

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

**HAİTİ'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE
TEMELİNDE BİLGİ YÖNETİMİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Eslyne Jane FLEURISSAINT

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ

AĞUSTOS 2018

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ



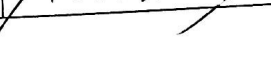
HAİTİ'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE
TEMELİNDE BİLGİ YÖNETİMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Eslyne Jane FLEURISSAINT

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

“Bu tez 09/08/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / ~~Oyçokluğu~~ ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Osman Bektaş	Barca	
Dr. Öğr. Üyesi Adem Akbayrak	Barca	
Doç. Dr. Selma Altınoluk	Barca	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

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

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Esiyne Jane FLEURISSAINT
Öğrenci Numarası	:	Y156047027
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Haiti'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Temelinde Bilgi Yönetimi
Benzerlik Oranı	:	%9

ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

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

09.08.2018
İmza

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

Bilgilerinize arz ederim.

....J...
İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr Selma ALTINDİŞ

Tarih: 09.08.2018

İmza:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

00.ENS.FR.72

ÖNSÖZ

Yüce Allah'a her zaman bana verdiği güç için şükrediyorum. Bu tezi yazma sürecinde tez danışmanım, Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ'e destek, sabır ve değerli tavsiyeleri için teşekkür ederim. Arş. Gör. Çiğdem UĞAN'a, manevi desteğiniz ve sürekli yardımlarınız için minnettarım. Yardıma ihtiyacım olduğu her zaman size ulaşabildim, hiçbir şey size şükranlarımı ifade edemez. Yüksek lisans eğitimim boyunca beni teşvik eden bölüm başkanımız Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT'a teşekkür ederim.

Bu çalışmayı benim için her şeyini feda eden annem Marie Joliane Soly'a adıyorum ve veri toplamamda büyük katkı sağladığı ve kolaylaştırdığı için anneme teşekkür ederim. Bir kız kardeşten daha fazlasını görebileceğim özel arkadaşşıma, Nadege Clemence Agossou'ya yardımları, manevi desteği için minnettarım. Epie Princely Koll'e, bu tezin redaksiyonu sırasında bana çok fazla destek verdiği, cesaretimi kırdığım her zaman beni cesaretlendirdiği için teşekkür ediyorum. Edna Massillon, Vikayina Louis ve Maudeline Exius'a veri toplamadaki överileri ve sonuçlar için çok teşekkür ederim. Kardeşim Edson Fleurissant'e, bu çalışma ilerideki çalışmalarında sana ilham kaynağı olabilir. Amcalarım ve halamlarıma, sonsuz gibi görünen Yüksek lisans programım boyunca dualarınız için minnettarım. Son olarak, YTB'ye, Türkiye'de okumak için bana verilen bu fırsat için minnettarım.

Eslyne Jane FLEURISSANT

09.08.2018

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
1. KALİTE ve SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI	4
1.1. Kalite Kavramı	4
1.1.1. Sağlık Kurumlarında Kalite	5
1.1.2. Kalitenin Temel İlkeleri	7
1.2. BİLGİ KAVRAMI ve BİLGİ YÖNETİMİ	9
1.2.1. Bilgi Kavramı	10
1.2.1.1. Veri	10
1.2.1.2. Enformasyon	10
1.2.1.3. Bilgi	11
1.2.1.4. Bilginin Temel Türleri	14
1.2.1.5. Bilgi Yönetiminin Teorik Çerçevesi	16
1.2.1.6. Örgütsel Epistemolojinin Von Krogh ve Roos Modeli	16
1.2.1.7. Nonaka ve Takeuchi spiral modeli	16
1.2.1.8. Bilginin oluşturulması ve kullanılması için Wiig Model	18
1.2.2. Bilgi yönetimi	18
1.2.2.1. Temel Bilgi Faaliyetleri	19
1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi	23

1.2.2.3. Hastane Bilgi Sistemleri ve Kullanımı.....	24
1.2.2.4. Kalite Geliştirmede Bilgi Yönetiminin Rolü	26
BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	29
2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	29
2.2. Veri Toplama Aracı.....	28
2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
2.4. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	31
2.5. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri	34
2.5.1. Araştırma Soruları.....	34
2.5.2. Araştırma Hipotezleri	34
2.6. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler.....	36
BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN BULGULARI	37
3.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri.....	37
3.2. Hastane Bilgi Sistemi Kullanımına İlişkin Frekans Analizleri	38
3.3. Bilgi Yönetimi Süreçleri ile Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerine Ait Betimsel İstatistikler	39
3.4. Bilginin yaratılmasına ilişkin tanımlayıcı istatistikler	39
3.5. Bilginin Depolanmasına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	41
3.6. Bilginin Paylaşılmasına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	42
3.7. Bilginin Kullanılmasına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	42
3.8. Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerine Ait Betimsel İstatistikler	43
3.9. Bilgi Yönetimi Süreçleri ile Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları Arasındaki İlişki	44
3.10. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Bulguları	45

3.10.1 Sağlık Çalışanlarının Bilgi Yönetimi Süreçleri Algı Düzeylerinin Sosyo- Demografik Değişkenlerine Göre Fark Analizi Bulguları.....	45
3.10.2. Sağlık Çalışanlarının Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Sosyo- Demografik Değişkenlere Göre Fark Analizi Bulguları	55
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	60
KAYNAKLAR	65
EKLER.....	77
EK 1: Anketi Formu	77
ÖZGEÇMİŞ.....	83

TABLO LİSTESİ

Table 1	: Örtük ve Açık Bilgi Özelliklerinin Karşılaştırılması	15
Table 2	: Anket geliştirmede yararlanılan kaynaklar.....	29
Table 3	: Bilgi Yönetimi Süreçleri Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçlar.....	30
Table 4	: Hastane Bilgi Sistemi Kullanımının Faydaları Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları Effects.....	36
Table 5	: Katılımcıların Demografik Özelliklere İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	37
Table 6	: Hastane Bilgi Sistemi Kullanımı ve Yeterlilik Düzeylerine İlişkin Frekans Analiz.....	38
Table 7	: Kullanılan İletişim ve Bilgi Teknolojileri Araçlarına İlişkin Frekans Analizi.....	39
Table 8	: Bilgi Yönetimi Süreçlerine İlişkin Algı Düzeylerin ait Betimsel İstatistikler.....	39
Table 9	: Bilgi Yararlanması İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	40
Table 10	: Bilginin Depolanması İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	40
Table 11	: Bilginin Paylaşılması İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	41
Table 12	: Bilginin Kullanımı İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	42
Table 13	: Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına İlişkin Algı Düzeylerine Ait Betimsel İstatistikler.....	42
Table 14	: Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	42
Table 15	: Bilgi Yönetimine Süreçleri ile Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	44
Table 16	: Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi.....	45

Tablo 17	: Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Medeni Durum Açısından İncelenmesi.....	46
Tablo 18	: Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Yaş Açısından İncelenmesi.....	46
Tablo 19	: Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Toplam Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi.....	49
Tablo 20	: Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Haftalık Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi.....	49
Tablo 21	: Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Görev Yapılan Birim Açısından İncelenmesi.....	50
Tablo 22	: Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Çalışma Şekli Açısından İncelenmesi.....	52
Tablo 23	: Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Hemşire ve Doktorlar Açısından İncelenmesi.....	53
Tablo 24	: Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi.....	54
Tablo 25	: Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi.....	54
Tablo 26	: Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Yaş Açısından İncelenmesi.....	55
Tablo 27	: Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Toplam Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi.....	55
Tablo 28	: Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Haftalık Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi.....	56
Tablo 29	: Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Görev Alınan Birim Açısından İncelenmesi.....	56
Tablo 30	: Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Çalışma Şekli Açısından İncelenmesi.....	57
Tablo 31	: Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Hemşire ve Doktorlar Açısından İncelenmesi.....	57

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 : Nonaka ve Takeuchi bilgi spirali..... 17



Tezin Başlığı: Haiti’de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Temelinde Bilgi Yönetimi

Tezin Yazarı: Eslyne Jane FLEURISSAINT **Danışman:** Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ

Kabul Tarihi: 23 Temmuz 2018

Sayfa Sayısı: viii (ön kısım) + 75 (tez)
+ 8 (ek)

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

İnsan hayatını doğrudan etkileyebilmesi sebebiyle sağlık hizmetlerinin kaliteli sunulması oldukça önemlidir. Bilgi yönetimi, sağlık hizmetlerinin sunum kalitesinin artırılması ve etkili bir şekilde sunulmasında temel araçlardan biri olarak kabul edilmektedir. Bilgi yönetimi genellikle bilgilerin toplanmasını, korunmasını, paylaşılmasını ve kullanılmasını içerir. Bu süreçlerin gerçekleştirilmesinde ise bilgi teknolojilerinden yararlanır. Haiti gibi gelişmekte olan bir ülkede sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli yeri olan sağlık çalışanlarının bilgi yönetim süreçleri ve bilgi teknolojileri kullanımının yararları konusundaki algılarını belirlemenin bu konuda oluşturulacak alt yapı ve sistemler açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu amaçla çalışmada Haiti'nin başkenti Port-au-Prince'nin batı bölgesinde görev alan hemşire ve doktorların bilgi yönetimi süreçleri ve hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları konusundaki algıları belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca çalışmada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, bilgi yönetimi süreçleri algı düzeyleri ve hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları konusundaki algılarında farklılık olup olmadığı da incelenmektedir.

Çalışmada veri toplama aracı olarak ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulan bir anket formu kullanılmıştır. Çalışma 5 Nisan 2018 ve 20 Mayıs 2018 tarihleri arasında Haiti'nin başkenti Port-au-Prince'nin batı bölgesinde gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analizler %95 güven aralığında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın bulgularına göre, bilgi yönetimi süreci boyutlarından bilginin yaratılması, depolanması, paylaşılması ve kullanılması ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Hem bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeyleri hem de hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına ilişkin algı düzeylerinin genel olarak olumlu olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak Haiti'nin gelişmekte olan bir ülke olduğu göz önüne alınarak bilgi yönetimi ile ilgili bir ulusal strateji oluşturulmalıdır. Sağlık kurumları ise bilgi yönetimi süreçleri ve bilgi sistemleri kullanımı konusunda uygun alt yapı ve sistem oluşturularak sağlık çalışanlarına bu konuda gerekli desteği vermelidir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi yönetimi, Kalite, Hastane Bilgi Sistemi, Haiti

Title of the Thesis: Knowledge Management as Basis of the Healthcare Services Quality in Haiti	
Author: Eslyne Jane FLEURISSAINT	Supervisor: Doç. Dr. Selma ALTINDİŞ
Date: 23 July 2018	Nu.of pages: viii (pretext) + 75 (main body) + 8 (App)
Department: Health Administration	
<p>Improving quality in management and other processes has always been a permanent concern for institutions and people. This has been reflected in the dynamism and the rapid evolution of the concept of quality. And health institutions are not an exception to it: they are one of the most important areas of the application of the concept of quality. It is in the interest of managers at various levels of the health system to consider the different parameters of quality to provide better health care.</p> <p>Indeed, health services are multidisciplinary and can be positively influenced by better knowledge management. Therefore, the notion of quality in knowledge management at the hospital is essential. Knowledge management generally includes the collection, safeguarding, sharing and use of information. It often interferes with communication and technological tools that can generate considerable benefits. These benefits include reducing the cost of care and waiting times, or facilitating decision-making, which is especially paramount for developing countries like Haiti. It is therefore necessary that a good coordination and application of the concept of quality takes place in order to facilitate an effective management of knowledge in the health sector and consequently a better management of time and a reduction of errors at all levels.</p> <p>In this perspective, this thesis aims to analyze the perception of healthcare professionals about the processes of knowledge management and the different advantages of using hospital information systems as a tool of improvement of the quality of health services in Haiti. To achieve this goal, a Likert questionnaire was administered to 295 people in 3 large hospitals in Port-au-Prince, the capital of Haiti. The SPSS 22 software was used to perform correlations, regressions, t-test, and Anova analyzes on the collected data.</p> <p>The results revealed that the relationship between health information management processes and the benefits of using hospital information systems is weak. On the other hand, the findings confirm that the benefits of the information system usage significantly vary according to health professionals' socio-demographic characteristics. Similarly, important differences are noticed regarding the management processes according to the nurses and doctors' socio-demographic characteristics in Haiti. Based on the results and the literature review, appropriate recommendations are made.</p>	
Key Words: Knowledge Management, Quality, Hospital Information System, Haiti	

GİRİŞ

Günümüzde sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumunda modern yönetim tekniklerinin kullanımı sözkonusudur. Bu tekniklerden biri de “bilgi yönetimi”dir. Sürekli iyileştirme ve performans mükemmelliği elde etmek için kalite, yönetim sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir. Kalite yönetiminin tüm aşamalarında verilerin toplanması ve analiz edilmesi gerekir. Üretilen ve analiz edilen verilerin bilgiye dönüşümü sağlık hizmetlerinde önemli bir değer olmakla birlikte bir zorunluluktur. Çünkü kanıta dayalı karar verme, hastalık yönetimi, bakım planlaması, kişiselleştirilmiş bakım planlarının yapılması enformasyon ve bilgiye dayalıdır. Çalışanların bireysel tecrübeleri ve uzmanlıkları, hasta tedavi hizmetlerine kazandırılmalıdır. Ayrıca kurumsal stratejilere ve politikalara da yansıtılabilir.

Kalite yönetimi çerçevesinde bilgi yönetimi, bilgi yaratma, paylaşma, depolama ve kullanma süreçlerinden oluşur. Bilgi yönetiminin bu süreçleri ve bunları destekleyen kültürel ve teknik süreçler kalite uygulamalarının başarısı için çok önemlidir (Long, 2016: 1832). Bilgi paylaşımını etkinleştirmek ve kolaylaştırmak kalitenin anahtarıdır (Ribi re ve Khorramshahgol, 2004: 46). Yani kalite temelli bilgi yaratma, paylaşma ve kullanma, sürekli iyileştirme ve öğrenmeyi yönlendirecek ve kolaylaştıracak, böylece organizasyonun müşterilerin değişen ihtiyaçlarını ve beklentilerini daha iyi karşılayabilmesine yardımcı olacaktır (ShervinZakeri ve diğ., 2014: 140).

Özellikle bilgi yönetiminin gelişmekte olan ülkelerde alt yapısının uygun şekilde düzenlenerek sistemlerin kurulması büyük önem taşımaktadır. Gelişmekte olan bir ülke olarak Haiti’de de bilgi yönetim sisteminin oluşturulması ve çalışanların bu konuda bilinçlendirilmeleri sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından oldukça önemlidir.

Haiti, Karayip Denizi ile Kuzey Atlantik Okyanusu arasındaki Hispaniola adasının ve Dominik Cumhuriyeti’nin batısında ve Küba’nın güneyinde yer almaktadır. Haiti’nin toplam yüz ölümü 27.750 kilometre kare, nüfusu 10.911.819’dur (Population totale, de 18 ans et plus menages estimes, 2015: 13). Haiti nüfusunun neredeyse tamamı Afrika kökenlidir. 1804 yılında Fransa’dan bağımsızlığını kazanmıştır ve Amerika Birleşik Devletleri’nden sonra Kolonyal yönetime karşı çıkan ve bağımsızlığını ilan eden ikinci ülkedir. Bu görkemli geçmişe rağmen bugünlerde Haiti birçok alanda, özellikle sağlık alanında birçok sorunla karşı karşıyadır. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı’nın

raporuna göre, 2015 yılı için Haiti'nin İnsani Gelişme Endeksi değeri 0.493'dir (ABD'de bu değer 0.920'dir). 188 ülke ve bölge arasından 163. sırada yer bulan Haiti bu sonuçla düşük insani gelişim kategorisine girmektedir (UNDP, 2016). Haiti'de sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan sorunların çözümü ve hastalara daha kaliteli bir bakım verilmesi adına bilgi yönetimi uygulamaları büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada kalite temelinde bilgi yönetimi ele alınmıştır. Hastaneler bilginin yoğun şekilde üretildiği, kullanıldığı ve depolandığı yerlerdir. Enformasyon ve bilgiye dayalı olarak gerçekleştirilen her işlemin insan hayatını doğrudan etkileyebilmesi sebebiyle bilgi yönetimi kaliteli sağlık hizmetleri sunumunda oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde en büyük çalışan grubunu oluşturan doktor ve hemşirelerin bu uygulamalar ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi özellikle bu sistemlerin henüz tam olarak devreye girmediği Haiti gibi gelişmekte olan ülkeler açısından önem taşımaktadır.

Çalışmanın Amacı

Bu çalışma ile Haiti'de sağlık hizmetlerinde kalite temelinde bilgi yönetimi uygulamaları konusunda sağlık çalışanlarının algılarının ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu kapsamda sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi ve süreçlerine ilişkin algı düzeyleri, hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları konusunda algı düzeyleri ve bilgi yönetimine ilişkin algı düzeyleri ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığına belirlenmeye çalışılacaktır. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin de bilgi yönetimi ve süreçlerine ilişkin algı düzeyleri, hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları konusunda algı düzeylerinde farklılık oluşturup oluşturmadığı bu çalışma kapsamında değerlendirilecektir.

Çalışmanın Önemi

Kaliteli sağlık hizmetleri sunumu verimlik, etkinlik, hasta ve çalışan güvenliği gibi pek çok gereklilikten dolayı sağlık kurumlarının odak noktası haline gelmiştir. Bu durum aynı zamanda, nüfusa kaliteli sağlık hizmetleri sunma amacı olan hükümetler için de geçerlidir. Haiti'deki Halk Sağlığı ve Nüfus Bakanlığı (MSPP), tüm yurttaşlara yaşam hakkı, sağlık hakkı sağlanması ve bunların korunması, sürdürülmesi ve yeniden tesis edilmesi ana misyonuna sahiptir. Bakanlığın genel hedefi, yeterli, etkin, erişilebilir ve evrensel bir sağlık sistemi oluşturmak ve belirlenen ana sağlık sorunları ile ilgili

morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Bu hedefe ulaşmanın sağlık kurumlarından geçeceği de açıktır. Bu amaçla, hükümet ve sağlık kurumları, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve iyileştirilmesi için stratejiler oluşturarak birlikte çalışmaktadırlar. Bu stratejilerden biri de sağlık bilgi yönetimidir. Haiti'deki sağlık alanındaki bilgi yönetimi, bazı bölgelerde başlangıç aşamasındadır bazı bölgelerde ise mevcut değildir.

Toplumun sağlığı ile doğrudan ilişkili olmaları ve sağlık ve tedavi hizmetlerini birebir yürütmeleri sebebiyle sağlık çalışanları sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili oluşturulan stratejilerin hayata geçirilmelerinde önemli rol oynamaktadırlar. Bu nedenle daha kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması adına uygulanacak bilgi yönetimi faaliyetleri konusunda sağlık çalışanlarının algılarının belirlenmesi önem taşımaktadır.

BÖLÜM 1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1. KALİTE ve SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI

1.1. Kalite Kavramı

Kalite kavramı, her alanda ve aynı zamanda günlük etkinliklerde kullanılan bir kavramdır. Kalite, modern, rekabetçi iş dünyasında önemli bir alan olarak kabul edilmektedir. Görelilik teorisinde olduğu gibi, kalite bazen göreceli bir kavram olarak farklı insanlar tarafından farklı şekillerde ifade edilebilmektedir. Kimilerine göre kalite, bazı mutlak özellikler açısından karşılaştırılabilir olmalı ve ürün ve hizmetlerin kalitesinin saptanması için önceden belirlenmiş standartlara dayanmalıdır (Dahlgaard, ve diğ. 2002: 11). Örneğin, bir üreticiye göre kaliteli bir ürün, tasarım özelliklerine uyan, hiçbir kusur bulunmayan ve müşterilerin beklediği standartları yerine getiren bir üründür. Perakendecilere göre ise kaliteli bir ürün, fiyat ve ürün özelliklerinin iyi bir kombinasyonuna sahip olan ve müşterilerin çoğunluğuna hitap eden bir üründür. Tüketicilere göre ise kaliteli bir ürün/ hizmet, kendi beklentilerini karşılayan üründür. Bir kişinin kaliteli olarak algıladığı bir ürün/ hizmet, başka bir kişi tarafından kaliteli olarak kabul edilmeyebilir (Spath, 2009: 3). Bu nedenle, kalitenin pek çok tanımı yapılmıştır. Aşağıda kalite kavramının, öncüleri tarafından yapılan kalite tanımları yer almaktadır.

Kalitenin öncülerinden biri olan Deming, 1950'lerin başında Japonya'da kalite kontrolü popülerleştiren kişi olarak bilinmektedir. Deming, kaliteyi düşük maliyetle ve pazara uygun, öngörülebilir bir benzerlik ve güvenilirlik olarak tanımlamıştır (Omachonu ve Ross, 2004: 7). Deming, "Deming zincirleme reaksiyonu" olarak bilinen kavramı geliştirmiştir. Buna göre; kalite geliştikçe, maliyetler düşecek ve üretkenlik artacak, böylece daha fazla faaliyet, daha fazla pazar payı ve uzun vadede firmanın hayatını devam ettirmesi mümkün olacaktır (Omachonu ve Ross, 2004: 7-8; Kaya, 2013: 15-16; Oğuz, 2001: 285-288):

Juran, kaliteyi, tasarım, uyum, kullanılabilirlik, güvenlik ve çalışma alanı açısından kullanıma uygunluk olarak tanımlar (Omachonu ve Ross, 2004: 9). Juran, kalitenin yönetilebilmesi için kalitenin iki anlamının kritik öneme sahip olduğunu belirtmektedir (Juran, 1999: 2-3).

1) Kalite, müşterilerin ihtiyaçlarını karşılayan ve böylece müşteri memnuniyetini sağlayan ürünlerin özellikleridir. Bu anlamda, kalite gelire yöneliktir. Yüksek kalitenin amacı, daha fazla müşteri memnuniyeti sağlamak ve geliri arttırmaktır.

2) Kalite, hataların olmamasıdır. İşin tekrar tekrar yapmayı gerektiren veya alanda başarısızlık, müşteri memnuniyetsizliğiyle sonuçlanan hataların bulunmamasıdır. Bu anlamda, kalite maliyetlere yöneliktir ve yüksek kalite çoğu zaman "ucuzdur".

Garvin'e göre, kalitenin tanımı her yaklaşıma göre farklılaşacaktır. Ayrıca kalitenin tanımının endüstriden endüstriye değişeceğini de belirtmiştir (Dahlgaard ve diğ., 2002: 11).

Kalite, bir ürünün veya hizmetin mükemmellik derecesidir (Roemer ve Montoya-aguilar, 1989 :3; Schlickman, 2003: 19). Kalite beklenti ile ilişkili olarak müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması veya aşılması şeklinde tanımlanmaktadır. Beklentiler değişebilir, bu nedenle kalite sürekli olarak geliştirilmelidir. Bu iki yönü birleştiren kalite, müşteri memnuniyetini vurgular ve istenen hedefleri en etkin ve verimli bir şekilde elde etmek için temel bir önlemdir (Lillrank, 2003: 694; Spath, 2009: 3; Al-Assaf ve Akgun, 2009: 1).

İnsan yaşamını doğrudan etkilenmesi sebebiyle sağlık hizmetlerinin kaliteli sunulması büyük önem taşımaktadır. Aşağıda sağlık kurumlarında kalite konusuna değinilecektir.

1.1.1. Sağlık Kurumlarında Kalite

Amerikan Tıp Derneği, sağlık hizmetlerinde kaliteyi, "kişilere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, istenilen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve mevcut profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi" olarak tanımlamıştır (Al-Assaf ve Akgun, 2009: 5). Sağlık hizmetlerinde kalite kavramını biçimlendiren Avedis Donabedian (2003) ise kaliteli hizmeti "hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet" olarak tanımlamaktadır (Kaya, 2013: 4). Bir başka tanımda sağlık hizmetlerinde kalite, bireyler ve toplumlar için sağlık hizmetlerinde istenen sağlık sonuçlarının ortaya çıkma ihtimalini arttıran bir kavram olarak nitelendirilmiştir. Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi, mevcut mesleki bilgilerle tutarlı olması ile mümkündür (Spath, 2009: 6). Bu tanımlar beklentilere ulaşabilmek için iki yol olduğunu göstermektedir. Birincisi beklenen sonuçlardaki artış için iyi belge

ve bilgi yönetiminin gerekliliğini vurgular (Al-Assaf ve Akgun, 2009: 47; Özdemirci ve Aydın, 2008: 59-60). İkincisi ise zamana uyarlanmış entelektüel ve teknolojik bilgiyi gerektiren mesleki bilginin güncellenmesini vurgulamaktadır (Özdemirci, 2001: 179).

Bakım kalitesi müşterinin yaşamıyla ve refahıyla doğrudan ilgilidir. Kaliteli sağlık bakımı için öncelikle güvenlik kültürü oluşturmak gerekmektedir (IOM, 2000: 4). Fakat kalitenin dayandığı tek nokta güvenlik değildir. Sağlık kurumlarında kaliteli hizmet sunumunda altı boyut öne çıkmaktadır. Bunlar aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (Al-Assaf ve Sheikh, 2004: 21; Kaya, 2013: 12):

Güvenlik: Sağlık hizmetinden yararlanan bireyler, kısa zamanda sağlıklarına kavuşmayı dilemekte, tanı ve tedavilerinin, gelişen teknolojiye uygun olarak doğru bir şekilde uygulanmasını istemektedirler (Altındiş, 2009: 33). Güvenlik, kazaya bağlı yaralanmaların olmamasıdır (IMO, 2000: 4). Güvenli hizmet verilebilmesi için hataları önleyen bakım sağlama sistemine önem verilmesi, meydana gelen hatalardan dersler çıkarılması gerekir ve sağlık profesyonellerini, organizasyonları ve hastaları içeren bir güvenlik kültürü oluşturulması gerekir (Hughes, 2008: 2).

Etkinlik: Sağlık hizmetinden yarar sağlayabilecek kişilere bilimsel bilgiye dayanan hizmet verilmelidir. Başka bir ifadeyle, hizmetlerin gereksiz yere ve yetersiz kullanımından kaçınmak gerekmektedir (Kaya, 2013: 12).

Hasta merkezlilik: Sağlık hizmeti her hasta için kişiselleştirilmeli, bakım koordine edilmeli, hastanın ailesi ve arkadaşları sürece dahil edilmelidir ve bakım, fiziksel konforu ve duyarlılığı sağlamalıdır (Hughes, 2008: 3).

Zamanında bakım: Hem hizmet sunulan bireylere hem de sağlık personeline yönelik ve onlara zarar verecek gereksiz bekleme süreleri azaltılmalıdır (IOM, 2001: 6).

Verimlilik: Ekipman, malzeme, fikir ve enerji de dahil olmak üzere israftan kaçınılmalıdır (IOM, 2001: 6)

Eşitlik: Kişilerin cinsiyet, etnisite, yaşadığı alan ve sosyo-ekonomik durum gibi kişisel özelliklerine bakılmaksızın kaliteli hizmet sunulmasıdır (IOM, 2001: 6). Sağlık sistemi bu hizmetlerden yararlanma ihtiyacı bulunan tüm insanlara fayda sağlamalıdır (Hughes, 2008: 3).

Kalite boyutları, Doktor Donald Berwick tarafından şöyle ifade edilmiştir: “*Beni öldürme*”, “*Bana yardım et ama bana zarar verme*”, “*Beni güçsüz hissettirme*”, “*Beni bekletme*”, “*Kaynakları boşa harcama*” (Kaya, 2013: 13). Bu boyutlar ışığında, sağlık hizmetlerinin kaliteli sunulması kaçınılmaz hale gelmektedir. Sağlık bakımının kalitesi iyi yönetilmelidir ve üç önemli noktadan kaçınılmalıdır; aşırı kullanım, yanlış kullanım, yetersiz kullanım (IOM, 2001: 19). Bu üç nokta, çok önemlidir çünkü hastanın güvenliği ile ilgilidir. Aynı zamanda, etkisiz bakım hastaya yardım etmekten çok zarar vermektен kaynaklanmaktadır (IOM, 2001: 39-47).

1.1.2.Kalitenin Temel İlkeleri

Kalitenin tanınması ve kurumlarda kalitenin yönetilebilmesi için temel ilkeler göz önünde bulundurulmalıdır. ISO, 2015 yılında kalite bağlamında yedi ilke belirlemiştir. Bu ilkeler, kalite yönetiminde kabul edilebilir olan evrensel bir anlayışın oluşturulması adına önem taşır (www.globalqualityvillage.com). Kalite yönetimi ilkeleri, kuruluşun performans iyileştirmesine rehberlik etmede kullanılabilir. Kalite yönetim ilkeleri, kalite yönetiminin temelleri olarak kullanılabilen inançlar, normlar, kurallar ve değerler dizisi olarak tanımlanır (ISO, 2015). Bu ilkeler şunlardır:

- **Müşteri odaklılık:** Anderson'a (1991) göre, müşteriler olmadan işletmeler kapılarını kapatmak zorunda kalırlar. Çalışanlar yani ürün veya hizmet sunanlar açısından müşteriler varlık sebebidir (Al-Assaf ve Sheikh, 2004: 24). Müşteri odaklılık, müşterilerin beklentilerini karşılayan ürünler ve hizmetler sunma kabiliyetine, gereksinimlerinin karşılanması ve öngörülmesine dayanmaktadır (Al-Assaf ve Akgun, 2009: 21). Müşteri odaklılığın temel faydaları; artan müşteri değeri, artan müşteri memnuniyeti, müşteri sadakatinin geliştirilmesi, kurumun itibarının artması, müşteri tabanının genişlemesi, artan gelir ve pazar payıdır (ISO, 2015: 2).
- **Liderlik:** Kalite felsefesini uygulamaya geçirmede etkinlik, yönetimin liderliğinde sağlanabilir (Tengilimoğlu ve diğ. 2015: 511). Liderlik, bir organizasyon yönetiminin hedefler koyması ve bunları gerçekleştirme, hızlı ve kararlı hareket etmesi, rekabette daha iyi performans göstermesi ve başkalarına daha iyi performans göstermeleri için ilham vermesidir (www.investopedia.com/). Her kademedeki lider, amaç ve yön birliği karar ve çalışanların örgütün kalite hedeflerine ulaşmasıyla ilgili koşulları yaratırlar (ISO,

2015). Kısaca liderlik, örgütün kalite hedeflerini karşılamada etkinliğin ve etkililiğin artırılmasını, süreçlerinin daha iyi koordine edilmesini ve kuruluşun tüm seviyelerinde tüm işlevleri arasındaki iletişimi geliştirmeyi de sağlar (ISO, 2015).

- **Katılım:** Bir organizasyonun etkin ve verimli biçimde yönetilmesi için, çalışanların kararlara dahil edilmesi ve onları birer birey kabul ederek saygı göstermek gerekir. Yetkinliklerin belirlenmesi, güçlendirilmesi ve artırılması, örgütün kalite hedeflerine ulaşmasında insanların katılımını mümkün kılar. Organizasyonun her kademesinde yetkin, güçlendirilmiş ve katılımcı kişiler, değer yaratma ve sunma yeteneğini geliştirmek için gereklidir. Katılım, çalışanların organizasyonda kalite hedeflerini daha iyi anlamalarına ve bunları gerçekleştirmek için motivasyonlarının artmasına yardımcı olur. Ayrıca insanların iyileştirme faaliyetlerine, kişisel gelişimlerine, kişisel memnuniyete, güven ve işbirliğine karşı ilgilerinin artmasını sağlar (ISO, 2015).
- **İlişki yönetimi:** Başarının sürekli hale getirilmesi için bir organizasyonun, tedarikçiler gibi ilgili tüm taraflarla olan karşılıklı ilişkilerini yönetmesi gerekir. Organizasyonun ilişkide olduğu tüm taraflar performansını etkiler. Dolayısıyla sürekli başarı elde edilebilmesi ve organizasyonun performansını en üst seviyeye çıkarmak için ilgili tüm taraflarla yani tedarikçi ve ortak ağlarıyla ilişki yönetimi çok önemlidir (ISO, Quality Management Principles, 2015).
- **Süreç yaklaşımı:** Kalite yönetim sistemi, ilişkili süreçlerden meydana gelir ve elde edilen sonuçların sistem içinde nasıl meydana geldiğini anlamayı, organizasyonun sistem ve performansını optimize etmeyi sağlar. Kurumun tüm işlevleri kalite ile ilgili olup, her aşamada birbiriyle ilişkili işlevleri bütünleştiren baştan sona bir süreçtir. Organizasyonun çeşitli öğeleri arasındaki her etkileşimi göz önüne alan bir sistem yaklaşımıdır (Omachonu ve Ross, 2004: 5).
- **Sürekli gelişim:** Sürekli gelişme, daha iyi sonuçlara, daha iyi sistem performansına ve daha iyi mesleki gelişime yol açacak değişiklikleri yapmak için herkesin birlikte çaba harcamasıdır (Batalden ve Davidoff, 2007: 2). İyileştirme sürekli olmalıdır, süreçlere yönlendirilmelidir ve doğru sonuca ulaşma hedefi ile hareket edilmelidir (Al-Assaf ve Sheikh, 2004: 24). Örneğin, verilerin etkili kullanımı, kalite geliştirme çabalarında önem taşımaktadır. Verilerin yeterli ve doğru bir şekilde idare edilmesi ve uygun karar verme

faaliyetleri için gerekli bilgi üretilmesinde veri yönetimi sistemi teşvik edilmelidir (Al-Assaf ve Sheikh, 2004: 25). Bir organizasyonun mevcut performansının korunması, iç ve dış koşullarında meydana gelen değişimlere uyum sağlamasını ve yeni fırsatlar yaratılması için sürekli gelişim halinde olmasını gerektirir (ISO, Quality Management Principles, 2015).

- **Kanıt dayalı karar verme:** Hızlı karar verme yeteneği, her seviyedeki yönetim için her zaman kritik öneme sahiptir ve süreç yönetimi için bilgi önemlidir. Bilgi çok etkin bir rekabet silahı olarak ortaya çıkmıştır (Eisenhardt, 1990: 42). Teorik bir bakış açısı ile mevcut bilgiler ne kadar faydalıysa, karar verme de o kadar kolaylaşır (García-Peñalvo ve Conde, 2014: 686)

Sonuç olarak sağlık endüstrisi, morbidite ve mortalite açısından fazla risk taşıdığından, yüksek riskli endüstri olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık yönetimi için kalite zorunludur (Colla ve diğ., 2005: 36). Bilgi yönetiminin tanınmasının ve uygulanmasının, hastane faaliyetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu kabul edilmektedir (Sharifian ve diğ., 2014: 9). Sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için, sağlık hizmetleri sektörü, hastaneler, klinikler, eczaneler ve müşterilere bilgi paylaşımı için idari maliyetlerin düşürülmesiyle bağlantılı bilgi temelli bir topluluk haline gelmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin başarısı, klinik, faturalandırma ve kullanım bilgisi veya bilginin toplanması, analizi ve değişimi üzerine kritik öneme sahiptir (Bose, 2003: 59). Bilgi yönetimi, yönetim modu olmaktan çok, geniş, çok boyutludur ve örgüt faaliyetlerinin çoğu yönünü kapsar (Wiig, 1997: 6).

1.2. BİLGİ KAVRAMI ve BİLGİ YÖNETİMİ

Bilgi; insanlığın ortaya çıkışından bu yana, farklı bilim insanları tarafından önemle üzerinde durulmuş bir kavramdır (Atılğan, 2009: 201). Bütün dini inançların, pozitif bilimlerin ve felsefenin ilgi alanına giren bir kavram olarak bilgi farklı yaklaşımlar aracılığıyla çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Günlük yaşamda oldukça sık kullanıldığı halde bilgiyi tanımlamak oldukça güçtür (Özdemirci ve Aydın, 2008: 61). Çoğu zaman bilgi, veri ve enformasyon kavramları birbirine yerine kullanılabilir (Durna ve Demirel, 2008: 129). Bilgi yönetimi ekolü (Nonaka ve Takeuchi, 1995; Davenport ve Prusak, 1998) enformasyon ve bilgi arasına sınır çizmektedir (Lillrank, 2003: 693). Kimi zaman bilgiyi sık kullanmak durumunda bulunan yöneticiler veri, enformasyon ve bilgi kavramları arasındaki karmaşadan ötürü bu kavramları anlamada

ve kullanmada güçlük çekmektedirler. Kavramlarda oluşan bu karmaşa nedeniyle anlaşılabilirlikleri bilgi yönetimi uygulamalarına da yansımaktadır. Bu sebeple bu üç kavram arasındaki farklılıkların ve ilişkinin tam olarak ortaya koyulması gerekir (Durna ve Demirel, 2008: 132). Bu nedenle öncelikle veri, enformasyon ve bilgi kavramları ele alınacaktır.

1.2.1. BİLGİ KAVRAMI

1.2.1.1. Veri

Davenport ve Prusak (1998) veriyi, olaylar hakkında birbirinden farklı, nesnel gerçeklikler olarak tanımlamışlardır. Ham gerçekler olarak da nitelendirilebilecek veri, örgütler bağlamında, yapılan faaliyetlerin belirli bir biçimde kayıt altına alınmasını ifade eder. Veri olup biten durumların bir kısmını açıklar, değerlendirmez ya da yorumlamaz ve karar verme konusunda güvenilir bir temel oluşturamaz (Doğan, 2013: 8). Veriler herhangi bir biçimde, örneğin sayı, söz, resim vb. olabilir. Veri, herhangi bir örgüt için hayati önem taşıyabilir ve veri gizliliği ve güvenliği, örgütler açısından oldukça önemlidir. Veri aşağıda açıklanan doğruluk, geçerlik, güvenilirlik vb. gibi çeşitli özellikler gösterirler (Shaikha ve Sasikumar, 2015: 494).

Doğruluk: Orijinal kaynak tarafından tanımlanan verinin doğruluğu ile ilgilidir. Veriler, amaçlanan kullanım için doğru olmalı ve birden çok kullanıma sahip olsada yalnızca bir kez çekilmelidir. Veriler, faaliyetler sırasında oluşturulur.

Geçerlilik: Veriler ilgili şartlara göre kaydedilmeli ve bu şartlar göz önünde bulundurularak kullanılmalıdır ve belirli bir süre için geçerli olmalıdır.

Uygunluk: Elde edilen veriler ilgili şartlara göre kullanılmalıdır.

Bütünlük: Veri kullanım için uygun olmalıdır

Erişilebilirlik: Verilerin zaman ve maliyet açısından erişim ile ilgilidir.

Tutarlılık: Verilerin kullanımında yapılan değişikliklerin ve işlemlerin istikrarı ile ilgilidir.

1.2.1.2. Enformasyon

Enformasyon kavramı, veri ve bilgi arasında bir köprü olarak kabul edilmektedir. Enformasyon, bilgiyi aktarmak için düzenlenen veriler olarak tanımlanabilir (Modell,

1992: 5). Enformasyonundeki verilerden gelir. Bilgi bir bütün olarak kabul edilirse enformasyonda bu bütünde yer alan bir parçadır (Durna ve Demirel, 2008: 134). Enformasyon, insanlar için anlamlı ve yararlı olan bir form haline getirilmiş veriler anlamındadır (Laudon ve Laudon, 2014: 45). Veriler gibi, enformasyonun da bazı kriterleri karşılaması, eksiksiz, doğru, kapsamlı, tutarlı ve yapılandırılmış olması gerekir (Kostagiolas, 2006).

Enformasyon ile veri arasındaki en önemli fark, enformasyonun daha anlamlı olmasıdır. Belirli bir amaca uygun olarak düzenlenmiştir. Verilere bazı yollarla değer katılarak enformasyona dönüşmesi sağlanır. Verileri daha değerli hale getirmek amacıyla yöneticiler, çeşitli yöntemler kullanabilirler (Davenport ve Prusak, 2001: 25). Bu yöntemler aşağıdaki şekildedir (Durna ve Demirel, 2008: 134):

Amaca yönelme: Hangi amaçla veri toplandığını açık bir şekilde ortaya koymak

Kategorize etme: Örgütün amaçları doğrultusunda elde edilen verilerin, analize uygun hale gelecek biçimde sınıflandırılmasıdır.

Hesaplama: Sınıflandırılmış verilerin anlamlandırılması veya matematiksel ya da istatistiksel şekilde birbiriyle ilişkilerinin analiz edilmesidir

Düzeltilme: Amaçlarla uyumayan verilerin temizlenmesi ya da mevcut hataların giderilmesidir.

Özetleme: En iyi şekilde faydalanmak amacıyla verilerin kısa ve net biçimde özetlenmesidir.

1.2.1.3. Bilgi

Bilgi, karar vermeyi ve yapılan eylemleri provoke edebilen enformasyon olarak tanımlanır (Becerra-Fernandez ve Sabherwal, 2010: 18). Bilgi beceri, yetenek, deneyim, zeka, teknik bilgi ile ilgilidir. Ancak aynı zamanda bilimsel bulgular, kuramlar, görüşler, kültürler ve gelenekler, dünya görüşlerini de ifade eder (Maier, 2007: 76).

Tarihsel olarak, bilgi, çeşitli açılardan ona yaklaşmamızı sağlayan birçok düşünce akımının nesnesi olmuştur. Yunan felsefesine göre, bu nesnel bir gerçektir. Yani sistematik ya da bilimsel olarak gözlemlenmeli ve analiz edilmelidir. Bununla birlikte,

düşünce devrimi kavramı, bilginin haklı bir gerçek inanç olduğunu iddia eder. 19. yüzyılda ortaya çıkan çeşitli felsefi akımlardan pozitivizm, Yunan felsefi yaklaşımına benzer şekilde bilginin objektif gerçekliğin gözlemlenmesiyle oluşturulduğunu belirtmiştir (Maier, 2007 : 61). Nonaka (1994: 16-17) bilginin gerekçelendirilmiş bir inanç olduğunu belirtmiştir. İnsan inançlarını dünyaya dair izlenimleri sayesinde gerekçelendirir. Bu gözlemler kişinin bakış açısına, duyarlılığına ve kişisel tecrübelerine dayanır.

Genellikle bilgi kavramının kullanımında ifade edilmeye çalışılan üç önemli nokta vardır. Birincisi, bu kavramla “bilme durumu” ifade edilmiş olur. “Bilme durumu”nda anlatılmak istenen hakikatler, yöntemler, teknikler vb. ile ilgili bilgi sahibi olmak veya bunlarla ilgili belirli bir farkındalığa sahip olmak ve bunları tanımaktır. Bu kullanım biçimi çoğunlukla “bir şey hakkında bilgisi olmak” konusunda anlatılma istenenle eş anlamlıdır. İkinci olarak, Peter Senge bilgi kavramını “harekete geçme kapasitesi” olarak ifade etmektedir yani bilgi gerçekler, yöntemler, prensipler ve teknikleri ortaya koyarken bunları kullanabilecek şekilde anlamak veya kavramaktır. Yani “nasıl olduğunu bilmek” ile aynı şeyi ifade etmektedir. Üçüncü olarak ise bilgi kavramı ile bir araya getirilmiş gerçekler, yöntemler, prensipler, teknikler kastedilmektedir. Bilgi bu biçimde kullanıldığında makaleler, kitaplar, formüller, prosedür kitapçıkları vb. biçimde derlenmiş bilgiyi niteler (Nickols, 2000: 1-5).

Bilginin bireysel ve örgütsel karar vermede kullanılması durumunda belirli özelliklere sahip olması gerekir. Bu özellikler aşağıdaki şekildedir (Durna ve Demirel, 2008: 135):

- **Doğruluk:** Bilgi yanlışlardan arındırılmalıdır. Alınacak olan kararın amacına ve özelliklerine göre bilginin sahip olması gereken doğruluk derecesi de farklılık gösterecektir. Bilginin doğruluğu, karar vermek için sahip olunan zamana ve bilginin maliyetine bağlıdır.
- **Uygunluk:** Alınacak kararlarda yardımcı olacak bilgi bu konularla ilişkili olmalıdır. Farklı yönetim düzeylerinde ve farklı fonksiyonel birimlerde ihtiyaç duyulan bilginin içeriği ve niteliği farklılık arz edecektir.
- **Zamanlılık:** Bilgi istenilen yer ve zamanda hazır bulunmalıdır. Uygun ve doğru olduğu halde uygun zamanda elde edilememiş bilgi bir anlam ifade

etmemektedir. Zamanlılık, sürekli değişen şartlarda alınan kararlar açısından oldukça önemlidir.

- **Noksansızlık:** Karar verenler açısından karar vermede kullanılan bilgiler doğru ve eksiksiz olmalıdır.
- **Denetlenebilirlik:** Bilgi, doğruluğu denetlenmeye uygun olmalıdır. Denetlenebilirlik ancak elde edilen bilginin kaynağına inilerek karşılaştırılması ile belirlenir.
- **Kısalık:** Bilginin içeriği mümkün olduğunca kısa ve öz olmalıdır. Bilgi kapsamı gereksiz ayrıntılar içermemelidir.
- **Güncellik:** Bilginin karar vermede kullanılması durumunda bu konudaki en son koşulları yansıtacak şekilde seçilmelidir.
- **Ekonomiklik:** Bilgiyi elde etmenin bir maliyeti vardır. Dolayısıyla bilgi elde etmenin maliyeti onun beklenen yararının maliyetinden daha yüksek olmamalıdır.

Bilgi, organizasyonlarda yalnızca karar vermede kullanılmamaktadır. Örgüt yönetiminde de çeşitli şekillerde kullanılan bilgi bu alanda kullanılan diğer kavramlar ve organizasyon kavramı ile de ilişkilidir. Bilgi örgüt için temel üretim faktörü olarak kabul edilmektedir. Burada bilgi, rekabet avantajlarının sağlanması ve dolayısıyla bir başarı elde edilmesinde önemli bir kaynaktır. Bilgi, yalnızca örgütsel faaliyetleri yönlendirmekle kalmaz aynı zamanda alınıp satılabilen bir meta da olabilir (Maier, 2007: 64-66). Bir hastane bünyesinde çalışan hekimin başka bir hastanede çalışan kişiye danışmanlık hizmeti vermesi buna örnek verilebilir. Örgütte bilgi paylaşımını arttırmak ve örgütsel bilgi akışını gerçekleştirmek amacıyla bilginin alıcı ve satıcılarının bir araya geldiği bir pazar ortamı oluşturulmalıdır (Koza, 2008: 52). Bir üretim faktörü olarak bilginin, yönetilmesi örgüt açısından oldukça önemlidir. Günümüz ekonomilerindeki belirsizlik nedeniyle rekabet üstünlüğü sağlamanın en önemli yolu bilgidir (Corno ve diğ., 1999: 379). Bu nedenle bilgi yönetimi rekabete avantajı sağlamak ve verimlilik elde etmek bakımından örgütler adına günümüzün vazgeçilmez yönetim unsurlarından biridir (Odabaş, 2003: 360)

1.2.1.4. Bilginin Temel Türleri

Literatürde bilgi çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Ancak en çok karşılaşılan bilgi sınıflandırması örtük ve açık bilgi şeklinde yapılan sınıflamadır (Altındiş, 2009: 10). Aşağıda örtük ve açık bilgi kavramları ele alınmaktadır.

Örtük bilgi

Örtük olarak kastedilen bilgi kolayca görülebilen ve ifade edilebilen bir şey değildir (Nonaka ve Takeuchi, 1995: 8). İlimizde, belleğimizde taşıdığımız bilgidir (Barutçugil 2002: 62). Örtük bilgide açık bilgiden farklı olarak bütün anlamların ifade edilmesi imaya da öneriler yoluyla gerçekleşmesidir. Kişiler her zaman bildiklerinden daha az bir kısmını açığa vururlar. Çünkü bilgilerini açıklamamanın gerekli olduğunu düşünmeyebilirler. Ancak bazı zamanlarda örtük bilgi sezgilere dayanabilir. Örtük bilgi kişisel olarak aktarılabilir ve açıklanabilir. Örtük bilgi bu nedenle rekabette avantaj sağlamaktadır. Bu sebeple üst yönetimin öncelikli hedeflerinden biri de örtük bilgiyi ortaya çıkarmaktır. Bu bilgi yöneticilerin daha akılcı karar vermelerine yardım etmektedir. Bilişim teknolojileri örtük bilginin ortaya çıkarılmasında kullanılabilir. Kişilerle tek tek bağlantı sağlayarak örtük bilginin ortaya çıkarılması desteklenir ve örtük bilgi açık bilgi haline gelebilir (Durna ve Demirel, 2008: 142).

Örtük bilgi iki boyuta ayrılır. İlki, "know-how" terimiyle ifade edilen teknik boyuttur. İkincisi bilişsel boyuttur ve tecrübeye bağlı oluşan sezgi, subjektif yorumlar, duygu, değer ve inançları içerir (Nonaka ve Takeuchi, 1995: 8). Genellikle ortaya çıkarılması zor olan bilgi daha değerlidir ve değerli örtük bilgiler genellikle bireyler bilgiyi anladıklarında ve sonradan bilgi olarak kullandıklarında bazı gözlemlenebilir eylemlerle sonuçlanır (Dalkir, 2005: 8).

Açık bilgi

Açık bilgi bir araya toplanmış metin, tablo, diyagram gibi şekillerde sunulan bilgidir. Nonaka açık bilgiyi "resmi ve sistematik" şeklinde nitilemekte ve bilimsel formülleri ve bilgisayar programlarını buna örnek vermektedir. Ayrıca uygulamaların belgelendirilmiş şekilleri ve iş hedeflerinde yer alan resmi beklentiler vb. açık bilgiye örnek verilebilir (Nickols, 2000: 2)

Genel olarak doğru olduğu kabul edilen açık bilgi bilişim teknolojileri vasıtasıyla paylaşılabilir. Açık bilgi, örgütte çalışanlar tarafından açık şekilde anlaşıldığından, bir çalışandan diğerine ya da bölümden bölüme aktarımı kolaydır. Açık bilginin yoruma açık olacak şekilde objektif bir özellik taşıması önemli özelliklerinden biridir. Örgütlerde müşterilerle ilgili meydana getirilen ve kullanıma hazır hale getirilen veriler açık bilgi olarak kabul edilebilir. Çünkü bu tür bilgiler karar verme aşamasında bilgi haline gelmektedir. Müşteri bilgilerinin yer aldığı veri tabanı sayesinde müşterilerce nerede, ne zaman, nasıl bir karar verileceği sorularına cevap verilebilir. Bu durumda örgüt içerisinde bilginin paylaşılmasına engel olan unsurların ortadan kaldırılması gerekir (Durna ve Demirel, 2008: 143).

Tablo 1
Örtük ve Açık Bilgi Özelliklerinin Karşılaştırılması

Örtük bilgi	Açık bilgi
<ul style="list-style-type: none"> • Uyum yeteneği, yeni ve istisnai durumlarla baş etme becerisidir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizasyon genelinde yaygınlaştırma, yeniden üretme, erişme ve yeniden uygulama becerisi.
<ul style="list-style-type: none"> • Uzmanlık, know-how, know-why ve care-why • İşbirliği yapma, vizyon paylaşma, kültür yayma becerisidir 	<ul style="list-style-type: none"> • Eğitme, öğretme becerisidir. • Düzenleme becerisi, operasyonel esaslar çerçevesinde sistematize etme yeteneği; bir vizyonun misyon ifadesine dönüştürülmesidir
<ul style="list-style-type: none"> • Rehberlik ve danışmanlıkla tecrübeye dayanan bilgiyi bire bir, yüz yüze aktarmak 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilginin ürün, hizmet ve belgelenmiş süreçler aracılığıyla aktarılması

Kaynak: Dalkir, 2005: 8

1.2.1.5. Bilgi Yönetiminin Teorik Çerçevesi

Bilgi kavramı, veri ve enformasyon gibi benzer kavramlarla olan benzerliği nedeniyle yıllarca tartışılmıştır (Diakoulakis ve diğ., 2004: 33). Zamanla bilgi yönetiminde, Von Krogh ve Roos modeli, Nonaka ve Takeuchi spiral modeli ve Wiig modeli gibi modeller önemli bilgi yönetimi modelleri olarak ortaya çıkmışlardır (Dalkir, 2005: 49-50). Bu modeller, bir bulmacanın farklı parçalarını bir araya getirerek, hem parçalara hem de kurdukları topluluğa daha derin bir anlayış getirecek şekilde yardımcı olur. Bilgi yönetiminde stratejik hedefleri ele almak için bilgi odaklı süreçlerin tutarlı bir modeli çok önemlidir (Dalkir, 2005: 72).

1.2.1.6. Örgütsel Epistemolojinin Von Krogh ve Roos Modeli

Von Krogh ve Roos KM modeli (1995) bireysel bilgi ve sosyal bilgi arasında ayırım yapar ve örgütsel bilgiyi yönetmeye yönelik epistemolojik bir yaklaşım benimserler (Dalkir, 2005: 50). Von Krogh ve Roos, indirgemeci bir yaklaşımdan daha bütünsel olan bağlantılı yaklaşımı benimser. Öğrenme kuralları, tüm bu ağların çeşitli bileşenlerinin nasıl bağlandığını gösterir. Bilgi sadece çevreden alınmaz, aynı zamanda dahili olarak üretilir. Bireyler, örgüt sisteminde çeşitli ağlar oluştururlar ve bilgi, bu kişilerin sosyal etkileşimlerinden kaynaklanarak ortaya çıkan bir olgudur. Bu açıdan, bilgi yalnızca bireylerin zihninde değil, aynı zamanda bu kişiler arasındaki bağlantılarda da bulunmaktadır. Bu ağın temsili olarak bir kolektif zihin oluşur ve örgütsel bilgi yönetiminin temelinde yatan şey budur. Örgütsel epistemolojik bilgi yönetimi modelinde, bilgi hem bir bireyde hem de sosyal düzeyde bireyler arasındaki ilişkilerde bulunur (Von Krogh ve Roos, 1995: 50).

1.2.1.7. Nonaka ve Takeuchi spiral modeli

Bilgi yönetiminin Nonaka ve Takeuchi modelinin kökenleri bütünsel bir bilgi yaratma modeline ve “tesadüf” yönetimine dayanmaktadır. Bilgiyi yaratmak ve inovasyon üretmek için bilgi formlarının örtük / açık spektrumunun (epistemolojik boyut) ve bireysel / grup / örgütsel veya üç katmanlı bilgi paylaşımı ve yayılım modelinin (ontolojik boyut) her ikisine de ihtiyaç vardır. Nonaka ve Takeuchi, Japon işletmelerinin inovasyondaki başarılı geçmiş performansının arkasındaki en önemli faktörün bilgi yönetimindeki yaklaşımlardan kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir (Nonaka ve Takeuchi, 1995: 3; Dalkir, 2005: 52). Bu model, dört kademedeki örtülü ve açık

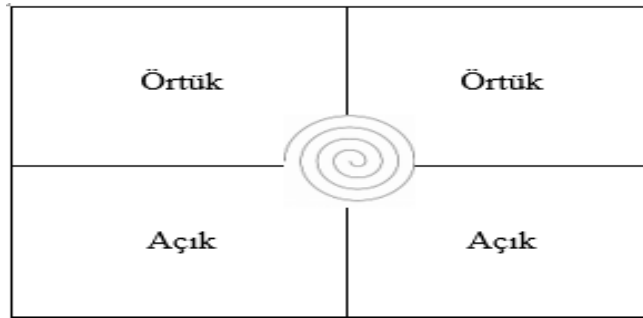
bilgi arasındaki sürekli ve dinamik bir etkileşime dayanmaktadır. Bunlar aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (Nonaka ve Takeuchi, 1995: 62):

Toplumsallaştırma (örtük- örtük), toplumsallaşma yüz yüze, doğal ve tipik olarak sosyal etkileşimlerde bilgi paylaşımından oluşur. Yeni fikirler, çıraklık veya mentörlük etkileşimi ile akıl yürütme, zihinsel modellerin paylaşımı yoluyla karşılıklı bir anlayışa ulaşmayı gerektirir (Dalkir, 2005: 54).

Dışsallaştırma (örtülü-açık), örtük bilgiye görünür bir biçim verir ve açık bilgiye dönüştürür. “Bu açık bilginin belirginleştiği, metaforlar, analogiler, kavramlar, hipotezler veya modellerin biçimlerini alarak, önemli bir bilgi yaratma süreci” olarak tanımlanabilir." (Nonaka ve Takeuchi, 1995: 4).

Kombinasyon (açık-açık), açık bilginin ayrı parçalarının yeni bir formda yeniden birleştirme sürecidir. Hiçbir yeni bilgi kendiliğinden oluşturulmaz; varolan veya zaten açık olan bilginin yeni bir kombinasyonu veya temsilidir. Başka bir deyişle, bir bilgi sisteminde kavramlar sıralandığında ve sistematize edildiğinde kombinasyon oluşur (Dalkir, 2005: 55)

İçselleştirme (açık- örtük), yeni edinilmiş davranışları ve yeni anlaşılmiş ya da tekrarlanmış zihinsel modelleri yaymak ve yerleştirmek yoluyla ortaya çıkar. İçselleştirme, “yaparak öğrenme” ile güçlü bir şekilde bağlantılıdır. İçselleştirme, paylaşılan bireysel deneyimleri ve bilgiyi bireysel zihinsel modellere dönüştürür veya bunlarla bütünleştirir. Bir kez içselleştirildikten sonra, yeni bilgi, onu genişleten çalışanlar tarafından kullanılır ve onu kendi mevcut örtük bilgi tabanları içinde yeniden değerlendirir (Dalkir, 2005: 56).



Şekil 1:Nonaka ve Takeuchi bilgi spirali

Kaynak:Nonaka and Takeuchi, 1995: 71

Bilgi sarmalı, örgütlerin bireysel örtük bilgiyi nasıl ifade ettiklerini, organize ettiklerini ve sistemleştirdiklerini göstermektedir. Örgütler bilgi toplamak ve paylaşmak için araçlar, yapılar ve modeller üretir ve geliştirirler. Bilgi sarmalı, bireyler, topluluklar ve örgütün kendisi tarafından sürekli olarak bilgi akışı sağlanan, paylaşım ve dönüşüm faaliyetidir. (Dalkir, 2005: 56).

1.2.1.8. Bilginin oluşturulması ve kullanılması için Wiig Model

Wiig modeli yararlı ve değerli olabilecek bir şekilde bilgi organize etmeye dayanır (Dalkir, 2005: 61). Kurum için yararlı olacak bilgileri organize etmek, bilgiyi akıllıca davranma yeteneğini belirleyen ve yönlendiren ana güç olarak tanımlayan Wiig döngüsüne dayandırılabilir (Wiig, 1993: 39).

Bilgi yönetiminin temel amacı, kaliteli bilginin yaratılması, biriktirilmesi, konumlandırılması ve kullanılmasını kolaylaştırarak kurumun akıllıca davranmasını sağlamaktır. Mümkün olduğu kadar ilgili ve yüksek kaliteli bilgi edinilmeli ve çeşitli şekillerde uygulanmalıdır (Wiig, 1993: 39). Bu amaç doğrultusunda Wiig'in bilgi yönetimi döngüsü, bilginin bireyler ya da kuruluşlarca nasıl inşa edildiğini ve kullanıldığını ele alır. Bu döngüde dört ana adım yer almaktadır (Dalkir, 2005: 38):

- **Bilgiyi yaratmak:** Bilginin inşası, pazar araştırmasından odak grup çalışmalarından, anketlere, rekabetçi istihbarat ve veri madenciliği uygulamalarına kadar çeşitli faaliyetler anlamına gelir. Bilginin inşası beş ana faaliyetten oluşur; bilgi elde edilir, bilgi analiz edilir, bilgi sentezlenir, kodlanır ve modellenir ve bilgi organize edilir.
- **Bilgiyi tutmak:** Bilgiyi tutmak, bilgiyi anımsama (remembering) bilgiyi çeşitli depolarda toplama ve bilgiyi arşivlemekten oluşur.
- **Bilgiyi toplamak:** Bilgi koordine etme, bir araya getirme ve bilgiye erişme ve buralardan geri çağırma işlemlerinden oluşur.
- **Bilgi uygulamak:** Bilgiyi uygulamak için sayısız yollar vardır; Bilgi için amaçlarına uygulandığında, rutin ve standart görevler zor veya olağandışı görevlerden farklı bir şekilde ele alınır (Dalkir, 2005: 40-42).

1.2.2. Bilgi yönetimi

Bilgi yönetimi kavramı, küreselleşmenin, teknolojik gelişmenin, internet kullanımının, örgütlerde demokrasinin gelişmesinin, ticarete teknoloji kullanımının yaygınlaşmasının

sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Bilgi yönetiminin amacı, bilginin üretim faktörü olarak örgütlerde kullanılmasıdır (Çapar, 2007: 7). Bilgi yönetimi, bir örgütte entelektüel kaynakların tanımlanmasına, üretimine, değerlendirilmesine, geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına ve tüm bunların bir düzen içinde yürütülmesine olanak sağlayan teori ve uygulamalardır (Özdemirci, 2001: 2). Koza (2008: 27)'ya göre ise bilgi yönetimi *“Kayıtlı ya da kayıtsız organizasyon verilerini ve kişisel bilgi ve tecrübeye dayalı birikimleri toplanıp, düzenleyip, kayıt altına alıp yararlı bilgi hâline getirerek bunları doğru zamanlarda, doğru kimselerin, istenilen her yerden ulaşabilmesini sağlayıp, organizasyonun entelektüel mülkünü attırmak, tekrarlanan işlemlerin tamamının teknolojik araçlarla yapılmasını sağlamak ve bunun sonucunda pozitif iş neticeleri elde etmek amacıyla yapılan bir dizi teknolojik ve kültürel işlemlerdir”*.

Bilgi yönetimi, en sade şekilde, bilgiyi meydana getirmeyi ve elde tutmayı, paylaşmayı ve geliştirmeyi temin eden yeni yollardır. Örgütler bilgi yönetimi uygulamaları sayesinde bilgiyi sistematik ve kolektif şekilde oluşturmuşlar, paylaşılmasını ve kullanılmasını sağlayarak kazanç elde etmişlerdir (Barutçugil, 2002: 49, 51). Bu yönüyle değerlendirildiğinde bilgi yönetimi, organizasyonun performansının iyileştirilmesi için kurumun iç ve dış bilgi birikimini geliştirmeyi amaçlayan hedefe yönelik bilgi stratejilerinin düzenli olarak seçilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden sorumlu yönetim işlevi olarak tanımlanabilir. Bilgi stratejilerinin uygulanması ise organizasyonun yetki seviyesini dinamik bir şekilde optimize etmeyi, eğitimi ve örgüt üyelerinin çeşitli şekillerde öğrenmesi ve kolektif anlayış geliştirmesi için uygun tüm insan odaklı, organizasyonel ve teknolojik araçları içerir (Maier, 2007: 57). Bu nedenle örgütlerde stratejik amaçlara uygun ve yeniliklere olanak tanıyan bir organizasyon yapısının oluşturulması önemlidir.

1.2.2.1. Temel Bilgi Faaliyetleri

Bilginin başarı elde etmek amacıyla yönetilmeye başlanması örgütlerde bilgi artışına olan ihtiyacın belirlenmesini gerektirir (Barutçugil, 2002: 71). Bilgi, örgütlerde bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde ortaya konmakta, depolanmakta ve yenilenmekte ve örgütün hedeflerine ulaşabilmesi adına sürekli gelişen bu bilgiler, bilgi aktiviteleri aracılığıyla kullanıma sokulmaktadır (Altındış, 2009: 17). Bu aktiviteleri sistematize etmek amacıyla, bilgi yönetimi ihtiyacını belirleyecek şekilde bir strateji oluşturulmalı ve bu stratejinin gerçekleştirilmesi amacıyla bir tasarı hazırlanmalıdır. Bu amaçla oluşturulan

yaklaşım ile bilgi yönetimi stratejik şekilde uygulanmaya başlayacaktır. Bilgi yönetimi uygulamalarında var olan temel faaliyetler aşağıdaki şekilde dört başlık halinde ele alınmaktadır (Barutçugil, 2002: 72).

Bilginin yaratılması

Bilgi yaratma süreci örgütün yararlı düşünce ve çözümler geliştirme kabiliyetini kapsamaktadır (Celep ve Çetin, 2003: 43). Yeni bilgi yaratmanın birçok yolu vardır. Bireysel düzeyde ve grup düzeyinde, genellikle sosyal etkileşim, yani eğitim yoluyla, uygulamayla, ortak problem çözme veya beyin fırtınası yoluyla oluşturulabilir. Departman veya organizasyon düzeyinde, inovasyon süreçleri tipik olarak ürün ve hizmetler için yeni bilgi yaratmayı hedeflerken, iyileştirme faaliyetleri ise iç süreçlere ve prosedürlere odaklanır (CEN, 2004: 10).

Bilginin Depolanması

Örgüt ve çalışanlar bilgi elde edildiğini algılayabilirler. Eğer bilgi istenen amaca uygunsa kaydedilip depolanma aşamasına geçilir. Daha sonra yararlanılacak bu bilgiler belirli bir planlama gerektirir. Bilginin kim tarafından elde edildiği, bilgi kaynaklarına nasıl ve nerede ulaşılacağı yazılı olarak düzenlenir ve örgütsel bilgi havuzunun bir parçasını oluşturur (Altındış, 2009: 23). Bilginin depolanması, güncellenmesi ve temizlenmesinin yanında seçme, düzenleme, sınıflandırma gibi bazı destekleyici faaliyetlere dayanır. Uzun dönemler halinde depolanan bilginin, meydana gelen yeni bilgilerle, günlük koşullar ve değişen çevre şartlarına uygun şekilde sürekli güncellenmesi gerekir (CEN, 2004: 10). Düzenlemiş bilgi, korumak amacıyla depolanmasının yanında çoklu kullanımlar için saklanır. Bilginin dağıtılması ve paylaşımı amacıyla çeşitli araçlar ve teknikler kullanılır (Roknuzzaman ve diğ., 2009: 381).

Bilginin paylaşılması

Örgütün tüm düzeylerinde bilgi kullanılmadan önce, paylaşılmalı ve dağıtımı sağlanmalıdır. Fakat bu süreç kolay değildir. Bilginin belirli bir düzeye kadar dağılımının sağlanmasına açık bilginin elde edilebilirlik seviyesi, örgütün sahip olduğu kültür ve başarısı etki etmektedir. Bilgi paylaşımında üst yönetimin desteği önemli rol oynamaktadır. Yönetim, gruplar arası işbirliğini desteklenerek çalışanlarınca sahip olunan kişisel bilgilerin örgütsel bilgiye dönüşümünü sağlamalıdır. Değişime direnç gösteren, otoriter ve esnek olmayan örgüt yapıları bilgi dağıtımını güçleştirirken, esnek örgüt yapısına sahip ve yeniliğe açık örgütler bilgi dağıtımını daha kolay hale getirmektedir (Durna ve Demirel, 2008: 149)

Örgütlere kullanılan teknolojilerin, tekniklerin ve bireyler arasındaki etkileşimlerin bilginin paylaşımına doğrudan etkileri vardır. Ayrıca yatay örgüt yapısı, yetkilendirme (empowerment) ve açık kapı politikası gibi yaklaşımlar bölümler ve çalışanlar arasındaki bilgi akışının hızlandırılmasını sağlar. E-mail, intranet, ilan panosu ve haber grupları ve örgüt çalışanlarının çok yönlü bakış açıları yoluyla örgütte bilginin dağılımı, tartışılması ve yorumlanması sağlanır (Bhatt, 2001: 72).

Bilgi paylaşım aşamasının amacı bilgiyi doğru yere, doğru zamanda, doğru bir şekilde aktarmaktır. Paylaşım birçok yönden gerçekleşebilir. Bilgi veritabanlarına eklenebilir veya belgeler yoluyla dağıtılabilir. Bu yaklaşım "stok yaklaşımı" olarak adlandırılır. Bilgi diğer insanlara tarafından ulaşılabilecek şekilde kullanılabilir hale getirilir. Fakat çoğu bilgi, işbirliği, atölye çalışmaları, koçluk, staj vb. doğrudan etkileşim yoluyla bir kişiden diğerine aktarılır. Bu şekilde bilginin doğrudan insanlar arasında aktarılması "akış yaklaşımı" olarak adlandırılabilir (CEN, 2004: 11).

Teknoloji bilginin paylaşılması ve uygulanmasında önemli bir role sahiptir ve bilginin etkili ve kolay bir şekilde paylaşılmasını sağlar (Altındış, 2009: 26). Başlıca bilgi paylaşma araçları ve yöntemleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Koza, 2008: 53):

- Resmî sosyal iletişim ağları
- Gayriresmî sosyal iletişim ağları
- Takım çalışması
- Uygulama toplulukları
- Örgütsel öğrenme

- Dedikodu
- Resmî yapılanmış teknolojik iletişim ağlarının oluşturulması ve kullanımı

Bilginin Kullanımı

Daha sonraki aşamalar için bilgiyi kullanıma hazır hale getirmeye yönelik yaklaşımlardır. (Barutçugil, 2002: 72). Örgüt, gerekli bilgileri doğru yerde ve doğru şekilde elde edemezse rekabet üstünlüğü sağlamada ve bunu devam ettirmede sorun yaşayabilir. Günümüzde rekabet ortamında yaratıcılık ve inovasyon gibi öğeler belirleyici olduğundan, örgütler doğru bilgiyi elde etmede rakiplerine göre daha hızlı olmak zorundadırlar (Celep ve Çetin, 2003: 45). Bu nedenle örgütün her kademesinden çalışanlar, bilgiye 24 saat ulaşabilmelidir (Barutçugil, 2002: 73)

Bilgi, bir örgüt için ancak kullanıldığı sürece değer katabilir. Bu nedenle bilginin kullanımı, daha önceki etkinliklerde geçirilen tüm çabaların işe yaramasını sağlamaya yöneliktir. Ayrıca, bu aşama, bilgi ihtiyaçlarını belirler ve her zaman oluşturulacak, saklanacak ve paylaşılacak olan bilgi için bir referans noktası olarak hizmet etmelidir. Bilgi uygulamaya koyulurken, bazı yeni bilgi boşlukları keşfedilebilir, bunun yanında örgüt için yeni bilgiler sunabilecek yeni deneyimler kazanılabilir (CEN, 2004: 11).

Bilgi yönetiminin özellikleri Çapar (2003: 421-432) tarafından şu şekilde açıklanmıştır:

- Bilgi yönetiminin konusu örgüte ait örtük (çalışanların zihinlerinde yer alan), açık (prosedürlerde bulunan), dış (örgütün dış çevresinde bulunan), iç (yani örgütün sınırları dahilinde bulunan) bilgi ile bu bilgiye dair işlemlerden oluşur. Esas amacı bilgiyi üretken hale getirmektir. Entelektüel sermayenin örgüt tarafından en iyi yararlanılabilecek şekilde yani bilimsel olarak meydana getirilen bilginin örgüte aktarımını sağlar.
- Amacı örtük bilgiyi meydana çıkarmak, açık bilginin ise devinimini sağlayarak örgütün verimli şekilde işlemlerini sağlayacak doğru kişilere en uygun şekilde ulaştırmaktır. Bilgi ve iletişim teknolojileri sayesinde insanların yaratıcılığı biraraya getirilerek örgütsel sorunlara hızlı çözümler bulunabilir. Bilginin yaratılması, depolanması, aktarımı ve kullanımı ile ilgilenir. Çalışanların doğru zamanda doğru bilgiyi uygulamalarını temin eder.
- Bilgi yönetimi bir disiplinlerarası alan olarak kabul edilmektedir. Bilgi yönetimi uygulamalarında bilgi, ve iletişim teknolojileri, iletişim, bilgi bilimi, yeni

ekonomi, finans, işletme, sosyoloji, psikoloji, dilbilim, mühendislik gibi alanlardan yararlanabilmektedir.

- Bilgi yönetimi için örgüt kültürü oldukça önemlidir. Çalışanlar arasında işbirliği, bilgi paylaşılması ve karşılıklı fikirlerden yararlanma üzerine kurulmuştur ve böylece örgüt kültürünün yaygınlaşmasını sağlar. Yani, bilgi örgüt kültürüne dayanır ve aynı zamanda onu gelişmesine yardımcı olur.
- Bilgi yönetimi tek sefere mahsus bir uygulama değildir, süreklilik arzeder. Kuruma özgüdür. Bilgi yönetimi sistemi o kurumda çalışanların ve kurumun özel gereksinimleri doğrultusunda meydana getirilir ve gözden geçirilir.
- Bilgi yönetimi liderlik, öğrenme, teknoloji, örgütsel faaliyetlere destek, çalışanlar ve birimlere göre oluşturulan içeriklerin dağıtımı, bilginin paylaşılması ve ortak kullanımı, örtük bilginin ortaya çıkarılması, bilgi oluşumunun tespit edilmesi, kuruma özgü bilgi kültürünün oluşturulması ve bilgi teknolojilerine dayanmaktadır.
- Örtük bilginin ortaya çıkarılmasını sağlayarak örgüt için kritik öneme sahip olan bilginin örgüt dışına çıkışını önlemeye yardımcı olur.

1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi

Hizmet üreten işletmelerde bilgi, merkezi ve maddi olmayan bir varlıktır. Bilgi yönetimi, bilgi oluşturma, kullanma, yeniden kullanma ve yayma ile ilgilidir. Sağlık hizmeti sunumu, bilgi ve kanıt temelli tıbbi esas alır (Morr ve Subercaze, 2010: 490). Bu nedenle bilgi yönetimi altyapısı, sağlık sektöründe kritik bir noktada yer almaktadır. Sağlık kuruluşları, bilgi bakımından zengindirler ve hizmetlerin başarılı bir şekilde sunulması için gerekli bilgiyi yaratma ya da erişme konusunda kesin bir kapasiteye sahiptirler (Wickramasinghe ve Davison, 2004: 185)

Bilgi sağlık kuruluşlarında hem çalışanlar hem de yöneticiler için günlük etkinliklerinin önemli bir parçasıdır. Bilgi, yönetim bağlamında finansal yönetim, insan kaynakları yönetimi, organizasyonel dinamikler ve yönetişim, stratejik planlama, risk yönetimi ve kalite yönetimini içerir. Çalışanlar için ise bilgiyi, doğru bir şekilde uygulanacak en önemli kaynaktır (Morr ve Subercaze, 2010: 499). Genel olarak sağlık hizmetleri, yüksek kaliteli, etkili ve verimli bakım sağlamak adına artan maliyetler ve baskı dahil olmak üzere birçok zorlukla karşı karşıyadır. Bilgi yönetim sistemini oluşturarak ve bilgi varlıklarını açık bir şekilde ortaya koyarak, sağlık kuruluşları bu zorluklarla başa

çıkmak için daha uygun bir şekilde donatılmış olurlar. Çünkü bilgi yönetimi, daha iyi yönetim teknikleri geliştirmenin anahtarı olduğundan, veri yönetimi ve kanıt temelli tıpta veri ve bilgi çok önemlidir. Hizmet sunumu sürecinin karmaşıklığı, bakım personeli tarafından ele alınan sorunların karmaşıklığı tarafından yönlendirilmekte ve birçok disiplinin yüksek kaliteli bir bakım sağlanması için bilgi yaratması ve paylaşması gerekmektedir (Davison ve Wickramasinghe, 2003: 871; Wickramasinghe ve Davison, 2004: 195). Bilgi yönetim sistemleri, bilgi yaratılması, bilgi depolama, paylaşma ve kullanma / yeniden kullanma için bilgi teknolojilerini kullanmaktadır (Morr ve Subercaze, 2010: 495).

Sağlık yönetiminde bilgi yönetiminin yararları ise aşağıdaki şekilde açıklanmıştır (Hirakis ve Karakounos, 2006: 198).

- Hastalar hakkında karar vermede destek, müdahale ve araştırmanın değerlendirilmesi
- Karar verme sürecinde profesyoneller arasındaki iletişimi geliştirerek geliştirilmiş sağlık sistemi
- Geliştirilmiş hasta sağlığı
- Geliştirilmiş kalite, erişim süresi ve sağlık hizmetinin taşınabilirliği
- Profesyoneller ve hastaneler arasında artan iletişim
- Hastanın hastanede tedavi süresini kısaltarak iyileştirilmiş maliyet yönetimi
- Bir bilgi veri tabanı kullanarak karar verme süresinin kısaltılması ve sonuç olarak hastanelerde yatış süresinin kısaltılması
- Karar vermede azaltılmış hata oranı (kusurlar)
- Sıkıntıların azaltılması
- Artan hasta memnuniyeti

1.2.2.3. Hastane Bilgi Sistemleri ve Kullanımı

Bilgi ve iletişim teknolojileri genel olarak bilgi ve iletişim teknolojileri bilginin toplanması, işlenmesi, depolanması ve gerekli olduğunda durumlarda iletilmesini ya da gerekli olduğu yerlerde bu bilgiye erişilmesini sağlayan teknolojilerin tümüdür. Bilgi

teknolojilerinin sağlık hizmetlerinde kullanılması, hastaya verilen bakımın kalitesini arttırırken maliyetleri düşürmeyi amaçlamaktadır (Avison ve Elliot, 2006: 5).

Hastane Bilgi Sistemleri (HBS), bir hastanenin idari, mali ve klinik alanlarını yönetmek üzere tasarlanmış kapsamlı ve entegre bilgi sistemleridir. Hastane bilgi sistemlerinin amacı, tıbbi bilişim alanı olarak, veri işleme ile hasta bakımında mümkün olan en iyi desteğini sağlamaktır. Bilgi teknolojilerinin sağlık sektörü üzerinde olumlu etki yarattığı kabul edilmektedir (Ismail ve diğ., 2010: 16). Günümüzde sağlık kuruluşlarında verilerin işlenmesi ve bilgi haline getirilmesinde bilgisayar teknolojisinden yoğun şekilde faydalanılmaktadır. Başlangıçta bilgisayar teknolojisi evrak işlerinin azaltılması, nakit akışının ve yönetsel kararların iyileştirilmesini sağlamaktayken, zamanla klinik ve yardımcı birimlerde meydana getirilen verileri de kapsayacak şekilde gelişmiştir (Köksal ve Esatoğlu, 2005: 53).

Hastane bilgi sisteminin işlevleri kurumun bilgiye olan talebini doğru bir şekilde zamanında ve uygun şekilde temin etmektir. Bir hastanenin günlük faaliyetleri öncelikle hastaya ilişkin başvuru, kabul, sevk ve taburcu ile ilgili işlemlerdir. Hastanelerde yer alan tanı ve tedaviye ilişkin işlemler ise klinik, laboratuvar, radyoloji, eczane ameliyathane ile ilgili işlemler, genel olarak yönetime ilişkin personel, tesis, cihaz ve malzemenin durumuyla ilgili işlemler, mali işlere ilişkin muhasebe, müşteri hesapları ve vergilendirme gibi rutin yapılan işlemler olarak sıralanabilir. HBS, hastanede sunulan hizmetlerin bilgisayar vasıtasıyla sağlanması, bilgi alışverişinin elektronik ortamda yapılması gibi, tıbbi, mali ve finansal hizmetler sırasında oluşan detaylı bilgilerin bir enformasyon sistemi yardımıyla kayıt altına alınıp, bilgiye dönüştürme faaliyeti olarak tanımlanmaktadır. Hastanede sunulan hizmetlerin tüm aşamalarında teknolojiye yoğun biçimde faydalanılmaktadır (Köksal ve Esatoğlu, 2005: 54).

Glandon (2008) sağlık kurumlarında kullanılan bilgi teknolojisi sistem ve uygulamalarını aşığıdaki şekilde sıralanmıştır (Savulan, 2013: 28).

- Elektronik Sağlık Kayıtları
- Klinik Bilgi Sistemleri
 - Laboratuvar Bilgi Sistemleri
 - İlaç Bilgi Sistemleri
 - Tıbbi Görüntüleme ve Radyoloji Bilgi Sistemleri

- Bilgisayar Destekli Hekim İstem Girişi
- Hemşire Bilgi Sistemleri
- Yönetimsel ve Finansal Sistemler
- Klinik Karar Destek Sistemleri
- Yönetim Bilgi Sistemleri
- Kanıta Dayalı Tıp ve Hastalık Yönetimi Sistemleri
- Bilgisayar Destekli Tıbbi Aletler
- Teletıp

Hastanelerde kullanılan sağlık bilişim sistemleri genel olarak aşağıda yer alan konularda destek sağlamaktadır (Taşer, 2012: 63):

- Hastalarla ilgili güncel ve doğru bilginin, doğru zamanda, doğru çalışanlar tarafından doğru alanlardan toplanabilmesi ve bu bilgilerin gerektiği zamanda kullanıcılara uygun şekilde ve istenilen kaynaktan sunulabilmesi.
- İlaç etkileşimleri, yan etkiler ve hastalıklarda teşhis ve tedavi desteği.
- Hastaya sunulan hizmetin kalitesi, performans ve maliyetler konusunda bilgiler sunulması.
- Farklı sağlık kurumları arasında bilgi alışverişi ile yüksek kalitede iletişimin gerçekleştirilebilmesi.
- Tıbbi araştırmalara destek verilmesi.

HBS bunlar gibi pek çok konuda ve yönetimin tüm kademesine, doğru zamanda, doğru şekilde ve doğru yerde ihtiyaç duyulan bilgileri sağlar, böylece kararlar etkin ve verimli bir şekilde verilebilir. HBS, hastanenin alt sistemlerinin faaliyetlerini planlamak, başlamasını sağlamak, düzenlemek ve kontrol etmek adına çok önemli rol oynamakta ve böylece süreç içerisinde sinerji oluşmasını sağlamaktadır. HBS, verileri değerlendirerek ve bakım için önerilerde bulunarak hasta bakımını iyileştirir ve bir hastanenin geriye dönük bir gözden geçirme kalitesine ve bakımın uygunluğuna geçmesini sağlar (İsmail ve diğ., 2010: 16-17).

1.2.2.4. Kalite Geliştirmede Bilgi Yönetiminin Rolü

Sürekli iyileştirme ve performans mükemmelliği elde etmek için kalite, yönetim sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir. Kalite yönetiminin tüm aşamalarında verilerin toplanması ve analiz edilmesi gerekir. Organizasyonda bilgi paylaşımı olmadan, kalite yönetimi mevcut olamaz. Kalite yönetimi çerçevesinde bilgi

yönetimi, veri toplama, bilgi paylaşımı ve bilgi yaratma süreçlerini ifade eder (Akdere, 2009: 350). Böylece bir kurumda içgörü ve deneyimlerin benimsenmesi, oluşturulması, temsil edilmesi, dağıtılması ve etkinleştirilmesi sağlanarak bir dizi strateji ve uygulama geliştirilebilir. Bu anlayış ve deneyimler ya bireylerde somutlaştırılmış ya da örgütlere süreçler ya da uygulamalar olarak gömülü bilgiyi içerir. Bilgi yönetiminin, bilginin edinilmesi, oluşturulması, paylaşılması ve bunları destekleyen kültürel ve teknik süreçleri aynı zamanda kalite uygulamalarının başarısı için de çok önemlidir (Long, 2016: 1832). Bilgi paylaşımını etkinleştirmek ve kolaylaştırmak kalitenin anahtarıdır (Ribière ve Khorramshahgol, 2004: 46). Yani kalite yönetimi yaklaşımına dayalı bilgi, sürekli iyileştirme ve öğrenmeyi yönlendirecek ve kolaylaştıracak, böylece organizasyonun müşterilerin değişen ihtiyaçlarını ve beklentilerini daha iyi karşılayabilmesine yardımcı olacaktır (ShervinZakeri ve diğ., 2014: 140).

Lim ve arkadaşları (1999), bilgi yönetiminin birçok faydasını uygulayıcılar için bir kalite stratejisi olarak sunarak bilginin önemini açıklamıştır.

- Ayrılan çalışanlardan entelektüel sermayenin kaybını azaltır;
- Yeni bir ürün / hizmet geliştirme maliyetini düşürür;
- Bilgiyi tüm çalışanlara erişilebilir kılarak çalışanların verimliliğini artırır;
- Çalışan memnuniyetini arttırmak.

Honarpour ve arkadaşlarına (2012: 24) göre Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve Bilgi Yönetimi (BY) arasındaki ilişki farklı şekillerde kavramsallaştırılmıştır. Bir yaklaşıma göre BY, TKY'nin uygulanmasına olanak sağlar. Diğer yaklaşım ise TKY'nin BY için bir destekçi olduğunu varsayar. Bu tezde, bilginin yönetimi olan önemli bir hususu vurgulamak açısından önemlidir, ki bu da yeryüzündeki herhangi bir bireyin sağlık açısından geçişini bile ilgilendirir. Sağlık politikaları ve ulusal düzeyde planlamadan sorumlu araştırmacılar, kurumlar ve kurumlar için, Haiti'de bakım kalitesini iyileştirmek için yatırımcılara yatırımcıları aydınlatmak üzere tasarlanmıştır. Bu tezde yapılan önerilerin bazıları, umarız, politika yapıcılara ve ulusal hükümetlere, belge yönetiminin altında yatan sorunları çözmek için yeni yollar açmaya teşvik edecektir.

Bu çalışmada da kalite temelinde bilgi yönetimi ele alınmıştır. Hastaneler bilginin yoğun şekilde kullanıldığı ve her işlemin insan hayatını doğrudan etkileyebilmesi

sebebiyle kaliteli olması gereken kurumlardır. Bilgi yönetiminin ve kalitenin belirleyicisi ve uygulayıcısı ve hastayla temasa geçen en büyük çalışan grubunu oluşturan doktor ve hemşirelerin bu uygulamalar ile ilgili görüşleri özellikle bu sistemlerin henüz tam olarak devreye girmediği Haiti’de oldukça önemlidir. Bu amaçla bilgi yönetiminde yer alan uygulamaların hastane kalite süreçlerine olan faydaları ile ilgili çalışanların algıları belirlenmeye çalışılmıştır.



BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışmanın bu bölümünde sırayla araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama aracı, araştırmanın sınırlılıkları, araştırmanın soruları ve hipotezleri ve verilerin analizinde kullanılan yöntemlere yer verilecektir.

2.1. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Çalışmanın evrenini Haiti'nin başkenti olan Port-au-Prince kentinde yer alan 3 büyük hastanede çalışan hekimler ve hemşireler oluşturmaktadır. Haiti toplam 122 hastane yer almakta ve çoğunluğu (% 57.38) Batı Bölgesinde bulunmaktadır. İnsan kaynakları açısından, Haiti Halk Sağlığı Bakanlığı'nın (MSPP) en son raporuna göre, ülkede toplam 1392 doktor, 2341 hemşire bulunmaktadır (MSPP, 2011: 58; MSPP 2015: 6). Uygulama, ülkenin sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun yer aldığı Haiti'nin başkenti Port-au-Prince'nin batı bölgesinde gerçekleştirilmiştir. Ülkedeki sağlık çalışanlarının çoğunluğunu temsil edebilecek olması ve ülkenin karar verme merkezi statüsü nedeniyle bu bölge seçilmiştir. Bu nedenle çalışmanın evrenini Batı bölgesinde görev yapmakta olan toplam 1240 hemşire ve 899 doktor oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenen 330 katılımcıya anket uygulanmış ancak eksik doldurulmuş olan veya geçersiz ve çelişkili ifadeler bulunan anketler çıkarıldıktan sonra 295 geçerli anket formu elde edilmiştir.

2.2. Veri Toplama Aracı

Sağlık hizmetlerinde kalite temelinde bilgi yönetimi uygulamaları konusunda sağlık çalışanlarının algılarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada veri toplama aracı olarak literatürde konuyla ilgili gerçekleştirilmiş daha önceki çalışmalardan yararlanılarak geliştirilmiş bir anket formu kullanılmıştır. Anket formu dört bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde bilgi teknolojisi kullanımı ve bilgi yönetimi ile ilgili 6 soru, ikinci bölümde katılımcıların bilgi yönetiminde, bilginin yaratılması, depolanması, paylaşımı ve kullanımına yönelik algılarını belirlemek amacıyla Altındış (2009) ve Borousan ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarından yararlanılarak oluşturulan 17 soru, üçüncü bölümde Işık ve Akbolat (2010) ve Akıncı'nın (2011) çalışmalarından yararlanılarak oluşturulmuş 13 soru ve son bölümde katılımcıların sosyo- demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 8 soru yer almaktadır (Tablo 1).

Tablo 2

Anket geliştirmede yararlanılan kaynaklar

	Kaynaklar
Bilgi Teknolojisi Kullanımı ve Bilgi Yönetimi	<ul style="list-style-type: none">• Işık ve Akbolat (2010: 373-378)
Bilgi Yönetimi Süreçleri	<ul style="list-style-type: none">• Altındiş (2009: 210-212)• Borousan ve arkadaşları (2012: 492)
Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları	<ul style="list-style-type: none">• Işık ve Akbolat (2010: 373-378)• Akıncı (2011: 97-100)

Bilgi yönetimi süreçleri ve hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları soruları 5'li Likert yapıdadır ve 5=Kesinlikle Katılmıyorum, 4=Katılmıyorum, 3=Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 2=Katılıyorum, 1=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde ölçeklendirilmiştir.

Çalışmada kullanılan anket öncelikle Türkçe olarak hazırlanmış, daha sonra Haiti'de resmi bir dil olan ve akademik olarak yaygın şekilde kullanılan Fransızca'ya kendisinin de anadili Fransızca olan araştırmacı tarafından çevrilmiştir. Daha sonra çeviri üç uzmanın görüşleri doğrultusunda tekrar düzenlenerek ortak bir forma ulaşılmıştır.

Çalışma 5 Nisan 2018 ve 20 Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında toplam 330 adet anket toplanmış ancak eksik doldurulmuş olan veya geçersiz ve çelişkili ifadeler bulunan anketler ayrıldıktan sonra 295 geçerli anket formu elde edilmiştir.

2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Haiti'nin başkenti Port-au-Prince'de ülkenin sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının görev yapmasına rağmen yalnızca metropol alanındaki hemşirelerin ve doktorların görüşlerinin alınması, taşrada yer alan hastanelerde çalışan hemşire ve doktorlara ulaşım güçlükleri nedeniyle çalışmada yer verilememesi bu çalışmanı sınırlılığını oluşturmaktadır.

2.4. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla açımlayıcı (AFA) faktör analizi ile cronbach alfa katsayısından faydalanılmıştır. Bilgi Yönetimi süreçleri ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 3

Bilgi Yönetimi Süreçleri Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,919	
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamlı	Sig.	0,000	
Approx. Chi-Square	2270,890	Df	136	
Açıklanan Toplam Varyans	42,987	Cronbach Alpha toplam	0,912	
Bilgi Yönetimi Süreçleri Ölçeği		Faktör yükü	Açıklanan Varyans	Cronbach Alpha
Bilgi Yaratılması				
Personel yeni çalışma yöntemlerinin keşfedilmesi ve öğrenilmesi konusuna odaklanır.		0,861	58,666	0,764
Kurumumuzda bilginin elde edilmesi ve geliştirilmesi için açık bir strateji vardır.		0,802		
Yeni bilgiye ihtiyacım olduğu zaman elde edebilirim.		0,768		
Bilginin oluşturulması için yeni yolları biliyorum.		0,610		
Bilgi Depolanması				
Dökümanlar güvenli bir şekilde depolanır.		0,847	61,136	0,834
Hastaya ait bilgiler düzenli şekilde kayıt altına alınır		0,801		
Dokümanette ettiğiniz bilgiyi depolayabildiğimiz veritabanı, intranet gibi doğru sistemler kullanılır.		0,788		
Bir hasta bu hastaneden çıktıktan sonra, bir yıl içinde dönerse, onun eski dosyaları bulunabilir		0,740		
Personel için gerekli olan bilgiler sistemli bir şekilde ve daha ileri bir kullanım için saklanır.		0,727		
Bilginin Paylaşılması				
Hastalar/ müşteriler bilgileri paylaşım sürecinde daima korunmaktadır.		0,835	58,187	0,754
Bilgi paylaşımını desteklemek için veritabanı, intranet, takım odaları ve e-mail gibi sistemlerimiz var.		0,781		
Gerekli bilgiler uygun zamanlarda paylaşılır.		0,769		
Bilgiye paylaşmakla hastaneye önemli bir katkıda bulunuyorum.		0,655		
Bilgi Kullanımı				
İş süreçlerimizde bilginin optimal olarak kullanımını sağlamak için sistematik bir yaklaşıma sahibiz.		0,842	65,046	0,728
Hizmet verilmesi için güçlü bir bilgi sistemi var.		0,839		
Bilgi optimal bir şekilde kullanıyor.		0,734		

Ölçeğin yapı geçerliğinin belirlenmesi için açımlayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır. Öncelikle ölçeğin faktör analizine uygun olup olmadığını tespit etmek amacıyla KMO ve Bartlett testi uygulanmaktadır. KMO katsayısı örneklem

büyükliğünün uygun olup olmadığını belirlemek için hesaplanmaktadır. Bulunan değer 1'e yaklaştıkça mükemmel, .50'nin altında ise kabul edilemez (.90'larda mükemmel, .80'lerde çok iyi, .70'lerde ve .60'larda vasat, .50'lerde kötü) olarak nitelendirilmektedir (Tavşancıl, 2005). Faktör analizinde evrendeki dağılımın normal olup olmadığı Bartlett testiyle belirlenmektedir. Bu kapsamda KMO testi sonucunun 0.50 ve üstü, Bartlett küresellik testi sonucunun ise istatistiksel açıdan anlamlı olması gerekmektedir. Faktör analizinde ölçek ifadelerinin faktörlere atanması veya çıkarılmasında faktör yükü değerleri dikkate alınmaktadır. Faktör yük değeri, ifadelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır ve ifadelerin buldukları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması beklenir. Bir faktörle yüksek düzeyde ilişkisi olan ifadeler bir grup oluşturmuşsa bu, o ifadelerin birlikte bir kavramı yapıyı-faktörü ölçtüğünü gösterir.

İfadelerin faktör yüklerinin 0,30'dan küçük olduğu ya da o ifadenin faktör yüklerinin iki ayrı faktördeki değerlerinin farkının 0,10'dan küçük olduğu durumlarda (binişiklik) ifade ölçekten çıkarılır ve analize bu şekilde devam edilir.

Ölçeğin faktör analizine uygun olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan KMO ve Bartlett testi sonucuna göre KMO değeri 0,500'den büyük ve Bartlett's Test of Sphericity testi anlamlı bulunmuştur. Buna sonuçlara göre ölçekler faktör analizine uygundur.

Bilgi yönetimi süreçleri ölçeğinin açılımlı faktör analizi sonuçlarına göre bilgi yaratılması boyutu, faktör yükleri 0,861 ile 0,610 arasında değişen 4 ifadeden oluşmaktadır. 1. ifade binişiklik nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %58,666 ve güvenilirlik katsayısı 0,764'tür. Bilgi Depolanması faktörü, faktör yükleri 0,847 ile 0,727 arasında değişen 5 ifadeden oluşmaktadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %61,136 ve güvenilirlik katsayısı 0,834'tür. Bilgi Paylaşması faktörü, faktör yükleri 0,835 ile 0,655 arasında değişen 4 ifadeden oluşmaktadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %58,187 ve güvenilirlik katsayısı 0,754'tür. Bilgi Kullanımı faktörü, faktör yükleri 0,842 ile 0,734 arasında değişen 3 ifadeden oluşmaktadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %65,046 ve güvenilirlik katsayısı 0,728'dir. Bilgi Kullanımı faktörü, faktör yükleri 0,842 ile 0,734 arasında değişen 3 ifadeden oluşmaktadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %65,046 ve güvenilirlik katsayısı 0,728'dir. Buna sonuçlara göre tüm faktörlerin güvenilirlik düzeyi yüksektir.

Hastane bilgi sistemi kullanımının faydaları ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 4’de görülmektedir.

Tablo 4
Hastane Bilgi Sistemi Kullanımının Faydaları Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi
Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,864
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamlı	Sig.	0,000
Approx. Chi-Square	1311,817	Df	78
Açıklanan Toplam Varyans	37,796	Cronbach Alpha toplam	0,855
Hastane Bilgi Sistemi Kullanımının Faydaları Ölçeği		Faktör yükü	Açıklanan Varyans
Bilgi yönetimi kullanılmasının tıbbi görüntülerin analizine faydalı olduğunu düşünüyorum.		0,756	37,796
Bilgi yönetiminin malzeme sipariş ve takibinin daha etkili yapılmasını sağladığını düşünüyorum.		0,731	
Bilgi yönetimi kullanılmasının ilaç ve diğer tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin takibine fayda sağladığını düşünüyorum.		0,719	
Bilgi yönetiminin kullanılmasının laboratuvar testlerinin analizine faydalı olduğunu düşünüyorum.		0,703	
Bilgi yönetiminin poliklinik hastalarına randevu verme konusunda faydalı olduğunu düşünüyorum.		0,680	
Bilgi yönetimi kullanılmasının bilgisayar destekli tıbbi karar almayı sağladığını düşünüyorum.		0,641	
Bilgi yönetimi kullanılmasının çalışanların performansını ölçmesine faydalı olduğunu düşünüyorum.		0,591	
Bilgi yönetimi kullanılmasının hasta bakımının planlanmasına fayda sağladığını düşünüyorum.		0,584	
Hizmet verilmesi süreçlerindeki sorunlar sürekli olarak belirlenir ve çözülür.		0,575	
Bilgi yönetimi çalışanlar arasında iletişimi kolaylaştırır.		0,572	
Hataların nedenleri ve potansiyel kalite problemleri araştırılmakta ve tekrarlanmasını engellemek için çözümler geliştirilmektedir.		0,499	
Bilgi yönetimi zaman kaybını önler.		0,426	
Bilgi yönetimi sayesinde bilgilere daha kolay ulaşıldığını düşünüyorum.		0,381	

Ölçeğin faktör analizine uygunluğunun belirlenmesi amacıyla yapılan KMO ve Bartlett testi sonucuna göre KMO değeri 0,500’den büyük ve Bartlett's Test of Sphericity testi anlamlı bulunmuştur. Buna göre ölçekler faktör analizine uygundur.

Hastane bilgi sistemi kullanımının faydaları ölçeğinin, faktör yükleri 0,756 ile 0,381 arasında değişen 13 maddeden oluşmaktadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %67,796 ve güvenilirlik katsayısı 0,855’tir. Buna göre faktörün güvenilirlik çok düzeyi yüksektir.

2.5. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri

2.5.1. Araştırma Soruları

- 1) Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi ve süreçlerine ilişkin algı düzeyleri nedir?
- 2) Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları konusunda algı düzeyleri ve betimsel dağılımı nasıldır?
- 3) Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimine ilişkin algı düzeyleri ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
 - i. Sağlık çalışanlarının bilginin yaratılması ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
 - ii. Sağlık çalışanlarının bilginin paylaşılması ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
 - iii. Sağlık çalışanlarının bilginin depolanması ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
 - iv. Sağlık çalışanlarının bilginin kullanılması ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
- 4) Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi ve süreçlerine ilişkin algı düzeyleri sosyo-demografik değişkenlere (cinsiyet, medeni durum, yaş, görev, toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, görev yaptığı birim, çalışma şekli) göre farklılık oluşturuyor mu?
- 5) Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları konusundaki algı düzeyleri sosyo- demografik değişkenlere (cinsiyet, medeni durum, yaş, görev, toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, görev yaptığı birim, çalışma şekli) göre farklılık oluşturuyor mu?

2.5.2. Araştırma Hipotezleri

Araştırma soruları kapsamında geliştirilen temel ve alt hipotezler aşağıdaki gibidir;

H₁. Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimine ilişkin algı düzeyleri ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasında bir ilişki vardır

H1a. Sağlık çalışanlarının bilginin yaratılması ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasında bir ilişki vardır.

H1b. Sağlık çalışanlarının bilginin paylaşılması ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasında bir ilişki vardır

H1c. Sağlık çalışanlarının bilginin depolanması ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasında bir ilişki vardır

H1d. Sağlık çalışanlarının bilginin kullanılması ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasında bir ilişki vardır.

H2. Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi ve süreçlerine ilişkin algı düzeyleri ile sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, yaş, görev, toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, görev yaptığı birim, çalışma şekli) arasında bir farklılık vardır.

H2a. Sağlık çalışanlarının bilginin yaratılmasına ilişkin algı düzeyleri ile sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, yaş, görev, toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, görev yaptığı birim, çalışma şekli) arasında bir farklılık vardır.

H2b. Sağlık çalışanlarının bilgi paylaşılmana ilişkin algı düzeyleri ile sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, yaş, görev, toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, görev yaptığı birim, çalışma şekli) arasında bir farklılık vardır.

H2c. Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi depolanmasına ilişkin algı düzeyleri ile sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, yaş, görev, toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, görev yaptığı birim, çalışma şekli) arasında bir farklılık vardır.

H2d. Sağlık çalışanlarının bilgi kullanımına ilişkin algı düzeyleri ile sosyo- demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, yaş, görev, toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, görev yaptığı birim, çalışma şekli) arasında bir farklılık vardır.

H3. Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları konusundaki algı düzeyleri ile sosyo- demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, yaş, görev, toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, görev yaptığı birim, çalışma şekli) arasında bir farklılık vardır.

2.6. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda bulunan farklılıkların hangi değişken ya da değişkenlerden kaynaklandığı bulmak amacıyla Tukey analizinden yararlanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 22 programı ile yapılmış veriler %95 güven aralığında ($p= 0,05$) analiz edilmiştir.

- Sağlık Çalışanlarının Bilgi Yönetimine İlişkin Algı Düzeyleri ile Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Groeneveld ve Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins ve Weeks, 1990; De Carlo, 1997). Bu nedenle Sağlık Çalışanlarının Bilgi Yönetimine İlişkin Algı Düzeyleri ile Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu parametrik test tekniklerinden Bağımsız Gruplar t testi ve ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Sağlık Çalışanlarının Bilgi Yönetimine İlişkin Algı Düzeyleri ile Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeyleri arasındaki ilişki parametrik test tekniklerinden Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir.

Parametrik Testler

- Bağımsız Gruplar T Testi: Bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir. İki grubun nicel değişken ortalamaları arasında %95 güven düzeyinde fark olup olmadığının incelenmesi için kullanılır.
- One –Way ANOVA: Bağımsız k grubun ($k>2$) nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir. Üç ve daha fazla grubun nicel değişken ortalamaları arasında %95 güven düzeyinde fark olup olmadığının incelenmesi için kullanılır.
- Pearson Korelasyon: İki nicel değişken arasındaki ilişkinin yönü ve kuvvetini inceleyen test tekniğidir.

BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN BULGULARI

3.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Tablo 5 'te katılımcıların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır.

Tablo 5
Katılımcıların Demografik Özelliklere İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

		n	%
Cinsiyetiniz	Kadın	193	65,4
	Erkek	102	34,6
Medeni Durumunuz	Bekâr	173	53,8
	Evli	114	43,2
	Dul	8	3,0
Yaş	29 yaş ve altı	96	32,5
	30-34 yaş	63	21,4
	35-39 yaş	47	15,9
	40 yaş ve üstü	89	30,2
Toplam Çalışma Süreniz	3 yıl ve altı	100	33,9
	4-6 yıl	74	25,1
	7-10 yıl	56	19,0
	11 yıl ve üstü	65	22,0
Haftalık çalışma süresi	20 saat ve daha az	54	18,3
	21-30 saat	47	15,9
	31-40 saat	78	26,4
	41-50 saat	57	19,3
	51 saat ve daha fazla	59	20,0
Görev yaptığınız Birim	İdari Birimler	36	12,2
	Poliklinikler	81	27,5
	Klinikler	145	49,2
	Tanı Birimleri	22	7,5
	Diğer	11	3,7
Çalışma Şekliniz	Sürekli gündüz	163	55,3
	Sürekli nöbet	32	10,8
	Vardiya	100	33,9
Göreviniz	Hemşire	160	54,2
	Doktor	135	45,8

Tabloda görüldüğü gibi katılımcıların çoğunluğu kadın (%65,4) ve bekar (%53,8) bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş grubu incelendiğinde ise çoğunluğunun 29

yaş ve daha küçük (%32,5) bireylerden oluştuğu ve bunu 40 yaş ve üstü bireylerin (%30,2) takip ettiği görülmektedir. Çalışanların çoğunluğu 3 yıl ve daha az süredir çalışmakta (%33,9) olup haftalık çalışma saati en fazla olan grup 31-40 saat (%26,4) çalışanlardan oluşmaktadır. Görev yapılan birime bakıldığında ise çalışanlar en çok klinikler biriminde (%49,2) görev yapmakta ve sürekli gündüz çalışmaktadır (%55,3). Çalışmaya toplam 295 kişi katılmıştır ve bunun hemşire %54,2'si hemşire ve %45,8'i doktorlardan oluşmaktadır.

3.2. Hastane Bilgi Sistemi Kullanımına İlişkin Frekans Analizleri

Tablo 6'da katılımcıların hastane bilgi sistemi kullanımı ve yeterlilik düzeylerine ilişkin sonuçlar yer almaktadır.

Tablo 6
Hastane Bilgi Sistemi Kullanımı ve Yeterlilik Düzeylerine İlişkin Frekans Analizi

		n	%
İletişim ve bilgi teknolojileri araçları kullanılması	Evet	291	98,6
	Hayır	4	1,4
	Kararsızım	0	0,0
Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemi konusunda yeterlilik düzeylerinin iyi olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	174	59,0
	Hayır	94	31,9
	Kararsızım	27	9,2
Çalıştığınız kurumda bilgi kalitesi ve yönetiminin geliştirilmesi için eğitimler düzenleniyor mu?	Evet	218	73,9
	Hayır	65	22,0
	Kararsızım	12	4,1
Bilgi altyapıları (Bilgisayar, iletişim ve	Evet	272	92,2

bilgi teknolojileri, sürekli eğitim gibi) sağlık hizmetlerinde kalite sağlar mı?	Hayır	16	5,4
	Kararsızım	7	2,4
Bilgi yönetiminin geliştirmesiyle daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunulacağını düşünüyor musunuz?	Evet	285	96,6
	Hayır	8	2,7
	Kararsızım	2	,7

Tablo 5'e göre katılımcıların %98,6 gibi büyük bir çoğunluğu iletişim ve bilgi teknolojileri araçlarını kullanmakta olup %59'u hastane bilgi sistemi konusunda yeterlilik düzeylerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. Çalıştığı kurumda bilgi kalitesi ve yönetiminin geliştirilmesi için eğitimler düzenlendiğini belirtenlerin oranı %73,9 iken bilgi altyapılarının (Bilgisayar, iletişim ve bilgi teknolojileri, sürekli eğitim gibi) sağlık hizmetlerinde kalite sağladığı yönünde görüş bildirenlerin oranı %92,2 gibi yüksek bir orana sahiptir. Aynı doğrultuda bilgi yönetimi faaliyetlerinin geliştirmesiyle daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunulacağını düşünenlerin (%96,6) oranı oldukça yüksektir.

Katılımcıların en çok hangi iletişim ve bilgi teknolojileri araçlarını kullandıklarına dair sonuçlar Tablo 7 görülmektedir.

Tablo 7

Kullanılan İletişim ve Bilgi Teknolojileri Araçlarına İlişkin Frekans Analizi

		n	%
Hastanede çalışırken kullanılan iletişim ve bilgi teknolojileri araçları	Office programları (Word, Excel vb.)	137	14,1
	Bilgisayar işletim sistemleri	89	9,2
	Bilgisayar donanımı	178	18,3
	Fotokopi ve baskı makinesi	132	13,5

	Bilgisayar yazılımları	80	8,2
	Network (bilgisayar ağları)	52	5,3
	Veritabanı (Java, Access)	40	4,1
	Yazılı dokümanlar	264	27,1

Tabloda görüldüğü gibi katılımcılar, iletişim ve bilgi teknolojileri aracı olarak en sık hangi araçları kullandıkları sorusuna sırasıyla yazılı dokümanlar (%27,1), bilgisayar donanımı (%18,3) ve Office programları (Word, Excel vb.) (%14,1) şeklinde yanıt vermişlerdir.

3.3. Bilgi Yönetimi Süreçleri ile Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerine Ait Betimsel İstatistikler

Bilgi yönetimi süreçleri ile hastane bilgi sistemleri kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerine ait betimsel istatistikler Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8

Bilgi Yönetimi Süreçlerine İlişkin Algı Düzeylerin ait Betimsel İstatistikler

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Bilgi Yaratılması	295	1,80	5,00	3,90	0,72
Bilgi Depolanması	295	1,40	5,00	4,03	0,76
Bilgi Paylaşması	295	1,25	5,00	3,93	0,70
Bilgi Kullanımı	295	1,33	5,00	3,72	0,81

Tabloya bakıldığında bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeylerinin genel olarak olumlu olduğu görülmektedir. Bilgi yaratılması ortalaması $3,90 \pm 0,72$; bilgi depolanması ortalaması $4,03 \pm 0,76$; bilgi paylaşması ortalaması $3,93 \pm 0,70$; bilgi kullanımı ortalaması $3,72 \pm 0,81$ ’dir. Genel olarak incelendiğinde bilginin depolanması boyutunun en yüksek, bilgi kullanımı boyutunun ise en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

3.4. Bilginin yaratılmasına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Tablo 9’de bilginin yaratılmasına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 9**Bilgi Yararlanması İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler**

1. Kesinlikle katılıyorum ... 5 Kesinlikle katılmıyorum	Ortalama	ss	1	2	3	4	5
			%	%	%	%	%
Kurumumuzda bilginin elde edilmesi (iyileştirme, birleştirme ve yatırımlar) ve geliştirilmesi (araştırma ve geliştirme) için açık bir strateji vardır	3,79	0,92	16,6	60,7	9,2	11,9	1,7
Personel yeni çalışma yöntemlerinin keşfedilmesi ve öğrenilmesi konusuna odaklanır	3,86	1,06	29,5	45,1	9,2	14,2	2,0
Bilginin oluşturulması için yeni yolları biliyorum	4,10	0,82	28,8	60,7	4,4	4,1	2,0
Yeni bilgiye ihtiyacım olduğu zaman elde edebilirim	3,86	1,00	25,8	52,5	4,1	17,3	0,3

Tablo incelendiğinde, en yüksek katılımın ($X=4,10$) üçüncü ifade olan “Bilginin oluşturulması için yeni yolları biliyorum” ifadesine ait olduğu görülmektedir. En düşük katılım ($X=3,79$) olan ifade ise birinci madde olan “Kurumumuzda bilginin elde edilmesi (iyileştirme, birleştirme ve yatırımlar) ve geliştirilmesi (araştırma ve geliştirme) için açık bir strateji vardır” ifadesine olduğu görülmektedir.

3.5. Bilginin Depolanmasına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 10 bilginin depolanmasına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 10**Bilginin Depolanması İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler**

1. Kesinlikle katılıyorum ... 5 Kesinlikle katılmıyorum	Ortalama	Ss	1	2	3	4	5
			%	%	%	%	%
Personel için gerekli olan bilgiler sistemli bir şekilde ve daha ileri bir kullanım için saklanır	3,91	0,99	28,8	49,2	6,4	15,3	0,3
Hastaya ait bilgiler düzenli şekilde kayıt altına alınır	4,22	0,78	37,3	53,6	3,7	4,7	0,7
Bir hasta bu hastaneden çıktıktan sonra, bir yıl içinde dönerse, onun eski dosyaları bulunabilir	4,21	0,91	41,0	48,8	2,4	5,4	2,4
Dokümante ettiğiniz bilgiyi depolayabildiğimiz veritabanı, intranet gibi doğru sistemler kullanılır	3,81	1,18	31,9	42,7	5,1	15,6	4,7
Dökümanlar güvenli bir şekilde depolanır	3,98	1,02	34,2	44,7	8,1	10,8	2,0

Tabloya göre en yüksek katılımın ($X=4,22$) üçüncü madde olan “Hastaya ait bilgiler düzenli şekilde kayıt altına alınır” ifadesine, en düşük katılımının ($X=3,81$) ise dördüncü madde olan “Dokümante ettiğiniz bilgiyi depolayabildiğimiz veritabanı, intranet gibi doğru sistemler kullanılır” ifadesine ait olduğu görülmektedir.

3.6. Bilginin Paylaşılmasına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 11 bilginin paylaşılmasına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 11

Bilginin Paylaşılması İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

1. Kesinlikle katılıyorum ... 5 Kesinlikle katılmıyorum	Ortalama	ss	1	2	3	4	5
			%	%	%	%	%
Gerekli bilgiler uygun zamanlarda paylaşılır	3,92	0,92	25,1	54,2	9,2	10,5	1,0
Hastalar/ müşteriler bilgileri paylaşım sürecinde daima korunmaktadır	3,99	0,90	27,1	56,9	5,1	9,8	1,0
Bilgi paylaşımını desteklemek için veritabanı, intranet, takım odaları ve e-mail gibi sistemlerimiz var	3,70	1,12	22,4	51,2	4,4	18,3	3,7
Bilgiye paylaşmakla hastaneye önemli bir katkıda bulunuyorum	4,11	0,73	26,1	64,1	4,4	5,1	0,3

Tablo incelendiğinde en yüksek katılımın ($X=4,11$) dördüncü ifade olan “Bilgiye paylaşmakla hastaneye önemli bir katkıda bulunuyorum” ifadesine ait olduğu, en düşük katılımın ($X=3,70$) ise üçüncü ifade olan “Bilgi paylaşımını desteklemek için veritabanı, intranet, takım odaları ve e-mail gibi sistemlerimiz var” ifadesine ait olduğu görülmektedir.

3.7. Bilginin Kullanılmasına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 12 bilginin kullanılmasına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 12

Bilginin Kullanımı İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

1. Kesinlikle katılıyorum ... 5 Kesinlikle katılmıyorum	Ortalama	ss	1	2	3	4	5
			%	%	%	%	%
İş süreçlerimizde bilginin optimal olarak kullanımını sağlamak için sistematik (düzenli ve sistemli) bir yaklaşıma sahibiz	3,59	0,99	14,6	50,2	16,3	17,6	1,4
Bilgi optimal bir şekilde kullanıyor	3,84	0,85	17,6	60,7	10,5	10,8	0,3
Hizmet verilmesi için güçlü bir bilgi sistemi var	3,73	1,15	30,5	36,9	8,5	23,4	0,7

Tabloya göre en yüksek katılımın ($X=3,84$) ile ikinci ifade olan “Bilgi optimal bir şekilde kullanıyor” ifadesine ait olduğu, en düşük katılımın ($X=3,59$) ise birinci ifade olan “İş süreçlerimizde bilginin optimal olarak kullanımını sağlamak için sistematik (düzenli ve sistemli) bir yaklaşıma sahibiz” ifadesine ait olduğu görülmektedir.

3.8. Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerine Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 13’de hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerine ilişkin betimsel istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 13

Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına İlişkin Algı Düzeylerine Ait Betimsel İstatistikler

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları	295	2,62	5,00	4,29	0,43

Hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin genel olarak olumlu olduğu görülmektedir. Hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları puanları ortalaması $4,29 \pm 0,43$ ’tür. Bu ortalamaya göre katılımcıların hastane bilgi sistemlerinin kullanımı ile ilgili algılarının yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 14 bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları ifadelerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 14

Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

1. Kesinlikle katılıyorum ... 5 Kesinlikle katılmıyorum	Ortalama	ss	1	2	3	4	5
			%	%	%	%	%
Bilgi yönetimi sayesinde bilgilere daha kolay ulaşıldığımı düşünüyorum.	4,36	0,74	48,1	44,1	3,7	4,1	0,0
Bilgi yönetimi zaman kaybını önler.	4,52	0,74	62,4	31,2	3,4	2,4	0,7
Bilgi yönetimi çalışanlar arasında iletişimi kolaylaştırır	4,55	0,60	59,7	36,6	2,7	1,0	0,0
Bilgi yönetiminin poliklinik hastalarına randevu verme konusunda faydalı olduğunu düşünüyorum	4,27	0,76	41,7	47,8	6,1	4,4	0,0
Bilgi yönetiminin malzeme sipariş ve takibinin daha etkili yapılmasını sağladığımı düşünüyorum	4,35	0,70	46,4	44,4	7,1	2,0	0,0
Bilgi yönetiminin kullanılmasının laboratuvar testlerinin analizine faydalı olduğunu düşünüyorum	4,30	0,67	40,0	52,2	5,8	2,0	0,0

Bilgi yönetimi kullanılmasının tıbbi görüntülerin analizine faydalı olduğunu düşünüyorum	4,26	0,71	37,6	53,9	5,1	3,4	0,0
Bilgi yönetimi kullanılmasının ilaç ve diğer tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin takibine fayda sağladığını düşünüyorum	4,33	0,64	40,0	54,2	4,1	1,7	0,0
Bilgi yönetimi kullanılmasının hasta bakımının planlanmasına fayda sağladığını düşünüyorum	4,49	0,59	53,2	43,4	2,7	0,7	0,0
Bilgi yönetimi kullanılmasının bilgisayar destekli tıbbi karar almayı sağladığını düşünüyorum	4,18	0,82	36,9	51,5	4,4	7,1	0,0
Bilgi yönetimi kullanılmasının çalışanların performansını ölçmesine faydalı olduğunu düşünüyorum	4,10	0,74	28,1	58,0	10,2	3,4	0,3
Hizmet verilmesi süreçlerindeki sorunlar sürekli olarak belirlenir ve çözülür.	4,01	0,78	22,4	64,1	7,1	5,4	1,0
Hataların nedenleri ve potansiyel kalite problemleri araştırılmakta ve tekrarlanmasını engellemek için çözümler geliştirilmektedir.	4,08	0,70	25,4	61,0	10,5	2,7	0,3

Tabloya göre en yüksek katılımın ($X=4,55$) ile üçüncü ifade olan “Bilgi yönetimi çalışanlar arasında iletişimi kolaylaştırır” ifadesine ait olduğu, bunu sırasıyla ikinci ifade olan ($X=4,52$) “Bilgi yönetimi zaman kaybını önler” ve dokuzuncu ifade olan ($X=4,49$) “Bilgi yönetimi kullanılmasının hasta bakımının planlanmasına fayda sağladığını düşünüyorum” ifadesi takip etmektedir. En düşük katılım ($X=4,01$) alan ifadeler ise on ikinci ifade olan “Hizmet verilmesi süreçlerindeki sorunlar sürekli olarak belirlenir ve çözülür.”, on üçüncü ifade olan “Hataların nedenleri ve potansiyel kalite problemleri araştırılmakta ve tekrarlanmasını engellemek için çözümler geliştirilmektedir.” ve on birinci ifade olan “Bilgi yönetimi kullanılmasının çalışanların performansını ölçmesine faydalı olduğunu düşünüyorum” ifadesidir.

3.9. Bilgi Yönetimi Süreçleri ile Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları Arasındaki İlişki

Bu bölümde bilgi yönetimi süreçleri ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları arasındaki ilişkilerin varlığı, yönü ve derecesine yer verilmektedir. Değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde amacıyla yapılan korelasyon analizinde korelasyon katsayısının 1 olması, pozitif yönlü mükemmel ilişkiyi, -1.000 olması negatif yönlü mükemmel ilişkiyi, 0.00 olması ise herhangi bir ilişkinin bulunmadığı anlamına gelmektedir. Korrelasyon katsayısının değerinin 0.70-1.00 arasında olması, yüksek; 0.70-0.30 arasında olması orta; 0.30-0.00 arasında olması ise düşük düzeyde bir ilişki şeklinde yorumlanmaktadır (Büyüköztürk, 2004: 32).

Tablo 15’da bilgi yönetimi süreçleri ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları arasındaki ilişki görülmektedir.

Tablo 15
Bilgi Yönetimine Süreçleri ile Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının
Faydalarına Yönelik Algı Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları
Bilgi Yaratılması	R	,179**
	P	,002
	N	295
Bilgi Depolanması	R	,276**
	P	,000
	N	295
Bilgi Paylaşması	R	,325**
	P	,000
	N	295
Bilgi Kullanımı	R	,273**
	P	,000
	N	295

p* < 0,05; p < 0,01**

Elde edilen bulgulara göre hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydaları ile bilgi yaratılması arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,179$); bilgi depolanması arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,276$); bilgi paylaşması arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,325$); bilgi kullanımı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,273$) bulunmaktadır.

3.10. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Bulguları

3.10.1 Sağlık Çalışanlarının Bilgi Yönetimi Süreçleri Algı Düzeylerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerine Göre Fark Analizi Bulguları

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi ve süreçlerine ilişkin algı düzeylerinde sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, yaş, toplam çalışma süre, görev) açısından bir farklılık olup olmadığını belirlemek için bağımsız iki grup T Testi ve One –Way ANOVA analizleri yapılmıştır.

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığı t testi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 16 verilmektedir.

Tablo 16
Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Cinsiyetiniz		N	Ortalama	ss	t	p
Bilgi Yaratılması	Kadın	193	3,80	0,73	-3,111	,002*
	Erkek	102	4,08	0,67		
Bilgi Depolanması	Kadın	193	3,91	0,82	-4,066	,000*
	Erkek	102	4,25	0,59		
Bilgi Paylaşması	Kadın	193	3,84	0,74	-3,577	,000*
	Erkek	102	4,12	0,58		
Bilgi Kullanımı	Kadın	193	3,66	0,82	-1,727	,085
	Erkek	102	3,84	0,78		

p* < 0,05

Tablo 16' te görüldüğü gibi kadın ile erkek çalışanlar arasında bilginin yaratılmasına ilişkin algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde erkek çalışanların bilgi yaratılmasına ilişkin algı düzeyi daha yüksektir.

Kadın ile erkek çalışanlar arasında bilgi depolanmasına ilişkin algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde erkek çalışanların bilgi depolanması algı düzeyi daha yüksektir.

Kadın ile erkek çalışanlar arasında bilgi paylaşılması algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde erkek çalışanların bilgi paylaşılmasına ilişkin algı düzeyleri daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeylerinin medeni duruma göre farklılaşp farklılaşmadığı t testi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 16 verilmektedir.

Tablo 17
Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Medeni Durum Açısından İncelenmesi

Medeni Durumunuz		N	Ortalama	ss	t	p
Bilgi Yaratılması	Bekâr/boşanmış	173	3,83	0,79	-2,267	,024*
	Evli	122	4,01	0,60		
Bilgi Depolanması	Bekâr/boşanmış	173	3,91	0,81	-2,750	,006*
	Evli	122	4,17	0,67		
Bilgi Paylaşması	Bekâr/boşanmış	173	3,84	0,73	-2,267	,024*
	Evli	122	4,05	0,68		
Bilgi Kullanımı	Bekâr/boşanmış	173	3,71	0,82	0,418	,676
	Evli	122	3,68	0,82		

p* < 0,05

Tablo incelendiğinde medeni duruma göre çalışanlar arasında bilgi yaratılması algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde evli çalışanların bilgi yaratılması algı düzeyi daha yüksektir.

Medeni duruma göre çalışanlar arasında bilgi depolanması algı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde evli çalışanların bilgi depolanması algı düzeyleri daha fazladır.

Medeni duruma göre çalışanlar arasında bilgi paylaşılması algı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde evli çalışanların bilgi paylaşılması algı düzeyi daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeylerinin yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 18 verilmektedir.

Tablo 18
Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Yaş Açısından İncelenmesi

Yaş	n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
-----	---	----------	----	---	---	------------

Bilgi Yaratılması	29 yaş ve altı	96	3,83	0,68	3,885	,010*	1-4
	30-34 yaş	63	3,89	0,60			
	35-39 yaş	47	4,03	0,62			
	40 yaş ve üstü	89	4,11	0,53			
Bilgi Depolanması	29 yaş ve altı	96	3,83	0,85	5,214	,002*	1-3 1-4
	30-34 yaş	63	3,94	0,80			
	35-39 yaş	47	4,19	0,66			
	40 yaş ve üstü	89	4,22	0,63			
Bilgi Paylaşılması	29 yaş ve altı	96	3,77	0,77	5,656	,001*	1-4 2-4
	30-34 yaş	63	3,80	0,74			
	35-39 yaş	47	4,03	0,65			
	40 yaş ve üstü	89	4,14	0,56			
Bilgi Kullanımı	29 yaş ve altı	96	3,62	0,83	3,461	,017*	2-3
	30-34 yaş	63	3,88	0,74			
	35-39 yaş	47	3,48	0,86			
	40 yaş ve üstü	89	3,85	0,76			

p* $<$ 0,05

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetim süreçlerine yönelik algı düzeylerinin yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde yaş gruplarına göre bilgi yaratılması algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, 40 yaş üstü ile 29 yaş ve altı gruplar arasında anlamlı fark vardır ve 40 yaş üstü olanların algı düzeyleri daha yüksektir.

Yine katılımcıların yaş gruplarına göre bilgi depolanması algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, 40 yaş üstü ve 35-39 yaş arası ile 29 yaş ve altı olanlar arasında anlamlı fark vardır ve 40 yaş üstü ile 35-39 yaş arası olanların 29 yaş ve altı olanlara göre algı düzeyleri daha yüksektir.

Katılımcıların yaş gruplarına göre bilgi paylaşılması algı düzeyi açısından da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, 40 yaş üstü ile 29 yaş ve altı ve 30-34 yaş arası olanlar arasında anlamlı fark vardır ve 40 yaş üstü olanların algı düzeyleri daha yüksektir.

Katılımcıların yaş gruplarına göre bilgi kullanımı algı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre 30-34 yaş ile 35-39 yaş grupları arasında anlamlı fark vardır ve 30-34 yaş arası olanların algı düzeyleri daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeylerinin toplam çalışma süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 19 verilmektedir.

Tablo 19
Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Toplam Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi

Toplam Çalışma Süreniz		n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Bilgi Yaratılması	3 yıl ve altı	100	3,69	0,82	5,823	,001*	1-3
	4-6 yıl	74	3,93	0,70			
	7-10 yıl	56	4,16	0,56			
	11 yıl ve üstü	65	3,97	0,64			
Bilgi Depolanması	3 yıl ve altı	100	3,79	0,81	4,959	,002*	1-3 1-4
	4-6 yıl	74	4,09	0,83			
	7-10 yıl	56	4,20	0,69			
	11 yıl ve üstü	65	4,15	0,58			
Bilgi Paylaşması	3 yıl ve altı	100	3,73	0,79	4,204	,006*	1-3
	4-6 yıl	74	3,96	0,69			
	7-10 yıl	56	4,10	0,62			
	11 yıl ve üstü	65	4,02	0,59			
Bilgi Kullanımı	3 yıl ve altı	100	3,65	0,83	0,583	,626	
	4-6 yıl	74	3,74	0,80			
	7-10 yıl	56	3,82	0,81			
	11 yıl ve üstü	65	3,70	0,78			

p* $<0,05$

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeyleri toplam çalışma süresi açısından incelendiğinde ise bilgi yaratılmasına ilişkin algı düzeylerinde açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre,

farklılık 7-10 yıl arası çalışanlar ile 3 yıl ve daha az çalışanlardan kaynaklanmaktadır. 7-10 yıl arası çalışanların algı düzeyleri daha yüksektir.

Katılımcıların toplam çalışma sürelerine göre bilgi depolanması algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, 7-10 yıl arası çalışanlar, 11 yıl ve daha fazla süredir çalışanlar ile 3 yıl ve daha az çalışanlar arasında anlamlı fark vardır ve 7-10 yıl, 11 yıl ve daha fazla süredir çalışanların 3 yıl ve daha az süredir çalışanlara göre algı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların toplam çalışma sürelerine göre bilgi paylaşılması algı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, farklılık 7-10 yıl arası çalışanlar ile 3 yıl ve daha az süredir çalışanlardan kaynaklanmaktadır. 7-10 yıldır çalışanların algı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeylerinin haftalık çalışma süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 20 verilmektedir.

Tablo 20

Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Haftalık Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi

Haftalık Çalışma Süreniz	N	Ortalama	ss	F	p	
Bilgi Yaratılması	20 saat ve daha az	54	3,76	0,87	,901	,464
	21-30 saat	47	3,93	0,75		
	31-40 saat	78	3,90	0,76		
	41-50 saat	57	3,86	0,66		
	51 saat ve daha fazla	59	4,02	0,55		
Bilgi Depolanması	20 saat ve daha az	54	3,87	0,83	1,409	,231
	21-30 saat	47	3,94	0,99		
	31-40 saat	78	4,12	0,71		
	41-50 saat	57	3,98	0,74		
	51 saat ve daha fazla	59	4,15	0,57		
Bilgi Paylaşması	20 saat ve daha az	54	3,79	0,89	,721	,578
	21-30 saat	47	3,90	0,77		
	31-40 saat	78	4,01	0,64		

	41-50 saat	57	3,93	0,64		
	51 saat ve daha fazla	59	3,93	0,60		
Bilgi Kullanımı	20 saat ve daha az	54	3,72	0,75	,623	,647
	21-30 saat	47	3,57	0,90		
	31-40 saat	78	3,78	0,75		
	41-50 saat	57	3,67	0,77		
	51 saat ve daha fazla	59	3,77	0,88		

$p^* < 0,05$

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetim süreçlerine yönelik algı düzeylerinin haftalık çalışma süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeylerinin görev yapılan birime göre farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 21 verilmektedir.

Tablo 21
Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Görev Yapılan Birim Açısından İncelenmesi

Görev yaptığınız Birim		n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Bilgi Yaratılması	İdari Birimler	36	3,90	0,69	2,801	,026*	2-3
	Poliklinikler	81	4,10	0,69			
	Klinikler	145	3,80	0,69			
	Tanı Birimleri	22	3,92	1,01			
	Diğer	11	3,59	0,63			
Bilgi Depolanması	İdari Birimler	36	4,01	0,79	6,837	,000*	2-3 3-4
	Poliklinikler	81	4,33	0,71			
	Klinikler	145	3,83	0,76			
	Tanı Birimleri	22	4,29	0,65			
	Diğer	11	3,96	0,55			
Bilgi Paylaşması	İdari Birimler	36	3,74	0,80	5,739	,000*	1-2 1-4 2-3 3-4
	Poliklinikler	81	4,13	0,69			
	Klinikler	145	3,83	0,65			
	Tanı Birimleri	22	4,34	0,66			
	Diğer	11	3,68	0,63			
Bilgi Kullanımı	İdari Birimler	36	3,56	0,84	2,638	,034*	2-3
	Poliklinikler	81	3,96	0,71			

	Klinikler	145	3,64	0,80			
	Tanı Birimleri	22	3,74	1,03			
	Diğer	11	3,64	0,64			

p* < 0,05

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetim süreçlerine ilişkin algı düzeyleri görev yapılan birim açısından incelendiğinde, bilgi yaratılması algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, klinikler biriminde çalışanlar ile poliklinik birimlerinde çalışanlar arasında anlamlı fark vardır ve polikliniklerde çalışanların algı düzeyleri daha yüksektir.

Görev alınan birime göre çalışanlar arasında bilgi depolanması algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, klinikler ve tanı birimlerinde çalışanlar ile poliklinik biriminde çalışanlar arasında anlamlı fark vardır ve klinikler ve tanı birimlerinde çalışanların poliklinik birimlerinde çalışanlara göre algı düzeyleri daha yüksektir.

Görev alınan birime göre çalışanlar arasında bilgi paylaşılması algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, tanı birimlerinde çalışanlar ile klinikler ve idari birimlerinde çalışanlar arasında anlamlı fark vardır ve tanı birimlerinde çalışanların algı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Poliklinikler ile idari birimler ve klinikler arasında anlamlı fark vardır ve polikliniklerde çalışanların algı düzeyleri daha yüksektir.

Görev alınan birime göre çalışanlar arasında bilgi kullanımı algı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, poliklinik birimlerinde çalışanlar ile klinikler biriminde çalışanlar arasında anlamlı fark bulunmaktadır ve polikliniklerde çalışanların algı düzeyleri daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeylerinin çalışma şekline göre farklılaşp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 22 verilmektedir.

Tablo 22
Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Çalışma Şekli Açısından İncelenmesi

Çalışma Şekliniz		n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Bilgi Yaratılması	Sürekli gündüz	163	3,82	0,76	4,051	,018*	1-2 , 2-3
	Sürekli nöbet	32	4,21	0,44			
	Vardiya	100	3,92	0,72			
Bilgi Depolanması	Sürekli gündüz	163	3,98	0,81	3,190	,043*	1-2
	Sürekli nöbet	32	4,34	0,57			
	Vardiya	100	3,99	0,72			
Bilgi Paylaşması	Sürekli gündüz	163	3,88	0,74	1,861	,157	
	Sürekli nöbet	32	4,14	0,60			
	Vardiya	100	3,94	0,67			
Bilgi Kullanımı	Sürekli gündüz	163	3,67	0,85	0,873	,419	
	Sürekli nöbet	32	3,86	0,67			
	Vardiya	100	3,75	0,79			

p* < 0,05

Sağlık çalışanlarının çalışma şekillerinin bilgi yönetim süreçlerine yönelik algı düzeyleri açısından farklılık olup olmadığına ilişkin bulgulara göre çalışanların çalışma şekilleri, bilgi yaratılması algı düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmaktadır ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, sürekli nöbet şeklinde çalışanlar ile sürekli gündüz ve vardiya çalışanlar arasında anlamlı fark vardır ve sürekli nöbet şeklinde çalışanların algı düzeyleri daha yüksektir.

Katılımcıların çalışma şekillerine göre bilgi depolanması algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, sürekli nöbet şeklinde çalışanlar ile sürekli gündüz çalışanlar arasında anlamlı fark vardır ve sürekli nöbet şeklinde çalışanların algı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeylerinin hemşire ve doktorlara göre farklılaşıp farklılaşmadığı t testi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 23 verilmektedir..

Tablo 23
Bilgi Yönetim Süreçlerine Yönelik Algı Düzeylerinin Hemşire ve Doktorlar Açısından İncelenmesi

Göreviniz		N	Ortalama	ss	t	p
Bilgi Yaratılması	Hemşire	160	3,79	0,62	-2,899	,004*
	Doktor	135	4,03	0,57		
Bilgi Depolanması	Hemşire	160	4,01	0,79	-2,126	,034*
	Doktor	135	4,33	0,71		
Bilgi Paylaşması	Hemşire	160	3,74	0,80	-2,419	,016*
	Doktor	135	4,13	0,69		
Bilgi Kullanımı	Hemşire	160	3,56	0,84	0,020	,984
	Doktor	135	3,96	0,71		

p* < 0,05

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetim süreçlerine yönelik algı düzeylerinin hemşire ve doktorlar açısından farklılık oluşturup oluşturmadığı incelendiğinde, hemşire ile doktorlar arasında bilgi yaratılması algı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde doktorların bilgi yaratılması algı düzeyleri daha yüksektir.

Hemşire ile doktorlar arasında bilgi depolanması algı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde doktorların bilgi depolanması algı düzeyleri daha yüksektir.

Hemşire ile doktorlar arasında bilgi paylaşılması algı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde doktorların bilgi paylaşılması algı düzeyleri daha fazladır.

3.10.2. Sağlık Çalışanlarının Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Sosyo- Demografik Değişkenlere Göre Fark Analizi Bulguları

Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinde sosyo- demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, yaş, toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, çalışılan birim, çalışma şekli) açısından bir farklılık olup olmadığını belirlemek için bağımsız iki grup T Testi ve One –Way ANOVA analizleri yapılmıştır.

Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı t testi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 24 verilmektedir..

Tablo 24

Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Cinsiyetiniz		N	Ortalama	ss	t	p
Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları	Kadın	193	4,30	0,42	0,083	,934
	Erkek	102	4,29	0,45		

p* < 0,05

Elde edilen sonuçlara göre sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür (p>0,05).

Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığı t testi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 25 verilmektedir..

Tablo 25

Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Medeni Durumunuz		N	Ortalama	ss	t	p
Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları	Bekâr/boşanmış	173	4,34	0,42	1,416	,158
	Evli	122	4,26	0,43		

p* < 0,05

Tabloya göre sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin medeni göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 26 verilmektedir.

Tablo 26

Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Yaş Açısından İncelenmesi

Yaş	n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları	29 yaş ve altı	96	4,37	3,106	,027*	1-3
	30-34 yaş	63	4,29			
	35-39 yaş	47	4,14			
	40 yaş ve üstü	89	4,29			

$p^*<0,05$

Katılımcıların yaş gruplarına göre hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre 35-39 yaş arası ile 29 yaş ve altı olanlar arasında anlamlı fark vardır ve 29 yaş ve altı olanların algı düzeyleri daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin toplam çalışma süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 27 verilmektedir.

Tablo 27

Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Toplam Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi

Toplam Çalışma Süreniz	n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları	3 yıl ve altı	100	4,33	0,570	,635	
	4-6 yıl	74	4,30			

	7-10 yıl	56	4,28	0,38			
	11 yıl ve üstü	65	4,24	0,38			

$p^* < 0,05$

Tabloya göre sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin toplam çalışma süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin haftalık çalışma süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 28 verilmektedir.

Tablo 28

Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Haftalık Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi

Haftalık Çalışma Süreniz		N	Ortalama	ss	F	p
Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları	20 saat ve daha az	54	4,26	0,46	,673	,611
	21-30 saat	47	4,35	0,38		
	31-40 saat	78	4,33	0,47		
	41-50 saat	57	4,25	0,45		
	51 saat ve daha fazla	59	4,27	0,33		

$p^* < 0,05$

Tabloya göre sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin haftalık çalışma süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin görev alınan birime göre farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 29 verilmektedir.

Tablo 29

Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Görev Alınan Birim Açısından İncelenmesi

Görev yaptığınız Birim		n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları	İdari Birimler	36	4,13	0,50	4,107	,003*	1-2
	Poliklinikler	81	4,39	0,50			1-4

	Klinikler	145	4,26	0,34			
	Tanı Birimleri	22	4,49	0,36			
	Diğer	11	4,17	0,57			

p* $<$ 0,05

Görev alınan birime göre çalışanlar arasında hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Tukey analizi sonuçlarına göre, tanı birimlerinde çalışanlar ile klinikler ve idari birimlerinde çalışanlar arasında anlamlı fark vardır ve tanı birimlerinde çalışanların algı düzeyleri daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin çalışma şekline göre farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 30 verilmektedir.

Tablo 30

Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Çalışma Şekli Açısından İncelenmesi

Çalışma Şekliniz		n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları	Sürekli gündüz	163	4,29	0,41	0,049	,952	
	Sürekli nöbet	32	4,30	0,46			
	Vardiya	100	4,30	0,45			

p* $<$ 0,05

Tabloya göre sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin çalışma şekline göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinin hemşire ve doktorlara göre farklılaşıp farklılaşmadığı t testi ile saptanmıştır. Analiz sonuçları tablo 31 verilmektedir.

Tablo 31

Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Hemşire ve Doktorlar Açısından İncelenmesi

Göreviniz		N	Ortalama	ss	t	p
Hastane Bilgi Sistemlerinin	Hemşire	160	4,13	0,50	0,332	,740

Kullanımının Faydaları	Doktor	135	4,39	0,50		
------------------------	--------	-----	------	------	--	--

p* $<0,05$

Tabloya göre sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına y6nelik algı d6zeylerinin hemşire ve doktorlara g6re farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı g6r6lm6řt6r ($p>0,05$).



SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri insan hayatını doğrudan etkileyebilmesi sebebiyle büyük bir öneme sahiptir ve bu hizmetlerin kaliteli bir şekilde sunulması toplumun sağlığı ve gelişimi için gereklidir. Bilgi ise sağlık alanında en hızlı şekilde gelişme gösteren alanların başında gelmektedir. Bilgiyi kaliteyi geliştirecek biçimde sağlık hizmetlerinde kullanmak bilginin uygun bir şekilde yönetilmesine bağlıdır. Dolayısıyla sağlık kurumlarından uygun bir bilgi yönetimi sistemi oluşturmak ve bu sistem dahilinde bilgi yönetimi süreçlerine işlerlik kazandırmak oldukça önemlidir.

Sağlık çalışanları hastalara yüksek kaliteli hizmet sağlamaya çalışırlar. Özellikle hekimler ve hemşireler dahil olmak üzere sağlık personeli, hastalara bakım hizmetlerinin sunulmasında önemli bir rol oynamaktadır ve gerçek bilgi çalışanları olarak kabul edilmektedir (Wu ve Hu, 2012: 976-977). Bu çalışmada da, hastanede ana işgücünü oluşturan bu iki grubun (hemşire ve doktor) kalite temelinde bilgi yönetimi süreçleri konusundaki algıları sorgulanmıştır. Bunun özellikle sağlık sistemi henüz gelişmekte olan Haiti'de belirlenmesi bu konuda oluşturulacak alt yapı ve sistem adına büyük önem arz etmektedir.

Bu amaçla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, 160 hemşire (%54,2) ve 135 (%45,8) doktor olmak üzere çalışmaya toplam 295 sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu kadınlardan (%65,4) ve bekar bireylerden (%53,8) oluşmaktadır. Katılımcıların yaş grubu incelendiğinde ise çoğunluğunun 29 yaş ve daha küçük (%32,5) bireylerden oluştuğu görülmektedir. Yani genç bir çalışma grubu bulunmaktadır ve buna bağlı olarak çalışma süreleri de 3 yıl ve 3 yıldan daha azdır (%33,9). Haftalık çalışma saati en fazla olan grup 31-40 saat (%26,4) çalışanlardan oluşmaktadır. Görev yapılan birime bakıldığında ise çalışanlar en çok klinikler biriminde (%49,2) görev yapmakta ve sürekli gündüz çalışmaktadır (%55,3).

Katılımcıların çalışırken iletişim ve bilgi teknolojileri araçları kullananların oranı %98,6 gibi büyük bir çoğunluğu oluşturmaktadır. En sık kullanılan araçlar ise yazılı dokümanlar, bilgisayar donanımı ve Office programlarıdır. Kutlutürk (2011)'ün Hacettepe Üniversitesi Hastanesi örneğinde bilgi yönetim sistemleri ve hastane çalışanlarının teknolojik değişimlere karşı gösterdiği direnci değerlendirdiği

çalışmasında da sağlık çalışanları kurum içi iletişimde, duyuruların gerçekleştirilmesi ve resmi iş süreçlerinde en çok basılı evrakların tercih edildiğini belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının yaklaşık %60'ı bu araçların kullanımı konusunda kendini yeterli görmektedir. Işık ve Akbolat (2010)'ın yaptıkları çalışmada da benzer şekilde sağlık çalışanları daha fazla kullanılan bilgi teknoloji araçları konusunda kendilerini benzer oranlarda yeterli görmektedir.

Çalışanlar kurumlarında bilgi kalitesi ve yönetiminin geliştirilmesi için eğitimler (%73,9) düzenlendiğini belirtmişlerdir. Bu tür çalışmalar bilgi yönetimi alt yapısının geliştirilmesi açısından önemlidir. Sağlık çalışanlarının %92,2'si bilgi altyapılarının (bilgisayar, iletişim ve bilgi teknolojileri, sürekli eğitim gibi) sağlık hizmetlerinde kaliteyi sağlayacağını ve çok büyük bir çoğunluğu (%96,6) bilgi yönetiminin geliştirmesiyle daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunulacağını belirtmişlerdir. Bu oranlar bilgi yönetiminin ve bilgi sistemlerinin alt yapısına ilişkin farkındalık düzeyi konusunda oldukça olumludur. Çünkü sağlık çalışanları bu konuda farkındalık geliştirdikçe hizmetleri bilgiye dayalı ve kaliteli şekilde sunulabilir. Işık ve Akbolat (2010)'ın yaptıkları çalışmada da sağlık çalışanlarının yaklaşık %75'i çalıştıkları bölümde bilgi teknolojilerinin kullanımının çok önemli veya önemli olduğunu düşünmektedir. Kanada'da ICIC (2013) yaptığı çalışmada da elektronik sağlık veri kaynaklarının benimsenmesinin Kanada sağlık sistemi sistemini geliştirdiği gösterilmiştir.

Çalışmada bilgi yönetimi süreçlerine ilişkin algı düzeylerine bakıldığında bilgi yaratılması, bilgi depolanması ve bilginin paylaşılmasına yüksek düzeyde bir katılım gerçekleşmişken bilgi kullanımına katılım yüksek olmakla birlikte diğer boyutlardan daha düşüktür. Bunun nedeni Haiti'nin gelişmekte olan bir ülke olarak bilgi yönetimi alt yapısının oluşturulup bilgi kullanılmasının işlerlik kazandırması aşamasında olması olabilir. Bu konuda literatürde yer alan bazı çalışmalarda bilgi yönetimi süreçleri boyutlarının ortalamalarının birbirinden farklı ve düşük olduğu belirtilmiştir (Sharifian ve diğ., 2014;)

Bilginin yaratılması boyutunda en çok katılım alan ifade "Bilginin oluşturulması için yeni yolları biliyorum" ifadesidir. En az katılım alan ifade ise "Kurumumuzda bilginin elde edilmesi (iyileştirme, birleştirme ve yatırımlar) ve geliştirilmesi (araştırma ve geliştirme) için açık bir strateji vardır" ifadesidir. Bu sonuçlar bilginin sistematik

şekilde toplanarak stratejik amaçlarla kullanılmasının kurumların politikalarına bağlı olduğundan Haiti'nin koşulları açısından geliştirilebileceği söylenebilir. Bunun dışında çalışanlar kişisel çabalarla yeni bilgiler elde etmeye çalışmaktadırlar.

Bilginin depolanması boyutunda ise en çok katılım alan ifade “Hastaya ait bilgiler düzenli şekilde kayıt altına alınır” ifadesi iken en düşük katılım alan ifade “Dokümanete ettiğiniz bilgiyi depolayabildiğimiz veritabanı, intranet gibi doğru sistemler kullanılır” ifadesine ait olduğu görülmektedir. Burada da diğer sonuçlarla uyumlu şekilde hastalara ait bilgiler toplansa bile daha sonra bilginin kullanımı açısından uygun araçlarla saklanamamaktır. Bunun alt yapı ve sistem eksikliğinden kaynaklandığı düşünülebilir. Borousan ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bilgi yönetim sistemleri uygulaması ile ilgili çalışmada da katılımcılar “Hastane, bilgi yönetimi sistemlerinde, benzer durumlarda gelecekteki kullanım için gerekli bilgileri depolayabilir.” ifadesine yüksek düzeyde katılım göstermişlerdir.

Bilginin paylaşılması boyutunda en yüksek katılım “Bilgiye paylaşmakla hastaneye önemli bir katkıda bulunuyorum” ifadesine, en düşük katılım ise “Bilgi paylaşımını desteklemek için veritabanı, intranet, takım odaları ve e-mail gibi sistemlerimiz var” ifadesine ait olduğu görülmektedir. Bu sonuçta bilginin depolanması boyutunda olduğu gibi bilgi yönetimi alt yapısında eksiklik olduğunu düşündürmekte ve bu konuda kişisel çabaların ön plana çıktığını göstermektedir.

Bilginin kullanımı boyutunda en yüksek katılım “Bilgi optimal bir şekilde kullanıyor” ifadesine, en düşük katılımın ise “İş süreçlerimizde bilginin optimal olarak kullanımını sağlamak için sistematik (düzenli ve sistemli) bir yaklaşıma sahibiz” ifadesinedir. Bu sonuçta yukarıdaki sonuçlarla uyumlu şekilde sistem ve alt yapı eksikliğini vurgulamaktadır.

Katılımcıların hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına ilişkin algı düzeylerinin genel olarak olumlu olduğu görülmektedir. Bu ölçekte en çok katılım “Bilgi yönetimi çalışanlar arasında iletişimi kolaylaştırır” ifadesine, en düşük katılım ise “Hizmet verilmesi süreçlerindeki sorunlar sürekli olarak belirlenir ve çözülür.” ifadesinedir. Bu sonuçta yukarıda elde edilen sonuçlarla uyumludur.

Bilgi yönetimine süreçleri ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde hastane bilgi sistemlerinin

kullanımının faydaları ile bilgi yaratılması, bilgi depolanması, bilgi kullanımı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunurken bilginin paylaşılması arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Haiti'nin gelişmiş bir bilgi yönetimi sistemi ve alt yapısı bulunmamasının bu sonuçlarda etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle ulusal düzeyde bir bilgi yönetimi politikası benimsenmesinin ve hastanelerde üst yönetimin bu konuda destek vermesinin bilgi yönetiminin geleceği ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Lee (2017)'nin dört hastanede bilgi yönetim süreçleri ve bilgi yönetimine olanak tanıyan faktörleri incelediği araştırmasında bilgi teknolojilerinin bilgi yönetimi süreçlerinden bilginin kullanılması boyutunu en fazla etkilediğini saptamıştır. Kılınç (2009)'ın hastanelerde teknoloji yönetiminin ve bilişim teknolojilerinin hizmet kalitesini arttırmaya olan etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarında bilişim teknolojisi düzeyi ile hizmet kalitesi düzeyi arasında ve teknoloji yönetimi ile hizmet kalitesi düzeyi arasında pozitif yönde ve kuvvetli bir ilişki tespit etmiştir.

Sharifian ve arkadaşlarının (2014) üst ve orta kademe yöneticisi ile yaptıkları ve tıp fakültesinde bilgi yönetimi süreçlerinin uygulanmasının değerlendirdikleri çalışmada bilgi yönetimi ile ilgili belirledikleri altı boyutu karşılaştırdıkları çalışmada “strateji ve bilgi politikası” ve “edinme ve bilgi yaratma” arasında, “bilgi stratejisi ve politikası” ve “bilginin düzenlenmesi ve belgelenmesi” arasında, “bilginin düzenlenmesi ve belgelenmesi” ve “bilgi paylaşımı” arasında ve “bilginin kullanımı” ve “bilgi paylaşımı” arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin olduğunu göstermişlerdir. Ancak “bilginin düzenlenmesi ve belgelenmesi” ve “bilgi stratejisi ve politikası” arasındaki ilişki zayıf bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının bilgi yönetimi ve süreçlerine ilişkin algı düzeylerinde sosyo-demografik değişkenler açısından bir farklılık olup olmadığına dair sonuçlara göre bilgi yönetimine yönelik algı düzeyinin, bilgi işlem faaliyetlerinin tüm bileşenleri için (yani, bilgi yaratılması, depolanması, bilgi paylaşımı ve kullanımı) erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca evli çiftlerin, bilgi yönetimi algı düzeyinin, bekarlara ve boşanmış kişilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, 40 yaş ve üstü bireylerin bilgi yönetiminin önemini, özellikle bilgi yaratılmaya, depolanmaya ve paylaşma gibi faaliyetlerdeki algıları daha yüksektir. Ancak bilgi kullanımı söz konusu olduğunda, 30-34 yaş grubunun en yüksek algı düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Bu sonuçlar tecrübe arttıkça bilgi yönetimi süreçlerinin sağlık hizmetlerinde yapacağı katkının fark edilmesinin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Toplam çalışma süresi açısından incelendiğinde ise bilgi yaratılmasına ilişkin 7-10 yıl arası çalışanların algı düzeyleri daha yüksektir. Bilgi depolanması algı düzeyi 7-10 yıl arası çalışanlar, 11 yıl ve daha fazla süredir çalışanlar ile 3 yıl ve daha az çalışanlar arasında anlamlı fark vardır ve 7-10 yıl, 11 yıl ve daha fazla süredir çalışanların 3 yıl ve daha az süredir çalışanlara göre algı düzeyleri daha yüksektir. Bilgi paylaşılması algı düzeyi açısından 7-10 yıldır çalışanların algı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeylerinde sosyo- demografik değişkenler açısından incelendiğinde cinsiyet, medeni durum, toplam çalışma süresine, haftalık çalışma süresine, çalışma şekline göre ve hemşire ve doktorlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Yalnızca yaş gruplarına göre algı düzeyleri istatistiksel olarak farklılaşmaktadır. Buna göre 29 yaş ve altı olanların algı düzeyleri daha yüksektir. Bunda genç katılımcıların teknolojiye yatkınlıklarının rol oynadığı düşünülebilir. Görev alınan birime göre de çalışanlar arasında hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Buna göre, tanı birimlerinde çalışanlar ile klinikler ve idari birimlerinde çalışanlar arasında anlamlı fark vardır ve tanı birimlerinde çalışanların algı düzeyleri daha yüksektir.

Sağlık hizmetlerinde bilgi yönetimi süreçlerinin önemi pek çok çalışmada ele alınmıştır. Mangotra (Sharma) ve Mahajan (2014) yılında doktorlarla yaptıkları bilgi yönetimi uygulamalarının örgütsel öğrenme ve performans üzerine etkilerini değerlendirdikleri çalışmalarında bilgi yönetiminin resmi olarak uygulanmamış olduğu durumlarda bile tıp uzmanları tarafından izlenen bilgi yönetimi uygulamaları olarak nitelendirilebilecek birçok uygulamanın bulunduğunu göstermişlerdir. Alajmi ve arkadaşları (2015) etkili bilgi yönetimi uygulamalarıyla hastanelerin sağladıkları hizmetlerin iyileştirilebileceği sonucuna varmışlardır. En iyi uygulamaların belgelenmesi ve bilginin yeniden kullanılması için öğrenilen derslerle, hastanelerin öğrenen organizasyonlara dönüştürülmesine yardımcı olabileceğini belirtmişlerdir. Ali ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmak için doktorların uygun ve sağlıkla ilgili tıbbi bilgilere erişmeleri, bunları yorumlamaları ve paylaşmaları gerektiğini ve bunu etkileyen en önemli sistemsal faktörün bilgi içeriğinin kalitesi

olduğunu belirtmişlerdir. Sanavi ve arkadaşları (2016) ise hemşirelerde örgüt kültürü ve bilgi yönetimi bileşenleri arasındaki orta derecede pozitif ilişki olduğunu göstermişlerdir. Amarakachchi ve arkadaşları (2013) ise gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlamak için bir bilgi yönetimi çerçevesi ortaya koydukları çalışmalarında bilgiye erişimde karşılaşılan sorunlar ile sağlık hizmetlerinin kalitesi için klinik etkinliklerde bilginin kullanımı arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmada genel itibariyle bilgi yönetim süreçleri ile hastane bilgi sistemlerinin kullanımının faydalarına yönelik algı düzeyleri arasındaki ilişkinin zayıf bulunmasının nedeni, Haiti’de teknolojik altyapı ile ilgili donanım ve yazılım sistemlerinin tam anlamıyla oluşturulmamış olması ve sağlık bilgi sistemleri ile ilgili çalışmaların yalnızca yazılı dokümanlar, bazı bilgisayar donanımı araçları ve Office programları gibi araçlar üzerinden yürütülmeye çalışılması olarak görülebilir. Bu konuda gelişmiş entegre sistemlerin bulunmayışı klinik, idari ve karar vermede destek açısından yetersiz kalmaktadır. Haiti’de yapılan bu tür bir çalışmanın ileride gerçekleştirilecek bilgi yönetimi altyapı ve sistem çalışmaları konusundan fikir oluşturması açısından önemli olduğu ve ileri çalışmalar açısından bir temel oluşturacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- **Haiti Hükümetinin yetkililerine ve özellikle MSPP'nin (Halk Sağlığı ve Nüfus Bakanlığı)**, gelişmekte olan bir ülke olan Haiti için bu konuda atacağı adımlar oldukça önemlidir. Haiti'nin koşulları göz önüne alınarak ulusal bir strateji geliştirebilir ve alt yapı konusunda kurumlara destek verebilir.
- **Sağlık kurumları yöneticileri**, bilgi yönetiminin büyüyen bir endüstri olduğu için, çalışanlarını sağlık bilgi yönetiminin öneminden haberdar etmeleri ve bilgi yönetimi süreci ya da faaliyetleriyle ilgili bilgilerini düzenli olarak güncellemeye teşvik edilmeleri gerekmektedir. Bu amaçla, hastane bilgi sistemlerinin kullanımı konusunda personel için eğitim verilebilir. Ayrıca zayıf olan bilgi yönetim süreçleri güçlendirilmeli ve süreçler konusunda gerekli alt yapı sağlanmalı, uygun bir bilgi yönetim sistemi inşa edilmelidir. Bu hem daha kaliteli hizmet verilmesini sağlayacak hem de Haitili hastanelerinde rekabet avantajlarını kolaylaştıracak ve boşa harcanan zamanı azaltacaktır. Ayrıca yeni bilgi yönetimi uygulamalarının farkında olmak ve bunlara

uygulamak için araştırma ve geliştirme faaliyetlerine yatırım yapmak gerekmektedir. Aynı zamanda Haiti hükümetinin bilgi yönetimine ilişkin çıkardığı yasalara uymaya hazır olması gerekmektedir.

- **Yatırımcılar tarafından** Haiti'de bilgi yönetiminin verimliliğine katkıda bulunmak için başta yeni teknolojilere dayanan bilgi yönetim teknikleri geliştirilebilir veya geliştirilmesi desteklenebilir.

- **Sağlık çalışanları** bilgi yönetimiyle ilgili eksiklikleri belirleyerek bu konuda farkındalık geliştirerek ve bunları uygulamalarına yansıtarak hem kişisel açıdan hem de kurumlarının gelişimi açısından olumlu katkı sağlayabilirler.



KAYNAKLAR

Kitaplar

- AL-ASSAF, A. F., & Akgun, S. (2009). *Practice Based Handbook on Healthcare Quality*.
- AL-ASSAF, A. F., & Sheikh, M. (2004). *Quality improvement in primary Healthcare: A practical guide*. Cairo: World Health Organization (WHO) Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- BARRY, R., & Amy Murcko, C. B. (2002). *The Six Sigma Book for Healthcare: Improving Outcomes by Reducing Errors*. Chicago: Health Administration Press.
- BARUTÇUGİL, İ. (2002). *Bilgi yönetimi*. İstanbul: Kariyer yayıncılık iletişim.
- BECERRA-FERNANDEZ, I., & Sabherwal, R. (2010). *Knowledge Management: Systems and Processes*. New York/ London: M.E.Sharpe.
- BURN, J., & Caldwell, E. (1990). *Management of Infomation Technology*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- CELEP, C., & Çetin, B. (2003). *Bilgi yönetimi*. Ankara: Anı yayıncılık.
- DAHLGAARD, J.J., Kristensen, K., & K.Kanji, G. (2002). *Fundamentals of Total Quality Management*. New York ve London: Francis ve Taylor.
- DALKIR, K. (2005). *Knowledge Management in Theory and in Practice*. Boston: Elsevier.
- DAVENPORT, T., & Prusak, L. (2001). *İş Dünyasında bilgi yönetimi*. İstanbul : Rota yayın tanatım tic.
- GRABAN, M. (2011). *Yalın Hastane: Kalite, Hasta güvenliği ve çalışan memnuniyetini artırmak*. (P. Şengözer, Trans.) İstanbul: Optimist.
- GRABAN, M. (2012). *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement* (2nd Edition ed.). Boca Rato/ London/ New York: CRC Taylor and Francis Group.
- GRABAN, M. (2016). *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement* (3rd Edition ed.). Boca Raton/ London/ New york: CRC Press.
- HIRAKIS, O., & Karakounos, S. (2006). Goals and benefits of knowledge management in healthcare. In *Handbook of Research on Informatics in Healthcare and Biomedicine* (pp. 193-200). IGI Global.
- HUGHES, R. G. (2008). *Patient Safety and Quality:An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: AHRQ.

- IOM. (2000). *To err is human: Building a safer Healthcare*. Washington D.C: National Academy Press.
- IOM. (2001). *Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- IŞIK, O. (2013). In S. Kaya, D. Tengilimoğlu, M. Akbolat, & A. Yilmaz, *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi* (Pp. 122-149). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- JURAN, J. M., & Godfrey, A. B. (1999). *Jurann's Quality Handbook* (5th ed.). New York, San Francisco, Washington, Auckland, Bogotá: McGraw-Hill.
- KAYA, S., Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., & Yilmaz, A. (2013). *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- KOZA, M. (2008). *Bilgi Yönetimi : Bilgiyi doğru kullanmak*. İstanbul: Kum Saati Yayın Dağıtım LTD. ŞTİ.
- LAUDON, K. C., & Laudon, J. P. (2014). *Management Information Systems*. Pearson
- LEHANEY, B., Clark, S., Coakes, E., & Jack, G. (2004). *Beyond Knowledge Management*. Hershey - London - Melbourne - Singapore: Idea Group Publishing.
- LIKER, J. K. (2004). *The Toyota Way: 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer*. New York: McGraw-Hill .
- MAIER, R. (2007). *Knowledge Management Systems: Information and Communication Technologies for Knowledge Management* (3rd ed.). Berlin/ Heidelberg/ New York: Springer
- MODELL, M. E. (1992). *Data anlysis, Data Modelling and classification*. New-York: McGraw- Hill.
- NICKOLS, F. (2000). *The Knowledge in Knowledge Management*. New Jersey: The Distance consulting Company.
- NONAKA, I., & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge creating company: How Japoneesse companies create the dynamic of innovation*. New York: Oxford University Press.
- OMACHONU, V.K., & E.Ross, J. (2004). *The Principles of Total Quality Management*. Boca Raton, London, New-York, Washington: CRC.
- ROEMER, M., & Montoya-Aguilar, C. (1989). *L'évavaluation et l'assurance de la qualite des soins de santé primaires*. Geneve (Suisse): Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- SCHLICKMAN, J. (2003). *ISO 9001:2000 Quality Management System Design*. Boston ve London: Artech House.
- SPATH, P. (2009). *Introduction to Healthcare Quality Management*. Chicago and Washington: HAP and AUPHA.

TAVŞANCIL , E. (2005). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile veri Analizi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

WIIG, K. M. (1993). *Knowledge management foundations: thinking about how people and organizations create, represent, and use knowledge*. Texas: Schema Press.

Makaleler

ABDUL-RAHMAN, H., & Wang, C. (2010). *Preliminary approach to improve knowledge management in engineering management*. Scientific Research and Essays, 1950-1964.

AKDERE, M. (2009). *The Role of Knowledge Management in Quality Management Practices: Achieving Performance Excellence in Organizations*. Advances in Developing Human Resources, 349-361

ALKAN, N. (2003). Tıp ve Sağlık Kuruluşlarında Bilgi Yönetimi. Bilgi Dünyası, 122-145.

AMARARACHCHĪ, J. L., Perera, H. S. C., & Pulasinghe, K. (2013, January). *Knowledge management framework for achieving quality of healthcare in the developing countries*. In Computer Medical Applications (ICCMA), 2013 International Conference on (pp. 1-6). IEEE.

ARNHEİTER, E. D., & Maleyeff, J. (2005). *The integration of lean management and Six Sigma*. The TQM Magazine, 5-18.

ASLANTEKİN, F., Gökteş, B., Uluşen, M., & Erdem, R. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 55-71.

ATILGAN, D. (2009). *Bilgi Yönetimi Kavramı ve Gelişimi*. Türk Kütüphaneciliği, 201-212.

BATALDEN, P. B., & Davidoff, F. (2007). *What is “quality improvement” and how can it transform healthcare?* Retrieved December 14, 2017, from BMJ Quality and safety: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464920/>

BHATT, G. D. (2000). *Organizing knowledge in the knowledge development cycle*. Journal of knowledge management, 15-26.

BHATT, G. D. (2001). *Knowledge Management in Organizations*. Journal of Knowledge Management, 68-75.

BLACK, K., & Revere, L. (2006). *Six Sigma arises from the ashes of TQM with a twist*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 259-266.

BOSE, R. (2003). *Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support*. Expert systems with Applications, 24(1), 59-71.

- BREYFOGLE, F. (2007). *Lean Tools That Improve Processes: An Overview Forrester*. BPTrends, 1-7.
- CHAUDHRY, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., & Roth, E. (2006). *Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care*. *Annals of Internal Medicine*, 742-752.
- COLLA, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M., & Weeks, W. B. (2005). *Measuring patient safety climate: a review of surveys*. *BMJ Quality and Safety*, 364-366.
- COOPER, R. G., & Mohabeersingh, C. (2008). *Lean thinking in a healthcare system_ innovative roles*. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 110-117.
- CORNO, F., Reinmoeller, P., & Nonaka, I. (1999). *Knowledge Creation within Industrial Systems*. *Journal of Management and Governance*, 379-394.
- DANISH, R. Q., Nawaz, M. M., & Munir, Y. (2012). *Impact of Knowledge Management Practices on Organizational Performance; An Evidence From Pakistan*. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 1-6.
- DAVISON, G., & Wickramasinghe, N. (2003). *Making Explicit the Implicit Knowledge Assets in Healthcare: The Case of Multidisciplinary Teams in Care and Cure Environments*. *Americas Conference on Information System* (pp. 860-872). *AMCIS 2003 Proceedings*.
- DIAKOULAKIS, I. E., Georgopoulos, N. B., Koulouriotis, D. E., & Emiris, D. M. (2004). *Towards a holistic knowledge management model*. *Journal of knowledge management*, 32-46.
- DURNA, U., & Demirel, Y. (2008). *Bilgi Yönetiminde Bilgiyi Anlamak*. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler fakültesi Dergisi*, 129-156.
- EISENHARDT, K. M. (1990). *Speed and strategic choice: How managers accelerate decision making*. *California Management Review*, 32(3), 39-54.
- GARCÍA-ALCARAZ, J. L., Avelar-Sosa, L., Latorre-Biel, J. I., Jiménez-Macías, E., & Alor-Hernández, G. (2017). *Role of Human Knowledge and Communication on Operational Benefits Gained from Six Sigma*. *Sustainability*, 1-19.
- GARCÍA-PEÑALVO, F. J., & Conde, M. Á. (2014). *Using informal learning for business decision making and Knowledge Management*. *Journal of Business Research*, 686-691.
- GOWEN III, C. R., Stock, G. N., & Mcfadden, K. L. (2008). *Simultaneous implementation of Six Sigma and knowledge management in hospitals*. *International Journal of Production Research*, 6781-6795.
- GROENEVELD, R.A. and Meeden, G. (1984). *Measuring Skewness and Kurtosis*. *The statistician*, 391-399

- HONARPOUR, A., Jusoh, A., & Md Nor, K. (2012). Knowledge management, total quality management and innovation: A new look. *Journal of technology management & innovation*, 7(3), 22-31.
- ISMAIL, A., Jamil, A. T., Rahman, A. F. A., Bakar, J. M. A., Saad, N. M., & Saadi, H. (2010). *The implementation of Hospital Information System (HIS) in tertiary hospitals in malaysia: a qualitative study*. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 10(2), 16-24.
- IŞIK, O., & Akbolat, M. (2010). *Bilgi Teknolojileri Ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma*. *Bilgi Dünyası*, 365-389.
- KING, D. L., Ben-Tovim, D. I., & Bassham, J. (2006). Redesigning emergency department patient flows: Application of Lean Thinking to health care. *Emergency Medicine Australasia*, 391-397.
- KOSTAGIOLAS, P. (2006). *Information services for supporting Quality Management in Healthcare. The journal on Information technology in Healthcare*, 137-146.
- KÖKSAL, A., Esatoğlu, A. E., Bayar, B., Dede, F. S., Oğul, M., Alsancak, S., ... & Güney, Y. (2005). *Ankara İlindeki Üniversite Ve Özel Hastanelerde Kullanılan Elektronik Hastane Bilgi Sistemlerinin Analizi*.
- KWAK, Y. H., & Anbari, F. T. (2006). *Benefits, obstacles, and future of six sigma approach*. *Technovation*, 708-715.
- LANINGAN, J. (2004). *5S provides competitive Lean Founfdation*. *EMS trends*, 70-72.
- LEE, H. S. (2017). *Knowledge Management Enablers and Process in Hospital Organizations*. *Osong public health and research perspectives*, 8(1), 26.
- LIBERATORE, M. J. (2013). *Six Sigma in healthcare delivery*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 601-626.
- LILLRANK, P. (2003). *The quality of information*. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 691-705.
- LIM, K. K., Ahmed, P. K., & Zairi, M. (1999). *Managing for quality through knowledge management*. *Total Quality Management*, 615-621.
- LINDERMAN, K., Schroeder, R. G., & Choo, A. S. (2006). *Six Sigma: The role of goals in improvement teams*. *Journal of Operations Management*, 779-790.
- LONG, C. S., Kowang, T. O., Fei, G. C., & Mang, H. P. (2016). *Importance of Knowledge Management on Total Quality Management: A Review*. *World Applied Sciences Journal*, 1829-1833.
- MANGOTRA, M., & Mahajan, R. (2014). *Assessing the Impact of Knowledge Management Practiceson Organizational Learning and Performance: A Study of Govt. Medical College Jammu*. *International Journal of Management and International Business Studies.*, 101-108.

- MORR, C. E., & Subercaze, J. (2010). *Knowledge Management in Healthcare*. In C. E. Morr, & J. Subercaze, *Handbook of Research on Developments in E-Health and Telemedicine: Technological and Social Perspectives* (pp. 490-510).
- MOUSAKHANI, D. G. (2012). *Knowledge management capabilities and SMEs' organizational performance*. *Journal of Chinese Entrepreneurship*, 4(1), 35-49. doi:10.1108/17561391211200920
- NONAKA, I. (1994). *A Dynamic Theory Of Organizational Knowledge Creation*. *Organization Science*, 14-37.
- ODABAŞ, H. (2003). *Kurumsal Bilgi Yönetimi*. *Türk Kütüphaneciliği*, 357-368.
- ÖĞUZ, T. (2001). *İstatistiksel kalite kontrol "U" yönetim metodolojisine Dönüştüren kalite Gurusu: W. Edwards Deming*. *Kurgu Dergisi*, 279-293.
- ORZANO, A. J., McInerney, C. R., Scharf, D., Tallia, A. F., & Crabtree, B. F. (2008). *A Knowledge Management Model: Implications for Enhancing Quality in Health Care*. *Journal Of The American Society For Information Science And Technology*, 489-505.
- ØVRETVEIT, J.T.S., & BROMMELS, M. (2007). *Improving quality through effective implementation of information technology in healthcare*. *International Journal for Quality in Health Care*, 259-266.
- ØVRETVEIT, J., Scott, T., Rundall, T. G., Shortell, S. M., & Brommels, M. (2007). *Implementation of electronic medical records in hospitals: two case studies*. *Health Policy*, 84(2-3), 181-190.
- ÖZATA, M., & ASLAN, Ş. (2004). *Klinik Karar Destek Sistemleri ve Örnek Uygulamalar*. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 11 - 17.
- ÖZDEMİRCİ, F. (2001). *Belge Üretimi ve Kurumsal Bilgi Yönetimi. Yüzyıla Girerken Enformasyon Olgusu Sempozyumu: Bildiriler* (pp. 179-186). Ankara: Türk Kütüphaneciler Derneği.
- ÖZDEMİRCİ, F., & Aydın, C. (2008). *Kurumsal Bilgi Kaynakları ve Bilgi Yönetimi*. *Kurumsal Bilgi Kaynakları ve Bilgi Yönetimi*, 59-81.
- ÖZDEMİRCİ, F., & Aydın, C. (2008). *Kurumsal Bilgi Kaynakları ve Bilgi Yönetimi*. *Türk Kütüphaneciliği*, 59-81.
- PEPPER, M., & Spedding, T. (2010). *The evolution of lean Six Sigma*. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 138-155.
- RADNOR, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). *Lean in healthcare: The unfilled promise?* *Social Science & Medicine*, 364 -371.
- RAMASUBRAMANIAN, P. (2012). *Six Sigma in Educational Institutions*. *International Journal of Engineering Practical Research*, 1-5.
- REVERE, L., Black, K., & Huq, A. (2004). *Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care*. *The TQM Magazine*, 105-113.

- RIBIÈRE, V. M., & Khorramshahgol, R. (2004). *Integrating Total Quality Management and Knowledge Management*. *Journal of Management Systems*, 39-54.
- ROKNUZZAMAN, M., Kanai, H., & Umemoto, K. (2009). *Integration of knowledge management process into digital library system: A theoretical perspective*. *Library Review*, 372-386.
- SANAVI, F. S., Robati, F., & Sanavi, F. S. (2016). *The Relationship between Organizational Culture and Knowledge Management Components of Lawson*. *Turkish Online Journal Of Design Art And Communication*, 6, 2036-2042.
- SCHROEDER, R. G., Linderman, K., Liedtke, C., & Choo, A. S. (2008). *Six Sigma: Definition and underlying theory*. *Journals of Operations Management*, 536–554.
- SHAIKHA, R., & Sasikumar, M. (2015). *Data Classification for achieving Security in cloud computing*. *Procedia Computer Science*, 493 – 498.
- SHERVINZAKERI, H. H. (2014). *Total Quality Management and Knowledge Management: A Researches Review*. *Technical Journal of Engineering and Applied Sciences*, 135-142.
- SHERVINZAKERI, S., Goudarzi, H. T., Atamanesh, H., & Koochaki, H. (2014). *Total Quality Management and Knowledge Management: A Researches Review*. *Technical Journal of Engineering and Applied Sciences*, 135-142.
- STARFIELD, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. *The Milbank Quarterly*, 457–502.
- TAHERI, M., & Gharakhani, D. (2013). *The Application of Total Quality Management and Knowledge Management in Health System*. *Research Journal of Applied Sciences, Engineering and Technology*, 2681-2685.
- TANER, M. T., Sezen, B., & Antony, J. (2007). *An overview of six sigma applications in healthcare industry*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 329-340.
- TOVIM, D. B., Bassham, J. E., Bolch, D., Martin, M. A., Dougherty, M., & Swarcbord, M. (2007). *Lean thinking across a hospital: Redesigning care at the Flinders Medical Care*. *Aust Health Review*, 10-15.
- VON-KROGH, G., & Roos, J. (1995). *Organizational Epistemology*. New York: St. Martin's Press.
- WAKEFIELD, D. S., Cyphert, S. T., Murray, J. F., Uden-Holman, T., Hendryx, M. S., Wakefield, B. J., & Helms, C. M. (1994). *Understanding Patient-Centered Care in the Context of Total Quality Management and Continuous Quality Improvement*. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* .
- WAN, H.-d., & Chen, F. F. (2009). *Decision support for lean practitioners: A web-based adaptive assessment*. *Computers in Industry*, 277–283.

- WAN, T. T., Lin, B. Y. J., & Ma, A. (2002). *Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems*. *Journal of Medical Systems*, 26(2), 127-143
- WICKRAMASINGHE, N., & Davison, G. (2004). *Making Explicit the Implicit Knowledge Assets in Healthcare: The Case of Multidisciplinary Teams in Care and Cure Environments*. *Health Care Management Science*, 185-195.
- WIIG, K. M. (1997). *Integrating intellectual capital and knowledge management*. *Long Range Planning*, 399-405.
- WIIG, K. M. (1997). *Knowledge management: an introduction and perspective*. *Journal of knowledge Management*, 1(1), 6-14.
- WU, I.-L., & Hu, Y.-P. (2012). *Examining Knowledge Management Enabled Performance for Hospital Professionals: A Dynamic Capability View and the Mediating Role of Process Capability*. *Journal of the Association for Information systems*, 976-999.
- ZU, X., Fredendall, L. D., & Douglas, T. J. (2008). *The evolving theory of quality management: The role of Six Sigma*. *Journal of Operations Management*, 630-650.

Diğer Kaynaklar

- ABDULLAH, F. (2003). *Lean Manufacturing Tools And Techniques In The Process Industry With A Focus On Steel*. Pittsburgh: University of Pittsburgh. Doktora Tezi
- AKSU, P. K. (2014). *Hastane Bilgi yönetim sisteminin Bilgi Güvenliği açısından Değerlendirilmesi*. İstanbul. Doktora Tezi.
- ALTINDIŞ, S. (2009). *Bilgi Yönetimi Uygulamalarının Hasta Güvenliğine Etkilerine İlişkin bir Araştırma*. Afyonkarahisar: Doktora Tezi.
- CEN. (2004, March). Comité Européen de Normalisation. Retrieved January 16, 2018, from Fraser Health: [www.fraserhealth.ca/media/Euro Guide to good practice in KM Part 1.pdf](http://www.fraserhealth.ca/media/Euro_Guide_to_good_practice_in_KM_Part_1.pdf)
- COŞKUN, S. (2017). *Ts En 15224-2012 Sağlık Hizmetleri - Kalite Yönetimi Standardinin, Sağlık Hizmetlerindeki Diğer Kalite Standartları İle Karşılaştırılması*. İstanbul: Doktora Tezi.
- ÇAPAR, B. (2007). *Bir iletişim Sistemi Olarak Bilgi Yönetimi: Teorik Bir Yaklaşım*. Retrieved from www.bilgi_yonetimi.org.
- DOĞAN, B. (2013). *Örgütlerde Bilgi Yönetimi Ve Örgüt Performansı İlişkisi: Sivil Toplum Kuruluşları Örneği*. Adnan Menderes Üniversitesi. Doktora tezi
- DSDS. (2015). *Population totale, Population de 18 ans et plus Menages et Densites en 2015*. Port-au-Prince: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI).
- GALLAGHER, D. C. (2006). *The benefits of quality patient medical record documentation: An investigation of the documentation process for acute hospital record management*. New York: Submitted for the requirements of Master of Arts in Business and policy study.
- ICIS. (2013). *Une meilleure information pour une meilleure santé : vision de l'utilisation des données pour les besoins du système de santé au Canada*. Ottawa: ICIS.

- INVESTOPEDIA. (N.D.). Leadership Definition. Retrieved December 13, 2017, From Investopedia: <https://www.investopedia.com/terms/l/leadership.asp>
- ISO. (2015). Quality Management Principles. <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/en/pub100080.pdf>. Retrieved December 13, 2017
- ISO. (2015). Quality management. ISO 9000.
- KILINÇ, C. Ç. (2009). *Küreselleşme sürecinde teknoloji yönetiminin ve bilişim teknolojilerinin hizmet kalitesini artırmaya etkisi ve sağlık sektöründe bulunan hastanelere uygulanması* (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü).
- KUTLUTÜRK, L. (2011). *Hacettepe üniversitesi hastanesi örneğinde bilgi Yönetim sistemleri ve hastane çalışanlarının Teknolojik değişimlere karşı gösterdiği direncin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- MADEN, M. O. (2009). *Toplam Kalite yönetiminde mükemmellik modelinin incelenmesi: Sağlık sektöründe bir araştırma*. Abbant İzzet Baysal Üniversitesi.
- MILLER, D. (Ed.). (2005). *Going Lean in Health Care*. Institute for Healthcare Improvement.
- PITCHER, M. (2009). *Profitable Applications of Value Stream Mapping Tutorial*. Retrieved December 22, 2017, from ASQ: <http://asq.org/learn-about-quality/lean/overview/value-stream-mapping.html>
- The Seven Principles of Quality Management . (2017). Retrieved December 10, 2017, from Global Quality Village: <https://www.globalqualityvillage.com/qmprinciples.php#top>
- Toyota Production system: Basic Handbook. (n.d.). Retrieved December 21, 2017, from <http://www.artoflean.com/>
- UNDP (2016). HDI countries profiles Retrieved July 15, 2018, from <http://www.hdr.undp.org/en/countries/profiles/USA>
- Value Stream Mapping. (n.d.). Retrieved December 22, 2017, from Six sigma: <https://www.isixsigma.com/dictionary/value-stream-mapping/>
- What is lean? (n.d.). Retrieved December 22, 2017, from Lean Enterprise Institute: <https://www.lean.org/WhatsLean/>
- Yalın yönetim prensipleri. (n.d.). Retrieved December 22, 2017, from Yalın Yaklaşım: <http://www.yalinyaklasim.com/yalin-uretim-nedir/yalin-yonetim-prensipleri.html>

EKLER

EK 1: Anketi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yapılmakta olan bir bilimsel araştırmada kullanılacaktır. Araştırma, sağlık çalışanlarının kalite bağlamında bilgi yönetimine yönelik algılarını belirlemeye ilişkin bir çalışma olup, çalışmaya destek vermeniz son derece önem arz etmektedir. Araştırma sonucu elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup, katılımcılara ait bilgiler üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ
Danışman

Eslyne Jane FLEURISSAINT
Yüksek Lisans Öğrencisi

1.Hastanede çalışırken iletişim ve bilgi teknolojileri araçları kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır () Kararsızım

2.Yanıtınız evet ise hangi araçları kullanıyorsunuz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

() Office programları (Word, Excel vb.)

() Bilgisayar işletim sistemleri

() Bilgisayar donanımı

() Fotokopi ve baskı makinesi

- () Bilgisayar yazılımları
 () Network (bilgisayar ağları)
 () Veritabanı (Java, Access)
 () Yazılı dokümanlar

3.Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemi konusunda yeterlilik düzeylerinin iyi olduğunu düşünüyor musunuz?

- () Evet () Hayır () Kararsızım

4.Çalıştığınız kurumda bilgi kalitesi ve yönetiminin geliştirilmesi için eğitimler düzenleniyor mu?

- () Evet () Hayır () Kararsızım

5.Bilgi altyapıları (Bilgisayar, iletişim ve bilgi teknolojileri, sürekli eğitim gibi) sağlık hizmetlerinde kalite sağlar mı?

- () Evet () Hayır () Kararsızım

6.Bilgi yönetiminin geliştirmesiyle daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunulacağını düşünüyor musunuz?

- () Evet () Hayır () Kararsızım

7. Aşağıda hastane personelinin bilgi yönetimi algılarını belirlemek üzere ifadeler yer almaktadır. İfadelerin kesin doğru bir cevabı bulunmamaktadır. Cevaplar kişiden kişiye değişmektedir. Lütfen size en doğru gelen seçeneği (X) işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Bilgi Yaratılması					
1.Bilginin üretilmesi için en çok kullanılan araçlar yazılı dokümanlardır					
2.Kurumumuzda bilginin elde edilmesi (iyileştirme, birleştirme ve yatırımlar) ve geliştirilmesi (araştırma ve geliştirme) için açık bir strateji vardır					
3.Personel yeni çalışma yöntemlerinin keşfedilmesi ve öğrenilmesi konusuna odaklanır					
4.Bilginin oluşturulması için yeni yolları biliyorum					
5.Yeni bilgiye ihtiyacım olduğu zaman elde edebilirim					
Bilgi Depolanması					

6. Personel için gerekli olan bilgiler sistemli bir şekilde ve daha ileri bir kullanım için saklanır					
7. Hastaya ait bilgiler düzenli şekilde kayıt altına alınır					
8. Bir hasta bu hastaneden çıktıktan sonra, bir yıl içinde dönerse, onun eski dosyaları bulanabilir					
9. Dokümanları ettiğiniz bilgiyi depolayabildiğimiz veritabanı, intranet gibi doğru sistemler kullanılır					
10. Dokümanlar güvenli bir şekilde depolanır					
Bilgi Paylaşması					
11. Gerekli bilgiler uygun zamanlarda paylaşılır					
12. Hastalar/ müşteriler bilgileri paylaşım sürecinde daima korunmaktadır					
13. Bilgi paylaşımını desteklemek için veritabanı, intranet, takım odaları ve e-mail gibi sistemlerimiz var					
14. Bilgiye paylaşmakla hastaneye önemli bir katkıda bulunuyorum					
Bilgi kullanımı					
15. İş süreçlerimizde bilginin optimal olarak kullanımını sağlamak için sistematik (düzenli ve sistemli) bir yaklaşıma sahibiz					
16. Bilgi optimal bir şekilde kullanıyor					
17. Hizmet verilmesi için güçlü bir bilgi sistemi var					
Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanımının Faydaları					
18. Bilgi yönetimi sayesinde bilgilere daha kolay ulaşıldığını düşünüyorum.					
19. Bilgi yönetimi zaman kaybını önler.					
20. Bilgi yönetimi çalışanlar arasında iletişimi kolaylaştırır					
21. Bilgi yönetiminin poliklinik hastalarına randevu verme konusunda faydalı olduğunu düşünüyorum					
22. Bilgi yönetiminin malzeme sipariş ve takibinin daha etkili yapılmasını sağladığını düşünüyorum					
23. Bilgi yönetiminin kullanılmasının laboratuvar testlerinin analizine faydalı olduğunu düşünüyorum					
24. Bilgi yönetimi kullanılmasının tıbbi görüntülerin analizine faydalı olduğunu düşünüyorum					
25. Bilgi yönetimi kullanılmasının ilaç ve diğer tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin takibine fayda					

sağladığını düşünüyorum					
26.Bilgi yönetimi kullanılmasının hasta bakımının planlanmasına fayda sağladığını düşünüyorum					
27.Bilgi yönetimi kullanılmasının bilgisayar destekli tıbbi karar almayı sağladığını düşünüyorum					
28.Bilgi yönetimi kullanılmasının çalışanların performansını ölçmesine faydalı olduğunu düşünüyorum					
29.Hizmet verilmesi süreçlerindeki sorunlar sürekli olarak belirlenir ve çözülür.					
30. Hataların nedenleri ve potansiyel kalite problemleri araştırılmakta ve tekrarlanmasını engellemek için çözümler geliştirilmektedir.					

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

8.Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

9.Medeni Durumunuz: () Bekâr () Evli

10.Yaşınız:(Lütfen yazınız.)

11.Toplam çalışma süreniz:yıl (Lütfen yazınız)

12.Haftalık çalışma süreniz:saat (Lütfen yazınız)

13.Görev yaptığınız Birim: () İdari Birimler () Poliklinikler () Klinikler
() Tam Birimleri ()

Diğer.....(Lütfen yazınız)

14.Çalışma Şekliniz: () Sürekli gündüz () Sürekli nöbet () Vardiya

15.Göreviniz: (Lütfen yazınız)

Cher participant;

Ce travail sera utilisé dans une recherche scientifique menée à l'Institut de gestion de la santé de l'Université Sakarya. La recherche consiste à déterminer les perceptions des agents de santé concernant la gestion des connaissances (de l'information) en termes de qualité et vos opinions sont extrêmement importantes pour le déroulement de ce travail. Les données obtenues suite à la recherche ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques et les informations sur le participant ne seront pas partagées avec des tiers. Merci pour votre participation, nous vous souhaitons du succès dans votre travail.

Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ
Superviseur

Eslyne Jane FLEURISSAINT
Étudiante niveau maîtrise

N.B: Connaissances, ensemble d'informations analysées, de données traitées (Dossiers des patients, relevés des opération financières, documents relatifs au personnel et autres) utilisables pour la prise de décision, qui permet d'agir.

1.Travaillant à l'hôpital,utilisez-vous des outils de communication et de technologie de l'information?

Oui Non Sans opinion

2.Si votre réponse est oui, lequel de ceux là utilisez-vous? (Plusieurs réponses sont possibles)

Programme d'office (Word, Excel etc.)

Systèmes d'exploitation informatiques (programmes specialisees permettant l'utilisation des ressources materielles d'un ordinateur)

Matériel informatique (Ordinateur, Tablette, et autres appareils)

Photocopieur et machine d'impression

Logiciel informatique

Réseau (réseaux informatiques)

Base de données (Java, Access)

Documents écrits

3. Pensez-vous que les professionnels de santé ont un niveau satisfaisant de compétence en matière de connaissances et de gestion du système d'information hospitalier?

Oui Non Sans opinion

4. L'organisation dans laquelle vous travaillez, organise t-elle des séances de formations pour améliorer la qualité des connaissances et une meilleure gestion de celles-ci?

Oui Non Sans opinion

5. L'infrastructure de l'information (informatique, communication et technologies de l'information, formation continue, etc.) favorise-elle de la qualité dans les soins de santé?

Oui Non Sans opinion

6. Pensez-vous que l'amélioration de la gestion des connaissances permettra un service de santé de meilleure qualité?

Oui Non Sans opinion

7. Vous trouverez ci-dessous des déclarations sur les perceptions de la gestion des connaissances du personnel hospitalier. Les réponses varient d'une personne à l'autre. Veuillez marquer (X) la réponse qui vous convient le mieux.

	Totalement d'accord	D'accord	Sans Opinion	Pas d'accord	Totalement Pas d'accord
Création des connaissances (de l'information)					
1. Les outils les plus couramment utilisés pour produire des connaissances sont les documents écrits					
2. Notre organisation dispose d'une stratégie claire pour l'obtention d'informations (amélioration, consolidation et investissement) et le développement (recherche et développement)					
3. Le personnel se concentre sur la découverte et l'apprentissage de nouvelles méthodes de travail					
4. Je connais les nouveaux moyens d'obtenir des connaissances (Des informations)					

5. Je peux aisément obtenir les nouvelles informations que j'ai besoin (à temps pour l'accomplissement de chaque tâche)					
Dépot des connaissances					
6. Les informations dont le personnel de santé a besoin sont conservées de façon systématique pour une utilisation ultérieure					
7. Les informations sur le patient sont régulièrement enregistrées					
8. Il est possible de retrouver le dossier d'un patient revenant à l'hôpital dans l'intervalle d'un an					
9. Nous utilisons les systèmes appropriés, tels que les bases de données, l'intranet, où nous pouvons stocker les informations que nous avons documentés					
10. Les documents sont stockés en toute sécurité					
Partage des connaissances					
11. Les informations requises sont partagées au moment opportun					
12. Les informations des patients / clients sont toujours protégées pendant le processus de partage					
13. Nous nous servons des systèmes tels que les bases de données, l'intranet, les salles d'équipe et e-mail pour le partage d'informations					
14. J'apporte ma contribution à l'hôpital dans le partage de l'information					
Utilisation des connaissances					
15. Nous avons une approche systématique (organisée et systématique) pour assurer une utilisation optimale de l'information dans différentes tâches à l'hôpital					
16. L'information est utilisée de manière optimale					
17. Pour la prestation des soins, nous disposons d'un système solide et efficace					
Avantages de l'utilisation des systèmes d'information Pour l'hôpital					
18. Je pense qu'il est plus facile d'avoir accès aux informations de l'hôpital grâce à la bonne gestion de l'information					
19. La gestion des informations évite la perte de temps					
20. La gestion des informations facilite la communication entre les employés					
21. Je pense que la gestion de l'information facilite la prise rendez-vous en ambulatoire					

22. Je pense que la gestion de l'information rend la commande de matériel pour la prestation des services et le suivi médical plus efficaces					
23. Je pense que la gestion des connaissances est utile pour analyser les tests de laboratoire					
24. Je pense que la gestion de l'information est utile pour analyser les images médicales					
25. Je pense que l'utilisation de la gestion de l'information est bénéfique pour suivre les médicaments et autres dispositifs médicaux et consommables					
26. Je pense que la gestion des connaissances est utile pour mieux planifier les soins aux patients					
27. Je pense que la gestion de l'information permet de prendre des décisions médicales en utilisant l'ordinateur					
28. Je pense que la gestion de l'information est utile pour mesurer la performance des employés					
29. Les problèmes de prestation de services sont constamment identifiés et résolus grâce au système de gestion de l'information					
30. Les causes des erreurs et les problèmes potentiels de qualité sont étudiés et des solutions sont développées pour éviter leur répétition.					

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

8. Genre: () Femme () Homme

9. Statut Matrimonial: () Célibataire () Marié (e) () Divorcé (e)

10. Âge:(S'il vous plaît précisez)

11. Nombre d'années total d'expérience:ans(S'il vous plaît précisez)

12. Nombre d'heures de travail par semaines:Heures (S'il vous plaît précisez)

13. Unité de travail:() Unités administratives () Polycliniques () Cliniques () Unités de diagnostic

() Autres.....(S'il vous plaît précisez)

14. Mode de travail: () De jour constamment () De nuit constamment () Jour et nuit

15. Votre Position (profession):(S'il vous plaît précisez)

ÖZGEÇMİŞ

1991 yılının Kasım ayında Haiti’de Port-au-Prince bölgesinde doğan Eslyne Jane FLEURISSAINT, liseyi Port-au-Prince’de tamamladıktan sonra, 2010 yılında Notre Dame d’Haiti Üniversitesi Hemşirelik eğitimine başladı. Aynı bölümden 2014 yılında mezun olduktan sonra okuduğunu üniversitede çalıştı. 2016 yılında girdiği Sakarya Üniversitesi’nde Sağlık Yönetimi bölümünde Yüksek Lisans eğitime devam etmektedir.