



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Havva Ceren TAT

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HASTANE BİLGİ SİSTEMİ KULLANIMININ TEKNOLOJİ
KABUL MODELİ İLE İNCELENMESİ

İşletme Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2018



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Havva Ceren TAT

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HASTANE BİLGİ SİSTEMİ KULLANIMININ TEKNOLOJİ
KABUL MODELİ İLE İNCELENMESİ

Danışman

Doç. Dr. Sezgin IRMAK

İşletme Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2018

Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Havva Ceren TAT'ın bu çalışması, jürimiz tarafından İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Can Deniz KÖKSAL (İmza)

Üye (Danışmanı) : Doç. Dr. Sezgin IRMAK (İmza)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Özer DEMİR (İmza)

Tez Başlığı: Sağlık Sektöründe Hastane Bilgi Sistemi Kullanımının Teknoloji Kabul Modeli ile İncelenmesi
--

Onay : Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi : 25/06/2018

Mezuniyet Tarihi : 19/07/2018

(İmza)
Prof. Dr. İhsan BULUT
Müdür

AKADEMİK BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Sektöründe Hastane Bilgi Sistemi Kullanımının Teknoloji Kabul Modeli ile İncelenmesi” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını belirtir; bunu şerefimle doğrularım.

İmza

Havva Ceren TAT





T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
BEYAN BELGESİ



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	Havva Ceren TAT
Öğrenci Numarası	20135212005
Enstitü Ana Bilim Dalı	İşletme
Programı	Tezli Yüksek Lisans
Programın Türü	(X) Tezli Yüksek Lisans () Doktora () Tezsiz Yüksek Lisans
Danışmanın Unvanı, Adı-Soyadı	Doç. Dr. Sezgin IRMAK
Tez Başlığı	Sağlık Sektöründe Hastane Bilgi Sistemi Kullanımının Teknoloji Kabul Modeli ile İncelenmesi
Turnitin Ödev Numarası	980154345

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 94 sayfalık kısmına ilişkin olarak, 03/07/2018 tarihinde tarafımdan Turnitin adlı intihal tespit programından Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nda belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve ekte sunulan rapora göre, tezin/dönem projesinin benzerlik oranı;

alıntılar hariç % 15

alıntılar dahil % 25 'dir.

Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir:

(x) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylarım.

() Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşıyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esasları'nda öngörülen yüzdelik sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.

Gerekçe:

Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlerin ışığı altında tarafımda yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim.

03/07/2018

(imzası)

Doç. Dr. Sezgin IRMAK

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER LİSTESİ	iv
TABLOLAR LİSTESİ	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY	ix
TEŞEKKÜR	x
ÖNSÖZ.....	xi

BİRİNCİ BÖLÜM SAĞLIK SEKTÖRÜ

1.1. Sağlık Sektörü.....	1
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	1
1.3. Sağlık Sisteminin Türkiye’deki Gelişimi.....	3
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Ülkemizdeki Temel Özellikleri	5
1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Ülkemizdeki Finansman Şekli.....	6
1.4. Sağlık Sektörünün Dünyadaki Gelişimi.....	6
1.4.1. Türkiye’deki Sağlık Sektörünün Gelişmiş Ülke Sistemleriyle Karşılaştırılması	6
1.4.2. Ülkelerin Sağlık Teknolojileri Yönünden Karşılaştırılması	7
1.4.3. AB Ülkelerinde Sağlık Politikaları.....	8
1.5. Teknolojinin Sağlık Sektöründe Kullanımı.....	9
1.5.1. Sağlık Sektöründe Tıbbi Teknolojiler.....	10
1.5.2. Sağlık Sektöründe Bilişim Teknolojileri.....	10

İKİNCİ BÖLÜM TEKNOLOJİ KABUL MODELİ

2.1. Davranışları İnceleyen Teoriler	12
2.2. Teknoloji Kabul Modeline Temel Olan Araştırmalar.....	13
2.2.1. Yeniliğin Yayılması Teorisi(IDT -Innovations Diffusion Theory).....	13
2.2.1.1. Yayılımın Yenilik Boyutu.....	13
2.2.1.2. Yayılımın İletişim Boyutu.....	14
2.2.1.3. Yayılımın Zaman Boyu	14
2.2.1.4. Yayılımın Sosyal Sistem Boyutu	14

2.2.2. Sebepli Faaliyet Teorisi.....	15
2.2.3. Teknoloji Kabul Modeli (TKM)	15
2.2.3.1. Teknoloji Kabul Modeli, Ortaya Çıkışı ve Gelişimi	18
2.2.3.2. Teknoloji Kabul Modelinde Yer Alan Kavramlar	19
2.2.4. Planlanmış Davranış Teorisi	21
2.3. Teknoloji Kabul Modeli ile İlgili Çalışmalar	22

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜ TEKNOLOJİ KABUL MODELİ ARAŞTIRMASI

3.1. Araştırmanın Amacı.....	28
3.2. Araştırmanın Yöntemi	28
3.2.1. Veri Toplama Aracı	28
3.2.2. Verilerin Analizi.....	29
3.2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
3.3. Araştırma Modeli.....	29
3.4. Tanımlayıcı İstatistikler	30
3.4.1. Çalışmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	30
3.4.2. Çalışmaya Katılanların Yaşlarına Göre Dağılımları	30
3.4.3. Çalışmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	30
3.4.4. Çalışmaya Katılanların Görev Pozisyonlarına Göre Dağılımları.....	31
3.4.5. Çalışmaya Katılanların Tecrübelerine Göre Dağılımları.....	31
3.4.6. Çalışmaya Katılanların Yaşadığı Şehre Göre Dağılımları.....	31
3.4.7. Hastane Bilgi Sistemleri İle İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma.....	32
3.4.8. Teknoloji Kabul Modeli Ölçek İfadeleri Bakımından Kullanıcıların Algı Düzeyleri.....	32
3.4.9. Kullanıcıların Hastane Bilgi Sistemi Yeterliliği Algı Düzeyleri	35
3.5. Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması.....	35
3.5.1. Dil Geçerliliği.....	35
3.5.2. Açıklayıcı Faktör Analizi.....	36
3.5.3. Güvenilirlik Analizi.....	40
3.5.3.1. Algılanan Kullanım Kolaylığı Boyutu Güvenilirlik Analizi.....	40
3.5.3.2. Sosyal Etki Boyutu Güvenilirlik Analizi.....	41
3.5.3.3. Algılanan Kullanışlılık Boyutu Güvenilirlik Analizi.....	41
3.5.3.4. Öz Yeterlilik Boyutu Güvenilirlik Analizi.....	42

3.5.3.5. Endişe Boyutu Güvenilirlik Analizi.....	42
3.5.3.6. Kullanıma Karşı Tutum Boyutu Güvenilirlik Analizi.....	43
3.5.3.7. Eğitim Boyutu Güvenilirlik Analizi.....	43
3.6. Teknoloji Kabul Modelinin Alt Boyutlarının İncelenmesi	43
3.6.1. Alt Boyutlar Bakımından Kullanıcıların Düzeylerinin İncelenmesi	43
3.6.2. Alt Boyutlar Arasındaki Korelasyonların İncelenmesi	44
3.7. Teknoloji Kabul Modeli Alt Boyutları Bakımından Farklılıkların İncelenmesi	45
3.7.1. Cinsiyete Göre Farklılıkların İncelenmesi	45
3.7.2. Hizmet İçi Eğitim Alan ve Almayan Kişilere Göre Farklılıkların İncelenmesi	47
3.7.3. Sağlık Alanında Eğitim Alan ve Almayan Kişilere Göre Farklılıkların İncelenmesi	48
3.7.4. Yaş Gruplarına Göre Farklılıkların İncelenmesi.....	49
3.7.5. Görev Gruplarına Göre Farklılıkların İncelenmesi.....	50
3.8. Hastane Bilgi Sistemi Yeterliliği Bakımından Farklılıkların Parametrik Olmayan Testler ile İncelenmesi	51
3.8.1. Cinsiyet Açısından Mann Whitney U Testi.....	52
3.8.2. Hizmet İçi Eğitim Alıp Almama Açısından Mann Whitney U Testi.....	53
3.8.3. Yaş Açısından Kruskal Wallis H Testi.....	54
3.8.4. Görev Açısından Kruskal Wallis H Testi.....	56
3.8.5. Tecrübe Açısından Kruskal Wallis H Testi.....	59
3.9. Hastane Bilgi Sistemi Kullanımına Karşı Tutumun Regresyon Analizi ile İncelenmesi	61
SONUÇ	63
KAYNAKÇA.....	66
ÖZGEÇMİŞ.....	77

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1 Sebepli Faaliyet Teorisi Modeli	15
Şekil 2.2 Teknoloji Kabul Modeli Çalışmalarının Kronolojik Gelişimi.....	18
Şekil 2.3 Teknoloji Kabul Modeli.....	19
Şekil 2.4 Planlanmış Davranış Teorisi	22
Şekil 3.1 Hastane Bilgi Sistemi İçin Araştırma Modeli	29



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1 Bazı Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Teknolojileri	7
Tablo 1.2 AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri	8
Tablo 2.1 Algılanan Kullanım Kolaylığının Dış Değişkenleri.....	20
Tablo 2.2 Algılanan Faydanın Dış Değişkenleri.....	20
Tablo 2.3 Teknoloji Kabul Modeli ile İlgili Çalışmalar.....	23
Tablo 3.1 Çalışmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	30
Tablo 3.2 Çalışmaya Katılanların Yaşlarına Göre Dağılımları	30
Tablo 3.3 Çalışmaya Katılanların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımları.....	30
Tablo 3.4 Çalışmaya Katılanların Görev Pozisyonlarına Göre Dağılımları.....	31
Tablo 3.5 Çalışmaya Katılanların Tecrübelerine Göre Dağılımları.....	31
Tablo 3.6 Çalışmaya Katılanların Yaşadıkları Şehre Göre Dağılımları	32
Tablo 3.7 Hastane Bilgi Sistemleri İle İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma.....	32
Tablo 3.8 Teknoloji Kabul Modeli Ölçek İfadeleri Bakımından Kullanıcıların Algı Düzeyleri.....	32
Tablo 3.9 Kullanıcıların Hastane Bilgi Sistemi Yeterliliği Algı Düzeyleri.....	35
Tablo 3.10 KMO ve Bartlett's Test Sonuçları.....	36
Tablo 3.11 Hastane Bilgi Sistemi Teknoloji Kabul Modeli Ölçeğinin Faktör Yapıları.....	37
Tablo 3.12 Döndürülmüş Bileşen Matrisi.....	37
Tablo 3.13 Hastane Bilgi Sistemi Teknoloji Kabul Modeli Güvenilirlik İstatistikleri.....	40
Tablo 3.14 Algılanan Kullanım Kolaylığı Boyutu Güvenilirlik Analizi.....	40
Tablo 3.15 Sosyal Etki Boyutu Güvenilirlik Analizi.....	41
Tablo 3.16 Algılanan Kullanışlılık Boyutu Güvenilirlik Analizi.....	41
Tablo 3.17 Öz Yeterlilik Boyutu Güvenilirlik Analizi.....	42
Tablo 3.18 Endişe Boyutu Güvenilirlik Analizi	42
Tablo 3.19 Kullanıma Karşı Tutum Boyutu Güvenilirlik Analizi	43
Tablo 3.20 Eğitim Boyutu Güvenilirlik Analizi	43
Tablo 3.21 Alt Boyutlar Bakımından Kullanıcıların Düzeylerinin İncelenmesi.....	44
Tablo 3.22 Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar.....	44
Tablo 3.23 Cinsiyete Göre T-Testi Sonuçları.....	46
Tablo 3.24 Toplam Teknoloji Kabul Düzeyinin Cinsiyete Bağlı Değişip Değişmemesi ile İlgili Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları.....	46

Tablo 3.25 Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarının Hizmet İçi Eğitime Bağlı Değişip Değişmemesi ile İlgili Bağımsız Örneklemeler T-Testi Sonuçları	47
Tablo 3.26 Toplam Teknoloji Kabul Düzeyinin Hizmet İçi Eğitime Bağlı Değişip Değişmemesi ile İlgili Bağımsız Örneklemeler T-Testi Sonuçları.....	48
Tablo 3.27 Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarının Sağlık Alanında Eğitim Alan ve Almayan Kişilere Bağlı Değişip Değişmemesi ile İlgili Bağımsız Örneklemeler T-Testi Sonuçları	48
Tablo 3.28 Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Varyans Analizi ve Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	49
Tablo 3.29 Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarının Görev Gruplarına Göre Varyans Analizi ve Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	50
Tablo 3.30 Cinsiyet Açısından Mann Whitney U Testi.....	52
Tablo 3.31 Mann Whitney U Testine Göre Cinsiyet Sıra Ortalamaları	52
Tablo 3.32 Hizmet İçi Eğitim Alıp Almama Açısından Mann Whitney U Testi.....	53
Tablo 3.33 Mann Whitney U Testine Göre Hizmet İçi Eğitim Alıp Almama Açısından Sıra Ortalamaları.....	53
Tablo 3.34 Yaş Açısından Kruskal Wallis H Testi.....	54
Tablo 3.35 Kruskal Wallis H Testine Göre Yaş Grupları Açısından Sıra Ortalamaları.....	55
Tablo 3.36 Görev Açısından Kruskal Wallis H Testi.....	56
Tablo 3.37 Kruskal Wallis H Testine Göre Görev Pozisyonları Açısından Sıra Ortalamaları	56
Tablo 3.38 Tecrübe Açısından Kruskal Wallis H Testi.....	59
Tablo 3.39 Kruskal Wallis H Testine Göre Sağlık Sektöründe Çalışanların Tecrübeleri Açısından Sıra Ortalamaları.....	60
Tablo 3.40 Hastane Bilgi Sistemi Kullanımına Karşı Tutum İçin Regresyon Model Özeti ve ANOVA Tablosu.....	61
Tablo 3.41 Hastane Bilgi Sistemi Kullanımına Karşı Tutum İçin Katsayılar Tablosu	61
Tablo 3.42 Son Regresyon Model Özeti ve ANOVA Tablosu.....	62
Tablo 3.43 Son Katsayılar Tablosu.....	62

KISALTMALAR LİSTESİ

A	Attitude (Tutum)
AB	Avrupa Birliği
A.B.D.	Amerika Birleşik Devletleri
AF	Algılanan Fayda
AKK	Algılanan Kullanım Kolaylığı
ANOVA	Analysis of Variance (Varyans Analizi)
BI	Behavioral Intention (Davranışsal Niyet)
GSMH	Gayri Safi Milli Hâsıla
IDT	Innovations Diffusion Theory (Yeniliğin Yayılması Teorisi)
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Testi
MR	Manyetik Rezonans
NHS	National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu)
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
SDSGRP	Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi
SN	Subjective Norm (Öznel Norm)
SSCB	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TAM	Technology Acceptance Model(Teknoloji Kabul Modeli)
TKM	Teknoloji Kabul Modeli
TKM 2	Teknoloji Kabul Modeli 2
TPB	Theory of Planned Behavior (Planlanmış Davranış Teorisi)
TRA	Theory of Reasoned Action (Sebepli Faaliyet Teorisi)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; sağlık sektöründe çalışanların teknoloji kabul düzeylerinin araştırılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda, Teknoloji Kabul Modeli ve alt boyutlarından faydalanılarak kullanıcıların ilgili boyutlar bakımından düzeyleri belirlenmiştir. Tezin birinci bölümünde sağlık sektörü ve dünyadaki gelişimi; ikinci bölümde Teknoloji Kabul Modeline ilişkin bilgiler ve literatür taramasına yer verilmiştir. Üçüncü bölümde ise elde edilen analiz sonuçları ve bulgular yer almaktadır. Araştırma yüz yüze ve web tabanlı anket yöntemi ile gerçekleştirilmiş olup 7 ay boyunca 272 adet geçerli anket formu elde edilmiştir.

Ölçekteki maddelerin hangi temel bileşenlere işaret ettiğini belirleyebilmek amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik aşamasında, orijinali İngilizce olarak Aggelidis, V. P. ve Chatzoglou, P. D. (2009) çalışmasında kullanılmış olan bu ölçek, e-posta aracılığıyla yazarlardan istenmiş olup sonrasında ölçek alan uzmanı kişiler tarafından Türkçe'ye tercüme edilmiştir. Daha sonra Türkçe formdan İngilizce'ye tekrar tercüme yapılmıştır. İki İngilizce form karşılaştırılarak tutarsızlıklar giderilmiştir. Tekrar karşılaştırma yapılmış ve ikinci aşamada formlar arasında tutarlılık sağlanmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmiş son hali uygulanmıştır.

Teknoloji Kabul Modeli alt boyutları açısından katılımcıların düzeylerinin cinsiyete, yaşa, eğitim durumlarına, görevlerine ve Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almamalarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için t-testi ve tek faktörlü varyans analizi uygulanmıştır. Hastane Bilgi Sistemi Yeterliliği Bakımından farklılıklar parametrik olmayan Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H Testleri ile incelenmiştir. Değişkenler arasındaki birlikteliği ve yönü belirlemek amacıyla korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Daha sonra Regresyon analizi yapılmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, Hastane Bilgi Sisteminin etkili kullanılması için kullanıcıların Algılanan Kullanışlılık ve Eğitim ihtiyaçlarını karşılamak gerekmektedir. Hastane Bilgi Sisteminin kullanılmasını teşvik etmek için sistemin daha kullanışlı hale getirilmesi ve kullanıcılara daha fazla eğitim verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Teknoloji Kabul Modeli, Hastane Bilgi Sistemi, Hizmet İçi Eğitim

SUMMARY

INVESTIGATION OF HOSPITAL INFORMATION SYSTEM USAGE IN THE HEALTH SECTOR BY TECHNOLOGY ACCEPTANCE MODEL

The purpose of this study is to conduct a research on the technology acceptance level of employees in the health sector. Towards this aim, the levels of the related dimensions of the users have been determined by utilizing the Technology Acceptance Model and its sub-dimensions. In the first part of the thesis, the health sector and its development in the world was explained; while in the second part, information on the Technology Acceptance Model and literature review were given. In the third part, findings obtained from the analysis were given. The survey was conducted by using face-to-face and web based survey methods and for 7 months and 272 valid questionnaires were obtained.

Explanatory factor analyses were carried out in order to determine which items in the scale refer to which basic components. In the phases of validity and reliability, the scale which was used in the study of Aggelidis, V. P. and Chatzoglou, P. D. (2009) originally in English was requested from the writers via mail and translated into Turkish by the scale experts. Then, the scale was re-translated from Turkish to English. The inconsistencies were resolved by comparing the two English forms. Again a comparison was made and consistency was achieved between forms in the second phase. The final version of the scale which was translated into Turkish was used in the study.

The t-test and one-way analysis of variance were applied to determine whether the level of participants were different according to sex, age, educational status, duties and having in-service trainings about the Hospital Information System in terms of Technology Acceptance Model sub-scales. Differences in capacities of using Hospital Information System were examined with nonparametric Mann Whitney U and Kruskal Wallis H Tests. A correlation analysis was used to determine the relationship between variables. Then regression analysis was performed.

In the light of the obtained results, it is necessary to meet the Perceived Usefulness and training needs of the users for effective use of the Hospital Information System. To encourage the use of the Hospital Information System it is necessary to make the system more useful and to provide more training to the users.

Keywords: Technology Acceptance Model, Hospital Information System, In-service Training

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bana her konuda destek olan, güvenen, tüm değerli akademik birikimini bana sunan çok değerli tez danışmanım Doç. Dr. Sezgin IRMAK'a çok teşekkür ederim.

Hayatımın her anında yanımda olan, bana güvenen ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, sevgileriyle bana güç veren canım aileme; sevgili babam Mustafa TAT'a, sevgili annem Nazlı TAT'a, sevgili abim Emrah TAT'a ve Berna TAT'a sonsuz sevgilerimle teşekkür ederim.

Başta Nil KOKULU, Ela ÖZKOCAGİL, Sebahat KOCATÜRK, Buse TAŞTAN olmak üzere bana güvenip yanımda olan tüm dostlarıma, veri toplama sürecindeki katkılarından dolayı iş arkadaşlarım Dilay SÖNMEZ, Oğuz DEMİR, Melike TÜKEL ve Merve AKŞİT'e çok teşekkür ederim.

Son olarak, yardımlarını hiç esirgemeyen ve tükenmeyen sabrıyla her zaman yanımda olan Emre KURNAZ'a sonsuz sevgilerimle teşekkür ederim.

Havva Ceren TAT
Antalya, 2018

ÖNSÖZ

Teknoloji son yıllarda hızla gelişmektedir ve sağlık sektöründe de teknolojinin önemi her geçen gün artmaktadır. Teknoloji toplum hayatını kolaylaştıran, insanların ihtiyaçlarını daha pratik, kolay bir şekilde karşılaması için geliştirdiği uygulama yöntemleridir (Seçer, 2006: 26). Yenilenen dünya ile birlikte teknoloji de sürekli gelişmekte ve bu yüzden sağlık sektörü de teknolojik gelişmeleri takip edip bu gelişmelere ayak uydurmak durumundadır.

Son zamanlarda bilim ve teknolojiadaki gelişme ve ilerlemeler, tıp biliminde de hızlı gelişimin, değişimin ve ilerlemenin olmasını sağlamıştır. İleri ve gelişmiş tıp teknolojisinin uygulanması ile birlikte, önceden muhtemel olmayan teşhis, tedavi, bakım, rehabilitasyon ve cerrahi operasyonlar yapılabilmektedir. Sağlık hizmetleri ile toplum için kaliteli ve iyi bir yaşam sürdürmek mümkün olmaktadır (Paker, 2014: 4).

Sağlık Bilişimi, tıp alanında bilgi teknolojileri sayesinde ortaya çıkan veri ve bilgilerin oluşturulması, işlenmesi, paylaşılması, hastaların tanı ve tedavilerinin belirlenmesi, eğitim, tıbbi karar verme ve bilimsel çözümleme işlemlerinin bütününe verilen isimdir (Ceylan, 2009: 3). Aslında tam anlamıyla sağlık bilişimi, bilişim teknolojilerini sağlık hizmetlerine adapte etmek ve bilişim teknolojilerinin sağlık alanındaki uygulamasında etkin ve verimli olarak kullanılmasını sağlamaktır. Günümüzde sağlık alanında çalışan personelin eğitiminden yapılan tıbbi müdahalelere kadar hemen hemen her alanda sağlık bilişim teknolojileri kullanılmaktadır (Çakırlar ve Mendi, 2016: 33) ve bilgi sistemleri, haberleşme teknolojilerindeki gelişmeler sayesinde sağlık sektöründe elde edilen bilgiler sayısal ortamda tutulabilmekte ve bilgilere hemen ulaşılabilir (Yıldırım vd., 2007: 1).

Davis (1989) tarafından ortaya çıkarılan Teknoloji Kabul Modeli, bilgi sistemlerinin kullanıcı kabulünü modellemek için geliştirilmiş Sebepi Faaliyet Teorisinin bir uyarlamasıdır (Davis vd., 1989: 985).

Teknoloji Kabul Modeli, kullanıcı kabulünün iki temel faktör tarafından belirlendiğini ileri sürmektedir. Bunlar: Algılanan Fayda ve Algılanan Kullanım Kolaylığıdır (Venkatesh ve Morris, 2000: 116). Algılanan Fayda, bir kişinin belirli bir bilgi sistemini kullanmasının iş performansını artırmada veya belirli bir görevi çözmede yardımcı olacağına inandığı derecedir (Keller, 2005: 302). Algılanan Kullanım Kolaylığı, kişinin belirli bir sistemi kolay olarak algılaması ve sistemi kullanmanın çaba gerektirmeyeceğine inandığı derece olarak ifade edilmektedir (Davis, 1989: 320).

Algılanan fayda ile algılanan kullanım kolaylığı ikisi de belirli bir sistemin kullanımına karşı olan tutum üstünde baskı yapmaktadır (Akça ve Özer, 2012: 82). Bu iki değişken bireyin

teknoloji kullanımına yönelik tutumunu etkilemekte ve bireyin tutumu ise davranışa yönelik niyeti belirlemektedir. Modele göre bireyin davranışa yönelik niyeti de gerçekleşen davranışı belirlemektedir (Çam, 2012: 83).

Bu çalışmanın amacı; sağlık sektöründe çalışanların teknoloji kabul düzeylerinin araştırılmasıdır. Araştırma kapsamında sağlık kurumlarında çalışan her aşamadaki sağlık personeli araştırılmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın birinci bölümünde sağlık sektörü ve sağlık hizmetleri, Türkiye’de ve dünyadaki gelişimi ve teknolojinin sağlık sektöründe kullanımı hakkında bilgi verilmiş; ikinci bölümde Teknoloji Kabul Modeli ve Teknoloji Kabul Modeline temel olan araştırmalardan; Yeniliğin Yayılması Teorisi, Sebepli Faaliyet Teorisi, Planlanmış Davranış Teorisi anlatılmıştır ve Teknoloji Kabul Modeline ilişkin literatürde yer alan araştırmalara yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise; araştırmanın amacı, yöntemi, veri toplama aracı, verilerin analizleri ve analizlerden elde edilen sonuçlara yer verilmiştir.

Literatürde çeşitli gruplar üzerinde bilgisayar (Ma, Andersson ve Streith, 2005), internet bankacılığı (Doğan, Şen ve Yılmaz, 2015; Lee ve Chung, 2009), mobil hizmetler (Naqvi, 2012), karekod (Tüfekçi, 2014), e-öğrenme (Chang, Hajiyeve ve Su, 2017; Shafeek, 2011), online alışveriş (Zhou, Dai ve Zhang, 2007), e-ticaret (Pavlou, 2003), e- ödeme (Tella ve Olasina, 2014), kitlesel çevrimiçi açık dersler (Massive Open Online Courses, MOOC) (Wu ve Chen, 2017), sosyal ağlar (Hossain ve Silva, 2009; Howell, 2016), giyilebilir araçlar (DuFour, Jajeunesse, Pipada ve Xu, 2016), bulut teknolojileri (Eltayeb ve Dawson, 2016) ve kütüphane sistemleri (Thong, Hong ve Tam, 2002) gibi birçok konuda Teknoloji Kabul Modeli kullanılmıştır (Çubukçu vd., 2017: 6).

Sağlık sektöründe teknolojinin öneminin artması, her geçen gün daha fazla teknolojik ürünün sektörde kullanılmaya başlanmasından dolayı sağlık alanında çalışan herkes teknoloji alanında meydana gelecek yeni gelişmelere açık olmak ve bunlardan yararlanmak zorundadır. Sağlık alanında çalışanların gelişen teknolojiye nasıl uyum sağlayacağı, bundan en iyi şekilde nasıl fayda sağlayabileceği konusu son zamanlarda önem kazanmaktadır. Bu nedenle bu araştırmada sağlık sektöründe çalışanların teknoloji kabul düzeylerini etkileyen değişkenler incelenmektedir. Sağlık sektöründe çalışanların teknoloji kabul düzeylerinin araştırılması için teorik çerçeve olarak Teknoloji Kabul Modeli temel alınmıştır.

Havva Ceren TAT
Antalya, 2018

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜ

1.1. Sağlık Sektörü

Tarih boyunca neredeyse bütün topluluklarda sağlığın önemli bir yeri olmuştur (Özkan vd, 2013: 26). İnsanların tümünün sağlığını korumak için oluşturulan ve sağlık hizmetlerini veren kurum ve kuruluşların bütünü sağlık sektörünü, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla oluşturulan politikalar ve finansmanı ise sağlık sistemini meydana getirmektedir (Dervişoğlu, 2013: 31).

Sağlık sektörü, kişilerin sağlığının bozulmasını önleyen aşılama, koruma hizmetlerinden, kişilerin sağlığına kavuşmalarına yardımcı olan tedavi hizmetlerine, hareket yeteneğini kaybetmiş olan kişilerin adapte olmasını sağlayan rehabilitasyon hizmetlerine dek birçok hizmetten meydana gelmektedir. Bu derece büyük bir alana sahip olan sağlık sektöründeki işlerin, tamamının bir sistem içinde incelenip uygulanması gereğini ortaya çıkarır (Çelik, 2014: 3).

Sağlık alanının yapısı; toplumdaki birey sayısı, kültüre ilişkin ilerleme, doğal kaynak, siyasi ve iktisadi yapıya göre farklılık göstermektedir. Buna ek olarak sağlığa gösterilen önemin devamlı olarak artması ve sağlık alanında sunulan hizmetlerin kalitesinin artması, sağlık sektöründeki yarıştı artırmakta, sağlık sektörünün büyümesine çok fazla katkı sağlamaktadır. Sağlık sektöründeki hizmetlerin verilmesinde; fiziki yapı, ekipman, insan gücü, mali işler gibi niteliklerden ziyade, söz konusu hizmetlerin sunumu ve hizmeti alan kişilerin memnun olmaları da kurum ve kuruluşlar arası yarışta en önemli özellik olarak bilinmektedir (Kılıçarslan, 2016: 5).

1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık alanında sağlık odak noktası alınarak yapılan bütün faaliyetler sağlık hizmetleri adı ile tanımlanmaktadır. Bireyleri hastalıklara karşı korumak, hasta olanları iyileştirmek ve tamamen iyileşemeyenleri rehabilite etmek için sunulan tüm hizmetler sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmektedir. Sunulan bu hizmetlerin amacı toplumun tüm bireyleri için kötü olan hastalık durumunu yok etmek ve daha sağlıklı bireyler oluşturmaktır (Akın, 2007: 6).

Sağlık hizmetlerinin özellikleri aşağıda yer almaktadır (Odabaşı, 2001: 27-29):

- Sağlık hizmetlerine ne zaman, nerede, ne şekilde ihtiyaç duyulacağı önceden belirlenemez.
- Sağlık hizmeti sonraya bırakılamaz.

- Sağlık hizmetinin yerine başka bir hizmet alınamaz.
- Sağlık hizmetinde hastalığın tanı ve tedavisini doktor belirler.
- Hizmetin sonunda ortaya çıkan yararı, hastaların memnuniyetlerini daha önceden belirlemek bir hayli zordur.
- Sağlık hizmetlerinin bir kısmı kamu tarafından sağlanmaktadır.
- Sağlık hizmetleri kâr amacı güderek sunulmaz.
- Sağlık hizmetlerinden yararlananların genellikle hastalıkla ilgili bilgisi olmadığı için tedavi yöntemleri ile ilgili tercih yapmaları oldukça güçtür.

Sağlık hizmetleri üçe ayrılmaktadır (Arıkan, 2011: 63):

- Birincil (Koruyucu) sağlık hizmetleri
- İkincil (Tedavi Edici) sağlık hizmetleri
- Üçüncül (Rehabilitasyon) sağlık hizmetleri

Koruyucu hizmetlerde toplumsal yarar önemlidir (Yazgan, 1992: 203). Koruyucu sağlık hizmetleri en başta gelen ve en önemli sağlık hizmetidir. Anne-çocuk sağlığı başta olmak üzere tüm toplum sağlığını muhafaza etmek amacıyla sunulan hizmetlerin bütününe koruyucu sağlık hizmetleri denir. Koruyucu sağlık hizmetlerini sağlık ocakları, muayenehaneler, dispanserler, poliklinikler vermektedir. Bunlar birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır (Balcı, 2014: 73-74).

Tedavi edici sağlık hizmetleri ise birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 48). Tedavi edici hizmetlerde kişisel fayda ön plandadır (Yazgan, 1992: 203). Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastalıkların evde ve ayakta tedavi edildiği faaliyetlerdir. Sağlık ocakları, muayenehaneler, poliklinikler, sağlık merkezleri tarafından bu hizmetler sunulmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri, ileri teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhisi ve yataklı tedavi kurumlarında yatarak tedavi edilmesi amacıyla sunulan hizmetlerdir. Türkiye’de genel hastaneler tarafından söz konusu hizmetler verilir. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, üniversite hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından verilen sağlık hizmetleridir. Onkoloji, sanatoryum hastaneleri ve akıl ve ruh sağlığı hastaneleri tarafından sunulan hizmetler üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmektedir (Ayalan Yüce, 2011: 37).

Tedavileri sonunda tam anlamıyla iyileşemeyen hastaların yaşamlarını daha kolay hale getiren rehabilite edici sağlık hizmetleri ise alanında uzmanlaşmış sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir (Dervişoğlu, 2013: 31).

1.3. Sağlık Sisteminin Türkiye’deki Gelişimi

Ülkemizde sağlık sistemi; “Sağlık Hizmetleri”nin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge” ile tanımlanmıştır. Yönerge’nin 4. Maddesi’nin; “a” bendinde sağlık; “Bireyin sadece hasta ya da sakat olmayışı değil; bedence, ruhça ve sosyal yönden tam anlamıyla iyilik halinde olmasıdır”, “b” bendinde ise sağlık hizmeti “Bireylerin sağlıklarına zarar verecek olan çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların iyileştirilmeleri için yapılan hizmetlerin bütünüdür” şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi, 2005, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34, erişim tarihi: 22.02.2017).

Türkiye’de sağlık sisteminin şimdiki yapısı ele alındığında oldukça karmaşık olduğu görülmektedir. Şimdiki yapının merkezinde Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır ve sağlık sektörünün temel direği pozisyonundadır. Söz konusu yapıyı oluşturan diğer kurumlar, Milli Savunma Bakanlığı, üniversiteler, diğer devlet kurumları ve özel sağlık kuruluşlarıdır (Tatar, 2003: 27). Türkiye’de son yıllarda sağlık sektörüne olan ulaşılabilirliğin artması ve ekonomik olarak yaşanan olumlu gelişmeler ve büyüme sonucunda bireylerin satın alma gücünün artması gibi nedenler ve sağlık alanında yapılan yatırımlarla ile birlikte sağlık sektöründe önemli gelişmeler yaşanmaktadır ve sektör gün geçtikçe büyümektedir. Sektör ilaç, hizmet sunumu, sigorta bazında ele alındığında dünya çapında önemli ilerlemeler kaydetmektedir. Sağlığa ulaşımdaki doğru politikalar sonucunda sağlık harcamaları yükselmekte ve diğer ülkelere kıyasla Türkiye’nin sağlık alanındaki durumu, konumu gelişmektedir (Karabayır, 2016: 15-16).

Cumhuriyetin başlarından 80’li yıllara kadar sağlık hizmetlerinin sunumu, hizmetlerin daha iyi hale getirilmesi, sağlık sektörünün altyapısı ve sektördeki örgütlenmenin düzenlenmesi ile ilgili uygulamalar geliştirilmiştir. 1983’ü takip eden yıllar sağlık sektörüne büyük önem verildiği ve sağlık politikalarında gelişmelerin yaşandığı yıllardır. 1990 yılı sonunda gerçekleştirilen projeler Dünya Bankası desteğinde gerçekleştirilmiş olup bunlar en başta sağlıkta reform çalışmalarını kapsamıştır ve bu çalışmalara hız verilmiştir. Türkiye’deki gelişimin en önemli unsuru 2003 yılında hayata geçen "Sağlıkta Dönüşüm Programı"dır. Sağlıkta Dönüşüm Programı üç temel unsurdan oluşmaktadır; sağlık ve sosyal güvenlik kurumlarının bir arada altında toplanması (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığının Sosyal Güvenlik Kurumu adı ile aynı çatı altında toplanması), aile hekimliği ve genel sağlık sigortasıdır. 1923-1937 yılları arasında Dr. Refik Saydam, sonrasında Dr. Behçet Uz dönemi, tıp tarihinde önemli çalışmaların olduğu yıllardır. 60’lı yıllarda Dr. Nusret Fişek öncülüğünde

uygulamaya başlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi de mühim dönemlerdendir (Dünya Gazetesi, 2015, Türkiye İş Bankası İş'te KOBİ - Sağlık Sektörüne Bakış, <http://www.istekobi.com.tr/sektorler/saglik-s13/sektore-bakis/saglik-b13.aspx>, erişim tarihi: 16.10.2016).

Sağlık Bakanlığı, sağlık sistemini yeniden düzenlemek için 2003 yılında çok büyük ve önemli bir adım atmıştır ve Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaya koymuştur. Bu dönüşüm programı iki projeden oluşmaktadır. Birinci fazda ele alınan proje 21 Nisan 2004 tarihinde imzalanmıştır. Bu anlaşma ile Sağlıkta Dönüşüm Projesi 28 Temmuz 2004 tarihinde yürürlüğe girmiş ve 30 Haziran 2009 tarihinde proje kapanmıştır. Projenin ikinci fazı ise "Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (SDSGRP)"dir (Doğan, 2011: 48). Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi, Sağlıkta Dönüşüm Projesi temel alınarak gerçekleştirilmiştir. 30 Haziran 2009 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti ve Dünya Bankası arasında projenin finansmanı için ikraz anlaşması imzalanmış olup 29 Eylül 2009 tarihinde bu anlaşma başlamıştır. Söz konusu proje Sağlık Bakanlığının 2010-2014 yıllarını kapsayan stratejik planına dayandırılmakta ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci fazını oluşturmaktadır (Proje Yönetim Destek Birimi, 2018, T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://pydb.saglik.gov.tr/TR,32172/sdsgrp-ii-faz.html>, erişim tarihi: 09.05.2018).

Sağlık hizmeti çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Sağlık hizmeti için birçok bağımsız adımdan bahsedilebilir. Koruyucu sağlık hizmeti tedbirleri, tanı koymaya yönelik araştırmalar, tedavi yöntemleri, rehabilitasyon gibi birçok örnek sayılabilir ve sağlık hizmetleri devamlı ilerlemektedir (Şenatalar, 2003: 25).

Türkiye'de sağlık hizmeti bir sosyal devlet anlayışı içinde sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmı kamu hastaneleri tarafından verilmektedir. Özel hastanelerinde sağlık hizmeti sunmada payı oldukça yüksektir. Aynı zamanda vakıflar, dernekler de ülkemizde sağlık hizmeti veren diğer kuruluşlardır (Özkan, 2003: 114).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nda görev yapan sağlık personelinin cinsiyet ve unvanlara göre dağılımına bakıldığında sağlık sektörünün ülkemizde de kadın yoğun bir meslek olduğu, gelir seviyesi yüksek olan doktorluk mesleğinin daha çok erkekler tarafından, daha az gelir seviyesine sahip hemşirelik, ebelik, sağlık teknisyenliği gibi mesleklerin ise daha çok kadınlar tarafından tercih edildiği söylenebilir (Taşkın, 2011: 48).

1.3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Sağlık hizmetleri Türkiye’de karmaşık bir yapıya sahiptir. T.C. Anayasası’na göre, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve halka doğru bir şekilde sunulmasından en başta sorumlu olan kurumdur. Fakat milli eğitim, ulaştırma bakanlığı gibi bazı bakanlıklar, kamu iktisadi kuruluşları, bankalar, üniversiteler gibi bazı kuruluşlar ve özel sektör de direkt olarak sağlık hizmeti sunabilmektedir. Bu karmaşık örgütlenme yüzünden risk kümelerinin tespit edilmesi, nüfus tespiti, sunulan hizmetlerin nitelik ve niceliğini belirlemek, kayıtların tutulması ve kayıtların toplanması gibi birçok konuda büyük sıkıntılar yaşanabilmektedir. Ancak bu karmaşık yapılanmada, Sağlık Bakanlığı, Türkiye genelindeki sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan ve ülke çapında geniş bir hizmet alanına sahip çok önemli kurumdur (Aydemir ve Baylan, 2015: 421).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili yaşanan sıkıntılardan bazıları şunlardır (Doğan, 2011: 50):

- Kişi başına hekime müracaat oranı ortalama yıllık olarak 2,4’tür (Avrupa ülkelerinde bu oran ortalama 7–10 arasındadır).
- Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının birbirleriyle olan ilişkileri zayıftır.
- Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi kötü, hasta bekleme süreleri uzun, muayene süreleri ise yeterli değildir. Hastalar bu durumdan memnun değildir.
- Birinci basamakta tedavi edilebilecek olan hastalar, doğrudan hastanelere (ikinci basamak) gidebilmektedir ve bu yüzden hastanelerin kapasiteleri yetersiz kalmakta ve uzman hekimler pratisyen hekim gibi çalışmak durumunda kalmaktadır. Bütün bunlar sonucunda da teşhiste yanılma ihtimali artmaktadır.
- Hemşire azlığı da hastanelerde hasta bakımının kalitesini azaltmaktadır.

OECD’nin OECD Yıllık İşgücü İstatistikleri ve ABD İşgücü İstatistikleri Bürosu’ndan derlediği 2008 yılı verilerine göre toplam sivil istihdam içindeki sağlık ve sosyal hizmetler sektörlerindeki istihdamın payı OECD ülkeleri arasında ortalama olarak % 9.9’dur. Türkiye % 2.8 ile en düşük, Norveç ise %20.0 ile en yüksek paya sahip olan ülkelerdir. Diğer ülkelerden bazılarının payları: Meksika % 2.9, Yunanistan % 5.3, Macaristan % 6.5, Japonya % 9.4, Almanya % 11.6, İngiltere % 12.4 ve ABD % 12.5 (Doğan, 2011:52). OECD sağlık raporu (2013) datalarına göre; 2011 yılı kişi başı doktora başvuru sayısının uluslararası kıyaslanmasında, OECD ülkelerinde kişi başı doktora başvuru 6.6’dır. Kore 13.2 ile birinci sırada bulunmaktadır. Türkiye 8.2’lik sayı ile bu karşılaştırmada ortalamanın üstünde yer almaktadır. Meksika ise 2.7 ile sonuncudur (Yaşayacak, 2014: 25).

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Ülkemizdeki Finansman Şekli

Sağlık hizmetlerinin finansmanında; kamu genel bütçesi, zorunlu sosyal sigorta, özel sigortacılık veya kapalı ağ sistemi ile hizmet başı bedel ödeme olmak üzere dört metot kullanılmaktadır. Türkiye'de, kapalı ağ sistemi dışında diğer finans yöntemlerinin tümü kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan harcamalar devlet ödemelerinden, üniversite hastaneleri giderleri genel bütçeden karşılanmaktadır. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı zorunlu sigortacılık kapsamındadır. Bu arada hizmet başı bedel ödenmesi de sık sık kullanılmaktadır. Son zamanlarda özel sigortacılık alanına olan ilgi artmakta, bir buçuk milyon civarında kişi özel sigortaları kullanmakta, özel sigortacılık büyük destek görmekte ve hızla büyümektedir (Akdur, 2006: 40).

1.4. Sağlık Sektörünün Dünyadaki Gelişimi

Dünyada sağlık için en çok harcamayı yapan Gayri Safi Milli Hâsılasının (GSMH) %16'sını harcayan Amerika Birleşik Devletleridir (ABD). ABD'nin sağlık sigorta modeli Avrupa'daki ve Türkiye'deki sistemden farklıdır. Temeli özel sağlık sigortasına dayanmaktadır. Avrupa Birliği (AB) üyesi ülkeler topluma sağlık hizmetlerini gelir düzeylerinden bağımsız olarak eşit şartlarda sunmak için uğraşmaktadırlar. AB üyesi bazı ülkelerde sağlık ekonomileri şu şekildedir: İngiltere'de sağlık hizmetleri ihtiyaca bağlı sağlık hizmeti sunmak için kurulan 'Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu' (NHS National Health Service) tarafından sunulmaktadır. Almanya'da halkın %98'inin sağlık sigortası vardır. Sağlık sigortası programına katılım hükümet tarafından zorunlu tutulmuştur. Fransa, ABD ve İsviçre'den sonra sağlık için en fazla parayı harcayan üçüncü ülkedir. Toplam sağlık harcaması GSMH'nin %11'dir (Yanar, 2011: 14-16).

Ülkeler bazında birey başına düşen getiri farklılıkları gelişmişlik düzeylerinin göstergeleri içinde yer almaktadır. Kişi başına düşen gelir düzeyi artışı, ülkelerin yaptığı toplam sağlık harcaması miktarının yükselmesine sebep olan nedenlerin başında gelmektedir (Karabayır, 2016: 14).

1.4.1. Türkiye'deki Sağlık Sektörünün Gelişmiş Ülke Sistemleriyle Karşılaştırılması

Sağlık sistemleri, finansman modeline göre Bismark ve Beveridge modeli olarak ikiye ayrılmaktadır. Türk sağlık sisteminin tüm bireyleri kapsamı, finansmanın vergilerden elde edilmesi, hekim ve tüm sağlık çalışanlarının ücret sistemi ile çalıştırılmaları ve sağlıkla ilgili neredeyse her şeyin doğrudan devlet kontrolü altında olması nedeniyle Türk sağlık sistemi, finansman modeline göre Beveridge grubunun özelliklerini taşımaktadır (Dervişoğlu, 2013: 60). Bismark modelinin ismi, 19. yüzyılda Prusya Başbakanı Bismark'tan gelmektedir. Ama

model Amerikan sistemlerine benzer. Bu sistem, ücret bordrosu üzerinden yapılan kesinti ile çalışanlardan alınan primlerle finanse edilir. Bismark Modeli herkesi kapsayan bir sistemdir ama kâr etmezler (Er, 2011: 41). Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç ve İngiltere gibi ülkeler Beveridge modelini; Belçika, Almanya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda ve Avusturya gibi ülkeler ise Bismark modelini kullanmaktadırlar (Dervişoğlu, 2013: 60).

1.4.2. Ülkelerin Sağlık Teknolojileri Yönünden Karşılaştırılması

Bir ülkedeki sağlık hizmetleri;

a) Sağlık giderlerinin GSMH içindeki oranı, bütçe içinde sağlık giderlerinin oranı, kişi başına düşen yıllık sağlık giderleri ve bu sağlık giderlerinin kamu mu özel sektör sağlık giderleri mi olduğu ve bunların kurum bazındaki dağılımı,

b) Sağlıklı insan gücünün yapısı,

c) Hastane ve hasta yatağı sayısı, kullanım biçimi gibi sağlık alt yapısının durumu ve toplum sağlığının durumuna bağlıdır (Akdur, 2006: 54).

Sağlık teknolojileri yönünden ise MR, bilgisayarlı tomografi, radyasyon terapisi cihazı ve mamografi cihazı gibi ileri düzey teknolojiye sahip ekipmanlar sağlık sektörünün gelişmişliğini gösteren başlıca öğelerdir. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde ileri düzey teknolojiye sahip bu ekipmanların kullanımı sağlık sektöründe sunulan hizmetlerin etkinliğini ve kalitesini artırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu teknolojiler aktif olarak kullanılmaktayken, ülkemizdeki kullanımları bu ülkelere yakındır (Dervişoğlu, 2013: 69).

Tablo 1.1 Bazı Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Teknolojileri

ÜLKELER	MR Birimi (Bir Milyon Kişiye Düşen) 2009 (%)	Bilgisayarlı Tomografi (Bir Milyon Kişiye Düşen) 2009 (%)	Radyasyon Terapisi Cihazı (Bir Milyon Kişiye Düşen) 2009 (%)	Mamografi Cihazı (Bir Milyon Kişiye Düşen) 2009 (%)
ABD	29.6	36.2	10.4	41.6
ALMANYA	7.1	-	7.4	-
İNGİLTERE	8.9	8.1	5.4	9
FRANSA	7.5	11.1	6.7	-
İTALYA	21.6	31.7	6.5	32
AVUSTURALYA	5.9	38.7	8.8	24.3
JAPONYA	44.2	98.4	9.1	30.6
TÜRKİYE	8.9	11.6	1.8	10

Kaynak: Dervişoğlu, 2013: 70

1.4.3. AB Ülkelerinde Sağlık Politikaları

Avrupa Birliğine üye ülkelerdeki sağlık politikaları tamamıyla her ülkeye özgü olup sağlık hizmetleri ulusal düzeyde düzenlenmiş ve tam olarak kendi imkânları kullanılarak sağlanan maddi varlıklara dayandırılmıştır. AB'ye üye ülkeler arasında sağlık finansman yöntemi, hizmet sunumu, sağlık mevzuatı gibi durumlarda çok fazla fark bulunması da bu yüzdendir. İngiltere, İrlanda, Danimarka, İsveç, Finlandiya, İtalya, İspanya ve Portekiz'de sağlık hizmetlerinin finansmanı büyük çoğunlukla genel vergiler ile karşılanmaktadır. Fransa ve Hollanda gibi AB üyesi ülkeler kamu sağlık giderlerinin çoğunu sosyal güvenlikle finanse etmektedir ama buna rağmen iki ülkede de özel sağlık harcamaları çok fazladır. Bu yapılan özel sağlık harcamalarının büyük bir kısmı da özel sigortalar aracılığı ile karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin çoğunu sosyal sigorta yolu ile finanse eden ülkeler Almanya, Belçika ve Lüksemburg'dur. Sağlık hizmetleri finansmanında vergiler ile birlikte sosyal sigortaları da kullanan ülkeler Avusturya ve Yunanistan'dır (Akdur, 2006: 44).

Tablo 1.2 AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

ALMANYA
YÖNETİM ve HİZMET BİRİMLERİ: Asıl sorumlu bakanlık merkezi düzeyde Sağlık Bakanlığıdır. Bunun yanı sıra; Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Doğa Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıkları da sorumludur. İnsanların sigortasını ve doktorunu seçmesi ve kayıt olmasına dair bir sistem vardır.
FİNANSMAN: Kamu +özel ile hastalık sigortası finanse edilmektedir.
HİZMET SUNUMU ve İNSAN GÜCÜ: Doktorlar serbest olarak çalışır, aile hekimleri pratisyen ya da uzman olabilir. Birçoğu uzmandır.
AVUSTURYA
YÖNETİM ve HİZMET BİRİMLERİ: Ülkede karmaşık bir sistem vardır. Sağlık bakanlığı yalnızca bir koordinatör konumundadır.
FİNANSMAN: Sosyal + özel aracılığı ile sağlık sigortaları finanse edilmektedir. Ayrıca bütçe katkısı da bulunmaktadır.
HİZMET SUNUMU ve İNSAN GÜCÜ: Doktorların birçoğu serbest çalışıyor, eğer doktorların sigorta ile anlaşması mevcutsa ücretlerini sigorta ödüyor. Sözleşmesi olmayan doktordan hizmet alan sigortalılar önce parasını kendi ödüyor sonra sigortadan geri alıyor.
FRANSA

Tablo 1.2 AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri (Devamı)

YÖNETİM ve HİZMET BİRİMLERİ: Asıl sorumlu bakanlık Sağlık, Sosyal Yardım ve Ulusal Dayanışma Bakanlığı'dır.
FİNANSMAN: Kamu sigortası (toplumun %99.2 sini kapsar), ayrıca özel destekleyici sigortalar da mevcuttur.
HİZMET SUNUMU ve İNSAN GÜCÜ: 1) Pratisyenler ve uzmanların bireysel veya toplu halde çalıştığı birinci basamak 2) Çeşitli gönüllü organizasyonların küçük sağlık kuruluşları 3) Hastaneler (resmi veya özel). Her düzeyde hem özel hem de kamu istihdamı mevcuttur.
İNGİLTERE
YÖNETİM ve HİZMET BİRİMLERİ: Sağlık Bakanlığı'nın yönettiği bir Ulusal Sağlık Sistemi mevcuttur.
FİNANSMAN: Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergi ve genel bütçe ile sağlanmaktadır. Son zamanlarda özel sigorta ve cepten ödemelerin payı yükseltilmeye çalışılmaktadır.
HİZMET SUNUMU ve İNSAN GÜCÜ: Sistem pratisyen hekimliğe dayalıdır ve toplumun %99'u pratisyen hekime kayıtlıdır. Pratisyen hekimler hizmetlerini kendi muayenahanelerinde verirler. Hastanelerin büyük çoğunluğu kamuya aittir. Hem özel hem de kamu istihdamı vardır.

Kaynak: Akdur, 2006: 46-49

1.5. Teknolojinin Sağlık Sektöründe Kullanımı

Teknoloji son yıllarda hızla gelişmektedir ve sağlık sektöründe de teknolojinin önemi her geçen gün artmaktadır. Teknoloji toplum hayatını kolaylaştıran, insanların ihtiyaçlarını daha pratik, kolay bir şekilde karşılaması için geliştirdiği uygulama yöntemleridir ve aynı amaca ulaşmak için geliştirilen ekipmanların hepsini kapsamaktadır (Seçer, 2006: 26). Teknoloji hayatımızın her aşamasında kullanılan bir tanım halini almıştır (Şenel, 2011: 3). Yenilenen dünya ile birlikte teknoloji de sürekli gelişmekte ve bu durum insanların teknolojiden en üst düzeyde yararlanmayı bilmesini ve teknolojik ilerleme ve gelişmeleri anlamasını zorunlu kılmaktadır (Bacanak, vd., 2003: 191). Teknolojideki ilerleme ve gelişmeleri toplumun kabul etmesini hızlandıran faktörler şunlardır (Şenel, 2011: 8):

- Kültüre ilişkin değişimler,
- Sosyal yapı ve toplumların oluşturduğu kurallar,
- Toplumların olaylar karşısındaki tutumları,

- Bilgi ve iletişim özellikleri,
- Toplumların yeniliğe karşı olan tutumları,
- Teknoloji kültürü ve teknolojik yatkınlıkları,
- Teknoloji politika ve standartlarıdır.

1.5.1. Sağlık Sektöründe Tıbbi Teknolojiler

Son yıllarda teknoloji alanındaki gelişmeler hız kazanmış ve bu gelişme ve değişimlerden sağlık sektörü de etkilenmiştir (Tokalaş, 2006: 29). Teknolojik değişim ve gelişimlere açık olan sağlık sektörü, devamlılığını yenilikçi teknolojilerle sürdürmektedir. Sağlık hizmetlerinin herkese aynı düzeyde sunulmasını ve istediğimiz zaman erişilebilir olmasını sağlayan teknoloji, sağlık sektörlerinde ilerlemeyi ve sektörel hizmetlerin sürekliliğine yardım eden en önemli eleman olmuştur (Erçömek, 2014: 34-35).

Son zamanlarda bilim ve teknolojiadaki gelişme ve ilerlemeler, tıp biliminde de hızlı gelişimin, değişimin ve ilerlemenin olmasını sağlamıştır. İleri ve gelişmiş tıp teknolojisinin uygulanması ile birlikte, önceden muhtemel olmayan teşhis, tedavi, bakım, rehabilitasyon ve cerrahi operasyonlar yapılabilmektedir. Bilim adamları son yıllarda insanların yaşam kalitesini artırma, hastalıklara yakalanmamak için bağışıklık sistemini güçlendirme, kök hücre, insan beyninin gelişimi ve kullanılmayan kapasitesinin arttırılması gibi insan yaşamında yeni başlangıçlara yol açabilecek olan birçok çalışma yapmaktadır. Sağlık hizmetleri ile toplum için kaliteli ve iyi bir yaşam sürdürmek mümkün olmaktadır (Paker, 2014: 4).

Yeni sağlık teknolojisi üretiminde önemli olan insan sağlığına yapacağı katkılar ve yararlarıdır. Yeni sağlık teknolojisi üretiminde; oluşturulacak hizmetin yeni olup olmadığı, yoksa daha az faydalı ve daha az etkin olan bir başka hizmetin yerine mi geçeceği, yeni bir hizmet sistemi için nasıl kaynaklara gereksinim olduğu, yeni geliştirilecek olan teknoloji sistemi için en uygun zaman ve koşulların değerlendirilmesi, geliştirilecek olan yeni teknolojinin insanları nasıl ve ne yönde etkileyeceği, hastalıkların teşhis ve tedavisine nasıl yarar sağlayacağı değerlendirilmelidir (Filiz, 2014: 78).

1.5.2. Sağlık Sektöründe Bilişim Teknolojileri

Sağlık Bilişimi, tıp alanında bilgi teknolojileri sayesinde ortaya çıkan veri ve bilgilerin oluşturulması, işlenmesi, paylaşılması, hastaların tanı ve tedavilerinin belirlenmesi, eğitim, tıbbi karar verme ve bilimsel çözümleme işlemlerinin bütününe verilen isimdir (Ceylan, 2009: 3). Aslında tam anlamıyla sağlık bilişimi, bilişim teknolojilerini sağlık hizmetlerine adapte etmek ve bilişim teknolojilerinin sağlık alanındaki uygulamasında etkin ve verimli olarak

kullanılmasını sağlamaktır. Günümüzde sağlık alanında çalışan personelin eğitiminden yapılan tıbbi müdahalelere kadar hemen hemen her alanda sağlık bilişim teknolojileri kullanılmaktadır (akırlar ve Mendi, 2016: 33) ve bilgi sistemleri, haberleşme teknolojilerindeki gelişmeler sayesinde sağlık sektöründe elde edilen bilgiler sayısal ortamda tutulabilmekte ve bilgilere hemen ulaşılabilmektedir (Yıldırım vd., 2007: 1).



İKİNCİ BÖLÜM

TEKNOLOJİ KABUL MODELİ

2.1. Davranışları İnceleyen Teoriler

Genellikle psikoloji literatüründe insan davranışını, tutumunu inceleyen kuramlar geliştirilmiş olup bu teoriler diğer akademik disiplinlerde de kabul görüp sık bir şekilde kullanılmıştır. Fishbein ve Ajzen (1975) tarafından geliştirilip zenginleştirilen Sebepli Faaliyet Teorisi bu teorilerin ilkidir (Turan ve Çolakoğlu, 2008: 111).

Sebepli Faaliyet Teorisi, (Theory of Reasoned Action - TRA), davranışa yönelik olarak yapılan çalışmalar için bir alan oluşturmaktadır. Teori, davranışı gerçekleştirmeye yönelik tutumu, davranışsal inançları, davranışsal çıktılarının değerlendirilmesini, öznel normları, normatif inançları ve uymaya olan motivasyonu kapsamaktadır (Yılmaz, 2006: 19). Sebepli faaliyet teorisine göre kişinin performansını gösteren davranışı kişinin davranışsal niyeti (BI) ile belirlenir. Davranışsal niyeti ise kişinin tutumu (A) ve öznel norm (SN) dan oluşmaktadır. Davranışsal niyet aşağıdaki şekilde formüle edilmektedir (Davis, vd., 1989: 983):

$$BI = A + SN$$

Bir başka davranışsal psikolojiyi temel alan kuram ise Ajzen (1988) in geliştirdiği ve Sebepli Faaliyet Teorisinin bir üst modeli olan Planlanmış Davranış Teorisidir (Turan ve Çolakoğlu, 2008: 111).

Planlanmış davranış teorisi, Sebepli Faaliyet Teorisinden (The Theory of Reasoned Action) oluşturulmuş olup insan davranış ve tutumlarını açıklamaya yardımcı olabilecek geniş ölçekli bir teoridir. Bu teoride davranışa yönelik tutum, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrol, niyeti; niyet de davranışı açıklamaktadır. Ancak, algılanan davranışsal kontrol bazen yalnızca niyetin aracılığı ile davranışı yorumlayabilirken, bazen de niyetin aracılığı olmadan davranışı yorumlayabilmektedir (Kocagöz, 2010: 10-11).

İnsanların bir tutum ya da davranışı gerçekleştirmek için olan niyetleri Planlanmış Davranış Teorisine göre sadece kendi istek ve iradeleriyle olmamaktadır. İnsanların Davranışa Yönelik Niyetini, Davranışa Yönelik Tutum, Öznel Norm ve Algılanan Davranış Kontrolü üçü birden etkilemektedir. Bu üçü bütünüyle insanların gerçek davranışı üzerinde etkilidir (Ajzen, 1991: 181-184).

Sebepli Faaliyet Teorisi'nde olduğu gibi, Planlanmış Davranış Teorisi'nin esas unsurlarından birisi kişinin belli bir davranışı yerine getirme niyetidir. Ancak, Planlanmış Davranış Teorisi'nde niyetin iki değil üç unsuru söz konusudur. Bunlardan ilk ikisi, Sebepli Faaliyetler Teorisi'nde yer alan davranışa yönelik tutum ve öznel norm parametreleridir.

Niyetin üçüncü unsuru ise algılanan davranışsal kontroldür. Genel olarak, eğer bir davranışa yönelik tutum ve öznel norm olumlu ise, algılanan davranışsal kontrolü yüksek ise, bireyin o davranışı yapma, gerçekleştirme konusundaki niyeti de o kadar etkili olacak, bu durum da davranışı ister istemez etkileyecektir (Erdem, 2011: 31).

Sebepli Faaliyet Teorisi ve Planlanmış Davranış Teorisi her iki psikoloji temelli davranışsal teoriyi temel alarak Davis (1989) yönetim bilişim sistemleri literatüründe çok yararlanılan Teknoloji Kabul Modelini geliştirmiştir. Teknoloji Kabul Modeli, Davis (1989) tarafından Sebepli Faaliyet Teorisinin (Fishbein ve Ajzen, 1975) uyarlanması şeklinde oluşturulup, geliştirilmiştir (Turan ve Çolakoğlu, 2008: 111-112). Teknoloji uygulamalarının kabulü teorileri uygulamalarında Teknoloji Kabul Modelinden geniş bir şekilde yararlanılmıştır (Martinez-Torres vd., 2006: 3).

2.2. Teknoloji Kabul Modeline Temel Olan Araştırmalar

Yeni bir teknoloji karşısında insanların tutum ve davranışlarını inceleyip araştıran birçok kuram mevcuttur (Çam, 2012: 80). İlk olarak bu kuramlar Rogers'ın 1960 yılında geliştirdiği "Yeniliğin Yayılması Teorisi" (Moore ve Benbasat, 1991) ile gelişmeye başlamıştır. Bunun ardından "Sebepli Faaliyet Teorisi" (TRA) (Davis vd., 1989), 1975 yılında Ajzen ve Fishbein (1975) tarafından geliştirilmiştir. Teknoloji Kabul Modeli (Davis vd., 1989) 1989 yılında Davis tarafından ortaya konmuş ve 1991 yılında "Planlanmış Davranış Teorisi" (Ajzen, 1991) ile Teknoloji Kabul Modeli genişletilmeye, zenginleştirilmeye başlanmıştır (Başgöze, 2010:19). Sebepli Faaliyet Teorisi, Planlanmış Davranış Teorisi ve Teknoloji Kabulü Modeli insanların tutum ve davranışlarını araştıran, inceleyen teorilerin başında gelmektedir (Çam, 2012: 80).

2.2.1. Yeniliğin Yayılması Teorisi (IDT -Innovations Diffusion Theory)

Rogers (2003) yayılımı, sosyal sistemin yenilik ile ilgili olarak edindiği bilgileri ve deneyimleri zamanla iletmesi süreci olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre yayılım, dört boyutla açıklanmaktadır: Yenilik, iletişim kanalları, zaman ve sosyal sistem (Demiralay, 2014: 42).

2.2.1.1. Yayılımın Yenilik Boyutu

Yenilik: Bir şeyin insanlar tarafından yeni olarak algılanmasıdır. Yeni olarak algılanan herhangi bir şey ya da bir düşünce de yeniliktir (Kılıcer, 2008: 210).

Bireyler bir yenilikle karşı karşıya geldiklerinde ilk olarak üç soru sormaktadırlar. Bunlar: Yenilik nedir?, Nasıl kullanılır? ve Neden kullanılır? sorularıdır. Farkındalık bilgisine

paralel olarak, yeniliğin nasıl kullanıldığı, neden sorusu ise ilkeler bilgisine karşılık gelmektedir. Bireyler yenilik bilgilerini her zaman direkt kabul etmeyebilmektedir. Bunun nedeni de, yeniliğin birçok belirsizliği de beraberinde getirmesidir (Demiralay, 2014: 42).

2.2.1.2. Yayılımın İletişim Boyutu

Yeniliğin yayılımı, bilgilerin hedeflenen topluluk ile paylaşılması ile mümkündür. İletişim kanalı bu paylaşımın gerçekleşmesini sağlayan ortam ve araçların bütününe denilmektedir. İletişim kanalları en yalın şekliyle; bir mesajın, birinden başka bir kişiye iletilme yoludur. Kitle iletişim araçları ve kişiler arası iletişim kanalları her ikisi de iletişim kanallarını oluşturur. Rogers (1995)'a göre kitle iletişim araçları yeniliği fark etme konusunda tesirli bir ögedir ancak bireyler arası iletişim bireyin benimseme kararını vermesi için daha önemlidir (Kurtoğlu, 2009: 18).

2.2.1.3. Yayılımın Zaman Boyutu

Zaman, yayılıma yeniliğin kullanımı açısından üç noktada katılmaktadır. Bunlar; yeniliğin kullanımına karar süreci, benimseyen grupları ve benimsenme hızıdır. Yeniliğin kullanımına karar sürecinde, bireylerin yeniliği anladığı ve yeniliğe ilişkin birçok bilgi edindiği ilk aşama bilgi aşamasıdır. Bilgi aşamasında bireyler, yeniliğin ne olduğunu, nasıl ve neden kullanıldığını öğrenmek istemektedirler. Yeniliği benimseyenlerin oluşturduğu grup ise yenilikçiler, öncüler, erken çoğunluk, geç çoğunluk ve geride kalanlar olarak beşe ayrılmaktadır. Benimseyen gruplarındaki farklılık, bireylerin yeniliği benimseme hızlarından kaynaklanmaktadır. Yeniliğin benimsenme hızı ise yeniliğin gerçek kullanımı ile belirlenmektedir (Demiralay, 2014: 43).

2.2.1.4. Yayılımın Sosyal Sistem Boyutu

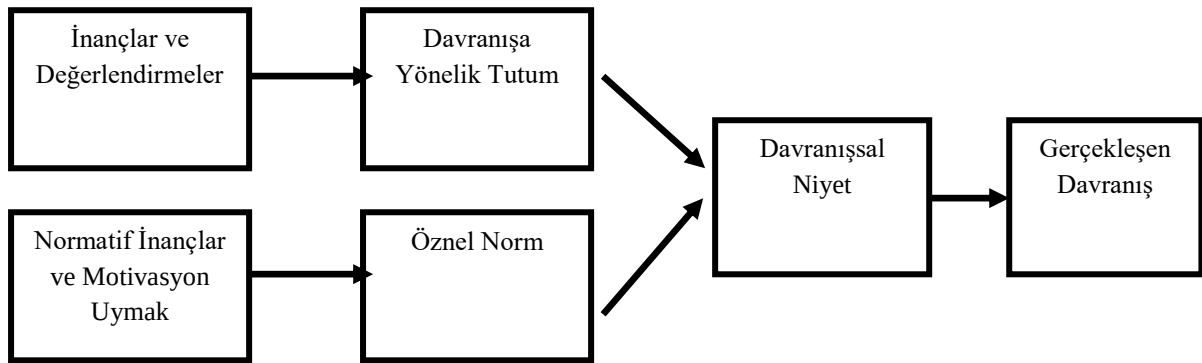
Sosyal sistem, teoremin önemli etkenlere sahip ve sonuncu ögesidir Bir sistemin iletişim ile sosyal yapısı her ikisi de sistemdeki yeniliklerin dağılımını zorlaştırır ya da kolaylaştırır. Birçok kez olduğu gibi önce toplum bir yeniyi benimseyene kadar kişi tek başına yeniyi benimseyemeyebilir (Kurtoğlu, 2009: 27). Yayılımın Sosyal Sistem Boyutu araştırılırken sistemin yapısı, değerleri, lider ve değişim ajanları ve yeniliğe karar verme türleri de incelenmelidir. Bu sistem, yayılımın gerçekleştiği duruma göre değişebilmektedir (Demiralay, 2014: 44). Bir yeniyi karşılaşıldığı zaman sistem dört faktör ile ilgilenmektedir. Bunlar: normlar, görüş liderliği, yeniyi karar verme türleri ve yeninin sonuçlarıdır (Kurtoğlu, 2009: 27).

2.2.2. Sebepli Faaliyet Teorisi (TRA-Theory of Reasoned Action)

Sebepli Faaliyet Teorisi (TRA), 1967 yılında geliştirilmiş olup 1970'lerin ilk yılları boyunca teori Ajzen ve Fishbein tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve zenginleştirilmiştir. 1980'e kadar teori insan davranışı üzerine yapılan çalışmalarda kullanılmıştır. Fishbein ve Ajzen'e göre davranışın önde giden bir belirleyicisi vardır; o da bireyin davranışı gerçekleştirmeye yönelik niyetidir (Yılmaz, 2006: 17).

Temeli sosyal psikolojiye dayanan Sebepli Faaliyet Teorisine göre; gerçekleşen davranışın önde giden belirleyicisi niyettir. Davranışsal niyet üzerinde ise tutum ve öznel norm etkilidir. Sebepli Faaliyet Teorisi, genel bir model olduğu için söz konusu davranışa ait inançları açıklamamaktadır (Davis vd., 1989: 983).

Sebepli Faaliyet Teorisi tutum ve davranışın birbirleriyle uyumlu olması ile tutum ve davranış arasında güçlü bir ilişki kurulabileceğini açıklamaktadır. Aynı zamanda, model içerisinde tutum, davranışın doğrudan ve tek açıklayıcısı değildir. Tutum davranış niyet yoluyla açıklayan parametrelerden sadece biri olarak modelde yer almaktadır. Tutumlar, öznel normlarla birlikte bireylerin davranışa yönelik niyetlerini açıklamakta, niyet de davranışın doğrudan tahminicisi olarak açıklanmaktadır (Kocagöz, 2010: 12). Öznel norm, bireyin önem verdiği kişilerin, kişinin nasıl davranacağına, bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştirmeyeceğine ilişkin algılamasıdır (Fishbein ve Ajzen, 1975: 302). Şekil 2.1'de Sebepli Faaliyet Teorisi modeli yer almaktadır.



Şekil 2.1 Sebepli Faaliyet Teorisi Modeli

Kaynak: Davis vd., 1989: 984

2.2.3. Teknoloji Kabul Modeli (TKM)

Teknoloji Kabul Modeli, 1989 yılında Davis tarafından ortaya çıkarılmıştır. Teknoloji Kabul Modeli bilgi sistemlerinin kullanıcı kabulünü modellemek için geliştirilmiş Sebepli Faaliyet Teorisinin bir uyarlamasıdır. Teknoloji Kabul Modelinin amacı, genel olarak, bilgisayar teknolojileri ve kullanıcı popülasyonlarının geniş bir yelpazesinde kullanıcı

davranışını açıklayabilen ve aynı zamanda hem karmaşık hem de teorik olarak gerekçelendirilmiş bilgisayar kabulünün belirleyicilerinin bir açıklamasını sağlamaktır (Davis vd., 1989: 985). Bilişim teknolojilerinin kabulü ve kullanımı ile ilgili en çok kullanılan model Teknoloji Kabul Modelidir (Süral Özer, vd., 2010: 93). Basit anlamıyla TKM bir bilgi sistemleri teorisidir. Bir teknolojinin insanlar tarafından nasıl kabul edildiğini anlayıp bunu teorik olarak modellemeyi hedefler. Teknoloji Kabul Modeli, bilişim sistemlerinin bireysel düzeyde yararlanılmasını açıklayan faktörleri belirtmektedir (Akbulut, 2015: 31-32). Kullanıcıların yeni teknolojiyi kabulünü açıklamak ve tahmin etmek için geliştirilip zenginleştirilmiştir. Teknoloji Kabul Modeline göre, istenen niteliğe sahip olmayan kullanıcı kabulü bilgi teknolojilerinin benimsenmesinde engel oluşturmaktadır. Ancak TKM, güçlü bir model olarak kabul edilmektedir (Mutlu, 2012: 19) ve kişisel düzeyde yeni teknolojilerin kabulünü araştıran en önemli, en çok kullanılan davranışsal teoriler temelli bir teori olarak Yönetim Bilişim Sistemleri literatüründe yerini edinmiştir (Turan ve Çolakoglu, 2008: 112).

TKM, insanların neden bilgisayar kullanmaya karşı koyduğunu, teknoloji kabulü tercihini anlamak, kullanıcıların değişikliklere nasıl cevap vereceklerini öngörmeye çalışmak ve sistemin gelişmesiyle birlikte kullanımdaki gelişme ve değişmeyi araştırmaktadır. Bilgi teknolojisi kullanımı ve kabulü araştırmaları, bilgi sistemini temel olarak ele almaktadır. Bilgi teknoloji kabulünü etkileyen faktörleri önceden öngörebilen teorilerin kurulması için çok çaba gösterilmektedir (Aktaş, 2007: 25).

TKM, iki değişkenin, algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığının, bilgisayar kabul davranışları için birincil ilişki olduğunu öne sürmektedir. Sebepli Faaliyet Teorisine benzer şekilde, TKM, bilgisayar kullanımının davranışsal niyet tarafından belirlendiğini öne sürmektedir. Aynı zamanda, kişinin, sistemi kullanıma yönelik tutumu ve algılanan kullanım kolaylığı konusundaki tavrı tarafından da ortak olarak belirlenmektedir. TKM'ye göre, sistemin kullanılmasına yönelik tutum, fayda ve kullanım kolaylığı ile ortaklaşa belirlenmektedir (Al-Gahtani ve King, 1999: 278).

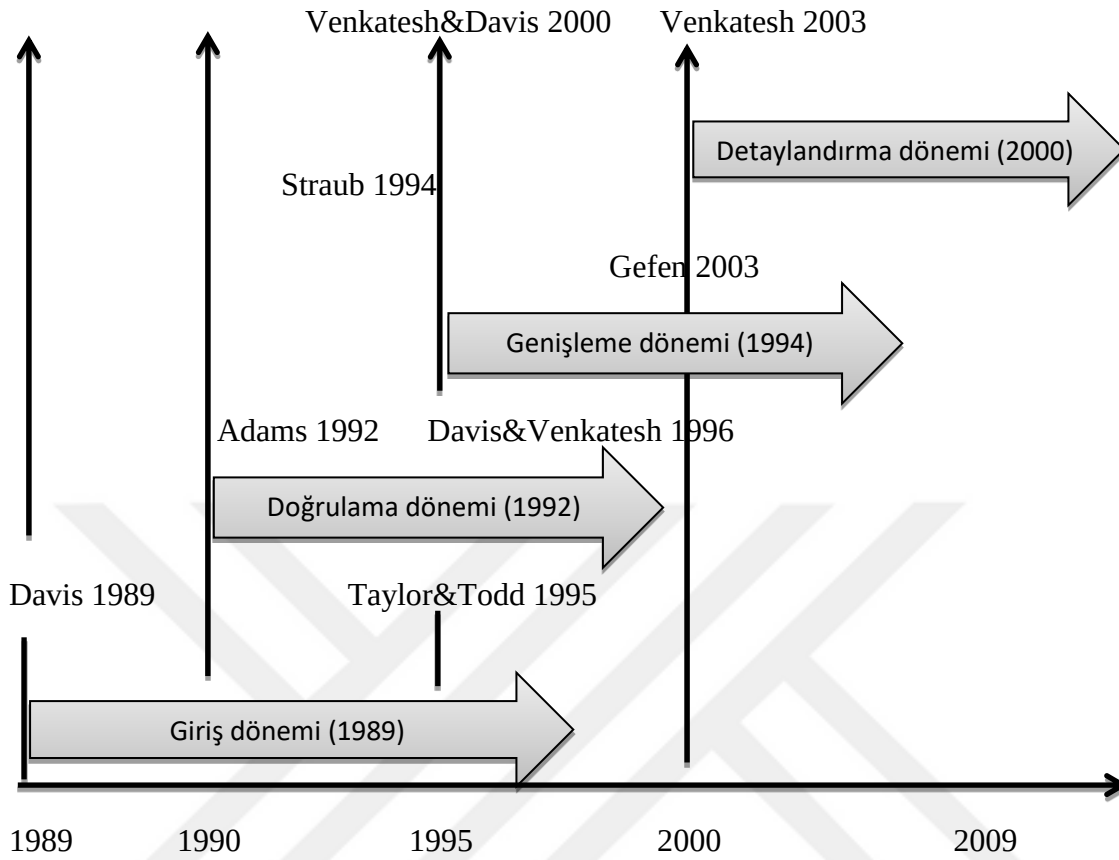
Bilişim sisteminin kullanımı dört aşamalıdır. İlk olarak dışsal değişkenler yer almaktadır. İkinci aşamada algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan faydayı kapsayan inançlar vardır. Üçüncü kısım kullanıma karşı tutumdur. Dördüncü kısım ise davranış niyetidir. Dışsal değişkenler; yönetimin kontrol edemediği parametrelerdir (Akça, vd., 2017: 6). Teknoloji Kabul Modeli aslında teknoloji kullanma davranışını etkileyen faktörleri incelemektedir. Model, algılanan kullanım kolaylığı ve işlevsellik faktörlerinin “teknolojik ürünü kullanma eğilimi” ve “kullanma davranışını”, “tutum” üzerinden nasıl etkilediğini inceler. Kullanım kolaylığı ve işlevsellik ikisi de kullanıma karşı tutumu etkiler, kullanıma karşı tutum ise

“kullanma eğilimi” ni, kullanma eğilimi de “kullanma davranışı” nı etkilemektedir. Kullanım kolaylığı da işlevselliği direkt olarak etkilemektedir. Kullanma kolaylığı işlevselliğin bir ön bileşenidir denilebilir. Teknolojiyi kullanmak basitleştikçe, teknolojiden beklenen fayda ve performans üzerindeki pozitif etkisi de yükselecektir (Göğüş, 2014: 5-6).

Teknoloji Kabul Modeli, kullanıcı kabulünün iki temel faktör tarafından belirlendiğini ileri sürmektedir. Bunlar: Algılanan Fayda ve Algılanan Kullanım Kolaylığıdır (Venkatesh ve Morris, 2000: 116). Algılanan Fayda, bir kişinin belirli bir bilgi sistemini kullanmasının iş performansını artırmada veya belirli bir görevi çözmede yardımcı olacağına inandığı derecedir (Keller, 2005: 302). Teknoloji Kabul Modelinin esas parametrelerinden olan Algılanan Kullanım Kolaylığı, kişinin belirli bir sistemi kolay olarak algılaması ve sistemi kullanmanın çaba gerektirmeyeceğine inandığı derece olarak ifade edilmektedir. Çaba, kişinin sorumlu olduğu çeşitli aktivitelere ayırabileceği sınırlı bir kaynaktır. Diğer her şey eşit olmakla birlikte, başkalarından daha az çaba sarf ederek, daha kolay kullanıldığı düşünülen bir uygulamanın kullanıcılar tarafından kabul edilmesinin daha muhtemel olduğu iddia edilmektedir (Davis, 1989: 320).

Algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığı ikisi de sistemi kullanıma karşı olan tutum üzerine baskı yapmaktadır (Akça ve Özer, 2012: 82). Bu iki değişken bireyin teknoloji kullanımına yönelik tutumunu etkilemekte ve bireyin tutumu ise davranışa yönelik niyeti belirlemektedir. Modele göre bireyin davranışa yönelik niyeti de gerçekleşen davranışı belirlemektedir (Çam, 2012: 83).

2.2.3.1. Teknoloji Kabul Modeli, Ortaya Çıkışı ve Gelişimi



Şekil 2.2 Teknoloji Kabul Modeli Çalışmalarının Kronolojik Gelişimi

Kaynak: Lee vd., 2003: 755

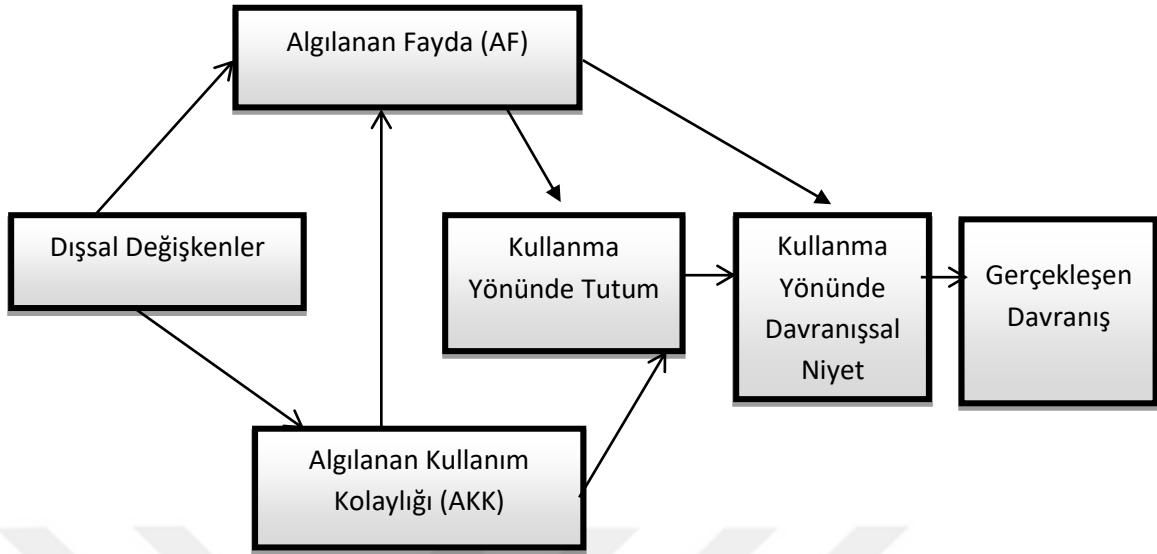
Giriş dönemi; Bu dönem, Davis ve diğerlerinin (1989) en başta modeli kurmalarıyla başlamıştır (Başgöze, 2010: 25).

Doğrulama dönemi; Bu dönemde, Adams ve diğerleri (1992), Davis ve diğerlerinin (1989) ortaya çıkardığı Teknoloji Kabul Modelinin, geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini gerçekleştirmişlerdir. Analizlerin sonucunda, algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığı ölçeklerinin geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir (Başgöze, 2010: 30-31).

Genişleme dönemi; Bu dönemde, Teknoloji Kabul Modeline, algılanan fayda veya algılanan kullanım kolaylığını etkileyen bazı öncül parametreler ilave edilmiş ve bu parametrelerin algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığına olan tesirleri araştırılmıştır (Başgöze, 2010: 31).

Detaylandırma dönemi; Bu dönemde, modelin çeşitli versiyonları oluşturulmuş, model tenkit edilmiş ve sınırların azaltılmasına karşı araştırmalar, çalışmalar yapılmıştır. Bu dönemde model, özgün halini korumakla birlikte geliştirilmiş ve Teknoloji Kabul Modeli 2 (TKM2) adı verilen şeklini almıştır (Başgöze, 2010: 37).

2.2.3.2. Teknoloji Kabul Modelinde Yer Alan Kavramlar



Şekil 2.3 Teknoloji Kabul Modeli

Kaynak: Davis vd., 1989: 985

Dışsal Değişkenler: Kontrol edilemeyen değişkenlerdir (Al-Gahtani ve King, 1999: 278). Dış değişkenlerin yapılar üzerindeki etkilerini incelemek, sadece teori gelişmesine katkıda bulunmakla kalmaz, aynı zamanda gelişmiş teknoloji kabulüne yol açabilecek eğitim gibi uygun programların tasarlanmasında da yardımcı olur (Amoako-Gyampah ve Salam, 2004: 733). Eğitim ve proje iletişimi gibi dışsal değişkenlerin, sadece sisteminin algılanan faydalarındaki psikolojik değişken paylaşımlı inançlarla TKM değişkenlerini etkileyeceği teorik temelden türetilmiştir. Eğitim ve proje iletişimi gibi dışsal değişkenlerin hem TKM değişkenlerini hem de fayda değişkenine olan inancını etkileyeceğinden kaynaklanmaktadır (Gyampah ve Salam, 2004: 741).

Algılanan Kullanım Kolaylığı: İnsanların bir işi yaparken göstereceği çabanın düşeceği yönünde olan inancın derecesidir (Erdoğan, 2009: 75). Teknolojinin algılanan kullanım kolaylığı, algılanan fayda ve kullanıma karşı olan tutumun ikisini de etkilemektedir. Kişiler yeni teknolojinin kullanımının basit olduğunu düşündüklerinde sistemi kullanma konusunda daha çok istekli olacaklardır (Akça ve Özer, 2012: 82). Algılanan kullanım kolaylığını yönettiği düşünülen önemli, temel dış etkenler araştırmacılar tarafından araştırılmış ve aşağıdaki tabloda gösterilen sonuçlara erişilmiştir (Sharp, 2006: 5):

Tablo 2.1 Algılanan Kullanım Kolaylığının Dış Değişkenleri

ÇALIŞMA	DIŞ DEĞİŞKENLER	SONUÇ
Amoako-Gyampah vd. (2004)	Paylaşılmış İnançların Eğitimi	Önemli
Chan (2001)	Bilgisayar Tutumu	Önemli Değil
Hu vd.(2001-2002)	Araştırma Alanının Bilgisi	Önemli
Hong vd. (2001-2002); Shih (2004)	Anlamlılık	Önemli
Liaw & Huang (2003)	Kişisel Bilgisayar Deneyimi	Önemli
Mathieson vd. (2001)	Algılanan Kaynaklar	Önemli Değil

Kaynak: Sharp, 2006: 5

Algılanan Fayda: Kişilerin bir teknolojiyi kullanarak yaptıkları görevlerindeki performanslarının yükseliş gösterdiğine karşı olan pozitif algılarıdır (Kurulgan ve Özata, 2010: 166). Algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı tarafından tahmin edildiği ve aynı zamanda kullanım niyetini ve kullanımı öngördüğü için hem bağımlı hem de bağımsız değişken olarak kullanılır. Davranış genellikle kullanım sıklığı, kullanım süresi, fiili kullanım sayısı ve kullanım çeşitliliği kullanılarak ölçülmüştür (Lee vd, 2003: 759). Algılanan Faydaya etki ettiği düşünülen önemli dış değişkenler araştırmacılar tarafından araştırılmıştır ve aşağıdaki tabloda yer alan sonuçlara erişilmiştir (Sharp, 2006: 4):

Tablo 2.2 Algılanan faydanın dış değişkenleri

ÇALIŞMA	DIŞ DEĞİŞKENLER	SONUÇ
Amoako-Gyampah ve diğerleri (2004)	Paylaşılmış İnanç	Önemli
Chan & Lu (2004)	Algılanan Risk	Önemli
Chan (2001)	Bilgisayar Tutumu	Önemli
Hong ve diğerleri (2001-2000); Shih (2004)	Anlamlılık	Önemli
Hu ve diğerleri(2005)	Etkili Yarar	Önemli
Liaw & Huang (2003); Yi & Hwang(2003)	Algılanan Eğlence	Önemli

Kaynak: Sharp, 2006: 4

Tutum: Negatif ya da pozitif tepkide bulunma yönelimidir ve tutumlar duygu ve fikirlerin neticesinde oluşmaktadır (Ma, vd., 2005: 390). Tutum, davranışsal niyete etki eden esas etmendir. Başka bir deyişle niyet, bireyin tutumu neticesinde ortaya çıkmaktadır (Çam, 2012: 84).

Niyet: Bireyin belli bir tutumu, hareketi ne kadar yapmayı istediğini gösterme ihtimalidir (Al-Gahtani ve King, 1999: 278). Bir davranışı gerçekleştirirken bireyin ortaya koyduğu istek ve çabalarıdır (Serçemeli ve Kurnaz, 2016: 45). Niyet tutuma göre şekillendiği için, şayet bireyin tutumu pozitif ise niyeti pozitif, tutumu negatif ise niyeti de negatif olacaktır. Model içinde davranışsal niyet en sonunda gerçekleşen davranışa çevrileceğinden, kişinin tutumuna göre yapacağı davranış şekillenecektir (Çam, 2012: 84).

Gerçekleşen Davranış: Kişinin araştırmalarında, çalışmalarında teknolojiyi kullanım oranının ve yoğun olma durumunun ölçüsüdür. Kişi, teknolojiyi araştırmalarında çeşitli sıklıklarda kullanmakta ya da hiç kullanmamaktadır (Esen, 2011: 52).

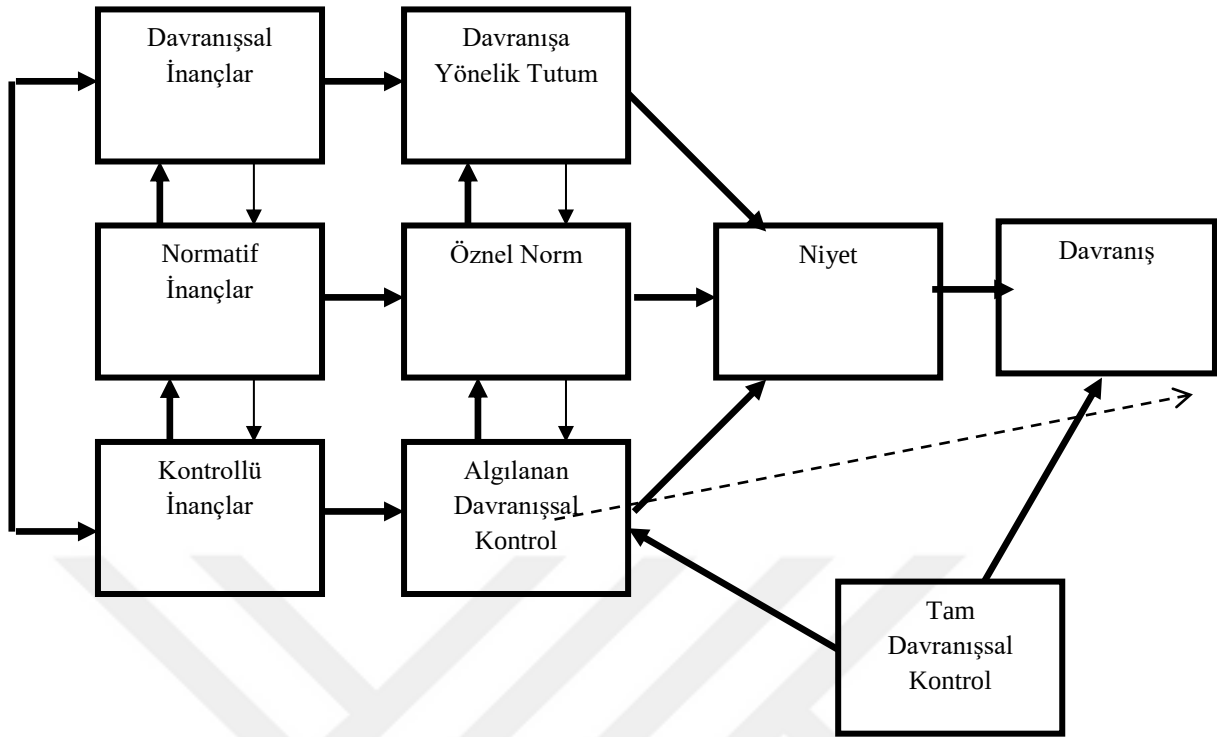
2.2.4. Planlanmış Davranış Teorisi

Planlanmış Davranış Teorisi (TPB- Theory of Planned Behavior), Sebepi Faaliyet Teorisi'ne algılanan davranışsal kontrol parametresinin de ilave edilmesiyle, kişilerin tamamen kontrol edemedikleri durumları da kapsayacak biçimde genişletilmiş şeklidiir (Koç ve Turan, 2014: 165).

Kişilerin davranışlarını etkileyen unsurlar: davranışsal inançlar, normatif inançlar ve kontrol inançlarıdır (Ajzen, 1991: 180). Davranışsal inanç, belli bir sonuca sebep olacak davranışın olma ihtimali hakkında yapılan değerlendirmedir. Normatif inançlar, kişi için inançları değerli, mühim olan kişilerin görüşlerine yakışır bir şekilde davranma eğilimidir. Kontrol inançları, kabiliyetlerin, kaynakların ve fırsatların vaziyeti ile alakalı bir idrak etme durumudur (Mathieson, 1991: 176).

Sebepi Faaliyet Teorisi ve Planlanmış Davranış Teorisi sosyal psikoloji alanındaki inanç, tutum, niyet, davranış arasındaki bağlantıyı kullanarak davranışın açıklanabilmesi için sık olarak kullanılan teorilerdir (Yılmaz, 2006: 40). İki teori arasındaki temel fark Planlanmış Davranış Teorisine algılanan davranış kontrolü değişkeninin ilave edilmesidir (Yay, 2015: 52).

Ajzen gerçekleşen davranış içinde kişisel yoksunluğun söz konusu olduğu durumları açıklamak için Sebepi Faaliyet Teorisi modeline davranışsal niyeti etkileyen bir diğer faktör olarak algılanan davranışsal kontrolü ekleyerek genişletmiş ve Planlanmış Davranış Teorisi literatürdeki yerini almıştır. Algılanan davranışsal kontrol davranışı gerçekleştirmenin kolay mı zor mu olacağına dair algılamalardır. Planlanmış Davranış Teorisi modelinde algılanan davranışsal kontrol; davranışsal niyet üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (Yılmaz, 2006: 39-40). Şekil 2.4'te Planlanmış Davranış Teorisi modeli yer almaktadır.



Şekil 2.4 Planlanmış Davranış Teorisi

Kaynak: Yılmaz, 2006: 40

2.3. Teknoloji Kabul Modeli ile İlgili Çalışmalar

Literatürde çeşitli gruplar üzerinde bilgisayar (Ma, Andersson ve Streith, 2005), internet bankacılığı (Doğan, Şen ve Yılmaz, 2015; Lee ve Chung, 2009), mobil hizmetler (Naqvi, 2012), karekod (Tüfekci, 2014), e-öğrenme (Chang, Hajiyeve ve Su, 2017; Shafeek, 2011), online alışveriş (Zhou, Dai ve Zhang, 2007), e-ticaret (Pavlou, 2003), e- ödeme (Tella ve Olasina, 2014), kitlesel çevrimiçi açık dersler (Wu ve Chen, 2017), sosyal ağlar (Hossain ve Silva, 2009; Howell, 2016), giyilebilir araçlar (DuFour, Jajeunesse, Pipada ve Xu, 2016), bulut teknolojileri (Eltayeb ve Dawson, 2016) ve kütüphane sistemleri (Thong, Hong ve Tam, 2002) gibi birçok konuda Teknoloji Kabul Modeli kullanılmıştır (Çubukçu vd., 2017: 6).

Teknoloji Kabul Modeline dair yapılmış olan akademik çalışmalarda 2009 ve öncesi Başgöze (2010)'nin çalışması baz alınarak ayrıntılı bir literatür taraması ile incelenmiştir. Söz konusu çalışmaların özet bilgileri aşağıdaki tabloda yer almaktadır:

Tablo 2.3 Teknoloji Kabul Modeli ile İlgili Çalışmalar

YAZAR ADI	YAYININ İÇERİĞİ
Segars, A. H. ve Grover, V. (1993)	Doğrulamalı faktör analizi yaparak Davis'in (1989) ortaya koyduğu modelde, algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığı ile ilgili ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğunu tespit etmişlerdir.
Szajna, B. (1996)	Bir elektronik posta sisteminin yararlılığı ve kullanım kolaylığı, sistem kullanma niyetleri ve 15 hafta sonra kullanımları ile ilgili inançlar, uzunlamasına bir çalışmada ölçülmüştür. Sonuçlar, Teknoloji Kabul Modelinin bilgi sistemlerini kullanma niyetlerini tahmin etmek için değerli bir araç olduğunu açıklamaktadır.
Gefen, D. ve Straub, D. W. (1997)	Cinsiyeti Teknoloji Kabul Modeline dışsal etmen olarak ilave etmiş ve kullanım kolaylığı ile algılanan faydaya ilişkin etkileri olduğunu belirlemiştir.
Straub, D.W, Keil. M. ve Brenner, W. (1997)	Küreselleşme sebebiyle Teknoloji Kabul Modelinin, farklı kültürlerle (Amerika, Japonya ve İsviçre) uygulanabilmesi değer kazanmaktadır.
Hu, P. J., Chau, P. Y. K., Liu Sheng, O. R. ve Tam, K. Y. (1999).	Doktorların sağlık alanında tele-tıp teknolojilerini kullanmalarını ve benimsemelerini anlayabilmek amacıyla, Teknoloji Kabul Modelinin kullanımının uygunluğunu incelemişlerdir.
Dishaw, M.T. ve Strong, D.M. (1999)	Teknolojik aracın fonksiyonelliği ile verilen iş ve kullanılan teknolojinin uygunluğunun, algılanan kullanım kolaylığı üzerine etkilerini belirlemiştir.
Chau, P. Y. K. ve Hu, P. J. H. (2001).	Teknoloji Kabul Modeli ile Planlanmış Davranış Teorisini kıyaslamış olup iki modelin de bir kısım kısıtları olduğunu belirtmiştir.
Pavlou, P. A. (2003)	Tüketicilerin elektronik alışverişi kabullenmelerini harekete geçirecek parametreler olarak Teknoloji Kabul Modelinin algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan fayda değişkenlerini incelemeye başlamıştır.
Adamson, I. ve Shine, J. (2003)	Teknoloji Kabul Modeline tatmin değişkenini ilave etmişlerdir.
Legriz, P., Ingham, J. ve Colletette, P. (2003)	Çalışmada Teknoloji Kabul Modelinin faydalı, kullanışlı olduğunu ortaya çıkarırlarken, kişisel ve sosyal değişme süreçlerinin de modele uyarlanıp dahil edilmesi gerektiğini savunmuşlardır.
Gong, M., Xu, Y. ve Yu, Y. (2004)	Eğitim çevresinde bilgi teknolojilerini kabul etmenin unsurlarını araştırmak, incelemek için Teknoloji Kabul Modeli kullanılmış ve algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığı değişkenlerinin davranışsal tutum üzerine tesiri olduğunu belirlemiştir.

Tablo 2.3 Teknoloji Kabul Modeli ile İlgili Çalışmalar (Devamı)

Tanya, Q. M. ve Liu, L. (2004)	Teknoloji Kabul Modelinin değişkenleri ile olan bağlantısının kuvvetini ölçmüşlerdir.
Hung, S. Y. ve Chang, C. M. (2005).	Kablosuz uygulama protokolü ile sağlanan hizmetlerin benimsenmesinde, Planlanmış Davranış Teorisi ile Teknoloji Kabul Modeli kıyaslanmıştır ve Planlanmış Davranış Teorisinin, Teknoloji Kabul Modeline göre Kablosuz uygulama protokolü hizmetlerinin kabulünü çok daha iyi izah ettiği tespit edilmiştir.
Ma, W.W., Anderson, R. ve Streith, K. O. (2005)	Teknoloji Kabul Modelini kullanarak, öğretmenlerin bilgisayar kullanma istekleri, eğilimleri ile bilgisayar teknolojileri alanındaki algıları arasındaki bağ, ilişki araştırılmıştır.
Carter, L. ve Bélanger, F. (2005)	Teknoloji Kabul Modelini kullanarak, bireylerin e-devlet işlemlerini benimsemelerinde temel alınan, önemli olan değişkenleri tespit etmişlerdir.
Luarn, P. ve Lin, H.H. (2005)	Teknoloji Kabul Modelinin, algılanan kredibilite, algılanan özgüven ve algılanan finansal maliyet kavramları ile kapsamı genişletilmiş ve Teknoloji Kabul Modelinin telefon bankacılığı kullanımında, davranışları belirleyen bir model olduğu saptanmıştır.
Eveleth, L. B., Eveleth, D. M., O’neill, M. ve Stone, R. W. (2006)	Eğitim üzerine gerçekleştirilen bir çalışmada üniversitelerde değişen teknoloji ile sınavların dizüstü bilgisayar aracılığıyla yapılmasının, öğrencilerin sınav yazılımını benimsemede, algıladıkları kullanım kolaylığı ve faydaya ilişkin, fakülte desteği ve teknik desteğin etkileri araştırılmıştır.
Sun, H. ve Zhang, P. (2006)	Teknolojinin kabullenilmesinde dışsal bir parametre olarak kullandıkları, algılanan haz ve algılanan kullanım kolaylığı arasındaki bağlantıyı araştırmışlardır.
Musa, P. F. (2006)	Kişinin sosyo-ekonomik çevre algısının ilave edildiği, yeniden yapılandırılmış bir Teknoloji Kabul Modeli kullanılmıştır.
Park, J. K., Yang, S. I. ve Lehto, X. (2007)	Teknoloji Kabul Modelinin değişkenleri ele alınmış ve sosyal baskılar ve geçmiş tecrübelerin, tüketicilerin mobil reklamları benimsemeleri üzerine olan etkileri araştırılmıştır.
Aktaş, S. (2007)	Bilgi teknolojisi kullanımına karşı olarak muhasebecilerin davranışlarının altında yatan sebepleri belirlemek için TKM kullanılmış ve model sayesinde bilgi teknolojisi kullanımına karşı olan davranışlarını etkileyen parametreler arasındaki ilişkiler incelenmiştir ve olumlu şekilde etkilediği görülmüştür.
Hashim, J. (2008)	Kullanıcıların bilgisayar aracılığıyla eğitimi kabullenmeleri incelenirken, Teknoloji Kabul Modeli kullanılmış ve algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan faydanın, kullanıcıların bilgisayar bazlı eğitimi kabullenmeleri üzerinde pozitif etkileri olduğu neticesine varılmıştır.

Tablo 2.3 Teknoloji Kabul Modeli ile İlgili Çalışmalar (Devamı)

Schneberger, S., Amoroso, D. L. ve Durfee, A. (2008)	Teknoloji Kabul Modelinin, eğitim alanında, bilgisayar aracılığı ile yapılan değerlendirmelerin performansını, etkililiğini arttırabilecek etmenlerin meydana çıkarılmasında geçerli bir model olabileceğini tespit etmişlerdir.
Martinez-Torres, M. R., Marin, S. L. T., Garcia, F. B., Vazquez, S. G., Oliva, M. A. ve Torres, T. (2008)	Çalışmalarında Teknoloji Kabul Modelini kullanmış olup internet bazlı elektronik öğrenme araçlarının kullanımının öğrenciler tarafından benimsenmesini araştırmışlardır.
Shin D. ve Kim, W. (2008)	Cyworld isimli bir sosyal haberleşme ağının kabullenilmesini araştırmak amacıyla Teknoloji Kabul Modelini kullanmışlardır.
Zhou, T. (2008)	Teknoloji Kabul Modeli ile yeniliğin yayılması teorisini birleştirdiği çalışmada, internet kullanımını faydalı olarak algılayan ve internet kullanımının sosyal anlamda popüler olduğunu düşünen genç gazetecilerin, diğer gazetecilere göre internet kullanımını daha kolay benimsedikleri saptanmıştır.
Khaled, A. A. ve Alkhateeb, F. B. (2008)	Şili ve Birleşik Arap Emirlikleri gibi iki gelişmekte olan ülkede internet kullanımının, kişiler tarafından kabullenilmesini öngörebilmek için, Teknoloji Kabul Modelini kullanmışlardır.
Lee, H. J., Lim, H., Jolly, L. D. ve Lee, J. (2009)	Teknoloji Kabul Modeli kullanarak, tüketicinin hayat standardının teknolojik ürün satın alma davranışına karşı etkilerini araştırmışlardır.
Başgöze, P. (2010)	Teknolojik hizmetlerin veya sistemlerin tüketiciler tarafından benimsenmesini açıklayan Teknoloji Kabul Modelini, marka kredibilitesi ve kişinin teknolojik yatkınlığı değişkenlerini de ekleyerek genişletmiş ve bu genişletilmiş modeli teknolojik ürün satın alma eğilimine uyarlamamıştır. Bu doğrultuda bir model önerisinde bulunulmuş ve önerilen model test edilmiştir.
Çam, H. (2012)	Araştırmada bilişim uzmanlarının bulut bilişim teknolojisini uygularken etkilendikleri faktörlerin literatürde kullanılan teknoloji kabul modeliyle istatistiksel olarak belirlenmesi hedeflenmiştir ve bilişim uzmanlarının bulut bilişim teknolojisini uygulama niyetlerini teknolojiden algıladıkları fayda faktörünün %99,8 oranında etkilediği görülmüştür.
Solak, M. (2012)	Algılanan Fayda, Algılanan Kullanım Kolaylığı ve Özel Normların öğretmenlerin akıllı tahta kullanımına yönelik olarak Kullanım Niyetine pozitif yönde etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2.3 Teknoloji Kabul Modeli ile İlgili Çalışmalar (Devamı)

Turan, B. ve Haşit, G., (2014)	Sınıf öğretmenlerinin Bilgi ve İletişim Teknolojisi araçları kullanımları Teknoloji Kabul Modeli ile açıklanmaya çalışılmış olup Teknoloji Kabul Modelinin gerçekleşen kullanım davranışını açıklamada yeterli olduğu belirlenmiştir.
Tüfekci, Ö.K. (2014)	Karekodların pazarlama iletişimi rolü Teknoloji Kabul Modeli ile incelenmiştir ve karekodların pazarlama iletişimi rolü pozitif yönde ve anlamlı olarak açıklanmıştır.
Esen, M. ve Büyük, K. (2014)	Yükseköğretim Kurulu'nda başlatılan elektronik belge yönetim sistemi uygulamalarının kurum personeli tarafından kabulüne yönelik algılamaları araştırılmış olup çalışma sonucunda öz yeterlik, kolaylaştırıcı koşullar ve sosyal etki değişkenlerinin algılanan faydayı, algılanan kullanım kolaylığını ve kullanım niyetini pozitif yönde, kaygının ise negatif olarak etkilediği görülmüştür.
Şıklar, E., Tunalı, D. ve Gülcan, B. (2015)	Araştırmada klasik Teknoloji Kabul Modeline yakınsama ve imaj faktörleri eklenmiş olup sonuç olarak imaj ve algılanan kullanım kolaylığının algılanan kullanışlılık ile herhangi bir ilişkisinin olmadığı; ama yakınsama, algılanan kullanışlılık, kullanım tutumu ve kullanım niyeti arasındaki ilişkilerin ise anlamlı olduğu bir modele ulaşılmıştır.
Efiloğlu Kurt, Ö. (2015)	Bir uzaktan eğitim sisteminin kalite özellikleri Teknoloji Kabul Modeli ve Bilgi Sistemleri Başarı Modeli entegrasyonu incelenmiştir. Hizmet kalitesi, bilgi kalitesi ve algılanan kullanım kolaylığı, algılanan faydayı pozitif olarak etkilemektedir. Çalışmanın sonucunda eğitim kalitesi ve algılanan fayda memnuniyeti etkileyen temel unsurlar olarak tespit edilmiştir.
Kaş, E. (2015)	Araştırma sonucunda, algılanan risk ve maliyet değişkenlerinin teknoloji kabulünün önemli birer belirleyicisi olduğu ortaya çıkmıştır.
Serçemeli, M. ve Kurnaz, E. (2016)	Denetimde bilgi teknoloji ürünleri kullanımına yönelik eğilim sebeplerinin, Teknoloji Kabul Modeli aracılığıyla ortaya konması araştırılmış olup vergi müfettiş ve yardımcılarının bilgi teknolojileri ürünlerini kullanıma yönelik algılanan fayda ve niyet eğilimlerinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, denetim sürecinde algılanan kullanım kolaylığının, bilgi teknolojilerine yönelik tutumu ve algılanan faydanın da kullanıma yönelik niyeti olumlu olarak etkilediği, tutumun davranışa yönelik niyeti, algılanan faydanın davranışa yönelik tutumu ve niyetin de davranışın oluşmasını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 2.3 Teknoloji Kabul Modeli ile İlgili Çalışmalar (Devamı)

Eren, A. ve Kaya, M. D. (2016)	Üniversite çalışanlarının Elektronik Belge Yönetim Sistemlerini kullanmaya yönelik tutum ve niyetleri araştırılmış ve kullanıcı niyetleri üzerinde en çok etkiyi davranışsal tutumların oluşturduğu görülmüştür.
Şahin, F. ve Alkaya, A. (2017)	Kamu hizmetlerini kullanan tüketicilerin Başbakanlık İletişim Merkezi çevrimiçi şikâyet kanalını kullanımına etki eden faktörler planlı davranış teorisi ve teknoloji kabul modeli kullanılarak oluşturulan bütünlük model ile nicel olarak incelenmiş ve elde edilen sonuçlara göre Başbakanlık İletişim Merkezini kullanma niyetini etkileyen faktörler etki derecelerine göre sübjektif norm, tutum, algılanan davranışsal kontrol ve algılanan fayda olarak sıralanmıştır.
Çubukçu, Z., Tosuntaş, Ş.B. ve Kırcaburun, K. (2017)	Teknoloji Kabul Modeli çerçevesinde öğretmen adaylarının mobil teknolojilere yönelik görüşleri incelenmiş olup araştırma sonucunda öğretmen adaylarının mobil teknolojileri öğretim amaçlı kullanımında algılanan kullanılabilirlik ve algılanan kullanım kolaylığının tutumları üzerinde; tutumlarının mobil teknolojilere yönelik davranışsal niyetleri üzerinde ve davranışsal niyetlerin kullanımları üzerinde olumlu etkisi olduğu ortaya konulmuştur.

Kaynak: Başgöze, 2010: 27-44'den derlenmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTANE BİLGİ SİSTEMİNİN TEKNOLOJİ KABUL MODELİ İLE İNCELENMESİ

3.1. Araştırmanın Amacı

Bilişim sistemlerinin Hastane Bilgi Sistemlerinin sağlık alanında yoğun kullanılmaya başlanması, sağlık çalışanlarının teknoloji kabulüne ilişkin çalışma yapılmasını gerekli hale getirmiştir. Bu araştırmanın amacı; sağlık sektöründe çalışanların teknoloji kabul düzeylerinin araştırılmasıdır. Araştırma kapsamında sağlık kurumlarında çalışan her aşamadaki sağlık personeli araştırılmaya dahil edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma yüz yüze ve web tabanlı anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Dokuz farklı ilden veri toplama süreci 26 Nisan 2017 ile 26 Kasım 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Hazırlanan anket formları kâğıt ortamında basılmış, ayrıca web sitesine de aktarılmıştır. Bunun için özel bir şirketten yazılım ve web hizmeti alınmıştır. Web sitesinin adresi internet aracılığıyla paylaşılmıştır. Bunun sonucu olarak 272 adet geçerli anket formu elde edilmiştir.

3.2.1. Veri Toplama Aracı

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, katılımcıların demografik bilgilerini içeren sorular ve Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadıkları sorulmuştur. İkinci bölümde; Teknoloji Kabul Modeli ve modelin alt boyutlarına ilişkin ölçekler bulunmaktadır. Üçüncü bölümde ise; Hastane Bilgi Sisteminin yeterliliğine ilişkin sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde; Algılanan Kullanım Kolaylığı, Sosyal Etki, Algılanan Kullanışlılık, Öz Yeterlilik, Endişe, Kullanıma Karşı Tutum, Kolaylaştırıcı Koşullar ve Eğitime yönelik 8 alt boyut bulunmaktadır. Boyutlarda toplam 46 ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin değerlendirilmesinde 5’li Likert Ölçeği kullanılmıştır.

Üçüncü bölümde; Hastane Bilgi Sisteminin yeterliliğine ilişkin ise 6 soru yer almış ve bu ifadelerin değerlendirilmesinde de 5’li Likert Ölçeği kullanılmıştır.

3.2.2. Verilerin Analizi

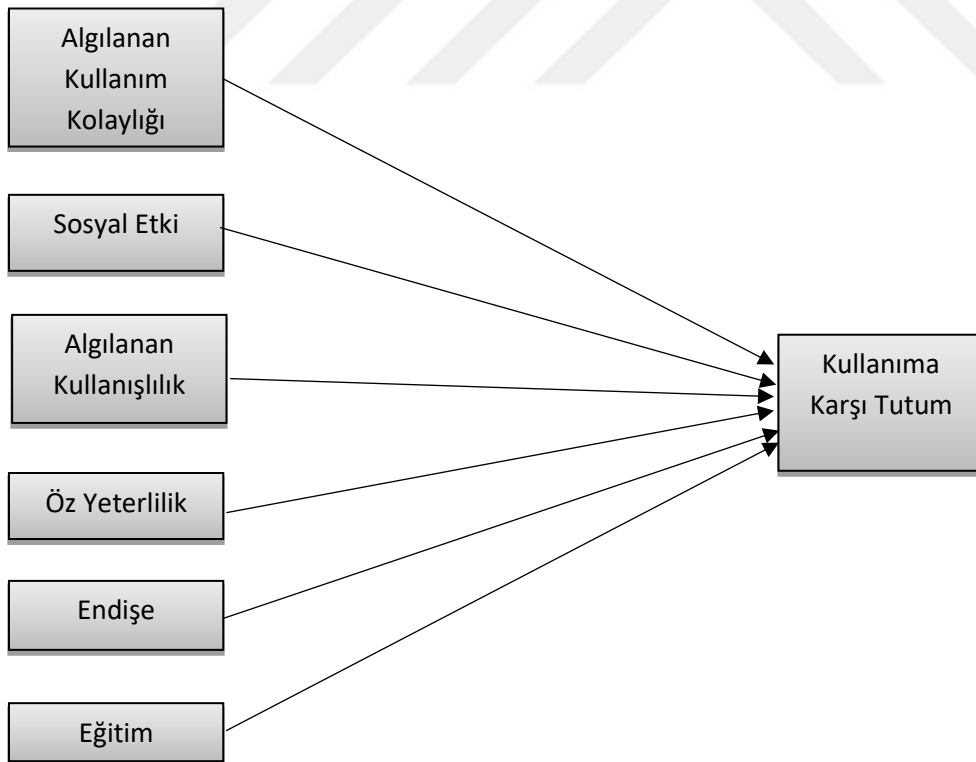
Veri toplandıktan sonra değerlendirilerek sıralanmış ve giriş formatına uygun kodlanarak veri girişi yapılmıştır. Verilerin analizinde SPSS Statistics 21 paket programı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, faktör analizi, geçerlilik ve güvenilirlik analizi, varyans analizi, korelasyon ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır.

3.2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma tüm Türkiye'deki sağlık çalışanlarını kapsamamakta olup ulaşılabilen, katılmaya gönüllü olan, görüşlerini özgürce ifade edebilen sağlık çalışanları üzerinden sonuçlandırılmıştır.

3.3. Araştırma Modeli

Çalışmamızın araştırma modeli Şekil 3.1'de sunulmuştur. Araştırma modelinde bağımsız değişkenleri Teknoloji Kabul Modeli'nin alt boyutları oluşturmaktadır, bağımlı değişken ise Kullanıma Karşı Tutumdur. Araştırma modeli regresyon analizi ile test edilmiştir.



Şekil 3.1 Hastane Bilgi Sistemi İçin Araştırma Modeli

3.4. Tanımlayıcı İstatistikler

3.4.1. Çalışmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

Yapılan frekans analizi sonucunda ölçek sorularına cevap verenlerin 146'sı kadın, 126'sı ise erkektir.

Tablo 3.1 Çalışmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları (n=272)

Cinsiyet	Frekans	%
Kadın	146	53,7
Erkek	126	46,3

3.4.2. Çalışmaya Katılanların Yaşlarına Göre Dağılımları

Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu 25-34 yaş arasında yer almaktadır (frekans=159; %58,5). En az katılım ise; 55 yaş ve üstü grubu tarafından olmuştur (frekans=9; % 3,3).

Tablo 3.2 Çalışmaya Katılanların Yaşlarına Göre Dağılımları (n=272)

Yaş	Frekans	%
24 ve altı	40	14,7
25-34	159	58,5
35-44	53	19,5
45-54	11	4,0
55 ve üstü	9	3,3

3.4.3. Çalışmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim durumları incelendiğinde katılımcıların % 46,3'ünün üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların 15'i yüksek lisans mezunudur ve en az yüzdeye sahiptir (% 5,5).

Tablo 3.3 Çalışmaya Katılanların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımları (n=272)

Eğitim Durumu	Frekans	%
Lise	17	6,3
Yüksekokul (Ön Lisans)	53	19,5
Üniversite / Tıp Fakültesi/ Diş Hekimliği Fakültesi	126	46,3
Yüksek lisans	15	5,5
Doktora / Tıpta Uzmanlık / Diş Hekimliğinde Uzm.	61	22,4

3.4.4. Çalışmaya Katılanların Görev Pozisyonlarına Göre Dağılımları

Görev pozisyonları incelendiğinde katılımcıların % 25,7'sinin doktor olduğu görülmektedir. Katılımcıların 9'u Radyoloji Teknisyeni-Teknikeridir ve en az yüzdeye sahiptir (% 3,3). Diğer adı altında yer alanlar görevler: Sağlık memuru, Veteriner, Estetisyendir.

Tablo 3.4 Çalışmaya Katılanların Görev Pozisyonlarına Göre Dağılımları (n=272)

Görev	Frekans	%
Doktor	70	25,7
Diş Hekimi	38	14,0
Hemşire	33	12,1
Tıbbi Sekreter	18	6,6
Intern	13	4,8
Paramedik	14	5,1
Acil Tıp Teknisyeni	14	5,1
Radyoloji Teknisyeni-Teknikeri	9	3,3
Diş Teknisyeni-Teknikeri	23	8,5
Eczacı	16	5,9
Diğer	24	8,8

3.4.5. Çalışmaya Katılanların Tecrübelerine Göre Dağılımları

Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun 2-5 yıl arası tecrübeye sahip oldukları görülmektedir (frekans=125; %46). En az katılım ise; 21 yıl ve üzeri tecrübeye sahip olanlar tarafından olmuştur (frekans=15; % 5,5).

Tablo 3.5 Çalışmaya Katılanların Tecrübelerine Göre Dağılımları (n=272)

Tecrübe	Frekans	%
0-1 Yıl	39	14,3
2-5 Yıl	125	46,0
6-10 Yıl	65	23,9
11-20 Yıl	28	10,3
21 Yıl ve üzeri	15	5,5

3.4.6. Çalışmaya Katılanların Yaşadığı Şehre Göre Dağılımları

Çalışmaya katılanların, 123'ü İstanbul ilinden olup en fazla katılımın sağlandığı il olmuştur. Antalya'dan 110, Ankara ilinden 21, Tekirdağ ilinden 11 kişinin çalışmaya katılımı sağlanmıştır. Diğer adı altında birleştirilmiş olan iller: Kırklareli, İzmir, Yalova, Çanakkale ve Edirne olmuştur.

Tablo 3.6 Çalışmaya Katılanların Yaşadıkları Şehre Göre Dağılımları (n=272)

Şehir	Frekans	%
İstanbul	123	45,3
Antalya	110	40,4
Ankara	21	7,7
Tekirdağ	11	4,0
Diğer	7	2,6

3.4.7. Hastane Bilgi Sistemleri İle İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma

Çalışmaya katılanların, 168'si Hizmet İçi Eğitim aldığını belirtmiş olup 104 kişi ise almadığını belirtmiştir.

Tablo 3.7 Hastane Bilgi Sistemleri İle İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma (n=272)

Hizmet İçi Eğitim	Frekans	%
Evet	168	61,8
Hayır	104	38,2

3.4.8. Teknoloji Kabul Modeli Ölçek İfadeleri Bakımından Kullanıcıların Algı Düzeyleri

Anket formunda yer alan olumsuz ifadeler yeniden ters yönde kodlanmıştır ve yeniden kodlanmış halleri ve diğer her soru için Tablo 3.8'de standart sapma ve ortalama değerleri gösterilmiştir.

Tablo 3.8 incelendiğinde, en yüksek ortalama değeri 'Hastane Bilgi Sistemini kullandığımda bir şekilde sistemi bozarım diye korkuyorum.' ifadesindedir ($\bar{x}=4,03$). Bu ifade olumsuz olduğu için yeniden ters yönde kodlanarak analize dahil edilmiş olup bu ortalama değeri, bu ifadeye verilen cevapların büyük çoğunlukla 'az katılıyorum' olduğunu göstermektedir. 'Sistem üzerinde çalışmaya başladıktan sonra çalışmamı durdurmam zor oluyor.' ifadesi en düşük ortalama sahiptir ($\bar{x}=2,36$). Bu ortalama değeri, bu soruya verilen cevapların çoğunlukla 'az katılıyorum' olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.8 Teknoloji Kabul Modeli Ölçek İfadeleri Bakımından Kullanıcıların Algı Düzeyleri

	Ortalama	Std. Sapma
Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili etkileşimim anlaşılır ve açıktır.	3,43	1,08
Hastane Bilgi Sistemini kullanmayı öğrenmek benim için kolaydır.	3,74	1,10

Tablo 3.8 Teknoloji Kabul Modeli Ölçek İfadeleri Bakımından Kullanıcıların Algı Düzeyleri (Devamı)

Hastane Bilgi Sistemini kullanmada yetkin olmak benim için kolaydı.	3,62	1,08
Genel olarak Hastane Bilgi Sisteminin kullanımının kolay olduğuna inanıyorum.	3,44	1,15
Kurumumdaki sistemi kullanan kişiler kullanmayanlara göre daha fazla saygınlığa sahiptirler.	2,65	1,33
Davranışımı etkileyen insanlar Hastane Bilgi Sistemini kullanmam gerektiğini düşünüyor.	2,80	1,27
Benim için önemli insanlar Hastane Bilgi Sistemini kullanmam gerektiğini düşünüyor.	2,82	1,33
Sistemi kullanmak görevlerimi daha hızlı tamamlamamı sağlar.	3,65	1,08
Sistemi kullanmak performansımı artırır.	3,63	1,11
Sistemi kullanmak verimliliğimi artırır.	3,63	1,10
Sistemi kullanmak işteki etkinliğimi artırır.	3,57	1,15
Sistemi kullanmak işimi daha kolay yapmamı sağlar.	3,61	1,15
Sistemi kullanarak aynı çaba sonucunda yaptığım iş sayısı artar.	3,47	1,18
Eğer etrafımda ne yapacağımı söyleyecek kimse yoksa herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.	3,06	1,15
Eğer daha önce hiç böyle bir paket kullanmadıysam herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.	2,76	1,15
Eğer başvurabileceğim yalnızca yazılım kılavuzlarım varsa herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.	3,03	1,10
Eğer kendim denemeden önce başkasının sistemi nasıl kullandığını görseydim herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.	3,53	1,06
Zorda kaldığımda yardım için başka birisini arayabilirsem herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.	3,62	1,05
Sistemi kullanmak keyifli bir fikirdir.	3,24	1,23
Sistem yaptığım işi daha ilginç kılıyor.	2,90	1,20
Sistem üzerinde çalışmaya başladıktan sonra çalışmamı durdurmam zor oluyor.	2,36	1,17
İşimin sistemi kullanmamı gerektirecek yönlerini sabırsızlıkla bekliyorum.	2,46	1,25
Sistemi kullanmanın sevdiğim çalışma biçimiyle örtüştüğünü düşünüyorum.	3,19	1,18

Tablo 3.8 Teknoloji Kabul Modeli Ölçek İfadeleri Bakımından Kullanıcıların Algı Düzeyleri (Devamı)

Sistemi kullanmak çalışma tarzıma uyuyor.	3,28	1,20
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin içeriği tatmin ediciydi.	2,74	1,24
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin süresi tatmin ediciydi.	2,77	1,23
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin seviyesi tatmin ediciydi.	2,72	1,21
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin şekli tatmin ediciydi.	2,74	1,24
Genel olarak, aldığım eğitim yeterliydi.	2,78	1,26
Hastane Bilgi Sistemi ile çalışmak karmaşık ve sistemin nasıl çalıştığını anlamak zordur.*	3,54	1,14
Düzeltemeyeceğim hatalar yapmaktan korktuğum için Hastane Bilgi Sistemini kullanmaktan çekinirim.*	3,78	1,17
Bana yabancı geldiği için Hastane Bilgi Sistemini kullanmaktan kaçınırım.*	3,79	1,23
Hastane Bilgi Sistemini kullandığımda bir şekilde sistemi bozarım diye korkuyorum.*	4,03	1,14
Hastane Bilgi Sistemini kullanmak beni rahatsız hissettiriyor.*	3,98	1,19
Hastane Bilgi Sistemi ile çalışmak beni tedirgin ediyor.*	4,02	1,14
Hastane Bilgi Sistemi kullanıcı dostudur.	3,28	1,10
Sistemi iş arkadaşlarımla çoğunluğu kullandığı için kullanıyorum.	3,25	1,24
Genel olarak kurum, sistemin kullanımını destekler.	3,76	0,99
Bu kurumun üst düzey yönetimi sistemin kullanımında yardımcı olmaktadır.	3,08	1,21
Eğer destek için sadece yazılımın yardım menüsüne sahip olsaydım herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.	3,07	1,14
Bilgisayarlarla çalışma konusunda yeterince özgüvene sahibim.	3,70	1,24
Sistemi kullanmak iyi bir fikirdir.	3,74	1,08
Sistemi kullanmak akıllıca bir fikirdir.	3,75	1,07
Sistemi kullanmak için gerekli kaynaklara sahibim.	3,34	1,10
Sistemi kullanmak için gerekli bilgiye sahibim.	3,54	1,09
Sistemi kullanmak için gereken kaynaklar, fırsatlar ve bilgiler verildiğinde sistemi kullanmam kolay olurdu.	3,79	0,94

* Olumsuz ifadeler yeniden tersyönde kodlanarak analize dahil edilmiştir.

3.4.9. Kullanıcıların Hastane Bilgi Sistemi Yeterliliği Algı Düzeyleri

Anket formunun üçüncü bölümünde yer alan Hastane Bilgi Sisteminin Yeterliliği'ni ölçmek için sorulan her sorunun Tablo 3.9'da standart sapma ve ortalama değerleri gösterilmiştir.

Tablo 3.9 incelendiğinde, kullanıcıların hastane bilgi sistemi yeterliliği algı düzeylerinin genel olarak düşük olduğu görülmüştür. En yüksek ortalama değeri 'Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?' ifadesindedir ($\bar{x}=3,36$). Bu ortalama değeri, bu ifadeye verilen cevapların büyük çoğunlukla 'orta derecede yeterli' olduğunu göstermektedir. 'Sistem Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?' ifadesi en düşük ortalamaya sahiptir ($\bar{x}=2,85$). İkinci en düşük ortalamaya ise 'Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?' ifadesi sahiptir. Bu ortalama değerleri, bu sorulara verilen cevapların çoğunlukla 'düşük derecede yeterli' olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre kullanıcılar açısından hastane bilgi sisteminin hızlı çalışması ve arıza/hata vermemesi için iyileştirmeler yapılmalıdır.

Tablo 3.9 Kullanıcıların Hastane Bilgi Sistemi Yeterliliği Algı Düzeyleri

	Ortalama	Std. Sapma
Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?	3,36	1,09
Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?	2,85	1,16
Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?	2,86	1,16
Hastane Bilgi Sistemi veri/bilgi tutarlılığı bakımından yeterli midir?	3,24	1,01
Hastane Bilgi Sistemi iş yükünü azaltması bakımından yeterli midir?	3,30	1,10
Hastane Bilgi Sistemi genel olarak yeterli midir?	3,27	1,07

3.5. Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

3.5.1. Dil Geçerliliği

Orijinali İngilizce olarak Aggelidis, V. P. ve Chatzoglou, P. D. (2009) çalışmasında kullanılmış olan bu ölçek, mail aracılığıyla yazarlardan istenmiş olup sonrasında ölçek alan uzmanı kişiler tarafından Türkçe'ye tercüme edilmiştir. Daha sonra Türkçe formdan İngilizce'ye tekrar tercüme yapılmıştır. İki İngilizce form karşılaştırılarak tutarsızlıklar giderilmiştir. Tekrar karşılaştırma yapılmış ve ikinci aşamada formlar arasında tutarlılık sağlanmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmiş son hali uygulanmıştır.

3.5.2. Açıklayıcı Faktör Analizi

Faktör analizi işlemi yapılmadan önce ölçeğin yapı geçerliğini test etmek, örneklem yeterliliğinin belirlenmesi ve değişkenlerin faktör analizine uygun olup olmadığının belirlenmesi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik Testi yapılmıştır.

KMO örneklem yeterlilik testinin sıfıra yaklaşması durumu değişkenlerin ortak bir faktör tarafından etkilenmediğini gösterir. Bu yüzden bu örneklem test değerinin 1'eyakın olması istenir. Bartlett küresellik testi ise bileşenler arasındaki korelasyonun olup olmadığına bakan bir Ki Kare testidir. Anlamlılık sağlanamazsa veriler faktör analizi için uygun değildir (Turan, 2011: 49)

Tablo 3.10 KMO ve Bartlett's Test Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluk Ölçüsü		0,926
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	10921,654
	Serbestlik Derecesi	595
	Anlamlılık (p)	0,000

KMO=0,926 çıkması, 272 kişilik örneklem büyüklüğünün analiz yapmaya uygun olduğunu göstermektedir. Bartlett Küresellik Testi anlamlılık düzeyinin de 0,000 çıkması verilerin faktör yüklerinin analizinin gerçekleştirilmeye uygun olduğunu göstermektedir.

Yapılan faktör analizi sonucunda ilk aşamada ‘Hastane Bilgi Sistemi kullanıcı dostudur.’, ‘Bilgisayarlarla çalışma konusunda yeterince özgüvene sahibim.’, ‘Sistemi kullanmak iyi bir fikirdir.’, ‘Sistemi kullanmak akıllıca bir fikirdir.’, ‘Sistemi kullanmak için gerekli kaynaklara sahibim.’, ‘Sistemi kullanmak için gerekli bilgiye sahibim.’, ‘Sistemi iş arkadaşlarımla çoğunluğu kullandığı için kullanıyorum.’, ‘Genel olarak kurum, sistemin kullanımını destekler.’, ‘Bu kurumun üst düzey yönetimi sistemin kullanımında yardımcı olmaktadır.’ Sorularının değeri 0,50’den küçük çıktığı için ölçekten çıkarılmıştır.

İkinci kez yapılan faktör analizi sonucunda ‘Eğer destek için sadece yazılımın yardım menüsüne sahip olsaydım herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim’ ve ‘Sistemi kullanmak için gereken kaynaklar, fırsatlar ve bilgiler verildiğinde sistemi kullanmam kolay olurdu’ Sorularının değeri 0,50’den küçük çıktığı için ölçekten çıkarılmıştır.

En son yapılan faktör analizi sonucunda da Kolaylaştırıcı Koşullara ait olan ifadelerin Algılanan Kullanışlılık alt boyutu altında yer aldığı gözlemlenmiştir.

Yapılan faktör analizi sonucunda, %1'den büyük öz değere sahip olan 7 faktörün, toplam varyansın %81,061'ini açıkladığı görülmüştür. Sonuçlar aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.11 Hastane Bilgi Sistemi Teknoloji Kabul Modeli Ölçeğinin Faktör Yapıları

Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans %	Kümülatif % açıklanan varyans
1	14,997	42,848	42,848
2	4,027	11,505	54,353
3	2,732	7,805	62,159
4	2,039	5,825	67,984
5	1,792	5,120	73,104
6	1,651	4,717	77,820
7	1,134	3,241	81,061

Tablo 3.12'de Faktör yükleri 0,50 üzerinde çıkan Hastane Bilgi Sistemi Teknoloji Kabul Modeline ilişkin her bir ifadenin hangi bileşen altında yer aldığı gösterilmiştir.

F1: Algılanan Kullanım Kolaylığı, F2: Sosyal Etki, F3: Algılanan Kullanışlılık, F4: Öz Yeterlilik, F5: Endişe, F6: Kullanıma Karşı Tutum, F7: Eğitim olarak tanımlanmıştır.

Tablo 3.12 Döndürülmüş Bileşen Matrisi

	Faktör						
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili etkileşimim anlaşılır ve açıktır.						0,685	
Hastane Bilgi Sistemini kullanmayı öğrenmek benim için kolaydır.						0,671	
Hastane Bilgi Sistemini kullanmada yetkin olmak benim için kolaydı.						0,690	
Hastane Bilgi Sistemi ile çalışmak karmaşık ve sistemin nasıl çalıştığını anlamak zordur.						-0,674	
Genel olarak Hastane Bilgi Sisteminin kullanımının kolay olduğuna inanıyorum.						0,755	

Tablo 3.12 Döndürülmüş Bileşen Matrisi (Devamı)

Kurumumdaki sistemi kullanan kişiler kullanmayanlara göre daha fazla saygınlığa sahiptirler.							0,804
Davranışımı etkileyen insanlar Hastane Bilgi Sistemini kullanmam gerektiğini düşünüyor.							0,926
Benim için önemli insanlar Hastane Bilgi Sistemini kullanmam gerektiğini düşünüyor.							0,912
Sistemi kullanmak görevlerimi daha hızlı tamamlamamı sağlar.	0,846						
Sistemi kullanmak performansımı artırır.	0,834						
Sistemi kullanmak verimliliğimi artırır.	0,829						
Sistemi kullanmak işteki etkinliğimi artırır.	0,828						
Sistemi kullanmak işimi daha kolay yapmamı sağlar.	0,836						
Sistemi kullanarak aynı çaba sonucunda yaptığım iş sayısı artar.	0,723						
Eğer etrafımda ne yapacağımı söyleyecek kimse yoksa herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.				0,732			
Eğer daha önce hiç böyle bir paket kullanmadıysam herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.				0,727			
Eğer başvurabileceğim yalnızca yazılım kılavuzlarım varsa herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.				0,740			
Eğer kendim denemeden önce başkasının sistemi nasıl kullandığını görseydim herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.				0,719			

Tablo 3.12 Döndürülmüş Bileşen Matrisi (Devamı)

Zorda kaldığımda yardım için başka birisini arayabilirsem herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.				0,725			
Düzeltemeyeceğim hatalar yapmaktan korktuğum için Hastane Bilgi Sistemini kullanmaktan çekinirim.			0,838				
Bana yabancı geldiği için Hastane Bilgi Sistemini kullanmaktan kaçınırım.			0,855				
Hastane Bilgi Sistemini kullandığımda bir şekilde sistemi bozarım diye korkuyorum.			0,874				
Hastane Bilgi Sistemini kullanmak beni rahatsız hissettiriyor.			0,842				
Hastane Bilgi Sistemi ile çalışmak beni tedirgin ediyor.			0,877				
Sistemi kullanmak keyifli bir fikirdir.					0,649		
Sistem yaptığım işi daha ilginç kılıyor.					0,744		
Sistem üzerinde çalışmaya başladıktan sonra çalışmamı durdurmam zor oluyor.					0,792		
İşimin sistemi kullanmamı gerektirecek yönlerini sabırsızlıkla bekliyorum.					0,817		
Sistemi kullanmanın sevdiğim çalışma biçimiyle örtüştüğünü düşünüyorum.	0,518						
Sistemi kullanmak çalışma tarzıma uyuyor.	0,562						
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin içeriği tatmin ediciydi.		0,904					
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin süresi tatmin ediciydi.		0,909					
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin seviyesi tatmin ediciydi.		0,918					
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin şekli tatmin ediciydi.		0,904					
Genel olarak, aldığım eğitim yeterliydi.		0,908					

3.5.3. Güvenilirlik Analizi

Çalışmadaki güvenilirliğe iç tutarlılık yöntemi ile bakılmış olup Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Nunnally (1978), $\alpha > 0,70$ olmasının kabul edilebilir olduğunu açıklamıştır. Cronbach Alfa Katsayısı, ölçekte yer alan 35 sorunun homojen olup olmadığını açıklamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını araştırmaktadır (Özkocagil, 2016: 50)

Hastane Bilgi Sistemi Teknoloji Kabul Modeli Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Hastane Bilgi Sistemi Teknoloji Kabul Modeline ilişkin sorularının Cronbach's Alpha ve ifade sayılarına bakılmıştır.

Cronbach's Alpha $> 0,80$ olması, ölçeğin sorularının güvenilir olduğunu göstermiştir. Güvenilirlik İstatistikleri sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.13 Hastane Bilgi Sistemi Teknoloji Kabul Modeli Güvenilirlik İstatistikleri

Cronbach's Alpha	Soru Sayısı
0,956	35

3.5.3.1. Algılanan Kullanım Kolaylığı Boyutu Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha $> 0,80$ olması, Algılanan Kullanım Kolaylığı boyutunun sorularının güvenilir olduğunu göstermiştir. Güvenilirlik İstatistikleri sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.14 Algılanan Kullanım Kolaylığı Boyutu Güvenilirlik Analizi

	İfade-Boyut Korelasyonu	Cronbach's Alpha
Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili etkileşimim anlaşılır ve açıktır.	0,785	0,925
Hastane Bilgi Sistemini kullanmayı öğrenmek benim için kolaydır.	0,845	
Hastane Bilgi Sistemini kullanmada yetkin olmak benim için kolaydı.	0,848	
Genel olarak Hastane Bilgi Sisteminin kullanımının kolay olduğuna inanıyorum.	0,821	
A5 Recoded (Hastane Bilgi Sistemi ile çalışmak karmaşık ve sistemin nasıl çalıştığını anlamak zordur.)	0,723	

3.5.3.2. Sosyal Etki Boyutu Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha>0.80 olması, Sosyal Etki boyutunun sorularının güvenilir olduğunu göstermiştir. Güvenilirlik İstatistikleri sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.15 Sosyal Etki Boyutu Güvenilirlik Analizi

	İfade-Boyut Korelasyonu	Cronbach's Alpha
Kurumumdaki sistemi kullanan kişiler kullanmayanlara göre daha fazla saygınlığa sahiptirler.	0,665	0,882
Davranışımı etkileyen insanlar Hastane Bilgi Sistemini kullanmam gerektiğini düşünüyor.	0,837	
Benim için önemli insanlar Hastane Bilgi Sistemini kullanmam gerektiğini düşünüyor.	0,821	

3.5.5.3. Algılanan Kullanışlılık Boyutu Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha>0.80 olması, Algılanan Kullanışlılık boyutunun sorularının güvenilir olduğunu göstermiştir. Güvenilirlik İstatistikleri sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.16 Algılanan Kullanışlılık Boyutu Güvenilirlik Analizi

	İfade-Boyut Korelasyonu	Cronbach's Alpha
Sistemi kullanmak görevlerimi daha hızlı tamamlamamı sağlar.	0,887	0,960
Sistemi kullanmak performansımı artırır.	0,921	
Sistemi kullanmak verimliliğimi artırır.	0,919	
Sistemi kullanmak işteki etkinliğimi artırır.	0,907	
Sistemi kullanmak işimi daha kolay yapmamı sağlar.	0,894	
Sistemi kullanarak aynı çaba sonucunda yaptığım iş sayısı artar.	0,774	
Sistemi kullanmanın sevdiğim çalışma biçimiyle örtüştüğünü düşünüyorum.	0,727	
Sistemi kullanmak çalışma tarzıma uyuyor.	0,752	

3.5.5.4. Öz Yeterlilik Boyutu Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha>0.80 olması, Öz Yeterlilik boyutunun sorularının güvenilir olduğunu göstermiştir. Güvenilirlik İstatistikleri sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.17 Öz Yeterlilik Boyutu Güvenilirlik Analizi

	İfade-Boyut Korelasyonu	Cronbach's Alpha
Eğer etrafımda ne yapacağımı söyleyecek kimse yoksa herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.	0,779	0,882
Eğer daha önce hiç böyle bir paket kullanmadıysam herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.	0,743	
Eğer başvurabileceğim yalnızca yazılım kılavuzlarım varsa herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.	0,777	
Eğer kendim denemeden önce başkasının sistemi nasıl kullandığını görseydim herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.	0,677	
Zorda kaldığımda yardım için başka birisini arayabilirsem herhangi bir işi Hastane Bilgi Sistemini kullanarak tamamlayabilirim.	0,609	

3.5.5.5. Endişe Boyutu Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha>0.80 olması, Endişe boyutunun sorularının güvenilir olduğunu göstermiştir. Güvenilirlik İstatistikleri sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.18 Endişe Boyutu Güvenilirlik Analizi

	İfade-Boyut Korelasyonu	Cronbach's Alpha
Düzeltemeyeceğim hatalar yapmaktan korktuğum için Hastane Bilgi Sistemini kullanmaktan çekinirim.	0,812	0,948
Bana yabancı geldiği için Hastane Bilgi Sistemini kullanmaktan kaçınırım.	0,862	
Hastane Bilgi Sistemini kullandığımda bir şekilde sistemi bozarım diye korkuyorum.	0,849	
Hastane Bilgi Sistemini kullanmak beni rahatsız hissettiriyor.	0,869	
Hastane Bilgi Sistemi ile çalışmak beni tedirgin ediyor.	0,891	

3.5.5.6. Kullanıma Karşı Tutum Boyutu Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha>0.80 olması, Kullanıma Karşı Tutum boyutunun sorularının güvenilir olduğunu göstermiştir. Güvenilirlik İstatistikleri sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.19 Kullanıma Karşı Tutum Boyutu Güvenilirlik Analizi

	İfade-Boyut Korelasyonu	Cronbach's Alpha
Sistemi kullanmak keyifli bir fikirdir.	0,692	0,869
Sistem yaptığım işi daha ilginç kılıyor.	0,776	
Sistem üzerinde çalışmaya başladıktan sonra çalışmamı durdurmam zor oluyor.	0,651	
İşimin sistemi kullanmamı gerektirecek yönlerini sabırsızlıkla bekliyorum.	0,769	

3.5.5.7. Eğitim Boyutu Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha>0.80 olması, Eğitim boyutunun sorularının güvenilir olduğunu göstermiştir. Güvenilirlik İstatistikleri sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.20 Eğitim Boyutu Güvenilirlik Analizi

	İfade-Boyut Korelasyonu	Cronbach's Alpha
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin içeriği tatmin ediciydi.	0,955	0,985
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin süresi tatmin ediciydi.	0,953	
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin seviyesi tatmin ediciydi.	0,965	
Sistemi kullanmadan önce aldığım eğitimin şekli tatmin ediciydi.	0,940	
Genel olarak, aldığım eğitim yeterliydi.	0,961	

3.6. Teknoloji Kabul Modelinin Alt Boyutlarının İncelenmesi

3.6.1. Alt Boyutlar Bakımından Kullanıcıların Düzeylerinin İncelenmesi

Kullanıcıların algılanan kullanım kolaylığının yüksek olduğu ($\bar{x}=3,55$), kullanıcılar için Hastane Bilgi Sistemini nasıl kullanacağını öğrenmenin ve kullanmanın kolay olduğu, yapılan işlemlerin ise açık ve anlaşılır olduğu görülmüştür. Sosyal etki ($\bar{x}=2,75$), kullanıma karşı tutum ($\bar{x}=2,73$) ve eğitimin ($\bar{x}=2,74$) ortalamalarının ise birbirine çok yakın olduğu görülmüştür.

Tablo 3.21 Alt Boyutlar Bakımından Kullanıcıların Düzeylerinin İncelenmesi

	Ortalama	Std. Sapma
ALGILANAN KULLANIM KOLAYLIĞI	3,55	0,97
SOSYAL ETKİ	2,75	1,18
ALGILANAN KULLANIŞLILIK	3,50	1,01
ÖZ YETERLİLİK	3,19	0,91
ENDİŞE	2,07	1,07
KULLANIMA KARŞI TUTUM	2,73	1,03
EĞİTİM	2,74	1,20

3.6.2. Alt Boyutlar Arasındaki Korelasyonların İncelenmesi

Korelasyon analizi, iki sayısal değişken arasındaki birlikteliği ve yönü belirlemede kullanılan bir istatistiksel yöntemdir. İki değişkenin doğrusal ilişkisinin derecesinin ölçümünde Pearson korelasyon katsayısı kullanılır. Bu katsayı, -1 ile 1 arasında herhangi bir değer alabilir. -1 veya 1'e ne kadar yakın ise, değişkenler arasındaki doğrusal ilişki de o kadar güçlü olur (Akbulut, 2015: 57-58).

Tablo 3.22 Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

	Algılanan Kullanım Kolaylığı	Sosyal Etki	Algılanan Kullanışlılık	Öz Yeterlilik	Endişe	Kullanıma Karşı Tutum	Eğitim
Algılanan Kullanım Kolaylığı	1						
Sosyal Etki	0,159**	1					
Algılanan Kullanışlılık	0,707**	0,268**	1				
Öz Yeterlilik	0,570**	0,205**	0,582**	1			
Endişe	-0,605**	-0,003	-0,479**	-0,391**	1		
Kullanıma Karşı Tutum	0,386**	0,225**	0,585**	0,413**	-0,202**	1	
Eğitim	0,417**	0,170**	0,481**	0,490**	-0,235**	0,484**	1

**p<0,01

Korelasyon analizine bakıldığında, en yüksek ilişki düzeyinin Algılanan Kullanım Kolaylığı ve Algılanan Kullanışlılık arasında olduğu görülmektedir ($r=0,707$). Algılanan Kullanım Kolaylığı ve Algılanan Kullanışlılık arasında pozitif yönde, güçlü, doğrusal bir ilişki vardır.

Kullanıcıların endişe düzeylerini azaltmak için Algılanan Kullanım Kolaylığı ve Algılanan Kullanışlılığın artırılması gerekmektedir. Yani endişeyi azaltmak için Hastane Bilgi Sisteminin ara yüzünün kullanım kolaylığını artırmak ve kullanıcı dostu olmasını sağlamak gerekmektedir. Hastane Bilgi Sisteminin ara yüzünün kullanım kolaylığının artırılıp, kullanıcı dostu olması sağlandıktan sonra kullanıcıların sistemi kullanmaya karşı olan tutumlarının ve öz yeterliliklerinin de artacağı söylenebilir. Ayrıca eğitimle kullanıcıların öz yeterliliklerini artırmalıyız, öz yeterlilik boyutu diğer boyutları da etkilemektedir. Sosyal etki boyutunun ise diğer boyutlar ile arasındaki ilişki düzeyinin ise çok önemli olmadığı görülmektedir.

3.7. Teknoloji Kabul Modeli Alt Boyutları Bakımından Farklılıkların İncelenmesi

Teknoloji Kabul Modeli alt boyutları açısından katılımcıların düzeylerinin cinsiyete, yaşa, eğitim durumlarına, görevlerine ve Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almamalarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amaçlanmıştır. Bunun için t-testi ve tek faktörlü varyans analizi uygulanmıştır.

Bağımsız Grup t-testleri, kendi içinde iki kategoriye ayrılmış bir süreksiz değişken cinsinden bir sürekli değişkenin karşılaştırılması için kullanılmaktadır (Büyüköztürk, 2002: 39). Yani, iki grup arasındaki ortalamaların birbirinden anlamlı farkı olup olmadığını test etmek amacıyla t-testinden yararlanılmaktadır.

Varyans analizi (ANOVA), üç ya da daha fazla grup ortalaması arasında istatistiksel olarak farklılık olup olmadığını test etmek için kullanılan bir yöntemdir (Çelik, 2012: 1)

3.7.1. Cinsiyete Göre Farklılıkların İncelenmesi

Sağlık sektöründe çalışan kadın ve erkekleri, Teknoloji Kabul Modeli alt boyutları ile karşılaştırmak için yapılan t testi sonrasında Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarından biri olan Algılanan Kullanışlılık ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p=0,048$, $p<0,05$). Kadınların puan ortalamalarının (3,6164), erkeklerin puan ortalamasından (3,3730) daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Diğer boyutlara uygulanan bağımsız örneklem T-testi incelendiğinde cinsiyete göre anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.23 Cinsiyete Göre T-Testi Sonuçları

Boyutlar	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Algılanan Kullanım Kolaylığı	Kadın	146	3,5781	0,94632	0,482	0,630
	Erkek	126	3,5206	1,01857		
Sosyal Etki	Kadın	146	2,7831	1,13771	0,405	0,686
	Erkek	126	2,7249	1,23150		
Algılanan Kullanışlılık	Kadın	146	3,6164	0,99293	1,985	0,048*
	Erkek	126	3,3730	1,02676		
Öz Yeterlilik	Kadın	146	3,2110	0,86392	0,255	0,799
	Erkek	126	3,1825	0,97127		
Endişe	Kadın	146	2,0699	1,05715	-0,073	0,942
	Erkek	126	2,0794	1,08990		
Kullanıma Karşı Tutum	Kadın	146	2,8356	0,99630	1,685	0,093
	Erkek	126	2,6250	1,06337		
Eğitim	Kadın	146	2,7836	1,22176	0,505	0,614
	Erkek	126	2,7095	1,18433		

*p<0,05

Kadın ve erkeklerin toplam teknoloji kabul düzeylerinin karşılaştırılması için yapılan t testi sonrasında kadın ve erkek çalışanların toplam teknoloji kabul düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 3.24 Toplam Teknoloji Kabul Düzeyinin Cinsiyete Bağlı Değişip Değişmemesi ile İlgili Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Toplam Teknoloji Kabul Düzeyi	Kadın	146	3,0630	0,53607	1,761	0,079
	Erkek	126	2,9481	0,53710		

3.7.2. Hizmet İçi Eğitim Alan ve Almayan Kişilere Göre Farklılıkların İncelenmesi

Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alan ve almayan kişileri, Teknoloji Kabul Modeli alt boyutları ile karşılaştırmak için yapılan t testi sonrasında Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarından biri olan Öz Yeterlilik ile Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alan ve almayanlar arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p=0,011$, $p<0,05$). Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alanların puan ortalamalarının (3,3048), hizmet içi eğitim almayanların puan ortalamasından (3,0250) daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Hastane Bilgi Sistemi kullanımı öz yeterliliği artırmak için sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitim alması önemli olarak düşünülebilir.

Diğer boyutlara uygulanan bağımsız örneklem t-testi incelendiğinde Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almamalarına göre anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.25 Teknoloji Kabul Modeli Alt Boyutlarının Hizmet İçi Eğitime Bağlı Değişip Değişmemesi ile İlgili Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

Boyutlar	Hizmet İçi Eğitim	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Algılanan Kullanım Kolaylığı	Evet	168	3,6333	0,98289	1,759	0,080
	Hayır	104	3,4192	0,96281		
Sosyal Etki	Evet	168	2,7083	1,19279	-0,848	0,397
	Hayır	104	2,8333	1,16122		
Algılanan Kullanışlılık	Evet	168	3,5811	1,01090	1,605	0,110
	Hayır	104	3,3786	1,01183		
Öz Yeterlilik	Evet	168	3,3048	0,95803	2,575	0,011*
	Hayır	104	3,0250	0,81190		
Endişe	Evet	168	1,9774	1,02669	-1,906	0,058
	Hayır	104	2,2308	1,12510		
Kullanıma Karşı Tutum	Evet	168	2,8244	1,08320	1,762	0,079
	Hayır	104	2,5986	0,92983		

* $p<0,05$

Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alan ve almayan kişilerin toplam teknoloji kabul düzeylerinin karşılaştırılması için yapılan t testi sonrasında hizmet içi eğitim alan ve almayanların toplam teknoloji kabul düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,139$, $p>0,05$). Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alanların puan

ortalamalarının (3,0478), hizmet içi eğitim almayanların puan ortalamasından (2,9484) daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 3.26 Toplam Teknoloji Kabul Düzeyinin Hizmet İçi Eğitime Bağlı Değişip Değişmemesi ile İlgili Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	Hizmet İçi Eğitim	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Toplam Teknoloji Kabul Düzeyi	Evet	168	3,0478	0,54533	1,483	0,139
	Hayır	104	2,9484	0,52438		

3.7.3. Sağlık Alanında Eğitim Alan ve Almayan Kişilere Göre Farklılıkların İncelenmesi

Lise, yüksek okul, üniversitede sağlık ile ilgili bir bölümde okuyan kişileri sağlık ile ilgili eğitim almış olarak kabul ediyoruz. Sağlık alanında eğitim alan ve almayan kişileri, Teknoloji Kabul Modeli alt boyutları ile karşılaştırmak için yapılan t testi sonrasında Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarından herhangi biri ile sağlık alanında eğitim alan ve almayan kişiler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.27 Teknoloji Kabul Modeli Alt Boyutlarının Sağlık Alanında Eğitim Alan ve Almayan Kişilere Bağlı Değişip Değişmemesi ile İlgili Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

Boyutlar	Sağlık Alanında Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Algılanan Kullanım Kolaylığı	Evet	176	3,51477	1,018575	0,837	0,404
	Hayır	96	3,61875	,903364		
Sosyal Etki	Evet	176	2,69886	1,189200	1,084	0,279
	Hayır	96	2,86111	1,162440		
Algılanan Kullanışlılık	Evet	176	3,44886	1,009090	1,208	0,228
	Hayır	96	3,60417	1,021104		
Öz Yeterlilik	Evet	176	3,23068	0,970992	-0,850	0,396
	Hayır	96	3,13750	0,799111		
Endişe	Evet	176	2,07159	1,035424	0,056	0,956
	Hayır	96	2,07917	1,137487		

Tablo 3.27 Teknoloji Kabul Modeli Alt Boyutlarının Sağlık Alanında Eğitim Alan ve Almayan Kişilere Bağlı Değişip Değişmemesi ile İlgili Bağımsız Örneklemeler T-Testi Sonuçları (Devamı)

Kullanıma Karşı Tutum	Evet	176	2,67188	1,032994	1,436	0,152
	Hayır	96	2,85938	1,022647		
Eğitim	Evet	176	2,71818	1,197382	0,576	0,565
	Hayır	96	2,80625	1,217228		

3.7.4. Yaş Gruplarına Göre Farklılıkların İncelenmesi

Yapılan ANOVA testi sonucunda, Algılanan Kullanım Kolaylığı, Algılanan Kullanışlılık, Endişe ve Kullanıma Karşı Tutum ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını görmek için Post Hoc-Scheffe testine bakılmıştır.

Tablo 3.28’de verilen sonuçlara göre; Algılanan Kullanım Kolaylığı boyutu ele alındığında, 24 ve altı yaş ile 55 ve üstü, 25-34 yaş ile 45-54 ve 55 ve üstü yaş, 35-44 yaş ile 55 ve üstü yaş ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu söylenebilir.

Algılanan Kullanışlılık boyutu ele alındığında, 24 ve altı yaş ile 45-54 yaş ve 55 ve üstü yaş, 25-34 yaş ile 45-54 yaş ve 55 ve üstü yaş, 35-44 yaş ile 45-54 yaş ve 55 ve üstü yaş ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Endişe ve Kullanıma Karşı Tutum boyutu ele alındığında ise, yaş gruplarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 3.28 Teknoloji Kabul Modeli Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Varyans Analizi ve Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Boyutlar	F	p	Yaş (I)	Yaş (J)	(I-J) Ortalama fark	p
Algılanan Kullanım Kolaylığı	7,250	0,000**	24 ve altı	55 ve üstü	1,42056	0,002
			25-34	45-54	0,95186	0,033
				55 ve üstü	1,39832	0,001
			35-44	55 ve üstü	1,34801	0,004
			45-54	25-34	-0,95186	0,033
			55 ve üstü	24 ve altı	-1,42056	0,002
Algılanan Kullanışlılık	7,756	0,000**		25-34	-1,39832	0,001
				35-44	-1,34801	0,004
			24 ve altı	45-54	1,08864	0,029
				55 ve üstü	1,43333	0,003
			25-34	45-54	1,07905	0,014

				55 ve üstü	1,42374	0,001
			35-44	45-54	1,09241	0,022
				55 ve üstü	1,43711	0,002
			45-54	24 ve altı	-1,08864	0,029
				25-34	-1,07905	0,014
				35-44	-1,09241	0,022
			55 ve üstü	24 ve altı	-1,43333	0,003
				25-34	-1,42374	0,001
				35-44	-1,43711	0,002
Endişe	2,992	0,019**				
Kullanıma Karşı Tutum	4,149	0,003**				

**p<0,05

3.7.5. Görev Gruplarına Göre Farklılıkların İncelenmesi

Yapılan ANOVA testi sonucunda, Algılanan Kullanım Kolaylığı, Algılanan Kullanışlılık, Öz Yeterlilik, Endişe, Kullanıma Karşı Tutum ve Eğitim ile görev grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını görmek için Post Hoc-Scheffe testine bakılmıştır.

Algılanan Kullanım Kolaylığı, Öz Yeterlilik, Endişe ve Eğitim alt boyutlarında F testi anlamlı çıkmasına rağmen Post Hoc-Scheffe testi sonucunda gruplar arasında herhangi bir anlamlı fark bulunmadığı için tabloda bu boyutlara yer verilmemiştir.

Tablo 3.29’da verilen sonuçlara göre; Algılanan Kullanışlılık boyutu ele alındığında, Tıbbi Sekreter ile Paramedik ve Radyoloji Teknisyeni, Paramedik ile Diş Teknisyeni, Eczacı ve Diğer, Radyoloji Teknisyeni ile Eczacı görev grupları ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu söylenebilir.

Kullanıma Karşı Tutum boyutu ele alındığında, Doktor ile Diğer, Paramedik ile Diğer, Radyoloji Teknisyeni ile Diğer görev grupları ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Algılanan Kullanım Kolaylığı, Öz Yeterlilik, Endişe ve Eğitim boyutları ele alındığında ise, görev gruplarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 3.29 Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarının Görev Gruplarına Göre Varyans Analizi ve Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Boyutlar	F	p	Görev (I)	Görev (J)	(I-J)	p
Algılanan Kullanışlılık	6,651	0,000**	Tıbbi Sekreter	Paramedik	1,817460	0,001
				Radyoloji Teknisyeni	1,715278	0,027

			Paramedik	Tıbbi Sekreter	-1,817460	0,001
				Diş Teknisyeni	-1,442158	0,023
				Eczacı	-1,764509	0,003
				Diğer	-1,605655	0,004
			Radyoloji Teknisyeni	Tıbbi Sekreter	-1,715278	0,027
				Eczacı	-1,662326	0,050
			Diş Teknisyeni	Paramedik	1,442158	0,023
			Eczacı	Paramedik	1,764509	0,003
				Acil Tıp Teknisyeni	1,005580	0,546
				Radyoloji Teknisyeni	1,662326	0,050
			Diğer	Paramedik	1,605655	0,004
Kullanıma Karşı Tutum	4,338	0,000**	Doktor	Diğer	-1,047917	0,027
			Paramedik	Diğer	-1,501488	0,024
			Radyoloji Teknisyeni	Diğer	-1,656250	0,046
			Diğer	Doktor	1,047917	0,027
				Paramedik	1,501488	0,024
				Radyoloji Teknisyeni	1,656250	0,046

**p<0,05

3.8. Hastane Bilgi Sistemi Yeterliliği Bakımından Farklılıkların Parametrik Olmayan Testler İle İncelenmesi

Mann Whitney U testi, birbiriyle bağlantısız iki örneklemden çıkan puanların birbirlerinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için kullanılır (Karacaoğlu, 2008: 78). Mann-Whitney U testi, temel kitle dağılımı için varyansların homojenliği varsayımını genel olarak kabul etmemektedir. Bu sebeple iki bağımsız örneklem t testi yerine Mann-Whitney U testinin kullanımı daha doğru olacaktır (Üstündağ, 2005: 4).

ANOVA testi normallikten sapmalara bazı yönlerden dayanıklı olmakla beraber, varyansların homojen olmaması durumuna dayanıklı değildir. Verilerimizin varsayımları karşılamaması durumunda bu testin parametrik olmayan şeklinden faydalanmamız gerekir. Kruskal Wallis H Testi ANOVA'nın parametrik olmayan alternatifidir (Aktürk ve Acemoğlu, 2011: 200).

Yaş, görev, tecrübe gibi ikiden fazla seçeneqli değişkenlerin Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı, iş yükünü azaltması ve genel olarak yeterli olup olmaması bakımından farklılığa neden olup olmadığını belirlemek için ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

3.8.1. Cinsiyet Açısından Mann Whitney U Testi

Erkekler ve kadınlar arasında Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı, iş yükünü azaltması ve genel olarak yeterli olup olmaması bakımından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır ve erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 3.30 Cinsiyet Açısından Mann Whitney U Testi

	Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi veri/bilgi tutarlılığı bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi iş yükünü azaltması bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi genel olarak yeterli midir?
Mann-Whitney U	8730,000	8986,000	8900,000	8987,500	9127,000	8674,000
Wilcoxon W	19461,000	16987,000	16901,000	16988,500	17128,000	19405,000
Z	-0,755	-0,338	-0,476	-0,342	-0,114	-0,849
p	0,450	0,735	0,634	0,732	0,909	0,396

Tablo 3.31 Mann Whitney U Testine Göre Cinsiyet Sıra Ortalamaları

	Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması
Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?	Kadın	146	133,29
	Erkek	126	140,21
Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?	Kadın	146	137,95
	Erkek	126	134,82
Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?	Kadın	146	138,54
	Erkek	126	134,13
Hastane Bilgi Sistemi veri/bilgi tutarlılığı bakımından yeterli midir?	Kadın	146	137,94
	Erkek	126	134,83
Hastane Bilgi Sistemi iş yükünü azaltması bakımından yeterli midir?	Kadın	146	136,99
	Erkek	126	135,94
Hastane Bilgi Sistemi genel olarak yeterli midir?	Kadın	146	132,91
	Erkek	126	140,66

Erkekler ve kadınlar arasında Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı açısından ve genel olarak erkeklerin ortalamasının daha yüksek olduğu, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı ve iş yükünü azaltması açısından da kadınların ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür.

3.8.2. Hizmet İçi Eğitim Alıp Almama Açısından Mann Whitney U Testi

Tablo 3.32 Hizmet İçi Eğitim Alıp Almama Açısından Mann Whitney U Testi

	Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi veri/bilgi tutarlılığı bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi iş yükünü azaltması bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi genel olarak yeterli midir?
Mann-Whitney U	8095,500	8020,000	7686,000	8495,500	8423,000	7607,500
Wilcoxon W	13555,500	13480,000	13146,000	13955,500	13883,000	13067,500
Z	-1,060	-1,173	-1,720	-0,401	-0,516	-1,877
p	0,289	0,241	0,086	0,689	0,606	0,061

Hizmet İçi Eğitim alan ve almayanlar arasında Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı, iş yükünü azaltması ve genel olarak yeterli olup olmaması bakımından fark olup olmadığını saptamak için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır ve hizmet içi eğitim alıp almama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.33 Mann Whitney U Testine Göre Hizmet İçi Eğitim Alıp Almama Açısından Sıra Ortalamaları

	Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması
Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?	Kadın	146	133,29
	Erkek	126	140,21
Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?	Kadın	146	137,95
	Erkek	126	134,82
Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?	Kadın	146	138,54
	Erkek	126	134,13

Hastane Bilgi Sistemi veri/bilgi tutarlılığı bakımından yeterli midir?	Kadın	146	137,94
	Erkek	126	134,83
Hastane Bilgi Sistemi iş yükünü azaltması bakımından yeterli midir?	Kadın	146	136,99
	Erkek	126	135,94
Hastane Bilgi Sistemi genel olarak yeterli midir?	Kadın	146	132,91
	Erkek	126	140,66

Hizmet İçi Eğitim alan ve almayanlar arasında Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı, iş yükünü azaltması açısından ve genel olarak hizmet içi eğitim alanların ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür.

3.8.3. Yaş Açısından Kruskal Wallis H Testi

Yaş açısından yapılan Kruskal Wallis H Testi sonuçları incelendiğinde sağlık sektöründe çalışanların yaşlarının, Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, iş yükünü azaltması üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı ($p<0.05$), ancak Hastane Bilgi Sisteminin veri/bilgi tutarlılığı ve genel olarak yeterli olması üzerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 3.34 Yaş Açısından Kruskal Wallis H Testi

	Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi veri/bilgi tutarlılığı bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi iş yükünü azaltması bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi genel olarak yeterli midir?
Ki-Kare	17,426	16,591	20,598	13,357	18,742	13,083
Sd	4	4	4	4	4	4
p	0,002*	0,002*	0,000*	0,01*	0,001*	0,011*

* $p<0,05$

Tablo 3.35 Kruskal Wallis H Testine Göre Yaş Grupları Açısından Sıra Ortalamaları

	Yaş	N	Sıra Ortalaması
Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?	24 ve altı	40	143,00
	25-34	159	137,72
	35-44	53	151,13
	45-54	11	95,59
	55 ve üstü	9	49,94
Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?	24 ve altı	40	157,44
	25-34	159	130,98
	35-44	53	156,57
	45-54	11	87,82
	55 ve üstü	9	82,22
Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?	24 ve altı	40	155,94
	25-34	159	134,18
	35-44	53	153,65
	45-54	11	77,45
	55 ve üstü	9	62,22
Hastane Bilgi Sistemi veri/bilgi tutarlılığı bakımından yeterli midir?	24 ve altı	40	154,43
	25-34	159	134,98
	35-44	53	147,36
	45-54	11	81,68
	55 ve üstü	9	86,67
Hastane Bilgi Sistemi iş yükünü azaltması bakımından yeterli midir?	24 ve altı	40	160,80
	25-34	159	131,41
	35-44	53	154,34
	45-54	11	88,36
	55 ve üstü	9	72,28
Hastane Bilgi Sistemi genel olarak yeterli midir?	24 ve altı	40	151,79
	25-34	159	133,14
	35-44	53	153,23
	45-54	11	95,68
	55 ve üstü	9	79,39

24 ve altı, 25-34, 35-44, 45-54 ve 55 ve üstü yaş grupları arasında Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı açısından ve genel olarak 35-44 yaş grubundakilerin ortalamasının daha yüksek olduğu, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı ve iş yükünü azaltması açısından da 24 ve altı yaş grubundakilerin ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. 25-34 yaş grubundakiler, 24 ve altı ve 35-44 yaş grubundakilere göre

Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı, iş yükünü azaltması bakımından ve genel olarak daha az yeterli bulmaktadırlar.

3.8.4. Görev Açısından Kruskal Wallis H Testi

Tablo 3.36 Görev Açısından Kruskal Wallis H Testi

	Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi veri/bilgi tutarlılığı bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi iş yükünü azaltması bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi genel olarak yeterli midir?
Ki-Kare	12,725	17,411	17,238	21,017	21,231	17,214
Sd	10	10	10	10	10	10
p	0,239	0,066	0,069	0,021*	0,020*	0,070

*p<0,05

Görev açısından yapılan Kruskal Wallis H Testi sonuçları incelendiğinde sağlık sektöründe çalışanların görevlerinin, Hastane Bilgi Sisteminin veri/bilgi tutarlılığı, iş yükünü azaltması üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı ($p<0.05$), ancak Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması ve genel olarak yeterli olması üzerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 3.37 Kruskal Wallis H Testine Göre Görev Pozisyonları Açısından Sıra Ortalamaları

	Görev	N	Sıra Ortalaması
Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?	Doktor	70	126,19
	Diş Hekimi	38	142,34
	Hemşire	33	134,50
	Tıbbi Sekreter	18	146,75
	Intern	13	155,35
	Paramedik	14	110,64
	Acil Tıp Teknisyeni	14	136,21
	Radyoloji Teknisyeni	9	80,89
	Diş Teknisyeni	23	144,78
	Eczacı	16	164,88

	Diğer	24	151,42
Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?	Doktor	70	118,13
	Diş Hekimi	38	120,53
	Hemşire	33	143,64
	Tıbbi Sekreter	18	160,19
	Intern	13	127,88
	Paramedik	14	126,18
	Acil Tıp Teknisyeni	14	140,64
	Radyoloji Teknisyeni	9	110,28
	Diş Teknisyeni	23	171,76
	Eczacı	16	160,69
	Diğer	24	155,98
Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?	Doktor	70	119,83
	Diş Hekimi	38	127,83
	Hemşire	33	144,77
	Tıbbi Sekreter	18	163,06
	Intern	13	129,23
	Paramedik	14	123,11
	Acil Tıp Teknisyeni	14	134,04
	Radyoloji Teknisyeni	9	87,50
	Diş Teknisyeni	23	166,52
	Eczacı	16	161,81
	Diğer	24	153,48
Hastane Bilgi Sistemi veri/bilgi tutarlılığı bakımından yeterli midir?	Doktor	70	125,35
	Diş Hekimi	38	133,61
	Hemşire	33	138,79
	Tıbbi Sekreter	18	155,33
	Intern	13	166,50
	Paramedik	14	91,96

	Acil Tıp Teknisyeni	14	112,32
	Radyoloji Teknisyeni	9	91,83
	Diş Teknisyeni	23	168,98
	Eczacı	16	154,63
	Diğer	24	153,71
Hastane Bilgi Sistemi iş yükünü azaltması bakımından yeterli midir?	Doktor	70	117,90
	Diş Hekimi	38	131,04
	Hemşire	33	133,21
	Tıbbi Sekreter	18	158,11
	Intern	13	172,46
	Paramedik	14	102,25
	Acil Tıp Teknisyeni	14	141,43
	Radyoloji Teknisyeni	9	95,44
	Diş Teknisyeni	23	165,52
	Eczacı	16	160,59
	Diğer	24	156,85
	Doktor	70	127,30
Hastane Bilgi Sistemi genel olarak yeterli midir?	Diş Hekimi	38	128,66
	Hemşire	33	135,12
	Tıbbi Sekreter	18	158,61
	Intern	13	150,38
	Paramedik	14	97,93
	Acil Tıp Teknisyeni	14	135,61
	Radyoloji Teknisyeni	9	85,94
	Diş Teknisyeni	23	159,39
	Eczacı	16	151,03
	Diğer	24	163,90

Doktor, Diş Hekimi, Hemşire, Tıbbi Sekreter, Intern, Paramedik, Acil Tıp Teknisyeni, Radyoloji Teknisyeni, Diş Teknisyeni, Eczacı ve Diğer meslek grupları arasında Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı açısından Eczacı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı bakımından Diş Teknisyeni, iş yükünü azaltması açısından Intern ve genel olarak Diğer meslek grubundakilerin ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer meslek grubundakiler, Eczacı ve Interne göre Hastane Bilgi Sistemini kullanım kolaylığı açısından daha az yeterli görmektedirler. Tıbbi Sekreterler, Diş Teknisyeni ve Eczacılara göre Hastane Bilgi Sistemini arıza/hata vermemesi bakımından daha az yeterli görmektedirler. Eczacılar, Diş Teknisyeni ve Tıbbi Sekreterlere göre Hastane Bilgi Sistemini hızlı çalışması açısından daha az yeterli görmektedirler. Tıbbi Sekreterler, Diş Teknisyeni ve Interne göre Hastane Bilgi Sistemini veri/bilgi tutarlılığı açısından daha az yeterli görmektedirler. Eczacılar, Intern ve Diş Teknikerlerine göre Hastane Bilgi Sistemini iş yükünü azaltması bakımından daha az yeterli görmektedirler. Tıbbi Sekreterler, Diğer meslek grubundakilere ve Diş Teknisyenine göre Hastane Bilgi Sistemini genel olarak daha az yeterli görmektedirler.

3.8.5. Tecrübe Açısından Kruskal Wallis H Testi

Tecrübe açısından yapılan Kruskal Wallis H Testi sonuçları incelendiğinde sağlık sektöründe çalışanların tecrübe sürelerinin, Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı, iş yükünü azaltması ve genel olarak yeterli olması üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı ($p<0.05$) görülmüştür.

Tablo 3.38 Tecrübe Açısından Kruskal Wallis H Testi

	Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi veri/bilgi tutarlılığı bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi iş yükünü azaltması bakımından yeterli midir?	Hastane Bilgi Sistemi genel olarak yeterli midir?
Ki-Kare	25,283	13,404	19,119	21,875	24,993	16,269
Sd	4	4	4	4	4	4
P	0,000*	0,009*	0,001*	0,000*	0,000*	0,003*

* $p<0,05$

Tablo 3.39 Kruskal Wallis H Testine Göre Sağlık Sektöründe Çalışanların Tecrübeleri Açısından Sıra Ortalamaları

	Tecrübe	N	Sıra Ortalaması
Hastane Bilgi Sistemi kullanım kolaylığı bakımından yeterli midir?	0-1 Yıl	39	148,42
	2-5 Yıl	125	137,78
	6-10 Yıl	65	149,45
	11-20 Yıl	28	133,39
	21 Yıl ve üzeri	15	44,53
Hastane Bilgi Sistemi arıza/hata vermemesi bakımından yeterli midir?	0-1 Yıl	39	159,03
	2-5 Yıl	125	137,62
	6-10 Yıl	65	138,19
	11-20 Yıl	28	128,93
	21 Yıl ve üzeri	15	75,37
Hastane Bilgi Sistemi hızlı çalışması bakımından yeterli midir?	0-1 Yıl	39	158,31
	2-5 Yıl	125	139,42
	6-10 Yıl	65	139,36
	11-20 Yıl	28	127,63
	21 Yıl ve üzeri	15	59,63
Hastane Bilgi Sistemi veri/bilgi tutarlılığı bakımından yeterli midir?	0-1 Yıl	39	167,22
	2-5 Yıl	125	136,35
	6-10 Yıl	65	144,18
	11-20 Yıl	28	111,79
	21 Yıl ve üzeri	15	70,73
Hastane Bilgi Sistemi iş yükünü azaltması bakımından yeterli midir?	0-1 Yıl	39	165,49
	2-5 Yıl	125	129,42
	6-10 Yıl	65	149,75
	11-20 Yıl	28	139,04
	21 Yıl ve üzeri	15	58,03
Hastane Bilgi Sistemi genel olarak yeterli midir?	0-1 Yıl	39	154,37
	2-5 Yıl	125	134,75
	6-10 Yıl	65	147,65
	11-20 Yıl	28	130,00
	21 Yıl ve üzeri	15	68,43

0-1 Yıl, 2-5 Yıl, 6-10 Yıl, 11-20 Yıl ve 21 Yıl ve üzeri tecrübeye sahip gruplar arasında Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı açısından 6-10 Yıl tecrübeye sahip olanların ortalamasının daha yüksek olduğu, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı, iş yükünü azaltması bakımından ve genel olarak 0-1 Yıl tecrübeye sahip olanların ortalamasının

daha yüksek olduğu görülmüştür. 2-5 yıl arasında tecrübeye sahip olanlar 0-1 yıl ve 6-10 yıl arasında tecrübeye sahip olanlara göre Hastane Bilgi Sistemini kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, veri/bilgi tutarlılığı açısından ve genel olarak daha az yeterli görmektedirler.

3.9. Hastane Bilgi Sistemi Kullanımına Karşı Tutum İçin Regresyon Analizi

Tablo 3.40 Hastane Bilgi Sistemi Kullanımına Karşı Tutum İçin Regresyon Model Özeti ve ANOVA Tablosu

Model	R^2	Düzeltilmiş R^2	Durbin- Watson	ANOVA	
				F	p
1	0,409	0,395	1,586	30,536	0,000*

*p<0,01

Bağımlı değişken kullanıma karşı tutuma etki eden faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizinde, bağımlı değişken kullanıma karşı tutumun %39,5' i Algılanan Kullanım Kolaylığı, Sosyal Etki, Algılanan Kullanışlılık, Öz Yeterlilik, Endişe ve Eğitim bağımsız değişkenleri ile açıklanabilmektedir. ANOVA tablosunda ise; p<0,01 çıkması, regresyon modelinin anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.41 Hastane Bilgi Sistemi Kullanımına Karşı Tutum İçin Katsayılar Tablosu

Model	B	β	T	p
Sabit	0,118		0,353	0,725
Algılanan Kullanım Kolaylığı	-0,069	-0,066	-0,861	0,390
Sosyal Etki	0,041	0,047	0,945	0,346
Algılanan Kullanışlılık	0,511	0,503	6,852	0,000*
Öz Yeterlilik	0,064	0,056	0,893	0,372
Endişe	0,078	0,081	1,335	0,183
Eğitim	0,217	0,253	4,467	0,000*

*p<0,01

Bağımsız değişkenlerin kullanıma karşı tutumu açıklama anlamlılık değerlerine bakıldığında Algılanan Kullanım Kolaylığı=0,390, Sosyal Etki=0,346, Öz Yeterlilik=0,372 ve Endişe=0,183 olarak bulunmuştur. Bu değerler, Algılanan Kullanım Kolaylığı, Sosyal Etki, Öz Yeterlilik ve Endişe değişkenlerinin kullanıma karşı tutumu açıklamada anlamlı olmadıklarını göstermektedir. Algılanan Kullanışlılık ve Eğitim değişkenlerinin ise kullanıma karşı tutumu açıklamada anlamlı oldukları görülmüştür.

Algılanan Kullanım Kolaylığı, Sosyal Etki, Öz Yeterlilik ve Endişe değişkenlerinin β katsayıları davranışsal niyet üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı için çıkarılmışlardır. Bu dört değişken çıkarıldıktan sonra yeniden regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 3.42 Son Regresyon Model Özeti ve ANOVA Tablosu

Model	R^2	Düzeltilmiş R^2	Durbin- Watson	ANOVA	
				F	p
1	0,396	0,391	1,556	88,002	0,000*

*p<0,01

Bağımlı değişken kullanıma karşı tutumun %39,1'i, Algılanan Kullanışlılık ve Eğitim bağımsız değişkenleri ile açıklanabilmektedir. ANOVA tablosunda ise; p<0,01 çıkması, regresyon modelinin anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.43 Son Katsayılar Tablosu

Model	B	β	T	p
Sabit	0,485		2,705	0,007**
Algılanan Kullanışlılık	0,466	0,458	8,467	0,000**
Eğitim	0,226	0,264	4,876	0,000**

**p<0,01

Tablo 3.43'te Hastane Bilgi Sistemi için yapılan regresyon analizinde sonuç itibariyle katsayıları anlamlı olan bağımsız değişkenler, bunlara ilişkin standardize β katsayıları, katsayılara ilişkin anlamlılık değerleri verilmiştir.

Algılanan Kullanışlılık ve Eğitim değişkenlerinin kullanıma karşı tutumu açıklamada anlamlı oldukları görülmüştür. β katsayılarına bakıldığında, en yüksek katsayı değerinin 0,458 ile Algılanan Kullanışlılık olduğu görülmektedir. Bu nedenle, kullanıma karşı tutuma etki eden en yüksek katsayılı değişken Algılanan Kullanışlılıktır. Bu sonuçlara göre Hastane Bilgi Sisteminin kullanılmasını teşvik etmek için sistemin daha kullanışlı hale getirilmesi ve kullanıcılara daha fazla eğitim verilmesi gerekmektedir.

SONUÇ

Sağlık sektöründe çalışanların teknoloji kullanımlarını incelemek için teknoloji kabul modelinden yararlanılmıştır.

Türkiye’den 9 farklı ilden, 272 kişinin çalışmaya katılımı sağlanmıştır. Araştırmaya katılanların 146’sı kadın, 126’sı erkektir. Görevlerine, pozisyonlarına bakıldığında doktor 70 kişi, diş hekimi 38 kişi, hemşire 33 kişi, tıbbi sekreter 18 kişi, intern 13 kişi, paramedik ve acil tıp teknisyeni 14’er kişi, radyoloji teknisyeni-teknikeri 9 kişi, diş teknisyeni-teknikeri, 23 kişi, eczacı 16 kişi ve diğer görev grubundan da 24 kişinin çalışmaya katıldığı gözlenmiştir. Çalışmaya katılanların tecrübelerine bakıldığında 0-1 yıl arası tecrübeye sahip 39 kişi, 2-5 yıl tecrübeye sahip 125 kişi, 6-10 yıl arası tecrübeye sahip 65 kişi, 11-20 yıl arası tecrübeye sahip 28 kişi ve 21 yıl ve üzeri tecrübeye sahip 15 kişidir. Yaş dağılımlarına bakıldığında; 24 ve altı 40 kişi, 25-34 yaş arası 159 kişi, 35-44 yaş aralığında 53 kişi, 45-54 yaş arası 11 kişi ve 55 ve üstü ise 9 kişinin katılımı olarak çalışmamızda yer aldığı gözlenmiştir. Eğitim dağılımlarına bakıldığında ise; lise mezunu 17 kişi, Yüksekokul mezunu 53 kişi, üniversite mezunu 126 kişi, yüksek lisans mezunu 15 kişi ve doktora mezunu da 61 kişidir.

Çalışmaya katılan kullanıcıların algılanan kullanım kolaylığı ortalamasının yüksek olduğu yani, kullanıcılar için Hastane Bilgi Sistemini nasıl kullanacağını öğrenmenin ve kullanmanın kolay olduğu, yapılan işlemlerin ise açık ve anlaşılır olduğu görülmüştür. Ancak hızlı çalışması ve arıza/hata vermemesi ortalamalarının düşük olduğu görülmüş olup kullanıcılar açısından hastane bilgi sisteminin hızlı çalışması ve arıza/hata vermemesi için iyileştirmeler yapılmalıdır.

Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarından biri olan Algılanan Kullanışlılık ile cinsiyet arasında ise anlamlı bir fark olduğu, kadınların kullandıkları Hastane Bilgi Sistemi sayesinde işteki performansları, verimlilikleri, etkinliklerinin arttığını düşündükleri gözlenmiştir.

Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarından biri olan Öz Yeterlilik ile Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alan ve almayanlar arasında anlamlı farklılık olduğu ortaya çıkmış, Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca dayanarak, Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitime verilen önemin artması, sağlık sektöründe çalışan herkesin bu eğitimlere katılımının sağlanması ile çalışanların sistemi kullanmak için gerekli yetenek ve kapasiteye sahip olduklarının farkına varmaları sağlanabilir. Böylece daha verimli bir çalışma ortamına ulaşılmış olacaktır.

Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alan ve almayan kişilerin teknoloji kabul modeline olan duyarlılıkları karşılaştırıldığı zaman Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitim alanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş olup Hastane Bilgi Sistemi ile ilgili hizmet içi eğitime verilen önem artırılmalı ve sağlık sektöründe çalışan herkesin bu eğitimlere katılımı sağlanmalıdır. Hizmet içi eğitim almaları kullanıcıların öz yeterlilik seviyelerinde de artışa neden olmaktadır.

Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarından Algılanan Kullanım Kolaylığı, Algılanan Kullanışlılık, Endişe ve Kullanıma Karşı Tutum ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarından Algılanan Kullanım Kolaylığı, Algılanan Kullanışlılık, Öz Yeterlilik, Endişe, Kullanıma Karşı Tutum ve Eğitim ile de görev grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir.

Yaş açısından yapılan Kruskal Wallis H Testi sonuçları incelendiğinde sağlık sektöründe çalışanların yaşlarının, Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, iş yükünü azaltması üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı, görev açısından yapılan Kruskal Wallis H Testi sonuçları incelendiğinde sağlık sektöründe çalışanların görevlerinin, Hastane Bilgi Sisteminin veri/bilgi tutarlılığı, iş yükünü azaltması üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı, tecrübe açısından yapılan Kruskal Wallis H Testi sonuçları incelendiğinde sağlık sektöründe çalışanların tecrübe sürelerinin, Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı, iş yükünü azaltması ve genel olarak yeterli olması üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı görülmüştür. 25-34 yaş grubundakiler, 24 ve altı ve 35-44 yaş grubundakilere göre Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, hızlı çalışması, veri/bilgi tutarlılığı, iş yükünü azaltması bakımından ve genel olarak daha az yeterli bulmaktadırlar. Diğer meslek grubundakiler, Eczacı ve Interne göre Hastane Bilgi Sistemini kullanım kolaylığı açısından daha az yeterli görmektedirler. Tıbbi Sekreterler, Diş Teknisyeni ve Eczacılara göre Hastane Bilgi Sistemini arıza/hata vermemesi bakımından daha az yeterli görmektedirler. Eczacılar, Diş Teknisyeni ve Tıbbi Sekreterlere göre Hastane Bilgi Sistemini hızlı çalışması açısından daha az yeterli görmektedirler. Tıbbi Sekreterler, Diş Teknisyeni ve Interne göre Hastane Bilgi Sistemini veri/bilgi tutarlılığı açısından daha az yeterli görmektedirler. Eczacılar, Intern ve Diş Teknikerlerine göre Hastane Bilgi Sistemini iş yükünü azaltması bakımından daha az yeterli görmektedirler. Tıbbi Sekreterler, Diğer meslek grubundakilere ve Diş Teknisyenine göre Hastane Bilgi Sistemini genel olarak daha az yeterli görmektedirler. 2-5 yıl arasında tecrübeye sahip olanlar 0-1 yıl ve 6-10 yıl arasında tecrübeye sahip olanlara göre Hastane Bilgi Sistemini kullanım kolaylığı, arıza/hata vermemesi, veri/bilgi tutarlılığı açısından ve genel olarak daha az

yeterli görmektedirler. Bu sonuçlara göre fark yaratan yaş, tecrübe süresi ve görev pozisyonlarına özel dikkat göstermek gerekmektedir.

En yüksek ilişki düzeyi, Teknoloji Kabul Modeli alt boyutlarından Algılanan Kullanım Kolaylığı ve Algılanan Kullanışlılık arasındadır. Algılanan Kullanım Kolaylığı ve Algılanan Kullanışlılık arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Algılanan Kullanım Kolaylığının artması durumunda Algılanan Kullanışlılıkta artacaktır. Hastane Bilgi Sisteminin kullanım kolaylığı arttırıldığında sistemin kullanışlılığı da artacaktır. Kullanıcıların endişe tutumlarını değiştirmek için öncelikle sistemin kullanım kolaylığının ve kullanışlılığının geliştirilmesi gerekmektedir. Yani endişeyi azaltmak için Hastane Bilgi Sisteminin ara yüzünün kullanım kolaylığını artırmak ve kullanıcı dostu olmasını sağlamak gerekmektedir. Hastane Bilgi Sisteminin ara yüzünün kullanım kolaylığının artırılıp, kullanıcı dostu olması sağlandıktan sonra kullanıcıların sistemi kullanmaya karşı olan tutumlarının ve öz yeterliliklerinin de artacağı söylenebilir. Ayrıca eğitimle kullanıcıların öz yeterliliklerini artırmalıyız, öz yeterlilik boyutu diğer boyutları da etkilemektedir. Sosyal etki boyutunun ise diğer boyutlar ile arasındaki ilişki düzeyinin ise çok önemli olmadığı görülmektedir.

Hastane Bilgi Sistemini kullanıma karşı tutumun %39,1'i, Algılanan Kullanışlılık ve Eğitim bağımsız değişkenleri ile açıklanabilmektedir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, Hastane Bilgi Sisteminin kullanımını arttırmaya yönelik kullanıcıların Algılanan Kullanışlılık ve Eğitim ihtiyaçlarını karşılama ve geliştirme yönünde bu çalışmanın sonuçlarını göz önünde bulundurmaları önerilmektedir. Hastane Bilgi Sisteminin kullanılmasını teşvik etmek için sistemin daha kullanışlı hale getirilmesi ve kullanıcılara daha fazla eğitim verilmesi gerekmektedir. Sistemin kullanışlı hale getirilmesine ve eğitimlere daha fazla yatırım yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Adams, D. A., Nelson, R. R. ve Todd, P. A. (1992). "Perceived usefulness, ease of use, and usage of information technology: A replication". *MIS Quarterly*, 16 (2), 227-247.
- Adamson, I. ve Shine, J. (2003). "Extending the New Technology Acceptance Model to Measure the End User Information Systems Satisfaction in a Mandatory Environment: A Bank's Treasury". *Technology Analysis & Strategic Management*, 15 (4): 441-455.
- Aggelidis, V. P. ve Chatzoglou P. D. (2009). "Using a Modified Technology Acceptance Model in Hospitals". *International Journal of Medical Informatics*, 78: 115-126.
- Ajzen, I. (1991). "The Theory of Planned Behavior". *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50 (2): 179-211.
- Akbulut, M. (2015). *İşletmelerde Kurumsal Kaynak Planlaması Sistemlerinin Kabulü ve Kullanımının Genişletilmiş Teknoloji Kabul Modeline Göre Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Osmaniye.
- Akça, Y. ve Özer, G. (2012). "Teknoloji Kabul Modeli'nin Kurumsal Kaynak Planlaması Uygulamalarında Kullanılması". *Business and Economics Research Journal*, 3(2): 79-96.
- Akça, Y., Özer, G., Işık, A. D. ve Çelik, E. (2017). "Kullanıcı Özelliklerinin Teknoloji Kabul Modeli Değişkenleri Üzerinden Akıllı Tahta Kullanımına Etkisi: Bartın Lisesi Öğretmenleri Örneği". *EconWorld2017@Rome Proceedings*, 25-27 Haziran 2017, Roma-İtalya.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara
- Akın, C. S. (2007). *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü Harcamaları*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Aktaş, S. (2007). *Teknoloji Kabul Modeli İle Muhasebecilerin Bilgi Teknolojisi Kullanımına Yönelik Bir Uygulama*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gebze.
- Aktürk, Z. ve Acemoğlu, H. (2011). *Sağlık Çalışanları İçin Araştırma ve Pratik İstatistik*. Anadolu Matbaası, İstanbul.

- Al-Gahtani, S. S. ve King, M. (1999). "Attitudes, Satisfaction and Usage: Factors Contributing to Each in the Acceptance of Information Technology". *Behaviour & Information Technology*, 18 (4): 277 – 297.
- Amoako-Gyampah, K. ve Salam, A. F. (2004). "An Extension of the Technology Acceptance Model in an ERP Implementation Environment". *Information & Management*, 41: 731-745.
- Arıkan, N. (2011). *Sağlık Sektöründeki Yöneticilerin Güncel Liderlik Tarzları: Isparta İli Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Ayalan Yüce, Ş. (2011). *Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti: Tokat Devlet Hastanesinde Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat.
- Aydemir, C. ve Baylan, S. (2015). "Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama", *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7 (13): 417-435.
- Bacanak, A., Karamustafaoğlu, O. ve Köse, S. (2003). "Yeni Bir Bakış: Eğitimde Teknoloji Okuryazarlığı". *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14: 191-196.
- Balcı, A. (2014). *Çalışanlarda Stres Kaynakları, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Sağlık Sektörü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Başgöze, P. (2010). *Teknoloji Kabul Modelinin Teknolojik Yatkınlık ve Marka Kredibilitesi Değişkenleri Eklenerek Genişletilmesi: Satın Alma Eğilimine Uyarlanması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Pegem Yayıncılık, Ankara.
- Carter, L. ve Bélanger, F. (2005). "The Utilization of E-government Services: Citizen Trust, Innovation and Acceptance Factors". *Info Systems Journal*, 15: 5-25.
- Ceylan, F. (2009). *Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri*. Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Ders Notları, Bursa.
- Chang, C. T., Hajiyevev, J., ve Su, C. R. (2017). "Examining the Students' Behavioral Intention to Use E-learning in Azerbaijan? The General Extended Technology Acceptance Model for E-learning Approach". *Computers & Education*, 111: 128-143.
- Chau, P. Y. K., ve Hu, P. J. H. (2001). "Information Technology Acceptance by Individual Professionals: A Model Comparison Approach". *Decision Sciences*, 32(4): 699–719.

- Çakırlar, A. ve Mendi, B. (2016). “Hemşirelerin Elektronik Sağlık Kaydı ve Bilişim Uygulamaları Kapsamındaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi”. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, 2 (1):32-39.
- Çam, H. (2012). *Türkiye’deki Üniversitelerde Bulut Bilişim Teknolojisinin Uygulanabilirliğinin Teknoloji Kabul Modeli Yaklaşımıyla Belirlenmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Çelik, N. (2012). *Anova Modellerinde Çarpık Dağılımlar Kullanılarak Dayanıklı İstatistiksel Sonuç Çıkarımı ve Uygulamaları*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çelik, U. (2014). *Sağlık Sektörünün Erzurum Ekonomisine Katkıları*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çubukçu, Z., Tosuntaş, Ş. B. ve Kırcaburun, K. (2017). “Teknoloji Kabul Modeli Çerçevesinde Öğretmen Adaylarının Mobil Teknolojilere Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi”. *Asya Öğretim Dergisi*, 5 (2): 1-18.
- 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.
- Demiralay, R. (2014). *Evde Ders Okulda Ödev Modelinin Benimsenmesi Sürecinin Yeniliğin Yayılımı Kuramı Çerçevesinde İncelenmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Dervişoğlu, A. (2013). *Küreselleşme Sürecinde Yeni Kamu Yönetimi Çerçevesinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karabük.
- Dishaw, M. T. ve Strong, D. M. (1999). “Extending the Technology Acceptance Model with Task-Technology Fit Constructs”. *Information and Management*, 36 (1): 9-21.
- Doğan, M., Şen, R. ve Yılmaz, V. (2015). “İnternet Bankacılığına İlişkin Davranışların Planlanmış Davranış Teorisi ve Teknoloji Kabul Modeli Kullanılarak Önerilen Bir Yapısal Eşitlik Modeliyle İncelenmesi”. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22: 1-22.
- Doğan, N. Ö. (2011). *Sağlık Sektöründe Etkinliğin İyileştirilmesi: Bir Yalın Üretim Uygulaması*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri

- DuFour, A., Lajeunesse, K., Pipada, R., Xu, S. ve Nomee, J. (2016). "The Effect of data Security Perception on Wearable Device Acceptance: A Technology Acceptance Model". *Proceedings of Student-Faculty Research Day, D11*: 1-6.
- Efiloğlu Kurt, Ö. (2015). "Üniversite Öğrencilerinin Uzaktan Eğitime Bakış Açılarının Teknoloji Kabul Modeli ve Bilgi Sistemleri Başarı Modeli Entegrasyonu ile Belirlenmesi". *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 7 (3): 223-234.
- Eltayeb, M. ve Dawson, M. (2016). "Understanding User's Acceptance of Personal Cloud Computing: Using the Technology Acceptance Model". *Information Technology: New Generations*, 448: 3-12.
- Er, Ü. (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı: Genel Sağlık Sigortası*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erçömek, G. (2014). *Sektörel İş Ahlakı ve Sağlık Sektörü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erdem, H. K. (2011). *Kurumsal Kaynak Planlama Sistemlerinin Kullanımında Etkili Olan Faktörlerin Genişletilmiş Teknoloji Kabul Modeli ile İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Erdoğan, B. A. (2009). *Genç İletişimcilerin Yeni Medyadaki IPTV'ye Bakışı ve Tam Modeli'ne Göre Yaklaşımı*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Eren, A. ve Kaya, M. D. (2016). "Üniversite Çalışanlarının Elektronik Belge Yönetim Sistemini Kullanma Niyetlerinin Teknoloji Kabul Modeli ile İncelenmesi", *Yönetim Bilişim Sistemleri Dergisi*, 1 (3): 157-168.
- Esen, M. (2011). *Bireysel ve Kurumsal Hazır Oluşun Teknoloji Kabulüne Etkisi: Elektronik İnsan Kaynakları Yönetimi (E-İky) Alanında Ampirik Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Esen, M. ve Büyük, K. (2014). "Teknoloji Kabul Modeli Bağlamında Elektronik Belge Yönetim Sisteminin İncelenmesi: Yükseköğretim Kurulu Örneği". *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 42: 313-326.
- Eveleth, L. B., Eveleth, D. M., O'Neill, M. ve Stone, R. W. (2006). "Enabling Laptop Exams Using Secure Software: Applying the Technology Acceptance Model". *Journal of Information Systems Education*, 17 (4): 413-420.
- Filiz, F. (2014). *Sağlık Sektöründe Hizmet İçi Eğitim*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Fishbein, M. ve Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Reading, MA: Addison-Wesley, New York.
- Gefen, D. ve Straub, D. W. (1997). "Gender Differences in the Perception and Use of E-Mail: An Extension to the Technology Acceptance Model". *MISQuarterly*, 21 (4): 389-400.
- Gong, M., Xu, Y. ve Yu, Y. (2004). "An Enhanced Technology Acceptance Model for Web-Based Learning". *Journal of Information Systems Education*, 15 (4): 365-374.
- Göğüş, Ç. G. (2014). *Teknoloji Kabul Modeli ve Değiştirme Maliyetinin Müşteri Sadakati Üzerine Etkileri: Muhasebe Yazılım Programları Üzerine Bir Çalışma*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gebze.
- Hashim, J. (2008). "Factors Influencing the Acceptance of Web-Based Training in Malaysia: Applying the Technology Acceptance Model". *International Journal of Training and Development*, 12 (4): 253-264.
- Hossain, L. ve Silva, A. (2009). "Exploring User Acceptance of Technology Using Social Networks". *The Journal of High Technology Management Research*, 20 (1): 1-18.
- Howell, D. W. (2016). *Social Media Site Use and the Technology Acceptance Model: Social Media Sites and Organization Success*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Capella University, Minneapolis-A.B.D.
- Hu, P. J., Chau, P. Y. K., Liu Sheng, O. R. ve Tam, K. Y. (1999). "Examining the Technology Acceptance Model Using Physician Acceptance of Telemedicine Technology." *Journal of Management Information Systems*, 16 (2): 91-112.
- Hung, S. Y. ve Chang, C. M. (2005). "User acceptance of WAP services: Test of competing theories". *Computer Standards & Interfaces*, 28: 359-370.
- Karabayır, N. (2016). *Sağlık Sektöründe Finansal Tablolar Analizi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Finans Bilim Dalı, İstanbul.
- Karacaoğlu, Ö. C. (2008). "Öğretmenlerin Yeterlilik Algıları". *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5 (1): 70-97.
- Kaş, E. (2015). *Otel Rezervasyon Siteleri Üzerinden Yapılan Online Alışverişin Teknoloji Kabul Modeliyle İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Keller, C. (2005). "Virtual Learning Environments: Three Implementation Perspectives". *Learning, Media and Technology*, 30 (3): 299-311.

- Khaled, A. A. ve Alkhateeb, F. B. (2008). "Predicting Students Usage Of Internet in Two Emerging Economies Using An Extended Technology Acceptance Model (TAM)". *Academy of Educational Leadership Journal*, 12 (2): 109-128.
- Kılıcer, K. (2008). "Teknolojik Yeniliklerin Yayılmasını ve Benimsenmesini Arttıran Etmenler", *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (2): 209-222.
- Kılıçarslan, N. (2016). *Yönetici Davranışlarının İş gören Sessizliğine Etkisi: Sağlık Sektöründe Çalışanlar Üzerine Bir Uygulama*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Koç, T. ve Turan, A. H. (2014). "Mobil Sabis Kabul ve Kullanımı: Sakarya Üniversitesi'nde Ampirik Bir Değerlendirme". *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 9 (2): 163-175.
- Kocagöz Sayın, E. (2010). *Kadınların Makyaj Malzemelerini Satın Alma Davranışlarının İncelenmesi: Planlanmış Davranış Teorisinin Bir Uygulaması*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- 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 Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Kurulgan, M. ve Özata, F. Z. (2010). "Elektronik Kütüphane Hizmetlerinin Öğretim Elemanları Tarafından Benimsenmesinde Etkili Olan Faktörler: Anadolu Üniversitesi Öğretim Elemanları Üzerinde Bir Araştırma". *Bilgi Dünyası*, 11 (2): 243-262.
- Lee, H. J., Lim, H., Jolly, L. D., ve Lee, J. (2009). "Consumer Lifestyles and Adoption of High-Technology Products: A Case of South Korea". *Journal of International Consumer Marketing*, 21: 153-167.
- Lee, K. C. ve Chung, N. (2009). "Understanding Factors Affecting Trust in and Satisfaction with Mobile Banking in Korea: A Modified DeLone and McLean's Model Perspective". *Interacting with Computers*, 21 (5-6): 385-392.
- Lee, Y., Kozar, K. A. ve Larsen, K. R. T. (2003). "The Technology Acceptance Model: Past, Present and Future". *Communications of The Association for Information Systems*, 12 (5): 752-780.
- Legris, P., Ingham, J., ve Collette, P. (2003). "Why Do People Use Information Technology? A Critical Review of the Technology Acceptance Model". *Information & Management*, 40: 191-204.
- Luarn, P. ve Lin, H. H. (2005). "Toward an Understanding of the Behavioural Intention to Use Mobile Banking". *Computers in Human Behavior*, 21 (6): 873-891.

- Ma, W. M., Andersson 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.
- 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.
- Mathieson, K. (1991). "Predicting User Intentions: Comparing the Technology Acceptance Model with the Theory of Planned Behavior". *Information Systems Research*, 2 (3): 173-191.
- Moore, G. C. ve Benbasat, I. (1991). "Development of an Instrument to Measure the Perceptions of Adopting an Information Technology Innovation". *Information Systems Research*, 2: 192-222.
- Musa, P. F. (2006). "Making a Case for Modifying the Technology Acceptance Model to Account for Limited Accessibility in Developing Countries". *Information Technology for Development*, 12 (3): 213-224.
- Mutlu, S. (2012). *Elektronik-Posta Kullanımında, Benimsenmiş Ulusal Kültürel Değerlerin Genişletilmiş Teknoloji Kabul Modeli Üzerindeki Rolü: Demir-Çelik Sektöründe Bir Alan Araştırması*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Naqvi, S. J. (2012). "M-services Adoption in Oman Using Technology Acceptance Modeling Approach". *Communications of the IBIMA*, 1: 1-12.
- Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Özkan, A. (2003). "Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yaklaşımları". *Uludağ Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 22 (3): 113-130.
- Özkan, M., Turgut, N., Ay, A. ve Uslu, K. (2013). "Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması". *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29 (1): 26-32.
- Özkocagil, E. (2016). *Havayolu Taşımacılığı Sektöründe Elektronik Ortamda Bilet Alımının Birleşik Teknoloji Kabul Ve Kullanım Modeli İle İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Paker, N. (2014). *Sağlık Sektöründe Şirket Değerleme: Bir Hastane Uygulaması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Park, J. K., Yang, S. I. ve Lehto, X. (2007). "Adoption of Mobile Technologies for Chinese Consumers". *Journal of Electronic Commerce Research*, 8 (3): 196-206.
- Pavlou, P. A. (2003). "Consumer Acceptance of Electronic Commerce: Integrating Trust and Risk with the Technology Acceptance Model". *International Journal of Electronic Commerce*, 7 (3): 101-134.
- Sargutan, A. E. (2005). "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (3): 400-428.
- Schneberger, S., Amoroso, D. L. ve Durfee, A. (2008). "Factors that Influence the Performance of Computer-based Assessments: An Extension of the Technology Acceptance Model". *Journal of Computer Information Systems*, 48 (2): 74-90.
- Seçer, F. (2006). *Teknolojik Gelişmelerin Konut İç Mekan Tasarımına Etkisi ve Akıllı Evler*. Yayımlanmamış Sanatta Yeterlilik Tezi. Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Fen Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Segars, A. H. ve Grover, V. (1993). "Re-examining Perceived Ease of Use and Usefulness: A Confirmatory Factor Analysis". *MIS Quarterly*, 17 (4): 517-525.
- Serçemeli, M. ve Kurnaz, E. (2016). "Denetimde Bilgi Teknoloji Ürünleri Kullanımının Teknoloji Kabul Modeli (TKM) İle Araştırılması". *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 45 (1): 43-52.
- Shafeek, S. A. (2011). *E-learning Technology Acceptance Model with Cultural Factors*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Liverpool John Moores University, Liverpool-İngiltere.
- Sharp, J. H. (2006). "Development, Extension, and Application: A Review of the Technology Acceptance Model". *Information Systems Education Journal*, 5 (9): 3-11.
- Shin, D. ve Kim, W. (2008). "Applying the Technology Acceptance Model and Flow Theory to Cyworld User Behavior: Implication of the Web 2.0 User Acceptance". *Cyberpsychology & Behavior*, 11 (3): 378-382.
- Solak, M. (2012). *Öğretmenlerin Akıllı Tahta Kullanımına Karşı Tutumlarının Teknoloji Kabul Modeline Göre İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Straub, D. W., Keil, M. ve Brenner, W. (1997). "Testing the Technology Acceptance Model Across Cultures: A Three Country Study". *Information & Management*, 31 (1): 1-11.
- Sun, H. ve Zhang, P. (2006). "Causal Relationships Between Perceived Enjoyment and Perceived Ease of Use: An Alternative Approach". *Journal of the Association for Information Systems*, 7 (9): 618-645.

- Süral Özer, P., Eriş, E. D. ve Timurcanday Özmen, Ö.N. (2012). “Bilişim Teknolojileri Uygulamalarında Kullanım Niyetine Etki Eden Davranışsal Faktörleri Belirlemeye Yönelik Bütünleşik Bir Model Önerisi”. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 27 (2): 93-114.
- Szajna, B. (1996). “Empirical Evaluation of the Revised Technology Acceptance Model”. *Management Science*, 42 (1): 85–93.
- Şahin F. ve Alkaya A. (2017). “Tüketicilerin Çevrimiçi Şikâyet Kanallarını Kullanımına Yönelik Davranışlarının: Teknoloji Kabul Modeli ve Planlı Davranış Teorisi Bütünleşik Modeli Bakış Açısı ile İncelenmesi”. *Pesa Uluslar Arası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3 (4): 87-103
- Şenatalar, B. (2003). “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4): 25-30.
- Şenel, B. (2011). *Teknoloji Kabulünün Sanal Organizasyonların E-Hizmet Kalitesine Etkisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Afyonkarahisar.
- Şıklar, E., Tunalı, D. ve Gülcan, B. (2015). “Mobil İnternet Kullanımının Benimsenmesinde Yakınsama Faktörüyle Teknoloji Kabul Modeli”. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15 (2): 99-110.
- Tanya, Q. M. ve Liu, L. (2004). “The technology acceptance model: a metaanalysis of empirical findings”. *Journal of Organizational & End User Computing*, 16 (1): 59–72.
- Taşkın, Ö. (2011). *Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Tatar, M., Şahin, İ. ve Büyükkayıkçı, H. (2003). “Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6 (1): 3-21.
- Tella, A. ve Olasina, G. (2014). “Predicting Users' Continuance Intention Toward E-Payment System: An Extension of the Technology Acceptance Model”. *International Journal of Information Systems and Social Change (IJISSC)*, 5 (1): 47-67.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Nobel Yayınları, Ankara.
- Thong, J. Y., Hong, W. ve Tam, K. Y. (2002). “Understanding User Acceptance of Digital Libraries: What Are the Roles of Interface Characteristics, Organizational Context, and Individual Differences?”. *International Journal of Human-Computer Studies*, 57 (3): 215-242.

- Tokalaş, S. (2006). *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Turan, A. H. ve Çolakoğlu, B. E. (2008). “Yüksek Öğretimde Öğretim Elemanlarının Teknoloji Kabulü ve Kullanımı: Adnan Menderes Üniversitesinde Ampirik Bir Değerlendirme”. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 9 (1): 106-121.
- Turan, B. (2011). *Bilgi ve İletişim Teknolojileri Kullanımının Teknoloji Kabul Modeli ile İncelenmesi ve Sınıf Öğretmenleri Üzerinde Bir Uygulama*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bilecik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Bilecik.
- Turan, B. ve Haşit, G. (2014). “Teknoloji Kabul Modeli ve Sınıf Öğretmenleri Üzerinde Bir Uygulama”. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 6 (1): 109-119.
- Tüfekci, Ö. K. (2014). “Karekodların Pazarlama İletişimi Rolünü Teknoloji Kabul Modeli ile Açıklamaya Yönelik Bir Araştırma”. *Pamukkale İşletme ve Bilişim Yönetimi Dergisi*, 1: 36-52
- Üstündağ, G. (2005). *Bazı Parametrik Olmayan İstatistiksel Yöntemlerin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- 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.
- Wu, B. ve Chen, X. (2017). “Continuance Intention to Use MOOCs: Integrating the Technology Acceptance Model (TAM) and Task Technology Fit (TTF) Model”. *Computers in Human Behavior*, 67: 221-232.
- Yanar, Y. (2011). *Gaziantep İlinde Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamaları*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Yaşayacak, S. (2014). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ve Sağlık Hizmeti Pazarlamasında Yeni Yaklaşımlar*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yay, Ö. (2015). *Çevreci Otel Restoranında Yemek Yeme Davranışının Planlı Davranış Teorisi Çerçevesinde İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Yazgan, T. (1992). *İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları*. Türk Dünyası Araştırmalar Vakfı Yayınları, İstanbul.
- Yıldırım, P., Uludağ, M. ve Görür, A. (2007). “Hastane Bilgi Sistemlerinde Veri Madenciliği”, *Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Akademik Bilişim*, Çanakkale.

- Yılmaz, E. (2006). *Mantıklı Eylem Teorisi ile Muhasebecilerin Bilgi Teknolojisi Kullanımına Yönelik Bir Uygulama*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gebze.
- Zhou, L., Dai, L. ve Zhang, D. (2007). “Online Shopping Acceptance Model- A Critical Survey of Consumer Factors in Online Shopping”. *Journal of Electronic Commerce Research*, 8 (1): 41-62.
- Zhou, T. (2008). “Exploring Mobile User Acceptance Based on UTAUT and Contextual Offering”. *Electronic Commerce and Security International Symposium*, 3-5 Ağustos 2008, Guangzhou-Çin.

İnternet Kaynakları:

- Dünya Gazetesi Temmuz 2015, Türkiye İş Bankası İş'te KOBİ - Sağlık Sektörüne Bakış <http://www.istekobi.com.tr/sektorler/saglik-s13/sektore-bakis/saglik-b13.aspx> (erişim tarihi: 16.10.2016) .
- Proje Yönetim Destek Birimi (2018). T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://pydb.saglik.gov.tr/TR,32172/sdsgrp-ii-faz.html> (erişim tarihi: 09.05.2018).
- Sağlık Bakanlığı. “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34 (erişim tarihi: 22.02.2017).

Ö Z G E Ç M İ Ş

Adı ve SOYADI	Havva Ceren TAT
Doğum Yeri - Tarihi	Antalya-04.08.1990
EĞİTİM DURUMU	
Mezun Olduğu Lise	Metin Nuran Çakallıklı Anadolu Lisesi, 2008
Lisans Diploması	Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme (İngilizce) Bölümü, 2013
Yabancı Dil	İngilizce
BİLİMSEL FAALİYETLER	
İŞ DENEYİMİ	
Stajlar	Rekabet Kurumu (Ankara-2013) TC Merkez Bankası (Antalya-2012) Garanti Bankası (Antalya-2010)
Projeler	
Çalıştığı Kurumlar	Türkiye Vakıflar Bankası T.A.O, 2015-Devam Ediyor
E-Posta	cerentat@gmail.com