



T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN TEKNOLOJİ KABUL DÜZEYİ VE İŞ PERFORMANSI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Burçin AKAY

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Arzu BULUT

Bandırma, 2024

T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN TEKNOLOJİ KABUL DÜZEYİ VE İŞ
PERFORMANSI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Burçin AKAY

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Program

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Arzu BULUT

Bandırma, 2024



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZ ONAYI

Bu çalışma 26.06.2024 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından [Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı], [Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı] Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.
(26/06/2024)

Burçin AKAY

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez dönemim boyunca beni anlayışla karşılayan, motive eden, sabır gösteren ve sürekli öğrenimime katkı sağlayan çok değerli danışmanım Dr. Öğr. Üysei Arzu BULUT'a çok teşekkür ederim. Yüksek Lisans sürecine girmemde, lisans eğitimimde ve mesleki anlamda beni her zaman destekleyen ve yol gösterici olan sayın hocam Doç. Dr. Aysu ZEKİOĞLU'na teşekkürü borç bilirim. Yüksek Lisans ders dönemim boyunca bana bilimsel olarak katkı sağlayan Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı hocalarıma teşekkür ederim.

Tez çalışmama katılan tüm Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi hemşirelerine teşekkür ederim.

Son olarak da beni hayatım boyunca her zaman destekleyen, eğitimime önem veren ve ne zaman arkama baksam orada olacaklarını bildiğim anneme, babama ve beni hep gülümseten ikizime çok teşekkür ederim.

Burçin AKAY

Bandırma

Tarih: 26/06/2024

ÖZET

HEMŞİRELERİN TEKNOLOJİ KABUL DÜZEYLERİ VE İŞ PERFORMANSI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırmanın amacı, hemşirelerin teknoloji kabul düzeyleri ve iş performansı arasındaki ilişki ve teknoloji kabul düzeyi ve iş performansı düzeylerinin sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesidir. Kesitsel ve ilişki tarayıcı tasarımda gerçekleştirilen araştırma, Balıkesir ili Atatürk Şehir Hastanesinde görev yapan 295 hemşire ile 28 Mart-30 Haziran 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği (TKM) ve Hemşire İş Performansı Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Sosyo-demografik değişkenlere göre teknoloji kabul modeli ve iş performansının karşılaştırılmasında t testi, Kruskal Wallis H testi, post-hoc karşılaştırmalar, teknoloji kabul modeli ile iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizinden ve koordinasyon, yardım-destek, meslektaşlara destek, kuruma katkı, bilgi verme, işe katkı, toplam performans gibi iş performans boyutları üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolünü incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Hemşirelerin teknoloji kabul puan ortalamaları 50,01, iş performans puan ortalamaları 125,62 olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçları; TKM niyetin, iş performansı koordinasyon, yardım-destek, meslektaşlara destek, işe katkı ve kuruma katkısını anlamlı olarak yordadığı; TKM niyet ve kolaylığın, iş performansı bilgi verme ve toplam iş performansını anlamlı olarak yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak hemşirelerde Hastane Bilgi Yönetim Sisteminin (HBYS) etkili kullanılması için teknoloji kabulüne ilişkin beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması, HBYS kullanımının teşvik edilmesi için sistemlerin daha kullanışlı hale getirilmesi ve periyodik olarak hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane Bilgi Sistemleri, Hemşirelik, İş Performansı, Teknoloji, Teknoloji Kabul Modeli.

ABSTRACT

HEMŞİRELERİN TEKNOLOJİ KABUL DÜZEYLERİ İLE İŞ PERFORMANSLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

The aim of this research is to examine the relationship between nurses' levels of technology acceptance and job performance, and to determine whether the levels of technology acceptance and job performance differ significantly according to socio-demographic characteristics. This cross-sectional and correlational study was conducted with 295 nurses working at Atatürk City Hospital in Balıkesir between March 28 and June 30, 2023. Data for the research were collected using a Personal Information Form, the Technology Acceptance Model Scale (TAM), and the Nursing Job Performance Scale. In comparing the Technology Acceptance Model and job performance according to socio-demographic variables, t-tests, Kruskal-Wallis H tests, and post-hoc comparisons were utilized. Pearson correlation analysis was employed to examine the relationship between the Technology Acceptance Model and job performance. Additionally, multiple linear regression analysis was conducted to investigate the role of technology acceptance variables on job performance dimensions such as coordination, help-support, colleague support, contribution to the institution, information provision, job contribution, and total performance. The average technology acceptance score of the nurses was determined to be 50.01, and the average job performance score was 125.62. The results of the study indicated that TAM intention significantly predicted job performance in terms of coordination, help-support, colleague support, job contribution, and contribution to the institution. Furthermore, both TAM intention and ease of use significantly predicted job performance in terms of information provision and overall job performance. In conclusion, for the effective use of the Hospital Information Management System (HIMS) among nurses, it is essential to meet their expectations and needs regarding technology acceptance. Systems should be made more user-friendly to encourage the use of HIMS, and periodic in-service training should be provided to support this usage.

Keywords: Hospital Information Systems, Nursing, Job Performance, Technology, Technology Acceptance Model.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR VE SİMGELER	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hemşirelik Mesleği	4
2.1.1. Hemşirelik Tanımı ve Önemi	4
2.1.2. Hemşirelik Tarihçesi	7
2.1.2.1. Dünyada hemşireliğin tarihsel gelişimi	7
2.1.2.2. Türkiye’de hemşireliğin tarihsel gelişimi	13
2.2. İş Performansı	17
2.2.1. Performans Değerleme Yöntemleri	27
2.2.1.1. Kişisel değerlendirme	28
2.2.1.2. Üstler tarafından değerlendirilme	28
2.2.1.3. Astlar tarafından değerlendirilme	29
2.2.1.4. Çalışma arkadaşları tarafından değerlendirilme	29
2.2.1.5. Müşteriler tarafından değerlendirilme	29
2.2.2. Performans Değerlendirme Yöntemleri	30

2.2.2.1. Klasik performans değerlendirme yöntemleri	30
2.2.2.2. Modern performans değerlendirme sistemleri	34
2.2.3. Performans Ölçüm Modelleri	36
2.2.3.1. Hiyerarşik modeller	37
2.2.3.2. Dengeli modeller	39
2.2.3.3. Sürece yönelik modeller ve değer zinciri modelleri	41
2.2.4. Hemşirelerin İş Performansı	42
2.3. Teknoloji Kabulü	47
2.3.1. Teknoloji Kabul Teorileri	50
2.3.1.1. Sebepi faaliyetler teorisi (SFT)	50
2.3.1.2. Planlı davranış teorisi (PDT)	53
2.3.1.3. Yeniliğin yayılımı teorisi	55
2.3.1.4. Sosyal bilişsel teori (SBT)	58
2.3.2. Teknoloji Kabul Modelleri (TKM)	59
2.3.2.1. Teknoloji kabul modeli (TKM)	59
2.3.2.2. Kişisel bilgisayar kullanım modeli	62
2.3.2.3. Motivasyon modeli (MM)	63
2.3.2.4. Teknoloji kabul modeli 2 (TKM 2)	64
2.3.2.5. Birleştirilmiş teknoloji kabul modeli ve planlı davranış teorisi (C-TAM-TBP)	66
2.3.2.6. Birleştirilmiş teknoloji kabul ve kullanım teorisi (BTKKT)	66
2.3.2.7. Teknoloji kabul modeli 3 (TKM3)	67
2.4. Hastane Bilgi Sistemleri (HBS)	68
2.4.1. Hastane Bilgi Sistemleri Tarihçesi	76
2.4.2. Hastane Bilgi Sistemi Süreci	80
2.4.3. Hastane Bilgi Sistemleri Türleri	81
2.4.3.1. Klinik bilgi yönetim sistemleri	81

2.4.3.2. Hastane bilgi yönetim sistemleri	90
3.GEREÇ VE YÖNTEM	99
3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı	99
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	99
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	99
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Hariç Tutma Kriterleri	100
3.5. Araştırmanın Hipotezleri	101
3.6. Veri Toplama Araçları	102
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	102
3.6.2. Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği	102
3.6.3. Hemşireler İçin İş Performans Ölçeği	103
3.7. Veri Toplama Yöntemi	104
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	105
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	105
4. BULGULAR	107
5. TARTIŞMA	128
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	149
7. KAYNAKLAR	153
8. EKLER	179
9. ÖZGEÇMİŞ	187

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Katılımcılara ait dağılımlar	107
Tablo 4.2. Katılımcıların yaş, meslekte çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı	107
Tablo 4.3. HBYS eğitimi alma durumuna ait dağılımlar	108
Tablo 4.4. Değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler	108
Tablo 4.5. Cinsiyete göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması	109
Tablo 4.6. Yaşa göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması	109
Tablo 4.7. Meslekte çalışma süresine göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması	110
Tablo 4.8. Eğitim durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması	110
Tablo 4.9. Medeni duruma göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması	111
Tablo 4.10. HBYS eğitimi alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması	112
Tablo 4.11. Oryantasyon eğitimi alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması	112
Tablo 4.12. Birim içi eğitim alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması	113
Tablo 4.13. Hizmet içi eğitim alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması	113
Tablo 4.14. HBYS eğitimini yeterli bulma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması	114
Tablo 4.15. Cinsiyete göre iş performansının karşılaştırılması	114
Tablo 4.16. Yaşa göre iş performansının karşılaştırılması	115
Tablo 4.17. Meslekte çalışma süresine göre iş performansının karşılaştırılması	116
Tablo 4.18. Eğitim durumuna göre iş performansının karşılaştırılması	117

Tablo 4.19. Medeni duruma göre iş performansının karşılaştırılması	118
Tablo 4.20. HBYS eğitimi alma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması	118
Tablo 4.21. Oryantasyon eğitimi alma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması	119
Tablo 4.22. Birim içi eğitim alma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması	120
Tablo 4.23. Hizmet içi eğitim alma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması	120
Tablo 4.24. HBYS eğitimini yeterli bulma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması	121
Tablo 4.25. Değişkenler arası ilişkiler	122
Tablo 4.26. Koordinasyon üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü	123
Tablo 4.27. Yardım-destek üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü	123
Tablo 4.28. Meslektaşlara destek üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü	124
Tablo 4.29. Kuruma katkı üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü	124
Tablo 4.30. Bilgi verme üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü	125
Tablo 4.31. İşe katkı üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü	125
Tablo 4.32. Toplam performans üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü	126
Tablo 4.33. Hipotez sonuçları	126

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.3.1. Hemşire Performans Değerlendirme Sürecinin Temel Unsurları	44
Şekil 2.3.2. Sebepi Faaliyet Teorisi	52
Şekil 2.3.3. Planlı Davranış Teorisi	55
Şekil 2.3.4. Teknoloji Kabul Modeli	61
Şekil 2.3.5. Hastane Bilgi Sistemleri Tarihi Akışı	79
Şekil 2.3.6. HBS Sürecinin Temel Fonksiyonları	81

KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

BTKKT: Birleştirilmiş Teknoloji Kabul ve Kullanım Teorisi

CPOE: Computerized Physician Order Entry (Bilgisayarlı Doktor Order Giriş)

CT: Computed Tomography (Bilgisayarlı Tomografi)

C-TAM-TBP: Birleştirilmiş Teknoloji Kabul Modeli ve Planlı Davranış Teorisi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EBS: Eczane Bilgi Sistemi

ESK: Elektronik Sağlık Kaydı

GATA: Gülhane Askeri Tıp Akademisi

HBS: Hastane Bilgi Sistemi

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

ICN: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)

KKDS: Klinik Karar Destek Sistemi

LBS: Laboratuvar Bilgi Sistemi

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

MR: Manyetik Rezonans

NLM: National of Library Medicine (Birleşik Devletler Ulusal Tıp Kütüphanesi)

PACS: Picture Archiving and Communication Systems (Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemleri)

PDT: Planlı Davranış Teorisi

RBS: Radyoloji Bilgi Sistemi

SBT: Sosyal Bilişsel Teori

SFT: Sebepli Faaliyet Teorisi

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

TDK: Türk Dil Kurumu

THD: Türk Hemşireler Derneği

TKM: Teknoloji Kabul Modeli

US: Ultrason

1. GİRİŞ

Sağlık sektörü bireyler ve ülkeler açısından sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi edilmesi ve bakım hizmetlerinin sunulması fonksiyonlarını gerçekleştiren bir sektördür. Sağlık hizmetleri bireyin tedavi sürecini yalnızca fiziksel olarak değil ruhsal ve sosyal yönden de iyileştirmeyi kapsamaktadır. Yani sağlık hizmetleri bireyleri hem bedensel hem de ruhsal anlamda koruma, geliştirme, tanı ve tedavi süreçlerini gerçekleştirme amacıyla hem de iyi olma halinin devamlılığını sağlamaya çalışmakla ilgilenir (Çoban, 2009). Sağlık hizmeti sunumunda farklı meslek gruplarından kişiler entegre bir şekilde hizmet sunumunu sağlamaktadır. Bu meslek grupları arasında büyük bir yer kaplayan hemşireler ise sağlık hizmeti sunumunda önemli bir paya sahiptir. Florence Nightingale, hemşireliği “Hemşirelik sadece bilgi ve teknik becerilere dayalı değil, aynı zamanda insani değerler üzerine kurulu bir meslektir.” olarak tanımlamaktadır (Deliktaş, Körükcü ve Kabukoğlu, 2016). Hemşireler sağlık hizmeti sunum sürecinde hastalarla, hasta yakınları, diğer sağlık çalışanları ve teknoloji ile daha fazla zaman geçirmektedir. Hız kazanan teknolojik ilerlemelerle birlikte sağlık hizmeti sunumunda değişiklikler yaşanmış ve manuel uygulamaların yerini artık teknolojik sistemler almıştır.

Küreselleşen dünya ile birlikte gelişen teknoloji bütün kurumlarda yansımaları bulmuştur. Kurumlar yeni sürece geçişte büyük bir değişim yaşamıştır. Bu değişime uyum sağlamak ve sektörde rakiplerinin gerisinde kalmamak adına sağlık kurumlarında sürece ayak uydurmaya başlamıştır. Sağlık kurumlarında yaşanan teknolojik değişimlerden en çok etkilenen meslek gruplarından biri ise hemşireler olmuştur. Hemşireler sağlık hizmet sunum süreçleri içerisinde görev ve sorumlulukları gereğince değişim yaşamak durumunda kalmışlardır. Bu değişimin amacı özünde kişilere daha hızlı ve kaliteli bir sağlık hizmet sunumu sağlamaktır. Hemşireler ise bu süreçler içerisinde değişen teknolojileri kullanmak, uyum sağlamak, kabul etmek ve benimsemek için kendilerinden beklenen görev ve sorumlulukları en verimli şekilde yerine getirmelidir (Kaya ve Aştı, 2008).

Bilgi teknolojileri yapısı gereği bilgileri toplayan, depolayan, birimler ve kişiler arasında hızlı bir şekilde aktarımını sağlayan ve bilgileri çoğaltan teknolojik sistemlerdir. Bilgi teknolojilerinin avantajları düşünüldüğünde sağlık hizmet sunum süreçlerinde kullanımının verimlilik artışı sağlayabileceği bir yapıdadır. Sağlık hizmetleri bilgi teknolojilerinin verileri saklama ve saklanan verilerin gerektiği durumda ulaşımının mümkün olması fonksiyonu sayesinde sağlık hizmetleri sunumu açısından büyük önem arz etmektedir (Tümer Mazak, 2018: 3). Teknolojinin sahip olduğu avantajları ancak onu kullanacak bireylerin modeli kabul etmesine bağlı olarak işe yarayabilecektir. Çünkü bir teknolojinin belirlenen kullanıcı kitlesi tarafından benimsenmemesi ve kullanılmaması teknolojinin yararları ne olursa olsun başarılı bir çıktı elde etme ihtimali gösteremeyeceği ifade edilmektedir (Lin ve Bhattacharjee, 2010: 163). Bu noktada da kullanıcıların bir sistemi red veya kabulünün nedenlerini araştıran ve kullanıcıların teknolojiyi kabulünü baz alan model olan teknoloji kabul modelinden yararlanılabilir.

Teknoloji kabul modeli, bireylerin bilgisayar kullanımını benimsemesinde etkili olan faktörlerin ve buna bağlı olarak bilgi teknolojilerinin son kullanıcılarının teknolojiyi kabul etme tutumunu ifade eden bir modeldir (Davis, Bagozzi ve Warshaw, 1989). Bireylerin hızla değişen teknolojiye adapte olabilmeleri ve kabul etmeleri hem kurumlar hem de bireyler açısından önemli bir fonksiyondur. Bir kurumun sahip olduğu teknolojinin avantajlarından faydalanabilmesi için kullanıcıların teknolojiyi kabul etmeleri büyük önem arz etmektedir (Lin ve Bhattacharjee, 2010: 163). Teknoloji uygulamalarında ana problemlerden bir tanesi teknolojiyi kullanacak bireylerin teknolojik sistemi kabulündeki yetersizliklerdir (Özer, Eriş, Timurcanday ve Özmen, 2012: 93). Kullanıcı yetersiz kabule sahipse bu durum onda teknolojiye karşı direnç gösterme eğilimi yaratarak iş süreçlerinde aksamalara sebebiyet verebilir. İş süreçlerinde aksama yaşanan ve kullanması gereken sistemlere karşı direnç gösteren çalışanların iş performansları konusunda bu noktada kişi ve kurumları düşünmeye itmektedir.

Performans, kurumlar veya bireyler tarafından önceden belirlenen hedefleri, işlerin çıktılarını değerlendirerek bu hedef ve işlerin ne derece gerçekleştirildiğinin saptanmasını sağlamaktadır (Alkan, 2014). Literatürde performans değerlendirme

kavramı başarı değeri, liyakat değeri ve personel değeri kavramları ile birlikte açıklanmaktadır (Mutlu, 2007: 7). İş performansı ise çalışanların kurumun belirlemiş olduğu amaçlara ulaşma konusunda ne derece destek olduğu, kurum tarafından belirlenen standartlara ne derece uygun tutumlar sergilediği, çalışanın görev tanımı gereği yapması gerekenleri ne derece gerçekleştirdiğinin çıktısıdır. İş performansı hem kurumun hem grubun hem de bireylerin kurumun belirlediği amaçlara ulaşma hususunda sergilemiş olduğu etkin ve verimli çabaların hem nitel hem de nicel bir biçimde ölçülmesidir (Kayabaşı, 2019: 84). İş performansı ölçüldükten sonra biten bir süreç değildir. Asıl amaçlarından biri de elde edilen çıktıların personelin ne kadar iyi çalıştığını ifade etmesinin yanında personelde iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve düzeltilmesi gereken yönlerinde geri bildiriminin sağlanması ve buna göre bir rota çizilmesini ve böylece personelin daha etkin ve verimli olmasını sağlayarak kurum performansını daha iyi konumlara taşımayı desteklemektir (Tüfekçi, 2019: 19). Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat (2012) sağlık hizmet sunum sistemi içerisinde performansı sağlık hizmeti sunan personel tarafından hastalara verilecek olan sağlık hizmetini doğru şekilde, güvenilir, zamanında, güncel mesleki bilgi ve becerilerle ve tam bir şekilde sunulması olarak ifade edilmektedir (Özer, 2019). Sağlık hizmet meslek mensuplarının tümünün performansı hem kurum hem hastalar hem de devlet tarafından büyük bir öneme sahiptir. Ancak hastalarla olan etkileşim ve bakım süreçlerinin daha yoğun olması ve sayıları gereği sağlık hizmet sunumunda daha büyük bir yer kaplayan hemşirelerin performansları; sağlık sonuçlarını ve hasta memnuniyetine olumlu yönde etki ederek sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileme gücüne sahip olduğu için dikkat edilmesi gereken bir husustur. Çünkü yapılan çalışmalar; kaliteli ve etkin bir sağlık hizmet sunumunun hastaların hastanede yatış süresini azalttığını, sağlık bakım hizmetlerinin maliyetlerini azalttığını, iş gücü kaybının önüne geçtiğini ve hastalarda oluşabilecek komplikasyonların önüne geçtiğini göstermektedir (Karadağ ve Taşçı, 2005). Bu sebeple hemşirelerin iş performansı sağlık hizmeti sunan kurumlar için üzerinde durulması gereken bir konudur (Greenslade ve Jimmieson, 2007).

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik Mesleği

Hemşireliğin tanımı, hemşireliğin önemi ve tarihsel gelişim süreci aşağıda açıklanmıştır.

2.1.1. Hemşirelik Tanımı ve Önemi

Türk Dil Kurumu (TDK), Güncel Türkçe Sözlüğü'nde (2023) hemşire, *“Doktor tarafından acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, hastanın bakımını düzenlemek, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık çalışanı”* olarak tanımlanmaktadır. Virginia Henderson (1955) hemşireyi *“bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç”* şeklinde ifade etmiştir (Aştı ve Karadağ, 2014). Hemşireler, hasta ve yaralı bireylere gereken zamanda gerekli sağlık bakım hizmetini, doğru şekilde uygulayabilmek için multidisipliner ekibin bir parçası olarak hizmet vermektedirler. Hekimlerle, hastalarla, hasta yakınları ve tüm sağlık personeli ile entegre bir şekilde çalışmaktadırlar (Ünsal, 2017: 11).

Florence Nightingale hemşireliği *“Hemşirelik sadece bilgi ve teknik becerilere dayalı değil, aynı zamanda insani değerler üzerine kurulu bir meslektir.”* olarak tanımlamaktadır (Deliktaş ve ark., 2016). Hemşirelik kısaca *“Hemşirenin yaptığı iş”* olarak tanımlanırken, Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN) (1972) hemşireliği *“Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeyi sağlayan bir meslek grubu”* olarak tanımlamıştır (ICN, 2018; Göriş, Kılıç, Ceyhan ve Şentürk, 2014). Türk Hemşireler Derneği (THD) (1981) hemşireliği; *“Kişinin, ailenin ve çevrenin sağlığını ve refahını koruma, geliştirme veya hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik hemşirelik sürecinin hedefi, planlaması, uygulaması ve değerlendirilmesinden, kişilerin eğitiminden sorumlu, bilim ve sanatın bir araya gelmesiyle oluşan bir sağlık disiplini”* şeklinde tanımlamıştır. Türk Hemşireler Derneği (2019) hemşireliği, *“Tüm ortamlarda her yaştan bireyin, ailenin, grubun ve toplumun sağlığını ve esenliğini korumaya, geliştirmeye ve hastalık dahilinde iyileştirmeye yönelik bakımı kapsar.”* şeklinde tanımlamıştır. Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) ise hemşireliği *“Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve optimizasyonu; hastalık ve yaralanmanın*

önlenmesi, acının hafifletilmesi; bireyler, aileler, topluluklar ve halklar için sağlık hizmetlerinde savunuculuk” olarak tanımlamaktadır. Martha Rogers’ın (1978) Üniter Hemşirelik Kuramı’na göre hemşirelik “bireylere bütüncül yaklaşımı savunan, insanın gelişim ve doğasını inceleyen hümanist bir bilimdir.” Rogers’ın kuramında hemşireliğin esas amacı insan ile çevre arasındaki senfonik ilişkiyi iyileştirmektir. Böylece gerçekleştirilen bu amaç sağlık potansiyelini yükseltecek hizmetleri arz etmektedir (Bölüktaş, Özer ve Yıldırım, 2018: 85-86). Millî Eğitim Bakanlığı (MEB) (2012) hemşireliği, “Toplumsal ve bireysel sağlık düzeyinin artırılmasında, hastaların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde kendi görev ve sorumlulukları dahilinde hasta bakımını sağlayan, hasta bakım süreçlerinde hemşirelik bakım planı oluşturan, oluşturulan bakımı uygulayan ve değerlendirmesini gerçekleştiren, hastalıkların önlenmesinde rol alan sağlık meslek mensubu” şeklinde tanımlamaktadır (Hemşirelik Meslek Esasları Tekniğine Giriş, 2012: 3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1993 yılında yayımladığı bir makalesinde hemşirelerin görevlerini dört madde halinde aşağıdaki şekilde belirtmiştir (Ünsal, 2017; Velioğlu ve Babadağ, 1992):

1. Hemşire, hastaların/kişilerin ya da sağlık hizmeti talebi olanlar ile sağlık bakım ekibinin eğitilmesinden sorumludur.
2. Hemşire koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmeti sunmak amacı ile hastaya, kişiye, kişilere, aileye, topluma sağlık bakım hizmetlerinde kendi görev ve sorumlulukları dahilinde olan hemşirelik bakım hizmetini sağlamakla ve bu hizmetin planlanmasını, organize etmesini, yürütmesini ve kontrolünü sağlamakla da sorumludur.
3. Hemşire, sağlık hizmet ekibinin bir parçası olan ve bu ekip içerisinde aktif ve destekleyici role sahip bir şekilde görevini icra eden profesyonel bir meslektir.
4. Hemşireler daha çözüm odaklı bir bakış açısıyla çalışmak ve kanıta dayalı uygulamalar ile hemşirelik mesleğinin icrasına ve gelişimine destek olması gerekmektedir.

Resmî Gazete’de yayımlanan 08.03.2010 tarih ve 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği’nin ikinci bölümünde yer alan beşinci maddeye göre hemşirelerin hizmet kapsamı aşağıda yer almaktadır (Resmî Gazete, 2010):

1. Kişilerin ve toplumların sağlığının korunması, geliştirilmesi, sağlık durumunda bozulma olanların tedavisinin sağlanması ve bireylerin hayat kalitesinin artmasını sağlamak için hemşireler sağlık hizmeti sunma, hekimler tarafından belirlenen tedavi yöntem ve süreçlerinin uygulanmasına destek olarak üzerine düşen görev ve sorumlulukları yerine getirmek, sağlıklı bir toplumun oluşuna destek olmak, araştırma, danışmanlık, eğitim, kalite geliştirme, yönetim, hastalarla, hastaların ailesi ile ve mesleğinin icap ettiği kişilerle iletişim sağlama ve kalite geliştirme rolleri bulunmaktadır.
2. Hemşirelerin eğitim süreçlerinde öğrenmiş oldukları bilgi ve becerileri kullanarak, bireylere ve topluma doğum öncesi dönemden başlayan süreçten itibaren hayatının tüm süreçlerinde mesleki standartları ve etik ilkeleri dahilinde gerçekleştirdiği sağlık hizmet sunmak.
3. Hemşireler sağlık hizmeti sunumunun ve bu hizmet süreçlerinde yer alan tüm insan gününün ve kaynakların ve hizmet sunumunu gerçekleştirdiği tesisin yönetimi ile risk yönetimini sağlar.

Hemşirelik mesleği toplumda sağlığını kaybetmiş bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesinde gerekli bakım yöntemlerini uygulayan, toplum sağlığının korunması ve yükseltilmesinde aktif rol alan bir meslek grubudur. Hemşirelik bakımının sunumu bu sebeple büyük önem arz etmektedir. Hemşirelerin daha kaliteli bir hizmet sunumu gerçekleştirebilmesi için en önemli şartlardan biri de insana bütüncül bir şekilde yaklaşması ve insanı tüm fonksiyonları ile ele almasını gerektirmektedir. Bireyler ve toplumların sağlık bakım sürecinde hemşireler önemli bir role sahiptir. Hemşirelerin görevlerini etkin ve etkili bir şekilde yerine getirememesi durumunda ülkedeki hastalık ve sağlık göstergelerinin kötüye evrildiğini gösteren pek çok örnek vardır. Örneğin tıbbi ve cerrahi asepsi ilkelerine uyulmaması dahilinde yaşanacak hastane enfeksiyonları ve bu enfeksiyonun yaratacağı yeni sağlık bakım süreç ve bu süreçlerin oluşturacağı maliyetler, ölümler büyük yaptırımları beraberinde getirebilir. Hemşirelerin bir

diğer görevi olan aile planlaması hizmetinin iyi yürütülememesi halinde yaşanacak olan nüfus patlaması, anne ve bebek ölümlerindeki artışlar, artışların sebep olacağı ekonomik ve sosyal sıkıntılar büyük sorunlar yaratabilir. Yalnızca bu örnekler dahi hemşireliğin bireyler ve topluluklar açısından vazgeçilemez oluşu ve ileri bir seviyede önemli bir meslek mensubu olduğunu göstermektedir (Karadağ, 2002; Ünsal, 2017: 11).

Hemşireler, sağlık insan gücünün sayısal anlamda en büyük kesimini oluşturan ve sağlık hizmet sürecinin kilit noktalarından bir tanesi olan hasta bakım sürecinde başrolü üstlenmektedirler. Bu sebeple ulusal ve uluslararası arenalarda hemşireler sağlık sisteminin sorunlarının çözümünde merkezde yer alan önemli bir meslek gurubudur (Çakar ve Avşar, 2020; Yeşilyurt, Baykal ve Göktepe, 2020). Hemşireler, hastalarla direkt olarak ve yoğun bir iletişim ve etkileşim halinde sağlık bakım hizmeti sunan, sağlık hizmet sisteminin hasta bakım sürecini yoğun bir şekilde sürdüren, hasta ihtiyaç ve isteklerini belirleyen, hizmet sürecinde araç, gereç ve malzeme mevcudiyetini takip eden en büyük ve en önemli sağlık meslek mensuplarından bir tanesidir. Hastalarla bu denli yoğun iş ve işlemlere sahip hemşireler aynı zamanda hasta kayıt ve takip süreçlerini ve sağlık bakım hizmet sürecinde yoğun bir şekilde kullanılan sağlık bilgi sistemlerini en çok kullanan personel arasındadır (Kardaş Özdemir ve Karakaya, 2017).

Hemşirelik, insan ihtiyaçlarını gidermek üzere ortaya çıkmıştır ve mesleğin odak noktası insan ihtiyaçlarıdır. Mesleğin oluşumu insanlık tarihi kadar köklü bir yapıya sahiptir. İnsanlık varlığını devam ettirdiği sürece hemşirelik de insan ihtiyaçlarını karşılamak üzere varlığına farklı formlarda olsa dahi devam edecek olan hemşirelik mesleği, bireylerin nitelikli bir yaşam sürdürmesinde önemi tartışılmaz bir konumdadır (Karamanoğlu, Özer ve Tuğcu, 2009: 12-17).

2.1.2. Hemşirelik Tarihçesi

Hemşireliğin Dünyada ve Türkiye’de tarihsel gelişimi aşağıda açıklanmıştır.

2.1.2.1. Dünyada hemşireliğin tarihsel gelişimi:

İlk Çağ uygarlıklarında hemşirelik ayrı bir uğraş alanı olmasından ziyade daha çok kadınların annelik ve sağaltım rolleri üzerinden meydana çıkan

uygulamalar şeklinde var olmuştur. Kadınların hasta bakım uygulamaları antik Yunan döneminde meydana gelmiştir (Ökdem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000).

Orta Çağ dönemine geçildiğinde başlangıç dönemlerinde bakım ve yardım görevini üstlenme konusunda gönüllülük gösteren sosyal hizmet çalışanları kadınlara deacones, erkeklere ise deacon denilmiştir. Deacones ve deacon olmak isteyen kişilerde aranan bazı şartlar mevcuttur. Bu şartlar; bireylerin ya hiç evlenmemiş olması ya da boşanmış kişiler olmasıdır. Tarihte ilk deacones ve ilk hemşire olarak kayıtlara Phobe geçmiştir. Phobe hemşire ve deacones olmasının ardından ilk hemşirelik örgütünü kurmuştur (Şentürk, 2014).

Orta Çağ Avrupası'nda hemşirelik ön planda yer almaktadır. Çünkü çağın sağlık hizmeti verme alanı daha çok hastalara, yaşlılara, mahkumlara ve kimsesizlere odaklı bir şekilde ilerlemektedir. Sağlık hizmetlerinin bu sınıflara kanalize olmasının altında dini güdülenmeler yer almaktadır (Özden, 2013). Hemşirelik orta çağ döneminde Katolik kiliseye yakın bir şekilde bağlılık göstermiştir. Hemşireliğin kiliseye gösterdiği bağlılık bazı dönemlerde bünyesine güç katarken bir yandan da hemşireliğin aşırı katı kurallar altında kalmasına sebep olmuştur. Dönemin hemşirelerinin görevleri dinin önemli bir yer kaplaması sebebiyle yalnızca hastaların fizyolojik ihtiyaçlarını değil aynı zamanda dini ve ruhani inançlarına dair ihtiyaçları da gidermesini gerektirmektedir. Fakat orta çağın sonlarına doğru insanların Katolik kilisesine olan inançlarının sarsılması ve gerilemeye başlamasıyla birlikte Katolik kiliseye bağlılığıyla bilinen ve yükselen hemşireliğin de buna bağlı olarak doğru orantılı bir şekilde gerileme dönemi başlamıştır. 15. yüzyıl sonlarında ve 16. yüzyıl başlarında hemşirelere olan öfke artmış ve hemşirelerin cadılık veya büyücülük ile bağlantısı olduğu iddia edilerek halkın kışkırtmasıyla hemşirelerin öldürülmesine karar verilmiş ve binlerce kadın bu sebeple öldürülmüştür. Yani orta çağ hemşireler için bir dönem ilerleme sağlasa dahi sonu bir felaketle bitmiş bir dönemdir. Öyle ki hemşirelik mesleği nerdeyse son bulma durumuna gelmiştir (Ulusoy ve Görgülü, 1996).

Orta Çağ'ın bitip Yeni Çağ'ın başlamasıyla birlikte sosyal hayattaki sıkıntılar, salgın hastalıklar, ekonomik olarak kötü giden bir süreç, dini kaoslar ve siyasi birtakım sıkıntılar oluşmuştur. İçinde bulunulan bu sıkıntılı dönemde yaşananlar hemşirelik mesleğini de aynı doğrultuda negatif etkilemiştir. Hemşirelik mesleği

ilerleme gösterecek bir alan bulamamış, mesleğin ilerlemesi durmuş ve meslek gerilemeye başlamıştır. Protestanlık ve dini reform hareketleri hemşireliği bitirme seviyesine getirmiştir. 16. ve 18. yüzyıllar arasındaki dönem tarihte hemşireliğin karanlık dönemi olarak geçmektedir. Yeni Çağ'da sosyal reform hareketleri ile beraber Fransız papaz St. Vincent de Paul modern hemşireliğe yönelik başlangıçlar yönünde ilk adımların atılmasında öncü olmuştur. Paul'a göre sefalet ve fakirlik önlenabilir bir şeydi. Paul bunların önlenmesinin ancak yapılacak olan yardımlar yoluyla olacağına inanıyordu ve bu inançla 1633 yılında Hayırsever Hemşireler (Sister of Charity) örgütünü kurmuştur. Hemşireliğin içinde bulunduğu bu karanlık dönemden çıkışında ilk atılım 1840 yılında Elizabeth Fry'n İngiltere'de hemşireler adına "Hayırsever Hemşireler Örgütü" açması vasıtasıyla olmuştur. Fry, hemşireler için bir okul açmıştır. Ancak açılan bu okul uzun dönemli bir faaliyet gösterememiştir. Kısa bir dönem sonra okulun faaliyeti durmuştur (Şentürk, 2014; Ulusoy ve Görgülü, 1996).

1789 yılında Yakın Çağ döneminde Rönesans dönemine geçişle beraber endüstri devriminin getirileri arasında yer alan sosyal hayatta lanse eden değişimler hemşireliğe de yeni bir yol izleme mecburiyetini getirmiştir. Endüstri devrimi ile sanayileşme artınca insanların yaşamı sanayi çevresinde oluşturulan şehirlere doğru ilerlemiştir. Bu da şehirleşmenin artmasına sebebiyet vermiştir. Şehirleşme artınca da kitlelerin etkileşimi ile hastalıkların artmasına ve yaralanmalar artış göstermiştir. Çağın bir getirisi olarak sosyal sınıflar arasındaki ayrım daha görünür bir hal almış ve insanlar sınıflara ayrılmıştır. Alt tabaka olarak görülen sınıfların gereksinimleri ve eksiklikleri sebebiyle bu sınıfın ihtiyaçlarını göz ardı etmeyen ve destekleyen yardımsever topluluklar da ortaya çıkmıştır. Bu topluluklar kadınlara yönelik destekler de sunmaktadırlar. Kadın özgürlükleri ve kadın haklarının da desteklenmesi doğal olarak hemşireliğin de bununla doğru orantılı olarak ilerlemesine sebep olmuştur (Ökdem ve ark., 2000).

Hemşirelik aslında Nightingale'den önce Almanya dekonelerinin öncülüğünde ilerlemiş ve bu süreç tüm Avrupa Protestan ülkelerine yayılmıştır. Alman Lutherran papaz Theodor Fliedner, İngiltere'de Elizabeth Fry'n hasta bakım süreçlerinde uyguladığı yöntemlerden etkilenmiş ve kilisede kadınlar adına bir alan yaratmak amacıyla Ren Nehri kıyısına Dekones evini ve Kaiserswerth Hastanesi'ni eş

Frederike ile beraber kurmuştur. 1836 yılında kadınlara eğitim vermek amacıyla dünyanın ilk dekonos merkezi Kaiserwerth’de Theodore Fliedner öncülüğünde kurulmuştur. Dekonos merkezinin amacı kadınlara bakım ve eğitim vermek olarak ifade edilmiştir. Merkez kurumsallaşmış ve böylece dünyanın ilk hemşirelik okulu faaliyete geçmiş olmuştur. Okulun eğitime başladığı ilk dönemlerde seminerlerle iletlenen bir hemşirelik ve hasta bakıcılık eğitim anlayışı oluşturulmuş ve usta-çırak ilişkisi üzerine bir hiyerarşik düzen şeklinde ilerleme sağlanmıştır. Dekonoslar’ın alacağı eğitim Fliedner tarafından belirlenmiştir. Alınan eğitimler daha çok sosyal hizmetleri, hasta bakım süreçlerini ve dini uygulamaları kapsamayan bir programdan oluşmaktadır. Eğitim aşamalarını yeterli bir biçimde sona erdirebilen Dekonoslar dünyanın dört bir tarafına giderek hemşirelik eğitim süreçlerinin başlamasında öncü olmak adına büyük etkiler oluşturmuşlardır (Yıldırım, 2014).

Dekonos örgütlerinde ilerleme sağlanarak, 19. yüzyıl başlarında modern dekonos örgütü kurulmuştur. Örgütün kuruluşu ile beraber çok sayıda dekonos yetiştirilmiş ve yetiştirilen bu dekonoslar hemşireliğin güç kazanmasına sebep olmuşlardır. Yetiştirilen dekonoslar arasında Modern hemşireliğin öncüsü olarak bilinen Florance Nightingale de yer almaktadır. 19. yüzyılın ortalarına gelindiğinde ise İngiltere’de İngiliz Katolik Kilisesi’nin hemşirelik çalışmalarına rastlanmaktadır. 1845-1855 yılları arasında Anglikan topluluklar hemşireliğe adım atmışlar ve mevcut topluluklarına sosyal hizmet amaçlı desteklerde bulunmuşlardır. Seyreden süreçte İngiltere’deki gibi Amerika’da da dini etkiler altında hizmet vermeye devam eden hemşirelik örgütlerine rastlanmaktadır (Şentürk, 2014).

Modern hemşireliğin Florence Nightingale (1820-1910) ile Kırım Savaşında (1852-1856) İstanbul’da yaralanan askerlerin tedavi sürecini üstlenerek gerçekleştirdiği sağlık bakımı süreci ile hayata geçirildiği kabul edilir. Florance Nightingale hemşirelik tarihinde lambalı kadın olarak da anılmaktadır. Nightingale yürütmekte olduğu bu iş ile ilerleyen dönemlerde geliştireceği çevre kuramının temel kavramlarını kullanarak enfeksiyonları önlemiş ve ölüm oranlarının %42’den %2’ye inmesini sağlamıştır. Florence Nightingale hemşireler için formal bir eğitimi savunarak, hemşireliğin profesyonelleşmesi için öncü adımları atan ilk hemşire liderdir. 1860 yılında dünyanın ilk modern hemşirelik okulu olan St Thomas’ Hospital Londra’da Nightingale öncülüğünde kurulmuştur. Okulun kurulması

sayesinde hemşirelik mesleğinin öneminin anlaşılmasında ve bunun bir emsal olarak görülmesi ile başka hemşirelik okullarının açılmasında liderlik pozisyonunda olmuştur (Eti Aslan, 2009; Aksoy, Kanan ve Akyolcu, 2017; Gilbert, 2020).

Modern hemşireliğin öncüsü olarak tanınan Nightingale 12 Mayıs 1820’de İtalya’nın Floransa şehrinde dünyaya gelmiştir. Nightingale’in mensubu olduğu aile yüksek derecede dinine bağlı ve asil bir aileydi. Bu sebeple Nightingale’in almış olduğu eğitim ailesinin yaşam tarzına bağlı olarak dindar ve kapsamlı bir eğitimdi. Nightingale ailesinin bu avantajlı durumu sayesinde birçok dil öğrenmiş ve farklı kültürlerle hâkim olmuştur. Nightingale almış olduğu bu eğitimler ve yetkinlikleri sayesinde seyahat ettiği yerlerdeki sosyal yardım kuruluşlarını ziyareti sırasında görmüş olduğu sosyal hizmet yardımlarından yüksek derecede etkilenmiştir. Nightingale 1847 yılında Roma seyahati sırasında Katolik hemşirelerinin almış oldukları eğitime tanıklık etmiş ve kurumda yetiştirilen dekoneslerin eğitim sistemini beğenmemiştir. Nightingale bu seyahat sırasında dekoneslerin eğitim sistemini beğenmese dahi hemşireliğe olağan merakı bu noktada başlamıştır. Nightingale o dönemlerde kadının sosyal hayattaki yerinin geri plana itilmesinden, toplumda kadının rolünün daha gölgede kalmasından yani kadınların dezavantajlı durumlarından hiç memnun değildi (Aştı ve Karadağ, 2014; Şentürk, 2014).

Hemşirelik eğitiminin dünya genelinde başlatılmasına; Protestan reformu, savaşlar, endüstri devrimi, küreselleşme, misyonerlik faaliyetleri, kolonizasyon hareketleri, ekonomi, din, sosyal farkındalık, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, kadın hakları, değişen sağlık bakım gereksinimleri gibi durumlar etki etmiştir (Koizer, Erb, Berman ve Snyder, 2008: 26-30).

Nightingale 1860 yılında St. Thomas Hastanesi bünyesinde büyük çabaları sonucunda modern anlamda ilk hemşirelik okulunu kurmuştur. Nightingale’in okulu kurmasında gerekli olan maddi kaynağı yine katıldığı savaşta yaralılara yardım ederek göstermiş olduğu üstün başarının sonucunda ülkesine döndüğünde Kraliçe Victoria tarafından takdir edilmesi sebebiyle Nightingale’in vakfına 50 bin sterlin bağış yapmasıyla sağlanmıştır. Nightingale’in hemşirelik eğitimine bu derece önem vererek kurduğu okul kendi adını taşımaktaydı. Okulun adı Florence Nightingale Hemşirelik okuludur. Okula eğitim için kadınlar alınmıştır. Alınan kadınlar genel olarak 25-30 yaş aralığında 15 kadından oluşmaktadır. Okulun belirlenen eğitim

süresi ise bir yıldır. Nightingale tüm bu aktif dönemlerinde öğrendiği bilgileri kalıcı olması açısından yazıya dökmüş ve hemşirelik mesleği adına çeşitli ve değerli eserler armağan etmiştir. Nightingale'in hemşirelik mesleği adına vermiş olduğu uğraşlar ve üstün başarıları sonucunda hemşirelik mesleğine olan ihtiyaç artmıştır. Hemşirelik mesleğine olan ihtiyacın artmasıyla doğru orantılı bir şekilde hemşirelik okulundan mezun olan hemşirelerin artması da sağlanmıştır. Hemşirelik mesleğine olan ihtiyacın artmasıyla beraber hemşirelik mesleğine duyulan önem ve mezun hemşirelerin sayısının artması doğal olarak hemşirelerin daha kolay bir şekilde örgütlenebilmesini, standartlarının ve sosyal durumlarının yükselmesini sağlamıştır (Şentürk, 2006; Şentürk, 2014).

Üniversite seviyesinde hemşirelik eğitim sürecine ilk defa 1905 yılında Amerika'da yer alan Minnesota Üniversitesi bünyesinde eğitim verilmesiyle başlamıştır (Bayık, 2002: 13-26). Buna bağlı olarak 1914 yılında 1. Dünya Savaşı'nın başlamasıyla Amerikan ordusunda faal bir şekilde hizmet veren 400 adet hemşire mevcuttu. Amerika'nın savaşa girdiği zaman diliminde yani 1916-1917 yılları arasında, birçok hemşirelik örgütleri ve Amerikan Kızılhaç'ın desteği ile 20 binin üzerinde hemşire mevcuttur. Savaş döneminde hemşireler ile ilgili çıkarımlar yapılarak savaş dönemi bittiğinde hemşirelere yönelik bazı eğitim kararları alınmıştır. Öncelikle hemşireliğe dair verilen eğitimde ihtisaslaşmalarına karar verilmiştir. Hemşirelerin ihtisaslaşmaları hususunda üç alan tercih edilmiştir. Bu alanlar; Halk sağlığı hemşireliği, hastane hemşireliği öğretim ve yönetimi ve özel hemşireliktir. İhtisaslaştırılan bu hemşireler 2. Dünya Savaşı başladığında 100 bin hemşire ihtisas alanlarına göre gruplandırılarak savaş alanında görevlendirilmiştir. Savaş sürecinde bilgi ve becerileri ile sürekli faaliyet göstererek yaralılara yardımda bulunan hemşireler halkın gözünde yücelmiştir. Halkın hemşirelere karşı duyduğu bu saygı ve gurur hemşirelik mesleğinin de toplum önünde yücelmesine sebep olmuştur. Hemşireliğe karşı artan bu saygı, ilgi ve ihtiyaç ile beraber üniversitelerin bünyesinde daha fazla hemşirelik eğitimi verilmesine sebep olmuştur. Hemşirelik mesleğine verilen önem, duyulan saygı ve eğitiminin desteklenerek bu derece yükselmesiyle hemşirelik modern toplumların ihtiyaçlarına yetebilen bağımsız bir meslek haline gelmiştir (Şentürk, 2014). 1923 yılında Goldmark isimli bir rapor yayımlanmıştır. Rapor, Hemşirelik Eğitimi Çalışma Komitesi isimli bir grup

tarafından yayımlanmıştır. Raporun çalışmalarda bulunduğu alan ise toplum sağlığı hemşireleri, yöneticiler ve hemşire öğretmenlerdir (Polit ve Beck, 2004: 3-22).

2.1.2.2. Türkiye’de hemşireliğin tarihsel gelişimi:

Türkiye’de hemşirelik mesleğinin başlangıç süreci 19. yüzyıla kadar dayanmaktadır. 1845 yılında İstanbul Tıp Okulu’nda iki yıllık kurslarda eğitim verilmesi sürecinden sonra erkek halk sağlığı hemşireleri “küçük cerrahlar” olarak nitelendirilmiş ve yetiştirilmiştir (Ökdem ve ark., 2000: 7-9).

Türkiye’de hemşirelik eğitimi ilk olarak 1876’dan sonra Meşrutiyet Dönemi’nde başlamış, hemşirelik eğitimini alabilmek için okuma yazma şartı dahi aranmaksızın öğrenci kabulü sağlanmıştır (Eti Aslan, 2009). Modern hemşireliğe ilk atılım ise 1907 yılında Londra’da düzenlenen Kızılhaç Konferansına katılan Dr. Besim Ömer Akalın’ın konferans sırasında Florence Nightingale ile tanışarak ettikleri sohbet sayesinde Nightingale’in hemşirelik mesleğine dair donanımından etkilenmesiyle başlamıştır. 1911 yılına gelindiğinde Akalın’ın Türkiye’deki hemşirelik eğitimine dair ihtiyacı fark ederek hemşire yetiştirmeye yönelik ilk formal eğitim kurumu olan gönüllü hasta bakıcı yetiştirme kurumu eğitim hizmeti vermeye başlamıştır. Hilal-i Ahmer Cemiyeti’nde altı aylık bir süreçle tamamen gönüllülük esasına dayalı olmak üzere Dr. Besim Ömer Paşa’nın önderliğini yaptığı bir hasta bakıcı kursu 1912 yılında hemşire adaylarının süreci tamamlamaları dahilinde bir sertifika vermek üzere faal hale gelmiştir. Kursta almış olduğu eğitim sürecini başarıyla geçen Müslüman Türk Kadınları ilk kez Balkan Savaşı zamanında yara almış olanların bakım sürecini sağlamıştır (Gören ve Yalım, 2016; Ökdem ve ark., 2000: 7-9; Şentürk, 2014; Yıldırım, 2014). 1913 yılında yine Dr. Besim Ömer Paşa önderliğinde Hilal-i Ahmer merkezinde, 1914-1915 tarihleri aralığında ise Darülfünun’da, 1916 yılında Kadırga Doğum Kliniği’nde hemşirelik üzerine eğitim veren kurslara başlanmıştır. Türkiye’de, Avrupa’da Alman ve İngiliz okullarından eğitim alarak gönüllü hemşirelerden olan Safiye Hüseyin Elbi ilk kadın hemşiredir (Aksoy ve ark., 2017). 1954 yılında yayımlanan bir gazetede Safiye Hüseyin Elbi ile yapılan röportajda Elbi, Florence Nightingale’e olan hayranlığından dolayı daha çocukluk dönemlerindeyken hemşirelik mesleğine ilgi duymaya başladığını beyan etmiştir (Yılmaz ve Yalım, 2016).

I. Dünya Savaşı sürecinde Amerikanlar, İstanbul'daki müttefikleri için Amiral Bristol'un başkanlığını üstlendiği bir dispanser oluşturmuşlardır. Dispanser hemşirelik eğitimi vererek, uzun bir dönem boyunca Hemşirelik okulu olarak devam etmiştir. Bu okul Türkiye'de açılan ilk hemşire okulu olarak 1920 yılında Amerikan Amiral Bristol Hastanesi'ne bağlı olan Ermeni, Rum ve Rus kökenli kızları 3 aylık bir deneme kursuna aldıktan sonra iki buçuk yıllık eğitim verilerek yetiştirilen Amiral Bristol Hastanesi Hemşire Okuludur. Okul Amerikan ekolüne bağlı bir şekilde eğitim vermeye başlamıştır. Fakat okul yalnızca yakın Doğu'daki Amerikanlar'a sağlık hizmeti sunmasına ek olarak Türkiye'nin de hemşire talebini desteklemek, ırk ve din farkına bakmaksızın bütün insanlara sağlık hizmeti vermek ve hasta bakımında farkını ortaya koyacak hemşireler eğitime vizyonu ile faaliyete başlamıştır. Türkiye'de okul 1924 yılında kapatılıp, yeni kurum sıfatı Amiral Bristol Hastabakıcılık Dershanesi olarak 1927 yılında yeniden eğitime başlamıştır. 1957 yılında Millî Eğitim Bakanlığı izniyle sağlık meslek lisesi kimliğiyle uzun bir dönem eğitim hizmeti veremeye devam etmiştir. Kurum 1958 yılında Milli Eğitim'e devredilen bir ortaokul bünyesinde Amerikan Bristol Özel Hemşirelik Sağlık Koleji ismi ile 4 yıllık bir eğitim hizmeti sunan bir kurum olmuştur (Yıldırım, 2014: 309-318). Özellikle savaş dönemlerinde eğitim almış olan hemşirelere duyulan ihtiyaç, hemşirelik eğitiminin önemini gözler önüne sermiştir. Bu sebeple 1924 yılında gerçekleştirilen Hilal-i Ahmer Kongresi'nde hemşirelik okulu açılması hususunda karar birliğine varılmıştır (Aksoy ve ark., 2017).

Cumhuriyet dönemine geçildiğinde modern anlamda ilk hemşirelik süreçleri de gelişme gösterme sürecine girmiştir. Cumhuriyet döneminin başında Sağlık Bakanlığı'nın bünyesine dahil olarak gözüken hemşire sayısı ve hemşirelik hizmetleri alanında mevcut durumdaki olanakları yeterli seviyede değildi. Dönemin sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde sıhhiye erleri, Kızılay bünyesindeki gönüllüler ve bakıcılar görev üstlenmiştir. 1925 yılında Kızılay Derneği bünyesinde kurulan Kızılay Hemşire Okulu Cumhuriyet Dönemi'nde açılmış olan ilk hemşire okuludur. Okulun kurucuları arasında Safiye Hüseyin Elbi de yer almaktadır. Aynı zamanda Elbi okulda öğretmenlik yaparak da görev almıştır. Okul hemşirelik eğitimini iki yıl üç ay olmak üzere vermektedir. Okulda eğitim alarak hemşire olmak isteyen kişilerin okula kabul edilebilmesi için sahip olması gereken kriterler arasında; okur yazar

olmak, sağlıklı bir bedene sahip olmak ve iyi ahlaklı olmak yer almaktadır (Yıldırım, 2014).

1924 yılında Amiral Bristol mezunu olan Esmâ Deniz İbrahim Cumhuriyet Dönemi'nde ilk diploma sahibi olan hemşireler arasında yer almasının yanı sıra Columbia Üniversitesi'nde eğitim hayatına devam etmiş ve 1930 yılında Türkiye'ye geri gelmiştir. Esmâ Deniz İbrahim de tıpkı Safiye Elbi gibi Türk Hasta Bakıcılar Cemiyeti kurucularındandır. Esmâ Deniz, 1899 yılında kurulan Uluslararası Hemşireler Konseyi'nde (International Council of Nurses-ICN) yer alarak Türk hemşirelerini temsil etmiştir. Deniz, Türk bir hemşire sıfatıyla 1952-1954 yılları arasında Amiral Bristol Hemşirelik Okulu'nda müdürlük rütbesine erişmiştir (Yıldırım, 2014). Deniz, hemşirelik mesleği adına çok iyi eğitim almış olmasının, statü olarak iyi yerlere gelmiş olmasının yanı sıra 1954 yılında hemşirelik mesleği adına önemli bir rol oynayarak hemşirelik mesleğinin kazanacağı haklarda söz sahibi olma fırsatı yakalamıştır. Deniz, 6283 sayılı hemşirelik kanunun hazırlanması sürecinde etkin bir şekilde görev alarak mesleğe önemli bir hakkın kazanılması konusunda destek olmuştur (Demirsoy, 2016).

Esmâ Deniz, Türkiye'de modern hemşireliğin ilerlemesine dair önemli atılımlarda bulunmuştur. Modern hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale adına bir eğitim kurumu açmayı hedeflemişlerdir. Açılması hedeflenen "Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Tesisi Vakfı" 22 Mart 1956 yılında resmi olarak tamamlanmıştır. Esmâ Deniz ve Safiye Hüseyin Elbi, Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı kurucuları arasında yer almaktadır. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'na eğitim hizmetlerinin verilmesi açısından ihtiyaç duyulan öğretim üyeleri için yetiştirilmek üzere dil eğitimleri verilen seksenden fazla aday arasından dil eğitimleri tamamlanmış olan ilk grupta; Ayten Geray, Emel Berkay, Perihan Velioğlu, Rüçhan Tüzün, Semiha Gücüyeter, Şükriye Karaosmanoğlu Amerika'ya eğitim almak üzere gönderilmişlerdir. Dil eğitimini başarıyla tamamlayarak seçilen ikinci grup da eğitim için Amerika'ya gönderilmiştir. Bu grup içerisinde; Müeyyet Perk, Nebahat Kum, Nüşet Alpay, Saffeti Acele ve Şehvar Çağlayan yer almaktadır (Eti Aslan, 2009; Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı, 2021).

Cumhuriyet dönemi Türkiye’inde takip eden yıllarda hemşirelik okullarının sayısı ve eğitim şartları zamanla artmış ve değişmiştir. 1939 yılında Askeri Hemşire Okulu faaliyet göstermeye başlamıştır. Daha sonra Tevfik Sağlam Hemşirelik Okulu 1943 yılında açılmıştır. 1946 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı olarak Haydarpaşa Numune ve Şişli Çocuk Hastaneleri’ne bağlı olarak Hemşire-Laborant okulları faal hale gelmiştir. Hemşire-Laborant okulları 1952 yılında İzmir, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas’da açılmıştır. Takip eden yıllarda sırasıyla Hemşire-Ebe-Laborant okulları 1954’te Trabzon’da 1955’te Konya’da, 1956’da Ankara Cebeci’de ve 1959 yılına gelindiğinde doğum evinde açılmıştır. Hemşirelik okullarına alınacak öğrencilerde ortaokulu bitirmiş olma şartı aranmıştır. Okulların eğitim öğretim süresi üç yıldır. 1959 yılına gelindiğinde eğitim öğretim süresine dair değişiklik yapılmış ve eğitim yılı üç yıldan dört yıla çıkarılmıştır. 1961 yılından sonra ise okullar sağlık koleji adı altında eğitimlerine devam etmiştir. Sağlık kolejlerinin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı olarak hizmet vermeye başlama yılları; 1961’de Diyarbakır, 1963’te Afyon, Çanakkale, Denizli, Muğla, Ordu ve Uşak, 1967 yılında Eskişehir, Malatya ve Samsun, 1968 yılında Bursa, 1969’da Zonguldak ve Yozgat, 1970 yılında Aydın, Kocaeli ve Kayseri’dedir. 1976 yılında sağlık kolejlerinde isim değişikliğine gidilerek artık okullar Sağlık Meslek Lisesi olarak varlığına devam etmiştir (Şentürk, 2014).

Türkiye’de üniversite düzeyinde eğitim ilk olarak Hemşirelik Yüksekokulu 1955 yılında Ege Üniversitesi’nde açılmıştır. Bu Hemşirelik Yüksekokulu aynı zamanda yalnızca Türkiye’de değil Avrupa’da da üniversite düzeyinde açılan ilk hemşirelik okulu olarak kayıtlara geçmektedir. Takip eden süreçte lisans eğitimi bazında hemşirelik eğitimleri 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi’nde, 1970 yılında Erzurum Atatürk Üniversitesi, 1982 yılında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 1985’de Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA), 1992 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi şeklindedir. Türkiye’de aynı zamanda yüksek lisans eğitim programları ilk kez 1986 yılında, doktora eğitim programı ise ilk kez 1972 yılında Hacettepe Üniversitesi’nde öğrenci kabulüne başlamıştır. Yüksek lisans ve doktora programları hemşirelik alanında sekiz ana bilim dalında eğitim sağlamaktaydı. Bu programlar GATA, Atatürk Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Ege Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Florance Nighingale Hemşirelik Yüksekokulu’nda eğitim sağlamaktaydı (Aştı ve Karadağ, 2014; Eti Aslan, 2009; Şentürk, 2014; Taşocak, 2008).

Türkiye’de hemşirelik mesleği 6283 numaralı Hemşirelik Kanunu hükümlerine göre yürütülmektedir. Hemşirelik Kanunu 25.02.1954 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Kanun 5634 sayılı Kanun ile 25.04.2007 tarihinde değişikliğe uğramıştır. Kanuna dair yapılan değişiklikte en önemli nokta eğitim düzeyi ve cinsiyet ile ilgili yapılan değişikliklerdir. Hemşirelik eğitime dair yeni alınan kararlar ile hemşirelik eğitiminin yalnızca kadınlara verileceği yönündeki ibare kaldırılmış ve hemşirelik eğitiminde lisans derecesinde bir eğitim anlayışı baz alınmıştır. Fakat 1954 yılında yürürlüğe giren Hemşirelik Kanunu, kanun hükümleri gereğince hemşirelik mesleğinin kadınlara yönelik bir meslek olduğu meşrulaştırılmıştır. Hemşirelik Kanunu’nda hemşirelik mesleğinin yalnızca kadınlar tarafından icra edilebilecek bir meslek olduğuna dair yer alan beyanlarından dolayı erkekler hemşirelik meslek eğitimi almak için başvurma ve hemşirelik mesleğini icra edebilme imkânı bulamamışlardır (Gönç, 2016: 147). Fakat 2007 yılına gelindiğinde yapılan değişiklikler ile birlikte bu beyan ve bu algı ortadan kaldırılmış ve hemşirelik mesleği erkeklerin de seçebileceği ve icra edebileceği bir meslek haline gelmiştir (Çay, 2021: 20).

Hemşirelik mesleği kökende bakım eylemine dayanmaktadır. Florence Nightingale’den buyana gelen kuramsal-bilimsel bilgi kökenine dayalı bakım eylemi uygulama becerileri gerektiren ve uygulama becerilerinden oluşan bir meslek olarak şekillenmiştir (Korkmaz, 2011: 60).

2.2. İş Performansı

Performans kavramı işin nicelik ve niteliğine bağlı olarak tanım açısından değişmektedir. Performans kavramı genel anlamda, *“amaçlı ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır. Bu sonuç mutlak ya da sıralamadaki sırası, bir üretim biriminde üretim miktarı ya da gerçekleşen üretimin planlanan üretime oranı”* şeklinde tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2006: 66). Türk Dil Kurumu’na göre performans Fransızca kökenli bir kelimedir. Performansın Türkçe karşılığı ise *“başarım”* olarak ifade edilmektedir (Türk Dil Kurumu Sözlükleri, 1932). Performans kelime olarak başarı ve takat anlamına da gelmektedir. Performans belirli bir iş veya görevin yapılmasında ortaya koyulan başarının derecesini ifade etmektedir (Büyük Larousse, 1992: 549). Performans bir kurum veya bir bireyin yapması gereken bir iş, görev veya belirlediği amaçlara ne

derece yaklaştığının veya o durumu ne derece gerçekleştirip gerçekleştiremediğinin nicel veya nitel çıktısıdır (Karaman, 2009: 413). Performans, birey veya grubun sahip olduğu yetenek ve becerilerini gerekli teknolojik altyapı desteğiyle belirledikleri amaçlara ulaşmak üzere ortaya koyduğu çaba ve göstermiş olduğu uyumu ifade eder (Biçer, 1997: 12). Performans, kurumun kendilerine koymuş oldukları amaçlara ve planlara nicel veya nitel olarak ne derece ulaştığının kavramsal ifadesi olarak açıklanmaktadır. Performans hem kurumun hem de personelin işletmenin belirlemiş olduğu amaç ve hedefleri doğrultusunda gösterdiği çabadır. Belirlenen amaçlara ulaşmada bir göstergedir. Performans, personel açısından değerlendirildiğinde belirli bir süre içerisinde personelin görev ve sorumluluklarını ne derece yerine getirdiğinin göstergesidir (Tunçer, 2013: 89). Kurum açısından incelendiğinde performans, personelin kurumun amaçlarını gerçekleştirmek üzere kendisine tanımlanan görevler doğrultusunda ortaya koyduğu çabanın sonucunda gerçekleştirdiği işlemlerin ürünüdür. Bu ürün soyut veya somut bir şekilde ortaya çıkabilmektedir. Bazen hizmet, bazen bir mal, bazen bir fikir olmaktadır. Performans ölçümünün ve değerlendirmesinin sonucunda elde edilen verilerden destek alınarak işletmenin ve personelin faydasına olacak iyileştirme veya düzeltmeler yapılmalıdır (Appelbaum, David, Nadeau ve Michael, 2009: 13).

Performans boyutları çağlar boyunca sürekli bir değişime uğramıştır. Sanayi devriminin başlangıcından yakın dönemlere kadar performans boyutları denildiğinde odak nokta olarak kâr ve maliyet baz alınıyordu. İlerleyen süreçlerde bu algı değişerek kâr ve maliyet boyutuna ek olarak verimlilik algısı da yer almaya başladı (Akal, 2000: 15). Yönetim bilimci Drucker'a göre performans iki fonksiyondan oluşmaktadır. Drucker, bu fonksiyonların etkinlik ve verimlilik olduğunu ifade etmiştir (Bartol ve Martin, 1991: 20). İlerleyen dönemlerde bu fonksiyonlara ek olarak kalite, çalışma yaşamının kalitesi, yenilik ve girdilerden yararlanma fonksiyonları da eklenerek performans algısı daha da genişletilerek değerlendirilmeye başlanmıştır (Mistepe, 1998: 17). Daha sonraki dönemlerde de performans algısı genişletilmeye devam edilmiş ve pazar durumu, çalışanların davranışı, kamu sorumluluğu ve ürün liderliği gibi fonksiyonlar da eklenmiştir (Akal, 2000: 15).

İş performansı, *"belirli bir işin yerine getirilmesi ve tamamlanması"* (Chiu, 2004: 82); *"bir işi yapan bireyin, o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak neye ulaşabildiği ve neyi sağlayabildiğinin nicel ve nitel olarak ifadesi"* (Smith ve Goddard, 2002: 250); *"bir işi yapan bireyin, o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak neye ulaşabildiği ve neyi sağlayabildiğinin nicel ve nitel olarak ifadesidir"* (Akal, 2000); *"bir iş, fiil, eser yapma, yerine getirme, çalışma ve işleme"* (Öncer, 2000: 134) olarak ifade edilmektedir. Campbell (1990), işi kurumun amaçları ile ilişkisi olan eylemler ve davranışlar olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlara bağlı olarak üç çıkarımda bulunulabilir. Birincisi, iş performansı tanımında sonuçlardan ziyade davranış önem arz etmektedir. İkincisi, iş performansı sadece kurum amaçları ile ilgili işleri veya davranışları içermektedir. Üçüncüsü, iş performansı çok boyutlu bir kavramdır (Koopmans ve ark., 2011).

İş performansını kurumlar için önemli kılan birçok faktör vardır. Bunlardan bir tanesi; kurumun belirlediği amaçlarına ulaşmak, pazarda rekabet avantajı sağlayabilmek amacıyla yüksek performans sağlayabilecek olan çalışanlara olan ihtiyacıdır. Kurumlar yüksek performans sergileyen kişilere değer verirler. Kurumların yanı sıra iş performansı çalışanlar için de önem arz etmektedir. Çünkü iş performansı işgören için tatmin, keyif ve gurur kaynağı olmaktadır. Yüksek performans gösteren çalışanlar terfi, maddi geri dönüşler, kurum tarafından verilen ödüller, daha iyi kariyer fırsatlarına ulaşmak gibi avantajlara sahip olma imkânına ulaşmak isterler (Rageb, Abd-El-Salam, El-Samadıcy ve Farıd, 2013: 54). İş performansı, işgörenin kendisinden beklenen işi yapması olarak da tanımlanmaktadır. Performans kelimesi ile anlatılmak istenen işgörenin sahip olduğu bilgi ve becerilerini ortaya koyarak kendisine tanımlanmış görev veya iş akışını tamamlayarak bir sonuç elde etme düzeyini ifade etmektedir. Fakat, işgörenin iş akışlarında ve görevinde başarı sağlamasında tek başına işgörenin bilgi ve becerisi değil buna ek olarak kurum içi ve kurum dışı birçok faktörde etki etmektedir (Eren ve Hayatoğlu, 2011; Yıldız, Savcı ve Hüsnü, 2014).

Çağımızın ilerleyen değişim ve gelişim akışı içerisinde ekonomide, sosyal alanda ve teknoloji alanında da sürekli ve hızlı bir değişim yaşanmaktadır. Yaşanan bu değişimler doğrudan kurumları da değiştirmeye itmektedir. Kurumlar çağın gereği olarak yaşanan değişimlere adapte olmaya çalışmaktadır. Kurumların bu

beklentilerini karşılamalarında performanslarını ölçme ve iyileştirme faaliyetlerinde bulunmaları gerekli olmaktadır (Zerenler, 2003: 192).

Performans değerlendirme, *"gerçek başarı ile istenen başarı arasındaki açıklığı belirlemeye yarayan bir süreçtir"* (Yüksel, 2000: 180), personelin performansını ve motivasyonunu arttırmada ve kurum yöneticilerine kurumun amaçlarına ne derece ulaştıkları göstererek amaçlar doğrultusunda nasıl bir rota oluşturmaları gerektiği konusunda argüman olmaktadır (Chiu, 2004: 80), *"örgütteki bireylerin çalışmalarını, etkinliklerini, eksikliklerini, yeterliliklerini, fazlalıklarını, yetersizliklerini gözden geçirme"* (Fındıkçı, 2000: 297). *"önceden belirlenen başarımların kriterleri ve standartlarına göre bireylerin veya örgütün belli bir dönemdeki mevcut başarımlarını düzeylerini veya gelecekteki potansiyellerini saptamaya yönelik olarak yapılan çalışmalar"* (Bayraktaroğlu, 2011: 79), *"bir yöneticinin önceden saptanmış standartlarla karşılaştırma ve ölçme yoluyla çalışanın işteki başarımlarını değerlendirme süreci"* (Çolakoglu, 2005: 129). Performans ölçümü, kurumların bulundukları konum ile gelecekte olmayı arzu ettikleri konum arasındaki farkı belirlemek ve bu farkı kapatabilmek amacıyla ne kadar ilerlemesi ve nasıl bir yol izlemesi gerektiğini belirlemesi açısından yapılan ölçümdür. Deming'e göre *"ölçemediğimiz bir şeyi yönetemeyiz"* bu sebeple kurumlar performans durumlarını yönetebilmek amacıyla performans ölçümünü sağlamak durumundadır (Tonchia ve Quagini, 2010: 3).

Bir kurumda personelin performansının yüksek olması, kurumun hedeflerine ulaşmasında avantaj sağlamaktadır. Kurum personelinin iş performanslarının ölçülmesi kolay bir konu değildir. Her kurumun ve her alanın kendine göre iş performans ölçümünde farklılıklar vardır. Her alanın kendi performans ölçümü skalasının ne olduğu, personelin neye göre değerlendirileceği ve personele yapılacak değerlendirmenin kimler tarafından yapılacağı da ayrı bir mevzudur. Ölçülen performansların değerlendirilmesi de neye göre düşük veya neye göre yüksek olacağının belirlenmesi de üzerinde durulması gereken bir konudur. Performans ölçümü kararı verildikten sonra bunun hangi segmentlere göre yapılacağı, kimler tarafından yapılacağı, sonuçların neye göre sınıflandırılacağının belirlenmesi ve yapılan belirlemeden sonra gerekli sınıflandırmaların yapılması tek başına yeterli, değildir. Personele yapılan performans değerlendirmesi hususunda gerekli

bilgilendirmeler de yapılmak durumundadır. Performans sonuçlarında çalışanın hangi kategoride yer aldığı, güçlü ve eksik yönleri de çalışana geri bildirim olarak verilmektedir ki personel de bu yönleri görüp üzerinde değerlendirme ve düzeltme yapabilsin (Ertan, 2008: 42-43).

Performans değerlendirme hususunda yapılan araştırmalarda performansı etkileyen değişkenler arasında sıklıkla rastlanan değişkenler; cinsiyet ve yaş (Lee ve Alvares, 1977), iş yerindeki sapkın davranışlar (Dunlop ve Lee, 2004), kişilerarası ilişkiler (Antonioni ve Park, 2001; Motowidlo, 2000), örgütsel siyaset (Witt, Kacmar, Carlson ve Zivnuska, 2002; Miron, Erez ve Naveh, 2004), değerlendirme formatı (Yun, Donahue, Dudley ve McFarland, 2005), gözlem zamanı (Moser, Schuler ve Funke, 1999), iş deneyimi yüksek olan bireylerin görev performanslarının da yüksek olduğunu ifade etmiştir (Chiu, 2004: 83). Ek olarak kuruma bağlılık ile iş performansı arasındaki ilişkinin doğru yönlü olduğuna rastlanmıştır (Brown, 2003: 4). Allen ve Griffet (1999), kişinin iş performansı ile personel devri arasında önemli bir ilişki saptamıştır. İş görenlerin kurum içindeki performansını kişisel özellik ve yetenekleri, işini başarma isteği, kurum yöneticilerinin motive etme becerisi ve kurumun personeli için uygun ortam ve şartları sağlayabilmesi belirlemektedir (Ersen, 1997: 113). Performans ve teşvikler arasında bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (Doymuş, Akdeniz, Akdenizli ve Urat, 2023: 229). Frederick Herzberg, "iki faktör teorisinde" performans düzeyini arttırmak için memnuniyet ve motivasyon seviyelerinin önemli olduğunu ifade etmiştir (Herzberg, 1966). Kurumun personelinde oluşan memnuniyetsizlik personelin performansının ve motivasyonunun da düşmesine sebep olabilir. Motivasyon düzeyi düşük olan personelden yüksek performans ve verimli bir süreç beklenememektedir. Personelin performans ve motivasyonlarının, sosyal yaşamlarındaki iyilik hali ve üretim faaliyetlerinin kalitesi ile arasında önemli bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (Vyacheslav, Büyüksivaslıoğlu ve Şeker, 2019).

İş performansı; görev performansı ve bağlamsal performans olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Görev performansı, personelin kendisine tanımlanan bir görevi ne derece iyi bir şekilde yaptığını ifade etmektedir. Bağlamsal performans ise personelin kendi görev tanımı dışındaki durumlara, prosedüre, kurallara, kurumun kültürüne, ekip çalışmasına, görev desteğine gönüllü katılımına, kurumun amaçlarını özümseme

ve bunları gerçekleştirmek için aksiyon almaya gönüllü olma eğilimine sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Motowidlo (2000), iş performansında iki performans türünde etkili olduğunu ifade etmiştir. Ek olarak görev performansı ve iş deneyiminin arasındaki ilişkinin bağlamsal performansa nazaran daha fazla olduğunu ve kişiliğin bağlamsal performans ile ilişkisinin görev performansına nazaran daha fazla olduğunu ifade etmiştir (Chiu, 2004: 82-83).

İş performansı, bir başka araştırmada; rol performansı ve örgütsel vatandaşlık davranışları olarak iki ölçeğe ayrılmaktadır. Rol performansı, kurumun belirlediği standartlara göre kurum personelinin işlerini belirlenen standartlara göre ne derecede yerine getirdiğiyle ilgilidir. Örgütsel vatandaşlık davranışları, kurumun personele atadığı görev tanımları dışında kalan kurumsal süreçlerde personelin gönüllü olarak ne derece katılım gösterdiği'dir. Organ'a (1988) göre örgütsel vatandaşlık davranışının beş boyutu vardır. Bu boyutlar; centilmenlik, namusluluk, dürüstlük, kibarlık ve başkalarını düşünme olarak sınıflandırılmaktadır (Iun ve Huang, 2007: 795).

Performans ölçümü konusu ile yapılan araştırmalarda performans ölçümünün daha çok üretim sektörü bazında ortaya çıktığına rastlanılmış olsada ilerleyen süreçlerde performans ölçüm modellerinin hizmet sektörüne uyarlanmasına başlanmıştır (Fottler, 1987: 369). Daha sonraki süreçlerde ise daha entegre bir performans ölçüm sistemine geçilerek hem üretim hem de hizmet sektörüne uygulanabilecek bir formda geliştirilmiştir (Çınaroğlu, 2012: 121).

Johnson'a (2001) göre performans ölçümünün kökleri sanayi devrimine kadar gitmektedir. Yıllara göre performans ölçümüne de algısal değişimler yaşanmaktadır. 1900'lü yıllarda performans ölçümünün temeli verimlilik yönetimine dayanmakta iken işletmelerin değişen şartlar, çevre ve ihtiyaçları doğrultusunda zamanla performans ölçüm algısı da değişmiş ve performans ölçümü daha çok verimlilik temeline ek olarak bütçe kontrolünü de odak noktası haline getirmiştir. İlerleyen yıllarla birlikte toplumda yaşanan değişimler, çağın gereklerine uygun değişen bakış açıları, değişen çevre koşulları, küresel rekabet ve uzmanlaşmanın artışı'na bağlı olarak performans ölçümünde verimlilik ve bütçe kontrolünün odak noktası olmasına devam etmesinin yanında bütüncül yaklaşımlar da merkeze alınmıştır. 1960 ve 1980'li yıllarda performans ölçümü modellerine daha farklı değişkenlerde

eklenmiştir. Performans ölçümü değişkenleri; müşteri memnuniyeti, esneklik ve kalite algısına doğru evrilmiştir. Dönemin tabanında yaşanan değişimler ile birlikte performans ölçüm modellerinde yaşanan değişimler performans ölçüm yöntemlerinin çok boyutlu bir ölçüm yöntemi yapısına geçmesinde öncü olmuştur. Çok boyutlu performans ölçüm yöntemi sürecinde daha entegre ve çok farklı boyutlara sahip dengeli performans ölçüm yöntemleri ortaya çıkmıştır. Entegre performans ölçüm yöntemleri sürecinde yöntemler birçok eleştiri almıştır. Yöntemin eleştiri aldığı konu; yöntemin ölçeceği fonksiyonun ne olduğunun üzerinde durmuş olmasına rağmen ölçtükleri duruma ek olarak kurumun belirlemiş olduğu amaçlara ulaşmaları konusunda nasıl bir destek sağlayacağı ve kuruma ne gibi avantajlar sağlayacağı noktasında yeterince açıklamada bulunulmamış olmasıdır. Durum böyle olunca eleştiriler üzerinde durularak kurumların ihtiyaçlarını destekleyecek yönde iyileştirmeler yapılarak performans ölçüm yöntemlerinin kurumların amaçları ile entegre bir şekilde ilerleyecek forma dönüşümü sağlanmıştır (Bititci, Carrie ve McDevitt, 1997).

Kurumların performans ölçüm konusunda kullanabilecekleri ölçüm modelleri birçok bireysel performans ölçütünün birleşerek oluşturduğu bir modeldir. Performans ölçüm modelinde kurumların bazı noktalarda sormaları icap eden sorular nevcuttur. Bu sorular; *"Performans ölçüm modelini uygulamadaki amaç nedir?"* *"Kullanılacak olan performans ölçüm modeli hangisidir?"* *"Performans ölçüm modelinin maliyeti nedir?"* *"Performans ölçüm modelinin uygulama süreci sonunda kuruma sağlayacağı fayda nedir?"* benzeri sorulardır (Çınaroğlu, 2012: 121).

Performans ölçüm modelleri oluşturulurken sorulan sorular cevaplandıktan sonra modelin oluşum sürecinde idrak edilmesi gereken ana noktalar; maliyet, kalite, zaman ve esneklik olmalıdır. Çünkü kurumların üretim performanslarının belirlenmesinde bu kavramlar kilit noktadır. Kavramlar içersinde maliyet; ürünlerin üretim maliyetini, kalite zamanında ulaşım, güvenilirlik, estetik başlıklarını içerirken, zaman; ürününün teslim süresini, esneklik ise piyasaya yeni bir tasarım, ürün sunulmasını, çıktı kalitesini ifade etmektedir. İfade edilen kavramlara ek olarak insan kaynakları, müşteri memnuniyeti ve finansman da büyük bir fonksiyona sahiptir. Neticede performans ölçüm modelleri çok boyutludur ve birçok bireysel ölçütün toplanarak oluşturduğu bir modeldir (Neely, Gregory ve Platts, 1995: 83).

Performans yönetimi, bir kurumun insan kaynakları yönetim sürecinin bir alt segmentidir. Performans yönetimi, kurum personelinin mevcut potansiyellerini kullanabilmeleri amacıyla çalışanlara motivasyon sağlamak için personele belirli kişiler tarafından uygulanan performans, hedefler, ölçümler ve yapılan ölçümlere dair geri bildirimleri kapsamaktadır (Hume, 1998). Performans yönetimi, kurumlarda iş gücünün verimliliğini devamlı kılacak önemli bir insan kaynakları yönetim fonksiyonudur. Bu açıdan ele alındığında performans ölçümü, değerlendirilmesi ve denetimi de kurumlar için üzerinde durulması gerekli olan bir fonksiyondur. Kurumların amaçlarına ulaşmaları için personelin etkili ve verimli çalışması ve performanslarının yüksek olması için öncelikle performanslarının objektif bir şekilde ölçülmesi ve ölçüldükten sonra değerlendirilmesi gerekmektedir. Değerlendirme süreci de beraberinde denetimi gerektirmektedir. Çünkü performans denetimi, performans yönetimi sürecinde uygun olmayan fonksiyonların ekarte edilip, etkili performansın ödüllendirilmesinden oluşmaktadır (Özer, 2009: 3). İş performans yönetimi, iki başlığa ayrılmaktadır. Bunlar; bireysel performans ve örgütsel bütünlüktür (Barutçugil, 2002). Bu olay şöyle de açıklanabilmektedir; bir kurumda performansın yükselmesi ya da düşmesi hem örgütsel hem de bireysel segmentte incelenmesi gereken bir durumdur. Bunun sebebi kurum yöneticilerinin teşvikleri yüksek tutarak kurumun ne kadar kazanacağını tam olarak kestirememesinden kaynaklanmaktadır (Doymuş ve ark., 2023: 229).

Performans değerlendirme ve performans ölçüm kavramları birbirleriyle bağlantılı kavramlardır fakat anlamları birbirlerinden farklıdır. Değerlendirme, süreç sonunda personelin eksik ve zayıf yönlerine dair düzeltme veya iyileştirme yapılmasını ve böylece personelin performans artırımını amaçlamaktadır. Performans ölçümü, belirli bir süreçte kurumun o anki performans durumunu ortaya koyan ve böylece amaçlara ne derece ulaşmış olup olmadığı hakkında bilgi veren bir durumdur. Performans ölçümü bu sebeple kurumun gerçekleştirmek istediği hedeflere ve ulaşmak istediği amaca yaklaşması konusunda ne derece başarılı olduğunu veya olmadığını ifade eder, genel olarak kurumun başarılı olup olmadığı yargısını barındırmaz (Tunçer, 2013: 90).

Bir kurumda yer alan personelin doğrudan veya dolaylı bir şekilde gerçekleştirdikleri işlerin performansları kurumu negatif ya da pozitif

etkileyebilmektedir. Kurumun çalışanları kuruma kattıkları performansla kurumun da performansına yön vermektedirler (Lam ve Schaubroeck, 1999: 446). Bu sebeple iş performansı hem çalışanlar hem de örgütler için büyük öneme sahiptir. Bünyesinde yüksek performansa sahip olan personeli olan kurumlar amaçlarına ulaşmada daha avantajlı bir durumdadırlar. Bu sebeple iş performansı yüksek olan personel yöneticiler tarafından daha çok tercih edilmeye yönelmektedirler. Performans kurumda; rütbe, terfi ve yerleştirme gibi işlemlere ışık tuttuğu kadar performansın düşük olması durumunda; personele ona uygun olarak rütbe düşürme, işten çıkarma gibi yaptırımlar da uygulanmaktadır. Kurumun personelden beklediği performans seviyesini gösteren personelin iş tatmininin de yükseleceği ifade edilmiştir. Bu sebeple hem bireyin hem kurumun amaçlarına ulaşması için iş performansının yüksek olması gerekmektedir. İş performansı yüksek olan personeli bünyesinde barındıran kurumlar hem sosyal hem de mali amaçlarını gerçekleştirme hususunda daha başarılı olmaktadır. Personel açısından durum incelendiğinde ise personel yüksek performans gösterdiğinde karşılık olarak bazı dışsal kaynaklarla motive edilebilmektedir. Yüksek performanslı çalışanlar kurumdaki konumlarını yükseltme ve güvence altına alabilme şansı yakalar. Böylece hem maddi hem de manevi geri dönüşler sağlayarak, hem kendi kariyer hedeflerine hem de örgütün amaçlarına destek sağlarlar (Ertan, 2008: 46). Performans ölçümünde amaçlanan; bireye direkt olarak ceza veya ödül vermek veya işletmenin başarısını ölçmek değil, ek olarak bireyin güçlü ve zayıf yönlerine bakılarak bireyin yetkinlikleri ve zayıflıkları üzerinden bireye en uygun olacak olan alanın belirlenmesinde de kullanılmaktadır (Özer, 2001: 131).

Personelin bazılarına göre performans değerlendirme olumsuz bir algı yaratmaktadır. Personelinin performans değerlendirme ile ilgili bu negatif yaklaşımının altında, performans değerlendirme süreci sonunda alacak oldukları çıktılar yer almaktadır. Performans değerlendirme süreci başarılı bir çıktı verebileceği gibi başarısız bir çıktı da verebilmektedir. Bu durum da personelde performans değerlemeye karşı olumsuz bir algı yaratmakta ve performansın ölçülmesinden performansın ölçülmemesi daha iyi olur mantığını benimsetmektedir (Özer, 2001: 16). Personelin bu yaklaşımına rağmen iş performansı çalışanların işleri konusunda ne derece motive olduklarının somut bir çıktısı olduğu için personelin kendilerini geliştirmelerine ve kendilerini ne yönde geliştirmeleri gerektiğine dair bir yol haritası sağlayabilmesi

açısından büyük bir argüman olarak kullanılabilir. Çalışanlar edindikleri performans verileri ile işlerine verdikleri çabalar da daha fazla artış sağlayabilme imkânına sahip olabilirler (Ertan, 2008)

Performans değerlemenin kuruma ve personele sağladığı katkılar aşağıdaki gibi özetlenebilir (Bayraktaroğlu, 2011: 81-83):

- Kurum personelinin kendilerine dair güçlü ve zayıf taraflarını açığa çıkarır ve personele ölçüm çıktısı olarak bu bilgiler aktarılır.
- Çıktılardan alınan verilere göre personelin zayıf yönlerini desteklemeye yardımcı olur.
- Ölçüm sonuçlarına dayanarak ihtiyaç duyulan argümanlar ve eğitimler konusunda yol gösterici olur.
- İşlerin daha akılcı bir şekilde kategorize edilmesini sağlar.
- Personel ve yöneticiler arasındaki etkileşimi artırır.
- Yöneticilerin daha akılcı kararlar vermelerini destekler.
- Personelin statü yükseltme ve başarılı olma sınırlarının ölçüsünü oluşturur.
- Kuruma personeli hakkında uyarı verir. Personelin mevcut becerisi hakkında bilgi sahibi olunur ve bu avantajları değerlendirme doğrultuda akılcı kararlar alınmasını sağlar.
- Çalışanların sahip olduğu negatif özellikleri iyileştirme desteği sağlar.
- Ücret yönetimine daha hakkaniyetli destek sağlayabilir.
- Kurumda verilecek eğitimlerin daha ihtiyaca yönelik olanlarının tercih edilerek akılcıca bir yatırım yapılmasını sağlar.
- Toplanan veriler, denetçilerin karar verme sürecinde daha adil olmaları hususunda yöneticilere destek sağlar.
- Yüksek nitelikleri, üstün becerilere sahip personelin açığa çıkmasını sağlar.
- Daha adil bir yönetim anlayışı sağlayarak personelde güven hissi oluşturur ve çalışanların motive olmalarını sağlar.
- Psikolojik testlerin geliştirilip diğer personel seçim yöntemlerinin departmanlar arasında aktarılmasında ölçü olarak kullanılması ve doğruluğunun derecesinin belirlenmesini sağlar.

Bir kurumda performans değerlendirme sürecinin nasıl geçeceği önemle irdelenmesi gereken bir konudur. Bu süreci başarıyla yerine getirmek isteyen kurumlar değerlendirilecek olan kriterleri ve değerlendirmecileri kendi kurum kültürlerine uygun bir şekilde seçmelidirler. Kurumların bu süreci başarılı bir şekilde yürütmesi tek başına performans ölçüm süreci için yeterli bir kaynak değildir. Sürecin daha doğru bir şekilde yürütülmesine ek olarak kurum personelinin de performans değerlendirme durumuna yaklaşımlarının olumlu olması gerekmektedir. Kurumun kendine göre seçeceği yöntemi belirlemesinde bilimsel çerçevelere uygun ve kabul görmüş yöntemlerin olmasına dikkat edilmelidir. Kurumun yapısına uygun olmadan yanlış seçilen, uygulanan, bilimsel çerçeve dâhilinde olmayan, ya da bazı sebeplerden dolayı kabul görmeyen bir yöntemin uygulanması sonucunda ortaya çıkacak olan sonuçlar yanlış veya kötü olabilir. Sonuçların kötü olması da kurum personelinin moral ve motivasyon düşüşlerine sebebiyet vererek çalışanların performansının düşmesine ve kurumun amaçlarına ulaşmasına engel oluşturmaya sebep olabilmektedir (Ertan, 2008: 47; Karaman, Karatepe ve Kuşcu, 2019: 157). Performans değerlendirmeyi yapan denetçilerin bu görevde üstlendikleri iki rol vardır; değerlendirmecilik ve koçluk. Performans değerlendirmesini yapacak olan denetçiler değerlendirmecilik yönüyle personelin kurumdaki görevlerini etkileyen yargılarda bulunmaktadır. Koçluk yönüyle ise personeli güdüleyerek gelişmeye ve yükselmeye itmektedirler. Denetleme sürecinden sonra elde edilen çıktıların personele bildirilmesini gerektirir. Böylece personele geri bildirim sağlayarak personelin amacın ne derece ulaşabildiğini somut bir şekilde göstererek kendilerinde iyileştirme yapmalarına fırsat tanır. Ek olarak personeli kendilerinde iyileştirme yapmaya sevk ederek, personelin daha verimli çalışmasına ve daha başarılı olmasına doğru itici bir güç oluşturmaktadır (Chiu, 2004: 83).

2.2.1. Performans Değerleme Yöntemleri

Performans değerlendirme işlemi değerlendirilen kurum personelinin doğrudan gözlemlenmesi ile ya da bazı teknikler (davranış günlükleri, değerlendirmeci eğitimi gibi) kullanılarak gerçekleştirilir. Kurumlar personelin performans değerlendirmesi hususunda içten veya dıştan destek alabilmektedirler. Bu durum kurumun kendi karar vereceği bir aşamadır. Performans değerlendirmede personel üstleri, astları, müşteriler, mesai arkadaşları veya üstlerden elde edilen ikinci el bilgiler ile

değerlendirilebilir veya fiziksel performans çıktıları da kullanılabilir (Thorsteinson ve Balzer, 1999: 1157).

Kurumlarda personelin performans değerlendirmede kullandıkları yöntemler beşe ayrılmaktadır (Fındıkçı, 2000: 306-318):

1. Kişisel değerlendirme
2. Üstler tarafından değerlendirilme
3. Astlar tarafından değerlendirilme
4. Çalışma arkadaşları tarafından değerlendirilme
5. Müşteriler tarafından değerlendirilme

2.2.1.1. Kişisel değerlendirme:

Kurum personelinin performans ölçümü için kendi kendilerini değerlendirdikleri bir performans ölçüm yöntemidir. Bu ölçüm yönteminin amacı personelin kendi yeteneği, güçlü ve zayıf yönleri hakkındaki fikirlerinin belirlenmesidir (Fındıkçı, 2000:307). Yapılan çalışmalarda personelin kendini ortalama değerlerin üzerinde değerlendirdiği gözlemlenmiştir. Üstelik bunu yapan kesim personelin %90'ını oluşturmaktadır (Pinto ve Sobel, 2005: 1386). Yapılan araştırmalardan şöyle bir değerlendirme yapılabilir; personelin kendi kendisini değerlendirdiği ölçüm yönteminin gerçekçi olmayacağı. Durumun negatif yönü olmasına karşın pozitif bir yönü de bulunmaktadır. Pozitif bir şekilde bakıldığında bireylerin kendilerini bu şekilde değerlendirmeleri psikolojik olarak bir motivasyon ve özgüven kazanmalarını ve böylece başarılı olma ihtimallerini arttırabildikleridir (Kağıtçıbaşı, 2000: 244).

2.2.1.2. Üstler tarafından değerlendirilme:

Performans değerlendirme, yöneticiler açısından daha büyük önem arz etmektedir. Yöneticiler personele dair süreçlerin oluşturulmasında performans değerlendirmeden argüman elde etmektedir. Yöneticiler personelin daha yüksek performans göstermesini hedeflemektedirler. Bu sebeple personelin yetkinliklerini değerlendirecek yerleştirmelerde bulunmak, görev yükseltme ve düşürme işlemlerinde adil olabilmek, personelin zayıflıkları ve eksikliklerine dair gerekli eğitimlerin verilmesi hususunda performans değerlemeye ihtiyaç duyulur (Kreitner ve Kınıkçı, 2001: 22). Bu sebeple, çalışanların üstleri tarafından değerlendirilmesi

daha uygun görülmektedir. Fakat bu hususta şöyle bir eleştiri de yapılabilir; yöneticilerde birer birey oldukları için, hatta kurumun içinden astlarla etkileşim kuran bireyler oldukları için, yöneticilerin yaptıkları değerlendirmelerinde objektif olamama ihtimali üzerinde düşünülmelidir (Ertan, 2008: 55).

2.2.1.3. Astlar tarafından değerlendirilme:

Bu değerlendirme görüşü üstlerin astları değerlendirmesinden astların üstleri değerlendirmesinin daha objektif olabileceği algısındadır (Fındıkçı, 2000: 308). Fakat bazı yöneticilerin astları tarafından değerlendirilmeye pozitif bir şekilde yaklaşmayacakları ve bu durumdan hoşnut olmayacakları düşünülmektedir (Ertan, 2008: 56). Blake ve Mouton'un İki Boyutlu Yönetim Matriksi'ne göre işe yönelik ve liberal yönetim anlayışı çerçevesinde faaliyet gösteren yöneticilerin kendi yönetim anlayışları çerçevesinde astlarıyla aralarına koydukları mesafelerden ve astlarını güdüleme eksikliklerinden dolayı, astlar tarafından değerlendirilmeyi hoş karşılamaması beklenebilir (Efil, 1999: 128).

2.2.1.4. Çalışma arkadaşları tarafından değerlendirilme:

Çalışma arkadaşları tarafından değerlendirilme ölçütü çalışanların birbirleriyle aynı statüye sahip olmalarından ve birbirlerinden herhangi bir çekince veya beklentileri olmaması sebebiyle birbirlerini daha objektif bir şekilde değerlendirebileceklerinin düşünüldüğü bir yaklaşımdır (Fındıkçı, 2000: 309).

2.2.1.5. Müşteriler tarafından değerlendirilme:

Müşteriler tarafından değerlendirilme ölçütü daha çok hizmet sektöründe kullanışlı olan bir ölçüttür. Personelin göstermiş olduğu performansı en iyi şekilde onlardan hizmet alan bireylerin belirleyebileceği düşünülmektedir. Ek olarak hizmet verilen bireylerin de performansları ölçüt olarak alınabilmektedir (Ertan, 2008: 56). Performans değerlendirme ölçütüne göre müşteriler tarafından elde edilen ölçüm sonuçlarında müşterilerin memnuniyetleri yüksekse personelin de yüksek iş performansına sahip olduğu ifade edilmektedir. Müşteriler hizmeti direkt olarak alan kişi oldukları için en objektif verinin onlardan alınabileceği düşünülmektedir. Ek olarak da müşterilerin personel ile arasında hizmet satın alması dışında ilişki veya bağ olmadığı için, birbirleriyle olan ilişkilerinin yalnızca hizmet süreci kapsamında

olması sebebiyle değerlendirmeler daha yansız yapılabilmektedir (Fındıkçı, 2000: 312).

2.2.2. Performans Değerlendirme Yöntemleri

Çağ değiştikçe çağın gereklerine göre toplumun bakış açısı da değişmektedir. Toplumda oluşan herhangi bir değişim de kurumların topluma göre şekillenmesine sebep olmaktadır. Toplumda bir hizmet veya ürün alma ihtiyacı arttıkça kurumlarda da buna karşılık olarak üretim ve verimlilik ihtiyaçları artmaya başlayacaktır. Performans değerlendirme sistemlerinin kökeni sanayi devrimine kadar dayanmaktadır (Keklik, 2018). Literatür taraması yapıldığında performans değerlendirme yöntemleri pek çok farklı sınıflandırmalara göre değerlendirilmiştir. En çok rastlanan performans değerlendirme yöntemlerinden şöyle bahsedilmektedir (Ekşi, 2022: 1414);

1. Klasik performans değerlendirme yöntemleri ve modern performans değerlendirme yöntemleri.
2. Bireysel değerlendirme yöntemleri, karşılaştırmalı değerlendirme yöntemleri, 360° performans değerlendirme ve geri bildirim sistemi ve yetkinliklere dayalı performans değerlendirme sistemleri olmak üzere.

2.2.2.1. Klasik performans değerlendirme yöntemleri:

2.2.2.1.1. Grafik dereceleme yöntemi:

Grafik dereceleme yöntemi literatürde standart puanlama yöntemi olarak da adlandırılmaktadır. Performans değerlendirme yöntemleri arasında en yaygın olan ve en çok kullanılan performans değerlendirme yöntemi grafik dereceleme yöntemidir. Yöntem diğer yöntemlere nazaran daha eskiye dayanan bir geçmişe sahiptir. Değerlendirme sürecinde değerlendirmeciye her personele yapacağı değerlendirme için bir form verilmektedir. Değerlendirmeci formun içerisinde yer alan performans değerlendirmeye yönelik soruların maddelerini kendine uygun olacak şekilde değerlendirerek doldurur (Tengilimoğlu ve ark., 2012: 391).

2.2.2.1.2. Zorunlu seçim yöntemi:

Zorunlu seçim yönteminde personeli değerlendirmek üzere bir değerlendirmeci mevcuttur. Bu değerlendirmeciye personeli değerlendirmesi için bir form verilir. Formun içeriğinde yer alan maddelere ait puanlara yer verilmez ve değerlendirmeci bu maddeleri okuyarak personel için en uygun gördüğü durumu işaretlemek durumundadır. Değerlendirmeci personeli değerlendirirken maddelerden herhangi birinin personele tam uyduğunu düşünmese dahi bir maddeyi işaretlemek zorundadır. Bu sebeple de bu yöntemin adı zorunlu seçim yöntemidir (Tunçer, 2013: 97).

2.2.2.1.3. Karşılaştırma yöntemi:

Karşılaştırma yöntemi kurum personelinin aynı departmana mensup ya da kurumca belirlenen bir sınıflandırmaya göre kendi aralarında kıyaslama yapılmasıyla oluşturulan verilere göre elde edilen bir sıralama yöntemidir. Karşılaştırma işlemi, sağdan sola veya yukarıdan aşağıya doğru bir matris tablosu ile ifade edilmektedir. Kurumun değerlendirmeye alınan personelinin diğer personel ile karşılaştırması yapılarak diğer personele göre değerlendirilen personelin başarılı olduğu düşünülen yere "+" işareti koyulmasıyla şekil alan bir formdur. Karşılaştırma işlemi işaretleme işlemi bittikten sonra en çok "+" işaretini alan personelden en az alan personele göre sıralama sayısı yazılarak oluşturulan değerlendirme yöntemi ile performans ölçümü tamamlanır. Karşılaştırma yöntemi personelin başarı sıralamasını kolay bir şekilde ortaya çıkarmaktadır. Elde edilen verilere uygun olarak kurum gerekli kararları vermektedir. Fakat personelin kendi aralarında bu şekilde bir karşılaştırma işlemine maruz kalarak, başarı sıralaması oluşturulması personelde motivasyon problemlerinin oluşmasına sebebiyet verebilir. Karşılaştırma yöntemi değerlendirmeciden kaynaklı oluşabilecek hatalara açık bir yöntemdir (Eraslan ve Algün, 2005: 97-98).

2.2.2.1.4. Zorunlu dağılım yöntemi:

Zorunlu dağılım yöntemi, değerlendirmecilerin değerlendirmelerinde oluşan öznel değerlendirmelerinin herhangi bir bölümünde sınıflandırılmalarının önüne geçmek ve bundan dolayı oluşacak tutarsızlıkları ekarte etmek amacıyla ortaya atılmış bir yöntemdir (Kocabey Yaşar, 2014: 14). Zorunlu dağılım yöntemi istatistiksel olarak bakıldığında normal dağılım eğrisinden faydalanmaktadır.

Kurumda yapılan değerlendirme sonuçlarında bu modele göre küçük bir grup başarılı ya da başarısız olur, bu grubun dışındaki personelin ise bu iki sınıflandırma arasında kalacağını ifade etmektedir (Karaman ve ark., 2019: 157).

2.2.2.1.5. Kritik olay yöntemi:

Kritik olay yönteminde, değerlendirmeci personeli işlerini yaparken kendi çalışma ortamında gözlemlemektedir. Personelin işini yapma sürecinde işe yönelik davranışlarının ve çalışma şartlarının da tanımlamalarını yapmaktadır. Personelin kritik ve önemli bir olayla ve süreçle karşı karşıya kalması halinde verdiği olumlu veya olumsuz tepkileri gözlemleyerek kayıt altına alması sebebiyle personelin başarılı ve başarısız yönlerini ortaya çıkarmaktadır. Performans değerlendirme süreci bittiğinde ortaya çıkan sonuçlara bakılarak yöneticiler tarafından personel ile ilgili kurumun beklentilerine uygun olacak şekilde değerlendirmeler yapılmaktadır (Gün, 2015: 73; Yumak, 2019).

2.2.2.1.6. Takıma dayalı performans değerlendirme:

Takıma dayalı performans değerlendirme yöntemleri kurumların yapısında oluşan değişimlerin bireysel bir bakış aısındana takım çalışmasına ağırlık verilerek değerlendirilmesiyle ortaya çıkan bir yöntemdir. Performans değerlendirme sisteminin odak noktası takımın performansı olmasına rağmen, model, takımın performansını ölçerken ayrı bir şekilde personelin de performansını ölçmektedir. Performans lme formunda yer alan maddelerin bir bölümü personelin işleriyle alakalıyken, bir bölümü ise personelin davranışlarıyla alakalı değerlendirme ölçütleriyle alakalıdır. Personele dair bu değerlendirmeye ilişkin içerikler takım çalışması sırasında performansın tanımlanması sürecinde gözlenmektedir. Takıma dayalı performans ölçüm yönteminde amaç rekabet oluşturmak değil personel arasında iş birliği, dayanışma ve yardımlaşma algısını oluşturmak ve güçlendirmektir (Gün, 2015; 72).

2.2.2.1.7. Davranışa dayalı değerlendirme:

Davranışa dayalı değerlendirme yöntemi, derecelendirme yöntemi ve zorunlu seçim yönteminin entegre halidir. Yöntem grafik değerlendirme yönteminin olumsuz yönlerine istinaden ortaya atılmıştır. Değerlendirme sürecinde personelin

kişisel özellikleri yerine iş yapma durumu baz alınarak, formda yer alan maddelerden bir tanesinin işaretlenmesi zorunlu olacak şekilde değerlendirilme süreci yapılır. Değerlendirme için form hazırlanırken personelin de sürece katılmasına onay verilir. Böylece personelin, hazırlanan formu içselleştirebileceği düşünülmektedir. Değerlendirme süreci formun hazırlanması, geliştirilmesi, gözlemlemesi, puanlama süreci ve değerlendirme süreci gibi aşamalardan geçtiği için, yöntemin uygulanıp tamamlanması uzun zaman almaktadır. Bu süreçlerin uzun olmasına bağlı olarak, bu yöntemin maliyeti de fazla olmaktadır (Budak, 2008; Eraslan ve Algün, 2005: 97).

2.2.2.1.8. Alan incelemesi yöntemi:

Alan incelemesi yönteminde değerlendirmeyi yapacak olan değerlendirmeci, uzman kişinin çalışma alanına dair bilgi toplar. Değerlendirmeci değerlendirme yaptığı personele dair pek çok alanda bilgi toplar. Örneğin personelin olumsuz davranışları, başarı durumu ve birçok alanda bilgi elde eder. Değerlendirmeci topladığı bu bilgilerin sonuçlarını en son değerlendirir. Alan incelemesi yöntemi net veriler elde etmesine rağmen kurumlarca genelde kullanılan bir yöntem değildir. Çünkü yöntem uzun bir süreci kapsamaktadır. Bu sebeple alade bir hızda uygulanabilecek bir yöntem değildir. Yöntemin uygulama maliyetinin de yüksek olması buna ek olmaktadır (Kaynak, 2011: 47).

2.2.2.1.9. Kontrol listesi yöntemi:

Kontrol listesi yönteminde değerlendirmecinin elinde personeli değerlendirmek üzere yer alan formda personelin davranış ve niteliklerini saptamak üzere birçok sorunun bulunduğu bir ölçekle raportör konumunda uygulama yaptığı bir değerlendirme yöntemidir (Okakın ve Şakar, 2013).

2.2.2.1.10. Davranışsal gözlem ölçeği:

Davranışsal gözlem yönteminde, değerlendirme sürecinde ölçeğin olumlu yönlerinden değer sağlanarak olumsuz kısımların önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Personelin göstermesi beklenen tutumları, personeli gözlemlene durumuna göre değerlendirme avantajı sunmaktadır (Ferecov, 2015).

2.2.2.2. Modern performans değerlendirme sistemleri:

Gelişen toplumların beklenti ve isteklerini karşılayabilmek amacıyla kurumlar daha fazla emek ve değişim ortaya koymaya çalışmaktadır. Bu sebeple kendi yapısında ve süreçlerinde sürekli olarak bir iyileştirmeye gitmesi gerekir. Bu değişim ve gelişime cevap verme durumunda kurumlar artık eskiye bağlı kalmaktan ziyade yeni ve uygulanabilir yöntemlere başvurmaya daha yatkındırlar. Bu sebeple de performans ölçüm yöntemlerinde de klasik yöntemlerden yavaş yavaş sıyrılarak, güncelle ayak uydurma çabasıyla modern performans değerlendirme yöntemlerine geçiş sağlamaktadırlar. Performans değerlendirme sistemleri de klasik anlayıştan ilerleyerek gelişimi devam ettirmekte ve etkisini artırmaktadır (Keklik, 2018).

2.2.2.2.1. 360° performans değerlendirme ve geri bildirim sistemi:

360° performans değerlendirme ve geri bildirim sistemi kurum içerisinde birlikte görev alan çalışanların görev arkadaşlarından en üst düzey yöneticilerine kadar etkileşim halinde olduğu kişilerden toplanan veriler ışığında yapılan analizlerdir. Sisteme yapılan eleştiriler arasında sistemin yalnızca bir geliştirme fonksiyonu olduğu ifade edilse dahi, sistem özünde kalıtsal bir sistemdir. Modelde performans konusunda bilgi toplamak üzere eldeki bütün kaynaklar olumlu bir şekilde değerlendirilmektedir (Tunçer, 2013: 98).

360° Performans Değerlendirme Sistemi klasik performans değerlendirme sistemlerinin aksine bir personelin davranışlarını ve bu personelin davranışlarının sonuçlarını yalnızca bir yönetici vasıtasıyla değerlendirmiyor. Ek olarak personelin mesai arkadaşları, üstleri, dahil olduğu takım ve grubun diğer üyeleri, tedarikçiler ve müşteriler tarafından da toplanan verilerin bir havuz içerisinde toplanmasıyla yapılan değerlendirmedir (Edwards, 1996: 5; Kara, 2009: 55). Modelin asıl amacı bireylerin performanslarının değerlendirilmesinden ziyade, bireylere çıktılar ışığında geri bildirim sağlayarak bireylerin güçlü ve zayıf taraflarına bakarak, bunların iyileşme ve gelişim sağlamalarını desteklemektedir (Aytaç, 2003).

2.2.2.2.2. Yetkinliklere dayalı performans değerlendirme:

Yetkinliklere dayalı performans değerlendirme yönteminde amaç, yüksek performansa sahip personelin diğer personelden ayrımının sağlanmasıdır (Uyargil,

2008: 297). Yüksek performansa sahip olmanın sebepleri arasında personelin yeterli yetkinliklere sahip olmasıdır (Kessler, 2008: 12). Yetkinlikler çeşitli gruplandırmaya sahiptir. Bunlar; iş seviyesi, organizasyonel seviye, liderlik seviyesi, fonksiyonel seviye, genel seviye olarak ifade edilmektedir (Lekshmi ve Radhika, 2016; Uyargil, 2008: 298). Yetkinliklere dayalı sistemde amaç personele tanımlanan ve sistematik hale gelmiş iş ve davranışların uygulanmalarını sağlayarak, personelin daha etkin bir performans ortaya koymasını sağlamaktır. Kurumda yetkinliklere dayalı sistem tercih edildiğinde, kurumdaki her bir pozisyon için gerekli olan yetkinlik seviyeleri belirlenmelidir. Buna bağlı olarak da personeli destekleyecek davranış kalıplarının da tanımlanması gerekmektedir (Biçer ve Düztepe, 20003: 19). Yetkinliklere dayalı performans değerlendirme sisteminin çıktılarına bakılarak personele gerekli ödül, yükselme, ücret değişimi, kariyer olanakları, liderlik, örgüt kültürü gelişimi ve takım çalışması gibi olumlu dönüşler de sağlamaktadır (Lekshmi ve Radhika, 2016).

2.2.2.2.3. Dengeli başarı göstergeleri (Balanced Scorecard):

Dengeli başarı göstergeleri yöntemi bireysel performans ölçümlerine ek olarak kurumsal performans ölçümünü odak noktası olarak alan bir sistemdir. Yöntem performans ölçümüne tek bir noktadan bakılmasından ziyade daha entegre bir bakış açısıyla ölçülmesini baz almaktadır. Yöntemin amacı yalnızca finansal ve muhasebe işlemlerini ölçüt olarak baz almak değildir. Ek olarak ortak bir vizyonu destekleyen ve diğer kurumsal fonksiyonları da değer olarak alan bir yöntemdir (Bekmezci, 2010).

Balanced Scorecard, adından da anlaşılacağı üzere kurumların stratejik boyutlarını açıklamak ve stratejik ölçümler arasında bir denge oluşturmaya uğraşarak bu fonksiyonların entegre bir şekilde ilerlemesini sağlayan ve yöneticilerin kurumların performans değerlendirme stilleri ile kaynak ve zamanlarını kullanma biçimini büyük bir şekilde etkileyen bir sistemdir. Sistemin önemli noktası olarak; farklı ölçüm yöntemleriyle strateji arasında bir ilişki oluşturmaktır. Buna bağlı olarak Balanced Scorecard sistemi kalite, müşteri, insan kaynakları, kâr, esneklik, yenilik ve öğrenme gibi önde gelen ve yönetim değerlerini destekleyen geniş fonksiyonlu performans ölçüm özelliklerini sağlamaktadır. Bu sebeple, Balanced Scorecard yalnızca bir performans ölçüm yöntemi değil ek olarak bir kurumun uzun dönemli stratejik hedeflerine ulaşabilmesi amacıyla personelin sahip olduğu yetenek, enerji, donanım

ve spesifik bilgileri değerlendirebilen bir ölçüm yöntemidir. Üst düzey yöneticiler tarafından kabul gören bir bakış açısı olarak kurumun amaçlarına ulaşmasında finansal amaçlı raporlamalar tek başına yeterli değildir. Bu sebeple kurumlar iyi tasarlanmış bir performans ölçüm sistemine ihtiyaç duymaktadır. Bu eksiklikler kurumsal performans ölçümlerinin gerçekleştirilmesi için Balanced Scorecard yönteminin ortaya çıkarılmasına sebep olmuştur. Klasik performans ölçüm sistemlerinde yaşanan eksiklikleri gidermek için ortaya atılan bir performans ölçüm yöntemidir (Karaman, 2009: 412).

Balanced Scorecard sistemi dört boyuttan oluşmaktadır (Kaplan ve Norton, 1992: 9);

- Müşteri boyutu
- Finansal boyut
- Öğrenme ve gelişme boyutu
- Organizasyon içi yöntemler boyutu

2.2.2.2.4. Amaçlara Göre Değerleme Yöntemi:

Amaçlara göre değerlendirme yöntemi personelin ve kurumun amaçlarını entegre bir şekilde baz alarak, personelin ve yöneticilerin birlikte belirledikleri hedeflerinin belirli süreçlerle (aylık, üç aylık, altı aylık vb.) değerlendirilmesini, böylece kurumun belirlediği hedeflere ne derece ulaştığı, yaklaştığı veya ulaşamadığını birlikte analiz etmesini temel alan bir yöntemdir (Bayraktaroğlu, 2011).

2.2.3. Performans Ölçüm Modelleri

Performans ölçüm yöntemlerine bakıldığında literatürde birçok farklı alt başlıklara göre sınıflandırmalar yapılmıştır. Pek çok sınıflandırma içerisinde yer alan modellerden bir tanesi müşterileri merkezde tutan değer analizi (customer value analysis), kalite fonksiyonunu merkezde tutan kalite mükemmellik modeli (EFQM), kurumun marka değerini merkeze alan marka değeri analizi (brand value analysis), kurumun ortaya çıkardığı ekonomik değeri merkeze alan ekonomik katma değer (economic value added), muhasebe işlemlerine dair faaliyet tabanlı maliyetleme (activity based costing) gibi yaklaşımlar mevcuttur. Modellerin merkeze koyduğu unsurlar birbirinden farklıdır. Bazı modeller kaliteyi, bazı modeller müşteriye, bazı

modeller ise ekonomik faktörleri merkeze almaktadır. Fakat kurum yöneticilerinin tüm bu faktörleri entegre bir yaklaşım ile ele alacak daha sistematik bir modele ihtiyaçları vardır (Çınaroğlu, 2012: 122).

Performans ölçüm modelleri başlarda kurumların amaçlarının kârlılık hedeflerine ulaşması olmasına bağlı olarak sadece kârlılık fonksiyonunu baz alarak kârlılık faktörü üzerinden ölçüm yapmaktaydı. Fakat zamanla çağın yapısı ve gerekleri değiştikçe kurumların da odak noktası değişime uğradı. Böylece performans ölçüm modelleri de kurumların beklentisine uygu olacak şekilde yapısını genişleterek; dengeli, esnek, bütüncül performans ölçüm modelleri haline gelmiştir. Zamanla gelişen çağın gerekleri ile birlikte performans ölçümü kurumların taktik ve operasyonel karar verme düzeylerinden stratejik karar verme düzeyine doğru ilerlemiştir. Geleneksel performans ölçüm modellerinden modern performans ölçüm modellerine yapılan bu geçiş, kurumların amaçlarına ulaşmalarında kolaylaştırıcı bir destek sağlamıştır (Bititci ve ark., 1997: 552).

Kurumlar için performans ölçüm modelleri Tonchia ve Quagni (2010) tarafından geliştirilen modelde üç ana başlık altında ifade edilmiştir. Bu başlıklar; hiyerarşik modeller, dengeli modeller ve sürece yönelik modellerdir.

2.2.3.1. Hiyerarşik modeller:

Model finansal ve finansal olmayan olarak iki ana gruba ayrılmaktadır. Modelin amacı ekonomik-finansal çıktıları daha iyi hale getirebilmektir. Ekonomik-finansal çıktılarına ek olarak müşteri memnuniyeti de ölçüt olarak yer almaktadır. Hiyerarşik modelde Performans Pramidi, DuPont Modeli ve Hronec Modeli yer almaktadır (Tonchia ve Quagni, 2010).

2.2.3.1.1. Performans piramidi (smart model) modeli:

Lynch ve Cross (1991) tarafından ortaya atılan Performans Piramidi Modeli, SMART (Strategic Measurement Analysis and Reporting Techniques) modeli olarak da anılmaktadır. Model kurumun hem içsel hem de dışsal faaliyetlerine ilişkin süreçlerine dair performans ölçütü sağlamaktadır. Model piramidin sol kısmında; dışsal performans ölçütleri üretim kalitesini, müşteri memnuniyeti ve kurumun mevcut durumdaki pazar durumuna dair ölçütleri ifade ederken, sağ kısımda yer

alan; performans ölçütleri üretim maliyeti, süreç kalitesi, verimlilik ve finansal ölçütleri göstermektedir. Kurumun içsel ve dışsal performans ölçütlerinin yer aldığı piramidin ortasında esneklik mevcuttur. Piramidin üst noktasında kurumun vizyon ve hedefleri mevcuttur. Piramide yapılan bazı eleştiriler olmuştur. Bu eleştiriler içerisinde en çok değinilen nokta; modelin performans ölçütleri ve bu ölçütleri geliştirmeye dair içeriklerin yeterince ele alınmamış olmasını kapsar (Çınaroğlu, 2012: 123).

2.2.3.1.2. Du Pont modeli (1910):

Du Pont Modeli ismini ilk defa kullanıldığı yer olan Du Pont şirketinden almıştır. Du Pont modeli birleşik oran analizi olarak da adlandırılmaktadır. Tonchia ve Quagini (2010) tarafından ortaya atılan muhasebe işlemlerini baz alan kurumun finansal verileri ile finansal durumu arasındaki ilişkiyi analiz eden, analizlerinde gelir tablosu ve bilançolardan destek alarak toplam varlık kârlılığı (veya yatırım kârlılığı) ve özsermaye kârlılığını beraber ele alarak inceleyen finansal bir analiz metodudur. Model kurumun kârlılık durumunu satışlar yolu ile ölçen net kâr marjı ile kurumun kaynaklarını kullanmada ne kadar etkin olduğunu ölçen toplam varlık devir hızını bir arada toplamaktadır (Kocaman, 2006: 20).

Du Pont modeline göre iki oranın bir arada incelenmesiyle toplam varlık kârlılığı oluşturulmaktadır. Modelin ikinci basamağında ise toplam varlık kârlılığı, finansal kaldıraç çarpanı ile beraber incelenerek öz sermaye kârlılığı elde edilir. Du Pont modeli kurumun çeşitli departmanlarının işlemlerini kontrol etmek amacıyla kullanılan bir modeldir. Model merkeziyetçilik anlayışından uzak bir yönetim anlayışını benimseyen büyük ölçekli kurumlarda her departmanın kendisine ait yatırımlarından oluşan bireysel kâr merkezi olarak tanımlanabilir (Çınaroğlu, 2012: 124).

2.2.3.1.3. Hronec modeli (1993):

Hronec (1993) tarafından ortaya atılan hiyerarşik bir modeldir. Modeli diğer modellerden ayıran özelliği; hız, zaman ve maliyet terimlerinin birleştirilerek oluşturulmasından kaynaklanmaktadır. Model; organizasyon, süreç, insan kaynakları ile alakalı fonksiyonları, maliyet, kalite ve hız terimleri ile birleştirilerek ele almıştır. Modele göre süreçler ve maliyet ile alakalı olan göstergeler arasında bulunan; girdi

maliyetleri ve iş süreçleri maliyetleri için katlanılan masraflar maliyetler alt başlığında ele alınmış ve kuruma değer yaratılmasına destek olmaktadır.

2.2.3.2. Dengeli modeller:

Dengeli model çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Dengeli puan cetveli de bu başlıkta yer edinmektedir, her biri yatay şekilde yer almak üzere bu modelde farklı sınıflara aittirler ve farklı başlıklarda (operasyonel, inovasyon, finansal, müşteri gibi) değerlendirilmektedirler. Model bu çok boyutlu yapısından dolayı diğer modellerden farklıdır. Dengeli Modeller dört ana başlığa ayrılmaktadır. Bunlar; Dengeli Puan Cetveli, Thor Modeli, Gilmore Modeli ve Performans Prizmasıdır (Tonchia ve Quagni, 2010).

2.2.3.2.1. Dengeli puan cetveli:

Dengeli puan cetveli modeli, performans ölçüm modelleri içinde en yaygın olarak bilinen modeldir. Model kurumun performansını sistematik bir biçimde; finansal, müşteri, içsel süreçler, yenilikçilik, öğrenme ve gelişme fonksiyonları şeklinde ele almasına bağlı olarak hiyerarşik modelden farkını oluşturmaktadır. Model, finansal ve ekonomik fonksiyonları performans ölçüm odağından kaydırmıştır (Tonchia ve Quagni, 2010: 48). Kaplan ve Norton'a (1992) göre modelin en az dört alt segmentte sıralanmış olan 15-20 göstergesi olması sebebiyle, yöneticilerin performansı yalnızca tek bir göstergeyi odak noktası halinde değerlendirmemesine olanak sağlar. Bunu için de yöneticiler tarafından daha çok kullanılmasında çekici bir güç sağlamıştır.

Bazı araştırmacılar modeli statik bir model olmakla eleştirmişlerdir. Buna bağlı olarak da modele tedarikçiler ve çalışan memnuniyeti (Brown, 1996) ve insan kaynakları (Maisel, 1992) boyutlarının da eklenmesini önermişlerdir. Gelen eleştirilere istinaden Kaplan ve Norton 1996 yılında model üzerinde revizyona giderek, modele dinamik bir fonksiyon eklemek ve modelin boyutlarını kurumun stratejileri ile entegre bir hale dönüştürmek amacıyla strateji haritası oluşturmuşlardır. Yeni oluşturulan bu haritayı yayımladıkları kitapta ifade etmişlerdir. Atılan bu adım ile dengeli puan cetveline gelen eleştiriler düzeyinde iyileştirmeye çalışılmıştır. İyileştirmelerde daha çok kurumun vizyon ve stratejileri

ile entegre bir forma dönüştürmek amacıyla bir rota oluşturulmaya çalışılmıştır (Çınaroğlu, 2012: 125).

2.2.3.2.2. Thor modeli:

Thor Modeli (1993), dengeli puan modeline gelen eleştirilerden; performans ölçüm fonksiyonları arasında entegrasyon olmadığına istinaden ortaya atılan bir modeldir. Bu modelde müşteri memnuniyeti kilit noktada yer almaktadır. Ek olarak ise teknoloji ve insan kaynaklarında yapılan düzeltmeler verimliliği artırarak fiyatları azaltacak, bir yandan da süreçlerdeki kaliteyi yükselterek ürün ve hizmetlerin kalitesini artırarak doğrudan müşteri memnuniyetini destekleyecektir (Çınaroğlu, 2012: 126).

2.2.3.2.3. Gilmore modeli:

Gilmore (1993) tarafından ortaya atılan bir dengeli performans ölçüm modeli olan Gilmore Modeli, kitle üretimi ve kişiye özel üretim yapılan kurumlara göre farklı bir yol izlemektedir. Kitle üretim üzerine ilerleyen kurumlar için maliyet odak nokta olarak baz alınarak, buna ek olarak; kalite, hız ve esneklik fonksiyonlarına önem verilmiştir. Kişiye özel üretim yapan kurumlar içinse, esneklik odak nokta haline getirilerek; kalite, hız ve maliyet fonksiyonları bazında bakılmıştır.

2.2.3.2.4. Performans prizması:

Performans Prizması Modeli, Nelly ve arkadaşları (2001) tarafından ortaya atılmıştır. Modeli diğer modellerden ayıran en önemli özelliği; modelin odak noktasının paydaş memnuniyeti olmasıdır. Modelde, paydaşlar içerisinde; müşteriler, çalışanlar, yatırımcılar, tedarikçiler, düzenleyiciler, politika ve prosedürler bulunmaktadır. Stratejiler; paydaşların ihtiyaç ve beklentileri yönündeki stratejilerdir. Süreçler; stratejik politikalarca belirlenen hedef ve amaçların belirlenmesidir. Yetkinlikler; insan, faaliyetler, teknoloji ve yapı, paydaşların katkısı paydaşların katsına ne derece ihtiyaçları olduğuyla alakalıdır. Neticede model içsel ve dışsal fonksiyonları belirli bir dengede birleştirebilmeyi amaçlamaktadır (Çınaroğlu, 2012: 126).

Performans ölçümünü gerçekleştirmek isteyen kurumun beklentilerine ve yapısına uygun olacak şekilde, kendine en uygun performans ölçüm yöntemini

seçmesi gereklidir. Eğer ki kurum performans prizması modelini kendi yapısına uygun görüyorsa modeli uygulamadan önce kurumun temel yeteneklerini doğru bir şekilde ifade etmesi gerekmektedir. Kurumun yetenekleri derken burada kast edilen; kurumun mevcut durumda sahip olduğu insan kaynağı, teknoloji, gerçekleştirdiği uygulamalar ve yapı faktörlerinin bir araya gelerek oluşturduğu yapıdır. Kurumun paydaşlarla olan ilişkisinde eğer işletme paydaşlar üzerinde pozitif bir etki bırakarak değer yaratmak amacındaysa temel yeterliliklere önem vermesi gerekmektedir. Bu bir marka, hizmet, ürün veya kurumun sahip olduğu fonksiyonlar olabilir. İlerleyen dönemlerde kurumu rakiplerinden ayrı bir seviyeye taşıyacak olan fonksiyonları ortaya çıkarmak performans prizması modelinin kullanılabilirliğini artırmak amacıyla daha çok ağırlık verilmesi gerekli olan bir özelliktir. Kurumlar arasında rekabet unsurunu artıracak karşılaştırmalara girmek bu seviyede herhangi bir öneme sahip değildir (Neely ve Adams, 2001).

2.2.3.3. Sürece yönelik modeller ve değer zinciri modelleri:

Bu model daha ziyade üretim kurumlarına yönelik bir modeldir. Modelde girdi-üretim-çıktı süreci yer almaktadır. Model içerisinde Performans Ölçüm Matrisi, Değer Zinciri Modeli, Makro Süreç Modeli ve Sonuçlar ve Belirleyiciler Matrisi yer almaktadır (Tonchia ve Quagni, 2010).

2.2.3.3.1. Performans ölçüm matrisi:

Performans ölçüm matrisi modeli kurumun içsel ve dışsal performans ölçütlerini maliyetler ile alakalı olmasına ve olmamasına bağlı olarak iki ana başlığa ayırmaktadır. Model dışsal süreçler ile alakalı performansların maliyetler ile ilgili olmayan kısmında; müşteri şikâyetleri ve pazar payı yer alır. Maliyetler ile ilgili olmayan kısmında ise araştırma ve geliştirme harcamaları ve rekabet yer almaktadır. İçsel süreçler ile ilgili performansın maliyetler ile ilgili olmayan bölümde; teslimat süreleri ve yeni ürün sayısı yer alır. Maliyetler ile ilgili olan bölümde ise ürün tasarım maliyeti ve üretim maliyeti yer alır (Keegan, Eiler ve Jones, 1989).

2.2.3.3.2. Değer zinciri modeli:

Sink ve Tuttle (1989) tarafından ortaya atılan model değer zinciri modeli kullanım için daha çok belirli bir operasyonel süreci olan üretim kurumları tarafından

kullanıma uygun bir modeldir. Modelin süreci; girdi, süreç ve çıktı bazında verimlilik ve kaliteye değinilmek amacıyla yedi boyutta performans ölçütü olduğu ifade edilmiştir. Bunlar; etkinlik, etkililik, verimlilik, kalite, yenilikçilik, gelir ve kârlılık olarak değerlendirilir. Modele göre girdi ve çıktı süreci arasındaki ilişkide verimlilik odak nokta olarak değerlendirilmektedir (Çınaroğlu, 2012: 129).

2.2.3.3.3. Makro süreç modeli:

Brown (1996) tarafından ortaya atılan makro süreç modeli beş gruptan oluşmaktadır ve sebep-sonuç ilişkisine göre şekillenmektedir. Modelin gelişiminde EFOM (European Foundation for Quality Management- Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı) kalite mükemmellik modeli baz alınarak değerlendirilen girdilere dair fonksiyonlar arasında; çalışanların motivasyonu, müşterilerin ihtiyaçları, malzeme ekipman ve sermaye yer alır. Süreçler sınıfında; üretim/hizmet tasarımı, üretim, dağıtım/hizmet yer alır. Üçüncü sınıflandırma olan çıktılarda; ürün, hizmet ve finansal sonuçlar yer alır. Dördüncü sınıflandırmada yer alan sonuçlar kısmında ise; müşteri memnuniyeti, müşteri ihtiyaçlarının karşılanması yer almaktadır. Son basamak olan beşinci grupta ise kurumun hedefleri başlığı altında başarı kavramı yer almaktadır.

2.2.3.3.4. Sonuçlar ve belirleyiciler matrisi:

Sürece yönelik modeller ve değer zinciri modelleri grubunda son olarak yer alan sonuçlar ve belirleyici matrisi hizmet üreten kurumların performans ölçüm uygulamalarında kullanılmak amacıyla Fitzgerald, Johnson, Bringnall, Silvestro ve Voss (1991) tarafından geliştirilen bir modeldir. Model kurumun ulaştığı finansal performans ve rekabet gücünü belirten sonuçlara ulaşması noktasında belirleyici faktörler başlığı altında toplanan; kalite, esneklik, yenilikçilik, kaynak kullanımının odak nokta olduğunu belirtmektedir.

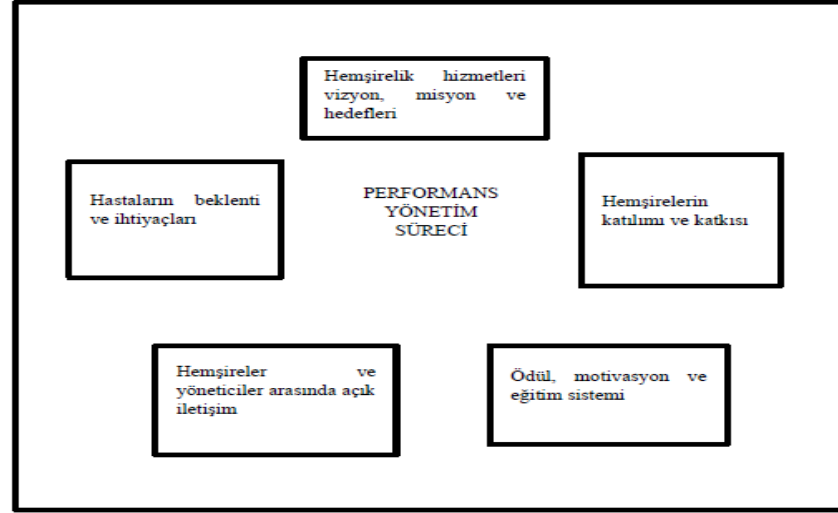
2.2.4. Hemşirelerin İş Performansı

Hastaneler yapısı gereği çok fazla meslek grubundan farklı uzmanlık alanlarına sahip bireylerin bir araya gelerek entegre bir şekilde hizmet ürettikleri karmaşık yapıda kurumlardır. Hastaneler en iyi performans göstergesini sağlayarak rekabetin yüksek olduğu bir piyasada ayakta kalmaya çalışmaktadır. Bu sebeple sağlık

kurumlarında her bir personelin göstermiş olduğu performans çok büyük önem arz etmektedir. Lakin hemşireler sağlık ekibi içerisinde gerek hastalarla gerek hasta yakınlarıyla direkt olarak iletişim kuran ve ilgilenen kesim olması ve diğer personel ile de sağlık bakım süreci boyunca yoğun bir etkileşimde olmalarından kaynaklı olarak performans göstergelerinde önemli bir rol oynamaktadır (Khanjankhani, Askari, Rafiei, Shani, Hashemi ve Shafii, 2017). Hemşirelerin iş süreçlerinden dolayı hastalarla olan yoğun etkileşimi, hasta bakımı, hasta memnuniyeti, ekip çalışması ve hasta güvenliği gibi alanlarda kilit rol oynamalarından dolayı hemşirelerin performanslarına duyulan ilgi artmaktadır (Needleman, Kurtzman ve Kizer, 2007; Awases, Bezuidenhout ve Ross, 2013). Bu nedenle sağlık hizmet sunum sürecinde hemşireler büyük bir paya sahipken onların işteki performanslarının belirlenmesi ve performanslarını negatif etkileyecek faktörlerin belirlenerek bu faktörler üzerinde düzeltme ve iyileştirmeler yapılması hemşireler, hastalar ve sağlık kurumları açısından büyük önem arz etmektedir (Bacaksız, Tuna ve Harmancı Seren, 2018; Dyrbye ve ark., 2019; Gözel, Atmaca ve Durat, 2017). Sağlık bakım üretkenliği ve kalitesi süreçlerinde ve çıktılarında hemşireler küresel sağlık hizmet sunumunda önemli bir paya sahip olması sebebiyle performanslarıyla büyük önem arz etmektedirler (Awases ve ark., 2013). Hemşirelerin iş performanslarının değerlendirilmesinde iş performanslarının ölçüldüğü saptanmıştır. Hemşirelerin iş performansı hastaların memnuniyetleri ve sağlık çıktılarını pozitif etkileyerek sağlık hizmetlerinin kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu sebeple de hemşirelerin iş performansı sağlık kurumları açısından üzerinde durulması gereken bir konudur (Greenslade ve Jimmieson, 2007).

Hemşirelikte iş performansı kavramı 1970 ve 1980'lerde hemşirelik hizmetleri ve yönetimi ile ilgili yapılan çalışmalarda alan yazında sık sık yer alan bir konu olmuştur (McCloskey ve McCain, 1988: 203). Hemşirelerin iş performansı ise Brost tarafından hasta olan bireylere veya herhangi bireye bakım verme durumu veya bakım verme süreci şeklinde tanımlanmıştır. 1990'lı yıllarda hemşirelik iş performansı olgusu adı altında yapılan araştırmalar daha seyrekleşmeye başlamıştır. Bunun yerine, alan yazında geçerlik gösteren "hemşirelerin iş performansı" kavramı adı altındaki çalışmalarda tanımlama yapılamamıştır (Top, Gider ve Ünalın, 2010). Sağlık çalışanlarının iş performansını yükseltme amaçlı çalışmalara bakıldığında Sağlık Bakanlığı'na yapılan düzenlemeler yer almaktadır. Sağlık personelinin daha

kaliteli bir sağlık hizmeti sunmasını sağlamak amacıyla 2004 yılından itibaren döner sermaye (performansa dayalı ücretlendirme) sistemi devreye girmiştir (Gürbüz, 2017: 7).



Şekil 2.3.1. Hemşire Performans Değerlendirme Sürecinin Temel Unsurları

Kaynak: (Çoruh, 1996: 24).

Yapısı gereği karmaşık ve yoğun bir sisteme sahip olan hastanelerde hemşirelerin de bu durumdan çalışma ortamındaki yoğun ve aşırı iş yükü, personel sayısının eksikliği, motive edici faktörlerin yetersizliği, sağlık durumu iyi olmayan ve bu sebeple agresifleşen ya da ağrılı olmasından kaynaklı olarak huzursuz olan bireylere sağlık hizmeti vermesi, hasta yakınlarıyla da etkileşim halinde olması, hasta yakınlarının müdahaleleri, rol belirsizliği, çalışma zamanlarının uygun olmama hali, kurum içi kişilerle ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, hastalar ve hasta yakınlarıyla yaşanan çatışmalar, sosyal destek eksikliği, nöbetler gibi faktörler hemşirelerde tükenme ve strese sebep olmaktadır. Hem bu yoğunluk hem de artan iş yükü de strese sebep olmakta ve bu stres de hemşirelerin performanslarına etki etmektedir. Çünkü iş performansı ve iş stresi arasında olumsuz bir ilişki mevcuttur (Kokoroko ve Sanda, 2019; Li ve ark., 2017). Ek olarak mesleki stresin mevcut olmasının da iş performansını olumsuz bir biçimde etkilediği ifade edilirken, bazı çalışmalarda ise belli bir seviyeye kadar stresin iş performansı üzerinde pozitif bir etki yarattığı saptanmıştır (Turunç ve Çelik, 2010). Yapılan diğer alan incelemelerinde güçlendirme algısı yüksek olan hemşirelerin motivasyonlarının daha yüksek çıktığı

sonucuna varılmıştır (Ulupınar, 2011). Güçlendirilmiş ve motivasyonu yükseltilmiş hemşirelerin ise performanslarının yükseltebileceği saptanmıştır (Balık ve Öztürk, 2016). Ek olarak yapılan başka araştırmalarda da güçlendirilmiş çalışma ortamının hemşirelerin performanslarını arttırmada etkili olduğu saptanmıştır (Er ve Altuntaş, 2014). Güçlendirilmiş hemşirelerin, yüksek özsaygı ve başarılı profesyonel performansa sahip oldukları (Kuokkanen, Leino-Kilpi ve Katajisto, 2003) ve kendi görevlerinde daha başarılı bir performans sergiledikleri (Chang ve Liu, 2008) saptanmıştır. Orgambidez-Ramos ve Borrego (2017) güçlendirme olgusunu, hemşirelik alanında uzmanların memnuniyet seviyelerini ve tükenmişliğin meydana çıkmasını engelleyen performans seviyelerini arttırdığını ifade etmiştir.

Hemşirelerin performans düzeylerini etkileyen diğer faktörler arasında sosyodemografik özellikler, çalışma koşulları, kariyerle ilgili faktörler ve örgütsel faktörler, toplumsal ve çevresel faktörler de etkilemektedir (Bhatti, Mat ve Juhari, 2018; Byrne ve Hochwarter, 2008; Cho ve Han, 2018; Geyer, Coetzee, Ellis ve Uys, 2018; Örücu ve Kanbur, 2008; Wei, Swell, Woody ve Rose, 2018). Çevresel faktörlere örnek olarak; sosyal gruplar, dernekler, toplumsal faktörler, etik algısı gibi faktörler, ekonomik, siyasi, ahlaki, kültürel ve teknolojik yeniliklere adapte olabilmek olarak ifade edilmektedir (Byrne ve Hochwarter, 2008; Örücu ve Kanbur, 2008). Hemşireler çalışma ortam ve koşulları gereği sağlık hizmet sunum sistemi içerisinde çevresel faktörlere uyum bakımından bütün sağlık personelinin daha ayrıcalıklı bir konumda yer almaktadırlar. Çünkü hemşirelik mesleği yapısı gereği hizmet vermek durumunda olduğu toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik olgularına cevap verebilecek nitelikte olmasını gerektirmektedir. Ek olarak bu çevresel faktörler içerisinde yer alan teknoloji ve teknolojiye adapte olma olgusu da hemşirelik mesleği açısından büyük önem arz etmektedir. Teknolojik yenilikleri her sağlık personeli gibi takip eden, öğrenen, kabullenmek için çaba harcayan ve kullanan hemşirelerin iş performanslarını pozitif bir şekilde etkilenmektedir. Çevresel faktörlere daha hızlı bir şekilde uyum sağlayan hemşirelerin iş performanslarının arttığı saptanmıştır (Temel, 2008). Yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin bireysel özellikleri ile iş performansı arasındaki pozitif ilişki saptanırken, hemşirelerin eğitim durumu ile iş performansları arasında ise negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Hannan, 2009). Bu faktörlere ek olarak iş performansını etkileyen başka bir faktörde personelin kendi performansları ile alakalı algıları olduğu saptanmıştır (Welp, Meier ve Manser, 2014).

Yapılan bazı çalışmalarda evli hemşirelerin bekar hemşirelere oranla, kadın hemşirelerin ise erkek hemşirelere oranla daha anlayışlı ve yardımsever olduğu saptanmıştır. Bu sebeple çalıştığı ortamı daha olumlu algılayan hemşirelerin ise iş performanslarının arttığı saptanmıştır (İşsever, Söyük ve Şengün, 2016). Sarıyer (2019), yaptığı çalışmada hemşirelerin iş performansı üzerinde kadın olmanın anlamlı ve negatif, yönetici hemşirenin hizmetkar liderlik davranışının ve üniversite hastanesinde çalışmanın anlamlı ve pozitif rolü olduğunu saptamıştır. Soysal, Aydoğan ve Nurdoğan'nın (2019), yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin medeni durumları, cinsiyetleri ve eğitim seviyeleri ile iş performanslarını etkilemediği saptanmıştır.

Bacaksız ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmaya göre hemşirelerin performansları üzerinde örgütsel sinizm düzeylerinin azaltılmasının olumlu etki yaratacağı ifade edilmiştir. Küçükşarı'nın (2020) yapmış olduğu çalışmaya göre hemşirelerin psikolojik güçlendirme algıları ve yapısal güçlendirme algıları arttıkça iş performanslarının da arttığı saptanmıştır. Çuhacı'nın (2022) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin çalışma alanlarının değerlendirilmesinin pozitif anlamda artmasının iş performanslarını da artırmakta olduğunu saptamışlardır. Almashayekh, Elvazzadeh ve Yeşiltaş'ın (2023) yapmış olduğu çalışmaya göre hemşirelerin iş tatmini ile hemşirelik performansları arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ek olarak iş stresi moderatör iş tatmini ile hemşirelik performansı arasındaki ilişkiyi olumsuz şekilde etkilemektedir. Hemşirelerin performans konusunda gerilim, stres ve iş bölümü ortamında faaliyet göstermesi, sağlık hizmet sunumunun karşı karşıya kaldığı en temel problemler arasında yer almaktadır. Bunun sebebi performans olgusunun hem yönetim, finansman ve kurumsal büyüme ile hem de iş tatmini ve iş stresi ile ilişkisinin olmasından kaynaklanmaktadır. Ek olarak hemşirelerin performansı hasta güvenliği kavramı ile de ilişkilidir. Çalışmadan elde edilen sonuca göre hemşirelik performansının yükseltilmesi amacı güdülüyorsa öncelikle hemşirelerin iş stresi azaltılmaya ve hemşirelerin iş memnuniyetini de artırılmaya yönelik düzenlemeler ve uygulamalar yapılması ve bu doğrultuda hastane ve sağlık yöneticileri tarafından önlemler alınması ve düzeltmeler yapılması gerekebilir.

İş performansını etkileyen faktörler hemşireler açısından incelendiğinde diğer mesleklerden farklı bazı faktörler yer almaktadır. Bu faktörler; hizmet içi eğitim,

özlük hakları, klinik kararlara katılım, mesleki otonomi, hemşirelik bakım hizmetlerinin yapısı, hatalı tıbbi uygulamaların doğurduğu mali sigorta, çalışılan ortamın gürültü ve karmaşası, hasta yoğunluğu, nöbet faktörü, vardiya sürekliliği olarak ifade edilmektedir (Glazner, 1990). Hemşirelerin diğer sektörlere göreceli olarak fark yaratan bu nöbet ve vardiya sistemi ile çalışma durumu, çalıştıkları ortam ve durum gereğiyle iş performanslarını büyük ölçüde etkilemektedir. Gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin iş performanslarının gece mesaisine oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Harvey ve Hannah, 1986). Hemşirelerin çalışmış oldukları birimin ve birimin yoğunluğunun, hastaların sağlık durumlarının ne derece ağır olduğu ve kişi başına düşen hemşire sayısının yeterli olmaması gibi faktörlerin de performans üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu ifade edilmektedir (Foxall, Zimmerman, Standley ve Bene, 1990).

Bahsedilen ve incelenen tüm bu çalışmalar ışığında anlaşılabacağı üzere sağlık hizmet bakımının sağlanmasında hemşireler büyük bir öneme sahiptir. Hemşirelerin işteki performanslarının ölçülmesi, elde edilen sonuçların analiz edilerek gerekli iyileştirme ve düzeltmelerin yapılması, gerekli eğitimlerin ve motivasyon kaynaklarının sağlanması, hemşirelerin performanslarını olumsuz etkileyen etmenlerin saptanarak o etmenler üzerinde gerekli önlemlerin alınması, iyileştirme ve düzeltmelerin yapılması hem hemşireler hem sağlık kurumları hem de hastalar açısından büyük bir önem arz etmektedir. Bu sebeple de hemşirelerin iş performanslarının ölçülmesi kilit bir konudur (Bacaksız ve ark., 2018; Dyrbye ve ark., 2019; Gözel ve ark., 2017).

2.3. Teknoloji Kabulü

Teknoloji insanların hayatlarını kolaylaştırmak üzere, günlük hayatta yaptıkları işlerde ve ihtiyaçları olan durumlarda işlerini daha pratik ve daha kısa bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için geliştirilmiş bir uygulama yöntemidir (Seçer, 2006: 26). Çağımızın çok kullanılan ve ihtiyaç duyulan bir fonksiyonu haline gelen teknoloji, kişiler ve kurumlar tarafından kabul edilmesi gerekli olan bir seviyeye ulaşmıştır. Çünkü artık günlük hayat tempomuzun içine dahi yoğun bir şekilde teknolojinin yerleştiğini görmekteyiz. Teknolojinin günlük rutinlerimize, görevlerimize ve hayatımıza pratiklik kazandırması ve kullanımının artmasına bağlı olarak

işletmelerin de teknoloji yoğun bir kültürü odak noktası haline getirmelerine sebep olmuştur (Venkatesh, Morris, Davis ve Davis, 2003: 426).

Teknoloji kullanımının olması için her şeyden önce gerekli olan teknik altyapının sağlanması ve teknoloji kullanımını gerçekleştirecek beşeri unsurun bulunması gerekmektedir. Eğer bu faktörlerin yokluğu söz konusu olursa teknoloji kullanımından bahsedemeyiz. Bu sebeple günümüzde kurumlar teknolojik altyapı sağlamak için kaynaklarının önemli bir kısmını teknolojik yeniliklere harcamaktadır. Fakat sadece teknolojik altyapının var olması ve beşeri faktörün varlığı da tek başına teknoloji kullanımı için yeterli bir unsur değildir. Kişilerin fiziksel varlıkları teknoloji kullanımı için yeterli olmamaktadır. Çünkü insanları teknoloji kullanımı konusunda etkileyen psikolojik itici güç ve faktörler vardır. Kişilerin bilgi teknolojilerine yaklaşımını ve kullanımını sağlamak amacıyla insanları etkileyen psikolojik itici güç ve faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Kişilerin bir teknolojiyi kullanma konusundaki niyetleri teknolojiyi kullanma başarısını etkileyen bir gösterge olarak belirlenmiştir (Martinez-Torres ve ark., 2008).

Teknoloji zerine yapılan çalışmalarda teknoloji kullanıcılarının yeni teknolojileri kabul etme veya reddetmede kişisel tutumlarının önemli bir rol oynadığı grlmştir. Araştırmacılar bu sebeple kullanıcıların bu durumdaki eğilimlerini tahmin etmekte sürekli çaba göstermekte ve farklı modeller geliştirmektedir. Bu yönüyle TKM, teknoloji kullanıcılarının teknolojiye yönelik kullanım tutumunu ve kabulünü açıklamak için en uygun ve en yaygın kullanılan model olarak ele alınmaktadır (Karahanna, Agarwall ve Angst, 2006). Teknoloji kabulünü literatüre kazandıran kişi olan Davis (1986), teknoloji kabul modelini doktora tezinde kullanıcıların çalışma ortamlarında bilgi teknolojilerini reddetme veya kabul etme olasılıklarını tahmin etmek için kullanmıştır. Teknoloji kabulünün en belirgin alt boyutlarından olan kullanım kolaylığı algısı ve fayda algısının, kullanıcıların teknoloji kullanımı niyeti üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Davis, 1985).

Bilgi teknolojisi, internet ağları kullanılarak tüm cihazlardan bu ağa bağlanarak toplanan bilgilerin işlenmesinde, depolanmasında ve transfer sürecinde kullanılan ağ sistemleridir (Kaya, şimşek ve Okul, 2020: 259; Keleş ve Ova, 2020: 138). Sosyal bir varlık olan insan, bilgi teknolojileri kullanımının en temel unsurudur. İnsan

unsurunun teknoloji kabulü, bilgi teknolojilerini kabul edip etmediğinin ya da kullanıp kullanmadığının da bir göstergesi olarak algılanabilir. Bu noktada aşağıdaki sorular önem kazanmaktadır (Özer, Özcan ve Aktaş, 2010: 3279):

1. Kişi bilgi teknolojisine direnç gösterecek mi? Eğer direnç gösterecekse, bunun altında yatan sebepler nelerdir?
2. Kişi bilgi teknolojilerini kabul etmiş ve kullanıyorsa, bunun altında yatan sebepler nelerdir?
3. Eğer kişi bilgi teknolojisini kullanmaktaysa, ilerleyen süreçlerde de kullanmaya devam edecek mi?

Özellikle 1980'lerden bu yana işletmelerin yapmış olduğu sermaye yatırımlarının büyük çoğunluğunu bilgi teknolojilerine yapılan yatırımlar oluşturur. Ancak işletmelerde kullanılan bu teknolojilerin verimliliğinin artırması için çalışanlar tarafından kabul edilmeleri ve kullanılmaları gerekir. 1980'lerden günümüze kadar geçen süreçte hızla devinime uğrayan bilgi teknolojileri kurum ve kuruluşların en çok yatırım yaptığı alanlardan bir tanesi haline gelmiştir. Fakat işletmelerin yaptığı bu yatırımların geri dönüşlerini olumlu bir yönde görebilmeleri için bu teknolojiyi kullanacak olan çalışanlarının da teknolojiye yaklaşımları, kullanacakları teknolojiyi benimsemeleri ve uyum sağlamaları gerekmektedir. Teknolojinin olumlu yönlerinden geri dönüş alabilmek için çalışanların teknolojiyi kullanmaları ve kullanacakları veya kullandıkları teknolojiyi kabul etmeleri gerekmektedir (Venkatesh ve ark., 2003: 426).

Teknoloji Kabul Modeli (TKM), kullanıcıların teknoloji kullanımında gösterdikleri direncini belirlemek, kullanıcıların teknolojik yenilikler ve değişikliklere verecekleri cevapları tahmin etmek, kullanıcıların teknoloji kabul nedenlerini anlamak, sistemde oluşan değişimle birlikte gerçek kullanımdaki gelişmeyi incelemek amacıyla kullanılmaktadır (Davis, 1989; Adams, Nelson ve Todd, 1992). TKM, kullanıldığı çoğu durumda teknoloji kullanıcısının teknoloji ile olan uyumunu açıklamada yeterli kabul edilmektedir (Vijayasarathy, 2004). TKM'nin teorik temeli Fishbein ve Ajzen tarafından 1975'de geliştirilen Mantıklı Eylem Teorisin'e (Theory of Reasoned Action) dayanmaktadır. Mantıklı Eylem Teorisi'nde kullanılan inanç ve değerler gibi soyut ifadeli kavramlar zamanla bu teorinin zayıflamasına sebep olmuştur. Bu teorinin zayıflamasının anlaşılması

TKM'nin geliştirilmesini sağlamıştır. İlerleyen zamanlarda literatürde TKM, bilgi teknolojilerinin kullanımı ve bilgi teknolojilerini kullanım niyeti tahmininde en yaygın model olmuştur (Alay, 2022: 39).

2.3.1. Teknoloji Kabul Teorileri

Teknoloji kabulü, bir bireyin yapması gereken veya yapmayı planladığı görevlerini desteklemek amacıyla belirli bir teknolojiyi kullanma konusundaki isteğini ifade etmektedir. Teknoloji Kabul çalışmalarının birçoğunda araştırmacılar, teknoloji kullanıcılarının teknolojiyle birebir etkileşime girdiklerinde o teknolojiyi reddetmelerini veya teknolojinin reddini önleyici veya en az seviyeye indirgeyecek biçimde etkilemek amacı ile teknoloji kullanıcılarının bir teknolojiyi kabulünü tetikleyecek faktörleri belirlemeye ve anlamaya çalışmışlardır. Bu sebeple araştırmacılar teknoloji kabulünün teknoloji kullanıcılarının algılarının derinlerinde yatan temel psikolojik ve teknolojik faktörlerin tanımlanmasına yol açmıştır. Buna bağlı olarak, teknoloji kabulünün açıklanmasında niyet ve tutum faktörü birçok araştırmacı tarafından odak noktası haline gelmiş ve bu odak noktasından yola çıkılarak psikolojiden teoriler oluşturularak teknoloji kabul modelleri ortaya çıkarılmıştır (Teo, 2011).

2.3.1.1. Sebepli faaliyetler teorisi (SFT):

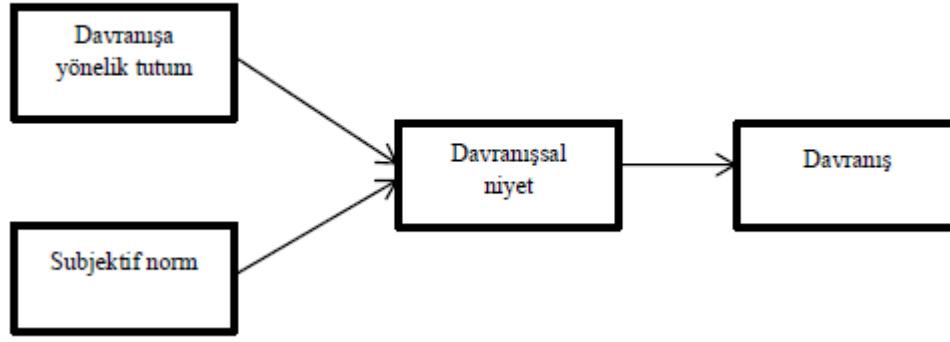
SFT, dayanağı sosyal psikoloji olan ve bireylerin davranışlarını açıklamada kullanılan en etkili ve en yaygın teorilerden bir tanesidir (Venkatesh ve ark., 2003: 426). SFT, Fishbein ve Ajzen (1975) tarafından öne sürülmüştür. SFT, bireylerin sergiledikleri eylemlerini anlamak ve tahminde bulunabilmek amacıyla geliştirilmiştir. SFT'de kullanılan yapılar kökeninde motivasyoneldir. Teorinin dayanağına göre herhangi bir eylemin öncüsü, o eylemi gerçekleştirme niyetidir. Bireyin niyeti ne kadar güçlüyse, o kadar çok ısrarcı olur ve daha çok denemeye yatkındır. Kişi denemeye bu kadar yatkın ve ısrarcı olduğunda bir eylemi gerçekleştirme olasılığı da o kadar yüksek olur. Niyetin iki tane bağımsız belirleyicisi bulunmaktadır. Bunlar; subjektif normlar ve davranışa yönelik tutumdur. Subjektif normlar; bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirmesi ve gerçekleştirmemesi üzerinde etkili olan sosyal bir baskıdır. Davranışa yönelik tutum ise bireyin belirli bir davranışı olumlu veya olumsuz olmak üzere tamamen bireysel olarak değerlendirme derecesidir (Ajzen ve Madden, 1986: 454-460). Bireysel faktör

davranışa karşı tutum olarak da bazı kaynaklarda yer almaktadır (Ajzen, 1985: 12). Davranış ve tutum faktörlerinin arasındaki uyumun var olma derecesi iki faktör arasındaki ilişkinin gücünü açıklamaktadır (Kırıkçı ve Kulualp, 2021: 81).

SFT'nin ortaya çıkmasını sağlayan bir diğer düşünce ise bazı davranışların kişilerin kendi kontrolleri dışında gerçekleşebilmesidir (Hansen, Moller Jensen ve Stubbe Solgaard, 2004: 540). Bu kişilerin kontrolleri dışında olan durumlar olan dış etkenlerin, dolaylı yollardan durumlara etki ettiği yadsınamaz bir gerçektir. Bu dış değişkenlere örnek olarak; kişilik özellikleri, nesnelere ilişkin inançlar, nesnelere ilişkin tutumlar, demografik özellikler, duruma bağlı değişkenler ve görevin getirileri verilebilir. SFT tam olarak da bu noktada bu dış değişkenlerin subjektif normlar ve tutumlar üzerindeki etkilerini incelemektedir. Ayrıca SFT, bireyin bir niyetini ve bir sistemi kullanımında tutum ve subjektif normlar üzerindeki etkisini de açıklamaktadır (Hartwick ve Barki, 1994: 445).

SFT'ye göre niyet; eylemin öncüsüdür (Ajzen, 1985: 18) ve asıl eylemin ortaya çıkmasını tetikleyecek kararın yoğunluğunu ve yönünü tahmin etmeyi hedefleyen çalışmalardır (Arkonaç, 2008: 142-143). Kişiler kendilerine dış etkenler tarafından önerilen eylemleri olumlu yönde (tutum) değerlendirmektedirler. Kişiler diğerlerinin o eylemi gerçekleştirmelerini istediklerini (subjektif norm) düşünürlerse daha yüksek bir motivasyon (niyet) ile ilerlerler ve böyle olduğunda da o eylemi gerçekleştirme olasılıkları daha da artar (Mimiaga, Reisner, Reilly, Soroudi ve Safren, 2009: 209).

SFT'ye bazı eleştiriler yapılmıştır. Bu eleştiriler; rasyonel, bireylerin kendi kontrollerinde arzularına bağlı ve sistematik davranışları açıkladığı ileri sürülerek yapıldığı şeklindedir. Psikolojik ve sosyolojik çalışmalarda yaygın bir şekilde kullanılan SFT'nin bazı yönlerden eksik olduğu ileri sürülmüştür. SFT, bireyin bir davranış veya eylemi hakkında o duruma yönelik sahip olduğu tüm inançları göz önünde bulundururken, davranışları ilerleyen zamanlarda gözlenecek sonuçlara bağlayan inançlar ile kişilerin duygularını davranışlara bağlayan inançlar arasında bir ayırma bulunmaz (Thompson, Higgins ve Howell, 1991: 125; Ashraf, Thongpapanl ve Auh, 2014: 72).



Şekil 2.3.2. Sebepli Faaliyet Teorisi

Kaynak: (Fishbein ve Ajzen, 1975).

SFT'ye göre bireyin kontrolünde olan davranışlar açıklanabilmektedir. Fakat davranışların oluşmasına sebep olan şartlar ve zaman buna uygun olmayabilir. Yani bireyin kontrolü dışında kalan faktörler sebepli faaliyet kuramı ile açıklanamamaktadır. Kuramın diğer sınırlılığı ise Fishbein ve Ajzen tarafından tutum ve sübjektif normların bireyin davranışını belirlemede aynı derecede etkili olamayacağını ifade etmesinden kaynaklanmaktadır. Kısacası duruma bağlı olarak, tutum ve normlar davranışsal niyet üzerinde farklı etkiler bırakabilmektedir. Örneğin; diğer bireylerin ne düşündüğünü önemsemeyen bireyler için, sübjektif normlar davranışı öngörmede yeterince etkili olamamaktadır (Miller, 2005).

SFT, kişinin bir davranış veya eylem için bireye ait olan bütün inançları himaye ederek bireyin gönüllü eylemlerini saptayabilmek için genel bir tablo oluşturmuş olmasına rağmen bilgi teknolojilerine uyum noktasında bazı özel inançları net bir şekilde saptayamamaktadır (Diri, 2021).

Eylemlere bağlı niyetin; kişilerin eylemlerine karşı hissettikleri duygular, o eylemin öngörülen sonuçları ve sosyal faktörler ile belirlendiğini savunmaktadır (Ashraf ve ark., 2014: 72; Thompson ve ark., 1991: 125). Fakat daha öncede bahsedildiği üzere bazı eylemler de kişinin kontrolü dışında gerçekleşmektedir (Hansen ve ark., 2004: 540). Bu durum Planlı Davranış Teorisi'nin ortaya atılmasına zemin hazırlamıştır.

2.3.1.2. Planlı davranış teorisi (PDT):

PDT, SFT'nin uzantısı niteliğindedir. SFT'de olduğu gibi PDT'de bireyin asıl eyleminin ortaya çıkmasını tetikleyen önemli faktör; kişinin bir eylemi gerçekleştirme niyetidir. Niyetler, bir davranışı gerçekleştirebilmek için kişilerin o davranışı gerçekleştirme konusunda ne kadar çaba sergilemeyi göze aldıkları ve bu çaba için ne kadar istekli olduklarının bir göstergesidir. Bir birey bir davranışı gerçekleştirme hususunda ne kadar sağlam niyetli olursa, bireyin performansı da o kadar güçlü olacaktır. Fakat niyetin gücü de davranışın gerçekleşmesinde tek başına yeterli bir fonksiyon değildir. Bir davranışın gerçekleştirilmesi hususunda niyeti destekleyici olacak şekilde gerekli kaynakların ve fırsatların da yer alması gerekmektedir. Bu kaynak ve fırsatlara örnek olarak; para, zaman, kişinin bazı kabiliyetlere sahip olması verilebilir (Ajzen, 1991: 181). Bir bireyin belirli bir davranışı eyleme dökme niyetinin gücü ile bireyin o davranışı gerçekleştirme olasılığı doğru orantılıdır. Yani bireyin niyetinin gücü arttıkça bununla doğru orantılı bir şekilde o davranışının da eyleme dönüşme olasılığı artar (Küçük, 2012: 147). PDT, pek çok bilgi sistemleri konulu araştırmalarda davranış türlerini açıklamak ve tahmin etmek amacıyla yaygın bir şekilde kullanım göstermektedir (Zhang, Liu, Wang, Zhang ve Wang, 2020: 7).

PDT, sübjektif norm, davranışa yönelik tutum ve algılanan davranışsal faydayı niyetin üç temel belirleyicisi olarak varsaymaktadır. Davranışa yönelik tutum, bireyin belirli bir davranışa karşı yaptığı olumlu veya olumsuz değerlendirmesidir. Sübjektif norm, bireyin belirli bir eylemi gerçekleştirmek ve gerçekleştirmemek amacıyla dış faktörlerden algıladığı sosyal baskı olarak ifade edilmektedir. Algılanan davranışsal kontrol, bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirmesine yönelik kişisel olarak algıladığı o eylemin kolaylığı veya zorluğunu ifade etmektedir. Birey eğer daha fazla fırsat ve kaynak elde ettiğini fark ederse bir eylemi gerçekleştirmesi nispeten daha az zorluğa sahip olsa dahi algılanan davranışsal kontrolü daha güçlü bir hal alacaktır (Ajzen, 1991: 188; Pai ve Huang, 2011: 651). Algılanan davranışsal kontrolün altında yatan faktörler; kaynaklar ve fırsatlar hakkındaki inançlardır. Algılanan davranışsal kontrol, niyeti etkilemektedir. Niyet de amaca yönelik davranışın direkt olarak öncülüdür. Bunlara ek olarak algılanan davranışsal kontrol ve davranış arasında da doğrudan bir bağlantı ihtimali de yer almaktadır. Bir davranışın performansı yalnızca motivasyon faktörüne bağlı

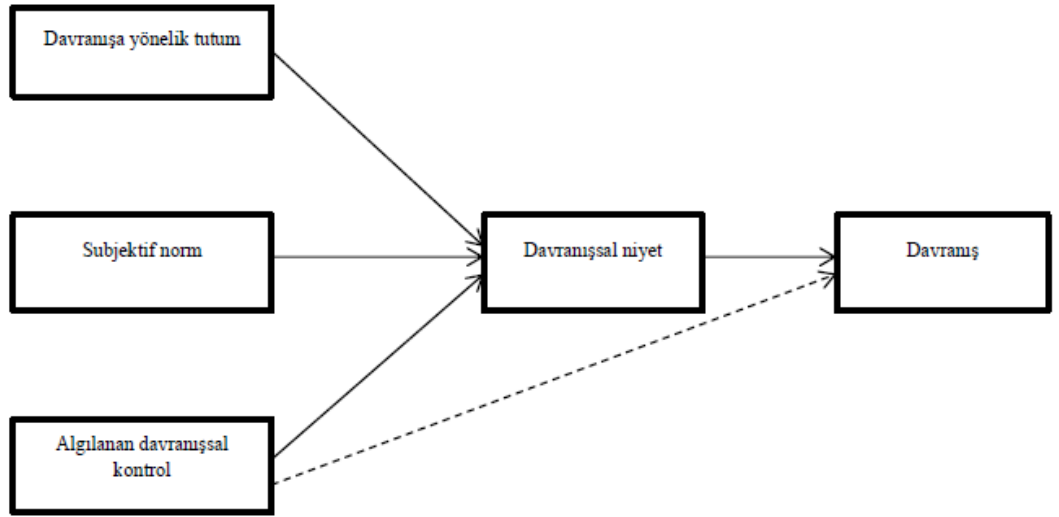
değildir. Bir davranışın performansı motivasyon faktörüne ek olarak o davranış üzerindeki kontrol gücüne de bağlıdır. Niyetten bağımsız bir şekilde, algılanan davranışsal kontrol belirli bir noktaya kadar doğru olduğu sürece davranışı etkilemektedir. Anlaşılabileceği üzere yalnızca algılanan davranışsal kontrolün değil gerçek kontrolün de davranışlar üzerinde herhangi bir etki yaratması beklenmektedir. Algılanan davranışsal kontrol halihazırda eldeki fırsat ve kaynakları da direkt bir şekilde yansıtabilmektedir. Buna bağlı olarak şöyle bir söylemde bulunmak mümkündür; davranış ve algılanan davranışsal kontrol arasında var olan ilişki bireylerin gerçekleştirdikleri eylemlerin belirleyicisi niteliğindedir ve eylemsel kontrolün rolü gereği anlaşılır olmalıdır. Tüm bu yargılardan yola çıkarak şöyle söylenebilmektedir; algılanan davranışsal kontrol, niyet fonksiyonu üzerinden davranış dolaylı yollardan etkileme gücüne sahip olmasının yanı sıra davranış fonksiyonunu direkt olarak tahmin edebilmede de kullanılabilmektedir (Ajzen ve Madden, 1986: 456-460).

PDT, bir eylemin üzerinde bireyin kontrolünün daha az veya yetersiz olduğu ve bir eylemin performansının kötü olduğu durumlarda daha uygulanabilir bir teoridir. PDT'nin SFT'ye eklemeye bulunduğu durum davranışın oluşmasında yapı taşı olan sübjektif norm ve tutuma eklemeye bulunduğu fonksiyon algılanan davranışsal kontroldür. (Mimiaga ve ark., 2009: 209; Park ve Blenkinsopp, 2008: 546).

PDT'de gerçekleşmesi hedeflenen davranış üzerinde bireyin kontrolünü ekarte eden ve bireyin kontrolü dışında kalan bazı faktörler vardır. Bu faktörler içsel ve dışsal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İçsel faktörler; yetenekler, bilgiler ve beceriler gibi faktörlerden oluşmaktadır. Dışsal faktörler ise; iş birliğine bağlılık, fırsat ve zaman gibi faktörlerden oluşmaktadır. Uzman psikologlar tarafından kontrol üzerinde davranışın ne kadar önemli olduğu kabul görmüş bir gerçektir. Bu sebeple bir bireyin davranışı üzerinde ne derecede bir kontrol uygulayabildiği de gözlemlenmelidir (Ajzen ve Madden, 1986: 456-460). Yapılan çalışmalar daha doğru hedef ve niyete ulaşmada PDT'nin SFT'den daha başarılı olduğunu göstermiştir (Ajzen ve Madden, 1986: 472-473).

Sosyal psikologlar arasında genel bir kanı olarak kabul gören bir durum vardır; bireylerin davranışlarının pek çoğunun hedefe yönelik olmasıdır. Genel hatlarıyla

bakıldığında bireylerin davranışlarının eyleme dökülmesinde iyi veya kötü bir şekilde olmak üzere tasarlanmış planlar doğrultusunda gerçekleştirildiği kabul edilir. Bireylerin kendi kontrolleri dışında kalan bazı davranışların onlar için otomatikleştiği ve otomatikleşen bu davranışların ise artık plan gerektirmediği ifade edilmektedir. Fakat otomatikleştiği halde hala plan gerektiren bazı davranışlarda mevcuttur. Örneğin; belge yazma eyleminde belgenin yazı stili seçimi, kenar boşluğunun ayarlanması gibi eylemlerin seçiminde bazı planlamalar yapmak gerekmektedir. Neticede tüm eylemlerimiz belirli niyetler dahilinde gerçekleşiyor olsa dahi her niyetimiz bir eyleme dönüşmüyor. Ancak bazı niyetlerimizden tamamen vazgeçerken bazı niyetlerimizi ise içinde bulunduğumuz durumlara veya şartlara uygun bir şekilde revize edebildiğimizden bahsedebilmek mümkündür (Ajzen, 1985: 10; Şahin ve Solunoğlu, 2019: 386).



Şekil 2.3.3. Planlı Davranış Teorisi

Kaynak: (Ajzen, 1991).

2.3.1.3. Yeniliğin yayılımı teorisi:

Yeniliğin yayılımı modeli Rogers'ın "Diffusion of Inovation-Yeniliklerin Yayılması" kitabı ile geliştirilen ve daha algılanabilir bir hale getirilen, kişiler tarafından ortaya çıkan yeniliklerin kabul edilmesi ve kabul edilme sürecini açıklayan bir modeldir (Yüksel, 2020: 12).

İnovasyonun avantaj sağlaması, eşsiz olması, kullanım amacına uygun olması ve sonucunun gözlenebilmesi gerekmektedir (Çolak ve Kağrınoğlu, 2018: 444).

İnovasyon kelimesinin ortaya çıkışı beraberinde inovasyon ile alakalı haberlerin ilgili olduğu kitlelere iletilmesi ve dağılmasının gerekliliğinden doğan yayılma (diffüzyon) kelimesini meydana getirmiştir (Chakravarty ve Dubinsky, 2005: 92). Yayılmanın amacı odak bireylerin yeniliği benimsemesini sağlamaktır. Yeniliğin benimsenmesinde bir yeniliğin bir sosyal sistemin üyeleri tarafından kabul edilmesini de gerekli kılmaktadır. Yeniliğin benimsenme eğrisinin dikliğinin sayısal göstergesi, herhangi bir yenilik için odak grupların yeniliği kabulüyle ilgili olan benimsenme oranıdır (Rogers, 1995: 205).

Rogers, yeniliklerin bireyler tarafından kabul edilmesinin farklı zamanlarda gerçekleştiğini ve yeniliklerin kişiler arasında yayılmasının kişilerin yeniliğin ne olduğunu algılayabilmeleri ve yeniliğin içeriğini inceleyebildikleri, yeniliğe dair izlenimlerini diğer bireylerle veya gruplarla iletişim kanalları yoluyla yayılması gerektiğini ifade etmiştir. Rogers, yeniliğin bir zaman diliminde oluştuğu ve anlık bir şey olmadığını, yeniliğe dair karar verme aşamasının bir süreç halinde açıklandığı zamanı ve yeniliğin kabul edilmesinde yer alan kişilerin ve yeniliğe yön veren fonksiyonların araştırılabildiği sosyal bir sistem olmak üzere dört ana başlıkta araştırılmaktadır. Bir yeniliğin kabul edilmesi, bireyin yeniliğin algılanabilen özelliklerini algılamasına bağlıdır. Yeniliğin algılanabilen özelliklerine göre; göreceli avantaj, uyum, karmaşıklık, denenebilirlik ve gözlenebilirlik olmak üzere beş bölümden oluşmaktadır (Rogers, 1995):

1. Göreceli avantaj: Bir yeniliğin yerini aldığı önceki durum veya koşula göre bireyler tarafından avantajlarının değerlendirilme derecesidir. Eğer yenilik bir önceki durum veya koşula göre daha avantajlı ise birey tarafından daha kolay kabul edilmektedir.
2. Uyum: Yeniliğin mevcut koşullara uygun olma ve kişiye, kuruma, toplumun değerlerine ve ihtiyaçlarına uygun olma derecesidir. Kişiler veya toplumlar tarafından kabulü yüksek olan yenilikler uyum derecesi yüksek olan yeniliklerdir. Yeniliğin yayılmasının zor olduğu durum ise yeniliğin kişinin ve toplumun değerleri ve normları veya önceki inançları ile uyuşmaması durumunda görülür.
3. Karmaşıklık: Yeniliğin kişiler veya gruplar tarafından algılanabilir şekilde açık ve net olmamasıdır. Yeniliğin kabul edilme derecesinin yüksek olduğu

durumlar kullanımı kolay ve algılanabilir olan yeniliklerdir, yeniliğin kabulünün zor olduğu durumlar ise daha karışık ve algılanması güç olan durumlardır.

4. Denenebilirlik: Denenebilen yenilikler denenemeyen yeniliklere göre daha kolay benimsenebilmektedir. Yenilik kişilerde ve topluluklarda belirsizlik yarattığı için yeniliğin denenebilir olması bu belirsizliği azaltmakta ve kişileri ve grupları daha kabul edebilir hale getirmektedir.
5. Gözlenebilirlik: Yeniliğin getireceği veya getirdiği sonuçların gözlenebilir oluşu ile alakalıdır. Kişilerin veya toplulukların yeniliğin neticesini gözlemleyebilmeleri o yeniliği kabul etmelerini daha kolay hale getirmektedir.

Rogers (2003), yayılımı; kişilerin veya toplumların yenilik sürecinde elde ettiği bilgileri ve deneyimleri zaman içerisinde kişilerin ve toplumların etkileşimle birlikte bunları birbirine aktarması olarak ifade etmiştir. Tanımdan yola çıkılarak yayılım dört boyut ile ifade edilmiştir. Yayılımın boyutları aşağıda açıklanmıştır (Demiralay, 2014: 42):

Yayılımın Yenilik Boyutu: Yenilik ile karşı karşıya kalan kişiler ilk etapta karmaşa yaşamaktadırlar. Çünkü yeniliğin beraberinde getirdiği bir belirsizlik ve bilinmezlik vardır. Bu sebeple kişilerin kafasında bazı sorular oluşmaktadır. Bunlar; "Yenilik nedir?", "Nasıl kullanılır?", "Neden kullanılır?" sorularıdır. Kişiler yeniliğe dair bilgileri hemen benimseyemeyebilirler (Demiralay, 2014: 42).

Yayılımın İletişim Boyutu: Yeniliğin amaçlarından bir tanesi yayılım sağlayabilmektir. Bu da iletişim yoluyla mümkün olmaktadır. Yeniliğin yayılmasında bireyler arası ve topluluklar arası iletişim önem arz etmektedir. Bu süreçte kullanılan iletişim kanalları bu paylaşımın gerçekleştirildiği araç ve ortam olarak ifade edilmektedir. Kitle iletişim araçları ve bireyler arası kurulan iletişim de iletişim kanalına dahil edilmektedir. Rogers'a (1995) göre yeniliğin yayılmasında iletişim araçları önemli bir yer edinmektedir. Fakat bireyin yeniliği kabul etmesinde kişiler arası iletişim daha büyük etkiye sahip olmaktadır (Kurtoglu, 2009: 18).

Yayılımın Zaman Boyutu: Zaman boyutunda yeniliğin yayılımı için üç süreçten bahsedilmektedir. Bunlar; yeniliğin uygulanmasına dair karar süreci, kabul

eden topluluklar ve kabul etme hızıdır. Yeniliğin uygulanmasına dair karar süreci ilk adımdır. Bu süreçte bireyler yeniliği algılama ve yeniliğin ne olduğuna, neden ve nasıl kullanıldığına dair bilgi edinme sürecindelerdir. Yani bu aşama bilgi aşamasıdır. Yeniliği kabul eden topluluklar ise; öncüler, erken çoğunluk, geç çoğunluk, geride kalanlar, yenilikçiler olmak üzere beş kademeden oluşmaktadır. Bu topluluklar yeniliğin kabul edilme hızına göre sınıflandırılmaktadır. Yeniliğin kabul edilme hızı yeniliğin uygulanması ile saptanmaktadır (Demiralay, 2014: 43).

Yayılmın Sosyal Sistem Boyutu: Bu boyut teorinin son ögesidir. Sosyal sistem boyutu yeniliğin yayılımı açısından oldukça önemlidir. Çünkü bir yeniliğin yayılımını sosyal sistem içerisindeki bireylerin onu kabul edip etmemesi belirlemektedir. Bu sebeple bu boyut ve iletişim yeniliğin yayılımını kolay hale de getirebilir veya daha da zorlaştırabilir (Kurtoğlu, 2009: 44). Sistem yeni bir durum ile karşılaştığında dört ana başlık ile ilgilenilmektedir. Bunlar; görüş liderleri, normlar, yeniye karar verme türleri ve yeninin beraberinde getireceği çıktılardır (Kurtoğlu, 2009: 27).

2.3.1.4. Sosyal bilişsel teori (SBT):

Bandura (1986) tarafından geliştirilen Sosyal Bilişsel Yaklaşım, bireyin davranışlarını; bilişsel, davranışsal ve çevresel etmenler arasındaki ilişki olarak belirtmektedir. Bu kuramın ana değişkeni algılanan öz-yeterliliklerdir. Bandura (1986), algılanan öz yeterlilik kavramını; bireyin belirli bir performans seviyesine ulaşabilme kabiliyetine ilişkin algısı olarak tanımlamaktadır. Algılanan öz yeterlilik, bireyin bünyesinde mevcut olan potansiyeli ile yapabilecek olduğu şeylere dair inancıyla ilgilidir. Bireyin herhangi bir durumda başarılı olabilmesi için yalnızca mevcut bir potansiyellerinin olması tek başına yeterli bir etmen değildir. Ek olarak bireyin beklenen performansa ulaşabilmesi için mevcut potansiyeline inanç duyması da gerekmektedir (Bandura, 1986). SBT, sahip olunan yeterliliklerin güçlendirilmesi ve davranışların belirlenmesi konuları üzerinde durarak "*etkileşim, sonuç beklentisi, öz-yeterlilik*" boyutları olarak üç ana başlık üzerine odaklanmaktadır. Buradan yola çıkılarak bireyin davranışını şekillendiren unsurlar davranışsal ve dış çevre faktörlerinin birlikte ve dinamik etkileşimlerinden oluştuğu ifade edilmektedir. Bahsedilen etkileşimler belirli bir sosyal sistem dahilinde ve belirli bir sosyal çevrede oluşmaktadır. Sonuç beklentisi bireyin bir işi yapmasında göstermesi gerekli olan

abayı ya da yapacağı işin sonucunu değerlendirebilmesiyle alakalı olan eylemlerinde olası oluşacak olan değişimler ile ilgili beklentilerini içermektedir.(Bandura 1997'den aktaran Topal, 2013: 9-10).

Bandura tarafından ortaya atılan Sosyal Bilişsel Kuram'ı Campeu ve Higgins (1995) bilgisayar kullanımına göre adapte etmişlerdir. Sosyal Bilişsel Kuram; kullanıcı davranışlarını sosyal etkileşimler, düşünceler ve duyguların ne yönde etkilediğini inceleyen bir kişinin bir davranışı sergilemesinde bilişsel süreçleri baz alır (Infinedo, 2017).

2.3.2. Teknoloji Kabul Modelleri (TKM)

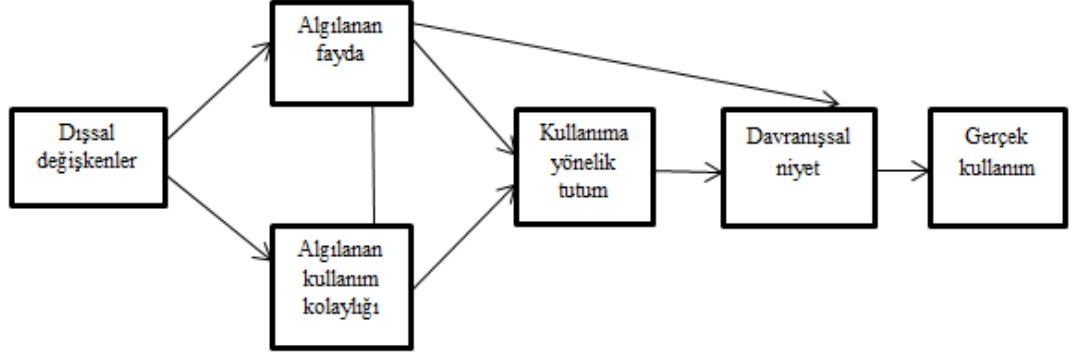
2.3.2.1. Teknoloji kabul modeli (TKM):

Bilgi teknolojileri günümüzde hızla gelişen ve yoğun bir kullanım alanı bulunan yapılardan bir tanesidir. Bilgi teknolojilerinin günlük hayatımıza ve işlerimize bu denli yerleşmesi ve rutinlerimizi daha kolay hale getirmesi ister istemez kişiler ve kurumlar tarafından entegrasyon gerektiren bir alan haline gelmiştir. Bu sebeple bilgi teknolojilerini kabul etmek ve benimsemek bireyler ve kurumlar için büyük önem arz etmektedir. Bu durum da araştırmacıları teknolojinin kabulü veya reddinin alt segmentlerini araştırmaya itmiştir. Böylece TKM, Davis (1989) tarafından hayata geçirilmiştir. TKM, bilgi teknolojileri sistemlerinin kullanıcılar tarafından kabulünü veya reddini modellemek üzere geliştirilmiştir. TKM, Sebepli Faaliyet Teorisi'nin bir uyarlamasıdır (Davis, 1989: 985). Modelin esas amacı; bireylerin teknolojik değişimlere verecekleri tepkiyi ortaya koymak, bireylerin teknoloji tercihlerini belirlemek, bireylerin bilgi teknolojilerine karşı gösterdikleri direncin sebeplerini ortaya koymak ve teknolojik değişimlere verecekleri cevapları öngörebilmek amacıyla geliştirilmiştir (Uğur ve Turan, 2016: 103).

TKM, teknoloji kabulünü iki temel alt boyut üzerinden ne sürüldüğünü iddia etmektedir. Bu alt boyutlar; Algılanan Fayda ve Algılanan Kullanım Kolaylığıdır (Venkatesh ve Morris, 2000: 116). Bu modele göre algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığı, teknoloji kullanıcılarının bir bilgi teknolojisine karşı vereceği tepkileri etkilemektedir. Bu durum da bireylerin bilgi teknolojisini kabul etmesini sağlamaktadır. Algılanan Kullanım Kolaylığı boyutu; kullanıcının bir bilgi teknolojisini kolay olarak algılaması ve bu bilgi teknolojisinin kullanımının herhangi

bir çaba gerektirmeden algılanabileceğine olan inancının derecesini ifade etmektedir (Davis, 1989: 320; Adams ve ark., 1992: 229; Davis ve ark., 1989: 985-986). Algılanan Fayda boyutu; kullanıcının bir bilgi teknolojisini kullanmasında o teknolojinin iş performansında bir artış sağlayacağına ve belirli bir işin tamamlanmasına katkı sağlayacağına olan inancının derecesini ifade etmektedir (Keller, 2005: 302). Bu iki alt boyuta ek olarak; teknoloji kullanıcılarının teknolojiyi kabul etmesi üzerinde dışsal faktörlerin de önemli derecede etkileri olacağı öne sürülmektedir (Park, Roman, Lee, ve Chung, 2009: 197). TKM, dört basamaklı bir yapıdan oluşmaktadır. Fakat modelin temelinde algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığının doğrudan kullanıcının tutum ve niyeti üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Karahanna ve ark., 2006).

Modelin diğer değişkeninden biri olan ve kişilerin kendi öznel görüşleri ve duyguları neticesinde ortaya çıkan tutum; kullanıcının sisteme olan herhangi bir olumlu veya olumsuz görüşlerini ifade etmektedir. Yani kullanıma yönelik tutum; kullanıcının herhangi bir bilgi teknolojileri sistemini kullanma isteğini değerlendirmesidir (Ma, Anderson ve Streithh, 2005). Kullanıcının içinde bulunduğu ortam ve deneyimleri tutumu etkilemektedir. Tutum sonradan öğrenilen bir dürtü olması sebebiyle zaman içerisinde değişime uğrayabilmektedir (Pazvant, 2017). Bir diğer değişken olan niyet değişkeni ise; kullanıcının davranışının temel belirleyicisidir. Niyet, kullanıcının herhangi bir davranışta bulunma olasılığını ortaya koymakla birlikte bu davranışını eyleme dökmek için ne kadar istekli olduğunu da gösterir (Al-Gahtani ve King, 1999). Modele göre; bireylerin eylemlerine yönelik niyetleri hem algılanan fayda hem de tavırlar ile belirlenirken, algılanan faydanın da doğrudan tavırlar üzerinde bir etkisi olabileceği öne sürülmektedir (Turan, 2008: 728).



Şekil 2.3.4. Teknoloji Kabul Modeli

Kaynak: (Davis, 1989).

Teknoloji kullanımının gerçekleşmesini altı değişkene dayandırarak ölçen TKM'nin bahsedilen değişkenleri aşağıda sunulmuştur:

Dişsal Değişkenler: Teknoloji kullanıcılarının teknolojiyi kullanma derecelerini etkileyen değişkenlerdir. Bu değişkenler; kullanıcının kişisel özellikleri, kullanacağı sistemin özellikleri, kullanıcının demografik özelliklerini ifade etmektedir. Kullanılacak olan sistemin özellikleri kullanıcının sistemi nasıl kullanması gerektiği durumunu etkilemektedir (Davis, 1985: 21).

Algılanan Fayda: Bir kullanıcının belirli bir uygulamayı kullanmasının iş performansını geliştireceğine dair olan inancının derecesini ifade etmektedir (Davis, 1985: 26; Davis 1989: 320). Kullanılan sistemin, "avantajlı olarak kullanılmaya uygunluğunu" ifade eden fayda (yarar), teknoloji kullanımı neticesinde kullanıcıların yaptıkları işlerin sonucunda işlerindeki performans artışlarına dair oluşan olumlu düşünceleri ifade etmektedir. Tüm bunlar göz önüne alındığında; sistem kullanıcısı tarafından yüksek faydalı olarak algılanıyorsa, bu sistem ile kullanıcının olumlu bir kullanım-performans ilişkisi olmaktadır (Davis, 1989: 320).

Algılanan Kullanım Kolaylığı: Kullanıcının bir sistemi kullanmasının kullanıcıda herhangi bir zorluk yaratmayacağına inanması, yani kullanıcının bu süreçlerle alakalı zihinsel ve fiziksel bir çabaya gerek olmadığına inandığı derece olarak ifade edilmektedir (Davis, 1985: 26).

Kullanıma Yönelik Tutum: Kullanıcının belirlediği hedef davranışı doğrultusunda değerlendirme etkisinin derecesini ifade etmektedir (Davis, 1985: 16).

Kullanıma yönelik tutum, iki temel değişken olan algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan faydanın bir fonksiyonudur. Herhangi bir sistemin kullanımına ilişkin bireyin olumlu ya da olumsuz bir şekilde tepki gösterme eğilimi olarak ifade edilen tutum (Özer, Özcan ve Aktaş, 2010: 3282) üzerinde algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan faydanın nedensel bir etkisi vardır (Davis, 1985: 24).

Davranışsal Kullanım Niyeti: Kullanıcının belirli bir davranışı gerçekleştireceği öznel bir olasılık olarak tanımlanmaktadır (Davis, 1985: 16). Dolayısıyla bir bireyin belirli bir davranışı sergilemeye yönelik olan şiddetinin ölçüsü olan niyet; bir kişinin bir davranışı sergilemeye hazır halde bulunması olarak da tanımlanmaktadır. TKM, bir kişinin teknoloji kullanımını reddetmesi veya kabul emesinde ilk faktörün; kişinin niyeti olduğunu ifade etmektedir (Çivici ve Kale, 2007: 121). Gerçekleşen davranıştan önce ve tutumdan sonra gelen niyet faktörünün; kişinin davranışının temel belirleyicisi olduğu, Davis ve arkadaşları (1989) tarafından TKM değişkeni olarak ortaya atılmıştır.

Gerçekleşen Kullanım: Niyet ve tutumun davranış üzerindeki etkisini gösteren bir değişken olan TKM'nin davranışsal cevabı olmaktadır (Davis, 1985: 24). Teknolojiye ilişkin olumlu bir niyete ve tutuma sahip olan kişilerden, ilgili teknolojiyi kabul edip fiilen kullanma eylemi göstermesi beklenmektedir (Kalyoncuoğlu, 2018: 197).

2.3.2.2. Kişisel bilgisayar kullanım modeli:

Thompson ve arkadaşları (1991), Triandis'in (1980) modelinden esinlenerek bireylerin bilgi teknoloji kullanımlarına yönelik davranışlarını ifade etmek adına Kişisel Bilgisayar Kullanım Modeli'ni geliştirmişlerdir. Triandis'in davranış kuramını temel baz alan Kişisel Bilgisayar Kullanım Modeli, bireylerin bilgisayar kullanmadaki davranışlarını öngörmeye çalışır (Samaradiwakara ve Gunawardena, 2014). Kişilerin bilgisayar kullanımını kabulü ile kişisel bilgisayar kullanım davranışları analiz edilir (Taherdoods, 2018). Thompson ve arkadaşları (1991) kişisel bilgisayar kullanımına etki eden değişkenleri; sosyal faktörler, tepki, kolaylaştırıcı durumlar ve algılanan sonuçlar başlığı altında; işe uygunluk, karmaşıklık ve uzun dönem sonuçları şeklinde ifade etmiştir.

Modelde yer alan değişkenler içerisinde yer alan işe uygunluk durumu, bireyin iş performansında iyileştirmeler oluşturmak üzere kullandıkları bilgisayarların etkin olma durumunu ne derece algıladıklarını ifade etmektedir. Ek olarak model bireylerin bilgisayar kullanımının yapacakları iş ile alakalı olan gereksinimlerini ne derece yerine getirebildiğini de ifade etmektedir. Modelde yer alan bu fonksiyon Davis ve arkadaşları (1989) tarafından ifade edilen algılanan kullanışlılık değişkeninin, bireyin belirli bir sistemi kullanmasının iş performansını yükselteceğine olan öznel algısına yapısı gereği benzerlik göstermektedir. Model bilgisayar kullanıcılarına gerekli eğitimleri vererek kullanıcıların herhangi bir problemle veya zorlukla karşı karşıya gelmeleri durumunda kullanıcıları destekleyerek, kullanıcılar için sistemi etkilemekte ve böylece bir tür kolaylaştırıcı sağlamaktadır. Model sistemde oluşan engelleri ya azaltır ya da tamamen yok eder. Modelin bir diğer değişkeni olan uzun vadeli sonuçlar bilgisayar kullanımının anlık ihtiyaçlara dönüş sağlamasından ziyade bireye uzun dönemde sağlayacağı fayda algısına bağlı olarak bireyin sistemi kabul etmesi ve sistemi kullanma durumuna karşı elde ettiği motivasyonu belirtmektedir (Thompson ve ark., 1991: 129-130). Model bilgisayar kullanım eylemini gönüllülük fonksiyonuna bağlı olarak değerlendirmesi ve kullanımı ifade etme konusunda yetersiz kaldığının düşünülmesi bağlamında eleştiri almıştır (Alkhwaldi ve Kamala, 2017: 7965).

2.3.2.3. Motivasyon modeli (MM):

Motivasyon bir eylemin gerçekleştirilmesi hususunda kişiyi zorlayan iç faktörlere ve bireyin eylemi gerçekleştirmesini destekleyen dış faktörlere bağlıdır. Motivasyon, kişinin yalnızca yetenek ve beceri elde etmesini desteklemez ek olarak sahip olduğu bu yetenek ve becerileri ne derecede ve nasıl kullanması gerektiğini de etkiler (Locke ve Latham 2004: 38). Modelde algılanan fayda değişkenini öznel norm ifade ederken, algılanan kullanım kolaylığını ise dışsal motivasyon ifade etmektedir (Alkhwaldi ve Kamala, 2017: 7965).

Davis, Bagozzi ve Warshaw (1992) tarafından motivasyon kavramı teknoloji kabul fonksiyonu bazında ele alınarak bireylerin teknoloji kabul ve kullanımı değerlendirilmiştir. Yani MM'nin bireylerin teknoloji kabul ve kullanım davranışını saptamak hususunda kullanıldığı söylenebilmektedir. Modele göre bireyin yeni bir teknolojiyi kullanmasında sahip oldukları iç ve dış motivasyonlarından davranışsal

niyetlerinin etkileneceği ifade edilmektedir. İçsel motivasyon, bir eylemin herhangi bir dış etmenden destek almadan bir kişi tarafından yapılma durumunu ifade eder. Dışsal motivasyon ise bireyin yapmak istediği eylemin çıktılarının değerli veya anlamlı bir etki yaratması gerektiğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır. Modelin değişkenleri; algılanan kullanım kolaylığı, algılanan kullanışlılık, algılanan eğlence ve kullanımdır (Türker, 2019).

Motivasyon faktörü teknoloji kullanımını etkileyen değişkenleri saptamak üzerine yapılan araştırmalarda davranışsal niyet üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğu belirtilen bir değişkendir. MM, teknoloji kabulüne yapılan uyuma göre değerlendirildiğinde; içsel motivasyon faktörünün algılanan eğlence değişkenine tekâmül ettiği, dışsal motivasyonun ise algılanan fayda değişkenine tekâmül ettiği belirtilmiştir. Algılanan eğlence değişkeni, kişilerin teknoloji kullanımını ne derece eğlenceli bulduğunun düzeyini belirtmektedir. Teknoloji kullanımına ilişkin eğlence; bireyin yeni bir sistemi kullanma durumuna bağlı olarak geliştirdiği içsel güdülenmeyi (motivasyonu) ifade eder (Venkatesh ve Bala, 2008). İçsel motivasyon, aynı eylemleri gerçekleştirme durumuna bağlı olarak hissedilen tatmin ve mutluluğu da ifade etmektedir (Venkatesh, 2000). Dışsal motivasyon ise teknoloji kullanımına bağlı olarak gerçekleştirilen eylemler sonucunda alınan ödül veya cezayı ifade etmektedir (Vallerand, 1997). Dışsal motivasyonu ifade eden algılanan fayda, değişkeni sistemin kullanımının performansta artış oluşturacağı yönündeki algıyı ifade eder (Davis ve ark., 1992).

Model yeni teknolojilerin kabulünün ve kullanımının sağlanmasında faydalı olduğunun ifade edilmesine karşın davranış niyetindeki varyansın %28-62' lik bir kesimi ifade edebiliyor olması sebebiyle eleştiriler almıştır. Bu sebeple davranışsal niyeti ifade edecek olan diğer fonksiyonları saptayabilmek için daha çok çalışma yapılması gerektiği ifade edilmiştir (Alkhwaldi ve Kamala, 2017: 7966).

2.3.2.4. Teknoloji kabul modeli 2 (TKM 2):

Son yıllarda sürekli gelişim ve değişim gösteren bilgi teknolojileri, kitleleri araştırma yapmaya yönlendirmektedir. Bu sebeple dünya üzerinde gelişmiş ve gelişmekte olan kitlelere mensup kişiler, kurumlar ve kuruluşlar, yeni teknolojilerin kabulünü ve kullanılmasını öngörmek amacıyla TKM'yi kullanmaktadır. TKM kullanılarak yapılan birçok araştırma modelinde ana temeller güçlü bir biçimde

nitelenmektedir. Fakat bazı araştırmalarda ise modelin teknoloji kullanıcılarının teknolojiyi kullanma amacını açıklama noktasında yetersiz kaldığı belirtilmektedir (Venkatesh, 2000). Venkatesh ve Davis (2000), bu yetersiz olma durumunu ekarte edebilmek için modele sosyal etkenler olarak adlandırılan değişkenleri ekleyerek "*Teknoloji Kabul Modeli 2*" (TKM 2) ortaya atmıştır.

Venkatesh ve Davis (2000) tarafından TKM'ye birkaç değişken dahil edilerek TKM 2 ortaya çıkarılmıştır. TKM 2'ye eklenen değişkenler sosyal faktörleri baz alan; algılanan fayda ve davranışsal niyete etki eden; kişisel norm, görüntü, çıktı kalitesi, iş uygunluğu ve sonuç gösterebilirliktir. Ek olarak deneyim ve gönüllülük düzenleyici değişkenleri de modele eklenmiştir. Modelin kullanılma amacı kullanıcının teknolojiyi kullanmasında algılanan fayda değişkenine bağlı olan yargılarının kökeninde yer alan ana fonksiyonların detaylı bir şekilde ifade edilmesini içermektedir. Modelin içeriğinde bilişsel süreçler ve sosyal etki fonksiyonları teste tabi tutulmuş ve sosyal etki ve bilişsel süreçlerin teknoloji kabulü üzerinde etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Modelin sonuçlarından bir tanesi de sorunlu ve gönüllü kullanımının bireylerin niyetleri üzerinde değişim yaratması olarak ifade edilmiştir (Venkatesh ve Davis, 2000: 187).

Venkatesh ve Davis (2000), TKM 2'de deneyim değişkeninin etkisini ölçmek amacıyla dört organizasyonda uygulama öncesi, uygulamadan bir ay sonra ve uygulamadan üç ay sonra olmak üzere üç süreçte ölçüm yapmışlardır. Yapılan ölçümlere göre yeni teknolojilerin kullanımı konusunda uygulama yapılacak olan organizasyondan ikisi gönüllü, ikisi zorunlu olarak belirlenmiştir. Organizasyonların bu şekilde belirlenme sebebi gönüllülük değişkenini düzenleyici etkisini saptayabilmektir. TKM 2'deki bu ölçüm sonuçları dört organizasyonda da çok etkili çıktılar vermiştir (Venkatesh ve Davis, 2000).

Akın'a (2019) göre modele; imaj, işe uyum, çıktı kalitesi, sonuç gösterilebilirlik, deneyim ve gönüllülük gibi değişkenler eklenmiş ve sübjektif normların klasik modelin boyutlarına olan etkisi açıklanmıştır. Modele sonradan eklenmiş olan bu değişkenlerin fayda algısına ve niyete daha fazla etki ettiği gözlemlenmiştir. Bu sebeple TKM2'ye kullanım kolaylığı algısını etkileyecek değişkenler eklenerek model daha fazla genişletilmiş ve böylece TKM 3 geliştirilmiştir.

2.3.2.5. Birleştirilmiş teknoloji kabul modeli ve planlı davranış teorisi (C-TAM-TBP):

Taylor ve Todd (1995), TKM'nin asıl eylemlerini etkileyen kontrol ve toplum fonksiyonunun modeller içerisinde yer almadığını ve deneyim sahibi olan ve olmayan kullanıcıların teknoloji kullanımını açıklamada modellerin yetersiz kaldığını belirtmiştir. Bu sebeple Taylor ve Todd (1995), TKM ve PDT'nin algılanan davranış kontrolü ve öznel norm fonksiyonlarını bu modele ekleyerek daha kapsamlı bir model oluşturmuştur. Yani C-TAM-TBP, diğer modeller arasında en yaygın şekilde kullanılan; TKM ve PDT'nin birleştirilmiş ve kapsamı genişletilmiş halidir (Venkatesh ve ark., 2003).

Model için yapılan çalışmada deneyimli ve deneyimsiz olmak üzere kullanıcı gruplarının (430 deneyimli ve 356 deneyimsiz potansiyel kullanıcının) yer aldığı bir karşılaştırma yapılmıştır. Karşılaştırma, bilgi teknolojilerinin kullanımlarını içermektedir (Taylor ve Todd, 1995a: 561). Yapılan çalışmanın sonucuna göre kullanıcıların yeni teknolojileri kullanma davranışlarını ifade etme konusunda yüksek bir etkililik gösterdiği saptanmıştır. Deneyime dayalı grup kullanıcılarının çıktılarına bakıldığında C-TAM-TBP, hem deneyimli hem deneyimsiz bireyler açısından gayet iyi bir ifade ediciliğe sahiptir (Jen, Lu ve Liu, 2009: 98-100). Fakat yinede C-TAM-TBP eleştiriler almıştır (Cheng, 2019). Bunun sebebi ise algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan kullanışlılığın, tutum ve niyet değişkenleri üzerindeki etkisi değerlendirilmeye alınırken, tutum ve niyet arasındaki ilişkinin değersiz olarak değerlendirilmiş olmasıdır (Venkatesh ve ark., 2003).

2.3.2.6. Birleştirilmiş teknoloji kabul ve kullanım teorisi (BTKKT):

BTKKT, TKM' yi geliştiren; Davis, Venkatesh, Moris ve Davis tarafından 2003 yılında ortaya atılmış bir teoridir. BTKKT, bireylerin kullanım davranışlarına açıklama getiren toplamda sekiz modelin (SDT, TKM, MM, PDT, C-TAM-TBP, Kişisel Bilgisayar Kullanma Modeli, YYT ve Sosyal Bilişsel Teori) hem olumlu hem de olumsuz taraflarının incelenmesi ve değerlendirilmesi sonucunda ortaya atılan bir teoridir (Yılmaz ve Kavanoz, 2017: 132). BTKKT'ye kullanıcı kabulü ve davranış niyetinde yadsınamayacak derecede bir etkiye sahip olan dört ana değişken (performans beklentisi, çaba beklentisi, sosyal etki ve kolaylaştırıcı koşullar) ve dört

adet de düzenleyici faktör (cinsiyet, yaş, kullanım gönüllüğü ve deneyim) dahil edilerek geliştirilmiştir (Venkatesh ve ark., 2003).

Venkatesh, Thong ve Xu (2012), BTKKT'yi geliştirerek BTKKT'nin 2. versiyonunu geliştirmiştir. Venkatesh ve arkadaşları (2012), BTKK 2'yi geliştirirken; BTKKT'de bulunan gönüllülük fonksiyonunu devre dışı bırakmıştır. Ek olarak modele hedonik motivasyon, alışkanlık ve fiyat değeri fonksiyonlarını dahil etmiştir. Hedonik motivasyonu entegre etmek; BTKKT'nin faydayı destekleyen en kuvvetli öngörüsünü, fiyat değerini dahil etmek; BTKKT'nin sadece zaman ve çabayı konsantre olan mevcut kaynakları analiz etmesini ve alışkanlığın BTKKT'ye eklenmesi; modelin kapsayıcı yapısını ve davranışın ana itici fonksiyonu olarak kasıtlılığı baz almasını tamamlayacaktır (Venkatesh, Thong ve Xu, 2012).

2.3.2.7. Teknoloji kabul modeli 3 (TKM3):

TKM 2'ye kullanım kolaylığı algısını etkileyecek değişkenler eklenerek model daha fazla genişletilmiş ve TKM 3 ortaya atılmıştır. Modele sonradan eklenen bilgisayar öz yeterliliği, dış kontrol algısı, bilgisayar kaygısı, bilgisayar eğlenebilirliği, algılanan keyif ve nesnel kullanılabilirlik değişkenlerinin fayda algısını etkilemediği, yalnızca kullanım kolaylığı algısını etkilediği varsayılmaktadır. Bu daha da genişletilmiş olan yeni modelde deneyimin, kullanım kolaylığı algısının, niyet üzerindeki etkiyi ise yükselttiği sonucuna varılmıştır (Akın, 2019).

TKM 3, TKM'nin ikinci değerli uzantısıdır. Model, algılanan kullanım kolaylığı değişkenine etki eden fonksiyonların saptanmasını içermektedir (Venkatesh, 2000). Bu fonksiyonlar ayarlamalar ve sabitleyiciler olarak saptanmıştır. Ayarlamalar, belirlenen sisteme direkt olarak deneyim sağlanmasına bağlı olarak oluşturulan inançlar olarak algılanmaktadır. Sabitleyiciler, bilgisayar ve bilgisayar kullanımına dair inançlar olarak algılanmaktadır. Kullanım kolaylığı üzerinde etkisi olan fonksiyonlar arasında; bilgisayar kullanım yeterliliği, dış kontrol algıları, bilişim sistemleri ile kaygı, bilgisayar oyunculuğu, algılanan eğlence ve objektif kullanılabilirlik yer almaktadır (Taşçı, 2019: 44).

Venkatesh (2000), TKM 3'e dahil edilen fonksiyonları; algılanan kullanım kolaylığı üzerine yapılan araştırmalardaki belirleyicilerden yola çıkılarak dahil etmiştir. Venkatesh yapmış olduğu araştırmada 246 katılımcı ile üç aylık bir zaman

diliminde üç ölçüm ile üç farklı kurumda modeli test etmiştir. Araştırma sonucunda ulaşılan çıktılar ile belirli bir sistem için algılanan kullanım kolaylığını ifade edebilmek adına değişkenler açısından kuvvetli bir destek sağlanmıştır (Venkatesh, 2000; Venkatesh ve Davis, 1996; Davis, Bagozzi ve Warshaw, 1992).

2.4. Hastane Bilgi Sistemleri (HBS)

Çağımız teknolojisinin bu denli hızlı ilerleyişinin sağlık sektörüne olan katkılarında bir tanesi de sağlık bilgi sistemleridir. Hastanelerde rutin bir şekilde büyük veriler, çok çeşitli ve yüksek kapasiteli bilgiler üretilmektedir. Bu veri ve bilgiler hem depolanma hem de daha sonra kullanılma gerekliliklerine bağlı olarak, bir sistemde depolanmayı gerekli kılmaktadır. Bu gereklilikler ise teknolojinin hastanelerde de kullanılmasını yaygın hale getirmiştir. Sağlık bilgi sistemleri sayesinde sağlık hizmet talebini gerçekleştirmek isteyen hastalara dair dokümanlar, hastanenin tıbbi ve idari işlemlerine ait tüm bilgi ve dokümanlar dijital ortamlarda gerçekleştirilmekte ve saklanmaktadır. Bunun sebebi; işleri ve iş süreçlerini kolaylaştırmak, maliyet ve zaman avantajı sağlamak, ihtiyaç duyulması dahilinde tekrar kullanılmak üzere depolamaktadır (Vafae, Vahedian, Esmailiy ve Kimiafar, 2010: 47; Yıldırım, Uludağ ve Görür, 2008).

Sağlık kurumlarının 7/24 sağlık hizmeti üretmesi sebebiyle ortaya çıkan hastalara dair sağlık veri ve bilgileri, hastanenin; muhasebe, depo, eczane, ambar, demirbaş kayıtları, gelir-gider kayıtları, muhasebe bilgileri, gelir kaçaklarının önlenmesi, doğru kaynak yönetiminin sağlanması, üst yönetimin daha net ve ileriye dönük bir şekilde karar vermesine destek sağlaması, belirlenecek hedeflere veri sağlaması, alınacak önlemlerin planlanması, tesis ile alakalı süreçlerin takibi, demirbaş kayıtlarının tutulması, stok takip ve yönetiminin sağlanması için sağlık kurumlarında sağlık bilgi sistemlerinin kullanımı bir zorunluluk haline gelmektedir (Rodoplu, 2008: 410-419).

Degoulet ve Fieschi, HBS'yi sağlık kurumlarındaki tüm tıbbi ve idari bilgilerin yönetimini daha kolay hale getirebilmek ve tıbbi bilgilerin havuzlanması sebebiyle de sağlık bakım kalitesini iyileştirmek amacıyla tasarlanmış bir bilgisayar sistemi olarak tanımlamaktadır (Degoulet ve Fieschi, 1997: 91). Aushev ve Boxerman'a (1998) göre HBS, sağlık kurumlarının çeşitli departmanlarında alınması gereken kararlara yardımcı olabilmek amacıyla, sağlık kurumlarında üretilen bilgileri

bir sistemde toplamak ve toplanan bu bilgileri yayabilme fonksiyonlarına sahip olan, farklı kaynaklardan elde edilen bilgileri bütünleyen, bilgisayar, modem, internet, veri tabanları, yazılım, modem, işletim sistemleri, fax, yazıcı, yapısal kablolama gibi farklı bileşenleri kullanan bir sistemdir (Köksal ve Esatoğlu, 2002: 30). Ulusal Tıp Kütüphanesi'nde (National of Library Medicine-NLM), HBS, sağlık kurumlarında yürütülmekte olan sağlık hizmet sunumuna ilişkin klinik ve yönetsel bilgileri bir sistemde saklamak, işlemek ve gerektiğinde tekrar ulaşım sağlamak amacıyla dizayn edilmiş sistemler olarak tanımlanmaktadır (Ma, 2003).

Baykal'ın (2008) yaptığı tanıma göre HBS; sağlık kurumlarında üretilmekte olan veri ve bilgilerin ortaya çıkarılması, depolanması, biçimlendirilmesi, paylaşılması yollarıyla hastaların tanı, tedavi ve bakım süreçlerine destek sağlayan, yol gösteren ve tedavi süreçlerinin belirlenmesi ve devamlılığın sağlanmasında ve geliştirilmesinde uygulanacak işlemlerin tümünü kapsayan geniş ağılı bir sistemdir. Bir başka tanıma göre ise HBS; koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunum aşaması ve yönetiminin sağlanması gibi süreçlere dair veri ve bilgilerin oluşturulması, depolanması ve depolanan bu verilerin hasta ve hastane menfaatine gerektiği zamanlarda takibinin yapılması, karar vermede argüman olarak kullanılması, veri ve bilgilerin gerektiği zamanlarda kullanılmak üzere tekrar ele alınması, birimler ve kişiler arasında iletimin kolaylaştırılması, daha etkin bir bakım ve yönetim planı sağlanması ve uygulanması için oluşturulmuş olan yazılım ve donanım sistemine verilen isimdir (Ömürberk, Demirgürbüz ve Tunca, 2013). HBS aslında öncelikli olarak hastalara odaklı bir sistemdir. Yani HBS, hasta merkezli bir sistemdir (Haux, 2006: 270).

Van Bemmelen ve Musen HBS'nin genel amaçlarını aşağıdaki gibi sıralamaktadır (Van Bemmelen ve Musen, 1997: 346):

- Hasta hizmetleri bölümünde kalitatif iyileştirmeler.
- Hastaya ait kısıtlanmış verilerin daha etkin kullanımı.
- Öğretimin desteklenmesi.
- Araştırmanın desteklenmesi

Bir HBS'nin başarılı olabilmesi için bazı noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu noktalardan aşağıda yer aldığı gibi bahsedilmektedir (Degoulet ve Fieschi, 1997: 91):

- HBS'ye girilen veri ve bilgilerin tam olması.
- Donanım ve yazılım sistemleri iyi bir şekilde adapte edilmiş olmalı.
- Sistemin içeriğinin genişletilebilirliği ve sistemin devamlılığının sağlanabilmesi.
- Sistemin sağlık kurumunun iç ve dış çevresi ile olan iletişiminin ve sağlık kurumunun sosyolojik özelliklerinin analizinin yoğun bir şekilde gerçekleştirilmesi.

Sağlık kurumlarında hasta işlem süreçlerinden yönetim süreçlerine kadar pek çok sürecin ve işlemin gerçekleştirildiği HBS'nin bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. O özellikler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Özkul ve Odacıoğlu, 2004: 252):

- **Güvenilirlik:** Sistemin kullanımı gerekli olan her zamanda ve her durumda doğru şekilde çalışır vaziyette olmalıdır.
- **Güvenlik:** Sistem dışardan gelecek olan müdahalelere ve saldırılara karşı korunur halde olmalıdır.
- **Kullanılabilirlik:** Sistemin kullanıcıları sistemin kendilerine tanımlamış olduğu işlemleri sorunsuz bir şekilde kullanabilmelidir.
- **Esneklik:** Sistem son teknolojilere uyarlabilir şekilde olmalıdır.
- **Etkinlik:** Sistemin işlem yapma ve çıktı alma süreci hızlı bir seviyede gerçekleştirilebilmelidir.

Delpierre ve arkadaşlarına (2004) göre, HBS'nin amacı; sağlık hizmet sunucularına klinik karar verme sürecinde destek sağlamaktır. Ek olarak sağlık hizmet bölümleri ve bu bölümlerde hizmet sunmakta olan sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli arasındaki koordinasyonu güçlendirmek, klinik kılavuzların kullanımını yaygınlaştırarak ve global sağlık bakım kalitesini geliştirmektir. HBS'nin diğer amaçları; aynı anda birden fazla sağlık kurumu çalışanları tarafından tıbbi bilgilere ulaşımın sağlanabilmesi ve tıbbi bilgelere ulaşımı hızlandırmaktır. Ek olarak tıbbi verilere ulaşan sağlık hizmet mensuplarının

kayıtlarını tutmak yoluyla bilgi mahremiyetini iyileştirmek, yoğun ve rutin bir şekilde üretilen veri ve bilgilerin toplanması ve depolanmasıdır (Delpierre ve ark., 2004: 408).

HBS'yi önemli kılan etmenlerden şu şekilde bahsedilebilir; güvenilir, doğru, tam zamanında, yüksek kaliteli, verimli ve etkili bir sağlık hizmet sunumu için sağlık personeli ve yardımcı sağlık personelinin tüm sağlık hizmet sunum süreçlerinde ihtiyaç duydukları bilgilere her an sahip olabilme avantajı sağlanmaktadır (Abbot ve Taylor, 2007: 4). Sağlık bilgi sistemlerinin kurumlar tarafından yaygın bir şekilde kullanımı hastalara daha hızlı bir sağlık hizmet sunumu sağlamak, etkinliği artırmak, sağlık hizmet ve sağlık hizmet sunumunun kalitesini artırmak, işlemlerin tekrarını azaltmak, tıbbi hataları daha aza indirmektedir. Ek olarak tekrar ve tıbbi hataların azaltılmasına bağlı olarak maliyetlerde düşüş sağlamaktadır (Nirel ve ark., 2010: 649).

Hastaneler birçok departmanın birbiriyle entegre bir şekilde çalıştığı kompleks işletmelerdir. Bu sebeple sağlık personeli, yardımcı sağlık personeli ve idari personel birbirleriyle entegre bir biçimde çalışmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık hizmetleri çalışanları arasında iletişim ağı, bilgi paylaşımı, planlama, faaliyet ve dokümantasyon organizasyonel bir ihtiyaç haline dönüşmektedir. Bu organizasyonel ihtiyaç ise HBS tarafından karşılanmaktadır. Sağlık kurumları yalnızca organizasyonel anlamda değil operasyonel anlamda da karmaşık bir yapıya sahiptir. Operasyonel faaliyetlerin amacı etkinlik ve etkililik sağlayabilmektedir. Operasyonel faaliyetlerde etkililik ve etkinlik sağlanabilmesi için çok fazla veri ve bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık kurumlarının bu ihtiyaç açığı HBS tarafından kapatılmaktadır. HBS'ler sağlık kurumlarının iletişim yapılanmasını, veri tabanları ve uygulama programları sayesinde; bilgileri birleştirerek, işleyerek, muhafaza ederek, verilecek olan kararlara karar destek sağlayarak ve tüm süreçlerin koordine ederek sağlık kurumlarının bu kompleks yapısıyla baş etmesini daha kolay hale getirmektedir (Johns, 2002: 67).

Kelkar'a (2010) göre HBS'nin sağlık kurumlarına sağladığı faydalar aşağıda yer aldığı gibidir;

- Düz enli ve sistemli bir işleyiş, sağlık kurumlarında kırtasiyeciliği ve dokümantasyonu azaltır. Hastanenin farklı bölümlerinde aynı verilerin ve belgelerin tutulması.
- Gelişmiş sermaye yönetimi, sağlık kurumlarında sermaye bilgi ve işlemlerinin bilgisayar sistemleri üzerinden çevrimiçi bir şekilde takip edilmesi.
- Gelişmiş hasta bakımı, hasta bilgilerinin yer aldığı kayıtlara kolay ulaşım sağlamaktadır. Hasta bakımlarının olabileceği en kısa sürede uygulanması amacıyla çevrimiçi işlemlerden yararlanılmaktadır. Hasta verilerinin çevrimiçi kayıt ve takibi sayesinde departmanlar arasında bilgi akışının hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesi.
- Akıllı gelir yönetimi, sağlık kurumlarında gerçekleştirilen işlemlerin faturalandırılmasının ve takibinin çevrimiçi bir şekilde gerçekleştirilmesi süreçlerinin uygulanmasıdır. Yatak doluluk oranlarının optimize edilmesi; kontrollerinin ve takibinin yapılmasıdır. Ek olarak sağlık kurumunda bulunan ilaçların raf ömrünün takibinin yapılması.
- Yönetim ve kontrol işlemlerinin daha iyi bir şekilde uygulanması. Sağlık kurumlarında yönetime ait verilerin güncel bir şekilde sistemde yer alması ve bu verilerin takibinin yapılması. Yönetim birimlerine ait veri ve bilgilere zamanında, doğru ve tam bir şekilde ulaşılması.

1981 yılında Berkowitz ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, bireylerin hastane seçimi konusunda kararlarını belirleyen dört tane değişkenden bahsedilmiştir. Bu değişkenlerden bir tanesi de sağlık hizmeti veren kurumun kalitesidir. Yani bireyler bir sağlık kurumunu seçerken o sağlık kurumunun kalitesi sağlık kurumu hakkında olumlu veya olumsuz bir edinim oluşturarak eylemlerine etki etmektedir (Tengilimoğlu, 2001: 85-98). Sağlık hizmetleri için kalite ölçümleri önemli bir faktördür. Bilgi sistemleri zaman ve maliyet faydası sağlayarak sağlık kurumlarının HBS ile birlikte ellerinde depoladıkları verilerden yararlanarak veri ve bilgilere kolay bir şekilde ulaşabilmektedir. Bu veri ve bilgileri amacına uygun şekilde sınıflandırarak ve işleyerek yorumlanabilir hale getirebilmektedirler. Sağlık

kurumları bu veri ve bilgileri kullanarak kalite ölçümleri yapabilmesinin yanı sıra elde ettikleri çıktıları kullanarak kalitede iyileştirmelere de gidebilmektedir (Bates ve ark., 1999: 115-116).

HBS'nin birbirine benzerlik gösteren pek çok vakanın ve karmaşa vaat eden tanı ve tedavi süreçlerinin daha doğru, tam, güvenli ve hızlı bir şekilde algılanabilmesi, yorumlanabilmesi, tanımlanabilmesi bilgisayar destekli sistemler ile sağlanabilmektedir. HBS, tüm bu karmaşık ve benzer vakalara konulacak tanının ve uygulanacak olan farklı tedavi yöntemlerinin sağlanabilmesi için sağlık hizmet sunucularına destek ve rehber olmak amacıyla çeşitli kaynaklar ve araçlar sunmaktadır. Anlaşılabacağı üzere HBS, modern tıpta hastaların sağlık hizmetlerine ulaşma hızında, sağlık profesyonellerinin veri ve bilgilere ulaşma, tanı ve tedavi süreçlerinde büyük kolaylıklar, avantajlar, yüksek hız ve olağanüstü bir boyut kazandırmaktadır (Ay, 2009; Devaraj, Ow ve Kohli, 2013). HBS'nin kullanımının toplam kaliteyi geliştireceği, maliyetlerde azalmaya destek sağlayacağı, sağlık kurumlarının iş süreçlerine dair iş akışlarında yalınlaşma sağlayarak sağlık hizmet sunumuna zaman avantajı sağlayacağı saptanmaktadır (Vishwanath, Rajan ve Winkelstein, 2010).

Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, sağlık hizmet sunucuları ve hastalar arasında zayıf iletişim oluşması durumunda hastaların takiplerinde eksiklikler oluşabileceğine ve oluşan bu eksiklerin ise olumsuz sağlık çıktılarına sebebiyet verebileceği ve ilaç hatalarına neden olabileceği saptanmıştır (Metzger, Hayes, Chen, Cygan ve Garfield, 2010). Fakat HBS tam da bu noktada devreye girerek kişiler arasında stratejik düzeyde iletişim ve bilgi paylaşımı sağlayabileceği, iş süreçlerine hız ve verimlilik kazandırabileceği, sağlık hizmet sunumuna erişimi artırabileceği saptanmıştır (Günaltay, 2018: 3-4). Sonuç olarak HBS amacına uygun kullanıldığında klinik işlemlerin kalitesinin artırmakta, hasta güvenliği sağlanmasına destek olmakta ve hasta lehine sonuçların yan etkisini azaltmaktadır (Staggers, Gassert ve Curran, 2002).

HBS'nin bazı durumlarda uygulama şansının azalacağı ifade edilmektedir. Bu fonksiyonun ortaya atılma sebebi; HBS her ne kadar teoride avantajlı bir uygulama gibi gözükse dahi pratiğe aktarıldığı kısımda kullanıcıların kişisel yaklaşımları ve tasarımın arayüzünün yetersizliği gibi tasarımla alakalı birtakım sorunların veya performans eksiklerinin oluşmasına bağlı olarak uygulamanın dezavantajlarını ekarte

edecek durumlar oluşmasına sebebiyet verebilmektedir. Yani bu durumdan anlaşılacağı üzere teoride her ne kadar HBS'den başarı beklentisi yüksek olsa dahi HBS'ye geçiş sürecinde ve sistemin uygulama aşamasında aynı başarıdan bahsedilememektedir. Bu sebeplerden bazıları da sadece tasarımla alakalı olmamaktadır. Örneğin; değişime ve teknolojiye direnci yüksek olan veya uyum sürecinde sıkıntı yaşayan bireyler, teknolojiye yatkınlığı olmayan bireyler, öğrenme yönelimlerinin farklılığı, ileri yaşlardaki kullanıcılar, teknolojiye dair duyulan beklenti ve kullanım amacı, daha önceki teknoloji kullanımında yaşanan olumsuz deneyimlerin seviyesi, gibi özellikler kişinin teknoloji kullanımına ve sisteme dair yaklaşıma etki etmektedir. Bu etki sebebiyle de bireylerin teknoloji kullanımına olumlu veya olumsuz bir şekilde yansıma sağlamaktadır. Bu noktada da kişisel durumlara karşı uygulamanın şansı veya başarısı olumlu veya olumsuz bir şekilde etkilenmektedir. Bazı durumlarda da başarının sağlanamaması birçok çalışmada yer edindiği üzere teknolojiye dair eğitimlerin yeterli düzeyde verilememesi veya eğitimin verilme zamanının geç olmuş olmasından kaynaklanmaktadır (Nirel ve ark., 2010: 655).

Nirel ve arkadaşlarına göre (2010), sağlık kurumları yoğun ve karmaşık bir yapıya sahip ve sürekli bir şekilde bilgi üreten, bütün birimlerin birbirleriyle bilgi alışverişinde bulunduğu ve bu sebeple entegre bir şekilde çalışan kurumlardır. Sağlık kurumlarında hastaların bu birimler arasında tedavi alması, kurum veya doktor değiştirmesi ve sevk gibi durumlarda tekrar tekrar tahlil ve test yaptırması hem gereksiz veri üretimi hem de gereksiz maliyet yaratmaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı sağlık kurumları sağlık bilgi teknolojilerini yoğun bir şekilde ve değişimlere adapte olabilecek genişlikte kullanımının etkinliğinin artırmalıdır. Böylece hastalara daha hızlı bir sağlık bakım süreci sunulması, tanı ve tedavi sürecinde gereksiz tahlil tekrarlarının önlenmesi, tıbbi hataların önüne geçmek ve tıbbi hataları ve tahlil tekrarlarını azaltarak maliyetleri azaltmak yoluyla tasarruf sağlanabilmektedir (Nirel ve ark., 2010: 649).

Bir önceki paragraflarda da bahsetmiş olduğumuz üzere sistemin teoride hedeflenen başarısı pratikte aynı performansı bazı parametlerden dolayı karşılayamamaktadır. Nirel ve arkadaşlarının öne sürmüş oldukları bu görüşlerine karşın bir antitez üretilmiştir o tez ise; Koppel ve arkadaşlarının yapmış oldukları

alışmalarında sağlık kurumlarında sağlık profesyonellerince yoğun bir şekilde kullanılmakta olan bilgisayarlı istem giriş sisteminin (Computerized Physician Order Entry-CPOE), sürekli bir şekilde ilaç hataları riskini artırdığı bulunmuş olmasdır. Çalışmada CPOE, sisteminin 22 kalem ilaç hatasını daha kolay hale getirdiği saptanmıştır (Koppel ve ark., 2005: 1197). Tüm bu bilgiler ışığında bazı önemli noktalar tekrardan açığa çıkmaktadır; sistemin her ne kadar avantajlarından ve faydalarından bahsedilse dahi sistem tasarımıının yapılmasında dikkat edilmesi gereken noktalar ve kullanıcıların yapısı, kullanıcıların yapılarının sisteme uygunluğu, feedbackleri, sistemin hata geri bildirim uygulama ve süreçleri gibi fonksiyonlar dikkate alınmazsa istenen performans elde edilemeyebilmektedir. Bilgi sistemlerinin kötü performansı veya yetersiz tasarımıının sistemin başarısını dşreeği gözlemlenmiştir (Berg, 2001: 143).

Hastane bilgi sistemlerinin mevcut halde kullanılan uygulamasından yeni bir hastane bilgi sistemine geçişte yeni bir uygulamanın getireceği köklü değişim; sistem kurulumu, uyarılama, uygulama, eğitim, uyum süreci, pratiklik kazanma unsurları gibi sebeplerden dolayı zorluklar barındırmaktadır. Yeniliğin getireceği belirsizliğin yönetilebileceğine dair olumsuzlukların neler olduğunun bilinmemesi ve öngörülememesi beraberinde birçok sorun getirebilmektedir (Tidd, Bessant ve Pavitt, 2005: 78). Yenilik sürecinin süreç sonucunda getirilerinin bilinmemesinin yanı sıra yenilik sürecinin kabul edilip edilmeyeceğinin ve yenilik sürecinin ne kadar bir zaman alacağının da öngörülememesi yenilik sürecinin yönetilebilirliğini riskli ve zor bir hale dönüştürebilmektedir (Pearson, 1991). Özellikle kurum çalışanlarının yeniliğe vereceği tepkiler, kabuller ve redler çok büyük önem arz etmektedir. Çünkü yapılan bir yeniliğin başarılı olabilmesi için kurum çalışanları tarafından kabul edilmesi, algılanabilmesi ve uygulanabilmesi gerekmektedir. Bu noktada kurum tarafından kurumun kontrolünde olan belirsizliklere dair tedbir ve önlemler alınmalı ve gerekli bilgi ve enformasyon sağlanarak kurumsal yapılar tesis edilebilmelidir (Uzkurt ve Demirci, 2012: 70).

Yeni teknolojilere uyum sağlamada kişiler ve kurumlar belirli zorluklar yaşamaktadır. Çünkü her değişim beraberinde bir bilinmezlik, acemilik ve belirsizlik barındırmaktadır. Bu sebeple değişim sürecinin yönetimi iyi sağlanmalıdır. Değişim yönetiminin ilklerine uygun liderlik, st yönetimin desteği, motivasyon, gerekli

eğitimlerin verilmesi, değişime katılımı teşvik etmek, katılımın sağlanması, değişimin bir plan ve programa bağlı şekilde kontrollü olarak uyarlanması, farkındalık ve istek oluşturma aşamalarının daha başarılı bir değişim süreci içinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Genellikle kurumlarda bu değişim aşamalarının dikkate alınmadığı gözlenmektedir. Değişim sürecinde değişimin gerçekleşmesi aşamasında en önemli faktör çalışanların tutumudur. Çünkü çalışanların algı, tutum, davranış, direnç, kültür problemleri değişimi olumlu veya olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Bu sebeple değişim sürecinde değişim konusunun çalışanlara açık ve net bir şekilde anlatılması, gerekli eğitimlerin verilmesi ve anlatılmak istenenin çalışanları algılarında ne derece yer kapladığının ölçülmesi, gerektiği durumlarda iyileşmelere gidilmesi gerekmektedir (Altındış, Altındış ve Saylı, 2011: 92).

2.4.1. Hastane Bilgi Sistemleri Tarihçesi

1960'ların bitimine kadar kayıt gerektiren işlemler manuel bir şekilde kâğıda dayalı olarak ilerlemekteydi. Daha sonraları bilgi sistemlerinin hayatımıza girişiyle beraber diğer endüstrilerde de bilgi sistemlerinin kullanımı yaygınlaşmaya başlayınca sağlık hizmetlerinde de bu teknolojiler uyarlanarak kullanılmaya başlanmıştır (Johns, 2002: 60). Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda bilgi teknolojilerinin kullanımı 1960'lı yıllarda başlamıştır. Fakat bu yıllarda bilgi teknolojilerini kullanan sağlık kurumları azınlıkta yer almaktaydı. Bilgi teknolojileri sistemini kullanan hastaneler ise çoğunlukla hasta ödemeleri ve maaş işlemleri gibi idari işlemler için bilgi teknolojilerine başvurmaktaydı (Glandon, Smaltz ve Slovensky, 2008: 14).

ABD'de kurulmuş olan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) "araştırma, öğretim ve hasta bakım süreçlerinde kuruma sağlık hizmeti, almaya gelen hastaların hasta kayıt süreçleri nasıl daha faydalı hale getirilebilir?" sorusuna cevap bulabilmek amacıyla 1989 yılında bir komite oluşturmuştur. Oluşturulan bu komite 1989 yılının Eylül ayında çalışmalarına başlamıştır. Komiteden beklenen çalışma mevcut olarak kullanılan hasta kayıt sistemindeki problemlerin araştırılması ve bu problemlerin gelişmekte olan teknolojik ilerlemeler ışığında iyileştirmelerinin planlanması şeklindedir. Komite gelecekteki hasta kayıt sistemi için 5 hedef belirlemiştir. Bu beş hedeften ilki; gelecekteki hasta kayıt sistemlerinin sağlık hizmet sunumunun kalitesini iyileştirmesi ve sağlık hizmet sunumunu desteklemesi olarak belirlenmiştir.

İkinci hedef; sağlık hizmet sunumu ile bağlantılı olarak finansal ve yönetsel kaynaklı maliyetleri azaltmak ve sağlık hizmet sunucularının verimliliğini artırmaktır. Üçüncü hedef; sağlık hizmetleri araştırmaları ve klinik araştırmaları destekler nitelikte olmalıdır. Dördüncü hedef; sağlık hizmetlerinin yönetimi, finansmanı, politikası ve teknolojisi ile ilgili gelişmeler birbirleriyle uyum içerisinde olmalıdır. Beşinci hedef ise hasta verilerinin kişisel bilgiler olması sebebiyle siber saldırı ihtimaline karşı her zaman bir savunma mekanizması ile güvence altına alınması olarak belirlenmiştir (Richard, Elanie ve Don, 1997: 54).

Komite belirlemiş olduğu bu hedefleri gerçekleştirmek için hasta kayıtlarının bilgisayar tabanlı olması gerektiğini ifade etmiştir. Komiteye göre; sağlık kurumunda mevcut halde bulunmakta olan hasta kayıtlarına dair formların, prosedür ve içeriklerin yalnızca otomatize edilmesi onların eksiklerinin devam etmesini destekleyecektir. Bu şekilde kullanıcıların gereksinimlerini yerine getirme konusunda bu yöntem eksik kalacaktır. Komite bilgisayar kullanımına dayalı bu hasta kayıtlarını, klinik karar destek sistemleri, doğru ve tam veri, uyarıcılar ve hatırlatıcılar, medikal bilgi kaynaklarına bağlantı ve diğer avantajları vasıtasıyla kullanıcıları destek amaçlı olmak üzere bir sisteme göre özel olarak tasarlanmış olan bu kayıtlara elektronik tıbbi kayıtlar denilmektedir (Richard ve ark., 1997).

Komite hazırlamış olduğu raporun manifestosunda sağlık kurumları ve sağlık hizmet sunucularına ilk öneri olarak; hastalara ait tıbbi kayıtları ve sağlık kurumlarına ait yönetsel kayıtlarını bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemlerine optimal bir şekilde kayıt etmelerini sunmuştur (Richard ve ark., 1997: 180). Hasta kayıt sistemi yalnızca HBS'nin bir parçasıdır. Hasta kayıt sisteminin ait olduğu alan klinik bilgi sistemi kısmıdır. Oysaki HBS daha geniş kapsamlı bir programdır. HBS, hem klinik bilgileri hem de idari bilgileri içinde barındıran bir sistemdir. Klinik bilgi sistemi, sağlık hizmetlerinin tıbbi ayağının sunumunda kullanılmaktadır. Klinik bilgileri toplamak, işlemek ve daha sonra kullanılmak üzere depolamak için kullanılmaktadır. Klinik sistemler; idareye ait iş süreçlerine dair faturalama ya da finansal verileri, iş ve işlemleri içermez. Yalnızca uygulamanın klinik ayağıyla ilgilidir. Bazı sistemlerin ise etki alanı sınırlandırılmış olabilmektedir (Richard ve ark., 1997: 56).

Hastane bilgi sistemleri ile ilgili olarak tarihi bir akış aşağıdaki gibi yapılmıştır (Johns, 2002: 55);

- 1959 yılına kadar, hastane bilgi sistemi genel olarak elle ve mekanik işleme yöntemleri ile yürütölmekteydi.
- 1960 yılından 1969 yılına kadar olan dönem, bilgisayar teknolojisinin gelişim sürecini oluşturmaktadır.
- 1970-1979 yılları arasında var olan bilgisayar donanımları yeni kullanılmaya başlanan sistemin bünyesinde yer almaktadır. Bu sistemin ilk çalışmaları uygulanmıştır.
- 1980-1989 kelime işlemcilerin geliştirildiğı dönemdir.
- 1990'lı yıllarda ise bilgi kullanımı gelişmektedir. Bu dönemlerde stratejik yönetim ve hasta bakımı üzerinde durulmuştur.
- 2000'li yıllarda ise iletişim ve bilgi teknolojilerinin durmaksızın gelişim gösteren değişimi sayesinde elektronik sağlık kayıtları oluşturulmak üzere çalışmalar başlatılmıştır. Günümüzde ise elektronik sağlık kayıtları, e-Sağlık uygulamaları hız kesmeden uygulanma, geliştirilme ve kullanılmaya devam etmektedir.



Şekil 2.3.5. Hastane Bilgi Sistemleri Tarihi Akışı

Kaynak: (Johns, 2002: 55'ten uyarlanmıştır).

1990'lı yıllarda hastanelerde görsel ara yüzlerin bulunmadığı text ortamında geliştirilmiş bilgi sistemleri kullanılmaktaydı. Text tabanlı sistemlerde, hasta verileri, tanı, teşhis ve tedavi ile ilgili veri ve bilgiler, ileri hasta sonuçları birimlerden öğrenilerek manuel bir şekilde sisteme aktarımı sağlanmıştır. Bilgi sistemlerine geçilmeden önceki dönemde hastaya dair veri ve bilgiler hasta kartlarında yer aldığından mütevellit hasta belgelerini arşivlerde depolamak birçok probleme yer açmaktadır. Bu problemlerden bir tanesi; sağlık hizmetlerinde durmaksızın üretilen büyük boyutlarda veri ve belge üretimi olmasıdır. Bu problem detaya inildiğinde ise hasta verilerinin saklanması, veri deposunun ısı ve nem ayarının sağlanması, belgelerin kaybolma, tahrip edilme, hasar alma riskinin olması, yangın, sel gibi doğal afetlere karşı belgelerin korunmasında yaşanabilecek zorluklar ve imkansızlıklar, büyük miktarlarda üretilen verilerin zamanla depolama alanında sıkıntıların çıkması, ihtiyaç duyulan dosyalara ulaşımında uzun bir arama ve bulma sürecinin olması gibi zorluklardan bahsedilebilmektedir. Bunun yanı sıra hastaların eski tetkiklerine dair dosyalarda yaşanan kayıpların tekrar tetkik ve kaynak kullanımında yaratacağı israfın

maliyeti, zaman ve işgücü israfı yaşanmaktadır. Tıbbi alanların yanı sıra idari alanlarda da işe devam, maaş, kaynak ve personel yönetimi gibi alanlarda da kurumsal kaynak sistemleri ayrı ayrı yönetildiğinden dolayı idari alanlarda da maliyet kontrolünün sağlanmadığı gözlemlenmiştir (Ceylan, 2015: 5).

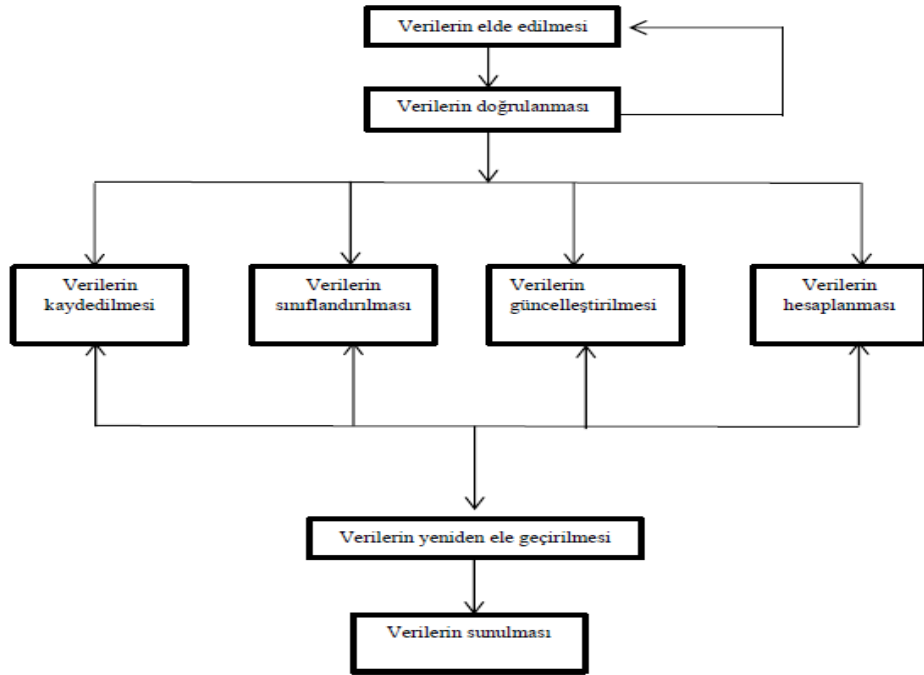
HBS sürecini ülkemiz açısından incelediğimizde değişen teknoloji ve gelişen dünya hizmet sektörünün hızına ayak uydurma çabası kapsamında ülkemizde *"Sağlıkta Dönüşüm Programı"* kapsamında Kasım 2003 tarihi ile sağlık alanında devrim niteliğinde bir dönem başlatılmıştır. Sağlık sistemimizin bölünmüş bir yapıda olması, hasta kayıt sürecinde yaşanan sıkıntılar, kaybolan evrak ve belgeler, sağlık çalışanlarının hasta kontrol sürecinde yaşadıkları zorluklar, stok ve malzeme takibinin karmaşıklığı ve zaman alması, muhasebe ve faturalamalarda, ihale ve kurum içi, kurumlar arası yazışmalarda daha uzun ve kontrolsüz ilerleyen süreçler sağlık sistemimizde elektronik süreçlerin hayatımıza girmesini gerekli kılmıştır (Ünalın, 2016: 4).

2.4.2. Hastane Bilgi Sistemi Süreci

HBS süreci sağlık hizmeti talep eden bireylerin hastaneye kabulü ile başlayarak devam eden süreçte sağlık hizmeti sunucuları tarafından hastanın yönlendirileceği tüm tıbbi (laboratuvar, ameliyathane, radyoloji, klinik, eczane, diyet ve terapi) birimler, mali (malzeme yönetim sistemleri, muhasebe ve finans) işlemler ve idari (insan kaynakları, malzeme yönetimi, karar destek sistemleri, ofis otomasyonları, programları sistemleri) işlemlerde kullanılmaktadır. Bu iş akış süreçlerinde oluşturulan verileri hastanede çalışan sağlık profesyonelleri ve hastane yöneticilerine tam, güvenilir ve hızlı bir şekilde ulaştırarak sağlık hizmet sunumu ve hastane yönetimi süreçlerini daha kolay hale getirmektedir. Böylece zaman ve maliyetten tasarruf sağlamaktadır (Köksal ve Esatoğlu, 2005; Laudon ve Laudon, 2007).

Entegre bir HBS zamanla oluşturulabilmektedir. Bu zaman genellikle birkaç yılı bulabilmektedir. Bir sağlık kurumunda bilginin nasıl işleyeceğine karar vermek, HBS'nin kurumun bünyesine kazanımını ve kurulumunu gerçekleştirebilmek için gerekli altyapının sağlanması ve satın alma süreçlerinin gerçekleştirilmesinden önce bu sistemin kurulumu için çalışacak olan uzman personel ve personelin sağlanması ve personelden etkili ve verimli bir takım oluşturulması önde gelmelidir (Bars, 2002: 4).

Tarihsel olarak HBS, veri temelleri ve bilgi süreç modeli üzerine kurulmuştur. HBS'nin temel fonksiyonları;



Şekil 2.3.6. HBS Sürecinin Temel Fonksiyonları

Kaynak: (Tan, 1995).

2.4.3. Hastane Bilgi Sistemleri Türleri

HBS'den bu bölümde ikiye ayrılarak bahsedilecektir. HBS, Klinik Bilgi Yönetim Sistemleri ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri olmak üzere iki grup şeklinde ele alınmıştır.

2.4.3.1. Klinik bilgi yönetim sistemleri:

HBS'nin klinik ve medikal bilgi sistemleri ayağı daha çok tıbbi hizmetlerde destekleyici bir model olarak kullanılmaktadır. Klinik bilgi sistemleri hastanın bakımını destekleyici bilginin işlenmesi, depolanması ve gerektiği durumlarda tekrar kullanılmak üzere ulaşılabilir olmasını içermektedir. Amerika'da The Institute of Medicine, Klinik Bilgi Sistemlerini "*hastalara ait önemli klinik bilgileri toplayan ve kullanılabilir hale getiren bir sistem*" olarak tanımlamaktadır. Açıklamadan da anlaşıldığı üzere bu sistem daha çok hastanın tanı, tedavi işlemlerine dair klinik süreçleri içerisinde barındırmaktadır. Sistem hastaya dair verileri ses, resim, görüntü ve yazı biçiminde toplayan, işleyen, ileten, gösteren, karar verme sürecinde destek

sağlayan ve tüm bu verileri depolayan bir sistemdir (Austin ve Boxerman, 2003: 167).

Sağlık kurumlarının öncelikli hizmet ayağı klinik hizmet sunmaktır. Klinik sistemler, sağlık kurumlarında sağlık bakım süreçlerine dair iş akışlarına direkt olarak destek sağlamasının yanı sıra maliyet kontrol programlarının gereksinim duyduğu verilerin toplanmasına ve kalite iyileştirme süreçlerine de katkı sağlamaktadır (Austin ve Boxerman, 2003: 159). Klinik sistem rehberleri ve diğer tedavi protokolleri sisteme depolanabilir. Bu fonksiyon sayesinde hastaya yapılan tahlil ve tedavi uygulamaları klinik rehberler tarafından uygunluğu kontrol edilerek gereksiz tahlil ve tedavi uygulamalarının önüne geçilmesi sağlanmaktadır. Sağlık kurumuna tedavi almak amacıyla gelen hastalar için izlenecek tedavi süreçleri kanıta dayalı uygulamalarla kıyaslanabilmektedir. Klinik karar verme sistemine kanıta dayalı uygulamayı dahil ederek, sağlık hizmet sunumu sürecinde sistemi kullanan sağlık personeline maliyet etkinlik ve klinik etkililik kanadında destek olmaktadır. Klinik bilgi sistemleri sağlık personeline hasta bakım sürecinde ve maliyet etkililiğın yanı sıra dış raporlar, performans ölçümü, maliyet yönetimi gibi avantajlar da sağlamaktadır (Glandon ve ark., 2008: 202).

2.4.3.1.1. Klinik karar destek sistemi (KKDS):

KKDS, hastaya dair kişisel bilgilerin ve sağlık personeli tarafından üretilen hastanın tanı ve teşhis işlemleri için gerekli olan verilerin kullanılmasına bağlı olarak, sağlık çalışanlarına değerlendirmelerde, tavsiye ve uyarılarda bulunan, bir nevi sağlık personelinin alacağı klinik süreçlere dair kararlarda yol gösteren bir programdır. Klinik karar destek programının işlem alanı klinik bilgiler ve tıbbi verilerdir (Özata ve Aslan, 2004: 11).

KKDS üç başlık altında toplanabilmektedir (Güleş ve Özata, 2005):

- Bilgi yönetimi için araçlar: Sağlık kurumlarında bilgi yönetimi, üretilen bilgilerin saklanması, depolanması ve ihtiyaç dahilinde tekrar kullanılmak üzere geri çağırılması için ihtiyaç duyulan altyapıyı gerçekleştiren gelişmiş iş istasyonlarının desteğiyle sağlamaktadır.
- Uyarı ve dikkatin bir alana odaklanması için sistemler: Sağlık personelinin teşhis yöntemlerini ve problemleri hatırlamaları üzerine kurulan sistem belirli

standartların yer aldığı yanıtları içinde barındırarak olası anormalliklere karşı reaksiyon gösteren bir mantık üzerine kurulmuştur. Bu sistem sağlık çalışanlarını olası bir kritik durumda hastaya müdahale etme sürecinde zamana karşı avantaj sağlamak amacıyla uyarılarda bulunmaktadır.

- Teşhise yardımcı olmak veya hastalara özel tedavi tavsiyelerinde bulunmak için sistemler (Tıbbi Uzman Sistemler): Bu sistemde hastanın kişisel verileri baz alınarak yapılan değerlendirmeler ve tavsiyeler yer almaktadır. Sistemin temelinde maliyet fayda yaklaşımına ve karar teorisine dayanan bir yöntemle ilerleme sağlanmakta ve zaman zaman da simgesel problemlere dair çözümlemelere dair sayısal yaklaşımlardan destek alınmaktadır.

KKDS'nin etkililiği ve işlevselliğine dair yapılan araştırmalarda, bu sistemlerden yararlanılmasının hasta bakım süreçlerinde olumlu etkiler sağladığı gözlemlenmiştir. KKDS hastalıkların daha kısa sürede ve erken teşhis edilmesinde sağlık çalışanlarına yardımcı olmakta ve sağlık bakım hizmetlerindeki kalitenin artırılmasını sağlamaktadır. Hastalıkların daha erken teşhis edilmesi sağlık çalışanlarının tedaviyi uygulama süreçlerini azaltarak, daha az maliyetle daha fazla getiri sağlamasına yol açar. Ek olarak KKDS, ilaçların ters etki yaratabileceği durumlara engel olur, ilaçların hatalı kullanımına engel olur ve ihmalden kaynaklı oluşabilecek olan hataları önler. Sağlık çalışanlarına sağladığı tıbbi veriler ve hastaya dair bilgiler sayesinde hasta bakım süreçlerinde sağlık çalışanlarının işlerini kolaylaştırarak hafızalarını kullanmalarına olan ihtiyacı azaltarak karar verme sürecini daha yalın ve daha basit hale getirmektedir (Özata ve Aslan, 2004: 16).

2.4.3.1.2. Laboratuvar bilgi sistemi (LBS):

LBS, hastanın laboratuvar işlemlerine dair test istemi ile başlayarak sonuç raporlama ile devam eden, verileri işleyen ve kayıtlarını tutan, test sürecinden geçen hastalara ve örneklerle dair kimliklendirme işlemi yapan, rapor üretimi gerçekleştiren, veri toplayan, içeriğinde yönetsel raporları barındıran ve kalite kontrol süreçlerine dair rapor imkânı sağlayan bir sistemdir. Anlaşılabacağı üzere LBS yalnızca hastaların laboratuvar verilerine dair süreçlerle ve işlemlerle ilgilenmemektedir. LBS aynı zamanda günlük rutinlerini yönetsel fonksiyonlara entegre bir şekilde rapor olarak da sunmaktadır. Sunulan bu raporlar laboratuvar da gerçekleştirilen işlemlerin bir bilgisayar teknolojisine entegre şekilde veri üretmesi, analizi ve dağıtımı süreçlerinde

ek olarak laboratuvar envanter kontrolünün sağlanması, laboratuvar verimliliği ve etkililiğinin değerlendirilmesi, iş akışının izlenmesi gibi yönetsel izlenimlere de veri sağlamaktadır (Johnss, 2002: 71).

Tengilimoğlu'na (2012) göre LBS; laboratuvar işlemlerine dair süreçlerin belgelenmesi, laboratuvar test sonuçlarının takibinin sağlanması ile klinik verimliliğin değerli hale getirilmesi, envanter kontrollerinin yapılması, temel veri analizlerinin sağlanması, laboratuvar test sonuçlarının bir araya getirilerek gerekli bölümlere ve sağlık personeline erişiminin daha kolay sağlanması, iş akışlarının izlenebilmesi gibi konularda destek sağlamaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2012).

LBS genel olarak aşağıdaki fonksiyonları desteklemektedir (Glandon ve ark., 2008: 206-207):

- Test isteklerini sisteme kaydeder.
- Örnek toplama ve işleme sürecini programlar ve izler.
- Tamamlanmış olan test sonuçlarını kaydeder.
- Hasta sonuçlarına dair telefon aramalarını cevaplar.
- Hastalara uygulanan test ve tahliller için periyodik özet raporlar oluşturur.
- Hasta kayıtlarının bir fonksiyonu olacak olan test raporlarını üretir.
- Laboratuvar işlemlerinin yönetim sürecini denetler.
- Laboratuvar çalışanlarının verimliliğini izler.
- Takip edilecek uyarılar üretir.
- Kalite kontrol süreci için kayıt sağlar.

LBS sayesinde; hangi hastanın hangi tahlili yaptırdığı, ne zaman yaptırdığı, tahlilin hangi doktor tarafından istendiği ve tahlil sonuçlarının hangi doktora gideceği, hangi tarih aralığında hangi testlerden yapılmış, kaç test istemi olmuş, hangi doktor hangi sürede ne kadar istemde bulunmuş, hangi laboratuvarlarda ne kadar kaynak kullanımı olmuş, belirli bir hastaya belirli bir sürede yapılan tüm test sonuçlarına ulaşımın sağlanması, hangi birimler hangi testleri istemektedir, bir doktor gözetiminde olan tüm hastaların sonuçlarına ulaşım, laboratuvarların yaptığı testler sonucunda testlerden elde edilen evraklı ve ücretli hasta gelirlerinin toplanması gibi verilere bilgisayar sisteminden daha kolay ulaşılmakta ve elde edilen

veriler istatistiksel analizlere de argüman sağlamaktadır (Öz, Sur, Pişkinsüt ve Ertaş, 1998: 26).

2.4.3.1.3. Eczane bilgi sistemi (EBS):

EBS, hasta tedavi sürecinde ihtiyaç duyulan ilaçların bilgilerine dair verilerin toplanması, saklanması, ilaç takip ve dağıtımını, kontrol yönetiminin sağlanmasını, ilaç kullanımının daha doğru ve net bir yöntemle karışıklığa ve alerji, son kullanma tarihi, zaman aşımı takibinin sağlanması, yanlış ilaç kullanımı, stok azaldığında gelen bildirim sayesinde elektronik ilaç siparişinin yapılması, tıbbi hatalardan kaçınılması, daha güvenli ve net kayıtlar tutmak ve saklamak, yatan hastaların ve poliklinik hastalarının reçete takibini yapmak, stok kontrolünü tutmak, gerekli istatistiklere argüman oluşturmak gibi işlemlerin daha analitik bir şekilde yönetilmesini ve kontrolünü sağlar. Ek olarak muhasebe ve karlılık işlemleri için de EBS'ye ihtiyaç duyulmaktadır (Işık ve ark., 2013: 123; Öz ve ark., 1998: 26-27).

EBS hasta kayıt ile entegre çalışmaktadır. Bu sayede hasta-ilaç provizyonunu, ilaç dozaj kontrollerini ve ilaç etkileşimlerini entegre bir şekilde sağlamaktadır. Reçetelerin hangi tarihte kim tarafından yazıldığı bilgisine sistemden daha kısa sürede, tam ve güvenilir bir şekilde ulaşım sağlanabilmektedir. Ek olarak reçete bilgisinden yola çıkılarak ilacın üzerine ilaçların kullanım talimatlarını gösteren bir etiket yapıştırmak da olanaklıdır (Günaltay, 2018: 37-38).

Eczanede EBS tarafından kullanılan bazı fonksiyonlar aşağıda açıklanmıştır (Çimen, 2014: 43-44):

- **Reçete Yönetimi:** Yatan ve taburcu olan hastalara dair reçetelerin yönetilmesi amacıyla kullanılır. Reçete istemi olduğunda, reçete farmasötik ürünler ile eşleştirilerek hastanın çıkış veya yatış durumuna bağlı olarak duruma göre düzenlenmektedir. Bu sistemle sistemden geçen bütün reçeteleri, reçetenin ne zaman yazıldığını, reçetenin tesliminin ne zaman yapıldığını, ilacı kimlerin reçetelediğini görebilmek mümkündür. Ek olarak sistem sayesinde reçete baz alınarak ilacın üzerine ilacın kullanım talimatları da etiket şeklinde yapıştırılabilmektedir.
- **Hasta İlaç Profili:** Kullanılan ilaçların psikolojik parametrelere dair detayları içeren ve şu anki geçmiş ilaçların mevcut alerjilerine dair

bilgileri içeren ve EBS tarafından yönetilen hasta profillerini içeriğinde barındırır. Bu profiller her ne zaman reçete talep edilirse o zaman klinik tarama amacıyla kullanılmaktadır.

- **Envanter Yönetimi:** Eczanelerin, ilaçların stoklarının tükenmesini önlemek amacıyla, daimî bir şekilde envanter takibinin sağlanması ve bunu bir kültür haline getirmesi gerekmektedir. Hastanelerin devasa büyüklükte ve çok yönlü hizmet verdiği göz önüne alındığında yatan veya taburcu olan hastalara dair çok farklı ilaç verme noktası olmasından dolayı bu işlem daha zor bir hal almaktadır. Bu sebeple manuel bir şekilde gerçekleştirilen envanter yönetiminden tam bir envanter yönetimi sağlamak zor olmaktadır. EBS sayesinde herhangi bir ilacın stok miktarı önceden belirlenmiş bir miktarın altına düştüğünde sistem gerekli uyarılarda bulunarak siparişte bulunulmasına ve ilaç sıkıntısı yaşanmamasına yardımcı olmaktadır.
- **Klinik tarama:** EBS, ilaçlara karşı oluşabilecek alerjileri, ilaç etkileşimlerini ve olası ilaçla ilgili oluşabilecek komplikasyonları izleme imkânı sağlayarak hasta bakım sürecine yardımcı olmaktadır. Sisteme bir sağlık personeli tarafından girilen reçete talebi olduğu anda hastanın herhangi bir gıda ile veya aynı anda kullandığı ilaçlar ile, ilaca karşı mevcut bir alerjik etkileşimlerinin olup olmadığı, hastanın psikolojik argümanlarına, ağırlığına, yaşına bakılarak yeterli dozda verilip verilmediği kontrol edilebilmektedir. Sistem bunlardan herhangi birini seçtiği durumda, uyarılar ve işaretler meydana çıkmaktadır.
- **Rapor oluşturma:** EBS, sağlık kurumlarında ilaç kullanım türünde tüketilen ilaçların maliyetine ve satın alınan ilaçların maliyetine kadar tüm işlemleri raporlamaktadır.
- **Diğer sistemlerle etkileşim:** EBS'nin diğer sistemlerle etkileşim halinde olması gerekmektedir. Örneğin; reçete talimatlarını elde etmek için tahsilat, faturalandırma ve bilgi sistemleri için gerekli olan mali sisteme ihtiyaç duyulmaktadır.

2.4.3.1.4. Radyoloji bilgi sistemi (RBS):

Radyoloji Bilgi Sistemi, hekimin radyolojik tahlil istemi ile başlayan, bu kayıtları depolayan, tıbbi görüntülemelerin sonuçlarını ve bu sonuçların gerekli

bölümler arası paylaşımını sağlayan, işlemler ile ilgili bilgileri, profilleri, tarihi kayıt altında rapor halinde tutam ve gerektiği durumlarda tekrar kullanıma sunabilen ve bölüme yönelik idari raporları da bünyesinde barındırabilen bir sistemdir (Glandon ve ark., 2008: 208).

Radyoloji bilgi sistemi, yüksek kayıt kapasitesi gerektiren medikal görüntülerin bir veri havuzunda toplanarak saklanması ve ihtiyaç duyulması dahilinde tekrardan bilişim sistemlerinden birkaç tuş ile hızlı bir şekilde ulaşılabilen bir bilgi sistemidir (Bayrakturan, Aslan ve Bal, 2010: 14).

Radyoloji bölümünden çıktı olarak alınan görüntülerin (klasik röntgen görüntüleri, CT, MR, US, vb.) depolanması ve ihtiyaç duyulması dahilinde yeniden değerlendirilmek üzere ortaya çıkarılabilmesini sağlayan bilgi sistemleri genel olarak Görüntü Depolama ve İletişim Sistemi (PACS-Picture Archiving and Communication Systems) olarak adlandırılmaktadır PACS, sağlık kurumlarından çıktı olarak elde edilen görüntülerin bir sistemde havuzlanarak depolanması ve gerek duyulması dahilinde bu görüntülemelere tekrardan bir ağ ile ulaşılabilmesine imkan sağlayan, arşivde daha az personele ihtiyaç duyulmasını sağlayarak personel maliyetini daha aza indirgeyen, film kayıpları, film hasarı gibi durumların ortadan kaldırılmasını sağlayan, proses maliyetlerini azaltan, çıktı olarak elde edilen görüntülerin depolanmasından doğacak fiziki bir arşivleme alanına duyulan ihtiyacı azaltarak tesiste yer sorununu ortadan kaldıran, arşivlerde oluşabilecek olası ısı ve nem dengesinin sağlanabilmesi için gerekecek olan planlama ve enerji harcama süreci ve maliyetinden tasarrufta bulunmak, film ve görüntüleri bir yerel ya da genel ağ ile farklı lokasyonlardaki sağlık personeli veya kurumları ile paylaşabilen özel yazılım ve donanım sistemlerine sahip olan, hastane ve radyoloji sistemleri ile entegre bir şekilde ilerleyebilen sistemlerdir. PACS bağımsız bir RBS'ye bağlanabileceği gibi daha genel bir ESK ve HBS ile de entegrasyon sağlayabilmektedir (Borst, Apel ve Baud, 1999). Birçok başarılı uygulamada HBS, RBS ve PACS entegre bir biçimde çalışmaktadır. PACS ve RBS hastalara dair radyolojik görüntülerin ve görüntüye ilişkin kayıtların RBS üzerinden takibinin sağlanabilmesi için; RBS ve HBS ise hastalara dair demografik bilgilerin, raporların ve faturaların paylaşılabilmesi için entegre bir şekilde çalışması gerekli olmaktadır (Greenes ve Brinkley, 2001: 528).

PACS'ların sağlık kurumları çapında, asgari seviyede yer aldığı söylenirken, mini PACS'lar genel olarak bölüm tabanlı (ortopedi, acil servis, radyoloji) olma eğilimindedir. Mini PACS'ları depolamak daha kolaydır. Hastane genelinde tam olarak fonksiyon sergilemek üzere güncellenebilmektedir. Ek olarak tamir maliyeti de daha ucuzdur. PACS'in avantajları şöyle sıralanabilir (Çimen, 2014: 45-46):

- Film üretme ve arşivleme maliyetlerini ortadan kaldırması.
- Hastanın tanı, teşhis süresini azaltacak kritik sonuçları kısa sürede elde ederek tanı ve tedavi sürecini hızlandırmaktadır. Özellikle bu fonksiyon ameliyathane ve acil servis müdahaleleri için hayati derecede önem ve avantaj sağlamaktadır.
- Hastadan elde edilecek olan çıktılar sistem sayesinde doktorlar ve radyologlar arasında dağıtımının daha hızlı şekilde gerçekleştirilmesini sağlar. Sağlık personelleri arasında veri paylaşımı gerçekleştirilebilir ve elde edilen çıktılardan tıbbi kayıt imkânı da sağlanır.
- Görüntüler güvenilir veri tabanlarına aktarılarak, gerektiği durumlarda tekrar kullanılmak üzere depolanmaktadır. Böylece görüntüler fiziki bir yer kaplamamakta ve alandan tasarruf sağlanmaktadır. Ek olarak da belge ve dosya kaybı, verilerin hasar alması ve herhangi bir zarara uğraması söz konusu olmamaktadır.
- Web sunucuları sayesinde görüntüler bütün bölümler arasında paylaşım imkânı sunmaktadır. Böylece başka lokasyonlarda sağlık hizmet sunumu gerçekleştiren hekimlerle dahi paylaşım sağlayabilmektedir. Bu paylaşımları çok daha düşük maliyetlerde gerçekleştirebilmektedir. Bu görüntülere ulaşım yalnızca internet altyapısı ve sunucu izni gerektirmektedir.
- Hastanın başka bir hekime başvurusu, başka bir hastaneyi tercih etmesi veya nakil olması gibi durumlarda sistemde depolanmakta olan görüntüler verinin çağırılmasıyla tekrar kullanılabilir. Böylece gereksiz test ve tahlil maliyetinden ve zaman kaybından kurtulunmaktadır.

2.4.3.1.5. Hemşirelik bilgi sistemi:

Hemşirelik bilgi sistemi kullanımı sağlık hizmeti alan bireyin tüm bakım hizmetlerinin girilmesini sağlar. Bu nedenle verinin eksiksiz tutulmasını sağlar. Böylece hem bireyler için hem de kurum için veri tabanı oluşturulmuş olur. Oluşturulan veri tabanları ise istatistiksel analizlerin yapılmasını kolaylaştırır. Eksik girilen veriler için sistem uyarı verdiğinden, hastaların gözlem sayısında olumlu bir artış sağlanmış olur. Gözlemler standartlara uygun bir şekilde yapıldığı takdirde hatalar azaltılabilir ve bakım kalitesi yükseltilebilir (Günaltay, 2018).

Hemşire bilgi sistemi sayesinde hemşireler hastalara uygulanacak yanlış tedavilerin, yaralanma durumlarının ve enfeksiyon bulaşma riskinin önünü kesmeye gayret etmektedir. Hemşire bilgi sistemi sayesinde hemşirelerin evrak işlemlerinde oluşacak iş yükü daha aza indirgenmektedir. Ek olarak klinik süreçlere dair karar verme durumları daha hızlı ve basit hale gelebilmektedir. Böylece yapılacak olan araştırmalara veri sağlamakta, yasal yükümlülükleri daha kolay hale getirilmekte ve hemşirelerin sunmuş olduğu sağlık bakım süreci daha kaliteli hale gelebilmektedir (İçöz, 2005: 3).

2.4.3.1.6. Hekim istem sistemi:

Hastaneye başvuran hastalara uygulanması gereken ilaçların listesine hasta tedavi planı veya istemi (order) denilmektedir. Hekim bilgisayar sistemi üzerinden yatan hasta listesini inceler ve hastaların mevcut tedavi planını elektronik sistem üzerinden hastanın kullanması gerekli olan ilaçlarını seçerek oluşturmaktadır (Fiumara, Moniz ve Churchill, 2008).

İstem Girişi Yönetimi: Bilgisayara dayalı istem girişi (Computerized Physician Order Entry-CPOE) ile her türlü istemin bilgisayar üzerinden yapılması kastedilmektedir. CPOE, hastaneye kurulan lisanslı bir yazılım programı ile sisteme giriş için yetkisi olan sağlık personeli tarafından giriş yapılarak kullanılabilen bir sistemdir. Sistem hekimin yatan veya ayaktan hastalara dair istemlerini elektronik olarak ilgili klinik birimlere ileten ve hekimin reçete oluşturma ve ilaç istemlerini elektronik sistem üzerinden online bir şekilde gerçekleştirebilen bir yapıdadır. Sisteme giriş sağlık personelinin kullanıcı modülüne, şifre veya güvenlik kodu doğrulamasından sonra hekim, eczacı, hemşire ve kendi modülüne tanımlanan yetki

çerçevesinde diğer sağlık personeli tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Hekimler tarafından oluşturulan istemlerde hastanın adı, ilacın adı, ilacın doz miktarı, kullanım sıklığı ve uygulama yönteminin girildiği bir istem aktarılır. Sistem yalnızca ilaç listesi oluşturmakla sınırlı değildir. Hastaya dair tüm tıbbi öykülerin detaylı bir şekilde görüldüğü, tetkik amaçlı istemlerin yapılabilirdiği ve bölümler arası konsültasyon isteğinin de yapılabilirdiği bir sistemdir. Konsültasyon ara yüzünde konsültasyon sebebini, önceki konsültasyona dair bilgilere ve konsültasyon neticesinde ulaşılan sonuçlara sistem sayesinde kolayca ulaşılabilir. İstem sistemiyle yapılan tıbbi işlemler sayesinde tanı, teşhis ve tedavi süreçlerinde daha hızlı ve doğru sonuçlara ulaşılmasına imkan sunmaktadır. Ek olarak ulaşılan sonuçların yorumlama ve raporlama sürecinin de hızlı gerçekleştirilmesini sağlar. Karar destek sistemi ile entegre olarak çalışan hekim istem sistemi, hekimin yatan veya ayaktan hastaya reçete ettiğı iki ilacın birlikte kullanımıyla ilgili sıkıntılı durumlarda veya hastanın ilaca karşı bir alerjisi olması durumunda uyarı vermektedir (Fiumara ve ark., 2008; Glandon ve ark., 2008: 209; Uysal Bıyık, 2016: 14).

Elektronik sistemler üzerinden gerçekleştirilen istem girişinin faydaları alanyazında birçok çalışmada belgelenmiştir. Çok az karar destek yeteneğı olsa veya hiç karar destek yeteneğı olmasa dahi; istem sisteminin elektronik bir şekilde gerçekleştirilmesi daha önce manuel bir şekilde gerçekleştirilen istemlerin yazılarının okunaksızlıklarının yarattığı karmaşayı ve belirsizliğı, verilerin silinmesi, yırtılması, ıslanması ve kaybolması gibi ihtimalleri ortadan kaldırmıştır. Bunun yanı sıra; hekimin istemleri arasında ilişkili olan istemleri otomatik bir şekilde üreterek, tekrarlı istemleri izleyerek, istem yapma süresini en aza indirgeyerek iş akış süreçlerini iyileştirebilmektedir (IOM, 2003).

2.4.3.2. Hastane bilgi yönetim sistemleri:

Bilgi yönetim sistemi, bir kurumun yönetim süreçlerinde gerekli olan iş ve işlemler için destek ve karar sağlaması için gerekli olan bilgilerin işlenmesi, toplanması, depolanması ve dağıtımının yetkili kişilere sağlanmasını gerçekleştiren bir sistemdir (Long'dan 1989 aktaran Gökçen, 2011: 58).

Stewart (2001), yönetim bilgi sistemlerini; planlamada, iletişimde, karar vermede, insan kaynakları yönetiminde ve denetimde yönetsel süreçlere destek

sağlamak amacıyla iç ve dış kaynaklardan doğru ve tam veriye ulaşım imkânı veren belirli prosedürlerden oluşturulmuş sistemler olarak nitelendirmektedir.

McLeod ve Schell (2004: 9), yönetim bilgi sistemlerini yönetsel iş akış süreçlerinde gerekli kararların verilmesi için ihtiyaç duyulan bilgileri gerekli yetkilere sahip kullanıcılara sunan bilgisayara dayalı sistem olarak ele almaktadır. Onlara göre bilgi, işlenmiş verilerden elde edilen anlamlı bilgilerdir. Yönetim bilgi sistemleri kullanıcılara önceden bilmedikleri bilgileri sunmaktadır.

Yönetim bilgi sistemler, veri işleme sistemlerinin sağladığı bilgileri kullanarak kurumun temel işlemleri ile ilgili özetlenmiş raporları sunmaktadır. Veri işleme sistemlerinden alınan bu temel veriler nizamına uygun bir şekilde düzenlenerek, hazırlanarak ve özetlenerek rapor şeklinde sunulmaktadır. Sunulan raporlar veri tabanına girilmektedir. Yönetim bilgi sistemleri ihtiyaç duyulması dahilinde; saatlik, günlük, haftalık, aylık, yıllık raporları veri tabanına giriş sağlayan yetkili kullanıcılara sunmaktadır. Ancak yüksek kapasiteli bir yönetim bilgi sistemine ihtiyaç duyulması dahilinde istisnai ve anlık raporlama imkanı da sunabilmektedir (Laudon ve Laudon, 2007: 25).

2.4.3.2.1. Mali yönetim bilgi sistemi:

Bilgi yönetim sistemleri içerisinde en erken oluşturulmuş olan sistem mali yönetim bilgi sistemleridir. Muhasebe işlemlerine dair uygulamalar ve maaş bordroları 1960'lı yıllarda bilgisayar sistemine geçilmesi ile kullanılmaya başlanmıştır. Bu sistem içerisinde maliyet ve bütçe raporlarını ve alacak verecek takiplerini yönetmek üzere spesifik olarak oluşturulmuş uygulama paketlerinin yanı sıra bütünsel mali yönetim bilgi sistemleri de yer almaktadır (Englehardt ve Nelson, 2002: 98)

Mali yönetim bilgi sisteminin amaçlarından aşağıdaki gibi bahsedilmektedir (Şahin, 2008: 34):

- Mali işlemlere dair verileri veri tabanında kayıt altına almak.
- Verileri süreçlemek.
- Verilerin ihtiyaç duyulması dahilinde herhangi bir zamanda kullanılmak üzere depolanılması.

- Kullanıcıların iş akışlarında üretmiş oldukları verileri ve bilgileri sağlamak veya sistemde depolanmış olan verileri sorgulatabilmek.
- İş süreçlerinin tümünü kontrol edebilme imkânı sunarak, bilgiye; güvenilir, tam ve doğru bir şekilde kaynak sağlar.

Mali yönetim bilgi sistemlerinin uygulama alanları aşağıdaki şekilde bahsedilmektedir (Glandon ve ark., 2008: 212; Şahin, 2008; Suntay, 2010):

- Genel muhasebe işlemleri
- Harcama ve gelir tahmini
- Harcama ve ödemelerin yapılması
- Bütçe düzenleme ve denetimi
- Hasta ve üçüncü kişilerin borç, hesap ve ödeme takibi
- Personel ve maaş bordroları yönetimi
- Yatırım yönetimi
- Vergi yönetimi
- Sözleşme yönetimi
- Stratejik planlama
- Bütçe ve iç kontrol
- Bütçe hazırlama ve uygulama
- İlgili kişi ve kurumlara sunulması gereken zamanda sunulması gereken mali raporların hazırlanması ve sunumu
- Organizasyonel performansın kontrol ve değerlendirilmesi

Mali yönetim sistemleri genel olarak dört ana başlık altında toplanabilmektedir (Johns, 2002: 79):

- Nakit yönetimi, ödemelerin ve nakit giriş çıkışlarının takip edilmesini sağlamaktadır. Bu sayede kurum veya kuruluşun naktinin ne kadarının yatırım için kullanılacağı ve ne kadarının bankaya yatırılacağına kararının verilmesinde kullanılmaktadır.
- Sermaye bütçeleme, uzun dönemli harcamalardan hangisinin onaylanacağı ve onaylanan harcamanın nasıl yönetileceğinin belirlenmesidir. Finans yöneticileri, harcamaların hangi dağılım

türünde uzun dönem için organizasyonun daha yüksek faydasına olacağını belirleyebilmelidir.

- Yatırım yönetimi, nakit paranın yatırıma aktarılması hususunda idare edilmesi gereken durumların finans uzmanlarına destek sağlamaktadır. Portföy dengesi; düşük risk, yüksek oranda geri dönüş ve kısım, daha yüksek riskli yatırımlar arasında karar verilmesi hususunda çeşitli yazılım programları karar desteği sağlamaktadır.
- Finansal planlama, organizasyonun güncel durumu ve gelecekteki mali performansı ile mali ihtiyaçlarının değerlendirilmesini kapsamaktadır. Bu fonksiyon için çeşitli karar destek programları kullanılabilmektedir.

Sağlık hizmetleri yönetiminden sorumlu idareciler için hastanenin mali uygulamaları büyük önem arz etmektedir. Bir kurumun veya kuruluşun faaliyetlerinin devamlılığının sağlanabilmesi için mali olarak ayakta kalabilmesi gerekmektedir. Bu sebeple mali göstergeleri anlık, saatlik, günlük, haftalık, aylık ve yıllık bir şekilde takip etmek durumda olan ve kurumun uygulaması gereken mali politikaları ona göre belirleyerek kurumun sürdürülebilirliğini sağlamak durumda olan yöneticileri bu modülü oldukça önemsemektedirler (Şahin, 2008; Suntay, 2010).

Bal'ın (2010) yapmış olduğu araştırmada; mali yönetim sistemlerinde hizmet planlaması, müşteri memnuniyetinin artırılması, hastane cirosu, SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) kesinti oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

2.4.3.2.2. Çizelgeleme (programlama) bilgi sistemi:

Sağlık kurumları 7/24 hizmet vermekte olan hatta resmî tatillerde dahi hizmet kesintisinin yaşanmadığı kurumlardır. Sağlık kurumları kesintisiz hizmet vermesinin yanı sıra karmaşık yapısı sebebiyle iyi bir şekilde analiz edilmesi ve yönetiminin daha kolay hale gelebilmesi açısından elde edilen analizler yardımıyla etkin bir planlama yapılmasını gerektirmektedir. Tam da bu noktada bu karmaşayı gidermek için yapılacak planlamada "Hangi hizmet nerede verilecek?", "Kim tarafından verilecek?", "Hangi birimde ne iş yapılacaktır?", "Mesai saatleri nedir?", "Nöbet saatleri nedir?", "Hangi personel hangi birime daha çok katkı sağlayacak niteliklere

sahip?", "Hangi birimde kaç personel olacak?", "Vardiya değişimleri nasıl olacak?", "İzinler ve izinlerde oluşacak boşluk nasıl doldurulacak?" gibi sorunların daha etkili bir şekilde giderilmesi için çizelgeleme sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sebeple de sağlık çalışanlarının hizmet verme süreleri, nöbetler, mesailer, hizmet verilecek birimlere göre dağılım gibi konuların hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların lehine olacak şekilde düzenlenmesini gerektirmektedir. Personel çizelgeleme problemi göz önünde bulundurularak hem kurum personelinin hem de kurumun taleplerinin göz önünde bulundurulması, çalışanların belirli zaman aralıklarıyla çalışma sürelerini düzenleyen çizelgelerin üretilmesi ile alakadar olmaktadır (Atmaca, Pehlivan, Aydoğdu ve Yakıcı, 2012: 352).

Sağlık kurumlarında birçok farklı alandan verilmekte olan hizmetlerin dağınık hale dönüşmesini önlemek amacıyla ve kurumun iş süreçlerinin daha kolay yönetilmesini sağlamak amacıyla programlama yapılarak düzenli bir şekilde ilerlenmesi gerekmektedir. Programlı bir şekilde ilerleyebilmek için sağlık kurumlarında çizelgeleme (programlama) bilgi sistemleri kullanımı aşağıdaki alanlarda gerçekleştirilmektedir (Glandon ve ark., 2008: 215; Işık ve ark., 2013: 117-118):

- Poliklinikler için hasta atama programlaması.
- Hastanede yatan hastalar için rezervasyon ve ön kabul süreçlerinin oluşturulması.
- Ameliyathanelerde cerrahi programlama.
- Klinik laboratuvar ve radyoloji laboratuvarlarında devam etmekte olan hizmetler için hasta programlama.
- Yatak işgal oranları izlenebilmesi.
- Acil servis faaliyetlerinin izlenmesi.

Literatür taraması yapıldığında personel çizelgelemede en çok problem yaşayan sağlık çalışanlarının hemşireler olduğu gözlenmiştir. Hemşireler hastalarla daha sık iletişim halinde olmasından ve hastalarla daha yoğun ilgilenen kesim olmasından dolayı mesai saatleri ve nöbetlerde enerjik, motive, alanında tecrübeli ve iyi dinlenmiş olmalıdırlar. Bu sebeple bir sağlık kurumunda hemşirelerin iş gücünden maksimum verim alınabilmesi için daha adil, eşit bir hemşire dağılımı, istek ve

ihtiyaçlarının göz önüne alınması ve çizelgelemenin de eşit ve adil bir şekilde yapılması gerekmektedir (Koçak, Ekren, Yumuşak, Eren ve Alakaş, 2023: 392).

Hemşire izelgeleme sistemi kadar ameliyathane çizelgeleme sistemi de büyük önem arz etmektedir. Ameliyathanelerin satın alma ve elde tutma maliyetleri yüksek olmaktadır. Ayrıca normal zamanlarda yapılacak olan bir ameliyat fazla mesai zamanında yapılması halinde 1,75 kat daha maliyetli hale gelmektedir. Ek olarak da operasyon zamanını beklemekte olan bir hastanın yaşayacak olduğu stres ve korku sebebiyle oluşabilecek komplikasyonlarda hastanın sağlığına kavuşmasının maliyeti de yüksek olmaktadır. Bu sebeple ameliyatlarda hem zamanında hem de daha az maliyetle, kaynak kullanımı optimize etme amacı güden, verimliliği artırmayı hedefleyen çizelgeleme sistemine ihtiyaç vardır (Eren ve ark., 2016: 73).

2.4.3.2.3. İnsan kaynakları yönetim sistemi:

İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi, kurumların insan kaynaklarına dair gereksinim duydukları çalışanlara dair kişisel bilgiler, eğitim bilgileri, çalışanların maaş geçmişleri, performans incelemeleri, işe alım, atama, eğitim, terfi, personelin özel yetenekleri, sahip oldukları belgeler, planlama, kariyer planlama gibi bilgileri toplamak, depolamak, işlemek, analiz etmek, dağıtmak, güncellemek, düzeltmek ve gereksinim halinde tekrar kullanabilme imkânı sunan bir bilgisayar sistemidir. Sistem sahip olduğu fonksiyonlar sebebiyle görev denetimini kolaylaştırır ve personel eksiği durumunda raporlar üretebilir. Sistem personel giderlerinin maliyetini ve departmanlar arası maliyet dağılımı yapabilmektedir (Sürmeli ve ark., 2011; Işık ve ark., 2013). Bal'ın (2010) yaptığı araştırmaya göre, insan kaynakları bilgi sistemleri ile personelin çalışma koşullarını iyileştirme, yönetim sendika ilişkilerini iyileştirme, personel sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

İnsan kaynakları bilgi sistemleri hastanelerde yürütmekte olduğu işlevler (Işık ve ark., 2013: 118-119):

- Hastane personeline ait kişisel verilerin toplanması ve depolanması,
- İhtiyaç duyulması dahilinde çalışanlara ait dosyalardan bilgi alma, düzenleme, ekleme, çıkarma yapılması ve yeni kayıtların eklenmesi,
- Otomatik bir şekilde görev denetiminin gerçekleştirilmesi,

- Hastanenin her bir maliyet merkezine ait çalışma analiz raporlarının çıkartılması,
- Personel sorunlarını ortaya koyacak raporların üretilmesi,
- Personelin sahip olduğu yetenek ve sertifika durumlarının bilinmesi,
- Hastane maaş bordro sistemine bağlı bir şekilde işgücü giderlerinin maliyet dağılımının hesaplanması,
- Personelin verimliliği ve kalite kontrolü ile ilgili bilgi üretimini sağlamak.

2.4.3.2.4. Malzeme yönetim sistemi:

Sağlık kurumları yapısı gereği çok farklı iş ve işlemlerin yapıldığı birimler olmasından kaynaklı olarak hizmet üretim sürecinde kullanılması gereken malzemeler de çeşitliliği ve devamlılığının sıkı bir şekilde takibinin sağlanması gerekmektedir. Kullanılacak olan sistem öyle bir sistem olmalı ki stok takipleri, kullanım süreleri, sipariş girilmesi, eldeki malzeme denetimini daha etkili sağlaması gerekmektedir. Bu noktada da sağlık kurumlarında karşımıza malzeme yönetim bilgi sistemi çıkmaktadır. Malzeme yönetim bilgi sistemi bilgisayar destekli bir programdır. Sağlık kurumlarının bu sisteme geçmesinin en önemli nedenlerinden biri; sağlık kurumlarında hizmet üretme süreçlerinde ihtiyaç duyulan malzemelerin temini ve girişi yapılan malzemelerin yönetim kademesi tarafından kontrolünün ve takibinin sağlanmasıdır. Neticede bir şeyin etkili ve verimli bir şekilde yönetilebilmesi için elimizde o iş ve işleme dair verilerin tam ve doğru bir şekilde yer alması gerekmektedir. Ek olarak bir kurumun varlığını devam ettirebilmesi için mali açıdan ayakta kalabilmesi gerekmektedir. Bu sebeple sağlık kurumlarında mevcut durumda var olan demirbaş ve malzemelerin tüketim yönetiminin rasyonel bir şekilde sağlanması gerekmektedir, bu da tüketim durumunun yönetim tarafından rutin bir şekilde takibinin ve denetiminin sağlanabilmesi dahilinde sağlık kurumlarının gelir gider dengesinin optimum seviyede tutulmasını daha mümkün kılmaktadır (Işık ve ark., 2013: 120).

Malzeme yönetiminde, malzeme işlevlerinin uygulanması ve malzemelerle ilgili problemlerin çözülmesi, sağlık kurumları için büyük önem arz etmektedir. Malzeme yönetiminin faydalarından aşağıdaki gibi bahsedilebilmektedir (Fearon, 1973: 12);

- Daha az eforla daha çok iş yapılması.
- Stok devrinin daha hızlı sağlanması.
- Malzemelerin kuruma ulaşımının zamanının azaltılması.
- Malzeme ve alet maliyetlerinin daha az oluşması.
- Malzemelerin devamlılığının gerçekleştirilmesi.
- Malzemelerin lojistik maliyetlerinin de düşmesi.
- Kurumdaki departmanlar arasındaki işbirliğinin artması.
- Malzemelerin tedarik süreçlerinde ve zamanlarında yaşanan problemlerin azaltılması.
- Kurum çalışanlarının sayısının azaltılması ve çalışanların geliştirilmesi.
- Daha net kayıt tutulması ve bilgiye ulaşımın kolaylaşması.
- Kalite kontrolünün daha sağlıklı takip edilebilmesi.

Malzeme talepleri; bilgisayar destekli sistemle satın alma işlemleri için giriş verisi oluşturmaktadır. Malzemelere dair talepler bilgisayar sistemine girilmekte ve mali kontrol amacıyla bütçe otorizasyonuna karşı karşılaştırılmaktadır. Levazım hesaplarından açıklar göz önüne serilmekte ve sisteme tanımlanan yetkili kişilerce izleme süreçleri için gönderilmektedir. Talepler netlik kazandığı anda bilgisayar sisteminden satın alma izni çıkarılmaktadır. Malzemelerin sağlık kurumuna ulaşması halinde faturalar bilgisayar sistemine girilmekte ve açık istek dosyalarıyla karşılaştırılmaktadır. Çoğu otomatik satın alma sistemi sisteme entegrasyonun daha önceki süreçlerde tasarlanmış olması dahilinde sağlık kurumunun tediye olunacak hesaplar sistemine direkt olarak bağlantı içermektedirler (Işık ve Akbolat, 2010).

2.4.3.2.5. Ofis otomasyon sistemi:

Ofis otomasyon sistemi, sağlık kurumunda üretilmiş ve üretilmekte olan verileri elektronik ofis iletişimi formunda toplayarak, yığınlaşarak biriken verileri depolar. Biriken bu veriler depolanarak süreçleşen, gerekli ve ilgili birim ve kişilerce iletim ve ulaşım sağlar. Verilere gerek duyulması dahilinde yeniden kullanılmak üzere ulaşım imkânı sağlayan bilgi sistemidir. Çağımız kurumlarında teknoloji artık çok yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Çünkü teknoloji zaman ve maliyet tasarrufu sağlaması sebebiyle her kuruma iş akış sürecini hızlandırma konusunda destek sağlamaktadır. Sağlık kurumlarının diğer kurumlara nazaran daha yoğun bir iş akışı olduğu düşünüldüğünde kurum çalışanları arasında elektronik mesaj göndermek,

elektronik posta iletmek, ofis içi iletişimde daha hızlı ve interaktif bir otomasyon sistemi kullanmak, telekonferans gerçekleştirmek, kurumun kendi resmi kurallarına uygun bir biçimde dilekçe ve mektup oluşturmak ve bunu biçimlendirmek için masaüstü basım sağlamak, proje yönetimi, yöneticilerin takvim planlanmasının oluşturulması ve düzenlenebilmesi, toplantı planlama gibi hem kişilere hem kurumlara daha akıcı ve hızlı bir iletişim ağı, işlem süreci, iletim ve geri bildirim sağlaması sebebiyle kurumun etkinlik ve hizmet kalitesi düzeyini artırmaktadır (Austin ve Boxerman, 2003: 198; Öğüt, 2003: 148).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Bu tez çalışması kesitsel ve ilişki arayıcı türde bir araştırmadır. Kesitsel bir çalışma, ilgilenilen bir popülasyon hakkında zamanın bir noktasında çıkarımlar yapmak için veri toplamayı amaçlamaktadır (Cohen, Manion ve Morrison, 2013).

Bu tez çalışmasının amacı hemşirelerin teknoloji kabul düzeyleri ile iş performansı arasındaki ilişkiyi incelemek ve hemşirelerin teknoloji kabulü ve iş performansı düzeylerinin sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemektir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Balıkesir ili, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Atatürk Şehir Hastanesi'nde 28 Mart- 30 Haziran 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Balıkesir ili, Atatürk Şehir Hastanesi'nde çalışan 900 hemşire oluşturmaktadır. Evrenin geniş olması ve tamamına ulaşmanın imkansızlığı nedeniyle örneklem alma yoluna gidilmiştir. Örneklem büyüklüğünün araştırmada kullanılan analiz yöntemine bağlı olarak değişmesi gerektiğini belirtilmektedir. Araştırmalar, araştırmacıların örneklem büyüklüğünü güç analizi yoluyla belirlemeleri gerektiğini göstermektedir (Hair, Black, Babin ve Anderson, 2018; Kline, 2016; Ringle, Sarstedt, Mitchell ve Gudergan, 2018; Uttley, 2019). Güç analizi, bir modelin en fazla sayıda yordayıcıya sahip kısmını dikkate alarak minimum örneklem büyüklüğünü belirlemektedir (Roldán ve Sánchez-Franco, 2012). Gerekli olan minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için güç (1- β hata olasılığı), etki büyüklüğü ve anlamlılık düzeyi ile ilgili bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır (Hair ve ark., 2018). Çalışmada çoklu regresyon analizi için örneklem sayısının yeterliği G*Power (3.1.9.6) programı kullanılarak incelenmiştir. G* Power Analizinde çalışmada kullanılacak istatistiksel yöntem doğrultusunda "Doğrusal çoklu regresyon: sabit model, R² sıfırdan sapma" komutu seçildi. Güç analiz türü olarak "A-priori" tahmin yöntemi kullanılmıştır. A-priori tahmin yöntemi veri toplamadan önce örneklem büyüklüğü tahmini için kullanılmaktadır. Güç analizinde

etki büyüklüğü $f^2=0,15$ (orta etki), α değerini 0.05 ve $1-\beta=0.95$ olarak belirlendi (Hair ve ark., 2018). Analiz sonucunda %95 güven düzeyi ($\alpha=0.05$) %95 güç ile etki büyüklüğü 0.15 olacak şekilde en küçük örnek büyüklüğü $N=119$ olarak belirlenmiştir. Gerekli minimum örneklem büyüklüğü 119 olmasına rağmen, 295 hemşireden veri toplanmıştır. Araştırmanın başında 600 anket hemşirelere dağıtılmış olup, 295 ankete geri dönüş olmuştur. Ankete geri dönüş oranı %49,17'dir. Araştırmada dahil edilme kriterlerini karşılamayan, eksik veri veya hatalı yanıt nedeniyle 15 anket formu çalışma dışında bırakılmıştır. Sonuç olarak analizler 280 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada, hemşireleri seçerken katılımcılara daha kolay erişim sağlamak için kolayda örnekleme stratejisi kullanılmıştır (Cohen ve ark., 2013). Kolayda örnekleme, herkesi örneğe dahil edilebilme imkânı veren diğer örnekleme stratejilerinden daha az maliyetli, daha hızlı ve basit olduğu için tercih edilen bir yöntemdir. Kolayda örneklemede araştırmacı çalışmayı duyurur ve katılımcılardan yanıtlamayı kabul eden bireyler araştırmaya dahil edilir (Stratton, 2021).

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Hariç Tutma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Çalışmaya en az lise hemşirelik mezunu hemşireler dahil edildi.
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler dahil edildi.
- Çalışmaya hastanede çalışma süresi 6 ayın üzerinde olan hemşireler dahil edildi.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

- Çalışmaya hemşire dışındaki diğer sağlık çalışanları (Ebe, Acil Tıp Teknisyeni (ATT), Laboratuvar/Radyoloji Teknisyeni/Teknikerler vb.) dahil edilmedi.
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan hemşireler dahil edilmedi.
- Çalışmaya hastanede çalışma süresi 6 ayın altında olan hemşireler dahil edilmedi.

3.5. Araştırmanın Hipotezleri

H1₁: Teknoloji kabulü-fayda, iş performansı-bakım koordinasyonunu pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H1₂: Teknoloji kabulü-kolaylık, iş performansı-bakım koordinasyonunu pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H1₃: Teknoloji kabulü-niyet, iş performansı-bakım koordinasyonunu pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H2₁: Teknoloji kabulü-fayda, iş performansı-hastalara yardım ve desteği pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H2₂: Teknoloji kabulü-kolaylık, iş performansı-hastalara yardım ve desteği pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H2₃: Teknoloji kabulü-niyet, iş performansı-hastalara yardım ve desteği pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H3₁: Teknoloji kabulü-fayda, iş performansı-meslektaş desteğini pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H3₂: Teknoloji kabulü-kolaylık iş performansı-meslektaş desteğini pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H3₃: Teknoloji kabulü-niyet, iş performansı-meslektaş desteğini pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H4₁: Teknoloji kabulü-fayda, iş performansı-kuruma katkısı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H4₂: Teknoloji kabulü-kolaylık, iş performansı-kuruma katkısı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H4₃: Teknoloji kabulü-niyet, iş performansı-kuruma katkısı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H5₁: Teknoloji kabulü-fayda, iş performansı-bilgi vermeyi pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H5₂: Teknoloji kabulü-kolaylık, iş performansı-bilgi vermeyi pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H5₃: Teknoloji kabulü-niyet, iş performansı-bilgi vermeyi pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H6₁: Teknoloji kabulü-fayda, iş performansı-işe katkısı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H6₂: Teknoloji kabulü-kolaylık, iş performansı-işe katkıyı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H6₃: Teknoloji kabulü-niyet, iş performansı-işe katkıyı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H7₁: Teknoloji kabulü-fayda, toplam iş performansını pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H7₂: Teknoloji kabulü-kolaylık, toplam iş performansını pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

H7₃: Teknoloji kabulü-niyet, toplam iş performansını pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu tez çalışmasında kullanılmış olan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan ve katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerinin sorgulandığı "Tanıtıcı Bilgi Formu" kullanılmıştır. İkinci bölümde ise Günaltay (2018) tarafından Türkçeye uyarlanan "Teknoloji Kabul Modeli" kullanılmıştır. Anketin son bölümde ise Harmancı Seren, Tuna ve Bacaksız (2018) tarafından Türkçeye uyarlanan "Hemşireler İçin İş Performans Ölçeği" kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri (Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, mesleki çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, HBYS eğitimi alma durumu, HBYS eğitimini yeterli bulma durumu, HBYS eğitim türü) sorgulayan 9 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

3.6.2. Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği

Teknoloji Kabul Modeli ilk kez 1985 yılında Fred. D. Davis'in doktora tezine yer almaktadır. Daha sonra pek çok araştırmacı tarafından test edilmiştir. Teknoloji Kabul Modeli daha çok bilgi teknolojilerini kullanım niyetini açıklamaktadır. Teknoloji Kabul Modeli'nin teorik altyapısı 1975'de Fishbein ve Ajzen tarafından geliştirilmiş olan Mantıklı eylem Teorisine dayanmaktadır. Davis (1986) tarafından geliştirilen Teknoloji Kabul Modeli Değişkenlerinden, "Algılanan Fayda", "Algılanan Kullanım Kolaylığı" ve "Kullanıma Yönelik Niyet'i" ölçen sorular, Esen (2011) tarafından Türkçeye çevrilmiş, güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır.

Ölçeğe Günlaltay (2018) tarafından doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. 13 maddelik ölçeğin toplam Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,85 bulunmuştur. Teknoloji Kabul Modeli için hesaplanan iç tutarlılık anlamındaki güvenirlik katsayıları yüksek derecede güvenirliğe işaret etmektedir. Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği beşli Likert olarak kullanılmaktadır (EK-3). "Kesinlikle Katılmıyorum" ile "Kesinlikle Katılıyorum" arasında puanlanabilen ölçekte "Algılanan Fayda" alt boyutu 5 madde, "Algılanan Kullanım Kolaylığı" alt boyutu 5 madde ve "Kullanıma Yönelik Niyet" alt boyutu ise 3 madde olmak üzere toplam 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 13 iken; en fazla puan 65'tir (Günlaltay, 2018: 81-83). Ölçeğin kuramsal yapısının uygulama yapılan sağlık çalışanlarından oluşan grup için uygun olup olmadığının belirlenmesi gerekmektedir (Aksu, Eser ve Güzelller, 2017). Araştırma kapsamında Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği'nin sağlık çalışanlarından oluşan grup üzerinde yapı geçerliğinin sağlanıp sağlanmadığı Günlaltay (2018) tarafından incelenmiştir. Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği'nin yapı geçerliğini araştırmak amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi Günlaltay (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği 763 bireye uygulanmış ve veri setinin yaklaşık %60'ı rastgele çekilerek 437 sağlık çalışanından elde edilen veri üzerinde Türkçeye uyarlama geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Böylece ölçeğin kuramsal yapısının uygulama yapılan sağlık çalışanlarından oluşan grup için uygun olduğu belirlenmiştir.

3.6.3. Hemşireler İçin İş Performans Ölçeği

Orijinal ismi "Job Performance Scale" olan İş Performans Ölçeği, Greenslade ve Jimmieson (2007) tarafından geliştirilmiştir. Greenslade ve Jimmieson hemşirelerin iş performansını ölçmeyi hedef aldığı ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Harmancı Seren ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin özgün hali performansı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen önermelerden oluşan iki boyutlu yapıdadır. "Doğrudan Performans" boyutu 4 alt boyutta toplan 28 önermeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin ve alt ölçeklerinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları 0,85 ile 0,95 arasında değişmektedir. "Dolaylı Performans" boyutu ise yine 4 alt boyutta 18 önermeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin ve alt ölçeklerinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları 0,80 ile 0,90 arasında değişmektedir. Orijinal ölçekte önermelere verilen puanlar, 7'li Likert tipte olup, önermelere verilen puanlar 1 ile 7 arasında değişmektedir (EK-4). Harmancı Seren

ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlama geçerlik ve güvenirlik çalışmasında performansı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen iki boyutlu yapı orijinal ölçekten farklı olarak tek boyutlu yapıdadır. Türkçe'ye uyarlama geçerlik ve güvenirlik çalışmasında iş performansını, "görev performansı" ve "bağlamsal performans'ın" iki farklı alanı olarak ele alan orijinal ölçek, Türkiye bağlamında yapısal olarak geçerli bulunmamıştır. Otuz iki (32) madde ile doğrudan performans ile ilgili 9 madde "Bakımın koordinasyonu", 7 madde "Hastalara yardım ve destek", 6 madde "Meslektaşlara destek", 4 madde "Kuruma katkı", 4 madde "Bilgi verme" ve 2 madde "İşe katkı" olmak üzere 6 alt boyutun kullanıldığı çalışmada geliştirilen gözden geçirilmiş yapı, ölçeğin Türkçe versiyonu için geçerli ve güvenilir bir yapı olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları için iç tutarlılık katsayısı sırası ile $\alpha = 0,93$, $0,93$, $0,88$, $0,82$, $0,79$ ve $0,65$ bulunmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı toplam için $\alpha = 0,95$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin bütününde ve alt boyutlarda madde toplam puan ortalamaları kullanılmaktadır. Ölçekten ve alt boyutlardan alınabilecek minimum puan 1, maksimum puan ise 5'tir. Puan yükseldikçe hemşirenin performansı yükselmekte, düştükçe performans da düşmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan ise 160'dır (Harmancı Seren ve ark., 2018).

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Tez çalışmasında kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere uygulanan tanıtıcı bilgi formu ve ölçek formları, basılı anketler üzerinden yüz yüze katılımcılara araştırmacı tarafından elden dağıtılmıştır (EK-1). Basılı anketlerin ilk sayfasında katılımcılara, araştırmanın amacına dair bilgilendirme yapılarak, araştırmacı ve tez danışmanına dair bilgiler sunulurken, ardından bilgilendirilmiş onam anketin ilk sayfasında alınmıştır. Araştırmada yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılmasının ardından, uygulama sonlandırılmıştır. Veri toplama sürecinde COVID-19 salgını sebebiyle; maske, mesafe ve hijyen kurallarına uyulmuştur. Yapılmış olan anket çalışması sürecinde çalışmakta olan hemşirelerin iş akışlarını ve iş süreçlerini aksatmayacak şekilde prosedüre uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Her bir katılımcı için anketin uygulama süresi yaklaşık 10 dk sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24 sürümü istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin analizine geçmeden önce veri setine ait tanımlayıcı istatistikler incelenmiştir (Tablo 4). Değişkenlere ait çarpıklık katsayıları -1,33 ile -0,18 arasında, basıklık katsayıları ise -0,24 ile 3,49 arasındadır. Fayda puanlarına ait basıklık değerleri dışındaki tüm basıklık ve çarpıklık katsayıları -2 ile +2 arasında olduğu için değişkenlerin normal dağılım varsayımını karşıladığı söylenebilir. Bu nedenle verilerin analizinde parametrik istatistiklerden yararlanılmıştır. Bu amaçla sosyo-demografik değişkenlere göre bağımlı değişkenleri karşılaştırırken bağımsız örneklemelerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Sadece eğitim durumunda lise ve lisansüstü sayısı yeterli olmadığı için karşılaştırmalarda non-parametrik testlerden olan Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Bununla birlikte değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Teknoloji kabul modelinin iş performansı üzerindeki rolünü incelemek için Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır. Analize geçmeden önce çoklu bağlantı ve otokorelasyon varsayımları incelenmiştir. Bu kapsamda incelenen Tolerance değerleri 0,43 ile 0,53 arasında, VIF değerleri ise 1,89 ile 2,32 arasında bulunmuştur ve bu değerler bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı problemi olmadığını göstermektedir (Field, 2009). Otokorelasyon varsayımı için Durbin-Watson katsayıları incelenmiştir ve 1,642 ile 2,016 arasında bulunmuştur. Bu katsayılar otokorelasyon problem olmadığını göstermektedir (Field, 2009). Bu nedenle regresyon analizine devam edilmiş elde edilen sonuçlar bulgular bölümünde sunulmuştur.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce ölçeklerin tez çalışmasında kullanılması için gerekli olan izin, ölçekleri geliştiren/uyarlayan iletişimden sorumlu yazarlardan e-posta yoluyla alınmıştır (EK-5). Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesinden Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Toplantı Tutanağı 16.11.2022 tarih ve 2022-10 sayılı etik kurul izni alınmıştır (EK-6). Araştırmanın Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinde yapılabilmesi için Balıkesir İl Sağlık

Müdürlüğü'nden 13.01.2023 tarihinde bilimsel çalışma için kurum izini alınmıştır (EK-7). Çalışma sürecinde araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı izinleri alınarak çalışma yapılmıştır. Tüm araştırma süreci Helsinki Deklorasyonu kurallarına uygun olarak yürütülmüştür.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1’de katılımcılara ait cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum dağılımları yer almaktadır. Katılımcıların çoğunluğu %91,43 ile kadındır, eğitim durumu en fazla %86,79 ile lisans ve katılımcıların %73,57’si evli %26,43’ü bekarıdır.

Tablo 4.1. Katılımcıların kişisel özelliklerine ait dağılımlar

		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	24	8,57
	Kadın	256	91,43
Eğitim Durumu	Lise	8	2,86
	Önlisans	13	4,64
	Lisans	243	86,79
	Lisansüstü	16	5,71
Medeni Durum	Evli	206	73,57
	Bekar	74	26,43

Tablo 4.2’de katılımcıların yaş, meslekte çalışma yılı ve kurumda çalışma yıllarına ait değerler yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 34,80, meslekte ortalama 12,43 yıldır çalışmakta ve kurumlarında ortalama 3,79 yıldır çalışmaktadır.

Tablo 4.2. Katılımcıların yaş, meslekte çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı

	n	En az	En çok	Ortalama	SS
Yaş	280	23,00	55,00	34,80	8,57
Meslekte çalışma yılı	280	1,00	35,00	12,43	9,35
Kurumda çalışma yılı	280	0,50	6,00	3,79	1,91

Tablo 4.3’te HBYS eğitimi alma durumuna ait dağılımlar yer almaktadır. Katılımcıların %90,71’i HBYS eğitimi almıştır ve %70,47’si bu eğitimleri yeterli bulmuştur. Bunun yanında katılımcıların %62,50’si oryantasyon, %59,29’u hizmet içi ve %31,43’ü birim içi eğitim almıştır.

Tablo 4.3. HBYS eğitimi alma durumuna ait dağılımlar

		Sayı	%
HBYS eğitimi alma durumu	Evet	254	90,71
	Hayır	26	9,29
HBYS eğitimini yeterli bulma	Yeterli	179	70,47
	Yeterli değil	75	29,53
Oryantasyon eğitimi	Hayır	105	37,50
	Evet	175	62,50
Hizmet içi eğitim	Hayır	114	40,71
	Evet	166	59,29
Birim içi eğitim	Hayır	192	68,57
	Evet	88	31,43

Tablo 4.4'te veri setine ait tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır. Değişkenlere ait çarpıklık katsayıları -1,33 ile -0,18 arasında, basıklık katsayıları ise -0,24 ile 3,49 arasındadır. Fayda puanlarına ait basıklık değerleri dışındaki tüm basıklık ve çarpıklık katsayıları -2 ile +2 arasında olduğu için değişkenlerin normal dağılım varsayımını karşıladığı söylenebilir. Bu nedenle verilerin analizinde parametrik istatistiklerden yararlanılmıştır.

Tablo 4.4. Değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler

	Ortalama	SS	Çarpıklık	Basıklık
Teknoloji Kabul Modeli (TKM)				
Fayda	20,21	3,66	-1,33	3,49
Kolaylık	18,02	4,55	-0,48	-0,24
Niyet	11,78	2,27	-0,75	1,21
Toplam Teknoloji Kabul	50,01	9,22	-0,71	1,55
İş Performansı				
Koordinasyon	39,37	4,29	-0,18	0,53
Yardım Destek	24,15	5,43	-0,25	-0,16
Meslektaşlara Destek	24,00	3,45	-0,66	1,98
Kuruma Katkı	15,29	2,33	-0,37	0,85
Bilgi Verme	15,99	2,54	-0,57	1,00
İşe Katkı	6,73	1,71	-0,43	0,44
Toplam Performans	125,62	14,85	-0,20	1,38

4.2. Kişisel ve mesleki özelliklerine göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması

Tablo 4.5'te cinsiyete göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda

cinsiyete göre fayda, kolaylık ve toplam teknoloji kabul puanlarında anlamlı fark yokken ($p>0,05$), niyet puanlarında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Niyet puanlarında erkeklerin ortalaması kadınların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.5. Cinsiyete göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Fayda	Erkek	24	20,79	3,31	0,81	0,42
	Kadın	256	20,16	3,70		
Kolaylık	Erkek	24	18,79	5,26	0,87	0,39
	Kadın	256	17,95	4,48		
Niyet	Erkek	24	12,67	1,97	2,03	0,04*
	Kadın	256	11,69	2,28		
Toplam TKM	Erkek	24	52,25	9,62	1,25	0,21
	Kadın	256	49,80	9,17		

* $p<0,05$

Tablo 4.6’da yaşa göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda yaşa göre fayda, kolaylık, niyet ve toplam teknoloji kabul puanlarında anlamlı fark vardır. Fayda, kolaylık, niyet ve toplam teknoloji kabul puanlarında yaşı 20-30 yıl arası olanların ortalaması 31-60 yıl olanların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.6. Yaşa göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Fayda	20-30 yıl	118	20,74	3,48	2,06	0,040*
	31-60 yıl	162	19,83	3,76		
Kolaylık	20-30 yıl	118	19,31	4,33	4,17	0,000***
	31-60 yıl	162	17,08	4,48		
Niyet	20-30 yıl	118	12,28	2,24	3,23	0,001*
	31-60 yıl	162	11,41	2,22		
Toplam TKM	20-30 yıl	118	52,33	9,14	3,68	0,000***
	31-60 yıl	162	48,31	8,93		

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Tablo 4.7’de meslekte çalışma süresine göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda meslekte çalışma süresine göre kolaylık, niyet ve toplam teknoloji kabul puanlarında anlamlı fark vardır. Meslekte çalışma süresine göre fayda puanlarında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Kolaylık, niyet ve toplam

teknoloji kabul puanlarında meslekte çalışma süresi ≤ 10 yıl olanların ortalaması >10 yıl olanların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.7. Meslekte çalışma süresine göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Fayda	≤ 10 yıl	156	20,38	3,75	0,86	0,39
	>10 yıl	124	20,00	3,55		
Kolaylık	≤ 10 yıl	156	18,91	4,41	3,75	0,000***
	>10 yıl	124	16,90	4,49		
Niyet	≤ 10 yıl	156	12,07	2,28	2,47	0,014*
	>10 yıl	124	11,40	2,21		
Toplam TKM	≤ 10 yıl	156	51,36	9,44	2,79	0,006**
	>10 yıl	124	48,31	8,67		

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Tablo 4.8’de eğitim durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda eğitim durumuna göre fayda ve toplam teknoloji kabul puanlarında anlamlı fark yokken ($p > 0,05$), kolaylık ve niyet puanlarında anlamlı fark vardır ($p < 0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ikili gruplar arasında post-hoc karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda kolaylık puanlarında lisans eğitim durumuna sahip olanların ortalaması lise eğitim durumuna sahip olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Niyet puanlarında ise lise eğitim durumuna sahip olanların ortalaması önlisans ve lisans eğitim durumuna sahip olanların ortalamasından daha düşük bulunmuştur.

Tablo 4.8. Eğitim durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması

		n	Ortanca	Ortalama	SS	χ^2	p	fark
Fayda	Lise	8	20,00	19,50	3,89	1,88	0,60	-
	Önlisans	13	20,00	20,38	3,20			
	Lisans	24	20,00	20,34	3,54			
	Lisansüstü	3	20,00	18,44	5,29			
Kolaylık	Lise	8	13,50	14,25	3,06	8,55	0,04*	1-3

Tablo 4.8. (Devamı)								
Niyet	Önlisans	13	16,00	17,23	3,72	9,76	0,02*	1-2 1-3
	Lisans	24 3	20,00	18,24	4,60			
	Lisansüstü	16	18,00	17,19	4,28			
	Lise	8	8,50	9,25	2,66			
	Önlisans	13	12,00	12,15	1,68			
	Lisans	24 3	12,00	11,86	2,20			
	Lisansüstü	16	12,00	11,50	2,90			
	Lise	8	42,50	43,00	7,76			
	Önlisans	13	52,00	49,77	7,11			
	Lisans	24 3	52,00	50,44	9,11			
	Lisansüstü	16	51,00	47,13	11,71			
	Toplam TKM							

*p<0,05, 1: Lise, 2: Ön lisans, 3: Lisans, 4: Lisans üstü

Tablo 4.9’da medeni duruma göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda medeni duruma göre fayda, kolaylık, niyet ve toplam teknoloji kabul puanlarında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Medeni duruma göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Fayda	Evli	206	20,18	3,67	-0,20	0,84
	Bekar	74	20,28	3,66		
Kolaylık	Evli	206	17,83	4,54	-1,14	0,25
	Bekar	74	18,54	4,56		
Niyet	Evli	206	11,70	2,24	-0,94	0,35
	Bekar	74	11,99	2,35		
Toplam TKM	Evli	206	49,72	9,14	-0,87	0,38
	Bekar	74	50,81	9,45		

Tablo 4.10’da HBYS eğitimi alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer

almaktadır. Analiz sonucunda HBYS eğitimi alma durumuna göre fayda, kolaylık, niyet ve toplam teknoloji kabul puanlarında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.10. HBYS eğitimi alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Fayda	Evet	254	20,25	3,72	0,53	0,60
	Hayır	26	19,85	3,15		
Kolaylık	Evet	254	17,99	4,66	-0,34	0,74
	Hayır	26	18,31	3,39		
Niyet	Evet	254	11,75	2,29	-0,62	0,53
	Hayır	26	12,04	2,07		
Toplam TKM	Evet	254	49,99	9,36	-0,11	0,91
	Hayır	26	50,19	7,92		

Tablo 4.11’de HBYS ile ilgili oryantasyon eğitimi alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda oryantasyon eğitimi alma durumuna göre fayda, kolaylık, niyet ve toplam teknoloji kabul puanlarında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Oryantasyon eğitimi alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Fayda	Hayır	105	19,79	3,45	-1,49	0,14
	Evet	175	20,46	3,77		
Kolaylık	Hayır	105	17,90	3,83	-0,36	0,72
	Evet	175	18,10	4,94		
Niyet	Hayır	105	11,64	2,04	-0,78	0,43
	Evet	175	11,86	2,40		
Toplam TKM	Hayır	105	49,32	8,22	-0,96	0,34
	Evet	175	50,42	9,77		

Tablo 4.12’de HBYS ile ilgili birim içi eğitim alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda birim içi eğitim alma durumuna göre fayda, kolaylık, niyet ve toplam teknoloji kabul puanlarında anlamlı fark vardır

($p < 0,05$). Birim içi eğitim almayanların fayda, kolaylık, niyet ve toplam puan ortalamaları birim içi eğitim alanların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.12. Birim içi eğitim alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Fayda	Hayır	192	20,52	3,58	2,07	0,04*
	Evet	88	19,55	3,78		
Kolaylık	Hayır	192	18,46	4,57	2,39	0,02*
	Evet	88	17,07	4,38		
Niyet	Hayır	192	11,97	2,32	2,18	0,03*
	Evet	88	11,34	2,09		
Toplam TKM	Hayır	192	50,95	9,28	2,55	0,01*
	Evet	88	47,95	8,79		

* $p < 0,05$

Tablo 4.13’de HBYS ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda hizmet içi eğitim alma durumuna göre fayda, kolaylık, niyet ve toplam teknoloji kabul puanlarında anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 4.13. Hizmet içi eğitim alma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Fayda	Hayır	114	20,17	3,31	-0,17	0,87
	Evet	166	20,24	3,90		
Kolaylık	Hayır	114	18,13	4,02	0,34	0,74
	Evet	166	17,95	4,89		
Niyet	Hayır	114	11,97	2,11	1,22	0,23
	Evet	166	11,64	2,37		
Toplam TKM	Hayır	114	50,27	8,04	0,40	0,69
	Evet	166	49,83	9,97		

Tablo 4.14’de HBYS eğitimini yeterli bulma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda HBYS eğitimini yeterli bulma durumuna göre fayda, kolaylık, niyet ve toplam teknoloji kabul puanlarında anlamlı fark vardır ($p < 0,001$). HBYS eğitimini yeterli görenlerin fayda, kolaylık, niyet ve toplam puan ortalamaları yeterli görmeyenlerin ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.14. HBYS eğitimini yeterli bulma durumuna göre teknoloji kabul modelinin karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Fayda	Yeterli	179	20,84	3,35	4,02	0,000**
	Yeterli değil	75	18,84	4,17		
Kolaylık	Yeterli	179	18,96	4,31	5,37	0,000**
	Yeterli değil	75	15,69	4,68		
Niyet	Yeterli	179	12,11	2,11	4,03	0,000**
	Yeterli değil	75	10,88	2,48		
Toplam TKM	Yeterli	179	51,91	8,67	5,31	0,000**
	Yeterli değil	75	45,41	9,41		

**p<0,001.

4.3. Sosyo-demografik değişkenlere göre iş performansının karşılaştırılması

Tablo 4.15’de cinsiyete göre iş performansının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda cinsiyete göre koordinasyon, yardım arama, meslektaşlara destek, kuruma katkı, bilgi verme, işe katkı ve toplam puanda anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Cinsiyete göre iş performansının karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Koordinasyon	Erkek	24	38,21	4,10	-1,391	0,17
	Kadın	256	39,48	4,30		
Yardım arama	Erkek	24	25,33	6,03	1,114	0,27
	Kadın	256	24,04	5,37		
Meslektaşlara destek	Erkek	24	24,29	2,74	0,437	0,66
	Kadın	256	23,97	3,52		
Kuruma katkı	Erkek	24	15,46	2,57	0,379	0,71
	Kadın	256	15,27	2,31		
Bilgi verme	Erkek	24	15,92	2,34	-0,146	0,88
	Kadın	256	16,00	2,57		
İşe katkı	Erkek	24	7,21	1,61	1,453	0,15
	Kadın	256	6,68	1,71		
Toplam performans	Erkek	24	126,42	16,02	0,275	0,78
	Kadın	256	125,54	14,77		

Tablo 4.16’da yaşa göre iş performansının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda yaşa göre yardım arama, meslektaşlara destek, kuruma katkı, işe katkı ve toplam puanda anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Koordinasyon ve bilgi verme puanlarında yaşa göre anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Koordinasyon ve bilgi verme puanlarında yaşı 20-30 yıl olanların ortalaması 31-60 yıl olanların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.16. Yaşa göre iş performansının karşılaştırılması

		n	Ortala ma	SS	t	p
Koordinasyon	20-30 yıl	118	40,12	4,06	2,51	0,01*
	31-60 yıl	162	38,83	4,38		
Yardım arama	20-30 yıl	118	24,47	5,04	0,84	0,40
	31-60 yıl	162	23,92	5,70		
Meslektaşlara destek	20-30 yıl	118	24,31	3,17	1,28	0,20
	31-60 yıl	162	23,77	3,64		
Kuruma katkı	20-30 yıl	118	15,40	2,49	0,69	0,49
	31-60 yıl	162	15,20	2,21		
Bilgi verme	20-30 yıl	118	16,36	2,37	2,07	0,04*
	31-60 yıl	162	15,72	2,64		
İşe katkı	20-30 yıl	118	6,87	1,69	1,24	0,22
	31-60 yıl	162	6,62	1,72		
Toplam performans	20-30 yıl	118	127,53	13,82	1,84	0,06
	31-60 yıl	162	124,23	15,45		

* $p<0,05$.

Tablo 4.17’de meslekte çalışma süresine göre iş performansının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda meslekte çalışma süresine göre yardım arama, kuruma katkı ve işe katkı puanlarında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Koordinasyon, meslektaşlara destek, bilgi verme ve toplam iş performansı puanlarında meslekte çalışma süresine göre anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Koordinasyon, meslektaşlara destek, bilgi verme ve toplam iş performansı puanlarında meslekte çalışma süresi ≤ 10 yıl olanların ortalaması >10 yıl olanların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.17. Meslekte çalışma süresine göre iş performansının karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Koordinasyon	≤10 yıl	156	39,82	4,26	1,97	0,049*
	>10 yıl	124	38,81	4,28		
Yardım arama	≤10 yıl	156	24,49	5,22	1,15	0,249
	>10 yıl	124	23,73	5,67		
Meslektaşlara destek	≤10 yıl	156	24,38	3,35	2,09	0,038*
	>10 yıl	124	23,52	3,53		
Kuruma katkı	≤10 yıl	156	15,45	2,43	1,31	0,190
	>10 yıl	124	15,08	2,20		
Bilgi verme	≤10 yıl	156	16,33	2,35	2,51	0,013*
	>10 yıl	124	15,56	2,72		
İşe katkı	≤10 yıl	156	6,90	1,67	1,90	0,058
	>10 yıl	124	6,51	1,73		
Toplam performans	≤10 yıl	156	127,36	14,68	2,22	0,028*
	>10 yıl	124	123,43	14,83		

*p<0,05.

Tablo 4.18’de eğitim durumuna göre iş performansının karşılaştırılması amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda eğitim durumuna göre koordinasyon, yardım arama, meslektaşlara destek, kuruma katkı, bilgi verme ve toplam puanda anlamlı fark yokken ($p>0,05$) işe katkı puanlarında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ikili gruplar arasında post-hoc karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda işe katkı puanlarında lisans ve lisansüstü eğitim durumuna sahip olanların ortalaması lise eğitim durumuna sahip olanlardan daha yüksek bulunmuştur

Tablo 4.18. Eğitim durumuna göre iş performansının karşılaştırılması

		n	Ortanca	Ortalama	SS	χ^2	p	Fark
Koordinasyon	Lise	8	41,00	39,13	4,22	0,272	0,965	-
	Önlisans	13	39,00	39,38	4,21			
	Lisans	243	39,00	39,35	4,20			
	Lisansüstü	16	36,50	39,81	5,98			
Yardım arama	Lise	8	22,00	20,38	5,71	4,135	0,247	-
	Önlisans	13	28,00	25,08	6,41			
	Lisans	243	24,00	24,19	5,27			
	Lisansüstü	16	26,00	24,81	6,50			
Meslektaşlara destek	Lise	8	22,50	21,88	4,32	2,183	0,535	-
	Önlisans	13	24,00	23,54	4,46			
	Lisans	243	24,00	24,09	3,34			
	Lisansüstü	16	24,00	24,00	3,85			
Kuruma katkı	Lise	8	14,00	13,88	2,36	3,592	0,309	-
	Önlisans	13	16,00	15,69	2,56			
	Lisans	243	15,00	15,31	2,30			
	Lisansüstü	16	15,00	15,25	2,54			
Bilgi verme	Lise	8	15,00	14,63	3,66	3,993	0,262	-
	Önlisans	13	16,00	15,15	2,30			
	Lisans	243	16,00	16,11	2,50			
	Lisansüstü	16	16,00	15,50	2,58			
İşe katkı	Lise	8	5,00	4,75	1,83	10,536	0,015*	1-3 1-4
	Önlisans	13	7,00	6,85	1,63			
	Lisans	243	7,00	6,76	1,65			
	Lisansüstü	16	8,00	7,13	2,06			
Toplam performans	Lise	8	115,00	114,63	18,45	3,434	0,329	-
	Önlisans	13	124,00	125,69	15,71			
	Lisans	243	126,00	125,81	14,56			
	Lisansüstü	16	122,50	128,19	15,95			

*p<0,05, 1: Lise, 2: Ön lisans, 3: Lisans, 4: Lisansüstü

Tablo 4.19’da medeni duruma göre iş performansının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda medeni duruma göre koordinasyon, yardım arama, meslektaşlara destek, kuruma katkı, bilgi verme, işe katkı ve toplam puanda anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Tablo 4.19. Medeni duruma göre iş performansının karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Koordinasyon	Evli	206	39,39	4,13	0,141	0,89
	Bekar	74	39,31	4,75		
Yardım arama	Evli	206	24,15	5,56	-0,041	0,97
	Bekar	74	24,18	5,08		
Meslektaşlara destek	Evli	206	23,97	3,45	-0,206	0,84
	Bekar	74	24,07	3,50		
Kuruma katkı	Evli	206	15,33	2,26	0,473	0,64
	Bekar	74	15,18	2,53		
Bilgi verme	Evli	206	16,01	2,51	0,277	0,78
	Bekar	74	15,92	2,67		
İşe katkı	Evli	206	6,67	1,71	-0,980	0,33
	Bekar	74	6,89	1,71		
Toplam performans	Evli	206	125,51	14,77	-0,194	0,85
	Bekar	74	125,91	15,18		

Tablo 4.20’de HBYS eğitimi alma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda HBYS eğitimi alma durumuna göre koordinasyon, yardım arama, meslektaşlara destek, kuruma katkı, bilgi verme, işe katkı ve toplam puanda anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.20. HBYS eğitimi alma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Koordinasyon	Evet	254	39,35	4,29	-0,304	0,76
	Hayır	26	39,62	4,35		
Yardım arama	Evet	254	24,09	5,52	-0,644	0,52
	Hayır	26	24,81	4,44		
Meslektaşlara destek	Evet	254	24,07	3,47	1,068	0,29
	Hayır	26	23,31	3,30		
Kuruma katkı	Evet	254	15,33	2,37	0,921	0,36
	Hayır	26	14,88	1,93		
Bilgi verme	Evet	254	15,96	2,53	-0,507	0,61
	Hayır	26	16,23	2,72		
İşe katkı	Evet	254	6,73	1,71	0,223	0,82
	Hayır	26	6,65	1,77		
Toplam performans	Evet	254	125,63	15,01	0,042	0,97
	Hayır	26	125,50	13,46		

Tablo 4.21’de HBYS ile ilgili oryantasyon eğitimi alma duruma göre iş performansının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda oryantasyon eğitimi alma durumuna göre koordinasyon, yardım arama, meslektaşlara destek, bilgi verme, işe katkı ve toplam puanda anlamlı fark yokken ($p>0,05$), kuruma katkı puanlarında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Oryantasyon eğitimi alanların kuruma katkı ortalaması, oryantasyon eğitimi almayanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.21. Oryantasyon eğitimi alma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Koordinasyon	Hayır	105	38,90	4,51	-1,412	0,16
	Evet	175	39,65	4,15		
Yardım arama	Hayır	105	24,90	4,86	1,801	0,07
	Evet	175	23,70	5,71		
Meslektaşlara destek	Hayır	105	23,62	3,61	-1,419	0,16
	Evet	175	24,22	3,34		
Kuruma katkı	Hayır	105	14,92	2,24	-2,023	0,04*
	Evet	175	15,50	2,37		
Bilgi verme	Hayır	105	15,97	2,48	-0,091	0,93
	Evet	175	16,00	2,59		
İşe katkı	Hayır	105	6,83	1,61	0,785	0,43
	Evet	175	6,66	1,76		
Toplam performans	Hayır	105	125,15	15,26	-0,406	0,69
	Evet	175	125,90	14,63		

* $p<0,05$.

Tablo 4.22’de HBYS ile ilgili birim içi eğitim alma duruma göre iş performansının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda birim içi eğitim alma durumuna göre koordinasyon, yardım arama, meslektaşlara destek, kuruma katkı, bilgi verme, işe katkı ve toplam puanda anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.22. Birim içi eğitim alma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Koordinasyon	Hayır	192	39,40	4,15	0,170	0,86
	Evet	88	39,31	4,61		
Yardım arama	Hayır	192	24,08	5,10	-0,319	0,75
	Evet	88	24,31	6,12		
Meslektaşlara destek	Hayır	192	24,02	3,07	0,137	0,89
	Evet	88	23,95	4,19		
Kuruma katkı	Hayır	192	15,39	2,12	1,057	0,29
	Evet	88	15,07	2,73		
Bilgi verme	Hayır	192	16,15	2,29	1,575	0,12
	Evet	88	15,64	3,02		
İşe katkı	Hayır	192	6,82	1,50	1,420	0,16
	Evet	88	6,51	2,09		
Toplam performans	Hayır	192	125,86	12,81	0,401	0,69
	Evet	88	125,09	18,61		

Tablo 4.23’de HBYS ile ilgili hizmet içi eğitim alma duruma göre iş performansının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda hizmet içi eğitim alma durumuna göre koordinasyon, yardım arama, meslektaşlara destek, bilgi verme, kuruma katkı ve toplam puanda anlamlı fark yokken ($p>0,05$), işe katkı puanlarında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Hizmet içi eğitim alanların işe katkı ortalaması, hizmet içi eğitim almayanlardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Tablo 4.23. Hizmet içi eğitim alma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Koordinasyon	Hayır	114	39,08	4,21	-0,945	0,35
	Evet	166	39,57	4,35		
Yardım arama	Hayır	114	24,86	4,82	1,811	0,07
	Evet	166	23,67	5,77		
Meslektaşlara destek	Hayır	114	23,88	3,36	-0,478	0,63
	Evet	166	24,08	3,52		
Kuruma katkı	Hayır	114	15,18	2,26	-0,603	0,55
	Evet	166	15,36	2,38		
Bilgi verme	Hayır	114	16,01	2,29	0,106	0,92
	Evet	166	15,98	2,71		
İşe katkı	Hayır	114	6,98	1,65	2,103	0,04*
	Evet	166	6,55	1,73		
Toplam performans	Hayır	114	125,99	13,55	0,348	0,73
	Evet	166	125,36	15,72		

* $p<0,05$.

Tablo 4.24’de HBYS eğitimini yeterli bulma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda HBYS eğitimini yeterli bulma durumuna göre koordinasyon, yardım arama, meslektaşlara destek, kuruma katkı, bilgi verme, işe katkı ve toplam puanda anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.24. HBYS eğitimini yeterli bulma durumuna göre iş performansının karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS	t	p
Koordinasyon	Yeterli	179	39,42	4,24	0,447	0,66
	Yeterli değil	75	39,16	4,44		
Yardım arama	Yeterli	179	24,00	5,27	-0,386	0,70
	Yeterli değil	75	24,29	6,11		
Meslektaşlara destek	Yeterli	179	24,06	3,29	-0,039	0,97
	Yeterli değil	75	24,08	3,88		
Kuruma katkı	Yeterli	179	15,40	2,26	0,784	0,43
	Yeterli değil	75	15,15	2,61		
Bilgi verme	Yeterli	179	15,88	2,56	-0,796	0,43
	Yeterli değil	75	16,16	2,46		
İşe katkı	Yeterli	179	6,74	1,69	0,074	0,94
	Yeterli değil	75	6,72	1,74		
Toplam performans	Yeterli	179	125,66	14,04	0,048	0,96
	Yeterli değil	75	125,56	17,21		

4.4. Teknoloji kabul modeli ile iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 4.25’de değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan pearson korelasyon analizi bulgular yer almaktadır. Analiz sonucunda;Yaş ile kolaylık, niyet, toplam teknoloji kabul, koordinasyon, bilgi verme, işe katkı ve toplam iş performansı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Kurumda çalışma yılı ile kolaylık, niyet, toplam teknoloji kabul, koordinasyon, meslektaşlara destek, bilgi verme, işe katkı ve toplam iş performansı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Kurumda çalışma yılı kolaylık arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Teknoloji kabul modeli ile işe performansı alt boyutları arasındaki ilişki incelendiği zaman ise genel olarak alt boyutlar ve toplam puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.25. Değişkenler arası ilişkiler

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Yaş	-												
2	Meslekte çalışma yılı	0,97**	-											
3	Kurumda çalışma yılı	0,48**	0,50**	-										
4	Fayda	-0,10	-0,08	-0,04*	-									
5	Kolaylık	-0,31**	-0,31**	-0,15*	0,62**	-								
6	Niyet	-0,24**	-0,24**	-0,06	0,71**	0,65**	-							
7	Toplam Teknoloji Kabul	-0,25**	-0,24**	-0,10	0,88**	0,90**	0,85**	-						
8	Koordinasyon	-0,15*	-0,14*	-0,01	0,18**	0,21**	0,24**	0,23**	-					
9	Yardım Destek	-0,11	-0,11	-0,07	0,12*	0,24**	0,28**	0,23**	0,26**	-				
10	Meslektaşlara Destek	-0,12	-0,12*	-0,03	0,10	0,12*	0,22**	0,15*	0,48**	0,51**	-			
11	Kuruma katkı	-0,08	-0,09	-0,02	0,26**	0,31**	0,37**	0,35**	0,48**	0,52**	0,59**	-		
12	Bilgi verme	-0,17**	-0,19**	-0,03	0,24**	0,33**	0,34**	0,34**	0,49**	0,52**	0,47**	0,55**	-	
13	İşe katkı	-0,13*	-0,13*	-0,06	0,03	0,19**	0,18**	0,15*	0,16**	0,66**	0,41**	0,57**	0,37**	-
14	Toplam Performans	-0,16**	-0,16**	-0,05	0,18**	0,28**	0,34**	0,29**	0,70**	0,79**	0,78**	0,77**	0,72**	0,65**

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

4.5. Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 4.26’da koordinasyon üzerinde teknoloji kabul modeline ait değişkenlerin rolünü incelemek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi bulguları yer almaktadır. Analiz sonucunda fayda ve kolaylık değişkenlerinin koordinasyon üzerinde anlamlı rolü yokken ($p>0,05$), Niyet koordinasyonu pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır (Standardize B=0,20, $p<0,05$).

Tablo 4.26. Koordinasyon üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize B	t	p
	B	S.H.			
Sabit	33,844	1,475		22,953	0,000**
Fayda	-0,017	0,101	-0,015	-0,172	0,864
Kolaylık	0,081	0,076	0,086	1,076	0,283
Niyet	0,375	0,168	0,198	2,233	0,026*

$F_{(3, 276)}=6,203$, $p<0,001$, $R=0,25$, $R^2=0,06$.

Bağımlı değişken: Koordinasyon

Durbin-Watson: 2,016

** $p<0,001$, * $p<0,05$.

Tablo 4.27’de yardım-destek üzerinde teknoloji kabul modeline ait değişkenlerin rolünü incelemek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi bulguları yer almaktadır. Analiz sonucunda Kolaylık değişkeninin yardım-destek üzerinde anlamlı rolü yokken ($p>0,05$), yardım-desteği Fayda negatif yönde (Standardize B=-0,21, $p<0,05$), Niyet pozitif yönde (Standardize B=0,34, $p<0,001$) ve anlamlı olarak yordamaktadır.

Tablo 4.27. Yardım-Destek üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize beta	t	p
	B	S.H.			
Sabit	17,784	1,822		9,762	0,000**
Fayda	-0,315	0,125	-0,213	-2,520	0,012*
Kolaylık	0,179	0,093	0,150	1,923	0,056
Niyet	0,807	0,207	0,337	3,891	0,000**

$F_{(3, 276)}=10,914$, $p<0,001$, $R=0,33$, $R^2=0,11$

Bağımlı değişken: Yardım-Destek

Durbin-Watson: 1,642

*** $p<0,001$, * $p<0,05$

Tablo 4.28’de meslektaşlara destek üzerinde teknoloji kabul modeline ait değişkenlerin rolünü incelemek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi bulguları yer almaktadır. Analiz sonucunda fayda ve kolaylık değişkenlerinin meslektaşlara destek üzerinde anlamlı rolü yokken ($p>0,05$), niyet meslektaşlara destek puanlarını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır (Standardize $B=0,29$, $p<0,01$).

Tablo 4.28. Meslektaşlara destek üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize beta	t	p
	B	S.H.			
Sabit	20,810	1,193		17,444	0,000**
Fayda	-0,103	0,082	-0,110	-1,264	0,207
Kolaylık	0,003	0,061	0,003	0,043	0,966
Niyet	0,444	0,136	0,292	3,270	0,001*

$F_{(3, 276)}=5,123$, $p<0,001$, $R=0,23$, $R^2=0,05$

Bağımlı değişken: Meslektaşlara destek

Durbin-Watson: 1,889

** $p<0,001$, * $p<0,01$

Tablo 4.29’da kuruma katkı üzerinde teknoloji kabul modeline ait değişkenlerin rolünü incelemek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi bulguları yer almaktadır. Analiz sonucunda fayda ve kolaylık değişkenlerinin kuruma katkı üzerinde anlamlı rolü yokken ($p>0,05$), niyet kuruma katkı puanlarını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır (Standardize $B=0,31$, $p<0,001$).

Tablo 4.29. Kuruma katkı üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize beta	t	p
	B	S.H.			
Sabit	10,790	0,766		14,093	0,000**
Fayda	-0,022	0,053	-0,034	-0,413	0,680
Kolaylık	0,064	0,039	0,125	1,637	0,103
Niyet	0,321	0,087	0,312	3,679	0,000**

$F_{(3, 276)}=15,512$, $p<0,001$, $R=0,38$, $R^2=0,14$

Bağımlı değişken: Kuruma katkı

Durbin-Watson: 1,883

** $p<0,001$, * $p<0,05$

Tablo 4.30’da bilgi verme üzerinde teknoloji kabul modeline ait değişkenlerin rolünü incelemek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi bulguları yer almaktadır. Analiz sonucunda fayda değişkeninin bilgi verme üzerinde anlamlı rolü yokken ($p>0,05$), kolaylık (Standardize $B=0,22$, $p<0,01$) ve niyet (Standardize $B=0,24$, $p<0,01$) bilgi verme puanlarını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır.

Tablo 4.30. Bilgi verme üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize beta	t	p
	B	S.H.			
Sabit	11,525	0,839		13,738	0,000**
Fayda	-0,044	0,058	-0,064	-0,770	0,442
Kolaylık	0,122	0,043	0,218	2,842	0,005*
Niyet	0,268	0,096	0,239	2,809	0,005*

$F_{(3,276)}=14,661$, $p<0,001$, $R=0,37$, $R^2=0,14$

Bağımlı değişken: Bilgi verme

Durbin-Watson: 1,868

** $p<0,001$, * $p<0,01$

Tablo 4.31’de işe katkı üzerinde teknoloji kabul modeline ait değişkenlerin rolünü incelemek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi bulguları yer almaktadır. Analiz sonucunda işe katkı puanlarını Fayda (Standardize $B=-0,26$, $p<0,01$) negatif yönde, Kolaylık (Standardize $B=0,20$, $p<0,05$) ve Niyet (Standardize $B=0,23$, $p<0,05$) pozitif yönde ve anlamlı olarak yordadığı saptanmıştır.

Tablo 4.31. İşe katkı üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize beta	t	p
	B	S.H.			
Sabit	5,778	0,584		9,888	0,000***
Fayda	-0,121	0,040	-0,259	-3,015	0,003**
Kolaylık	0,076	0,030	0,201	2,523	0,012*
Niyet	0,172	0,067	0,229	2,590	0,010*

$F_{(3,276)}=7,028$, $p<0,001$, $R=0,27$, $R^2=0,07$

Bağımlı değişken: İşe katkı

Durbin-Watson: 1,696

*** $p<0,001$, ** $p<0,01$, * $p<0,05$

Tablo 4.32’de toplam performans üzerinde teknoloji kabul modeline ait değişkenlerin rolünü incelemek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi bulguları yer almaktadır. Analiz sonucunda toplam performans puanlarını Fayda (Standardize B=-0,17, $p<0,05$) negatif yönde, Kolaylık (Standardize B=0,16, $p<0,05$) ve Niyet (Standardize B=0,35, $p<0,001$) pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır.

Tablo 4.32. Toplam iş performansı üzerinde teknoloji kabul değişkenlerinin rolü

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize beta	t	p
	B	S.H.			
Sabit	103,078	4,908		21,003	0,000**
Fayda	-0,699	0,337	-0,173	-2,076	0,039*
Kolaylık	0,529	0,251	0,162	2,105	0,036*
Niyet	2,304	0,559	0,352	4,123	0,000**

$F_{(3,276)}=14,124$, $p<0,001$, $R=0,37$, $R^2=0,13$

Bağımlı değişken: Toplam performans puanı

Durbin-Watson: 1,964

** $p<0,001$, * $p<0,05$

Tablo 4.33. Hipotez sonuçları

Hipotezler	KABUL/RED
H1 ₁ : Teknoloji kabulü-fayda, bakım koordinasyonunu pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	RED
H1 ₂ : Teknoloji kabulü-kolaylık bakım koordinasyonunu pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	RED
H1 ₃ : Teknoloji kabulü-niyet, bakım koordinasyonunu pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	KABUL
H2 ₁ : Teknoloji kabulü-fayda, hastalara yardım ve desteği pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	RED
H2 ₂ : Teknoloji kabulü-kolaylık hastalara yardım ve desteği pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	RED
H2 ₃ : Teknoloji kabulü-niyet, hastalara yardım ve desteği pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	KABUL
H3 ₁ : Teknoloji kabulü-fayda, meslektaş desteğini pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	RED
H3 ₂ : Teknoloji kabulü-kolaylık meslektaş desteğini pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	RED
H3 ₃ : Teknoloji kabulü-niyet, meslektaş desteğini pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	KABUL
H4 ₁ : Teknoloji kabulü-fayda, kuruma katkısı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	RED

Tablo 4.33. (Devamı)	
H4 ₂ : Teknoloji kabulü-kolaylık kuruma katkısı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	RED
H4 ₃ : Teknoloji kabulü-niyet, kuruma katkısı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	KABUL
H5 ₁ : Teknoloji kabulü-fayda bilgi verme pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	RED
H5 ₂ : Teknoloji kabulü-kolaylık bilgi verme pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	KABUL
H5 ₃ : Teknoloji kabulü-niyet, bilgi verme pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	KABUL
H6 ₁ : Teknoloji kabulü-fayda işe katkı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	RED
H6 ₂ : Teknoloji kabulü-kolaylık işe katkı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	KABUL
H6 ₃ : Teknoloji kabulü-niyet, işe katkı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	KABUL
H7 ₁ : Teknoloji kabulü-fayda toplam iş performansını pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	RED
H7 ₂ : Teknoloji kabulü-kolaylık toplam iş performansını pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	KABUL
H7 ₃ : Teknoloji kabulü-niyet, toplam iş performansını pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır.	KABUL

5. TARTIŞMA

Hemşirelik mesleği yapısı gereği teknolojiyi yoğun bir şekilde kullanan ve hastalarla en çok etkileşim içinde bulunan gruptur. Bu sebeple sağlık kurumları ve hastalar için hemşirelerin teknolojiyi ne derece benimsedikleri ve kabul ettikleri, teknolojinin avantajlarından ne ölçüde yararlandıkları, hemşirelerin göstermiş oldukları performans açısından büyük önem arz etmektedir. Bu araştırmada hemşirelerin teknoloji kabul düzeyleri ve iş performansları arasındaki ilişkinin ve sosyo-demografik değişkenlere göre teknoloji kabulü ve iş performansı düzeylerinin anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amaçlanmıştır. Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular ulusal ve uluslararası literatürde yer alan araştırmalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1. Sosyo-demografik değişkenlere göre teknoloji kabul düzeylerinin tartışılması

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; hemşirelerin büyük çoğunluğunun evli ve kadınlardan oluştuğu, eğitim derecesinin lisans düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıları yaş ortalaması 34,80 olduğu, meslekte çalışma süresinin ortalama 12,43 yıl olduğu ve kurumda çalışma süresinin 3,79 yıl olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %90,71'inin HBYS eğitimi aldığı, eğitim alanların %70,47'sinin aldıkları eğitimi yeterli bulduklarını ve HBYS eğitimini genel oryantasyon, hizmet içi eğitim ve birim içi eğitim şeklinde aldıklarını bildirmişlerdir. Hemşirelerin eğitim katılımının yüksek oranda olması, HBYS'ye yönelik eğitimlere istekli oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcıların teknoloji kabul modeli alt boyutlarından almış oldukları puanların ortalamasına göre en yüksek ortalama fayda boyutunda (20,21) olup, sırasıyla kolaylık (18,02) ve niyet (11,78) boyutu takip etmektedir. Dal (2021) tarafından yapılan araştırmada teknoloji kabul alt boyutlarının ortalaması en yüksekten düşüğe doğru sırasıyla algılanan kullanım kolaylığı (4,2), kullanım niyeti (3,68) ve algılanan fayda (3,49) boyutlarındadır. Günaltay ve Önder (2021) tarafından yapılan çalışmaya göre teknoloji kabul modelinin algılanan fayda (18,96), algılanan kullanım kolaylığı (17,83) ve kullanıma yönelik niyet (10,71) boyutlarının ortalaması en yüksekten düşüğe doğru sırasıyla bu şekilde bulunmuştur. Alay (2022) çalışmasında teknoloji kabul modeli alt boyutlarının ortalamasını kullanım niyeti (4,55), algılanan fayda (4,51) ve kullanım kolaylığı (4,50) boyutlarında sırasıyla bu

şeklilde birdirmiştir. Mevcut çalışma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Cinsiyete göre, TKM fayda, kolaylık ve toplam teknoloji kabul puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, niyet puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Araştırma bulguları literatür ile karşılaştırıldığında çoğunlukla benzerlik göstermesine karşın niyet puanında anlamlı fark olmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Mendi'nin (2012) yapmış olduğu çalışmaya göre cinsiyete göre algılanan kullanım kolaylığı, algılanan fayda ve davranışsal niyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bağlıbel, Samancıoğlu ve Summak'un (2010) okul yöneticilerinde yapmış olduğu çalışmada cinsiyetin teknolojiye ilişkin algılanan fayda boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu, algılanan kullanım kolaylığı puanlarında ise cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı bulunmuştur. Çalışmada erkeklerin kadınlara göre teknolojiyi daha faydalı gördüğü ifade edilmiştir (Bağlıbel ve ark., 2010). Fen Hu, Al-Gathani ve Hwa Hu (2010) tarafından yapılan çalışma sonuçları, mevcut araştırma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir. TKM niyet boyutu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Erkeklerin TKM niyet puanları kadınlara göre daha yüksektir. Tat (2018) tarafından yapılan çalışmaya göre TKM alt boyutlarından algılanan kullanım kolaylığı boyutunda cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat algılanan fayda boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kadınların algılanan fayda ortalaması erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Mansur (2016) cinsiyete göre TKM alt boyutundan algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı ve kullanıma yönelik niyet boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde TKM puanında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalarda bulunmaktadır (Bozkurt, 2020; Teo, 2010; Günaltay ve Önder, 2021). Özyurt ve Çetin Gürkan (2024) tarafından yapılan araştırmaya göre TKM alt boyutundan algılanan kullanım kolaylığı, algılanan fayda ve toplam teknoloji kabul düzeylerinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Mevcut literatür incelendiğinde araştırma sonuçlarımızdan farklılık gösteren sonuçlara sahip araştırmalar da mevcuttur. Teo, Hayrani ve Du (2015) tarafından yapılan çalışmaya göre cinsiyete göre algılanan fayda ve kullanıma yönelik niyet

boyutunda anlamlı bir farklılık yokken, algılanan kullanım kolaylığı boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Teo ve arkadaşları (2015) tarafından algılanan kullanım kolaylığındaki farklılığın kadınların algılanan kullanım kolaylığı puan ortalamalarının erkeklerden daha düşük puanlara sahip olmasından kaynaklandığı bildirilmiştir. TKM alt boyutlarından kullanım niyeti ve algılanan kullanım kolaylığı boyutu puanı mevcut çalışma sonucumuzla farklılık gösterirken algılanan fayda boyutunda benzer sonuçlar olduğu şeklinde yorumlanabilir. Tat (2018) sağlık çalışanlarının TKM alt boyutuna göre algılanan kullanım kolaylığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu bulmuştur. Kadınların puan ortalamasının erkeklerden yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Kadınların ve erkeklerin TKM toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Erkekler ve kadınların Hastane Bilgi Sistemi'nin kullanım kolaylığı açısından incelendiğinde erkeklerin ortalaması kadınların ortalamasından daha yüksek olarak bulunmuştur. Günaltay (2018) çalışmasında erkeklerin ve kadınların teknoloji kabul puan ortalamasının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğini bildirmiştir. Alay'ın (2022) yapmış olduğu araştırmada TKM ile cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olduğu ve farklılığın kadınların erkelere göre daha çok TKM puan ortalamalarının daha yüksek olmasından kaynaklandığını bildirilmiştir. McCombs'ın (2011) yapmış olduğu çalışmada teknoloji kabul ve kullanım niyetinin performans beklentisi (algılanan fayda), çaba beklentisi (algılanan kullanım kolaylığı), davranışsal niyeti yordamasında cinsiyetin bir etkisi olmadığını saptamıştır. Dorukbaşı ve Karakaya (2024) tarafından yapılan çalışmaya göre erkeklerin teknoloji kabul ortalaması kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Literatürden elde edilen bilgiler ışığında görüldüğü üzere mevcut literatür araştırmamızla çoğunlukla desteklemektedir. Öte yandan literatürde çalışma sonuçlarımızla karşıt sonuçlara sahip araştırmalarda bulunmaktadır.

Yaşa göre TKM alt boyutunun algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı, kullanım niyeti ve toplam teknoloji kabul puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı, kullanım niyeti ve toplam teknoloji kabul puanlarında 20-30 yaş arası olan hemşirelerin, 31-60 yaş arası olanların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre 20-30 yaş arası olan hemşirelerin, 31-60 yaş arası olanlara göre teknolojik çağa

daha yakın olmaları ve teknoloji çağında yaşamış olmaları, gelişim süreçlerinde üst kuşaklarına oranla teknolojiye daha açık olmaları ve yaşlarının getirmiş olduğu bir dinamizmden kaynaklandığı şeklinde söylenebilir. 30 yaş üzerinin ise kuşak ve kültür farkı sebebiyle teknolojiye uyum sağlamakta daha çok zorlandığı düşünülmektedir. Bilinmeyen yeni bir yapı daha ileri yaşta olanlarda belirsizliğe, kaygı ve endişeye yol açmış olabilir. Bu da onların teknolojiye uyumunu zorlaştırmış olabilir. Literatür incelendiğinde teknoloji kabul ile yaş arasında ilişkinin bulunduğu benzer araştırmalar mevcuttur. Bağlıbel ve arkadaşlarının (2010) okul yöneticileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada yaştan teknolojiye ilişkin algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığı boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Algılanan fayda boyutunda farkın 30 yaş ve altının 31-40 ve 41-50 yaş grubundan teknolojiyi daha faydalı bulmalarından kaynaklanmaktadır. Algılanan kullanım boyutunda ise fark 30 yaş ve altının 31-40 ve 41-50 yaş grubundan teknolojiyi daha kolay bulmalarından kaynaklanmaktadır. Mansur'un (2016) yöneticilere yapmış olduğu çalışmada yaştan teknolojiye ilişkin algılanan kullanım kolaylığı ve kullanım niyeti boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu, algılanan fayda boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını saptanmıştır. Algılanan kullanım kolaylığı boyutunda farkın 31-35 aralığındaki yöneticiler ile 51 ve üzerinde olanlar arasında ve 36-40 yaş aralığındaki yöneticilerin 51 ve üzerinde olan yöneticilerden kaynaklandığını bildirmiştir. Yaş aralığı 31-35 olan yöneticilerin algılanan kullanım kolaylığı ortalaması yaşı 51 ve üzerinde olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Yaş aralığı 36-40 olan yöneticilerin algılanan kullanım kolaylığı ortalaması yaşı 51 ve üzerinde olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Ha ve Park (2020) tarafından yapılan çalışmaya göre yaş teknoloji kabulüyle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Dorukbaşı ve Karakaya (2024) tarafından yapılan çalışmaya göre 30 yaş ve altındaki bireylerin teknoloji kabulleri 31 ve 40 yaş arasındaki ve 41 yaş üzerindeki bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Yaş arttıkça katılımcıların teknoloji kabul ortalamalarının düştüğü şeklinde bir yorumlama yapılabilmektedir. Yorgancıoğlu Tarcan ve Çelik (2016) tarafından yapılan çalışmaya göre yaşa göre TKM alt boyutundan kullanım kolaylığı algısı ile yaştan pozitif anlamlı bir ilişkisi olduğu ifade edilmiştir. Bu sonuçlar mevcut çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir.

Literatürde mevcut çalışma sonuçlarımızdan farklı sonuçlara da rastlanmıştır. Özyurt ve Çetin Gürkan (2024) tarafından yapılan çalışmaya göre TKM alt boyutundan algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı ve toplam teknoloji kabulü puan ortalamalarında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Chung, Park, Wang, Fulk, McLaughlin (2010) tarafından yapılan araştırmada yaşa göre algılanan kullanım kolaylığı, algılanan fayda ve kullanım niyeti arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğini bulmuştur. Görüldüğü üzere araştırma sonuçlarımız mevcut literatür ile hem benzerlik hem de farklılık gösteren araştırmalar bulunmuştur. Bunun sebebi farklı yıllarda yapılan araştırmadaki yaş gruplarına dahil olan bireylerin kuşak farkından, kullandıkları teknolojilerin sistemsel farklılıklarından ve yaşadıkları sosyokültürel dönemin farklılıklarından kaynaklanabilir. Fakat literatürde yer alan araştırmaların büyük çoğunluğu araştırma sonuçlarımız ile uyumlu olduğu şeklinde yorumda bulunulabilir.

Meslekte çalışma süresine göre TKM alt boyutundan meslekte çalışma süresine göre algılanan kolaylık, kullanım niyeti ve toplam teknoloji kabul puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, fayda puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kullanım kolaylığı, kullanım niyeti ve toplam teknoloji kabul puanında meslekte çalışma süresi 10 yıl ve altında olanların ortalaması 10 yıl üzerinde olanların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir. Literatürde yer alan araştırmalardan araştırma sonucuyla benzerlik gösteren araştırmalar mevcuttur; Hu, Clarck ve Ma (2003) tarafından yapılan çalışmaya göre çalışanların meslekte çalışma süreleri arttıkça teknoloji kabul düzeyleri azalmaktadır. Aktürk ve Delen (2020) tarafından yapılan çalışmaya göre 0-10 ve 11-20 yıl arası çalışma süresine sahip çalışanların teknoloji kabul düzeylerinin 21 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bozkurt (2020) tarafından yapılan çalışmaya göre meslekte çalışma süresine göre algılanan kolaylık ve algılanan fayda boyutunda meslekte çalışma süresi daha az olanların ortalaması meslekte çalışma süresi daha uzun olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu noktada görüldüğü üzere algılanan fayda boyutunda fark olması mevcut araştırma sonucumuzdan farklılık göstermektedir. Niyet boyutunda ise meslekte çalışma süresi 16-20 olanlar diğer gruplardan (5 yıl altı, 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 26 yıl üstü olanlardan) daha yüksek bulunmuştur. Hem araştırma sonuçları hem de literatürde yer alan mevcut araştırmalar karşılaştırıldığında literatürde yer alan sonuçların araştırma sonuçlarımız

ile uyumluluk gösterdiği şeklinde bir yorumda bulunulabilmektedir. Bu sonuçların sebebi meslekte çalışma süresi daha az olan bireylerin yaşları gereği teknoloji ile daha çok etkileşim halinde bulundukları bir yaşam tarzına sahip olmalarından, mesleğe daha yeni başlamaları sebebiyle mesleki gereklilikleri gerçekleştirmede ve öğrenmede daha istekli olmalarından, daha enerjik ve algılamaya daha açık olmaları olabilmektedir.

Eğitim durumuna göre TKM alt boyutundan, algılanan fayda ve toplam teknoloji kabul puanında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, algılanan kullanım kolaylığı ve kullanım niyeti puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kullanım kolaylığı puanlarında lisans eğitim durumuna sahip olanların ortalaması lise eğitim durumuna sahip olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Kullanım niyeti puanlarında ise lise eğitim durumuna sahip olanların ortalaması önlisans ve lisans eğitimine sahip olanlardan daha düşük bulunmuştur. Araştırma bulgularının bu şekilde çıkmış olması hemşirelerin eğitim düzeyleri arasındaki basamak farkından kaynaklı olarak eğitim düzeyleri arttıkça hemşirelerin almış oldukları eğitimin ve gelişimin artmış olmasından kaynaklanabilmektedir. Eğitim düzeyi artan hemşirelerin ise teknolojik yeteneklerinin, algılamalarının, belirsizliklerle veya yeni teknolojik sistemlerle daha kolay baş edebilme, daha hızlı uyum sağlama ve işlemleri daha kolay gerçekleştirebileceklerine inanmalarından kaynaklanıyor olabilmektedir. Literatür incelendiğinde eğitim durumuna göre teknoloji kabul puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermeyen araştırmalar da mevcuttur (Bozkurt, 2020; Sırakaya, 2019; Dorukbaşı ve Karakaya, 2024). Özyurt ve Çetin Gürkan (2024) tarafından yapılan çalışmaya göre TKM alt boyutundan algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığı ve toplam teknoloji kabulü puan ortalamasında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Barzekar ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmaya göre ise eğitim durumunun hemşirelerin HBYS uygulamasının kullanım kolaylığı ve algılanan fayda üzerinde olumlu ve anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Alınan eğitimin hemşirelerin teknoloji kabulünde önemli bir etkiye sahip olabileceği ifade edilmiştir. Eğitimlerin artırılması ve doğru amaçla yapılan eğitimlerle uygulamalar daha kullanıcı dostu olarak algılanmakta ve bireyler daha yüksek performans gösterebilmektedir.

Literatür incelendiğinde araştırma sonucundan farklılık gösteren araştırma sonuçları da mevcuttur. Mansur (2016) eğitim durumuna göre TKM alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Mevcut araştırmamızda ise yalnızca kullanım kolaylığı ve kullanım niyeti boyutunda farklılık bulunmuştur. Mansur (2016) kullanım kolaylığı boyutunda lisans eğitim durumuna sahip olanlar ile yüksek lisans eğitim durumuna sahip olanlar arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğunu bulmuştur. Yüksek lisans eğitim durumuna sahip olanlar lisans eğitim durumuna sahip olanlara göre teknolojiyi daha kolay kullanılabilir olarak algılamaktadırlar şeklinde bildirilmiştir. Mevcut araştırmamızda ise kullanım kolaylığı boyutunda lisans ve lise eğitim durumuna sahip olanların ortalaması diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Mevcut araştırma sonucumuzda algılanan fayda boyutunda fark bulunmamışken Mansur'un (2016) yapmış olduğu çalışmaya göre algılanan fayda boyutundaki farklılık lisans eğitim durumuna sahip olanlar ile yüksek lisans eğitim durumuna sahip olanlar arasında gözlenmiştir. Lisans eğitimi düzeyinde olanlar algılanan fayda ortalamalarına göre yüksek lisans eğitimine sahip olanlardan daha düşük puan ortalamasına sahiptir. Yüksek lisans eğitimine sahip olanlar lisans eğitimine sahip olanlara göre teknolojiyi daha faydalı olarak görmektedir. Mevcut araştırmamızda kullanım niyeti boyutunda lise eğitimine sahip olanların puan ortalaması önlisans ve lisans eğitimin düzeyine sahip olanlardan düşük bulunmuşken; Mansur'un (2016) çalışmasında kullanım niyeti boyutundaki farklılık ise lisans eğitim durumuna sahip olanlar ile yüksek lisans ve doktora eğitimine sahip olanlar arasında görülmektedir. Lisans eğitim durumuna sahip olanlar yüksek lisans ve doktora eğitim durumuna sahip olanlara oranla daha düşük kullanım niyetine sahip olduğu şeklinde bildirilmiştir. Günaltay (2018) tarafından yapılan çalışmaya göre ise eğitim durumuna göre teknoloji kabul puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bulunan farklılık doktora ve ön lisans- lisans-yüksek lisans eğitim durumuna sahip olanların puan ortalamaları arasında doktora lehine olduğu bulunmuştur.

Mevcut araştıma sonucundan farklı olarak yine; Ülke ve Atilla (2020) tarafından yapılan çalışmaya göre eğitim durumu düştükçe fayda algısının düştüğü bulunmuştur. İpek (2023) tarafından yapılan çalışmaya göre ise eğitim durumuna göre; kullanım kolaylığı algıları, kullanım niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Mevcut araştırma sonucumuza benzer olarak bireylerin

Fayda algıları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunması araştırma sonucumuzu desteklemektedir. Lisansüstü eğitim durumuna sahip olan bireylerin fayda algılarının daha yüksek olduğu, özellikle ön lisans eğitim durumuna sahip olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu ifade edilmiştir. Ha ve Park (2020) tarafından yapılan çalışmaya göre eğitim düzeyi teknoloji kabulüyle anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Günaltay ve Önder (2021) tarafından yapılan çalışmada TKM puanlarının eğitim durumuna göre incelenmesi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Araştırmaya göre yüksek lisans ve doktora eğitimi durumuna sahip olanların puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bireyler eğitim durumuna göre HBS kullanımını daha olumlu olarak algılamaktadır. Literatür taramasından elde edilen verilerde mevcut araştırma bulgularımızla hem uyumlu hem uyumsuz olan çalışmalar mevcuttur. Fakat literatürde yer alan araştırma sonuçları mevcut araştırma bulgularımız karşılaştırıldığında çoğunlukla araştırma sonucumuzu desteklemektedir. Literatürle farklılık gösteren araştırma sonuçlarının sebebi bireylerin karakteristik özelliklerinden, almış oldukları eğitimin yetkinliklerinden ve farklılıklarından kaynaklanabilmektedir.

Medeni duruma göre TKM alt boyutlarında araştırma sonucumuzda anlamlı farklılık bulunmamışken literatürde araştırma sonucundan farklılık gösteren çalışmalar mevcuttur. Örneğin; Yorgancıoğlu Tarcan ve Çelik (2016) tarafından yapılan çalışmaya göre medeni duruma göre TKM alt boyutunun kolaylık algısına göre bekâr bireylerin evlilere oranla teknoloji kullanım kolaylığı algılarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. İpek (2023) tarafından yapılan çalışmaya göre bireylerin fayda algıları ve kullanım kolaylığı algıları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bekâr bireylerin fayda algıları ve kullanım kolaylığı algıları evli bireylere göre daha yüksektir. Mevcut literatürde araştırma sonucuna benzerlik gösteren araştırmalar arasında ise; Mansur (2016) tarafından yapılan çalışmaya göre medeni duruma göre TKM alt boyutlarından algılanan kullanım kolaylığı, algılanan fayda ve kullanım niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dorukbaşı ve Karakaya (2024) tarafından yapılan çalışmaya göre evli ve bekâr çalışanların teknoloji kabul ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ha ve Park (2020) tarafından yapılan çalışmaya göre medeni durumun teknoloji kabulüyle ilişkisi bulunmadığı

bildirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler ışığında literatürdeki verilerinde taranmasından sonra araştırma sonuçlarımızın literatürle hem farklılık gösterdiği hem de benzerlik gösterdiği araştırmaların mevcut olduğu söylenebilmektedir. Bunun sebebi araştırma yapılan hastanedeki evli ve bekâr çalışanların nitelik ve niceliklerinin diğer araştırma grubunda yer alan katılımcılardan farklı olmasından kaynaklanabilmektedir.

HBYS eğitimi alma durumuna göre TKM alt boyutunda algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı, kullanım niyeti ve toplam teknoloji kabul puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun nedeni olarak, kişiyi etkileyen bireysel, örgütsel ve çevresel faktörlerden kaynaklanıyor olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Literatürde yer alan çalışmalardan elde edilen sonuçlardan farklı olarak; Günaltay (2018) tarafından yapılan çalışmaya göre HBS eğitimi alan çalışanların puan ortalaması HBS eğitimi almayanlardan daha yüksek çıkmıştır. Günaltay ve Önder (2021) tarafından yapılan çalışmaya göre HBS eğitimi alan çalışanların puanlarının, eğitim almayanlara oranla daha yüksek olduğu ve bu farklılığın anlamlı olduğu bulunmuştur. Eğitim alan çalışanların tüm boyutlarda puan ortalamaları eğitim almayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Eğitim alan ve almayan bireyler arasında toplam teknoloji kabul düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç ise mevcut araştırma sonucu ile uyumludur. Barzekar ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmaya göre ise bireye HBYS ile ilgili verilen eğitimlerin hemşireler tarafından teknolojinin kabulünde önemli bir etkiye sahip olabileceği ifade edilmiştir. Eğitimlere katılımın artırılması ile teknoloji kabulüne yönelik farkındalıklar geliştirilebilir ve bunun sonucunda çalışanlar daha yüksek performans gösterebilir. Literatürde yer alan çalışma sonuçları mevcut araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir. HBYS'ye yönelik hizmet içi eğitim alan hemşirelerden aldıkları eğitimi yeterli bulanların teknoloji kabul düzeyleri aldığı eğitimi yeterli bulmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Alınan eğitimlerin yeterliliği, hemşirelerin teknoloji kabulüne yönelik farkındalıklarında değişiklik yaratarak, öğrendikleri bilgiler ışığında teknoloji kabullerini olumlu yönde etkileyebilecektir.

Hizmet içi eğitim alma durumuna göre TKM alt boyutundan algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı, kullanım niyeti ve toplam teknoloji kabul puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Mevcut araştırma bulgularımıza

benzerlik göstererek destekleyen çalışma ise; Tat (2018) tarafından yapılan çalışmaya göre TKM alt boyutlarından algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan fayda boyutuna göre HBS için hizmet içi eğitim alıp almamalarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hizmet içi eğitim alan bireyler ve almayanlar arasında HBS kullanım kolaylığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. HBS ile ilgili hizmet içi eğitim alan ve almayan bireyler arasında toplam teknoloji kabul düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırma sonucumuzdan farklılık gösteren araştırma ise; Günaltay (2018) tarafından yapılan çalışmaya göre hizmet içi eğitimi alanlar diğer eğitim türlerinden daha yüksek ortalamaya sahiptir. Mevcut literatürde hizmet içi eğitim alıp almama durumuna göre teknoloji kabul modeli karşılaştırılması bakımından çok fazla araştırma sonucu yer almamaktadır. Bu sebeple alanyazına bu şekilde bir ekleme yapmanın yapılacak olan araştırmalar ve literatür açısından önemli olacağı düşünülmektedir. Literatürde var olan ve ulaşılabilen araştırma sonuçları mevcut araştırmamızın sonucunu hem desteklenmektedir hem de karşıt sonuca sahiptir. Alınan eğitimler bireylerin algılarında ve becerilerinde fayda yaratmak amacıyla verilip, öğrendikleri bilgiler ışığında teknoloji kabullerini olumlu etkileyebilecek amaçlarken mevcut çalışma sonucumuzda hizmet içi eğitim alan hemşireler ile eğitim almayan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasının sebebi; alınan eğitimin içeriğinden, eğitimin hemşirelerin algılarına uygun olup olmamasından, hemşirelerin niteliklerinden ve farklı niteliklere sahip olmalarından, hemşireleri etkileyen çevresel faktörlerin ve hemşirelerin yaşının, yaşamının, kültürünün, ait olduğu kuşağın durumuna göre farklılıklarının getirdiği farklı eğilimlere sahip olmasından, verilen eğitimin yeterliliği faktörlerinden ve daha farklı dışsal etkenlere bağlı olarak farklılık göstermiş olabilir şeklinde yorumlanabilir.

Barzekar ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmaya göre hemşireler HBYS kullanımına bağlı olarak kaygı gibi teknolojinin olumsuz sonuçlarını maruz kalırlar. Teknoloji kaygısı, hemşirelerin işi kabullenme, teknolojiyi kullanma ve benimseme motivasyonlarını azaltmaktadır. Buna bağlı olarak düşük motivasyon hemşirelerin hata yapma olasılığını artırarak, sağlık hizmet sunumu kalitesinin azalmasına neden olacaktır. Herhangi bir hata, hastanın sağlık durumunda geri dönülmez sonuçlara yol açabilir, zamandan ve kaynaktan israf oluşturabilir. Ek olarak bazı hukuki olumsuz sonuçların getireceği maddi ve manevi bedelleri de

olabilir. Ayrıca sağlık kurumunun ve sağlık personelinin imajında zedelenme yaratabilir ki bu durumun sonraki dönemlerde de olumsuz etkileri sürebilir. Bütün bu faktörler göz önüne alındığında hemşirelerin teknolojiyi benimsemeleri ve teknolojiyi kabulü, sağlık hizmet sunumu açısından büyük bir avantaj sağlayabilecektir şeklinde yorumlanabilir.

5.2. Sosyo-demografik değişkenlere göre iş performans düzeylerinin tartışılması

Araştırma sonuçlarından elde edilen bulgulara göre; hemşirelerin iş performansı toplam puan ortalaması 125,62'dir. İş performansı ölçeği alt boyutlarından almış oldukları puanların ortalamasına göre en yüksek ortalama "koordinasyon" boyutunda (39,37) ve sırasıyla "yardım destek" (24,15), "meslektaşlara destek" (24,00), "bilgi verme" (15,99), "kuruma katkı" (15,29) ve "işe katkı" (6,73) takip etmiştir. Kırılmaz, Durmuş ve Şahin (2019) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmaya göre iş performans alt boyutlarının ortalamaları en yüksekten düşüğe doğru sırasıyla; "koordinasyon" (4,44), "meslektaşlara destek" (4,21), "bilgi verme" (4,13), "kuruma katkı" (4,04), "yardım-destek" (3,92) ve "işe katkı" (3,74) şeklindedir. Hemşirelerin toplam iş performansı puan ortalaması ise 4,15 bulunmuştur. Atıcı (2020) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmaya göre iş performans alt boyutlarının ortalamaları en yüksekten düşüğe doğru sırasıyla; "koordinasyon" (4,3), "meslektaşlara destek" (4,0), "bilgi verme" (3,9), "yardım-destek" (3,9), "kuruma katkı" (3,8), ve "işe katkı" (3,7) şeklindedir. Hemşirelerin toplam iş performansı puan ortalaması ise 4,00 bulunmuştur. Demir (2021) yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin iş performansı puan ortalaması sırasıyla "meslektaşlara destek" (5,62), "koordinasyon" (5,44), "kuruma katkı" (5,19), "yardım-destek" (5,14), "bilgi verme" (5,12) ve "işe katkı" (4,85) şeklindedir. Sevinik ve Lök (2022) tarafından yapılan araştırmaya göre iş performansı alt boyutlarından elde edilen ortalama puanlar en yüksekten en düşüğe sırasıyla; "bilgi verme" (4,48), "koordinasyon"(4,39), "yardım-destek" (4,10), "işe katkı" (4,07), "kuruma katkı" (4,03) ve "meslektaşlara destek" (3,92) şeklindedir. Hemşirelerin toplam iş performansı puan ortalaması ise 4,18 bulunmuştur. Literatürdeki farklı sonuçlar, kurumun hemşirelere sağlamış olduğu fırsat ve desteklerden, hemşirelerin bireysel farklılıklarından, örgütsel ve çevresel faktörlerin etkisinden, hemşirelerin niteliklerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Cinsiyete göre hemşirelerin iş performans alt boyutlarında ve toplam iş performansında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Demir (2021) hemşireler üzerinde yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin iş performanslarının tüm alt boyutlarda ve toplam performansta cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini saptamıştır. Mevcut literatürde hemşirelerin iş performansından aldıkları puanın cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini saptayan başka çalışmalar da mevcuttur (Sarıyer, 2019; Soysal ve ark., 2019; Acar, 2019; Wi ve Yin, 2012; Al-Makhaita, Sabra ve Hafez, 2014; Simanjuntak, Simanjorang ve Amirah, 2021; Polat, Yıldırım ve İşsever, 2021). Mevcut literatürde farklı meslek grupları üzerinde yapılan iş performansından aldıkları puanın cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini saptayan başka çalışmalar da mevcuttur (Kakar, 2002; Olorunsola, 2011; Biri ve Iwu, 2014; Omolayo ve Omele, 2014; Sökmen ve Mete, 2015; Deeb, Alananzeh, Tarhini ve Masa'deh 2020; Thu, Loan ve Qugnh, 2022; Özdemir Yüce, 2022; Tuna ve Yıldız, 2023).

Literatürde mevcut çalışma sonuçlarından farklılık gösteren araştırmalar da mevcuttur. Farklı meslek gruplarında çalışanlar üzerinde yapılan araştırmalar kadınların iş performansının, erkeklerden daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Ali ve Davies, 2010; İpek, 2019; Domínguez, Sánchez ve Álvarez, 2012; Dhani ve Sharma, 2017; Benson, Li ve Shue, 2024). Atıcı (2020) hemşire iş performans ölçeği alt boyutu ve toplam puan ortalamasının cinsiyete göre karşılaştırılmasında "bakım koordinasyonu" alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini ifade etmiştir. "Bakım koordinasyonu" alt boyutunda kadınların puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Cinsiyete göre hemşirelerin toplam iş performans ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Kadınların performans ortalaması erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Bu noktada araştırma sonucu mevcut araştırmamızın sonucumuzdan farklılık göstermektedir. Literatürde cinsiyetin hemşirelerin iş performansını pozitif şekilde etkilediği sonucuna ulaşan araştırmalar da mevcuttur (Lai ve ark., 2020; Akar ve Bekar, 2022). Kırılmaz, Durmuş ve Şahin (2019) tarafından hemşireler üzerinde yapılan araştırmaya göre cinsiyete göre iş performansı toplam puanları ve alt boyutlarından yalnızca "meslektaşlara destek" boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Meslektaşlara destekte erkeklerin ortalaması kadınlardan daha

yüksektir. Bu sebeple araştırma sonuçları, mevcut araştırma sonucumuzdan bu noktada fark göstermektedir. Fakat diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmaması sebebiyle araştırma sonucu, mevcut araştırma bulgularımızı desteklemektedir. Literatürde yer alan farklı araştırmalardaki sonuçlar birbirinden farklılık göstermektedir. Bu sebeple literatürde çalışma sonucumuzu destekleyen çalışmaların mevcut olması ile birlikte karşıt sonuçlara sahip araştırmalar da bulunmaktadır.

Yaşa göre hemşirelerin iş performansının karşılaştırılması sonucunda alt boyutlardan "yardım arama", "meslektaşlara destek", "kuruma katkı", "işe katkı" ve toplam puanlarında anlamlı farklılık bulunmazken, "koordinasyon" ve "bilgi verme" puanlarında yaşa göre anlamlı farklılaşma bulunmuştur. "Koordinasyon" ve "bilgi verme" puanlarında 30 yaş ve altı olanların ortalaması 30 yaş üstü olanların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir. Literatürde benzer sonuçlara sahip farklı araştırmalar da mevcuttur. Wi ve Yin (2012) tarafından klinik hemşireleri üzerinde yapılan çalışmaya göre yaşa göre iş performansında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. En yüksek ortalamaya sahip olan gruplar; 36-40, 41 ve üzeri, 31-35, 26-30 ve 21-25 şeklindedir. Lai ve arkadaşları (2020) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmaya göre yaş, iş performansını pozitif şekilde etkilmektedir. Küçüksarı (2019) tarafından hemşireler üzerinde yapılan araştırmaya göre yaşa göre iş performansı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yaş grubu 41-55 olanların iş performans ortalaması 18-25 ve 26-40 grubundakilerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Doğan ve Bayraktar (2020) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada yaşa göre iş performansında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Fark 33 yaş ve üzeri grubun diğer gruplardan anlamlı olarak farklılık göstermesinden kaynaklanmaktadır. Sarıyer (2019) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada yaşa göre iş performansında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yaş grubu 41-55 olan hemşirelerin iş performansı 18-25 ve 26-45 grubunda olanların iş performansından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde hemşireler üzerinde yapılan araştırmalarda yaş ile performans arasında ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (Al-Makhaita ve ark., 2014; Çalışkan ve Heves Yılmaz, 2017; Simanjuntak ve ark., 2021;).

Literatürde farklı meslek grupları üzerinde yapılan araştırmalarda yaş ile performans arasında ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (Ng ve Feldman, 2008; Lai, Lam ve Liu, 2010; Omolayo ve Omele, 2014; Sökmen ve Mete, 2015; İpek, 2019; Deeb ve ark., 2020; Tuna ve Yıldız, 2023; Özdemir Yüce, 2022). Kırılmaz ve arkadaşları (2019) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmaya göre iş performansının tüm alt boyutunda yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Demir (2021) yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin iş performanslarının tüm alt boyutlarında ve toplam performansta yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini saptamıştır. Literatürde yer alan çalışmalardan bir takımı mevcut araştırma bulgularımızı desteklerken bir takımı da farklı sonuçlar elde etmiştir. Bunun sebebi hemşirelerin kişisel özelliklerinden, çalıştıkları işin ortamından, işin niteliğinden, çalışma şartlarından kaynaklanıyor olabilir şeklinde yorumlanabilir. Hemşirelik mesleği yapısı gereği daha dinamizme açık bir meslek olmasından kaynaklı olarak 30 yaş altı hemşirelerin daha dinamik, dinç ve mesleki yıpranmışlık durumlarının daha az olması yüksek olasıdır. Mevcut literatür büyük oranda araştırma sonucumuz ile uyumludur.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin iş performansı alt boyutunda "yardım arama", "kuruma katkı" ve "işe katkı" puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken; "koordinasyon", "meslektaşlara destek", "bilgi verme" ve "toplam iş performansı" puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. "Koordinasyon", "meslektaşlara destek", "bilgi verme" ve "toplam iş performansı" puanlarında meslekte çalışma süresi 10 yıl ve altında olanların ortalaması 10 yıl üzerinde olanların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Literatürde araştırma mevcut sonucunu destekleyen farklı araştırmalar mevcuttur. Sarıyer (2019) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmaya göre meslekte çalışma süresi ve iş performansı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Meslekte çalışma süresi 16 yıl ve üzerinde olan bireylerin iş performansları meslekte çalışma süreleri 11-5, 1-5 ve 6-10 yıl olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Sarıyer'in (2019) çalışma sonuçları mevcut araştırma sonucumuzdan farklılık gösterir. Kırılmaz ve arkadaşları (2019) tarafından hemşireler üzerinde yapılan araştırmaya göre iş performansı alt boyutlarından yalnızca "bilgi verme" boyutunda meslekte çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma yılı 6 yıl ve üstü olanlar en yüksek ortalama

sahipken ardından 1 yıl ve altı ve 2-5 yıl arasında çalışanların ortalaması şeklindedir. Diğer alt boyutlarda ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırma bulguları mevcut araştırma sonucumuzdan “koordinasyon”, “meslektaşlara destek” ve “toplam iş performans” boyutunda da anlamlı fark bulunmaması sebebiyle farklılık göstermektedir. Ek olarak araştırma sonucu mevcut araştırma sonucumuzdan "bilgi verme" boyutunda çalışma süresi daha uzun süre olanların ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olması noktasında farklılaşır şeklinde yorumlanabilir. İpek (2019) tarafından kamu personeli üzerinde yapılan araştırmaya göre meslekte çalışma süresine göre iş performansında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Meslekte çalışma süresi 21 yıl ve üzerinde olanların iş performans ortalaması 2-5 yıl, 11-20 yıl ve 21 yıl ve üzeri olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Araştırma sonucu mevcut araştırma sonucumuzdan çalışma süresi daha uzun süre olanların ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olması dolayısıyla farklılaşmaktadır. Doğan ve Bayraktar (2020) tarafından hemşireler üzerinde yapılan araştırmaya göre meslekte çalışma süresine göre iş performansında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Fark çalışma süresi 5 yıl ve üzerinde olanların diğer grupların iş performans ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Simanjuntak ve arkadaşlarının (2021) hemşireler üzerinde yapmış olduğu araştırmaya göre meslekte çalışma süresi ile hemşirelerin iş performansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Meslekte çalışma süresi 5 yılın üzerinde olanların iş performans ortalaması meslekte çalışma süresi 5 yıl altında olanlardan anlamlı olarak farklıdır. Tuna ve Yıldız (2023) tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırmaya göre meslekte çalışma süresine göre iş performansında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Bu fark çalışma yılı 1-3 yıl olanların, çalışma süresi 1 yıldan az olanların iş performans ortalamasından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Mevcut literatürde araştırma bulgularımızdan farklı sonuçlara sahip araştırmalar da mevcuttur. Bazı araştırma sonuçlarına göre meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin iş performansında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Seyirci, 2009; Al-Makharita ve ark., 2014; Çalışkan ve Heves Yılmaz, 2017; Özdemir Yüce, 2022). Mevcut literatürün incelenmesi sonucunda elde edilen bulguların mevcut araştırma bulgularımızla karşılaştırılması sonucunda görüldüğü üzere farklı araştırmalara sahip araştırma sonuçları mevcut araştırma sonucumuzu

hem destekler nitelikte hem de karşıt sonuçlara sahiptir. Fakat karşılaştırma sonucunda literatürden elde edilen araştırma sonuçlarının büyük çoğunlukla mevcut araştırma sonucumuzu desteklediği şeklinde yorum yapılabilir.

Eğitim durumuna göre hemşirelerin iş performansının karşılaştırılmasında "koordinasyon", "yardım arama", "meslektaşlara destek", "kuruma katkı", "bilgi verme" ve "toplam puanda" istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, "işe katkı" puanlarında lisans ve lisansüstü eğitim durumuna sahip olanların ortalaması lise eğitim durumuna sahip olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Literatürde mevcut çalışma sonucumuzdan farklı çalışma sonuçları mevcuttur; Kırılmaz ve arkadaşları (2019) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmaya göre iş performans alt boyutlarından yalnızca "yardım ve destek" alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmada lisansüstü eğitim durumuna sahip olanların puanları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Diğer alt boyutlar ve toplam performansta eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İş performansı "işe katkı" ve "yardım ve destek" boyutunun sonuçları mevcut araştırma sonucumuzdan farklılık gösterirken diğer dört boyut ve toplam performans puanları araştırma sonucumuz ile uyumludur. Tayfun ve Çatır'ın (2013) hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmaya göre eğitim durumu ve performans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ifade edilmiştir. Lisans ve önlisans eğitim durumuna sahip çalışanların performanslarının lise eğitim durumuna sahip çalışanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışkan ve Heves Yılmaz (2017) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmaya göre eğitim durumuna göre iş performansında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Lisans ve yüksek lisans eğitim durumuna sahip olanların ortalaması önlisans eğitim durumuna sahip olanlardan daha yüksek saptanmıştır. Acar (2019) hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin eğitim durumuna göre iş performansında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğunu ve bu farkın lisansüstü hemşirelerden kaynaklandığını ifade etmiştir. Lisansüstü eğitim durumuna sahip olan hemşirelerin iş performans ortalaması lise, önlisans ve lisans eğitim durumuna sahip olan hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksektir. Lise eğitim durumunda olanların iş performans ortalaması ise lisans grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Doğan ve Bayraktar (2020) tarafından hemşireler üzerinde yapılan bir başka çalışmaya göre eğitim durumuna göre iş performansında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim durumu lisans ve lisans üstü olanların iş performans puan ortalaması diğer eğitim durumuna sahip olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Wi ve Yin (2012) tarafından klinik hemşireleri üzerinde yapılan çalışmaya göre eğitim durumuna göre iş performansında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yüksek lisans eğitim durumuna sahip olanların iş performans ortalaması yüksekokul ve lisans eğitim durumuna sahip olanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Literatürde mevcut araştırma sonuçlarını destekleyen çalışmalar bulunmakla birlikte araştırma sonucumuzdan farklı olarak eğitim düzeylerine göre hemşirelerin iş performans puanlarının istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını bildiren çalışma sonuçları da mevcuttur (Seyirci, 2009; Yılmaz ve Yıldırım, 2018; Sarıyer, 2019; Soysal ve ark., 2019; Simanjuntak ve ark., 2021). Benzer şekilde sağlık çalışanları üzerinde yapılan farklı çalışmalar, eğitim düzeylerine göre hemşirelerin iş performans puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir (Koçak ve Özüdoğru, 2012; Tekingündüz ve ark., 2015; Tağraf ve ark., 2016; Saygılı ve ark., 2016; Özdemir Yüce, 2022; Tuna ve Yıldız, 2023;). Eğitim seviyesinin iş performans ortalamalarını etkilemediğini ifade eden farklı meslek grubuna ait çalışanlar üzerinde yapılan çalışma sonuçları da mevcuttur (İpek, 2019; Deeb ve ark., 2020).

Atıcı'nın (2020) yapmış olduğu çalışmaya göre hemşirelerin eğitim durumuna göre hemşire iş performans ölçeği alt boyutları ve toplam iş performans ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ifade edilmiştir. Atıcı'nın araştırma sonuçlarından farklı olarak elde edilen mevcut araştırma sonuçlarımızda "işe katkı" alt boyutunda lisans ve lisansüstü eğitim durumuna sahip olanların iş performans ortalaması lise eğitim durumuna sahip olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Demir'in (2021) yapmış olduğu çalışmaya göre hemşirelerin iş performans ölçeği alt boyutlarından ve toplam iş performansından aldıkları puanların hemşirelerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Mevcut çalışma sonucumuzda ise "işe katkı" alt boyutunda lisans ve lisansüstü eğitim durumuna sahip olanların iş performans ortalamasının yüksek olması sebebiyle Demir'in araştırma bulgularından farklılık göstermektedir. Polat ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmaya göre hemşirelerin eğitim durumuna göre iş performans algısında anlamlı farklılaşma bulunmamıştır. El Ahmedi (2009)

tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmaya göre performans ve eğitim düzeyi arasında negatif ilişki mevcuttur.

Mevcut alışma sonucumuzda iş performans alt boyutlarından ve toplam iş performans ortalamasından yalnızca "işe katkı" alt boyutunda lisans ve lisansüstü eğitim durumuna sahip olanların iş performans ortalamasının yüksek olması; aldıkları eğitimin niteliğinin daha yüksek olmasından, lisans ve lisansüstü eğitimde kazandıkları bilgi ve beceri ile donatılmış olmalarından kaynaklanmış olabilir şeklinde yorumlanabilir. Literatürde yer alan araştırmalardan bir takımı araştırma sonucumuz ile uyumluluk gösterirken mevcut araştırma sonucumuzdan farklılık gösteren araştırma bulguları da mevcuttur. Fakat yine de literatürde yer alan araştırmaların büyük çoğunluğu mevcut araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir.

Medeni duruma göre hemşirelerin iş performans alt boyutlarında ve toplam performans puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Literatür taramasından elde edilen benzer bulgulara sahip çalışmalar, araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir. Literatürde hemşirelerin medeni durumunun iş performans düzeylerini etkilemediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Wi ve Yin, 2012; Al-Makharita ve ark., 2014; Acar, 2019; Doğan ve Bayraktar, 2020; Simanjuntak ve ark., 2021; Polat v e ark., 2021; Soysal ve ark., 2019). Benzer şekilde sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırma sonuçlarına göre medeni durumunun iş performans düzeylerini etkilemediği ifade edilmiştir (Tekingündüz ve ark., 2015; Tağraf ve ark., 2016; zdemir Yüce, 2022). Farklı meslek gruplarında yapılan benzer araştırma sonuçlarına göre medeni durumunun iş performans düzeylerini etkilemediği ifade edilmiştir (İpek, 2019; Deeb ve ark., 2020). Atıcı (2020) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin medeni durumlarının hemşire iş performans leği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığını bildirmiştir. Demir'in (2021) yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin iş performanslarının tüm alt boyutlarında ve toplam iş performansında medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini saptamıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlardan yola çıkarak mevcut literatürde yer alan farklı araştırmalara ait farklı sonuçlar da mevcuttur. Selmer ve Luring'e (2011) göre

akademisyenlerin iş performansı ile medeni durum arasında ilişki mevcuttur; evli olmak iş performansını pozitif etkilemektedir. Özer'in (2019) hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışma sonucunda bekâr olan çalışanların evli olanlara oranla iş performanslarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bazı araştırma sonuçlarına göre iş performansı hemşirelerin medeni durumu ile pozitif ilişkilidir (El Ahmed, 2009; Akar ve Bekar, 2022). Literatürde bireylerin medeni durumları ile iş performansları arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalarda bazı çalışmalar mevcut araştırmamızın sonucunu desteklerken bazı çalışmalar ise karşıt sonuca sahiptir. Fakat genel olarak literatür incelendiğinde görülmektedir ki araştırmaların büyük bir kısmının sonucunda medeni durumun performansı etkilmediği araştırmalar mevcuttur şeklinde yorumlanabilir. Buna bağlı olarak da literatür verileri ile mevcut araştırma sonucumuz uyumludur şeklinde yorum yapılabilir.

Hizmet içi eğitim alma durumuna göre hemşire iş performans ölçeği tüm alt boyutlarında ve toplam iş performansında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fakat literatürde mevcut araştırma sonuçlarından farklı sonuçlar bildiren çalışmalar mevcuttur; Asiamah, Mensah ve Ocran (2019) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmaya göre hemşirelerin gelişimi amacıyla uygulanan eğitimlerin hemşirelerin iş performansında artış sağladığı bulunmuştur. Farklı meslek gurupları üzerinde yürütülen çalışmalar incelendiğinde; Nkeke (2010) tarafından üniversite kütüphane personeli üzerinde yapılan çalışmaya göre hizmet içi eğitim ile iş performansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Junejo, Sarwar ve Ahmed (2017) tarafından öğretmenler üzerinde yapılan bir başka çalışmaya göre hizmet içi eğitim ile iş performansı arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Iqbal ve arkadaşları (2019) tarafından öğretmenler üzerinde yapılan çalışmada ise hizmet içi eğitim, iş performansını etkilemektedir. Literatür incelemesi sonucunda elde edilen çalışma sonuçlarından yola çıkılarak literatürde yer alan bulguların mevcut araştırma sonucumuz ile uyumlu olmadığı söylenebilir. Alınan eğitimler bireylerin algılarında ve becerilerinde değişiklik yaratarak elde ettikleri bilgiler ışığında iş süreçlerinde performanslarını olumlu etkileyebilecek güce sahip olabiliyorken mevcut çalışmamızda sonuç farklı çıkmıştır. Buna ek olarak bu farklılığın sebebinin alınan hizmet içi eğitimin içeriğinden, eğitimin hemşirelerin beklenti ve gereksinimlerine uygun olup olmamasından,

hemşirelerin eğitime karşı istekli olup olmamasından kaynaklanabilir şeklinde yorumlanabilir.

5.3. İş performansının yordanmasına ilişkin sonuçların tartışılması

Teknoloji kabul modeli alt boyutlarının, İş performansı alt boyutları üzerindeki rolü incelendiğinde; TKM fayda ve kolaylık puanları, hemşirelerin iş performansı koordinasyonunu yordamıyorken, TKM niyet alt boyutu, iş performansı koordinasyonu pozitif ve anlamlı yönde yordamaktadır. TKM kolaylık ve fayda, hemşirelerin iş performansı boyutlarından yardım-desteği anlamlı olarak yordamıyorken, TKM niyet, iş performansı yardım-desteği pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır. TKM kolaylık ve fayda puanlarını hemşirelerin iş performansı meslektaşlara destek puanlarını anlamlı olarak yordamıyorken, TKM niyet boyutunu pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. TKM kolaylık ve fayda puanları, hemşirelerin iş performansı kuruma katkı puanlarını anlamlı olarak yordamıyorken, TKM niyet puanları, iş performansı kuruma katkı puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. Hemşirelerin TKM fayda puanları, iş performansı bilgi verme puanlarını anlamlı olarak yordamıyorken, TKM niyet ve kolaylığı, iş performansı bilgi verme puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. Hemşirelerin TKM fayda ve kolaylık puanları, iş performansı işe katkı puanlarını anlamlı olarak yordamıyorken, TKM niyet puanları, hemşirelerin iş performansı işe katkı puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. Hemşirelerin TKM fayda puanları, iş performansı toplam puanlarını anlamlı olarak yordamıyorken, TKM kolaylık ve niyet puanları, iş performansı toplam puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır.

İran’da Sharifian, Askarian, Nematolahi ve Farhadi (2014) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmaya göre hemşirelerin HBYS kabulünün performans beklentisinden ve performans beklentisinin bireyin niyeti üzerinde yüksek etkisi olduğu bulunmuştur. Akça ve Özer’in (2012) Kurumsal Kaynak Planlaması programlarını kullanan firma personeli üzerinde yapmış olduğu çalışmaya göre algılanan kullanım kolaylığı ve faydanın algılanan örgütsel performans üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisinin olduğu ifade edilmiştir. Bozkurt ve Çakmak’ın (2020) bağımsız denetçiler üzerinde yapmış olduğu çalışmaya göre bireylerin performans beklentisinin, elde edeceği fayda üzerinde anlamlı olarak

pozitif bir etkisi olduğu, algılanan fayda ile niyet üzerinde olumlu bir ilişkisi olduğu ifade edilmiştir. İş güvenliği uzmanları üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise performans beklentisinin niyet üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu ifade edilmiştir (Doğan, 2023: 93). Ismail, Aini, Mahmuda ve Abu Hasan (2020) tarafından çalışanlar üzerinde yapılan çalışmaya göre algılanan kullanım kolaylığının iş performans üzerinde anlamlı ve pozitif etkisi olduğu bulunmuştur. Munir, Shabir ve Sharif (2021) tarafından lisansüstü öğrenciler üzerinde yapılan çalışmaya göre algılanan fayda ve kolaylığın performans üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu bulunmuştur. Elmin (2023) bilgi sistemi kullanıcıları üzerinde yapmış olduğu çalışmada bilgi sistemini kullanarak iş performansında kazanım elde edeceği yönündeki beklentisinin teknolojiyi kullanma ve kabullenme kapasitesinde artış sağladığını ifade etmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu tez çalışmasının sonuçları yorumlanırken ve uygulanırken göz önünde bulundurulması gereken birkaç temel sınırlılığı bulunmaktadır. Çalışmanın ilk sınırlılığı örneklem ile ilgilidir. Araştırma Balıkesir ili, Atatürk Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın çalışma grubu her ne kadar hemşirelerden oluşuyor olsa da tüm hemşirelere genelleme konusundaki sınırlılıklar dikkate alınmalıdır. Bulguları karşılaştırmak ve genellenebilirliği artırmak için gelecekteki araştırmaların, farklı iller ve farklı kamu ve özel hastanelerde görev yapan hemşireleri de kapsayacak şekilde yapılması faydalı olacaktır. İkinci sınırlılık olarak çalışmanın kesitsel yapısı, davranışın belirli bir süre boyunca analiz edilmesine izin vermeyecektir. Bu nedenle, gelecekteki çalışmalarda daha istikrarlı davranış özellikleri yakalayabilmek için boyamsal veriler toplanabilir. Üçüncü olarak, bu tez çalışmasında zaman ve maliyet kısıtlılığı nedeni ile kolayda örnekleme stratejisi seçilmiştir. Rasgele seçimin olmaması nedeni ile bu durum örnekleme çerçevesindeki potansiyel bir yanlılığa neden olabilir. Son olarak, bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının kapsadığı boyutlar ve araştırmaya katılan hemşirelerin öz bildirimlerine dayalıdır. Kullanılan öz bildirim anket yaklaşımı bazı yanlış veya önyargılı yanıtlara yol açacak olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin teknoloji kabul düzeyleri ve iş performansları arasındaki ilişkinin incelenmesi ve hemşirelerin teknoloji kabul düzeyleri ve iş performansları düzeylerinin sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla yürütülen bu araştırma 295 hemşire ile yapılmış olup aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Yapılan araştırma sonucuna göre araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Eğitim durumu incelendiğinde en çok lisans eğitim grubuna dahil olan katılımcılar yer almaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun medeni durumu evlidir. Katılımcıların büyük çoğunluğu HBYS eğitimi almış olup HBYS eğitimi alanların büyük bir bölümü almış oldukları eğitimi yeterli bulmaktadır. Katılımcıların almış oldukları eğitimler; oryantasyon eğitimi, hizmet içi eğitim ve birim içi eğitim şeklindedir. Oryantasyon ve hizmet içi eğiti alanlar almayanlardan çoğunluktadır. Birim içi eğitimde ise eğitim almayanlar çoğunluktadır.

Araştırma sonucunda elde edilen değişkenlere ait tanımlayıcı istatistiklerde hemşirelerin teknoloji kabul alt boyutlarından almış oldukları ortamlarda en yüksek ortalamaya sahip boyut sırasıyla "kolaylık", "fayda" ve "niyet" şeklinde yer almaktadır. Hemşirelerin iş performans alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarına göre ise en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla "koordinasyon", "yardım destek", "meslektaşlara destek", "bilgi verme", "kuruma katkı" ve "işe katkı" şeklindedir.

Yapılan araştırma sonucunda hemşirelerin cinsiyete göre teknoloji kabul modelinde kadınların ortalamaları ile erkeklerin ortalamaları arasında fayda, kolaylık ve toplam TKM puanları arasında anlamlı bir fark yokken niyet puanlarında erkeklerin ortalaması kadınların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin eğitim durumuna göre lise, önlisans, lisans ve yüksek lisans eğitimi alanların TKM fayda ve toplam teknoloji kabul puanları arasında anlamlı bir fark yokken, TKM kolaylık ve niyet puanlarında anlamlı fark vardır. TKM Kolaylık ve niyet puanlarında en yüksek ortalamaya lisans mezunları sahipken daha sonra sırasıyla önlisans, lisansüstü ve lise mezunları yer almaktadır. TKM niyet

puan ortalamasında ise en yüksek puana önlisans mezunları sahipken arkasından lisans mezunları, lisansüstü mezunları ve lise mezunları gelmektedir. Medeni duruma göre teknoloji kabul puanları arasında yapılan karşılaştırmada evli ve bekar hemşirelerin teknoloji kabul puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. HBYS eğitimi alma durumuna göre teknoloji kabul puanlarının karşılaştırılmasında HBYS eğitimi alanlar ve almayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Oryantasyon eğitimi alanlar ve almayan hemşirelerin teknoloji kabul puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Birim içi eğitim alanlar ve birim içi eğitim almayanların teknoloji kabul puanları arasında yapılan karşılaştırmada fayda, kolaylık, niyet ve toplam TKM puanları arasında anlamlı fark olup, birim içi eğitim almayanların fayda, kolaylık, niyet ve toplam TKM puan ortalamaları birim içi eğitim almayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Hizmet içi eğitim alanlar ve hizmet içi eğitim almayanların teknoloji kabul puanları arasında yapılan karşılaştırmada anlamlı bir farka rastlanmamıştır. HBYS eğitimi alanların aldıkları HBYS eğitimini yeterli bulanlar ve bulmayanların arasında yapılan karşılaştırmada HBYS eğitimini yeterli görenlerin fayda, kolaylık, niyet ve toplam TKM puanları HBYS eğitimini yeterli görmeyenlerin ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir.

Çalışmada kadınlar ve erkek hemşirelerin iş performansları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim durumuna göre iş performansının karşılaştırılmasında lise, önlisans, lisans ve lisansüstü mezunların koordinasyon, yardım arama, meslektaşlara destek, kuruma katkı, bilgi verme ve toplam performans puanlarında anlamlı fark yokken, işe katkı puanlarında lisans ve lisansüstü lisansüstü eğitime sahip olanların ortalaması lise eğitimine sahip olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin medeni durumuna göre iş performansının karşılaştırılmasında evli ve bekarların puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. HBYS eğitimi alanlar ve HBYS eğitimi almayanların iş performansları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Oryantasyon eğitimi alanlar ve oryantasyon eğitimi almayanların iş performansları arasında yapılan karşılaştırmada koordinasyon, yardım arama, meslektaşlara destek, bilgi verme, işe katkı ve toplam performans puanlarında anlamlı bir fark yokken, kuruma katkı puanlarında oryantasyon eğitimi alanların ortalaması oryantasyon eğitimi almayanların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Birim içi eğitim alanlar ve birim içi eğitim almayanların iş performansları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hizmet içi eğitim alanlar ve

hizmet içi eğitim almayanların koordinasyon, yardım arama, meslektaşlara destek, bilgi verme, kuruma katkı ve toplam performansları arasında anlamlı fark yokken, işe katkı puanlarında hizmet içi eğitim alanların puan ortalaması hizmet içi eğitim almayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Almış olduğu HBYS eğitimini yeterli bulanların ve yeterli bulmayanların iş performansları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yaş ile kolaylık, niyet, toplam teknoloji kabul, koordinasyon, bilgi verme, işe katkı ve toplam iş performansı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Kurumda çalışma yılı ile kolaylık, niyet, toplam teknoloji kabul, koordinasyon, meslektaşlara destek, bilgi verme, işe katkı ve toplam iş performansı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Kurumda çalışma yılı ve kolaylık arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Teknoloji kabul modeli ile iş performansı alt boyutları arasındaki ilişki incelendiği zaman ise genel olarak alt boyutlar ve toplam puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır.

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda TKM niyet alt boyutu, iş performansı koordinasyonu pozitif ve anlamlı yönde yordamaktadır. TKM niyet, iş performansı yardım-desteği pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır. TKM niyet, hemşirelerin iş performansı meslektaşlara destek puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. TKM kolaylık ve fayda puanları, hemşirelerin iş performansı kuruma katkı puanlarını anlamlı olarak yordamıyorken, TKM niyet puanları, iş performansı kuruma katkı puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. TKM niyet ve kolaylığı, iş performansı bilgi verme puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. TKM niyet puanları, hemşirelerin iş performansı işe katkı puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. TKM kolaylık ve niyet puanları, iş performansı toplam puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler:

- Belirli bir yaş sınırının üstünde olan hemşirelere teknolojiyi kabul etmeye yönelik, teknolojinin iyi ve faydalı yönlerini ele alacak şekilde etkili eğitimler, kurslar, seminerler verilebilir.

- Bireylerin teknolojiyi benimsemelerini daha erken yaşlarda sağlamak amacıyla teknolojik eğitimlerin altyapısı küçük yaşlarda oluşturulabilmelidir.
- Kurumda hemşirelerin teknoloji kullanımına yönelik fikir ve önerileri alınmalıdır.
- Hemşirelerin teknoloji ile daha bağlantılı bir halde olmasını sağlamak amacıyla dinlenme zamanlarında iş akışlarını aksatmayacak şekilde teknolojik tabanlı eğlence bazlı aktiviteler düzenlenebilir.
- Hemşirelerin HBYS kullanımına yönelik oryantasyon eğitimlerinin eksiksiz verilmesi sağlanabilir. Hizmet içi eğitimlere katılımı teşvik edilebilir.
- Kurumda çalışma yılı yüksek olan hemşirelere iş performanslarını artırmak amacıyla motive edici ve dinlendirici ödüllerle geri dönüş yapılabilir.
- Belirli bir yaş sınırının üzerindeki hemşirelere iş performanslarını artırmak amacıyla destekleyici, motive edici ve dinlendirici uygulamalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

- Abbott, P. ve Taylor, L. A. (2007). The Role of Health Information Technology in Improving Healthcare. *Hospital Engineering&Facilities Management*, 1, 1-4.
- Acar, N. (2019). Hemşirelerin Yöneticilerinde Algıladıkları Liderlik Davranışları ile Kendi Performansları Arasındaki İlişki. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Adams, D. A., Nelson, R. R. ve Todd, P. A. (1992). Perceived Usefulness, Ease of Use An Usage of Information Technology: A Replication. *MIS Quarterly*, 16(2), 227-247.
- Ajzen I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. Kuhl, J. ve Beckmann, J. (Ed.) Action Control, içinde (s. 11-39). Berlin: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. ve Madden, T. J. (1986). Prediction Of Goal-Directed Behavior: Attitudes, Intentions, And Perceived Behavioral Control. *Journal Of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474.
- Ak, B. (2009). Türkiye’de Sağlık Bilişimi, Bir Kişisel Değerlendirme ve Uluslararası Bir Başarı Öyküsü: Cortex. Akademik Bilişim’09 - XI. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, 333-341.
- Akal, Z. (2000). İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi (4.Baskı). Ankara: Milli Prodüktivite Yayınları.
- Akar, V. ve Bekar, F. (2022). İşin Anlamlılığının İş Performansı Üzerindeki Etkisinde İş Tatmininin Aracı Covid-19 Korkusunun Düzenleyici Rolü. *Journal of Economics and Social Research*, 9(17), 24-36.
- Akça, Y. Ve Özer, G. (2012). Teknoloji Kabul Modelinin Kurumsal Kaynak Planlaması Uygulamalarında Kullanılması. *Business and Economics Research Journal*, 3(2), 79-96.
- Akın, B. (2019). Büyük Veri ve Analitik Sistemlerin Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Genişletilmiş Teknoloji Kabul Modeli ile İncelenmesi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Aksoy, G., Kanan, N. ve Akyolcu N. (2017). Cerrahi Hemşireliği (Genişletilmiş 2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Aksu, G., Eser M. T. ve Güzeller, C. O. (2017). Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizi ile Yapısal Eşitlik Modeli Uygulamaları. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Aktürk, A. O. ve Delen, A. (2020). Öğretmenlerin Teknoloji Kabul Düzeyleri ile Öz-yeterlik İnançları Arasındaki İlişki. *Bilim, Eğitim, Sanat ve Teknoloji Dergisi (BEST Dergi)*, 4(2), 67-80.
- Alay, D. (2022). Sağlık Bilgi Sistemleri Kapsamında Mobil Sağlık Uygulamalarının Teknoloji Kabul Modeliyle Değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

- Al-Gahtani, S.S. ve King, M. (1999). Attitudes, Satisfaction And Usage: Factors Contributing To Each In The Acceptance Of Information Technology. *Behaviour and Information Technology*, 18(4), 277-297.
- Ali, H. ve Davies, D. R. (2010). The Effects of Age, Sex and Tenure on the Job Performance of Rubber Tappers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(3), 381-391.
- Alkan, M. (2014). İş Stresinin İş Performansı Üzerine Etkisi: SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği. (Yayımlanmamış doktora tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Alkhwaldi, A. ve Kamala, M. (2017). Why Do Users Accept Innovative Technologies? A Critical Review of Models and Theories of Technology Acceptance in the Information System Literature. *Journal of Multidisciplinary Engineering Science and Technology (JMEST)*, 4(8), 7962-7972.
- Allen, D. G. ve Griffeth, R. W. (1999). Job Performance and Turnover: A Review and Integrative Multi – Route Model. *Human Resources Management Review*, 9(4), 525-548.
- Al-Makhaita, H. M., Sabra, A. A. ve Hafez, A. S. (2014). Job Performance Among Nurses Working in Two Different Health Care Levels, Eastern Saudi Arabia: A Comparative Study. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3(7), 832-837.
- Almashayekh, M. F., Eivazzadeh, N. ve Yeşiltaş, M. (2023). The Impact of Job Satisfaction on Nursing Performance: The Moderating Effect of Job Stress. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 473-479.
- Altındış, M., Altındış, S. ve Saylı, H. (2011). Sağlık Profesyonellerinin Değişim Sürecindeki Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 75-93.
- American Nurses Association. ANA Hakkında. Erişim Adresi: <https://www.nursingworld.org/ana/about-ana/> (Erişim Tarihi: 22.09.2023).
- Antonioni, D. ve Park, H. (2001). The Relationship Between Rater Affect and Three Sources of 360 Degree Feedback Ratings. *Journal of Management*, 27(4), 479-495.
- Appelbaum, H., David, N. ve Michael, C. (2009). Performance Evaluation İn A Matrix Organization: A Case Study (Part 3). *Q Emerald Group Publishing Limited*, 41(1), 9-14.
- Arkonaç, S. A. (2008). Sosyal Psikolojide İnsanları Anlamak Deneysel ve Eleştirel Yaklaşımlar. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.
- Ashraf, A. R., Thongpapanl, N. ve Auh, S. (2014). The Application of the Technology Acceptance Model Under Different Cultural Contexts: The Case of Online Shopping Adoption. *Journal of International Marketing*, 22(3), 68-93.
- Asiamah, N., Mensah, H. K. ve Ocran, B. (2019). An Assessment of Education, Inservice Training and Tenure Prolongation As Methods for Enhancing Nursing Performance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(6), 910-914.

- Aştı, A. T. ve Karadağ, A. (2014). Hemşirelik Esasları (1. Baskı). Ankara: Akademi Basın Yayıncılık.
- Atıcı, R. (2020). Şehir Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Performansı ve İş Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Atmaca, E. Pehlivan, C. Aydoğdu, B. ve Yakıcı, M. (2012). Hemşire Çizelgeleme Problemi ve Uygulaması. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 28(4), 351-358.
- Austin, C. J. ve Boxerman, S. B. (2003). Information Systems for Healthcare Management. Chicago: Health Administration Press.
- Awases, M. H., Bezuidenhout, M. C. ve Ross, J. H. (2013). Factors Affecting the Performance of Professional Nurses in Namibia. *Curationis*, 36(1), 1-8.
- Ay, F. (2009). Uluslararası Elektronik Hasta Kayıt Sistemleri. *Hemşirelik Uygulamaları ve Bilgisayar İlişkisi Gülhane Tıp Dergisi*, 4(5), 131-136.
- Aytaç, A. (2003). 360 Derece Performans Değerlendirme. *Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim Dergisi*, 4(41), 32-36.
- Bacaksız, F., Tuna, R. ve Harmancı Seren, A. K. (2018). Sağlık Çalışanlarında Performans ve Örgütsel Sinizm İlişkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 52-58.
- Bağlıbel, M., Samancıoğlu, M. ve Summak, M. S. (2010). Okul Yöneticileri Tarafından E-Okul Uygulamasının Genişletilmiş Teknoloji Kabul Modeline Göre Değerlendirilmesi/Assessment Of E-Okul Application By School Managers Using Extended Technology Acceptance Model. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(13), 331-348.
- Bal, V. (2010). Bilgi Sistemlerinin Sağlık İşletmeleri Performansına Etkilerinin Veri Zarflama Analizi İle Ölçümü: Türkiye'deki Devlet Hastanelerinde Bir Araştırma. (Yayımlanmış doktora tezi.). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Balık, T. ve Öztürk, H. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Personelinin Güçlendirilmesine İlişkin Görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 140-151.
- Ball, M. J. (2003). Hospital Information Systems; Perspectives on Problems and Prospects 1979 and 2002. *International Journal of Medical Informatics*, 69(2-3), 83-89.
- Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bars, M. (2002). Hastane Bilgi Sistemleri ve Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesi İle İlgili Bir Uygulama. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyarbakır.
- Bartol, K. M. ve Martin, D. C. (1991). Management. New York: McGraw-Hill.
- Barutçugil, İ. (2002). Performans Yönetimi. İstanbul: Kariyer Yayınları.

- Barzekar, H., Ebrahimzadeh, F., Luo, J., Karami, M., Robati, Z. ve Goodarzi, P. (2019). Adoption of Hospital Information System Among Nurses: a Technology Acceptance Model Approach. *Acta Inform Med.*, 27(5), 305–310.
- Bates, D. W., Pappas, E., Kuperman, G. J., Sitting, D., Burstin, H., Fairchild, D., vd. (1999). Using Information Systems to Measure and Improve Quality. *International Journal of Medical Informatics*, 53(2-3), 115-124.
- Bayık, A.(2002). Hemşirelik Disiplini ve Araştırma. İçinde Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İ. Erefe (Ed.), (13-26). İstanbul: Odak Ofset.
- Bayraktaroğlu, S. (2011). İnsan Kaynakları Yönetimi. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Bayrakturan, Y., Aslan, İ. ve Bal, V. (2010). Sağlık Bilgi Sistemlerinin Hastane Performansına Etkisinin Veri Zarflama Analizi ile İncelenmesi: Türkiye’deki Göğüs Hastalıkları Hastanelerinde Bir Uygulama. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 16(3), 13-18.
- Bekmezci, M. (2010). Stratejik Bir Yönetim Yaklaşımı Olan Dengeli Başarı Göstergesi (Balanced Scorecard)’nin Türkiye’nin En Büyük 500 Firmasına Uygulanması. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 8(2), 203-228.
- Benson, A., Li, D. ve Shue, K. (2024). Potential and the Gender Promotions Gap. *AOM Journals*, 1-86.
- Berg, M. (2001). Implementing Information Systems in Healthcare Organizations: Myths and Challenges. *Int J Med Inform*, 64(2-3), 143-156.
- Bhatti, M. A., Mat, N. ve Juhari, A. S. (2018). Effects of Job Resource Factors on Nurses Job Performance (Mediating Role of Work Engagement). *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(8), 1000-1013.
- Biçer, G. ve Düztepe, Ş. (2003). Yetkinlikler ve Yetkinliklerin İşletme Açısından Önemi. *Havacılık ve Uzay Teknolojileri Dergisi*, 1(2), 13-20.
- Biçer, T. (1997). Güçlü İnsan Güçlü Şirket. *Human Resources*, 1(7), 12-14.
- Biri, E. U. ve Iwu, C. G. (2014). Job Motivation, Job Performance and Gender Relations in the Broadcast Sector in Nigeria. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5(16), 191-198.
- Bititci, U. S., Carrie, A. S. ve McDevitt, L. (1997). Integrated Performance Measurement Systems: A Development Guide. *International Journal of Operations & Production Management*, 17(5), 522-534.
- Borst, F., Apel, R. ve Baud, R. A. (1999). Hospital Information System Burn 20 Years Ago. *International Journal of Medical Informatics*, 54(3), 157-67.
- Bozkurt, İ. (2020). Sağlık Çalışanlarının Yeni Tedavi Yöntemlerini Kullanma Eğilimlerinin Teknoloji Kabul Edilen Model Açısından İncelenmesi (Özel Hastane Örneği). *Gevher Nesibe Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (7), 88–100.
- Bozkurt, O. ve Çakmak, N. B. (2020). Teknoloji Kabul Modeli Perspektifinden Bağımsız Denetçilerin Bilgisayar Destekli Denetim Programlarını Kullanıma İlişkin Tutum ve Davranışlarının Potansiyel Fayda Beklentisi Üzerine Etkisi. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(4), 607-646.

- Bölüktaş, R. P., Özer, Z. ve Yıldırım, D. (2018). Uluslararası Hemşirelik Andının Mesleki Değerler Açısından İncelenmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(13), 83-98.
- Brown, B. B. (2003). Employees 'Organizational Commitment and Their Perception of Supervisors' Relations-Oriented and Task-Oriented Leadership Behaviors. (Doktora Tezi). State University, Falls Church, Virginia.
- Brown, M. G. (1996). Keeping Score: Using The Right Metrics to Drive World-Class Performance. New York: Quality Resources.
- Budak, G. (2008). Yetkinliğe Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi. İzmir: Barış Yayınları.
- Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedisi. (1992). İstanbul: Interpress Basın ve Yayıncılık.
- Byrne, Z. S. ve Hochwarter, W. A. (2008). Perceived Organizational Support and Performance: Relationships Across Levels of Organizational Cynicism. *Journal of Managerial Psychology*, 23(1), 54-72.
- Ceylan, F. (2015). Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri Ders Notları. Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Chakravarty, S. ve Dubinsky, A. (2005). Individual Investors' Reactions to Decimalization: Innovation Diffusion in Financial Markets. *Journal of Economic Psychology*, 26(1), 89-103.
- Chang, L. C. ve Liu, C. H. (2008). Employee Empowerment, Innovative Behavior and Job Productivity of Public Health Nurses: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1442-1448.
- Cheng, E. W. (2019). Choosing Between The Theory of Planned Behavior (TPB) and The Technology Acceptance Model (TAM). *Educational Technology Research and Development*, 67(1), 21-37.
- Chiu, S. K. (2004). The Linkage of Job Performance to Goal Setting, Work Motivation, Team Building and Organizational Commitment in The High-Tech Industry in Taiwan. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). H. Wayne Huizenga School of Business and Entrepreneurship Nova Southeastern University, Doctor of Business Administration.
- Cho, H. ve Han, K. (2018). Associations Among Nursing Work Environment and Health-Promoting Behaviours of Nurses and Nursing Performance Quality: A Multilevel Modelling Approach. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 403-410.
- Christopher, W. F. ve Thor, C. G. (Ed.). (1993). Handbook for Productivity Measurement and Improvement (1.Baskı). Cambridge: Productivity Press.
- Chung, J. E., Park, N., Wang, H., Fulk, J. ve McLaughlin, M. (2010). Age Differences in Perceptions of Online Community Participation Among Non-Users: An Extension of The Technology Acceptance Model. *Computers in Human Behavior*, 26(6), 1674-1684.
- Cohen, L., Manion, L. ve Morrison, K. (2013). Research Methods in Education (7. Baskı). London: Routledge.
- Çakar, S. ve Avşar, G. (2000). Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Kullanımı ile İlgili Sorunlarının Belirlenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 203-213.

- Çalışkan, H. ve Heves Yılmaz, S. (2017). Hemşirelerde Kültürel Yetkinlik Algısının İş Performansına Etkisi. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*, 13(1), 127-149.
- Çay, G. (2021). Meslek Seçiminde Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Etkisi: Hemşirelik Mesleği Örneği. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Çınaroğlu, S. (2012). İşletmelerde Performans Ölçüm Modelleri. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 16(2), 119-134.
- Çimen, M. (2014). Hastane Bilgi Sistemleri ve Sektörel GZFT Analizi. (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Çivici, T. ve Kale, S. (2007). Mimari Tasarım Bürolarında Bilişim Teknolojilerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler: Bir Yapısal Denklem Modeli. 4. İnşaat Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı, (119-128). İstanbul Teknik Üniversitesi. İstanbul.
- Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. (Yayımlanmamış doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Çolak, H. ve Kağnıcıoğlu, C. H. (2018). Tüketicilerin Yeni Nesil Akıllı Telefon Tercihinde Öne Çıkan Kriterlerin Belirlenmesi: Anadolu Üniversitesinde Bir Uygulama. *PressAcademia Procedia*, 7(1), 442-448.
- Çolakoğlu, Ü. (2005). Başarım Değerlemesi. İçinde Konaklama İşletmelerinde İnsan Kaynakları Yönetimi: İlkeler ve Uygulamalar. C. Demir (Ed.), (s. 129-147). İzmir: Nobel Yayın Dağıtım.
- Çoruh, M. (1996). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını.
- Çuhacı, Ö. (2022). Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Değerlendirmelerinin İş Performansı ve İş Stresleri Üzerine Etkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Dal, Ö. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Büyük Veri: Mobil Sağlık Uygulamalarının Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Genişletilmiş Teknoloji Kabul Modeli İle İncelenmesi. (Yayınlanmış doktora tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Davis, F. D. (1985). A Technology Acceptance Model for Empirically Testing New End User Information Systems: Theory and Results. (Yayınlanmış doktora tezi). Massachusetts Institute of Technology, Boston, USA.
- Davis, F. D. (1989). Percived Usefulness, Percived Ease of Use and User Acceptance of Information Technology. *MIS Quartely*, 13(3), 319-339.
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P. ve Warshaw, P. R. (1989). User Acceptance of Computer Technology: a Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science*, 35(8), 982-1003.
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P. ve Warshaw, P. R. (1992). Extrinsic and Intrinsic Motivation to Use Computers in The Workplace. *Journal of Applied Social Psychology*. 22(14), 1111-1132.
- Deeb, A., Alananzeh, O. A., Tarhini, A. ve Masa'deh, R. (2020). Factors Affecting Job Performance: The Case of Jordanian Hotels' Kitchen Staff. *International Journal of Public Sector Performance Management*, 6(3), 340-360.

- Degoulet, P. ve Fieschi, M. (1997). Introduction to Clinical Informatics. New York: Springer.
- Deliktaş, A., Körükcü, Ö. ve Kabukcuoğlu, K. (2016). Hemşirelik Eğitiminde Uygulanabilir Bir Yöntem: Değer Açıklaştırma. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(4), 25-31.
- Delpierre, C., Filliaux, J., Cuzin, L., Alvarez, M., Massip, P. ve Lang, T. (2004). A Systematic Review of Computer-Based Patient Record Systems and Quality of Care: More Randomized Clinical Trial or a Broader Approach?. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(5), 407-416.
- Demir, H. (2021). Hemşirelerin Enerji Düzeylerinin İş Performansına Etkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Demiralay, R. (2014). Evde Ders Okulda Ödev Modelinin Benimsenmesi Sürecinin Yeniliğin Yayılımı Kuramı Çerçevesinde İncelenmesi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Demirsoy, N. (2016). Cumhuriyet Dönemi İlk Diplomalı Türk Hemşirelerinde Biri "Esmâ Deniz İbrahim". *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıp Tarihi ve Etnik Dergisi*, 1(1), 1-14.
- Devaraj, S. T., Ow, T. T. ve Kohli, R. (2013). Examining The Impact of Information Technology and Patient Flow on Healthcare Performance: A Theory of Swift and Even Flow (tsef) Perspective. *Journal of Operations Management*, 31(4), 181-192.
- Dhani, P. ve Sharma, T. (2017). Effect of Emotional Intelligence on Job Performance of IT employees: A Gender Study. *Procedia Computer Science*, 122, 180-185.
- Diri, E. (2021). Lise Öğrencilerinin Matematik öğreniminde Mobil Teknoloji Kabul Düzeylerinin Teknoloji Kabul ve Kullanım Birleştirilmiş Modeli-2 Çerçevesinde İncelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Doğan, O. (2023). İş Güvenliği Uzmanlarının Endüstri 4.0 Algılarının Teknoloji Kabul Modeli (TKM) ile Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimlerde Yenilikçi Yaklaşımlar Dergisi*, 7 (2), 88-105.
- Doğan, R. ve Bayraktar, O. (2020). Özel Sağlık Sektöründe Yıldırma ile İş Performansı Arasındaki İlişki: Hemşireler Üzerine Bir Araştırma. *Ekonomi İşletme Ve Maliye Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 53-67.
- Domínguez, L. R., Sánchez, I. M. G. ve Álvarez, I. G. (2012). Explanatory Factors of the Relationship Between Gender Diversity and Corporate Performance. *European Journal of Law and Economics*, 33(3), 603-620.
- Dorukbaşı, N. ve Karakaya, A. (2024). Sağlık Bilişim Sistemi Kullanıcılarında Teknostresin Teknoloji Kabul Üzerine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 325-340.
- Doymuş, B., Akdeniz, M., Akdenizli, N. O. ve Urat, C. (2023). İş Motivasyonu ve İş Performansı İlişkisi: Sanayi Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 10(2), 227-237.
- Dunlop, P. D. ve Lee, K. (2004). Workplace Deviance, Organizational Citizenship Behavior and Business Unit Performance: The Bad Apples do Spoil the Whole Barrel. *Journal of Organizational Behavior*, 25(1), 67-80.

- Dunnette, M. D. ve Hough L.M. (Ed). (1990). Modeling the Performance Prediction Problem in Industrial and Organizational Psychology (2). Palo Alto: Handbook of Industrial and Organizational Psychology, 687-732.
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Johnson, P. O., Johnson, L. A., Stale, D. ve West, C. P. (2019). A Cross-Sectional Study Exploring the Relationship Between Burnout, Absenteeism and Job Performance Among American Nurses. *BMC Nursing*, 18(1), 1-8.
- Edwards, M. R. (1996). Improving Performance with 360-Degree Feedback. *The Career Development International*, 1(3), 5-8.
- Efil, İ. (1999). İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon (6.Baskı). Bursa: Alfa Kitabevi.
- Ekşi, G. (2022). 360 Derece Performans Değerlendirme Sistemi Hakkında Kavramsal Bir İnceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 13(36), 1407-1428.
- El Ahmedi, H. (2009). Factors Affecting Performance of Hospital Nurses in Riyadh Region, Saudi Arabia. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(1), 40-54.
- Elmin, A. (2023). Çalışanların Bilgi Sistemlerini Kullanmalarının Geliştirilen Birleştirilmiş Teknoloji Kabul ve Kullanım Modeli ile İncelenmesi. (Yayımlanmış doktora tezi). Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Englehardt, S. ve Nelson, R. (2002). Healthcare Informatics An Interdisciplinary Approach. Missouri: Mosby, Inc.
- Er, F. ve Altuntaş, S. (2014). Hemşirelikte Personel Güçlendirme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 155-160.
- Eraslan, E. ve Algün, O. (2005). İdeal Performans Değerlendirme Formu Tasarımında Analitik Hiyerarşi Yöntemi Yaklaşımı. *Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Der.*, 20(1), 95-106.
- Eren, S. ve Hayatoğlu, Ö. (2011). Etik İklimin Satış Elemanlarının İş Tutumlarına ve İş Performanslarına Etkisi: İlaç Sektöründe Bir Uygulama. *ZKU Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 109-128.
- Eren, T., Kodanlı, E., Altundağ, B., Malkoç, S. K., Ünlüsoy, S., Biçer, İ. ve Tutuk, K. (2016). Ameliyathane Çizelgeleme ve Örnek Uygulama. *JEBPIR*, 2(1), 71-85.
- Ersen, H. (1997). Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi. İstanbul: Sim Matbaacılık.
- Ertan, H. (2008). Örgütsel Bağlılık, İş Motivasyonu ve İş Performansı Arasındaki İlişki: Antalya'da Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde İnceleme. (Yayımlanmamış doktora tezi). Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
- Esatoğlu, A. E. ve Köksal, A. (2002). Hastanelerde Bilgisayar Teknolojisi Kullanımı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecması*, 56(1), 29-40.
- Eti Aslan, F. (2009). Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 104-13.
- Fearon, H. (1973). Materials Management Will Work in Hospitals Part I. Readings Materials Management. ABD: AHA.

- Fen Hu, H., Al-Gathani, S. S. ve Hwa Hu, P. J. (2010). Examining Gender Effects in Technology Acceptance by Arabian Workers: A Survey Study. *Communications of the Association for Information Systems*, 33(1), 47-66.
- Fereciov, R. (2015). İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerleme Yöntemleri. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (8), 133-154.
- Fındıkçı, İ. (2000). İnsan Kaynakları Yönetimi. İstanbul: Alfa Yayınevi.
- Fishbein, M. ve Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to Theory and Research. MA: Addison-Wesley.
- Fitzgerald, L., Johnston, R., Brignall, S., Silvestro, R. ve Voss, C. (1991). Performance Measurement in Service Businesses. *Management Accounting*, 69(10), 34-36.
- Fiumara, K., Moniz, T. ve Churchill, W. W. (2008). Case Study on the Use of Health Care Technology to Improve Medication Safety. İçinde Medication Use: A Systems Approach to Reducing Errors. R. A. Porché (Ed), (s, 103-114). Oakbrook Terrace: Joint Commission.
- Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastahaneleri Vakfı. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Tarihçesi. Erişim Adresi: <https://fnhmv.org.tr/icerik/i-u-cerrahpasa-florence-nightingale-hemsirelik-fakultesi-tarihcesi> (Erişim Tarihi: 23.09.2023).
- Fottler, M. D. (1987). Health Care Organizational Performance: Present and Future Research. *Journal of Management*, 13(2), 367-391.
- Foxall, M., Zimmerman, L., Standley, R. ve Bene, R. (1990). A Comparison of Frequency and Sources of Nursing Job Stres, Hospice and Surgical Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15(5), 577-584.
- Geyer, N. M., Coetzee, S. K., Ellis, S. M. ve Uys, L. R. (2018). Relationship of Nurses Intrapersonal Characteristics With Work Performance and Caring Behaviours: A Cross-Sectional Study. *Nursing & Health Sciences*, 20(3), 370-379.
- Gilbert, H. A. (2020). Florence Nightingale's Environmental Theory and Its Influence On Contemporary Infection Control. *Collegian*, 27(6), 626-633.
- Gilmore, J. H. (1993). Reengineering for Mass Customization. *Journal of Cost Management*, 7(4), 22-29.
- Glandon, G. L., Smaltz, D. H. ve Slovensky, J. D. (2008). Austin and Boxerman's Information Systems for Healthcare. Chicago: AUPHA Health Administration Press.
- Glazner, L. (1990). Shift Work and its Effects on Fire Fighters and Nurses. *Occupational Health and Safety*, 61(7), 45-57.
- Gökçen, H. (2011). Yönetim Bilgi Bilişim Sistemleri: Analiz ve Tasarım. Ankara: Afşar Matbaacılık.
- Gönç, T. (2016). Hemşireliğin Geleceği Mesleğin Cinsiyetsizleşmesini Vadediyor Mu? Erkek ve Kadın Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek ve Toplumsal Cinsiyeti İlişkilendirme Eğilimlerinin Sosyolojik Analizi. *Fe Dergi*, 8(1), 144-167.

- Gören, Ş. Y. ve Yalım, N. Y. (2016). Hemşirelik Tarihinde Bir Öncü “Safiye Hüseyin Elbi”. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi*, 6(2), 38-45.
- Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö. ve Şentürk, A., (2014). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(3), 137–142.
- Gözel, G., Atmaca, G. D. ve Durat, G. (2017). Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ile İş Performansları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 11-16.
- Greenes, R. A. ve Brinkley, J. F. (2001). Imaging System. İçinde Medical Informatics Computer Applications in Health Care and Biomedicine E. H. Shortliffe ve L. E. Perreault (Ed.), (s. 485-538). New York: Springer-Verlag.
- Greenslade, J. H. ve Jimmieson, N. L. (2007). Distinguishing Between Task and Contextual Performance for Nurses: Development of a Job Performance Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 602-611.
- Güleş, H. K. ve Özata, M. (2005). Sağlık Bilişim Sistemleri. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Gün, S. (2015). Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Değerlendirme Sisteminin İşletmeler Tarafından Algılanma Biçimi ve Uygulanma Düzeyinin Belirlenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Günaltay, M. M. (2018). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Personelinin Hastane Bilgi Sistemleri Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Günaltay, M. M. ve Önder, R. Ö. (2021). Sağlık Çalışanlarının Hastane Bilgi Sistemlerini Kabul Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Ampirik Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 939-48.
- Gürbüz, S. (2017). İnsan Kaynakları Yönetimi Teori, Araştırma ve Uygulama. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Ha, J. ve Park, H. K. (2020). Factors Affecting the Acceptability of Technology in Health Care Among Older Korean Adults with Multiple Chronic Conditions: A Cross-Sectional Study Adopting the Senior Technology Acceptance Model. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1873-1881.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. ve Anderson, R. E. (2018). Multivariate Data Analysis (8th ed.). United Kingdom: Cengage Learning.
- Hannan, A. (2009). Factors Affecting Performance of Hospital Nurses in Riyadh Region, Saudi Arabia. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, (22)1, 40-53.
- Hansen, T. (2006). Determinants of Consumers' Repeat Online Buying of Groceries. *The International Review of Retail, Distribution and Consumer Research*, 16(1), 93-114.
- Hansen, T., Moller Jensen, J. ve Stubbe Solgaard, H. (2004). Predicting Online Grocery Buying Intention: A Comparison of the Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior. *International Journal of Information Management*, 24(6), 539-550.

- Harmancı Seren, A. K., Tuna, R. ve Bacaksız, F. E. (2018). Reliability and Validity of The Turkish Version of The Job Performance Scale Instrument. *Journal of Nursing Research*, 26(1), 27-35.
- Hartwick, J. ve Barki, H. (1994). Explaining the Role of User Participation in Information System Use. *Management Science*, 40 (2), 440-465.
- Harvey, J. ve Hannah, T. (1986). The Relationship of Shift Work to Nurses Satisfaction and Perceived Work Performance. *Nursing Papers*, 18(4), 5-14.
- Haux, R. (2006). Health Information Systems; Past, Present, Future. *International Journal Of Medical Informatics*, 75(3-4), 268-281.
- Herzberg, F. (1966). Work and the Nature of Man (5. Baskı). New York: World Publishing.
- Hovenga, E., Garde, S. ve Heard, S. (2005). Nursing Constraint Models for Electronic Health Records: A Vision for Domain Knowledge Governance. *Int J Med Inform*, 74(11-12), 886-98.
- Hronec, S. M. (1993). Vital Signs: Using Quality, Time and Cost Performance Measurement To Chart To Your Company's Future. New York: American Management Association.
- Hu, P. J. H., Clark, T. H. K. ve Ma, W. (2003). Examining Technology Acceptance By School Teachers: A Longitudinal Study. *Information & Management*, 41(2), 227-241.
- Hume, D. A. (1998). Reward Management, USA: Blackwell Publishers Ltd..
- ICN. Hemşirelik. Erişim Adresi: <https://www.icn.ch/> (Erişim Tarihi: 09.09.2023)
- Ifinedo, P. (2017). Examining Students 'Intention to Continue Using Blogs for Learning: Perspectives From Technology Acceptance, Motivational and Social-Cognitive Frameworks. *Computers In Human Behavior*, 72, 189-199.
- IOM. (2003). Key Capabilities of an Electronic Health Record System Letter Report. USA: National Academy of Sciences.
- Iqbal, N., Khan, M. M., Mohmand, Y. T. ve Mujtaba, B. G. (2017). The Impact of in-Service Training and Motivation on Job Performance of Technical & Vocational Education Teachers: Role of Person-Job Fit. *Public Organization Review*, 20, 529-548.
- Ismail, I., Aini, A. M. ve Abu Hasan, H. F. (2020). Relationship Between Information Technology (IT) Acceptance and Employee Performance Using Technology Acceptance Model (TAM). *Business and Economic Education Science*, 22(7).
- Işık, O. ve Akbolat, M. (2010). Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Bilgi Dünyası*, 11(2), 365-389.
- Işık, O., Barışçı, A. N., Akbolat, M., Odacıoğlu, Y., Akca, N. ve Esatoğlu, A. E. (2013). Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri. Anadolu Üniversitesi Ofset, Eskişehir.

- Iun, J. ve Huang, X. (2007). How to Motivate Your Older Employees to Excel? The Impact of Commitment on Older Employees Performance in the Hospitality. *International Journal of Hospitality Management*, 26(4), 793-806.
- İçöz, O. (2005). Hizmet Azarlaması. Ankara: Palme Yayıncılık.
- İpek, Ç. (2019). Örgütlerde Sinizm ve Performans Etkileşimi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Karamanoğlu MehmetBey Üniversitesi, Karaman.
- İpek, K. (2023). Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının E-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi Kullanım Niyetinin Teknoloji Kabul Modeli Çerçevesinde İncelenmesi. (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Ankara.
- İşsever, H., Söyük, S. ve Şengün, H. (2016). Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Örgütsel Vatandaşlık Davranışı. *NobelMed*, 12(3), 29-38.
- Jen, W., Lu, T. ve Liu, P. (2009). An Integrated Analysis of Technology Acceptance Behaviour Models: Comparison of Three Major Models. *MIS Review*, 15(1), 89-121.
- Johns, M. L. (2002). Information Management for Health Professions. New York: Delmar.
- Johnson, H. T. (1981). Towards An Understanding of 19th Century Cost Accounting. *Accounting Review*, 56(3), 510-518.
- Junejo, M. I., Sarwar, S. ve Ahmed, R. R. (2017). Impact of In-Service Training on Performance of Teachers A Case of STEVTA Karachi Region. *International Journal of Experiential Learning & Case Studies*, 2(2), 50-60.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (2000). Günümüzde İnsan ve İnsanlar. İstanbul: Evrim Yayınevi.
- Kakar, S. (2002). Gender and Police Officers' Perceptions of Their Job Performance: An Analysis of The Relationship between Gender and Perceptions of Job Performance. *Criminal Justice Policy Review*, 13(3), 238-256.
- Kalyoncuoğlu, S. (2018). Tüketicilerin Online Alışverişlerindeki Sanal Kart Kullanımlarının Teknoloji Kabul Modeli İle İncelenmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(2), 193-213.
- Kaplan, R. S. ve Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 75-86.
- Kaplan, R. S. ve Norton, D. P. (1999). Balanced Scorecard (S. Egeli, Çev.). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Kara, D. (2009). Uygulanan Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Yöneticilerin Ulaşmak İstedikleri Amaca Etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 53-64.
- Karadağ, A. (2002). Meslek Olarak Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 55-62.
- Karadağ, S. ve Taşçı, S. (2005). Kayseri'nin Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 13-21.
- Karahanna, E., Agarwall, R. ve Angst, C.M. (2006). Reconceptualizing Compatibility Beliefs in Technology Acceptance Research. *Management Information Systems Research Centre*, 30 (4), 781-804.

- Karakaş, B. ve Ak, R. (2003). Kamu Yönetiminde Performans Yönetimi Önemli Midir?. Kamu Yönetiminde Kalite 3. Ulusal Kongresi Bildirileri. Ankara: TODAİE Yayınları.
- Karaman, M., Karatepe, H. K. ve Kuşcu, F. N. (2019). Sağlık İşletmelerinde Performans Değerlendirme ve Ölçme Yöntemleri Hakkında Bir Derleme Çalışması. *Yönetim, Ekonomi, Edebiyet, İslami ve Politik Bilimler Dergisi*, 4(1), 153-171.
- Karaman, R. (2009). İşletmelerde Performans Ölçümünün Önemi ve Modern Bir Performans Ölçme Aracı Olarak Balanced Scorecard. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 8(16), 410-427.
- Karamanoğlu, A., Özer, F. ve Tuğcu, A. (2009). Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14 (1), 12-17.
- Kardaş Özdemir, F. ve Karakaya, G. (2017). Hemşirelerin Bilgisayar ve Bilişim Teknolojisini Kullanma Durumları. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 27(2), 126-130.
- Kaya, N. Ve Aştı, T. (2008). Sağlık Bakımında Bilgisayar Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerliliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 16(61), 24-32.
- Kaya, Ş., Şimşek, G. ve Okul, T. (2020). Lisans Düzeyinde Turizm Eğitimi Alan Öğrencilerin Girişimcilik Eğilimi ve Bilgi Teknolojileri Yeterliliği İlişkisi: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Örneği. *The Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 8(1), 257-277.
- Kayabaşı, Ç. (2019). Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini ve İş Performansı İlişkisinin Belirlenmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği. (Yayımlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Kaynak, A. (2011). Stratejik Liderliğin Performans Değerleme Üzerindeki Etkileri ve Kütahya İli Ortaöğretim Kurumlarına Ait Bir Uygulama. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
- Keegan, D. P., Eiler, R .G. ve Jones, C. R. (1989). Are Your Performance Measure Obsolete?. *Management Accounting*, 70(12), 45-50.
- Keklik, A. (2018). Performans Değerlemede Klasik ve Modern Yaklaşımlara Kavramsal Bir Bakış. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 65-82.
- Keleş, B. ve Ova, G. (2020). Gıda Tedarik Zinciri Yönetiminde Bilgi Teknolojileri Kullanımı. *Adnan Menderes Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 17(1), 137-143.
- Kelkar, S. A. (2010). Hospital Information Systems: A Concise Study. New Delhi: PHI Learning Private Limited.
- Keller, C. (2005). Virtual Learning Environments: Three Implementation Perspectives. *Learning, Media and Technology*, 30(3), 299-311.
- Kessler, R. (2008). Competency-Based Performance Reviews How to Perform Employee Evaluations the Fortune 500 Way. New Jersey: Career Press.

- Khanjankhani, K., Askari, R., Rafiei, S., Shani, M. A., Hashemi, F. ve Shafii, M. (2017). Applying Artificial Neural Network Approach to Predict Nurses Job Performance Based on Personality Traits and Organizational Factors. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(5), 1299-1305.
- Kırıkcı, S. ve Kulualp, H. G. (2021). Planlı Davranış Teorisi Çerçevesinde Akademisyenlerin Kongre Turizmine Katılma Niyetlerinin Belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(41), 79-95.
- Kırılmaz, H., Durmuş, A. ve Şahin, Ö. (2019). Assessment of Nurses' Job Performance Perceptions. İçinde 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi e-Bildiri Kitabı. R. Erdem, S. Bostan ve T. Şahinöz (Ed.), (s. 813-818). İstanbul: . e-Proceeding.
- Kline, R. B. (2016). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York: The Guilford Press.
- Kocabey Yaşar, M. (2014). Hemşirelerin Performans Değerlendirme Sistemi Hakkındaki Farkındalıklarının Belirlenmesi. (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Kocaman, N. G. (2006). Performans Ölçümüne Geleneksel Olmayan Bir Yaklaşım: Kurumsal Karne Yöntemi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Koçak, M., Ekren, G., Yumuşak, R., Eren, T. ve Alakaş, H. M. (2023). Pandemi Sürecinde Hemşire Çizelgeleme Problemi İçin Hedef Programlama Modeli. *Konya Mühendislik Bilimleri Dergisi*, 11(2), 391-407.
- Koçak, R. D. ve Özüdoğru, H. (2012). Yöneticilerin Liderlik Özelliklerinin Çalışanların Motivasyonu ve Performansı Üzerindeki Etkileri: Kamu ve Özel Hastanelerinde Bir Uygulama. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 76-88.
- Koizer, B., Erb, G., Berman, A. ve Snyder, S. (2008). Nursing Education Research and Evidence-Based Practice. İçinde Fundamentals Of Nursing (8. Baskı). (s. 26-30). New Jersey: Pearson Education Ltd.
- Kokoroko, E. ve Sanda, M. A. (2019). Effect of Workload on Job Stress of Ghanaian OPD Nurses: The Role of Coworker Support. *Safety and Health at Work*, 10(3), 341-346.
- Koopmans, L., Bernaards, C. M., Hildebrandt, V. H., Schaufeli, W. B., De Vet, C. H. ve Van Der Beek, A. J. (2011). Conceptual Frameworks of Individual Work Performance: A Systematic Review. *JOEM*, 53(8), 856-866.
- Koppel, R., Metlay, J. P., Cohen, A., Abaluck, B., Localio, A. R., Kimmel, S. E. ve Strom, B.L. (2005). Role of Computerized Physician Order Entry Systems in Facilitating Medication Errors. *JAMA*, 93(10), 1197-1203.
- Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme ve Ülkemizde Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 59-67.
- Köksal, A. ve Esatoğlu, A. E. (2005). Ankara İlindeki Üniversite ve Özel Hastanelerde Kullanılan Elektronik Hastane Bilgi Sisteminin Analizi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 54-65.
- Kreitner, R. ve Kınıkçı, (2001). Organizational Behavior. New York: McGraw Hill.

- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. ve Katajst, J. (2003). Nurse Empowerment, Job-Related Satisfaction and Organizational Commitment. *Journal of Nursing Care Quality*, 18(3), 184-192.
- Kurşun, Ş. (2010). Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşirenin Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması. (Yayımlanmış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Kurtoğlu, M. (2009). İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Öğretme-Öğrenme Sürecine Entegrasyonu Hakkındaki Görüşlerinin Yeniliğin Yayılımı Kuramı Temelinde İncelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Küçük, E. (2012). Planlanmış Davranış Teorisi Çerçevesinde Mali Müşavir (SMMM) Olma Niyetinin Altında Yatan Faktörlerin Analizi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 7(14), 145-162.
- Küçüksarı, T. (2020). Hemşirelikte Personel Güçlendirmenin İş Performansı ve Bakım Davranışlarıyla İlişkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Lai, F. Y., Tang, H. C., Lu, S. C., Lee, Y. C. ve Lin, C. C. (2020). Transformational Leadership and Job Performance: The Mediating Role of Work Engagement. *Sage Journals*, 10(1), 2158244019899085.
- Lai, J. Y. M., Lam, U. W. ve Liu, Y. (2010). Do You Really Need Help? A Study of Employee Supplication and Job Performance in China. *Asia Pacific Journal of Management*, 27(3), 541-559.
- Lam, S. S. K. ve Schaubroeck, J. (1999). Total Quality Management and Performance Appraisal: An Experimental Study of Process Versus Results and Group Versus Individual Approaches. *Journal of Organizational Behavior*, 20(4), 445-457.
- Laudon, K. ve Laudon, J. (2007). Management Information System: Managing The Digital Firm. ABD: Prentice Hal.
- Lee, D. M. ve Alveres, K. M. (1977). Effects of Sex on Descriptions and Evaluations of Supervisory Behavior in A Simulated Industrial Setting. *Journal of Applied Psychology*, 62(4), 405-410.
- Lekshmi, P. ve Radhika, R. (2016). Competency Management As A Strategy for Performance Appraisal. *Journal of Chemical and Pharmaceutical Sciences*, 9(4), 1909-1912.
- Li, L., Ai, H., Gao, L., Zhou, H., Liu, X., Zhang, Z. ve Fan, L. (2017). Moderating Effects of Coping on Work Stress and Job Performance for Nurses in Tertiary Hospitals: A Cross-Sectional Survey in China. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-8.
- Lin, C. P. ve Bhattacharjee, A. (2010). Extending Technology Usage Models to Interactive Hedonic Technologies: A Theoretical Model and Empirical Test. *Information Systems Journal*, 20(2), 163-181.
- Locke, E. A. ve Latham, G. P. (2004). What Should We Do About Motivation Theory? Six Recommendations for The Twenty-First Century. *The Academy of Management Review*, 29(3), 388-405.

- Ma, W. W. K., Anderson, R. ve Streith, K. O. (2005). Examining User Acceptance Of Computer Technology: An Empirical Study Of Student Teachers. *Journal of Computer Assisted Learning*, 21, 387-395.
- Ma, Y. A. (2003). Determinants of Hospital Information System Integrity and Hospital Performance. (Yayımlanmamış doktora tezi). USA: Virginia Commonwealth University.
- Maisel, L. (1992). Performance Measurement: The Balanced Scorecard Approach. *Journal of Cost Management*, 6(2), 47-52.
- Mansur, F. (2016). Sağlık Yönetimi Eğitime Yönelik Bütünleşik Teknoloji Kabul ve Kullanım Modeli Önerisi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Martinez-Torres, M. R., Marin, S. L. T., Garcia, F. B., Vazquez, S. G., Oliva, M. A. ve Torres, T. (2008). A Technological Acceptance of E-Learning Tools Used in Practical and Laboratory Teaching, According to the European Higher Education Area. *Behaviour & Information Technology*, 27(6), 495-505.
- McCloskey, J. ve McCain, B. (1988). Variables Related to Nurse Performance. *IMAGE*, 20(4), 203-207.
- McCombs, J. P. (2011). A Path Analysis of The Behavioral Intention of Secondary Teachers To Integrate Technology in Private Schools in Florida. (Doktora tezi). University of North Florida College of Education, ABD.
- McLeod, R. ve Schell, G. P. (2004). Management Information Systems. ABD: Pearson/PrenticeHall.
- Mendi, O. (2012). E-dönüşüm Sürecinde Sağlık Bilişimi Uygulamalarının Yeri ve Hastaların E-Sağlık Uygulamaları Kapsamındaki Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Metzger, N. Q., Hayes, R. G., Chen, Y., Cygan, R. ve Garfield, F. C. (2010). Improving Communication Between Patients and Providers Using Health Information Technology and Other Quality Improvement Strategies: Focus on Low-Income Children. *Medical Care Research and Review*, 67(5), 246-267.
- Miller, K. (2005). Communications Theories: Perspectives, Processes, and Contexts. New York: McGraw-Hill.
- Mimiaga, M. J., Reisner, S. L., Reilly, L., Soroudi, N. ve Safren, S. A. (2009). Individual Interventions. In HIV Prevention: Elsevier Inc.
- Miron, E., Erez, M. ve Naveh, E. (2004). Do Personel Characteristics and Cultural Values that Promote Innovation, Quality and Efficiency Complete or Complement Each Other?. *Journal of Organizational Behavior*, 25(2), 175-199.
- Mistepe, M. U. (1998). Orman Ürünleri Sanayinde ORÜS A.Ş.'nin Performans Göstergeleri. *Verimlilik Dergisi*, 10(109), 29-32.
- Moser, K., Schuler, H. ve Funke, U. (1999). The Moderating of Raters Opportunities to Observe Ratees Job Performance on The Validity of an Assessment Centre. *International Journal of Selection and Assessment*, 7(3), 133-141.

- Motowidlo, S. J. (2000). Some Basic Issues Related to Contextual Performance and Citizenship Behavior in Human Resource Management. *Human Resource Mnagement Review*, 10(1), 115-126.
- Munir, M. A., Shabir, G. ve Sharif, S. (2021). Technology Acceptance Model and Academic Performance of Postgraduate Students: The Moderating Role of Academic Self-Efficacy Authors. *Library Philosophy and Practice*, 1(3), 4888.
- Mutlu, H. M. (2007). Dağıtım Kanallarında Kanal Üyelerinin Rol Performansını Etkileyen Etmenler Üzerine Bir İnceleme. (Yayımlanmış doktora tezi). Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü, Gebze.
- Needleman, J., Kurtzman, E. T. ve Kizer, K. W. (2007). Performance Measurement of Nursing Care. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 10-43.
- Neely, A. D. ve Adams, C. (2001). Perspectives on Performance: the Performance Prism. *Journal of Cost Management*, 15(1), 7-15.
- Neely, A., Gregory, M. ve Platts, K. (1995). Performance Measurement System Desing a Literature Review and Research Agenda. *International Journal of Operations Management*, 15(4), 80-116.
- Ng, T. W. H. ve Feldman, D. C. (2008). The Relationship of Age to Ten Dimensions of Job Performance. *Journal of Applied Psychology*, 93(2), 392-423.
- Nirel, N., Rosen, B., Sharon, A., Blondheim, O., Sherf, M., Samuel, H. vd. (2010). The Impact of an Integrated Hospital- Community Medical Information System on Quality and Services Utilization in Hospital Departments. *Int J Med Inform*, 79(9), 649-657.
- Nkebem, E. N. (2010). In-Service Training And Job Performance of Librarians in University Libraries in South South Zone Nigeria. *Global Journal of Educational Research*, 8(1-2), 75-79.
- Okakın, N. ve Şakar, M. (2013). İnsan Kaynakları Yöneticisinin El Kitabı (2. Baskı). İstanbul: Beta Yayım Dağıtım.
- Olorunsola, E. O. (2011). Job Performance And Gender Factors Of Administrative Staff In South West Nigeria Universities. *Journal of International Education Research (JIER)*, 8(1), 49-54.
- Omolayo, B. O. ve Omole, O. C. (2014). Influence of Mental Workload on Job Performance. *International Journal of Humanities and Social Science*, 3(15), 238-246.
- Orgambidez-Ramos, A., Borrego-Alés, Y. Vázquez-Aguado, O. ve March-Amegual, J. (2017). Structural Empowerment and Burnout Among Portuguese Nursing Staff: An Explicative Model. *Journal of Nursing Management*, 25(8), 616-623.
- Organ, D. W. (1988). Organizational Citizenship Behavior: The Good Soldier Syndrome Lexington, MA: Lexington Books.
- Öğüt, A. (2003). Bilgi Çağında Yönetim. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A. ve Doğan, N. (2000). Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 5-11.
- Ömürberk, N., Demirgülbüz, M. ve Tunca, M. Z. (2013). Hastanelerdeki Bilişim Sistemlerinden Klinik Bilgi Sistemlerinin Kullanımına Yönelik Bir Araştırma:

- Denizli ve Isparta Örneği. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 13(25), 301-328.
- Öncer, M. (2000). İşyeri Ortamında Çalışanların Performanslarını Etkileyen Fiziksel Çevre Koşulları. *Verimlilik Dergisi*, 3, 133-152.
- Örücü, E. ve Kambur, A. (2008). Örgütsel-Yönetimsel Motivasyon Faktörlerinin Çalışanların Performans ve Verimliliğine Etkilerini İncelemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma: Hizmet ve Endüstri İşletmesi Örneği. *Yönetim ve Ekonomi*, 15(1), 85-97.
- Öz, H., Sur, H., Pişkinsüt, F. ve Ertaş, A. (1998). Türkiye’de Devlet Hastaneleri Yönetim Bilgi Sistemleri Çalışmaları. *Modern Hastane Yönetimi*, 3(3), 25-31.
- Özata, M. ve Aslan, Ş. (2004). Klinik Karar Destek Sistemleri ve Örnek Uygulamalar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 5(1), 11 – 17.
- Özdemir Yüce, F. (2022). Sağlık Çalışanlarının Güvenlik İklimi Algılarının İş Performansı Üzerine Etkisinin İncelenmesi: Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Özden, M. (2013). Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi Ders Kitabı. Ankara: Ayrıntı Basımevi.
- Özer, G., Özcan, M. ve Aktaş, S. (2010). Muhasebecilerin Bilgi Teknolojisi Kullanımının Teknoloji Kabul Modeli (TKM) ile İncelenmesi. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 5(19), 3278-3293.
- Özer, M. A. (2009). Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 73, 3-29.
- Özer, Ö. (2019). Hemşirelerde Hizmetkâr Liderlik ve Çalışan Performansının İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 105-112.
- Özer, P. S., Eriş, E. D. ve Özmen, Ö. N. T. (2012). Bilişim Teknolojileri Uygulamalarında Kullanım Niyetine Etki Eden Davranışsal Faktörleri Belirlemeye Yönelik Bütünleşik Bir Model Önerisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 27(2), 93-114.
- Özer, Y. (2001). İnsan Kaynaklarında Yeni Açılımlar. İstanbul: Hayat Yayıncılık.
- Özkul, A. E. ve Odacıoğlu, Y. (2004). Sağlık Kurumlarında Kaynak Planlaması. Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1430, Açık öğretim Fakültesi Yayın No: 768, Eskişehir.
- Özyurt, B. ve Çetin Gürkan, G. (2024). Havalimanlarında Yenilikçi Uygulamaları Kullanan Yolcuların Bireysel Yenilikçilik Düzeyi ile Teknoloji Kabul Düzeyi Arasındaki İlişki. *Turizm Ve İşletme Bilimleri Dergisi*, 4(1), 137-163.
- Pai, F. Y. ve Huang, K. I. (2011). Applying The Technology Acceptance Model To The Introduction Of Healthcare Information Systems. *Technological Forecasting And Social Change*, 78(4), 650-660.
- Palmer, J. M. (1993). Performans Değerlendirmeleri(1. Baskı). (D. Şahiner, Çev.). İstanbul: Rota Yayınları.
- Park, H. ve Blenkinsopp, J. (2008). Whistleblowing as Planned Behavior - A Survey of South Korean Police Officers. *Journal of Business Ethics*, 85(4), 545-556.

- Park, N., Roman, R., Lee, S. ve Chung, J. E. (2009). User Acceptance of a Digital Library System in Developing Countries: An Application of the Technology Acceptance Model. *International Journal of Information Management*, 29(3), 196-209.
- Pazvant, E. (2017). Nesnelerin İnterneti Teknolojisine Sahip Ürünlerin Kullanım Niyetinin Teknoloji Kabul Modeli Kapsamında Değerlendirilmesi. (Yüksek lisans tezi). Düzce Üniversitesi, Düzce.
- Pearson, A.W. (1991). Managing Innovation: An Uncertainty Reduction Process. Edited by Jane Henry and David Halker in Managing Innovation. London and Newbury Park: Sage Publications.
- Pin Shih, H. (2004). An Empirical Study On Predicting User Acceptance Of E-Shopping On The Web. *Information & Management*, 41(3), 351-368.
- Pinto, L. S. ve Sobel, J. (2005). A Model of Positive Self- Image in Subjective Assessments. *The American Economic Review*, 95(5), 1386-1402.
- Polat, Ş., Yıldırım, N. ve İşsever, H. (2021). Hemşirelerde Psikolojik Sermaye ile İş Performansı ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(3), 355-365.
- Polit, D. F. ve Beck, C. T. (2004). Nursing Research: Principles and Methods (7. Baskı). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rageb, M. A., Abd-El-Salam, E. M., El-Samadıcy, A. ve Farid, S. (2013). Organizational Commitment, Job Satisfaction and Job Performance as a Mediator Between Role Stressors and Turnover Intentions a Study From an Egyptian Cultural Perspective. *The Business and Management Review*, 3(2), 51-73.
- Richard, S. D., Elanie, B. S. ve Don, E. D. (1997). The Computer-Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care. Washington (DC): National Academy Press.
- Ringle, C. M., Sarstedt, M., Mitchell, R. ve Gudergan, S. P. (2018). Partial Least Squares Structural Equation Modeling in HRM Research. *The International Journal of Human Resource Management*, 31(12), 1617-1643.
- Rodoplu, D. (2008). Bilgi Teknolojileri Uygulamalarına Karşı Çalışan Direnci; Hastane Bilgi Sistemi Üzerinde Bir Uygulama. *Review Of Social, Economic & Business Studies*, 9(10), 409-438.
- Rogers, E. (1995). Diffusion of Innovations. New York: Free Press.
- Samaradiwakara, G. ve Gunawardena, C. G. (2014). Comparison of Existing Technology Acceptance Theories and Models to Suggest a Well Improved Theory/Model. *International Technical Sciences Journal*, 1(1), 21-36.
- Sarıyer, S. (2019). Yönetici Hemşirelerin Hizmetkar Liderlik Davranışlarının Hemşirelerin Yenilikçi Davranışlarına ve İş Performansına Etkisi. (Yayımlanmış yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Saygılı, M., Erigüç, G. ve Özer, Ö. (2016). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Sessizlik ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Belirlenmesi. *International Journal of Social Science*, 49(1), 485-500.

- Seçer, F. (2006). Teknolojik Gelişmelerin Konut İç Mekan Tasarımına Etkisi ve Akıllı Evler. (Yayımlanmamış sanatta yeterlilik tezi). Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, İstanbul.
- Selmer, J. ve Luring, J. (2011). Marital Status and Work Outcomes of Self-Initiated Expatriates: Is There a Moderating Effect of Gender?. *Cross Cultural Management: An International Journal*, 18(2), 198-213.
- Sevinik, H. ve Lk, N. (2022). Hemşirelerde Zihinsel İş Yükü ile İş Performansı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *GÖBEKLİTEPE International Journal Of Health Sciences*, 5(8), 37-44.
- Seyirci, D. (2009). Hemşirelere Performansı Değerlendirme Sistemi: İzmir Asker Hastanesi rneği. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Sharifian, R., Askarian, F., Nematolahi, M. ve Farhadi, P. (2014). Factors Influencing Nurses' Acceptance of Hospital Information Systems in Iran: Application of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *Health Information Management Journal*, 43(3), 23-28.
- Sırakaya, M. (2019). İlkokul ve Ortaokul ğretmenlerinin Teknoloji Kabul Durumları. *İnn Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(2), 578-590.
- Simanjuntak, P. O. H. L., Simanjorang, A. ve Amirah, A. (2021). The Influence of Individual Characteristics, Organizational Factors and Job Satisfaction on Nurse Performance. *Journal of Asian Multicultural Research for Medical and Health Science Study*, 2(3), 27-38.
- Sink, D. S. ve Tuttle, T. C. (1989). Planning Measurement in Your Organization of The Future. Nocross, GA: Industrial Engineering and Management Press.
- Smith, P. C. ve Goddard, M. (2002). Performance Management and Operational Research: a Marriage in Heaven?. *The Journal of the Operational Research Society*, 53(3), 247-255.
- Soysal, A., Aydoğan, S. ve Nurdoğan, B. (2019). rgtsel Vatandaşlık Algısı ile İş Performansı Arasındaki İlişki: Hemşireler zerinde Bir Araştırma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(2), 73-91.
- Sökmen, A. ve Mete, E. S. (2015). Bezdirinin İş Performansı İş Tatmini ve İşten Ayrılma Niyeti zerindeki Etkisi: Ankara'da Bir Araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 271-295.
- Staggers, N., Gassert, C. ve Curran, C. (2002). A Delphi Study to Determine Infomatics Competencies for Nurses at Four Levels of Practice. *Nursing Research*, 51(6), 383-390.
- Stewart, T. (2001). The Wealth of Knowledge : Intellectual Capital and the Twenty-First Century Organization, Doubleday. U.S.A.: Random House Inc.
- Stratton, S. J. (2021). Population Research: Convenience Sampling Strategies. *Prehospital and Disaster Medicine*, 36(4), 373-374.
- Suntay Y. (2010) Hastane Bilgi Sistemlerinde Entegrasyon Sorunları ve üzüm nerileri. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.

- Sürmeli, F., Erdoğan, M., Erdoğan, N., Banar, K., Kaya, E. ve Sevim, A. (2011). Muhasebe Bilgi Sistemi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Şahin, E. ve Solunoğlu, A. (2019). Planlı Davranış Teorisi Kapsamında Sokak Yemeği Yeme Niyetinin Ölçülmesi: Mersin Örneği. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, 16(3), 383-397.
- Şahin, M. (2008). Yönetim Bilgi Sistemi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Şentürk, S. (2006). Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı Tarihçesi (1956-2006) ve Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu. İstanbul: Birmat Matbaacılık.
- Şentürk, S. E. (2014). Hemşirelik Tarihi (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- T. C. Millî Eğitim Bakanlığı, (2012). Hemşirelik Meslek Esasları Tekniğine Giriş. Ankara. Erişim Adresi: https://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Meslek%20Esaslar%C4%B1%20Tekni%C4%9Fine%20Giri%C5%9F.pdf (Erişim Tarihi: 22.08.2023).
- T. C. Resmî Gazete (2010). Hemşirelik Yönetmeliği. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm> (Erişim Tarihi: 22.08.2023).
- Tağraf, H., Şahin, İ. ve Özkan, A. M. (2016). Çalışanların Örgütsel Adalet Algıları ve Performans Arasındaki İlişki: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma. *C. Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17(2), 67-83.
- Taherdoods, H. (2018). A Review of Technology Acceptance and Adoption Models and Theories. *Procedia Manufacturing*, 22, 960-967.
- Tan, J. (1995). Health Managemet Informations Systems Therios. Methods and Applications, Ohio, ABD: Aspen Publishers.
- Taşçı, H. (2019). Kağıtsız Hastanelerde Yeni Teknolojilerin Kabulünde Kişi-Örgüt Uyumu: Bir Hastane Örneği. (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Taşocak, G. (2008). Açılış Konuşması VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. Ankara: Kök Yayıncılık
- Tat, H. C. (2018). Sağlık Sektöründe Hastane Bilgi Sistemi Kullanımının Teknoloji Kabul Modeli İle İncelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Tayfun, A. ve Çatır, O. (2013). Örgütsel Sessizlik ve Çalışanların Performansları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 114-134.
- Taylor, S. ve Todd, P. A. (1995a). Assessing IT Usage: The Role of Prior Experience. *MIS Quarterly*, 19(4), 561-570.
- Taylor, S. ve Todd, P. A. (1995b). Understanding information technology usage: A Test of Competing models. *Information Systems Research*, 6(2), 144-176.
- Tekingündüz, S. ve Kurtuldu, A. (2015). İşten Ayrılma Niyeti, İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık, Liderlik ve İş Stresi Arasındaki İlişkilerin Analizi: Bir Hastane Örneği. *Int J Hum Sci.* (12)15, 1-17.

- Tengilimoğlu, D. (2001). Hastane Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1), 85-98.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2012). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayınları.
- Teo, T. (2010). Establishing Gender Structural Invariance of Technology Acceptance Model (TAM). *Asia-Pacific Education Researcher*, 19(2), 311-320.
- Teo, T. (2011). Technology Acceptance Research in Education. In T. Teo (Ed.), *Technology Acceptance in Education, Research and Issues 1-5*. Potterdam: Sense Publishers.
- Teo, T., Hayrani, X. ve Du, J. (2015). Technology acceptance among pre-service teachers: Does gender matter?. *Australasian Journal of Educational Technology*, 31(3), 235-251 .
- Thompson, R. L., Higgins, C. A. ve Howell, J. M. (1991). Personel Computing: Toward a Conceptual Model of Utilization. *MIS Quarterly*, 15(1), 124-143.
- Thorsteinson, T. J. ve Balzer, W. K. (1999) Effects of Coworker Information on Perceptions and Ratings of Performance, *Journal of Organizational Behavior*, 20(7), 1157-1173.
- Thu, N. H., Loan, L. T. M. ve Qugnh, N. D. (2022). Employees' Job Satisfaction, Job Performance and Their Relationship During the COVID-19 Pandemic in Vietnam. *Organizational Psychology*, 12(2), 38-55.
- Tidd, J., Bessant, J. ve Pavitt, K. (2005). Managing Innovation: Integrating Technological, Market and Organizational Change. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Tonchua, S. ve Quagini, L. (2010). Performance Measurement Linking Balanced Scorecard to Business Intelligence. Germany: Springer Berlin Heilderneg.
- Top, M., Gider, Ö. ve Ünal, D. (2010). Hastane Sektöründe İş Performansını Etkileyen Örgütsel Değişkenlerin (Faktörlerin) İncelenmesi: Kayseri ve Kocaeli İllerindeki Hemşireler Üzerine Bir Alan Araştırması. *Yönetim Dergisi: İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü*, 21(66), 71-96.
- Topal, M. (2013). Eğitim Fakültesinde Okuyan Öğretmen Adaylarının Eğitim Amaçlı İnternet Kullanımı Öz- Yeterlilik Algılarının İncelenmesi ve Geliştirilmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Tuna, Ö. ve Yıldız, M. (2023). Çalışanın Yeşil Davranışı ve İş Performansında Yeşil Dönüştürücü Liderliğin Rolü. *Uluslararası İktisadi Ve İdari İncelemeler Dergisi*, (C-iasoS 2022 Özel Sayısı), 61-80.
- Tunçer, P. (2013). Örgütlerde Performans Değerlendirme ve Motivasyon. *Sayıştay Dergisi*, 88, 87- 108.
- Turan, A. H. (2008). İnternet Alışverişi Tüketici Davranışını Belirleyen Etmenler: Geliştirilmiş Teknoloji Kabul Modeli (E-TAM) ile Bir Model Önerisi. *Akademik Bilişim*, 8, 106-121.
- Turunç, Ö. ve Çelik, M. (2010). İnsanların Algıladıkları Örgütsel Destek ve İş Stresinin Örgütsel Özdeşleşmesi ve İş Performansına Etkisi. *Yönetim Ve Ekonomi Dergisi*, 17(2), 183-206.

- Tüfekçi, A. (2019). Hemşirelerin İş Performanslarının Tükenmişlik Düzeyleri Açısından İncelenmesi: Tersiyer Merkez Uygulaması. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Kırklareli Üniversitesi, Kırklareli.
- Tümer Mazak, M. (2018). Hemşirelerin Bilgi Teknolojileri Hazırbulunuşluluğunun İş Performansına Etkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ufuk Üniversitesi, Ankara.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri (1932). Hemşire. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 22.08.2023).
- Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik. Erişim Adresi: <https://www.thder.org.tr/uploads/files/THD-Bulten-19-01.pdf> (Erişim Tarihi: 22.08.2023).
- Türker, C. (2019). Tüketicilerin Yeni Teknolojileri Benimsemelerinin Teknoloji Kaul Modeli Boyutları İtibarıyla İncelenmesi: Mobil Ödeme Sistemleri Üzerine Bir Araştırma. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Uğur, N. G. ve Turan, A. H. (2016). Mobil Uygulama Kabul Modeli: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 34 (4), 97-126.
- Ulupınar, S. (2011). Hemşirelikte Güçlendirme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(2), 77-84.
- Ulusoy, M. F. ve Görgülü, R. S. (1996). Hemşirelik Esasları-Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. Ankara: Çağın Ofset.
- Uttley, J. (2019). Power Analysis, Sample Size, and Assessment of Statistical Assumptions— Improving the Evidential Value of Lighting Research. *LEUKOS*, 15(2-3), 143-162.
- Uyargil, C. (2008). Performans Değerlendirme (Cavide Uyargil, Zeki Adal, İsmail Durak Ataay, Ahmet Cevat Acar, A. Oya Özçelik, Ömer Sadullah, Gönen Dündar, Lale Tüzüner), İnsan Kaynakları Yönetimi (3. Baskı). İstanbul: Beta Yayın.
- Uysal Bıyık, M. (2016). Bilgisayarlı Hekim İstem Girişi Konusunda Hemşire Görüşlerinin Değerlendirilmesi. (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Uzkurt, C. ve Demirci, A. E. (Ed.). (2012). Yenilik Yönetimi. Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniv. Yayınları.
- Ülke, R. ve Atilla, E. A. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Sistemleri ve E-Sağlık: Ankara İli Örneği. *Gazi İktisat Ve İşletme Dergisi*, 6(1), 86-100.
- Ünalın, N. (2016). Bir Eğitim Hastanesi'nde Hastane Bilgi Sistemleri Değişim Yönetimi İncelenmesi ve İyileştirme Önerileri. (Yayımlanmamış doktora tezi). Kara Harp Okulu, Ankara.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık ve Hastalık, Hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11-25.
- Vafae, A., Vahedian, M., Esmailiy, H. ve Kimiafar, K. (2010). Views of Users Towards the Quality of Hospital Information System in Tranin Hospitals. *J Res Health Sci*, 10(1), 47-53.

- Vallerand, R. J. (1997). Toward a Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Advances in Experimental Social Psychology*, 29, 271-360.
- Van Bommel, J. ve Musen, M. A. (1997). *Handbook of Medical Informatics*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Velioğlu P. ve Babadağ, K. (1992). *Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi*. Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayınları.
- Venkatesh, V. (2000). Determinants of Perceived Ease of Use: Integrating Perceived Behavioral Control, Computer Anxiety and Enjoyment Into the Technology Acceptance Model. *Information System Research*, 11, 342-365.
- Venkatesh, V. ve Bala, H. (2008). Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions. *Decision Sciences*, 39(2), 273-315.
- Venkatesh, V. ve Davis, F. D. (2000). A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Field Studies. *Management Science*, 46(2), 186-204.
- Venkatesh, V. ve F. D. Davis (1996). A Model of the Antecedents of Perceived Ease of Use Development and Test. *Decision Sciences*, 27(3), 451-481.
- Venkatesh, V. ve Morris, M. G. (2000). Why Don't Men Ever Stop To Ask For Directions? Gender, Social Influence and Their Role in Technology Acceptance and Usage Behavior. *MIS Quarterly*, 24(1), 115-139.
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B. ve Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478.
- Venkatesh, V., Thong, J. Y. L. ve Xu, X. (2012). Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending The United Theory of Acceptance and Use of Technology. *MIS Quarterly*, 36(1), 157-178.
- Vishwanath, A., Rajan, S. S. ve Winkelstein, P. (2010). The Impact of Electronic Medical Record Systems on Out Patient Workflows: A Longitudinal Evaluation of Its Workflow Effect. *International Journal Of Medical Information*, 79(11), 778-791.
- Vijayarathy, L. R. (2004). Predicting Consumer Intentions to Use On-Line Shopping: The Case For an Augmented Technology Acceptance Model. *Information & Management*, 41(6), 747-762.
- Vyacheslav, T., Büyüksivaslıoğlu, N. ve Şeker, M. (2019). Correlation Between Job Stress, Job Satisfaction and Organizational Culture in Hospitals and Investigation of Significant Differences: Kayseri Education and Research Hospital. *Eurasian Journal of Researches in Social and Economics (EJRSE)*, 6(2), 357-375.
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G. ve Rose, M. A. (2018). These State of the Science of Nurse Work Environments in the United State: A Systematic Review. *Int J Nurs Sci*, 16;5(3), 287-300.
- Welp, A., Meier, L. L. ve Manser, T. (2014). Emotional Exhaustion and Workload Predict Clinician-Rated and Objective Patient Safety. *Front Psychol*, 22(5), 1573.
- Wi, S. M. ve Yin, Y. J. (2012). Influence of Emotional Labor on Job Satisfaction, Intent to Leave, and Nursing Performance of Clinical Nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 18(3), 310-319.

- Witt, L. A., Kacmar, K. M., Carlson, D. S. ve Zivnuska, S. (2002). Interactive Effects of Personality and Organizational Politics on Contextual Performance. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 911-926.
- Yeşilyurt, T., Baykal, Ü. ve Göktepe, N. (2020). Yönetici Hemşirelerin Hemşireleri İşe Almaya İlişkin Görüşleri: Nitel Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(2), 238-252.
- Yıldırım, N. (2014). Savaşlardan Modern Hastanelere Türkiye’de Hemşirelik Tarihi (1. Baskı). İstanbul: Vehbi Koç Üniversitesi Yayınları.
- Yıldırım, P., Uludağ, M. ve Görür, A. (2008). Hastane Bilgi Sistemlerinde Veri Madenciliği. *Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Akademik Bilişim Dergisi*, 430-434.
- Yıldız, S., Savcı, G. ve Hüsnü, K. (2014). Motive Edici Faktörlerin Çalışanların İş Performansına ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 233-249.
- Yılmaz, A. T. ve Yıldırım, A. (2018). Yönetici Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Hemşirelerin İş Performansına Etkisi. *Social Science Studies Journal*, 4(20), 3057-3067.
- Yılmaz, G. Ş. ve Yalım, N. Y. (2016). Hemşirelik Tarihinde Bir Öncü "Safiye Hüseyin Elbi". *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 6(2), 38-45.
- Yılmaz, M. B. ve Kavanoz, S. (2017). Teknoloji Kabul ve Kullanım Birleştirilmiş Modeli-2 Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *International Periodical for The Languages. Literature and History of Turkish or Turkic*, 12(32), 127-146.
- Yılmaz, O. (2006). Stresin Performans Üzerine Etkisi 40. Piyade Eğitim Alay Komutanlığı Lider Personeli Üzerinde Bir Araştırma. (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Yorgancıoğlu Tarcan, G. ve Çelik, Y. (2016). Hastane Yöneticilerinin Sağlık Bilgi Teknolojilerine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Bireysel Faktörlerin Belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 35-55.
- Yumak, H. F. (2019). 360 Derece Performans Değerlendirme Sisteminin Metal Sektöründeki Yöneticiler Üzerine Etkileri (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Yun, G. J., Donahue, L. M., Dudley, N. M. ve McFarland, L. A. (2005). Rater Personality, Rating Format and Social Context: Implications for Performance Appraisal Ratings. *International Journal of Selection and Assessment*, 13(2), 97-107.
- Yüksel, Ö. (2000). İnsan Kaynakları Yönetimi. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Yüksel, R. (2020). Fen Bilimleri Öğretmenlerinin Bireysel Yenilikçilik Düzeyi, Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri ile STEM Uygulamaları Özyeterlik Algıları ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.

Zerenler, M. (2003). Kriz Dönemlerinde İşletmelerde Üretim Süreci Esnekliğinin Şirketlerin Performans ve Yaşam Sürelerine Etkileri. (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Zhang, X., Liu, S., Wang, L., Zhang, Y. ve Wang, J. (2020). Mobile Health Service Adoption In China: Integration Of Theory Of Planned Behavior, Protection Motivation Theory And Personal Health Differences. *Online Information Review*, 44(1), 1-23.



8. EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi Dr. Arzu Bulut danışmanlığında, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Burçin Akay tarafından yürütülmekte olan “Hemşirelerin Teknoloji Kabul Düzeyi ile İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” isimli araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmanın amacı hemşirelerin teknoloji kabul düzeyleri ile iş performansı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmada en az 277 hemşireye ulaşılması hedeflenmiştir. 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. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Eğer araştırmacının amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [xxx](#) e-posta adresi ve xxx 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.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Açıklamaları yapan araştırmacının

İmzası:

Adı- Soyadı :

Adresi (varsa telefon no, faks no):

İmzası:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için

Veli / Vasi Adı – Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

EK 2. Tanıtıcı Bilgi Formu

Değerli Katılımcılar,

Bu anket formu Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Dr. Öğretim Üyesi Arzu Bulut ile Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü yüksek lisans öğrencisi Burçin AKAY tarafından yürütülmekte olan “Hemşirelerin Teknoloji Kabul Düzeyleri ile İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” isimli çalışma için uygulanmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın anlamlı sonuçlar verebilmesi, siz değerli katılımcıların bu araştırmaya eksiksiz katılımıyla mümkün olabilecektir. Kuşkusuz çok değerli zamanınızın bir kısmını alacak olan bu anketi yanıtlama konusunda göstereceğiniz özen, iş birliği ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın
Yaşınız:
Eğitim Durumunuz: () Lise () Ön lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora
Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar
Mesleki Çalışma Yılı:
Kurumda Çalışma Yılı:
HBYS eğitimi alma durumuz: () Aldım () Almadım
HBYS eğitimini yeterli bulma durumunuz: () Yeterli () Yeterli değil
HBYS eğitim türünüz: () Oryantasyon eğitimi () Hizmet içi eğitim () Birim içi eğitim

EK 3. Teknoloji Kabul Modeli

TEKNOLOJİ KABUL MODELİ						
Aşağıdaki her bir ifadeyi okuyarak, katılım düzeyinize göre ifadelerin karşısındaki seçenekleri işaretleyiniz.						
		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hastane Bilgi Sistemi uygulamalarının kullanımı işimde faydalı olur.					
2	Hastane Bilgi Sistemi uygulamalarının kullanımı bilgi edinmedeki performansımı artırır.					
3	Hastane Bilgi Sistemi uygulamalarının kullanımı, işlerimle ilgili kontrol imkânı sağlar.					
4	Hastane Bilgi Sistemi uygulamaları kullanmanın avantajları dezavantajlarından daha fazladır.					
5	Genel olarak Hastane Bilgi Sistemi uygulamalarını işimde faydalı bulurum.					
6	Hastane Bilgi Sistemi uygulamalarını öğrenmek benim için kolaydır.					
7	Hastane Bilgi Sistemi uygulamalarına istediğimi işi yaptırtmak benim için kolaydır.					
8	Hastane Bilgi Sistemi uygulamalarının kullanımı net ve anlaşılırdır.					
9	Hastane Bilgi Sistemi uygulamalarını kullanarak bir işin nasıl başarılabileceğini hatırlamak benim için kolaydır.					
10	Genel olarak Hastane Bilgi Sistemi uygulamalarının kullanımını kolay bulurum.					
11	Mesleğim söz konusu olduğunda gelecekte de Hastane Bilgi Sistemi uygulamalarını kullanmaya niyetliyim.					
12	Hastane Bilgi Sistemi uygulamalarında meydana gelecek değişiklikleri mesleğimde uygulamaya çalışacağım.					
13	Gelecekte Hastane Bilgi Sistemi uygulamaları kullanımımın artacağını düşünüyorum					

EK 4. Hemşirelerin İş Performans Ölçeği

İŞ PERFORMANSI ÖLÇEĞİ						
Aşağıda hemşirelerin günlük çalışmaları esnasında yerine getirmeleri gereken işler/görevler sıralanmakta, karşılarında ise bu işleri/görevleri çalışmanız süresince yerine getirip-getirmediğinize göre ifadelere katılma düzeyinize ilişkin seçenekler sunulmaktadır. Lütfen her bir seçeneği dikkatle okuduktan sonra size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.						
		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hastalara, hastaneden ayrıldıklarında nelerle karşılaşabileceklerini açıklamak.					
2	Evde bakım için gerekli yönlendirme sağlamak.					
3	Hastalara işe gitmek veya araba sürmek gibi, normal aktivitelerine ne zaman dönebileceklerini açıklamak.					
4	Vardiya değişimlerinde, hastaların durumlarıyla ilgili önemli noktaları rapor etmek.					
5	Hastalara hemşirelik girişimlerinin amacı hakkında bilgi vermek.					
6	Birimdeki hemşirelere hastanın durumu hakkında açıklama yapmak.					
7	Birimdeki tüm hemşirelerin hastanın son tıbbi öyküsü hakkında fikir/bilgi sahibi olmalarını sağlamak.					
8	Birimdeki tüm hemşireleri hastanın testleri ve sonuçları hakkında bilgilendirmek.					
9	Ailelere ilgi ve alaka göstermek.					
10	Ailelerin kaygılarını dinlemek.					
11	Ailelerin duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için vakit ayırmak.					
12	Hastaların kaygılarını dinlemek.					
13	Hastaların duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için vakit ayırmak.					
14	Hastalara ilgi ve alaka göstermek.					
15	Yaşam bulgularını almak (Örneğin kan basıncı, nabız, vücut sıcaklığı).					
16	Günlük yaşam aktivitelerinde hastalara yardımcı olmak (Örneğin duş alma, tuvalet ve beslenme).					
17	Hastalara hemşirelik bakım planı oluşturmak.					
18	İlaçları ve medikal tedavileri uygulamak.					
19	Hemşirelik bakımının etkililiğini değerlendirmek.					
20	Birimdeki diğer hemşirelerin moralini yükseltmek.					
21	İşle ilgili problemlerinin çözümünde birimdeki hemşirelere yardımcı olmak.					
22	Birimdeki diğer hemşireleri etkileyen durumlarda karşılıklı danışarak hareket etmek.					
23	Birimdeki hemşirelerin duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için vakit ayırmak.					
24	Bilgi veya uzmanlığını birimdeki diğer					

	hemşirelerle paylaşmak için gönüllü çalışmak.					
25	Birimdeki hemşirelere işlerinde kendilerini geliştirmeleri konusunda yardımcı olmak.					
26	Hastanın ailesi için özel düzenlemeler yapmak.					
27	Hasta için özel düzenlemeler yapmak.					
28	Hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için fazladan zaman harcamak.					
29	Hastane dışındaki bireylere, hastaneyi olumlu bir şekilde temsil etmek.					
30	Materyal ve malzemelerin boşa harcanmadığına emin olmak.					
31	Bölümün genel kalitesini artırmak için yenilikçi önerilerde bulunmak.					
32	Birimdeki hemşireleri, hastanın tedavisindeki değişiklikler hakkında bilgilendirmek.					

EK 5. Ölçek İzin Yazısı

Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği İzin Talebi

**Burcin Akay** <[redacted]>
Alıcı: ben ▾

7 Eylül Çar 22:47 ☆ ↶ ⋮

iPhone'umdan gönderildi

İleti başlangıcı:

Kimden: meliş gūnaltay <[redacted]>
Tarih: 7 Eylül 2022 22:39:40 GMT+3
Kime: Burcin Akay <[redacted]>
Konu: Ynt: Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği

Merhaba Burçin,

Bilimsel atıf kurallarına uygun bir şekilde atıf vererek TKM ölçeğini kullanabilirsin. Çalışmada başarılar dilerim.

Kolaylıklar dilerim.

7 Eyl 2022 Çar, saat 22:35 tarihinde Burcin Akay <[redacted]> şunu yazdı:
Sayın hocam merhaba,
Ben Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yüksek lisans öğrencisi Burçin Akay. Dr. Öğr. Üyesi Arzu Bulut danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak üzere Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Personelinin Hastane Bilgi Sistemleri Konusundaki Görüşlerin Değerlendirilmesi isimli tezinizde kullanmış olduğunuz "Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği" nin geçerlilik ve güvenilirliğini siz mi yapmıştınız ? Eğer öyleyse ölçek ve ölçek kullanım izninizi rica ediyorum.

Hemşirelerin İş Performansı Ölçeği İzin Talebi

Kime: Burcin Akay <[redacted]>
Konu: Ynt: İş Performansı Ölçek İstemi Ve Ölçek Kullanım İzni

Rica ederim.

On Thu, 15 Sept 2022 at 23:03, Burcin Akay <[redacted]> wrote:
İlginiz için teşekkür ederim hocam. Size de iyi çalışmalar diliyorum. İyi akşamlar.

iPhone'umdan gönderildi

Arzu Kader Harmancı <[redacted]> şunları yazdı (15 Eyl 2022 22:58):

Merhaba,

Ölçek ektedir.

Başarılar dilerim.

On Thu, 15 Sept 2022 at 22:46, Burcin Akay <[redacted]> wrote:
Sayın hocam iyi akşamlar. İş performansı ölçeği türkçe sorularının yer aldığı yönerge gönderimi için hatırlatma yapmak istedim.İyi çalışmalar dilerim.

iPhone'umdan gönderildi

Arzu Kader Harmancı <[redacted]> şunları yazdı (15 Eyl 2022 11:56):

EK 6. Etik Kurul İzni

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM: Dr. Öğr. Üyesi Arzu BULUT'un 2022-166 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzun 16.11.2022 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2022-10 sayılı toplantısında Dr. Öğr. Üyesi Arzu BULUT danışmanlığında Burçin AKAY tarafından yürütülmesi planlanan 2022-166 başvuru sayılı " **Hemşirelerin Teknoloji Kabul Düzeyi ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

- * Etik Kurul Üyesi Doç. Dr. Yıldı Arzu ABA (izinli) toplantıya katılmamıştır.
- * Etik Kurul Üyesi Doç. Dr. Latife U.AKHAN (izinli) toplantıya katılmamıştır.

Toplam 1 sayfadan oluşan bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5. maddesi uyarınca güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

e-imzalıdır

EK 7. İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni



T.C
BALIKESİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-51829602-604.01.02-209441585
Konu : Burçin AKAY'ın Bilimsel Çalışması

16.02.2023

BALIKESİR ATATÜRK ŞH EĞİTİM BİRİMİNE

İlgi : a) 13.12.2022 tarihli ve 30041352-799-69 sayılı yazınız.
b) 13.01.2023 tarihli ve E-30041352-799-206963247 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazılara istinaden; **Burçin AKAY** isimli araştırmacının "*Hemşirelerin Teknoloji Kabul Düzeyleri ile İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*" konulu Yüksek Lisans Tezi araştırma başvurusu Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Talepleri İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup, komisyon kararı ekte sunulmuştur.

Onaylanan çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na riayet edilmesi, Maske-Mesafe, temizlik kurallarına dikkat edilmesi ve yapılacak çalışma sonucunun bir suretinin Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı'na gönderilmesi, kurumun bilgisi dışında kanıtlanarak edilmemesi ve ilgiliye tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Burçin AKAY.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 799F4454-8239-4ESD-B732-3D29EBE2FCEA

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi/ebys>

Bahçeşehir Mahallesi, 100. Yıl Caddesi 289. Sokak No: 4 10050 Altıeylül /

Balıkesir 10100

Telefon No: 02662459595

e-Posta: iletisim@www.saglik.gov.tr

Kep Adresi:

Bilgi için: Ceyda DURAN ALKAN

Hemşire

Telefon No: 02662459595



9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER
Ad Soyadı: Burçin AKAY
Medeni hali: Bekar
Uyruğu: T.C.
EĞİTİM
Lise: Adnan Menderes Anadolu Lisesi (2012-2016)
Lisans: Trakya Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi-Sağlık Yönetimi Bölümü
Yüksek Lisans: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı-Sağlık Yönetimi Bölümü Tezli Yüksek Lisans (2021-)
YABANCI DİL BİLSİ
İngilizce: C2
Almanca: B1
MESLEKİ DENEYİM
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR
YAYINLARI