



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE,
HASTANE BİLGİ SİSTEMİNİ BENİMSEMENİN, TEKNO-
STRES VE İŞ DOYUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

BİLGE ŞAKRAK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi AYSEL KÖKCÜ DOĞAN

İSTANBUL- 2023

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Bilge ŞAKRAK
Tez Başlığı : Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde, Hastane Bilgi
Sistemini Benimsemenin, Tekno-Stres ve İş Doyumları Üzerine
Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 26.01.2023

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Danışman</u>	<u>Kurumu</u>	<u>İmza</u>
-----------------	---------------	-------------

Dr.Öğr.Üyesi Aysel KÖKCÜ DOĞAN	İstanbul Medipol Üniversitesi	
--------------------------------	-------------------------------	--

Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Sema KUĞUOĞLU	İstanbul Medipol Üniversitesi
------------------------	-------------------------------

Dr.Öğr.Üyesi Özlem AVCI	Biruni Üniversitesi
-------------------------	---------------------

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

BİLGE ŞAKRAK



TEŞEKKÜR

Araştırma sürecimde benden zamanını, güvenini, bilgisini ve desteğini esirgemeyen, sabır gösterdiği ve bana katlandığı için saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Aysel Kökcü Doğan’a,

Keşfedilmemiş suların peşinden gidebilmem için bana ilham veren ve desteğini hep arkamda hissettiğim saygıdeğer hocam Prof. Dr. Sema Kuşuoğlu’ na

Çalışmamın kurumda gerçekleşmesine izin veren ve destekleyen Başhekim, Başhemşire, Eğitim Koordinatörü, Klinik Şefi, Servis Sorumlu Hemşireleri ve yardım aldığım hemşire arkadaşlara,

Çalışma sürecimde beni yalnız bırakmayan Kadriye Uzun’a, aileme ve hep desteğini hissettiğim eşim Hamza Şakrak’a,

TEŞEKKÜR EDERİM

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ ONAYI FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Sağlık Bilgi Sistemi.....	5
4.1.1.Sağlık bilgi sistemlerinin temel özellikleri.....	6
4.1.2.Türkiye’de sağlık bilgi sistemleri	7
4.1.3.Sağlık bilgi sistemlerini oluşturan unsurlar	9
4.2. Dijital Hastane	11
4.2.1.Dijital hastanenin temel bileşenleri	12
4.2.2.Sağlık bilgi ve yönetim sistemleri topluluğu (HIMSS)	12
4.2.3.Dijital hastanenin avantajları	15
4.2.4.Dijital hastanenin dezavantajları	16
4.3. Teknostres	17
4.3.1.Tekno-aşırı yük.....	17
4.3.2.Tekno-istila.....	17
4.3.3.Tekno-karmaşıklık.....	18
4.3.4.Tekno-güvensizlik	18
4.3.5.Tekno-belirsizlik.....	18
4.4. Sağlık Teknolojileri ve Kabulünün Hemşirelik İçin Önemi	18
5. MATERYAL VE METOT	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
5.1. Araştırmanın Tipi	21

5.2. Evren ve Örneklem.....	21
5.3. Veri Toplama Tekniği	22
5.4. Veri Toplama Araçları	22
5.5. Verilerin İstatistiksel Analizi	24
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
5.7. Araştırmanın Etik Yönü	25
5.8. Çalışmada Kullanılan Mevcut Olanaklar	25
6. BULGULAR	26
7. TARTIŞMA	52
8. SONUÇ	62
9. KAYNAKLAR.....	64
10. EKLER.....	75
11. ETİK KURUL ONAYI.....	83
12. ÖZGEÇMİŞ.....	86

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

BT : Bilişim Teknolojileri

CDR : Klinik Veri Havuzu (Clinical Data Repository)

DICOM : Tıpta Dijital Görüntüleme ve İletişim Sistemi (Digital Imaging and Communications in Medicine)

EMRAM : Elektronik Tıbbi Kayıt Modeli (Electronic Medical Record Compliance Model)

E-Nabız : Kişisel Sağlık Bilgi Sistemi (Elektronik Nabız)

EKG : Elektrokardiyografi

EKS : Elektronik Kayıt Sistemi

EKO : Ekokardiyografi

E-Order : Elektronik Order

E-Reçete : Elektronik Reçete ESK : Elektronik Sağlık Kaydı

E-Sağlık : Elektronik Sağlık

HBYS : Hastane Yönetim Bilgi Sistemi

HIMSS : Sağlık Bilgileri ve Yönetim Sistemleri Toplumu (Health Information and Management Systems Society)

MHRS : Merkezi Hastane Randevu Sistemi

MİDÖ : Minnesota İş Doyum Ölçeği

MR : Magnetik Rezonans

M-Sağlık : Mobil Sağlık

NST : Nonstress Testi

PACS : Görüntü Saklama ve İletişim Sistemi (Picture Archiving and Communication Systems)

RIS : Radyoloji Bilgi Sistemi (Radiology Information Service)

SB-SAGEM: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

SBS : Sağlık Bilgi Sistemler

SKRS : Sağlık Kodlama Referans Suucusu

TDK : Türk Dil Kurumu

TİG : Teşhis İlişkili Gruplar

TİTUBB : Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası

TSÖ : Tekno-stres Ölçeği

USBS : Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi

USG : Ultrasonografi

USVS : Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü

Web : Dünya Çapında Ağ (World Wide Web)

WHO : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

% : Yüzde

n : Birey Sayısı

r : Pearson Korelasyon Analiz



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 5.1. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül.....	21
---	----



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 5.1. Araştırma Zaman Dağılımı	22
Tablo 5.2. Normal Dağılım	24
Tablo 6.1. Tanımlayıcı Özellikler	26
Tablo 6.2. Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme, Tekno Stres ve İş Doyumu Puan Ortalamaları.....	27
Tablo 6.3. Hemşirelerin Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme ile Tekno Stres ve İş Doyumu Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	28
Tablo 6.4. Hastane Bilgi Sistemlerini Benimsemenin Tekno Stres Üzerine Etkisi ..	30
Tablo 6.5. Hastane Bilgi Sistemlerini Benimsemenin İş Doyumu Üzerine Etkisi....	31
Tablo 6.6. Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	32
Tablo 6.7. Tekno Stres Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	40
Tablo 6.8. İş Doyumu Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	47

1. ÖZET

ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE, HASTANE BİLGİ SİSTEMİNİ BENİMSEMENİN, TEKNO-STRES VE İŞ DOYUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Araştırma çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, hastane bilgi sistemini benimsemenin, tekno-Stres ve iş doyumları üzerine etkisi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırma İstanbul’da bulunan bir devlet hastanesinin pediatri ünitelerinde çalışan 190 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler anket yöntemi ile “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Hastane Bilgi Sistemleri Benimseme Ölçeği”, “Tekno- stres Ölçeği” ve “Minnesota İş Doyumu Ölçeği” kullanılarak toplandı. Araştırmada elde edilen veriler SPSS Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanıldı. Hemşirelerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelendi. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizleri kullanıldı. Araştırmaya katılan hemşirelerin %68,9’unun kadın, %46,8’inin 18-24 yaş aralığında %62,1’inin bekar ve %66,3’ünün lisans ve üzeri mezunu olduğu belirlendi. Hemşirelerin %61,6’sının 3-10 yıldır bilgisayar kullandığı, %54,7’sinin ise 0-3 yıldır HBS kullandığı saptandı. Hemşirelerin Hastane Bilgi Sistemlerini (HBS) benimseme durumları ile deneyimledikleri teknostres arasında negatif yönlü, iş doyumuna ile pozitif yönlü ilişki olduğu belirlendi. Bu sonuçlar, hemşirelerin HBS’yi benimsemelerinin teknostresi azaltmak ve iş doyumunu artırmak üzerinde oldukça etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar ışığında sağlık hizmeti verilen kurumlarda HIMMS sistemi kullanımının yaygınlaştırılması ve çalışanların hizmet içi eğitim programları ile desteklenmesi, farklı gruplarla daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Dijital hastane, Hastane bilişim sistemleri, İş doyumuna, Sağlık Bilgileri ve Yönetim Sistemleri Toplumu, Tekno stres.

2. ABSTRACT

THE EFFECT OF ADOPTION OF HOSPITAL INFORMATION SYSTEM ON TECHNO-STRESS AND JOB SATISFACTION OF NURSES WORKING IN PEDIATRIC CLINICS

The research was carried out as a descriptive and relationship seeker in order to determine the effect of adopting the hospital information system on techno-Stress and job satisfaction in nurses working in pediatric clinics. The research was carried out with 190 nurses working in the pediatric units of a state hospital in Istanbul. Data were collected by questionnaire method using the “Descriptive Information Form”, “Hospital Information Systems Adoption Scale”, “Techno-stress Scale” and “Minnesota Job Satisfaction Scale”. The data obtained in the research were analyzed using the SPSS Windows 22.0 program. Frequency and percentage analyzes were used to determine the descriptive characteristics of nurses, and mean and standard deviation statistics were used to analyze the scale. Relationships between dimensions determining nurses' scale levels were examined through Pearson correlation and linear regression analyses. T-test, one-way analysis of variance (Anova) and post hoc (Tukey, LSD) analyzes were used to analyze the differences in scale levels according to nurses' descriptive characteristics. It was determined that 68.9% of the nurses participating in the study were women, 46.8% were between the ages of 18-24, 62.1% were single, and 66.3% had a bachelor's degree or higher. It was determined that 61.6% of the nurses used computers for 3-10 years and 54.7% of them used RLS for 0-3 years. It was determined that there was a negative relationship between nurses' adoption of Hospital Information Systems (HIS) and the technostress they experienced, and a positive relationship with job satisfaction. These results show that nurses' adoption of RLS is highly effective on reducing technostress and increasing job satisfaction. In the light of these results, it is recommended to expand the use of the HIMMS system in healthcare institutions, to support employees with in-service training programs, and to conduct more comprehensive studies with different groups.

Keywords: Digital hospital, Hospital information systems, Job satisfaction, Health Information and Management Systems Society, Techno stress.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşamakta olduğumuz çağın özellikleri çok hızlı şekilde gelişen teknolojik yeniliklerdir. Bu durum sağlık sektöründe de görülmektedir. Teknolojideki gelişimler, toplumun yaşam kalitesini etkilediği gibi zamanla çalışma alanlarını da kapsayan bir değişime sebep olmaktadır (Aksoy, 2012). Bu meydana gelen değişimlerin en önemli nedenlerine bakacak olursak bilişim teknolojileri vardır (Mersinkaya, 2011). Bu dönemde, bilişim teknolojileri ve sağlık mesleklerinde gelişim ve değişim süreci görülmektedir. Sağlık sektöründe hızla artan değişimler ve bilgisayar alanındaki teknolojinin gelişimi ile bu iki grubun birbirleriyle uyum içerisinde gelişmesi bilgisayar teknolojilerinin sağlık alanlarında yaygınlaştırmasını kolaylaştırmış ve çoğaltmıştır (Köse, 2011).

Sağlık Bilgileri ve Yönetim Sistemleri Toplumu (Health Information and Management Systems Society) (HIMSS), bilgi ve teknoloji ile daha iyi bir sağlık sistemine dayalı, dünya odaklı, kâr amacı gütmeyen bir sistemdir. HIMSS, bilgi ve teknolojiyi kullanarak sağlık sistemlerini ve bakım verilerini optimize etmek için çalışır. HIMSS, kendilerine başvuran sağlık kuruluşlarını, sağlık sektöründeki tedarikçileri ve hükümetleri, sağlık bilişim düzeylerini belirlediği kriterler ile denetler ve yenilikçi sağlık bilişim sistemleri ile eksiklerini gidermelerine ve sağlık sistemlerini düzenlemelerine yardımcı olur (Sağlık Bakanlığı, 2015). Bünyesindeki HIMSS Analytics ile sağlık alanındaki ürünler, finansal, ölçümler, eğilimler ve satın alma kararlarıyla ilgili temel sağlık bilgi işlem verilerini toplar, analiz ederek dağıtımını sağlar. Sağlık alanında çalışan kurum ve kuruluşlara, BT şirketlerine, kamu kurumlarına, finans, ilaç ve danışmanlık şirketlerine kaliteli veriler ve analitik uzmanlık sunar (Kılıç, 2016; Healthcare Information and Management Systems Society [HIMSS], 2019).

HIMMS Seviye 7; ‘Hastane artık hasta bakımında ve süreç yönetiminde kâğıt dökümanlar kullanmamaktadır ve elektronik veriler içerisinde hastalara ait kişisel, belge görüntüleri ve tıbbi görüntüleri, laboratuvar sonuçları, tedavi geçmişi gibi birçok bilgi ayrı ayrı olarak oluşan veri blokları’ olarak tanımlanmaktadır. (HIMSS Analytics, 2019). Teknolojinin getirdiği yenilikler, iyi olsa bile, teknolojinin belirsizliği kişilerde stres yaratmaktadır (Rosenberg, 1996; Mantler, Matejicek, Matheson ve Anisman,

2005; Rafferty ve Griffin, 2006). Teknolojik değişimin ülkelerin finanssal yapılarını oluşturmasına rağmen belirsizlik oranının yüksek olması stres düzeylerini arttırmaktadır (Alam, 2015).

Sağlık sektöründe de diğer sektörler de olduğu gibi bilişim teknolojileri kullanımına geçme dönemi hızlı olmuştur. Dünyada başlayan ve ülkemizin de içinde bulunduğu sağlıkta dönüşüm süreçleri adı altında dijitalleşme dönemi yaşanmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SB-SAGEM), 2017).

Gün geçtikçe kullanımı artan sağlıkta dijitalleşme, dijital hastane ve elektronik sağlık uygulamaları gibi teknolojik gelişmelerle hedeflenen; kişilerin refahını arttırmak, sağlık alanlarındaki ihtiyaçlarını kolayca karşılamak, kişilerin doğumdan  l me yaşam sürecindeki sağlık verilerinin toplanması, korunması, verilerin bilgiye dönüştürülmesi ve depolanmasını sağlamak gibi birçok nedenle bilişim teknolojileri sağlık sektöründe yerini almıştır, bu değişimler, teknolojik gelişmeler ve dönüşüm hemşirelerin bakım hizmetlerine yansımış ve bakım kalitesini arttırmıştır. Böylece  ocuk hemşirelerinin çocuklarla geçirdiği zamanı artmakta ve iş doyumunu düzeylerini yükseltmektedir (Erbil& Bostan, 2004). Sağlık alanında ve BT sahasındaki gelişmeler, iki sektörün birbirine yakınlaşmasına ve birbirleriyle uyumlu olarak gelişmelerini sağlamıştır.

Sağlığın tüm bölümlerinde bilimsel bilgi hızlıca çoğalırken, bu alandaki hizmetlerin, bilgilerin kaydedilmesi, saklanması, paylaşılması ve yönetimindeki süreçte bilişim teknolojisi temel yapı olmaktadır. Bu  alışma, HIMMS-7 kullanan bir devlet hastanesindeki bilgi sisteminin  ocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin, tekno-stres ve iş doyumunu üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Bilgi Sistemi

Bilgi ve iletişim teknolojileri genel olarak bilginin toplanması, işlenmesi, saklanması ve gerektiğinde bu bilgiye ulaşılmasını otomatik olarak sağlayan teknolojiler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bilgi sistemlerinin geliştirilmesi ve çalışması multidisipliner bir yaklaşım içermektedir (Haux, 2006).

Bilgi sistemleri; içerdği verilerin yöneticiler ve kullanıcılar için anlamlı bilgilere dönüştürüldüğü insan gücü, programlar ve yönetsel süreçlerin tamamından oluşmaktadır. Bilgi sistemlerinin işlevleri arasında; verilerin oluşturulması ve hazırlanması, işlenmesi, kaydedilmesi ve depolanması yer almaktadır. Bu şekilde bilgi sistemleri bilgiyi dağıtarak ve kullanıcılar arasındaki iletişimi hızlandırarak işletmeler, kullanıcılar ve hizmet alanlar için önemli etkiler oluşturmaktadır (Şahin, 2014).

Hasta memnuniyeti ve güvenliği, sağlık hizmetlerinin kalitesi, tıbbi hataların azaltılması, erken tanı, uygun tedavi ve sağlık hizmetlerindeki yüksek maliyetinin azaltılması gibi çeşitli durumlar bilgi teknolojilerinin sağlık hizmetleri alanında da kullanımını zorunlu hale getirmiştir. Sağlık bilgi sistemleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunumundan yönetimine kadar her türlü bilginin oluşturulması, iletilmesi ve etkili bir şekilde kullanılması için kurulan program, yazılım, yöntem ve yönergelerin bir bütünü olarak tanımlanmaktadır (Bose, 2003).

Sağlık hizmeti sistemlerinde verilerin işlenmesi, işlenen verilerin kullanımı için hazırlıklar yapılması ve sağlık personelinin hizmetine sunulması insan vücudundaki dolaşım sistemine benzetilebilir. Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında veri akışı durduğunda birbiriyle ilişkili ve birbirine bağlı olarak çalışan sistemlerde sekteye uğrar. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sunumu ve sürdürülebilirliği için bu durum önemlidir. Günümüz teknolojilerinin hızla gelişmesiyle birlikte hastane bilgi sistemleri kullanımının verimlilik oranları da artış göstermektedir (Orhan ve ark., 2021).

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda maliyet azaltıcı çeşitli stratejilere ek ve alternatif olarak, etkin iletişimi geliştirmek, verimliliği yükseltmek, hasta ve hizmet sunumunda yer alanların memnuniyetini artırmak, hizmet sunumunda performans ölçütleri sağlamak ve elde edilen verilerle yeni stratejiler geliştirmeye yardımcı olmak

konularında bilgi teknolojilerinin kullanımı giderek artmakta ve sağlık hizmetleri alanında önemli faydalar sağlanmaktadır (Güleş ve Özata, 2005).

Tüm bu sebeplerle bilgi teknolojileri tıp ve sağlık hizmetleri alanında hızla yaygınlaşmakta ve sağlık hizmeti sunan sektörler gün geçtikçe teknolojiye daha fazla bağımlı hale gelmektedir (Abukhader, 2015). Sağlık bilgi sistemleri ve karar destek sistemleri gelişimini sürdürmekte ve teknolojiyi sağlık hizmetlerinde kullanma performansını arttırmaktadır (Işık ve Akbolat, 2010). Teknoloji ve bilgi sistemleri hızla gelişmekte iken insanların teknoloji kullanımına adaptasyonu ise aynı hızla gerçekleşmemektedir. Dolayısıyla tıpta ve sağlık hizmetleri alanında insan-bilgisayar etkileşiminin önemi de giderek artmaktadır (Sebetci ve ark., 2017).

4.1.1. Sağlık bilgi sistemlerinin temel özellikleri

Sağlık bilgi sistemlerinin belirlenen hedeflere istenen şekilde ulaşabilmesi için var olan veya kurulacak bilgi sisteminin aşağıda sıralanan özellikleri sağlaması beklenir.

- Doğru, eksiksiz, faydalı, güvenilir ve kapsamlı verileri uygun zamanda, hızlı ve maliyeti düşük olarak toplayabilmeli,
- Toplanmış olan veriler herkes tarafından kullanılabilir olmalı ve sistem bu verileri bilgiye dönüştürebilmeli,
- Oluşturulan bilgi depolanabilmeli ve kullanıcılar depolanmış bilgiye kolaylıkla ulaşabilmeli,
- Son teknoloji olanakları ihtiyaç duyulan alanlarda ve ihtiyaç duyulan düzeyde kullanılabilir olmalı,
- Ulusal ölçekte kurumlar arasında ve uluslararası olarak bilgi alışverişinde bulunabilmeli,
- Çeşitli yönetim seviyeleri doğrultusunda farklı bilgi ihtiyaçlarını karşılayabilmeli,
- Tek bir noktadan yönetilmeli ancak tüm kullanıcıların tarafından kolay denetlenebilmeli,
- Kolay ve işlevsel bir sistemi olmalı,
- Sistem hızlı, eğitici, dinamik ve aynı zamanda mahremiyete önem göstermeli,

- Sistem basit fakat fonksiyonel, süratli, eğitici ve dinamik olmalı, mahremiyete önem vermeli,
- Her aşamadaki sağlık çalışanının etkili, verimli ve motive olarak kullanabileceği bir sistem olmalı,
- Sistemin bir kısmı veya tamamı ihtiyaç duyulduğunda süratle ve kolayca güncellenebilmeli,
- Elde edilen bilgiler uygun tablo ve grafiksel yöntemlerle sunulabilmeli,
- Gerekli olduğunda istatistiksel yöntemler kullanılarak tahminlerde bulunabilmeli ve güvenilir sağlık göstergelerini oluşturabilmeli,
- Belirli aralıklarla düzenli olarak rapor çıktıları hazırlayabilmeli,
- Elde edilen bilgi yönetim kademeleri arasında koordineli bir şekilde süzülerek iletilmeli ve üst düzey yöneticiden aşağıya doğru geri bildirim yapabilmelidir (Alakuş, 2007).

4.1.2. Türkiye’de sağlık bilgi sistemleri

Küresel olarak sağlık bilgi sistemlerinde yaşanan gelişmelerin temelinde; sağlık kuruluşlarındaki önlenabilir tıbbi hata oranlarının yüksekliği, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin artışı ve sağlıkta kalite talebi yer almaktadır. 1997 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) geniş çaplı olarak yapılan iki araştırmanın sonuçları hastaneye yatışlarda %2,9 ile %3,7 aralığında tıbbi hata yapıldığını göstermiştir. Bu tıbbi hatalar nedeniyle hem önlenabilir ölümlerin meydana geldiği hem de sağlık sistemlerinde maliyetlerin arttığı saptanmıştır. Bu çalışmalar, ABD’de önlenabilir tıbbi hatalar nedeniyle ölümün, en sık ölüm nedenleri arasında 8. sırada yer aldığını göstermiştir. Bu veriler sağlık sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesine ve 21. yüzyılda sağlık bakım hizmetlerinde bulunması gereken niteliklerin yeniden tanımlamasına sebep olmuştur. Sağlık bakım sistemlerinde bulunması istenen nitelikler: Güvenilirlik, etkililik, hasta merkezli hizmet, zamanında hizmet sunumu, verimlilik ve hakkaniyete uygunluktur. Sağlık sistemlerinde bu nitelikler doğrultusunda iyileştirme yapılabilmesi ise sağlık bilgi sistemlerinin de içinde bulunduğu bazı konuların yeniden yapılandırılmasını zorunlu hale getirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Türkiye’de sağlık bilişimi ile ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı’nın 1990’lı yıllarda başlattığı Sağlık Reformları kapsamında ele alınmıştır. Bu çalışmalar arasında yer alan 1. ve 2. Sağlık Projelerinin hedefleri arasında da Sağlık Enformasyon Sistemlerinin geliştirilmesine yer verilmiştir. Bu doğrultuda 1995 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Bilgi İşlem Daire Başkanlığı kurulmuştur. Ancak 1. ve 2. Sağlık Projelerinde belirlenen hedeflere zamanında ulaşamamıştır. Bu sebeple 1999 yılında Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı bünyesinde oluşturulan bir yazılım ekibi ile Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) yazılımı oluşturmaya başlanmıştır. HBYS kullanımı hastaneler arasında artarken diğer yandan da her hastanedeki HBYS ürünü farklılaşmaya başlamış ve tüm kamu hastanelerinde tek bir HBYS yazılımının kullanılamayacağı anlaşılarak proje 2002 yılında durdurulmuş ve hastanelerin HBYS ihtiyaçlarını döner sermaye kaynakları vasıtasıyla özel sektör firmalarından temin etmesine yönlendiren bir politikaya gidilmiştir. 2003 yılına gelindiğinde hastanelerin %20’sinde bilgi sistemleri bulunmaktayken 2006 yılının sonlarına doğru bu oran %100’e ulaşmıştır (Çimen, 2014).

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm programı ile Sağlık Bilgi Sistemlerine dair pek çok çalışma yapılmıştır. Tüm bu çalışmalar sonucunda Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi (SBS) Eylem Planı oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı hayata geçirdiği birçok web temelli uygulama ile hizmet sunumu kalitesini artırmayı amaçlamıştır (Bolat, 2018).

Sağlık Bakanlığı’nın bilgi ve enformasyon sistemlerini etkili ve verimli kullanma isteği Ulusal Sağlık Bilgi Sistemlerini ön plana getirerek “Türkiye e-sağlık projesinin önemini arttırmıştır. E-sağlık projelerinin genel amaçları arasında ise sağlıkta veri standardizasyonunun sağlanması, karar destek sistemlerinin oluşturulması, veri akışının hızlandırılması, kişisel sağlık kayıtlarının oluşturulması, kaynak tasarrufu sağlanması, bilimsel çalışmalara destek verilmesi, e-sağlık girişim süreçlerinin koordine edilmesi ve ulusal olarak e-sağlık kavramının benimsenmesi yer almaktadır (Bolat, 2018).

Sağlık bakım hizmetleri sunucuları yaşanan gelişmelere ve değişen koşullara uyum sağlamak için yeniden yapılandırılmakta ve bilgi teknolojilerinin kullanımı her alanda giderek daha yaygın hale gelmektedir (Ömürbek ve Altın, 2009).

4.1.3. Sağlık bilgi sistemlerini oluşturan unsurlar

Sağlık bilgi sistemlerini oluşturan unsurlar genel olarak Klinik Bilgi Sistemleri (KBS) ve Teşhis-Tedavi Sistemleri (TTS) olmak üzere iki ana başlık altında toplanabilir (Mutluay ve Özdemir, 2014).

Klinik bilgi sistemlerini oluşturan bileşenler; elektronik sağlık kayıtları (ESK), hasta görüntüleme sistemleri, akıllı kart uygulamaları, hastane bilgi yönetim sistemleri (HBYS), klinik karar destek sistemleri (KKDS), hemşire bilgi sistemleri (HBS), iletişim sistemleri, tele tıp, vaka bileşimi, standartlar ve sınıflandırma sistemleri, klinik uygulama rehberleri, klinik bakım haritaları ve sanal gerçeklik uygulamaları gibi sistemlerdir (Ömürbek ve Altın, 2009).

Tıbbi verilerin bilgisayar ortamında toplanması ve istenen zamanda kullanılmasını sağlayan veri kaynağıdır. ESK aynı zamanda hastaya yapılan işlemleri ve hasta bakım süreçlerini belgelemek ve gerektiğinde sağlık çalışanları arasında bilgi alışverişini kolayca sürdürmek amacıyla da tasarlanmış bir sistemdir (Peker ve ark., 2018). Bu sistem başta sağlık sektöründe hasta bakımı, hemşirelik, eczacılık, nükleer tıp, radyoloji v.b. alanlarda kullanılmaktadır.

Birden fazla seçenek arasından birini seçme işlemi olan karar verme işlemi, beraberinde problem çözme aşamasını da içeren sonuca ulaşma süreci olarak belirtilmektedir. KKDS; hastanın durumu ile ilgili hangi kararın verilmesi gerektiğinin net olarak kestirilemediği hallerde, karar vericilere modeller, bilgiler ve veri yönetme araçları sunmakta ve karar verme yeterliliğini geliştirmekten çok etkinliğini geliştirmeyi amaçlamaktadır. KKDS tanı, tedavi ve bakımı geliştirirken aynı zamanda sağlık kurumlarında maliyet etkinliği de artırmakta ve tanılama hatalarını azaltmak amacıyla da kullanılmaktadır (Koç ve ark., 2012).

Hemşirelik faaliyetlerinin kaydedildiği ve izlenebildiği sistem olan HBS'nin amacı hasta bakımında kaliteyi artırmak ve bakımın yönetiminde hemşirelere yardımcı olmaktır. HBS ile bilgisayar ortamında hemşirelik süreci aşamalarıyla birlikte kaydedilmekte ve uygulama sonrasında depolanmaktadır. Ek olarak bu sistem ile hemşirelerin hizmet girdileri, mesai ve nöbet çizelgeleri de düzenlenebilmektedir (Kaplan, 2021).

Hasta takip sistemleri olarak da ifade edilen hasta görüntüleme sistemleri; hastaların nabız, tansiyon, solunum hızı ve vücut ısısı gibi yaşam bulgularını bilgisayar

ekranından takip edebilmeyi sağlamaktadır. Bu sistemler ile hastaların taburculuk sonrası takip ve değerlendirmeleri de yapılabilmektedir (Khajouei & Abbasi, 2017).

Sağlık çalışanları arasında bilgi alışverişinin sağlandığı ve sürdürüldüğü sistem ise klinik iletişim sistemleri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen unsurlardan biri de sağlık çalışanları arasındaki bilgi paylaşımının kalitesidir. Etkili olmayan iletişim yöntemlerinin kullanımı ile sağlık hizmetlerinde kalitenin düştüğü bildirilmiştir (Haug ve ark., 2016).

Tele Tıp Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre “mesafenin önemli bir faktör olduğu sağlık hizmetlerinin sunulmasında, bireylerin ve toplumlarının sağlığının geliştirilebilmesi, hastalık veya yaralanmaların teşhis, tedavi ve önlenmesi ile sağlık hizmeti sağlayıcılarının sürekli eğitimi açısından araştırma ve değerlendirmelerin devam edebilmesi için gerekli bilgi paylaşımının sağlanması amacıyla bilgi iletişim teknolojilerinin tüm sağlık profesyonelleri tarafından kullanılması” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2010). Tele tıp kavramı ve benzer olarak tele sağlık gibi kavramlar Coronavirüs-19 Pandemisi ile yaşadığımızda daha fazla önem kazanmaya başlayan kavramlar arasında yerini almıştır.

HBYS sistemleri oldukça kompleks içeriği sahip olup birçok modülden oluşmaktadır. Sağlık kurumlarının yönetim fonksiyonları, hasta verileri, kara verme süreçleri, bilgi toplama, dağıtma ve depolama gibi birçok fonksiyonu vardır. HBYS kullanımı olan sağlık kuruluşlarında hasta kayıt, randevu, tetkik, tedavi ve taburculuk süreçleri de bu sistem üzerinden gerçekleştirilmektedir (Dizman, 2017).

Klinik uygulama rehberlerinin kullanımı zorunlu olmamakla birlikte hastalar için faydalı ve tıbbi zarar olasılığını azaltan uygulamalardır. Bu rehberler hasta ile ilgili karar alma süreçlerinde sağlık çalışanlarına da yardım olabilir (Tobe ve ark., 2013).

Kökeni 1980'lere dayanan ve günümüzde kullanılan sanal gerçeklik sistemleri, bir dizi gerçek dünya ve hayali alan ve nesneyi simüle edebilen çok daha gelişmiş, etkileşimli bilgisayar tarafından oluşturulan ortamları içermektedir. Sanal gerçeklik geliştikçe sağlık alanında da uygulanmaya başlanmıştır. Günümüzde sanal gerçeklik sistemleri cerrahları karmaşık ameliyatlara hazırlamaktan, kanserli çocuklarda terapötik oyun ve tedavi işlemlerine hazırlamaya kadar uzanan bir yelpazede kullanım alanına sahiptir (O'Connor, 2019).

Teşhis tedavi sistemlerini ise laboratuvar bilgi sistemleri, radyoloji bilgi sistemi, eczane bilgi sistemleri, nükleer tıp bilgi yönetim sistemleri ve diğer uygulamalar oluşturmaktadır (Ömürbek & Altın, 2009).

Hastane laboratuvarlarının bilgi, iletişim ve yönetim ihtiyaçlarına uygun olarak hazırlanan, hızlı ve etkin iş akış süreçleri sağlayan sistemler laboratuvar bilgi sistemleri olarak tanımlanmaktadır. Laboratuvar verilerinin toplanması, testlerin doğrulanması ve analizler için organizasyonların yapılması bu sistemler üzerinden yapılmaktadır (Peker ve ark., 2018).

Radyoloji bilgi sistemlerinin birincil işi, tüm klinik görüntüleme iş akışını otomatikleştirmektir. Radyoloji bilgi sistemleri genellikle bir PACS (Görüntü saklama ve iletişim sistemleri) ve bir elektronik sağlık sistemi ile birlikte kullanılır. Bir PACS, dijital görüntü elde etme sistemlerinden, görüntüler için dijital depolamadan ve dijital olarak depolanan görüntüleri geliştirmek ve karşılaştırmak için kullanılabilen görüntüleme iş istasyonlarından oluşur (Lahiri & Seidmann, 2009). Röntgen, ultrasonografi, manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi gibi PACS üzerinden sağlanan medikal görüntü verileri bağımsız bir formatta saklanmakta, tek bir kaynaktan yönetilmekte ve ihtiyaç halinde kurum ağının dışındaki kişi veya kurumlara iletilebilmektedir (Samaan, 2017).

Bir eczane bilgi sistemi, yatan hasta ve ayakta hasta ilaç talebi girişi, dağıtım, envanter ve satın alma yönetimi dahil olmak üzere çeşitli temel işlevlere sahip olmalıdır. Bu sistem aynı zamanda pratisyenleri ilaçların güvenli olmayan dozları, reçete edilen aşırı dozlar ve potansiyel ilaç etkileşimleri konusunda bilgilendirir. Ayrıca ilaç yönetimi, stok durumu, akıllı uyarılar, kurum genelinde klinik bilgilere anında ulaşım ve mali konuların düzenlenmesi noktalarında eczacılara yardımcı olur (Mahalli ve ark., 2016).

Nükleer tıp bilgi sistemleri ise istemlerin girişi, randevu planlaması ve hasta bilgilerinin sağlanması gibi çeşitli işlevlere sahiptir (Peker ve ark., 2018).

4.2. Dijital Hastane

Medikal olan veya olmayan tüm süreçlerde bilişim teknolojilerinin kullanıldığı, tüm tıbbi cihaz, iletişim araçları ve bilgi sistemlerinin birbiri ile entegre olduğu hastane modelidir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Dijital hastaneler veri akışı standartlarının olduğu,

hastane çalışanlarının yetkileri doğrultusunda daha az zaman ve enerji harcayarak hastanedeki verilere istenilen her yerden ulaşılabilirdiği, kâğıt ve film kullanılmayan, ilaç tedavileri ve tıbbi tedavilerin sistemden kontrol edildiği, ileri düzey teknolojik donanımlara sahip, çalışanlara ve hizmet sunanlara etkin, kaliteli, verimli ve ekonomik hizmet sunmayı hedefleyen hastane olarak tanımlanmaktadır (Ak, 2013).

4.2.1. Dijital hastanenin temel bileşenleri

Dijital hastaneler oldukça fazla alt sistemler, klinik ve iş süreçlerinden oluşan kompleks organizasyonlardır. Tüm bu süreçler ve iş akışları doğru bir şekilde entegre edilip çalıştığında hasta, sağlık personeli ve doğru kaynaklar bir araya gelmekte ve güvenli bir ortamda istenen sonuca ulaşabilmektedir (Tüfekçi ve ark., 2017).

Entegre bir dijital hastanede çok sayıda teknolojik ve bilgi sistemi yer almaktadır. Bu tür hastanelerde çalışan sağlık personelinin görev ve sorumlulukları ve aralarındaki iletişim de sisteme entegrasyonunun sağlanması gerekmektedir. Dolayısıyla genel anlamda entegre bir dijital hastanenin barındırması gereken temel unsurlar arasında; akıllı kart sistemi, hastane oryantasyon programı, PACS (Görüntü saklama ve iletişim sistemleri), RFID (radyo frekansı ile tanımlama teknolojisi), genel görüntüleme sistemi, robotik cerrahi sistemi, radyoloji bilgi sistemi, malzeme yönetim sistemi, ilaç yönetimi sistemi, ışıklandırma sistemi, taşınabilir tıbbi asistan, tablet bilgisayar ile her yerden erişim sağlayan mobilite sistemleri, teknolojik alt yapı sistemleri, kesintisiz internet ve kamera sistemleri, yüz tanıma sistemleri, hasta yönlendirme ve bilgilendirme ekranlarını içeren sistemler, ses tanıma sistemleri, tıbbi arşiv ve dokümantasyon sistemleri, malzeme ve ilaç takip sistemleri, laboratuvar bilgi sistemi, eczane bilgi sistemi, hasta başı monitörleri, entegre yönetim ve bina yönetim sistemleri, danışmanlık hizmetleri sistemleri, otopark yönetim sistemleri, enerji ile ilgili otomasyon sistemi, e-devlet ve e-sağlık sistemleri ile entegre olabilen sistemler yer almaktadır (Ak, 2013).

4.2.2. Sağlık bilgi ve yönetim sistemleri topluluğu (HIMSS)

Sağlık Hizmetleri Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu (HIMSS), bilgi ve teknoloji yoluyla sağlığı iyileştirmeye odaklanan büyük bir küresel organizasyondur. 2005 yılında HIMSS, hastanelere elektronik medikal sağlık kaydı benimseme ve kullanım düzeylerini ve kendilerini başkalarıyla karşılaştırma becerisini

değerlendirmeleri için bir yol haritası ve aşamalı rehberlik sağlayan Elektronik Medikal Sağlık Kaydı Adaptasyon Modeli (EMRAM) oluşturmuştur. EMRAM skorelama modeli ile hastaneler 0'dan 7'ye kadar derecelendirilmekte ve akredite edilmektedir. EMRAM dijital hastanelerde öncelikle mevcut durum değerlendirmesi ve daha sonra eksiklerin belirlenmesi ile ilerleyen zamanlarda sertifikalandırma sürecini içerir (Furukawa ve Pollack, 2020). EMRAM ile bilgi iletişim teknolojilerinin hastane süreçlerinde kullanımı ve adaptasyonu teşvik edilmekte ve bir uyum süreci olarak tanımlanan bu yolda 6. ve 7. seviyeye ulaşan hastanelere sertifika ile ödül verilmektedir (Aydın ve ark., 2017). HIMSS EMRAM seviyeleri ve kriterleri aşağıda sunulmuştur.

Seviye 0: Üç temel yardımcı klinik bilgi sistemlerinin (laboratuvar, eczane ve radyoloji) dahi dijital ortamda işlemediği sağlık kuruluşlarını tanımlayan seviye.

Seviye 1: Sağlık kuruluşunda üç temel klinik bilgi sisteminin (laboratuvar, eczane ve radyoloji) dijital ortamda işlemlerini sürdürdüğü seviyedir.

Seviye 2: Temel yardımcı klinik bilgi sistemleri, Klinik Veri Arşivi (CDR), Kontrollü Tıbbi Sözlük, Klinik Karar Destek/Kurallar Motoru (CDS), Sağlık Bilgi Alışverişi (HIE) sistemlerinin entegre bir şekilde işlemleri sürdürdüğü seviyedir.

Seviye 3: Klinik Dokümantasyon, Klinik Karar Destek Sistemleri (Hata Kontrolü) Hasta bakımı ile ilgili klinik belgeler (örneğin hayati bulgular, izlem/takip formları, hemşire notları, bakım planları) ve/veya Elektronik İlaç Yönetim Kaydı (eMAR), istem girme ve takip sistemlerinin en az biri hizmet sürecinde elektronik hasta kayıtları ve klinik veri arşiviyle bütünleşik olması gerekir. Klinik karar desteğin ilk aşaması olan istem girmede hataların kontrolünün sağlanmış olması gerekmektedir.

Seviye 4: Kanıta dayalı tıbbi protokoller için Klinik Karar Destek Sistemlerinin ikinci aşaması olan Bilgisayarlı Doktor İstek Girişi (CPOE) mevcuttur. Bu sistemde herhangi bir lisanslı klinisyen, sisteminde verilere erişmesi için bir emir yazabilir ve bir hemşire ekleyebilir. Bilgisayarlı Doktor İstek Girişi sistemi hastanede yatarak tedavi hizmeti sunan bir alanda kullanılıyorsa ve daha önceki aşamalar tamamlanmışsa, bu aşamada tamamlanmış sayılır.

Seviye 5: Tam teşekküllü Radyoloji Görüntü Arşiv ve İletişim Sistemi'nde (PACS) tıbbi görüntüler tüm hekimlerin kullanımına açıktır ve intranet (iç ağ) yoluyla

diğer konumlara gönderilir. Bu aşamada, kardiyoloji bölümünün (EKG vb.) görüntü belgeleri PACS sistemine girilirse, hastaneye ekstra puan verilir (Aydın ve ark., 2017).

Seviye 6: Doktor Dokümantasyonu (şablonlar), Bütüncül Klinik Karar Destek Sistemleri (CDSS) ve Kapalı Devre İlaç Yönetimi uygulamalarının dijital ortamda sağlandığı seviyedir. Sağlık kuruluşunda, tam olarak geliştirilmiş doktor dokümantasyon sistemleri, ilerleme notları, danışma notları, taburcu özetleri ya da problem listesi ve tanı listesi bakımı için yatarak tedavi hizmeti sunan bir alanda uygulanmalıdır. Klinik karar destek sisteminin üçüncü seviyesi, protokoller ve sonuçlar ile ilgili tüm klinik faaliyetleri için ihtilaf ve uyum uyarıları şeklinde rehberlik etmelidir. Barkodlu birim doz ilaçları kullanımı ile Kapalı Devre İlaç Yönetim Sistemi tamamen uygulanır olmalıdır. Elektronik İlaç İdaresi Kayıt (eMAR) uygulaması ve barkodlama veya diğer otomatik tanımlama teknolojisi (radyo frekansı tanımlama (RFID) gibi) uygulanmaktadır. Ayrıca ilaç tedavisi için hasta bakım güvenlik seviyesini en üst düzeye çıkarmak için Bilgisayarlı Doktor İstek Girişi (CPOE) ve eczaneye entegre edilmelidir. İlaç tedavisinin “beş hakkı (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol ve doğru zaman)” ilkesi de ilaç tedavisi ve hasta kimliği gibi ünitenin üzerindeki barkodun taranmasıyla yatağında doğrulanır olmalıdır (Aydın ve ark., 2017).

Seviye 7: Tamamen kağıtsız dijital bir ortam sağlanmış olmalıdır. Hastane artık hasta bakımını sağlamak ve yönetmek için kâğıt grafikler kullanmamakta ve tam olarak Elektronik Tıbbi Kayıt (EMR) ortamında tüm veriler, belgeler ve tıbbi görüntüler bir arada işlenmelidir. Sağlık hizmetlerinin bakım kalitesini arttırmak, hasta güvenliğini sağlamak ve etkin hizmet sunmak amacıyla klinik verilerin modellerini/şablonlarını analiz etmek için dijital ortamda oluşturulan veri depolama aktif durumda olmalıdır. Hastane, tüm hastane hizmetleri (örneğin, yatarak tedavi, ayakta tedavi, acil kliniği ve sahip olunan ya da yönetilen gezici tedavi kliniklerinde) için özet veri sürekliliğini sağlamalıdır. Kapalı Devre İlaç Yönetim Sistemine, kan ürünleri ve insan sütü de dahil edilmelidir. Klinik bilgi, hastayı tedavi etme yetkisine sahip tüm kurum ve kişiler ile standart elektronik işlemlerle (CCD) kolayca ve ihtiyaç halinde anında paylaşılabılır olmalıdır. Ayrıca hastaneler, gezici klinikler, alt akut ortamlar, işverenler, ödeme yapanlar ve veri paylaşımının söz konusu olduğu hastalar ile sağlık bilgi alışverişi kolaylıkla sağlanabiliyor olmalıdır (Aydın ve ark., 2017).

4.2.3. Dijital hastanenin avantajları

Dijital hastaneye gelen bir hastaya akıllı kart tanımlanmaktadır. Hasta hastanenin neresine giderse gitsin işlemleri bu kartla yapılmaktadır. Böylece hasta her noktada tanındığından tıbbi hata meydana gelme olasılığı ortadan kalkmaktadır. Dijital hastanelerde oluşturulan veriler anında hastane bilgi sisteminde yerini almaktadır. Böylece hem hasta hem de sağlık çalışanları gereksiz zaman kaybetmemektedir (Ak, 2013).

Ayrıca bu hastanelerde hasta evinde takip ettiği hastalığı ile ilgili verileri kolaylıkla internet ortamından hekimine iletebilmektedir. Hekimler farklı ülkelerde olsalar bile birbirleriyle hastalıklar veya hastaların durumlarıyla ilgili fikir alışverişinde bulunabilmektedir. Böylece hastaların hekime ve sağlık durumlarıyla ilgili bir sonuca ulaşmaları da kolaylaşmaktadır. Hastaya ait kayıtlı verilere yer ve zaman sınırlaması olmadan hızla ulaşılabilir olması acil durumlarda sağlık çalışanlarına hasta hakkında hızlı karar verme olanağı sunmaktadır (Peker ve ark., 2018; Ak, 2013).

Hastaneler, hasta verilerinin güvenli saklanması gereken alanlardır. Olası doğal afet veya felaket durumunda manuel olarak saklanmış veriler yerine dijital hastanelerde hasta verilerinin yedeklenerek saklanması daha güvenilirdir. Ayrıca verilerin şifrelenerek saklanması da hasta mahremiyeti açısından önemlidir (Bayın ve ark., 2016).

Dijital hastane ortamında hastalar için oluşturulan ve kullanılan klinik rehberler veya bakım algoritma düzenlemeleri, tedavi ve bakım planları hastaların bireysel tedavi süreçlerine aktif katılımının sağlanmasında, hasta eğitiminde ve memnuniyetinde önemli fırsatlar sunmaktadır (Sligo ve ark., 2017).

Hastaneler en fazla enerji tüketen yapılar olarak gösterilmektedir. Dijital hastanelerde yeri olmayan radyolojik görüntüleme çıktıları, kırtasiye malzemeleri kullanımının olmaması enerji tasarrufu sağlanmasında yardımcı olmaktadır. Ayrıca sağlanan tüm enerji tasarrufları da genel maliyetin etkinliğini artırmakta ve çevresel atık oluşumunu azaltmaktadır (Samaan, 2017).

Bilgi teknolojilerinin kullanımının yaygınlaşmasının toplumun sağlık düzeyi üzerinde olumlu etkisinin yanı sıra toplumun teknoloji kullanımı ve dolaylı olarak

eğitim düzeyi üzerinde de etkili olmaktadır. Sağlık üzerindeki gelişmeler dolaylı olarak ekonomik ve sosyal kalkınma ya da fayda sağlamaktadır (Göktaş ve ark., 2017).

4.2.4. Dijital hastanenin dezavantajları

Sağlık bilgi sistemleri teknolojik gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetleri sunumuna entegre edilen karmaşık ve çok sayıda sistemler bütününden oluşmaktadır (Peker ve ark., 2018; Ak, 2013). Sağlık alanında bilgi sistemlerinin kullanıma geçiş ve adaptasyon sürecinde çalışanların bu sistemlere ve teknolojilere uyum sorunu, bilgi eksikliği ve iş kaybı korkusu gibi faktörlere bağlı olarak sağlık kurumlarında örgütsel direnç oluşabilmektedir (Ömürbek ve Altın, 2009). Sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan çalışanların yeni sistem ve teknolojilere karşı geliştirdikleri olumsuz düşünce ve tutumlar bu sistemlerin getireceği yararların farkına varmalarına engel olabilmektedir (Callender ve ark., 2015). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sunumunda dijitalleşmeye geçiş sürecinde başta sağlık çalışanları olmak üzere tüm hizmet kullanıcıların sistemi anlaması ve kabullenmesinin önemi büyüktür (Koca ve ark., 2017).

Dijitalleşme sürecinde oluşabilecek bazı belirsizlikler dijital hastaneler için tehditler oluşturabilir. Bu sebeple dijital hastanelerin teknolojik olarak çok iyi dizayn edilmiş olması ve kullanıcıların sistemi benimsemiş ve sisteme hakimiyetinin tam olması gerekmektedir (Bayer ve ark., 2019).

Dijital hastanelerdeki bir diğer olası dezavantaj veri güvenliğidir. Olası bir siber saldırıda saklanan hasta verilerinin ne düzeyde güvende olduğu endişe konusu olabilmektedir. Verilere erişim noktasında yetkilendirme ve ne kadar süre ile yetkili olunabileceği, verilerin aktarımı ve depolanması gibi veri güvenliği noktasında insan ve sistem kaynaklı sorunlar meydana gelebilmektedir. Veri güvenliğinin sağlanamadığı durumlarda başta adli vakalar olmak üzere sağlık kurumları ve kurum personeli için önemli bir yasal sorun teşkil edebilir. Dijital hastane verilerine kullanıcılar zaman ve mekân sınırı olmaksızın ulaşabildiği için bu noktadaki yetkilendirmelerin süresi ve içeriği risk oluşturabilmektedir (Koca ve ark., 2017; Peker ve ark., 2018).

4.3. Teknostres

Bilgi iletişim teknolojilerinin çeşitli sektörlerde hızla yaygınlaşması ve genel olarak kullanımının artmasıyla birlikte bireysel ve kurumsal olarak hem olumlu hem de olumsuz birtakım sonuçlar ortaya çıkmıştır. Kullanıcıların bilgi teknolojileri ile doğrudan etkileşim halinde olması, bu teknolojilerin uygulanmasına dair algıları, duyguları ve düşünceleri strese neden olabilmektedir. Bu bağlamda teknostres; bilgi teknolojilerinin bireyler ve kurumlar üzerinde doğrudan veya dolaylı olarak sebep olduğu olumsuz sonuçlardan biri olarak değerlendirilmektedir (Aydın, 2022).

Teknostres terimi 1984 yılında klinik psikolog Craig Brood tarafından ortaya atılmıştır. Teknostres Brood tarafından bilgi teknolojileri ile sağlıklı bir şekilde baş etmede güçlük çeken insanları etkileyen modern bir hastalık olarak tanımlanmıştır (Gaudio ve ark., 2017). Başka bir deyişle, teknostres, teknoloji kullanımının insan davranışları, düşünceleri, tutumları ve psikolojisi üzerindeki olumsuz etkileridir. Tarafdar ve ark. (2007) ise, teknostresi bireylerin bilişim teknolojileri ile baş edememelerinden kaynaklanan bir uyum sorunu olarak değerlendirmektedir.

Tarafdar ve ark. (2007) teknostresin; tekno-aşırı yük, tekno-istila, tekno-karmaşıklık, tekno-güvensizlik ve tekno-belirsizlik olmak üzere beş bileşenden oluştuğunu ifade etmişlerdir. Diğer bir deyişle bu bileşenler bilgi iletişim sistemleri kullanımında stres oluşturunca yani teknostresörler olarak tanımlanmaktadır.

4.3.1. Tekno-aşırı yük

Bilgi iletişim teknolojileri ve sistemlerinin kullanımıyla birlikte bireylerin daha hızlı ve uzun süreli çalışmalarının beklendiği durumları ifade etmektedir. Mobil bilgi işlem cihazları, iş yaşamında kullanılan bilgi sistemleri ve sosyal ağlar kullanıcıları aynı zaman diliminde bilgi akışına maruz bırakmakta, aşırı bilgi yüklenmesine sebep olmakta ve bu durum kullanıcılarda bilgi bombardımanı, çoklu görevler ve kesintilerle sonuçlanabilmektedir. Ek olarak kullanıcılarda endişe ve gerilim duyguları oluşturarak dikkat eksiliğine sebep olabilmektedir (Tarafdar ve ark., 2011).

4.3.2. Tekno-istila

Kullanıcıların iş yeri ve mesai saatinden bağımsız olarak zaman ve mekân sınırlaması olmaksızın sürekli bağlantılı ve ulaşılabilir olmasının sebep olduğu gerginliği tanımlamaktadır. Bu sürekli ulaşılabilirlik durumu bireylerin iş yaşamı ile

özel yaşamının dengesini bozabilmekte hatta bu sebeple bireyler kendilerini esir alınmış gibi hissedebilmektedir (Califf ve ark., 2020).

4.3.3. Tekno-karmaşıklık

Kullanıcıların yeni bilgi ve iletişim teknolojilerini öğrenmek, anlamak ve uygulamak için daha fazla zaman ve çaba harcamasını gerektirdiği durumları ifade etmektedir. Teknolojik yazılım, donanım ve uygulamalar geliştikçe daha karmaşık, anlaşılması ve öğrenilmesi daha fazla zaman ve emek alabilmektedir. Dolayısıyla kullanıcılar tarafından teknolojik gelişmeler öğrenilmesi ve uygulanması zor olarak değerlendirilip strese neden olabilmektedir (Califf ve ark., 2020).

4.3.4. Tekno-güvensizlik

Kullanıcıların çevrelerinde bilgi işlem teknolojilerini kendilerinden daha iyi kullanan kişiler olduğunu düşünmeleri ve kendilerine güvenmemeleri durumunu ifade etmektedir. Bu durum aynı zamanda kişilerin işlerini kaybetme korkusu yaşamalarına da sebep olmaktadır. Çünkü işverenlerin teknoloji ve bilgi iletişim sistemlerini daha iyi kullanan kişilerle çalışmak isteyeceği düşünülmektedir (Taraftar ve ark., 2011).

4.3.5. Tekno-belirsizlik

Bilgi iletişim sistemlerinin sürekli değişen ve gelişen bir yapıda olması kullanıcılarda sürekli öğrenme ve eğitim alma zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır. Bir uygulama veya konuda sürekli güncellenen bilgiler sebebiyle kişiler o konuda uzman olamamaktadır. Bu durum sahip olunan bilginin hep eski bilgi olması hissiyatına neden olmakta ve bir süre sonra yeni bilgi öğrenmeye karşı kaygı ve tedirginlik oluşturmaktadır (Çetin ve Bülbül, 2017).

4.4. Sağlık Teknolojileri ve Kabulünün Hemşirelik İçin Önemi

Son yıllarda, sağlıkla ilgili teknolojinin organizasyon düzeyinde alımı, uzun yıllardır teknolojiden yararlanan diğer sektörleri yakalama çabasıyla hızlı bir şekilde artmıştır. Teknoloji, kaliteyi iyileştirmek ve hastalara sunulan bakımın etkinliğini artırmak amacıyla sağlık hizmetleri ortamlarında geniş çapta benimsenmeye devam etmektedir.

Sağlık hizmet teknolojilerinin optimal ve uygun kullanımı, hemşirelerin güvenli ve kaliteli bakım sağlayabileceği temel yollardan biridir. Ancak sağlık teknolojilerinin getirdiği ve sağlayacağı yararlar, hemşirelerin bunları tam olarak kabul etmesi ve kullanmayı istemesi durumunda elde edilebilir (Strudwick, 2015).

Tüm diğer meslek gruplarında olduğu gibi bilgi işlem teknolojilerinin kabulü, doğru ve uygun bir şekilde kullanılması hemşirelik için de oldukça önemlidir. Günümüzde sağlık hizmetleri gittikçe kompleks hale gelmekte ve bilgi işlem teknolojileri sağlık sistemleri için vazgeçilmez hale gelmektedir. Hastalarla ilgili tıbbi veriler toplanmakta ve her yıl toplanan ve depolanan bu veriler hızla artmaktadır. Bu şekilde elde edilen verilere ulaşmanın, yeniden kullanmanın ve değerlendirme yapmanın önemi gün geçtikçe daha fazla artmaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı sistematik bilgi işleme yöntemlerinin kullanılmasına, komplike sorunlarla ilgilenecek teknikler, kişiler, kurumlara ve dolayısıyla bilgi teknolojilerinin uygun kullanımına giderek artan bir ihtiyaç meydana gelmektedir (Softa ve ark., 2014).

Sağlık sektörünü oluşturan meslek grupları düşünüldüğünde hemşirelik mesleği mensupları büyük çoğunluğu oluşturmaktadır, dolayısıyla sağlık teknolojilerini kullananların çoğunluğunu da hemşireler oluşturmaktadır. Sağlık bakım sisteminde hastadan veri toplayan, topladığı verileri HBS'ye elektronik ortamda aktaran hemşireler; hastaya doğrudan bakım veren ve 24 saat süresinde hastayı gözlemleyen, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda hemşirelik sürecine göre bakım planını hazırlayıp hastaya gerekli bakımı veren sağlık hizmetlerinin en büyük grubu ve bilgi teknoloji sistemlerini kullanan birinci düzeydeki kullanıcıları konumundadır (Sensmeier, 2010).

Birçok hemşirelik kuruluş ve topluluğu tarafından da teknolojinin hemşirelik mesleği içindeki öneminden bahsedilmektedir. Amerikan ulusal hemşireler birliği tarafından 2015 senesinde hemşirelerin teknolojik uygulamalarla ilgili bilgi düzeylerinin artırılması ve hemşirelik bakım hizmetlerinin geleceğe hazırlıklı olması yönünde bir eylem çağrısı yapılmıştır. Ayrıca hemşirelik öğrencilerinin de bu teknolojilerin kullanımına hazır şekilde mezun olmasının önemi vurgulanmaktadır (Forman et al., 2020).

Hemşirelik süreçlerinin ve iş akışında kullanılan formların elektronik ortamda HBS üzerinden yapılmasının verilen bakımın kalitesini artıracığı, hemşirelerin kullandığı evrak yükünün azalacağı, harcanan kâğıt oranının azalacağı ve hemşirelerin

iş yükünün azalması sebebiyle hemşirelerin performansı ve bakım memnuniyetinin artacağı belirtilmektedir (Özel ve ark., 2014). Dijital hastane hizmetlerinin yatan hasta işlemlerinde sağladığı kâğıt tasarrufu ve hemşirelik bakım hizmetlerine etkisinin incelendiği bir araştırmada HIMMS EMRAM kriterlerine göre 6. seviye olan bir hastanenin 4 yatan servisinde dijitalleşme süreci öncesinde ve sonrasında gözlem ve değerlendirme yapılmıştır. Çalışma sonucunda, servislerin dijitalleşme süreci sonrasında yıl içerisinde 1.153 yatan için toplam süre tasarrufu 117 bakım günü olarak belirlenmiştir. Ayrıca yıllık toplam 4 servisten 8,257 TL kâğıt ve 13.734 TL toner tasarrufu sağlandığı da bildirilmiştir (Volkan, 2019).

Teknolojinin durdurulamaz gelişimine paralel olarak sağlık bilişim sistemleri de hızla gelişmeye devam etmektedir. Gerek sahada çalışan hemşireler gerekse hemşirelik eğitimi sürecinde olan öğrencilerin sağlık bilgi teknolojileri hakkında yeterli donanıma sahip olmaları oldukça önemli bir konu olarak görülmektedir. Ayrıca HBS kullanılması ile hemşirelerin iş süreçlerinde yer alan evrak işleri daha hızlı yapılabileceğinden hemşirelerin hasta bakımına daha fazla zaman ayırabileceği düşünülmektedir. Bu noktada özellikle çocuk hemşirelerinin hastanede bulunan çocuklarla daha uzun süre birlikte olarak zaman geçirebileceği düşünülmektedir. Bu durumda hemşirelerin çocuklarla sadece bakım-tedavi için değil oyun oynayamaya da vakit ayırması mümkün olabileceği düşünülmektedir.

Bu doğrultuda bu çalışmada çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, hastane bilgi sistemini benimsemenin, tekno-stres ve iş doyumları üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, hastane bilgi sistemini benimsemenin, tekno-stres ve iş doyumları üzerine etkisini belirlemek amacı ile planlanmış tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırma Kapsamında Yanıtlanması Beklenen Sorular

- 1.Hastane bilgi sistemini benimsemenin, tekno-stres üzerine etkisi var mıdır?
2. Hastane bilgi sistemini benimsemenin, iş doyumuna üzerine etkisi var mıdır?

5.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini İstanbul'da bulunan bir Devlet Hastanesi'nin çocuk servislerinde çalışan ve HIMSS-7 sistemini kullanan 280 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü 190 hemşire oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır.

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 pq$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen $\pm$ örneklem hatasıdır

Şekil 5.1. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül (Salant ve Dillman, 1994, s. 55)

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, $\pm$ % 5 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 280 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (280-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 162$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya 190 hemşire katılmıştır. Araştırma İstanbul Medipol Üniversitesi Etik

Kurulu’ndan Etik Kurul onayı ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve araştırma yapılacak hastanenin yönetiminden uygulama izni alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul İl’inde bulunan bir Devlet Hastanesinde gerçekleştirildi. Araştırma verileri 2020 Aralık 2022 Mart ayları arasında toplandı. Araştırma veri toplama zaman dağılımı

Tablo 5.1.’de verildi.

Tablo 5.1. Araştırma Zaman Dağılımı

Literatür tarama Ekim	Ocak-Şubat 2022
Anket formu hazırlanması	Şubat 2022
Etik Kurul İzni	Mart 2022
Araştırma önerisi sunumu	Nisan 2022
İzinlerin alınması	Mayıs 2022
Veri toplama	Haziran Temmuz 2022
Verilerin analizi	Eylül 2022
Tez yazım	Kasım-Aralık 2022

5.3. Veri Toplama Tekniği

Araştırma verileri anket yöntemi ile toplandı. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin, pediatri ünitelerinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelerle yüz yüze görüşülerek yapıldı. Hemşirelere tanıtıcı bilgiler formu ve ölçekler (Ek 4,5,6,7) ön bilgi verildikten sonra ve gönüllülere Tanıtıcı bilgiler formu ve ölçekler uygulanarak veriler toplandı. Bir gönüllü ile veri toplama süremiz 30 dakikadır.

5.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları; Tanıtıcı Bilgiler formu yer almaktadır. Hastane Bilgi Sistemlerinin Benimsenme isimli ölçeği, Tekno-stres ölçeği, Minnesota İş Doyum Ölçeğinden oluşmaktadır.

Tanıtıcı Bilgiler; Bu bölümde HIMSS kullanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin sosyo demografik verileri yer almaktadır. Hemşirelerin yaş, medeni hali, eğitim düzeyi, gelir, çalışma tecrübesi, mesleki tecrübe, bilgisayar tecrübesi, hastane bilgi sistemi kullanım tecrübesi olmak üzere toplam 8 soru yer almaktadır.

Hastane Bilgi Sistemlerinin Benimsenmesi Ölçeği; Venkatesh ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen ölçeğin, 2019 yılında Engin ve Gürses tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 6 alt boyuttan ve toplam 21 ifadeden oluşmaktadır. Bu araştırmada Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,851 olarak yüksek bulunmuştur. Yüksek puan ifadesi ölçeğin güvenilir ve HBS benimsendiğini ifade eder.

Tekno Stres Ölçeği; Teknolojik değişimlerin çalışanlar üzerindeki etkilerinin belirlenmesine yönelik olarak, Tarafdar, Tu, Ragu-Nathan, ve Ragu-Nathan tarafından 2007 yılında geliştirilmiş ölçek toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Ölçek “teknolojik iş yükü fazlalığı”, “teknolojik istila”, “teknolojik karmaşıklık”, “teknolojik güvensizlik” ve “teknolojik belirsizlik” olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutların sırası ile Cronbach alfa değerleri; .89, .81, .84, .84 ve .82 olarak bildirmişlerdir. Alam 2015 yılında, havacılık sektörü çalışanlarında yaptığı çalışmada ölçeği sadeleştirerek 14 soruya indirmiş ve “teknolojik iş yükü fazlalığı”, “teknolojik karmaşıklık” ve “teknolojik belirsizlik” olmak üzere üç alt boyuttan oluştuğunu bildirmiştir. Alam'ın (2015) bildirdiği alfa değerleri sırasıyla; .83, .71 ve .78'dir. Bu 14 soruluk ölçeğin Türen, Erdem ve Kalkın (2015) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu araştırmada Tekno Stres Ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,904 olarak yüksek bulunmuştur. Yüksek puan ifadesi; kişilerde tekno-stres düzeyinin yüksekliğini ifade eder.

Minnesota İş Doyum Ölçeği; Weiss, Dawis, England ve Lofquist (1967) tarafından çalışanların iş doyumunu değerlendirmek amacı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçek içsel doyum ve dışsal doyum olmak üzere iki faktörlü bir yapıya sahiptir. Tüm ölçekten elde edilen puan genel doyum düzeyini belirlemektedir. **İçsel doyum;** bağımsızlık, sosyal durum, ahlak, yetki ve yetenek benzeri, **dışsal doyumda** ise; denetim, şirket politikaları, tanınma, çalışma koşulları ve benzeri ölçümleri sağlamaktadır. Özgün ölçeğin Cronbach alfa değeri .94'tür. Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin kısa formu (Short Form Minnesota Satisfaction Questionnaire) (MİDÖ) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışması Baycan (1985) tarafından yapılmış ve 5'li likert tipi 20 maddeden oluşan bir ölçektir. İçsel doyum 12 madde ve dışsal doyum 8 maddeden oluşmaktadır. Ortalama ya da toplam puan üzerinden değerlendirilebilen ölçek, ölçekten elde edilen maksimum puana yaklaştıkça iş

doyumunun yüksek olduğu yönünde değerlendirilmektedir. Baycan (1985)'ın çalışmasında Cronbach alfa değeri .88 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada İş Doyumu ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,810 olarak yüksek bulunmuştur. Yüksek puan ifadesi ölçeğin güvenilir ve iş doyumunu düzeyinin yüksek olduğunu ifade eder.

5.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanıldı. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelendi.

Tablo 5.2. Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme Genel	-0,835	-0,737
Performans Beklentisi	-0,504	-0,718
Efor Çaba Beklentisi	-0,894	-0,553
Sosyal Etki	1,424	-0,775
Kolaylaştırıcı Koşullar	-0,501	-0,279
Davranışsal Niyet	-0,602	-0,884
Kullanım	0,320	-0,600
Tekno Stres Genel	-0,829	0,061
Teknolojik Yüklenme	-1,274	-0,029
Teknolojik Karmaşıklık	-0,527	-0,465
Teknolojik Belirsizlik	-1,037	0,670
İş Doyumu Genel	-1,225	-0,404
İçsel Doyum	-0,891	-0,429
Dışsal Doyum	-0,916	-0,770

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile-1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile-2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Araştırma değişkenlere ilişkin basıklık değerleri en düşük-0,501, en yüksek 1,424; çarpıklık değerleri en düşük-0,029, en yüksek 0,670 olarak saptanmıştır. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Yüksek puan ifadesi ölçeğin güvenilir ve genel geçer olduğunu ifade etmektedir.

Hemşirelerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006). Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2: küçük; 0.5: orta; 0.8: büyük olarak, eta kare değeri 0.01: küçük; 0.06:orta; 0.14:büyük olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2018).

5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

İstanbul ili Anadolu Yakasında bulunan bir Devlet hastanesinin pediatri ünitelerinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 190 hemşire ile sınırlı olup, veriler kişisel bilgiye dayalıdır.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için; İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ile İstanbul ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden uygulama izni alındı (Ek 9). Veri toplamaya başlamadan önce araştırmaya katılanlara araştırma hakkında bilgi verilerek “Gönüllü Oluru” ve “Gönüllülük” ilkesine, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesine, araştırmaya katılan hastaların bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine bağlı kalarak araştırmaya katılanların kimlik bilgileri kullanılmadan araştırma yürütüldü.

5.8. Çalışmada Kullanılan Mevcut Olanaklar

Araştırmanın yapıldığı Devlet hastanesi çalışanları tarafından, araştırmanın uygulanması ve verilerin toplanması basamağında olanak sağlandı. Fakat araştırma için herhangi kurum veya kuruluştan maddi yönden destek alınmamış olup, bütün maddi giderler araştırmacı tarafından karşılandı.

6. BULGULAR

Bu bölümde örneklem grubunda yer alan hemşirelerden elde edilen bulgulara yer verildi.

Tablo 6.1. Tanımlayıcı Özellikler (N=190)

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	131	68,9
	Erkek	59	31,1
Yaş	18-24	89	46,8
	25-34	83	43,7
	35 ve üzeri	18	9,5
Medeni Durum	Evli	72	37,9
	Bekar	118	62,1
Eğitim Durumu	Lise	43	22,6
	Ön lisans	21	11,1
	Lisans ve üzeri	126	66,3
Gelir	Asgari ücret- 7500 TL arası	23	12,1
	7500-10000 TL arası	46	24,2
	10000 TL üzeri	121	63,7
Çalışma Tecrübesi	0-3 yıl arası	83	43,7
	3-10 yıl arası	67	35,3
	10 yıldan daha fazla	40	21,1
Mesleki Tecrübe	0-3 yıl arası	91	47,9
	3-10 yıl arası	78	41,1
	10 yıldan daha fazla	21	11,1
Bilgisayar Tecrübesi	0-3 yıl arası	32	16,8
	3-10 yıl arası	117	61,6
	10 yıldan daha fazla	41	21,6
HBS Kullanım Tecrübesi	0-3 yıl arası	104	54,7
	3-10 yıl arası	39	20,5
	10 Yıldan daha fazla	47	24,7

Araştırma grubundaki hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular Tablo 6.1’de belirtildi. Hemşirelerin %68,9’u kadın, %46,8’i 18-24 yaş aralığında %62,1’i bekar ve %66,3’ü lisans ve üzeri mezunu idi. Hemşirelerin gelir düzeyi %63,7 oranında 10000 TL üzeri olarak dağıldı. %43,7’sinin çalışma süresi 0-3 yıl, %47,9’unun mesleki tecrübesi ise 0-3 yıl aralığında idi. Hemşirelerin %61,6’sı 3-10 yıldır bilgisayar kullanmakta, %54,7’si de 0-3 yıldır HBS kullanmaktaydı.

Tablo 6.2. Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme, Tekno Stres ve İş Doyumu Puan Ortalamaları (N=190)

Ölçek	Alt Boyut	Ort	Ss	Min.	Maks.
Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme Genel	Performans Beklentisi	5,716	1,013	2,750	7,000
	Efor Çaba Beklentisi	5,755	1,048	3,250	7,000
	Sosyal Etki	5,981	0,502	4,330	7,000
	Kolaylaştırıcı Koşullar	5,979	0,592	4,400	7,000
	Davranışsal Niyet	5,379	1,616	1,670	7,000
	Kullanım	5,792	0,751	3,000	7,000
	Genel	5,783	0,685	4,050	6,760
Tekno Stres	Teknolojik Yüklenme	3,386	1,136	1,200	5,000
	Teknolojik Karmaşıklık	3,496	0,729	1,600	4,600
	Teknolojik Belirsizlik	2,938	0,863	1,250	4,500
	Genel	3,297	0,803	1,640	4,640
İş Doyumu	İçsel Doyum	3,676	0,366	2,750	4,330
	Dışsal Doyum	2,543	0,623	1,250	3,380
	Genel	3,223	0,406	2,400	3,850

Hemşirelerin hastane bilgi sistemlerini benimseme, tekno stres ve iş doyumuna yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri Tablo 6.2’de belirtildi. Hemşirelerin “hastane bilgi sistemlerini benimseme genel” ortalaması 5,783±0,685 (Min=4.05; Maks=6.76), “performans beklentisi” ortalaması 5,716±1,013 (Min=2.75; Maks=7), “efor çaba beklentisi” ortalaması 5,755±1,048 (Min=3.25; Maks=7), “sosyal etki” ortalaması 5,981±0,502 (Min=4.33; Maks=7), “kolaylaştırıcı koşullar” ortalaması 5,979±0,592 (Min=4.4; Maks=7), “davranışsal niyet” ortalaması 5,379±1,616 (Min=1.67; Maks=7), “kullanım” ortalaması 5,792±0,751 (Min=3; Maks=7), “tekno stres genel” ortalaması orta 3,297±0,803 (Min=1.64; Maks=4.64), “teknolojik yüklenme” ortalaması orta 3,386±1,136 (Min=1.2; Maks=5), “teknolojik karmaşıklık” ortalaması yüksek 3,496±0,729 (Min=1.6; Maks=4.6), “teknolojik belirsizlik” ortalaması orta 2,938±0,863 (Min=1.25; Maks=4.5), “iş doyumı genel” ortalaması orta 3,223±0,406 (Min=2.4; Maks=3.85), “içsel doyum” ortalaması yüksek 3,676±0,366 (Min=2.75; Maks=4.33), “dışsal doyum” ortalaması zayıf 2,543±0,623 (Min=1.25; Maks=3.38) olarak saptandı.

Tablo 6.3. Hemşirelerin Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme ile Tekno Stres ve İş Doyumu Puanları Arasında Korelasyon Analizi (N:190)

		Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme Genel	Performans Beklentisi	Efor Çaba Beklentisi	Sosyal Etki	Kolaylaştırıcı Koşullar	Davranışsal Niyet	Kullanım
Tekno Stres	r	-0,823**	-0,738**	-0,730**	-0,301**	-0,525**	-0,798**	0,066
Genel	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,367
Teknolojik	r	-0,698**	-0,604**	-0,621**	-0,158*	-0,513**	-0,652**	-0,038
Yüklenme	p	0,000	0,000	0,000	0,029	0,000	0,000	0,602
Teknolojik	r	-0,654**	-0,599**	-0,571**	-0,368**	-0,337**	-0,646**	0,067
Karmaşıklık	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,362
Teknolojik	r	-0,839**	-0,775**	-0,751**	-0,331**	-0,509**	-0,841**	0,207**
Belirsizlik	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,004
İş Doyumu	r	0,838**	0,753**	0,772**	0,218**	0,578**	0,797**	-0,102
Genel	p	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,163
İçsel	r	0,563**	0,470**	0,537**	0,046	0,442**	0,514**	0,045
Doyum	p	0,000	0,000	0,000	0,530	0,000	0,000	0,540
Dışsal	r	0,870**	0,814**	0,786**	0,315**	0,553**	0,846**	-0,205**
Doyum	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Hemşirelerin hastane bilgi sistemlerini benimseme, tekno stres ve iş doyumu düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile Tablo 6.3'te verildi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin tekno stres genel ile hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları ile ($r=-0.823$, $p=0,000<0.05$), performans beklentisi ($r=-0.738$, $p=0,000<0.05$), efor çaba beklentisi ($r=-0.73$, $p=0,000<0.05$), davranışsal niyet ($r=-0.798$, $p=0,000<0.05$) arasında negatif yüksek ilişki, tekno stres genel puanları ile sosyal etki arasında ($r=-0.301$, $p=0,000<0.05$), negatif zayıf ilişki ve tekno stres genel puanları ile kolaylaştırıcı koşullar arasında ($r=-0.525$, $p=0,000<0.05$) negatif orta düzeyde bir ilişki tespit edildi.

Teknolojik yüklenme ile hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları ($r=-0.698$, $p=0,000<0.05$), performans beklentisi ($r=-0.604$; $p=0,000<0.05$) efor çaba beklentisi ($r=-0.621$, $p=0,000<0.05$), kolaylaştırıcı koşullar ($r=-0.513$, $p=0,000<0.05$) ve davranışsal niyet ($r=-0.652$, $p=0,000<0.05$) arasında negatif orta; teknolojik yüklenme ile sosyal etki arasında $r=-0.158$ ise negatif çok zayıf ($p=0,029<0.05$) ilişki saptandı.

Hemşirelerin teknolojik karmaşıklık puanları ile hastane bilgi sistemlerini benimseme genel ($r=-0.654$, $p=0,000<0.05$), performans beklentisi ($r=-0.599$, $p=0,000<0.05$), efor çaba beklentisi ($r=-0.571$, $p=0,000<0.05$), ve davranışsal niyet ($r=-0.646$, $p=0,000<0.05$), arasında negatif orta; teknolojik karmaşıklık ile sosyal etki ($r=-0.368$, $p=0,000<0.05$), ve kolaylaştırıcı koşullar ($r=-0.337$, $p=0,000<0.05$) arasında negatif zayıf ilişki belirlendi.

Teknolojik belirsizlik puanları ile hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları ($r=-0.839$; $p=0,000<0.05$), performans beklentisi ($r=-0.775$; $p=0,000<0.05$), efor çaba beklentisi $r=-0.751$ ($p=0,000<0.05$), davranışsal niyet arasında negatif yüksek ($r=-0.841$; $p=0,000<0.05$), teknolojik belirsizlik ile sosyal etki arasında $r=-0.331$ negatif zayıf ($p=0,000<0.05$), teknolojik belirsizlik ile kolaylaştırıcı koşullar arasında ($r=-0.509$ negatif orta ; $p=0,000<0.05$), teknolojik belirsizlik ile kullanım arasında $r=0.207$ pozitif çok zayıf ($p=0,004<0.05$) ilişki bulundu.

Hemşirelerin iş doyumu genel puanları ile hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları $r=0.838$ ($p=0,000<0.05$), performans beklentisi puanları ($r=0.753$; $p=0,000<0.05$), efor çaba beklentisi puanları ($r=0.772$; $p=0,000<0.05$), davranışsal niyet puanları arasında ($r=0.797$ pozitif yüksek; $p=0,000<0.05$), iş doyumu genel puanları ile sosyal etki puanları arasında ($r=0.218$ pozitif çok zayıf; $p=0,003<0.05$), iş doyumu genel puanları ile kolaylaştırıcı koşullar arasında ($r=0.578$ pozitif orta; $p=0,000<0.05$) düzeyde ilişki tespit edildi.

İşsel doyum puanları ile hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları $r=0.563$ ($p=0,000<0.05$), performans beklentisi $r=0.47$ ($p=0,000<0.05$), efor çaba beklentisi arasında $r=0.537$ ($p=0,000<0.05$), davranışsal niyet arasında $r=0.514$ pozitif orta ($p=0,000<0.05$), işsel doyum ile kolaylaştırıcı koşullar arasında $r=0.442$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$) ilişki bulundu.

Örnekleme grubundaki hemşirelerin dışsal doyum puanları ile hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları ($r=0.87$; $p=0,000<0.05$), performans beklentisi ($r=0.814$; $p=0,000<0.05$), efor çaba beklentisi $r=0.786$ ($p=0,000<0.05$), davranışsal niyet arasında ($r=0.846$ pozitif yüksek ($p=0,000<0.05$)), dışsal doyum ile sosyal etki arasında ($r=0.315$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$)), dışsal doyum ile kolaylaştırıcı koşullar arasında ($r=0.553$ pozitif orta ($p=0,000<0.05$)), dışsal doyum ile kullanım

puanları ($r=-0.205$ arasında negatif çok zayıf ($p=0,005<0.05$)) düzeyde korelasyon tespit edildi.

Tablo 6.4. Hastane Bilgi Sistemlerini Benimsemenin Tekno Stres Üzerine Etkisi (N:190)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	p	F	Model (p)	R ²
Tekno Stres Genel	Sabit	8,874	31,350	0,000	393,548	0,000	0,675
	Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme Genel	-0,964	-	0,000			
Tekno Stres Genel	Sabit	7,868	12,970	0,000	70,410	0,000	0,688
	Performans Beklentisi	-0,177	-3,016	0,003			
	Efor Çaba Beklentisi	-0,130	-2,398	0,017			
	Sosyal Etki	-0,069	-0,996	0,321			
	Kolaylaştırıcı Koşullar	-0,048	-0,682	0,496			
	Davranışsal Niyet	-0,240	-6,191	0,000			
	Kullanım	-0,141	-3,083	0,002			

Lineer Regresyon Analizi

Örneklem grubundaki hemşirelerin hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları ile teknoloji stres genel puanları arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu. ($F=393,548$; $p=0,000<0.05$). Teknoloji stres genel düzeyindeki toplam değişim %67.5 oranında hastane bilgi sistemlerini benimseme genel tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,675$). Hastane bilgi sistemlerini benimseme genel teknoloji stres genel düzeyini azalttığı ($\beta=-0,964$) saptandı.

Performans beklentisi, efor çaba beklentisi, sosyal etki, kolaylaştırıcı koşullar, davranışsal niyet, kullanım ile teknoloji stres genel arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=70,410$; $p=0,000<0.05$). Teknoloji stres genel düzeyindeki toplam değişim %68.8 oranında performans beklentisi, efor çaba beklentisi, sosyal etki, kolaylaştırıcı koşullar, davranışsal niyet, kullanım tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,688$). Performans beklentisinin teknoloji stres genel düzeyini azalttığı ($\beta=-0,177$); Efor Çaba beklentisinin teknoloji stres genel düzeyini azalttığı ($\beta=-0,130$); Davranışsal niyetin teknoloji stres genel düzeyini azalttığı ($\beta=-0,240$); Kullanımın teknoloji stres genel düzeyini azalttığı ($\beta=-0,141$) bulundu.

Tablo 6.5. Hastane Bilgi Sistemlerini Benimsemenin İş Doyumu Üzerine Etkisi (N:190)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
İş Doyumu Genel	Sabit	0,347	2,519	0,013	441,641	0,000	0,700
	Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme Genel	0,497	21,015	0,000			
İş Doyumu Genel	Sabit	1,197	4,064	0,000	79,224	0,000	0,713
	Performans Beklentisi	0,089	3,124	0,002			
	Efor Çaba Beklentisi	0,107	4,068	0,000			
	Sosyal Etki	-0,039	-1,172	0,243			
	Kolaylaştırıcı Koşullar	0,059	1,721	0,087			
	Davranışsal Niyet	0,098	5,197	0,000			
	Kullanım	0,044	1,979	0,049			

Lineer Regresyon Analizi

Hastane bilgi sistemlerini benimseme genel ile iş doyumu genel arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=441,641$; $p=0,000<0.05$). İş doyumu genel düzeyindeki toplam değişim %70 oranında hastane bilgi sistemlerini benimseme genel tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,700$). Hastane bilgi sistemlerini benimsemenin genel iş doyumu genel düzeyini arttırdığı ($\beta=0,497$) saptandı.

Performans beklentisi, efor çaba beklentisi, sosyal etki, kolaylaştırıcı koşullar, davranışsal niyet, kullanım ile iş doyumu genel arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=79,224$; $p=0,000<0.05$). İş doyumu genel düzeyindeki toplam değişim %71.3 oranında performans beklentisi, efor çaba beklentisi, sosyal etki, kolaylaştırıcı koşullar, davranışsal niyet, kullanım tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,713$). Performans beklentisinin ($\beta=0,089$); Efor Çaba beklentisinin ($\beta=0,107$); Davranışsal niyetin ($\beta=0,098$); Kullanımın ($\beta=0,044$) iş doyumu genel düzeyini arttırdığı tespit edildi.

Hastane bilgi sistemlerini benimseme puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu Tablo 6.6’da belirtildi.

Tablo 6.6. Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=190)

Demografik Özellikler		n	HBS Benimseme Genel	Performans Beklentisi	Efor Çaba Beklentisi	Sosyal Etki	Kolaylaştırıcı Koşullar	Davranışsal Niyet	Kullanım
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	131	5,778±0,694	5,697±0,971	5,750±1,071	5,992±0,493	5,976±0,596	5,369±1,634	5,794±0,752
	Erkek	59	5,794±0,670	5,759±1,107	5,767±1,005	5,955±0,523	5,986±0,587	5,401±1,591	5,788±0,755
	t=		-0,151	-0,389	-0,103	0,476	-0,117	-0,127	0,049
	p=		0,880	0,698	0,918	0,634	0,907	0,899	0,961
Yaş	18-24	89	6,126±0,480	6,199±0,681	6,211±0,865	6,064±0,466	6,173±0,538	6,195±1,042	5,680±0,696
	25-34	83	5,437±0,711	5,241±1,096	5,319±1,044	5,859±0,513	5,771±0,580	4,574±1,761	5,892±0,812
	35 Ve Üzeri	18	5,683±0,609	5,514±0,917	5,514±1,005	6,130±0,526	5,978±0,602	5,056±1,310	5,889±0,676
	F=		28,269	24,505	19,129	4,601	10,956	28,337	1,892
	p=		0,000	0,000	0,000	0,011	0,000	0,000	0,154
	PostHoc=		1>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	
Medeni	Evli	72	5,548±0,742	5,354±1,089	5,354±1,076	5,972±0,556	5,881±0,622	4,843±1,703	5,917±0,650
	Bekar	118	5,926±0,607	5,936±0,899	6,000±0,956	5,986±0,468	6,039±0,566	5,706±1,475	5,716±0,799
	t=		-3,822	-3,993	-4,306	-0,181	-1,801	-3,690	1,797
	p=		0,000	0,000	0,000	0,856	0,073	0,001	0,061
Eğitim Durumu	Lise	43	4,798±0,228	4,471±0,507	4,337±0,531	5,713±0,480	5,461±0,424	3,023±0,824	6,012±0,703
	Ön Lisans	21	5,930±0,525	5,893±0,886	5,988±0,857	6,191±0,359	5,895±0,504	5,857±1,093	5,691±0,928
	Lisans Ve Üzeri	126	6,095±0,461	6,111±0,802	6,200±0,741	6,037±0,498	6,170±0,546	6,103±1,027	5,734±0,726
	F=		148,545	76,070	110,594	9,528	30,564	157,006	2,443
	p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,090
	PostHoc=		2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	
Gelir	Asgari Ücret- 7500 TL Arası	23	5,650±0,748	5,630±0,950	5,587±1,210	5,841±0,593	5,913±0,562	5,058±1,808	5,761±0,637
	7500-10000 TL Arası	46	6,133±0,284	6,169±0,475	6,136±0,623	6,312±0,375	6,035±0,550	6,246±0,598	5,859±0,929
	10000 TL Üzeri	121	5,675±0,737	5,560±1,123	5,643±1,115	5,882±0,473	5,970±0,615	5,110±1,732	5,773±0,698
	F=		8,559	6,462	4,161	15,259	0,358	9,540	0,239
	p=		0,000	0,002	0,017	0,000	0,699	0,000	0,788
	PostHoc=		2>1, 2>3 (p<0.05)	2>1, 2>3 (p<0.05)	2>1, 2>3 (p<0.05)	2>1, 2>3 (p<0.05)		2>1, 2>3 (p<0.05)	

Tablo 6.6. (Devam tablosu) Hastane Bilgi Sistemlerini Benimseme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=190)

Çalışma Tecrübesi	0-3 Yıl Arası	83	6,108±0,475	6,145±0,738	6,241±0,779	5,924±0,489	6,248±0,468	6,112±1,108	5,693±0,643
	3-10 Yıl Arası	67	5,198±0,686	4,907±1,057	4,933±1,064	5,846±0,476	5,651±0,587	4,015±1,684	5,978±0,720
	10 Yıldan Daha Fazla	40	6,088±0,301	6,181±0,446	6,125±0,575	6,325±0,417	5,970±0,559	6,142±0,584	5,688±0,945
	F=		62,468	50,253	47,891	14,085	23,388	59,774	3,235
	p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,042
	PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	3>1, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	2>1 (p<0.05)
Mesleki Tecrübe	0-3 Yıl Arası	91	6,077±0,490	6,121±0,791	6,220±0,804	5,960±0,466	6,143±0,573	6,077±1,067	5,714±0,676
	3-10 Yıl Arası	78	5,354±0,681	5,138±1,005	5,128±1,018	5,940±0,550	5,710±0,528	4,389±1,726	5,910±0,668
	10 Yıldan Daha Fazla	21	6,104±0,583	6,107±0,886	6,071±0,933	6,222±0,413	6,267±0,515	6,032±1,269	5,691±1,209
	F=		35,590	27,610	31,543	2,819	16,287	33,318	1,659
	p=		0,000	0,000	0,000	0,062	0,000	0,000	0,193
	PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)		1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	
Bilgisayar Tecrübesi	0-3 Yıl Arası	32	5,702±0,770	5,570±1,175	5,680±1,080	5,844±0,448	6,031±0,643	5,125±1,747	5,844±0,701
	3-10 Yıl Arası	117	5,753±0,703	5,665±1,026	5,735±1,104	5,943±0,513	5,971±0,584	5,296±1,687	5,816±0,727
	10 Yıldan Daha Fazla	41	5,933±0,539	5,976±0,796	5,872±0,859	6,195±0,453	5,961±0,583	5,813±1,209	5,683±0,857
	F=		1,322	1,845	0,356	5,516	0,153	2,049	0,567
	p=		0,269	0,161	0,701	0,005	0,858	0,132	0,568
	PostHoc=					3>1, 3>2 (p<0.05)			
HBS Kullanım Tecrübesi	0-3 Yıl Arası	104	5,865±0,659	5,834±1,005	5,930±1,011	5,901±0,498	6,033±0,586	5,622±1,558	5,692±0,701
	3-10 Yıl Arası	39	5,292±0,682	5,006±1,043	4,962±0,981	5,880±0,408	5,790±0,637	4,205±1,714	6,026±0,584
	10 Yıldan Daha Fazla	47	6,008±0,546	6,043±0,700	6,027±0,868	6,241±0,500	6,017±0,543	5,816±1,173	5,819±0,929
	F=		15,359	14,543	16,534	9,161	2,562	15,143	2,893
	p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,080	0,000	0,058
	PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	3>1, 3>2 (p<0.05)		1>2, 3>2 (p<0.05)	

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Hemşirelerin hastane bilgi sistemlerini benimseme genel, performans beklentisi, efor çaba beklentisi, sosyal etki, kolaylaştırıcı koşullar, davranışsal niyet, kullanım puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (p>0.05).

Hemşirelerin hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları yaşa göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=28,269$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,232$). Farkın nedeni 18-24 yaş aralığında olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarının yaşı 25-34 ve 35 ve üzeri olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin performans beklentisi puanları yaşa göre anlamlı farklı idi ($F=24,505$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,208$). Farkın nedeni yaşı 18-24 olanların performans beklentisi puanlarının yaşı 25-34 ve 35 ve üzeri olanların performans beklentisi puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$).

Hemşirelerin efor çaba beklentisi puanları yaşa göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=19,129$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,170$). Farkın nedeni yaşı 18-24 olanların efor çaba beklentisi puanlarının yaşı 25-34 ve 35 ve üzeri olanların efor çaba beklentisi puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$).

Hemşirelerin sosyal etki puanlarının yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($F=4,601$; $p=0.011<0.05$; $\eta^2=0,047$). 18-24 yaş aralığında olanların sosyal etki puanları yaşı 25-34 olanların sosyal etki puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$). Yaşı 35 ve üzeri olanların sosyal etki puanları yaşı 25-34 olanların sosyal etki puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin kolaylaştırıcı koşullar puanları yaşa göre anlamlı farklı tespit edildi ($F=10,956$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,105$). Farkın nedeninin yaşı 18-24 olanların kolaylaştırıcı koşullar puanlarının yaşı 25-34 olanların kolaylaştırıcı koşullar puanlarından yüksek olmasından kaynaklı olduğu bulgulandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin davranışsal niyet puanları yaşa göre anlamlı farklı saptandı ($F=28,337$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,233$). Farkın nedeni yaşı 18-24 ve 35 ve üzeri olanların davranışsal niyet puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$).

Evlilerin hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları ($x=5,548$), bekarların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarından ($x=5,926$) düşük bulundu ($t=-3,822$; $p=0<0.05$; $d=0,572$; $\eta^2=0,072$).

Evlilerin performans beklentisi puanları ($x=5,354$), bekarların performans beklentisi puanlarından ($x=5,936$) düşüktü ($t=-3,993$; $p=0<0.05$; $d=0,597$; $\eta^2=0,078$).

Evlilerin efor çaba beklentisi puanları ($x=5,354$), bekarların efor çaba beklentisi puanlarından ($x=6,000$) düşük bulundu ($t=-4,306$; $p=0<0.05$; $d=0,644$; $\eta^2=0,090$).

Evlilerin davranışsal niyet puanları ($x=4,843$), bekarların davranışsal niyet puanlarından ($x=5,706$) düşük saptandı ($t=-3,690$; $p=0.001<0.05$; $d=0,552$; $\eta^2=0,068$).

Hemşirelerin hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=148,545$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,614$). Farkın nedeni ön lisans mezunlarının hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarının lise mezunlarının hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$). Lisans ve üzeri olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarının lise mezunlarının hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin performans beklentisi puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklı idi ($F=76,070$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,449$). Farkın nedeni ön lisans mezunlarının performans beklentisi puanlarının lise mezunlarının performans beklentisi puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$). Lisans ve üzeri olanların performans beklentisi puanlarının lise mezunlarının performans beklentisi puanlarından yüksekti ($p<0.05$).

Hemşirelerin efor çaba beklentisi puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=110,594$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,542$). Farkın nedeni ön lisans mezunlarının efor çaba beklentisi puanlarının lise mezunlarından; Lisans ve üzeri olanların efor çaba beklentisi puanlarının ise lise mezunlarının puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin sosyal etki puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı farklı olduğu tespit edildi ($F=9,528$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,092$). Farkın nedeni ön lisans mezunlarının sosyal etki puanlarının lise mezunlarının sosyal etki puanlarından; Lisans ve üzeri olanların sosyal etki puanlarının lise mezunlarının sosyal etki puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin kolaylaştırıcı koşullar puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı farklı olduğu saptandı ($F=30,564$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,246$). Farkın nedeni ön lisans mezunlarının kolaylaştırıcı koşullar puanlarının lise mezunlarının kolaylaştırıcı koşullar puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$). Lisans ve üzeri olanların kolaylaştırıcı koşullar puanlarının lise mezunlarının ve ön lisans mezunlarının puanlarından yüksek olmasından kaynaklı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin davranışsal niyet puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı farklı olduğu tespit edildi ($F=157,006$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,627$). Farkın nedeni ön lisans mezunlarının davranışsal niyet puanlarının lise mezunlarının davranışsal niyet puanlarından; Lisans ve üzeri olanların davranışsal niyet puanlarının lise mezunlarının davranışsal niyet puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları gelire göre anlamlı farklı bulundu ($F=8,559$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,084$). Farkın nedeni gelir 7500-10000 TL arası olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarının gelir asgari ücret- 7500 TL arası ve gelir 10000 TL üzeri olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$).

Hemşirelerin performans beklentisi puanları ile gelir durumları arasında anlamlı farklılık bulundu ($F=6,462$; $p=0.002<0.05$; $\eta^2=0,065$). Farkın nedeni gelir 7500-10000 TL arası olanların performans beklentisi puanlarının gelir asgari ücret- 7500 TL arası ve 10000 TL üzeri olanların performans beklentisi puanlarından yüksek olması olarak bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin efor çaba beklentisi puanları ile gelir düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptandı ($F=4,161$; $p=0.017<0.05$; $\eta^2=0,043$). Farkın nedeni gelir 7500-10000 TL arası olanların efor çaba beklentisi puanlarının gelir asgari ücret- 7500 TL arası olanların efor çaba beklentisi puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$). Gelir 7500-10000 TL arası olanların efor çaba beklentisi puanları gelir 10000 TL üzeri olanların efor çaba beklentisi puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin sosyal etki puanları gelire göre anlamlı farklı tespit edildi ($F=15,259$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,140$). Farkın nedeni gelir düzeyi 7500-10000 TL arası olanların sosyal etki puanlarının gelir asgari ücret- 7500 TL arası ve 10000 TL üzeri olanların sosyal etki puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$).

Hemşirelerin davranışsal niyet puanları gelire göre anlamlı farklı saptandı ($F=9,540$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,093$). Farkın nedeni gelir 7500-10000 TL arası olanların davranışsal niyet puanlarının gelir asgari ücret- 7500 TL arası ve 10000 TL üzeri olanların davranışsal niyet puanlarından yüksek olarak bulunmasıydı ($p<0.05$).

Araştırma grubunda bulunan hemşirelerin hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları çalışma tecrübesine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=62,468$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,401$). Farkın nedeni çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların hastane

bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarının çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$). Çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarının çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarından yüksek tespit edilmesi idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin performans beklentisi puanları çalışma tecrübesine göre anlamlı farklı bulundu ($F=50,253$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,350$). Farkın nedeni çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların performans beklentisi puanlarının çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların performans beklentisi puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$). Çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların performans beklentisi puanlarının çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların performans beklentisi puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$).

Hemşirelerin efor çaba beklentisi puanları çalışma tecrübesine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=47,891$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,339$). Farkın nedeni çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların efor çaba beklentisi puanlarının çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların efor çaba beklentisi puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$). Çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların efor çaba beklentisi puanlarının çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların efor çaba beklentisi puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$).

Hemşirelerin sosyal etki puanları çalışma tecrübesine göre anlamlı farklı saptandı ($F=14,085$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,131$). Çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların sosyal etki puanları çalışma tecrübesi 0-3 yıl ve 3-10 yıl arası olanların sosyal etki puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin kolaylaştırıcı koşullar puanları çalışma tecrübesine göre anlamlı farklı belirlendi ($F=23,388$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,200$). Çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların kolaylaştırıcı koşullar puanları çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası ve 10 yıldan daha fazla olanların kolaylaştırıcı koşullar puanlarından yüksekti ($p<0.05$). Çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların kolaylaştırıcı koşullar puanları çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların kolaylaştırıcı koşullar puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin davranışsal niyet puanları çalışma tecrübesine göre anlamlı farklı idi ($F=59,774$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,390$). Farkın nedeni çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası

olanların davranışsal niyet puanlarının çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların davranışsal niyet puanlarından yüksek tespit edilmesi idi ($p<0.05$). Çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların davranışsal niyet puanlarının çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların davranışsal niyet puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin kullanım puanları çalışma tecrübesine göre anlamlı farklı idi ($F=3,235$; $p=0.042<0.05$; $\eta^2=0,033$). Farkın nedeni çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların kullanım puanlarının çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların kullanım puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Örneklem grubundaki hemşirelerin hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları ile mesleki tecrübe arasında anlamlı farklılık belirlendi ($F=35,590$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,276$). Mesleki tecrübe 0-3 yıl arası olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$). Mesleki tecrübe 10 yıldan daha fazla olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanların mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarından yüksek bulguları ($p<0.05$).

Hemşirelerin performans beklentisi puanları mesleki tecrübeye göre anlamlı farklı tespit edildi ($F=27,610$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,228$). Mesleki tecrübe 0-3 yıl arası olanların performans beklentisi puanları mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların performans beklentisi puanlarından; Mesleki tecrübe 10 yıldan daha fazla olanların performans beklentisi puanları mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların performans beklentisi puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin efor çaba beklentisi puanları mesleki tecrübeye göre anlamlı farklı bulundu ($F=31,543$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,252$). Mesleki tecrübe 0-3 yıl arası olanların efor çaba beklentisi puanları mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların efor çaba beklentisi puanlarından; Mesleki tecrübe 10 yıldan daha fazla olanların efor çaba beklentisi puanları mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların efor çaba beklentisi puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kolaylaştırıcı koşullar puanları mesleki tecrübeye göre anlamlı farklı idi ($F=16,287$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,148$). Mesleki tecrübe 0-3 yıl arası olanların kolaylaştırıcı koşullar puanları mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların kolaylaştırıcı koşullar puanlarından; Mesleki tecrübe 10 yıldan daha fazla

olanların kolaylaştırıcı koşullar puanları mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların kolaylaştırıcı koşullar puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin davranışsal niyet puanları ile mesleki tecrübe puanları arasında anlamlı ilişki saptandı ($F=33,318$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,263$). Mesleki tecrübe 0-3 yıl arası olanların davranışsal niyet puanları mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların davranışsal niyet puanlarından; Mesleki tecrübe 10 yıldan daha fazla olanların davranışsal niyet puanları mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların davranışsal niyet puanlarından yüksek tespit edildi ($p<0.05$).

Hemşirelerin sosyal etki puanları bilgisayar tecrübesine göre anlamlı farklı bulundu ($F=5,516$; $p=0.005<0.05$; $\eta^2=0,056$). Bilgisayar tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların sosyal etki puanları bilgisayar tecrübesi 0-3 yıl ve 3-10 yıl arası olanların sosyal etki puanlarından bulgulandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları HBS kullanım tecrübesine göre anlamlı farklı idi ($F=15,359$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,141$). HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarından; HBS kullanım tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanları HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların hastane bilgi sistemlerini benimseme genel puanlarından yüksek tespit edildi ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin performans beklentisi puanları HBS kullanım tecrübesine göre anlamlı farklı bulundu ($F=14,543$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,135$). Farkın nedeni HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası olanların performans beklentisi puanlarının HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların performans beklentisi puanlarından; HBS kullanım tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların performans beklentisi puanlarının HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların performans beklentisi puanlarından yüksekti ($p<0.05$).

Hemşirelerin efor çaba beklentisi puanları ile HBS kullanım tecrübesi puanları arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($F=16,534$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,150$). HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası olanların efor çaba beklentisi puanları HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların puanlarından; HBS kullanım tecrübesi 10 yıldan daha fazla

olanların efor çaba beklentisi puanları HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların efor çaba beklentisi puanlarından yüksek belirlendi ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyal etki puanları HBS kullanım tecrübesine göre anlamlı farklı saptandı ($F=9,161$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,089$). HBS kullanım tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların sosyal etki puanları HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl ve 3-10 yıl arası olanların sosyal etki puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin davranışsal niyet puanları HBS kullanım tecrübesine göre anlamlı idi ($F=15,143$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,139$). HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası olanların davranışsal niyet puanları HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların davranışsal niyet puanlarından; HBS kullanım tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların davranışsal niyet puanları HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların davranışsal niyet puanlarından yüksek bulgulandı ($p<0.05$).

Örneklem grubundaki hemşirelerin tekno stres puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu Tablo 6.7’de verildi.

Tablo 6.7. Tekno Stres Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N:190)

Demografik Özellikler		n	Tekno Stres Genel	Teknolojik Yüklenme	Teknolojik Karmaşıklık	Teknolojik Belirsizlik
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	131	3,293±0,829	3,350±1,165	3,495±0,760	2,970±0,873
	Erkek	59	3,308±0,747	3,468±1,075	3,498±0,661	2,869±0,844
	t=		-0,117	-0,662	-0,032	0,744
	p=		0,907	0,508	0,975	0,458
Yaş	18-24	89	3,116±0,468	3,207±0,885	3,429±0,506	2,610±0,542
	25-34	83	3,454±1,017	3,513±1,318	3,559±0,906	3,247±0,990
	35 Ve Üzeri	18	3,476±0,843	3,689±1,254	3,533±0,761	3,139±0,979
	F=		4,459	2,300	0,705	13,936
	p=		0,013	0,103	0,495	0,000
	PostHoc=		2>1 ($p<0.05$)			2>1, 3>1 ($p<0.05$)
Medeni Durum	Evli	72	3,510±0,858	3,633±1,142	3,628±0,765	3,208±0,922
	Bekar	118	3,168±0,741	3,236±1,111	3,415±0,697	2,773±0,784
	t=		2,907	2,370	1,964	3,468
	p=		0,006	0,019	0,051	0,001
Eğitim Durumu	Lise	43	4,364±0,184	4,554±0,447	4,307±0,211	4,198±0,270
	Ön Lisans	21	2,922±0,849	3,095±1,356	2,991±0,887	2,619±0,714
	Lisans Ve Üzeri	126	2,996±0,584	3,037±0,992	3,303±0,597	2,562±0,560
	F=		101,322	42,136	57,691	157,181
	p=		0,000	0,000	0,000	0,000
	PostHoc=		1>2, 1>3 ($p<0.05$)	1>2, 1>3 ($p<0.05$)	1>2, 3>2, 1>3 ($p<0.05$)	1>2, 1>3 ($p<0.05$)

Tablo 6.7. (Devam tablosu) Tekno Stres Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N:190)

Gelir	Asgari Ücret-7500 TL Arası	23	3,481±0,714	3,713±1,078	3,565±0,626	3,087±0,906
	7500-10000 TL Arası	46	2,596±0,670	2,804±1,365	2,670±0,578	2,245±0,314
	10000 TL Üzeri	121	3,529±0,709	3,546±0,972	3,797±0,535	3,174±0,861
	F=		30,415	8,853	68,476	24,635
	p=		0,000	0,000	0,000	0,000
Çalışma Tecrübesi	PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)
	0-3 Yıl Arası	83	3,108±0,472	3,029±0,747	3,516±0,417	2,696±0,544
	3-10 Yıl Arası	67	3,926±0,769	4,027±1,008	4,018±0,641	3,687±0,860
	10 Yıldan Daha Fazla	40	2,638±0,670	3,055±1,508	2,580±0,432	2,188±0,264
	F=		58,648	19,719	99,717	80,142
Mesleki Tecrübe	p=		0,000	0,000	0,000	0,000
	PostHoc=		2>1, 1>3, 2>3 (p<0.05)	2>1, 2>3 (p<0.05)	2>1, 1>3, 2>3 (p<0.05)	2>1, 1>3, 2>3 (p<0.05)
	0-3 Yıl Arası	91	3,092±0,507	3,075±0,834	3,470±0,505	2,640±0,564
	3-10 Yıl Arası	78	3,754±0,795	4,056±1,046	3,741±0,763	3,391±0,972
	10 Yıldan Daha Fazla	21	2,493±0,903	2,248±1,140	2,695±0,850	2,548±0,777
Bilgisayar Tecrübesi	F=		35,744	38,457	20,699	22,490
	p=		0,000	0,000	0,000	0,000
	PostHoc=		2>1, 1>3, 2>3 (p<0.05)	2>1, 1>3, 2>3 (p<0.05)	2>1, 1>3, 2>3 (p<0.05)	2>1, 2>3 (p<0.05)
	0-3 Yıl Arası	32	3,545±0,741	3,781±1,061	3,706±0,616	3,047±0,874
	3-10 Yıl Arası	117	3,378±0,767	3,357±1,015	3,634±0,679	3,083±0,865
HBS Kullanım Tecrübesi	10 Yıldan Daha Fazla	41	2,875±0,814	3,161±1,435	2,937±0,683	2,439±0,654
	F=		8,410	2,832	18,348	9,565
	p=		0,000	0,061	0,000	0,000
	PostHoc=		1>3, 2>3 (p<0.05)		1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)
	0-3 Yıl Arası	104	3,337±0,651	3,350±0,939	3,650±0,511	2,928±0,780
HBS Kullanım Tecrübesi	3-10 Yıl Arası	39	3,826±0,783	3,851±1,043	3,954±0,645	3,635±0,819
	10 Yıldan Daha Fazla	47	2,772±0,818	3,081±1,465	2,775±0,701	2,383±0,644
	F=		22,997	5,244	50,237	29,118
	p=		0,000	0,006	0,000	0,000
	PostHoc=		2>1, 1>3, 2>3 (p<0.05)	2>1, 2>3 (p<0.05)	2>1, 1>3, 2>3 (p<0.05)	2>1, 1>3, 2>3 (p<0.05)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Hemşirelerin tekno stres genel puanları yaşa göre anlamlı farklı bulundu (F=4,459; p=0.013<0.05; $\eta^2=0,046$). Yaş 25-34 aralığında olan hemşirelerin tekno

stres genel puanları yaşı 18-24 olanların tekno stres genel puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik belirsizlik puanları ile yaşları arasında anlamlı ilişki tespit edildi ($F=13,936$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,130$). 25-34 yaş aralığında olanların teknolojik belirsizlik puanları yaş 18-24 olanların teknolojik belirsizlik puanlarından; 35 ve üzeri yaş aralığında olanların teknolojik belirsizlik puanları yaş 18-24 olanların teknolojik belirsizlik puanlarından yüksek bulgalandı ($p<0.05$).

Evlilerin tekno stres genel puanları ($x=3,510$), bekarların tekno stres genel puanlarından ($x=3,168$) yüksek bulundu ($t=2,907$; $p=0.006<0.05$; $d=0,435$; $\eta^2=0,043$).

Evlilerin teknolojik yüklenme puanları ($x=3,633$), bekarların teknolojik yüklenme puanlarından ($x=3,236$) yüksek saptandı ($t=2,370$; $p=0.019<0.05$; $d=0,354$; $\eta^2=0,029$).

Evlilerin teknolojik belirsizlik puanları ($x=3,208$), bekarların teknolojik belirsizlik puanlarından ($x=2,773$) yüksekti ($t=3,468$; $p=0.001<0.05$; $d=0,519$; $\eta^2=0,060$).

Hemşirelerin tekno stres genel puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=101,322$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,520$). Farkın nedeni lise mezunlarının tekno stres genel puanlarının ön lisans ve lisans ve üzeri olanların tekno stres genel puanlarından yüksek olmasından kaynaklı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik yüklenme puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklı bulundu ($F=42,136$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,311$). Farkın nedeni lise mezunlarının teknolojik yüklenme puanlarının ön lisans ve lisans ve üzeri olanların teknolojik yüklenme puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik karmaşıklık puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklı saptandı ($F=57,691$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,382$). Lise mezunlarının teknolojik karmaşıklık puanları ön lisans ve lisans ve üzeri olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından; Lisans ve üzeri olanların teknolojik karmaşıklık puanları ise ön lisans mezunlarının teknolojik karmaşıklık puanlarından yüksek belirlendi ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik belirsizlik puanları ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki tespit edildi ($F=157,181$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,627$). Lise mezunlarının teknolojik belirsizlik puanları ön lisans ve lisans ve üzeri olanların teknolojik belirsizlik puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin tekno stres genel puanları ile gelirleri arasında anlamlı farklılık gösterdi ($F=30,415$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,245$). Gelir asgari ücret- 7500 TL arası olanların tekno stres genel puanlarının gelir 7500-10000 TL arası olanların tekno stres genel puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$). Gelir 10000 TL üzeri olanların tekno stres genel puanlarının gelir 7500-10000 TL arası olanların tekno stres genel puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik yüklenme puanları gelire göre anlamlı farklı tespit edildi ($F=8,853$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,086$). Gelir asgari ücret- 7500 TL arası olanların teknolojik yüklenme puanlarının gelir 7500-10000 TL arası olanların teknolojik yüklenme puanlarından yüksek bulgulandı ($p<0.05$). Gelir 10000 TL üzeri olanların teknolojik yüklenme puanlarının gelir 7500-10000 TL arası olanların teknolojik yüklenme puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik karmaşıklık puanları ile gelire göre anlamlı farklı bulundu ($F=68,476$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,423$). Gelir asgari ücret- 7500 TL arası olanların teknolojik karmaşıklık puanlarının gelir 7500-10000 TL arası olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$). Gelir 10000 TL üzeri olanların teknolojik karmaşıklık puanlarının gelir 7500-10000 TL arası olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik belirsizlik puanları gelire göre anlamlı farklı bulundu ($F=24,635$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,209$). Farkın nedeni gelir asgari ücret- 7500 TL arası olanların teknolojik belirsizlik puanlarının gelir 7500-10000 TL arası olanların teknolojik belirsizlik puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$). Gelir 10000 TL üzeri olanların teknolojik belirsizlik puanlarının gelir 7500-10000 TL arası olanların teknolojik belirsizlik puanlarından yüksek saptandı($p<0.05$).

- **Çalışma Tecrübesi**

Hemşirelerin tekno stres genel puanları ile çalışma tecrübesi arasında anlamlı ilişki bulundu ($F=58,648$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,385$). Çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların tekno stres genel puanların çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların tekno stres genel puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$). Çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların tekno stres genel puanlarının çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların tekno stres genel puanlarından yüksek, ($p<0.05$) çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası

olanların tekno stres genel puanlarının çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların tekno stres genel puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin teknolojik yüklenme puanları ile çalışma tecrübesi arasında anlamlı farklılık bulundu ($F=19,719$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,174$). Çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik yüklenme puanları çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların teknolojik yüklenme puanlarından çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik yüklenme puanları çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik yüklenme puanlarından yüksek tespit edildi ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik karmaşıklık puanları ile çalışma tecrübesi arasında ilişki bulundu ($F=99,717$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,516$). Çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik karmaşıklık puanları çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından; çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların teknolojik karmaşıklık puanları çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından; çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik karmaşıklık puanları çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından yüksek bulgalandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik belirsizlik puanları çalışma tecrübesine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=80,142$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,462$). Farkın nedeni çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik belirsizlik puanlarının çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların teknolojik belirsizlik puanlarından; çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların teknolojik belirsizlik puanlarının çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik belirsizlik puanlarından; çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik belirsizlik puanlarının çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik belirsizlik puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

- **Mesleki Tecrübe**

Hemşirelerin tekno stres genel puanları mesleki tecrübeye göre anlamlı farklılık göstermekte idi ($F=35,744$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,277$). Farkın nedeni mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların tekno stres genel puanlarının mesleki tecrübe 0-3 yıl arası olanların tekno stres genel puanlarından; mesleki tecrübe 0-3 yıl arası olanların tekno stres genel puanlarının mesleki tecrübe 10 yıldan daha fazla olanların tekno stres genel puanlarından mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların tekno stres genel puanlarının

mesleki tecrübe 10 yıldan daha fazla olanların tekno stres genel puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı ($p<0.05$).

Örnekleme grubundaki hemşirelerin teknolojik yüklenme puanları ile mesleki tecrübeleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($F=38,457$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,291$). Mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların teknolojik yüklenme puanlarının mesleki tecrübe 0-3 yıl ve 3-10 yıl arası olanların teknolojik yüklenme puanlarından; Mesleki tecrübe 0-3 yıl arası olanların teknolojik yüklenme puanları ise mesleki tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik yüklenme puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik karmaşıklık puanları mesleki tecrübeye göre anlamlı farklı saptandı ($F=20,699$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,181$). Mesleki tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik karmaşıklık puanları mesleki tecrübe 0-3 yıl ve 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından; Mesleki tecrübe 0-3 yıl arası olanların teknolojik karmaşıklık puanları mesleki tecrübe 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik belirsizlik puanları mesleki tecrübeye göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=22,490$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,194$). Farkın nedeni mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların teknolojik belirsizlik puanlarının mesleki tecrübe 0-3 yıl arası ve 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik belirsizlik puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin tekno stres genel puanları bilgisayar tecrübesine göre anlamlı farklı bulundu ($F=8,410$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,083$). Bilgisayar tecrübesi 0-3 yıl arası olanların tekno stres genel puanları bilgisayar tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların tekno stres genel puanlarından; Bilgisayar tecrübesi 3-10 yıl arası olanların tekno stres genel puanları bilgisayar tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların tekno stres genel puanlarından yüksek belirlendi ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik karmaşıklık puanları bilgisayar tecrübesine göre anlamlı farklı bulundu ($F=18,348$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,164$). Farkın nedeni bilgisayar tecrübesi 0-3 yıl arası olanların teknolojik karmaşıklık puanlarının bilgisayar tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından; Bilgisayar tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik karmaşıklık puanlarının bilgisayar tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik belirsizlik puanları ile bilgisayar tecrübesi arasında ilişki bulundu ($F=9,565$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,093$). Bilgisayar tecrübesi 0-3 yıl arası olanların teknolojik belirsizlik puanlarının bilgisayar tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik belirsizlik puanlarından; Bilgisayar tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik belirsizlik puanları bilgisayar tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik belirsizlik puanlarından yüksek tespit edildi ($p<0.05$).

Hemşirelerin tekno stres genel puanları HBS kullanım tecrübesine göre anlamlı farklı bulundu ($F=22,997$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,197$). HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların tekno stres genel puanları HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası ve 10 yıldan daha fazla olanların tekno stres genel puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$). HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası olanların tekno stres genel puanları HBS kullanım tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların tekno stres genel puanlarından yüksek belirlendi ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik yüklenme puanları HBS kullanım tecrübesine göre anlamlı farklı idi ($F=5,244$; $p=0.006<0.05$; $\eta^2=0,053$). HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik yüklenme puanlarının HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası ve 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik yüklenme puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik karmaşıklık puanları HBS kullanım tecrübesine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=50,237$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,350$). Farkın nedeni HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik karmaşıklık puanlarının HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası ve 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından yüksek; HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası olanların teknolojik karmaşıklık puanlarının HBS kullanım tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik karmaşıklık puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin teknolojik belirsizlik puanları ile HBS kullanım tecrübesi arasında anlamlı ilişki bulundu ($F=29,118$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,237$). HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların teknolojik belirsizlik puanları, HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl ve 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik belirsizlik puanlarından yüksek tespit edildi ($p<0.05$). HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası olanların teknolojik belirsizlik puanları HBS kullanım tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların teknolojik belirsizlik puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

Araştırma grubundaki hemşirelerin iş doyumu puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu Tablo 6.8’de belirtildi.

Tablo 6.8. İş Doyumu Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=190)

Demografik Özellikler		n	İş Doyumu Genel	İçsel Doyum	Dışsal Doyum
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	131	3,228±0,415	3,685±0,367	2,542±0,633
	Erkek	59	3,211±0,390	3,655±0,367	2,545±0,607
	t=		0,264	0,518	-0,026
	p=		0,792	0,605	0,980
Yaş	18-24	89	3,362±0,283	3,752±0,343	2,777±0,387
	25-34	83	3,109±0,468	3,626±0,381	2,334±0,720
	35 Ve Üzeri	18	3,058±0,415	3,532±0,340	2,347±0,713
	F=		10,978	4,231	13,328
	p=		0,000	0,016	0,000
	PostHoc=		1>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)
Medeni Durum	Evli	72	3,112±0,425	3,619±0,360	2,351±0,666
	Bekar	118	3,290±0,381	3,711±0,367	2,660±0,567
	t=		-2,997	-1,676	-3,409
	p=		0,004	0,095	0,001
Eğitim Durumu	Lise	43	2,677±0,134	3,378±0,169	1,625±0,235
	Ön Lisans	21	3,350±0,345	3,698±0,410	2,827±0,472
	Lisans Ve Üzeri	126	3,388±0,303	3,774±0,354	2,809±0,399
	F=		105,973	23,246	164,386
	p=		0,000	0,000	0,000
	PostHoc=		2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)
Gelir	Asgari Ücret- 7500 TL Arası	23	3,133±0,387	3,565±0,391	2,484±0,561
	7500-10000 TL Arası	46	3,460±0,295	3,737±0,427	3,044±0,210
	10000 TL Üzeri	121	3,150±0,414	3,674±0,333	2,364±0,639
	F=		11,498	1,716	25,000
	p=		0,000	0,183	0,000
	PostHoc=		2>1, 2>3 (p<0.05)		2>1, 2>3 (p<0.05)
Çalışma Tecrübesi	0-3 Yıl Arası	83	3,396±0,260	3,817±0,299	2,764±0,320
	3-10 Yıl Arası	67	2,912±0,404	3,535±0,305	1,978±0,647
	10 Yıldan Daha Fazla	40	3,384±0,353	3,619±0,472	3,031±0,250
	F=		44,020	13,168	85,067
	p=		0,000	0,000	0,000
	PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	3>1, 1>2, 3>2 (p<0.05)

Tablo 6.8. (Devam tablosu) İş Doyumu Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=190)

Mesleki Tecrübe	0-3 Yıl Arası	91	3,386±0,286	3,801±0,309	2,764±0,387
	3-10 Yıl Arası	78	2,956±0,388	3,465±0,350	2,194±0,695
	10 Yılden Daha Fazla	21	3,502±0,362	3,917±0,242	2,881±0,569
	F=		41,563	29,877	26,747
	p=		0,000	0,000	0,000
	PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)
Bilgisayar Tecrübesi	0-3 Yıl Arası	32	3,120±0,384	3,596±0,362	2,406±0,604
	3-10 Yıl Arası	117	3,211±0,419	3,710±0,331	2,462±0,649
	10 Yılden Daha Fazla	41	3,337±0,369	3,640±0,451	2,881±0,426
	F=		2,725	1,470	8,410
	p=		0,068	0,233	0,000
	PostHoc=				3>1, 3>2 (p<0.05)
HBS Kullanım Tecrübesi	0-3 Yıl Arası	104	3,258±0,373	3,728±0,330	2,554±0,558
	3-10 Yıl Arası	39	2,954±0,398	3,545±0,279	2,067±0,645
	10 Yılden Daha Fazla	47	3,367±0,389	3,670±0,470	2,912±0,475
	F=		13,459	3,643	24,491
	p=		0,000	0,028	0,000
	PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2 (p<0.05)	3>1, 1>2, 3>2 (p<0.05)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Hemşirelerin iş doyumu genel puanları yaşa göre anlamlı farklı saptandı ($F=10,978$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,105$). Yaşı 18-24 aralığında olanların iş doyumu genel puanları yaş 25-34 ve yaş 35 ve üzeri olanların iş doyumu genel puanlarından yüksek belirlendi ($p<0.05$).

Hemşirelerin içsel doyum puanları ile yaşları arasında anlamlı ilişki tespit edildi ($F=4,231$; $p=0.016<0.05$; $\eta^2=0,043$). Yaş, 18-24 olanların içsel doyum puanları yaş 25-34 olanların ve yaş 35 ve üzeri olanların içsel doyum puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin dışsal doyum puanları yaşa göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=13,328$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,125$). Farkın nedeni yaş 18-24 olanların dışsal doyum puanlarının yaş 25-34 ve 35 ve üzeri olanların dışsal doyum puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$).

Evlilerin iş doyumu genel puanları ($x=3,112$), bekarların iş doyumu genel puanlarından ($x=3,290$) düşük bulundu ($t=-2,997$; $p=0.004<0.05$; $d=0,448$; $\eta^2=0,046$).

Evlilerin dışsal doyum puanları ($x=2,351$), bekarların dışsal doyum puanlarından ($x=2,660$) düşük tespit edildi ($t=-3,409$; $p=0.001<0.05$; $d=0,510$; $\eta^2=0,058$).

Hemşirelerin iş doyumunu genel puanları eğitim durumuna göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterdi ($F=105,973$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,531$). Ön lisans mezunlarının iş doyumunu genel puanları lise mezunlarının iş doyumunu genel puanlarından; Lisans ve üzeri olanların iş doyumunu genel puanları ise lise mezunlarının iş doyumunu genel puanlarından yüksek tespit edildi ($p<0.05$).

Hemşirelerin içsel doyum puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklı bulundu ($F=23,246$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,199$). Ön lisans mezunlarının içsel doyum puanları lise mezunlarının içsel doyum puanlarından; Lisans ve üzeri olanların içsel doyum puanları ise lise mezunlarının içsel doyum puanlarından yüksekti ($p<0.05$).

Hemşirelerin dışsal doyum puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklı idi ($F=164,386$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,637$). Farkın nedeni ön lisans mezunlarının dışsal doyum puanlarının lise mezunlarının dışsal doyum puanlarından; Lisans ve üzeri olanların dışsal doyum puanlarının ise lise mezunlarının dışsal doyum puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin iş doyumunu genel puanları ile gelirleri arasında anlamlı ilişki saptandı ($F=11,498$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,110$). Geliri 7500-10000 TL arası olanların iş doyumunu genel puanları, geliri asgari ücret- 7500 TL arası olanların ve geliri 10000 TL üzeri olanların iş doyumunu genel puanlarından yüksek belirlendi ($p<0.05$).

Hemşirelerin dışsal doyum puanları gelire göre anlamlı farklı bulundu ($F=25,000$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,211$). Gelir 7500-10000 TL arası olanların dışsal doyum puanları geliri asgari ücret- 7500 TL arası olanların ve geliri 10000 TL üzeri olanların dışsal doyum puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin iş doyumunu genel puanları çalışma tecrübesine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=44,020$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,320$). Farkın nedeni çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların iş doyumunu genel puanlarının çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların iş doyumunu genel puanlarından; Çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların iş doyumunu genel puanlarının çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların iş doyumunu genel puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin içsel doyum puanları çalışma tecrübesine göre anlamlı farklı bulundu ($F=13,168$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,123$). Çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların içsel doyum puanları çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların ve 10 yıldan daha fazla olanların içsel doyum puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

Araştırma grubundaki hemşirelerin dışsal doyum puanları çalışma tecrübesine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=85,067$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,476$). Çalışma tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların dışsal doyum puanlarının çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların ve 3-10 yıl arası olanların dışsal doyum puanları yüksek bulundu ($p<0.05$). Çalışma tecrübesi 0-3 yıl arası olanların dışsal doyum puanları ise çalışma tecrübesi 3-10 yıl arası olanların dışsal doyum puanlarından yüksekti ($p<0.05$).

Hemşirelerin iş doyumunu genel puanları mesleki tecrübeye göre anlamlı farklı idi ($F=41,563$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,308$). Farkın nedeni mesleki tecrübesi 0-3 yıl arası olanların iş doyumunu genel puanlarının mesleki tecrübesi 3-10 yıl arası olanların iş doyumunu genel puanlarından; Mesleki tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların iş doyumunu genel puanlarının mesleki tecrübesi 3-10 yıl arası olanların iş doyumunu genel puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Hemşirelerin içsel doyum puanları mesleki tecrübeye göre anlamlı farklı bulundu ($F=29,877$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,242$). Farkın nedeni mesleki tecrübesi 0-3 yıl arası olanların içsel doyum puanlarının mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların içsel doyum puanlarından; Mesleki tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların içsel doyum puanlarının mesleki tecrübe 3-10 yıl arası olanların içsel doyum puanlarından yüksek olmasıydı ($p<0.05$).

Hemşirelerin dışsal doyum puanları ile mesleki tecrübeleri arasında anlamlı ilişki tespit edildi ($F=26,747$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,222$). Mesleki tecrübesi 0-3 yıl arası olanların dışsal doyum puanları mesleki tecrübesi 3-10 yıl arası olanların dışsal doyum puanlarından; Mesleki tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların dışsal doyum puanları mesleki tecrübesi 3-10 yıl arası olanların dışsal doyum puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin dışsal doyum puanları ile bilgisayar tecrübeleri arasında anlamlı ilişki saptandı ($F=8,410$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,083$). Bilgisayar tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların dışsal doyum puanları bilgisayar tecrübesi 0-3 yıl arası ve 3-10 yıl arası olanların dışsal doyum puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin iş doyumu genel puanları HBS kullanım tecrübesine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=13,459$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,126$). Farkın nedeni HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası olanların iş doyumu genel puanlarının HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların iş doyumu genel puanlarından; HBS kullanım tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların iş doyumu genel puanlarının HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların iş doyumu genel puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin içsel doyum puanları ile HBS kullanım tecrübeleri arasında anlamlı ilişki tespit edildi ($F=3,643$; $p=0.028<0.05$; $\eta^2=0,038$). HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası olanların içsel doyum puanları HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların içsel doyum puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$).

Örnekleme grubundaki hemşirelerin dışsal doyum puanları ile HBS kullanım tecrübeleri arasında anlamlı ilişki belirlendi ($F=24,491$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,208$). HBS kullanım tecrübesi 10 yıldan daha fazla olanların dışsal doyum puanları HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası ve 3-10 yıl arası olanların dışsal doyum puanlarından yüksek bulundu ($p<0.05$). HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl arası olanların dışsal doyum puanları HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl arası olanların dışsal doyum puanlarından yüksek saptandı ($p<0.05$).

7. TARTIŞMA

İstanbul İli'nde bir devlet hastanesinin çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, hastane bilgi sistemini benimsemenin, tekno-stres ve iş doyumları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular, literatür bilgisi doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmanın bulguları hemşirelerin Hastane Bilgi Sistemlerini (HBS) benimseme durumları ile deneyimledikleri teknostres arasında negatif, iş doyumunda ise pozitif yönlü ilişki olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin HBS'yi benimseme düzeyleri arttıkça deneyimledikleri teknostres düzeyi azalmakta ve iş doyumunu düzeyi de artmaktadır.

Çalışmamıza katılan 190 hemşirenin HBS benimseme puan ortalaması ($5,78 \pm 0,68$) ortalamanın üzerindedir. HBS benimseme alt boyutlarında ise en yüksek puan ortalamalarının Sosyal Etki ve Kolaylaştırıcı Koşullar alt boyutlarında olduğu belirlenmiştir. Bu durum hemşirelerin genel olarak HBS benimsemenin tüm alt boyutlarına katılmakla birlikte, Kullanım Kolaylığı ve Sosyal Etki alt boyutlarının HBS kullanımında daha fazla olumlu etkiye sahip olduğunu düşündürmektedir. 2019 yılında Şanlıurfa'da bir özel hastanede 279 hastane çalışanı (doktor, hemşire, tıbbi sekreter) ile yapılan araştırmada HBS benimseme düzeyinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Eriş & İlman, 2019). Antalya'da 2012 yılında 100 hastane çalışanın katıldığı bir çalışmada HBS kullanılabilirliğinin tüm boyutlarda orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Gündak & Çetin, 2012). Ankara'da 2012 yılında 98 kişiyle yapılan bir araştırmada HBS'nin genel kullanılabilir düzeyine karşı sağlık çalışanlarının kararsız bir tutum içinde oldukları saptanmıştır. Ankara'da yapılan 141 sağlık çalışanının katıldığı diğer çalışmada HBS'nin genel kullanılabilirlik düzeyinin orta düzeyde olduğu, Memnuniyet ve Kullanım Kolaylığı faktörlerinin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bildirilmiştir (Uslu, Toygar & Mansur, 2016). Ankara'da 2022 yılında 289 kişinin katıldığı çalışmada sağlık çalışanlarının sağlık teknolojilerini değerlendirme konusunda algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Kuşçu & Göde, 2022). Teknolojik gelişmeler dünden bugüne hızla devam etmekte olup, ulusal düzeyde yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının HBS kullanılabilirliği ve benimseme konusundaki görüşlerinin yıllar içerisinde daha olumlu hale geldiğini göstermektedir.

Ayrıca, bu çalışmanın gerçekleştirildiği hastanede HIMMS Seviye 7 kullanımının HBS'nin benimsenmesinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada HBS Benimseme ölçeğinin Performans Beklentisi, Efor Çaba Beklentisi, Sosyal Etki, Kolaylaştırıcı Koşullar, Davranışsal Niyet ve Kullanım alt boyutlarının tamamında puan ortalaması orta düzeyin üzerindedir. Ek olarak, Sosyal Etki ve Kolaylaştırıcı Koşullar alt boyutları en yüksek puan ortalamasına sahiptir. Bursa ve Balıkesir'de 392 sağlık çalışanının HBS benimseme durumuna etki eden faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada Performans Beklentisi, Efor Çaba Beklentisi ve Sosyal Etki değişkenlerinin HBS kullanımıyla ilgili davranışsal niyet üzerinde pozitif etkisi olduğu ve Kolaylaştırıcı Koşullar ile Davranışsal Niyet değişkenlerinin Kullanım davranışı üzerinde ise pozitif etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Engin & Gürses, 2019). İran'da 400 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada Performans Beklentisi, Efor Çaba Beklentisi ve Sosyal Etki faktörlerinin HBS kullanımıyla ilgili davranışsal niyet üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu ve Kolaylaştırıcı Koşullar ile Davranışsal Niyet faktörlerinin Kullanım davranışı üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Barzegari et al., 2020). İran'da 303 hemşirenin HBS benimseme durumlarının incelendiği bir çalışmada Performans Beklentisi, Efor Çaba Beklentisi, Sosyal Etki ve Kolaylaştırıcı Koşullar değişkenlerinin HBS kullanımıyla ilgili davranış niyet üzerinde pozitif etkisi olduğu gösterilmiştir (Sharifian et al., 2014). Yunanistan'da yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarında Algılanan Fayda, Kullanım Kolaylığı, Sosyal Etki, Tutum, Kolaylaştırıcı Koşullar ve Öz yeterliliğin HBS kullanımıyla ilgili davranışsal niyetleri üzerinde önemli ölçüde etkili olduğunu göstermiştir (Aggelidis & Chatzoglou). Gana'da 660 hemşirenin HBS benimseme durumlarının incelendiği çalışmada Sosyal Etki ve Kolaylaştırıcı Koşullar değişkenlerinin HBS kullanımıyla ilgili davranış niyet üzerinde önemli ölçüde etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Zhou et al., 2019). Kanada'da 4 farklı hastaneden toplam 616 hemşirenin katıldığı çalışma sonuçlarına göre; Performans Beklentisinin elektronik sağlık kaydı kullanımında en güçlü belirleyici olduğu ve Sosyal Etkinin fiili elektronik sağlık kaydı kullanımının en güçlü toplam etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Maillet, Mathieu & Sicotte, 2015). Yine Kanada'da 227 sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada HBS kabulünü etkileyen faktörler incelenmiştir. Araştırma sonucunda Efor Çaba Beklentisi, Sosyal Etki, Kolaylaştırıcı Koşullar ve Uyumluluk

değişkenlerinin HBS kabulünde önemli etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Ifinedo, 2012). Tayvan’da 434 hemşirenin mobil öğrenme ile ilgili tutumlarını değerlendirmek için yapılan çalışmada Memnuniyet, Sosyal Etki, Performans Beklentisi, Kolaylaştırıcı Koşullar ve Çaba Beklentisinin hemşirelerin mobil öğrenmeyi kullanmaya yönelik davranışsal niyetlerini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Su & Chao, 2022). Literatürde yer alan çalışmalarda HBS benimseme ve kullanım durumuna farklı değişkenlerin farklı oranlarda etki ettiği görülmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında hastanelerin kendi kurum kültürünün etkili olabileceği düşünülmektedir.

Teknostres, bireyler tarafından gelişen ve değişen teknolojiye karşı verilen bir tepki olarak açıklanmaktadır. Dolayısıyla diğer birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de teknoloji aktif olarak kullanılmaktadır (Güneş, 2021). Bu çalışmada katılımcıların teknostres genel puan ortalamasının ($3,29 \pm 0,80$) orta düzeyde ve en yüksek puan ortalamasının ($3,38 \pm 1,13$) Teknolojik Karmaşıklık alt boyutunda olduğu belirlenmiştir.

İstanbul’da özel bir hastanede 159 sağlık çalışanının yer aldığı bir çalışmada teknostres genel puan ortalaması ($2,50 \pm 0,59$) orta düzeye yakındır (Kopuz & Aydın, 2020). Ankara’da bir üniversite hastanesinde 150 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen çalışmada teknostres puan ortalamalarının orta düzeyde ve en yüksek puan ortalamasının Tekno-Aşırı Yüklenme alt boyutunda olduğu saptanmıştır (Aydın, 2022). İstanbul’da bir üniversite hastanesinde 242 sağlık çalışanı ile gerçekleştiren araştırmada teknostres genel puan ortalamasının orta düzeye yakın olduğu belirlenmiştir (Doğrular, 2019). Batı Karadeniz bölgesi illerinde bulunan 645 sağlık çalışanının katıldığı çalışmada teknostres alt boyutlarının puan ortalamaları orta düzeye yakın olarak tespit edilmiştir (Dorukbaşı, 2022). Türkiye’de bir dijital hastanede 156 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada sağlık çalışanların teknostres genel puan ortalamasının orta düzeye yakın olduğu belirlenmiştir (Özer et al., 2021). İstanbul’da bir dijital hastanede görev yapan 203 sağlık çalışanının teknostres düzeyinin orta düzeyde ve en yüksek puan ortalamasının Teknolojik karmaşıklık alt boyutunda olduğu bildirilmiştir (Çoban, 2019). İsviçre’de 3 farklı psikiyatri hastanesinden 493 sağlık çalışanı ile yapılan araştırma sonucunda, sağlık çalışanlarının teknostres düzeylerinin orta seviyede olduğu bildirilmiştir (Golz, Peter, Müller et al., 2021). İsviçre’de 8112 sağlık çalışanının verileri kullanılarak yapılan araştırmada

teknostres düzeyinin orta seviyede olduğu saptanmıştır (Golz, Peter, Zwakhlen et al., 2021). Literatürde yer alan çalışmalarda teknostres puan ortalamaların orta düzeyde yakın veya orta düzeyde olduğu görülmekte olup, çalışma bulgumuz literatür bulgularına benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte çalışmamız dahil dijital hastanelerde çalışan sağlık personellerinin teknostres puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Hastanelerin dijitalleşme seviyesinin artmasına paralel olarak çalışanların teknostres düzeylerinin de yükselebileceği düşünülmektedir.

Sağlık sektörü, içinde bulunan çalışanların yoğun emekleri ile tanınan bir sektördür. Bu sebeple sağlık sektöründe etkili olabilmenin çoğunlukla sağlık çalışanlarının performansına dolayısıyla iş doyumuna bağlı olduğunu söylemek mümkündür (Kitsios & Kamariotou, 2021). Çalışmamızda hemşirelerin iş doyumunu total puan ortalaması $3,22 \pm 0,40$ olup, orta düzeydedir.

Çoban (2019) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada, iş doyumunu puan ortalamasının orta düzeyde olduğunu bildirmiştir. Afyon'da 171 hemşire ile gerçekleştirilen bir çalışmada hemşirelerin iş doyumunu puan ortalaması 3,15 bulunmuş olup, orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (Çelik & Kılıç, 2019). İstanbul'da 200 hemşire ile yapılan bir diğer çalışmada iş doyumunun orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Çelebi, 2014). Bir özel hastanenin 108 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen araştırmada genel iş doyumunun orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Gören, 2016). Adana'da 167 hemşirenin katıldığı bir araştırmada iş doyumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tilev & Beydağ, 2014). Çalışma bulgularımız literatürde yer alan çalışmalara benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte çalışanların iş doyumunun bireysel ve kurumsal faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada HBS benimseme ile teknostres ve iş doyumunu arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre HBS Benimseme ile teknostres arasında negatif yönlü yüksek düzeyde; HBS Benimseme ile iş doyumunu arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. HBS benimseme düzeyi azaldıkça teknostres düzeyi yükselmekte ve iş doyumunu düzeyi azalmaktadır. HBS benimsemenin teknostres ve iş doyumunu üzerindeki etkisini incelemek için yapılan regresyon analizinde teknostres genel düzeyindeki değişimin %67,5'i, iş doyumunu genel düzeyinde değişimin ise %70'i HBS benimseme tarafından

açıklanmaktadır. Çalışma bulgularımız HBS benimseme ve kabul etmenin teknostresi azaltma ve iş doyumunu artırma üzerinde oldukça etkili olduğunu göstermektedir.

Dorukbaşı (2022) sağlık çalışanlarında teknoloji kabulünün teknostres üzerinde ileri derecede anlamlı etkisi olduğunu, teknoloji kabul düzeyinin yükselmesiyle teknostres düzeyinin anlamlı olarak düştüğünü bildirmiştir. Yahşi ve Hopcan (2021), okul yöneticilerinin teknoloji liderliğinin, teknoloji kabul ve teknostres üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Araştırma sonucunda teknoloji liderliği ve teknoloji kabul düzeylerinin teknostres üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu; teknoloji liderliği ve teknoloji kabul düzeyi yükseldikçe teknostres düzeyinin anlamlı olarak düştüğü saptanmıştır. Su & Chao (2022), hemşirelerin mobil öğrenmeye yönelik davranışsal niyetlerini değerlendikleri çalışmada teknostresin HBS benimseme alt boyutlarından olan Çaba Beklentisinin olumsuz bir yordayıcısı olduğunu tespit etmişlerdir. Tacy (2018), teknostres, iş doyumunu ve işten ayrılma niyetinin teknoloji kabul üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmaya ABD’de 121 hemşirelik okulunda görev yapan 1017 hemşire eğitimci dahil edilmiştir. Çalışmada teknoloji kullanımındaki değişimin %80’inin teknostres, algılanan fayda, kullanım kolaylığı, kullanım ve davranışsal niyet tarafından açıklandığı belirlenmiştir. Daha düşük teknostres seviyesi ve daha yüksek algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı, kullanıma yönelik tutum ve davranışsal niyet faktörlerinin teknoloji kullanımının yordayıcısı olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde daha düşük teknostres seviyeleri ve daha yüksek seviyelerde algılanan fayda, davranışsal niyet ve teknoloji kullanımı faktörlerinin iş doyumunun yordayıcısı olduğu belirlenmiştir (Tacy, 2018). Golz, Peter, Müller ve ark. (2021), araştırmalarında sağlık çalışanlarında dijital yeterliliğin teknostres üzerinde negatif yönde etkili olduğunu saptamışlardır. Ayrıca teknostresin tükenmişlik belirtilerini, iş doyumunu, meslekten ayrılma niyetini, genel sağlık durumunu, uyku düzenini, baş ağrılarını ve çalışma yeteneğini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Almanya’da 445 sağlık çalışanın katıldığı çalışmada, sağlık bilgi teknoloji özelliklerinin algılanması ile psikolojik ve örgütsel değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda daha iyi sağlık bilgi teknolojileri kullanımının daha düşük teknostresle, bilgi teknolojilerinin kullanımının da daha az zorlanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ek olarak teknostres ve bilgi teknolojileri ile ilgili gerginlik yaşamının düşük iş doyumunu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Gaube et al.,

2021). Çalışma bulgularımız ulusal ve uluslararası araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Ancak, literatür incelendiğinde hemşirelerin HBS benimseme, teknostres ve iş doyumu düzeylerinin birbiri üzerindeki etkisini bütüncül olarak inceleyen çalışma sayısının oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür. Bu durum çalışmamızın özgünlüğünü ortaya koymaktadır ve bu anlamda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre HBS benimseme düzeyinin farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek için analiz yapılmıştır. Katılımcılardan 18-24 yaş aralığında olanların, medeni durumu bekar olanların, eğitim durumu ön lisans, lisans ve üzerinde olanların, gelir durumu 7500-10 000 TL aralığında olanların, çalışma tecrübesi ve mesleki tecrübesi 0-3 yıl ve 10 yıldan fazla olanların, HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl ve 10 yıldan fazla olanların HBS benimseme düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eriş ve İlman (2019) çalışmasında, sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerinden yaş, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerine göre HBS benimseme bakımından bir fark saptanmamıştır. Eğitim durumuna göre lisans mezunlarının diğer mezunlardan daha düşük HBS benimseme puanı olduğu ve çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde olanların ise daha yüksek HBS benimseme puanına sahip oldukları bildirilmiştir. Uslu ve ark. (2016) çalışmalarında, hastane personelinin cinsiyet, medeni durum ve çalışma yerine göre HBYS kullanılabilirlik faktörleri arasında fark saptanmadığı ancak 22-31 yaş aralığında olanların ve mesleki tecrübesi 21 yıl ve üzerinde olanların HBYS kullanımına karşı daha olumlu bir tutum içinde oldukları belirlenmiştir. Çakırlar ve Mendi (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hemşirelerin elektronik sağlık kaydı kullanımına yönelik tutumları değerlendirilmiştir. Çalışmada yaş, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerine göre ESK kullanımına yönelik tutum puanları arasında fark saptanmamıştır. Hemşirelerden eğitim durumu lisans ve üzerinde olanlar ile mesleki deneyimi 6-10 yıl aralığında olanların ESK kullanımına karşı daha olumlu tutum içinde oldukları belirlenmiştir. Denizli ve Demirtaş (2022), dijital hastaneye dönüşüm sürecinde hastane çalışanlarının teknolojiye hazır bulunuşluk durumunu değerlendirmek için yaptıkları çalışmada erkeklerin, evlilerin, 18-35 yaş aralığında olanların, doktorların, lisansüstü eğitim düzeyinde olanların ve çalışma süresi 10 yılın altında olan sağlık çalışanlarının

teknolojiye hazır bulunuşlarının daha yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır. Tat (2018), Türkiye’de 9 ilden 272 sağlık çalışanının HBS kullanımına yönelik tutumlarını teknoloji kabul modeli ile değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda; kadınların, HBS ile ilgili hizmet içi eğitim alanların, 25 yaş altı ve 35 yaş üzerinde olanların, 0-1 yıl ve 6-10 yıl arasında çalışma tecrübesine sahip olanların HBS kullanımını daha fazla yeterli bulmuştur. Strudwick (2015), hemşirelerin teknoloji kullanımı ile ilgili yordayıcı faktörleri teknoloji kabul modeline göre araştırdığı sistematik incelemeye 20 araştırmayı dahil etmiştir. Çalışma sonucunda, hemşirelerin ilgili teknoloji hakkında aldığı eğitimin, kişilik özelliklerinin (olumlu kişilik özellikleri), meslekteki deneyiminin ve teknolojinin işle ilgili olmasının teknoloji kullanımını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre teknostres düzeyinin farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek için analiz yapılmıştır. Katılımcıların cinsiyetleri ile teknostres düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır. Katılımcılardan 25-34 yaş aralığında olanların, medeni durumu evli olanların, eğitim durumu lise mezunu olanların, gelir durumu asgari ücret ve 10 000 TL üzerinde olanların, çalışma tecrübesi, mesleki tecrübesi ve HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl ve 0-3 yıl aralığında olanların, bilgisayar kullanım tecrübesi diğerlerine göre daha az olanların teknostres düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kopuz ve Aydın (2020) araştırmasında, lise mezunu olan, kadın, aylık gelirini yüksek olarak ifade eden sağlık çalışanlarının tekno-belirsizlik düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların kurumda ve meslekte çalışma süreleri teknostres düzeyini etkilemezken, tekno-karmaşıklık düzeyinin yaş arttıkça azaldığı saptanmıştır. Doğrular (2019) çalışmasında sağlık çalışanlarının yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışılan servis ile teknostres puan ortalamaları arasında fark bulamamış ancak erkeklerin kadınlardan daha yüksek teknostres puanına sahip olduğunu saptamıştır. Golz, Peter, Müller ve ark. (2021), tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre teknostres düzeyleri arasında bir fark saptanmamış, ancak genç yaşta olanların teknostres düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Golz, Peter, Zwakhlen ve ark. (2021) çalışmalarında, doktorların ve sonrasında hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek düzeyde teknostres deneyimlediğini, eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte teknostres düzeyinde önemli artış olduğunu ve sosyal

desteğin teknostres düzeyini azaltmada önemli bir yeri olduğunu bildirmişlerdir. Kasemy ve ark. (2022) sağlık çalışanları ve öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, daha az bilgisayar tecrübesi olup, haftalık olarak daha fazla süre teknik birimlerde görev yapanlarda teknostres düzeyinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Lucena ve ark. (2021) tarafından hemşirelerin teknostresi önlemek veya azaltmak için yaptıkları stratejileri incelemek için gerçekleştirilen literatür taramasında bu yönde bir çalışmaya rastlanmadığı bildirilmiştir. Hemşirelerin fiziksel ve psikolojik iyilik halini olumsuz yönde etkilemesine rağmen teknostresi önlemeye veya azaltmaya yönelik bir çalışma olmaması teknostresin geniş ve tanımlaması zor bir kavram olmasına bağlanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre iş doyumu düzeyinin farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek için analiz yapılmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre iş doyumu arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. Katılımcılardan 18-24 yaş aralığında olanların, medeni durumu bekar olanların, eğitim durumu ön lisans, lisans ve üzerinde olanların, gelir durumu 7500-10 000 TL aralığında olanların, çalışma tecrübesi ve mesleki tecrübesi 0-3 yıl ve 10 yıldan fazla olanların, bilgisayar kullanım tecrübesi 10 yıl ve üzerinde olanların, HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl ve 10 yıldan fazla olanların iş doyumu düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tilev ve Beydağ (2014) çalışmasında hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumuna göre iş doyumu düzeylerinin farklılık göstermediği ancak çalışılan birim; haftalık çalışma saatine bağlı olarak iş doyumu düzeylerinin farklılaştığı saptanmıştır. Çelebi (2014) hemşirelerle yaptığı çalışmasında, kadınların, 18-25 yaş aralığında olanların, medeni durumu bekar olanların, çocuğu olmayanların, çalışma tecrübesi 1-5 yıl aralığında olanların iş doyumunun daha yüksek düzeyde olduğunu belirlemiştir. Çelik ve Kılıç (2019) çalışmasında hemşirelerde iş doyumu arttıkça mesleki tükenmişliğin azaldığını saptamıştır. Aynı çalışmada iş doyumunun 18-23 yaş aralığında ve çalışma yaşamının ilk 2 yılına ek olarak 9-10. yılda yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumuna göre iş doyumunda farklılık bildirilmemiştir. Çoban'ın (2019) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında yaş, eğitim durumu, aylık gelir ve çalışma tecrübesi arttıkça iş doyumunun da arttığı, cinsiyetlere göre iş doyumu arasında farklılık olmadığı, 39 yaş ve üzerinde olanlarda ve lisansüstü mezunlarda iş doyumun yüksek olduğu

bulunmuştur. Tekir ve ark. (2016) sağlık personelleri ile gerçekleştirdiği çalışmalarında 40 yaş ve üzerinde olanlarda, kadınlarda, haftalık çalışma saati 40 saat ve altında olanlarda ve iş yükünü daha hafif olarak değerlendirenlerde ve diğer mesleklere göre hekimlerde iş doyumunun daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Aylaz ve ark. (2017)'nın çalışmasında hemşirelerin cinsiyetine göre iş doyumunda fark saptamazken, bekar olanların, 18-29 yaş aralığında olanların, lise mezunu olanların, ekonomik durumunu iyi olarak görenlerin, meslekteki tecrübesi 0-5 yıl aralığında olanların iş doyumları düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hassoy ve Özvurmaz (2019) çalışmalarında sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma yılına göre iş doyumları düzeyi arasında fark saptamamış olup, ekonomik durumu iyi olanların, eğitimine uygun klinikte çalışanların, haftalık 40 saat ve altında çalışanların, çalışma şekli gündüz olanların, mesleğinde kendini geliştirme faaliyeti içinde olanların iş doyumları düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Gönültaş'ın (2018) çalışmasında hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve haftalık çalışma saatine göre iş doyumları arasında farklılık saptanmamıştır. Meslekte toplam çalışma süresi 20 yıl ve üzerinde olanlar ile gündüz çalışanların iş doyumunun yüksek olduğu belirlenmiştir. Al Maqbalı (2015) hemşirelerin iş doyumunu etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla gerçekleştirdiği literatür araştırmasında 24 çalışmayı incelemiştir. Çalışma sonucunda hemşirelerin iş doyumunu etkileyen faktörler kurumsal ve kişisel olmak üzere iki başlık altında toplanmıştır. İş doyumunun çok nedenli faktörlere bağlı olarak değişim gösteren bir fenomen olduğu, özellikle kültürel ve sosyal faktörlerin farklı kurumlarda ve farklı ülkelerde hemşirelerin iş doyumunu önemli ölçüde etkilediği tespit edilmiştir. Hemşirelerin iş doyumları veya memnuniyetsizliklerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma deneyimi, çalışılan birim gibi kişisel özelliklere bağlı olarak farklılık gösterdiği ancak iş doyumları ile ilgili çok sayıda araştırmaya rağmen, her çalışmada hemşirelerin çalışma koşulları, memnuniyet ya da memnuniyetsizlik nedenleri farklı olduğundan, literatürde bir fikir birliğine varılamadığı bildirilmiştir. Benzer şekilde bizim çalışma bulgularımızın da literatürde yer alan bazı çalışma bulgularına paralel olduğu ancak bazı çalışmalardan farklı olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin HBS benimseme, teknostres ve iş doyumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hemşirelerin HBS benimseme durumlarının teknostresin ve iş

doyumunun güçlü bir yordayıcısı olduğu belirlenmiştir. HBS benimsemenin teknotres üzerinde yüksek düzeyde negatif yönde, iş doyumuna üzerinde ise yüksek düzeyde pozitif yönde etkili olduğu saptanmıştır.



8. SONUÇ

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, hastane bilgi sistemini benimsemenin, tekno-stres ve iş doyumları üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- HBS Benimseme ile teknostres arasında negatif yönlü yüksek düzeyde; HBS Benimseme ile iş doyumunu arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki belirlenmiştir. HBS benimseme düzeyi arttıkça teknostres düzeyinin azaldığı ve iş doyumunu düzeyinin arttığı bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan 190 hemşirenin HBS Benimseme ölçeğinin genel puan ortalaması $5,78 \pm 0,68$ olup, orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. HBS Benimseme ölçeğinin Performans Beklentisi, Efor Çaba Beklentisi, Sosyal Etki, Kolaylaştırıcı Koşullar, Davranışsal Niyet ve Kullanım olmak üzere alt boyutlarının tamamında puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu saptanmıştır.
- Teknostres ölçeğinin genel puan ortalaması $3,29 \pm 0,80$ olup, orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Teknostres ölçeğinin Teknolojik Yüklenme, Teknolojik Karmaşıklık ve Teknolojik Belirsizlik olmak üzere alt boyutlarının tamamında puan ortalamasının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.
- İş Doyumu ölçeğinin genel puan ortalamasının $3,22 \pm 0,40$, orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. İş Doyumu ölçeğinin İçsel Doyum alt boyutu puan ortalamasının orta düzeyde, Dışsal Doyum alt boyutu puan ortalamasının ise orta düzeye yakın olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre HBS Benimseme düzeylerinde farklılık olduğu saptanmıştır. Hemşireler arasında 18-24 yaş aralığında olanların, medeni durumu bekar olanların, eğitim durumu ön lisans, lisans ve üzerinde olanların, gelir durumu 7500- 10 000 TL aralığında olanların, çalışma tecrübesi ve mesleki tecrübesi 0-3 yıl ve 10 yıldan fazla olanların, HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl ve 10 yıldan fazla olanların HBS benimseme düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre Teknostres düzeylerinde farklılık olduğu saptanmıştır. Hemşireler arasında 25-34 yaş aralığında olanların, medeni durumu evli olanların, eğitim durumu lise mezunu olanların, gelir durumu asgari ücret ve 10 000 TL üzerinde olanların, çalışma tecrübesi, mesleki tecrübesi ve HBS kullanım tecrübesi 3-10 yıl ve 0-3 yıl aralığında olanların, bilgisayar kullanım tecrübesi diğerlerine göre daha az olanların teknostres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre İş Doyumu düzeylerinde farklılık olduğu saptanmıştır. Hemşireler arasında 18-24 yaş aralığında olanların, medeni durumu bekar olanların, eğitim durumu ön lisans, lisans ve üzerinde olanların, gelir durumu 7500- 10 000 TL aralığında olanların, çalışma tecrübesi ve mesleki tecrübesi 0-3 yıl ve 10 yıldan fazla olanların, bilgisayar kullanım tecrübesi 10 yıl ve üzerinde olanların, HBS kullanım tecrübesi 0-3 yıl ve 10 yıldan fazla olanların iş doyumu düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık çalışanları arasında sayıca en büyük oranı oluşturan hemşireler için belirli aralıklarla HBS kullanımı konusunda hizmet içi eğitimler yapılması,
- Gerçekleştirilen HBS Benimseme değerlendirme çalışma sonuçlarına göre sağlık çalışanlarında HBS benimsemeyi etkileyen ve artıran faktörler doğrultusunda kurum politikaları geliştirilmesi,
- HBS kullanmanın sağlık çalışanlarının memnuniyeti göz önüne alındığında tüm hastanelerde HBS kullanımının yaygın hale getirilmesi,
- HBS sistemi uygulamaya başlayacak kurum ve ünitelerde çalışacak personele sistem kullanılmadan önce gerekli eğitimin verilmesi,
- Araştırmanın farklı gruplarla daha geniş kapsamda yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Abukhader SM. ERP implementation in the private hospitals of Saudi Arabia. International Journal of Healthcare Management. 77-88, 2015.

Aggelidis VP, Chatzoglou PD. Using a modified technology acceptance model in hospitals. International Journal of Medical Informatics. 78(2):115-126, 2009.

Ak B. Sağlıkta yeni hedef: Dijital hastaneler. Akademik Bilişim, XV. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, 23-25 Ocak 2013, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, 2013.

Aksoy B. Bilgi teknolojileri ve yeni çalışma ilişkileri. Ege Akademik Bakış, 12(3):401-414, 2012.

Al Maqbali MA. Factors that influence nurses' job satisfaction: a literature review. Nursing management. 22(2), 2015.

Alakuş M. Sağlık bilimlerinde bilgi yönetimi, s. 203, Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık, 2007.

Alam MA. Techno-stress and productivity: Survey evidence from the aviationindustry. Journal of Air Transport Management. 50:62-70, 2015.

Alam MA. Techno-stress and productivity: Survey evidence from the aviationindustry. Journal of Air Transport Management. 50:62-70, 2015.

Aydın MN. Sağlık çalışanlarının teknostres düzeyinin algılanan verimlilikleri üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022.

Aydın M, Pınarcıoğlu NŞ, Uğurlu Ö. Current Debates in Public Finance, Public Administration & Environmental Studies, London, IJOPEC Publication, 2017.

Aylaz R, Aydoğmuş N, Yayan EH. Hemşirelerin iş doyumu düzeylerinin belirlenmesi. Annals of Health Sciences Research. 6(1):12-17, 2017.

Barzegari S, Ghazisaeedi M, Askarian F, Jesmi AA, Gandomani HS, Hasani A. Hospital information system acceptance among the educational hospitals. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 7(3):186, 2020.

Baycan FA. Farklı meslek grupları arasında iş tatmininin birçok yönünün analizi. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1985.

Bayer E, Kuyrukçu AN, Akbaş S. Dijital hastane uygulamalarının hastane çalışanlarının ve yöneticilerinin perspektifinden değerlendirilmesi: Bir devlet hastanesi örneği. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*. 11(21):335-60, 2019.

Bayın G, Yeşilaydın G, Özkan O. Bulut Bilişimin Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 48:231-253, 2016.

Bolat A. Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile afiliye olan eğitim ve araştırma hastanelerinde sağlık bilgi sistemi yöneticilerinin sağlık enformasyon sistemleri konusunda değerlendirilmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

Bose R. Knowledge management-enabled health care management systems: Capabilities, infrastructure and decisionsupport. *Expert Systems with Applications*. 24(1):59-71, 2003.

Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö, Köklü N. Sosyal Bilimler İçin İstatistik, Ankara, Pegem Akademi, 2018.

Califf CB, Sarker S, Sarker S. The bright and dark sides of technostress: A mixed-methods study involving healthcare IT. *MIS Quarterly*. 44(2), 2020.

Callender C, Marshall B, Cardon PW, Patel N. Obstacles to The Adoption of Cloud Computing: Best Practices in Technology and Communication. *Issues in Information Systems*. 16(2):133-9, 2015.

Çakırlar A, Mendi B. Hemşirelerin elektronik sağlık kaydı ve bilişim uygulamaları kapsamındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi. 2(1):32-39, 2016.

Çelebi, Y. Hemşirelik mesleğinde tükenme ve mesleki iş doyum arasındaki ilişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.

Çelik Y, Kılıç İ. Hemşirelerde iş doyum, mesleki tükenmişlik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler. Kocatepe Tıp Dergisi. 20(4):230-238, 2019.

Çetin D, Bülbül T. Okul yöneticilerinin teknostres algıları ile bireysel yenilikçilik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 17(3):1241-64, 2017.

Çimen M. Hastane bilgi sistemleri ve sektörel GZFT analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2014.

Çoban İ. Teknolojik Değişimin Hastane Çalışanları Üzerine Etkileri: Bir Devlet Hastanesi Örneği. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli, 2019.

Denizli F, Demirtaş Ö. Dijital hastaneye dönüşüm sürecinde sağlık çalışanlarının teknolojiye hazır bulunuşluk durumlarının değerlendirilmesi: bir kamu hastanesi örneği. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. (49):163-174, 2022.

Dizman H. Hastane yönetim bilgi sistemlerini kullanan sağlık kurumlarında personel memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 10:85-115, 2017.

Doğrular MM. Teknostresin verimlilik üzerine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2019.

Dorukbaşı N. Sağlık bilişim sistemlerinde teknolojiye hazır olma ve kabul modelinin teknostres üzerindeki rolü. Karabük Üniversitesi, Doktora Tezi, Karabük, 2022.

Engin M, Gürses F. Adoption of hospital information systems in public hospitals in Turkey: An analysis with the unified theory of acceptance and use of technology model. International Journal of Innovation and Technology Management. 16(06): 1950043, 2019.

Erbil N, Bostan Ö. Ebe ve hemşirelerde iş doyumu, benlik saygısı ve etkileyen faktörler. 2004.

Eriş H, İlman E. Sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemi hakkındaki görüşleri. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi. (16):301-309, 2019.

Forman TM, Armor DA, Miller AS. A review of clinical informatics competencies in nursing to inform best practices in education and nurse faculty development. Nursing education perspectives. 41(1):E3-E7, 2020.

Furukawa M, Pollack E. Achieving HIMSS Stage 7 designation for EMR adoption. Nursing Management. 51(1):10-12, 2020.

Gaube S, Cecil J, Wagner S, Schicho A. The relationship between health IT characteristics and organizational variables among German healthcare workers. Scientific reports. 11(1):1-11, 2021.

Gaudio F, Turel O, Galimberti C. The mediating roles of strain facets and coping strategies in translating techno-stressors into adverse job outcomes. Computers in Human Behavior. 69:189–96, 2017.

George D, Mallery M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update, 10. Baskı, Boston, Pearson, 2010.

George D, Mallery M. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update (10a ed.) Boston, Pearson, 2010.

Golz C, Peter KA, Müller TJ, Mutschler J, Zwakhlen SM, Hahn S. Technostress and digital competence among health professionals in Swiss psychiatric hospitals: Cross-sectional study. JMIR mental health. 8(11):e31408, 2021.

Golz C, Peter KA, Zwakhlen SM, Hahn S. Technostress among health professionals— a multilevel model and group comparisons between settings and professions. Informatics for Health and Social Care. 46(2):137-149, 2021.

Göktaş B, Ömer RÖ, Duran M, Şakar S, Yılmaz M, Güler S, Çınar İ, Çamlıdağ T, Şenkal Y, Özdemir, G. Türkiye’de Sağlık Bilgi Sistemleri Üzerine Bir Araştırma. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 6(1):125-38, 2017.

Gönültaş T. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde çalışan hemşirelerde iş doyumunun araştırılması. Sakarya Tıp Dergisi. 8(1):30-40, 2018.

Gören H. Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeyleri ile iş doyumunu arasındaki ilişkiye dair bir alan araştırması. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.

Güleş HK, Özata M Sağlık Bilişim Sistemleri, 1. basım, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2005.

Gündak İ, Çetin H. Hastane bilgi sistemlerinin SUMİ yöntemine göre kullanılabilirlik düzeyinin belirlenmesi: Akdeniz Üniversitesi hastanesi örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20(2):315-331, 2015.

Güneş D. Teknostres ve Teknostresin Sağlık Çalışanlarına Yansıması. ss. 225-238. İçinde: Güzel Ş, Akman Dömbekçi H. Sağlık yönetiminde güncel konu ve sorunlar. Ankara, Berikan Yayınevi, 2021.

Hassoy D. Özurmaz S. Bir devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve etkileyen faktörler. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2(3):27-32, 2019.

Haux R. Health information systems; past, present, future. International Journal of Medical Informatics, 75:268-281, 2006.

HIMSS Analytics. Electronic medical record adoption model (EMRAM). <https://www.himssanalytics.org/emram> sayfasında erişilmiştir, 2019.

HIMSS. Hospital clinical information systems evaluation in emram evaluation for hospitals. HIMSS Europe Analytics Department, 2017.

Ifinedo P. Technology acceptance by health professionals in Canada: An analysis with a modified UTAUT model. 2012 45th Hawaii International Conference on System Sciences, s. 2937-2946, IEEE, 2022.

Işık O, Akbolat M. Bilgi teknolojileri ve hastane bilgi sistemleri kullanımı: Sağlık çalışanları üzerine bir araştırma. Bilgi Dünyası. 11(2):365-389, 2010.

Kahouei M, Babamohamadi H, Bayat S, Fooladian S, Shahsavan TM. Experiences of Nurses in Impact of Nursing Information System on Nursing Services Efficiency. Health Information Management. 10-2(30):1-12, 2013.

Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, s. 116, Ankara, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, 2006.

Kaplan E. Hemşirelik öğretim elemanları ve öğrencilerinin elektronik hasta kayıtları ile ilgili görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2021.

Kasemy ZA, Sharif AF, Barakat AM, Abdelmohsen SR, Hassan NH, Hegazy NN, ... Abdelwanees S. Technostress creators and outcomes among egyptian medical staff and students: A multicenter cross-sectional study of remote working environment during COVID-19 pandemic. Frontiers in Public Health. 10, 2022.

Kılıç Güner, E. Hemşirelerde meslektaş dayanışmasının örgütsel iklim üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2017.

Kitsios F, Kamariotou M. Job satisfaction behind motivation: An empirical study in public health workers. Heliyon. 7(4):e06857, 2021.

Koca M, Gulhan Y, Yilmaz S. In terms of hospital management, employee perception of hospital automation system. PressAcademia Procedia. 3(1):770-82, 2017.

Koç E, Şengül YA, Özkaya AU, Gökçe B. Klinik Karar Destek Sistemleri Kullanımına Yönelik Bir Araştırma: Acıbadem Hastanesi Örneği. IX. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, 64-74, 2012.

Kopuz K, Aydın G. Sağlık çalışanlarında teknostres: Bir özel hastane örneği. Ekonomi İşletme ve Maliye Araştırmaları Dergisi. 2(3):249-264, 2020.

Köse A. Hemşirelerin bilgisayar kullanım durumlarının belirlenmesine yönelik bir ampirik çalışma – Trabzon ili örneği. Bilişim Teknolojileri Dergisi, 5(1): 37-43, 2011.

Kuşcu FN, Göde A. Sağlık çalışanlarında sağlık teknolojisi değerlendirme algısı: bir özel hastane örneği. ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi. 9 (20):49-60, 2022.

Lahiri A, Seidmann A. Analyzing the differential impact of radiology information systems across radiology modalities. *Journal of the American College of Radiology*. 6(10):705-714, 2009.

Lucena JCR, Carvalho C, Santos-Costa P, Mónico L, Parreira P. Nurses' strategies to prevent and/or decrease work-related technostress: A scoping review. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 39(12):916-920, 2021.

Mahalli AE, El-Khafif SH, Yamani W. Assessment of pharmacy information system performance in three hospitals in Eastern Province, Saudi Arabia. *Perspectives in Health Information Management*. 13, 2016.

Maillet É, Mathieu L, Sicotte C. Modeling factors explaining the acceptance, actual use and satisfaction of nurses using an Electronic Patient Record in acute care settings: An extension of the UTAUT. *International Journal of Medical Informatic*. 84(1):36-47, 2015.

Mersinkaya İ. Yerel yönetimlerde yönetim bilişim sistemlerinin uygulanması: Aydın merkez, Nazilli ve Söke ilçe belediyeleri örneği. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2011.

Mutluay E, Özdemir L. Sağlık Bilişim Sistemleri Kapsamında Hemşirelik Bilişiminin Kullanımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 22(3):180-6, 2014.

O'Connor S. Virtual reality and avatars in health care. *Clinical Nursing Research*. 28(5):523-528, 2019.

Orhan S, Gümüş M Kızılkaya E. Türkiye'de sağlık bilgi sistemi. *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 7(39):645-653, 2021.

Ozer Z, Ozcelik SK, Bahcecik AN, Ucar SE. Healthcare personnels' technostress and individual innovativeness levels: Digital hospital example Technostress, individual innovativeness. *Annals of Clinical and Analytical Medicine*. 12(4):428-432, 2021.

Ömürbek N, Altın FG. Salık bilişim sistemlerinin uygulanmasına ilişkin bir araştırma: İzmir örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 19:211-232, 2009.

Özel HÖ, Ürkmez DÖ, Demiray S, Cebeci Z. Hemşirelik bilişimi ve hastane bilgi yönetimi sistemi. Okmeydanı Tıp Dergisi. 30(3):158-160, 2014.

Peker SV, Van Giersbergen MY, Biçersoy G. Sağlık bilişimi ve Türkiye’de hastanelerin dijitalleşmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu. 3(3):228-267, 2018.

Rafferty A, Griffin M. Perceptions of organizational change: a stress and coping perspective. J. Appl. Psychol. 91(5):1154-1162, 2006.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SB-SAGEM). Türkiye Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SAGEMpersonelMemnuniyeti2017.pdf> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi:28.03.2022), 2017.

Sağlık Bakanlığı. Dijital hastane nedir? <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,5007/dijital-kagitsiz-hastane-nedir.html> (Erişim Tarihi: 20.09.2022), 2014.

Sağlık Bakanlığı. Gösterge Yönetimi Rehberi, (s.6). Ankara SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Yayını <https://kalite.saglik.gov.tr> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 28.03.2022), 2015.

Salant P, Dillman DA. How to conduct your own survey. Newyork John Wiley & Sons, Inc., 1994.

Samaan SS. Picture archiving and communication system design and implementation. Al-Nahrain Journal for Engineering Sciences. 19(1):124-36, 2017.

Sebetci Ö, Hanaylı MC, Dönük GG. Hastanelerin dijitalleşme sürecinde HIMSS-EMRAM modeli kullanımının dünyada ve Türkiye'deki genel durumunun incelenmesi. İşletme Araştırmaları Dergisi. 9(4):360-74, 2017.

Sensmeier, JE. Nursing informatics: Designing the healthcare of the future. Nursing Management. 41(12):52-53, 2010.

Sharifian R., Askarian F., Nematolahi M, Farhadi P. Factors influencing nurses' acceptance of hospital information systems in Iran: application of the Unified Theory

of Acceptance and Use of Technology. Health Information Management: Journal of the Health Information Management Association of Australia, 43(3):23-28, 2014.

Sligo J, Gauld R, Roberts V, Villa L. A literature review for large scale health information system project planning, implementation and evaluation. International Journal of Medical Informatics, 97:86-97, 2017.

Softa HK, Akduran F, Akyazı E. Hemşirelerin bilgisayar kullanımlarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 3(3):845-858, 2014.

Strudwick G. 2015. Predicting nurses' use of healthcare technology using the technology acceptance model: an integrative review. CIN: Computers, Informatics, Nursing, 33(5):189-198.

Su CY, Chao CM. Investigating factors influencing nurses' behavioral intention to use mobile learning: using a modified unified theory of acceptance and use of technology model. Frontiers in Psychology. 13, 2022.

Şahin Ş. Bilişim sistemleri uygulamalarının işletme performansına etkileri. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2(6):43-56, 2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, 2004.

Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics, 6. Baskı, Boston, Pearson, 2013.

Tacy J. Understanding the Effects of Technology Acceptance in Nursing Faculty: A Hierarchical Regression. Nursing Education Research Conference 2018: Generating and Translating Evidence for Teaching Practice, Washington, DC, 2018.

Tarafdar M, Tu Q, Ragu-Nathan BS, Ragu-Nathan TS. The impact of technostress on role stress and productivity, Journal of Management Information Systems. 24(1):301-328, 2007.

Tarafdar M, Tu Q, Ragu-Nathan TS, Ragu-Nathan BS. Crossing to the dark side: examining creators, outcomes, and inhibitors of technostress. *Communications of the ACM*.54(9):113-120, 2011.

Tat HC. Sağlık Sektöründe Hastane Bilgi Sistemi Kullanımının Teknoloji Kabul Modeli ile İncelenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2018.

Tekir Ö, Çevik C, Arık S, Çetin G. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumu düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 18(2):51-63, 2016.

Tilev S, Beydağ KD. Hemşirelerin iş doyum düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1):140-147, 2014.

Tobe SW, Hua D, Twohig P. *Clinical Practice Guidelines*. Future Medicine Ltd., 2013.

Tüfekci N, Yorulmaz R, Cansever İH. Digital Hospital. *Journal of Current Researches on Health Sector*. 7(2), 2017.

Türen U, Erdem H, Kalkın G. İş yerinde tekno-stres ölçeği: havacılık ve bankacılık sektöründe bir araştırma. *Çalışma İlişkileri Dergisi*. 6(1):1-19, 2015.

Uslu D, Toygar ŞA, Mansur F. Hastane bilgi yönetim sisteminin kullanılabilirliğini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2(3):45-57, 2016.

Venkatesh V, Morris MG, Davis GB, Davis FD. User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*. 425-478, 2003.

Volkan E. Dijital hastane çalışmalarının yatan hasta işlemlerinde sağladığı kağıt tasarrufu ve hemşirelik bakım hizmetlerinin süresine etkisinin analizi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.

Weiss JD, Dawis VR, England WG, Lofquist HL. *The short-form MSQ In Manual For The Minnesota Satisfaction Questionnaire*, ss. 23-27, Washington, D.C., Relations Center University Of Minnesota, 1967.

World Health Organization. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States. Report on the Second Global Survey on e-Health. World Health Organization, 2010.

Yahşı Ö, Hopcan S. Reviewing the structural relationship among the technology leadership, technostress and technology acceptance of school administrators. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 9(6):1781-1797, 2021.

Yılmaz M, Demirkıran AE. Hastane yönetim ve bilgi sisteminin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. Bilişim Teknolojileri Dergisi, 5(3):19-28, 2012.

Zhou LL, Owusu-Marfo J, Asante Antwi H, Antwi MO, Kachie ADT, Ampon-Wireko S. Assessment of the social influence and facilitating conditions that support nurses' adoption of hospital electronic information management systems (HEIMS) in Ghana using the unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT) model. BMC medical informatics and decision making. 19(1):1-9, 2019.

10. EKLER

EK-1 Hasta Bilgi Sistemleri Ölçeği İzni

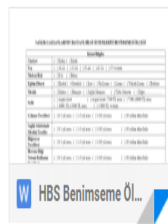
bilge uysal 11:28 (1 saat önce) ☆
Sayın hocam, Ben Bilge ŞAKRAK, İstanbul Medipol Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında yükseltisans yapmaktayım. Tez çalışmam için sizin değerli çalışmanız da

 **FATİH GÜRSES**
Alıcı: ben ▾
12:51 (19 dakika önce) ☆ ↻ ⋮

Merhabalar Bilge Hanım,

İlgili ölçektedir. Ölçeği akademik çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Fatih



EK-2 Tekno-Stres Ölçek İzni

Postalarda arayın



32 ileti dizisinden 2.



ölçek izni hk.

Gelen Kutusu x



Bilge uysal

11:25 (1 saat önce)



Sayın hocam, Ben Bilge ŞAKRAK, İstanbul Medipol Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında yüksekisans yapmaktayım. Tez çalışmam için sizin değerli çalışmanız da



Ufuk Turen

Alıcı: ben

12:35 (38 dakika önce)



Bilge hanım merhaba,

Aşağıdaki bağlantıdan ilgili makalemize ulaşabilirsiniz.

Makalenin içinde ölçek ve değerlendirme yöntemi bulunmaktadır. Kaynak göstermek kaydıyla kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Başarılar dilerim.

Doç.Dr. Ufuk Turen

EK-3 Minnesota İş Doyumu Ölçeği

öğçek onam hk.  Gelen Kutusu x



bilge uysal

13:07 (1 saat önce) ☆

Sayın hocam, Ben Bilge ŞAKRAK, İstanbul Medipol Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında yüksekisans yapmaktayım. Tez çalışmam için sizin değerli çalışmanız da



Asli Baycan

Alıcı: ben ▼

14:14 (29 dakika önce) ☆ ↩ ⋮

Kullanabilirsiniz

iPhone'umdan gönderildi

> bilge uysal [REDACTED] yazdı (28 Mar 2022 13:07):

>

>

EK-4 Tekno-Stres Ölçeği

Tekno-Stres Ölçeği Aşağıda bölümle ilgili görüş ifadeleri verilmiştir. Bu ifadelere katılma düzeylerinizi belirten seçeneği (X) işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Çalıştığım yerde kullanılan teknolojinin, beni daha fazla iş yapmaya zorlaması beni strese sokuyor					
Çalıştığım yerde kullanılan teknolojinin, beni çok sıkı zaman çizelgelerine bağlaması beni strese sokuyor.					
Çalıştığım yerde kullanılan teknolojiye ayak uydurabilmek için çalışma alışkanlıklarımı değiştirmek beni strese sokuyor.					
Çalıştığım yerde kullanılan teknolojinin, beni çok daha hızlı iş yapmaya zorlaması beni strese sokuyor.					
Çalıştığım yerde iş yüküm çok fazladır, çünkü kullandığım teknoloji gittikçe karmaşıklıyor.					
Kullandığımız teknolojik cihazların yazılımları belirli periyotlarla değiştirilir.					
Kullandığımız teknolojik cihazlara sıklıkla güncellemeler yapılır.					
Kullandığımız teknolojik cihazların donanımları belirli periyotlarla değiştirilir.					
Çalıştığım yerde sürekli yeni teknolojileri kullanırız.					
Yeni bir teknolojiyi öğrenmek ve kullanmak için çok uzun zamana ihtiyacım olur.					
Teknolojik bilgi seviyemi yenilemek için yeterli zamanı şimdiye kadar bulamadım.					
Genellikle kullandığım teknolojiyi anlamayı çok karmaşık bulurum.					
İşimi tam olarak yapabilmek için kullandığım teknoloji hakkında yeterli bilgiye sahip değilim.					
Çalıştığım yerde kullandığım teknoloji konusunda bana göre daha bilgili iş arkadaşlarım vardır.					

EK-5 Minnesota İş Doyumu Ölçeği

Minnesota İş Doyumu Ölçeği Aşağıda bölümle ilgili görüş ifadeleri verilmiştir. Bu ifadelere katılma düzeylerinizi belirten seçeneği (X) işaretleyiniz.	Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok Memnunum
1.Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
2.Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından					
3.Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansım olması bakımından					
4.Toplumda “saygın bir kişi” olma şansını bana vermesi bakımından					
5.Yöneticimin ekibindekileri kişileri yönetme tarzı bakımından					
6Yöneticimin, karar vermedeki yeteneği bakımından					
7.Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması açısından					
8. Bana sabit bir iş sağlaması bakımından					
9. Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam açısından					
10. Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından					
11. Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması açısından					
12. İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından					
13. Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından					
14. İş içinde terfi olanağımın olması açısından					
15. Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
16. İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından					
17. Çalışma şartları bakımından					
18. Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları bakımından					
19. Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem açısından					
20. Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden					

EK-6 Tanıtıcı Bilgiler

Sayın Çalışan;

Bu çalışmada, hastane bilgi sisteminin çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde tekno-stres ve iş doyumu üzerine etkisini belirlemek amaçlanmaktadır. Anket sorularına verilen, yanıtların doğruluğu, araştırmanın sonuçları için önemlidir. Bu yüzden tüm soruları EKSİKSİZ yanıtlamanız gerekmektedir. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler saklı tutulacak ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Adınızı soyadınızı yazmanıza gerek yoktur. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Cinsiyet	☐ Kadın ☐ Erkek
Yaş	☐ 18-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-54 ☐ 55 ve üzeri
Medeni Hali	☐ Evli ☐ Bekar
Eğitim Düzeyi	☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
Gelir	☐ Asgari ücret- 7500 TL arası ☐ 7500-10000 TL arası ☐ 10001 TL-15000 TL arası ☐ 15000 TL ve üzeri
Çalışma	☐ 0-1 yıl arası ☐ 1-3 yıl arası ☐ 3-10 yıl arası ☐ 10
Tecrübesi	yıldan daha fazla
Mesleki	☐ 0-1 yıl arası ☐ 1-3 yıl arası ☐ 3-10 yıl arası ☐
Tecrübe	10 yıldan daha fazla
Bilgisayar	☐ 0-1 yıl arası ☐ 1-3 yıl arası ☐ 3-10 yıl arası ☐
Tecrübesi	10 yıldan daha fazla
Hastane Bilgi	
Sistemi	☐ 0-1 yıl arası ☐ 1-3 yıl arası ☐ 3-10 yıl arası ☐
Kullanım	10 yıldan daha fazla
Tecrübesi	

EK-7 Sağlık Çalışanlarının Hastane Bilgi Sistemlerini Benimsemesi Ölçeği

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTANE BİLGİ SİSTEMLERİNİ BENİMSEMESİ ÖLÇEĞİ							
Performans Beklentisi							
<i>Lütfen aşağıdaki her ifadeyi o ifadeye katılma ya da katılmama derecenizi yansıtan rakamın altındaki bölümü işaretleyerek cevaplayınız. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.</i> 1-“Kesinlikle Katılmıyorum” ile 7- “Kesinlikle Katılıyorum” arasında 7 cevap seçeneğiniz vardır.	(1) Kesinlikle Katılmıyorum	(2) Katılmıyorum	(3) Biraz Katılmıyorum	(4) Kararsızım	(5) Biraz Katılıyorum	(6) Katılıyorum	(7) Kesinlikle Katılıyorum
Performans Beklentisi							
1. Hastane Bilgi Sistemini kullanmayı işimde yararlı buluyorum.							
2. Hastane Bilgi Sistemini kullanmak işlerimdeki başarıyı artırır.							
3. Hastane Bilgi Sistemi işlerimi daha çabuk yapmama yardımcı olur.							
4. Hastane Bilgi Sistemini kullanmak iş verimliliğimi artırır.							
Efor/Çaba Beklentisi							
1. Hastane Bilgi Sistemi’nin nasıl kullanılacağını öğrenmek benim için kolaydır.							
2. Hastane Bilgi Sistemini kullanmayı açık ve anlaşılabilir buluyorum.							
3. Hastane Bilgi Sistemini kullanmayı kolay buluyorum.							
4. Hastane Bilgi Sistemi kullanımında ustalaşmak benim için kolaydır.							
Sosyal Etki							
1. İş arkadaşlarım Hastane Bilgi Sistemini kullanmam gerektiğini düşünmektedir.							
2. Üst yöneticilerim Hastane Bilgi Sistemini kullanmam gerektiğini düşünmektedir.							
3. Hastane Bilgi Sistemini kullanma noktasında insanların görüş ve tavsiyelerine önem veririm.							
Kolaylaştırıcı Koşullar							
1. Hastane Bilgi Sistemini kullanma noktasında gerekli kaynaklara (bilgisayar, internet vb.) sahibim.							
2. Hastane Bilgi Sistemini kullanma noktasında gerekli bilgiye sahibim.							
3. Hastane Bilgi Sistemi kullandığım diğer teknolojilerle (işletim sistemi vb.) uyumludur.							
4. Hastane Bilgi Sistemini kullanırken zorlandığımda yardım alacak birilerini bulabilirim.							
5. Sisteme destek veren ekip konusunda uzmandır.							

NOT: Bundan Sonraki Soruları Hastane Bilgi Sistemini Kullanma Zorunluluğunuzdan Bağımsız Olarak Cevaplayınız.							
Davranışsal Niyet							
1. Gelecekte de Hastane Bilgi Sistemi kullanmaya devam etme niyetindeyim.							
2. Hastane Bilgi Sistemini her zaman kullanmaya çalışacağım.							
3. Hastane Bilgi Sistemini yoğun şekilde kullanmaya devam etmeyi planlıyorum.							
Kullanım							
1. Hastane Bilgi Sistemini kullanmaya çok zaman ayırıyorum.							
2. Hastane Bilgi Sistemini çok <u>sık</u> kullanıyorum.							



11. ETİK KURUL ONAYI

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Sayı : E-10840098-772.02-2164
Konu: Etik Kurulu Kararı

04/04/2022

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde, Hastane Bilgi Sistemini Benimsemenin, Tekno-Stres ve İş Doyumları Üzerine Etkisi.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	AYSEL KÖKCÜ DOĞAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Dr. Öğr. Üyesi/ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evragınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden BDCB7979XA kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Sa



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No:300	Tarih: 31/03/2022				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Uygundur
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Uygundur
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Uygundur
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHASANOGU LU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Uygundur

* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evracınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden BDCB7979XA kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

COVID-19 (Pandemi) nedeniyle etik kurulumuz sanal olarak toplanmış olup kurul üyelerimizden uygunluk kararı sanal ortamda alınmıştır. Araştırmacı tarafından talep edilirse, COVID-19 (Pandemi) sonrası ıslak imzalı karar formu ayrıca hazırlanabilir.

Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sekreteri
Bilge KAYA

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrağımızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden BDCB7979XA kodu ile doğrulayabilirsiniz.