği*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Aksu, A. (2000). Değişim Mühendisliği Uygulamalarında Karşılaşılan Dirençler ve Yapılan Hatalar. *D.E.Ü.İ.İ.B.F Dergisi*, 15(2), 37-48.
- Aksu, Ö.V. ve Demirel, Ö. (2012). Hastane Bahçelerinde Peyzaj Tasarımları: Trabzon Kenti Örneği. *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 12(2), 236-250.
- Aktan, C.Ç. (2008). Stratejik Yönetim ve Stratejik Planlama, *Çimento ve İşveren Dergisi*, 22 (4), 4-21.
- Aktaş, A. (1985). *Hastanelerde Yiyecek İçecek Hizmetleri Yönetimi ve Türkiye’de Uygulamaya İlişkin Örnekler*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi.
- Aktaş, A. (2007). *Hastane İşletmelerinde Ev İdaresi Hizmetlerinden Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma (KTÜ Farabi Hastanesi Örneği)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi

- Akyurt, N., Alparslan A.M. ve Oktar, Ö.M. (2015). Sağlık Çalışanlarında Liderlik Tarzları-İş Tatmini-Örgütsel Bağlılık Modeli, *Vizyoner Dergisi*, 6(13), 50-61.
- Akyürek, A. ve Orhaner, E. (2017) Özel Hastanelere Talebi Etkileyen Faktörler, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 237-248.
- Akyürek, Ç.E., Toygar, Ş.A. ve Şener, T. (2013). Örgütsel Kültür ve Alt Kültürün Örgütsel Bağlılığa Etkisi: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 12(2), 55-62.
- Aldemir, M.C. and Barbeto, R. (1983). Yönetim Biçimleri, Örgüt Yapısı ve Başarım. *Amme İdaresi Dergisi*, 16(4), 120-130.
- Aloini, D., Martini, A. and Neirotti, P. (2012). Unpack it: organizational ambidexterity between structure, knowledge and performance. An empirical analysis, *DRUID*, (June 19-June 21), Copenhagen, Denmark.
- Alpar, R. (2011). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Alparslan, A.M. ve Çarıkçı, İ.H. (2014). İşletmede Strateji Oluşturma Yaklaşımlarını Değerlendirmeye Yönelik Bir Vaka Çalışması, *YÖNETİM: İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi*, 76, 18-44.
- Analoui, F. and Karami, Z. (2003). *Strategic Management in Small and Medium Enterprises*, UK: Thomson Learning.
- Andriopoulos, C. and Lewis, M.W. (2009). Exploitation-Exploration Tensions And Organizational Ambidexterity: Managing Paradoxes of Innovation. *Organization Science*, 20(4), 696-717.
- Arabacı, S. (2012). *Yoğun Bakımlarda Görevli Hemşire Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Hemşirelerin Motivasyonu Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- Arend, R. J. and Chen, Y. (2012). Entrepreneurship as dynamic, complex, disequilibrium: A focus that benefits strategic organization. *Strategic Organization*, 10(1), 85-95.
- Askarian, M., Kabir, G., Aminbaig, M., Memish, Z.A. and Jafari, P. (2004). Knowledge Attitudes and Practices of Food Services Staff Regarding Food Hygiene in Shiraz, Iran. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 25(1), 16-21.
- Aşıkoğlu, Ş. (2014). *Hastanelerde Otelcilik Hizmetleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi.

- Attar, M. (2014). *Üst Düzey Yöneticilerin Liderlik Özelliklerinin Örgütsel Ustalık (Organizational Ambidexterity) Düzeyine Etkisi: Türk Bankacılık Sektörü*, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Aydın, G. (2005). Hizmet Sunumunda Teknoloji Kullanımı ve Müşteri Adaptasyonu, *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 3(4), 185-204.
- Aydıntan, B. ve Göksel, A. (2012). Cameron-Freeman-Quinn Örgüt Kültürü Tipolojileri Ekseninde Örgüt Kültürü Farklılaşma Dinamikleri. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 5(2), 53-62.
- Bakan, İ ve Sezer, B. (2017). Örgütsel Ustalığın Performans Yönetimi Üzerindeki Etkisi: Bir Alan Çalışması, *KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(2), 323-346.
- Bakan, İ., Büyükbeşe, T., ve Bedestenci, Ç. (2004). *Örgüt Sırlarının Çözümünde Örgüt Kültürü: Teorik ve Ampirik Yaklaşım*. İstanbul: Alfa Yayım.
- Bakoğlu, R. (2010). *Çağdaş Stratejik Yönetim*, İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.
- Baskarada, S., Watson, J. and Cromarty, J. (2016). Leadership and Organizational Ambidexterity, *Journal of Management Development*, 35(6), 778-788.
- Bass, B. M. and Avolio, B. J. (1994). *Improving Organisational Effectiveness Through Transformational Leadership*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Baş, T. ve Akturan U. (2013). Nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Benligiray, S. (2007). Türk üniversitelerinde sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi alanına ilişkin olarak yapılmış tezler üzerine bir değerlendirme. *Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi*, Lefkoşa-KKTC, 01-03 Haziran 2007, 257-266.
- Benligiray, S. (2013). Neo klasik yönetim. S. Besler ve Ö. Oktal (Ed.), *Yönetim Bilimi I*. içinde Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Benligiray, S. (2014). İşletmelerin Önemi, Amaçları ve Çevresel Unsurları. S.A. Öztürk (Ed.), *Genel işletme ilkeler ve işlevler* içinde. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Benner, M.J. and Tushman, M.L. (2003). Exploitation, Exploration And Process Management: The Productivity Dilemma Revisited, *Academy of Management Review*, 28(2), 238-256.
- Berrio, A. A. (2003). An Organizational Culture Assessment Using The Competing Values Framework: A Profile of Ohio State University Extension, *Journal of Extension*, 41(2), 1-72.

- Bierly, P.E. and Daly, P.S. (2007). Alternative Knowledge Strategies, Competitive Environment And Organizational Performance In Small Manufacturing Firms. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 31(4), 493-516.
- Birkinshaw, J. and Gibson, C.B. (2004). Building Ambidexterity Into An Organization, *MIT Sloan Management Review*, Summer (2004), 47-55.
- Birkinshaw, J. and Gupta, K. (2013). Clarifying the Distinctive Contribution of Ambidexterity to the Field of Organization Studies. *The Academy of Management Perspectives*, 27(4), 287-298.
- Blackburn, R.S. (1982). Dimensions of Structure: A Review and Reappraisal. *The Academy of Management Review*, (pre-1986); Jan 1982 (7), 59-66.
- Blarr, W.H. (2011). *Organizational Ambidexterity Implications For The Strategy Performance Linkage*. Germany: Springer Gabler.
- Bodwell, W. (2011). *A Theoretical Model of Organizational Ambidexterity in Hospitals*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Colorado: Colorado State University.
- Bodwell, W. and Chermack, T.J. (2010). Organizational Ambidexterity: Integrating Deliberate and Emergent Strategy With Scenario Planning, *Technological Forecasting and Social Change*, 77(2), 193-202.
- Boisner, A. and Chatman, J.A. (2002). The Role Of Subcultures In Agile Organizations, içinde (Ed. Petersen R., Mannix E.), *Leading and Managing People in Dynamic Organization*, New York: Psychology Press.
- Bookman, M.Z. and Bookman, K.R. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*. Newyork: Palgrave Macmillan.
- Boulware, L.E., Troll, M.U., Wang, N.Y. and Powe, N.R. (2007). Perceived Transparency And Fairness of The Organ Allocation System and Willingness To Donate Organs: A National Study. *Am J Transplant*, 2007(7), 1778-1787.
- Brotherton, B. (1999). Towards A Definitive View of The Nature of Hospitality And Hospitality Management, *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 11(4), 165-173.
- Buchbinder, S.B. and Shanks, N.H. (2007). *Introduction to Health Care Management*, USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Burgelman, R. A. (1991). Intraorganizational Ecology of Strategy Making and Organizational Adaptation: Theory and Field Research. *Organization Science*, 2, 239-262.

- Burton, R.M. and Obel, B. (2004). *Strategic Organizational Diagnosis and Design: The Dynamic of Fit*, USA: Kluwer Academic Publisher.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E.K., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Cameron, K. and Freeman, S. (1991) Cultural Congruence, Strength, and Type: Relationships to Effectiveness. *Research in Organizational Change and Development*, 5, 23-58.
- Cameron, K.S. and Quinn, R.E. (2006). *Diagnosing and Changing Organisational Culture Based on Competing Values Framework*. Josey Bass, San Francisco.
- Camilleri, D. and O'Callaghan, M. (1998). A Comparison of Public and Private Hospital Care Service Quality in Malta, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127-133.
- Cansaran, D.D. (2010). *Çevre-Sağlık İlişkisi Ekseninde Tıbbi Atık Yönetimi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Cao, Q., Şimşek, Z. and Zhang, H. (2010). Modelling the joint impact of the CEO and the TMT on organizational ambidexterity. *Journal of Management Studies*, 47(7), 1272-1296.
- Carmeli, A. and Halevi, M.Y. (2009). How Top Management Team Behavioral İntegration And Behavioral Complexity Enable Organizational Ambidexterity: The Moderating Role of Contextual Ambidexterity. *The Leadership Quarterly*, 20(2009), 207-218.
- Carrera, P. and Bridges, J. (2006). *Health And Medical Tourism: What They Mean And Imply For Health Care Systems. Health And Ageing*. The Geneva Association.
- Carvalho, C. E., Rossetto, C. R. and Verdinelli, M. A. (2016) Strategic Orientation as a Mediator Between Environmental Dimensions and Performance: A Study of Brazilian Hotels, *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 25(7), 870-895.
- Chang, Y.Y., Hughes, M. and Hotho, S. (2011). Internal and External Antecedents of SMEs' Innovation Ambidexterity Outcomes, *Management Decision*, 49(10), 1658-1676.
- Chen, Y. (2017). Dynamic Ambidexterity: How Innovators Manage Exploration and Exploitation, *Business Horizons*, 60, 385-394.

- Cingöz, A. ve Akdoğan, A.A. (2014). Örgütsel Ustalık Düzeyini Belirlemede Araştırmacı ve Yararlanıcı Stratejilerin Etkileşimsel Rolü, *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(2), 59-68.
- Cohen E. (2008). Medical Tourism In Thailand, *AU-GSB e-Journal*, 1(1), 24-37.
- Connell, J. (2006). Medical Tourism: Sea, Sun, Sand And Surgery. *Tourism Management*, 27(2006), 1093-1100.
- Connolly, S. and Ruark, G. (2010). Leadership Style And Activating Potential Moderators of The Relationships Among Leader Emotional Displays And Outcomes. *The Leadership Quarterly*, 21, 745-764.
- Covin, J.G. and Slevin, D.P. (1991). A Conceptual Model Of Entrepreneurship As Firm Behavior. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 16(1), 7-25.
- Çelik, E. (2007). *Kurumsal Yönetim Modeli Olarak Paydaş Yaklaşımı: Kamu ve Özel Hastane Karşılaştırması*, Yayınlanmamış yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Çelik, M. (2015). *Hastanelerde toplu beslenme sistemi (Hopa Devlet Hastanesi Örneği)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi.
- Çetinsöz, B.C., Epik, F., Ayazlar, G., Kahya, M. ve Artuğer, S. (2010). *Stratejik Yönetim ve Turizmde Uygulamaları*, Çolakoğlu (Ed.). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Çıraklı, Ü., Gözlü, M. ve Dalkılıç, S. (2017). Hastane Personellerinin Örgüt Kültürü Tipi Algısının İncelenmesi: Yozgat'ta Yer Alan İki Hastanede Bir Uygulama, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi*, 7(1), 33-59.
- Çiçek D. (2009). *Hijyen ve Sanitasyon*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Çiftçi, G.E. (2017). Örgütsel ustalık çalışmalarının personel güçlendirme üzerindeki etkisi, *International Journal of Academic Value Studies*, 3(10), 188-202.
- Çoban, M. (2007). *Stratejik Planlama*, İstanbul: Alfa Yayınları
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Çömez, P. (2012). *Örgütlerde Çift Yeteneklilik Ve Örgütsel Yenilik İlişkisinde Liderlik Tiplerinin Rolü Ve Firma Yenilik Performansına Etkileri*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Kocaeli: Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü.
- Daft, R.L. (2009). *Understanding The Theory And Design Of Organizations*. Cengage Learning: South Western.

- Daft, R.L. (2013). *Organization Theory And Design*, Mason, OH: South Western.
- Deloitte (2009). *Medical Tourism: Update and Implications*, Deloitte Center for Health Solutions.
- Demir, N. (2015). *Hastane Bahçelerinin Peyzaj Mimarlığı Açısından İncelenmesi: Ankara Altındağ İlçesi Örneği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Denison, D.R. (1990). *Corporate Culture And Organizational Effectiveness*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Desphande, R. and Zaltman, G. (1982). Factors Affecting the Use of Market Research Information: A Path Analysis, *Journal of Marketing Research*, 19 (February), 14-31.
- Dewar, R., Whetten, D. and Boje, D. (1980). An Examination of Reliability And Validity Of The Aikenand Hage Scales of Centralization, Formalization and Task Routineness. *Administrative Science Quarterly*, 25, 120-128.
- Dinçer, Ö. (1998). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Doğan, İ.F., Bakan, İ. ve Hayva, S. (2017). Sağlık Sektörünün Temel Aktörleri Olan Hastanelerde Rekabet Stratejilerinin Kaliteye Etkisi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(62), 817-835.
- Dokuzoğuz, B. (2008). Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri ve Kontrolü. *Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı*, Antalya, 155-156.
- Duncan, R.B. The Ambidextrous Organization: Designing Dual Structures For Innovation. *The Management of Organization*, 1(1976), 167-188
- Dündar, C., Elmacioğlu, F., Topbaş, M. ve Pekşen, Y. (2000). Samsun İl Merkezindeki Hastane Mutfaklarının Hijyen Durumunun Değerlendirilmesi, *Türk Hij Den Biol Dergisi*, 57(1), 1-6.
- Edward, J.S. and Hartwell, H.J. (2006). Hospital Food Service: A Comparative Analysis of Systems And Introducing The 'Steamplicity' Concept. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 19(6), 421-430.
- Efil, İ. (2010). *İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon*, Bursa: Dora Basım.
- Ehrbeck, T., Guevara, C. ve Mango, P. D. (2008). “Mapping the Market for Medical Travel”, The Mckinsey Quarterly: pp. 1-11.

- Erdem, R. (2007). Örgüt Kültürü Tipleri ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Elazığ İl Merkezindeki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2(2), 63-79.
- Erdem, R., Adıgüzel, O. ve Kaya, A. (2010). Akademik Personelin Kurumlarına İlişkin Algıladıkları ve Tercih Ettikleri Örgüt Kültürü Tipleri. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 36, 73-88.
- Eren, E. (2007). *İşletmelerde Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*, İstanbul: Beta Yayın Dağıtım A.Ş.
- Erkmen, T. (2010). Örgüt Kültürü. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.
- Erşahan, B., Büyükbeşe, T., Bakan, İ. ve Sezer, B. (2015). Çağdaş yönetim yaklaşımları ilkeler, kavramlar ve yaklaşımlar. İ. Bakan (Ed.), *Örgütsel Ustalık* içinde (s. 613-622). İstanbul: Beta Yayınevi.
- Ertürk, M. (2017). *İşletme Biliminin Temel İlkeleri*, İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Ertürk, M. (2017). *Yönetim ve Organizasyon*, İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Fahey, L. ve Randall, R. (2001). *The Portable Mba in Strategy*. Newyork: J. Wiley Inc.
- Fındıklı, M.A. ve Pınar, İ. (2014). Örgüt Kültürü Algısı ve Örgütsel Çift Yönlülük İlişkisi: Örgütsel Düzeyde Bilgi Paylaşımının Aracılık Etkisi. *Yönetim ve Ekonomi*, 21(1), 155-171.
- Fottler, M. D., Dickson, D., Ford, R. C., Bradley, K. and Johnson, L. (2006), Comparing Hospital Staff and Patient Perceptions of Customer Service: AS Pilot Study Utilizing Survey and Focus Group Data, *Health Services Management Research*, 19(1), 52-66.
- Gemlik, N., Çatar, R. ve Manioğlu, Y. (2015). Geert Hofstede'in Örgüt Kültürü Modeline Göre Sağlık Meslek Gruplarının İncelenmesi ve Kamu Özel Hastanelerinde Karşılaştırmalı Bir Araştırma, *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 1(1), 1-14.
- Genç, R. (2009). Türkiye'de ve Dünyada Organ Transplantasyon Cerrahisi: Transplantasyon Lojistiğinin Yönetimi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 25(1), 40-44
- Ghemawat, P. and Costa, J. (1993). The Organizational Tension Between Static and Dynamic Efficiency', *Strategic Management Journal*, 14(1), 59-73.
- Gibson, C. B. and Birkinshaw, J. (2004), The Antecedents, Consequences, and Mediating Role of Organizational Ambidexterity, *Academy of Management Journal*, 47, 209-226.

- Glinos I. A., Baeten R., Helble M. and Maarse, H. (2010). A Typology Of Cross-border Patient Mobility, *Health and Place*, 16 (6), 1145-1155.
- Goetsch, D. L. ve Davis, S. B. (2006). *Quality Management: Introduction to Total Quality Management for Production, Processing and Services (5th Edition)*, NJ: Pearson Prentice Hall Upper Saddle River.
- Göktaş, B., Aslan, G., Aslantekin, F. ve Erdem, R. (2005). Örgüt Kültürü ve Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (3), 351-372.
- Gözen, A. (2018). *Aile İşletmelerinde Aile Etkisi ve Örgütsel Ustalık Kavramlarının İşletme Performansı Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi*, İstanbul: Hiperlink Yayınları.
- Greenberg, J. and Baron, R.A. (2000) *Behavior in Organizations*. NJ: Prentice-Hall.
- Gupta, A.K., Smith, K.G. and Shalley, C.E. (2006). The Interplay Between Exploration And Exploitation. *Academy of Management Journal*, 49(4), 693-706.
- Gupta, A.S. (2004). Medical Tourism and Public Health. *People's Democracy*, 27(19),
- Güçlü, N. (2003), Stratejik Yönetim, *G.Ü. GEF Dergisi*, 23(2), 61-85.
- Güden, E., Öksüzkaya, A. ve Çetinkara, K. (2010). Kayseri İli Kamu Hastanelerinde Sağlıkta Kalite Standartlarının Değerlendirmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2 (2), 144-166.
- Gülez S., Öztekin B. ve Bekçi B. (2001). Hastane Bahçeleri, Acil Servis Girişleri Sert Zemin Düzenlemesi, ZKÜ Tıp Fakültesi, Acil Giriş Örneği. *ZKÜ Bartın Orman Fakültesi Dergisi*, 3(3), 160-173.
- Güllüpınar, M.D. (2016). Bir Halkla İlişkiler Uygulaması Olarak Hastanelerde Hasta Karşılama Hizmetlerinin Kurumsal İtibara Etkisi: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir İnceleme, *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 4(2), 895-925.
- Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*. 411-422.
- Hafkesbring, J. and Schroll, M. (2014). Ambidextrous Organizational And Individual Competencies in Open Innovation: The Dawn Of A New Research Agenda. *Journal of Innovation Management*, 2(1), 9-46.
- Hage, J. (1965). An Axiomatic Theory Of Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 10(3), 289-320.

- Hage, J. and Aiken, M. (1967). Relationship of Centralization To Other Structural Properties. *Management Review*, (6)1, 155-160.
- Hamel, G. and Prahalad, C.K. (1999). *Geleceği Kazanmak, Belirsizliği Yönetmek*, Harvard Business Review, Çev. Gündüz Bulut, İstanbul: MESS Yayınları.
- Han, H. (2013). The Healthcare Hotel: Distinctive Attributes For International Medical Travelers, *Tourism Management*, 36, 257-268.
- Han, H. and Hyun, S.S. (2014). Medical Hotel in The Growth Of Global Medical Tourism. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 31(3), 366-380.
- Han, M. and Celly, N. (2008). Strategic Ambidexterity and Performance in International New Ventures, *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 25, 335-349.
- Handy, C.B., (1981). *Understanding Organizations*. Hazell Watson Ltd.
- Harahsheh S. S. (2002). *Curative Tourism in Jordan And its Potential Development*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, United Kingdom: Bournemouth University.
- He, Z. and Wong, P. (2004). Exploration vs Exploitation: An Empirical Test Of The Ambidexterity Hypothesis. *Organization Science*, 15(4), 481-494.
- Hepple, J., Kipps, M. and Thomson, J. (1990). The Concept of Hospitality And An Evaluation of Its Applicability To The Experience of Hospital Patients. *International Journal of Hospitality Management*, 9(4), 305–318.
- Hersey, P., Kenneth, H. B. and Dewery E. J. (1996). *Management of Organizational Behaviour*, New Jersey: Prentice Hall International Inc.
- Heung, V.C.S., Kucukusta, D. and Song, H. (2011). Medical Tourism Development in Hong Kong: An Assessment of The Barriers. *Tourism Management*, 32, 995–1005
- Hill, C.W.L. and Jones, G.R. (2009). *Strategic Management Theory: An Integrated Approach*, USA: Cengage Learning.
- Hitt, M. A., Ireland, R. D. and Hoskisson, R. E. (2016). *Strategic Management: Competitiveness and Globalization*, USA: S-Western Col. Pub.
- Hodgkinson, I.R., Ravishandar, M.N. and Aitken-Fischer, M. (2014). A Resource-Advantage Perspective on the Orchestration of Ambidexterity, *The Service Industries Journal*, 34(15), 1234-1252.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., Minkov, M., (2010). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. New York: McGraw-Hill USA.
- <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR-11479/turkiye39de-saglik-turizmine-yonelik-yapilan-calismalar-.html>, Erişim Tarihi: 18.01.2019.

- Hume, L.F. and DeMicco, F.J. (2007). Bringing Hotels To Healthcare: A Rx For Success. *Journal of Quality Assurance in Hospitality and Tourism*, 8(1), 75-84.
- Inhorn, M.C. and Patrizio, P. (2009). Rethinking Reproductive “Tourism” As Reproductive “Exile”. *Fertil. Steril.* 92 (3), 904–906.
- ISO (2018). International Organization for Standardization, <https://www.iso.org>, (Erişim Tarihi: 04.05.2018).
- ISQua (2018). The International Society for Quality in Healthcare, <https://www.isqua.org>, (Erişim Tarihi: 04.05.2018).
- Işık, K. (2002). Hastanelerde Kurum Ev İdaresi Bölümü Hizmetlerinin Önemi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002/9(4), 12-13.
- İlğan, A., Erdem, M. ve Taşdan, M. (2008). Örgütsel Gelişim Aracıları Olarak Toplam Kalite Yönetimi ile Stratejik Yönetim ve Planlama Yaklaşımları, *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(35), 72-92.
- Jagyasi, P. (2010). *Medical Tourism Research And Survey Report*, Dubai: ExHealth.
- Jansen, J.J.P., Van Den Bosch, F.A.J. and Volberda, H.W. (2005). Exploratory Innovation, Exploitative Innovation and Ambidexterity: The Impact of Environmental And Organizational Antecedents. *Schmalenbach Business Review*, 57(October), 351-363.
- Jansen, J.J.P., Van den Bosch, F.A.J. and Volberda, H.W. (2006). Exploratory Innovation, Exploitative Innovation and Performance: Effects of Organizational Antecedents and Environmental Moderators. *Management Science*, 52(11), 1661-1674.
- Jansen, J.J.P., Vera, D. and Crossan, M. (2009). Strategic Leadership for Exploration and Exploitation: The Moderating Role of Environmental Dynamism. *The Leadership Quarterly*, 20, 5–18.
- Jarvenpaa, A. (2014). *Organizational Ambidexterity in Airline Companies*, Master Thesis, Norwegian: Faculty of Social Sciences, Norwegian School of Hotel Management.
- JCI (2018). Joint Commission International, <http://www.jointcommissioninternational.org> (Erişim Tarihi: 03.05.2018).
- Kalaycı, ř. (2010). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

- Kangas B. (2010). Traveling for Medical Care in a Global World, *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 29, (2010), 344-362.
- Karacan, E. ve Erdoğan, Ö. (2011). İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliğine İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonları Açısından Çözümsel Bir Yaklaşım. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (21), 102-117.
- Karahan, (2008). Çalışanların Örgüt Kültürünü Algılamalarına Yönelik Ampirik Bir Çalışma, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20, 457-478.
- Karakaya B. ve Kiper T. (2011). Hastane Dış Mekan Tasarımlarının Edirne İli Örneğinde İrdelenmesi. *Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi*, 8(2), 49-64.
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kavuncubaşı, Ş. (2011). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Uzkesici (Ed.) Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, H. (2008). Kamu ve Özel Sektör Kuruluşlarının Örgütsel Kültürünün Analizi ve Kurum Kültürünün Çalışanların Örgütsel Bağlılığına Etkisi: Görgül Bir Araştırma, *Maliye Dergisi*, 155, 119-149.
- Kaya, H. (2008). Kamu ve Özel Sektör Kuruluşlarının Örgütsel Kültürünün Analizi ve Kurum Kültürünün Çalışanların Örgütsel Bağlılığına Etkisi: Görgül Bir Araştırma, *Maliye Dergisi*, 155, 119-143.
- Keklik, B. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Benimsenen Liderlik Tiplerinin Belirlenmesi: Özel Bir Hastane Örneği, *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 14(1), 73-93.
- Kelez, A. (2008). *Hemşirelerin Örgüt Kültürünü Ve Yöneticilerin Liderlik Davranışını Algılamaları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Keskin, F.F. (2018). Relationship Between Social Capital, Information Sharing, Organizational Ambidexterity And Firm Performance In Technology Parks, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Middle East Technical University.
- Kılıç M. (2002). Yozgat Devlet Hastanesinde yatanların hastane otelcilik hizmetlerini algılayışlarının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 15-24.
- Kırkbeşoğlu, E. ve Açıkdilli, G. (2014). İşletmenin Çevresi ve Çevre Faktörleri, 1-12, http://www.kirkbesoglu.com/tbf231/YBS112_Hafta5.pdf.
- Killen, C.P., Walker, M. and Hunt, R.A. (2005). Strategic planning using QFD, *International Journal of Quality and Reliability Management*, 22(1), 17-29.

- Kilmann, R.H, Saxton, M. J. ve Serpa, R., (1986). Issues in Understanding and Changing Culture, *California Management Review*, 28(2), 87-94.
- Kiremit, A.Ş. (2008). *Turizmin gelişiminde bir alternatif olarak medikal turizm: Bir sağlık kuruluşunda araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Koçel, T. (2014). *İşletme Yöneticiliği*, İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Koo L.C& Ip Y.K .(2004) BSQ Strategy Formulation Framework : A Hybrid Of Balanced Scorecard, SWOT Analysis And Quality Function Deployment, *Managerial Auditing Journal*, 19(4), 533-543.
- Korkmaz, A. (2010). Hastanede dini hayat: Teorik çerçeve. *Selçuk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 29, 283-312.
- Kortmann, S. (2011). *The Relation Between Organizational Structure And Organizational Ambidexterity: A Comparison Between Manufacturing And Service Firms*. Wiesbaden: Gabler.
- Kotler, P., Shalowitz, J., and Stevens, R. J. (2008). *Strategic Marketing For Health Care Organizations: Building A Customer-Driven Health System*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kraus, S. and Jensen, J. (2010). Hospitality meets healthcare, *Healthc. Des.* URL 35<http://www.healthcaredesignmagazine.com/article/hospitality-meets-healthcare>.
- Kunhert, K.W. and Palmer, D.R. (1991). Job Security, Health and The Intrinsic and Extrinsic Characteristics of Work, *Group & Organization Management*, 16(2), 178-192.
- Kültür ve Turizm Bakanlığı. (2015). Sağlık ve termal turizmin tanımı. <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11492/saglik-ve-termal-turizmi-tanimi.html>. (Erişim Tarihi: 30.04.2015).
- Lane, H.J., Blum, N. and Fee, E. (2010). Oliver Wendell Holmes (1809–1894) and Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865): Preventing the Transmission of Puerperal Fever. *American Journal of Public Health*. 100(6), 1008-1009.
- Lauer, J. (2009). *Conducting Meaningful On-Farm Research And Demonstrations*. Presented at the Wisconsin Crop Management Conference, Madison, WI, Jan 14, 2009.
- Lee, N.R. and Kotler, P. (2011). *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*, India: Sage Publication.

- Lee, S.K.J. ve Yu, K. (2004). Corporate Culture and Organizational Performance, *Journal of Managerial Psychology*, 19(4), 340-359.
- Levinthal, D.A. and March, J.G. (1993). The Myopia of Learning. *Strategic Management Journal*, 14, 95-112
- Lin, H. ve Mcdonough, E.F. (2011), Investigating the Role of Leadership and Organizational Culture in Fostering Innovation Ambidexterity, *Ieee Transactions On Engineering Management*, 58 (3), 497-509.
- Litrico, J.B. and Lee, M.D. (2008). Balancing Exploration And Exploitation in Alternative Work Arrangements: A Multiple Case Study in The Professional And Management Services Industry. *Journal of Organizational Behavior*, 29(8), 995-1020.
- Lorcu, F. (2015). Örneklerle veri analizi SPSS uygulamalı. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Lubatkin, M.H., Simsek, Z., Ling, Y. and Veiga, J.F. (2006). Ambidexterity and performance in small-to-medium-sized firms: The pivotal role of top management team behavioral integration. *Journal of Management*, 32(5), 646-672.
- Lunt, N. and Carrera, P. (2010). Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66(1), 27-32.
- Mainil, T. (2012). *Transnational Health Care And Medical Tourism: Understanding 21st-Century Patient Mobility*, Netherlands: NRIT Media.
- Mamut, M. ve Barış, M.E. (2012). Çin Bahçesi ve Çin Bahçe Sanatı, *Bartın Orman Fakültesi Dergisi*, 14(22), 47-52.
- March, J. (1991). Exploration and Exploitation in Organizational Learning. *Organization Science*, 2(1), 71-87.
- Marşap, A. (2014). *Sağlık İşletmelerinde Kalite*. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.
- Matzler, K., Abfalter, D. Mooradian, T.A. ve Bailom, F. (2013). Corporate Culture as an Antecedent of Successful Exploration and Exploitation, *International Journal of Innovetion Management*, 17(5), 1-23.
- McCarthy, I.P., and Gordon, B.R. 2011. Achieving Contextual Ambidexterity in R&D Organizations: A Management Control System Approach, *R&D Management*, 41(3), 240-258.
- McConnel, C.R. (2013). *The Health Care Manager's Human Resources Handbook*. Burlington: Jones & Barlett Learning Publications.

- McDonough, E.F. and Leifer, R. (1983). Using Simultaneous Structures to Cope With Uncertainty, *Academy of Management Journal*, 26(4), 727-735.
- Mendes, M. and Pala, A. (2003). Type I Error Rate and. Power of Three Normality Tests. *Pakistan Journal of Information and Technology* 2(2), 135-139.
- Menguc, B. and Auh, S. (2008), The Asymmetric Moderating Role of Market Orientation On The Ambidexterity-Firm Performance Relationship For Prospectors and Defenders, *Industrial Marketing Management*, 37, 455-470.
- Meyer, J.W. and Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83 (2), 340-363.
- Mısırlı, İ. (1995). *Ön Büro (Ön kasa, Concierge, Telefon Santrali)*, Turizm Bakanlığı Turizm Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Miller, A. and Dess, G., (1996), *Strategic Management*, New York: Mc-Graw Hill Inc.
- Milstein A. and Smith M. (2006). America's New Refugees-Seeking Affordable Surgery Offshore, *New England Journal of Medicine*, 355, 1637-1640.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring Of Organizations*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Mintzberg, H. (1987). The Strategy Concept I: Five Ps For Strategy, *California Management Review*, 30(1), 11-24.
- Mizruchi, M. S. ve L.C. Fein (1999). The Social Construction of Organizational Knowledge: A Study of The Uses of Coercive, Mimetic, Ans Normative Isomorphism. *Administrative Science Quarterly*, 44 (4), 653-683.
- Mucuk, İ. (1996). *Modern işletmecilik*. İstanbul: Türkmen Kitapevi.
- Mugomba, C. and Caballero-Danell, S. (2007). Medical Tourism, and its Entrepreneurial Opportunities - A Conceptual Framework for Entry into the Industry. Tourism and Hospitality Management Master Thesis No. 2006:9, January 2007, School of Business, Economics and Law, Göteborg University (https://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/4671/1/2006_91.pdf) (2008, Ocak).
- O'Reilly, C.A. and Tushman, M.L. (2004). The Ambidextrous Organization. *Harvard Business Review*, 74-81.
- O'Reilly, C.A. v and Tushman, M.L. (2008). Ambidexterity As A Dynamic Capability: Resolving The Innovator's Dilemma. *Research In Organizational Behavior*, 28, 185-206.

- Ortega, E.M.P. and Azorin, J.F.M. (2018). A Joint Analysis of Determinants and Performance Consequences Of Ambidexterity, *BRQ Business Research Quarterly*, 21, 84-98.
- Öncül, M.S., Deniz, M. ve İnce, A.R. (2016). Hofstede'nin Örgüt Kültürü Modelinin Potansiyel Girişimcilerin Yetiştği Çevresel Özellikler Kapsamında Değerlendirilmesi, *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 7(1), 255-269.
- Öney H. Ve Çiçek D. (2009). *Catering Hizmetleri*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Örücü, E., Kılıç, R., Yıldız, H. ve Yıldız, B. (2012). Biçimsel Örgüt Yapısının Örgütsel İletişime Etkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği, *Akademik Bakış Dergisi*, 32, 1-20.
- Özer, M.A. (2015). İşletmelerde Stratejilerin Önemi Üzerine Değerlendirmeler, *International Journal of Economic and Administrative Studies*, 7(14), 69-84.
- Özkalp, E. (2003). *Örgütsel Davranış*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Özyurt, M. (1999). Hastanelerde Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon Ve Tıbbi Atıkların Yok Edilmesi. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 1999(3), 175-183.
- Paliokaite, A. and Pacesa, N. (2014). The Relationship Between Organizational Foresight and Organizational Ambidexterity, *Technological Forecasting and Social Change*, 20, 1-17.
- Pandey, S. and Sharma, R.R.K. (2009). Organizational Factors for Exploration and Exploitation, *Journal of Technology Management & Innovation*, 4(1), 48-58.
- Patten, C.S. (1994). Understanding hospitality. *Nursing Management*, 25(3), 80a-80c.
- Payne, J. (2005). The Changing Meaning of Skill. *Nexus*, 13, 1-7.
- Pizam, A., (2015). Luxurious Physical Environment and High-Quality of Service: Do They Always Go Hand in Hand? *Int. J. Hosp. Manag.* 47, 151–152.
- Porter, M.E. (2008). *On Competition*. USA: Harvard Business School Publishing Corporation.
- Prüss A, Giroult E. and Rushbrook P. (1999). *Definitions and characterization of health-care waste*. Safe Management of Wastes from Healthcare Activities. World Health Organization. Geneva, 1999, 2-19
- Pugh, D.S., Hickson, D.J., Hinnigs, C.R. and Turner, C. (1968). Dimension of organization structure. *Administrative Science Quarterly*, (13), 65-105.

- Purvee, A. ve Enkhtuvshin, D. (2014), Transformational Leadership and Managers' Ambidexterity: Mediating Role of Environmental Dynamism, *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 5(6), 434-437.
- Raisch, S. and Birkinshaw, J. (2008). Organizational Ambidexterity: Antecedents, Outcomes and Moderators, *Journal of Management*, 34(3), 375-409.
- Raisch, S., Birkinshaw, J., Probst, G. and Tushman, M. L. (2009). Organizational Ambidexterity: Balancing Exploitation And Exploration for Sustained Performance. *Organization Science*, 20(4), 685–695.
- Reynolds, D. and Leeman, D. (2007). Does Combining Health Care Hospitality Services Increase Efficiency?, *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 31(2), 182- 193.
- Rodriguez, R.P. and Hechanova, R.M. (2014). A Study of Culture Dimensions, Organizational Ambidexterity And Perceived Innovation in Teams, *Journal of Technology Management & Innovation*, 9(3), 21-33.
- Rosenthal, E. (21 Eylül 2013). *Is this a hospital or a hotel?* The New York Times.
- Rosing, K. Frese, M. and Bausch, A. (2011). Explaining the heterogeneity of the leadership-innovation relationship: Ambidextrous leadership. *The Leadership Quarterly*, 22, 956–974.
- Sağlık Bakanlığı (2004). Sağlık bakanlığımıza tahsisli taşınmazlardaki büfe, kantin, çay ocağı gibi yerlerin kiraya verilmesi ve otoparkların kullanımı hakkında genelge, 933(1672), Genelge 2004/32. 08.03.2004.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. (2012). Tıbbi Hizmetler Sunum Rehberi. Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. (2014). Hizmet Sunum Rehberi. Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanlığı. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/82d3f45d0cd847979aa4fc9715bfd7c7.pdf>. (Erişim Tarihi: 18.01.2015)
- Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname. (2011). Resmi Gazete, 28103, 2 Kasım 2011.
- Sağlık Bakanlığı, TKHK. Genel Sağlık İstatistikleri. <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/> (Erişim Tarihi: 10.08.2016)
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlık turizmi ve turist sağlığı uygulama rehberi. Ankara.

- Sağlık Bakanlığı. (2012). Stratejik plan 2013-2017, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/stratejikplanturk.pdf>, (Erişim Tarihi: 27.03.2015).
- Sağlık Bakanlığı. (2013). Kırşehir ili kamu hastaneleri birliği 2013 yılı faaliyet raporu, <http://kirsehirkhb.gov.tr/files/sayfalar/faaliyet.pdf>. (Erişim Tarihi: 17.04.2015).
- Sağlık Bakanlığı. (2013). Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlara (URK) İlişkin Yeni Düzenleme, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/07_aralik_2011/0912kalite.pdf (Erişim Tarihi: 20.04.2015).
- Sağlık Bakanlığı. (2014). Birlikte Sağlık. İstanbul: İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneler Birliği
- Sağlık Bakanlığı. (2015). Sağlıkta kalite standartları hastane (5. versiyon). Ankara: Pozitif Matbaa.
- Sağlık Bakanlığı. (2016). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/78f93729dae44760b2394b84576fef91.pdf>, (Erişim Tarihi: 30.04.2016).
- Sakıcı, Ç., Çelik, S. ve Kapucu, Ö. (2013). Kastamonu'daki Hastane Bahçelerinin Peyzaj Tasarımlarının Değerlendirilmesi, *SDÜ Orman Fakültesi Dergisi*, 14(1), 64-73.
- Salehi, F. and Yaghtin, A. (2014). Enterprise Factors As Ambidexterity Antecedents: Contingency Model For Ambidextrous Organizations, *Journal of Global Strategic Management*, 2014 December (16), 46-58.
- Saygun, M. (2012). Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları. *TAF Prev Med Bull*, 11(4), 373-382.
- Sayın, Ç. (2008). *Yönetici Hemşirelerde Algılanan Liderlik Tarzlarının Hemşirelerin Örgütsel Bağlılıkları Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- Schein, E.H. (2010). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schindler, A. (2015). *The Role of Flexibly Switching Between Opening and Closing Leadership Behaviors for Team Innovative Outcome in The Case of Management Consultancies*. Master Thesis. Berlin: University of Twente.
- Schneider, W. (1994). *The Reengineering Alternative: A Plan for Making Your Current Culture Work*. Burr Ridge, IL: Irwin Professional Publishing.

- Seçim, H. (1994). *Hastanelerde Halkla İlişkiler*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Seçim, H. (1997). *Hastane Yönetim ve Organizasyonu*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Selim, C. (2011). *Otopark Alanlarının Planlama Ve Tasarım İlkeleri: Ege Üniversitesi Yerleşkesi Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi.
- Severt, D., Aiello, T., Elswick, S. and Cyr, C. (2008). Hospitality in Hospitals?, *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 20(6), 664-678.
- Sevin, H.D. (1998). *Hastanelerde Otelcilik Hizmetleri, Maliyeti ve Kontrolü: Ankara İli Uygulama Örnekleri*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Seymen, O.A. ve Bolat, T. (2013). Otel Yönetiminde Örgütlenme. M. Akoğlan Kozak (Ed.). *Otel Yönetimi* içinde. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Sezer, B. (2016). *Örgütsel Ustalığın Performans Üzerindeki Etkisi: Bir Alan Çalışması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi.
- Sezgin, B. (2007). *Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı Ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Sheehan-Smith, L. (2006). Key Facilitators and Best Practices of Hotel-Style Room Service in Hospitals. *American Dietetic Association*, 106(4), 581-586.
- Sheremata, W. A. (2000). Centrifugaland Centripetal Forces in Radical New Product Development Under Time Pressure. *Academy of Management Review*, 25(2), 389-408.
- Smith, E. and Umans, T. (2015). Organizational Ambidexterity at the Local Government Level: The Effects of Managerial Focus, *Public Management Review*, 17(6), 812-833.
- Smith, W.K. and Tushman, M.L. (2005). Managing Strategic Contradictions: A Top Management Model for Managing Innovation Streams, *Organization Science*, 16(5), 522-536.
- Song P. (2010). Biotech Pilgrims and the Transnational Quest for Stem Cell Cures, *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 29 (4), 384-402.

- Soylu, Y. ve İleri, H. (2010). Hastanelerde Stratejik Yönetim Uygulamaları S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Örneği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 13(2), 79-96.
- Sökmen, A. (2014). *Yönetim ve Organizasyon*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Söyler, S. ve Zekioğlu, A.K. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı: Bir Alan Araştırması, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 11-20.
- Stanga, Z., Zurflüh, Y., Roselli, M., Sterchi, B., Tanner, B. and Knecht, G. (2003). Hospital Food: A Survey of Patients' Perceptions. *Clinical Nutrition*, 23(3), 241-246.
- Swan J. E., Richardson L. D. and Hutton J. D. (2003). Do Appealing Hospital Rooms Increase Patient Evaluations Of Physicians, Nurses, And Hospital Services?, *Health Care Management Review*, 28, 254-264.
- Swayne, L. E., Duncan, W. J., ve Ginter, P. M. (2008). *Strategic Management of Health Care Organizations*, United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Şanal, M. (2013). *Çift Yetenekliliğin Pazar Oryantasyonu ve Firma Performansı İle İlişkileri*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Kocaeli: Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü.
- Şantaş, F., Şantaş, G., Özer, Ö. ve Şahin, D.S. (2017). Sağlık Çalışanlarının Güvenlik İklimi Algılarının Belirlenmesine İlişkin Bir Kamu Hastanesinde Araştırma, *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 30, 297-307.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Şimşek, A. (2012). Evren ve Örneklem. A. Şimşek (Ed). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Şimşek, Ş. (2010). *Yönetim ve Organizasyon*. Konya: Eğitim Akademileri Yayınları.
- Şimşek, Z. (2009). Organizational Ambidexterity: Towards A Multilevel Understanding. *Journal of Management Studies*, 46(4), 597-624.
- Şimşek, Z., Heavey, C., Veiga, J.F. and Souder, D. (2009). A Typology for Aligning Organizational Ambidexterity's Conceptualizations, Antecedents And Outcomes. *Journal of Management Studies*, 46(5), 864-894.
- Tahralı, İ. (2014). *Relationships Among Generic Strategies Innovation Efforts, Ambidexterity and Firm Performance*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gebze: Gebze Teknik Üniversitesi.

- Tan, M. and Liu, Z. (2014). Paths To Success: An Ambidexterity Perspective On How Responsive And Proactive Market Orientations Affect Smes' Business Performance. *Journal of Strategic Marketing*, 22(5), 420-441.
- Tang, T. (2014). Becoming an Ambidextrous Hotel: The Role of Customer Orientation, *International Journal of Hospitality Management*, 39, 1-10.
- Taşlıyan, M. ve Gök, S. (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 69-94.
- Tatar M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'deki Gelişimi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 103-130.
- TDK (1998), *Türkçe Sözlük*, Ankara: TDK Yayınları.
- Tekin, Y. ve Durna, U. (2012). Otel İşletmelerinde Yenilik Yönetimi Uygulamaları Alanya'da Beş ve Dört Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Araştırma, *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 4(3), 93-110.
- Tengilimoğlu, D. (2012). Hastane Yönetimi ve Organizasyonu. M. Tatar (Ed.). *Sağlık Kurumları Yönetimi-I* içinde (46-76). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Tengilimoğlu, D. (2013). Hastane Destek Hizmetleri Yönetimi. Y. Çelik (Ed.). *Sağlık Kurumları Yönetimi-II* içinde (88-116). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Tengilimoğlu, D. (2016). *Hastane Destek Hizmetleri*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Tengilimoğlu, D. ve Köksal, A. (2013). *Tıp Sekreterliği*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. ve Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Nobel Yayıncılık: Ankara.
- Tengilimoğlu, T ve Kılıç, M. (2004). Hastanelerde Halkla İlişkiler: Sağlık Bakanlığı, Üniversite, SSK ve Özel Hastane Yöneticilerinin Halkla İlişkiler Uygulamalarına Yönelik Ampirik Bir Araştırma, *Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 22(2), 175-200.
- Thomas, F. (2010). Transnational Health And Treatment Networks: Meaning, Value And Place in Health Seeking Amongst Southern African Migrants in London. *Health and Place* 16, 606-612.

- Topu, F.B., Baydaş, Ö., Budak, Z.T. ve Göktaş, Y. (2013). Common Reliability and Validity Strategies In Instructional Technology Research, *Çukurova University Faculty of Education Journal*, 42(1), 110-126.
- Tuna, M. (2018). *Turizm Sosyolojisi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Tunç, A. ve Sevin, H.D. (2000). Hastane İşletmelerinde Kaliteli Konaklama Hizmetlerinin Sürdürülmesinde Kat Hizmetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(2), 99-114.
- Tunç, A.Ö. (2015). *Üst Yönetim Takımının Davranışsal Bütünlüğü, Örgütsel Çiftyönlülük ve Örgüt Performansı: Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Turizm Tesislerinin Belgelendirilmesine ve Niteliklerine İlişkin Yönetmelik. (2005). Resmi Gazete, 25852, 21.06.2005.
- Tushman, M.L. and O'Reilly, C.A. (1996). Ambidextrous Organizations: Managing Evolutionary And Revolutionary Change. *California Management Review*, 38(4), 8-30.
- Tutar, H., Fettahloğlu, Ö.O. ve Sayın, Z.F. (2017). Bilgi Yönetiminin Örgütsel Ustalık Üzerinde Etkisi Olur Mu?, *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 4(3), 152-164.
- Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği. (2014). Sağlık turizmi raporu. <http://www.tursab.org.tr/tr/turizm-verileri/sektorel-raporlar>. (Erişim Tarihi: 20.08.2015).
- Tüzüner, V.L. ve Özaslan, B.Ö. (2011). Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 40(2), 138-154.
- Uçak, N. (2004). Değişen Bilgi Ortamının Danışma Hizmetine Etkisi, *Türk Kütüphaneciliği*, 18(4), 407-417.
- Uğurluoğlu, Ö. (2013). Sağlık Kurumlarında Dış Çevre Analizi, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 155-177.
- Ural, A., Kılıç, İ. (2013). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Uyguç, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım*. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

- Ülgen, H. ve Mirze, S.K. (2010). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*. İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Üzümcü, T.P. (2011). *Temizlik Teknolojisi Kavram ve Uygulamalar*. M. Akoğlan Kozak (Ed.) Ankara: Detay Yayıncılık.
- Voigt C., Laing J., Wray M., Brown G., Howat G., Weiler B. ve Trembath R. (2011). *Health Tourism In Australia: Supply, Demand And Opportunities*, CRC For Sustainable Tourism Pty, Ltd. Gold Coast, Queensland.
- Wang, C.L. and Rafiq, M. (2012). Ambidextrous Organizational Culture, Contextual Ambidexterity and New Product Innovation: A Comparative Study of U.K. and Chinese High-Tech Firms, *British Journal of Management*, 25, 1-16.
- Wang, C.L. and Rafiq, M. (2009). Organizational Diversity and Shared Vision: Resolving The Paradox of Exploratory and Exploitative Learning. *European Journal of Innovation Management*, 12(1), 86-101.
- Wheelen, T. L. ve Hunger, J. D. (2008). *Strategic Management Business Policy*, New Jersey: Pearson International.
- World Health Organization [WHO]. <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>. (Erişim Tarihi: 15.03.2015).
- Wouters, M. and Wilderom, C. (2008). Developing Performance-Measurement Systems as Enabling Formalization: A Longitudinal Field Study of a Logistics Department, *Accounting, Organizations and Society*, 33(5), 488-516.
- Yanık, A. ve Yılmaz, E. (2011). Dışardan Yemek Hizmeti Alınan Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Personelin Yemek Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, Aralık 2011, 126-139.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği [YTKİY]. (2013). Resmi Gazete, 17927, 13.01.1983.
- Yerebakan, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayını.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2006). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, E. (2017). *The Relationship of Organizational Ambidexterity With Whistleblowing Act and Employees' Intention to Leave*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: Yeditepe University.

- Yoon, E. and Shanklin, C.W. (2007). Food Security Practice in Kansas Schools and Health Care Facilities. *Journal of American Dietetic Association*, 107(2), 325-329.
- Yu, R., He, J. and Liu, Z. (2014). The Co-evolution of Organizational Culture Transformation and Ambidextrous Capability: A Strategic Orientation Perspective, *Journal of Advanced Management Science*, 2(2), 102-105.
- Yurdakul, N. B., Coşkun, G. ve Öksüz, B. (2007). Hastanelerde Halkla İlişkiler-İzmir İli Özel Hastaneler Örnekleminde Halkla İlişkiler Birimlerinin Yapı-İşlev ve Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2(1), 31-46.
- Zacher, H. and Rosing, K. (2015). Ambidextrous Leadership and Team Innovation, *Leadership ve Organization Development Journal*, 36(1), 54-68.
- Zacher, H. and Wilden, R.G. (2014). A Daily Diary Study on Ambidextrous Leadership and Self-Reported Employee Innovation, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87(4), 813-820.
- Zacher, H., Robinson, A. J. and Rosing, K. (2014). Ambidextrous Leadership and Employees' Self-Reported Innovative Performance: The Role Of Exploration and Exploitation Behaviors. *The Journal of Creative Behavior*. 50(1), 24-46.
- Zaim, H. ve Tarım, M. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 59, 1-24.
- Zygourakis C.C., Rolston J.D., Treadway J., Chang S. and Kliot M. (2014). What Do Hotels and Hospitals Have in Common? How We Can Learn From the Hotel Take Better Care of Patients. *Surg Neurol Int*, 5(2), 49-53.

EKLER

EK-1: I. Tur Uzman Değerlendirme Formu

Ölçekler	İfadeler	Gerekli	Gereksiz	Açıklama
Örgütsel Uсталık	<i>Çalıştığım tesiste,</i> 1. Alışılmışın (rutin) dışında yeni fikirlere başvurulur.			
	2. Müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamak için yeni yollar aranır.			
	3. Rekabetçi yeni pazarlara girmek göze alınır.			
	4. Yenilikçi hizmetler yaratılır.			
	5. Başarı için yeni teknoloji ve projelere önem verilir.			
	6. Yeni müşteri grupları hedef alınır.			
	1. Hizmetlerin güvenilirliği sürekli olarak geliştirilir.			
	2. Operasyonlardaki otomasyon seviyesi ihtiyaca bağlı olarak yükseltilir.			
	3. Mevcut müşterilerin memnuniyetini sürdürmek için hizmetlerde küçük değişiklikler ya da eklemeler yapılır.			
	4. Kaliteyi yükselterek maliyetlerin düşürülmesi hedeflenir.			
	5. Mevcut müşteri pazarına derinlemesine nüfuz etmeye çalışılır.			
	6. Müşteri memnuniyeti düzenli olarak değerlendirilir.			
Örgüt Yapısı	1. Yönetici bir kararı onaylayana kadar yapılan küçük eylemler olabilir.			
	2. Çalışanlar kendi işleriyle ilgili kararlar alabilir.			
	3. Küçük konuların bile, nihai karar için daha yüksek pozisyondaki birine sevk edilmesi gerekir.			
	4. Çalışanların neredeyse her şeyi, yapmadan önce yöneticilerine sormaları gerekir.			
	5. Çalışanlar takım halinde çalışmaya teşvik edilir.			
	6. Her durum için uygulanabilir yazılı prosedürler vardır.			
	7. Kural ve prosedürlere odaklanma vardır.			
	8. Çalışan herkesin performansının yazılı kayıtları tutulur.			
	9. Çalışanlar kural ihlalleriyle alakalı neredeyse hiç kontrol edilmezler.			
	10. Tüm düzeylerdeki pozisyonlar için iş tanımları yazılı olarak kesin ifade edilmiştir.			
	11. İşlevler/görevler kalifiye elemanlar tarafından gerçekleştirilir.			
	12. Her işlev/görev için standartlaştırılmış eğitim prosedürleri vardır.			
	13. Çalışanları güçlendirme çalışmaları yapılır.			
	14. Çoğu çalışanın kendine özgü fonksiyonel beceri gerektiren işleri vardır.			

	15. Çalışanlar farklı işlevler/görevler yerine getirebilirler.			
Örgüt Kültürü	1. Yazılı olmayan kurallara uyulmadığında yaptırımlar uygulanır.			
	2. Çalışanların davranışları üzerinde kontrol mekanizmaları vardır.			
	3. Hikayeler, inançlar, sloganlar vb. içeren belirli bir kültür yapısı vardır.			
	4. Her türlü iş/görev/işlev için önceden belirlenmiş davranış kalıpları vardır.			
	5. “Önce insan” felsefesi benimsenmiştir.			
	6. Yeni çalışanlar kendi kültürlerini oluşturabilirler.			
	7. Her departman kendi bildiği şekilde çalışabilir.			
Liderlik	1. İşlevlerin/görevlerin tamamlanması konusunda farklı yollar aranır.			
	2. Farklı fikirlerin denenmesini desteklerim.			
	3. Çalışanlar risk almaya cesaretlendirilir.			
	4. Bağımsız düşünme desteklenir.			
	5. Yapılan hatalara karşı tolerans gösterilir.			
	6. Performans hedeflerine ulaşım ulaşılmadığı sürekli izlenir.			
	7. Belirlenmiş kurallara (rutinlere) bağlı hareket edilir.			
	8. Her zaman işlevi/görevi/işlevleri başarmaya odaklanılır.			

Ölçek Boyutları	İfadeler	Gerekli	Gereksiz	Açıklama
Sağlık Otelciliğinde Konaklama Hizmetleri	1. Girişte karşılama hizmetleri verilir.			
	2. Veri giriş/çıkış işlemleri hızlı ve hatasız yapılır.			
	3. Hasta odaları aydınlatma, dekorasyon, havalandırma vb. bakımından bir otel konforuna sahiptir.			
	4. Hasta odalarının temizliği ve düzeni hijyen kurallarına uygun yapılır.			
	5. Hasta odalarındaki eşyalar ve odanın teknik donanımı ihtiyacı karşılayacak düzeydedir.			
	6. Oda servisi hizmetleri hasta istekleri doğrultusunda sorunsuz olarak sunulur.			
Sağlık Otelciliğinde Yiyecek İçecek Hizmetleri	1. Yiyecek ve içeceklerin besin değerlerine dikkat edilir.			
	2. Servis hizmetleri hızlı bir şekilde sunulur.			
	3. Sunulan servis hizmetlerinin kaliteli olmasına özen gösterilir.			
	4. Menülerde diyet yiyecek ve içeceklere yer verilir.			
	5. Kullanılan araç-gereçler hijyen kurallarına uygundur.			
	6. Diyetisyenler bulundurulur.			
Sağlık Otelciliğinde Güvenlik Hizmetleri	1. Hastaların kişisel bilgileri ve mahremiyeti korunur.			
	2. Giriş/çıkış noktalarında denetimler yapılır.			
	3. Atık yönetimi ekibi ve atık yönetim prosedürü bulundurulur.			
	4. Giriş-çıkış ve koridorlarda 24 saat güvenlik kameraları aktif olarak kayıttadır.			
	5. Enfeksiyonların kontrolü sağlanır ve çapraz bulaşmalar önlenir.			
	6. Engelliler için gerekli düzenlemeler mevcuttur.			
Sağlık Otelciliğinde Personel Hizmetleri	1. Çalışan memnuniyeti düzenli olarak değerlendirilir.			
	2. Çalışanların müşteri/hasta iletişimi önemlidir.			
	3. Hizmet içi eğitimlerle çalışanların tesise adaptasyonu sağlanır.			
	4. Çalışanlar tarafından kişisel bakım ve temizliğe dikkat edilir.			
	5. Çalışanlar tarafından her konuda ilgili, nezaketli ve güler yüzlü davranışlar sergilenir.			
	6. Yabancı hastalarla iletişimi sağlayacak tercümanlar mevcuttur.			
Sağlık Otelciliğinde Diğer Konular	1. Modern cihaz ve ekipmanlar kullanılır.			
	2. Tesise ücretsiz ulaşım hizmeti sunulur.			
	3. Tesis içi ulaşım rahatlığı (yönlendirmeler, levhalar vb.) mevcuttur.			
	4. Santral hizmetlerinde iç ve dış alanlarda sesli iletişim (anons) sağlanır.			
	5. Çeşitli dillerde tesisi tanıtan broşürler mevcuttur.			
Sağlık Otelciliğinde Destek Hizmetler	1. Kafeterya, kantin ve büfe hizmeti verilir.			
	2. Terzilik hizmeti verilir.			
	3. Berber/kuaför hizmeti verilir.			
	4. Otopark hizmeti vardır.			
	5. Hediyelik eşya hizmeti verilir.			
	6. Çamaşırhane hizmeti verilir.			
	7. Uzmanlar denetiminde fitness merkezi mevcuttur.			
	8. 24 saat hizmet veren revir mevcuttur.			

EK-2: II. Tur Uzman Değerlendirme Formu

	Gerekli	Gereksiz	Açıklama
Personel Hizmetleri			
1. Personele ait özlük dosyalarının tutulması			
2. Personel maaşlarının ödenmesi			
3. Yüklenici firma mesai saatleri, hafta sonu ve özel tatil günlerinde sağlık tesisi idaresinin belirlediği sayıda ve istenilen kriterlerde eleman çalıştırılması			
4. Mevzuata uygun kılık kıyafet temini ve düzenli kullanımı			
5. Kimlik kartlarının takılı olup olmadığının kontrolü			
6. Hizmet sunumundaki yükümlülüklerin yerine getirilmesi			
7. İdare tarafından tespit edilerek firmaya sözlü ve yazılı olarak iletilen eksikliklerin giderilmesi			
8. Sağlık tesisine ait demirbaş ve diğer malzemeleri koruma yükümlülüğünü yerine getirmesi			
9. Oryantasyon ile gerekli diğer eğitimlerin tüm personele verilmesi			
10. Personelin iş kanunu, iş sağlığı ve iş güvenliği ve diğer mevzuatlara uygun çalıştırılması			
11. Personelin sağlık tesisinde uygulanan prosedür, yönetmelik, yönerge ve diğer kurallara uygun çalıştırılması			
12. Çalıştırılan personelin mesai takiplerinin yapılarak vardiya ve nöbet çizelgelerinin idareye rutin olarak teslim edilmesi			
13. Hizmeti yürütürken sağlık tesisinin gizlilik, mahremiyet ve diğer politikalarına riayet edilmesi			
14. Hak ediş evraklarının idareye zamanında, doğru ve eksiksiz teslim edilmesi			
15. İdare tarafından düzenlenen eğitimlere personelin katılımının sağlanması			
16. Personelin işe alımlarında ve işten çıkarılmalarında mevzuata uygun hareket edilmesi, idareye gerekli bilginin verilmesi			
17. Personelin yıllık izin, fazla mesai izni ve sağlık raporlarını idareye bildirilmesi ve şartnameye uygun hareket edilmesi			
18. Firma ile kolay iletişimin sağlanması ve iletişim bilgilerindeki değişimler idareye bildirilmesi			
19. Sivil savunma bünyesinde planlanan ve gerçekleştirilen tatbikatlara katılım sağlanması			
20. İş süreçlerinin takibi, denetimi ve raporlanması süreçlerinin işlenmesi			
21. İş süreçlerinde tespit edilen aksaklıklar idareye bildirilmesi			
22. Yeni doğum yapmış bayan personelin mevzuatla belirlenmiş haklarına riayet edilmesi			
23. Firma personelinin şikayet ve önerileri dikkate alıp değerlendirilmesi			
24. Personelin performansını artırmaya yönelik çalışmaların yapılması			
25. Firma personel ile düzenli olarak görüşme ve toplantıların yapılması, toplantı tutanaklarının yönetime iletilmesi			
26. Yükleniciye ait idari alanların temizliğinin yapılması			
27. Firma personelinin yasal ve özlük hakları konusunda bilgilendirilmesi			
28. Çalışanların hizmet kalitesinin düzenli ziyaretlerle kontrol edilmesi			
Güvenlik Hizmetleri			
29. Teknik şartnamede belirlenen güvenlik personeli teçhizat ve ekipman temini ve düzenli kullanımının sağlanması			

30. Renkli kodlarda firmaya teslim edilen teçhizatın takibi ve raporlanması			
31. Çağrılara yeterli sayıda personelin zamanında ulaşmasının sağlanması			
32. Bina, hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirlerin tam olarak alınması			
33. Sağlık tesisinde enerji verimliliğine yönelik kurallara riayet edilmesi			
34. Korucu ve önleyici güvenlik sistemlerinin hazırlanması için gerekli planların yapılması			
Yemek Hizmetleri			
35. Birim bazlı günlük, haftalık ve aylık temizlik planları hazırlanıp uygulanması			
36. Hazırlanan temizlik planları, ilgili personele tebliğ edilmesi			
37. Temizlik planlarında belirtilen iş ve işlemlerin nasıl yapılacağına dair personele düzenli eğitim verilmesi			
38. Formların (checklist) firma sorumlusu tarafından kontrol edilerek onaylanması			
39. Formların (checklist) firma sorumlusu tarafından uygun şekilde raporlanarak Sağlık Tesisi yönetimine sunulması			
40. Firma oluşturulan raporlar ve kurumun ihtiyaçları doğrultusunda personel planlamasının yapılması			
41. Hizmetin sürekliliği esasına göre yemek hizmetinin sağlanması			
42. Mutfak temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması			
43. Yemekhane temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması			
44. Kat ofislerinin temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması			
45. Ortak kullanım alanlarının temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması			
46. Yemek hizmetlerinde kullanılan WC lerin temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması			
47. Atık prosedürünün uygulanması			
48. Yemeklerin hasta ve çalışanlara sıcak sunulması			
49. Yemek hizmeti belirlenen süre içerisinde tamamlanması			
50. Depoların personel ve malzeme güvenliği sağlanması			
Temizlik Hizmetleri			
51. Firma temizlik hizmetinin yürütülmesi için gerekli ve şartnamede tanımlanan iş makineleri ve temizlik makineleri ekipmanlarını (ekipman, kimyasallar ve diğer temizlik malzemeleri) eksiksiz ve çalışır vaziyette sağlık tesisinde bulundurması			
52. Şartnamede belirtilen miktar ve kalitede temizlik ve malzemesinin belirlenen zaman aralığında tesliminin sağlanması			
53. Birim bazlı günlük, haftalık ve aylık temizlik planları hazırlanması			
54. Hazırlanan temizlik planları, ilgili personele tebliğ edilmesi			
55. Temizlik planlarında belirtilen iş ve işlemlerin nasıl yapılacağına dair personele düzenli eğitim verilmesi			
56. Firma personele temizlik esnasında kullanılan kimyasallarla ilgili eğitim verilmesi			
57. Temizlik planlarının uygulanmasını kontrol amaçlı formlar(checklist) oluşturulması			
58. Formlar (checklist) firma sorumlusu tarafından kontrol edilerek onaylanması			
59. Formlar (checklist) firma sorumlusu tarafından uygun şekilde raporlanarak Sağlık Tesisi yönetimine sunulması			
60. Hizmetin sürekliliği esasına göre temizlik hizmetinin sağlanması			
61. Dış mekan temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması			

62. Dış cephe temizliği yeterli ve düzenli olarak yapılması			
63. Hasta odalarının temizliği yeterli ve düzenli olarak yapılması			
64. Ortak kullanım alanlarının temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması			
65. WC lerin temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması			
66. Atık prosedürünün uygulanması			
67. Delici ve kesici alet yaralanmalarında yapılacakların bilinmesi			
Veri Giriş Hizmetleri			
68. Veri girişleri tam ve doğru yapılması			
69. Veri giriş hizmetinin aksamasını engelleyecek önlemler alınması			
70. Çalışanların hizmet kalitesi düzenli ziyaretlerle kontrol edilmesi			
Çamaşırvane Hizmetleri			
71. Firma temizlik hizmetinin yürütülmesi için gerekli ve şartnamede tanımlanan iş makineleri ve temizlik ekipmanlarını eksiksiz ve çalışır vaziyette sağlık tesisinde bulundurması			
72. Kullanılan kimyasallara ait bilgi ve talimatların mevcut olması			
73. Personelin kullanılan kimyasallar ve kullanım talimatları ile ilgili eğitim alması			
74. Personel çamaşır prosedürleri ile ilgili eğilmesi			
75. Personel kişisel koruyucu ekipman, uygun kıyafet ve teçhizat kullanılması			
76. Çamaşırvane ve makineler günlük olarak temizlenmesi			
77. Çamaşır ayırma, yıkama, kurutma, ütüleme alanlarının doğru kullanılması			
78. Atık ayrıştırmasının yapılması			
79. Oluşturulmuş ve asılmış temizlik planına uyulması			
80. Cihaz ve malzemelerin talimatlara uygun kullanılması			
81. Sağlık tesisi tekstillerinin çamaşırvaneye teslim alma ve teslim etme kayıtlarının doğru tutulması			
82. Gelen tekstillerin yıkama talimatlarına uygun yıkanması			
83. Çamaşırların servis görevlilerine hasarlı olanları ayrıştırılmış, ütülü ve katlanmış bir şekilde teslim edilmesi			
84. Cihaz bakımlarının yapıldığına dair kayıtların tutulması			
85. Delici ve kesici alet yaralanmalarında yapılacakların bilinmesi			
86. Enfekte çamaşırların servislere göre ayrılarak temizlenmesi			
87. Personle oryantasyon eğitimleri ve şartnamede belirtilen zorunlu eğitimlerin verilmesi, eğitim kayıtlarının düzenli olarak tutulması			
88. Bölüm aylık çalışma listeleri hazırlanması, yönetime onaylatılarak çalışanlara bildirilmesi			
89. Personelin düzenli olarak çalışma alanında ziyaret edilmesi			
90. Alan ve iş kontrol formları düzenli olarak tutulması ve yönetime sunulması			
91. Çamaşır hizmetinin aksamasını engelleyecek önlemlerin alınması			
Hasta/Numune Taşıma Hizmetleri			
92. Personelin birimlerine özgü alması gereken eğitimlerin verilmesi			

93. Personelin kullanacağı ekipmanların (sedye, koruyucu çantası) temiz, düzenli ve yeterli sayıda hizmet verilen alanda bulundurulması			
94. Personelin kullanacağı ekipmanların temizliği, bakım takibi ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılması			
95. Sağlık tesisi içinde numune taşıma için belirlenmiş saat uygulamasının olması ve belirlenen kurallara riayet edilmesi			
96. Numune taşıma da teslim alma/teslim verme esnasında kayıt tutulması			
Atık Yönetimi Hizmetleri			
97. Sağlık tesisindeki atıklar ile ilgili yönetmeliklere ve hizmet sunum rehberine uygun gerekli düzenlemelere riayet edilmesi			
98. Tıbbî atık personeli ayrımının yapılması			
99. Tıbbî atık personelinin kıyafet, ekipman temini ve çalışan tarafından etkin kullanımının sağlanması			
100. Personelin birimlerine özgü alması gereken eğitimler düzenli olarak verilmesi			
101. Tıbbî atık personeline duş alma, el yıkama imkanı için uygun ortamın sağlanması			
102. Tıbbî atık miktarları ile ilgili düzenli olarak kayıt tutulup yönetime bilgilendirme yapılması			
103. Ambalaj atıkları ile ilgili firma işbirliği sağlanması			
104. Evsel ve tıbbî atıklar ile ilgili belediye ile işbirliği yapılarak bertarafı sağlanması			
Bahçe/Otopark Hizmetleri			
105. Bahçe/otopark hizmetlerinde rehberine uygun olarak hizmet sunumu sağlanıp, düzenli aralıklarla kontrollerinin yapılması			
106. Bahçe/otopark ile ilgili sorun ve aksaklıkların tespiti, giderilmesi ve takibi zamanında sağlanması			
107. Alanların varlığı ve yeterliliği göz önünde bulundurularak engelli, hasta ve personel için ayrı ayrı otopark düzenlemesi			
108. Bahçe/otopark alanı içerisinde yeterli aydınlatma ve yönlendirme yapılması			
109. Bahçe/otopark alanı içerisinde trafik, yaya güvenliği ve araç yönlendirme için gerekli düzenlemeler sağlanması			
110. Bahçe/otopark alanı içerisinde ihtiyaç halinde karşılama, yönlendirme, danışma personeli ile organize hareket edilerek sorunların giderilmesi			
Terzilik Hizmetleri			
111. Sağlık tesisine ait tekstil ürünlerinin yırtık ve söküklükleri zamanında tamir ve tadilatları yapıp ilgili birimlere teslimi yapılması			
112. Sağlık tesisinin ihtiyacına yönelik tekstil ürünleri uygun şekilde ve zamanında dikilerek ilgili birimlere teslim edilmesi			
113. Terzihane işlemleri görecektüm ürünlerin teslim alıp/teslim verme işlemleri kayıt altına alınması			
114. Personelin birimlerine özgü alması gereken eğitimler (iş sağlığı ve güvenliği vs.) düzenli olarak verilmesi			
Karşılama/Yönlendirme Hizmetleri			
115. Bölüm aylık çalışma listeleri hazırlanıyor, yönetime onaylatılarak çalışanlara bildirilmesi			
116. Personel düzenli olarak çalışma alanında ziyaret edilerek, bilgilendirme durumu ve hizmet kalitesi (Güleryüz, nezaket vs.) değerlendirilmesi			
117. Personelin birimlerine özgü alması gereken eğitimlerin verilmesi			

118. Personelin kullanacağı ekipmanlar (sedye, tekerlekli sandalye vs.) temiz düzenli ve yeterli sayıda hizmet verilen alanda bulundurulması			
119. Sağlık tesisinin belirlemiş olduğu sağlık tesisi ve ziyaret kurallarını riayet edilmesi			
120. Bankaların yükseklikleri sağlık bakanlığının yeni düzenlemesine uygun olması			
121. Danışmada sağlık tesisine ait broşür, yatan hasta bilgisi ve doktor çalışma planlarının uygulanması			
122. İhtiyacı olan engelli, kimsesiz ve yaşlı olan vatandaşlara sağlık tesisi içindeki iş ve işlemlerinde ihtiyaç halinde eşlik edilmesi			
123. Danışma, karşılama, yönlendirme hizmetlerinde görevli yeterli sayıda işaret dili kullanabilen personel bulunması			
Din Hizmetleri			
124. Morga kabul edilmiş mevtaların belirli bir süre için uygun koşullarda muhafazası sağlanması			
125. Morga gelen mevtaların tüm kayıt işlemleri (kabul, defin, teslim vs.) tam ve zamanında yapılması			
126. Bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin defin işlemleri umumi hıfzısıha kanununa uygun ve enfeksiyon kontrol komitesi ile koordineli olarak gerçekleştirilmesi			
127. Morg dolaplarının ısı ve temizlik takipleri düzenli yapılarak kayıt altına alınması			
128. Adli vakalarda resmi prosedürler zamanında ve eksiksiz yürütülmesi			
129. Sağlık tesisinde vakit ve Cuma namazları kılınması			
130. Mescit, abdest alma yeri, morg ve çevresinin temizlik takipleri düzenli yapılarak kayıt altına alınması			
131. Gerekli durumlarda kadın gassal temin edilmesi			
132. Agoni durumunda olan veya cenaze sahiplerine gerekli durumlarda manevi destek verilmesi			
133. Bildirim yapılması gereken durumlarda yer ve kurumlara zamanında manevi destek verilmesi			
134. Sağlık tesisinde bebek cenazelerine yönelik olarak içinde cenazeyi sabitleyecek bir düzeneğin bulunduğu bebek taşıyıcısı tam ve yeterli sayıda bulunması			
135. Morg çıkışı sağlık tesisinin ana giriş ve çıkışlarından ayrı olması			
136. Çalışır durumda ve yeterli sayıda ölü muhafaza dolabının olması			
137. Arşiv işlemleri eksiksiz yapılması			
138. Çalışanların kişisel koruyucu ekipmanlarının olup olmaması			
139. Çalışanların gerekli durumlarda koruyucu ekipman kullanması			
140. Morg bekleme alanı ve alanda yeterli sayıda koltuk bulunması			
141. Atık yönetimi prosedürünün uygulanması			
142. Personelin birimlerine özgü alması gereken eğitimler			
143. Cenaze hazırlama yerleri hizmet sunum rehberinde belirtilen standartlara uygun olması			
144. Su ısıtma tertibatının olması			
Kantin/Kafeterya Hizmetleri			
145. Mevcut kantin/kafeterya sağlık tesisi ihtiyacını karşılanması			
146. Personelin kılık kıyafet ve kişisel bakımına gösterdiği özene dikkat edilmesi			
147. Genel denetim ve kontrollerde istenen belgelerin tam ve eksiksiz olması			

148. Ambalajsız gıdaların doğru sıcaklıkta ve uygun koşullarda muhafaza edilmesi			
149. Gıdaların etiketlerinde raf ömrü bulunması			
150. Satılması ve kullanılması yasaklanmış ürünler ve alkollü içeceklerin satışının engellenmesi			
151. Satış fiyatlarının uygunluk kontrolleri düzenli olarak yapılması			
152. Sağlık tesisi içinde satılması uygun görülmeyen gıdaların kontrollerinin düzenli yapılması			
153. Kiralanan alan dışında yerleşim yasağına riayet edilmesi ve kontrollerinin yapılması			
154. Gıdaların satışına kadarki olan sürede soğuk zincir kuralına riayet edilmesi ve kontrolleri düzenli olarak yapılması			
155. İşletmeci tarafından iç mekan 10m2 alanı kapsayacak dış çevre emniyeti, hijyen ve temizlik unsurlarına dikkat edilmesi			
156. İşletmede engelli düzenlemelerinin olması			
157. İşletme sağlık tesisi yönetiminin belirlediği saat aralığında hizmet vermesi			
158. Hizmet sunum rehberinde belirtilen sağlık tesisi içerisinde seyyar satış yapılamaz kuralına riayet edilmesi			
159. İşletmede kullanılan elektrik, su, doğalgaz gibi giderlerin de süzme sayaçlar ile ölçümü yapılarak ödeme gerçekleştirme durumunun takip edilmesi			
160. Atık yönetimi prosedürünün uygulanması			

EK 3: Kapsam Geçerlilik Oranı Sonuçları

	Ng (Gerekli)	N (Uzman Sayısı)	KGO* [n _g -(N/2)]/(N/2)	Karar
Personel Hizmetleri				
1. Personele ait özlük dosyalarının tutulması	7	12	0,16	red
2. Personel maaşlarının ödenmesi	6	12	0	red
3. Yüklenici firma mesai saatleri, hafta sonu ve özel tatil günlerinde sağlık tesisi idaresinin belirlediği sayıda ve istenilen kriterlerde eleman çalıştırılması	10	12	0,66	kabul
4. Mevzuata uygun kılık kıyafet temini ve düzenli kullanımı	11	12	0,83	kabul
5. Kimlik kartlarının takılı olup olmadığının kontrolü	11	12	0,83	kabul
6. Hizmet sunumundaki yükümlülüklerin yerine getirilmesi	6	12	0	red
7. İdare tarafından tespit edilerek firmaya sözlü ve yazılı olarak iletilen eksikliklerin giderilmesi	7	12	0,16	red
8. Sağlık tesisine ait demirbaş ve diğer malzemeleri koruma yükümlülüğünü yerine getirmesi	7	12	0,16	red
9. Oryantasyon ile gerekli diğer eğitimlerin tüm personele verilmesi	11	12	0,83	kabul
10. Personelin iş kanunu, iş sağlığı ve iş güvenliği ve diğer mevzuatlara uygun çalıştırılması	12	12	1	kabul
11. Personelin sağlık tesisinde uygulanan prosedür, yönetmelik, yönerge ve diğer kurallara uygun çalıştırılması	11	12	0,83	kabul
12. Çalıştırılan personelin mesai takiplerinin yapılarak vardiya ve nöbet çizelgelerinin idareye rutin olarak teslim edilmesi	9	12	0,5	red
13. Hizmeti yürütürken sağlık tesisinin gizlilik, mahremiyet ve diğer politikalarına riayet edilmesi	11	12	0,83	kabul
14. Hak ediş evraklarının idareye zamanında, doğru ve eksiksiz teslim edilmesi	6	12	0	red
15. İdare tarafından düzenlenen eğitimlere personelin katılımının sağlanması	9	12	0,5	red
16. Personelin işe alımlarında ve işten çıkarılmalarında mevzuata uygun hareket edilmesi, idareye gerekli bilginin verilmesi	7	12	0,16	red
17. Personelin yıllık izin, fazla mesai izni ve sağlık raporlarını idareye bildirilmesi ve şartnameye uygun hareket edilmesi	6	12	0	red
18. Firma ile kolay iletişimin sağlanması ve iletişim bilgilerindeki değişimler idareye bildirilmesi	6	12	0	red
19. Sivil savunma bünyesinde planlanan ve gerçekleştirilen tatbikatlara katılım sağlanması	6	12	0	red
20. İş süreçlerinin takibi, denetimi ve raporlanması süreçlerinin işlenmesi	8	12	0,33	red
21. İş süreçlerinde tespit edilen aksaklıklar idareye bildirilmesi	6	12	0	red
22. Yeni doğum yapmış bayan personelin mevzuatla belirlenmiş haklarına riayet edilmesi	8	12	0,33	red
23. Firma personelinin şikayet ve önerileri dikkate alıp değerlendirilmesi	7	12	0,16	red
24. Personelin performansını artırmaya yönelik çalışmaların yapılması	8	12	0,33	red

25. Firma personel ile düzenli olarak görüşme ve toplantıların yapılması, toplantı tutanaklarını yönetime iletilmesi	7	12	0,16	red
26. Yükleniciye ait idari alanların temizliğinin yapılması	7	12	0,16	red
27. Firma personelinin yasal ve özlük hakları konusunda bilgilendirilmesi	5	12	0,16	red
28. Çalışanların hizmet kalitesinin düzenli ziyaretlerle kontrol edilmesi	9	12	0,5	red
	Toplam Kabul			7
Güvenlik Hizmetleri				
29. Teknik şartnamede belirlenen güvenlik personeli teçhizat ve ekipman temini ve düzenli kullanımının sağlanması	7	12	0,16	red
30. Renkli kodlarda firmaya teslim edilen teçhizatın takibi ve raporlanması	10	12	0,66	kabul
31. Çağrılara yeterli sayıda personelin zamanında ulaşmasının sağlanması	10	12	0,66	kabul
32. Bina, hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirlerin tam olarak alınması	12	12	1	kabul
33. Sağlık tesisinde enerji verimliliğine yönelik kurallara riayet edilmesi	8	12	0,33	red
34. Korucu ve önleyici güvenlik sistemlerinin hazırlanması için gerekli planların yapılması	12	12	1	kabul
	Toplam Kabul			4
Yemek Hizmetleri				
35. Birim bazlı günlük, haftalık ve aylık temizlik planları hazırlanıp uygulanması	8	12	0,33	red
36. Hazırlanan temizlik planları, ilgili personele tebliğ edilmesi	8	12	0,33	red
37. Temizlik planlarında belirtilen iş ve işlemlerin nasıl yapılacağına dair personele düzenli eğitim verilmesi	8	12	0,33	red
38. Formların (checklist) firma sorumlusu tarafından kontrol edilerek onaylanması	7	12	0,16	red
39. Formların (checklist) firma sorumlusu tarafından uygun şekilde raporlanarak Sağlık Tesisine sunulması	9	12	0,5	red
40. Firma oluşturulan raporlar ve kurumun ihtiyaçları doğrultusunda personel planlamasının yapılması	7	12	0,16	red
41. Hizmetin sürekliliği esasına göre yemek hizmetinin sağlanması	9	12	0,5	red
42. Mutfak temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması	7	12	0,16	red
43. Yemekhane temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması	7	12	0,16	red
44. Kat ofislerinin temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması	8	12	0,33	red
45. Ortak kullanım alanlarının temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması	8	12	0,33	red
46. Yemek hizmetlerinde kullanılan WC lerin temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması	8	12	0,33	red
47. Atık prosedürünün uygulanması	7	12	0,16	red
48. Yemeklerin hasta ve çalışanlara sıcak sunulması	10	12	0,66	kabul
49. Yemek hizmetinin belirlenen süre içerisinde tamamlanması	9	12	0,5	red
50. Depoların personel ve malzeme güvenliği sağlanması	8	12	0,33	red

	Toplam Kabul			1
Temizlik Hizmetleri				
51. Firma temizlik hizmetinin yürütülmesi için gerekli ve şartnamede tanımlanan iş makineleri ve temizlik makineleri ekipmanlarını (ekipman, kimyasallar ve diğer temizlik malzemeleri) eksiksiz ve çalışır vaziyette sağlık tesisinde bulundurması	9	12	0,5	red
52. Şartnamede belirtilen miktar ve kalitede temizlik ve malzemesinin belirlenen zaman aralığında tesliminin sağlanması	8	12	0,33	red
53. Birim bazlı günlük, haftalık ve aylık temizlik planlarının hazırlanması	12	12	1	kabul
54. Hazırlanan temizlik planlarının, ilgili personele tebliğ edilmesi	8	12	0,33	red
55. Temizlik planlarında belirtilen iş ve işlemlerin nasıl yapılacağına dair personele düzenli eğitim verilmesi	9	12	0,5	red
56. Firma tarafından personele temizlik esnasında kullanılan kimyasallarla ilgili eğitim verilmesi	7	12	0,16	red
57. Temizlik planlarının uygulanmasını kontrol amaçlı formlar(checklist) oluşturulması	8	12	0,33	red
58. Formların (checklist) firma sorumlusu tarafından kontrol edilerek onaylanması	6	12	0	red
59. Formların (checklist) firma sorumlusu tarafından uygun şekilde raporlanarak sağlık tesisi yönetimine sunulması	7	12	0,16	red
60. Hizmetin sürekliliği esasına göre temizlik hizmetinin sağlanması	9	12	0,5	red
61. Dış mekan temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması	11	12	0,83	kabul
62. Dış cephe temizliği yeterli ve düzenli olarak yapılması	11	12	0,83	kabul
63. Hasta odalarının temizliği yeterli ve düzenli olarak yapılması	11	12	0,83	kabul
64. Ortak kullanım alanlarının temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması	12	12	1	kabul
65. WC lerin temizliğinin yeterli ve düzenli yapılması	11	12	0,83	kabul
66. Atık prosedürünün uygulanması	8	12	0,33	red
67. Delici ve kesici alet yaralanmalarında yapılacakların bilinmesi	7	12	0,16	red
Toplam Kabul				6
Veri-Giriş Hizmetleri				
68. Veri girişleri tam ve doğru yapılması	12	12	1	kabul
69. Veri giriş hizmetinin aksamasını engelleyecek önlemler alınması	9	12	0,5	red
70. Çalışanların hizmet kalitesi düzenli ziyaretlerle kontrol edilmesi	9	12	0,5	red
Toplam Kabul				1
Çamaşırvane Hizmetleri				
71. 25	8	12	0,33	red
72. Kullanılan kimyasallara ait bilgi ve talimatların mevcut olması	11	12	0,83	kabul
73. Personelin kullanılan kimyasallar ve kullanım talimatları ile ilgili eğitim alması	9	12	0,5	red
74. Personelin çamaşır prosedürleri ile ilgili eğitilmesi	9	12	0,5	red

75. Personelin kişisel koruyucu ekipman, uygun kıyafet ve teçhizat kullanılması	8	12	0,33	red
76. Çamaşırhane ve makinaların günlük olarak temizlenmesi	9	12	0,5	red
77. Çamaşır ayırma, yıkama, kurutma, ütüleme alanlarının doğru kullanılması	10	12	0,66	kabul
78. Atık ayrıştırmasının yapılması	8	12	0,33	red
79. Oluşturulmuş ve asılmış temizlik planına uyulması	7	12	0,16	red
80. Cihaz ve malzemelerin talimatlara uygun kullanılması	8	12	0,33	red
81. Sağlık tesisi tekstillerinin çamaşırhaneye teslim alma ve teslim etme kayıtlarının doğru tutulması	11	12		
82. Gelen tekstillerin yıkama talimatlarına uygun yıkanması	10	12	0,66	kabul
83. Çamaşırlar servis görevlilerine hasarlı olanları ayrıştırılmış, ütülü ve katlanmış bir şekilde teslim edilmesi	9	12	0,5	red
84. Cihaz bakımlarının yapıldığına dair kayıtların tutulması	9	12	0,5	red
85. Delici ve kesici alet yaralanmalarında yapılacakların bilinmesi	8	12	0,33	red
86. Enfekte çamaşırların servislere göre ayrılarak temizlenmesi	10	12	0,66	kabul
87. Personele oryantasyon eğitimleri ve şartnamede belirtilen zorunlu eğitimlerin verilmesi, eğitim kayıtlarının düzenli olarak tutulması	8	12	0,33	red
88. Bölüm aylık çalışma listeleri hazırlanması, yönetime onaylatılarak çalışanlara bildirilmesi	7	12	0,16	red
89. Personelin düzenli olarak çalışma alanında ziyaret edilmesi	7	12	0,16	red
90. Alan ve iş kontrol formları düzenli olarak tutulması ve yönetime sunulması	8	12	0,33	red
91. Çamaşır hizmetinin aksamasını engelleyecek önlemlerin alınması	9	12	0,5	red
Toplam Kabul				4
Hasta/Numune Taşıma Hizmetleri				
92. Personelin birimlerine özgü alması gereken eğitimlerin verilmesi	8	12	0,33	red
93. Personelin kullanacağı ekipmanların (sedye, koruyucu çantası) temiz, düzenli ve yeterli sayıda hizmet verilen alanda bulundurulması	9	12	0,5	red
94. Personelin kullanacağı ekipmanların temizliği, bakım takibi ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılması	9	12	0,5	red
95. Sağlık tesisi içinde numune taşıma için belirlenmiş saat uygulamasının olması ve belirlenen kurallara riayet edilmesi	9		0,5	red
96. Numune taşıma da teslim alma/teslim verme esnasında kayıt tutulması	12	12	1	kabul
Toplam Kabul				1
Atık Yönetimi Hizmetleri				
97. Sağlık tesisindeki atıklar ile ilgili yönetmeliklere ve hizmet sunum rehberine uygun gerekli düzenlemelere riayet edilmesi	9	12	0,5	red
98. Tıbbî atık personeli ayrımının yapılması	11	12	0,83	kabul

99. Tıbbî atık personelinin kıyafet, ekipman temini ve çalışan tarafından etkin kullanımının sağlanması	9	12	0,5	red
100. Personelin birimlerine özgü alması gereken eğitimler düzenli olarak verilmesi	8	12	0,33	red
101. Tıbbî atık personeline duş alma, el yıkama imkanı için uygun ortamın sağlanması	9	12	0,5	red
102. Tıbbî atık miktarları ile ilgili düzenli olarak kayıt tutulup yönetime bilgilendirme yapılması	12	12	1	kabul
103. Ambalaj atıkları ile ilgili firma işbirliği sağlanması	11	12	0,83	kabul
104. Evsel ve tıbbî atıklar ile ilgili belediye ile işbirliği yapılarak bertarafı sağlanması	10	12	0,66	kabul
Toplam Kabul				4
Bahçe/Otopark Hizmetleri				
105. Bahçe/otopark hizmetlerinde rehberine uygun olarak hizmet sunumu sağlanıp, düzenli aralıklarla kontrollerinin yapılması	7	12	0,16	red
106. Bahçe/otopark ile ilgili sorun ve aksaklıkların tespiti, giderilmesi ve takibi zamanında sağlanması	7	12	0,16	red
107. Alanların varlığı ve yeterliliği göz önünde bulundurularak engelli, hasta ve personel için ayrı ayrı otopark düzenlemesi	10	12	0,66	kabul
108. Bahçe/otopark alanı içerisinde yeterli aydınlatma ve yönlendirme yapılması	12	12	1	kabul
109. Bahçe/otopark alanı içerisinde trafik, yaya güvenliği ve araç yönlendirme için gerekli düzenlemeler sağlanması	11	12	0,83	kabul
110. Bahçe/otopark alanı içerisinde ihtiyaç halinde karşılama, yönlendirme, danışma personeli ile organize hareket edilerek sorunların giderilmesi	10	12	0,66	kabul
Toplam Kabul				4
Terzilik Hizmetleri				
111. Sağlık tesisine ait tekstil ürünlerinin yırtık ve söküklükleri zamanında tamir ve tadilatları yapıp ilgili birimlere teslimi yapılması	12	12	1	kabul
112. Sağlık tesisinin ihtiyacına yönelik tekstil ürünleri uygun şekilde ve zamanında dikilerek ilgili birimlere teslim edilmesi	9	12	0,5	red
113. Terzihanedede işlem görecektüm ürünlerin teslim alıp/teslim verme işlemleri kayıt altına alınması	11	12	0,83	kabul
114. Personelin birimlerine özgü alması gereken eğitimler (iş sağlığı ve güvenliği vs.) düzenli olarak verilmesi	8	12	0,33	red
Toplam Kabul				2
Karşılama Yönlendirme Hizmetleri				
115. Bölüm aylık çalışma listeleri hazırlanıyor, yönetime onaylatılarak çalışanlara bildirilmesi	8	12	0,33	red
116. Personel düzenli olarak çalışma alanında ziyaret edilerek, bilgilendirme durumu ve hizmet kalitesi (güleryüz, nezaket vs.) değerlendirilmesi	8	12	0,33	red
117. Personelin birimlerine özgü alması gereken eğitimlerin verilmesi	7	12	0,16	red

118. Personelin kullanacağı ekipmanlar (sedye, tekerlekli sandalye vs.) temiz düzenli ve yeterli sayıda hizmet verilen alanda bulundurulması	8	12	0,33	red
119. Sağlık tesisinin belirlemiş olduğu sağlık tesisi ve ziyaret kurallarını riayet edilmesi	10	12	0,66	kabul
120. Bankaların yükseklikleri sağlık bakanlığının yeni düzenlemesine uygun olması	10	12	0,66	kabul
121. Danışmada sağlık tesisine ait broşür, yatan hasta bilgisi ve doktor çalışma planlarının uygulanması	11	12	0,83	kabul
122. İhtiyacı olan engelli, kimsesiz ve yaşlı olan vatandaşlara sağlık tesisi içindeki iş ve işlemlerinde ihtiyaç halinde eşlik edilmesi	12	12	1	kabul
123. Danışma, karşılama, yönlendirme hizmetlerinde görevli yeterli sayıda işaret dili kullanabilen personel bulunması	10	12	0,66	kabul
Toplam Kabul				5
Din Hizmetleri				
124. Morga kabul edilmiş mevtaların belirli bir süre için uygun koşullarda muhafazası sağlanması	11	12	0,83	kabul
125. Morga gelen mevtaların tüm kayıt işlemleri (kabul, defin, teslim vs.) tam ve zamanında yapılması	11	12	0,83	kabul
126. Bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin defin işlemleri umumi hıfzısıhha kanununa uygun ve enfeksiyon kontrol komitesi ile koordineli olarak gerçekleştirilmesi	12	12	1	kabul
127. Morg dolaplarının ısı ve temizlik takipleri düzenli yapılarak kayıt altına alınması	9	12	0,5	red
128. Adli vakalarda resmi prosedürler zamanında ve eksiksiz yürütülmesi	11	12	0,83	kabul
129. Sağlık tesisinde vakit ve Cuma namazları kılınması	9	12	0,5	red
130. Mescit, abdest alma yeri, morg ve çevresinin temizlik takipleri düzenli yapılarak kayıt altına alınması	9	12	0,5	red
131. Gerekli durumlarda kadın gassal temin edilmesi	9	12	0,5	red
132. Agoni durumunda olan veya cenaze sahiplerine gerekli durumlarda manevi destek verilmesi	9	12	0,5	red
133. Bildirim yapılması gereken durumlarda yer ve kurumlara zamanında manevi destek verilmesi	7	12	0,16	red
134. Sağlık tesisinde bebek cenazelerine yönelik olarak içinde cenazeyi sabitleyecek bir düzeneğin bulunduğu bebek taşıyıcısı tam ve yeterli sayıda bulunması	7	12	0,16	red
135. Morg çıkışı sağlık tesisinin ana giriş ve çıkışlarından ayrı olması	10	12	0,66	kabul
136. Çalışır durumda ve yeterli sayıda ölü muhafaza dolabının olması	9	12	0,5	red
137. Arşiv işlemleri eksiksiz yapılması	9	12	0,5	red
138. Çalışanların kişisel koruyucu ekipmanlarının olup olmaması	8	12	0,33	red
139. Çalışanların gerekli durumlarda koruyucu ekipman kullanması	7	12	0,16	red
140. Morg bekleme alanı ve alanda yeterli sayıda koltuk olması	9	12	0,5	red
141. Atık yönetimi prosedürünün uygulanması	8	12	0,33	red
142. Personelin birimlerine özgü alması gereken eğitimler	9	12	0,5	red
143. Cenaze hazırlama yerleri hizmet sunum rehberinde belirtilen standartlara uygun olması	9	12	0,5	red

144.Su ısıtma tertibatının olması	9	12	0,5	red
Toplam Kabul				5
Kantin/Kafeterya Hizmetleri				
145.Mevcut kantin/kafeterya sağlık tesisi ihtiyacını karşılanması	11	12	0,83	kabul
146.Personelin kılık kıyafet ve kişisel bakımına gösterdiği özene dikkat edilmesi	7	12	0,16	red
147.Genel denetim ve kontrollerde istenen belgelerin tam ve eksiksiz olması	9	12	0,5	red
148.Ambalajsız gıdaların doğru sıcaklıkta ve uygun koşullarda muhafaza edilmesi	12	12	1	kabul
149.Gıdaların etiketlerinde raf ömrü bulunması	9	12	0,5	red
150.Satılması ve kullanılması yasaklanmış ürünler ve alkollü içeceklerin satışının engellenmesi	12	12	1	kabul
151.Satış fiyatlarının uygunluk kontrolleri düzenli olarak yapılması	8	12	0,33	red
152.Sağlık tesisi içinde satılması uygun görülmeyen gıdaların kontrollerinin düzenli yapılması	8	12	0,33	red
153.Kiralanan alan dışında yerleşim yasağına riayet edilmesi ve kontrollerinin yapılması	9	12	0,5	red
154.Gıdaların satışına kadarki olan sürede soğuk zincir kuralına riayet edilmesi ve kontrolleri düzenli olarak yapılması	10	12	0,66	kabul
155.İşletmeci tarafından iç mekan 10m2 alanı kapsayacak dış çevre emniyeti, hijyen ve temizlik unsurlarına dikkat edilmesi	10	12	0,66	kabul
156.İşletmede engelli düzenlemelerinin olması	7	12	0,16	red
157.İşletme sağlık tesisi yönetiminin belirlediği saat aralığında hizmet vermesi	8	12	0,33	red
158.Hizmet sunum rehberinde belirtilen sağlık tesisi içerisinde seyyar satış yapılamaz kuralına riayet edilmesi	9	12	0,5	red
159.İşletmede kullanılan elektrik, su, doğalgaz gibi giderlerin de süzme sayaçlar ile ölçümü yapılarak ödeme gerçekleşme durumunun takip edilmesi	7	12	0,16	red
160.Atık yönetimi prosedürünün uygulanması	8	12	0,33	red
Toplam Kabul				5

EK-4: Anket Formu

Değerli Katılımcı,

Bu anket formu aracılığıyla toplanacak veriler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacak olup raporlamada tesis ve kişi isimlerine yer verilmeyecektir. Anket formundaki ifadeleri yanıtlarken göstereceğiniz duyarlılık araştırmada toplanan verilerin sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Lütfen anketteki tüm soruları boş bırakmadan cevaplayınız. Araştırmaya gösterdiğiniz ilgi ve değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Seher Gülenç
sehergeyik@anadolu.edu.tr

<i>Sağlık Otelciliği Hizmetleri ile ilgili ifadeler</i>	Tamamen Yetersiz	Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli	Tamamen Yeterli
	1	2	3	4	5
1. Mesai saatlerinde işlerin aksatılmadan yürütülmesi için yeterli sayıda eleman çalıştırılması					
2. Üniformaların düzenli kullanımının kontrol edilmesi					
3. Kimlik kartlarının takılması ve düzenli olarak kontrol edilmesi					
4. Hizmet içi eğitimlerin verilmesi					
5. İş kanunu, işçi sağlığı ve iş güvenliği esaslarına uyulması					
6. İşlerin önceden belirlenen prosedürlere uygun yapılması					
7. Hastayla ilgili bilgilerin gizliliği ilkelerine uyulması					
8. Belirlenen ziyaret saatlerine uyulmasının sağlanması					
9. Bankoların yüksekliğinin çalışan ve hasta iletişimini kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesi					
10. Danışmada hastaneye ait broşür bulundurulması					
11. Danışmada yatan hasta bilgilerinin bulundurulması					
12. Engelli ve yaşlı hastalara işlemleri yapılırken ihtiyaç halinde eşlik edilmesi					
13. Danışma, karşılama/yönlendirme hizmetleri için yabancı dil bilen personelin bulundurulması					
14. Veri girişlerinin tam ve doğru yapılması					
15. Teçhizatın takibini kolaylaştırmak ve raporlanmasını sağlamak için renkli kodların kullanılması					
16. Personelin renkli kod ve acil çağrılara zamanında ulaşmasının sağlanması					
17. Bina güvenliğine yönelik tedbirlerin tam olarak alınması					
18. Koruyucu ve önleyici güvenlik sistemlerinin hazırlanması için gerekli planların yapılması					
19. Tıbbî numunelerin taşınması sırasında teslim alma/teslim etme işlemlerinin kayıtlarının tutulması					
20. Yemeklerin hastalara sıcak sunulması					
21. Yemeklerin hazırlanmasında hijyen ve temizlik kurallarına dikkat edilmesi					
22. Yemeklerin dağıtımında hijyen ve temizlik kurallarına dikkat edilmesi					
23. Hasta odalarında yemek yenilecek ortamın sağlanması					
24. Mevcut kantin/kafeteryanın fiziksel ihtiyacı karşılayacak yeterlilikte olması					
25. Mevcut kantin/kafeteryanın hizmet çeşitliliği açısından uygun olması					

26. Ambalajsız gıdaların uygun koşullarda muhafaza edilmesi					
27. Satışı ve kullanımı yasaklı ürünlerin satılmaması					
28. Gıdaların üretilmesinden/satın alınmasından tüketilmesine kadar soğuk zincir kurallarına uyulması					
29. Kiralanan alan dışına yerleşim yasağına riayet edilmesi					
30. Birim bazlı günlük temizlik planlarının hazırlanması					
31. Birim bazlı periyodik (haftalık ve aylık) temizlik planlarının hazırlanması					
32. Dış mekân temizliği					
33. Dış cephe temizliği					
34. Hasta odalarının temizliği					
35. Ortak kullanım alanlarının temizliği					
36. WC'lerin temizliği ve dezenfektasyonu					
37. Çamaşırhanede kullanılan kimyasallara ait bilgi ve talimatların bulunması					
38. Çamaşır yıkama, kurutma ve ütüleme alanlarının iş akışına göre düzenlenmesi					
39. Gelen tekstillerin yıkama talimatlarına uygun yıkanması					
40. Enfekte çamaşırların servislere göre ayrılarak temizlenmesi					
41. Tekstil ürünlerindeki yırtık ve söküklerin tadilatlarının yapıp ilgili birimlere teslim edilmesi					
42. Terzihanede işlem görecekt tüm ürünlerin teslim alıp/verme işlemlerinin kayıt altına alınması					
43. Tıbbî atıklar için ayrı personel istihdam edilmesi					
44. Tıbbî atık miktarlarının kayıt altına alınması					
45. Tıbbî atık miktarlarıyla ilgili yönetimin düzenli olarak bilgilendirilmesi					
46. Ambalaj atıklarının geri dönüşümünün sağlanmasıyla ilgili işbirliklerinin yapılması					
47. Evsel ve tıbbî atıklar belediyeyle işbirliği yapılarak bertaraf edilmesi					
48. Morga kabul edilen mevtaların uygun koşullarda muhafaza edilmesi					
49. Morgdaki mevtaların tüm kayıt işlemlerinin tam ve zamanında yapılması					
50. Bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin defin işlemlerinin enfeksiyon kontrol komitesi ile koordineli olarak gerçekleştirilmesi					
51. Adli vakalarda resmi prosedürlerin zamanında ve eksiksiz yürütülmesi					
52. Morg çıkışının hastanenin ana giriş ve çıkışlarından ayrı olması					
53. Engelliler için ayrı otopark düzenlemesi					
54. Hastalar için ayrı otopark düzenlemesi					
55. Personel için ayrı otopark düzenlemesi					
56. Bahçe, otopark ve yürüme alanlarının aydınlatması					
57. Bahçe/otopark alanı içindeki yönlendirme düzenlemeleri ve hizmetleri					
58. Bahçe/otopark alanı içinde yaya güvenliğini artıracak düzenlemeler					

Örgütsel Ustalık ile ilgili ifadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	1	2	3	4	5
1. Alışılmışın (rutinin) dışında yeni fikirlere başvurulur.					
2. Hasta ihtiyaçlarını karşılamak için yeni yollar aranır.					
3. Pazar payını artıracak yeni girişimlere yönelik araştırmalar yapılır.					
4. Hasta erişimini kolaylaştırmak için yeni klinik hizmetler oluşturulur.					
5. Sosyal medya, elektronik tıbbî kayıt sistemi vb. yeni teknolojik alanlarda girişimleri vardır.					
6. Stratejik hedeflerdeki değişimlere hızlı cevap verebilme esnekliğine sahiptir.					
7. Değişimlerle ilgili değerlendirmeler hızlı bir şekilde yapılır.					
8. Kamuoyu yeni klinik hizmetlerle ilgili sürekli bir şekilde bilgilendirilir.					
9. Hizmetlerin iş akışı süreçleri sürekli geliştirilir.					
10. Hizmetlerin maliyeti sürekli kontrol edilir.					
11. Hizmetler sürekli çeşitlendirilir.					
12. Kalite göstergelerine uygunluk sürekli kontrol edilir.					
13. Hizmetler hasta güvenliğini artırmak için sürekli geliştirilir.					
14. Hasta güvenliği için prosedürler, kurallar ve politikalar vardır.					
15. Hizmetlerde işgücü verimliliğine önem verilir.					
16. Tüm birimler koordinasyon içinde çalışır.					

Örgütsel Ustalık Öncüleri ile ilgili ifadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	1	2	3	4	5
1. Yönetici bir kararı onaylayana kadar eyleme geçilemez.					
2. Çalışanların işleriyle ilgili karar vermelerine izin verilmez.					
3. En küçük sorunlarda bile, nihai kararın alınması için daha üst düzey birine danışılması gerekir.					
4. Çalışanların hemen hemen her şeyi, yapmadan önce yöneticilerine sormaları gerekir.					
5. Çalışanlar kararlarında yönetici onayını almak zorundadır.					
6. İnsan kaynakları uygulamalarına ilişkin yazılı prosedürler vardır.					
7. Kural ve prosedür odaklı bir çalışma sistemi vardır.					
8. Çalışanların performansı kayda alınır.					
9. Çalışanlar kural ihlalleriyle alakalı neredeyse hiç kontrol edilmezler.					

10. Tüm pozisyonlar için yazılı iş tanımları mevcuttur.					
11. İş/görev/işlevler işi bilen (kalifiye) elemanlar tarafından yapılır.					
12. Her iş/görev/işlev için standartlaştırılmış eğitim prosedürleri vardır.					
13. Çalışanlar iş/görev/işlevleriyle ilgili sorumluluklara sahiptir.					
14. Çalışanlar yaptıkları iş/görev/işlevleriyle ilgili gerekli becerilere sahiptir.					
15. Çalışanlar farklı iş/görev/işlevler yerine getirebilirler.					
16. Yazılı olmayan kurallara uyulmadığında yaptırımlar uygulanır.					
17. Çalışanların davranışları üzerinde kontrol mekanizmaları vardır.					
18. Hikâyeler, inançlar, sloganlar vb. içeren belirli bir kültür yapısı vardır.					
19. Her türlü iş/görev/işlev için önceden belirlenmiş davranış kalıpları vardır.					
20. “Önce insan” felsefesi benimsenmiştir.					
21. Yeni çalışanlar kendi kültürlerini oluşturabilirler.					
22. Her departman kendi bildiği şekilde çalışabilir.					
23. İş/görev/işlevlerin tamamlanması konusunda farklı yollar aranır.					
24. Farklı fikirlerin denenmesi desteklenir.					
25. Çalışanlar risk almaya cesaretlendirilir.					
26. Bağımsız düşünme desteklenir.					
27. Yapılan hatalara karşı tolerans gösterilir.					
28. Performans hedeflerine ulaşım ulaşılmadığı sürekli izlenir.					
29. Belirlenmiş kurallara (rutinlere) bağlı hareket edilir.					
30. Her zaman işleri/görevleri/işlevleri başarmaya odaklanılır.					

Demografik Sorular

- 1.Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek
- 2.Yaşınız :
- 3.Eğitim düzeyiniz : () İlkokul () Ortaokul/İlköğretim () Lise () Önlisans () Lisans () Lisansüstü
- 4.Göreviniz : () Müdür
() Müdür Yardımcısı
() Şef
() İdari Personel(Lütfen çalışma alanınızı belirtiniz.)
- 5.Mesleki deneyiminiz :

EK-5: Gözlem Formları**PERSONEL HİZMETLERİ GÖZLEM FORMU**

Tarih:

Gözlem No:

Hastane Adı:

Başlama Saati:

Bitiş Saati:

Geçen Süre:

SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMET KRİTERLERİ	Tamamen Yetersiz	Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli	Tamamen Yeterli	AÇIKLAMA
	1	2	3	4	5	
1. Mesai saatlerinde işlerin aksatılmadan yürütülmesi için yeterli sayıda eleman çalıştırılması						
2. Üniformaların düzenli kullanımının kontrol edilmesi						
3. Kimlik kartlarının takılması ve düzenli olarak kontrol edilmesi						
4. Hizmet içi eğitimlerin verilmesi						
5. İş kanunu, işçi sağlığı ve iş güvenliği esaslarına uyulması						
6. İşlerin önceden belirlenen prosedürlere uygun yapılması						
7. Hastayla ilgili bilgilerin gizliliği ilkelerine uyulması						

DANIşMA VE VERİ GİRİş HİZMETLERİ GÖZLEM FORMU

Tarih:

Gözlem No:

Hastane Adı:

Başlama Saati:

Bitiş Saati:

Geçen Süre:

SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMET KRİTERLERİ	Tamamen Yetersiz	Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli	Tamamen Yeterli	AÇIKLAMA
	1	2	3	4	5	
1. Belirlenen ziyaret saatlerine uyulmasının sağlanması						
2. Bankoların yüksekliğinin personel ile hasta iletişimini kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesi						
3. Danışmada hastaneye ait broşür bulundurulması						
4. Danışmada yatan hasta bilgilerinin bulundurulması						
5. Engelli ve yaşlı hastalara işlemleri yapılırken ihtiyaç halinde eşlik edilmesi						
6. Danışma, karşılama ve yönlendirme hizmetleri için yabancı dil bilen personelin bulundurulması						
7. Veri girişlerinin tam ve doğru yapılması						

GÜVENLİK VE NUMUNE TAŞIMA HİZMETLERİ GÖZLEM FORMU

Tarih:

Gözlem No:

Hastane Adı:

Başlama Saati:

Bitiş Saati:

Geçen Süre:

SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMET KRİTERLERİ	Tamamen Yetersiz	Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli	Tamamen Yeterli	AÇIKLAMA
	1	2	3	4	5	
1. Teçhizatın takibini kolaylaştırmak ve doğru raporlanmasını sağlamak için renkli kodların kullanılması						
2. Personelin renkli kod çağrılarına zamanında ulaşmasının sağlanması						
3. Bina güvenliğine yönelik tedbirlerin tam olarak alınması						
4. Koruyucu ve önleyici güvenlik sistemlerinin hazırlanması için gerekli planların yapılması						
5. Tıbbî numunelerin taşınması sırasında teslim alma/etme işlemlerinin kayıtlarının tutulması						

YEMEK VE KANTİN/KAFETERYA HİZMETLERİ GÖZLEM FORMU

Tarih:

Gözlem No:

Hastane Adı:

Başlama Saati:

Bitiş Saati:

Geçen Süre:

SAĞLIK ÖTELCİLİĞİ HİZMET KRİTERLERİ	Tamamen Yetersiz	Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli	Tamamen Yeterli	AÇIKLAMA
	1	2	3	4	5	
1. Yemeklerin hastalara sıcak sunulması						
2. Yemeklerin hazırlanmasında hijyen ve temizlik kurallarına dikkat edilmesi						
3. Yemeklerin dağıtımında hijyen ve temizlik kurallarına dikkat edilmesi						
4. Hasta odalarında yemek yenilecek ortamın sağlanması						
5. Mevcut kantin/kafeteryanın fiziksel ihtiyacı karşılayacak yeterlilikte olması						
6. Mevcut kantin/kafeteryanın hizmet çeşitliliği açısından uygun olması						
7. Ambalajsız gıdaların uygun koşullarda muhafaza edilmesi						
8. Satışı ve kullanımı yasaklı ürünlerin satılmaması						
9. Gıdaların üretilmesinden/satın alınmasından tüketilmesine kadar soğuk zincir kurallarına uyulması						
10. Kiralanan alan dışında yerleşim yasağına riayet edilmesi						

TEMİZLİK HİZMETLERİ GÖZLEM FORMU

Tarih:

Gözlem No:

Hastane Adı:

Başlama Saati:

Bitiş Saati:

Geçen Süre:

SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMET KRİTERLERİ	Tamamen	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Tamamen	AÇIKLAMA
	1	2	3	4	5	
1. Birim bazlı günlük temizlik planlarının hazırlanması						
2. Birim bazlı periyodik (haftalık ve aylık) temizlik planlarının hazırlanması						
3. Dış mekân temizliği						
4. Dış cephe temizliği						
5. Hasta odalarının temizliği						
6. Ortak kullanım alanlarının temizliği						
7. WC'lerin temizliği ve dezenfektasyonu						

ÇAMAŞIRHANE VE TERZİLİK HİZMETLERİ GÖZLEM FORMU

Tarih:

Gözlem No:

Hastane Adı:

Başlama Saati:

Bitiş Saati:

Geçen Süre:

SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMET KRİTERLERİ	Tamamen Yetersiz	Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli	Tamamen Yeterli	AÇIKLAMA
	1	2	3	4	5	
1. Kullanılan kimyasallara ait bilgi ve talimatların bulunması						
2. Çamaşır yıkama, kurutma ve ütüleme alanlarının iş akışına göre düzenlenmesi						
3. Gelen tekstillerin yıkama talimatlarına uygun yıkanması						
4. Enfekte çamaşırların servislere göre ayrılarak temizlenmesi						
5. Tesise ait tekstil ürünlerindeki yırtık ve söküklerin zamanında tadilatlarının yapılması						
6. Terzihanede işlem görecektüm ürünlerin teslim alıp/verme işlemlerinin kayıt altına alınması						

ATIK YÖNETİMİ HİZMETLERİ GÖZLEM FORMU

Tarih:

Gözlem No:

Hastane Adı:

Başlama Saati:

Bitiş Saati:

Geçen Süre:

SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMET KRİTERLERİ	Tamamen Yetersiz	Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli	Tamamen Yeterli	AÇIKLAMA
	1	2	3	4	5	
1. Tıbbî atıklar için ayrı personel istihdam edilmesi						
2. Tıbbî atık miktarlarının kayıt altına alınması						
3. Tıbbî atık miktarlarıyla ilgili yönetimin düzenli olarak bilgilendirilmesi						
4. Ambalaj atıklarının geri dönüşümünün sağlanmasıyla ilgili işbirliklerinin yapılması						
5. Evsel ve tıbbî atıkların belediyeyle işbirliği yapılarak bertaraf edilmesi						

DİN HİZMETLERİ GÖZLEM FORMU

Tarih:

Gözlem No:

Hastane Adı:

Başlama Saati:

Bitiş Saati:

Geçen Süre:

SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMET KRİTERLERİ	Tamamen Yetersiz	Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli	Tamamen Yeterli	AÇIKLAMA
	1	2	3	4	5	
1. Morga kabul edilen mevtaların uygun koşullarda muhafaza edilmesi						
2. Morgdaki mevtaların tüm kayıt işlemlerinin tam ve zamanında yapılması						
3. Bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin defin işlemlerinin enfeksiyon kontrol komitesi ile koordineli olarak gerçekleştirilmesi						
4. Adli vakalarda resmi prosedürlerin zamanında ve eksiksiz yürütülmesi						
5. Morg çıkışının sağlık tesisinin ana giriş ve çıkışlarından ayrı olması						

BAHÇE/OTOPARK HİZMETLERİ GÖZLEM FORMU

Tarih:

Gözlem No:

Hastane Adı:

Başlama Saati:

Bitiş Saati:

Geçen Süre:

SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMET KRİTERLERİ	Tamamen Yetersiz	Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli	Tamamen Yeterli	AÇIKLAMA
	1	2	3	4	5	
1. Engelliler için ayrı otopark düzenlemesi						
2. Hastalar için ayrı otopark düzenlemesi						
3. Personel için ayrı otopark düzenlemesi						
4. Bahçe, otopark ve yürüme alanlarının aydınlatılması						
5. Bahçe/otopark alanı içindeki yönlendirme düzenlemeleri ve hizmetleri						
6. Bahçe/otopark alanı içinde yaya güvenliğini artıracak düzenlemeler						

EK-6: Gözlem Takvimi**ÖZEL HASTANE GÖZLEM TAKVİMİ**

Gözlem Saati		Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi
		2 Mayıs	3 Mayıs	4 Mayıs	5 Mayıs	6 Mayıs	7 Mayıs
1.hafta	08.30-09.30	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
	09.35-10.35	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
	10.40-11.40	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
	11.45-12.45	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
Gözlem Saati		9 Mayıs	10 Mayıs	11 Mayıs	12 Mayıs	13 Mayıs	14 Mayıs
2. Hafta	15.40-16.40	Temizlik	Çamaşır	Personel	Atık	Danışma	Güvenlik
	16.45-17.45	Temizlik	Çamaşır	Personel	Atık	Danışma	Güvenlik
Gözlem Saati		16 Mayıs	17 Mayıs	18 Mayıs	19 Mayıs	20 Mayıs	21 Mayıs
3. hafta	08.30-09.30		Atık		Çamaşır	Otopark	Otopark
	09.35-10.35		Atık		Çamaşır	Otopark	Otopark
	10.40-11.40		Atık		Çamaşır		Otopark
	11.45-12.45		Atık		Çamaşır		
	13.30-14.30	Yemek		Din			
	14.35-15.35	Yemek		Din			
	23.00-24.00						Otopark

DEVLET HASTANESİ GÖZLEM TAKVİMİ

Gözlem Saati		Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi
		23 Mayıs	24 Mayıs	25 Mayıs	26 Mayıs	27 Mayıs	28 Mayıs
1. hafta	08.30-09.30	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
	09.35-10.35	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
	10.40-11.40	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
	11.45-12.45	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
	13.30-14.30	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
Gözlem Saati		30 Mayıs	31 Mayıs	1 Haziran	2 Haziran	3 Haziran	4 Haziran
2. hafta	11.45-12.45	Temizlik	Çamaşır	Personel	Atık	Danışma	Otopark
	13.30-14.30	Temizlik	Çamaşır	Personel	Atık	Danışma	Otopark
	14.35-15.35	Temizlik	Çamaşır	Personel	Atık	Danışma	Otopark
	15.40-16.40	Temizlik	Çamaşır	Personel	Atık	Danışma	Otopark
	16.45-17.45	Temizlik	Çamaşır	Personel	Atık	Danışma	
	23.00-24.00						Otopark
Gözlem Saati		6 Haziran	7 Haziran	8 Haziran	9 Haziran	10 Haziran	11 Haziran
3. hafta	08.30-09.30		Atık		Çamaşır		Otopark
	09.35-10.35		Atık		Çamaşır		Otopark
	10.40-11.40		Atık		Çamaşır		Otopark
	11.45-12.45		Atık		Çamaşır		Otopark
	13.30-14.30		Atık		Çamaşır		Otopark
	11.45-12.45	Yemek		Din		Güvenlik	
	13.30-14.30	Yemek		Din		Güvenlik	
	14.35-15.35	Yemek		Din		Güvenlik	
	15.40-16.40	Yemek		Din		Güvenlik	
	16.45-17.45	Yemek		Din		Güvenlik	

ÜNİVERSİTE HASTANESİ GÖZLEM TAKVİMİ

Gözlem Saati		Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi
		13 Haziran	14 Haziran	15 Haziran	16 Haziran	17 Haziran	18 Haziran
1.hafta	08.30-09.30	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
	09.35-10.35	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
	10.40-11.40	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
	11.45-12.45	Danışma	Güvenlik	Temizlik	Yemek	Personel	Din
Gözlem Saati		20 Haziran	21 Haziran	22 Haziran	23 Haziran	24 Haziran	25 Haziran
2. hafta	13.30-14.30	Temizlik	Çamaşır	Personel	Atık	Danışma	Otopark
	14.35-15.35	Temizlik	Çamaşır	Personel	Atık	Danışma	Otopark
	15.40-16.40	Temizlik	Çamaşır	Personel	Atık	Danışma	Otopark
	16.45-17.45	Temizlik	Çamaşır	Personel	Atık	Danışma	
	23.00-24.00						Otopark
Gözlem Saati		27 Haziran	28 Haziran	29 Haziran	30 Haziran	1 Temmuz	2 Temmuz
3. hafta	08.30-09.30		Atık		Çamaşır		Otopark
	09.35-10.35		Atık		Çamaşır		Otopark
	10.40-11.40		Atık		Çamaşır		Otopark
	11.45-12.45		Atık		Çamaşır		Otopark
	13.30-14.30	Yemek		Din		Güvenlik	
	14.35-15.35	Yemek		Din		Güvenlik	
	15.40-16.40	Yemek		Din		Güvenlik	
	16.45-17.45	Yemek		Din		Güvenlik	

EK 7: Gözlem Formu Kontrol Kriterleri
PERSONEL HİZMETLERİ KONTROL KRİTERLERİ

1. Eleman Sayısı																			
Dayanağı:																			
Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları Yönergesi ve Personel Dağılım Cetveli, 2015																			
Açıklama:																			
PERSONELİN KADRO UNVANI VE NİTELİĞİ	SINIF I	25 YATAKLI	50 YATAKLI	75 YATAKLI	100 YATAKLI ¹	150 YATAKLI	200 YATAKLI	250 YATAKLI	300 YATAKLI	350 YATAKLI	400 YATAKLI	500 YATAKLI	600 YATAKLI	700 YATAKLI	800 YATAKLI	900 YATAKLI	1000 YATAKLI	1100 YATAKLI	1200 YATAKLI
Baştabip	SHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Diş Tabibi	SHS	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Eczacı	SHS	1	2	3	4	5	6	8	10	11	13	15	16	18	20	21	22	23	24
Bakteriyolog	SHS							1	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4
Fizyoterapist	SHS		2	3	5	7	9	10	12	13	15	18	20	22	25	28	30	31	32
Sağlık Fizikçisi	SHS				1	1	1	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
Diyetisyen	SHS	1	2	3	4	5	6	7	8	8	9	10	11	12	13	14	16	16	17
Biyolog	SHS	1	2	2	3	5	7	8	9	9	10	10	11	12	13	14	14	15	15
Psikolog	SHS	1	2	3	3	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Dil ve Konuşma Terapisti	SHS				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	7	8	8	8	8
Çocuk Gelişimcisi	SHS		1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9
Sosyal Çalışmacı	SHS	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	8	9	10	10	11	11	12	12
Tıbbî Teknolog	SHS	1	2	2	4	4	5	6	8	8	9	10	10	11	11	12	12	13	13
Başhemşire	SHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Odyolog	SHS					2	2	3	3	4	4	5	6	7	8	9	10	10	10
Laborant	SHS	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36
Diş Protez Teknisyeni	SHS	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	6	6	6
Hemşire	SHS	30	60	75	100	150	200	250	300	350	400	500	600	700	800	900	1000	1100	1200
Ebe ²	SHS	15	22	30	37	45	60	70	75	85	100	115	125	135	140	140	140	145	150
Sağlık Teknikeri	SHS	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Sağlık Teknikeri (Anestezi)	SHS	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	18	20	22	24	26	28	30
Sağlık Teknikeri (Laboratuar)	SHS	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	18	20	22	24	26	28	30
Sağlık Teknikeri (Ortopedi)	SHS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Sağlık Teknikeri (Protez/Ortez)	SHS			1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7
Sağlık Teknikeri (Röntgen)	SHS	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	18	20	22	24	26	28	30
Sağlık Teknikeri (Odyometri)	SHS	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9
Sağlık Teknikeri (Hemşirelik Bölümü)	SHS	3	5	6	8	10	12	14	16	18	20	23	26	29	32	35	38	40	42
Sağlık Teknikeri (Ebelik Bölümü)	SHS	2	3	4	5	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	30
Sağlık Teknikeri (Tıbbî Sekreter)	SHS	3	4	5	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34
Sağlık Teknikeri (Radyoterapi)	SHS				1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	8	9	10	10	10
Sağlık Teknikeri (Patolojik Anatomi)	SHS				1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	8	9	10	10	10
Sağlık Teknikeri (Fizik Tedavi)	SHS		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12
Sağlık Teknikeri (Acil Tıp)	SHS	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Sağlık Teknikeri (Perfüzyon)	SHS			2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	8	9	10	11	12	12
Sağlık Teknikeri (Diyaliz)	SHS	1	1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12
Sağlık Teknikeri (Diş)	SHS		1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4
Sağlık Memuru (Anestezi)	SHS	6	10	12	15	18	21	24	27	30	34	38	42	46	50	54	58	62	65
Sağlık Memuru (Acil Tıp)	SHS	10	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46
Sağlık Memuru (Diş)	SHS	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	6	6	6
Sağlık Memuru (Laboratuar)	SHS	10	16	20	25	30	35	40	45	50	60	70	75	80	85	90	95	100	105
Sağlık Memuru (Ortopedi)	SHS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Sağlık Memuru (Röntgen)	SHS	10	16	20	25	30	35	40	45	50	60	70	80	85	90	95	100	105	110
Sağlık Memuru (Tıbbî Sekreter)	SHS	12	18	25	32	40	50	60	80	80	85	90	90	95	100	105	110	115	115
Sağlık Memuru (Toplum Sağlığı)	SHS	10	15	17	20	25	30	35	40	42	45	50	55	62	65	68	70	72	75
Sağlık Memuru (Fizik Tedavi)	SHS		1	1	2	2	3	3	4	4	4	5	5	6	7	8	9	10	10
Sağlık Memuru (Patolojik Anatomi)	SHS				2	2	3	3	4	4	4	5	5	6	7	8	9	10	10
Sağlık Memuru (Radyoterapi)	SHS				2	2	3	3	4	4	4	5	5	6	7	8	9	10	10
Sağlık Memuru (Odyometri)	SHS	1	2	3	4	6	7	7	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	12
Sağlık Teknisyeni	SHS	2	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Sağlık Teknisyeni (Anestezi)	SHS	2	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Sağlık Teknisyeni (Laboratuar)	SHS	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Sağlık Teknisyeni (Röntgen)	SHS	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Sağlık Teknisyeni (Odyometri)	SHS	1	2	3	4	6	7	7	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	12
Sağlık Teknisyeni (Diyaliz)	SHS	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5
Sağlık Teknisyeni (E.E.G)	SHS		1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4
Sağlık Teknisyeni (E.K.G)	SHS	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4
Sağlık Teknisyeni (Diş)	SHS		1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3
Sağlık Teknisyeni (Protez/Ortez)	SHS				1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	5	5	5

Hastane Müdürü	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sivil Savunma Uzmanı	GİHS					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Şef	GİHS	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Ayniyat Saymanı	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sayman(Döner Sermaye)	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Programcı	GİHS								1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ambar Memuru	GİHS	1	1	2	3	4	5	6	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Bilgisayar İşletmeni	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni	GİHS	10	19	24	34	45	50	50	55	55	70	80	90	100	105	110	115	120	125	
Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni (Döner Sermaye)	GİHS	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6	6	6	6	6	6	6	6
Daktilograf	GİHS	1	1	2	3	3	4	5	6	6	6	7	8	9	9	9	9	9	9	9
Daktilograf (Döner Sermaye)	GİHS	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Memur	GİHS	4	4	4	4	10	10	10	10	10	20	25	30	35	35	35	35	35	35	35
Memur (Döner Sermaye)	GİHS	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Veznedar	GİHS	1	1	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6	6	6	6	6	6	6	6
Şoför	GİHS	4	4	6	6	6	7	8	9	9	10	11	12	13	13	13	13	13	13	13
Mühendis(Fizik) ¹	THS						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mühendis (Biyomedikal)	THS						1	1	2	2	3	4	5	6	6	6	6	6	6	6
Mühendis (Elektrik/Elektronik)	THS				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mühendis (İnşaat)	THS										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mühendis (Kimya)	THS								1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Mühendis (Makine)	THS					1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
Kimyager	THS						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tekniker (Biyomedikal)	THS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tekniker (Bilgisayar)	THS	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Tekniker (Diğer Branşlarda)	THS			1	2	3	4	5	6	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Tekniker (Sıhhi Tesisat)	THS	1	1	1	2	3	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Tekniker (Elektrik/Elektronik)	THS	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Tekniker (Makine)	THS		1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Tekniker (Metal İşleri)	THS					1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
Teknisyen (Biyomedikal)	THS		1	1	2	3	4	5	6	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Teknisyen (Bilgisayar)	THS				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Teknisyen (Elektrik)	THS	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Teknisyen (Elektronik)	THS	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3

Teknisyen (Makine)	THS		1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
Teknisyen (Sihhi Tesisat)	THS	1	1	1	2	3	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Teknisyen (Metal İşleri)	THS					1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
İmam / İmam Hatip	DHS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Aşçı	YHS	2	2	3	3	3	3	4	4	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Bahçıvan	YHS	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	4	5	6	7	8	9
Bekçi	YHS	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Berber	YHS			1	2	3	4	5	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7
Gassal (300 yataktan sonra 1'i Bayan)	YHS	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Hizmetli	YHS	15	25	35	50	55	65	75	105	105	140	165	200	235	270	305	340	375	410
Hizmetli (Döner Sermaye)	YHS	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Terzi	YHS		1	1	1	2	2	2	3	3	3	5	5	6	6	6	6	6	6

2. Üniforma

Dayanağı

YTKİY Madde 189

Açıklama

Kadın müstahdem ve terzi: Gri patiskadan bebe yakalı önden aşağıya kadar düğmeli uzun ve arkaları kemerli, iki yan bir sol göğüs cebi bulunan gömlek giyerler. Gömlek boyu diz kapağının 10 cm. altındadır. Bone: Önden 4 parmak kıvrılıp bastırılmış, arkası daha ince kıvrılarak lastik geçirilmiş ve saçları önden tamamen, arkadan kısmen içine alan gri patiskadan olacaktır. *Erkek Müstahdem ve terzi:* Gri Patiskadan dik yakalı aşağıya kadar önden düğmeli uzun ve arkadan kemerli iki yan, bir sol göğüs cebi bulunan gömlek giyerler. Gömlek boyu diz kapağının 15 cm. altındadır. Bundan başka gömlek rengine uygun koyu bir kumaş pantolon giyerler. *Kadın ve Erkek Müstahdemler:* Vazife esnasında altı lastik veya plastik siyah ayakkabı giyerler. *Berberler:* Beyaz patiskadan, açık devrik yakalı iki yan ve bir göğüs cebi bulunan önden düğmeli arkadan kemerli ceket giyerler. İdari ve mali personel (Erkek memurlar) : Mesai saatleri içinde gri renkli ketenden, açık devrik yakalı iki yan ve bir göğüs cebi bulunan önden düğmeli arkası kemerli ceket giyerler. İmamlar da aynı kıyafeti giyer. *İdari ve mali (Kadın memurlar) :* Aynı erkek memurların kumaşından açık devrik yakalı önden aşağı kadar 7 cm. ara ile dikilmiş düğmelerle iliklenen bir gömlek giyerler. Gömleğin solda bir göğüs cebi iki yandan gizli cepleri vardır. Gömlek ön ve arkada dörder parçadan müteşekkildir. Gömlek boyu diz kapağının 10 cm. altındadır. *Teknik Personel:* a) *Baş Teknisyen:* Koyu mavi patiska veya ketenden, önden tek sıra düğmeli, açık devrik yakalı arkası yırtmaçlı ve kemerli, iki yan, bir göğüs cebi (solda) bulunan uzun gömlek giyerler.(Gömlek boyu diz kapağının 10.cm. altındadır.) b) *Teknisyen ve yardımcıları, makinist, demirci, elektrikçi,marangoz, boyacı, bahçıvan, vs. :* Koyu mavi renkli tulum giyerler. *Aşçıbaşı:* Koyu gri devrik yakalı önden düğmeli,yanlarda üstten cepli kısa ceket ve düz pantolon üzerine beyaz Amerikan bezinden yapılmış askılı önlük giyer. Başa geçen bir çember kısım ile üzerinden yüksek, büzgülü ve kabarık aşçıbaşı başlığı giyer.Aşçı yamağının kıyafeti aşçıbaşınınınin aynı olup, yalnız başlığı takke şeklindedir. Şoför, kapıcı ve dış işlerde çalışan hizmetlilere verilecek kıyafetin şekli ve rengi kendi işlerine uygun renk ve niteliktedir.

3. Kimlik Kartı

Dayanağı:

Sağlık Bakanlığı Personel Kimlik Kartları Yönergesi

Açıklama:

Görevli oldukları kuruma girişlerinde yakalarına takmak ve görev süresince yakalarında bulundurmamakla, Kurum dışında gerektiğinde yetkililere göstermekle yükümlüdürler.
4. Hizmet içi eğitimler
Dayanağı
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama
Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir. Hizmet içi eğitim sorumluları belirlenmelidir. Eğitim konuları, hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, bölüme özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir. Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır. Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitimler, eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir. Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir. Rehberlik Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılabilecek yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir: Ön test-son test, Öz değerlendirmeler, Gözlemler, Kişilerle yapılan görüşmeler, Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler, Anketler ve Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi) Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır. İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
5. İş kanunu, işçi sağlığı ve iş güvenliği esasları
Dayanağı:
6331 sayılı İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kanunu
Açıklama:
İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri Mesleki risklerin önlenmesi ve bu risklerden korunulmasına yönelik çalışmaları da kapsayacak, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sunulması için işveren; a) Çalışanları arasından iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve diğer sağlık personeli görevlendirir. Çalışanları arasında belirlenen niteliklere sahip personel bulunmaması hâlinde, bu hizmetin tamamını veya bir kısmını ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet olarak yerine getirebilir. Ancak belirlenen niteliklere ve gerekli belgeye sahip olması hâlinde, tehlike sınıfı ve çalışan sayısı dikkate alınarak, bu hizmetin yerine getirilmesini kendisi üstlenebilir. b) Görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşların görevlerini yerine getirmeleri amacıyla araç, gereç, mekân ve zaman gibi gerekli bütün ihtiyaçlarını karşılar. c) İşyerinde sağlık ve güvenlik hizmetlerini yürütenler arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlar. ç) Görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşlar tarafından iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili mevzuata uygun olan ve yazılı olarak bildirilen tedbirleri yerine getirir. d) Çalışanların sağlık ve güvenliğini etkilediği bilinen veya etkilemesi muhtemel konular hakkında; görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşları, başka işyerlerinden çalışmak üzere kendi işyerine gelen çalışanları ve bunların işverenlerini bilgilendirir. 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamındaki kamu kurum ve kuruluşları; iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini, Sağlık Bakanlığına ait döner sermayeli kuruluşlardan doğrudan alabileceği gibi 4734 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde de alabilir. Tam süreli işyeri hekimi görevlendirilen işyerlerinde, diğer sağlık personeli görevlendirilmesi zorunlu değildir.
6. Prosedürlere uygun işler
Dayanağı:

YTKİY Madde 147, 148, 151, 154,

Açıklama:

Hastane Müdürünün Görev ve Yetkileri:

Hastane müdürünün görev ve yetkileri aşağıda belirtilmiştir.

- a) Baştabipliğe bağlı olarak kurumun idari, mali ve teknik hizmetlerini kanun, tüzük, yönetmelik ve emirler uyarınca yürütmekle yükümlü ve yetkilidir.
- b) Kurumun en verimli şekilde çalışmasını sağlamak üzere her türlü ihtiyaçlarını zamanında tespit eder ve sağlanması için gerekli tedbirleri alır. Baştabibin vereceği talimata göre sonuçlandırır.
- c) Satın alma, depolama, ambar ve depodan çıkış hizmetlerini yakından izler ve gereği gibi yapılmasını sağlar.
- d) Günlük iâşe tabelalarını kontrol eder, buna göre ambardan çıkacak veya dışardan gelecek gıda maddelerinin vaktinde mutfağa teslimini sağlar.
- e) Cihaz, her türlü motor, eşya ve bina onarımı gibi işlerin ilgililerce zamanında yapılmasını sağlar.
- f) İdari birimlerin görevlerini düzenli ve verimli bir şekilde yapmalarını sağlamakla genel idare hizmetlerinde çalışan kendisine bağlı personelin mevcut kanun tüzük ve yönetmelikler uyarınca görev yetki ve sorumluluklarını belirlemekle yükümlü ve doğrudan baştabibe karşı sorumludur.
- g) Kurumda gerekli emniyet tedbirlerini alır. Sivil Savunma uzmanı yoksa sivil savunma, deprem, yangın ve su baskınları gibi olağanüstü haller için genel olarak Devlet Kuruluşları idare amirlerine yüklenmiş görevleri titizlikle yürütür.
- h) Kurumun periyodik istatistik, poliklinik ve laboratuvar çalışma cetvellerini vaktinde, doğru ve eksiksiz olarak düzenleterek merciine gönderir. Keza sıhhi, idari, mali ve her çeşit evrak ve cetvellerin de kurumca zamanında düzenlenip ait olduğu makama gönderilmesini sağlar. Bulaşıcı hastalıklar teşhisi konulan vak'aları ve bunlardan ölenleri kurumun bulunduğu yerin sağlık amirine günü gününe ve ayrıntılı bir şekilde haber verir.
- i) Ambarda bulunan ve ambardan çıkarılan her çeşit maddenin ambar kayıtlarındaki miktarlara ve günlük yiyecek ve içeceklerin tabeladaki miktarları ile şartnamelerindeki niteliklere uygunluğunu kontrol eder. Noksan ve kusurlar görürse baştabibe bilgi vererek düzeltilmesini sağlar. Uygun nitelikte olmadığı ilgililerce bildirilen besin maddelerini baştabibin izniyle geri çevirir.

Hastane Müdür Yardımcısının Görev ve Yetkileri:

Hastane müdür yardımcısı; hastane müdürünün görevlerine yardım eder. Hastane müdürünün kendisine vereceği idari, mali ve teknik görevlerde kanun, tüzük, yönetmelik ve diğer mevzuata göre hizmet görür. Hastane müdürünün yokluğunda onun görevini yapar.

İdare Memurunun Görev ve Yetkileri:

İdare memuru, hastane müdür yardımcısı bulunmayan kurumlar da hastane müdürünün yardımcısıdır. Hastane müdür ve yardımcısının bulunmadığı yerlerde, baştabibin sorumluluğu altında hastane müdürünün görevlerini yapmakla yükümlü olup onun yetkilerini kullanır.

Hasta Kabul Memurunun Görevleri:

Hasta kabul memuru; en az lise ve dengi okul mezunu olup hasta kabulü, hasta çıkarılması, doğumlar ve ölümlerle ilgili bütün işlemleri yapmakla yükümlüdür. Bu bölümde çalışanların birinci derecede amiridir.

- a) Hasta kabul yerinin temizliğini, düzen ve disiplinini sağlar.
- b) Kuruma yatırılan hastaların kabul evrakı ve kimlik belgelerini tetkik ederek künyelerini eksiksiz bir şekilde saptar ve hasta kabul defterine yazar. Herhangi bir nedenle istenen bilgileri veremeyecek durumda olan ve kimlikleri belirlenemeyen hastaların kimliklerinin saptanması için baştabibe ve nöbetçi tabibe bilgi verir ve tabelalarını çıkartarak hasta kabul defterine kayıt ettiği künyelerini aynen bunlara geçirir ve giriş evrakını da ayrıca saklar.
- c) Hasta kabul defterine hastaların ayrıntılı kimlikleriyle beraber giriş tarih ve saatlerini, geldikleri yeri ve açık adreslerini, hangi servise yatırıldıklarını, çıkardıklarında çıkış tarihleriyle protokol numaralarını, hastalık ve sonuçlarını (şifa, selah haliyle, vefat) tabeladan naklen kayıt ve işaret eder. Ölenlerin gün ve saati ile cesetleri hakkında ne gibi işlem yapıldığını kurumca nereye gömüldüklerini ailesine teslim edilenleri ayrıca yazar.

Hasta kabul defterinde her yıl protokol numarası birden başlayarak yeniden verilir. Defter bitmemişse bir sahife ara ile defter kullanılmaya devam edilir.

d) Kurumda doğum olduğunda, doğan çocuğun doğum günü ve saati, ana ve babasının adı ve soyadı ile tabiyet ve dinleri, çocuğun cinsiyeti günü gününe servis protokol defterine kaydolunmakla beraber çıkışında bunlar kabul defterine işlenir. Yeni doğan çocuklara ayrıca bir tabela çıkarılması ve gerek anaya ve gerekse çocuğu ait numaraların karşılıklı her iki tabelaya yazılması ve kurumdan çıktıklarında bu tabelaların birbirine bağlı olarak saklanması gerekir.

Hasta kabul memuru, kurumda doğan çocukların doğumlarını, ilgili cetvellere kaydederek bir ay içinde baştabiplik yoluyla nüfus idarelerine bildirmek zorundadır.

e) Ölen hastaların tabelasındaki ve hasta kabul defterindeki açıklamalara göre ve basılı örneklerindeki yazılı bölümleri bütün ayrıntıları ile okunaklı olarak doldurup (hastanelere mahsus ölüm haber ihbar varakası) düzenler. Her iki tabela ile birlikte baştabibe götürüp imza ettirildikten sonra ihbar varakası nüfus dairesine gönderilmek üzere idareye verilir. Gömme izni de uygun şekilde onaylatılır ve mezarcıya verilmek üzere imama teslim edilir.

f) Her gün kuruma kaç hasta girip çıktığını ve kaç ölüm olduğunu bir cetvel halinde düzenleyip ertesi gün sabahleyin ve sonunda da günlük cetvellerin toplamını yaparak sağlık istatistikçisine, yoksa hastane müdürüne verir.

g) Hasta emanet eşya deposunda ayrıca bir görevli bulunmadığı takdirde, yatan ve çıkan hastaların elbise para ve değerli eşyaları hakkında, bu yönetmeliğin "hastaların kabulü" kısmında yazılı hükümlere göre işlemleri yapar.

h) Devlet daire ve kurumlarına mensup bir kimsenin kurumda ölümü halinde, mensup olduğu daire ve kuruma ölümün vukuu ve teşhisinin resmi bir yazı ile en kısa zamanda bildirilmesi için gereken işlemleri yapar.

i) Yatan hastaların ziyaretçiler tarafından kolayca bulunması için kurulacak sistemin işlemesi bakımından sosyal hizmet, sosyal servis, halkla ilişkiler veya müracaata, yatan ve çıkan hastaları muntazam ve anında bildirir.

Halkla İlişkiler Memurunun Görevleri:

Halkla ilişkiler memuru sosyal hizmet uzmanı bulunmayan kurumlarda müracaat ve halkla ilişkiler hizmetlerini yürütür. Bu takdirde hastane müdürüne bağlı olarak görev yapar. Sosyal hizmet uzmanı bulunan kurumlarda, sosyal hizmet uzmanına bağlı olarak çalışır. Hasta sahiplerini hastalarını aramaları için düzenlenen pano veya listelere giren veya çıkan hastaları muntazam işler, hastaların posta hizmetlerini düzenler.

İmam ve Gassalın Görevleri :

İmam ve gassal, gömme izni belgesi ile gasilhaneye gelen her cenazenin geldiği servis ve konulan teşhisi, başka yerden gelmişse nereden geldiğini, gasilhaneye geliş-gidiş gün ve saatini, hastanece defnedilmişse hangi mezarlığa ve hangi numaralı mezara gömüldüğünü, cenaze sahiplerine verilmişse kime teslim edildiğini, adli ve resmi makamlarla ilişkisi varsa, kimin emri ile kime teslim edildiğini okunaklı ve düzenli bir şekilde bir deftere kaydetmekle yükümlüdür. Her ölünün sağ ayağının başparmağına bağlanmış olan künye kartonunun muhafazasından imam ve gassal sorumludur. Bu işlemlerden sonra imam ve gassal erkek cenazeleri yıkar, teşhiz, tekfin eder, gerekli dini ödevleri yapar ve Umumi Hıfzıssıhha Kanunu hükümlerine göre mezarlığa gömülmesini sağlar. Kurumda kadın gassal yoksa kadın ölülerin gasil, teşhiz ve tekfinleri hastanece temin edilecek bir kadın gassala yaptırılır. İmam ve gassal Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 57 nci maddesinde sayılan hastalıklardan ölenlerin cesetlerini antiseptik eriyiklere batırılmış çarşafa sardırıp, gasilhaneye naklini sağlar. Gasilhanede üzerine sabunlu kaynar su dökülerek ve kefeni antiseptik bir eriyikle ıslatarak tabuta koydurur. Kuduz, kolera, çiçek, şarbon ve vebadan ölenlerin üzerine bir kat toprak bir kat kireç koymak ve üstünü de toprakla örtmek suretiyle gömdürür. İmam ve gassal, bazı sorumluluklar nedeniyle hastanelere getirilen cenazeleri, ölüm raporları bulunmak şartıyla ve baştabibin müsaadesiyle gasilhaneye alır, yıkanma, teşhiz ve tekfin işlemlerini yapar. Bunlar için ayrı bir defter tutar ve gerekli bilgileri kaydeder. Bu cenazelerin gömülmesinden de sorumludur. Ancak, cenaze masrafları sahipleri tarafından karşılanır. İmam ve gassal hastanede ağırлаşan hastalarla, sahiplerince kaldırılacak cenazelerin dini ödevlerini de yerine getirmek zorundadır. İmam ve gassal gasilhanenin temizliğini yaptırmak ve cenazenin kokuşmamasını sağlamakla yükümlüdür.

Teknisyenin Görevleri: Teknisyen, hastanede bulunan bütün sıhhi ve fenni tesisler ve cihazların, muayene, kontrol, bakım, işletme ve küçük onarımlarını yapmakla ve muhafazasıyla yükümlüdür. Teknisyen ayrıca önemli ve acil hallerde ve gerektiğinde çalışma saatleri dışında yapılacak davete derhal uymak zorundadır.

Santral Memurunun Görevleri: Kurumun dış ve iç haberleşme hizmetlerini görür. Santral memuru, hariçten müracaatlara nezaketle cevap verir. Hastaların durumu hakkında bilgi isteyenlere servis ilgililerinin izni ile bilgi verir. Şehirlerarası konuşmalar için bir defter tutar, konuşanı ve konuştuğu yeri kaydeder. Konuşma özel ise, postaneden bildirilen ücretin tahsili için durumu idareye bildirir.

Aşçıbaşı ve Aşçının Görevleri: Aşçıbaşı veya aşçı, günlük tüketim maddeleri tabelasına göre anbar memuru tarafından görevlilerin huzurunda kendisine teslim edilen bütün besin maddelerini (bulunan yerlerde diyetisyenin direktif ve kontrolü altında) mevcut listeye göre tertipli ve düzenli ve iyi bir şekilde pişirip iştah açıcı bir şekilde hazırlamak, yeter sıcaklıkta dağıtımını sağlayıp, hastalara ve personele göndermekle yükümlüdür. Aşçıbaşı veya aşçı teslim aldığı erzak vesair maddeleri tamamen yerine sarfetmek ve israfına katiyen meydan vermemek zorundadır. Aşçıbaşı veya aşçı bakırdan yapılmış tencerelerin daima kalaylı bir halde bulunmasına dikkat etmek ve kalaysız olanları vaktinde kalaylatmak üzere derhal idare memuruna haber vermek zorundadır. Mutfağın genel temizliğini yapmak ve yaptırmak ve pişirmek üzere kendisine teslim edilen maddeleri temiz bir halde ve bozulmayacak şekilde saklanmasını sağlamakla görevlidir.

Çamaşırhane ve Ütühane Sorumlusunun Görev ve Yetkileri: Hastane müdürüne bağlı olup çamaşırhane ve ütühanenin sorumlusudur. Bu yönetmelik hükümlerine göre baştabiplik emirlerine uygun olarak buranın düzenli ve verimli bir şekilde işlenmesini sağlar. Buralarda çalışanların görev taksimini yapar, çalışmalarını kontrol eder. Çamaşırhane ve ütühane ile servisler arasındaki ilişki ve alışverişi düzenler.

Çamaşırcının Görevleri: Çamaşırcı, çamaşır makinaları ile makina yoksa, elle çamaşırları yıkamak ve kurutmakla yükümlüdür. Yıkanan çamaşırları kuruduktan sonra ütüye, tamiri gerekenleri terziye gönderir. Çamaşırcı, çamaşır yıkama, sıkma ve kurutma makinalarının kullanma ve bakımından sorumludur. Arızaları zamanında, çamaşırhane ve ütühane sorumlusuna bildirir. Hastane hizmetlileri tarafından usulüne uygun olarak getirilen bulaşıcı hastalıklı hastalara ait çamaşırları birbirine karıştırmayarak ayrı ayrı yerlerde bulundurur. Bunlardan bulaşıcı hastalıklara ait olanları diğerlerinden ayrı olarak yıkar. Bu çeşit çamaşırları yıkarken çamaşırhane'nin hiçbir tarafını bulaştırmamağa ve aynı zamanda kendini intana uğratmamaya son derece dikkat eder. Ayrıca çamaşırhane ve ütühane sorumlusu bulunmayan kurumlarda çamaşırcılardan en yetenekli olanı hastane müdürünce çamaşırhane ve ütühane sorumlusu olarak görevlendirilir.

Ütücünün Görevleri: Ütücü, çamaşırhanelerde yıkanan gömlek ve lüzumlu diğer çamaşırları kolalayıp, muntazam ütüler ve sahiplerine verilmek üzere dolaplara askı ile asar. Ayrıca ütülenmesi gereken ve hizmet esnasında giyilen her türlü giyecekler ile hasta pijaması, masa örtüsü, peçete ve diğer çamaşırları ütüler.

Terzinin Görevleri: Terzi, çamaşırhane'den gönderilen kurutulmuş çamaşırların yırtık ve söküklerini tamir eder. Kopmuş düğmeleri diker. Kurum tabip, memur ve müstahdemlerinin görev sırasında giyecekleri gömlekleri, hasta çamaşırlarıyla yatak çarşaf ve yastık kılıflarını ve benzeri kurum çamaşırlarını biçer, diker ve bunları çamaşırhane ve ütühane sorumlusuna verilmek üzere depoya teslim eder. İmalat için ambardan aldığı mensucatı cins ve miktar olarak bir deftere kaydeder ve işlenmiş eşyanın cins ve miktarını da bir defterde gösterir. Birden fazla terzi bulunan terzihanelerde içlerinden birisi terzihaneye ait idari işleri yönetmek, terzihanenin düzenli çalışmasını sağlamak için hastane müdürünce sorumlu seçilir.

Bahçivanın Görevleri: Madde 173 – Bahçivan, kurum bahçesini bir plana göre düzenlemek, tarhlar vücade getirerek, çiçeklerle süslemek, ağaçlar dikip yetiştirmek, bahçenin yollarını temizlemek, çiçekleri sulamak, ağaçları vaktinde budamak ve mevsimine göre fide ve fidan yetiştirmek, gereken aşıları yapmakla yükümlüdür. Kendisine teslim edilen işi ile ilgili aletleri iyi kullanmak ve muhafaza etmekle görevlidir.

7. Hasta Mahremiyeti

Dayanağı:

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 21, 22, 23

Açıklama:

Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbî müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

- Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbî değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbî müdahale sırasında bulunmamasını,
- Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsî ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez. Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbî müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır. Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbî ameliyeye tabi tutulamaz. Bir suç işlediği veya buna iştirak ettiği şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun muhtemel delillerinin, kendisinin veya mağdurun vücudunda olduğu düşünülen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbî ameliyeye tabi tutulması, hakimnin kararına bağlıdır. Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.

Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz. Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir. Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.

DANIŞMA HİZMETLERİ KONTROL KRİTERLERİ

1. Ziyaret saatleri
Dayanağı:
YTKİY Madde 95, 96, 97, 98
Açıklama:
Yataklı Tedavi kurumlarında yatan hastaların yakınları tarafından ziyaret edilmelerine, bölgesel koşullar ve kurumun durumu göz önüne alınarak, her gün veya haftada birkaç gün olmak üzere öğleden sonralara baştabibin saptayacağı saatlerde izin verilir. Ziyaret saatleri dışında hasta ziyareti baştabib veya nöbetçi tabibin izni ile mümkündür. Baştabiblikçe gerekli görüldüğü takdirde bir veya birkaç uzmanlık dalı için ayrı ayrı ziyaret günleri düzenlenebilir. Yataklarından kalkabilen ve hasta oda ve dairelerinden çıkmalarında sakınca olmayan hastalar için mümkünse hasta odaları dışında ayrı ziyaret yerleri ayrılır. Bir hasta için aynı anda ikiden fazla ziyaretçi alınmaz ve hasta ziyaretleri 15 dakikadan fazla olamaz. Ziyaretçilerin hasta yataklarında oturmaları ve hasta eşyasını kullanmaları önlenir. On yaşından aşağı ziyaretçi çocuk kabul edilmez. Zorunlu hallerde baştabib veya nöbetçi tabibin izni ile çocukların ziyaretine müsaade edilebilir. Bulaşıcı ve salgın hastalıklardan birine yakalanmış olanlarla, ziyaretlerinde herhangi bir sebeple sakınca bulunan hastaların ziyaret edilmesi yasaktır. Hastalara dışardan yiyecek ve içecek getirmek yasaktır. Ziyaretçiler tarafından getirilen her türlü gıda maddesi veya eşya kapıda alıkonularak çıkarken sahibine iade edilir. Herhangi bir sıhhi ve tıbbi sakınca olmadıkça kurumlara yatan tutuklu ve hükümlüler Cezaevi Yönetmeliğine uygun olarak haftada bir gün 10 dakika ziyaret edilebilirler. Bu ziyaret saatinde cezaevinden lüzumuna göre erkek veya kadın bir memur veya gardiyan kuruma gelerek ziyaretçileri görür, üzerlerini arar ve ziyarete izin verir. Kurum idaresi, tutuklu ve hükümlüleri ve gelen ziyaretçileri seçme ve araştırma yönünden sorumlu tutulmaz.
2. Bankoların yüksekliği
Dayanağı:
Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Yatırım Daire Başkanlığı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Tüm Hastaneler Ve Yataklı Adsm'lerde Uygulanacak Olan Yenilikler
Açıklama:
Tüm hemşire deskleri, danışman deskleri, resepsiyon bankoları ve kayıt-bilgi işlem bankoları yükseklikleri, banko arkasındaki personelin hastayı görebileceği yükseklikte olacaktır. Deskin arkası üzerine yerleştirilen monitör genişliğini kapatacak şekilde kısmen yükseltilecektir. Bu kısım banko önündeki hastayla personelin birbirini görmesini engellemeyecek şekilde olmalıdır.
3. Danışmada sağlık tesisine ait broşür
Dayanağı:
Hasta Hakları Yönetmeliği, Madde 7
Açıklama:
Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluşta verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyetle sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar.
4. Danışmada yatan hasta bilgileri
Dayanağı
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5

Açıklama
Yatış ve sevk durumunda, hastaya ait kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler, hasta teslimi sırasında, doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilir. Hasta/hasta yakını, hastanın bölüme kabulünde, bölüme ilişkin bilgilendirilir. Bilgilendirmede; Kahvaltı ve yemek saatleri, Ziyaret saatleri ve kuralları, Telefon kullanımı, Hemşire çağrı sistemi kullanımı, Tuvalet-banyo kullanımı, Hekim vizitleri, Acil durum planı yer alır.
5. Engelli ve yaşlı hasta işlemleri
Dayanağı
2010/79 Sayılı Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge, Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama
Sağlık kuruluşlarında özürlü ve yaşlı hastalara hizmet alımlarını kolaylaştıracak, işlemlerinde yardımcı olacak refakatçi personel (hostes hizmeti) temin edilecektir. Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır. Yaşlı ve engelli kişilerin öncelikli kayıt yaptırmaları sağlanmalıdır. Yaşlı ve engelli kişilerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Yaşlı ve engelli kişilerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelikli olmaları sağlanmalıdır.
6. Danışmada yabancı dil bilen personel
Dayanağı
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5 Sağlık Hizmetleri
Açıklama
Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunulması sağlanmalıdır. Gerektiğinde yabancı dil ve işaret dili bilen personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
7. Veri girişleri
Dayanağı
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5 Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
Açıklama
Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır. Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır

GÜVENLİK HİZMETLERİ KONTROL KRİTERLERİ

1. Renkli kodlar kullanılması
Dayanağı:
Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik
Açıklama:
Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak; 1) Mavi kod uygulamasının yapılması, Mavi kod; hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur. 2) Pembe kod uygulamasının yapılması, Pembe kod; hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. 3) Beyaz kod uygulamasının yapılması, Beyaz kod; hastanede görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. 4) Kırmızı kod, Kırmızı kod; hastanede çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.
2. Renkli kod ve acil çağrılar
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Mavi kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır. Uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, mavi kod için 2222 olarak belirlenen numara kullanılmalıdır. Pembe kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır. Uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, pembe kod için 3333 olarak belirlenen numara kullanılmalıdır. Beyaz kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmalıdır. Uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, beyaz kod için 1111 olarak belirlenen numara kullanılmalıdır. Hastanede, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanan acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
3. Bina Güvenliği
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Bina güvenliği komitesi bulunmalıdır. Hastane yönetimince oluşturulan komite, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. Komitede hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır. Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir: Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi, Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması, Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması, Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları, Atık yönetimi çalışmaları, Tıbbî cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planlarını ve kalibrasyonlarının yapılması, Tehlikeli maddelerin yönetimi. Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır. Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.
4. Güvenlik sistemleri için gerekli planlar
Dayanağı:
Hastane Afet ve Acil Durum Planları (Hap) Uygulama Yönetmeliği, Madde 10
Açıklama:

Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) başkanına, HAP'ın hazırlanması konusunda hastanelerin bu Yönetmelik ile büyük ölçekli hastane modeline dahil edilenlerde HAP ofisi, orta ölçekli hastane modeline dahil edilenlerde HAP birimi, küçük ölçekli hastane modeline dahil edilenlerde HAP temsilciliği yardımcı olur ve HAP başkanına bağlı olarak çalışır. Söz konusu ofis/birim ve temsilcilikler çalışmalarını kalite denetim ofis/birim ve temsilcilikleri ile işbirliği içinde yürütür. HAP temsilciliği/birimi/ofisinde, iletişim ve haberleşme araçları ile hastane afet planı ve eklerinin bir örneğinin muhafaza edildiği alanlar olmalıdır. Bu alanlar, tatbikatlar, acil durum, olağan dışı durum ile afetlerde HAP'tagörevli komisyon ve temel pozisyonlarda görevli personelin toplanma ve yönetim merkezi olarak kullanılır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna bağlı E-II ve E-III Tipi Entegre İlçe Devlet Hastaneleri, HAP planı kapsamında tahliye ve acil eylem planı yapar.
5. Tıbbî numunelerin kaydı
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Versiyon 5) Sağlık Sistemleri
Açıklama:
Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir. Numunelerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir. Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir. Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır. Kayıtlarda asgari; tarih ve saat, numuneleri gönderen bölüm, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır. Bu bilgiler HBYS üzerinde izlenebilir olmalıdır. Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır. Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır. Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

YEMEKHANE VE KANTİN/KAFETERYA HİZMETLERİ KONTROL KRİTERLERİ

1. Yemeklerin sıcak sunumu
Dayanağı
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Versiyon 5) Destek Hizmetleri
Açıklama
Yemekler türlerine göre uygun ısıda sunulmalıdır.
2. Yemeklerin hazırlanmasında hijyen ve temizlik
Dayanağı
YTKİY
Açıklama
Mutfağın temizlik ve düzeni, mutfak personelinin sağlıklı olması, yiyeceklerin hijyen kurallarına uygun, lezzet ve besin değerlerinden kayba uğramadan pişirilmesi sağlanır.
3. Yemeklerin dağıtımında hijyen ve temizlik
Dayanağı
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Versiyon 5) Destek Hizmetleri, YTKİY
Açıklama
Yemekler, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır. Yiyeceklerin dağıtımı kontrol edilir. Servis mutfaklarının hijyen standartlarına uygun olarak işlemesi sağlanır.
4. Hasta odalarında yemek yenilecek ortam
Dayanağı
MEB, Hasta Odası Hazırlama
Açıklama
Hasta odasında her hasta yatağı için yatağının başucunda hastanın bardak, su, peçete gibi günlük kullanabileceği eşyalarını koyabileceği çekmeceli, tekerlekli, küçük etajer bulunur. Son yıllarda kullanım kolaylığı ve yerden tasarruf sağlaması nedeniyle, yemek masası aparatı da bulunan etajerler tercih edilmektedir. Etajerde yemek masası aparatı yoksa her hasta için bir adet, yüksekliği ayarlanabilen, tekerlekli, yatak üzerinde kolay hareket edebilen yemek masası bulunur.
5. Kantin/kafeteryanın fiziksel ihtiyacı karşılaması
Dayanağı
2011/2 sayılı Bakanlığımıza tahsisli taşınmazlardaki büfe, kantin, çay ocağı gibi yerlerin amacına yönelik kullanılmasına ilişkin genelge
Açıklama
Kiracı sözleşmenin devamı süresince kira süresinin uzatımı, kira bedelinin indirilmesi, ödeme tarihi ve miktarları ile kiralanan alanın yüzölçümünün değiştirilmesi gibi taleplerde bulunamaz. Kiraya verilen ticari alanların kamudan kaynaklanan sebeplerle, bir kısmının kurum ihtiyaçları için kullanılmasına karar verilmesi halinde, yeni kira bedeli belirlenirken sadece m ² ölçülerinin baz alınmaması, m ² 'nin fiyata yansımalarının yanında müşteri sayısında herhangi bir azalmaya neden olup olmadığının da dikkate alınması gerekmektedir.

6. Kantin/kafeteryanın hizmet çeşitliliği
Dayanağı
Kantinlere Dair Özel Hijyen Kuralları Yönetmeliği
Açıklama
Verilen hizmet, ürün çeşitliliği, kalitesi, dizaynı ile hastane kantinleri düzenlenir.
7. Ambalajsız gıdalar
Dayanağı
Kantinlere Dair Özel Hijyen Kuralları Yönetmeliği, Madde 24
Açıklama:
(1) Gıda işletmelerinde gıdanın servisi, satışı ve tüketimi ile ilgili gereklilikler aşağıda belirtilmiştir. f) Ambalajsız gıdalar doğru sıcaklıkta ve uygun koşullarda muhafaza edilir. g) Ambalajsız gıdalar bir personel gözetim ve denetiminde satış ve tüketime sunulur. Herhangi bulaşma veya tehlikenin tespit edilmesi durumunda bu gıdaların satışına ve tüketimine izin verilmez.
8. Satışı ve kullanımı yasaklı ürünler
Dayanağı:
2011/2 sayılı Bakanlığımıza tahsisli taşınmazlardaki büfe, kantin, çay ocağı gibi yerlerin amacına yönelik kullanılmasına ilişkin genelge
Açıklama:
Hastane kantinlerinde, hastane içerisinde satılması veya kullanılması yasaklanmış olan ürünlerin (4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun kapsamındaki ürünler ile 17.05.2002 tarih ve 24758 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Oyuncaklar Hakkında Yönetmelik'te belirtilen esaslara uygun olmayan oyuncaklar ve oyuncak niteliğinde olmayan ürünler) satılmaması.
9. Gıdalarda soğuk zincir
Dayanağı:
Gıda Maddelerinin Genel Etiketleme ve Beslenme Yönünden Etiketleme Kuralları Tebliği, Madde 16, 23
Açıklama:
Hammadde ve/veya gıdanın temini Gıda işletmelerinde hammadde ve/veya gıdanın temini ile ilgili gereklilikler aşağıda belirtilmiştir. a) Gıdaların işletmeye kabulünde, ilgili mevzuat hükümlerine uygun olmaları esas alınır. b) Temin edilen gıdanın ilgili mevzuata uygunluğunda şüphe varsa, getirilen gıda maddeleri kabul edilmez ve konuyla ilgili olarak Bakanlık il/ilçe müdürlükleri bilgilendirilir. c) Soğuk zincir bozulmadan taşınması gereken hammaddelerin kabulü sırasında mutlaka sıcaklık kontrolü yapılır ve soğuk zincir kesintiye uğratılmaksızın hammaddelerin depolanması sağlanır.
Sıcaklık kontrolü ve soğuk zincir Gıda işletmelerinde gıdanın sıcaklık kontrolü ve soğuk zincirin korunması ile ilgili gereklilikler aşağıda belirtilmiştir. a) Gıdanın soğutma işlemi hızla gerçekleştirilir. Gıdanın sıcaklığı 60°C'den 37°C'ye en çok iki saatte, 37°C'den 4°C'ye en çok dört saatte düşürülür. b) Gıda tüketilinceye kadar sıcak olarak muhafaza edilecekse, muhafaza sıcaklığının 63°C'nin üzerinde olması gerekir. c) Soğuk tüketilen veya soğukta muhafaza edilen gıdalar 4°C'nin altındaki ortamlarda bekletilir.

10. Kiralanan alan dışına yerleşim yasağı
Dayanağı:
2011/2 sayılı Bakanlığımıza tahsisli taşınmazlardaki büfe, kantin, çay ocağı gibi yerlerin amacına yönelik kullanılmasına ilişkin genelge
Açıklama:
Hastane bahçesi ve bina içinde Milli Emlak tarafından büfe, kantin ve çay ocağı amacıyla kiralanın mekanlar dışında; poliklinik birimleri, servisler veya koridorlarda seyyar araba veya kişiler aracılığı ile satış yapılmasının engellenmesi,

TEMİZLİK HİZMETLERİ KONTROL KRİTERLERİ

1. Günlük temizlik planları
Dayanağı:
YTKİY, Madde 88
Açıklama:
Poliklinik, servis, laboratuvar, ameliyathane, mutfak, çamaşırhane, bahçe gibi hizmet birimlerinin temizliği, hastane personeli tarafından veya hizmet alımı yoluyla yapılır. Bu hususlarda gerekli önlemleri almak ve yöntemleri sağlamak için ilgili bir uzman başkanlığında başhemşire, hastane müdürü, baştabibin lüzum göreceği diğer personelin katılmasıyla bir "Temizlik Komitesi" kurulur. Bu komitece, temizliğin birimlere göre kimler tarafından, ne zaman ve ne şekilde yapılacağı ile bunların ve temizlik maddelerinin sarf şeklinin kimler tarafından kontrolünün sağlanacağı hususları bir iç yönerge ile tespit edilir. Birimlerin temizlik sorumluları ait oldukları birimlerde bir çizelgede belirtilerek denetimde görülecek şekilde asılı bulundurulur. Bu komitenin sekreterliğini hastane müdürü yapar. Toplantı ve kararlar özel bir deftere kayıt ve imza edilerek kararın bir örneği uygulanmak üzere baştabibe verilir.
2. Periyodik (haftalık ve aylık) temizlik planları
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Poliklinik, servis, laboratuvar, ameliyathane, mutfak, çamaşırhane, bahçe gibi hizmet birimlerinin temizliği, hastane personeli tarafından veya hizmet alımı yoluyla yapılır. Bu hususlarda gerekli önlemleri almak ve yöntemleri sağlamak için ilgili bir uzman başkanlığında başhemşire, hastane müdürü, baştabibin lüzum göreceği diğer personelin katılmasıyla bir "Temizlik Komitesi" kurulur. Bu komitece, temizliğin birimlere göre kimler tarafından, ne zaman ve ne şekilde yapılacağı ile bunların ve temizlik maddelerinin sarf şeklinin kimler tarafından kontrolünün sağlanacağı hususları bir iç yönerge ile tespit edilir. Birimlerin temizlik sorumluları ait oldukları birimlerde bir çizelgede belirtilerek denetimde görülecek şekilde asılı bulundurulur. Bu komitenin sekreterliğini hastane müdürü yapar. Toplantı ve kararlar özel bir deftere kayıt ve imza edilerek kararın bir örneği uygulanmak üzere baştabibe verilir.
3. Dış mekân temizliği
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Bahçe temizliği yapılır. Otopark temizliği yapılır. Buzlanmayı önleyici tedbirler alınır. Kar yağışında işleyişi olumsuz yönde etkileyecek alanlar belirlenir ve temizlenir. Dış mekân çöpleri toplanır. Çevrede bulunan çöp kutuları temizlenir.
4. Dış cephe temizliği
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Yapılacak işe uygun temizlik araç gereçleri hazırlanır. Yüksek ve zor yetişilen geniş alanlı cam ve ayna yüzeyler (özellikle dış cephelerde) cam silme aleti kullanılarak silinir. Çalışanın güvenliği açısından tabanı kaymayan ayakkabı giyilmelidir.
5. Hasta odalarının temizliği
Dayanağı:

Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Steril olmayan eldiven kullanılarak çöpler günde en az iki kere “Atık Takip Formu” ve “Çöp Toplama Talimatına” göre toplanır. Çöp kovaları görünür kir varlığında hemen, periyodik olarak da haftada bir kere yıkanıp durulanır. Atık kovaları riskli enfeksiyöz materyalle kontamine olduysa 1/100 çamaşır suyu ile dezenfekte edilir. Lavabolar günlük temizlenir. Pencere kenarı, ve kapı kolu günlük temizlenir. Hasta yatağı, etajer, sandalye, yemek masası gibi düz yüzeyler deterjanlı su ile günlük temizlenir. Duvarlar, kapı ve kapı çevresi gerektiğinde ıslak temizlik veya leke temizliği yapılır. Kan ve diğer potansiyel riskli materyal ile bulaşma durumunda kirli alan dezenfektanla ıslatılır. Kağıt havlu ile temizlenir ve sonra dezenfektanlı ıslak paspas yapılır.
6. Ortak kullanım alanlarının temizliği
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Zemin ve koridorlar, deterjanlı su ile kirlendiğinde ve günlük olarak paspaslanır, kurulanır. Bekleme alanları temizlenir, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanır.
7. WC’lerin temizliği ve dezenfektasyonu
Dayanağı:
YTKİY Madde 88
Açıklama:
Temizlik yaparken tuvaletlerin, banyoların, enfekte ve steril bölümlerinin ayrı ve kendi koşullarına göre temizliklerinin yapılmasına itina edilir. Bunun dışında periyodik olarak tuvaletlerin ve zeminlerin dezenfektan maddelerle genel temizlikleri yaptırılır.

ÇAMAŞIRHANE VE TERZİLİK HİZMETLERİ KONTROL KRİTERLERİ

1. Kimyasallara ait bilgi ve talimatlar
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanır. Bu kurallar: Uygulama zamanı tanımlanır. Uygulama kapsamı tanımlanır. Uygulama yöntemi ve kullanılacak materyaller tanımlanır.
2. Çamaşır yıkama, kurutma ve ütüleme alanları
Dayanağı:
YTKİY, Madde 93-94; Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Versiyon 5) Destek Hizmetleri
Açıklama:
Çamaşır işleri; kirli çamaşırların servislerden çamaşırhaneye gelişi, yıkanış ve kurutuluşu, ütüleme işleri, tasnif ile servislere dağıtılması ve depolama hizmetlerinden ibarettir. Kurumca sağlanan veya kurum terzihanesinde dikilen her türlü çamaşır çamaşırhane yetkilisine, depo memuru tarafından zimmetle teslim edilir. Bu teslim edilen eşyalardan çamaşırhane yetkilisi kurum deposuna karşı sorumludur. Çamaşırhane yetkilisi servislere ihtiyacı miktarınca vereceği çamaşır vesaireyi takip etmekle görevlidir. Servis sorumlu hemşireleri kendilerine zimmet mukabili teslim edilen bu gibi eşyadan çamaşırhane yetkilisine karşı sorumlu olup, bu hizmet akışından başhemşirede baştabibe karşı sorumludur. Hastane müdürü ise bu konuda başhemşireye yardım etmekle yükümlüdür. Personelin gömlekleri ve lüzum görülen diğer çamaşırları ayrı olarak yıkanır ve kolalanır. Bütün hasta çamaşırları ütülenir ve muntazam katlanarak, varsa genel çamaşır deposuna yoksa, servis dolaplarına yerleştirilir. Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır. Hastanede kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere; toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
3. Yıkama talimatları
Dayanağı:
YTKİY, Madde 93
Açıklama:
Servisler, kirli çamaşırlarını çamaşırhaneye götürür ve götürdüğü kadar temiz çamaşır alır. Çamaşırhane kendisine gelen kirlilerden, yıpranmış fakat tamiri kabil olanları onarılmak üzere zimmet veya makbuzla terzihaneye verir. Kullanılmaz duruma gelenlerini ayrı bir yerde toplar. Zaman zaman başhemşire, hastane müdürü ve çamaşırhane yetkilisi tarafından bunların tür ve miktarları tutanakla belirlenerek temizlik işlerinde kullanılmak üzere başhemşireye teslim edilir. İmha edilenler bir tutanakla çamaşırhane zimmetinden düşülür. Yerine verilecek yeni çamaşırlar da zimmete geçirilir. Yeni açılacak servisler hizmeti çevirmeye yarıyacak ilk çamaşırları gerekli belgeleri düzenleyerek çamaşırhaneden alırlar.
4. Enfekte çamaşırlar
Dayanağı:
YTKİY, Madde 93
Açıklama:
Çamaşırhaneye yıkanmak üzere gönderilen çamaşırlardan enfekte olanlar Kan, cerehat vesair ifrazatla bulaşık bulunanlar ve normal çamaşırlar renkleri birbirinden farklı ve üzerinde servis işareti bulunan ayrı torbalar içersinde çamaşırhaneye teslim edilir. Enfekte olanlar dezenfeksiyon işlemine tabi tutulduktan sonra kan,

cerahat vesair organik madde ve ifrazatla bulaşık olanlar temizleyici bir solusyonda bırakılarak lekeleri eritilip, yıkanır. Çamaşırhanede çalışan personelin el ve ayakları için koruma tedbiri alınır.
5. Yırtık ve söküklerin tadilatları
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Kirlilerden, yıpranmış fakat tamiri kabil olanları onarılmak üzere zimmet veya makbuzla terzihaneye verilir. Terzi, çamaşırhaneden gönderilen kurutulmuş çamaşırların yırtık ve söküklerini tamir eder. Kopmuş düğmeleri diker.
6. Terzihanede işlem görececek tüm ürünler
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Kurum, tabib, memur ve müstahdemlerinin görev sırasında giyecekleri gömlekleri, hasta çamaşırlarıyla yatak çarşaf ve yastık kılıflarını ve benzeri kurum çamaşırların biçer, diker ve bunları çamaşırhane ve ütühane sorumlusuna verilmek üzere depoya teslim eder. İmalât için ambardan aldığı mensucatı cins ve miktar olarak bir deftere kaydeder ve işlenmiş eşyanın cins ve miktarını da bir defterde gösterir. Birden fazla terzi bulunan terzihanelerde içlerinden birisi terzihaneye ait idarî işleri yönetmek, terzihanenin düzenli çalışmasını sağlamak için hastane müdürünce sorumlu seçilir.

ATIK HİZMETLERİ KONTROL KRİTERLERİ

1. Tıbbî atıklar için ayrı personel
Dayanağı:
Tıbbî Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, Madde 26
Açıklama:
Tıbbî atıkları taşımakla görevlendirilen temizlik personeli çalışma sırasında eldiven, koruyucu gözlük, maske kullanır; çizme ve özel koruyucu turuncu renkli elbise giyer. Taşıma işleminde kullanılan özel giysi ve ekipmanlar ayrı bir yerde muhafaza edilir. Bunların temizlenmesi belediyece veya belediyenin görevlendireceği kuruluşça yapılır.
2. Tıbbî atık miktarları
Dayanağı:
Tıbbî Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, Madde 13
Açıklama:
C, D ve E grupları altında yer alan tıbbî atıklar, başta doktor, hemşire, ebe, veteriner, diş hekimi, laboratuvar teknik elemanı olmak üzere ilgili sağlık personeli tarafından oluşumları sırasında kaynağında diğer atıklar ile karıştırılmadan ayrı olarak biriktirilir. Toplama ekipmanı, atığın niteliğine uygun ve atığın olduğu kaynağa en yakın noktada bulunur. Tıbbî atıklar hiçbir suretle evsel atıklar, ambalaj atıkları ve tehlikeli atıklar ile karıştırılmaz. Tıbbî atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammadleden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılır. Torbalar en fazla ¾ oranında doldurulur, ağızları sıkıca bağlanır ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılmaz ve tekrar kullanılmaz. Tıbbî atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmaz, torbasından çıkarılmaz, boşaltılmaz ve başka bir kaba aktarılmaz. Tıbbî atıkların basınçlı buhar ile sterilizasyon işlemine tabi tutulması durumunda atıklar otoklav torbaları ile otoklavlanabilir kesici-delici tıbbî atık kaplarına konulurlar. Otoklav torbalarının yukarıda belirtilen teknik özelliklerin yanı sıra 1400C’a kadar nemli-basınçlı ısıya dayanıklı ve buhar geçirgenliğine haiz olması zorunludur. Sıvı tıbbî atıklar da uygun emici maddeler ile yoğunlaştırılarak yukarıda belirtilen torbalara konulur. Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbî atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, en fazla ¾ oranında doldurulur, ağızları kapatılır ve kırmızı plastik torbalara konur. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılmaz ve geri kazanılmaz.
3. Tıbbî atık miktarlarıyla ilgili yönetim
Dayanağı:
Tıbbî Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, Madde 5
Açıklama:
Tıbbî atıkların yönetimine ilişkin ilkeler şunlardır; a) Tıbbî atıkların çevre ve insan sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı olarak alıcı ortama verilmesi yasaktır. b) Tıbbî, tehlikeli ve evsel atıkların oluşumunun ve miktarının kaynağında en aza indirilmesi esastır. c) Tıbbî atıkların, tehlikeli ve evsel atıklar ile karıştırılmaması esastır. d) Tıbbî atıkların kaynağında diğer atıklardan ayrı olarak toplanması, biriktirilmesi, taşınması ve bertarafı esastır. e) Tıbbî atıkların yarattığı çevresel kirlenme ve bozulmadan doğan zararlardan dolayı tıbbî atık üreticileri, taşıyıcıları ve bertarafçıları kusur şartı olmaksızın sorumludurlar. f) Tıbbî

atıkların yönetiminden sorumlu kişi, kurum/kuruluşlar, bu atıkların çevre ve insan sağlığına olabilecek zararlı etkilerinin azaltılması için gerekli tedbirleri almakla yükümlüdürler. g) Tıbbî atık üreticileri atıklarının bertarafı için gerekli harcamaları karşılamakla yükümlüdürler. h) Tıbbî atık üreten sağlık kuruluşları ile bu atıkların taşınması ve bertarafından sorumlu belediyelerin/özel sektör firmalarının tıbbî atık yönetimiyle ilgili personelinin periyodik olarak eğitimden ve sağlık kontrolünden geçirilmesi ve tıbbî atık yönetimi kapsamındaki faaliyetlerin bu personel tarafından yapılması esastır.
4. Ambalaj atıkları
Dayanağı:
Tıbbî Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, Madde 12
Açıklama:
B grubu altında yer alan kağıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıkları, kontamine olmamaları şartıyla diğer atıklardan ayrı olarak mavi renkli plastik torbalarda toplanırlar. Serum ve ilaç şişeleri gibi cam ambalaj atıkları ise yine kontamine olmamaları şartıyla cam ambalaj kumbaralarında, kumbara olmaması halinde ise diğer ambalaj atıkları ile birlikte mavi renkli plastik torbalarda toplanırlar. Kullanılmış serum şişeleri ayrı toplanmadan önce, uçlarındaki lastik, hortum, iğne gibi hasta ile temas eden kontamine olmuş materyallerden ayrılır. Kontamine materyaller diğer tıbbî atıklar ile birlikte 13 üncü maddede belirtilen esaslara göre toplanır. Toplanan ambalaj atıklarının, 24/8/2011 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanan Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği hükümleri doğrultusunda geri kazanımı sağlanır.
5. Evsel ve tıbbî atıkların bertarafı
Dayanağı:
Tıbbî Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, Madde 11, 31, 33, 34
Açıklama:
Evsel nitelikli atıklar: A grubu altında yer alan evsel nitelikli atıklar, tıbbî, tehlikeli ve ambalaj atıklarından ayrı olarak siyah renkli plastik torbalarda toplanırlar. Ayrı toplanan evsel nitelikli atıklar, ünite içinde sadece bu iş için ayrılmış taşıma araçları ile taşınarak geçici atık deposuna veya konteynerine götürülür ve ayrı olarak geçici depolanırlar. Evsel nitelikli atıklar toplanmaları sırasında tıbbî atıklar ile karıştırılmazlar. Karıştırılmaları durumunda tıbbî atık olarak kabul edilirler. Toplanan evsel nitelikli atıkların, Katı Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümleri doğrultusunda taşınmaları ve bertaraf edilmeleri sağlanır.
Tıbbî Atıkların Bertaraf Edilmesi/Belediyelerin sorumluluğu: Tıbbî atıkların yakılması suretiyle bertaraf edilmesinden büyükşehirlerde büyükşehir belediyeleri veya yetkilerini devrettiği kişi ve kuruluşlar, sterilizasyon işlemine tabi tutularak zararsız hale getirilmesinden büyükşehirlerde büyükşehir belediyeleri veya yetkilerini devrettiği kişi ve kuruluşlar, büyükşehir belediyesi olmayan yerlerde ise belediyeler veya yetkilerini devrettiği kişi ve kuruluşlar müteselsilen sorumludurlar. Tıbbî atık bertaraf tesisi işletmecisi kişi, kurum ve kuruluşlar, tıbbî atıkların bertarafı ile görevli personeli periyodik olarak eğitmek, sağlık kontrolünden geçirmek ve diğer koruyucu tedbirleri almakla yükümlüdürler.
Tıbbî atıkların yakılması: Tıbbî atıklar yakılarak bertaraf edilebilir. Yakma sistemleri büyükşehirlerde büyükşehir belediyeleri, büyükşehir belediyesi olmayan yerlerde belediyeler veya bunların yetkilerini devrettiği kişi ve kuruluşlar tarafından kurulur ve işletilir. Üniteler tarafından münferit yakma tesisleri kurulamaz ve işletilemez.
Tıbbî atıkların yakılması sırasında uyulacak esaslar: Tıbbî atıkların yakılarak bertaraf edilmesinde, 6/10/2010 tarihli ve 27721 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Atıkların Yakılmasına İlişkin Yönetmeliğin ilgili maddelerinde belirtilen esaslara uyulur. Yakma işlemine tabi tutulacak tıbbî atıklar içinde; başta kırılmış termometreler, kullanılmış piller/bataryalar gibi yüksek düzeyde civa ve kadmiyum içeren atıklar olmak üzere, gümüş tuzları içeren radyolojik atıklar, ağır metaller içeren ampuller ve basınçlı kaplar bulunmaz. Yakma işlemine tabi tutulacak tıbbî atıklar içinde büyük miktarlarda genotoksik atık mevcutsa, sıcaklığın en az 1100 °C olması zorunludur. Tıbbî atıklar, acil durumlarda Bakanlığın izni dahilinde, afet durumlarında ise Valilik onayı ile çevreye zarar verilmemesi, gereken tedbirlerin alınması, Atıkların Yakılmasına İlişkin Yönetmelik hükümlerinin sağlanması ve sürekli olmamak şartıyla yakma veya beraber yakma tesislerinde yakılabilir.

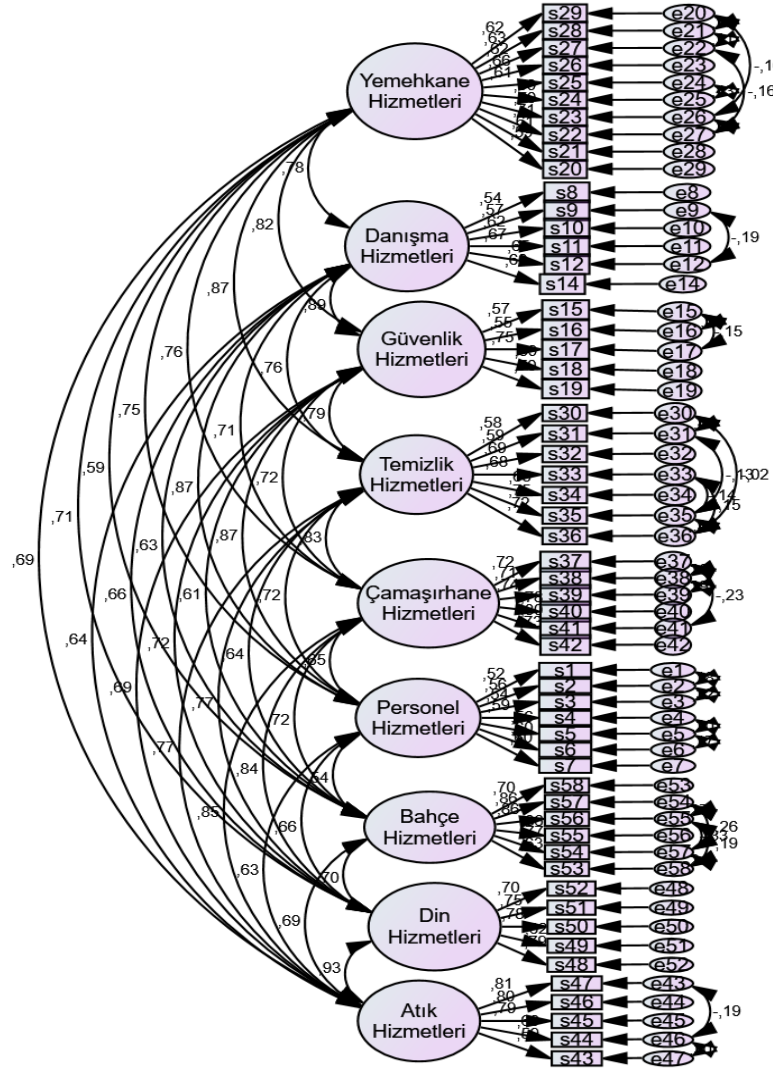
DİN HİZMETLERİ KONTROL KRİTERLERİ

1. Morga kabul edilen mevtaların muhafazası
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Kurumun yapısı ve hizmet sunulan hasta profili dikkate alınarak, ihtiyaç duyulan sayıda soğuk hava düzenine sahip çelik, paket tipi çalışır durumda cenaze muhafaza dolabı bulunmalıdır.
2. Morgdaki mevtaların tüm kayıt işlemleri
Dayanağı:
YTKİY Madde 81, 82- Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Ölüm vukuunda servis veya nöbetçi tabibi ölüm sebebini ve zamanını tespitle tabelasına kayıt ve altına imza eder. Ölümle ilgili belge düzenlemesi gecikmeye sebebiyet vermeden, OBS'de, süratle yapılmalıdır. Ülkemizde ölen kişilere ait bilgilerin elektronik ortama aktarılmasını sallayacak "Ölüm Bildirim Sistemi (OBS) yazılım programı geliştirilmiş olup, www.obs.gov.tr adresinde hizmete sunulan bu sistem 01/01/2013 tarihinden itibaren ülke genelinde kullanılmaktadır. Morg işleyişi kapsamında gerçekleştirilen tüm işlemler kayıt altına alınmalı ve arşivlenmelidir.
3. Bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin defin işlemleri
Dayanağı:
1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Madde 82
Açıklama:
Sari ve salgın hastalıklardan birinden vefat edip hususi tedabire tabi olarak defni iktiza eden cenazeler alakadar memurların nezareti altında defnolunurlar.
4. Adli vakalarda resmi prosedürler
Dayanağı:
YTKİY, Madde 83
Açıklama:
Ölenlere ait gömme izni, servis tabibinin veya nöbetçi tabibin raporuna dayanarak kurumun Baştabibi tarafından verilir ve usulü dairesinde resmi tabibler tarafından onaylanır. Ancak adli vak'alarda savcılıkla ilgili işlem tamamlandıktan sonra defin muamelesi yapılır.
5. Morg çıkışının ayrı olması
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Morg çıkışı, hastanenin ana ve acil çıkışından ayrı olmalıdır.

BAHÇE/OTOPARK HİZMETLERİ KONTROL KRİTERLERİ

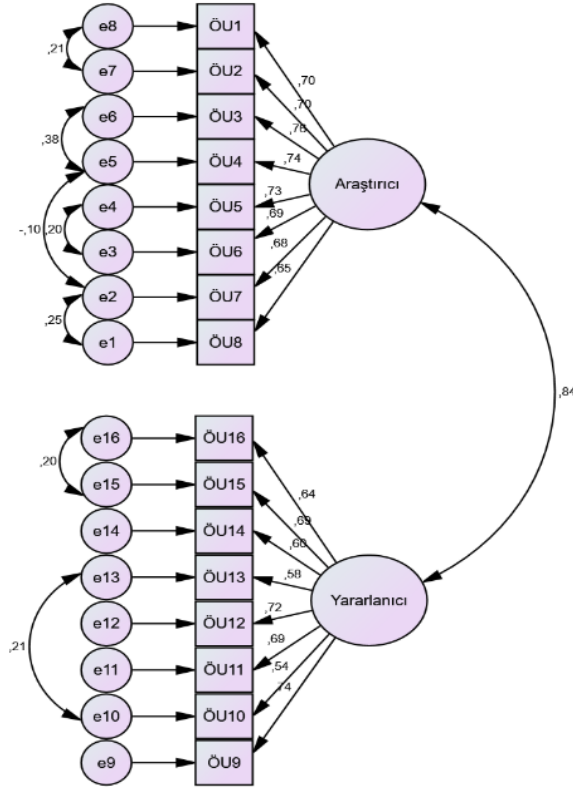
1. Engelliler için otopark
Dayanağı:
Otopark Yönetmeliği
Açıklama:
Otoparkların yapımında TSE standartlarına uyulması, umumi bina, bölge otoparkları ve genel otoparklarda, 1’den az olmamak şartıyla park yerlerinin %5’inin özürlü işareti koyularak özörlülere ayrılması şartları getirilmiştir
2. Hastalar için otopark
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunmalıdır.
3. Personel için otopark
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Çalışanların kullanımı için otopark bulunur.
4. Bahçe, otopark ve yürüme alanlarını aydınlatma
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Bahçede aydınlatma sağlanır. Otoparkta aydınlatma sağlanır. Yürüme alanlarında aydınlatma sağlanır.
5. Bahçe/otopark alanı içindeki yönlendirme
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlayan bir düzenleme bulunur. Otoparkların giriş ve çıkışlarının yeterli olması, iç ve dış trafiği aksatmayacak şekilde düzenlenmesi mecburidir.
6. Bahçe/otopark alanı içinde yaya güvenliği
Dayanağı:
Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5
Açıklama:
Yayaların güvenli ve rahat hareket edebilmesi için taşıt trafiği ile yaya trafiği birbirinden ayrılır.

EK-8: Sağlık Otelciliği Hizmetleri Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri



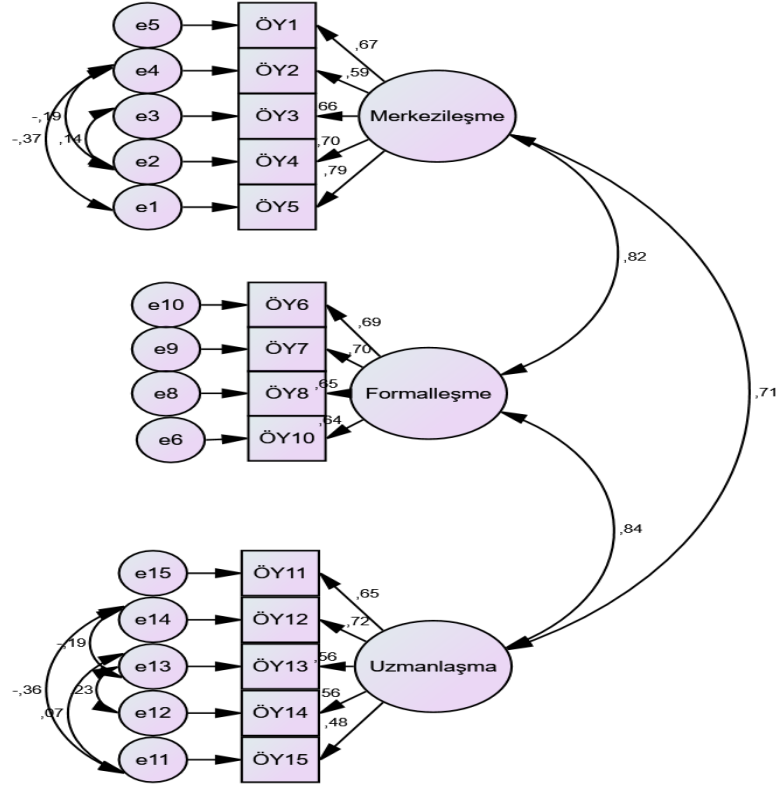
Uyum İndeksleri	Kabul için Kesme Noktaları	Araştırmada Elde Edilen Ölçüm Değerleri	
χ^2 / sd	≤ 3 =Mükemmel Uyum ≤ 5 =Orta Düzeyde Uyum	2,34	Mükemmel Uyum
GFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,90	İyi Uyum
AGFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,91	İyi Uyum
RMSEA	$\leq 0,05$ =Mükemmel Uyum $\leq 0,08$ =İyi Uyum $\leq 0,10$ =Zayıf Uyum	0,04	İyi Uyum
NFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,90	İyi Uyum
CFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,91	İyi Uyum
RMR	$\leq 0,05$ =Mükemmel Uyum $\leq 0,08$ =İyi Uyum $\leq 0,10$ =Zayıf Uyum	0,06	İyi Uyum

EK-9: Örgütsel Ustalık Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri



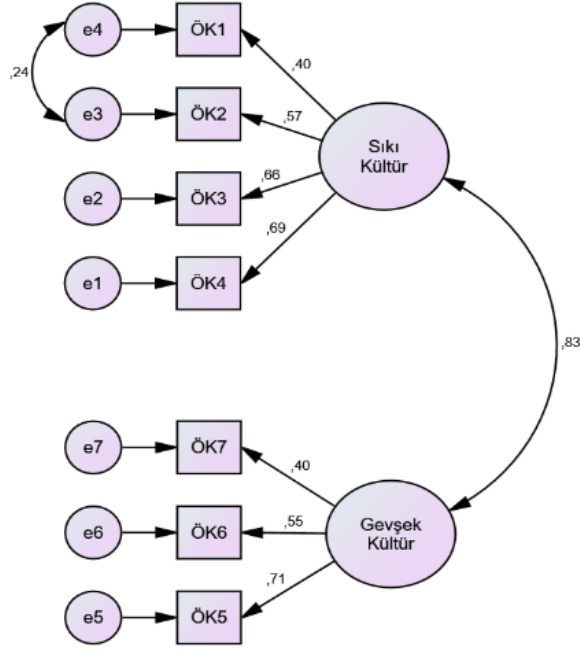
Uyum İndeksleri	Kabul için Kesme Noktaları	Araştırmada Elde Edilen Ölçüm Değerleri	
χ^2 / sd	≤ 3 =Mükemmel Uyum ≤ 5 =Orta Düzeyde Uyum	3,92	Orta Düzeyde Uyum
GFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,93	İyi Uyum
AGFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,90	İyi Uyum
RMSEA	$\leq 0,05$ =Mükemmel Uyum $\leq 0,08$ =İyi Uyum $\leq 0,10$ =Zayıf Uyum	0,06	İyi Uyum
NFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,92	İyi Uyum
CFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,94	İyi Uyum
RMR	$\leq 0,05$ =Mükemmel Uyum $\leq 0,08$ =İyi Uyum $\leq 0,10$ =Zayıf Uyum	0,06	İyi Uyum

EK-10: Örgüt Yapısı Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri



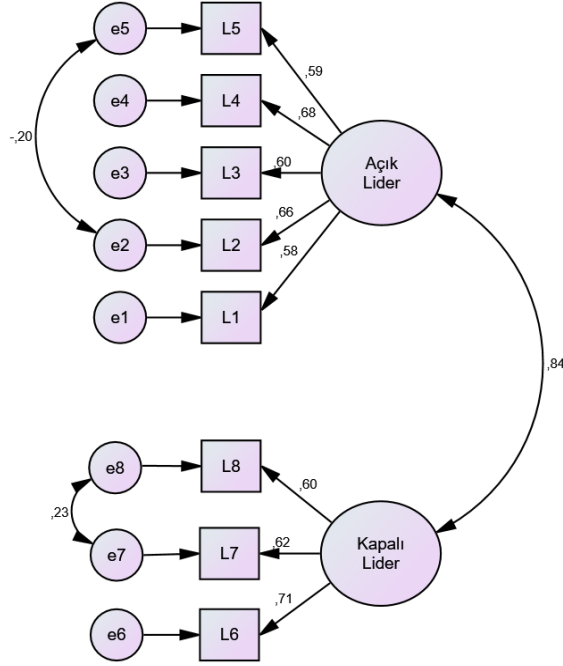
Uyum İndeksleri	Kabul için Kesme Noktaları	Araştırma Değerleri	Uyum
χ^2 / sd	≤ 3 =Mükemmel Uyum ≤ 5 =Orta Düzeyde Uyum	2,98	Mükemmel Uyum
GFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,95	Mükemmel Uyum
AGFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,93	İyi Uyum
RMSEA	$\leq 0,05$ =Mükemmel Uyum $\leq 0,08$ =İyi Uyum $\leq 0,10$ =Zayıf Uyum	0,05	Mükemmel Uyum
NFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,93	İyi Uyum
CFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,95	Mükemmel Uyum
RMR	$\leq 0,05$ =Mükemmel Uyum $\leq 0,08$ =İyi Uyum $\leq 0,10$ =Zayıf Uyum	0,05	Mükemmel Uyum

EK-11: Örgüt Kültürü Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri



Uyum İndeksleri	Kabul için Kesme Noktaları	Araştırmada Elde Edilen Ölçüm Değerleri	
χ^2 / sd	≤ 3 =Mükemmel Uyum ≤ 5 =Orta Düzeyde Uyum	2.16	Mükemmel Uyum
GFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,98	Mükemmel Uyum
AGFI	$0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,97	Mükemmel Uyum
RMSEA	$\leq 0,05$ =Mükemmel Uyum $\leq 0,08$ =İyi Uyum $\leq 0,10$ =Zayıf Uyum	0,04	Mükemmel Uyum
NFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,97	Mükemmel Uyum
CFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,98	Mükemmel Uyum
RMR	$\leq 0,05$ =Mükemmel Uyum $\leq 0,08$ =İyi Uyum $\leq 0,10$ =Zayıf Uyum	0,03	Mükemmel Uyum

EK-12: Liderlik Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri



Uyum İndeksleri	Kabul için Kesme Noktaları	Araştırmada Elde Edilen Ölçüm Değerleri	
χ^2 / sd	≤ 3 =Mükemmel Uyum ≤ 5 =Orta Düzeyde Uyum	2.47	Mükemmel Uyum
GFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,98	Mükemmel Uyum
AGFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,96	Mükemmel Uyum
RMSEA	$\leq 0,05$ =Mükemmel Uyum $\leq 0,08$ =İyi Uyum $\leq 0,10$ =Zayıf Uyum	0,04	Mükemmel Uyum
NFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,97	Mükemmel Uyum
CFI	$\geq 0,95$ =Mükemmel Uyum $\geq 0,90$ =İyi Uyum	0,98	Mükemmel Uyum
RMR	$\leq 0,05$ =Mükemmel Uyum $\leq 0,08$ =İyi Uyum $\leq 0,10$ =Zayıf Uyum	0,03	Mükemmel Uyum