

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ



HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİNDE DİJİTAL HASTANE
SİSTEMLERİNE GEÇİŞİN İŞ YÜKÜ VE BAKIM KALİTESİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CANAN TOPUZ

İSTANBUL, 2024

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ



HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİNDE DİJİTAL HASTANE
SİSTEMLERİNE GEÇİŞİN İŞ YÜKÜ VE BAKIM KALİTESİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CANAN TOPUZ

DANIŞMAN: PROF. DR. İBRAHİM HALİL CANKUL

İSTANBUL, 2024

KABUL VE ONAY

CANAN TOPUZ tarafından hazırlanan “HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİNDE DİJİTAL HASTANE SİSTEMLERİNE GEÇİŞİN İŞ YÜKÜ VE BAKIM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 14.06.2024 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi programı Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Prof. Dr. İbrahim Halil CANKUL

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gamze AYDIN

TOPRAK

İstanbul Arel Üniversitesi

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa METE

İstanbul Aydın Üniversitesi

.....

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali AKDEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİNDE DİJİTAL HASTANE SİSTEMLERİNE GEÇİŞİN İŞ YÜKÜ VE BAKIM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

14.06.2024

CANAN TOPUZ

ÖZET

HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİNDE DİJİTAL HASTANE SİSTEMLERİNE GEÇİSİN İŞ YÜKÜ VE BAKIM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
CANAN TOPUZ

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ
(DANIŞMAN: PROF. DR. İBRAHİM HALİL CANKUL)

İSTANBUL, 2024

Amaç: Bu çalışma dijital hastane sistemlerine geçişin; hemşirelerin günlük iş yükü üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunu ve bakım kalitesinin nasıl etkilendiğini anlamak amacıyla yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

Yöntem: Araştırma 01.09.2023-01.12.2023 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Genel Hastane’de görev yapan (n=404) hemşireler ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Dijital Hastane Uygulamaları Anketi kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 22.0 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyutu ile Yararlılık-Etkililik alt boyutu arasında anlamlı pozitif bir ilişki vardır. Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği ile Bakım Davranışları Ölçeği arasında anlamlı pozitif yönde, İş Yükü Ölçeği arasında anlamlı negatif bir ilişki vardır.

Sonuç: Çalışmada elde edilen sonuçlardan göre hemşirelik sürecinin dijital temelli bir sistemle sunulması, hemşirelik mesleğinin bilimselliğine önemli katkı sağlamanın yanında, bakım kalitesini de olumlu yönde etkilediği, hemşirelerin iş yükünü cüzi miktarda arttırdığı ancak sağlık profesyonellerinin arasındaki iletişimin kolaylaştırılmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakım süreci, Dijital hastane, İş yükü, Bakım kalitesi

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE IMPACT OF TRANSITIONING TO DIGITAL HOSPITAL SYSTEMS ON WORKLOAD AND CARE QUALITY IN NURSING CARE PROCESSES

MASTER'S THESIS

CANAN TOPUZ

GRADUATE SCHOOL, ISTANBUL AREL UNIVERSITY

HEALTHCARE MANAGEMENT

(SUPERVISOR: PROF. DR. İBRAHİM HALİL CANKUL)

İSTANBUL, 2024

Objective: This is a cross-sectional and descriptive study to understand how the transition to digital hospital systems has an impact on the daily workload of nurses and how the quality of care is affected.

Method: The study was conducted between 01.09.2023-01.12.2023 with nurses (n=404) working in the T.R.Ministry of Health Başakşehir Çam and Sakura City Hospital General Hospital. Digital Hospital Practices Questionnaire was used to collect the data. The data obtained were analyzed with SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 22.0 program.

Result: There is a significant positive relationship between the Practicality-Efficiency sub-size of the Digital Hospital Practice Scale and the Beneficence-Effective sub-size. There is a significant positive correlation between the Digital Hospital Practices Scale and the Care Behaviour Scale, and a significant negative relationship between the Workload Scale.

Conclusion: According to the results obtained in the study, the presentation of the nursing process with a digital-based system is a significant contribution to the scientificity of the nursing profession and positively affects the quality of care, it is thought that nurses increase the workload by a small amount but contribute to facilitating communication between health professionals

Key Words: Nursing care process, Digital hospital, Workload, Quality of care

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
TABLO LİSTESİ	vi
KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ.....	viii
ÖNSÖZ.....	ix
1 GİRİŞ	1
1.1 Problem Tanımı.....	1
1.2 Araştırmanın Konusu ve Kapsamı	1
1.3 Araştırmanın Amacı	4
2 HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİ VE DİJİTAL HASTANE SİSTEMLERİ.....	5
2.1 Hemşirelik Bakım Sürecinin Temel İlkeleri	5
2.1.1 Değerlendirme Aşaması	5
2.1.2 Tanı Koyma.....	6
2.1.3 Planlama	7
2.1.4 Uygulama	8
2.1.5 Değerlendirme.....	9
2.2 Dijital Hastane Sistemlerinin Tanımı ve Fonksiyonları.....	11
2.2.1 Elektronik Sağlık Kayıtları	11
2.2.2 Hasta Takip Sistemleri	12
2.2.3 İlaç Yönetim Sistemleri.....	14
2.2.4 İş Akışı Yönetimi	15
2.3 Hemşirelik Bakım Sürecinde Dijitalleşmeye Geçişin Nedenleri	17
2.3.1 İş Akışında Verimlilik İhtiyacı.....	18
2.3.1.1 Dijital Sistemlerin İş Akışına Entegrasyonu	18
2.3.1.2 Hata Azaltma ve Güvenlik Artışı.....	20
2.3.2 Veri Analitiği ve Karar Destek Sistemleri	21
2.3.2.1 Büyük Veri Analitiği Uygulamaları.....	21
2.3.2.2 Karar Destek Sistemlerinin Hemşirelik Bakımına Etkisi.....	23
2.3.3 İletişim ve Koordinasyon Geliştirmesi	24
2.3.3.1 Hemşireler Arası İletişimin Artırılması	26
2.3.3.2 Çok Disiplinli Ekip Çalışmasının Desteklenmesi	27
2.4 Dijitalleşmenin Hemşirelik Bakım Kalitesine Etkisi	28
2.4.1 Hasta Güvenliği ve Hata Azaltma.....	29
2.4.1.1 İlaç Yönetimi ve Doğru Hasta Tanımlama	30
2.4.1.2 Elektronik Uyarı ve Alarm Sistemlerinin Rolü.....	31
2.4.2 Bakım Koordinasyonu ve İletişim	32
2.4.2.1 Ekip İletişiminde Dijital Sistemlerin Rolü.....	33
2.4.2.2 Hasta Bakım Planlarının Koordinasyonu.....	34
2.4.3 Veri Analitiği ve Hasta Sonuçları	35
2.4.3.1 Büyük Veri Analitiğinin Hasta Sonuçlarına Etkisi	36
2.4.3.2 Karar Destek Sistemlerinin Klinik Sonuçlara Katkısı	37

3	HEMŞİRELERİN DİJİTAL HASTANE SİSTEMLERİNE GEÇİŞ SÜRECİNDE KARŞILAŞTIĞI İŞ YÜKÜ	38
3.1	Eğitim ve Adaptasyon Süreci.....	38
3.1.1	Dijital Sistemlere Geçiş Eğitim Programları.....	39
3.1.2	Adaptasyon Zorlukları ve Çözüm Stratejileri	41
3.2	Dokümantasyon ve Bilgi Girişi.....	42
3.2.1	Elektronik Sağlık Kayıtlarının Tutulması	43
3.2.2	Veri Girişi İşlemlerinin Zaman ve Enerji İhtiyacı	44
3.3	Sistem Arızaları ve Teknik Sorunlar.....	46
3.3.1	Teknik Destek ve Sorun Çözme Mekanizmaları	46
3.3.2	Sistem Arızalarının Hemşirelik Bakımına Etkisi.....	47
4	YÖNTEM.....	48
4.1	Araştırmanın Önemi ve Amacı	48
4.2	Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	48
4.3	Araştırmanın Problemi ve Hipotezleri	49
4.4	Araştırmanın Kısıtlılıkları	49
4.5	Araştırmanın Modeli	50
4.6	Veri Toplama Araçları	51
4.6.1	Kişisel Bilgi Formu.....	51
4.6.2	Dijital Hastane Uygulamaları Anketi.....	51
4.6.3	Bakım Davranışları Ölçeği-24	52
4.6.4	İş Yüğü Ölçeği	53
4.7	Veri Analizi	54
5	BULGULAR.....	55
6	TARTIŞMA	83
7	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
8	KAYNAKLAR	102
9	EKLER.....	107
	EK A Etik Kurul Onayı.....	107
	EK B Kurum Araştırma İzin Onayı	109
	EK C Ölçek İzinleri.....	110
	EK D Kullanılan Anketler.....	112
	EK E Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	117
10	ÖZGEÇMİŞ.....	119

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 4.1 Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri ve Tasarımı.....	50
Şekil 5.1 Ölçek Maddeleri İçin Scree Plot Grafiği	58



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 5.1 Sosyo-demografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi (n=404)	55
Tablo 5.2 Faktör Analizine Uygunluğun Belirlenmesine Dair Bulgular	56
Tablo 5.3 Dijital Hastane Uygulamaları Anket Maddeleri İçin Faktör Analizi Bulguları.....	57
Tablo 5.4 Dijital Hastane Uygulamaları Anket Maddeleri Ölçek Boyutları İçin Özdeğer ve Varyans Yüzdelerine Dair Bulgular	58
Tablo 5.5 Dijital Hastane Uygulamaları Anket Maddeleri Ölçek Boyutları İçin İç Tutarlık Katsayılarına Dair Bulgular	59
Tablo 5.6 Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nin Toplam Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistiksel Tablo	59
Tablo 5.7 Bakım Davranışları ve İş Yükü Ölçek Boyutları İçin İç Tutarlık Katsayılarına Dair Bulgular	60
Tablo 5.8 Cinsiyet Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi	60
Tablo 5.9 Yaş Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi	62
Tablo 5.10 Medeni Durum Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi	64
Tablo 5.11 Çocuk Sayısına Göre Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi	65
Tablo 5.12 Eğitim Durumu Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi	67
Tablo 5.13 Meslekte Çalışma Yılı Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi	69
Tablo 5.14 Kurumda Çalışma Yılı Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi	71
Tablo 5.15 Çalıştığımız Birim Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi	73

Tablo 5.15 (devam) Çalıştığımız Birim Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi	74
Tablo 5.16 Çalışma Pozisyonu Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi	77
Tablo 5.17 Çalışma Şekli Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi	79
Tablo 5.18 Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği Ortalama Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.	81



KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ

ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi (Analysis of Variance)
BDÖ	: Bakım Davranışları Ölçeği
ESK	: Elektronik Sağlık Kayıtları
EMRAM	: Elektronik Sağlık Kaydı Benimseme Modeli (Electronic Medical Record Adoption Model)
HIMMS	: Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu (Healthcare Information and Management Systems Society)
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
RPA	: Robotik Süreç Otomasyonu
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Sciences)
T.C	: Türkiye Cumhuriyeti

ÖNSÖZ

Bana duydukları sonsuz güven ve inançla daima desteklerini kalbimde hissettiğim başta biricik anneme, babama ve kardeşime,

Yüksek lisans eğitimi boyunca ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, yanında çalışmaktan onur duyduğum ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli danışman hocam Prof.Dr.İbrahim Halil CANKUL'a,

Eğitimim ve tez araştırmam boyunca bana destek olan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi yöneticilerine ve çalışma arkadaşlarıma,

Desteklerini esirgemeyen hep yanımda olan sevgili dostlarıma,

Son olarak tez çalışmamda emeği geçen ve bana destek olan herkese teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Bu tezi, hayatım boyunca benden hiçbir fedakârlığı esirgemeyen, bana her zaman destek olan sevgili anneme, babama ve kardeşime ithaf ediyorum.

14.06.2024

CANAN TOPUZ

1 GİRİŞ

1.1 Problem Tanımı

Araştırmanın problemi; “Hemşirelik bakım sürecinde dijital hastane sistemlerine geçişin iş yükü ve bakım kalitesine etkisi var mıdır?” sorusudur.

1.2 Araştırmanın Konusu ve Kapsamı

Küreselleşen endüstriler, büyümeyi desteklemek için yeni uygulamalar, güvenilir yazılımlar, yeni iş modelleri ve son zamanlarda verilerin dijitalleştirilmesini geliştirmeye çabalamaya devam ediyor. Sağlık sektörü de bu gelişim sürecinden faydalanarak verimliliğin sağlanmasına katkı sağlayan yeni teknolojilerin uygulama alanlarından biridir. Hasta verilerine güvenilir ve sürekli erişim sağlayan sağlık bilgi sistemleri aynı zamanda sağlık profesyonellerinin ve karar vericilerin etkili ve hızlı çözümler bulmasına da yardımcı olmaktadır (Haggerty, 2017:7-11).

Dijital hastane, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanan bir hastane modelidir. Bu modelde, finansal, tıbbi ve idari süreçlerde bilişim teknolojisinin maksimum düzeyde kullanıldığı, iletişim ve tıbbi yardımın her zaman garanti altında olduğu bir yapı söz konusudur. Bu hastaneler, çeşitli iletişim araçları ve tıbbi cihazların birbiriyle ve diğer bilgi sistemleriyle entegre olduğu, sağlık profesyonelleri ve hastaların tele tıp ve mobil tıp uygulamaları aracılığıyla bilgi alışverişinde bulunabildiği geniş kapsamlı tesislerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane, 2014). Dijital hastaneler, binlerce alt süreçten ve yüzlerce klinik fonksiyondan oluşan karmaşık organizasyonlardır. İyi entegre edildiklerinde, doktorların ve sağlık profesyonellerinin hasta sağlık bilgilerine erişmesi daha kolay hale gelir. Bu da doktorların ve sağlık çalışanlarının daha verimli ve güvenli bir şekilde yardım sunmalarına olanak tanır, doğru bilginin doğru kaynaklara ve doğru zamanda ulaşmasını sağlar (Cansever, Tüfekçi, Yorulmaz, 2017:143-155).

Dijital hastanelerde farklı idari ve hizmet alanlarına sahip sağlık kuruluşlarındaki süreçler ve hastalar hakkında kapsamlı bilgi toplanır. Bu bilginin

karar vermenin her aşamasında mevcut olması çok önemlidir. Özellikle hasta bilgilerinin ve sorularının hasta başı sistemine girilmesi; hastane içinde ve dışında hastaya ait laboratuvar sonuçları, radyolojik görüntüler, tıbbi ölçümler gibi her türlü tıbbi bilgiye anında erişim, iş süreçlerini hızlandırır ve tıbbi hataları en aza indirir.

Dijital hastanelerin avantajları şu şekilde sıralanabilir: (T.C. Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane, 2014).

- Dijital hastanelerde doktorlarımız ve hemşirelerimiz hasta bilgilerine mekân ve zaman kısıtlaması olmadan ulaşabiliyor; vatandaşların hastaneye yatış ve bekleme süreleri en aza indirilirken, hastalara daha fazla zaman ayrılmaktadır.
- İnsan mekanik işçiliğine olan ihtiyaç azalacak, idari ve tıbbi hatalar en aza indirilecektir.
- Dijital hastaneler röntgen ve kağıt filmi tüketimini azalttıkça film ve ofis malzemesi maliyetleri de minimuma iniyor. Ayrıca X-ray görüntüsü CD ve dijital ortamlar aracılığıyla sağlandığı için çevre de korunmaktadır.
- Elektronik sağlık kayıtlarının kaydedilmesine, raporlanmasına ve güvenilir olarak saklanmasına olanak sağlayan dijital hastanelerde, hasta tedavileri bir bütün olarak takip edilerek teşhis ve hasta işlemleri hızlandırılır, değerlendirmelerin doğruluğu ve kalitesi artar.
- İlaç izleme sistemlerinin kullanımı; İlaçların akılcı kullanımı, tüm eczanelerde iki boyutlu barkod ve barkod okuyucuların kullanılması, üreticinin ambalaj üzerindeki diğer alana ürün kodu, seri numarası, her seride yeniden başlayan sıra numarası, üretim ve son kullanma tarihi gibi bilgileri içeren bir QR kodu eklemesine olanak tanır. Dijital hastanelerde, farklı ilaçların eş zamanlı uygulanmasının olası yan etkileri, karar destek sistemlerinden gelen uyarılar sayesinde tespit edilebilmektedir.
- Eğer hastanın ilaca alerjisi varsa dijital hastanelerde, hasta ilacın verilmesini istediğinde sistem uyarı verip hastaya yanlış ilacın verilmesini engellemektedir.

- Yöneticilerimiz dijital hastanelerde performansı daha kolay ve hızlı bir şekilde takip edip değerlendirebilmektedir. Bu, finansal kaynakların etkin, verimli kullanılmasını ve hesaplanmayan harcamaların önlenmesini sağlamaktadır.
- Doğru envanter yönetimine, veri çıkarmaya ve istatistiksel veri analizine olanak tanır.

Teknoloji ve bilginin daha iyi kullanımını sağlayarak, hasta güvenliği konsepti ile sağlık bakım kalitesini iyileştirme vizyonu ile 1961 yılında HIMMS (Healthcare Information and Management Systems Society - Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu) kurulmuştur. Amerika, Avrupa ve Asya'da yapılanmaları bulunan ve kâr amacı gütmeyen bir organizasyondur. Bilgi teknolojilerinin, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve geliştirilmesinde en uygun ölçüde kullanımını sağlamayı hedefler. HIMSS, kendine başvuruda bulunan hastanelerin dijital süreçlerini değerlendirerek, geldikleri seviyeyi tespit etmek için dünyaca kabul edilen akreditasyon ve standart modelini (1 ile 7 arası) kullanmaktadır. EMRAM' da (Electronic Medical Record Adoption Model - Elektronik Sağlık Kaydı Benimseme Modeli) bu modellerden biridir. Hastanelerin elektronik tıbbi kayıt yeteneklerini en temel hizmetlerden kağıtsız tıbbi kayıt ortamına kadar genişleyen bir aralıkta ele almaktadır. Dijital süreçlerini altıncı ve yedinci seviyeye kadar tamamlamış olan hastaneleri ise ödüllendirmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı ile HIMSS Avrupa arasında imzalanan protokol ile, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm Kamu Hastanelerinin EMRAM modeline göre değerlendirme süreci devam etmekte olup Türkiye'de seviye 6 ve seviye 7 olarak valide edilmiş olan birçok hastane bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane, 2014).

Teknoloji ve buna bağlı gelişmeler her zaman yaşam kalitesine olumlu etki yapmaktadır. Sağlık açısından bakıldığında yeni teknolojiler ve yöntemler, sağlık merkezleri ve kuruluşlarının tedavi süreçlerini, hastalarla iletişimi, sağlığı koruma süreçlerini ve yönetim prosedürlerini iyileştirmeyi mümkün kılmaktadır. Hızla gelişen geniş bant internet ve mobil bağlantı çözümleri, randevu planlama, takip bakımı ve tıbbi raporlar gibi süreçleri sanallaştırırken, bulut bilişim, bu ve benzeri verilerin depolanması için fiziksel gereksinimlerin ötesine geçmektedir. (Akalin ve Veranyurt, 2020: 131-141).

Tüm bu süreçlerde bugün sağlıkta; yapay zekanın dijital çözümlerde kullanımını da artmaktadır. Sağlık profesyonelleri, yapay zekanın makine öğrenmesi ve derin öğrenme gibi yönlerini kullanarak hastalık teşhisi, sağlığın korunması teşhis, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde yeni yöntemlere doğru ilerliyor. Bu yöntemler sağlık kuruluşlarına maliyet ve sağlık profesyonelliği açısından kolaylık sağlamaktadır. Geçtiğimiz yıl sağlık ve yapay zeka alanında 30.000'den fazla çalışma yapıldı ve üniversite-hastane işbirlikleri, kamu-özel ortaklıkları ve araştırma geliştirme laboratuvarları aracılığıyla bu konudaki araştırmalar yoğun bir şekilde devam etmektedir (Akalin ve Veranyurt, 2020: 131-141).

Sağlık sektöründe dijital hastane sistemlerine geçiş, bakım süreçlerinde de önemli bir değişikliği beraberinde getirmektedir. Bu değişiklik hemşirelerin günlük iş süreçlerinin karmaşıklığını artırarak iş yükünü etkileyebilir. Bu bağlamda bu çalışma, hemşirelikte dijitalleşme sürecinin etkisini derinlemesine anlamayı ve hemşireliğin olası etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu durum bakımın kalitesi üzerinde etkilidir.

1.3 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı dijital hastane sistemlerine geçişin hemşirelerin günlük iş yükü üzerindeki etkisini, karşılaştıkları zorlukları, iletişim eksikliklerini ve olası hataları ve bunların da bakım kalitesine olası etkilerini anlamaktır. Bu kapsamda dijital sistemlere geçişte yaşanan zorluklar, yeni beceri gereksinimleri ve iş süreçlerindeki değişiklikler incelenmekte ve bu faktörlerin hemşirelerin iş yüküne etkisi dikkatle analiz edilmektedir. Ayrıca bu çalışma, dijitalleşme sürecinin bakım kalitesini nasıl etkilediğini anlamak için bir çerçeve sağlayacaktır.

2 HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİ VE DİJİTAL HASTANE SİSTEMLERİ

2.1 Hemşirelik Bakım Sürecinin Temel İlkeleri

Hemşirelik bakım süreci, hastaların bireysel ihtiyaçlarını karşılamak, sağlıklarını korumak veya geri kazanmalarına yardımcı olmak amacıyla uygulanan sistemli bir yaklaşımı içermektedir. Bu süreç, hasta odaklı bir bakım sağlamak için adımli ve organize bir yapıyı içerir. Hemşirelik bakım sürecinin ilk aşaması olan değerlendirme, hemşirelerin hastaları hakkında kapsamlı bilgi edinmelerini ve etkili bir bakım planı oluőturmalarını sağlar.

2.1.1 Değerlendirme Aşaması

Değerlendirme aşaması, hemşirelerin hastaların fiziksel, psikososyal, çevresel ve kültürel ihtiyaçlarını anlamak için kapsamlı bir inceleme yapmalarını içerir. Bu aşama, hasta ile birebir iletişim kurmayı, hastanın tıbbi geçmişini anlamayı, mevcut semptomları değerlendirmeyi ve hastanın yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemeyi içerir. Değerlendirme aşamasının temel bir unsuru, hasta ile etkileőimdir. Hemşireler, hasta ile güvenilir bir iletişim kurarak hastanın duygusal durumunu anlamaya çalışır. Bu, hasta tarafından hissedilen acıları, endişeleri ve beklentileri anlamak için önemlidir. Hemşireler, hastanın tıbbi geçmişini inceleyerek mevcut sağlık durumu hakkında geniş bir bakış elde ederler. Hastanın daha önceki hastalıkları, alerjileri, ilaç kullanımı ve genetik faktörleri değerlendirmek, etkili bir bakım planı oluşturmak için kritik öneme sahiptir. Hemşireler, hastanın mevcut semptomlarını detaylı bir şekilde değerlendirirler. Bu, hastanın Őikayetlerini anlamak, olası teőhisleri belirlemek ve tedavi planını oluşturmak için gereklidir. Değerlendirme aşamasında, hastanın yaşam kalitesini etkileyen fiziksel, psikososyal, çevresel ve kültürel faktörler belirlenir. Bu faktörler, hastanın bakım planının bireyselleőtirilmesi ve hasta merkezli bir yaklaşımın benimsenmesi açasından önemlidir (Alcan vd., 2011: 1-50).

Değerlendirme aşaması, hemşirelik bakım sürecinin temel ilkelerinden biridir ve etkili bir bakım planı oluşturmak için kritik bir aşamadır. Bu aşama, hasta odaklı bir bakımın temelini oluşturarak hastanın bireysel ihtiyaçlarına uygun, güvenilir ve etkili bir bakımın temelini atmaktadır. Bu süreç, dijital hastane sistemleri ile entegre edilerek, veri analitiği ve yapay zekâ kullanımıyla daha da geliştirilebilir, bu da hemşirelerin değerlendirme sürecini daha hızlı ve etkili bir yönetme şekline olanak tanır (Avşar vd., 2014: 216-221).

2.1.2 Tanı Koyma

Hemşirelik bakım sürecinin ikinci aşaması olan tanı koyma, hasta değerlendirme aşamasından elde edilen bilgilerin analiz edilerek, hastanın durumunu anlama ve bu duruma yönelik kesin tanıların konulması sürecini içerir. Bu aşama, hemşirelerin hastanın sağlık sorunlarını belirleyerek, uygun ve etkili bir bakım planı oluşturmalarına olanak tanır (Avşar vd., 2014: 216-221).

Tanı koyma süreci, değerlendirme aşamasında elde edilen çeşitli verilerin detaylı bir analizini içerir. Hemşireler, hastanın tıbbi geçmişi, semptomları, fiziksel bulguları ve laboratuvar sonuçları gibi verileri dikkatlice değerlendirirler. Bu verilerin analizi, hastanın sağlık durumunu anlamak için kritik öneme sahiptir. Veri analizi sonrasında, hemşireler semptomlarına, bulgularına ve tıbbi geçmişine dayanarak spesifik bir tanının hastanın durumuna uygun kesin tanıları belirlerler. Bu, hastanın konulmasını içerir. Kesin tanıları, hemşirelerin etkili bir bakım planı oluşturmalarına rehberlik eder. Tanılar belirlendikten sonra, hemşireler hasta ile bu tanıları paylaşırlar. Hasta ile açık iletişim kurmak, onların tanıları ve tedavi planlarını anlamalarına yardımcı olur. Hastanın katılımı, tedavi sürecinin başarısını artırabilir. Tanı koyma süreci, sağlık profesyonelleri arasında etkili bir işbirliği ve iletişimi gerektirir. Hemşireler, diğer sağlık çalışanlarıyla tanıları ve tedavi planlarını paylaşarak, bütüncül bir sağlık hizmeti sunmaya katkıda bulunurlar. Tanı koyma aşamasının ardından, hemşireler hastanın durumunu düzenli olarak izlerler. Bu izleme süreci, tedavinin etkinliğini değerlendirmek, olası komplikasyonları önlemek ve bakım planını güncellemek için önemlidir (Avşar vd., 2014: 216-221).

Hemşirelik bakım sürecinin tanı koyma aşaması, hasta bakımında sistemli ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşımın temelini oluşturur. Bu aşama, hemşirelerin

hastalarının sağlık durumlarını anlamalarını ve uygun bakım stratejilerini belirlemelerini sağlayarak, hastanın yaşam kalitesini artırmaya yönelik önemli bir adımdır (Alcan vd., 2011: 1-50). Tanı koyma süreci, dijital hastane sistemlerinin kullanımı ile de desteklenerek, veri analitiği ve teknolojinin sunduğu avantajlardan yararlanılabilir, bu da hemşirelerin daha doğru ve hızlı tanıları koymalarına yardımcı olabilir (Axelsson vd., 2005: 936-45).

2.1.3 Planlama

Hemşirelik bakım sürecinin üçüncü aşaması olan planlama, değerlendirme ve tanı koyma aşamalarından elde edilen bilgileri temel alarak hastaya yönelik etkili bir bakım planının oluşturulduğu evredir. Bu aşama, hemşirelerin hasta bakımını yönlendirmek, tedavi stratejilerini belirlemek ve hastanın ihtiyaçlarına en iyi şekilde yanıt vermek amacıyla tasarlanan bir süreçtir.

Planlama sürecinin ilk adımı, hemşirelerin belirlenen tanıları ve değerlendirmelere dayanarak hastanın bakımında ulaşılabilir ve ölçülebilir hedefler belirlemesini içerir. Bu hedefler, hastanın sağlığını iyileştirmek, semptomları kontrol altına almak veya yaşam kalitesini artırmak gibi spesifik amaçları içermelidir (Karabulut ve Çetinkaya, 2011: 14-23). Hedefler belirlendikten sonra, hemşireler uygun bakım stratejilerini planlamaya başlarlar. Bu stratejiler, ilaç tedavisi, fiziksel bakım, eğitim programları, beslenme planları ve psikososyal destek gibi çeşitli yöntemleri içerebilir. Planlama süreci, hasta odaklı ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşımı vurgular. Planlama aşamasında, hemşireler diğer sağlık profesyonelleri ile etkili bir şekilde iş birliği yaparlar. Doktorlar, fizyoterapistler, diyetisyenler ve diğer uzmanlarla iletişim kurarak, hastanın tüm sağlık ihtiyaçlarına kapsamlı bir şekilde yanıt verecek bir bakım planı oluşturulur. Planlama süreci, olası acil durumları da içermelidir. Hemşireler, hastanın durumunda beklenmeyen değişikliklere karşı hazırlıklı olmalı ve acil müdahale planlarını içeren bir strateji geliştirmelidirler. Hemşireler, planlama sürecinde hastanın ve ailesinin katılımını teşvik etmelidir. Hastanın bakım planına aktif katılımı, tedaviye uyumun artmasına ve daha başarılı sonuçların elde edilmesine yardımcı olabilir (Axelsson vd., 2005: 936-45).

Hemşirelik bakım sürecinin planlama aşaması, hasta bakımının yönetilmesinde kilit bir rol oynar. Bu aşama, hastaların bireysel ihtiyaçlarına uygun,

koordineli ve etkili bir bakım sağlamak için tasarlanmıştır (Berman vd., 2008). Hemşirelerin planlama süreci, dijital hastane sistemlerinin kullanımıyla desteklenerek, veri analitiği ve teknoloji avantajlarından faydalanabilir. Bu, daha etkili ve hızlı bir bakım planı oluşturulmasına yardımcı olabilir ve hasta bakımında kaliteyi artırabilir (Alcan vd., 2011: 1-50).

2.1.4 Uygulama

Günümüzde sağlık sektörü, teknolojik gelişmelerle birlikte hızla dönüşmekte ve bu değişim, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve erişilebilir olmasına katkı sağlamaktadır (Fesci, Doğan ve Pınar, 2008: 40-50). Hemşirelik bakım süreci, hasta bakımının temelini oluşturan önemli bir aşamadır. Bu süreç, hasta değerlendirmesinden başlayarak, hemşirelerin hasta ihtiyaçlarına uygun bakım planları geliştirmesine kadar bir dizi adım içermektedir (Ay, 2008: 2-28).

Dijital hastane sistemleri, hemşirelik bakım sürecini optimize etmek, hata payını azaltmak ve hasta güvenliğini artırmak amacıyla geliştirilmiş bir dizi uygulama sunmaktadır (Bayık, 2002). Bu uygulamalar, sağlık profesyonellerine daha etkili bir şekilde iletişim kurma, hasta verilerini takip etme ve tedavi planlarını yönetme imkânı sunar. Buna göre; (Bırol, 2007)

- Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK)

Dijital hastane sistemleri, hasta verilerini elektronik sağlık kayıtları olarak tutma ve paylaşma yeteneği sunar. Hemşireler, bu kayıtlara anında erişim sağlayarak hasta geçmişini inceleyebilir ve daha hızlı kararlar alabilirler. Bu da hasta bakımında sürekliliği artırır ve bilgi paylaşımını kolaylaştırır.

- Mobil Hasta İzleme Uygulamaları

Mobil uygulamalar, hastaların sağlık durumlarını takip etmelerini ve gerekirse hemşirelerle anında iletişim kurmalarını sağlar. Özellikle kronik hastalıkları olan bireyler için bu uygulamalar, tedavi planlarına daha etkin bir şekilde uyum sağlamalarına yardımcı olur.

- Akıllı Dozaj Yönetimi

Dijital hastane sistemleri, ilaç dozajlarını izleyen ve hatırlatan uygulamalar sunar. Hemşireler, bu uygulamalar aracılığıyla hastaların ilaçlarını zamanında ve doğru bir şekilde almasını sağlar, böylece tedavi süreçleri daha etkili hale gelir.

- Tele Hasta Hizmetleri

Tele hasta uygulamaları, hemşirelerin uzaktan hasta izlemesi ve danışmanlık yapması için bir platform sağlar. Bu, özellikle uzak bölgelerdeki hastalara erişimi artırır ve acil durumlarda hızlı müdahale imkanı sunar.

- Veri Analitiği ve İyileştirme Araçları

Dijital hastane sistemleri, büyük veri analitiği kullanarak hastane süreçlerini değerlendirme ve iyileştirme fırsatları sunar. Hemşireler, bu analitik araçlar sayesinde hasta bakım kalitesini artırabilir ve sürekli olarak iyileştirebilir.

Hemşirelik bakım süreci ve dijital hastane sistemleri arasındaki entegrasyon, hasta bakımında önemli bir dönüşümü temsil etmektedir. Bu uygulamalar, hemşirelerin daha etkin ve verimli bir şekilde çalışmalarına yardımcı olurken, hasta deneyimini de önemli ölçüde iyileştirir (Karabulut ve Çetinkaya, 2011: 14-23). Bu gelişmeler, sağlık sektöründe dijitalleşmenin sadece bir başlangıç olduğunu ve gelecekte daha da yenilikçi uygulamaların ortaya çıkacağını göstermektedir (Berman vd., 2008).

2.1.5 Değerlendirme

Dijital hastane sistemleri, hemşirelik bakım sürecinde önemli bir dönüşümü tetiklemiş ve sağlık hizmetlerindeki verimliliği artırmıştır. Bu uygulamalar, hemşirelerin hasta bakımını daha etkili bir şekilde yönetmelerine olanak tanırken, aynı zamanda hasta güvenliğini ve tedavi sonuçlarını artırmayı hedeflemektedir (Kaya, 2008). Bu bağlamda, dijital hastane sistemlerindeki uygulamaların değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini artırmak adına kritik bir öneme sahiptir. Buna göre; (Olmaz ve Karakurt, 2019: 3-14)

- Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK)

Elektronik sağlık kayıtları, hasta verilerinin dijital bir platformda depolanmasını sağlar. Bu uygulama, hemşirelere anında erişim imkanı tanır ve hasta geçmişini daha etkili bir şekilde değerlendirmelerine olanak sağlar. Ancak, veri güvenliği ve gizliliği konularında dikkatli olunması gerekmektedir.

- Mobil Hasta İzleme Uygulamaları

Mobil uygulamalar, hasta sağlık verilerini izleme ve hemşirelerle etkileşim kurma imkanı sunar. Bu sayede, kronik hastalıkların yönetimi ve hasta takibi daha etkili hale gelir. Ancak, hasta eğitimi ve teknolojiye erişim konularında dengeli bir yaklaşım benimsemek önemlidir.

- Akıllı Dozaj Yönetimi

İlaç dozajlarını izleyen ve hatırlatan uygulamalar, hemşirelerin ilaç yönetimini optimize etmelerine yardımcı olur. Ancak, teknik arızalar veya kullanıcı hataları gibi riskler göz önünde bulundurularak güvenlik önlemleri artırılmalıdır.

- Tele Hasta Hizmetleri

Tele hasta uygulamaları, uzaktan hasta izleme ve danışmanlık imkanı sağlar. Bu, özellikle uzak bölgelerdeki hastalar için önemli bir avantajdır. Ancak, güvenli ve güvenilir bir telekomünikasyon altyapısının olması kritiktir.

- Veri Analitiği ve İyileştirme Araçları

Büyük veri analitiği, hastane süreçlerini değerlendirme ve iyileştirme fırsatları sunar. Ancak, doğru veri toplama, analiz ve yorumlama becerilerine sahip personelin yetiştirilmesi önemlidir. Ayrıca, veri güvenilirliği konusunda da titizlik gösterilmelidir.

Hemşirelik bakım sürecini güçlendirecek potansiyele sahiptir. Ancak, bu uygulamaların başarılı olabilmesi için teknolojik, etik ve güvenlik ağlarından sürekli bir değerlendirme ve iyileştirme sürecine ihtiyaç vardır. Hemşirelerin bu dijital araçları etkili bir şekilde kullanmalarını sağlamak, geleğin sağlık hizmetlerinde

daha yüksek kalitede bakım sunma hedefine ulaşmada önemli bir adım olacaktır (Keski, 2009).

2.2 Dijital Hastane Sistemlerinin Tanımı ve Fonksiyonları

Dijital hastane sistemleri, geleneksel sağlık hizmetlerini dijital teknolojilerle entegre ederek, hasta bakım süreçlerini optimize etmeyi amaçlayan kapsamlı bir sağlık yönetim yaklaşımını temsil eder. Bu sistemler, bir dizi fonksiyon ve özellik içerir, bunlar arasında elektronik sağlık kayıtları, akıllı dozaj yönetimi, mobil hasta izleme uygulamaları, tele hasta hizmetleri ve veri analitiği bulunur. Elektronik sağlık kayıtları, hasta verilerini dijital bir platformda depolayarak hemşirelere anında erişim sağlar ve hasta geçmişinin daha etkili bir şekilde takip edilmesini mümkün kılar. Akıllı dozaj yönetimi uygulamaları, hastaların ilaçlarını zamanında ve doğru bir şekilde almasını sağlar, bu da tedavi uyumluluğunu artırır. Mobil hasta izleme uygulamaları, hastaların sağlık verilerini izlemelerine ve hemşirelerle etkileşimde bulunmalarına olanak tanır. Tele hasta hizmetleri, uzaktan hasta izleme ve danışmanlık imkânı sunarak sağlık hizmetlerine erişimi artırır. Veri analitiği ve iyileştirme araçları, büyük veri analizi ile hastane süreçlerini değerlendirir ve sürekli kalite iyileştirmeyi destekler. Bu fonksiyonlar, dijital hastane sistemlerinin sağlık hizmetlerini daha etkili, güvenilir ve erişilebilir kılma amacına hizmet eder (Dikmen, Ak ve Yorgun, 2015: 162-167).

2.2.1 Elektronik Sağlık Kayıtları

Elektronik Sağlık Kayıtları, geleneksel kâğıt tabanlı sağlık kayıtlarının dijitalleştirilmiş ve elektronik bir platforma aktarılmış hali olarak tanımlanabilir. Bu sistem, sağlık hizmeti sunucularının hastaların tıbbi bilgilerini daha etkili bir şekilde yönetmelerini, paylaşmalarını ve güncellemelerini sağlamak amacıyla tasarlanmıştır. Elektronik sağlık kayıtları getirdiği çeşitli avantajlar, sağlık sektöründe bu dijital dönüşümü hızlandırmıştır (Dikmen vd., 2015: 162-167).

Avantajları arasında bilgilerin dijital ortamda depolanması sayesinde sağlık profesyonellerinin hasta verilerine daha hızlı ve kolay erişim sağlamasıdır. Bu, acil durumlarda anında müdahale edilmesini ve tedavi kararlarının daha çabuk alınmasını mümkün kılar. Ayrıca, bu dijital kayıtların güvenli bir şekilde depolanması, gizliliği

artırarak hasta bilgilerinin yetkisiz erişimlere karşı korunmasını sağlar. Elektronik bir diğer önemli özelliği, bilgilerin diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları veya tesislerle daha kolay paylaşılabilir olmasıdır. Bu, hasta tedavi süreçlerinin farklı uzmanlık alanları arasında koordinasyonunu artırır ve tedavi sürecinin bütünlüğünü sağlar. Hasta, farklı sağlık profesyonelleri tarafından verilen hizmetler arasında geçiş yaparken, kendi tıbbi geçmişi konusunda daha az tekrarlamaya maruz kalır (Özbıçakçı, 2009: 87-89).

Elektronik sağlık kayıtları, aynı zamanda kâğıt tabanlı kayıtların aksine daha az yer kaplar ve fiziksel depolama maliyetlerini azaltır. Bu çevresel etki, kâğıt israfını en aza indirerek sürdürülebilir bir sağlık hizmeti yönetimi sağlar. Ayrıca, bu dijital kayıtların daha kolay yedeklenmesi ve korunması, bilgi kaybını en aza indirir, böylece veri bütünlüğü ve güvenilirlik sağlanır. Ancak, elektronik sağlık kayıtlarının benimsenmesiyle birlikte bazı zorluklar da ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında bilgi güvenliği endişeleri, veri standardizasyonu sorunları ve sistem uyumsuzlukları yer almaktadır. Bu zorluklara rağmen, elektronik sağlık kayıtlarının sağladığı avantajlar, sağlık hizmetlerinin daha etkili, koordineli ve sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını destekleyerek sağlık sektörünü olumlu yönde etkilemektedir (Özbıçakçı, 2009:87-89).

2.2.2 Hasta Takip Sistemleri

Hasta takip sistemleri, sağlık sektöründe kullanılan teknolojik çözümler arasında önemli bir yer tutar. Bu sistemler, hastaların sağlık durumlarını takip etmek, tedavi süreçlerini en uygun hale getirmek ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına daha etkili bir iletişim imkânı sunmak amacıyla tasarlanmıştır. Hasta takip sistemlerini detaylı açıklamak gerekirse; (Dikmen vd., 2015:162-167)

- Elektronik Sağlık Kayıtları Entegrasyonu

Hasta takip sistemleri, elektronik sağlık kayıtları ile entegre çalışabilir. Bu entegrasyon, sağlık profesyonellerine hasta verilerine daha hızlı ve kolay erişim sağlar.

- Hasta Monitörizasyonu

Sistemler, hastaların vital bulgularını (nabız, tansiyon, oksijen seviyeleri vb.) sürekli olarak izleyebilir. Bu, acil durumlar veya sağlık durumundaki değişiklikleri hızlı bir şekilde tespit etmeyi mümkün kılar.

- Mobil Uygulamalar ve İnteraktif Platformlar

Hasta takip sistemleri, mobil uygulamalar ve web tabanlı platformlar aracılığıyla hastaların kendi sağlık verilerini izlemelerine ve sağlık profesyonelleriyle etkileşimde bulunmalarına olanak tanır.

- İlaç Hatırlatma ve Dozaj Takibi

Sistemler, hastaların ilaç kullanımını düzenli bir şekilde takip edebilir ve ilaç hatırlatmaları ile dozaj takibi konusunda destek sağlayabilir.

- Uzaktan İzleme ve Tele Hasta Hizmetleri

Hasta takip sistemleri, uzaktan izleme teknolojileri ile hastaların evlerinden veya uzak bölgelerden izlenmesine olanak tanır. Bu, özellikle kronik hastalıkları olan bireyler için önemli bir avantajdır.

- Bilgi Güvenliği ve Gizlilik Önlemleri

Hasta takip sistemleri, hastaların sağlık bilgilerini güvenli bir şekilde korumak adına güçlü bilgi güvenliği ve gizlilik önlemleri içerir.

- Veri Analitiği ve Raporlama

Sistemler, topladıkları verileri analiz ederek trendleri belirler ve sağlık profesyonellerine raporlar sunar. Bu, tedavi planlarını geliştirmek ve sağlık hizmetlerini optimize etmek için kullanılır.

- Eğitim ve Hasta Bilincini Artırma

Hasta takip sistemleri, hastalara kendi sağlıkları hakkında daha fazla bilgi edinme imkanı tanır. Bu, hastaların tedavi süreçlerine daha etkin bir şekilde katılımını teşvik eder.

Hasta takip sistemleri, bu özellikleriyle sağlık hizmetlerini daha kişiselleştirilmiş, etkili ve erişilebilir hale getirerek hem hasta memnuniyetini artırır hem de sağlık profesyonellerine daha fazla kaynak sağlar.

2.2.3 İlaç Yönetim Sistemleri

Sağlık hizmetlerinde ilaçların doğru ve etkili bir şekilde yönetilmesini sağlayan teknolojik çözümlerdir. Bu sistemler, ilaçların reçeteye uygun bir şekilde verilmesini, dozaj takibini, ilaç etkileşimlerini kontrol etmeyi ve hasta güvenliğini artırmayı hedefler. İlaç yönetim sistemleri detaylı bir şekilde açıklanacak olursa; (Dikmen vd., 2015:162-167)

- Elektronik Reçete Sistemleri

Elektronik reçete sistemleri, kağıt tabanlı reçetelerin dijitalleştirilmesini sağlar. Bu sayede, ilaçlar daha hızlı ve hatasız bir şekilde hasta tarafından alınabilir.

- Dozaj Hatırlatma Uygulamaları

İlaç yönetim sistemleri, hastalara ilaçlarını düzenli ve doğru bir şekilde alabilmeleri için dozaj hatırlatma uygulamaları sunar. Bu, hasta uyumunu artırarak tedavi başarısını destekler.

- Hasta Profili ve İlaç Geçmişi İzleme

Sistemler, her hasta için ayrı bir profil oluşturarak ilaç geçmişini ve alerjilerini izler. Bu, sağlık profesyonellerine hastanın önceki tedavi deneyimleri hakkında bilgi sağlar.

- Uygunluk ve İlaç Etkileşimi Kontrolü

İlaç yönetim sistemleri, hastanın birden fazla ilaç kullanımını durumunda olası etkileşimleri kontrol eder ve sağlık profesyonellerini uyarır. Bu, yan etkilerin önlenmesine yardımcı olur.

- Akıllı İlaç Dağıtım Cihazları

Bu cihazlar, belirli bir dozajdaki ilacı belirlenen zamanlarda otomatik olarak dağıtarak hasta tarafından alınmasını sağlar. Bu sistem, ilaçların düzenli ve doğru bir şekilde kullanılmasını sağlar.

- Tele Hasta İlaç Yönetimi

Tele hasta hizmetleri, hastaların ilaç kullanımını uzaktan takip edebilen sistemleri içerir. Bu, sağlık profesyonellerine gerçek zamanlı bilgi sağlar.

- İlaç Depolama ve Stok Yönetimi

Sağlık tesislerindeki ilaç depolarının dijital olarak izlenmesi, stok yönetimi konusunda daha etkili bir yaklaşım sunar. Bu, ilaçların zamanında temin edilmesini ve süreçlerin daha düzenli olmasını sağlar.

- Bilgi Güvenliği ve Yetkilendirme Kontrolleri

İlaç yönetim sistemleri, hasta bilgilerinin güvenli bir şekilde depolanmasını ve sadece yetkilendirilmiş kişilerin erişebilmesini sağlayan güvenlik önlemlerini içerir.

İlaç yönetim sistemleri, hasta güvenliği, tedavi uyumu ve sağlık hizmetlerinde verimliliği artırarak sağlık sektöründe önemli bir rol oynamaktadır. Bu sistemler, ilaçla ilgili hataları minimize ederek daha güvenli ve etkili bir tedavi süreci sağlar.

2.2.4 İş Akışı Yönetimi

Bir organizasyon içindeki süreçlerin düzenlenmesi, izlenmesi ve optimize edilmesi amacıyla kullanılan bir yönetim yaklaşımını temsil eder. Bu yaklaşım, iş süreçlerinin daha verimli, şeffaf ve uyumlu bir şekilde yürütülmesini sağlayarak kurumların hedeflerine daha etkili bir şekilde ulaşmalarına katkıda bulunur. İş akışı yönetimi, bir iş sürecinin başlangıcından sonuna kadar olan adımların ve etkinliklerin belirlenmesini içerir. İş akışı yönetiminin ana unsurları şu şekilde sıralanabilir; (Olmaz ve Karakurt, 2019: 3-14)

- Süreç Tasarımı ve Analizi

İş akışı yönetimi, mevcut iş süreçlerini değerlendirir ve geliştirmek için yeniden tasarım yapabilir. Bu, iş akışındaki potansiyel darboğazları belirlemek, iş süreçlerini daha etkili hale getirmek ve kaynakları daha verimli kullanmak için önemlidir.

- Görev Atama ve Sorumluluklar

İş akışı yönetimi, her bir adım için görevleri ve sorumlulukları belirler. Bu, ekip üyeleri arasında işbirliğini artırır ve herkesin rollerini anlamasını sağlar.

- Otomasyon ve Dijitalleşme

İş akışı yönetimi, manuel ve tekrarlayan görevlerin otomatize edilmesini sağlar. Bu, hataları azaltır, süreçleri hızlandırır ve kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlar.

- İzleme ve Analiz

İş akışı yönetimi, süreçlerin gerçek zamanlı olarak izlenmesini ve performansın analiz edilmesini sağlar. Bu, süreçlerdeki gelişme alanlarını belirlemek ve karar alma süreçlerini desteklemek için önemlidir.

- Esneklik ve Uyarlanabilirlik

İş akışı yönetimi, değişen iş şartlarına ve taleplere hızlı bir şekilde adapte olabilmeyi sağlar. Bu, organizasyonların dinamik bir iş ortamında başarılı olmalarına yardımcı olur.

- İletişim ve İşbirliği

İş akışı yönetimi, ekipler arasındaki iletişimi artırır ve işbirliğini teşvik eder. Bu, projelerin ve görevlerin daha etkili bir şekilde yönetilmesine olanak tanır.

- Risk Yönetimi

İş akışı yönetimi, potansiyel riskleri belirler ve bu risklere karşı stratejiler geliştirir. Bu, süreçlerde beklenmedik durumlarla başa çıkma kapasitesini artırır.

Kurumların daha etkili ve verimli olmalarını sağlamak adına önemli bir araçtır. Bu yönetim yaklaşımı, süreçlerin optimize edilmesi, kaynakların daha verimli kullanılması ve organizasyonel hedeflere ulaşılması konularında değerli katkılar sunar.

2.3 Hemşirelik Bakım Sürecinde Dijitalleşmeye Geçişin Nedenleri

Dijitalleşme, sağlık sektöründe hemşirelik bakım sürecine geçişte önemli bir rol oynamaktadır. Bu geçişin temel nedenleri hem hasta bakımının iyileştirilmesini hem de sağlık hizmetlerinin daha etkili bir şekilde yönetilmesini amaçlamaktadır. İlk olarak, dijitalleşme sayesinde hasta verilerinin elektronik ortamda saklanması ve paylaşılması mümkün hale gelmiştir. Bu durum, hemşirelere hasta geçmişine hızlı ve kolay erişim imkânı tanır, bu da tedavi planlarını daha hızlı ve kişiselleştirilmiş bir şekilde oluşturmalarına yardımcı olur (Öner, 2014).

Dijitalleşmenin bir diğer önemli nedeni, hasta takibini ve izlemeyi daha etkili hale getirmektir. Mobil uygulamalar ve tele hasta hizmetleri aracılığıyla hastaların sağlık durumları sürekli olarak takip edilebilir. Bu, kronik hastalıkların yönetimi, tedavi uyumu ve sağlık sonuçlarının izlenmesi açısından önemli avantajlar sunar. Ayrıca, dijitalleşme hemşirelerin iletişimini ve koordinasyonunu artırır. Elektronik iletişim araçları, hemşireler arasında ve sağlık profesyonelleri ile daha hızlı ve etkili bir iletişimi sağlar. Bu da hasta bakımında sürekliliği artırır ve acil durumlarda daha hızlı müdahale imkânı sunar. İlaç yönetimi konusunda da dijitalleşme, ilaç dozajlarının takip edilmesini, hatırlatıcı uygulamalar aracılığıyla hastaların ilaçlarını düzenli olarak almasını sağlar. Bu, tedavi uyumunu artırarak yan etkileri minimize eder (Kılıç, 2016: 52-58)

Dijitalleşme hemşirelik bakım sürecine geçişte önemli bir katalizördür. Elektronik sağlık kayıtları, mobil uygulamalar, tele hasta hizmetleri ve diğer dijital araçlar, hasta bakımını daha etkili, erişilebilir ve kişiselleştirilmiş hale getirir. Bu nedenlerle, dijitalleşme sağlık sektöründe hemşirelerin rolünü güçlendirirken, hastaların da daha iyi bir sağlık hizmeti deneyimi yaşamasına olanak tanır.

2.3.1 İş Akışında Verimlilik İhtiyacı

İş akışında verimlilik ihtiyacı günümüz iş dünyasının merkezinde yer alır. Bu ihtiyaç, bir dizi faktörden kaynaklanmaktadır. İlk olarak, hızla değişen müşteri beklentileri ve rekabetin artışı, organizasyonları daha etkili olmaya zorlamaktadır. Müşteriler, hızlı ve kişiselleştirilmiş hizmetler beklerken, işletmeler de bu talepleri karşılamak ve pazarda rekabet avantajı elde etmek adına süreçlerini optimize etmeye yönelik baskı altındadır (Kılıç, 2017: 203-217).

Teknolojik gelişmelerin hızla ilerlemesi, ikinci bir önemli etkeni oluşturur. İş süreçlerine entegre edilen otomasyon sistemleri, yapay zekâ, robotik süreç otomasyonu (RPA), ve veri analitiği gibi araçlar, tekrarlayan ve rutin görevleri otomatize ederek insan kaynaklarının daha stratejik ve yaratıcı görevlere odaklanmasına olanak tanır. Bu sayede süreçler daha hızlı, hatasız ve etkili bir şekilde yönetilebilir. İçsel iletişim ve iş birliği süreçlerinin geliştirilmesi, organizasyon içindeki verimliliği artırmak adına kritik bir rol oynar. İletişim eksikliği, karar alım süreçlerinde gecikmelere, bilgi akışındaki aksaklıklara ve hatta tekrarlayan işlere neden olabilir. İş akışındaki verimliliği artırmak için, ekipler arası iletişimi güçlendirmek, bilgi paylaşımını hızlandırmak ve her seviyede iş birliği kültürünü teşvik etmek gereklidir (Kılıç, 2017: 203-217).

Organizasyonların sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmeleri için önemlidir. Bu ihtiyaca cevap vermek, sadece teknolojik araçları entegre etmekle kalmaz, aynı zamanda içsel iletişimi güçlendirmek, süreçleri optimize etmek ve çalışanların yetkinliklerini geliştirmekle mümkündür. Bu, organizasyonları daha esnek, yenilikçi ve rekabetçi kılarak başarıya ulaşmalarını sağlar (Karaağaç ve Bağlama, 2020: 215-226).

2.3.1.1 Dijital Sistemlerin İş Akışına Entegrasyonu

Dijital sistemlerin iş akışına entegrasyonu, organizasyonların daha rekabetçi, çevik ve müşteri odaklı olmalarına katkıda bulunur. Bu entegrasyon, süreçlerin daha şeffaf, hızlı ve hatasız bir şekilde yönetilmesini sağlayarak işletmelerin günümüz dinamik iş ortamında başarılı olmalarını destekler. Buna göre; (Kaya, 2020)

- Veri Akışının İyileştirilmesi

Dijital sistemlerin iş akışına entegrasyonu, veri akışını hızlandırarak organizasyon içindeki bilgi paylaşımını artırır. Elektronik veri transferi, kağıt tabanlı süreçlerin yerini alarak bilgiye anında erişimi mümkün kılar.

- Otomasyon ve Süreç İyileştirme

Dijital sistemler, tekrarlayan ve manuel görevleri otomatize eder. Bu, iş süreçlerini hızlandırır, hataları azaltır ve kaynakların daha etkili kullanılmasını sağlar. Örneğin, faturalandırma süreçleri, stok takibi gibi işlemler otomatize edilerek verimlilik artırılır.

- Mobil Uygulamalar ve Uzaktan Erişim

Dijital sistemler, mobil uygulamalar aracılığıyla iş akışına esneklik katarken, uzaktan erişim imkanı sağlar. Bu da çalışanların ve yöneticilerin herhangi bir yerden sistemlere erişerek iş süreçlerini yönetmelerine olanak tanır.

- Bilgi Güvenliği ve İzleme

Entegre dijital sistemler, bilgi güvenliği önlemleri ile birleşerek hassas verilerin korunmasını sağlar. Ayrıca, iş akışının her aşamasını izleyerek olası güvenlik ihlallerini önceden tespit etmeye yardımcı olur.

- İletişim ve İşbirliğini Artırma

Dijital sistemler, ekipler arasındaki iletişimi kolaylaştırır ve işbirliğini artırır. Ortak bir platformda çalışan ekipler, bilgi paylaşımını teşvik eder ve daha etkili bir şekilde projeler üzerinde işbirliği yapabilir.

- Veri Analitiği ve Raporlama

Entegre dijital sistemler, iş süreçlerinden elde edilen verileri analiz ederek raporlar sunar. Bu, karar alma süreçlerini destekler, süreçlerdeki iyileştirme alanlarını belirlemeye yardımcı olur.

- Hasta Deneyimini Geliştirme

Dijital sistemler, hasta ile etkileşim süreçlerini iyileştirir. Hasta takibi, hasta destek hizmetleri gibi alanlarda entegrasyon, hastanın memnuniyetini artırarak işletme performansını yükseltir.

- Eğitim ve Yetenek Geliştirme

İş akışına entegre dijital sistemler, çalışanlara eğitim ve gelişim imkanları sunar. Bu, personelin dijital araçları etkili bir şekilde kullanabilmesini sağlayarak verimliliği artırır.

2.3.1.2 Hata Azaltma ve Güvenlik Artışı

Hata azaltma ve güvenlik artışı, bir organizasyonun iş süreçlerini daha sağlam ve güvenilir hale getirmek için önemli bir hedefi temsil eder. Bu hedeflere ulaşmak için çeşitli stratejiler ve dijital araçlar kullanılmaktadır. Otomasyon sistemleri ve dijitalleşme, tekrarlayan ve manuel görevleri minimize ederek hata riskini düşürür. İnsan faktöründen kaynaklanan hataların azalması, iş süreçlerinin daha güvenilir ve tutarlı bir şekilde yürütülmesine olanak tanır. Örneğin, üretim hatlarında kullanılan otomasyon sistemleri, ürün kalitesini artırarak hata oranlarını minimuma indirir. Ayrıca, dijital sistemlerin entegrasyonu ve veri analitiği, iş süreçlerinin her aşamasını izleyerek hataları önceden tespit etmeye yardımcı olur. Gerçek zamanlı izleme ve analiz, olası sorunları hızla belirleyerek müdahale imkânı sunar. Bu sayede, iş süreçlerindeki hataların potansiyel etkileri azaltılır ve düzeltilmeler daha hızlı bir şekilde gerçekleştirilir (Kaya, 2020).

Bununla birlikte, iş akışında güvenlik artışı da hata azaltma ile doğrudan bağlantılıdır. Dijital sistemler, güvenlik önlemleri ile entegre edilerek hassas verilerin korunmasını sağlar. Erişim kontrolleri, şifreleme teknolojileri ve güvenlik duvarları gibi önlemler, yetkisiz erişimleri engeller ve veri güvenliğini artırır. Bu hem içsel hem de müşteri bilgilerinin güvenle korunmasını sağlayarak işletmenin itibarını güçlendirir. Bir organizasyonun sürdürülebilir başarısı için kritik unsurlardır. Dijitalleşme, otomasyon, veri analitiği gibi teknolojik çözümlerin iş süreçlerine entegrasyonu hem verimliliği artırır hem de güvenlik standartlarını yükseltir. Bu, müşteri memnuniyetini artırmanın yanı sıra işletme maliyetlerini düşürerek rekabet avantajı sağlar (Kılıç, 2016: 52-58).

2.3.2 Veri Analitiği ve Karar Destek Sistemleri

Karar destek sistemleri ve veri analitiği, günümüz iş dünyasında organizasyonların stratejik kararlar almasına ve veri odaklı bir yaklaşım benimsemesine önemli katkılarda bulunan kritik unsurlardır. Bu sistemler, büyük veri setlerini analiz ederek anlamlı bilgiler çıkarmak, eğilimleri belirlemek ve geleceğe yönelik kararlar için güçlü bir temel oluşturmak amacıyla kullanılır (Işık ve Akbolat, 2010: 365-389).

Veri analitiği, işletmelerin sahip oldukları büyük veri miktarlarını daha anlamlı ve stratejik bilgilere dönüştürmelerine yardımcı olur. Bu süreçte, verilerin keşfedilmesi, temizlenmesi, analiz edilmesi ve yorumlanması gibi adımların yanı sıra istatistiksel yöntemler ve makine öğrenimi algoritmaları da kullanılır. Bu sayede, organizasyonlar, geçmiş performanslarını anlama, gelecekteki eğilimleri tahmin etme ve iş stratejilerini optimize etme konularında avantaj elde ederler. Karar destek sistemleri, yöneticilere ve diğer karar alıcılara veri analitiği sonuçlarına dayanarak bilinçli ve etkili kararlar almalarına yardımcı olur. Bu sistemler, analitik raporlar, görselleştirmeler ve interaktif arayüzler aracılığıyla kullanıcılara hızlı erişim ve anlayış sağlar. Karar destek sistemleri, karmaşık veri setlerini anlamayı kolaylaştırarak yöneticilere stratejik kararlarını daha bilgi temelli bir şekilde yönlendirme fırsatı sunar (Karaağaç ve Bağlama, 2020: 215-226).

Bu teknolojilerin bir araya gelmesi, iş dünyasında rekabet avantajı sağlamak adına önemli bir araç haline gelmiştir. Veri analitiği ve karar destek sistemleri, pazar eğilimlerini takip etme, müşteri davranışlarını anlama, operasyonel verimliliği artırma ve riskleri yönetme gibi alanlarda organizasyonlara stratejik yönlendirmeler sunar. Ayrıca, hızla değişen iş ortamında adapte olma yeteneği ile bu sistemler, organizasyonların rekabet avantajını korumalarına ve büyütmelerine katkıda bulunur (Işık ve Akbolat, 2010: 365-389).

2.3.2.1 Büyük Veri Analitiği Uygulamaları

Büyük veri analitiği, farklı sektörlerde çeşitli uygulamalar bulur ve işletmelere rekabet avantajı sağlamak adına stratejik bilgiler sunar. Bu uygulamalar, veri setlerinin analiz edilerek daha iyi kararlar alınmasını, süreçlerin optimize

edilmesini ve genel olarak işletmelerin daha etkin bir şekilde yönetilmesini sağlar. Büyük veri analitiği uygulamalarını açıklayacak olursak; (Kaya, 2020; Karaağaç ve Bağlama, 2020: 215-226)

- Pazarlama ve Müşteri Analitiği

Büyük veri analitiği, pazarlama stratejilerini geliştirmek ve müşteri davranışlarını anlamak için kullanılır. Müşteri tercihleri, alışveriş alışkanlıkları ve talepleri gibi veriler analiz edilerek kişiselleştirilmiş pazarlama kampanyaları oluşturulur.

- Finans ve Risk Yönetimi

Finans sektöründe büyük veri analitiği, risk yönetimi, dolandırıcılık olayı tespiti, kredi değerlendirmesi gibi alanlarda etkin bir şekilde kullanılır. Büyük veri setlerinin analizi, finansal riskleri daha iyi anlamayı ve yönetmeyi sağlar.

- Sağlık Hizmetleri ve Klinik Analiz

Sağlık sektöründe, büyük veri analitiği hastane yönetimi, hasta bakımı, epidemiyoloji ve ilaç araştırmaları gibi birçok alanda kullanılır. Hastaların sağlık verilerinin analizi, hastalıkların daha iyi anlaşılmasına ve tedavi planlarının optimize edilmesine yardımcı olur.

- Üretim ve Tedarik Zinciri Yönetimi

Büyük veri analitiği, üretim süreçlerinin izlenmesi, tedarik zinciri optimizasyonu ve envanter yönetimi gibi operasyonel alanlarda kullanılır. Veri analitiği, malzeme akışları ve stok seviyeleri gibi faktörleri analiz ederek süreçleri daha verimli hale getirir.

- Enerji ve Kaynak Yönetimi

Enerji sektöründe, büyük veri analitiği, enerji tüketimi analizi, kaynak tahmini ve enerji verimliliği gibi konularda kullanılır. Bu sayede enerji şirketleri, kaynaklarını daha etkili bir şekilde yönetebilirler.

- Ulaşım ve Trafik Yönetimi

Büyük veri analitiği, trafik akışlarını izleyerek ulaşım sistemlerini optimize etmeye yardımcı olur. Trafik paternleri analizi, ulaşım planlamasını ve sürücü güvenliğini artırır.

- E-ticaret ve İnternet Platformları

E-ticaret şirketleri, kullanıcı davranışlarını ve tercihlerini analiz ederek öneri sistemleri oluşturabilir, stok yönetimini optimize edebilir ve müşteri memnuniyetini artırabilir.

- Eğitim ve Öğrenci Başarısı Analitiği

Eğitimde büyük veri analitiği, öğrenci başarıları, eğitim materyalleri etkileşimleri ve öğretim yöntemleri gibi verilerin analiziyle eğitim süreçlerini iyileştirmeyi amaçlar

2.3.2.2 Karar Destek Sistemlerinin Hemşirelik Bakımına Etkisi

Karar Destek Sistemleri, hemşirelik bakım süreçlerine önemli katkılarda bulunarak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir. Bu sistemler, hemşirelere hastaların bakımıyla ilgili daha bilgi temelli ve stratejik kararlar almalarına yardımcı olur. Hemşirelik bakımında karar verme süreçleri, hastanın karmaşık sağlık durumu, tedavi ihtiyaçları ve sürekli değişen koşullar gibi faktörlerle doludur. Bu noktada, karar destek sistemleri hemşirelere bu zorlu karar süreçlerinde rehberlik etmek, bilgi sağlamak ve en etkili bakım stratejilerini belirlemede destek olmak amacıyla devreye girmektedir. Buna göre bahsi geçen etki ve açıklamaları şu şekildedir; (Öner, 2014)

- Hasta Verilerinin İntegrasyonu

Karar destek sistemleri hastanın tıbbi geçmişi, laboratuvar sonuçları, tedavi planları gibi verileri entegre eder. Bu, hemşirelere daha kapsamlı bir bakış açısı sunarak hastaların bireysel ihtiyaçlarına daha iyi odaklanmalarına olanak tanır.

- Hızlı ve Doğru Tanılar

Karar destek sistemleri, semptomlar, test sonuçları ve tıbbi literatür gibi bilgileri analiz ederek hızlı ve doğru tanımlara ulaşmada yardımcı olur. Bu, hemşirelerin zamanında müdahale etmelerini ve uygun tedavi planlarını belirlemelerini sağlar.

- Tedavi Planları ve İlaç Yönetimi

Hemşireler, karar destek sistemleri sayesinde hastaların spesifik ihtiyaçlarına uygun tedavi planları oluşturabilirler. Aynı zamanda, ilaç etkileşimleri ve dozajları konusunda uyarılar alarak güvenli ilaç yönetimi gerçekleştirebilirler.

- Risk Değerlendirmeleri ve Önlemler

Karar destek sistemleri, hastaların risk faktörlerini değerlendirir ve hemşirelere potansiyel komplikasyonlar konusunda uyarılar sunar. Bu, proaktif bir bakım yaklaşımını teşvik eder.

- Sürekli Eğitim ve Güncel Bilgiler

Hemşireler, karar destek sistemleri üzerinden sürekli eğitim ve güncel bilgilere erişim sağlayabilirler. Bu da hemşirelerin güncel tıbbi gelişmeleri takip etmelerine ve pratiğini sürekli olarak geliştirmelerine yardımcı olur.

- Veri Analitiği ve Performans Değerlendirmesi

Karar destek sistemleri, bakım süreçlerinin performansını analiz ederek hemşirelere geri bildirimler sunar. Bu, sürekli kalite iyileştirme çabalarını destekler.

Hemşirelik bakımında bilgiye dayalı ve daha etkili kararlar almayı sağlar. Bu sistemler, hemşirelerin hasta bakımında daha güvenli, kişiselleştirilmiş ve sonuç odaklı bir yaklaşım benimsemelerine katkıda bulunur.

2.3.3 İletişim ve Koordinasyon Geliştirilmesi

İletişim ve koordinasyon, herhangi bir organizasyonun başarısı için kritik öneme sahiptir, ancak özellikle sağlık sektöründe, bu unsurlar hayati önem taşır. İletişim ve koordinasyonun etkili bir şekilde geliştirilmesi, sağlık profesyonelleri

arasında bilgi paylaşımını artırır, hasta bakımını iyileştirir ve hizmet kalitesini yükseltir. İletişim ve koordinasyonun geliştirilmesinin beraberinde getirdiği avantajlar ise şu şekilde sıralanabilir; (Dikmen vd., 2015: 162-167)

- Hasta Bakımında Etkin İletişim

Sağlık profesyonelleri arasında açık ve etkili iletişim, hasta bakımının temelini oluşturur. Doktorlar, hemşireler, teknisyenler ve diğer sağlık personeli arasında sürekli ve doğru bilgi paylaşımı, hastanın durumunun daha iyi anlaşılmasına ve uygun tedavi planlarının oluşturulmasına yardımcı olur.

- Ekip Çalışmasını Destekleme

İletişim ve koordinasyon, sağlık ekibinin birbirleriyle uyumlu bir şekilde çalışmasını sağlar. İyi bir iletişim, farklı uzmanlık alanlarından gelen sağlık profesyonellerinin bir araya gelerek hastaların bütünlüklü bakımını koordine etmelerini kolaylaştırır.

- Bilgi Akışını Hızlandırma

Dijital iletişim araçları ve elektronik sağlık kayıtları gibi teknolojik çözümler, sağlık profesyonelleri arasındaki bilgi akışını hızlandırır. Hasta verilerinin anında paylaşılması, acil durum müdahalelerini ve sürekli izlemeyi kolaylaştırır.

- Acil Durumlarda Etkili İletişim

Sağlık sektöründe, acil durumlar kaçınılmazdır. Etkili iletişim ve koordinasyon, acil durumların etkili bir şekilde yönetilmesini sağlar. Acil durum planları, iletişim protokolleri ve eğitim programları, sağlık personelinin hızlı ve koordineli bir şekilde tepki vermesini sağlar.

- Hasta ve Aile İletişimi

İyi bir iletişim sadece sağlık profesyonelleri arasında değil, aynı zamanda hasta ve aileleriyle de önemlidir. Hasta ve aileleri, tedavi planları, yan etkiler ve genel sağlık durumu hakkında doğru ve anlaşılır bilgilere erişim sağlandıkça daha bilinçli kararlar alabilirler.

- Veri Paylaşımı ve Entegrasyon

Elektronik sağlık kayıtları, laboratuvar sonuçları ve görüntüleme sonuçları gibi verilerin paylaşımı ve entegrasyonu, sağlık profesyonellerinin daha kapsamlı bir bakış açısı kazanmalarını sağlar. Bu, daha etkili bir tedavi planının oluşturulmasına yardımcı olur.

Sağlık sektöründe etkili bir hizmet sunmanın temel taşlarından biridir iletişim ve koordinasyon. Ekip çalışması, teknolojik çözümler ve sürekli eğitim, sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerini geliştirmelerine ve koordinasyonlarını artırmalarına yardımcı olur. Bu da hastaların daha iyi bakım almasını sağlayarak sağlık hizmetlerinin genel kalitesini yükseltir.

2.3.3.1 Hemşireler Arası İletişimin Artırılması

Sağlık hizmetlerinde etkin bir ekip çalışmasının temelini oluşturur ve hastaların bakımında önemli bir rol oynar. Hemşirelerin birbirleriyle etkili bir iletişim kurabilmeleri, hastaların güvenliğini artırır, hizmet kalitesini yükseltir ve genel olarak sağlık bakım ortamının olumlu bir atmosferini destekler.

Hemşireler arasındaki iletişimi artırmak için açık ve etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesi önemlidir. Birbirlerini dinlemek, anlamak ve saygılı bir şekilde iletişim kurmak, ekip içinde güçlü bir iletişim kültürü oluşturmanın temel adımlarıdır. Her hemşirenin ifade özgürlüğüne ve fikirlerini paylaşmaya cesaretlendirilmesi, ekip içi iletişimin güçlenmesine katkı sağlar. Dijital iletişim araçları ve teknolojik çözümler, hemşireler arasındaki iletişimi kolaylaştırabilir. Ortak bir iletişim platformu, anlık mesajlaşma veya paylaşım uygulamaları, ekip üyeleri arasında bilgi paylaşımını hızlandırabilir ve koordinasyonu artırabilir. Ancak, bu teknolojik araçların insan temasını asla tamamen yerine koymayacağı unutulmamalıdır. Ekip içinde düzenli toplantılar ve günlük toplantılar da hemşireler arası iletişimi güçlendirmek için etkili araçlardır. Bu toplantılar, ekip üyelerinin günlük planlarını paylaşmalarını, öncelikleri belirlemelerini ve karşılaştıkları zorlukları birbirleriyle paylaşmalarını sağlar. Bu sayede, ortak bir hedefe odaklanma ve birbirlerine destek olma kültürü oluşturulabilir (Kılıç, 2017: 203-217).

Hemşireler arası etkili iletişim, hasta bakım süreçlerindeki hataları azaltabilir, tedavi planlarını koordine etmeyi kolaylaştırabilir ve genel olarak sağlık bakım ekibinin verimliliğini artırabilir. Bu nedenle, sağlık kuruluşları hemşireler arası iletişimi güçlendirmeye yönelik stratejilere odaklanmalı, eğitim ve gelişim fırsatları sağlamalı ve etkili bir iletişim kültürünü teşvik etmelidir.

2.3.3.2 Çok Disiplinli Ekip Çalışmasının Desteklenmesi

Çok disiplinli ekip çalışması, sağlık sektöründe hastaların bütüncül bakımını sağlamak adına oldukça kritik bir rol oynar. Farklı alanlarda uzmanlığı olan sağlık profesyonellerinin birlikte ortak hedeflere yönelik iş birliği yapması, hastaların tedavi süreçlerinde etkili sonuçlar elde edilmesini sağlar. Çok disiplinli ekip çalışmasının desteklenmesine yönelik stratejiler şunlardır; (Karaağaç ve Bağlama, 2020: 215-226)

- İletişim Altyapısının Güçlendirilmesi

Çok disiplinli ekip çalışmasının temelini güçlü iletişim altyapısı oluşturur. Sağlık profesyonelleri arasında düzenli toplantılar, açık iletişim kanalları ve dijital iletişim araçları, bilgi paylaşımını artırır. Bu, ekip üyelerinin birbirleriyle koordineli bir şekilde çalışmalarına olanak tanır.

- Eğitim ve Farkındalık Programları

Farklı disiplinlerden gelen sağlık profesyonellerinin birbirlerinin rollerini ve sorumluluklarını anlamalarını sağlamak için eğitim ve farkındalık programları düzenlenmelidir. Bu programlar, ekip üyelerinin birbirlerine saygı göstermelerini ve ortak hedeflere odaklanmalarını teşvik eder.

- Ortak Hedef Belirleme

Çok disiplinli ekip çalışması, ortak hedeflere odaklanmayı gerektirir. Ekip üyeleri, hastanın sağlığını iyileştirmek ve tedavi süreçlerini optimize etmek gibi ortak hedeflere yönelik bir birlik duygusu geliştirmelidir. Bu, farklı uzmanlık alanlarından gelen ekip üyelerinin birbirlerine destek olmalarını kolaylaştırır.

- Ekip Üyeleri Arasında Güven İnşası

Güven, çok disiplinli ekip çalışmasının temel taşlarından biridir. Ekip üyeleri, birbirlerine güven duyduklarında açık iletişim, bilgi paylaşımı ve işbirliği daha etkili bir şekilde gerçekleşir. Güvenin inşası için zaman içinde oluşturulan başarı hikayeleri ve güçlü liderlik etkili olabilir.

- Teknolojik Altyapının Kullanımı

Dijital sağlık kayıtları, telemedicine uygulamaları ve benzeri teknolojik altyapılar, çok disiplinli ekip çalışmasını destekler. Bu sistemler, sağlık profesyonellerinin anlık veri paylaşımı yapmalarını, hastaların durumu hakkında güncel bilgilere ulaşmalarını ve işbirliği içinde çalışmalarını sağlar.

- Geri Bildirim ve Sürekli İyileştirme

Ekip çalışması süreçlerinin düzenli olarak gözden geçirilmesi, geri bildirim alınması ve sürekli iyileştirme çabalarının uygulanması önemlidir. Bu, ekip üyelerinin karşılaştıkları zorlukları anlamalarına ve süreçleri geliştirmelerine olanak tanır.

Hastaların kapsamlı ve etkili bir sağlık hizmeti almasını sağlar. Bu süreci desteklemek için iletişim, eğitim, güven inşası ve teknolojik altyapı gibi unsurların birleşimi önemlidir. Bu stratejiler, sağlık sektöründeki çok disiplinli ekip çalışmasını güçlendirmeye ve hastaların bakımını iyileştirmeye yardımcı olur.

2.4 Dijitalleşmenin Hemşirelik Bakım Kalitesine Etkisi

Dijitalleşme, hemşirelik bakımında önemli bir dönüşümü simgeler. Elektronik sağlık kayıtları, akıllı monitörler, tele hemşirelik uygulamaları ve diğer dijital araçlar, hemşirelere hasta bakım süreçlerini daha etkili bir şekilde yönetme imkânı sunar. Bu teknolojik gelişmeler sayesinde, hemşireler hastaların sağlık verilerine hızlı erişim sağlayabilir, vital bulgularını gerçek zamanlı olarak izleyebilir ve uzaktan bakım uygulamalarıyla hastalarla iletişim kurabilirler. Ayrıca, dijital ilaç yönetim sistemleri ve veri analitiği araçları, ilaç takibini kolaylaştırarak hataları minimize eder ve bakım kalitesini artırır. Hemşireler arası iletişimi güçlendiren bu

dijital araçlar, ekip içinde koordinasyonu artırır ve sürekli eğitim fırsatlarıyla hemşirelerin profesyonel gelişimine katkıda bulunur. Sonuç olarak, dijitalleşme hemşirelik bakımında daha kişiselleştirilmiş, verimli ve güvenli bir sürecin temelini oluşturarak genel bakım kalitesini yükseltir (Konukbay, Efe ve Yıldız, 2020: 175-182).

2.4.1 Hasta Güvenliği ve Hata Azaltma

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan kritik bir unsurdur ve hataların azaltılması bu bağlamda büyük bir öneme sahiptir. Sağlık sektöründeki hatalar, ciddi sonuçlara yol açabilir ve bu nedenle sağlık profesyonelleri, yöneticiler ve sistemler, hasta güvenliğini artırmaya yönelik sürekli çabalar sarf etmelidir. (Konukbay vd., 2020: 175-182)

- **Veri Odaklı Hasta Bakımı**

Hasta güvenliği, hasta verilerinin doğru ve güvenilir bir şekilde kullanılmasını gerektirir. Elektronik sağlık kayıtları, hastanın tıbbi geçmişi, alerjileri ve önceki tedavi deneyimleri gibi kritik bilgilerin paylaşılmasını kolaylaştırarak hataların önlenmesine yardımcı olur.

- **İlaç Yönetimi ve Doğruluk**

Doğru ilaç yönetimi, hasta güvenliğinin temel taşlarından biridir. Barkod teknolojileri ve otomatik dozaj sistemleri, ilaç hatalarını en aza indirir ve yanlış ilaç uygulamalarını önler.

- **Hata Raporlama ve Öğrenme Kültürü**

Sağlık kuruluşlarında hata raporlama sistemleri, sağlık profesyonellerinin hataları açıkça raporlamalarını teşvik eder. Bu, sistemsel zayıflıkların ve tekrarlanan hataların belirlenmesini sağlayarak sürekli iyileştirmeye olanak tanır.

- **İletişim ve Ekip Çalışması**

Açık iletişim ve etkili ekip çalışması, hasta güvenliğini artırmada kritik bir role sahiptir. Hemşireler, doktorlar, eczacılar ve diğer sağlık profesyonelleri arasında açık bir iletişim kültürü, bilgi paylaşımını artırarak hataları azaltabilir.

- Eğitim ve Simülasyon

Sağlık profesyonellerinin sürekli eğitimi, yeni teknolojilere adaptasyonları ve hasta güvenliği konusundaki en iyi uygulamaların benimsenmesini destekler. Hasta senaryolarını simüle etmek, acil durum müdahalelerini pratikleştirmek ve karar verme becerilerini geliştirmek için simülasyon eğitimleri önemlidir.

- Teknolojik Çözümler

Akıllı monitörler, otomatik uyarı sistemleri ve telemedicine uygulamaları gibi teknolojik çözümler, hastaların sürekli olarak izlenmesini sağlar ve acil durum müdahalelerinin hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesine yardımcı olur.

- İyileştirme Süreçleri ve Denetimler

Hasta güvenliği için düzenli olarak iyileştirme süreçleri ve denetimler yapılmalıdır. Kalite kontrol ve güvenlik denetimleri, sistematik olarak hataları belirleyerek bunlara çözüm odaklı yaklaşım sağlar.

Sağlık hizmetlerinin temel prensiplerinden biridir hasta güvenliği ve hata azaltma çabaları. Sağlık profesyonelleri, yöneticiler ve teknoloji sağlayıcıları, sürekli olarak bu alanda gelişim ve iyileştirmeye odaklanarak daha güvenli ve etkili bir sağlık hizmeti sunmaya yönelik çabalarını sürdürmelidir.

2.4.1.1 İlaç Yönetimi ve Doğru Hasta Tanımlama

İlaç yönetimi ve doğru hasta tanımlama, sağlık sektöründe hasta güvenliğini sağlamak açısından kritik bir rol oynar. Bu konu, sağlık profesyonellerinin ilaçları güvenli bir şekilde yönetmeleri ve doğru hastaya doğru tedaviyi uygulamaları üzerinde odaklanır. İlaç yönetimi sürecindeki hataların azaltılması için teknolojik çözümler ve güvenlik protokolleri önemlidir. Barkod sistemleri, ilaç paketlerindeki bilgileri elektronik olarak okuyarak, ilaçları doğru hasta ile eşleştirmeyi ve yanlış ilaç

uygulamalarını engellemeyi amaçlar. Bu sayede ilaç yönetimi sürecindeki insan hatalarının minimize edilmesi hedeflenir (Aydoğan, Gülhan ve Yılmaz, 2016: 160-169).

Doğru hasta tanımlama, hasta kimlikleri üzerinden sağlanan bir güvenlik önlemidir. Hasta kimliği, hastanın adı, doğum tarihi ve benzersiz bir kimlik numarasını içerir. Bu bilgiler, ilaç uygulaması öncesinde, ilgili dozajların ve tedavi planlarının doğru hastaya yönlendirilmesini sağlar. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, ilaç uygulamadan önce hasta kimliklerini dikkatlice kontrol ederek doğru hasta üzerinde işlem yapmalarını temin ederler (Çetinkaya, 2018: 13-18).

Eğitim ve sürekli eğitim de ilaç yönetimi ve doğru hasta tanımlamasının sağlanmasında kritik bir rol oynar. Sağlık personelinin ilaç hataları konusunda farkındalık kazanmaları, yeni teknolojik gelişmelere adapte olmaları ve hasta güvenliği protokollerine uygun bir şekilde hareket etmeleri için düzenli eğitimler düzenlenmelidir (Çetinkaya, 2018: 13-18).

Sağlık hizmetlerinde hata riskini azaltarak hasta güvenliğini artırmada kilit bir öneme sahiptir. Teknolojik çözümler, güvenlik protokolleri, eğitim ve sürekli iyileştirme çabaları, bu alanda sağlık profesyonellerine ve kuruluşlara destek olur, güvenilir ve etkili bir sağlık hizmeti sunma hedefine ulaşmada yardımcı olur (Eriş, 2016: 93-99).

2.4.1.2 Elektronik Uyarı ve Alarm Sistemlerinin Rolü

Sağlık hizmetlerinde kritik bir rol oynayarak hasta güvenliğini artırmak, hataları minimize etmek ve acil durum müdahalelerini hızlandırmak açısından önemli bir araçtır. Bu sistemler, hastanın vital bulgularındaki anormal değişiklikleri tespit eder ve sağlık profesyonellerini hızlı bir şekilde uyararak müdahalede bulunmalarını sağlar. Bu sistemler, hastaların yaşamsal işaretlerini sürekli olarak izler ve belirlenen kritik değerleri aştığında otomatik olarak uyarılar ve alarm sinyalleri üretir. Örneğin, bir hasta tansiyon değerlerinde belirli bir eşiği aştığında veya oksijen seviyeleri düştüğünde, elektronik sistemler derhal sağlık ekibini bilgilendirir. Bu sayede, potansiyel tehlikeli durumlar önceden tespit edilebilir ve acil müdahalelere geçilerek hasta güvenliği sağlanır (Işık ve Akbolat, 2010: 365-389).

Özellikle yoğun bakım ünitelerinde ve yüksek riskli hasta popülasyonlarında kullanıldığında etkili bir şekilde çalışır. Ancak, bu sistemlerin en iyi şekilde işlev görmesi için doğru alarm eşikleri belirlenmeli ve uyarılar dikkatlice değerlendirilmelidir. Aksi takdirde, sistemlerin aşırı uyarı vermesi durumunda "alarm yorgunluğu" ortaya çıkabilir ve sağlık profesyonelleri, gerçek acil durumları ciddiye almada zorluk yaşayabilir. Yine elektronik uyarı ve alarm sistemleri, sağlık hizmeti sunanlar arasında koordinasyonu artırarak ve hızlı müdahaleleri destekleyerek hasta bakım kalitesini artırır. Ancak, bu sistemlerin etkili olabilmesi için sürekli izleme, eğitim ve sistem düzenlemelerine de ihtiyaç vardır. Sonuç olarak, elektronik uyarı ve alarm sistemleri, modern sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini sağlamak adına önemli bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktadır (Şenyuva, 2017: 102-116).

2.4.2 Bakım Koordinasyonu ve İletişim

Bakım koordinasyonu ve etkili iletişim, sağlık hizmetlerinde hasta bakımının kusursuz bir şekilde yönetilmesinde temel unsurlardır. Sağlık profesyonelleri arasında uyumlu bir iş birliği ve bilgi paylaşımı, hasta güvenliğini artırarak tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkiler. Bakım koordinasyonu, farklı sağlık profesyonellerinin bir araya gelerek hastanın bütünsel ihtiyaçlarını ele almasını sağlar. Hekimler, hemşireler, terapistler ve diğer sağlık personeli arasında düzenli toplantılar ve hasta durumu değerlendirmeleri, bakım planlarını güncellemeyi ve ortak bir strateji belirlemeyi mümkün kılar. Bu koordinasyon, hastanın sağlık hizmetleri sürecindeki geçişlerin daha düzenli ve sorunsuz olmasını sağlar. İletişim ise bakım koordinasyonunun temel taşıdır. Sağlık profesyonelleri arasında açık ve etkili bir iletişim, hasta bakımının her aşamasında hataların azaltılmasına ve hızlı müdahalelere olanak tanır. Elektronik sağlık kayıtları, anlık mesajlaşma uygulamaları ve diğer iletişim araçları, sağlık ekibi üyeleri arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırır. Ancak, iletişimdeki başarının sadece teknolojiyle değil, aynı zamanda empati, dinleme ve etkili iletişim becerileriyle de güçlendiği unutulmamalıdır. Hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim de ayrı bir öneme sahiptir. Sağlık profesyonelleri, hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını anlamak, tedavi planlarını açıklamak ve bilgi eksikliklerini gidermek adına şeffaf bir iletişim stratejisi benimsemelidir. Hasta memnuniyeti, bu açıdan sağlanan bilgiye ve iletişim tarzına doğrudan bağlıdır. Sağlık hizmetlerindeki her aşamada hasta güvenliğini ve bakım kalitesini artırmada

kilit bir rol oynar. Sağlık profesyonelleri, bu unsurlara odaklanarak hastaların daha iyi sonuçlar elde etmelerini sağlamak için iş birliği içinde çalışmalı ve iletişim becerilerini sürekli olarak geliştirmelidir. Bu sayede, hasta merkezli ve koordineli bir sağlık hizmeti sunulabilir (Terkeş, Çelik, Taşdelen ve Kılıç, 2018: 1-9).

2.4.2.1 Ekip İletişiminde Dijital Sistemlerin Rolü

Ekip iletişimde dijital sistemler, sağlık hizmetlerinde etkili ve koordineli bir iş birliğini destekleyerek hasta bakım kalitesini artırır ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi güçlendirir. Bu sayede, daha iyi sonuçlar elde edilerek hastaların güvenliği ve memnuniyeti artar. Buna göre; (Terkeş vd., 2018: 1-9)

- **Anlık İletişim Kolaylığı**

Dijital sistemler, sağlık profesyonelleri arasında anlık iletişimi kolaylaştırır. Mobil uygulamalar, elektronik posta ve mesajlaşma platformları, ekip üyelerinin hızlıca iletişim kurmalarını ve bilgi alışverişinde bulunmalarını sağlar.

- **Hasta Bilgilerinin Hızlı Paylaşımı**

Elektronik sağlık kayıtları, ekip üyeleri arasında hasta bilgilerinin hızlı ve güvenli bir şekilde paylaşılmasını sağlar. Bu, tedavi planlarının güncellenmesi, test sonuçlarının değerlendirilmesi ve tedaviye yönelik kararların alınmasını kolaylaştırır.

- **Bildirim ve Uyarı Sistemleri**

Dijital sistemler, acil durumlar veya önemli güncellemeler konusunda ekip üyelerini hızla bilgilendirme özelliği sunar. Alarm sistemleri, kritik durumları anında ileterek ekibin hızlı müdahalede bulunmasını sağlar.

- **Ekip İçi İşbirliğini Artırma**

Çeşitli dijital platformlar, ekip üyelerinin proje üzerinde birlikte çalışmalarını, dokümanları paylaşmalarını ve grup içinde işbirliğini artırmalarını sağlar. Bu, ekip üyeleri arasında güçlü bir koordinasyonu destekler.

- **Telekonferans ve Uzaktan İletişim**

Dijital sistemler, farklı coğrafi konumlarda bulunan ekip üyeleri arasında etkili bir şekilde telekonferans ve uzaktan iletişim imkanı sunar. Bu, uzman görüşlerini paylaşma, toplantılara katılma ve ekip içindeki herkesin senkronize bir şekilde çalışmasını sağlar.

- İletişim Güvenliği ve Gizliliği

Elektronik sistemler, sağlık bilgilerinin güvenli bir şekilde iletilmesini sağlar. Kriptografik teknikler ve yetkilendirme mekanizmaları, hassas bilgilerin sadece yetkili kişiler tarafından erişilebilir olmasını sağlar.

- Hızlı Geri Bildirim İmkanı

Dijital sistemler, ekip üyelerine hızlı geri bildirim imkanı sunar. Bu, iletişim hatalarının veya anlaşılmazlıkların hızlı bir şekilde düzeltilmesini ve ekip içi etkileşimlerin sürekli olarak iyileştirilmesini sağlar.

- Veri Analitiği ile İyileştirme Fırsatları

Dijital sistemler, ekip iletişimi üzerinden elde edilen verilerin analiz edilmesine olanak tanır. Bu analizler, iletişim süreçlerindeki güçlü yönleri ve iyileştirme gerektiren alanları belirlemek için kullanılabilir.

2.4.2.2 Hasta Bakım Planlarının Koordinasyonu

Hasta bakım planlarının koordinasyonu, sağlık hizmetlerinde etkili bir hasta yönetimi için temel bir unsurdur. Bu süreç, farklı sağlık profesyonelleri arasında iletişim ve iş birliğini gerektirir, böylece hastanın bütünsel sağlığı en iyi şekilde ele alınabilir.

Her hasta, benzersiz ihtiyaçlara sahiptir. Hasta bakım planlarının koordinasyonu, bireyin tıbbi geçmişi, mevcut durumu, tedavi gereksinimleri ve sosyal faktörleri göz önünde bulundurarak özelleştirilmiş bakım planlarının oluşturulmasını içerir. Hasta bakım planlarının etkili bir şekilde koordine edilebilmesi için sağlık profesyonelleri arasında sürekli iletişim ve iş birliği önemlidir. Hekimler, hemşireler, terapistler ve diğer sağlık ekibi üyeleri arasında

düzenli toplantılar ve güncellemeler, bakım planlarının ortak bir anlayışa dayalı olarak geliştirilmesine yardımcı olur. Elektronik sağlık kayıtları ve diğer dijital platformlar, bakım planlarının oluşturulması, güncellenmesi ve paylaşılmasını kolaylaştırır (Aydoğan vd., 2016: 160-169). Bu teknolojik çözümler, sağlık profesyonellerinin anlık veriye erişimini sağlayarak daha hızlı ve etkili bir koordinasyonu mümkün kılar. Hasta bakım planlarının koordinasyonu, sadece sağlık ekibi arasındaki değil, aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarıyla da etkili iletişimi içerir. Hasta ve yakınları, tedavi planları, beklentiler ve süreç hakkında bilgilendirilmelidir. Bu, tedaviye uyumu artırır ve hasta memnuniyetini yükseltir. Hasta durumu değiştikçe, bakım planları da güncellenmelidir. Koordinasyon süreci, güncel bilgilerin hızlı bir şekilde tüm sağlık ekibi ile paylaşılmasını içerir. Bu, acil durum müdahaleleri ve tedavi planlarının dinamik bir şekilde ayarlanabilmesine olanak tanır. Koordinasyon süreci, bakım planlarının etkinliğini değerlendirme ve sürekli olarak iyileştirme fırsatlarını tanıma şansı sunar. Sağlık ekibi, geri bildirimleri değerlendirerek bakım planlarını optimize eder ve en iyi sonuçları elde etmeye odaklanır (Konukbay vd., 2020: 175-182).

Hasta bakım planlarının koordinasyonu hem hastanın sağlık durumunu iyileştirmek hem de sağlık profesyonelleri arasında etkili bir iş birliği sağlamak açısından kritiktir. Bu süreç, bütünsel bir yaklaşım benimseyerek hasta merkezli bakımın temelini oluşturur.

2.4.3 Veri Analitiği ve Hasta Sonuçları

Sağlık sektöründe git gide daha fazla önem kazanan bir araç olmuştur ve hasta sonuçlarını iyileştirmek adına önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık kuruluşları, büyük miktarda veriyi analiz ederek daha etkili ve kişiselleştirilmiş tedavi stratejileri geliştirmekte ve hasta sonuçlarını optimize etmeye yönelik çabalarını artırmaktadır.

Veri analitiği, hasta popülasyonları üzerinde geniş kapsamlı analizler yapma yeteneği ile bilinir. Büyük veri setleri üzerinde yapılan analizler, hastalıkların belirli gruplar arasında nasıl yayıldığını, risk faktörlerini ve tedavi sonuçlarını anlamada önemli bir araçtır. Bu analizler, sağlık profesyonellerine daha iyi bir klinik anlayış sunarak hasta bakımının daha öngörülebilir hale gelmesine olanak tanır. Ek olarak, veri analitiği hastaların bireysel sağlık verilerini inceleme ve değerlendirme

kapasitesine sahiptir. Bu, hastaların genetik faktörleri, tıbbi geçmişleri, yaşam tarzları ve tedavi yanıtları gibi özelliklerini dikkate alarak kişiselleştirilmiş bir tedavi planı oluşturulmasını sağlar. Bu da hasta sonuçlarını iyileştirmek adına daha etkili ve özelleştirilmiş bakım stratejilerinin uygulanmasını mümkün kılar (Çetinkaya, 2018: 13-18).

Veri analitiği, aynı zamanda sağlık hizmeti sunucularına maliyet etkinlik ve kaynak kullanımı açısından rehberlik eder. Analitik araçlar, sağlık kuruluşlarının bütçelerini optimize etmelerine ve hizmetlerini verimli bir şekilde planlamalarına yardımcı olur. Bu, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir hale gelmesine ve hasta sonuçlarının genel olarak iyileştirilmesine katkıda bulunur. Analitik çözümler, sağlık profesyonellerine daha iyi bir anlayış sunarak daha etkili tedavi stratejilerinin oluşturulmasını ve sağlık hizmetlerinin daha verimli bir şekilde yönetilmesini sağlar. Bu da nihayetinde daha iyi hasta sonuçlarına ve sağlık hizmetlerinin genel kalitesinin artmasına katkıda bulunur (Eriş, 2016: 93-99).

2.4.3.1 Büyük Veri Analitiğinin Hasta Sonuçlarına Etkisi

Büyük veri analitiği, sağlık sektöründe önemli bir dönüşümü tetikleyen bir faktör olmuştur ve bu teknolojinin hasta sonuçlarına etkisi giderek artmaktadır. Büyük veri analitiği, sağlık kuruluşlarının geniş veri setlerini inceleyerek daha iyi klinik kararlar almasına, hasta bakımını kişiselleştirmesine ve sonuçlarını optimize etmesine olanak tanır. Hastalıkların belirli popülasyonlar içinde nasıl yayıldığını ve hangi faktörlerin sağlık sonuçlarını etkilediğini anlama konusunda sağlık profesyonellerine derinlemesine bir bakış sunar. Bu analizler, hastalıkların risk faktörlerini belirlemede ve belirli tedavi stratejilerinin etkinliğini değerlendirmede kritik bir rol oynar. Bu sayede, sağlık profesyonelleri, daha etkili önleme ve tedavi planları oluşturarak hastaların genel sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. Büyük veri analitiği bireylerin genetik yapılarından, tıbbi geçmişlerinden ve yaşam tarzlarından elde edilen verileri kullanarak kişiselleştirilmiş tedavi planları geliştirmeyi sağlar. Bu, her hasta için özel bir bakım stratejisinin oluşturulmasına imkân tanır. Örneğin, genetik analizler ve büyük veri setleri, belirli ilaçlara karşı duyarlılık veya tedaviye olan yanıt hakkında değerli bilgiler sunabilir, bu da tedavi süreçlerinin daha etkili ve güvenli olmasına katkı sağlar. Büyük veri analitiği aynı zamanda sağlık kuruluşlarına maliyet etkinlik ve kaynak kullanımı konusunda rehberlik eder. Analitik çözümler,

sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde planlanmasına, kaynakların doğru bir şekilde dağıtılmasına ve maliyetlerin optimize edilmesine yardımcı olur. Bu da sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir hale gelmesine ve genel hasta sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunur. Sağlık sektöründe daha akıllı, etkili ve kişiselleştirilmiş bir yaklaşımın benimsenmesine olanak tanır. Bu teknoloji, sağlık profesyonellerine daha iyi bir anlayış sunarak, hastaların daha iyi sonuçlar elde etmelerine ve genel sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına katkıda bulunur (Şenyuva, 2017: 102-116).

2.4.3.2 Karar Destek Sistemlerinin Klinik Sonuçlara Katkısı

Karar destek sistemleri sağlık sektöründe kullanılan önemli bir teknolojik araç olarak karşımıza çıkıyor ve klinik sonuçlara önemli katkılarda bulunuyor. Bu sistemler, sağlık profesyonellerine kapsamlı ve anında bilgiler sunarak, daha doğru ve bilgiye dayalı kararlar almalarına yardımcı olmaktadır.

Klinik kararlar genellikle karmaşık ve hızlı bir şekilde alınması gereken durumları içerir. Karar destek sistemleri bu bağlamda, büyük miktarda veriyi analiz ederek hastaların özel sağlık durumlarına yönelik önerilerde bulunabilir. Örneğin, bir hastanın tıbbi geçmişi, laboratuvar sonuçları ve benzeri verileri hızlı bir şekilde değerlendirerek, sağlık profesyonellerine uygun tedavi planları veya tanı önerileri sunabilir. Karar destek sistemleri ayrıca, hasta bakımındaki standartları güncelleyebilir ve sağlık profesyonellerini güncel kılavuzlara veya en son araştırmalara dayalı olarak bilgilendirebilir. Bu sayede, klinik uygulamaların güncel ve kanıta dayalı olması sağlanır, bu da hasta sonuçlarını iyileştirmek adına önemli bir adımdır (Terkeş vd., 2018). Hasta güvenliği açısından karar destek sistemleri ilaç etkileşimleri, alerjiler veya uyumsuzluklar gibi potansiyel riskleri değerlendirebilir. Bu sistemler, sağlık profesyonellerine hastanın spesifik durumunu gözeterek güvenli ve etkili tedavi seçenekleri sunabilir. Bu da tedavi sürecindeki hataları minimize ederek klinik sonuçları olumlu yönde etkiler. Sağlık profesyonellerine güçlü bir bilgi kaynağı sunarak klinik sonuçları iyileştirmeye katkıda bulunur. Hızlı, doğru ve bilgiye dayalı kararlar almak, hastaların daha etkili bir şekilde tedavi edilmesini sağlar ve sağlık hizmetlerinin genel kalitesini artırır (Tiryaki, Zengin ve Çınar, 2018: 158-164).

3 HEMŞİRELERİN DİJİTAL HASTANE SİSTEMLERİNE GEÇİŞ SÜRECİNDE KARŞILAŞTIĞI İŞ YÜKÜ

3.1 Eğitim ve Adaptasyon Süreci

Hemşirelerin dijital hastane sistemlerine geçiğ sürecinde karşılaştığı iş yükü, eğitim ve adaptasyon süreci ile sıkça iliŐkilidir. Bu süreç, geleneksel yöntemlerden dijital teknolojilere geçiği içerir ve hemşirelerin yeni sistemlere uyum sağlaması, bu teknolojileri etkili bir Şekilde kullanabilmesi için bir dizi zorlukları içermektedir. Eğitim ve adaptasyon süreci Şu Şekildedir; (Baş, 2023)

- Eğitim İhtiyacı

Dijital hastane sistemleri genellikle karmaşık ve çok yönlüdür. Hemşirelerin bu sistemleri etkili bir Şekilde kullanabilmeleri için kapsamlı bir eğitim sürecinden geçmeleri gerekmektedir. Bu süreç, zaman alıcı olabilir ve hemşirelerin günlük görevlerini aksatabilir.

- Bilgi Teknolojisi Becerilerinin Geliştirilmesi

Geleneksel olarak yetiŐtirilen hemşirelerin, bilgi teknolojisi konusundaki becerilerini geliŐtirmeleri ve dijital araçları etkili bir Şekilde kullanabilmeleri için desteklenmeleri önemlidir. Bu durum, bazı hemşireler için başlangıçta bir zorluk oluşturabilir.

- İki Farklı Sistem Arasında Geçiğ Zorlukları

Eski ve yeni sistemler arasında bir geçiğ dönemi olduğunda, hemşireler her iki sistemle de çalıŐmak zorunda kalabilirler. Bu durum, çift yönlü bir öğrenme sürecini gerektirir ve bu da iş yükünü artırabilir.

- Hasta Bakımına Odaklanma Zorluğu

Dijital sistemlere alışma süreci, hemşirelerin önceki manuel işlemlerden daha fazla zaman ve çaba harcamalarına neden olabilir. Bu durum, hemşirelerin asıl görevleri olan hasta bakımına odaklanmalarını engelleyebilir.

- Veri Girişi ve Dokümantasyon Zorlukları

Dijital sistemlere geçiş, daha fazla veri girişi ve dokümantasyon gereksinimini beraberinde getirebilir. Hemşireler, bu yeni sistemlerle etkileşimde bulunurken daha fazla bilgiyi doğru ve eksiksiz bir şekilde girmek zorunda kalmaktadır.

- İş Akışında Değişiklikler

Dijital sistemler, iş akışlarında değişikliklere neden olabilir. Hemşireler, yeni süreçlere uyum sağlamak için alıştıkları yöntemlerden sapmak zorunda kalabilir, bu da başlangıçta iş yükünü artırabilir.

Bu zorluklara rağmen, doğru bir eğitim ve adaptasyon süreci ile hemşireler, dijital hastane sistemlerini daha etkili bir şekilde kullanabilir ve zaman içinde bu teknolojilerin sağladığı avantajlardan tam anlamıyla yararlanabilirler. Bu süreçte hemşirelere yönelik destek ve eğitim, dijitalleşme sürecinin giderek sorunsuzlaşmasına ve daha etkili bir şekilde geçmesine olanak tanıyabilir.

3.1.1 Dijital Sistemlere Geçiş Eğitim Programları

Dijital sistemlere geçiş eğitim programları, sağlık personelinin bu teknolojilere uyum sağlamalarını kolaylaştırmak adına kapsamlı ve özelleştirilmiş bir yaklaşım sunar. Bu programlar, sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesine yönelik başarıyı artırmak, hasta güvenliğini sağlamak ve verimliliği artırmak amacıyla tasarlanmış önemli bir araçtır. Buna göre; (Kaya, 2020)

- Temel Dijital Beceriler

Dijital sistemlere geçiş eğitim programları, sağlık profesyonellerine temel bilgi teknolojisi becerilerini kazandırmayı amaçlar. Bu kapsamda, bilgisayar kullanımı, temel ofis uygulamaları, elektronik posta ve internet tabanlı kaynaklara

erişim konularında eğitim verilir. Temel dijital becerilere sahip olmak, sağlık personelinin dijital sistemleri daha rahat ve etkili bir şekilde kullanabilmelerine olanak tanır.

- Sistem Spesifik Eğitim

Her sağlık kuruluşunun benimsediği özel dijital sistemler bulunmaktadır. Eğitim programları, bu sistemlere odaklanarak sağlık personelinin sistemleri tam anlamıyla kavramalarını ve etkili bir şekilde kullanmalarını sağlar. Bu noktada, sistem içindeki farklı modüllerin ve fonksiyonların detaylı bir şekilde anlatılması ve pratik uygulamaların yapılması önemlidir.

- Simülasyon ve Pratik Uygulamalar

Eğitim programları, teorik bilgiyi pratik uygulamalarla birleştirir. Simülasyonlar, gerçek hasta senaryolarını simüle etme ve dijital sistemleri kullanma yeteneklerini geliştirme açısından önemlidir. Gerçek dünya senaryolarını simüle etmek, sağlık personelinin günlük uygulamalara daha iyi bir şekilde hazırlanmalarını sağlar.

- İletişim ve İşbirliği Yetenekleri

Dijital sistemler, sağlık profesyonelleri arasında daha etkili iletişim ve işbirliğini teşvik eder. Eğitim programları, dijital iletişim araçları ve işbirliği platformlarını kullanma becerilerini geliştirmeye odaklanır. Bu kapsamda, sanal toplantılar, paylaşılan dosya sistemleri ve diğer işbirliği araçlarının kullanımı üzerinde pratik deneyimler sağlanır.

- Veri Güvenliği ve Mahremiyet

Dijital sistemlere geçiş eğitimleri, sağlık personeline veri güvenliği ve hastaların mahremiyeti konusunda derinlemesine eğitim sunar. Elektronik sağlık kayıtlarının doğru, güvenli ve yasalara uygun bir şekilde yönetilmesi konularında sağlık profesyonellerine rehberlik edilir. Ayrıca, bu eğitimler, veri güvenliği politikalarını ve yönergelerini anlamayı ve uygulamayı içerir.

- Sürekli Destek ve Geri Bildirim

Dijital sistemlere geçiş eğitim programları, sürekli destek sağlar. Sağlık profesyonelleri, eğitim süreci boyunca yaşadıkları zorluklar ve ihtiyaçları hakkında geri bildirimde bulunabilirler. Bu geri bildirimler, eğitim programlarının sürekli olarak güncellenmesini ve iyileştirilmesini sağlar.

3.1.2 Adaptasyon Zorlukları ve Çözüm Stratejileri

Sağlık sektöründe dijitalleşme, birçok avantajı beraberinde getirse de çalışanların adaptasyon sürecinde bazı zorluklarla karşılaşmasına neden olabilir. Adaptasyon zorlukları, yeni dijital sistemlere geçişin hızlı ve etkili bir şekilde gerçekleşebilmesi için dikkate alınması gereken önemli bir konudur. Adaptasyon zorluklarından biri, geleneksel yöntemlere alışmış sağlık profesyonellerinin, dijital sistemlerle çalışma konusundaki güvensizlikleri ve endişeleridir. Bu durum, yeni teknolojiye karşı direnç göstermelerine ve yeni sistemleri etkili bir şekilde kullanmaktan çekinmelerine yol açabilir. Çözüm stratejileri arasında öncelikli olarak sağlık çalışanlarına kapsamlı bir eğitim programı sunmak önemlidir. Bu programlar, dijital sistemlerin avantajlarını vurgularken, kullanıcıların endişelerini gidermeye odaklanmalıdır. Pratik uygulamalar, simülasyonlar ve interaktif öğrenme materyalleri, sağlık profesyonellerinin yeni teknolojiye daha hızlı adapte olmalarına yardımcı olabilir (Karaağaç ve Bağlama, 2020: 215-226).

Bir diğer adaptasyon zorluğu, eski ve yeni sistemler arasında paralel çalışma süreçlerinin yürütülmesidir. Çalışanlar hem geleneksel yöntemleri sürdürmeye hem de dijital sistemlere geçiş yapmaya çalıştıklarında, iş yükü ve karmaşıklık artabilir. Bu durumu hafifletmek adına, geçiş sürecinin planlı bir şekilde yönetilmesi ve çalışanlara destek ekibi sağlanması önemlidir. Ayrıca, çalışanların geri bildirimlerini değerlendirmek ve bu geri bildirimlere dayanarak sürekli iyileştirmeler yapmak da adaptasyon zorluklarının üstesinden gelmede önemlidir. Sağlık kuruluşları, kullanıcı deneyimini sürekli olarak değerlendirmeli ve gerektiğinde sistemlerini güncellemelidir (Gökkaya ve İzgüden, 2022, 848-859).

Dijitalleşme sürecinde adaptasyon zorlukları kaçınılmazdır ancak etkili eğitim programları, planlı geçiş süreçleri ve sürekli geri bildirim ile bu zorlukların

üstesinden gelenebilir. Bu yaklaşımlar, sağlık profesyonellerinin yeni dijital sistemlere daha hızlı adapte olmalarını sağlar ve sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde sunulmasına katkıda bulunur.

3.2 Dokümantasyon ve Bilgi Girişi

Sağlık sektöründe kritik bir rol oynayan ve hasta bakımının etkinliği, sürekli izlenmesi ve koordinasyonu açısından bu süreç büyük öneme sahiptir. Bu süreç, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin hasta bilgilerini kaydetme, güncelleme ve paylaşma sürecini içerir. Ancak, bu önemli görevlerin dijitalleşme süreciyle birlikte beraberinde getirdiği zorluklar ve avantajlar bulunmaktadır (Demirci, 2018: 710-721).

Dijitalleşme ile birlikte, sağlık kuruluşları elektronik sağlık kayıtları sistemlerini benimseyerek kâğıt tabanlı dokümantasyonun yerini almıştır. Elektronik sağlık kayıtları, hasta bilgilerini daha hızlı ve erişilebilir bir şekilde kaydetmeyi, paylaşmayı ve güncellemeyi sağlar. Ancak, bu süreçte bazı zorluklar ortaya çıkabilir. Bilgi girişi sürecindeki zorluklar, özellikle yoğun bakım üniteleri ve acil servisler gibi hızlı tempolu çalışma ortamlarında daha belirgin hale gelebilir. Hemşireler, klinik gözlemlerini, tedavi planlarını ve ilaç bilgilerini hızlı bir şekilde sisteme girmek zorundadır. Bu hızlı giriş süreci, hata yapma olasılığını artırabilir ve hemşirelerin iş yükünü artırabilir (Limon, 2019: 30-39).

Dokümantasyon ve bilgi girişi sürecindeki başlıca avantajlardan biri, elektronik sağlık kayıtlarının tutarlı ve merkezi bir veri tabanında saklanabilmesidir. Bu durum, hasta bakımını koordine etmeyi ve farklı sağlık profesyonelleri arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırmayı sağlar. Ayrıca, elektronik kayıtlar, hasta bilgilerinin güvenli bir şekilde depolanmasını ve gerektiğinde hızlıca erişilebilir olmasını sağlar. Bu süreçteki bir diğer avantaj ise veri analitiği ve raporlama yetenekleridir. Elektronik sağlık kayıtları, büyük veri setleri oluşturarak sağlık kuruluşlarına kalite iyileştirme süreçlerinde rehberlik edebilir. Veri analitiği, hasta popülasyonlarını anlama, tedavi sonuçlarını değerlendirme ve kaynakları daha etkin bir şekilde yönetme konusunda sağlık profesyonellerine önemli bilgiler sunabilir (Limon, 2019: 30-39).

Dokümantasyon ve bilgi girişi sürecinde dijitalleşme, sağlık hizmetlerini daha etkili ve verimli hale getirebilir. Ancak, bu süreçteki hızlı geçiş, eğitim eksiklikleri ve teknik sorunlar gibi zorlukları da beraberinde getirebilir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin etkili bir şekilde adapte olabilmeleri için uygun destek ve eğitim mekanizmalarının sağlanması önemlidir.

3.2.1 Elektronik Sağlık Kayıtlarının Tutulması

Sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesinin bir ürünü olarak hastaların tıbbi geçmiş, tedavi planları ve sağlıkla ilgili diğer bilgilerin elektronik ortamda saklanması sağlayan bir sistemdir. Elektronik sağlık kayıtlarının kullanımı, sağlık sektöründe önemli bir dönüşümü temsil etmektedir. Bu kayıtlarının tutulmasının beraberinde getirdiği avantajlar aşağıda açıklamaları ile birlikte sıralanmıştır. Buna göre;

- Hasta Bilgilerinin Merkezi Depolanması

Hastaların tıbbi kayıtlarını merkezi bir veritabanında depolar. Bu, sağlık profesyonellerine ve hastalarına bilgilere hızlı ve güvenli bir şekilde erişim imkanı tanır.

- Bilgi Paylaşımı ve İletişim Kolaylığı

Elektronik sağlık kayıtları, farklı sağlık kuruluşları ve profesyoneller arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırır. Bu, hastaların tedavi süreçlerinde daha koordineli bir yaklaşım benimsemelerine olanak tanır.

- Veri Analitiği ve Raporlama Yetenekleri

Büyük veri setlerini oluşturarak veri analitiği ve raporlama yeteneklerini artırır. Sağlık kuruluşları, bu verileri kullanarak hastalık takibi, epidemiyoloji çalışmaları ve kaynak yönetimi gibi konularda daha bilinçli kararlar alabilir.

- Hasta Güvenliği ve Hata Azaltma

Elektronik sağlık kayıtları, manuel kayıt tutmaya göre daha doğru ve tutarlı bilgiler sunar. Bu da hasta güvenliğini artırır ve tıbbi hataların azaltılmasına katkı sağlar.

- Erişim Kontrolü ve Güvenlik

Bilgilerin sadece yetkililere erişimine izin verir. Bu, hasta mahremiyetini korur ve sağlık bilgilerinin yetkisiz kişilerin eline geçmesini engeller.

- Doktor-Hasta İletişimini İyileştirme

Doktor-hasta iletişimini artırabilir. Hasta, kendi sağlık bilgilerine daha kolay erişebilir ve sağlık profesyonelleri ile daha etkili bir şekilde iletişim kurabilir.

- Çevrimiçi Randevu ve Reçete İşlemleri

Çevrimiçi randevu alma ve e-reçete yazma gibi işlemleri kolaylaştırır. Bu, hastaların sağlık hizmetlerine daha hızlı ve daha etkili bir şekilde erişmelerine olanak tanır.

- Eczane ve Laboratuvar Entegrasyonu

Eczane ve laboratuvar verilerini entegre ederek tedavi süreçlerini daha hızlı ve koordineli hale getirir.

- Yedekleme ve Felaket Kurtarma

Veri yedekleme ve felaket kurtarma planlarıyla hastaların bilgilerini koruma altına alır. Bu sayede, veri kaybı durumlarında bilgilerin geri kazanılması mümkün olur.

Sağlık sektöründe bir dizi avantaj sunarak hasta bakımının daha etkili ve güvenli bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunmaktadır. Ancak, bu sistemlerin etkili bir şekilde kullanılabilmesi için uygun güvenlik önlemleri, eğitim programları ve sürekli geliştirme süreçleri de önemlidir (Avaner ve Fedai, 2017: 1533-1542).

3.2.2 Veri Girişi İşlemlerinin Zaman ve Enerji İhtiyacı

Veri girişi işlemleri, sağlık sektöründe dijitalleşmenin bir sonucu olarak önem kazanan bir süreçtir. Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK) ve diğer dijital sistemler, hasta bilgilerini güncel ve erişilebilir bir şekilde tutabilmek adına veri girişi

işlemlerine bağlıdır. Ancak, bu süreçlerin zaman ve enerji ihtiyacı, sağlık profesyonelleri arasında önemli bir konu olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık profesyonelleri, yoğun bir iş yükü altında çalıştıkları için veri girişi işlemleri, ek bir zaman ve enerji talebi oluşturabilir. Hasta bakımıyla ilgili görevlerin yanı sıra, bu dijital süreçlere uyum sağlamak da zaman alıcı olabilir. Veri girişi süreçleri, etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için güçlü bir teknolojik altyapı ve kullanıcı eğitimini gerektirir. Sağlık profesyonelleri, bu teknolojik altyapıya hızlı ve etkili bir şekilde adapte olabilmek için zaman ve enerji harcamak zorundadır. Yoğunluğun ve hızın arttığı durumlarda, sağlık profesyonellerinin veri girişi sırasında hata yapma olasılığı artabilir. Bu hataların düzeltilmesi de ekstra zaman ve enerji gerektirebilir. Veri girişi işlemlerine harcanan zaman, doktor-hasta iletişimini etkileyebilir. Sağlık profesyonelleri, daha fazla zaman harcamak yerine hastalarına daha fazla odaklanma isteğinde olabilirler. Dijitalleşme süreci, sağlık kuruluşlarında iş akışlarında değişikliklere neden olabilir. Bu değişiklikler, sağlık profesyonellerinin yeni süreçlere adapte olmalarını ve daha fazla enerji harcamalarını gerektirebilir (Avaner ve Fedai, 2017, 1533-1542).

Veri girişi işlemlerinin zaman ve enerji ihtiyacını minimize etmek için çeşitli stratejiler uygulanabilir (Karaağaç ve Bağlama, 2020: 215-226). Bu stratejilerden en temel olan dört tanesi şu şekildedir;

- Eğitim Programları

Sağlık profesyonellerine etkili bir şekilde eğitim verilmesi, teknolojik altyapıya daha hızlı adapte olmalarını sağlar.

- Kullanıcı Dostu Arayüzler

Dijital sistemlerin kullanıcı dostu arayüzlerle tasarlanması, veri girişi süreçlerini hızlandırabilir.

- Sürekli İyileştirme

Sağlık kuruluşları, veri girişi işlemlerini sürekli olarak gözden geçirerek ve iyileştirerek zaman ve enerji tasarrufu sağlayabilir.

- Yardım ve Destek Hizmetleri

Sağlık profesyonellerine teknik destek ve yardım hizmetleri sunmak, olası sorunları çözmelerine yardımcı olabilir.

Veri girişi işlemlerinin zaman ve enerji ihtiyacı, sağlık sektöründe dijitalleşmenin beraberinde getirdiği bir realitedir. Ancak, doğru stratejiler ve teknolojik desteklerle bu süreçlerin daha etkili ve verimli hale getirilmesi mümkündür. Bu hem sağlık profesyonellerinin hem de hastaların daha iyi bir sağlık hizmeti deneyimi yaşamalarına katkı sağlayabilir.

3.3 Sistem Arızaları ve Teknik Sorunlar

Günümüzde sağlık sektörü, dijital hastane sistemlerine geçiş yaparak hastane yönetimini ve hasta bakımını daha etkili bir şekilde yönetmeyi amaçlamaktadır. Ancak, bu dijital dönüşüm sürecinde hemşireler, çeşitli zorluklarla karşılaşmakta ve özellikle sistem arızaları ile başa çıkmak için teknik destek ve çözüm mekanizmalarına ihtiyaç duymaktadırlar. Hemşirelerin dijital hastane sistemlerine geçiş sürecinde karşılaştığı iş yükünün önemli bir parçasını oluşturan sistem arızaları ve teknik sorunlar, etkili bir şekilde yönetilmelidir. Teknik destek ve sorun çözme mekanizmalarının güçlendirilmesi, hemşirelerin bu tür sorunlarla başa çıkabilme yeteneklerini artırabilir ve hastane yönetimini daha verimli hale getirebilir. Sistem arızalarının hemşirelik bakımına etkilerini en aza indirmek için sürekli iyileştirmeler ve acil durum planları da önemli bir rol oynamaktadır (Kaya, 2020).

3.3.1 Teknik Destek ve Sorun Çözme Mekanizmaları

Dijital hastane sistemlerinin karmaşıklığı, zaman zaman sistem arızalarına ve teknik sorunlara neden olabilir. Hemşireler, bu tür durumlarla başa çıkabilmek için etkili teknik destek ve sorun çözme mekanizmalarına erişim sağlamalıdır. Bu noktada, hastanenin teknik destek ekibi, kullanıcı dostu bir destek sistemini yönetmeli ve hemşirelere hızlı çözümler sunabilmelidir. Ayrıca, sorunların çözümü için düzenli eğitimler ve rehber materyaller sağlanarak hemşirelerin kendi başlarına sorunları çözebilme yetenekleri geliştirilmelidir (Baş, 2023).

3.3.2 Sistem Arızalarının Hemşirelik Bakımına Etkisi

Sistem arızaları, hemşirelik bakımını olumsuz etkileyebilir ve hastaların güvenliği ile ilgili riskleri artırabilir. Bu bağlamda, hemşirelerin sistemin arızalanması durumunda hızlı bir şekilde manuel müdahalede bulunabilmeleri için acil durum planları oluşturulmalıdır. Ayrıca, sistem arızalarının sıklığı ve etkileri düzenli olarak değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır. Bu sayede, hemşirelerin dijital hastane sistemlerini kullanarak hastalarına etkili bakım sunmalarına engel olan teknik sorunlar minimize edilebilir (Baş, 2023).



4 YÖNTEM

4.1 Araştırmanın Önemi ve Amacı

Günümüzde dijitalleşme yaygınlaştıkça dijital hastanelerin sayısının da artması bekleniyor. Sağlık verilerinin daha kolay, kaliteli ve güvenli olarak yönetilmesi için sağlık bilgi sistemleri artık yaygınlaşmaktadır. Sağlık bilgi sistemlerinin sağlık hizmetlerinde kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte daha iyi bilgi ve veri yönetimi sağlanmış, sağlık hizmetlerinin niteliği ve içeriği değişmiştir. Bu dönüşümde hemşirenin ileri teknolojik ve dijital ortamda güvenli, uygun ve kaliteli sağlık hizmeti sunması bekleniyor. Teknoloji uygulamaları etkiler ve belirler. Bu nedenle bilgi teknolojisinin hemşirelik üzerindeki etkisinin, hemşirelik uygulamalarını nasıl değiştirebileceğinin, hemşire iş yükünü nasıl azaltabileceğinin ve bilgi sistemlerini nasıl etkileyebileceğinin anlaşılmasına ihtiyaç vardır. Bilgisayar kullanımı sayesinde hemşireler daha kişiselleştirilmiş bakım sağlayabilir, sağlıklı ve hasta insanlara eğitim ve tavsiye verebilir. Kaliteli bakımın sağlanması hasta ve organizasyonel sonuçlara katkıda bulunur ve hemşire personelinin motivasyonunu, iş tatminini ve memnuniyetini artırır. Bu nedenle bakım kalitesini artırmaya yönelik girişimler planlanırken sadece hastaların bakım kalitesine ilişkin algılarının değil, aynı zamanda bakım verenlerin bakım kalitesine ilişkin algılarının da değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Dijital hastane sistemlerine geçişle birlikte hemşirelik iş yükünün azalması ve bakım kalitesinin de doğru orantılı olarak artması bekleniyor. Bu çalışmada, hemşirelik bakım sürecinde dijital hastane sistemlerine geçişin; iş yükü ve bakım kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

4.2 Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırma 01.09.2023-01.12.2023 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Genel Hastane' de yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Genel Hastane' sinde görev yapan 434 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem

seçimi yapılmamış ve tam sayım yöntemiyle; hemşirelik sürecinin elektronik ortamda yürütüldüğü kliniklerde çalışan; 20-40 yaş arası gönüllüler, bilgisayar kullanımına yatkın olan, doğum öncesi ya da doğum sonrası izinde, ücretsiz izinde ya da askerlikte olmayan; çalışma sırasında aktif çalışıyor olan; 404 (% 98) hemşire ile tamamlanmıştır.

Bu çalışma için İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 12.05.2023 tarih ve 2023/10 sayılı etik kurul izni alınmıştır (EK A Etik Kurul Onayı). Buna ek olarak araştırmanın yürütülebilmesi adına, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 26.09.2023 tarih ve 2023/15 sayılı kararıyla kurum izni alınmıştır (EK B Kurum Araştırma İzin Onayı).

4.3 Araştırmanın Problemi ve Hipotezleri

Araştırmanın problemi; “Hemşirelik bakım sürecinde dijital hastane sistemlerine geçişin iş yükü ve bakım kalitesine etkisi var mıdır?” sorusudur.

H1: Dijital hastane sistemlerine geçişte sosyo-demografik özellikler hemşirelerin bakım kalitesini etkiler.

H2: Dijital hastane sistemlerine geçişte sosyo-demografik özellikler hemşirelerin iş yükünü etkiler.

H3: Dijital hastane sistemlerine geçiş hemşirelerin iş yükünü etkiler.

H4: Dijital hastane sistemlerine geçiş hemşirelerin bakım kalitesi etkiler.

4.4 Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmada, tam sayım yöntemi kullanılmış olmakla birlikte aşağıdaki dahil edilme kriterleri esas alınarak 404 (% 98) hemşire ile çalışma tamamlanmıştır.

Dahil edilme kriterleri:

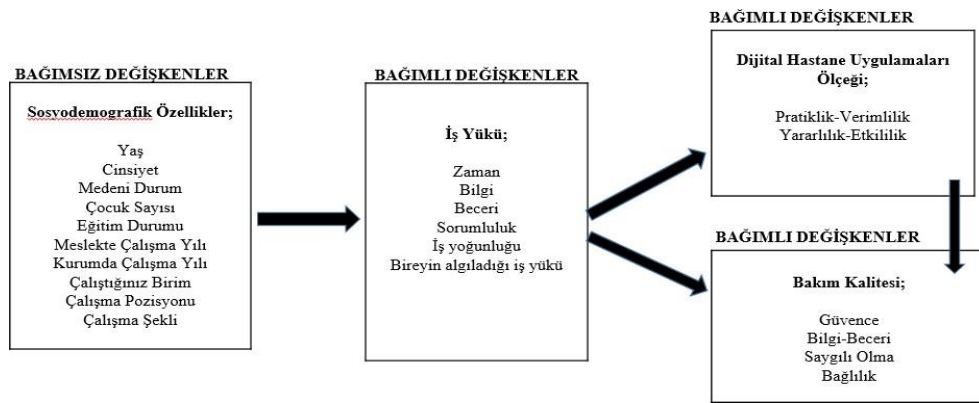
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmaları.
- 20-40 yaş aralığında olmaları.

- Hemşire olmaları.
- Bilgisayar kullanımına yatkın olmaları.
- Doğum öncesi/sonrası izinde, ücretsiz izinde ve askerde olmamaları; çalışmanın yapıldığı dönemde aktif çalışıyor olmaları.

Araştırma; 01.09.2023-01.12.2023 tarihleri arasında araştırmanın yapıldığı zaman dilimi ile sınırlıdır. Bu süre içerisinde dahil edilme kriterlerini karşılamayan personellerin çalışmaya dahil edilmemiş olması çalışmanın bir sınırlılığı olarak değerlendirilmiştir. Araştırma örnekleminin küçük olmasının bulguların genellenebilirliğini sınırladığı düşünülmektedir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin kendi kendine uygulanan öznel değerlendirme ve ölçüm araçları olması sebebiyle, yanıt yanlılığı ve katılımcıların verdikleri yanıtların samimiyeti konusunda belirsizlik riski bulunması ve araştırmaya katılmayanların verecekleri cevapların sonuçları etkileme düzeyinin bilinmemesi de çalışmanın diğer sınırlılıkları olarak kabul edilmiştir.

4.5 Araştırmanın Modeli

Farklı 3 ölçek kullanılarak yapılan bu çalışmada, hemşirelik sürecinde elektronik uygulamalara geçişin etkileri değerlendirilmiştir. Elektronik uygulamalara geçişin bakım süreçlerine etkisinin; hemşirelerin görüşleri ile değerlendirildiği kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.



Şekil 4.1 Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri ve Tasarımı

4.6 Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde araştırmacı tarafından dijital ortamda çevrimiçi şekilde uygulanmış olan 15 dk. süren bir anket ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Dijital Hastane Uygulamaları Anketi, Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24) ve İş Yüğü Ölçeği kullanılmıştır (EK D Kullanılan Anketler).

4.6.1 Kişisel Bilgi Formu

Geniş bir literatür çalışması ile araştırmacı tarafından derlenmiştir. Bu form, klinik alanda çalışan hemşirelerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, çocuk sayıları, eğitim durumları, bu meslekteki deneyim süreleri, hastanede çalışma süresi, çalıştıkları klinikler, pozisyonları ve çalışma şekilleri hakkında 11 sorudan oluşmaktadır.

4.6.2 Dijital Hastane Uygulamaları Anketi

“Dijital Hastane Uygulamaları Anketi”, Gökkaya ve İzgüden. (2021) tarafından literatür taraması, uzmanlar, akademisyenler ve hastane personeli ile görüşmeler yoluyla elde edinilen bilgiler doğrultusunda 27 sorudan oluşan bir anket geliştirilmiştir. Anketteki ifadelerin boyutlandırılması için faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizi sonucunda tek bir boyut olan 'dijital hastane uygulamalarına ilişkin görüşler' üzerinden karşılaştırmalar yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına dayanarak, hastane çalışanlarının dijital hastane uygulamalarının geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunabilecekleri belirtilmiştir (Gökkaya ve İzgüden, 2022: 848-859).

Bu çalışma kapsamında geçerlilik ve güvenilirlik analizinde; verilerin daha iyi yorumlanabilmesi ve ya anlamlandırılabilmesi için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett küresellik testi seçilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda elde edilen 0,895'lik Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett küresellik testinin istatistiksel olarak anlamlı bulunması (Ki-Kare (325)=10132,223; $p<0,001$) ölçüm aracının faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada “Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği” faktör analizi; Scree Plot incelemesi sonucunda araştırma ölçeğinin iki faktörlü yapı sergilediği görülmektedir. Pratiklik-Verimlilik ve Yararlılık-Etkililik olmak üzere isimlendirdiğimiz 2 alt gruptan ve 27 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar için 5'li Likert tarzda geliştirilmiş olan veri toplama aracındaki ifadelere cevap verenlerin katılma düzeyi 1 ile 5 arasında “1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum” a göre gruplandırılmıştır. KMO' nun 1'e yaklaşan değerler uygunluğu, 0.5'in altındaki değerler ise kabul edilemezliği göstermektedir. Pratiklik-Verimlilik (14 madde=1,2,3,4,5,6,7,9,13,14,18,19,26,27) boyutu için 0,486-0,917 aralığında bulunmuştur. Yararlılık-Etkililik (13 madde=8,10,11,12,15,16,17,20,21,22,23,24,25) boyutu için 0,465-0,875 aralığında bulunmuştur.

Yapılan faktör analizinde, Pratiklik-Verimlilik boyutu için özdeğer 15,625 ve açıklanan varyans yüzdesi %60,096 olarak hesaplanmıştır. Yararlılık-Etkililik için özdeğer 1,862 ve açıklanan varyans yüzdesi %7,161 olarak hesaplanmıştır. İki boyut ölçek varyansının toplam %67,257'sini açıklamaktadır.

Cronbach alfa iç tutarlık katsayılarının incelenmesinde Pratiklik-Verimlilik (14 madde) boyutu için 0,963'lik, Yararlılık-Etkililik (13 madde) için 0,947'lik ve ölçek geneli (27 madde) için 0,973'lik güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Yazarlardan e-posta aracılığıyla ölçeğin kullanılması için izin alınmıştır (EK C Ölçek İzinleri).

4.6.3 Bakım Davranışları Ölçeği-24

Wolf vd., (1994) tarafından geliştirilen bu ölçek, hemşireler ve hastalar tarafından çift yönlü tanımlamaya uygun olan “Bakım Davranışları Ölçeği-42 (Caring Behaviors Inventory-42)” nin kısaltılarak oluşturulan halidir (Wu vd., 2006: 18-25).

Hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek için tasarlanan ölçek hemşirelerin kendi kendilerini değerlendirmelerini olanak tanıyarak hasta algılarını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. (Wolf vd., 1994:107-11; Wu vd., 2006 : 18-25). Ayrıca

ölçek, ameliyat öncesi ve sonrası bakımının (dinleme, eğitim, hastanın karar alma sürecine dahil olduğu bakım davranışı) değerlendirilmesine de yardımcı olmaktadır.

BKÖ-24, **güvence** (8 madde=16,17,18,20,21,22,23,24), **bilgi-beceri** (5 madde=9,10,11,12,15), **saygılı olma** (6 madde=1,3,5,6,13,19) ve **bağlılık** (5 madde=2,4,7,8,14) olmak üzere 4 alt boyuttan ve 24 maddeden oluşmakta, yanıtlar için 6 puanlı likert tipi skala (1= asla, 2= hemen hemen asla, 3= bazen, 4= genellikle, 5= çoğu zaman, 6= her zaman) kullanılmaktadır.

Ölçek, hemşireler tarafından doldurularak uygulanır. Hemşireler için ölçeğin iç tutarlılığı, toplamda 0,96, alt boyutlarda 0,82-0,92 arasında değişmektedir (Wu vd., 2006).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında Kurşun ve Kanan tarafından yapılan ölçeğin, bu çalışmada kullanılması için araştırmacılardan izin alınmıştır (EK C Ölçek İzinleri).

4.6.4 İş Yükü Ölçeği

Bu ölçek (Workload Scale, WS) Duxbury vd., (1991) tarafından geliştirilmiş, Aycan vd., (2005) tarafınca Türkçe'ye uyarlanmıştır. Kişilerin iş yüküne ilişkin algılarını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek, bireyin algıladığı işi gerçekleştirmek için gereken süreyi, bilgi, beceri ve sorumlulukları, iş yoğunluğunu ve bireyin iş yükünü belirlemeye yönelik 11 maddeden oluşan 5'li Likert tipi [1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= ortadayım (ne katılıyorum, ne katılmıyorum), 4= katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum] bir araçtır. Ölçeğin minimum puanı 11, maksimum puanı 55'tir (Duxbury ve Higgins, 1991: 60-74). Katılımcının aldığı puan ne kadar yüksekse, iş yükünün arttığını ve işe toleransının azaldığını gösterir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 2005 yılında Aycan ve Eskin tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçe güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (Aycan ve Eskin, 2005: 453-471). Ölçeğin e-posta yoluyla kullanımı için yazarın izni alınmıştır (EK C Ölçek İzinleri).

4.7 Veri Analizi

Araştırmada çevrimiçi formlar ile toplanarak elde edilmiş olan veriler bilgisayarda SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel analizde hemşirelerin demografik özelliklerini ve ölçeklerini değerlendirmek için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı.

Ölçeklerin yapı geçerliliği faktör analizi uygulanarak belirlenmiştir. Bunun yanı sıra hangi testlerin kullanılacağına karar vermek için değişkenler üzerinde normallik analizi yapılmış, Shapiro-Wilk-W testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin farklılıklarının belirlenmesinde parametrik testler kullanıldı. Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin alt ölçekleri, Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt ölçekleri ve İş Yüğü Ölçeği ve Hemşirelerin Demografik özellikleri de incelenmiştir. Cinsiyet değişkeni, medeni durum değişkeni, kurumda çalışılan yıl ve çalışma şekli değişkeni için katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt boyutları ve İş Yüğü Ölçeği' nin toplam puanları arasındaki fark *Bağımsız Örnek t-Testi* ile incelenmiştir. Yaş değişkeni, eğitim durumu değişkeni, meslekte çalışma yılı değişkeni, çalıştığınız birim değişkeni ve çalışma pozisyonu değişkeni için katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt boyutları ve İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam puanları arasındaki fark ise *Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)* ile incelenmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach alfa analizi kullanılarak incelenmiştir.

5 BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde çalışmaya ilişkin bulgular aktarılacaktır.

Tablo 5.1 Sosyo-demografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi (n=404)

Değişkenler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	263	65,1
	Erkek	141	34,9
Yaş	18-29 yaş arası	292	72,3
	30-39 yaş arası	95	23,5
	40-49 yaş arası	17	4,2
Medeni Durum	Evli	149	36,9
	Bekar	255	63,1
Çocuk Sayısı	0 çocuk	324	80,2
	1 çocuk	51	12,6
	2 çocuk	29	7,2
Eğitim Durumu	Ön lisans	12	3,0
	Lisans	318	78,7
	Lisansüstü	74	18,3
Meslekte Çalışma Yılı	1 yıldan az	12	3,0
	1-5 yıl arası	197	48,8
	6-10 yıl arası	165	40,8
	11 yıl ve üzeri	30	7,4
Kurumda Çalışma Yılı	1 yıldan az	26	6,4
	1-5 yıl arası	378	93,6
Çalıştığınız Birim	Dahili birimler	74	18,3
	Cerrahi birimler	74	18,3
	Ameliyathane	79	19,6
	Acil servis	16	4,0
	Yoğun Bakım	59	14,6
	Ayaktan hasta birimleri	70	17,3
	İdari Birimler	32	7,9
Çalışma Pozisyonu	Alt/Üst yönetici	76	18,8
	Klinik hemşiresi	245	60,6
	Ayaktan hasta bakım hemşiresi	51	12,6
	İdari birim	32	7,9
Çalışma Şekli	Gündüz	121	30,0
	Nöbetli	283	70,0

*Tabloda yüksek değerler koyu olarak belirtildi.

Çalışmaya 263 kadın (%65,1) ve 141 erkek (%34,9) olmak üzere toplam 404 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaşları incelendiğinde, 18-29 yaş arasında 292 kişi

(%72,3), 30-39 yaş arasında 95 kişi (%23,5) ve 40-49 yaş arasında 17 kişi (%4,2) olduğu bulunmuştur. Katılımcılardan, 149 kişinin (%36,9) evli ve 255 kişinin (%63,1) ise bekar olduğu görülmüştür. Katılımcıların çocuğu sayısı incelendiğinde, çocuk sahibi olmayan 324 kişi (%80,2), 1 çocuğu sahip 51 kişi (%12,6) ve 2 çocuğa sahip 29 kişi (%7,2) olduğu bulunmuştur. Katılımcılardan, 12 kişinin (%3,0) ön lisans mezunu, 318 kişinin (%78,7) lisans mezunu ve 74 kişinin (%18,3) lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların meslekteki çalışma yılı incelendiğinde, 1 yıldan az olan 12 kişi (%3,0), 1-5 yıl arasında 197 kişi (%48,8), 6-10 yıl arasında 165 kişi (%40,8) ve 11 yıl ve üzerinde 30 kişi (%7,4) olarak görülmüştür. Katılımcıların kurumda çalışma yılı incelendiğinde, 1 yıldan az 26 kişi (%6,4) ve 1-5 yıl arasında 378 kişi (%93,6) olduğu bulunmuştur. Katılımcıların çalıştığı birim incelendiğinde, dahili birimde çalışan 74 kişi (%18,3), cerrahi birimde çalışan 74 kişi (%18,3), ameliyathanede çalışan 79 kişi (%19,6), acil serviste çalışan 16 kişi (%4,0), yoğun bakımda çalışan 59 kişi (%14,6), ayaktan hasta birimlerinde çalışan 70 kişi (%17,3) ve idari birimlerde çalışan 32 kişi (%7,9) olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Katılımcıların çalışma pozisyonu incelendiğinde, alt/üst yöneticide 76 kişi (%18,8), klinik hemşiresi 245 kişi (%60,6), ayaktan hasta bakım hemşiresi 51 kişi (%12,6) ve idari birimde 32 kişi (%7,9) olduğu bulunmuştur. Çalışma şekli incelendiğinde, gündüz çalışan 121 kişi (%30,0) ve nöbetli çalışan 283 kişi (%70,0) olduğu bulunmuştur.

Tablo 5.2 Faktör Analizine Uygunluğun Belirlenmesine Dair Bulgular

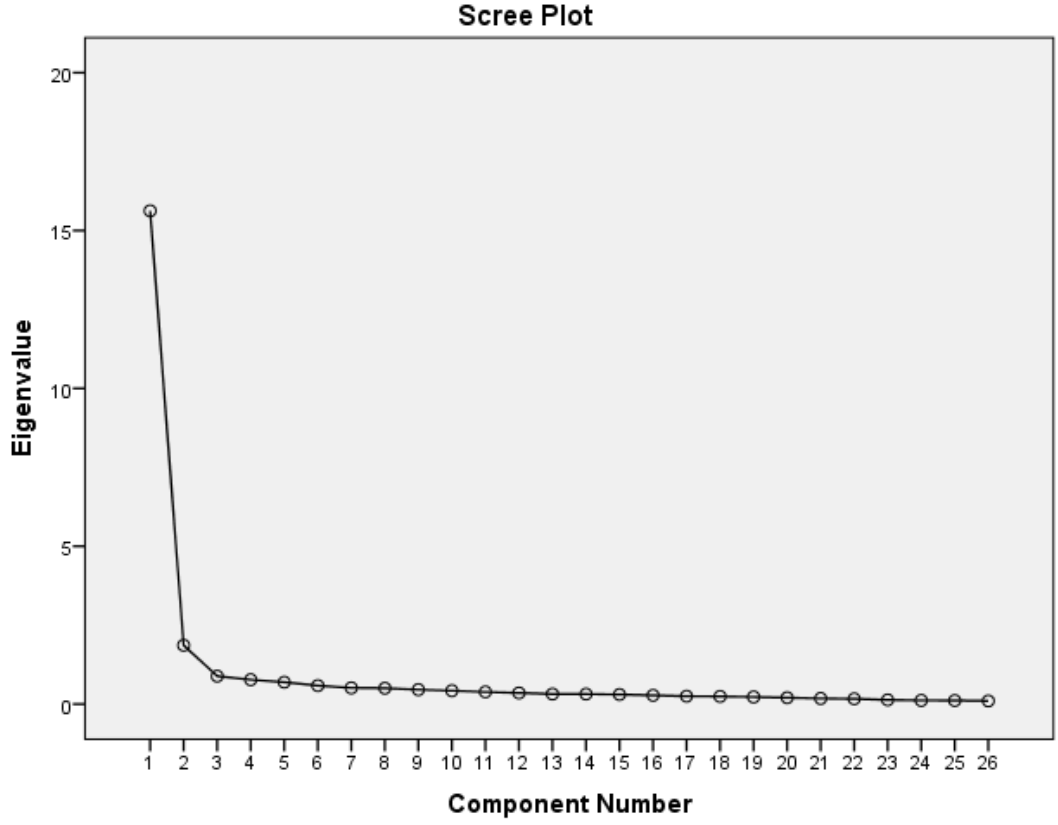
Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı		0,962
Bartlett Küresellik testi	Ki-Kare	10132,223
	Serbestlik derecesi	325
	P	0,000

Yapılan faktör analizi sonucunda elde edilen 0,962'lik Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett küresellik testinin istatistiksel olarak anlamlı bulunması (Ki-Kare₍₃₂₅₎=10132,223; p<0,001) ölçüm aracının faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 5.3 Dijital Hastane Uygulamaları Anket Maddeleri İçin Faktör Analizi Bulguları

Ölçek maddeleri	Pratiklik-Verimlilik	Yararlılık-Etkililik
Madde 1	0,727	
Madde 2	0,838	
Madde 3	0,917	
Madde 4	0,865	
Madde 5	0,552	
Madde 6	0,882	
Madde 7	0,825	
Madde 9	0,788	
Madde 13	0,838	
Madde 14	0,879	
Madde 18	0,716	
Madde 19	0,486	
Madde 26	0,610	
Madde 27	0,608	
Madde 8		0,527
Madde 10		0,597
Madde 11		0,875
Madde 12		0,789
Madde 15		0,561
Madde 16		0,665
Madde 17		0,838
Madde 20		0,665
Madde 21		0,465
Madde 22		0,783
Madde 23		0,827
Madde 24		0,804
Madde 25		0,814

Faktör analizi sonucunda Pratiklik-Verimlilik boyutu için 0,486-0,917 aralığında bulunmuştur. Yararlılık-Etkililik boyutu için 0,465-0,875 aralığında bulunmuştur.



Şekil 5.1 Ölçek Maddeleri İçin Scree Plot Grafiği

Scree Plot incelemesi sonucunda araştırma ölçeğinin iki faktörlü yapı sergilediği görülmektedir.

Tablo 5.4 Dijital Hastane Uygulamaları Anket Maddeleri Ölçek Boyutları İçin Özdeğer ve Varyans Yüzdelerine Dair Bulgular

Ölçek boyutları	Özdeğer	Açıklanan varyans yüzdesi
Pratiklik-Verimlilik	15,625	60,096
Yararlılık-Etkililik	1,862	7,161
Toplam		67,257

Yapılan faktör analizinde, Pratiklik-Verimlilik boyutu için özdeğer 15,625 ve açıklanan varyans yüzdesi %60,096 olarak hesaplanmıştır. Yararlılık-Etkililik için özdeğer 1,862 ve açıklanan varyans yüzdesi %7,161 olarak hesaplanmıştır. İki boyut ölçek varyansının toplam %67,257'sini açıklamaktadır.

Tablo 5.5 Dijital Hastane Uygulamaları Anket Maddeleri Ölçek Boyutları İçin İç Tutarlık Katsayılarına Dair Bulgular

Ölçek boyutları	Madde sayısı	Cronbach Alfa
Pratiklik-Verimlilik	14	0,963
Yararlılık-Etkililik	13	0,947
Ölçek geneli	27	0,973

Cronbach alfa iç tutarlık katsayılarının incelenmesinde Pratiklik-Verimlilik (14 madde) boyutu için 0,963'lik, Yararlılık-Etkililik (13 madde) için 0,947'lik ve ölçek geneli (27 madde) için 0,973'lik güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur.

Tablo 5.6 Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin Alt Boyutları ve İş Yüğü Ölçeği' nin Toplam Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistiksel Tablo

Ölçek	Alt Boyut/Toplam Puan	En Küçük Değer	En Büyük Değer	\bar{x}	Ss
Dijital Hastane Uygulamaları	Pratiklik-Verimlilik	14	70	54,98	9,924
	Yararlılık-Etkililik	13	60	51,50	7,385
Bakım Davranışları	Güvence	27	48	44,02	4,386
	Bilgi-Beceri	20	30	28,83	1,969
	Saygılı Olma	23	36	33,50	3,028
	Bağlılık	18	30	27,53	2,861
İş Yüğü	Ölçek Toplam Puan	15	55	33,59	6,115

Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanının en düşük değeri 14 ve en yüksek değeri ise 70 puan arasında ve Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puanının en düşük değeri 13 ve en yüksek değeri ise 60 puan arasında olduğu bulunmuştur.

Bakım Davranışları Ölçeği 'nin Güvence alt boyut toplam puanının en düşük değeri 27 ve en yüksek değeri ise 48 puan arasında, Bilgi-Beceri alt boyut toplam puanının en düşük değeri 20 ve en yüksek değeri ise 30 puan arasında, Saygılı Olma alt boyut toplam puanının en düşük değeri 23 ve en yüksek değeri ise 36 puan arasında ve Bağlılık alt boyut toplam puanının en düşük değeri 18 ve en yüksek değeri ise 30 puan arasında olduğu bulunmuştur.

İş Yüğü Ölçeği' nin toplam puanının en düşük değerinin 15 ve en yüksek değerinin ise 55 puan olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5.7 Bakım Davranışları ve İş Yükü Ölçek Boyutları İçin İç Tutarlık Katsayılarına Dair Bulgular

Ölçek boyutları	Madde sayısı	Cronbach Alfa
Güvence	9	0,927
Bilgi-Beceri	5	0,859
Saygılı Olma	6	0,870
Bağlılık	5	0,856
Bakım Davranışları ölçeği	24	0,962
İş Yükü ölçeği	11	0,819

Bakım Davranışları Ölçeği' nin Cronbach alfa iç tutarlık katsayılarının incelenmesinde Güvence boyutu için 0,927'lik, Bilgi-Beceri boyutu için 0,959'lik, Saygılı Olma boyutu için 0,870'lik, Bağlılık için 0,856'lik ve ölçek geneli için 0,962'lik güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. İş Yükü Ölçeği' nin Cronbach alfa iç tutarlık katsayılarının incelenmesinde için 0,819'lik güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır.

Tablo 5.8 Cinsiyet Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği' nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Cinsiyet	N	\bar{x}	Ss	T	sd	P
Pratiklik-Verimlilik	Kadın	263	55,54	9,732	1,565	402	0,118
	Erkek	141	53,92	10,224			
Yararlılık-Etkililik	Kadın	263	51,76	7,402	0,954	402	0,341
	Erkek	141	51,02	7,356			
Güvence	Kadın	263	45,33	4,279	1,985	402	0,047*
	Erkek	141	43,44	4,536			
Bilgi-Beceri	Kadın	263	28,92	1,914	1,181	402	0,238
	Erkek	141	28,67	2,065			
Saygılı Olma	Kadın	263	33,63	3,101	1,212	402	0,226
	Erkek	141	33,25	2,881			
Bağlılık	Kadın	263	28,73	2,791	1,958	402	0,049*
	Erkek	141	27,16	2,961			
İş Yükü Ölçek Toplam Puan	Kadın	263	33,84	6,237	1,128	402	0,260
	Erkek	141	33,12	5,873			

*p<0,05

Katılımcıların cinsiyet değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutları ve İş Yükü Ölçeği toplam ortalama puanları arası farkı belirlemek için Bağımsız Örnek t-Testi kullanılmıştır.

Erkek ve kadın bireylerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($t(402)= 1,565$; $p>0,05$).

Erkek ve kadın bireylerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($t(402)= 0,954$; $p>0,05$).

Erkek ve kadın bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(402)= 1,985$; $p<0,05$). Aralarındaki fark incelendiğinde kadın katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanları, erkek katılımcılardan daha fazla olduğu saptanmıştır.

Erkek ve kadın bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t(402)= 1,181$; $p>0,05$).

Erkek ve kadın bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($t(402)= 1,212$; $p>0,05$).

Erkek ve kadın bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($t(402)= 1,958$; $p<0,05$) ve kadın bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanlarının, erkek bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanından daha fazla olduğu saptanmıştır.

Erkek ve kadınların İş Yükü Ölçeği' nin toplam ortalama puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($t(402)= 1,128$; $p>0,05$).

Tablo 5.9 Yaş Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği' nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Yaş	N	\bar{x}	Ss	F	Sd	P
Pratiklik-Verimlilik	18-29 yaş arası	292	54,98	10,180	0,764	2,401	0,466
	30-39 yaş arası	95	54,47	8,951			
	40-49 yaş arası	17	57,71	10,752			
Yararlılık-Etkililik	18-29 yaş arası	292	51,66	7,131	0,243	2,401	0,785
	30-39 yaş arası	95	51,12	7,981			
	40-49 yaş arası	17	50,94	8,540			
Güvence	18-29 yaş arası	292	44,16	4,310	0,655	2,401	0,520
	30-39 yaş arası	95	43,74	4,470			
	40-49 yaş arası	17	43,18	5,259			
Bilgi-Beceri	18-29 yaş arası	292	28,87	1,928	0,167	2,401	0,847
	30-39 yaş arası	95	28,75	1,946			
	40-49 yaş arası	17	28,71	2,779			
Saygılı Olma	18-29 yaş arası	292	33,64	2,939	1,416	2,401	0,244
	30-39 yaş arası	95	33,19	3,157			
	40-49 yaş arası	17	32,71	3,704			
Bağlılık	18-29 yaş arası	292	27,71	2,771	2,276	2,401	0,104
	30-39 yaş arası	95	27,19	2,980			
	40-49 yaş arası	17	26,53	3,466			
İş Yükü Ölçek Toplam Puan	18-29 yaş arası	292	33,95	6,275	2,993	2,401	0,048*
	30-39 yaş arası	95	32,93	5,700			
	40-49 yaş arası	17	31,18	4,876			

*p<0,05

Yaş değişkenine ilişkin olarak katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt boyutları ve İş Yükü Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın incelenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında yaş değişkenine göre istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (F(2,401)= 0,764; p>0,05).

Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında yaş değişkenine göre istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F(2,401)= 0,243$; $p>0,05$).

Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanları arasında yaş değişkenine göre istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F(2,401)= 0,655$; $p>0,05$).

Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında yaş değişkenine göre istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F(2,401)= 0,167$; $p>0,05$).

Yaş değişkenine için Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F(2,401)= 1,416$; $p>0,05$).

Yaş değişkenine için Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($F(2,401)= 2,276$; $p>0,05$).

Yaş değişkenine göre İş Yüğü Ölçeği' nin toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2,401)= 2,993$; $p<0,05$). Farklılıkların hangi değişkenlerden kaynaklandığını anlamak için Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma testi uygulanmıştır ve 18-29 yaş arasındaki bireylerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam puan ortalamasının, 30-39 yaş arasında ve 40-49 yaş arasında olan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre 18-29 yaş arasında olan bireyler İş Yüğü Ölçeği' nin toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir.

Tablo 5.10 Medeni Durum Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Medeni Durum	N	\bar{x}	ss	T	Sd	P
Pratiklik-Verimlilik	Evli	149	54,46	9,588	-0,803	402	0,422
	Bekar	255	55,28	10,121			
Yararlılık-Etkililik	Evli	149	51,45	7,454	-0,105	402	0,917
	Bekar	255	51,53	7,359			
Güvence	Evli	149	43,77	4,593	-0,860	402	0,390
	Bekar	255	44,16	4,262			
Bilgi-Beceri	Evli	149	28,77	1,943	-0,519	402	0,604
	Bekar	255	28,87	1,987			
Saygılı Olma	Evli	149	33,19	3,196	-1,540	402	0,124
	Bekar	255	33,67	2,917			
Bağlılık	Evli	149	27,17	3,083	-1,997	402	0,047*
	Bekar	255	27,75	2,706			
İş Yükü Ölçek Toplam Puan	Evli	149	33,66	6,177	0,172	402	0,863
	Bekar	255	33,55	6,090			

*p<0,05

Medeni durum değişkenine göre katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt boyutları ve İş Yükü Ölçeği' nin toplam ortalama puanları arasındaki farkın incelenmesi için Bağımsız Örnek t-Testi ile kullanılmıştır.

Bekar ve evli olan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($t(402) = -0,803$; $p > 0,05$).

Bekar ve evli olan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = -0,105$; $p > 0,05$).

Bekar ve evli olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği Güvence alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = -0,860$; $p > 0,05$).

Bekar ve evli olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği'nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = -0,519$; $p > 0,05$).

Bekar ve evli olan bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = -1,540$; $p > 0,05$).

Bekar ve evli olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(402) = -1,997$; $p < 0,05$). Bekar bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları, evli bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanından yüksektir.

Bekar ve evli olan bireylerin İş Yükü Ölçeği toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = 0,172$; $p > 0,05$).

Tablo 5.11 Çocuk Sayısına Göre Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği' nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Çocuk Sayısı	n	\bar{x}	ss	F	sd	P
Pratiklik-Verimlilik	0 çocuk	324	55,00	10,056	0,059	2,401	0,942
	1 çocuk	51	54,61	8,884			
	2 çocuk	29	55,38	10,469			
Yararlılık-Etkililik	0 çocuk	324	51,46	7,340	0,164	2,401	0,849
	1 çocuk	51	52,00	7,116			
	2 çocuk	29	51,10	8,508			
Güvence	0 çocuk	324	44,04	4,354	0,057	2,401	0,944
	1 çocuk	51	43,82	4,255			
	2 çocuk	29	44,07	5,070			
Bilgi-Beceri	0 çocuk	324	28,85	1,961	0,494	2,401	0,611
	1 çocuk	51	28,88	1,807			
	2 çocuk	29	28,48	2,339			
Saygılı Olma	0 çocuk	324	33,57	2,952	0,519	2,401	0,595
	1 çocuk	51	33,31	3,184			
	2 çocuk	29	33,03	3,600			
Bağlılık	0 çocuk	324	27,62	2,780	1,061	2,401	0,347
	1 çocuk	51	27,35	2,985			
	2 çocuk	29	26,86	3,482			
İş Yükü Ölçek Toplam Puan	0 çocuk	324	33,82	5,948	3,315	2,401	0,037*
	1 çocuk	51	33,69	7,021			
	2 çocuk	29	30,79	5,766			

Çocuk sayısı değişkeni açısından kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt boyutları ve İş Yüğü Ölçeği toplam ortalama puanları arasındaki farkı incelemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Çocuk sayısı değişkenine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2,401)= 0,059$; $p>0,05$).

Çocuk sayısı değişkenine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2,401)= 0,164$; $p>0,05$).

Çocuk sayısı değişkeni açısından Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2,401)= 0,057$; $p>0,05$). Çocuk sayısı değişkeni açısından Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2,401)= 0,494$; $p>0,05$).

Çocuk sayısı değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($F(2,401)= 0,519$; $p>0,05$). Çocuk sayısı değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2,401)= 1,061$; $p>0,05$).

Çocuk sayısı değişkeni açısından İş Yüğü Ölçeği' nin toplam ortalama puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2,401)= 3,315$; $p<0,05$) ve farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığını bulabilmek için Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma yapılmış olup sonucuna göre, çocuğı olmayan bireylerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanı, 1 çocuğı sahip ve 2 çocuğı sahip olan bireylerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından yüksek olduğı bulunmuştur. Buna göre çocuğı olmayan bireyler İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından yüksek puan elde etmiştir.

Tablo 5.12 Eğitim Durumu Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği' nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Eğitim Durumu	n	\bar{x}	ss	F	sd	p
Pratiklik-Verimlilik	Ön lisans	12	50,33	12,507	5,465	2,401	0,005*
	Lisans	318	54,43	9,921			
	Lisansüstü	74	58,05	8,850			
Yararlılık-Etkililik	Ön lisans	12	48,17	5,828	2,973	2,401	0,047*
	Lisans	318	51,30	7,430			
	Lisansüstü	74	52,89	7,231			
Güvence	Ön lisans	12	43,17	4,469	0,953	2,401	0,386
	Lisans	318	43,92	4,372			
	Lisansüstü	74	44,59	4,435			
Bilgi-Beceri	Ön lisans	12	26,83	2,855	6,654	2,401	0,001*
	Lisans	318	28,87	1,894			
	Lisansüstü	74	28,99	1,976			
Saygılı Olma	Ön lisans	12	32,67	3,143	0,706	2,401	0,494
	Lisans	318	33,47	2,980			
	Lisansüstü	74	33,74	3,223			
Bağlılık	Ön lisans	12	26,92	2,644	0,390	2,401	0,677
	Lisans	318	27,52	2,807			
	Lisansüstü	74	27,69	3,136			
İş Yükü Ölçek Toplam Puan	Ön lisans	12	32,58	9,346	4,606	2,401	0,011*
	Lisans	318	34,06	6,173			
	Lisansüstü	74	31,73	4,815			

*p<0,05

Eğitim durumu değişkenine göre bireylerin Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt boyutları ve İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam puan ortalamaları arasındaki farkı incelemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Eğitim durumu değişkenine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği'nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2,401)= 5,465$; $p<0,05$). Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının bulunması için yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre, lisansüstü mezunu olan bireylerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanı, ön lisans mezunu ve lisans mezunu olan bireylerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanından daha fazladır. Buna göre lisansüstü

mezunu olan kişiler Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir.

Eğitim durumu değişkenine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2,401)= 2,973; p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığının bulunması için yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma yapılmış, sonucu göre, lisansüstü mezunu olan katılımcılar Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanı, ön lisans mezunu ve lisans mezunu olan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanlarından daha yüksektir. Buna göre lisansüstü mezunu olan kişiler Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir.

Eğitim durumu değişkeni için Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F(2,401)= 0,953; p>0,05$).

Eğitim durumu değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2,401)= 6,654; p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığı bulabilmek için yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma yapılmış, sonuca göre, lisansüstü mezunu olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanı, ön lisans mezunu ve lisans mezunu olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanından daha fazladır. Buna göre lisansüstü mezunu olan katılımcılar Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalamasından daha yüksek puan almışlardır.

Eğitim durumu değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2,401)= 0,706; p>0,05$). Eğitim durumu değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($F(2,401)= 0,390; p>0,05$).

Eğitim durumu değişkenine göre İş Yükü leği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F(2,401)= 4,606$; $p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığını bulabilmek için Tukey-B (Post Hoc) oklu karşılaştırması yapılmış ve sonucuna göre, lisans mezunu olan bireylerin İş Yükü leği' nin genel toplam ortalama puanı, ön lisans mezunu ve lisansüstü mezunu olan bireylerin İş Yükü leği' nin toplam ortalama puanından daha fazladır. Buna göre lisans mezunu olan bireyler İş Yükü leği' nin toplam ortalama puanından yüksek puan elde etmiştir.

Tablo 5.13 Meslekte alışma Yılı Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları leği' nin Alt Boyutları ve İş Yükü leği' nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Meslekte alışma Yılı	n	\bar{x}	ss	F	sd	P
Pratiklik-Verimlilik	1 yıldan az	12	52,25	8,843	1,067	3,400	0,363
	1-5 yıl arası	197	54,38	10,993			
	6-10 yıl arası	165	55,94	8,704			
	11 yıl ve zeri	30	54,67	9,110			
Yararlılık-Etkililik	1 yıldan az	12	46,50	7,416	2,676	3,400	0,048*
	1-5 yıl arası	197	51,52	7,530			
	6-10 yıl arası	165	52,09	7,116			
	11 yıl ve zeri	30	50,10	7,284			
Güvence	1 yıldan az	12	43,92	4,274	0,577	3,400	0,630
	1-5 yıl arası	197	44,04	4,130			
	6-10 yıl arası	165	44,18	4,541			
	11 yıl ve zeri	30	43,03	5,223			
Bilgi-Beceri	1 yıldan az	12	28,25	1,865	3,481	3,400	0,016*
	1-5 yıl arası	197	28,83	1,961			
	6-10 yıl arası	165	29,05	1,696			
	11 yıl ve zeri	30	27,87	2,991			
Saygılı Olma	1 yıldan az	12	33,08	2,503	1,061	3,400	0,366
	1-5 yıl arası	197	33,57	2,978			
	6-10 yıl arası	165	33,61	3,026			
	11 yıl ve zeri	30	32,60	3,510			
Bağlılık	1 yıldan az	12	28,00	2,089	0,883	3,400	0,450
	1-5 yıl arası	197	27,62	2,803			
	6-10 yıl arası	165	27,54	2,956			
	11 yıl ve zeri	30	26,77	2,967			
İş Yükü lek Toplam Puan	1 yıldan az	12	35,67	6,372	3,794	3,400	0,011*
	1-5 yıl arası	197	34,11	6,612			
	6-10 yıl arası	165	33,39	5,276			
	11 yıl ve üzeri	30	30,40	6,083			

* $p<0,05$

Meslekte çalışma yılı değişkeni için katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt boyutları ve İş Yükü Ölçeği 'nin genel toplam ortalama puanlar arasındaki farkın incelenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Meslekte çalışma yılı değişkenine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3,400)= 1,067; p>0,05$).

Meslekte çalışma yılı değişkenine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanı arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3,400)= 2,676; p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığının bulunması için Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma yapılmış ve sonucuna göre, mesleki çalışma yılı 6-10 yıl arasındaki katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puan ortalaması, mesleki çalışma yılı 1 yıldan az, 1-5 yıl arasında ve 11 yıl ve üzerinde olan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puan ortalamalarından daha fazla puan almışlardır. Buna göre mesleki çalışma yılı 6-10 yıl arasında olan bireyler Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalaması daha yüksektir.

Meslekte çalışma yılı değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3,400)= 0,577; p>0,05$).

Meslekte çalışma yılı değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. ($F(3,400)= 3,481; p>0,05$).

Meslekte çalışma yılı değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3,400)= 1,061; p>0,05$).

Meslekte çalışma yılı kategorilerine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3,400)= 0,883; p>0,05$).

Meslekte çalışma yılı değişkenine göre İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir görülmüştür ($F(3,400)= 3,794$; $p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığı bulabilmek için Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırması yapılmış, sonuca göre, mesleki çalışma yılı 1 yıldan az olan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanı, mesleki çalışma yılı 1-5 yıl arasında, 6-10 yıl arasında ve 11 yıl ve üzerinde olan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından daha fazla çıkmıştır. Bu sonuca göre mesleki çalışma yılı 1 yıldan az olan bireyler İş Yüğü Ölçeği' nin toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir.

Tablo 5.14 Kurumda Çalışma Yılı Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin Alt Boyutları ve İş Yüğü Ölçeği' nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Kurumda Çalışma Yılı	N	\bar{x}	ss	t	Sd	P
Pratiklik-Verimlilik	1 yıldan az	26	54,12	9,885	-0,456	402	0,648
	1-5 yıl arası	378	55,03	9,937			
Yararlılık-Etkililik	1 yıldan az	26	47,88	7,876	-2,599	402	0,010*
	1-5 yıl arası	378	51,75	7,295			
Güvence	1 yıldan az	26	44,27	4,378	0,302	402	0,762
	1-5 yıl arası	378	44,00	4,391			
Bilgi-Beceri	1 yıldan az	26	28,04	2,126	-2,133	402	0,034*
	1-5 yıl arası	378	28,89	1,949			
Saygılı Olma	1 yıldan az	26	33,23	2,761	-0,464	402	0,643
	1-5 yıl arası	378	33,52	3,048			
Bağlılık	1 yıldan az	26	27,69	2,573	0,290	402	0,772
	1-5 yıl arası	378	27,52	2,882			
İş Yüğü Ölçek Toplam Puan	1 yıldan az	26	34,38	7,985	0,685	402	0,494
	1-5 yıl arası	378	33,53	5,975			

* $p<0,05$

Kurumda çalışma yılı değişkeni için katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt boyutları ve İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasındaki farkın incelenmesi için Bağımsız Örnek t-Testi kullanılmıştır.

Kurumda çalışma yılı 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402)= -0,456$; $p>0,05$).

Kurumda çalıştığı süre 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(402) = -2,599$; $p < 0,05$). Kurumda çalışma yılı 1-5 yıl arasında olan bireylerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puan ortalamaları, kurumda çalışma yılı 1 yıldan az olan bireylerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanından daha fazladır.

Kurumda çalıştığı süre 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = 0,302$; $p > 0,05$).

Kurumdaki çalıştığı süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark görülmüştür ($t(402) = -2,133$; $p < 0,05$). Kurumda çalışma yılı 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puan ortalamaları, kurumda çalışma yılı 1 yıldan az olan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puan ortalamalarından daha yüksektir.

Kurumda çalıştığı süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = -0,464$; $p > 0,05$).

Kurumda çalıştığı süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = 0,290$; $p > 0,05$).

Kurumda çalıştığı süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların İş Yükü Ölçeği' nin toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = 0,685$; $p > 0,05$).

Tablo 5.15 Çalıştığımız Birim Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği' nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Çalıştığımız Birim	N	\bar{x}	ss	F	sd	P
Pratiklik-Verimlilik	Dahili birimler	74	55,80	8,590	5,516	6,397	0,000*
	Cerrahi birimler	74	51,24	12,230			
	Ameliyathane	79	51,89	10,379			
	Acil servis	16	58,25	3,804			
	Yoğun Bakım	59	57,58	9,141			
	Ayaktan hasta birimleri	70	57,17	7,415			
	İdari Birimler	32	58,09	9,953			
Yararlılık-Etkililik	Dahili birimler	74	52,15	6,215	2,578	6,397	0,018*
	Cerrahi birimler	74	49,41	8,915			
	Ameliyathane	79	50,20	7,897			
	Acil servis	16	54,13	5,560			
	Yoğun Bakım	59	53,19	6,399			
	Ayaktan hasta birimleri	70	52,40	6,165			
	İdari Birimler	32	51,66	8,438			
Güvence	Dahili birimler	74	45,20	3,774	7,239	6,397	0,000*
	Cerrahi birimler	74	43,96	4,159			
	Ameliyathane	79	41,41	4,887			
	Acil servis	16	44,44	4,871			
	Yoğun Bakım	59	44,95	3,780			
	Ayaktan hasta birimleri	70	44,99	3,569			
	İdari Birimler	32	43,81	4,941			
Bilgi-Beceri	Dahili birimler	74	29,18	1,456	2,161	6,397	0,046*
	Cerrahi birimler	74	28,66	2,029			
	Ameliyathane	79	28,24	2,608			
	Acil servis	16	29,13	1,708			
	Yoğun Bakım	59	29,07	1,670			
	Ayaktan hasta birimleri	70	29,11	1,593			
	İdari Birimler	32	28,69	2,177			
Saygılı Olma	Dahili birimler	74	34,38	2,437	8,062	6,397	0,000*
	Cerrahi birimler	74	33,62	2,846			
	Ameliyathane	79	31,67	3,327			
	Acil servis	16	33,63	3,284			
	Yoğun Bakım	59	34,31	2,541			
	Ayaktan hasta birimleri	70	34,10	2,378			
	İdari Birimler	32	32,81	3,930			

Tablo 5.15 (devam) Çalıştığınız Birim Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İş Yüğü Ölçeği'nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi

Bağlılık	Dahili birimler	74	28,43	2,171	8,437	6,397	0,000*
	Cerrahi birimler	74	27,65	2,640			
	Ameliyathane	79	25,73	3,153			
	Acil servis	16	27,75	3,531			
	Yoğun Bakım	59	28,17	2,627			
	Ayaktan hasta birimleri	70	28,13	2,245			
	İdari Birimler	32	27,06	3,417			
İş Yüğü Ölçek Toplam Puan	Dahili birimler	74	34,54	5,871	6,390	6,397	0,000*
	Cerrahi birimler	74	35,41	6,772			
	Ameliyathane	79	33,27	6,086			
	Acil servis	16	34,00	2,309			
	Yoğun Bakım	59	35,22	5,608			
	Ayaktan hasta birimleri	70	30,27	5,155			
	İdari Birimler	32	32,03	6,352			

*p<0,05

Çalıştığınız birim değişkeni için katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt boyutları ve İş Yüğü Ölçeği' nin toplam ortalama puanları arasındaki farkın incelenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Çalıştığınız birim değişkenine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($F(6,397)= 5,516$; $p<0,05$). Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının bulunması için Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırması yapılmış, bu sonuca göre, acil serviste çalışan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puan ortalaması, dahili birimler, cerrahi birimler, ameliyathane, yoğun bakım, ayaktan hasta birimleri ve idari birimlerde çalışan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanı daha fazladır. Buna göre acil serviste çalışan katılımcılar Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanı daha yüksektir.

Çalıştığımız birim değişkenine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(6,397)= 2,578$; $p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığı bulabilmek için Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırması yapılmış, bu sonuca göre, acil serviste çalışan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puan ortalaması, dahili birimler, cerrahi birimler, ameliyathane, yoğun bakım, ayaktan hasta birimleri ve idari birimlerde çalışan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanından daha fazladır. Buna göre acil serviste çalışan bireyler Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir.

Çalıştığımız birim değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($F(6,397)= 7,239$; $p<0,05$). Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının bulunması için yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre, dahili birimlerde çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanı, cerrahi birimler, ameliyathane, acil servis, yoğun bakım, ayaktan hasta birimleri ve idari birimlerde çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanından fazladır. Buna göre dahili birimlerde çalışan katılımcılar Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam puanından daha yüksek puan elde etmiştir.

Çalıştığımız birim değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($F(6,397)= 2,161$; $p<0,05$). Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının bulunması için yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre, dahili birimlerde çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puan ortalaması, cerrahi birimler, ameliyathane, acil servis, yoğun bakım, ayaktan hasta birimleri ve idari birimlerde çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puan ortalamalarından daha yüksektir. Buna göre dahili birimlerde çalışan bireyler Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puan ortalamasından daha fazla puan elde etmiştir.

Çalıştığımız birim değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(6,397)= 8,062; p<0,05$). Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını bulabilmek için Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırması yapılmış, bu sonuca göre, dahili birimlerde çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanları, cerrahi birimler, ameliyathane, acil servis, yoğun bakım, ayaktan hasta birimleri ve idari birimlerde çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanlarından daha fazladır. Buna göre dahili birimlerde çalışan bireyler Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir.

Çalıştığımız birim değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(6,397)= 8,437; p<0,05$). Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının bulunması için yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre, dahili birimlerde çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanı, cerrahi birimler, ameliyathane, acil servis, yoğun bakım, ayaktan hasta birimleri ve idari birimlerde çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanlarından daha fazladır. Buna göre dahili birimlerde çalışan bireyler Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam puan ortalamasından daha yüksek puan elde etmiştir.

Çalıştığımız birim değişkenine göre İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F(6,397)= 6,390; p<0,05$). Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının bulunması için yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre, cerrahi birimlerde çalışan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanı, dahili birimler, ameliyathane, acil servis, yoğun bakım, ayaktan hasta birimleri ve idari birimlerde çalışan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanlarından daha fazladır. Buna göre cerrahi birimlerde çalışan bireyler İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir.

Tablo 5.16 Çalışma Pozisyonu Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği' nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Çalışma Pozisyonu	N	\bar{x}	ss	F	sd	p
Pratiklik-Verimlilik	Alt/Üst yönetici	76	52,86	12,256	2,812	3,400	0,039*
	Klinik hemşiresi	245	54,85	9,513			
	Ayaktan hasta bakım hemşiresi	51	56,76	8,029			
	İdari birim	32	58,09	8,611			
Yararlılık-Etkililik	Alt/Üst yönetici	76	49,61	9,358	2,394	3,400	0,069
	Klinik hemşiresi	245	51,77	6,821			
	Ayaktan hasta bakım hemşiresi	51	52,86	6,762			
	İdari birim	32	51,75	6,682			
Güvence	Alt/Üst yönetici	76	44,14	4,709	1,820	3,400	0,143
	Klinik hemşiresi	245	43,79	4,415			
	Ayaktan hasta bakım hemşiresi	51	45,27	3,293			
	İdari birim	32	43,47	4,697			
Bilgi-Beceri	Alt/Üst yönetici	76	28,47	2,548	3,919	3,400	0,009*
	Klinik hemşiresi	245	28,99	1,739			
	Ayaktan hasta bakım hemşiresi	51	29,14	1,484			
	İdari birim	32	27,97	2,429			
Saygılı Olma	Alt/Üst yönetici	76	33,30	3,540	1,530	3,400	0,206
	Klinik hemşiresi	245	33,46	2,947			
	Ayaktan hasta bakım hemşiresi	51	34,27	2,290			
	İdari birim	32	33,00	3,273			
Bağlılık	Alt/Üst yönetici	76	27,43	3,239	1,733	3,400	0,160
	Klinik hemşiresi	245	27,43	2,860			
	Ayaktan hasta bakım hemşiresi	51	28,37	1,980			
	İdari birim	32	27,22	2,992			
İş Yükü Ölçek Toplam Puan	Alt/Üst yönetici	76	34,11	6,646	10,130	3,400	0,000*
	Klinik hemşiresi	245	34,47	5,793			
	Ayaktan hasta bakım hemşiresi	51	29,78	5,029			
	İdari birim	32	31,69	6,322			

*p<0,05

Çalışma pozisyonu değişkeni için katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt boyutları ve İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam

ortalama puanları arasındaki farkın incelenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Çalışma pozisyonu değişkenine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3,400)= 2,812; p<0,05$). Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını bulabilmek için Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırması yapılmış, bu sonuca göre, çalışma pozisyonu idari birimler olan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanı, çalışma pozisyonu alt/üst yönetici, klinik hemşire ve ayaktan hasta bakım hemşiresi olan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanlarından daha fazladır. Buna göre çalışma pozisyonu idari birimler olan bireyler Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir.

Çalışma pozisyonu değişkenine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3,400)= 2,394; p>0,05$).

Çalışma pozisyonu değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3,400)= 1,820; p>0,05$).

Çalışma pozisyonu değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($F(3,400)= 3,919; p<0,05$). Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre, çalışma pozisyonu ayaktan hasta bakım hemşiresi olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanı, çalışma pozisyonu alt/üst yönetici, klinik hemşire ve idari birimler olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanlarından daha fazladır. Buna göre çalışma pozisyonu ayaktan hasta bakım hemşiresi olan bireyler Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir.

Çalışma pozisyonu değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F(3,400)= 1,530; p>0,05).

Çalışma pozisyonu değişkenine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F(3,400)= 1,733; p>0,05).

Çalışma pozisyonu değişkenine göre İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmüştür (F(3,400)= 10,130; p<0,05). Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını bulabilmek için yapılan Tukey-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre, çalışma pozisyonu klinik hemşire olan kişilerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanı, çalışma pozisyonu alt/üst yönetici, ayaktan hasta bakım hemşiresi ve idari birimler olan kişilerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanlarından daha fazladır. Buna göre çalışma pozisyonu klinik hemşire olan bireyler İş Yükü Ölçeği 'nin genel toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir.

Tablo 5.17 Çalışma Şekli Değişkeni için Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği' nde Ortalama Puanlar Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Çalışma Şekli	N	\bar{x}	ss	t	sd	P
Pratiklik-Verimlilik	Gündüz	121	54,26	10,687	-0,941	402	0,347
	Nöbetli	283	55,28	9,583			
Yararlılık-Etkililik	Gündüz	121	50,07	8,223	-2,554	402	0,011*
	Nöbetli	283	52,11	6,922			
Güvence	Gündüz	121	43,60	4,506	-1,242	402	0,215
	Nöbetli	283	44,19	4,329			
Bilgi-Beceri	Gündüz	121	28,48	2,288	-2,365	402	0,018*
	Nöbetli	283	28,98	1,799			
Saygılı Olma	Gündüz	121	33,09	3,312	-1,770	402	0,078
	Nöbetli	283	33,67	2,887			
Bağlılık	Gündüz	121	27,36	2,869	-0,823	402	0,411
	Nöbetli	283	27,61	2,859			
İş Yükü Ölçek Toplam Puan	Gündüz	121	32,63	7,165	-2,074	402	0,039*
	Nöbetli	283	34,00	5,570			

*p<0,05

Çalışma şekli değişkeni için katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin alt boyutları ve İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam

ortalama puanları arasındaki farkın incelenmesi için Bağımsız Örnek t-Testi yapılmıştır.

Gündüz ve nöbetli çalışan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği 'nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = -0,941$; $p > 0,05$).

Gündüz ve nöbetli çalışan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(402) = -2,554$; $p < 0,05$). Nöbetli çalışan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları, gündüz çalışan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanlarından daha fazladır.

Gündüz ve nöbetli çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = -1,242$; $p > 0,05$).

Gündüz ve nöbetli çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(402) = -2,365$; $p < 0,05$). Nöbetli çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puan ortalamaları, gündüz çalışanların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanlarından daha fazladır.

Gündüz ve nöbetli çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = -1,770$; $p > 0,05$).

Gündüz ve nöbetli çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(402) = -0,823$; $p > 0,05$).

Gündüz ve nöbetli çalışan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(402) = -2,074$; $p < 0,05$).

Nöbetli çalışan kişilerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları, gündüz çalışanların İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanlarından daha yüksektir.

İncelenen Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği alt boyutları ile sosyo-demografik özelliklerin yukarıdaki yorumlamaları dikkate alınarak çalışmada sunulan H1 “Dijital hastane sistemlerine geçişte sosyo-demografik özellikler hemşirelerin bakım kalitesi etkiler.”, H2 “Dijital hastane sistemlerine geçişte sosyo-demografik özellikler hemşirelerin iş yükünü etkiler.”, H3 “Dijital hastane sistemlerine geçiş hemşirelerin iş yükünü etkiler.” Ve H4 “Dijital hastane sistemlerine geçiş hemşirelerin bakım kalitesi etkiler.” hipotezleri elde edilen sonuçlarla desteklenmiştir.

Tablo 5.18 Dijital Hastane Uygulamaları ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin Alt Boyutları ve İş Yükü Ölçeği Ortalama Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	1	2	3	4	5	6	7
Pratiklik-Verimlilik	1						
Yararlılık-Etkililik	0,813*	1					
Güvence	0,426*	0,370*	1				
Bilgi-Beceri	0,352*	0,389*	0,644*	1			
Saygılı Olma	0,397*	0,382*	0,867*	0,670*	1		
Bağlılık	0,405*	0,385*	0,854*	0,644*	0,915*	1	
İş Yükü Toplam	-0,322*	-0,244*	-0,168*	-0,133*	-0,131*	-0,152*	1

*p<0,05

1: Pratiklik-Verimlilik; 2: Yararlılık-Etkililik; 3: Güvence; 4: Bilgi-Beceri; 5: Saygılı Olma; 6: Bağlılık; 7: İş Yükü Genel Toplam

Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,813;p<0,005$). Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=0,426;p<0,005$). Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı

pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,352;p<0,005$). Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmektedir ($r=0,397;p<0,005$). Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,405;p<0,005$). Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($r= -0,322;p<0,005$).



6 TARTIŞMA

Bilgi ve iletişim teknolojisinin hızlı gelişimi günümüzde de devam etmektedir. Küreselleşmenin artmasıyla birlikte bilgi üretimi ve tüketimi hız kazanmakta ve özellikle insan odaklı hizmet alanlarında bilgi değişimi ve gelişimlerine uyum sağlamak kaçınılmaz hale gelmektedir. Sağlık sektöründe faaliyet gösterenlerin temel amaçlarından biri, hizmet kalitesini en üst seviyeye çıkarmak için bilgisayar ve iletişim teknolojisindeki değişimleri yakından takip etmektir (Limon, 2019: 30-39). Sağlık hizmetlerinde yönetim ve fonksiyonel bilgilere zamanında ve uygun maliyetle erişebilmek oldukça önemlidir. Günümüz bilgi çağında, özellikle sağlık sektöründe bilginin yönetilmesi, saklanması, değerlendirilmesi, üretilmesi ve kullanılması büyük önem arz etmektedir. Bu bağlamda sağlık bilgilerinin korunması ve paylaşılması amacıyla elektronik kayıtlardaki bilgileri işleyen sistemler geliştirilmiştir. Geliştirilen bilgi sistemleri doğrultusunda sağlık kurumlarında elektronik kayıt sistemlerinin kullanılmasıyla büyük miktarda tıbbi bilginin saklanması, saklanan bilgiye hızlı bir şekilde ulaşılması mümkün olmaktadır. Elektronik kayıt sistemi aynı zamanda sağlık hizmeti sunucularına ait bilgilerin fiziksel alan gerektirmeden uzun süre saklanması, bilgilerin analiz edilmesi, hastalık yükünün maliyetinin hesaplanması ve gelecekteki risklerin belirlenmesi gibi avantajlar da sağlamaktadır (Ay, 2009: 67-74). Elektronik tıbbi kayıt sistemi olası tıbbi hata riskini en aza indirir, kağıt tüketimini azaltır, zor okunan el yazısı sorununu ortadan kaldırır ve hastayla iletişime olumlu katkı sağlar (Sümbüloğlu ve Akdağ, 2010).

Dijital hastane sistemleri, hemşirelik bakım sürecinde önemli bir dönüşümü tetiklemiş ve sağlık hizmetlerindeki verimliliği artırmıştır. Bu uygulamalar, hemşirelerin hasta bakımını daha etkili bir şekilde yönetmelerine olanak tanırken, aynı zamanda hasta güvenliğini ve tedavi sonuçlarını artırmayı hedeflemektedir (Kaya,2008:1-7). Bu bağlamda, dijital hastane sistemlerindeki uygulamaların değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini artırmak adına kritik bir öneme sahiptir (Olmaz ve Karakurt, 2019: 3-14).

Yapılan bu araştırmalar sonucunda, tez kapsamında “Hemşirelik bakım sürecinde dijital hastane sistemlerine geçisin iş yükü ve bakım kalitesine etkisi var mıdır?” soruna yanıt aranmış ve bu kapsamda 4 hipotez geliştirilmiştir.

Çalışmada ele alınan hipotezler kapsamında, “cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, yaş, kurumda çalışma yılı, meslekte çalışma yılı, çalışma şekli ,çalışılan birim, çalışılan pozisyon” sosyo-demografik özellikleri dikkate alınmış ve etkileri ile ilgili diğer hipotezler “Dijital hastane uygulamaları ve bakım davranışları” ve “iş yükü” ölçeklerinde incelenmiştir.

İstanbul’da bir şehir hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerle yaptığımız araştırmamız, örneklem seçmeden, elektronik ortamda hemşirelik sürecinin yürütüldüğü kliniklerde çalışan hemşireler ile yrtlmştir. 263 kadın (%65,1) ve 141 erkek (%34,9) olmak üzere toplam 404 kişi katılmıştır.

Türkiye’nin Yozgat ili şehir Hastanesi’nde 2021 yılında 176’sı kadın (%59,1), 122’si erkek (%40,1) olan toplam 298 birey ile yapılan benzer bir araştırmada; çalışmaya katılan personellerin görev dağılımını incelenmiştir ve büyük çoğunluğu (%47,7’si) hemşirelerden oluşan katılımcıların %10,1’i ebelerden, %10,1’i idari personelden, %22,8’si teknisyen, tekniker ve eczacı gibi diğer sağlık personellerinden ve %9,4’önünde hekimlerden oluştuğu grlmştir.

Cinsiyet, yaş, medeni durum ve çocuk sayısı kategorilerine göre Dijital Hastane Uygulamaları leği’ nin Pratiklik-Verimlilik ve Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Kadın ve erkek katılımcıların Bakım Davranışları leği’ nin Güvence ve Bağlılık alt boyutları ile anlamlı bir farklılığının olduğu tespit edilmiş ve kadın çalışanların “güvence ve bağlılık“ alt boyutlarında puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, kadınların yapısal özellikleri bakımından beklenen bir sonuçtur. Buna karşın Erenğlu, Can ve Tambağ (2019) tarafından kadın doğum ve çocuk ünitelerinde çalışan hemşireler ile yapılan bir çalışmada cinsiyet ile Bakım Davranış leğinin alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıca alışmalar arasındaki farklılığın, araştırmaya katılan katılımcıların 263 kadın

(%65,1) ve 141 erkek (%34,9) olarak kadın katılımcı sayısının fazla olmasının etkilediği düşünülmüştür.

Kadın ve erkek katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri ve Saygılı Olma alt boyutları toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Benzer bir şekilde Ağaçdiken Alkan, İşyeri ve Kırmızı (2023) tarafından bir üniversite hastanesinde yapılan reanimasyon yoğun bakım ünitelerinde ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan 75 hemşire ile çalışmada da kadın ve erkek katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği'nin Bilgi-Beceri ve Saygılı Olma alt boyutları toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Bekar ve evli olan bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma alt boyutları toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen; bekar ve evli bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve bekar bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği 'nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları, evli bireylere göre daha fazla bulunmuştur. Bu durum bekar çalışanların işlerine daha fazla zaman ayırabilme ve odak sağlayabilme olanağının olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bizim çalışmamızda bekar katılımcıların bağlılık alt boyut puan ortalamalarının yüksek olmasının bir nedeninin de çalışmaya katılan popülasyonun bekar katılımcı sayısının fazla olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, eğitim durumu kategorilerine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence, Saygılı Olma ve Bağlılık alt boyutları toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmezken; eğitim durumu kategorilerine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır. Lisansüstü mezunu olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları, ön lisans mezunu ve lisans mezunu olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanlarından daha yüksektir.

Literatürdeki çalışmaların bir kısmında bireylerin yaş, evlilik ve cinsiyet gibi sosyo-demografik özellikleri ile çalışma pozisyonu, eğitim ve vardiya şekli, çalışma süresi gibi birtakım mesleki değişkenlerin hemşirelik bakım kalitesi algısını etkilediği saptanmıştır. Ancak bu verilerin aksine hemşirelik bakımı ile ilgili başka çalışmalarda da aynı sosyo-demografik özelliklerin hemşirelerin meslekte geçirilen süre, eğitim düzeyi ve çalışma süresi gibi mesleki özelliklerinin hemşirelik bakım kalitesi algısı üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur. Bu konuda yapılan çalışmalarda, Kurşun' un 2010 yılındaki ve Çil Eyi' nin 2012 yılındaki araştırmalarında, hemşirelerin cinsiyet, yaş, evlilik durumu ve çocuk sahibi olma gibi sosyo-demografik özelliklerinin hemşirelik bakım kalitesi algısını etkilemediği belirlenmiştir. Ayrıca, hemşirelerin meslekte çalışma süreleri, çalışma şekilleri (gündüz veya gece vardiyası), haftalık çalışma saatleri ve hemşirelik mesleğini isteyerek yapma durumunun da Aydın (2013) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelik bakım kalitesi algıları üzerinde etkisinin olmadığı tespit edilmiştir

Karaağaç ve Bağlama tarafından 2020 yılında hemşireler ile yapılan bir araştırmada dijital hastane sistemlerinin hem iş yükünü ve hem de tıbbi hataya eğilimi düşürdüğü saptanmıştır. Dijital hastane uygulamasının araştırmada hemşirelere “zamanı etkin kullanma, iş programlarının yoğunluğunu düzenleme, üzerlerindeki iş yükünü azaltma, tedavi ve bakımda doğru kararlar verme, hastaları izlemede devamlılığını sağlama, hastanede birim ile bölüm arasında birlikteliğini sağlama” gibi birçok açıdan fayda sağladığı ortaya koymuştur.

Katılımcıların cinsiyet ve medeni durum değişkenleri açısından İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur.

Yaş kategorilerine göre İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmüştür; 18-29 yaş arasında olan kişilerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları, 30-39 yaş arasında ve 40-49 yaş arasında olan kişilerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanlarından daha fazladır. Buna göre 18-29 yaş arasında olan bireyler İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir. 18-29 yaş arası katılımcı sayısının fazla olmasının bu farklılığa neden olduğu düşünülmektedir.

Çocuk sayısına göre İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Çocuğa sahip olmayan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları, 1 çocuğa sahip ve 2 çocuğa sahip olan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları daha fazladır. Buna göre çocuğu olmayan bireyler İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir. Başka bir çalışmada, hemşirelerin kendi iş yüğü algılarının, yani genel memnuniyetlerinin çocuk sahibi olma durumuyla ilişkili olduğu belirlenmiş ve iki veya daha fazla çocuğa sahip olan hemşirelerin bireysel iş yüğü algılarının daha olumlu olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, 2008 yılında Saygılı ve 2016 yılında Özyer tarafından yapılan çalışmalarda da çocuk sahibi olan kişilerin, çocuk sahibi olmayanlara kıyasla çalışma ortamlarını daha olumlu gördükleri bulunmuştur (Pamuk, 2017: 82-87).

Eğitim durumu değişkeninde İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ve lisans mezunu olan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanı, ön lisans mezunu ve lisansüstü mezunu olan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanlarından daha yüksektir. Lisans mezunu katılımcı sayısının fazla olmasının bu farklılığa neden olduğu düşünölmektedir.

Eğitim durumu değişkeninin de ise dijital hastane sistemlerine geçişte, Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin "pratiklik-verimlilik, yararlılık-etkililik ve Bakım Davranışları Ölçeği' nin bilgi-beceri" alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu görölmüştür. "Pratiklik-verimlilik, yararlılık-etkililik, bilgi-beceri" alt boyutlarının lisansüstü mezunlarının puanlarının lisans ve önlisans mezunlarına göre puanının yüksek çıktığı sonucu elde edilmiştir. Alınan eğitim düzeyinin artmasıyla dijital geçişte eğitim durumu seviyelerindeki artışla beraber ilgili ölçeğin alt boyutlarında hizmette artış olması beklenen ve eğitime teşvik edici bir sonuçtur. Bu sonuca göre çalışanların eğitim düzeylerini artırmasına yönelik teşviklerin yapılmasının uzun vadede hizmet kalitesini olumlu yönde etkileyeceği yorumu çıkarılabilmektedir. Buna karşılık Yozgat ilinde bulunan Şehir Hastanesinde 2021 yılında yürütölen bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça dijital hastane uygulamasına olan memnuniyetin azaldığı görölmüş olup, bu araştırmaya katılan lisansüstü diplomaya sahip çalışanların lise eğitim düzeyinde diplomaya sahip olanlara kıyasla dijital hastane

uygulamalardan daha az memnun olduğu anlaşılmıştır (Gökkaya ve İzgüden, 2022). Bu çalışma ile bizim çalışmamız arasındaki farklılığın sebebinin dijital süreçlerin aşamalı bir yapıya sahip olması ve farklı kurumlarda dijital sistemlerde farklı işlemleri olduğu düşünülmektedir. Ayrıca literatürdeki diğeri çalışmada farklı meslek gruplarının olması da bu farklılığa neden olabileceği düşünülmektedir.

Meslekte çalışma yılı değişkeninde de “Yararlılık-Etkililik, Bilgi-Beceri” alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın Yararlılık-Etkililik ve Bilgi-Beceri alt boyutu için 6-10 yıl arası çalışanların en yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Elde edilen bu sonuçlarda, Yararlılık-Etkililik açısından daha tecrübeli olan çalışanlarda yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Meslekte çalışma yılı değişkeninde bağlılığın çalışma yılı ile doğru orantılı olması beklenirken elde edilen sonuçlara göre meslekte çalışma yılı ile bağlılık arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Kurumda çalışma yılı değişkeni sonuçlarında da “yararlılık-etkililik ve bilgi-beceri” alt boyutlarında anlamlı fark olduğu ve her iki alt boyutta da “1-5 yıl arası” çalışanların puanlarının “1 yıldan az” çalışanlardan yüksek olması, kurum kültürüne adapte olma sürecini bitirmiş ve işleyişe daha hakim olan çalışanların dijitalleşmede daha etkili olması beklenen bir sonuçtur.

Kurumda çalışma süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan literatür taramalarında bazı çalışmalar da hemşirelerin birimde çalıştıkları yıl ile algıladıkları bireysel iş yükünün farklılık gösterdiği ve birimde uzun süre çalışan hemşirelerin bireysel iş yükü algılarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Bu araştırmalarda hemşirelerin genel memnuniyetlerinin çalışma yılı arttıkça arttığı gözlenmiştir. Aynı zamanda uzun süre çalışan hemşirelerin mesleki ilişkilerinin daha gelişmiş olduğu, kurum aidiyetlerinin daha yüksek olduğu ve iş doyumunda artış olduğu belirlenmiştir. Bu durumun hemşirelerde kurumun çıkarlarını korumada istekli olmaya ve iş memnuniyetlerinin artmasında etkili olduğu aşıkardır. Yapılan araştırmalar, bu sonucun çeşitli yönlerden desteklendiğini göstermektedir (Yamashita, 1995; Mollaoğlu ve diğeri, 2005; Bingöl, 2006; Sezgin, 2007). Zamanla alışılan çalışma koşulları, hastane politikalarına uyumun artması ve çalışma yılı fazla olan hemşirelere yönelik daha az

vardiyalı çalışma saatleri gibi nedenlerin bireysel iş yükü algısı üzerinde etkisi olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, literatürde deneyimin iş ortamı algısı üzerinde olumlu etkileri olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Margall ve Duquette, 2000; Meretoja ve diğerleri, 2004b; Sezgin, 2007; Stuenkel ve diğerleri, 2007). Saygılı'nın 2008 yılında yaptığı çalışmada da, çalışma yılı arttıkça bireysel iş yükü algısının daha olumlu hale geldiği belirtilmiştir (Pamuk, 2017: 82-87). Bizim çalışmamız ile diğer çalışmalar arasındaki farkın, kurumumuzun henüz 4 yıllık olması ve kurum kültürünün daha yeni oluşmaya başlamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışılan birim değişkeninde ise diğer değişkenlerden farklı olarak çalışılan birim değişkeni ile tüm alt boyutlar (pratiklik-verimlilik, yararlılık-etkililik, güvence, bilgi-beceri, saygılı olma, bağlılık) arasında anlamlı bir farklılık olduğu elde edilmiştir. Pratiklik-verimlilik ve yararlılık-etkililik alt boyutlarında en yüksek puanın “acil servis” çalışanlarında olması beklenen bir sonuçtur. Dijital dönüşüme adaptenin bu birimde diğer birimlere nispeten bakım kalitesinin artması amacıyla daha hızlı pratikte uygulanması, verimli ve etkin sonuç alınması beklenebilmektedir.

Güvence, bilgi-beceri, saygılı olma ve bağlılık alt boyutlarında ise sonuçlara en yüksek puan “dahili birimler” de olduğu görülmektedir. Dahili birimlerde yatan hastaların ağırlıklı kronik hastalar ve geriatri hastaları olması sebebiyle hastanede kalış süreleri uzamaktadır. Tedavi ve bakım sürecinin uzamasıyla hasta ve ekipler arası iletişim artmakta, güven bağının ve bağlılığın artması beklenmektedir.

Çalıştığımız birim kategorilerine göre İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(6,397)=6,390; p<0,05$). Buna göre cerrahi birimler çalışan bireyler İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir. Literatür taraması yapıldığında, Balanuye (2014) tarafından yapılan Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi başlıklı çalışmaya katılan hemşirelerin % 43'ü iş yükü düzeyini fazla ve % 30.8'i çok fazla şeklinde ifade etmiş olmaları yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçlarını desteklediği görülmüştür.

Çalışma pozisyonu değişkeninde de ilgili değişken ile “pratiklik-verimlilik ve bilgi-beceri” alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür.

Pratiklik-verimlilik alt boyutunda en yüksek puan “idari birimler”e aittir. Dijitalleşme sürecinde idari birimlerin pratikte uygulaması diğer birimlere göre nispeten daha anlaşılır ve adaptasyonu kolay olmaktadır.

Çalışma pozisyonu değişkenine göre İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışma pozisyonu klinik hemşire olan kişilerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam puan ortalaması, çalışma pozisyonu alt/üst yönetici, ayaktan hasta bakım hemşiresi ve idari birimler olan kişilerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından daha fazladır. Bizim çalışmamız ile ayrı doğrultuda yapılan bir çalışmada yoğun bakımlarda ve kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükü algılarının klinik ve yoğun bakım sorumlu hemşiresi olarak çalışan hemşirelerden daha olumsuz olduğu görüldü (Pamuk, 2017: 82-87).

Gündüz ve nöbetli çalışan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Nöbetli çalışan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları, gündüz çalışan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanlarından daha fazladır.

Gündüz ve nöbetli çalışan bireylerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ve nöbetli çalışan bireylerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları, gündüz çalışan bireylerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanlarından daha fazla olduğu saptanmıştır. 24 saat aktif olarak çalışmayı gerektiren ve bu nedenle de vardiya sistemine dayalı çalışma düzeni olan hemşirelik, bir sağlık disiplini. Sağlık sisteminin aktif yürütülebilmesi için insan organizmasının normaline aykırı çalışması gerekmektedir. Bir başka deyişle gece dinlenmeye ve gündüz çalışmaya odaklı olan insan organizması bu durumda değişmektedir ve vücudun dinlenme ihtiyacının olduğu saatlerde aktif çalışmaktadır. Hal böyle olunca da hemşirelerin birçok açıdan sağlıkları etkilenmektedir (Peker ve Karagöz; 2014). Yapılan literatür taramalarında hemşirelerin bireysel iş yükü algılarının günlük çalışma saatleri, hangi vardiyada çalıştıkları ve aylık nöbet saatleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Gündüz mesaisinde çalışan ve mesai süresi sekiz saati geçmeyen hemşirelerin bireysel iş yükü algılarının

daha uzun mesaili çalışan, gece vardiyasında çalışan ve aylık olarak nöbet sayısı fazla olan hemşirelere oranla iş yükü algılarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi olarak gündüz vardiyasında bulunan fazla hemşire sayısı sayesinde yapılması gereken işlerinin hemşireler arasında uygun bir şekilde dağılması ayrıca veri giriş elemanları sayesinde görev tanımı dışındaki pek çok işi yapmaması olabilir. Ayrıca gündüz mesaili çalışanların vücudun doğal organizması bozulmadan geceleri dinlenebilmesi stres, gerginlik gibi sorunlarla daha az karşılaşmasına ve daha sağlıklı olmanın çalışma ortamlarını daha olumlu değerlendirilmesine katkı sağlamış olabilir. Literatürde çalışma sonuçları ile uyumlu çalışmalara rastlanmıştır (Pamuk, 2017: 82-87).

Yapmış olduğumuz çalışmada Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği 'nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır ($r=0,813;p<0,005$). Bizim çalışmamız ile ayrı doğrultuda Kaliforniya Üniversitesi'nde yoğun bakım ünitelerinde bilgi teknolojisinin kullanımı üzerine yapılan bir çalışmada, hasta başı monitörlere grafik şeklinde taşınan hasta bakım formlarının iş yükünü azalttığı bulunmuştur. Bu formlar öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında dokümantasyon kullanım oranının %31 azaldığı görülmüştür (Wong vd., 2003:2488-2494).

Ölçek alt boyutları ile yapılan ilişki analizinde çalışmaya dahil edilen ölçek/ölçek alt başlıkları arasında genel olarak güçlü/zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir.

7 SONUÇ VE ÖNERİLER

Cinsiyet, yaş, medeni durum ve çocuk sayısı kategorilerine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik ve Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır. Demografik değişkenlerin anlamlı fark oluşturmaması; yöneticilerin yönetsel kararlarda bu değişkenlere göre önceliklendirme yapmalarına gerek olmadığını ortaya çıkarması bakımından önemli bir bulgudur.

Kadın ve erkeklerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence ve Bağlılık alt boyutları toplam ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmuştur. Kadınların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence ve Bağlılık alt boyutları toplam ortalama puanları, erkeklerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam ortalama puanlarından daha yüksektir. Erkek personel güvence ve bağlılık hissiyatında hastayla empati kurmaları noktasında eğitimlerle desteklenebilir. Güvence ve bağlılık hissiyatının yüksek olduğu bakım noktalarında; örneğin çocuk hastalarda görevlendirmelerde cinsiyet faktörüne dikkat edilebilir.

Kadın ve erkek katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri ve Saygılı Olma alt boyutları toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çocuk sayısı ve yaş kategorilerine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık alt boyutları toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Evli ve bekar olan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma alt boyutları toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen; evli ve bekar bireylerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki anlamlı bir fark görülmüştür ve bekar katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları, evli katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda eğitim durumu kategorilerine göre Bakım Davranışları Ölçeği 'nin Güvence, Saygılı Olma ve Bağlılık alt boyutları toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık görülmezken; eğitim durumu kategorilerine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Lisansüstü mezunu olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği 'nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanı, ön lisans mezunu ve lisans mezunu olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanlarından daha fazladır. Hemşirelik mesleğinde yüksek lisans eğitimi ve uzmanlaşmanın teşvik edilmesi önerilebilir.

Erkek ve kadın bireylerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yaş kategorilerine göre İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur; 18-29 yaş arasında olan bireylerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanı, 30-39 yaş arasında ve 40-49 yaş arasındaki bireylerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından daha fazladır. Buna göre 18-29 yaş arasındaki bireyler İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalamasından daha yüksek puan almıştır. Sahada çalışan personelin yaşa ve kıdeme göre çalışma pozisyon ve şartlarının değişmesi iş yükü algısını etkilediği söylenebilir. Bu nedenle iş yükü dağılımında kıdem faktörünün göz önünde bulunması önerilir.

Bekar ve evli olan bireylerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark görülmemiştir.

Çocuk sayısı değişkenine göre İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çocuğa sahip olmayan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanı, 1 çocuğa sahip ve 2 çocuğa sahip olan bireylerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanlarından fazladır. Buna göre çocuğa sahip olmayan katılımcılar İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir. Evli ve çocuklu çalışanların iş yükü algısını değerlendirmesi yönünden, genç ve çocuksuz

personelin iş yüküne bakış açısına yönelik örnek olabilecek motive edici çalışmalar yapılabilir.

Eğitim durumu değişkenine göre İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve lisans mezunu olan kişilerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanı, ön lisans mezunu ve lisansüstü mezunu olan kişilerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanlarından daha fazladır. Buna göre lisans mezunu olan bireyler İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir. Bu değişkenin özelinde eğitim düzeyinin iş yükü algısına etkisinin daha öznel araştırmalarla incelenmesi önerilebilir.

Eğitim durumu kategorilerine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik ve Yararlılık-Etkililik alt boyutları toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Lisansüstü mezunu olan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik ve Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanı, ön lisans mezunu ve lisans mezunu olan kişilerin ortalama puanından daha yüksektir. Buna göre lisansüstü mezunu olan bireyler Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik ve Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir. Hemşirelik mesleğinde dijitalleşmenin pozitif etkilerinin sahaya yansımaları adına yüksek lisans eğitimi ve uzmanlaşmanın teşvik edilmesi önerilebilir.

Meslekte çalışma yılı kategorilerine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Meslekte çalışma yılı kategorilerine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Mesleki çalışma yılı 6-10 yıl arasında olan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puan ortalaması, mesleki çalışma yılı 1 yıldan az, 1-5 yıl arasında ve 11 yıl ve üzerinde olan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanı daha fazladır. Buna göre mesleki çalışma yılı 6-10 yıl arasında olan bireyler Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-

Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları daha yüksek puan elde etmiştir. Mesleki kıdem anlamında olgun düzeyde görebileceğimiz 6-10 yıl arası çalışan personelin, Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik değerlendirmeleri açısından, sahada dijital uygulamaların yaygınlaştırılmasının faydalı gördükleri ve yeni çalışmalarla daha ileri düzeye taşınmasını destekledikleri söylenebilir.

Meslekte çalışma yılı kategorilerine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence, Saygılı Olma, Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Meslekte çalışma yılı kategorilerine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Mesleki çalışma yılı 6-10 yıl arasında olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanı, mesleki çalışma yılı 1 yıldan az, 1-5 yıl arasında ve 11 yıl ve üzerinde olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanlarından daha fazladır. Buna göre mesleki çalışma yılı 6-10 yıl arasında olan bireyler Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puan olarak daha yüksek puan elde etmiştir. Çalışma ortamında olumlu profesyonel rol modellerinin sağlanması önerilebilir.

Kurumda çalışma süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir. Kurumda çalışma yılı 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puan ortalamaları, kurumda çalışma yılı 1 yıldan az olan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puan ortalamalarından daha yüksektir. Meslekte yeni personelin eğitilmesi konusunda, mesleki çalışma yılı ve tecrübesi fazla olan kişilerin bilgi-beceri ve tecrübelerinden yararlanabilir.

Kurumda çalışma süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Kurumda çalışma süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kurumda çalışma süresi 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puan ortalamaları, kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puan ortalamalarından daha yüksektir. Kurumda çalışma süresi 1-5 yıl arasında olan katılımcıların sahada dijital uygulamaların yaygınlaştırılmasının faydalı gördükleri ve yeni çalışmalarla daha ileri düzeye taşınmasını destekledikleri söylenebilir. Sistemin daha efektif kullanılabilmesi ve geliştirilebilmesi adına personelin önerileri alınabilir.

Kurumda çalışma süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence, Saygılı Olma, Bağlılık, alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kurumda çalışma süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında olan katılımcıların İş Yükü Ölçeği 'nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur.

Çalıştığınız birim kategorilerine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik ve Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Acil serviste çalışan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik ve Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puan ortalaması, dahili birimler, cerrahi birimler, ameliyathane, yoğun bakım, ayaktan hasta birimleri ve idari birimlerde çalışan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik ve Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puan ortalamalarından daha yüksektir. Acil sağlık hizmetlerinde sürecin daha hızlı ve kontrollü olması açısından dijitalleşmenin daha yaygın kullanımı önerilebilir.

Çalıştığınız birim kategorilerine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma ve Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark vardır. Dahili birimlerde çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma ve Bağlılık alt boyut

toplam ortalama puanları, cerrahi birimler, ameliyathane, acil servis, yoğun bakım, ayaktan hasta birimleri ve idari birimlerde çalışan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma ve Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanlarından daha yüksektir. Bu değişkene ait bulgunun pekiştirilmesi bakımından branş bazlı karşılaştırmaların yapıldığı öznel araştırmalarla incelenmesi önerilebilir.

Çalıştığımız birim kategorilerine göre İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Cerrahi birimlerde çalışan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam puan ortalaması, dahili birimler, ameliyathane, acil servis, yoğun bakım, ayaktan hasta birimleri ve idari birimlerde çalışan kişilerin İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanlarından daha fazladır. Buna göre cerrahi birimler çalışan kişiler İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından daha yüksek puan elde etmiştir. Cerrahi birimlerdeki iş yükünü azaltmaya yönelik (yara bakım ekibi, destek personel vb.) destek uygulamaları personelin iş yükü rahatlatılabilir.

Çalışma pozisyonu kategorilerine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Çalışma pozisyonu idari birimler olan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puan ortalaması, çalışma pozisyonu alt/üst yönetici, klinik hemşire ve ayaktan hasta bakım hemşiresi olan kişilerin Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puan ortalamalarından daha yüksektir. İdari personelin yaptığı işler gereği dijital uygulamaları büyük oranda kullanması iş yükünü azaltıcı yönde etki ederken, klinik personelin dijital uygulamaları kullanmasının yanında medikal takip ve bakım süreçlerini fiziken yönetmesinin iş yükünü arttırdığı göz ardı edilmemesi gereken durumdur.

Çalışma pozisyonu kategorilerine göre Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Çalışma pozisyonundan bağımsız olarak hastane genelinde dijital uygulamaların yararlı olduğu düşüncesi hakimdir.

Çalışma pozisyonu kategorilerine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence, Saygılı Olma ve Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur.

Çalışma pozisyonu kategorilerine göre Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışma pozisyonu ayaktan hasta bakım hemşiresi olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanı, çalışma pozisyonu alt/üst yönetici, klinik hemşire ve idari birimler olan kişilerin Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanından daha fazladır. Bu değişken açısından daha öznel bir çalışmayla değerlendirilmesi önerilebilir.

Çalışma pozisyonu kategorilerine göre İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Çalışma pozisyonu klinik hemşire olan kişilerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam puan ortalaması, çalışma pozisyonu alt/üst yönetici, ayaktan hasta bakım hemşiresi ve idari birimler olan kişilerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanlarından daha yüksektir. Klinik hemşirelerinin iş yükü göz önünde bulundurularak, görev tanımları gözden geçirilerek, sağlık çalışanlarının sayısının artırılarak, iş yükünün azaltılmasına çalışılması, kurum yöneticileri tarafından çalışanları motive edici etkinliklerin düzenlenmesi önerilebilir.

Gündüz ve nöbetli çalışan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Gündüz ve nöbetli çalışan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuş, nöbetli çalışan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanları, gündüz çalışan katılımcıların Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam ortalama puanlarından daha fazla çıkmıştır. Nöbetli çalışan personele dijital sistemin destek sağladığı düşünülebilir bu minvalde dijital hastane uygulamaları ile ilgili çalışmalar geliştirilmedi.

Gündüz ve nöbetli çalışan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence, Saygılı Olma ve Bağlılık alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark görülmemiştir.

Gündüz ve nöbetli çalışan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Nöbetli çalışan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam ortalama puanları, gündüz çalışan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puan ortalama puanlarından daha fazladır.

Gündüz ve nöbetli çalışan bireylerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Nöbetli çalışan bireylerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanları, gündüz çalışan bireylerin İş Yükü Ölçeği' nin genel toplam ortalama puanından daha fazladır. Nöbetli çalışan personellerin iş yükünün daha adil olması için, nöbet dağılımının ve gündüz-gece vardiyalarındaki iş planlamasının daha dengeli olması önerilebilir. Ayrıca, çalışma ve nöbet saatlerinin özel yaşamı etkilemeyecek ve çalışanın dinlenmesini dikkate alacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile Yararlılık-Etkililik alt boyut toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır ($r=0,813;p<0,005$). Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile Bakım Davranışları Ölçeği' nin Güvence alt boyut toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,426;p<0,005$). Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bilgi-Beceri alt boyut toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,352;p<0,005$). Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile Bakım Davranışları Ölçeği' nin Saygılı Olma alt boyut toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,397;p<0,005$). Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile Bakım Davranışları Ölçeği' nin Bağlılık alt boyut toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır

($r=0,405$; $p<0,005$). Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği' nin Pratiklik-Verimlilik alt boyut toplam puanı ile İş Yüğü Ölçeği' nin genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($r= -0,322$; $p<0,005$).

Çalışmada yapılan literatür taramasından ve araştırmanın yürütülmesinden elde ettiğimiz sonuçlara göre, sağlık bakım kalitesinin belirleyici bir göstergesi olan hemşirelik sürecinin dijital altyapıyla desteklenmesi, hemşirelik mesleğinin bilimselliğine önemli katkı sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda sağlık kurumlarındaki bakım kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir. Bu yaklaşım, hastanın bakımından sorumlu sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi kolaylaştırmakla birlikte, Dijital Hastane Uygulamaları Ölçeği ile Bakım Davranışları Ölçeği değerlendirmeleri, dijital hastane uygulamalarının bakım davranışlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. İş yükü açısından değerlendirildiğinde de, dijital hastane uygulamalarının iş yükü algısını az da olsa azalttığı gözlemlenmiştir. Bu noktada, dijital temelli hemşirelik bakım süreci sisteminin zamanla daha da geliştirilmesi ve ilerleyen yıllarda hemşirelik aktivitelerinin maliyet-kalite etkinlik çalışmalarına entegre edilmesi gerekmektedir."

Hemşirelik, geleneksel algıdan uzaklaşarak bilimsel, teknolojik ve sosyo-kültürel değişimlere uyum sağlayan, birey, aile ve toplum sağlığına odaklanan bir uygulamalı disiplindir (Akça Ay, 2007:28-32). Hemşirelerin teknolojik ekipmanları etkili bir şekilde kullanabilmeleri, bilimsel bilgilerini geliştirmelerine ve bu bilgi birikimini uygulamaya dönüştürebilmelerine olanak tanır (Tunlind vd., 2015:116-123).

Yapılan araştırmalar sonucunda dijital hastanelerde çalışan hemşireler ile çalışmayan hemşireler arasında, hemşirelik iş yükü ve sağlık hizmetinin en önemli parçası olan tıbbi hataların azaltılması yönünde de farklılıklar yarattığı görülmüştür.

Ayrıca, bilgisayar ve bilişim teknolojilerindeki ilerlemeler, sağlık ve hemşirelik alanlarında da önemli değişimlere yol açmaktadır. Belge ve veri paylaşımındaki değişikliklerin hemşirelik alanındaki etkisi genel olarak bilinmektedir. Bilgi teknolojileri, hemşirelik verilerinin ve bilgilerinin yayılmasını, paylaşılmasını ve bilgiye erişimi kolaylaştırarak klinik karar verme süreçlerinde sağlık profesyonellerine destek olmaktadır. Ayrıca, bilişim teknolojileri, hemşirelerin

diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliğini desteklemekte ve veri paylaşımını hızlandırarak bakımın sunumuyla ilgili bilgi sağlamaktadır (Güleş ve Özata, 2005).

Sağlıklı ve refah içinde bir toplum idealinin evrensel olduğu gerçeği, tarih boyunca dünyada ve Türkiye'de bu hedefe ulaşmanın devletlerin varlığıyla iç içe geçtiğini göstermektedir. En etkili sistemlerin çevre ve teknolojiyle birlikte değiştiiği bilgisi uzun yıllara dayanmaktadır, bu nedenle sağlık alanındaki değişimlerin, hatta dönüşümlerin hem ülke gündemine hem de sağlık yönetimi gündemine öncelikle yer aldığını varsayabiliriz (McCafferty and Hill, 2015: 165-181). Sağlık hizmet sunumunun başında en önemli rol oynayan meslek grubu hemşirelik olmakla birlikte sunulan hizmetin daha etkin ve verimli olması elbette ki hemşirelerin hastalara bakım verirken daha fazla zaman ayırmaları ve yaptıkları işlerde kendilerini ve hastaların güvende olduğunu hissettiklerinde gerçekleşmektedir. Tüm bunların sağlanabilmesi için en önemli faktör, zaman, kayıtlar ve hızlı karar verme teknikleri ile birlikte olmaktadır. Bütün bunların sağlanabilmesinin başında dijitalleşme gelmektedir. Sağlık yöneticilerine bu kapsamda fazlasıyla iş düşmekte ve kurumlarında gerçekleştirecekleri dijitalleşme süreçleri ile birlikte çalışan ve hasta güvenliği ile memnuniyetini beraberinde sağlamış olacaklardır. Ayrıca Dijitalleşme ile birlikte ekonomik anlamda da birçok maliyetin önüne geçilmesi sağlanacaktır.

Bu bağlamda, dijital hastane uygulamaları çalışanların iş yükünü artırmayacak biçimde tasarlanmalıdır. Bu uygulamalar, etkili, verimli ve maliyet açısından uygun olacak şekilde en hızlı sonuçları en kısa sürede sağlamalıdır. Bu şartlar yerine getirildiğinde, hastane çalışanlarının dijital hastane uygulamalarından memnuniyet düzeyleri artacaktır. Dünya genelinde dijitalleşme hızla ilerliyor ve hastane sistemleri de bu değişime ayak uyduruyor. Gelecekte, tüm hastanelerin dijitalleşme seviyelerinin önemli ölçüde artması bekleniyor. Bu dijitalleşmenin, hem hastane çalışanları üzerinde hem de kalite, maliyetler, hasta memnuniyeti, hasta güvenliği, ulaşım ve zaman gibi konularda etkilerinin detaylı şekilde incelenmesi gerekmektedir.

8 KAYNAKLAR

Ağaçdiken Alkan, S. İşyeri, Ö ve Kırmızı, M. (2023). Son Dönem Bakım Sürecinde Rol Alan Hemşirelerin Ölüm Farkındalık Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Olan Etkisinin Belirlenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*. Özel Sayı, 33-41.

Akalın, B. ve Veranyurt, Ü. (2020). Sağlıkta Dijitalleşme Ve Yapay Zekâ. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*. 2 (2), 131-141.

Akça Ay A. (2007). *Temel hemşirelik. Kavramlar, ilkeler, uygulamalar*. İstanbul: Kitapyurdu Yayıncılık.

Alcan, Z., Aksoy, A., Civil, B., Tekin, D. E., Ekim, R., Civil, S. Ö., ve diğerleri. (2011). *Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri* (1. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Avaner, T. ve Fedai, R., (2017). Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme: Sağlık Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Kullanılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. Kayfor Özel Sayısı, 15(22), 1533-1542.

Aycan, Z., ve Eskin, M. (2005). Childcare, Spousal, and Organizational Support in Predicting Work-Family Conflict for Females and Males in Dual-Earner Families with Preschool Children. *Sex Roles*. 53(7), 453-471.

Avşar, G., Öğünç, A. E., Taşkın, M., ve Burkay, Ö. F. (2014). Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. (17), 216-221.

Axelsson, L., Bjorvell, C., Mattiasson, A. C., ve Randers, I. (2005). Swedish registered nurses' incentive to use nursing diagnosis in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*. (15), 36-45.

Ay, F. A. (2008). "Mesleki temel kavramlar". F. A. Ay (Ed.). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler* içinde. İstanbul: Medikal Yayıncılık.

Ay, F., (2009). Elektronik Hasta Kayıtları ve Etik Sorunlar, *İş Ahlakı Dergisi*. 2(3), 67-74.

Aydoğan Sayar, M., Gülhan, Y., ve Yılmaz, S. (2016). Hemşirelerin Sağlık Bakım Hizmetlerinde Bilgisayar Kullanım Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hemşirelik Bilişimi Hakkındaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. *Press Academia Procedia*. (2), 160-169.

Bayık, A. (2002). *Hemşirelik disiplini ve araştırma*. İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri İçinde*. İstanbul: Odak Ofset.

Berman, A., Synder, J.S., Kozier, B., ve Erb, G. (2008). *Fundamentals of Nursing Concepts, Process And Practice*. New Jersey: Pearson International Edition.

Biröl, L. (2007). *Hemşirelik Süreci*. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık.

Cansever, İ.H., Tüfekçi, N., ve Yorulmaz, R. (2017). Digital Hospital. *Journal of Current Researches on Health Sector. (J o C R e H e S)* (7)2, 143–155.

Çetinkaya Uslusoy, E. (2018). Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı: Öğrencilerin Görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 9(2), 13-18.

Demirci Ş. (2018). Sağlıkın Dijitalleşmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 10 (26), 710-721.

Dikmen, Y., Ak, B., ve Yorgun, S. (2015). Teorikten Pratiğe: Bilgisayar Destekli Hemşirelik Süreci Uygulaması. *Journal of Human Rhythm*.1(4), 162-167.

Duxbury, L. E., ve Higgins, C. A. (1991). Gender differences in work-family conflict. *Journal of Applied Psychology*. (76), 60–74.

Erenoğlu, R. Can, R. Ve Tambağ, H. (2019). Hemşirelik bakım davranışları ve bakım davranışları ile ilgili faktörler; doğumevi örneği. *Sağlık ve Toplum*. 29 (1), 79-88.

Eriş, H. (2016). Hemşirelerin Hastanelerde Kullandıkları Elektronik Tıbbi Kayıtlar Hakkındaki Görüşleri: Şanlıurfa örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 3(3), 93-99.

Fesci, H., Doğan, N., ve Pınar, G. (2008). İç Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler ve Çözüm Önerilerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. (11), 40-50.

Gökkaya D. ve İzgüden D. (2022). Dijital Hastane Uygulamaları: Şehir Hastanesi Çalışanları Üzerine Bir İnceleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 11(3), 848-853.

Güleş, K. H. ve Özata, M. (2005). *Sağlık Bilişim Sistemleri*. Ankara, Türkiye: Nobel Yayınları.

Haggerty, E. (2017) Healthcare and digital transformation. *Network Security*, (8), 7–11.

Işık O. ve Akbolat M. (2010). Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Bilgi Dünyası*. 11(2), 365-389.

Karaağaç M. ve Bağlama S. (2020). Dijital Hastane Sistemlerinin Hemşirelerin Zihinsel İş Yükü ve Tıbbi Hataya Eğilimlerine Etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 7 (2), 215-226.

Karabulut, N. ve Çetinkaya, F. (2011). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler ve Motivasyon Düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. (14), 14-23.

Kaya, N. (2008). *Yaşam modeli*. K. Babadağ ve T. Aştı (Ed.). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi* içinde. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık. 1-7.

Kılıç T. (2016). Digital hospital; an example of best practice. *International Journal of Health Services Research and Policy*. 1 (2), 52-58.

Kılıç T. (2017). E-Sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6 (3), 203-217.

Konukbay, D., Efe, M. ve Yıldız, D. (2020). Teknolojinin Hemşirelik Mesleğine Yansıması: Sistemik Derleme. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2(3), 175-182.

Kurşun Ş. ve Kanan N.(2012) Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15 (4): 229-235.

Limon S. (2019). Hastanelerdeki Tıbbi Dokümanların Geleneksel Ortamdan Elektronik Ortama Dönüşümü. *Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar Dergisi*. 1(1), 30- 39.

McCafferty, S., Hill, H. (2015). Another change agenda: Reflections on 'agenda for change'. *Public Policy and Administration*. 30(2), 165-181.

Olmaz, D., ve Karakurt, P. (2019). Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 12(1), 3-14.

Özbiçakçı, Ş. (2009). Hemşirelik Uygulamalarında Bilişimin Yeri. *12.Ulusal "Uluslararası Katılımlı" Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı)*. Sivas: 87-89.

Peker, A., Karagöz, S. (2014). Vardiya Sistemiyle Çalışan Hemşirelerin Dikkat Düzeyleri. *Toplum ve Hekim*. 29 (2): 140-149.

Sümbüloğlu, K., Akdağ, B. (2010). *Hasta Dosyalarına Bilimsel Yaklaşım*. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Yayınları.

Şenyuva, E. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin internet öz-yeterlilikleri ile çevrimiçi bilgi arama stratejileri arasındaki ilişki. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 15(2), 102-116.

Terkeş, N., Çelik, F., Taşdelen, F., ve Kılıç, M.H. (2018). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Gelişen Teknolojiyi Kullanma Durumlarının ve

Teknolojiye Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 22(1), 1-9.

Tiryaki, Ö., Zengin, H., ve Çınar, N. (2018). Pediatri Hemşirelerinin Sağlık Bakımında Bilgisayar Kullanımına Yönelik Tutumları: Sakarya örneği. *Journal of Human Rhythm*. 4(3), 158-164.

Tunlind A, Granstrom J, Engstrom A. (2015). Nursing care in a high-technological environment: experiences of criticalcare nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 31(2): 116-123.

Wolf ZR, Giardino, ER, Osborne PA, Ambrose MS. (1994). Dimensions of Nurse Caring. *Image The Journal of Nursing Scholarship*. 26(2):107-11.

Wong, DH, Gallegos, Y, Weinger, MB, Clack, S, Slagle, J, and CT, Anderson. (2003). Changes in intensive care unit nurse task activity after installation of a third-generation intensive care unit information system, *Critical Care Medicine*. (31) 10, 2488–2494.

Wu Y, Larrabee JH, Putman HP. (2006). Caring Behaviors Inventory: a Reduction of the 42-Item Instrument. *Nursing Research*.55(1):18-25.

Aydın H. (2013). *Acil serviste hasta ve hemşirelerin bakım davranışlarının değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Balanuye B. (2014) *Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Baş H. (2023). *Dijital Hastane Uygulamalarının Çalışan Memnuniyeti Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Ordu: Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çil Eyi S. (2012). *Ameliyat sırasında uygulanan hasta bakımının hasta ve hemşireler tarafından değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kaya H. (2020). *Dijitalleşme Sürecindeki Bir Hastane Çalışanlarının e-Sağlık Sistemlerinin Hizmet Sunumuna Etkileri Konusunda Bilgi, Tutum ve Beklentilerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Keski, Ç. (2009). *Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Süreci Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kurşun Ş.(2010). *Genel cerrahi servisinde hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakım kalitesinin algılanması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öner F. (2014). *Sağlık Bilişimi, Türkiye’de Sağlık Bilgi Enformasyon Sistemleri ve Dijital Hastaneler*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özyer, Y. (2016). *Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı, İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Tutumları*. Yüksek Lisans Tezi. Ordu: Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Pamuk, K. (2017). *Hemşirelerin Bireysel İş Yükü Algısının Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Saygılı, M. (2008). *Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

T.C.Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane (2014). Dijital-Kağıtsız Hastane Nedir? T.C.Sağlık Bakanlığı. <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR-5007/dijital-kagitsiz-hastane-nedir.html> (Erişim Tarihi: 04 Kasım 2023)

T.C.Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane (2014). Neden Dijital Hastane? T.C.Sağlık Bakanlığı. <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR-5009/neden-dijital-hastane.html> (Erişim Tarihi: 04 Kasım 2023)

9 EKLER

EK A Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.05.2023-278014



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E-52857131-050.06.04-278014
Konu : Etik Kurul Kararı (Canan TOPUZ)

18.05.2023

Sayın Canan TOPUZ

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 12.05.2023 tarih ve 2023/10 sayılı toplantısında alınan karar ekte sunulmuştur.
Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ali AKDEMİR
Kurul Başkanı

Ek:Etik Kurul Kararı (Karar No-02) (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:HS53LEV6M1

Adres:0 (850) 850 27 35

Tel:0531 4641 801 77 24 E-mail:03121 067131 81

Belge Doğrulama Adresi: <https://turkiye.gov.tr/istanbul-arel-universitesi-ebys>

Bilgi için: Burcu HIŞMAN

Ünvanı: Danışman





T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul 12/05/2023 tarih ve 2023/10 No'lu
Kurul Kararı

KARAR NO-02: Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü yüksek lisans programı öğrencisi **Canan Topuz'a** ait "**Hemşirelik Bakım Sürecinde Dijital Hastane Sistemlerine Geçişin İş Yükü ve Bakım Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**" isimli çalışması görüldü. **Yapılan görüşmeler sonucunda;** öğrenci Canan Topuz'un çalışmasının, raportörün görüşü doğrultusunda etik ilkelere uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

EK B Kurum Araştırma İzin Onayı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01-226179068
Konu : Canan TOPUZ'un Tez Çalışması hk.

08.10.2023

BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : a) 08.09.2023 tarihli ve E-71211201-000-224022044 sayılı yazı.
b) 15.09.2023 tarihli ve E-96317027-604.01.01-224581247 sayılı yazı.

İlgi (a) sayılı yazı ile Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Canan TOPUZ'un, "**Hemşirelik Bakım Sürecinde Dijital Hastane Sistemlerine Geçişin İőYükü ve Bakım Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**" başlıklı tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiőtir.

Söz konusu araştırma, hastanenizin ilgi (b) sayılı görüşüne istinaden Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **26.09.2023** tarih ve **2023/15** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Baőkan

EK C Ölçek İzinleri

Sayın KURŞUN,

Ben İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisiyim.

Literatür taraması yaptığım esnada Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(4), 229–235. yayınlanmış olan Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması başlıklı çalışmanızı okudum. Akademik danışmanım Prof.Dr. İBRAHİM HALİL CANKUL ile planlamakta olduğum yüksek lisans tezimde kullanmak üzere tarafınızca Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Bakım Davranışları Ölçeği-24 'ün kullanılabilmesi için izninizi rica ediyorum.

Eğer uygun görürseniz ölçek ve kullanım yönergesini gönderebilirseniz çok sevinirim.

İlginiz için teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Canan TOPUZ

İstanbul Arel Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı (Tezli)

ŞERİFE KURŞUN

Alıcı: CANAN TOPUZ

Canan hanım merhaba
bakım davranışları 24 ü tez çalışmanızda kaynak göstererek kullanabilirsiniz, ekte ölçek maddeleri yer almaktadır. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
Şerife Kurşun Kural

Sayın GÖKKAYA

Ben İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisiyim.

Literatür taraması yaptığım esnada Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(3): 848 - 859. yayınlanmış olan Dijital Hastane Uygulamaları: Şehir Hastanesi Çalışanları Üzerine Bir İnceleme başlıklı çalışmanızı okudum. Akademik danışmanım Prof.Dr. İBRAHİM HALİL CANKUL ile planlamakta olduğum yüksek lisans tezimde kullanmak üzere tarafınızca Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Dijital Hastane Uygulamaları Anketi 'ni kullanılabilmesi için izninizi rica ediyorum.

Eğer uygun görürseniz ölçek ve kullanım yönergesini gönderebilirseniz çok sevinirim.

İlginiz için teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Canan TOPUZ

İstanbul Arel Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı (Tezli)

Durmuş GÖKKAYA <GÖKKAYA@ISTANBULAYELUNIVERSITESI.EDU>
Alıcı: CANAN TOPUZ <CTOPUZ@ISTANBULAYELUNIVERSITESI.EDU>

Canan merhaba çalışmamızla ilgili şöyle bir durum var. Bizim çalışmamız anket çalışması. Geliştirdiğimiz anketin ileri analiz olan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmadık. Bu yüzden ölçek haline getirmedik. Çalışma bu halinde kaldı. Oradaki soruları sorarak verileri topladık. Anketi biz oluşturduk. Anketi kullanabilirsin.

Sayın AYCAN,

Ben İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisiyim.

Akademik danışmanım Prof.Dr. İBRAHİM HALİL CANKUL ile planlamakta olduğum yüksek lisans tezimde kullanmak üzere; tarafınızca Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan **İş Yükü Ölçeği** 'ni kullanılabilmesi için izninizi rica ediyorum.

Eğer uygun görürseniz ölçek ve kullanım yönergesini gönderebilirseniz çok sevinirim.

İlginiz için teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Canan TOPUZ

İstanbul Arel Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı (Tezli)

Zeynep Aycan <ZAYNEP@ISTANBULAYELUNIVERSITESI.EDU>
Alıcı: CANAN TOPUZ <CTOPUZ@ISTANBULAYELUNIVERSITESI.EDU>

ekte bulabilirsiniz. İyi çalışmalar

Zeynep Aycan

EK D Kullanılan Anketler

DİJİTAL HASTANE UYGULAMALARI ANKETİ

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı;

Dijitalleşmenin yaygınlaşması ile dijital hastane sayısının artabileceği öngörülmektedir. Dijital hastane sistemlerine geçiş ile birlikte doğru orantılı olarak hemşirelerin iş yükünün azalması ve bakım kalitesinin de artması beklenmektedir. Bu çalışmada, hemşirelik bakım sürecinde dijital hastane sistemlerine geçişin; iş yükü ve bakım kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek, kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Elde edilen verilerden ve sonuçlardan yalnızca araştırma amaçlı yararlanılacak olup bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Size en uygun yanıtı işaretlemeniz araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından önemlidir. Katkı ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz. Canan TOPUZ

1. Yaşı: a)18-29 b)30-39 c) 40-49 d) 50 ve üzeri

2. Cinsiyeti: a) Kadın b) Erkek

3. Medeni Durumu: a) Evli b) Bekar

4. Varsa Çocuk Sayısı; a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 ve üzeri

5. Eğitim Durumu: a) Lise b)Ön Lisans c)Lisans d) Lisans üstü

6. Meslekte Çalışma Yılı: a)1 yıldan az b)1-5 yıl c) 6-10 yıl d)11 yıl ve üzeri

7. Kurumda Çalışma yılı: a)1 yıldan az b)1-5 yıl c)6-10 yıl d)11 yıl ve üzeri

8. Çalıştığınız Birim: a) Dahili Birimler b) Cerrahi Birimler
c)Ameliyathane d) Acil Servis e)Yoğun Bakım f)Ayaktan Hasta Birimleri
g) İdari Birimler (Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Yardımcısı, Süpervizör, Enfeksiyon, Kalite, Eğitim vb.)

9. Çalışma Pozisyonu: a) Alt/Üst Yönetici b)Klinik Hemşiresi
c)Ayaktan Hasta Bakım Hemşiresi d)İdari Birim

10. Çalışma Şekli: a) Gündüz b)Nöbetli

DİJİTAL HASTANE UYGULAMALARI ANKETİ

No	Madde ve Faktörler	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Dijital hastane uygulamalarından genel olarak memnuniyet duyuyorum.					
2	Dijital hastane uygulamaları işlerimi yapmakta kolaylık ve pratiklik sağlıyor.					
3	Dijital hastane uygulamaları sayesinde işlerimi daha hızlı yapıyorum.					
4	Dijital hastane uygulamaları yaptığım işin görünürlüğünü artırıyor.					
5	Dijital hastane uygulamalarına adaptasyonda sıkıntı yaşamadım.					
6	Dijital hastane uygulamalarında uyarıların ve karar destek sistemlerinin olması işlerimi kolaylaştırıyor.					
7	Hastane işlerinde kâğıt ya da formların kullanılmasından ziyade dijital sistemlerin kullanılması işlerimi kolaylaştırıyor ve hızlandırıyor.					
8	Dijital hastane uygulamaları hasta güvenliği açısından yararlıdır.					
9	Dijital hastane uygulamalarıyla daha kaliteli sağlık hizmeti sunabiliyorum.					
10	Dijital hastane uygulamaları sayesinde gerekli bilgilere daha hızlı ve kolay ulaşım sağlayabiliyorum.					

11	Dijital hastane uygulamalarının maliyetler üzerinde olumlu etkisi vardır.					
12	Dijital hastane sistemleri yanlış işlem ya da yanlış ilaç uygulamalarının önüne geçilmesine yardım eder.					
13	Dijital hastane uygulamaları çalışanların performansı üzerine olumlu etkisi vardır.					
14	Dijital hastane uygulamaları işleyiş için yeterlidir.					
15	Dijital hastane uygulamalarıyla ilgili çalışanlara yeterli eğitim verildi.					
16	Dijital hastane uygulamaları ilaç ve malzeme kaçaklarını önler.					
17	Dijital hastane uygulamaları geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.					
18	Dijital hastane uygulamalarının hasta memnuniyetine olumlu etkileri vardır.					
19	Dijital hastane uygulamalarının iş yapış biçimlerine ve organizasyon süreçlerine olumlu etkileri vardır.					
20	Dijital hastane uygulamalarının kuruma olumlu etkileri vardır.					
21	Dijital hastane uygulamalarının kullanımına yönelik çalışanlar yeterli bilgi ve yeteneğe sahiptir.					
22	Dijital hastane uygulamalarındaki takip sistemleri (hasta takip ve malzeme takip) işleyiş açısından önemli katkılar sunmaktadır.					
23	Dijital hastane uygulamalarının bilgi güvenliğinin (hasta bilgisi, veri, istatistik, raporlama ve arşiv gibi) sağlanmasında önemli katkıları vardır.					
24	Dijital hastane uygulamaları oluşabilecek tıbbi ve idari hataların önüne geçilmesi noktasında olumlu katkılar sağlamaktadır.					
27	Dijital hastane uygulamaları israfın azalmasına katkıda bulunmaktadır.					
28	Dijital hastane uygulamaları işlem hızlarının artmasını sağlayarak çalışanlara zaman kazandırmaktadır.					
29	Dijital hastane uygulamaları daha verimli bir çalışma ortamı sağlamaktadır.					

BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24

Maddeler	Asla (1)	Hemen hemen asla (2)	Bazen (3)	Genellikle (4)	Çoğu zaman (5)	Her zaman (6)
1. Hastayı dikkatle dinleme						
2. Hastayı eğitme ya da bilgilendirme						
3. Hastaya bir birey olarak davranma						
4. Hastaya zaman ayırma						
5. Hastaya destek olma						
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9. Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10. Hastaya güven verme						
11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12. Araç-gereci beceriyle kullanma						
13. Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14. Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16. Hastaya istekle gitme						
17. Hastayla konuşma						
18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						

19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20. Hastanın çağrısına hemen yanıt verme						
21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22. Hastaya ilgi gösterme						
23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
24. Hastanın semptomlarını hafifletme						

İŞ YÜKÜ ÖLÇEĞİ

No	Bu bölümdeki sorular işinizle ilgilidir. Lütfen her bir cümleye ne oranda katıldığınızı aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum, biraz katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	İşimde benden talep edilenler kapasitemin üstünde.					
2	İş yüküm oldukça ağır.					
3	İşim hafta sonları ve akşamları da çalışmamı gerektiriyor.					
4	İş yüküm beni aşıyor.					
5	İşlerimi yetiştirebilmek için özel hayatımdan fedakarlık yapmam gerekiyor.					
6	Normal iş saatleri içinde işlerimi bitirmekte zorlanıyorum.					
7	İşlerimi rahat ve zamanında yetiştirebiliyorum.					
8	Yaptığım iş bilgi ve beceri seviyemin üzerinde.					
9	İş yükümün ve aldığım sorumlulukların altında eziliyorum.					
10	İşim çok ve uzun saatler çalışmamı gerektiriyor.					
11	Su anda çalıştığım pozisyon çok fazla işle ve kişiyle uğraşmamı gerektiriyor.					

EK E Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Prof. Dr. İbrahim Halil CANKUL danışmanlığında, Canan TOPUZ tarafından yürütülen “Hemşirelik Bakım Sürecinde Dijital Hastane Sistemlerine Geçişin İş Yükü Ve Bakım Kalitesine Etkisinin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmada, hemşirelik bakım sürecinde dijital hastane sistemlerine geçişin; iş yükü ve bakım kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada sizden tahminen “15 dakikanızı “ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmada Kişisel Veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Canan TOPUZ

İmzası:

10 ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : CANAN TOPUZ

ORCID Numarası : 0000-0001-7362-6061

Öğrenim Durumu

2009 – 2013 Lisans: İstanbul Üniversitesi– Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi
2021 – 2024 Yüksek Lisans: İstanbul Arel Üniversitesi – Hastane Ve
Sağlık Kurumları Yönetimi