|  |
| --- |
| **ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİMİ ANKETİ** |
| Aşağıda yer alan ifadeler ile ilgili geri bildirimleriniz, çalışma ortamı ve koşullarımız ile hizmet kalitemizi iyileştirmek için büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve katılımınız nedeniyle şimdiden teşekkür ederiz.  **Başhekim***Not: Kişisel bilgileriniz ve ankette verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.* |
| **Yıl:** |
| **Kişisel Bilgiler:** |
| **Cinsiyetiniz:** ( )Kadın ( )Erkek |
| **Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.** ( )20’nin altında ( ) 20­-29 ( )  30­-39 ( ) 40­-49  ( )  50-­59 ( ) 60 üstü |
| **Eğitim durumunuzu belirtiniz.**  ( )Okuryazar değil ( )Okuryazar ( )İlkokul ( )Ortaokul  ( ) Lise ( )Üniversite ( )Yüksek Lisans ( )Doktora  |
| **Mesleği:** ( )Sağlık Hizmetleri Sınıfı\* ( )Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı ( )İdari Hizmetler Sınıfı ( )Teknik Hizmetler Sınıfı |
| **Sağlık kuruluşunda çalıştığı süre:** ( )1-5 yıl ( )5-15 yıl ( )15-25 yıl ( )25 yıldan fazla |
| **Çalıştığınız Bölüm\*\*:** |
|   | **Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyerek belirtiniz (x).** | **Tamamen Katılıyorum** | **Katılıyorum** | **Kararsızım** | **Katılmıyorum** | **Tamamen Katılmıyorum** |
| **1** | Aldığım eğitime uygun bir bölümde çalışıyorum. |  |  |  |  |  |
| **2** | Çalışma ortamı ve koşulları ile ilgili yapılacak düzenlemelerde görüşüme başvurulur. |  |  |  |  |  |
| **3** | Çalışma ortamım rahat çalışabileceğim biçimde düzenlenmiştir. |  |  |  |  |  |
| **4** | Çalıştığım bölümde çalışan güvenliği ile ilgili tedbirler alınmıştır. |  |  |  |  |  |
| **5** | Çalıştığım ortamda kendimi güvende hissederim. |  |  |  |  |  |
| **6** | Yönetim, çalışan güvenliği konusunda iyileştirme faaliyetleri yapmaktadır. |  |  |  |  |  |
| **7** | Yönetim, çalışan güvenliği ile ilgili uygunsuzlukların giderilmesi için çalışanlar ile iş birliği yapmaktadır. |  |  |  |  |  |
| **8** | Yöneticilere sorun, görüş ve önerilerimi iletme imkânı bulurum. |  |  |  |  |  |
| **9** | Görev alanım ile ilgili görüş ve önerilerim dikkate alınır. |  |  |  |  |  |
| **10** | İhtiyacım olduğunda izin alabilirim. |  |  |  |  |  |
| **11** | Performansım hakkında geri bildirim alırım. |  |  |  |  |  |
| **12** | İşimi en iyi şekilde yapabilmem için gerekli malzeme ve cihaz temin edilir. |  |  |  |  |  |
| **13** | İşimde kendimi geliştirebilmem için eğitim fırsatları sunulur. |  |  |  |  |  |
| **14** | Çalıştığım ortamda kendimi değerli hissederim. |  |  |  |  |  |
| **15** | Yönetim, çalışanların motivasyonu konusunda duyarlıdır. |  |  |  |  |  |
| **16** | Son bir yıl içinde fiziksel şiddete maruz kalmadım. |  |  |  |  |  |
| **17** | Son bir yıl içinde sözel şiddete maruz kalmadım. |  |  |  |  |  |
| **18** | Son bir yıl içinde yönetici kaynaklı psikolojik şiddete (mobbing) maruz kalmadım. |  |  |  |  |  |
| **19** | Son bir yıl içinde personel kaynaklı psikolojik şiddete (mobbing) maruz kalmadım. |  |  |  |  |  |
| **20** | Çalıştığım sağlık kuruluşunu arkadaşlarıma çalışma ortamı olarak tavsiye ederim. |  |  |  |  |  |
| **21** | Tedavi olabilmeleri için aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim. |  |  |  |  |  |
| **Varsa görüş, önerileriniz.** |

***\*Sağlık Hizmetleri Sınıfı: Tabip, Diş Tabibi, Eczacı \*\*Doldurulması zorunlu değildir.***