

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TEKNOLOJİK DEĞİŞİMİN HASTANE ÇALIŞANLARI
ÜZERİNE ETKİLERİ: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

İSMAİL ÇOBAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK
YÜKSEK LİSANS**

**EKİM
2019**

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TEKNOLOJİK DEĞİŞİMİN HASTANE ÇALIŞANLARI
ÜZERİNE ETKİLERİ: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

İSMAİL ÇOBAN

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ ZÜLFİYE BIKMAZ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAM
YÜKSEK LİSANS**

**EKİM
2019**

ETİK BEYAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dökümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İsmail ÇOBAN



TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Programında Yüksek Lisans öğrencisi İsmail ÇOBAN tarafından Dr. Öğr. Üyesi Zülfiye BIKMAZ'ın danışmanlığında hazırlanan “Teknolojik Değişimin Hastane Çalışanları Üzerine Etkileri: Bir Devlet Hastanesi Örneği” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 04/10/2019 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

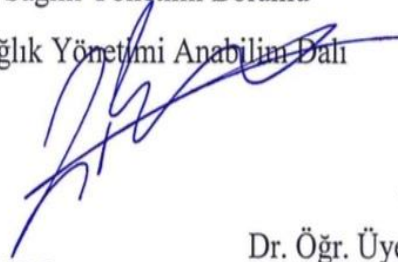
Dr. Öğr. Üyesi Zülfiye BIKMAZ (Danışman)

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

Sağlık Yönetimi Bölümü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı



Jüri

Dr. Öğr. Üyesi Seda KURT

Trakya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



Jüri

Dr. Öğr. Üyesi Sibel YAŞAR

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

Çocuk Gelişimi Bölümü

Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı



ITHAF

Eşime ve aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren değerli danışman hocam Dr.Öğr.Üyesi Zülfiye BIKMAZ 'a,

Yüksek lisans eğitiminde desteği olan tüm Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu değerli hocalarına ve kıymetli çalışanlarına,

Bahçelievler Devlet Hastanesinin tüm çalışanlarına ve kıymetli yoğun bakım ekibine,

Desteklerini hiçbir zaman benden esirgemeyen sevgili eşime ve değerli aileme, teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	ii
TEZ ONAYI	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	xiv
ÖZET	xvii
ABSTRACT.....	xviii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Değişim.....	3
2.2. Örgütsel Değişim	4
2.3. Örgütsel Değişimin Türleri	4
2.3.1. Planlı ve Plansız Değişim	5
2.3.2. Makro ve Mikro Değişim	7
2.3.3. Zamana Yayılmış ve Ani Değişim.....	7
2.3.4. Proaktif (Öngörücü) ve Reaktif (Tepkisel) Değişim	7
2.3.5. Dar ve Geniş Kapsamlı Değişim	8
2.3.6. Aktif ve Pasif Değişim.....	8
2.3.7. Köklü (Radikal) ve İyileştirme Şeklinde Değişim.....	9
2.4. Örgütsel Değişimin Nedenleri	9
2.4.1. Örgütsel Değişimin İçsel Nedenleri.....	10
2.4.1.1. Büyüme	10
2.4.1.2. Şirket Birleşmeleri	11
2.4.1.3. Küçülme.....	11
2.4.1.4. Tepe Yöneticilerin Değişmesi	12
2.4.1.5. Örgüte Bağlı Eksiklikler	12
2.4.2. Örgütsel Değişimin Dışsal Nedenleri	12

2.4.2.1. Doğal Çevre Koşullarına Bağlı Değişim	13
2.4.2.2. Toplumsal Çevre Koşullarına Bağlı Değişim	13
2.4.2.3. Ekonomik Çevre Koşullarına Bağlı Değişim	14
2.4.2.4. Hukuki Çevre Koşullarına Bağlı Değişim	15
2.4.2.5. Teknolojik Çevre Koşullarına Bağlı Değişim	15
2.5. Teknoloji Türleri.....	17
2.5.1. Bilgisayar	17
2.5.2. İnternet	18
2.5.3. Dünya Çapında Ağ (World Wide Web)	19
2.5.4. Sağlık Alanında Web Tabanlı Sürümler (Health 1.0, 2.0, 3.0).....	20
2.5.4.1. Sağlık 1.0 (Health 1.0).....	20
2.5.4.2. Sağlık 2.0 (Health 2.0).....	20
2.5.4.3. Sağlık 3.0 (Health 3.0).....	22
2.5.5. Bilişim Teknolojileri.....	22
2.6. Sağlıkta Teknolojiye Dayalı Bilgi Sistemleri	24
2.6.1. Sağlıkta Dijitalleşmede Dünyanın Durumu	24
2.6.2. Sağlıkta Dijitalleşmede Türkiye'nin Durumu.....	25
2.6.2.1. Türkiye' deki Sağlık Bilişim Sistemleri	26
2.6.2.2. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi.....	26
2.6.2.2.1. E-Sağlık	27
2.6.2.2.1.1. Sağlık.NET	29
2.6.2.2.1.2. Merkezi Hekim Randevu Sistemi	29
2.6.2.2.1.3. Teletıp	30
2.6.2.2.1.4. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü.....	31
2.6.2.2.1.5. Sağlık Kodlama Referans Sunucusu.....	31
2.6.2.3. Mantıksal Gözlem Tanımlayıcılarının İsimleri ve Kodları (Logical Observation Identifiers Names and Codes).....	31
2.6.2.4. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası Portalı	32
2.6.2.5. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi	33
2.7. Sağlık Bilgileri ve Yönetim Sistemleri Toplumu (Health Information and Management Systems Society).....	33
2.7.1. Elektronik Tıbbi Kayıt Kabul Modeli (Electronic Medical Record Compliance Model).....	34

2.8. Dijital Hastane	38
2.8.1. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi.....	39
2.8.2. Mobil Sağlık	39
2.8.3. Elektronik Sağlık Kaydı.....	41
2.8.4. Klinik Karar Destek Sistemi	41
2.8.5. Elektronik Order	44
2.8.6. Elektronik Reçete.....	44
2.8.7. Tıpta Dijital Görüntüleme ve İletişim Sistemi (Digital Imaging and Communications In Medicine(DICOM))	45
2.8.8. Görüntü Saklama ve İletişim Sistemi (Picture Archiving and Communication Systems (PACS))	45
2.8.9. Radyoloji Bilgi Sistemi (Radyology Information Service (RIS))	46
2.8.10. Bulut Teknolojisi	46
2.8.11. Kişisel Sağlık Kayıt Sistemi (Elektronik Nabız (e-Nabız)).....	47
2.9. Bilişim Teknolojilerinin Sağlık Çalışanlarının Yaşantısına Etkileri	47
2.10. Değişime Direnç ve Nedenleri.....	50
2.10.1. Ekonomik Nedenler	52
2.10.2.Sosyolojik Nedenler.....	53
2.10.3. Psikolojik Nedenler.....	53
2.10.4. Rasyonel Nedenler	54
2.10.5. Teknolojik Nedenler	54
2.11. Değişim Yönetimi.....	55
2.12. Değişime Direnci Giderme Yolları.....	57
2.12.1. İletişim ve Eğitim.....	58
2.12.2. Katılım ve Destekleme.....	58
2.12.3. Pazarlık ve Taviz Verme.....	59
2.12.4. Tehdit ve Baskı	59
2.12.5. Manipülasyon ve Kooptasyon	60
2.12.6. Değişimi Planlama ve Deneme Amaçlı Uygulama	60
2.12.7. Tahmin Yöntemi	61
2.12.8. Ekonomik Teşvik Tedbirleri	61
3. GEREÇ VE YÖNTEM	63
3.1. Araştırmanın Amacı.....	63

3.2. Araştırma Soruları.....	63
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	63
3.4. Veri Toplama Araçları	65
3.4.1. Çalışan Bilgi Formu.....	65
3.4.2. İşten Ayrılma Eğilimi Ölçeği.....	66
3.4.3. Değişime Karşı Tutum Ölçeği	66
3.4.4. Tekno-Stres Ölçeği	67
3.4.5. Bireysel Yenilikçilik Ölçeği	69
3.4.6. Minnesota İş Doyum Ölçeği	70
3.4.7. Örgüt İklimi Ölçeği.....	71
3.4.8. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği	71
3.5. Verilerin Toplanması	72
3.6. Verilerin Analizi	72
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	73
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	73
4. BULGULAR.....	74
4.1. Çalışanların Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerine İlişkin Özelliklerine Ait Bulgular	75
4.2. Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimleri, Değişime Karşı Tutum, Tekno-Stres, Bireysel Yenilikçilik, Minnesota İş Doyumu, Örgüt İklimi, İşe Bağlı Gerginlik Ölçek Düzeyleri ve Arasındaki Farklara İlişkin Bulgular	81
4.3. Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimleri, Değişime Karşı Tutum, Tekno-Stres, Bireysel Yenilikçilik, Minnesota İş Doyum, Örgüt İklimi, İşe Bağlı Gerginlik Ölçek Puanları Arasında İlişki Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	123
5. TARTIŞMA.....	148
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	180
7. KAYNAKLAR	187
EKLER	205
EK-1 ETİK KURUL İZİNİ	205
EK-2 KURUM İZİNLERİ.....	208
EK-3 BİREYSEL YENİLİKÇİLİK ÖLÇEĞİ İZİNİ.....	210
EK-4 DEĞİŞİME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ İZİNİ	211
EK-5 TEKNO-STRES ÖLÇEĞİ İZİNİ.....	212

EK-6 İŞE BAĞLI GERGINLIK ÖLÇEĞİ İZİNİ.....	213
EK-7 ÖRGÜT İKLİMİ ÖLÇEĞİ İZİNİ.....	214
EK-8 MİNNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ İZİNİ	215
EK-9 İŞTEN AYRILMA EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ İZİNİ	216
EK-10 ÇALIŞAN BİLGİ FORMU VE ÖLÇEKLER.....	217
EK-12 ÖZGEÇMİŞ.....	225

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Çalışanların, Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımları.....	75
Tablo 4.2. Çalışanların, Çalışma Durumlarına İlişkin Değişkenlere Göre Dağılımı....	76
Tablo 4.3. Çalışanların, Bilişim Teknolojileri (BT) Konusundaki Eğitim Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	77
Tablo 4.4. Çalışanların, Örgün Eğitimleri Sırasında BT Kullanımı İlişkin Aldıkları Derslerin Dağılımları.....	77
Tablo 4.5. Çalışanların, BT’ni Meslekte Kullanım Alanlarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	78
Tablo 4.6. Çalışanlara Göre BT’nin Hastanede Kullanım Amaçlarının Dağılımı.....	78
Tablo 4.7. Çalışanların, Hastanede BT’nin Kullanımının Sağladığı Yararlara İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	79
Tablo 4.8. Çalışanların, Hastanede BT’nin Kullanımına İlişkin Yaşadıkları Zorluklar Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımları.....	80
Tablo 4.9. Çalışanların, Ekip Arkadaşlarına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Dağılımı.....	80
Tablo 4.10. Çalışanların, İşten Ayrılma Eğilimine İlişkin Görüşleri.....	81
Tablo 4.11. Çalışanların, İAEÖ Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları.....	82
Tablo 4.12. Çalışanların, Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ) Puanlarının Dağılımı.....	83

Tablo 4.13. Çalışanların, BYÖ ve Alt boyut Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları.....	85
Tablo 4.14. Çalışanların, BYÖ Sınıflamasının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları.....	89
Tablo 4.15. Çalışanların, İBGÖ Toplam Puanı Dağılımı.....	91
Tablo 4.16. Çalışanların, İBGÖ Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları.....	91
Tablo 4.17. Çalışanların, DKTÖ ve Alt Boyutlarının Puanlarını Dağılımı.....	94
Tablo 4.18. Çalışanların, DKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları.....	95
Tablo 4.19. Çalışanların, ÖİÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı.....	103
Tablo 4.20. Çalışanların, ÖİÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları.....	104
Tablo 4.21. Çalışanların, TSÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Dağılımı....	112
Tablo 4.22. Çalışanların, TSÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları.....	113
Tablo 4.23. Çalışanların, MİDÖ ve Alt Boyut Puanlarını Dağılımı.....	117
Tablo 4.24. Çalışanların, MİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları.....	118
Tablo 4.25. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Toplam Puanları Arasında İlişkilerin Değerlendirmeleri.....	122
Tablo 4.26. Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	124

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Çalışanların BYÖ puan sınıflamasına göre dağılımları.....	84
---	----

SEMBOLLER / KISALTMALAR LISTESİ

- BT : Bilişim Teknolojileri
- BYÖ : Bireysel Yenilikçilik Ölçeği
- CDR : Klinik Veri Havuzu (Clinical Data Repository)
- CPOE : Bilgisayarlı Uygulayıcı Sipariş Girişi (Computerized Physician Order Entry)
- DICOM : Tıpta Dijital Görüntüleme ve İletişim Sistemi (Digital Imaging and Communications in Medicine)
- DKTÖ : Değişime Karşı Tutum Ölçeği
- EMRAM : Elektronik Tıbbi Kayıt Modeli (Electronic Medical Record Compliance Model)
- E-Nabız : Kişisel Sağlık Bilgi Sistemi (Elektronik Nabız)
- EKG : Elektrokardiyografi
- EKS : Elektronik Kayıt Sistemi
- EKO : Ekokardiyografi
- E-Order : Elektronik Order
- E-Reçete : Elektronik Reçete
- ESK : Elektronik Sağlık Kaydı
- E-Sağlık : Elektronik Sağlık

- HBYS : Hastane Yönetim Bilgi Sistemi
- HIMSS : Sağlık Bilgileri ve Yönetim Sistemleri Toplumu (Health Information and Management Systems Society)
- IoT : Nesnelerin İnterneti (Internet of Things)
- İAEÖ : İşten Ayrılma Eğilimi Ölçeği
- İBGÖ : İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği
- KKDS : Klinik Karar Destek Sistemi
- LOINC : Mantıksal Gözlem Tanıyıcıların İsimleri ve Kodları (Logical Observation Identifiers Names and Codes)
- MHRS : Merkezi Hastane Randevu Sistemi
- MİDÖ : Minnesota İş Doyum Ölçeği
- MR : Magnetik Rezonans
- M-Sağlık : Mobil Sağlık
- NST : Nonstress Testi
- ÖİÖ : Örgüt İklimi Ölçeği
- PACS : Görüntü Saklama ve İletişim Sistemi (Picture Archiving and Communication Systems)
- RIS : Radyoloji Bilgi Sistemi (Radyology Information Service)
- SBS : Sağlık Bilgi Sistemleri

SKRS	: Sağlık Kodlama Referans Suucusu
TDK	: Türk Dil Kurumu
TİG	: Teşhis İlişkili Gruplar
TİTUBB	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası
TSÖ	: Tekno-stres Ölçeği
TÜRK-İŞ	: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
USBS	: Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi
USG	: Ultrasonografi
USVS	: Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü
Web	: Dünya Çapında Ağ (World Wide Web)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
%	: Yüzde
n	: Birey Sayısı
r	: Pearson Korelasyon Analizi

ÖZET

Teknolojik Değişimin Hastane Çalışanları Üzerine Etkileri: Bir Devlet Hastanesi Örneği

Bu araştırma, bir devlet hastanesinde sürdürülen teknolojik değişimin incelenmesi ve bu değişimin hastane çalışanları üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bir Devlet Hastanesi çalışanları oluşturmuştur. Olasılıksız örnekleme tekniği ile Kasım-Aralık 2018 tarihleri arasında aktif olarak çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya kabul kriterlerine uygun olan 203 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuş olup, istatistiksel analizler bu veriler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler çalışmada kullanılmak üzere oluşturulan çalışan bilgi formu ve geçerli ve güvenilir bir grup ölçekten oluşan bir ölçüm aracı seti ile toplanılmıştır. Çalışmada, çalışanların tekno-stres genel puan ortalamaları ile genel örgüt iklimi, değişime karşı direnç ve genel iş doyumu puan ortalamalarının ilişkisiz olduğu ($p>0,05$) bulunmuştur. Bunun dışında kalan genel bireysel yenilikçilik puanı, genel işe bağlı gerginlik puanı, değişime karşı direnç puan düzeyi, örgüt iklimi, tekno-stres, genel iş doyumu ve işten ayrılma niyeti puanları arasında pozitif / negatif yönlü çeşitli düzeylerde ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Organizasyonlar için hem hayatta kalmayı olanaklı kılan hem de iyi yönetilemediğinde örgütler için bir tehdit haline dönüşebilen değişim süreci yönetilmesi zor bir süreçtir. Bu açıdan değişime açık ve dinamik çalışanların, uygun motivasyon araçları, değişime açık bir örgüt iklimi ve iyi bir planlama ile yönetilerek hastane süreçlerindeki dijital değişimin kaliteli sağlık çıktılarına dönüştürülebileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Bilişim Teknolojileri, Sağlıkta Dijitalleşme, Teknolojik Değişim, Değişim Yönetimi, Hastane, Çalışanlar

ABSTRACT

The Effects of Technological Change on Hospital Staffs: An Example of a State Hospital

This research has done descriptively and sectionally for determining the effects of technological changings on hospital staffs. The population of the study consisted of the employees of a State Hospital. 203 staffs who worked between November-December 2018, admitted the researchand suitable for this research's condition has created this research's sampling with un available sampling technic. The data were collected with the measurement tools created for use in the study. The data were collected by using a questionnaire consisting of employee information form and valid and reliable group of scales. In the study, it was found that techno-stress average scores of employees were not correlated with general organizational climate, resistance to change and overall job satisfaction scores ($p>0,05$). Apart from this, it was determined that there were various positive / negative relationships between general individual innovation score, general job-related tension score, resistance to change score level, organizational climate, techno-stress, general job satisfaction and intention to quit ($p<0,05$). Managing this changing proses is such diffucult that it can be transform to a threat for organization if it isn't manage correctly, however it makes the survive passible. That's why, by administerating the staffs who are dynamic and open to the changes with the suitable motivation ways, a open minded organization climate and a good planning; the hospital prosesesare able to change to a quality output is being thought.

Key Words: Informational Technology, Digitalization At Health, Technological Change, Managing The Change, Hospital, Staffs

1. GİRİŞ

Yaşamakta olduğumuz çağın en önemli özelliği çok hızlı şekilde gelişen ve artan teknolojik yeniliklerdir. Bu gelişmeler sonucunda yaşamın bir çok alanında değişimler yaşanmaktadır. Teknolojideki gelişim ve değişimler bireyleri ve toplumun yaşam standartlarını etkilediği gibi gün geçtikçe çalışma ortamlarını da içine alan bir değişime neden olmaktadır. Özellikle 1970’li yıllar sonrasında yaşanan teknolojideki değişimler ve 1990’larda ivme kazanan bilişim teknolojilerindeki gelişmelerle çalışma düzeninde birçok değişiklikler meydana gelmiştir (Aksoy, 2012). Bu meydana gelen değişimlerin en önemli sebepleri arasında bilişim teknolojileri yer almaktadır (Mersinkaya, 2011). Bunun ile birlikte bilişim altyapısı, bilgisayar, internet ve veritabanına yatırımlar sürekli artmaktadır. Bilişim teknolojilerinin hızlı gelişmesinden ve firmaların bu teknolojileri kendi süreçlerine katmalarının organizasyonların devamlılığı için hayati önem taşımaktadır. Örgütsel değişim, örgütün yapısını, iş yapış biçimlerini ve kullandıkları teknolojiyi değiştirme yoluna gitmesi neticesinde birey, grup ve örgütlerin performanslarını geliştirmeye yönelik üst yönetimce gerçekleştiren planlı bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Teknolojideki bu gelişmeler ile örgütler aralarındaki büyük ölçüde çoğalan rekabet ortamlarına ve sürekli değişen çevresel şartlara, karşılaşılan birçok tehdide karşı mücadele ederek, önlemler almak, önemli koşulları fırsata çevirebilmek ve kendi devamlılıklarını sağlamak adına çevrelerindeki bu gelişim ve değişime adapte olmak ve değişimin tüm gereklerini başarılı bir şekilde yönetmeleri gerekmektedir.

Bütün sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de bilişim teknolojileri kullanım sürecine hızlı bir geçiş yapılmıştır. Dünyada ve ülkemizde sağlıkta dönüşüm adı altında dijitalleşme süreci yaşanmaktadır. Gün geçtikçe sıkça duymaya başladığımız sağlıkta dijitalleşme, dijital hastane ve elektronik sağlık uygulamaları gibi gelişmelerle birlikte kişilerin refahını sağlamak, sağlık hizmetlerine yönelik gereksinimleri kolayca karşılamak, kişilerin doğumdan ölüme tüm sürecindeki sağlık verilerinin toplanması, korunması, verilerin bilgiye dönüştürülmesi ve depolanmasını sağlamak gibi birçok amaçla bilişim teknolojileri kullanılmaktadır. Sağlık sektöründe ve bilişim teknolojileri alanındaki hızlı gelişmeler, bu sektörlerin birbirine yakınlaşmasına ve birbirleriyle uyum içerisinde gelişmelerini sağlamaktadır. Sağlıkın tüm alanlarında bilimsel bilgi

hızla ve çoğalarak artarken, bu alandaki hizmet sunumunun, bilgilerin kayıt edilme, saklanma, paylaşılma ve yönetimindeki süreçte bilişim teknolojisi temel bir role sahiptir. Bu çalışmada bir devlet hastanesinde sürdürülen teknolojik değişimin incelenmesi ve bu değişimin hastane çalışanları üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Değişim

Dünyanın küreselleşmesi ile etkileşimin hızla arttığı çağımızda insanların beklentileri ve istekleri de önemli ölçüde artmıştır ve bu dönemde ekonomik, kültürel ve sosyal alanda, siyasal ve toplumsal düzende, teknolojiye sürekli olarak yeni gelişmeler yaşanmaktadır. Bu sebep ile içinde bulunduğumuz çağ değişimin en fazla ve en hızlı şekilde yaşanmasına neden olmaktadır (Koşar, 2010; Erdoğan, 2015). Değişim genel bir ifadeyle tanımlanacak olursa; herhangi bir şeyi bulunduğu durumdan belli bir süreç içerisinde farklı bir duruma getirmek şeklinde ifade edilebilir (Çalışkan, 2002).

Başka bir açıdan değişim; planlı ya da ani bir şekilde, sistemin, sürecin veya koşulların bulunduğu noktadan farklı bir noktaya ulaşması sürecidir (Sabuncuoğlu Tolay, 2008). Değişim herhangi bir şeyin, bir sistemin, bir kişinin veya bir organizasyonun bilgi düzeyini, yeteneklerini ve becerilerini bir düzeyden başka bir düzeye taşımasıdır (Taşlıyan ve Karayılan, 2011).

İnsanoğlunun özelliklerinden en önemlisi de sürekli olarak daha iyiye ulaşma arzusudur ve bu arzu değişimin sürekli hale gelmesini zorunlu kılmaktadır. Değişimde yaşanan hızlı gelişmeler ile birlikte dünün yeterlilikleri, ihtiyaçları karşılayabiliyorken, zaman ile yetersiz hale gelmekte veya ihtiyaçları karşılayamamaktadır. Bu neden ile değişimin gereklerini sürekli olarak yerine getirmek gereklidir (Argüden, 2004).

Değişim mevcut bir durumun veya bütün durumun değişmesidir. Değişim kendi içinde ne iyi ne de kötüdür; sadece geçmiş ve şimdinin arasında gözlenen bir farktır (Gabriel, Oburu ve Aduba, 2013). Değişim süreklilik arzeden bir süreçtir ve hiç bir zaman durağan kalmamaktadır. Değişimde yaşanan bu süreç olumlu olarak gerçekleşebileceği gibi olumsuz olarak da gerçekleşebilmektedir.

Günümüzde örgütler, yaşamlarını devam ettirmeleri değişimin getirdiği koşullara başarılı bir şekilde uyum sağlamları ile mümkündür. Aksi takdirde yaşamlarını devam ettirme şansları yoktur (Yazıcı, 2001). Bu nedenle örgütlerin

değişim sürecindeki zorlu koşulları ve tüm şartları yerine getirmeleri büyük önem arz etmektedir.

2.2. Örgütsel Değişim

Örgüt; belirli hedefler doğrultusunda birlikte hareket eden grup, topluluk veya kuruluşlardan meydana gelen teşkilatlardır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2019). Örgütlerde değişim kavramı; var olan kurumun veya örgütlerin ayakta kalarak, yaşamını ve işlevselliğini sürdürmesi veya gelişmesini sağlamaya yönelik hedeflediği amaçları, etkin ve verimli bir şekilde başarmasını amaçlamaktadır. Yeni amaçlara ulaşmak için ise; planlı veya önceden düşünülmüş ve çalışanların motivasyonunu, tatmin düzeyini arttırarak, gelişmelerine olanak sağlayan kurumsal veya örgütsel bir yapı oluşturmayı hedeflemektedir (Uzun, 2008; Dağ, 2010; Tuğlacı, 2018).

Örgütsel değişimler ile çalışanların ilişkilerini, bilgi, beceri ve yeteneklerini iyileştirmeye ve değiştirmeye yönelik stratejiler uygulanmaktadır (Dağ, 2010). Örgütsel değişimin en hızlı yaşandığı kurumlardan birisi de sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlarda toplumsal çevreden gelen taleplere yanıt vermede, karşılıklı rekabette üstünlük sağlamada, gider maliyetlerini en aza indirerek verilen hizmetin kalitesinin en üst düzeyde tutmada değişim bir araç olarak kullanılmaktadır (Koşar, 2010).

2.3. Örgütsel Değişimin Türleri

Değişimin daha iyi anlaşılabilmesi ve örgüt yöneticilerinin süreci daha iyi yönetebilmeleri için değişimle ilgili farklı sınıflandırmalar mevcuttur. Bu sınıflandırmalar arasında:

- ❖ Planlı ve Plansız Değişim
- ❖ Makro ve Mikro Değişim
- ❖ Zamana Yayılmış ve Ani Değişim
- ❖ Proaktif ve Reaktif Değişim
- ❖ Dar Kapsamlı ve Geniş Kapsamlı Değişim

- ❖ Aktif ve Pasif Değişim
- ❖ Köklü (Radikal) ve İyileştirme Şeklinde Değişim (Koçel, 2007).

2.3.1. Planlı ve Plansız Değişim

Örgütlerdeki değişimler planlı veya plansız olarak yapılmaktadır. Örgütteki üyeler, değişim konusunda genellikle çevresel faktörler sebebiyle, stratejik veya pazar ihtiyaçlarını karşılamak konusunda veya diğer etkiler sebebiyle yapmak istedikleri değişiklikleri bilinçli ve kasıtlı olarak yapmaktadırlar. Eğer örgütte acil bir tehdit veya kriz durumu söz konusuysa, değişimi planlamadan ani şekilde gerçekleştirmek zorunda kalmaktadırlar (Donald, 2017).

Planlı değişim: Mevcut işletmelerin iyileştirilmesi için planlı değişiklik veya gelişimsel değişiklik yapılır. Belli bir arzulanan çıktı elde etmek ve organizasyonu iç ve dış taleplere daha duyarlı hale getirmek için başlatılmış, hesaplanmış bir değişikliktir. Çalışanların iletişim becerilerini ve teknik uzmanlığını geliştirmek, ekipler oluşturmak, organizasyonu yeniden yapılandırmak, yeni teknolojiler sunmak, yeni ürünler ve hizmetler sunmak, teşvik sistemi geliştirmek, çalışan refahını iyileştirmek ve benzeri uygulamalar bu kategoriye girmektedir (Singh, 2005). Bir alan olarak organizasyon geliştirme, organizasyondaki bir eksikliği gidermek ve geliştirmek için bilinçli olarak geliştirilen planlı organizasyonel değişim programlarının başarılı bir şekilde uygulanmasıyla ilgilenmiştir (Beckhard, 1969).

Planlanan değişim süreci, sürecin biçimlendirici dizilerinde daha fazla zaman gerektirir. Çalışanlar ve örgüt üyeleri ihtiyaç tanımına katılırlar ve fikirlerini ve önerilerini geliştirmede, yaratıcılıklarını kullanma fırsatına sahip olurlar. Sonuç olarak, uygulama aşamasında adaptasyon sağlanmasında ve dirençlerle başa çıkmada daha az zamana ihtiyaç duyulur. Değerlendirmeye ve odaklanmaya olan zaman yatırımı, değişikliği uygulamak ve kurumsallaştırmak için gereken süreyi önemli ölçüde azaltır. İşe yaramaz bir fikri hurdaya çıkarmak ve yeniden başlamak zorunda olma olasılığını da azaltmış olur (Donald, 2017).

Plansız değişim ise; örgütün amacının, hedefinin ve yol haritasının önceden belirlenmediği ve ani yaşanan değişimlere ayak uydurmak zorunda olduğu süreçtir (Koçel, 2007).

Kurt Lewin 1951 yılında planlı örgütsel değişimin gerçekleşmesinde kullanılabilecek bir model oluşturmuştur. Bu değişim modeli bugün çok iyi bilinmekte ve yöneticiler tarafından alıntılanmaktadır. Lewin bu modelinde örgütsel değişikliklerin üç adımı (çözme-değişim-yeniden dondurma) olduğunu öne sürmüştür (Cameron ve Green, 2004).

İlk adım olan çözme (unfreezing) değiştirilecek olan değişkenlerin mevcut değerlerinden çözdürülmesi, yani değişkenlerin mevcut durumlarının bozulmasıdır (Koçel, 2007). Bu, mevcut durumu tanımlamak, itici yüzeye ve direnç kuvvetlerine yüzey uygulamak ve istenen son durumu resimlemek anlamına gelir (Cameron ve Green, 2004). Başka bir söylem ile çözdürmenin esası değişime karşı sert ve olumsuz fikir içinde olabilecek kişilerin değişimin gerekliliği hususunda ikna edilmelerini ve en azından değişim durumuyla ulaşılabilecek sonucun mevcut durumdan daha iyi olacağını göstermek düşüncesini barındırır (Koçel, 2007). Çözme sürecindeki en önemli ve etkili faktör, çalışan kesime değişimin zorunlu olduğu hakkında bilgi vererek, değişimin önemini benimsetmek ve yapılacak değişimin sonucunda iş akışının nasıl etkileneceğini anlatmaktır (Karakaş Yılmaz, 2012).

İkinci adım değişim (change) katılım yoluyla yeni bir duruma geçmekle ilgilidir (Cameron ve Green, 2004). Değişimin fiilen yapılarak değişimi ortaya çıkaracak tarzda değişikliklerin yapılmasıdır (Koçel, 2007).

Üçüncü adım olan yeniden dondurma (refreezing) da ise politika belirleyerek, başarıları ödüllendirerek ve yeni standartlar oluşturarak yeni durumların dondurulması ve dengelenmesine odaklanılır. Dondurulması gereken bir mevcut durum ve gerekli olan algılanan bir son durum vardır. Bu nedenle asıl odak, birincisi ile son durum arasındaki hareketin gerektiği kadar yumuşak ve hızlı olmasını sağlama ihtiyacıdır (Cameron ve Green, 2004). Yeniden dondurma, değişim sürecinde zorunludur. Bu süreç gerçekleştirilmez ise, eskiden kullanılan çalışma alışkanlıkları yeniden ortaya çıkarak kullanılmaya başlanır ve yeni öğrenilenler unutulmasına sebep olur (Karakaş Yılmaz, 2012).

Lewin'in modeli, bir süreç danışmanının çözülme, taşıma ve yenileme aşaması boyunca bir grup insanı ele geçirmesini sağlamak için tasarlanmıştır. Örneğin, eğer bir insan ekibi işe alım sürecini kökten değiştirmeye ihtiyaç duymaya başlarsa, danışman sorunları çözmek, istenen yeni duruma geçmek ve bu yeni durumu güçlendirmek için ekiple birlikte çalışacaktır (Cameron ve Green, 2004).

2.3.2. Makro ve Mikro Değişim

Bu tür değişimlerde örgütlerin değişim için belirledikleri unsurların çokluğuyla alakalıdır. Organizasyondaki tüm alanlarını etkileyen bir değişim söz konusu olmasını makro değişim olarak ifade edilir. Aynı zamanda bu değişimle stratejik ve teknik birçok eylem kullanılacağına, örgüt performansını yükseltmesinde, örgütü geliştirme tekniği olarak da kullanılmaktadır (Koçel, 2007).

Mikro değişim ise, organizasyonun bölgesel veya bazı alanlarını içine alan değişim yapılması şeklinde belirtilir (Koçel, 2007).

2.3.3. Zamana Yayılmış ve Ani Değişim

Birçok örgüt, değişim sürecinde amaçlarına ulaşmak için yaptıkları planlarını zamana yayarak ve adım adım ilerletmektedirler. Buna nazaran bazen de öngörülen düzeltmelerin tamamlanması adına kısa zaman zarfında ani değişim süreci gerçekleştirilmeye çalışılır. Her iki değişim sürecinin de fayda ve sakıncaları söz konusudur (Koçel, 2007).

2.3.4. Proaktif (Öngörücü) ve Reaktif (Tepkisel) Değişim

Bir olayın beklentisiyle yerine getirilen veya bir dizi olayın beklentisi ile yapılan değişikliğe öngörücü değişim adı verilir. 1938'de Meksika'da faaliyete geçen Pepsi, Meksika kola satışlarında %31 pazar payına sahip ve bu rakamı iyileştirmeyi planlıyor ve Pepsi Meksika'daki operasyonları için önümüzdeki beş yılda 750 milyon dolar

yatırım yapacağını açıklaması bu duruma örnek olarak verilebilir. Kuruluşlar, beklentileri bakımından, gelecekteki taleplere göre kendilerini ayarlayabilir veya yeniden yönlendirebilirler. Örgütü mevcut durumdan istenen gelecek durumuna doğru değiştirmeyi ve geçiş sürecini yönetmeyi içerir (Singh, 2005).

Tepkisel değişim: Bu tür bir değişim oldukça öngörülemez ve dış etkenler nedeniyle doğal olarak gerçekleşir. Doğrudan kontrolden çıkmadığı ve büyük ölçüde bilinmeyen bir gelecek durumu ürettiği için derin ve travmatiktir. Örneğin, üzerinde kontrol sahibi olmadığı döviz devalüasyonu, hammadde ithalatı yapmak zorunda olan bir şirketin işini olumsuz yönde etkiler (Singh, 2005).

2.3.5. Dar ve Geniş Kapsamlı Değişim

Bu değişim türlerindeki kapsam örgütlerdeki, değiştirilmesi amaçlanan yönlerin sayısı ve yaygınlığına göre değişimlerinin yapılmasıdır. Makro ve Mikro değişim tanımının farklı bir ifadesidir (Koçel, 2007).

2.3.6. Aktif ve Pasif Değişim

Çevre koşullarında meydana gelen değişime uyum sağlamak için örgütlerin kendi içerisinde yaptığı değişim türü pasif değişim olarak ifade edilirken; örgütün yaptığı değişim ile birlikte kendisini ve bulunduğu çevresini de etkileyen bir değişim yapılmasına ise aktif değişim ifadesi kullanılmaktadır. Günümüzde teknolojik bir yenilik üreterek kendi içerisinde değişim yapan ve bu teknoloji ile birlikte diğer kuruluşları etkileyen bir kuruluş aktif bir değişim yapmış olur (Koçel, 2007).

Pasif değişim ise bir olaya veya bir dizi olaya açıkça cevap olarak verilen değişikliklere pasif değişiklikler denir. Bir şirketin ürünlerine olan talep bir artış veya azalış kaydettiğinde veya bir sorun ortaya çıktığında bu değişiklikler denir. Örneğin teknolojik değişiklikler organizasyonu modern teknolojilere yatırım yapmaya zorlamaktadır. En son teknolojinin kullanılması, ürün talebinin artmasına tepki olarak olabilir (Singh, 2005).

2.3.7. Köklü (Radikal) ve İyileştirme Şeklinde Değişim

İyileştirme şeklinde değişim: Mikro seviyede yönlendirilen ve bir organizasyonun içindeki alt birimlere odaklanan değişimler iyileştirme şeklinde değişiklikler olarak adlandırılır. Değişiklikler yavaş yavaş ortaya çıkar ve genellikle kolaylıkla uyarlanabilir. Bu küçük değişikliklerin büyük değişimin işleyişine gireceği ve sistemi yavaşça daha sağlıklı bir yöne yönlendireceği varsayılmaktadır. Başarısız bir iyileştirme şeklindeki değişiklik, toplam sistemde gerçekleşecek başarısız bir köklü değişiklikten daha az hasara yol açacaktır (Singh, 2005).

Radikal değişime ait diğer kullanılan terimler ise; köklü, dönüşümsel, önsüz, stratejik kelimeleridir. Bu ifadelerden de anlaşıldığı üzere radikal değişimde temelden gerçekleştirilen bir değişim söz konusudur. Örgütleri ve çalışanlarını gözle görülür bir şekilde etkiler (Karakaş Yılmaz, 2012). Bu, kuruluşun mevcut amacının veya misyonunun yeniden tanımlanmasını gerektirir. Mevcut kurumsal liderliğin başarısızlığı, çalışanların moraliyle ilgili sorunlar veya ciroda keskin bir düşüşün olması iş ortamında köklü bir değişikliği gerekli kılabilir (Singh, 2005).

2.4. Örgütsel Değişimin Nedenleri

Hızlı bir şekilde değişen teknoloji ve bilgi ekonomisi, pazar koşullarının da artan küresel rekabet sonucu yaşanan ekonomik krizler, işletmeleri re-organizasyona zorlamaktadır. Teknolojik değişimde yaşanan hızlı gelişmeler, arz talep değişiklikleri ve konjüktürel dalgalanmaların işletmeler açısından değişime karşı uyum sağlamanın ve değişime yön vermenin önemini ve getirdiği avantajları fark etmişlerdir (Özgener, 2005).

Örgütsel değişim örgütün içerisindeki (içsel) nedenlerden dolayı ortaya çıkabileceği gibi çevresel (dışsal) nedenlerden dolayı da ortaya çıkabilmektedir. Bu neden ile örgütsel değişim içsel veya dışsal nedenler olarak ikiye ayrılmaktadır (Karakaş Yılmaz, 2012).

2.4.1. Örgütsel Değişimin İçsel Nedenleri

Değişimdeki içsel nedenler örgütlerin veya kurumların içerisinde gelişen durumlarla ilgilidir. Örnek verecek olursak; satışlardaki düşüş, verimlilikteki azalmalar, çalışanların moral ve motivasyonunda azalmalar, çalışanlar arasındaki çatışmalar, personelin eğitim seviyesinin yükselmesi ile kariyer hedefleri ve beklentilerinde artış gibi unsurlar içsel nedenler olarak değişimi gerekli kılar (Koçel, 2007).

Örgütsel değişimin iç etmenlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Uslu, 2006).

- ❖ Büyüme
- ❖ Şirket Birleşmeleri
- ❖ Küçülme
- ❖ Tepe Yöneticilerin Değişmesi
- ❖ Örgüte Bağlı Eksiklikler

2.4.1.1. Büyüme

Çağdaş (2005) çalışmasında (aktaran Celaledin ve Arat, 2013) büyüme; işletmede nicel ve nitel gelişim ile ilgili bir kavramdır. Nicel büyüme ve gelişme, işletmenin satışlarında, ürün çeşitliliğinde, kaynak ve varlık yapısında sayısal artışı ifade etmektedir. Nitelik olarak büyüme ise işletme unsurlarının kalitesinin artması şeklinde ifade edilen, işletme içinde fark edilenbilen ama sayısal olarak ölçülemeyen bir kavramdır.

Bir örgütte değişimi sürekli kılan en önemli değişkenlerden biri büyüme faktörüdür. Hammadde ve pazar sıkıntısı olmayan işletmelerde artan piyasa taleplerine daha iyi cevap vermek için, kâr payını artırarak ve piyasanın önemli bir tedarikçisi olma gücünü elde etmek için sürekli büyüme ve gelişme yolunda ilerlemesi gerekmektedir. Sağlık alanında da artan nüfusa bağlı kronik hastalıklardaki artış ile uzayan yaşam süresi ve sağlık kuruluşlarının artan talebine yetişmek için sürekli olarak kendini geliştirerek büyümesi zorunlu hale gelmiştir. Organizasyonlar büyüdükçe kullandıkları

yöntemler ve iş görenler yetersiz kalacaktır. Bu neden ile köklü değişikliklerin yapılması ve mevcut kısımlara ek olarak yeni kısımların kurulması gerekmektedir (Dönder Çelik, 1996; Uslu, 2006).

2.4.1.2. Şirket Birleşmeleri

İki veya birçok işletmenin tüm kaynaklarını birleştirecek şekilde, hukuksal varlıklarını kaybederek yeni bir işletme olarak ortaya çıkmasıdır. Şirket birleştirme yapan işletmeler yapısallığını ve işlevselliğini yeniden kurmak için birçok değişim yapmaları gereklidir (Uslu, 2006). Dünya çapında rekabet için gerekli bilgi ve diğer kaynaklara tek başına sahip olamayan işletmeler yeni pazarlara girme, üretim maliyetlerini azaltma, yeni teknolojileri hızlı şekilde kullanma, yeni ürün geliştirme, yasal ticaret problemlerini çözmek vb. gibi rekabet güçlerini arttırmak ve işletmenin yaşamını devam ettirmesi için informal ya da formal şekilde bir araya gelmesi ile ayrı olarak sahip oldukları uzmanlıklarını ve kaynakları birleştirmeleri sürecinde başvurdukları bir yoldur (Celaledin ve Arat, 2013).

2.4.1.3. Küçülme

Şirketlerin veya örgütlerin donanımsal veya iş yapış şekillerinde yetersizlikler nedeniyle üretimin düşmesi, kârın azalması, şirket veya örgüt hedeflerinden uzaklaşılması ve benzeri nedenler değişimi kaçınılmaz kılmaktadır (Uslu, 2006). Küçülme olumsuz bir durumu ifade etmekte olsa bile bazı organizasyonlarda küçülme planlı bir şekilde yapılabilmektedir. Böylelikle organizasyon yapısı daha hızlı karar alınabilen esnek bir yapı sunabilmektedir (Koçel, 2007). Sağlık alanında ise kuruluşların bilgi ve teknolojik olarak yeterli donanıma sahip olmaması, tanı, tedavi yöntemlerinde yetersiz kalmasına nedeni ile hem iş yapış süresinden hem de çalışan ve hasta beklentilerine cevap veremeyerek sürekli ileriye giden piyasada hedeflerinden geride kalarak küçülme yaşayacaktır.

2.4.1.4. Tepe Yöneticilerin Değişmesi

İşletmelerin yönetim yapısında oluşan değişimlerin en önemli nedenlerinden birisi de işletme sahiplerinin veya tepe yöneticilerinin değişmesidir. Bu değişiklikler ile işletmenin yönetim yapısında da son derece önemli değişiklikler meydana gelebilmektedir. Yeni yöneticilerin yönetim felsefelerinden ve hedeflerinden kaynaklanan farklılıklar ve yönetim fonksiyonlarını uygulama biçimleri nedeni ile işletmede yeniden yapılanma ihtiyacı doğacaktır (Yamen, 2010).

2.4.1.5. Örgüte Bağlı Eksiklikler

Karar vermede ve uygulamada yavaşlık, sık tekrarlanan hatalar, yeterli düzeyde iletişimin olmaması, denetimde yetersizlik ve işyerinde devamsızlık oranlarının yüksekliği nedeni ile tam kapasitenin kullanılmaması, yenilik ve yaratıcılığın olmaması, kişiler ve bölümler arasında çatışmaların ya da anlaşmazlıkların yaşanması, işletmelerin amaçlarının çalışanlar tarafından tam olarak anlaşılabilmesi gibi sorunların artması ile örgütsel değişim zorunlu hale gelir. Bu gibi durumların yaşanması ve örgüte verilen zararın artması sonucu örgütün de değişime olan ihtiyacı artar (Tabancalı, 2000; Atak, 2001).

2.4.2. Örgütsel Değişimin Dışsal Nedenleri

Her örgütün kendi içinde bir girdi, süreç ve çıktı akışı vardır. Bu akışta dış çevreden aldığı çeşitli girdileri, üretim süreci içinde belli bir teknoloji kullanarak değiştirir ve çıktı olarak tekrar dış çevreye sunar. Bu akış içinde örgütler disiplinli bir çalışmayı ne oranda sağlamış olurlarsa o oranda başarı sağlarlar. Bu toplam süreci etkileyen bir de dış çevre faktörleri vardır. Bu faktörler örgütlere olumlu yönde yeni fırsatlar sunarken, bir taraftan da kuruluş için tehlike oluşturabilecek değişimlere sebep olabilir. Dolayısıyla örgütler bu fırsat ve tehlikeleri ön görerek fırsattan faydalanıp, tehlikelerden korunma yönünde bir değişim süreci geçirmeleri gerekir. Aksi takdirde dış çevre şartlarına uyum sağlayamayan örgütlerin tüm işlem süreçlerinde bozulmalar meydana gelebilir (İleri ve Güven, 2014).

Örgütsel değişmeye sebep olan en önemli dış etkenleri şu şekilde sıralayabiliriz;

- ❖ Doğal çevre koşullarına bağlı değişim,
- ❖ Toplumsal çevre koşullarına bağlı değişim,
- ❖ Ekonomik çevre koşullarına bağlı değişim,
- ❖ Hukuki çevre koşullarına bağlı değişim,
- ❖ Teknolojik çevre koşullarına bağlı değişim (Uslu, 2006).

2.4.2.1. Doğal Çevre Koşullarına Bağlı Değişim

Doğal çevre koşulları denilince ilk akla gelen tabiat şartlarındaki değişimlerdir. Günümüzdeki hızlı nüfus artışı ile beraber doğanın ağır tahrip edilmesi ve su, hava, toprağın kirletilmesi iklimlerin değişmesine sebep olmaktadır. Bu değişiklik ile doğal kaynaktaki yetersizlikler hammadde açığını artırmış olan kurumları, örgütleri yapay kaynak arayışına veya keşfine sevk etmiştir. Bu açıdan örgütlerin, değişimi gerçekleştirirken doğal çevreye zarar vermeden faaliyette bulunmaları en önemli görevlerindedir (İleri ve Güven, 2014; Uslu, 2006).

2.4.2.2. Toplumsal Çevre Koşullarına Bağlı Değişim

Toplumsal değişim, toplumsal yapıyı meydana getiren sosyal ilişkilerin dokusunda, sosyal kurumlarda ve bireylerin tutum ve tavırlarında meydana gelen değişimdir (Celaleddin ve Arat, 2013). Toplumsal değişimin merkezinde insan bulunmaktadır. İnsan toplumsal nitelikli tüm olaylarda etkileyici ve diğer taraftan da etkilenen konumdadır. Bu açıdan insan toplumsal değişimin en önemli ögesidir. Toplumsal çevre koşullarını oluşturan değişim sebepleri olarak nüfusun demografik özellikleri, kentleşme, kültürel yapı gibi öğeleri de sayabiliriz. Bu değişim türünün en önemli değişim kavramı da büyük şehirlere göç ile ortaya çıkan kentleşme problemidir. Kentleşme, kentsel nüfusun hızla artması ile sosyal sorunları, yanı sıra alt yapı ve ulaşım gibi sorunları da beraberinde getirmiştir. Yine toplumsal nüfusun miktarı, yoğunluğu, sağlık ve eğitim gibi değişkenler de toplumsal çevrenin koşullarındaki

değişimin belirleyicisi olmaktadır. Böylece insanlardan oluşan örgüt ve kuruluşlar insan ve toplumun ihtiyaçlarına cevap vermek için değişime yönelmek zorundadırlar. Toplumsal çevre koşullarından etkilenen kuruluşlar arasında sağlık kuruluşları da yer almaktadır. Kentlerde artan hızlı nüfus bulaşıcı hastalıkların daha hızlı yayılmasına neden olmaktadır ve bu neden sağlık alanında koruyucu sağlık hizmetlerinin daha yaygın sunulmasına sebep olmuştur (Atak 2001; Uslu, 2006; Yıldız 2010). Ayrıca sağlıksız kentleşme ile birlikte kronik hastalıklarda artışlar gözlemlenmesi ile birlikte bu sürece yönelik tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılan yatırım ve teşviklerin artışı ile sonuçlanmıştır.

2.4.2.3. Ekonomik Çevre Koşullarına Bağlı Değişim

Günümüzün en önemli çevresel değişim nedenlerinden biri de ekonomik koşullardaki hızlı değişimdir (Öztop, 2014). Ekonomik çevre; bir toplumun gereksinimlerini karşılayabilmek adına eldeki sınırlı kaynaklarla mal ve hizmetlerin üretilip, tüketildiği ve kaynakların, mal ve hizmetlerin, gelirin paylaşıldığı ortam olarak tanımlanmıştır (Ülgen ve Mirze, 2006). Ekonomik çevre unsurları, yani örgütlerin içinde buldukları ekonomik yapının özellikleri sürekli değişim göstermektedir. Bu değişimler, bir süreç içinde üretim, paylaşım, tüketim ve oluşan ihtiyaç ile yeniden üretim döngüsü temelinde şekillenir. Bu döngü ihtiyaç artışı doğrultusunda, kısır bir döngü olmaktan çıkarak, etkisini gittikçe arttıran bir sarmal şeklini alır (Sucu, 2000). Ekonomik düşüncenin ana temeli, kıt kaynakların mümkün olan en yüksek faydayı sağlayacak şekilde kullanılmasından geçmektedir. Amaçları finansal fayda yaratmak olan örgütler gittikçe büyüyen rekabet alanından hedeflerine ulaşmak için gerekli koşullara uyum sağlamak zorunda kalmışlardır. Rekabet güçlerini geliştirerek eldeki kaynakları daha az maliyet ile temin edip, daha ucuza işlemek ve piyasaya daha rekabetçi fiyatlarla sunmak, büyük derecede önem kazanmıştır (Öztop, 2014). Sağlık alanında hastalıklar için kullanılan tedavi yöntemleri de maliyet ve yarar sağlama ölçütleri göz önüne alınarak tercih edilmektedir.

2.4.2.4. Hukuki Çevre Koşullarına Bağlı Değişim

Hukuksal çevre, toplumsal, ekonomik, sağlık ve eğitim gibi birçok alanda düzeni sağlayan anayasa, yasa, yönetmelik ve tüzüklerden oluşmaktadır. Hukuksal sistemler, birçok alanda düzenlemeler sağlamak için hukuki değişimler gerçekleştirebileceği gibi toplumsal ve finansal düzeyde gerçekleşen değişim sürecini meşru kılmak, hukuki bir çerçeve oluşturmak amacıyla kurulmaktadır. Toplum tarafından yapılan değişimin kabul edilmesi için veya toplumun yapılacak olan değişimi onaylaması için hukuki değişimler yapılır ve hukuksal alanda yapılan değişimler örgütlerde de değişimi zorunlu kılmaktadır (Güvenli, 2007). Kamu kurumlarındaki değişimlerin hemen hemen hepsi, ilgili mevzuatların değiştirilmesi ile yapılmaktadır. Kamu İktisadi Teşebbüsleri'nin özelleştirilmeleri ile ortaya çıkan örgütsel değişimler de hukuki çevresel koşullara bağlı değişimler arasında gösterilebilir (Öztop, 2014).

2.4.2.5. Teknolojik Çevre Koşullarına Bağlı Değişim

Teknoloji, genel bir ifadeyle kazanılmış yetenekler ile belirli hedeflere ulaşmada, belli problemleri çözmede, gözleme dayalı ve doğruluğu ispatlanmış bilgilerin ışığında işlevsel yapıların oluşturulması olarak tanımlanmıştır ve teknoloji; bilgi ve becerilerin daha verimli, düzenli ve aktif biçimde uygulanmasını sağlar (Barut, 2015). Günümüz dünyasında insan zihninin bile algılamakta zorlandığı türden değişimler ve dönüşümler gerçekleşmektedir. Bilim ve teknolojide süratli bir şekilde yaşanan bu gelişmeler, değişim için itici bir güç oluşturmaktadır. Bu güç de başta insanlar olmak üzere, örgütleri ve ülkeleri tekrardan şekillendirmek ve değiştirmektedir (Uslu, 2006).

Değişim, iş dünyası için kaçınılmaz bir olgudur. Kuruluşların içinde faaliyet gösterdikleri çevre dinamiklerinin ortaya çıkardığı değişikliklere uyum sağlamaları gerekir. Teknolojik değişiklikler, organizasyonun doğasını, kültürünü ve kurumun politikasını da değiştirir. Çünkü yeni teknoloji iş sorumluluklarındaki değişikliklere, ek iş yüküne, ek eğitime ve yeni personel alımı anlamına gelir (Delaney ve D'Agostino, 2015).

Günümüzde kuruluşlar yaptıkları işlerde başarılı olmayı hedeflediklerinde bu işler için kullanmakta oldukları teknoloji büyük önem kazanmaktadır. Teknolojik değişimler organizasyonların bütün yapısını etkilemekte ve yeniden şekillendirmektedir (Koçel, 2007). Teknolojideki gelişmeler, bireyleri ve toplumu içine alan bir değişime neden olduğu gibi örgütleri de etkilemektedir. Değişimin sonuçlarından olumsuz yönde etkilenmemek için, değişimin sonuçlarının iyi algılanması ve değişimin iyi planlanması ve yönetilmesi gerekir. Mevcut yapısal sistemin gelişen teknoloji ile uyumlu hale getirilmesi ve örgüt içerisindeki sosyal durumun buna iyi hazırlanarak davranışsal dönüşümünü de gerçekleştirmesi sağlanmalıdır. Teknoloji, bir örgütün karar alma, iletişim, kontrol ve motivasyon süreçlerini eşgüdümlü hızlı ve güvenilir biçimde, işletilebilmesine olanak sunar. Örgütün işleyişinde ve yönetiminde önemli bir yere sahip olan teknoloji, insan davranışlarında da değişime yol açar. Teknoloji ile çalışma şartlarında ve çalışma şeklinde sağlanan değişim, insanların işlerine karşı tutum ve davranışlarında da değişime neden olması beklenmektedir (Bensghir ve Leblebicioğlu, 2001).

Teknolojide ortaya çıkan ilerlemelere paralel olarak başta bilgi sistemleri ve bilgisayar sistemleri de gelişmekte ve değişmektedir. Bu değişimler günümüzde oldukça hızlı gerçekleşmekte; öyle ki altı ay süre ile teknolojiler yenilenmekte ve bu yenilikler ile gelişmeler yeni olanaklar doğurmaktadır. Teknolojik değişim sadece ilerleme sağlamakla kalmayıp, bu teknolojiler ile hizmet sunmaya çalışan iş kollarındaki çalışanları da büyük oranda etkilemektedir (Kutlutürk, 2011).

Teknolojik değişime ayak uydurmayan, yeni teknikleri kullanmayan ve devamlı öğrenme sürecinde bulunmayan, hasta beklentilerini karşılayamayan, sağlık kurumları sektöründeki kuvvetlerini yitirerek daralmaya veya sektörden çıkma durumuyla karşı karşıya kalabilirler. Ek olarak, özel hastanelerin kuruluşlarındaki artışla piyasadaki yarışın hızlanması, artan toplum istekleri, hizmet veren personel özelliklerindeki değişimler ve teknolojide artan yenilikler ile bu sektörde hizmet veren kuruluşlar için değişimi zorunlu kılmaktadır. Teknolojik değişimin gereklerini yerine getiren sağlık kuruluşları hem hasta beklentileri, hem de hizmet kalitesinde ve azalan maliyet giderleri ile amaçlarına daha kolay ulaşabilmektedir (Altındış, Altındış, ve Saylı, 2011).

2.5. Teknoloji Türleri

Birçok bilim insanı, gereksinimin genellikle buluşun annesi olduğunu belirtirler. İlk insan toplumlarında, teknolojiler temel olarak av arayışında ve yontma taştan tahta mızraklarla gıda arayışında rol oynamıştır. Bu mütevazı başlangıçtan itibaren teknolojilerin çeşitliliği ve işlevleri aralıksız bir şekilde genişlemiştir. Teknolojiler, yiyecek, giyecek ve barınak sağlamanın yanı sıra, şimdi neredeyse dünyanın her yerinde anında iletişim kurmamıza, kilometrelerce derin okyanus siperleri keşfetmemize, hayvanları klonlamamıza, moleküler ölçekte cihazlar yapmamıza ve daha birçok alanda yenilikler yapmamıza imkan sağlayarak yaşamı kolaylaştırmaktadır (Skibo, 2011).

İçinde bulunduğumuz çağın bilgiye dayalı olmasıyla birlikte örgütlerdeki yönetsel anlayışta bilişim teknolojilerinin önemi ve kullanımındaki etkinliği artırıcı özelliği gündeme gelmiştir. Bununla birlikte örgütlerde teknoloji kullanımının artması ile yönetim düzeylerinde etkililik ve verimlilikte artış sağlamıştır. Teknolojik gelişmelerin hızının artmasıyla dünyada yaşayan bütün insanlığın hayat kalitelerini artırmak ve hayatlarını kolaylaştırma yönündeki çalışmalar fazlasıyla artmıştır. Bu çalışmaların en başında gelen ve en önemlilerinden birisi olan teknoloji türü de bilişim teknolojisidir. Bu teknolojinin başında da önemli bir getirisi olan bilgisayar temelli sistemler yer almaktadır (Mersinkaya, 2011).

2.5.1. Bilgisayar

Bilgisayar isim anlamıyla bilişimdir. Elektronik beyni olan önceden verilmiş bir program aracılığıyla, birçok aritmetiksel ya da mantıksal işi işlem yaparak sonuçlandıran elektronik bir araçtır (TDK, 2019). Düşükcan ve Kaya (2003) çalışmalarında; “Bilgisayarlar, programları sayesinde aldığı komutlarla yüklenen verileri işleyip problemlerini çözen elektronik cihazlardır ve bilgileri girdi olarak alıp, bir program aracılığıyla işleyip, bilgiyi birçok aygıtta çıktı olarak veren otomatik cihazlardır” şeklinde tanımlamışlardır.

Bilişim teknolojileri ve bilgisayar gelişimi ile birlikte sağlık mesleklerinde de önemli değişimler yaşanmaktadır. Sağlık sektöründeki hızlı gelişmeler ve bilgisayar

alanındaki teknolojinin gelişimi ile bu iki alanın birbirleriyle uyum içinde gelişim göstermeleri bilgisayar teknolojilerinin sağlık alanlarında kullanımını artırmıştır (Köse, 2011). Sağlık alanındaki bilgisayar kullanımı 1960'lı yıllardan itibaren gündemdedir. İlk zamanlarda sağlık ödenekleri ve sağlık istatistikleri gibi kısıtlı kullanım sağlanırken, 1970'lerin sonlarında hasta bilgilerinin merkezi olarak bir alanda depolanması, güvenilir ve gizlilik içinde saklanmasına, bilgiye kolay ulaşmada, sistemin kolay kullanılabilmesinde, toplanan bütün sağlık verilerinin içerisinde veri paylaşımını sağlamada kullanılması anlayışı esas alınmıştır. 1980'li senelerde ise hastaların sağlık verilerinin doldurulmasında, laboratuvar sistemlerinde, yoğun bakım üniteleri, acil servisler gibi alanlardaki durumu ciddi hastaların takibinde, bazı radyoloji tetkiklerinde (bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi) ve nükleer tıp alanlarında kullanılmaya başlanmıştır (Ay, 2009).

Günümüzde ise bilgisayarlar, hastanelerde önemli ve kapsamlı uygulama alanına sahip araçlar olmuşlardır. Gün geçtikçe bireylerin toplanan ve depolanan sağlık verilerinin miktarı büyük oranda artmaktadır. Bilgisayarlar bu anlamda kaynakların ortak alanda toplanmasına yardım ederek, kendi içindeki kurulu bilgi işlem sistemi ile hastalar hakkındaki bilgilerin doğru, hızlı ve kolay ulaşılmasını ve paylaşılmasını, sağlık mesleğine ait bilgilerin kodlanmalarını ve gerekli veri tabanlarının bağlantısını koordine etmektedir. Ayrıca sağlık sorunlarını tanılamada, monitörizasyon ile hastayı izlemede ve tedavi etme sürecinde, hasta bakım planlanmalarında, laboratuvar sonuçlarına erişmede ve çıkan sonuçları değerlendirmede, eczanedan ilaç istemlerinde, hastane muhasebesinde, hizmet içi eğitim faaliyetlerindeki kullanımından, hastane yönetimine kadar hastanelerin tüm alanlarında aktif olarak kullanılmaktadır (Ay, 2009; Kaçan Softa, Akduran ve Akyazı, 2012).

2.5.2. İnternet

Çok sayıda bilgisayarı birbirine bağlayan, dünya çapında bir iletişim ağı olan günümüzde de en büyük ve en çok kullanıma sahip olan bilgisayar ağı, internettir. Bilgiye ulaşmada en yaygın ve hızlı kullanımı sağlayan araçlardan birisi olup matematik ve iletişimden, organizasyon ve iş modelleri gibi birçok sahada üretilen buluş ve

yenilikler ile birlikte gündeme gelmiştir. Bu araç; iletişim, eğitim, sağlık, finansal ve ekonomik faaliyetlerde ve tüm iş dünyası sektörlerinde bilgi altyapı süreçlerini başlatıp yaygınlaştırılmalarında önemli fırsatlar sağlamıştır ve bu alanlardaki faaliyetlere hareketlilik kazandırmıştır. İnsanlar sağlık ve sağlıkla ilgili alanlar da dahil olmak üzere her türlü bilgiye ulaşmak için internet kullanımını tercih etmektedir (Fiaidhi, Mohammed ve Wei, 2010; Gökçearslan, 2011; Cömert, 2012).

Yaşadığımız şu zamanda internetin sık kullanımı, ilk çıkış zamanlarından bu yana gelişim göstermesi, hatta artık her evde yerini almasıyla birlikte bilgisayar sayılarındaki artışlar, internetteki web sayfalarının sayısının artması ve sürümlerinin güncellenmesiyle birlikte gelişimini sürdürmeye devam etmiştir. Gün geçtikçe önemli ve büyük gelişim ve değişim gösteren internet ilk çıktığı yıllarda ise sadece metin tabanlı web sayfalarından ibarettir. İlk web sitesi Berners-Lee tarafından 1991 yılında kurulmuştur. Web'in gelişim süreci semantik dalga araştırma raporunda dört sürüm (Web 1.0, Web 2.0, Web 3.0, Web 4.0) şeklinde bahsedilmektedir (Gökçearslan, 2011; Cömert, 2012).

2.5.3. Dünya Çapında Ağ (World Wide Web)

Web, birbirleriyle bağlantılı dokümanlardan oluşan metin tabanlı bir internet ağ hizmetidir. Kullanıma girmesinden günümüze kadar çeşitli özellikler kazanarak bir dönüşüm geçirmiştir (Cömert, 2012).

Web 1.0 şeklinde bahsedilen, ilk safhada bilgiye ulaşımı ve ağda yer almayı hedefleyen, metin tabanlı durgun sayfalardan oluşan web sayfaları, sonrasında yerini kullanıcı temelli web sayfalarına bırakmıştır. Web 2.0 insanları internet üzerinden diğer insanlara bağlayarak, birbirleriyle işbirliği, bilgi ve kaynak alışverişi yapmalarını sağlayan bir formattır. Güvenli bilgi paylaşımı yolu ile yaratıcılığı, işbirliğini ve web işlevselliğini geliştirmeyi hedeflemiştir. Web tabanlı toplulukların ve sosyal paylaşım sitelerinin, video paylaşım sitelerinin, wiki'lerin, bloglar ve folksonomi gibi barındırdıkları hizmetlerin geliştirilmesini ve evrimini sağlamıştır. Web 3.0 ise bilgileri anlamlı şekilde birbirine bağlamayı sağlayarak kullanışı kolay ve keyif veren bir internet ortamı sağlamayı hedeflemiştir. Web 4.0 bütün ortamlarda erişebileceğimiz bir

özelliğinde olup akıllı teknolojilerin birbiri ile bağlantılarını sağlayacak internet sürümü olarak gündeme gelecektir (Cheung, Yip, Townsend ve Scotch, 2008; Fiaidhi, vd., 2010; Gökçearsan, 2011; Cömert, 2012).

2.5.4. Sağlık Alanında Web Tabanlı Sürümler (Health 1.0, 2.0, 3.0)

2.5.4.1. Sağlık 1.0 (Health 1.0)

Sağlık 1.0 endüstrinin kâğıt kayıtlara, deneysel olmayan, sabit uygulamalara ve tedavilere hükmettiği bir zamandır. Bu zamanda teknolojiye kıyasla sağlık hizmeti insan gücü yoğunlukta olarak verilmekteydi. Kabul sürecinden, işlem sonrasına, her süreçte yer alan evrak işlerinin ve insan emeğinin yoğunluğu, sağlık hizmetleri ve medikal endüstrisinin, Sağlık Hizmetleri 1.0 döneminden Sağlık Hizmetleri 2.0'a geçmesine neden olmuştur (Van der Vaart, Drossaert, De Heus, Taal ve Van de Laar, 2013; Van der Vaart ve Drossaert, 2017).

2.5.4.2. Sağlık 2.0 (Health 2.0)

Sağlık 2.0 (Health 2.0) insan etkileşimi ile karşılaştırıldığında teknolojiye odaklanan bir zaman dilimini işaretlemek için 2000'li yıllarda sunulan bir kavramdır. Sağlık 2.0 (Web 2.0'a paralel) terimi, bireylerin sağlıklarını ve sağlık hizmetlerini tartışmak üzere sosyal medya tarafından bir araya getirildiği sosyal eğilim ile kapsanabilir. Hizmetleri, uygulamaları ve araçları, hızlı bir şekilde paylaşma, sınıflandırma ve özetleme yeteneği ile karakterize çalışan sağlık bakımı olarak tanımlanmaktadır (Broese ve Peereboom, 2010; Fiaidhi vd., 2010).

Sağlık 2.0'ın belirleyici özelliği, hastalar ile sağlık profesyonelleri arasında aktif katılımlı iletişimi sağlamış olmasıdır. Hastanın artık pasif bir gözlemci değil, sağlık hizmeti sürecine aktif bir çalışan olması da sürecin odak noktası olmasını sağlamaktadır. Hasta merkezli bakım artık boş bir söz olmaktan çıkmıştır. Hasta artık öz-yönetim için daha büyük fırsatlara sahiptir ve profesyonel sosyal ağlar tarafından

destek alarak kendi sağlığının kontrolünü ele geçirebilmektedir. Böylece sağlık profesyonelleri de daha iyi bilgilendirilmiş bir hastayla ilgilenmiş olacak ve artık basit konuları açıklamak zorunda kalmayacaklardır. Hastalar muayene öncesinde bu temel bilgileri internetten öğrenerek, tıbbi kayıtlarının içeriğini, hangi tedavilerin mümkün olduğunu ve bu tedavi süreçlerinin neler içerdiğini biliyor olacak ve aynı konumda olan ya da olmuş hastaların deneyimlerini okuyarak sağlık hizmeti almak için bir sağlık kuruluşuna başvurmuş olacaktır. Bu bilgilerle donanmış olan hasta, daha fazla açıklama gerektiren herhangi bir konuda soru sorabilecek konumda olacaktır ve hekim ile daha sonrasında en uygun tedavi planı ile ilgili ortak bir karar verebilecektir. Aynı zamanda st birim alanlarda da potansiyel avantajlar oluşacaktır. Daha ilgili çalışan bir sağlık hizmeti tüketicisi, kendi sağlığına daha fazla önem veren bir kişi haline gelerek, zorlama olmadan önleyici tedbirler alabilecek, profesyonel tavsiyelere daha kolay uyacak ve öz-yönetim konusunda daha büyük sorumluluk alabilecektir. Böylece sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltması veya en azından maliyetlerde devam eden artışa neden olmaması, yaklaşmakta olan bir personel azlığı sorununu zme olasılığı yükselecektir. Bu nedenle, Sağlık 2.0'ı kabul etmenin önündeki herhangi bir engelin kaldırılması veya hafifletilmesi ve uygulanmasının kolaylaştırılması da st yöneticilerin avantajı olacaktır (Broese ve Peereboom, 2010; Van der Vaart ve Drossaert, 2017).

Bu sürecin avantajları olduğu kadar dezavantajları da vardır. Bunlardan bazıları da; sağlık hizmeti tüketicilerinin, Sağlık 2.0'ın getireceği fırsat ve tehditlerin yeterince farkında olmamasıdır. Sağlık 2.0, insanların gizliliğinin bir kısmından vazgeçmelerini gerektirecektir. Bilgi paylaşımının katma değeri bireysel çıkarlardan daha ağır basacaktır. Bu nedenle, başkalarının kişisel bilgileri kötüye kullanması mümkün olabilecektir ya da internet erişimi sağlayamadıkları için katılamayan bazı hastalar bu durumu kullanamayacaktır. Bu gibi sebepleri önlemek ve dijital erişilebilirlik düzeyinin artmasını sağlamak esastır. Yöneticiler, fırsatların maksimize edilmesini ve risklerin minimize edilmesini sağlamak için değişim sürecini yönlendirmeli ve yönetmelidir. Çeşitli sağlık profesyonelleri de kendi sorumluluklarını kabul ederek değişimi benimsemelidir (Broese ve Peereboom, 2010; Fiaidhi vd., 2010; Van der Vaart vd., 2013; Van der Vaart ve Drossaert, 2017).

2.5.4.3. Sağlık 3.0 (Health 3.0)

Sağlık 2.0'a eklenmiş olan ilk tanım, teknolojiyi endüstri için bir kolaylaştırıcı olarak kullanmaktı. Bu teknolojinin her süreçte baskın konuma getirdiği bir versiyon haline gelmesi de insani bağlantı eksikliğine ve büyük ölçüde empati eksikliğine neden olması, şu anda Sağlık 3.0'ın temelini atılmasına neden olmuştur. Sağlık 3.0, üst veri yoluyla kaosa düzen getirecek bir sistem olarak planlanmaktadır. Hastalar ve doktorlar arasında bir aracı olarak tasarlandığından, baskın bir öğeye kıyasla bir kolaylaştırıcı olma amaçlarına hizmet edecektir. Bu uygulamalar genellikle günümüzün teknolojik olarak güçlü kullanıcıları ile sağlık hizmeti sağlayıcılarının meslektaşları arasında bir köprü görevi görmeye odaklanmaktadır (Cheung vd., 2008; Broese ve Peereboom, 2010)

2.5.5. Bilişim Teknolojileri

Bilgi; “tüm insanlığın aklının alabileceği, öğrenerek, araştırarak ya da gözlemleyerek elde ettiği olgular, gerçeklik ve ilkelerin bütünüdür ve bir düşünce ürünü”dür (TDK, 2019). Bilişim; “bilimin aracı olan bilginin, insanlar tarafından ekonomik, toplumsal alanlarda, çalışma hayatında kısacası tüm yaşantısında iletişimde kullandığı ve özellikle elektronik araçlar sayesinde akla uygun ve düzenli bir şekilde işlemesi bilimi”dir (TDK, 2019). Teknoloji ise; “herhangi bir sanayi sektöründe kullanılan alet, araç ve gereçlerin kullanım biçimleri ve yapım yöntemlerinin bilgisi ve bilimi”dir (TDK, 2019).

Kökeninde paylaşmak ilkesini özümseyen bilişim; bilgi ile teknolojiyi maksimum verimlilik seviyesinde bir araya getiren, günümüzde istisnasız her alana etki eden ve yaşamın dinamiklerini belirleyen disiplinlerinden birisidir. Bilişim ile paralel olarak gelişen teknoloji, medeniyet tarihinin her aşamasında insanlığın yanı başında bulunan, bilgi ve bilimin günlük yaşamın içine daha görünür ve kolay aktarımını sağlamıştır (Binici ve Akkaya, 2018).

Şamiloğlu, (2006) bilgi ve teknoloji arasındaki ilişkiyi bilgi ve teknolojinin tüm süreçlerde biribiri ile etkileşimi sonucu artarak geliştirdiğini belirtmiştir. Bilimi

geliştirmek ve çoğaltmak için teknolojiyi de geliştirmek ve üretmek gerekmektedir. Üretim ve pazarlama etkinliğini sağlamlaştırarak yeni mal ve hizmetler üretmek için kullanılan bilgi kaynağı ise teknolojidir.

Bilişim teknolojisi (BT), gerekli olan bir verinin veya bilginin kaydedildiği ve saklandığı, planlı bir işlem aşamasından geçirilerek yeni bilgi üretiminde kullanılan ve üretilen yeni bilgiye ulaşılmasında, saklanmasında ve paylaşılmasında etkili, verimli, hızlı uygulamalara imkan sağlayan ya da herhangi bir alandan otonom olarak bu veri tabanına ulaşılmasını sağlayan teknolojidir (Uzay, 2001; Özdemir ve Dulkadir, 2017).

Globalleşen dünyada örgütler arasında büyük ölçüde çoğalan rekabet ortamları ve sürekli değişen çevresel şartlar sebebiyle, karşılaşılan birçok tehdide karşı mücadele ederek önlemler almak ve önemli koşulları fırsata çevirebilmek için en önemli konulardan birisi bilişim teknolojileri ve bu alandaki değişimler ve sürekli hızla yaşanan gelişmelerdir (Özdemir, 2010).

BT'deki bazı gelişmeler; iletişimin etkileşime, kitlesel bilgi paylaşımının bireysel bilgi paylaşımına dönüşmesine, kurumların ve bireylerin bilgiye istenilen zaman zarfında ulaşmasını olanak sağlamıştır (Bal ve Akgemci 2011). Örgütleri, kuruluşları rakiplerinden ayrıştıracak ve aradaki mesafeye fark koyacak en iyi yöntem bilgiden kusursuz bir biçimde faydalanabilmektir. Çünkü bilgiyi toplama, yönetme ve kullanma şekli, kazanma ve kaybetme sürecini belirlemektedir (Nokay, 2015).

Bütün sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de BT kullanım sürecine hızlı bir şekilde geçiş yapılmıştır. Bunun temel nedeni; kamu hastanelerindeki hizmet kalitesi ve verimliliği artırmak ve maliyeti düşürmektir. Sağlık sektöründe devlet hastanelerinin dışında özel işletmelerin sağlık sektörüne girmesiyle rekabet ortamı artmaktadır ve bu süreçte kar amacını ön plana çıkarmaktadır. Böylece sektörde finansal kaynaklarda, ekonomide ve yönetsel süreçte çeşitli problemler çıkmaktadır. Bu sebeple yöneticilerin, hastanelerin uzun süreli sürdürülebilir olmasını sağlamaları ve rekabeti ortamından korumalarının en önemli etkeni temel yetkinlikler olduğu ve temel yetkinliklerin içeriğinin de bilgi olduğu ve bu bilginin yönetiminin bilincinde olarak

hastaneleri yönetmeleri gerektiğini özümsemeleri gerekmektedir (Ömürbek ve Altın, 2009; Bal ve Akgemci, 2011).

2.6. Sağlıkta Teknolojiye Dayalı Bilgi Sistemleri

Sağlık Bilgi Sistemleri (SBS), sağlık alanındaki ilerlemelere bağlı olarak ortaya çıkan bilgi ve verilerin oluşturulması, düzenlenmesi, paylaşılması ile hastaların tanı ve tedavilerinin belirlenmesi, geliştirilmesi gibi işlemlerin tamamına verilen addır. SBS'nin kullanılması ile sağlık alanında daha etkili ve yüksek kalitede hasta bakım sürecine yardımda bulunması amaçlanmaktadır. Bunların haricinde, randevu sistemleri ile hasta bekleme sürelerinin azaltılması, bürokrasinin minimum seviyeye düşürülmesi ve hasta dosyalarının kaybolmasının önüne geçilmesi gibi büyük yararlar sağlamaktadır (Işık ve Akpolat 2010; Göktaş vd., 2017).

2.6.1. Sağlıkta Dijitalleşmede Dünyanın Durumu

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization (WHO)), üye devletler ve diğer paydaşlar ile birlikte hareket ederek dijital sağlık konusunda küresel bir stratejinin geliştirilmesine öncülük etmektedir. Stratejik olarak, dijital sağlığın benimsenmesini hızlandırmayı, eylem için taahhüt ve kapasiteyi güçlendirmeyi, inovasyon ve araştırmayı herkes için sağlık ile uyumlu hale getirmeyi amaçlamaktadır. WHO üye ülkelerin %58'inin bir elektronik sağlık (e-sağlık) stratejisi olup, %55'i elektronik hasta verilerini korumak için yasalara sahip ve %87'si bir veya daha fazla ulusal mobil sağlık (m-sağlık) uygulamasına sahip olduğu bilinmektedir. Elektronik sağlık kullanımı arttıkça, bireylerin ve toplumların sağlığını iyileştirmesini sağlamak adına ulusal politikayı şekillendirmek ve uluslararası işbirliğini geliştirmek hayati önem taşımaktadır (World Health Organization [WHO], 2019).

Teknoloji ve sağlık arasındaki etkileşimin uzun bir geçmişi vardır. Bununla birlikte, nesnelerin interneti (Internet of Things (IoT)), donanım, bilgisayar aygıtları, fiziksel nesnelere, yazılımlar ve insanları ağ üzerinden etkileşime alma, iletişim kurma, veri toplama ve veri alışverişlerine olanak tanıyan, sürekli büyüyen bir ekosistemdir.

Tipik bir IoT sistemi sensörler, iletişim yüzleri, gelişmiş algoritmalar ve bulut arayüzünden oluşur. Sensörler, farklı cihazlardan veri toplamak için kullanılır. IoT'nin hızlı bir şekilde büyümesi ve giyilebilir teknolojiler, biyo-sensörlerin gelişimi, kişiselleştirilmiş e-sağlık hizmetleri için yeni fırsatlar yaratmıştır. Bu bağlamda, sağlık teknolojileri, özellikle de akıllı sağlık hizmetleri ve akıllı giyilebilir cihazlar için önemli gelişmeler mevcuttur (Farahani, vd. 2018).

Akıllı giyilebilir cihazlar ve mobil cihazlar ile sağlık durumları hakkında veri toplaması gereken hastalardan, sensörler aracılığıyla kalp atışı, tansiyon ve glukoz seviyesi gibi veriler toplanabilir ve hastaların sağlık durumu ile ilgili veriler anlık olarak izlenebilir. Böylece doktorlar tanı ve tedavi sürecini daha iyi yönetebilir, bir sonraki randevunun zamanını belirleyebilirler ve hastalara anlık müdahalelerde bulunabilirler. Akıllı evler IoT ile geliştirilebilir ve evdeki sıcaklıktaki değişiklikler kontrol edilebilir, güvenlik sistemleri ile oluşabilecek her türlü olayı ve uyarıları mobil uygulamalarla ev sahiplerine gönderebilir. Akıllı şehirleri elde etmek için IoT tarafından trafik ve ulaşım sistemleri izlenebilir. Ambulansların geçiş yollarındaki trafik ışıkları düzenlenebilir ve öncelik sağlanabilir ya da hastaneye ulaşmak için en kısa güzergahlar belirlenebilir (Farahani, vd. 2018). Dijitalleşme, hızla gelişimini sürdüren önemli bir süreç olup sağlık alanında birçok fonksiyonu yerine getirebilecek düzeye ulaşmakla birlikte herkes açısından erişilebilir olması ekonomik faktörlerle kısıtlıdır.

2.6.2. Sağlıkta Dijitalleşmede Türkiye'nin Durumu

Türkiye'de 2002 yılında herkese sağlık başlığı altında öngörülen bir acil eylem planı hazırlanmıştır. Acil eylem planının belirlenmesi ile Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanmıştır ve kamuoyuna duyurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Bu plan ile hedeflenen süreçler şu şekildedir; daha etkili kaynak tahsisi ve kullanımını sağlamak için sağlık hizmetleri finansmanın ve tedariğinin farklılaşması, sağlık hizmetlerine daha rahat erişimi sağlamak için genel sağlık sigortasına geçilmesi, yönetimi kuvvetlendirmek ve teknik etkinliği artırmak için devlet hastanelerinde finansal ve yönetsel otonomisini sağlamak, sağlıkta kapsamlılığı genişleterek ve

güçlendirerek sağlık hizmetini ve acil hizmetleri birleştirmek ve verimliliği artırmak için aile hekimliği uygulamasına geçmek, anne ve çocuk sağlığını öncelikli bir konuma taşımanın önemi, özel sağlık sektörlerinin sağlık alanında yatırım yapmalarının özendirilmeleri, sağlıkta elektronik dönüşüme geçilmesi hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedefleri doğrultusunda sağlık hizmetlerinin etkili, verimli bir biçimde sunulması için akılcı ilaç ve malzeme yönetiminin kurumsal düzeyde yapılandırılması ve ulusal ilaç kurumu, tıbbi cihaz kurumları ile karar sürecinde etkili bilgiye erişim sağlayacak sağlık bilgi sistemlerinin oluşturulması hedefi ile sağlıkta dijitalleşme yönünde girişimler başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Sağlık bilişimi veya tıbbi bilişim, bilgi bilimi, bilgisayar bilimi ve sağlık hizmetlerinin kesişimidir. Sağlık bilişim sistemleri insan sağlığını en iyi duruma getirmek için gereken kaynaklar, cihazlar ve yöntemler ile ilgilenir. Sağlık ve biyotıpta bilgi edinimi, depolanması, alınması ve kullanılmasını sağlar. Sağlık bilişimi araçları yalnızca bilgisayarları değil aynı zamanda klinik kılavuzları, resmi tıbbi terminolojileri, bilgi ve iletişim sistemlerindeki içerir (Bircher, 2010).

2.6.2.1. Türkiye' deki Sağlık Bilişim Sistemleri

Sağlıkta dönüşüm adı altındaki elektronik dönüşüm ile birlikte günümüzde sağlık alanında birçok sistem geliştirilmiş ve yenilikler yapılmıştır.

2.6.2.2. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi

Ülkemizde yaşayan herkesi içerisine alan bütün sağlık kuruluşlarından toplanan, kişilerin doğumundan itibaren başlayarak ölümüne kadar geçen hayat sürecinde aldığı sağlık hizmetlerinin kayıt altına alınarak oluşturulan elektronik bir veri tabanı sistemidir. Bu veri tabanının oluşturulmasında kullanılan sistemler e-sağlık uygulamaları adı altında toplanarak, hizmet kalitesini artırmak amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2019a).

2.6.2.2.1. E-Sağlık

E-sağlık genel ifadeleriyle; internet ve ilgili teknolojiler aracılığıyla tıbbi bilişimi ile halk sağlığını ve iş dünyasının kesişiminde sunulan ya da geliştirilen sağlık hizmetlerine ve bilgilere atıfta bulunan yeni bir alandır. Bu konu sadece teknik bir gelişme değil, bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak yerel, bölgesel veya dünya genelinde küresel görüş birliğini sağlamayı ve sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi benimseyen bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (Eysenbach, 2001).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, erişimi genişletmek, kaliteyi artırmak ve hizmet verimliliğini artırmak için bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanan e-sağlık sistemlerinden giderek daha fazla yararlanmaya çalışmaktadır (Mair vd., 2012).

Eysenbach, (2001) çalışmasında E-sağlık avantajlarını şu şekilde sıralamıştır;

- ❖ Sağlık sektöründe verimliliği sağlamak; e-sağlık hedeflerinden biri de sağlık hizmetlerinde etkinliği artırarak maliyetleri düşürebilmektir. Bunun yolunda sağlık kuruluşları arasında gelişmiş iletişim olanakları ve hasta katılım yoluyla birçok gereksiz tanı ve tedavi müdahalelerinden kaçınılmasıdır.
- ❖ Sağlık bakım kalitesini artırmak; verimlilik artışı ile sadece maliyet düşürülmez aynı zamanda verilen bakım kalitesi de iyileşir. Örneğin farklı hizmet sağlayıcıları arasında karşılaştırmalar yapılmasını sağlayarak, tüketicilere kalite güvencesi için ek güç dahil ederek ve hasta akışlarını en iyi kalite sağlayıcılarına yönlendirerek sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılabilir.
- ❖ Kanıta dayalı hizmet sağlamak; e-sağlık müdahalelerinde etkililik ve etkinlikler titiz bir çalışma ile kanıta dayalı yapılması gerekir.
- ❖ Tüketicilerin ve hastaların güçlendirilmesini sağlamak; e-sağlık uygulamaları kullanıcıların tıp ve kişisel elektronik kayıtlarının bilgi tabanlarını internet üzerinden erişebilir kılarak, hasta merkezli tıp anlamında yeni yollar açmış olup, kanıta dayalı ve kanıt temelli hasta seçimini de sağlamış olmaktadır.

- ❖ Hasta ile sağlık uzmanı arasında teŖvik sağlamak; hekim ile hasta arasında kararların paylaŖılan bir Ŗekilde alındığı gerçek bir ortaklığa doğru yeni bir iliŖkinin teŖvik edilmesini sağlamaktadır.
- ❖ Sağlık profesyonelleri için s¼rekli eğitim; hekimlerin çevrimiçi kaynaklarla (tıp eğitimi) ve hastaların aracılığıyla (sağlık eğitimi, kiŖiye y¼nelik ¼nleyici bilgiler) eğitim s¼rd¼rmesini sağlar.
- ❖ T¼m sağlık kuruluŖlarında standartlaŖmıŖ bilgi alıŖveriŖi ve iletiŖimin s¼rd¼r¼lmesini sağlar.
- ❖ Sağlık hizmet kapsamını geleneksel sınırlar ¼tesine geçirmek; bu hem coğrafi anlamda hem de kavramsal anlamda ifade edilir. E-sağlık kiŖilerin sağlık hizmetlerini online olarak global sağlayıcılardan kolayca almalarını sağlar. Bu hizmetler basit tavsiyelerden daha karmaŖık m¼dahalelere ya da bir ilaç gibi bir tek m¼dahaleye kadar deđiŖebilir.
- ❖ DavranıŖ ve uygulamalar konusunda etik olmak; e-sağlık hasta ve hekim etkileŖimi biçimlerini içerir ve çevrimiçi mesleki uygulamalar, bilgilendirilmiŖ rıza onamları, mahremiyet ve hakkaniyet sorunları gibi etik sorunlara karŖı yeni zorluklar ve tehditler ortaya çıkabilir. Bu konu hakkında hassas davranılması gerekir.
- ❖ Sağlık hizmetinde eŖitliđi sağlamak; e-sağlığın vaat ettiği unsurlardan biri de sağlık hizmet veriminde eŖit ve adil olunmasıdır. Fakat bu konu hakkında ciddi tehdit unsurları vardır. Bunlar parası, becerileri, bilgisayar ve ağ eriŖimi olmayan kiŖilerin bilgisayarı etkin kullanımını sağlayamayacak olmasıdır. Sonucunda sağlık bilgilerinden en fazla yarar sağlaması beklenen hasta pop¼lasyonuna eŖit eriŖim sağlanması ve dijital b¼l¼nmenin en aza indirilmesi gerekmektedir.

Bunlara ek olarak; e-sağlık kullanımını kolay, eğlenceli, heyecan verici ve kesinlikle kullanılması gereken bir sistem olarak bahsedilmiŖtir (Eysenbach, 2001).

¼lkemizdeki elektronik sağlık sistemleri altındaki temel ana bileŖenler;

- ❖ Sağlık.NET
- ❖ Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)
- ❖ Teletıp
- ❖ Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS)
- ❖ Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) (Sağlık Bakanlığı, 2019a).

2.6.2.2.1.1. Sağlık.NET

Sağlık sektöründeki sağlık bilgi sistemleri kapsamında elektronik ortamda elde edilen tüm verilerin toplanması ve toplanan bu verilerden yeni bilgiler çıkarılmasıyla hızlı ve güvenli olarak sektördeki bütün kuruluşlardaki hizmet sunumunun kalite ve verimini artırmayı hedefleyen bir iletişim ve bilgi sistemidir. Bu sistem; ulusal ve uluslararası bilgi paylaşımına, kişisel sağlık kayıtlarının yönetilmesine, sağlık bilgi sisteminin gelişimine katkı sağlar. Bu gelişmelere web teknolojisi ile altyapı oluşturur (Sağlık Bakanlığı, 2019a).

2.6.2.2.1.2. Merkezi Hekim Randevu Sistemi

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS); “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında 2010 yılında faaliyete giren, kişilerin Türkiye’deki Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerinden, aile hekimliklerinden, ağız ve diş sağlığı merkezlerinden internet uygulaması ile MHRS mobil uygulama yöntemiyle veya telefon yardımıyla Alo 182 hattına bağlanarak istediği hekimden poliklinik randevusunu aldığı sistemdir (Sağlık Bakanlığı, 2019b).

Günümüzde artan nüfusa bağlı hasta sayılarındaki artış oranları hastanelerdeki uzun bekleme sürelerini ve poliklinik sıralarını artırmıştır. Bu sistem ile birlikte, bu artışı en aza indirmek ve sağlık profesyonellerinin ve kişilerin refahını, memnuniyetini artırmak amaçlanmıştır. Aynı zamanda MHRS ile randevuların merkezileşmesi sağlanmıştır. Bununla birlikte sistemde toplanan istatistiksel veriler yeni sağlık politikalarının gelişmesine katkı sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019b).

2.6.2.2.1.3. Teletıp

1970’lerde yazılmış ve kelimenin tam anlamıyla “uzaktan iyileşme” anlamına gelen bir terim olan Teletıp, bakım ve tıbbi bilgiye erişimi artırarak hastalık sonuçlarını iyileştirmek için bilgi ve iletişim teknolojisi kullanımını ifade eder. WHO göre ise; “mesafenin kritik bir faktör olduğu sağlık hizmetlerinin, bilgiyi kullanan tüm sağlık çalışanları tarafından sağlanması, hastalık ve yaralanmaların teşhisi, tedavisi ve önlenmesi, araştırma ve değerlendirme, sağlık hizmet sağlayıcılarının sürekli eğitimi için bireylerin ve toplumların sağlığını geliştirmek amacıyla geçerli bilgi alışverişini içeren iletişim teknolojileridir” şeklinde ifade etmiştir. Teletıp sağlık hizmetinin sunumuna erişilebilirliği, kaliteyi, hizmet etkinliği ve maliyet etkinliği artırarak toplumsal sağlığa büyük katkı sağlayabilir (WHO, 2010).

Teletıp ile sağlık hizmeti verenler ve hastalar arasındaki mesafeyi ve zaman sınırlarını aştığı için, geleneksel olarak hizmetten yoksun olan uzak veya kırsal alanlarda bulunan ve az sayıda sağlık hizmeti ve personeli olan topluluklara yardımcı olunabilir. Ek olarak, kalp atış hızı izleme, kan basıncı ve kan şekeri ölçüm cihazları gibi biyometrik ölçüm cihazları, akut ve kronik hastalığı olan hastaları uzaktan izlemek ve yönetmek için giderek daha fazla kullanılmaktadır. Teletıbbın, sağlık hizmeti sunumunu hastanelerden ve kliniklerden evlere taşıyarak sanayileşmiş dünyadaki sağlık hizmetlerinin sunumunu derinden dönüştüreceği öngörülmektedir. Düşük gelirli ülkelerde ve sınırlı altyapıya sahip bölgelerde teletıp uygulamaları, öncelikle sağlık hizmetleri sağlayıcılarını uzmanlar, hastaneler ve üçüncül bakım merkezleriyle bağlamak için kullanılır (WHO, 2010).

Sağlık çalışanları ve yetki alanları arasında veri aktarımı, depolanması ve paylaşılması karşısında hastanın mahremiyetini yöneten politikaların yeterliliği önemli bir husustur. Sağlık uzmanı kimlik doğrulama, özellikle e-posta uygulamalarında kullanılan sistemlerin karmaşıklığı ve yazılım veya donanım arızasını tetikleyebilecek arıza olasılığı ile hastaların morbidite veya mortalitesini etki edebileceği için sağlık hizmeti sağlayıcılarının da sorumluluğunu artırmaktadır (WHO, 2010).

2.6.2.2.1.4. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü

Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında ilk defa gündeme getirilen Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS), hastane bilgi sistemlerinde kaynak olarak kullanılması hedeflenen bir veri sözlük sistemidir. Bu sistem ile sağlık kurumlarındaki bütün verilerin standartlar çerçevesinde toplanması, analiz edilmesi ve değerlendirilmesi sağlanarak, kurumlar arasında güvenli, hızlı ve etkin bir biçimde bu verilerin paylaşılması hedeflenmiştir. Ülkemizdeki sözlük sistemi üç sürüm (1.1, 2.0, 2.2 sürümleri) ile işlevdedir. USVS 1.1 sürümü ilk defa 2007 yılında gündeme gelerek, 2008 yılında kullanıma sunulmuştur. Bu sürümde veriler sağlık kamu kuruluşlarından ve özel 2. basamak, 3. basamak sağlık kuruluşlarından toplanmaktadır. USVS 2.0 sürümü 2012 yılında kullanıma açılmıştır. Bu sürümde ise aile sağlığı merkezlerinde bulunan verilerin toplanması sağlanmıştır. USVS 2.2 sürümü şu andaki güncel sürümüdür. Bu veri toplama uygulamaları ile bütün sağlık kuruluşlarındaki elektronik sağlık kayıt içerikleri belirlenmiştir. Bu şekilde kurumların ihtiyaç duyduğu doğru verilere ulaşmada ve en üst sınırdaki avantaj sağlayabilecekleri sistematik bir düzen oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2019c).

2.6.2.2.1.5. Sağlık Kodlama Referans Sunucusu

Bu sunucu sistemi ulusal sağlık bilgi sisteminde yer verilen, ülke bazındaki bütün sağlık kuruluşlarında referans olarak kullanılacak olan sınıflandırma ve kodlama sistemlerinin tanımlamalarının ve standartlarının bulunduğu bir sağlık kodlama referans sunucu sistemidir (Sağlık Bakanlığı, 2019d).

2.6.2.3. Mantıksal Gözlem Tanımlayıcılarının İsimleri ve Kodları (Logical Observation Identifiers Names and Codes)

Mantıksal Gözlem Tanımlayıcılarının İsimleri ve Kodları (Logical Observation Identifiers Names and Codes) (LOINC), Amerikan Regenstrief Enstitüsü Tıbbi Araştırma Organizasyonu tarafından kurulmuş ve lisanslanmış olan, Indiana Üniversitesi Tıp Fakültesi ile bağlantılı, kâr amacı gütmeyen bir tıbbi araştırma

kuruluşudur. LOINC kodları laboratuvar ve diğer klinik gözlemleri içerir. LOINC' nin laboratuvar kısmı, kimya, hematoloji, seroloji, mikrobiyoloji (parazitoloji ve viroloji dahil), toksikoloji, hücre sayıları, antibiyotik duyarlılıkları ve daha fazlası gibi numuneler üzerinde yapılan ölçümleri içerir. LOINC' in klinik kısmı hastalar ve popülasyonlar üzerinde yapılan gözlem kodlarını içerir. LOINC, yaşamsal belirtiler ve çok çeşitli diğer klinik gözlemler gibi gözlemler için kodlara sahiptir (International Health Terminology Standards Development Organization, 2017).

LOINC sisteminin faydaları arasında, laboratuvar sonuç verilerinin karşılaştırılmasını ve analizini sağlaması yer almaktadır. Bu tür analizler farklı laboratuvarlarda aynı hasta için veya birçok hasta için aynı testler yapılabilir. Yaygın olarak kullanılan tüm laboratuvar testlerini ve uzmanlık alanlarında yapılan testlerin çoğunu destekler. Laboratuvar testlerinin ve raporlama birimlerinin aynı sağlık dağıtım sistemi içindeki farklı laboratuvar sistemlerine entegrasyonunu kolaylaştırır. Örneğin, LOINC hastane bazlı klinik laboratuvarlarla referans klinik laboratuvarları arasındaki iletişimi kolaylaştırır. Global iletişime izin vererek dil çevirileri gibi özelliklerle yerel uygulamayı desteklemektedir (International Health Terminology Standards Development Organization, 2017). Ülkemizde de LOINC kodlamasının çevirisi yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2019a).

2.6.2.4. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası Portalı

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası (TİTUBB) çalışmalarına 2006 yılında başlanan, tıbbi cihazların birbirine benzemeyen barkod numaraları kullanılarak tıbbi cihaz yönetmelikleri kapsamında cihaz hazırlığı yapılan şirketler tarafından sunulması gereken bilgileri içinde bulunduran, web tabanlı bir elektronik bilgi bankasıdır. Tıbbi sarf malzeme, tıbbi cihaz ve ilaçların stok, satın alma ve faturalandırma yönetiminin etkin ve verimli sürdürülmesi için gerekli enformasyon sistem kurulumu çalışmalarını yürüten, sağlık hizmetlerindeki verimlilik, performans ve kalite değerlendirmelerinin takibini yapan Hacettepe Üniversitesi araştırma projeleri tarafından geliştirilen ve kurulan bir portaldır (Sağlık Bakanlığı, 2018a).

2.6.2.5. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi, sağlıkta dönüşüm çerçevesinde, sağlık hizmet sunumunun kalitesini artırmak, hastaların ve sağlık profesyonellerinin güvenliği ve memnuniyetini sağlamak hedefiyle kurulan bir sistemdir. Bu sistem ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018b).

Sağlık hizmet sunumundaki kalitenin artırılması ve geliştirilmesi için hizmet basamaklarının ve elde edilen sonuçların somut veriler kullanılarak düzenli bir sistemle takip edilmesi gereklidir. Somut verilerin elde edilmesi içinde kalite çalışmalarının ölçülebilir bir boyuta dönüştürülmesi gerekir. Bu sebeple verilen hizmet sürecindeki etkinliğin ölçülmesi için göstergeler oluşturulmuştur. Bu göstergeler sağlıkta kalite standartları açısından önemli parametrelerdir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

2.7. Sağlık Bilgileri ve Yönetim Sistemleri Toplumu (Health Information and Management Systems Society)

Sağlık Bilgileri ve Yönetim Sistemleri Toplumu (Health Information and Management Systems Society) (HIMSS), bilgi ve teknoloji yoluyla daha iyi bir sağlık sistemine dayalı, küresel odaklı, kâr amacı gütmeyen bir organizasyondur. HIMSS, bilgi ve teknolojiyi kullanarak sağlık konularını ve bakım sonuçlarını optimize etmek için çalışır. HIMSS, kendilerine başvuran sağlık kuruluşlarına, sağlık sektöründeki tedarikçilere ve hükümetlere, sağlık bilişim düzeylerini belirlediği ölçütler ile denetler ve yenilikçi sağlık bilişim sistemleri ile eksiklerini gidermelerine ve sağlık sistemlerini düzenlemelerine yardımcı olur. Şikago merkezli HIMSS, ABD, Avrupa ve Asya'daki ek ofisleriyle küresel anlamda sağlık bilişim teknolojileri hakkında topluluklara hizmet vermektedir. Yenilikçi bilgi ve teknolojiye yararlanan stratejik girişimler konusunda akademik kurumlar ve sağlık hizmetleri kuruluşları ile birlikte, sağlığı, erişimi ve sağlık hizmetlerinin kalitesini ve maliyet etkinliğini iyileştirmek için çalışmalar yapmaktadır. Bünyesindeki HIMSS Analytics ile sağlık sektöründeki ürünler, maliyetler, ölçümler, eğilimler ve satın alma kararlarıyla ilgili temel sağlık bilgi işlem verilerini toplar, analiz eder ve dağıtır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara, BT şirketlerine, kamu kurumlarına,

finans, ilaç ve danışmanlık şirketlerine kaliteli veriler ve analitik uzmanlık sunar (Kılıç, 2016; Healthcare Information and Management Systems Society [HIMSS], 2019).

2.7.1. Elektronik Tıbbi Kayıt Kabul Modeli (Electronic Medical Record Compliance Model)

EMRAM “Elektronik Tıbbi Kayıt Kabul Modeli” nin kısaltmasıdır. EMRAM, hastanelerde klinik sistemlerin olgunluğunu analiz etmek ve benzerleriyle kıyaslama ve karşılaştırma yapmak için geliştirilen HIMSS Analytics tarafından geliştirilen benzersiz bir değerlendirme modelidir. Hastanenin klinik sistem yeteneklerini belirli kriterlere göre analiz ederek 8 puanlık (0 = temel, 7 = optimum) bir skalaya göre puan verir (HIMSS 2017).

EMRAM çalışmasına katılanlar aşağıdaki durumlardan faydalanmaktadır:

- ❖ Hastanelerin gelecekteki yatırımları için yol haritası görevi gören klinik sistem yetenekleri için analizi yapmaktadır.
- ❖ Hastanelerin klinik sistem özelliklerini “akran grupları” dahilindeki diğer hastaneler ile karşılaştırılmalarına izin veren geçerli verilere dayanan nesnel bir karşılaştırma yapılmasını sağlar.
- ❖ Gelecekteki projelerin planlanması ve yayılmasına yardımcı olabilecek birkaç bin hastanenin klinik sistemlerinin mevcut kapasitesi ile ilgili değerli kıyaslama verilerine erişim sağlamaktadır.
- ❖ Hastanelerdeki BT yatırımlarıyla ilişkili eksikliklerini düzeltmek ve yeterlilikleri tanımlanmasını sağlayarak ve yatırım yapılanmaları için öneriler elde edilmesini sağlayacaktır (HIMSS, 2017).

EMRAM seviyeleri ve gerekli kümülatif özellikleri;

Seviye 0

- ❖ Radyoloji, eczane ve laboratuvar bilgi sistemleri gibi destek uygulamaları kurulu değildir (HIMSS Analytics, 2019).

Seviye 1

- ❖ Üç ana bilgi sisteminin tümü (eczane, laboratuvar ve radyoloji) mevcuttur.
- ❖ Tam radyoloji ve kardiyoloji tamamlayıcısı Görüntü Saklama ve İletişim Sistemi (Picture Archiving and Communication Systems (PACS)) hekimlere internet aracılığıyla tıbbi görüntüler sağlar ve tüm film tabanlı görüntüleri yerinde oynatır. Tıpta Dijital Görüntüleme ve İletişim Sistemi (Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM)) dışı görüntülerin hasta merkezli olarak depolanması da mümkündür (HIMSS Analytics, 2019).

Seviye 2

- ❖ Ana yardımcı klinik sistemler, tek bir klinik veri deposundan (Clinical Data Repository (CDR)) beslenen veriler ile veya tüm siparişleri, sonuçları, radyoloji ve kardiyoloji görüntülerini gözden geçirmek için veri depolarına tek bir kullanıcı arayüzünden kesintisiz olarak klinisyenin erişimine sunar.
- ❖ Veri depolarında kontrollü bir tıbbi sözlük kullanılmaktadır ve sipariş doğrulaması, karmaşık çatışma kontrolü için birinci seviye klinik karar destek sistemi (KKDS) kullanılmaktadır.
- ❖ Belge görüntüleme sistemlerinden gelen bilgiler bu aşamada KKDS'de kayıt altına alınıyor olabilir ve veriler birimleri arasında paylaşılmaktadır.
- ❖ Fiziksel erişim, kabul edilebilir kullanım, mobil güvenlik, şifreleme, antivirüs/kötü amaçlı yazılımdan koruma ve veri imhasına yönelik temel güvenlik politikaları ve yetenekleri uygulanmaktadır (HIMSS Analytics, 2019).

Seviye 3

- ❖ Hemşirelik dokümanları (örneğin: vital bulgular, hemşirelik notları, bakım planları), elektronik ilaç yönetim kaydı, istem kaydı ve takip sistemi minimum bir yataklı serviste kullanılmaktadır.
- ❖ KKDS birinci seviyesi kullanılmaktadır.
- ❖ PACS kullanılmaktadır ama radyoloji ve diğer tıbbi görüntüler farklı sistemler üzerinden ulaşılmaktadır.
- ❖ Hemşirelik/yardımcı sağlık personeli dokümantasyonunun %50'si (örneğin: hayati belirtiler, akış çizelgeleri, hemşirelik notları, hemşirelik görevleri, bakım planları) dijital ortamda oluşturulmaktadır.
- ❖ Elektronik İlaç İdaresi Kayıt uygulaması uygulanmaktadır (HIMSS Analytics, 2019).

Seviye 4

- ❖ Tüm tıbbi istemlerin %50'si klinisyen tarafından bilgisayarlı uygulayıcı sipariş girişi (Computerized Physician Order Entry (CPOE)) kullanılarak yapılmaktadır.
- ❖ İkinci seviye bir KKDS kullanılır ve ilaç istemlerini için destek oluşturan CPOE özelliği kullanılmaktadır.
- ❖ CPOE Acil Serviste kullanılıyor, ancak %50 kuralı dikkate alınmamaktadır.
- ❖ Hemşire ve yardımcı sağlık üyesi dokümantasyonu %90'a ulaşmış şekilde yapılmaktadır.
- ❖ Halka açık olan yerlerde, klinisyenler karar vermeyi desteklemek için ulusal veya bölgesel bir hasta veritabanına erişilmektedir (örneğin: ilaçlar, görüntüler, aşılarda, laboratuvar sonuçları vb.).
- ❖ Elektronik Kayıt Sistemi (EKS) aksama süreleri boyunca, klinisyenler hasta alerjilerine, sorun/tanı listesine, ilaçlara ve laboratuvar sonuçlarına erişebilir. İzinsiz girişleri için şebeke izinsiz giriş tespit sistemi kullanılmaktadır.

- ❖ Hemşireler kanıta dayalı tıp protokolleri ile ilgili evrakları doldururken ikinci seviye KKDS tarafından desteklenmektedir (örneğin: hemşirelik bakım görevlerini tetikleyen risk değerlendirme puanları) (HIMSS Analytics, 2019).

Seviye 5

- ❖ Hastanenin en az %50'si için doktor dokümantasyonu kullanılmaktadır (örneğin: ilerleme notları, konsültasyon notları, taburcu özetleri, sorun / tanı listesi vb.) ve yapılandırılmış şablonlarla ayrı veriler uygulanmaktadır.
- ❖ Tam donanımlı radyolojik PACS, radyoloji ile kardiyolojik verileri için kullanılmaktadır.
- ❖ Hastane, hemşirelerin işlerini tamamlama sürelerini zamanında olup olmadığını izleyip, raporlama yapabilmektedir.
- ❖ İzinsiz sisteme girişi önleme ve izinsiz girişlerin tespit edilmesi için özel güvenlik sistemleri kullanılmaktadır.
- ❖ Hastaneye ait taşınabilir cihazlar, ağ üzerinde çalışmaya uygun şekilde tanınır ve yetkilendirilir. Cihazların kaybolması veya çalınması söz konusu olduğunda uzaktan komut ile silinebilmektedir (HIMSS Analytics, 2019).

Seviye 6

- ❖ Teknoloji, ilaçların, kan ürünlerinin ve anne sütünün ve kan numunelerinin toplanması ve izlenmesi için kapalı döngü sistem işlemi kullanılır. Bu kapalı döngü süreçleri hastanenin %50'sinde tam olarak uygulanmaktadır.
- ❖ Hekim ilaç istemini elektronik sistem üzerinde yapar, eczane ve hemşire ilaç istemini kontrol, onay ve uygulama süreçlerindeki işlemleri elektronik ortamda gerçekleştirilmektedir.
- ❖ İlaç, kan ürünü ve anne sütü uygulamalarında beş doğru kuralı uygulanır ve ilaç ve kan numunelerinde kontrol süreçlerinde barkodlama, kare kod gibi uygulamalar da kullanılmaktadır.

- ❖ Düzey üç seviyesinde bir KKDS kullanır ve sağlık çalışanları için dokümantasyonunun tetiklediği protokoller ve rehberlik sağlayan uyarı sistemleri bulunmaktadır.
- ❖ Mobil / taşınabilir cihaz güvenlik politikası ve uygulamaları, kullanıcıların sahip olduğu cihazlara uygulanır. Hastane, yıllık güvenlik riski değerlendirmeleri yapar ve işlem için idari bir makama rapor sunulabilmektedir (HIMSS Analytics, 2019).

Seviye 7

- ❖ Hastane artık hasta bakımında ve süreç yönetiminde kağıt dökümanlar kullanmamaktadır ve EKS içerisinde hastalara ait kişisel, belge görüntüleri ve tıbbi görüntüleri, laboratuvar sonuçları, tedavi geçmişi gibi bir çok bilgi ayrı ayrı olarak oluşan veri setler şeklinde yer almaktadır.
- ❖ Depolanmış klinik veriler analiz edilerek, bakım kalitesini, hasta güvenliğini ve hizmet verimliliğini artırmak için kullanılmaktadır.
- ❖ Kapalı sistemler içerisinde kan ürünleri ve anne sütü de dahildir.
- ❖ Hastaya ait klinik bilgiler, tedavi için ve izin verilen şartlarda, sağlık kuruluşları ile bilgi alışverişi için kolayca paylaşılmaktadır.
- ❖ E-order uygulaması infüzyon pump uygulamaları için de kullanılmaktadır.
- ❖ Verilerin korunması ile gizliliği için uygulanan özel bir sistem mevcuttur.
- ❖ Hastanede, tüm hastane hizmetleri için (örneğin, yatan hasta, ayakta tedavi, ED ve sahip olunan veya yönetilen ayakta tedavi klinikleri için) özet veri sürekliliğini göstermektedir.
- ❖ Anestezik süreçler için bilgi sistemi kullanılmaktadır (HIMSS Analytics, 2019).

2.8. Dijital Hastane

Dijital hastane terimi, sağlıktaki uygulamaları izleyen, geliştiren, hastanın yaşamsal belirtilerinin gerçek zamanlı izlenmesi için cihazların ve uygulamaların

kullanımını sağlayan ve sağlık hizmetlerini koordine etmek için doğrudan veya dolaylı olarak kullanılan, elektronik veri alabilen ve iletebilen teknolojiler anlamına gelir. Dijital hastane, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS), mobil sağlık (m-sağlık), sağlık bilgi teknolojisi, PACS ve DICOM sistemleri, giyilebilir cihazlar, tele-sağlık, tele-tıp ve Elektronik order (e-Order), elektronik cihaz uygulamaları gibi kategoriler dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinde kullanılabilircek geniş bir yelpazeyi içeren bir yapıdır (Christian vd., 2018).

2.8.1. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

HBYS, hasta tescili, transfer, kabul, taburcu etme ve diğer idari, tıbbi ve mali fonksiyonlar gibi faaliyetlere odaklanan bilgi yönetimi sistemleri anlamına gelir. Bakımın sürekliliğini sağlamak için temel gerekliliklerden biri, tıbbi bilgilerin sağlık alanındaki çok sayıda alt alandaki tutarlı ve kesintisiz paylaşımıdır. Muhasebe ve faturalama, personel çalışma listeleri, klinik bilgi sistemleri, radyoloji, eczane ve laboratuvar sistemleri, klinik karar destek sistemleri, ilaç yönetimi, elektronik tıbbi kayıt sistemleri gibi birçok bölüm sistemlerinden oluşur. Bu sistemlerin her birinin temel amacı, sağlık alanındaki fonksiyonel her bölüm için tek bir çözüm sunmaktır. HBYS'nin başarılı bir şekilde geliştirilmesi, içerideki bilgilerin hastaneye ve hastanelerin sistemleri arasında entegrasyonu ile başa çıkma gereğinin farkındalığına bağlıdır (Sabooniha, Toohey ve Lee, 2012).

2.8.2. Mobil Sağlık

M-sağlık olarıktan ifade edilen mobil sağlık, hızla büyüyen bir alandır. Bu teknolojiler araştırma, geliştirme, hastalığı önleme, tanı ve tedaviyi geliştirme, eğitimi geliştirme, eşişsizlikleri azaltma, sağlık hizmetlerine erişimi artırma ve sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltma potansiyeli sağlar (Dowell, Braxter, DeVito Dabbs, Nilsen, ve Klem, 2013).

M-sağlık, özellikle sınırlı sağlık hizmeti ve işgücü olan bölgelerde, sınırlı finansal kaynakları olan ve gelişmekte olan ölkelerde, yüksek hastalık yükü olan

bölgelerde, sağlığa erişimin artırılması için yararlı bir araç olarak ortaya çıkmaktadır (Titilayo ve Okanlawon, 2014).

Mobil teknoloji, bireyler tarafından normal günlük aktiviteler sırasında sürekli sağlık izlemesi, geri bildirim ve davranış değişikliklerini desteklemek için giyilmesi, taşınması veya erişilmesi amaçlanan cep telefonları ve akıllı telefonlar, akıllı saatler, bir birey tarafından giyilen veya taşınan kablosuz sensörler, tablet bilgisayarlar ve bakım noktası cihazları dâhil olmak üzere kablosuz iletişim cihazlarının kullanımınıdır (Doswell, vd. 2013; Samples, Ni, ve Shaw 2014).

M-sağlık teknolojisi, farklı yerlerdeki çalışanlar arasında sağlık hizmet bilgilerinin aktarılması için telekomünikasyon ağlarının ve ekipmanlarının kullanılmasıdır. Sağlık hizmetlerinde cep telefonlarının kullanılmasına sağlık sistemlerini güçlendirmek için artan oranda öncelik verilmektedir. M-sağlık teknolojisi maliyetleri düşürür, bakıma erişimi geliştirir, zaman ve mesafe engellerini ortadan kaldırır, hasta ve sağlık çalışanlarının uygun sağlık kararları almasındaki gereken iletişimini kolaylaştırır (Titilayo ve Okanlawon, 2014). M-sağlık, bu teknolojilerin tüketiciler veya sağlık profesyonelleri tarafından uygulanmasıdır (Doswell, vd. 2013).

Mobil hemşireler önleyici ve koruyucu sağlık bakımı konusunda m-sağlık teknolojilerinin farkındalığını ve kullanılabilirliğini artırarak hastaların kendi bakımlarını proaktif olarak yönetmelerini sağlamaktadır. Dünya nüfusunun üçte ikisinin kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıkları, kanser ve diyabet gibi kronik hastalıklar sebebiyle öldüğü bir zamanda m-sağlık araçlarını kullanmak, hastaları güçlendirmede ve genel sağlık durumlarını iyileştirmede önemli bir adımdır (Samples, Ni, ve Shaw 2014).

Örneğin; obezite ve hiperglisemi problemi olan hastalar için, hemşire giyilebilir bir fitness izleme cihazının seçimi ve kullanımı konusunda eğitim sağlayabilir, hastaların cihazı bir diyet uygulamasına ve kablosuz bir ölçüğe bağlamasına yardımcı olabilir ve daha sonra hastanın kullanma talimatlarını açık bir şekilde gönderebilir. Hasta daha sonra cihaz, uygulama, ölçek ve verileri günlük olarak izlenen hasta portalları aracılığıyla hemşireye ileterek, sık klinik randevularına ihtiyacı azaltır.

Hemşireler bu verileri hastanın elektronik sağlık kaydına senkronize eden bir algoritma kullanarak hastanın ilerlemesinin günlük, sentezlenmiş bir görüntüsünü görebilir. Kan şekeri ve diyetinin günlük değişimlerini analiz eden ve anormal değerlerde hemşireyi uyaran bir bilgisayar programı kullanarak ilerlemeyi uzaktan izleyebilir (Samples, Ni, ve Shaw 2014).

Sonuç olarak; m-sağlık stratejileri, bakım koordinasyon süreçleri için elektronik sağlık kayıtlarına bilgi gönderir ve onlardan bilgi iletir ve hastaların bakımlarına katılımını sağlayarak sağlık sonuçlarını iyileştirir (Samples, Ni, ve Shaw 2014).

2.8.3. Elektronik Sağlık Kaydı

Bireylerin tüm sağlık ve hastalık süreçlerini (tıbbi geçmişi, ilaçları, laboratuvar ve radyolojik verileri, aşıları) ve demografik bilgilerini dijital ortamda kayıt edilmesi, arşivlenmesi, işlenmesi ve paylaşılması süreçlerini kapsayan bir işlem dizisi olarak adlandırılabilir. ESK'nın birçok avantajı vardır. Sağlık çalışanlarının iş akışını otomatikleştirir ve kolaylaştırır, klinik verilerin kayıt edilmesi, arşivlenmesi ve paylaşılması gibi işlemleri basitleştirir, girilen verilerin tekrar kullanılmasına olanak sağlar ve depolanan kayıtlar ile tüm yetkili personelin ihtiyaç duyduklarında hasta verilerine erişmelerinde kolaylık sağlar. Dezavantajları ise; sistemsal alt yapı problemleri, kullanılan cihazlar ile ilgili problemler ve verilerin güvenliği şeklinde sıralanabilir (Tang ve McDonald, 2006).

2.8.4. Klinik Karar Destek Sistemi

KKDS, sağlık ve sağlık hizmetlerini geliştirmek için klinisyenlere, personele veya diğer kişilere hastaya ait kişiye özel olan bilgileri uygun zamanlarda ve akıllıca filtreleyerek sunulmasını sağlar (Mullin, 2017a). KKDS, klinisyenin kararının yerini alması için amaçlanmamıştır; bunun yerine, bakım ekibi üyelerine mevcut klinik bilime dayalı zamanında, bilgili ve daha yüksek kalitede kararlar almak için gereken karmaşık ve genişleyen biyomedikal ve kişiye özgü verilerin hacmini yönetmede yardımcı olmak için bilgi sağlamak içindir (Tcheng vd., 2017).

KKDS, uyarılar, bildirimler veya açık bakım önerileri sunmaktan daha fazlasını yapan sofistike bir sağlık BT işlevidir (Berner ve La Lande, 2016).

Çoğu KKDS'nin üç bölümü vardır. Bu parçalar;

1. Bilgi Tabanı
2. Çıkarım veya Muhakeme Motoru
3. İletişim Kurma Mekanizması

KKDS büyük bölümü olan bilgi tabanı verilerden oluşur. Bu veriler; laboratuvar bulguları, orderlar ya da klinik kılavuzlar, sağlık çalışanları tarafından girilenler, hasta raporları ve özetleri, dokümantasyon şablonları, diğer araçlar arasında tanılama desteği ve içeriğe dayalı referans bilgileri, diğer sistemlerden elde edilen verilerden oluşur. KKDS'nin ikinci kısmı, bilgi tabanındaki kuralları veya ilişkileri hasta verileriyle birleştirmek için kullanılan formülleri içeren çıkarım motoru veya muhakeme mekanizmasıdır. Son olarak, hasta verilerini sisteme işlemenin ve sistemin oluşturduğu önerileri karar verici olan kullanıcıya iletmenin yolu olan iletişim mekanizmasıdır. (Tcheng vd., 2017; Mullin, 2017a).

Hastalığın yanlış teşhisi ve yanlış ilaç uygulamaları ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Hastalığın yanlış teşhisi birçok neden ile ortaya çıkabilir. Yoğun iş yükü, zaman kısıtlılığı ile hastayla ilgili bazı ayrıntıların atlanması, hasta veya hastalıkla ilgili az bilgiye sahip olmak gibi nedenlerle oluşabilmektedir (Khan ve Shamsi, 2018). KKDS, klinisyeni potansiyel olarak tehlikeli ilaç etkileşimlerine karşı uyararak hataları en aza indirmiş ve tanı programlarında doktor tanılarını iyileştirdiği gösterilmiştir. Hatırlatma ve uyarı programları, potansiyel riskin ciddiyetini asgariye indirebilir ve komplikasyonları önleyebilir. Hem maliyet hem de bakım kalitesi üzerinde etkisi olan erken advers ilaç olaylarını uyarabilirler (Berner ve La Lande, 2016). KKDS araçları, hataların ve olumsuz olayların azaltılmasına, kalite ve güvenlik için en iyi uygulamaların teşvik edilmesine, maliyete dayalı iyileştirmelere, halk sağlığı acil durumlarına hızlı yanıt verilmesine ve daha fazlasını paylaşmaya yöneliktir (Tcheng vd., 2017).

KKDS bazı faydaları şu şekildedir;

- ❖ Hataların nedenlerinin belirlenmesi ve iyileştirme yapılmasına olanak sağlayarak olumsuzluklardan kaçınılmasını sağlar ve ölçülebilecek değerler oluşturarak istatistiki sonuçlar sağlar.
- ❖ Klinik kararlara dayandırmak için en güncel ve en uygun kanıtları ve kanıta dayalı uygulama önerilerini getirmek için birden fazla veri türünden yararlanır.
- ❖ Çok sayıda veri kaynağından işlem yapılabilir bilgiler üretir.
- ❖ Kullanıcının özerk davranması yerine, güncel kanıta dayalı uygulamalara uygun şekilde karar vermesi için bilgi sağlar.
- ❖ Net bilgiler ve hızlı eylem seçenekleri ile iyi kullanılabilirlik ilkelerini gösterir.
- ❖ Yapılan işlemlerin daha fazla denetlenir ve istatistiki veriler sağlar.
- ❖ Kaliteyi arttırarak hasta memnuniyetini arttırır (Tcheng vd., 2017).

KKDS sisteminin çalışma şekliyle ilgili bazı örnekler şu şekildedir;

Bir doktor bileği burkulmuş (incinme) bir hastaya tanı koyar ve röntgen çekme işlemi girer. Orderı bilgisayara girdiğinde, hekime böyle bir order için kanıta dayalı uygulamaların kriterlerini hatırlatır. Doktor, hastanın kriterleri yerine getirdiğini veya karşılamadığını onaylayana kadar işlem kaydedilmez. Bunun gibi bir karar destek sisteminin uygunsuz röntgen istemlerinin %47'si kadar azalttığı gözlenmiştir (Murugesan, Natarajan ve Karthigeyan, 2014).

Bir klinisyen, hipertansiyonu olan hastası için kan basıncı seviyesini kontrol eden bir ilaç olan “X ilacı 50 mg” reçetesini vermeye çalışıyor. KKDS, hastaya daha önce “X ilacı 50 mg” uygulandığına ilişkin bilgi veriyor, ancak beklenen sonuç karşılanmadığını ve KKDS ayrıca “X ilacı 100 mg” kaydının çeşitli hastalar için kaydedilen klinik geçmişe dayanarak daha iyi sonuçlar verdiğini belirten bir istatistik sunuyor (Murugesan vd., 2014).

Bir hemşire, romatizmal ateş tedavisi için yatan bir çocuk hastanın vital bulgularını ölçer ve kaydeder. KKDS, kaydedilmekte olan vital bulgunun önceki kayıtlara ve ölçümlere kıyasla oldukça anormal olduğu konusunda bir uyarı verir. Hemşire, şaşırır ve vital bulgu ölçümünü tekrarlar ve aynı değeri bulur. Hemşire, benzer koşullar hakkında daha fazla bilgi toplamak için KKDS kullanır. KKDS, hayati belirtilerin anormal olduğu aynı durumların istatistiklerini sağlar ve bu gibi benzeri durumlar için kullanılan tedavi yöntemleri ve uygulamaları için öneriler oluşturur ve süreci yönetmesine yardımcı olur (Murugesan vd., 2014).

2.8.5. Elektronik Order

Hekimin teşhis ve tedavi hizmetleri için ilaç, laboratuvar ve diğer testler gibi istemlerinin girilmesine olanak sağlayan bilgisayar uygulamasıdır. Bilgisayar uygulaması, istemler sırasında ilaçları dozaj standartlarına göre karşılaştırır, yan etki ve alerjik durumları kontrol ederek sağlık çalışanını olası problemler hakkında uyarır. Sağlık alanındaki istemlerin elektronik ortamda girilmesi ile eczane, laboratuvar ve radyoloji bölümlerine gönderilmesi ve ilaç, laboratuvar ve diğer testler için istemlerin daha hızlı iletilmesi, zamandan tasarruf sağlar ve verimliliği artırır. Bu işlemlerde oluşabilecek hataların azaltılmasını sağlayarak, hasta güvenliği konusundada önemli katkılar sağlanmış olur (HealthIT.gov, 2018).

2.8.6. Elektronik Reçete

Hekimin ilaç ve kullanımıyla ilgili bilgileri, elektronik ortamdaki özel bir yazılım programıyla yazdığı reçete sistemine elektronik reçete (e-reçete) denir. Bu sistem ile birlikte hekim-hasta-eczane arasındaki iletişimsel hataların önüne geçilmiş olunacak ve kişilerin kullandığı ilaçlar elektronik ortamda kayıt altına alınması sağlanacaktır (HealthIT.gov, 2017).

2.8.7. Tıpta Dijital Görüntüleme ve İletişim Sistemi (Digital Imaging and Communications In Medicine(DICOM))

DICOM, dijital tıbbi görüntüleme alanında en evrensel ve temel standardın oluşturulmasında önemli bir kaynaktır. Bu doğrultuda, tıbbi görüntüleme verilerinin diyagnostik olarak doğru gösterimi ve işlenmesi için gerekli tüm araçları sağlar. DICOM, sadece bir resim veya dosya formatı değildir. Çağdaş tıbbın tüm işlevsel yönlerini kapsayacak şekilde oluşturulmuş olan ve tasarlanan herşeyi kapsayan bir veri aktarımı, saklama ve görüntüleme protokolüdür. DICOM özellikleri, tarih, saat, ad, tanımlayıcı vb. içeren 27 değer sunumu türüne göre biçimlendirilir. DICOM verileri bir hastanın sahip olduğu nitelikler kümesidir. Veriler DICOM veri özellikleri olarak alınır alınmaz, DICOM'daki uygulama varlıkları olarak bilinen çeşitli cihazları ve yazılımları arasında iletilebilir ve işlenebilir (Pianyk, 2012).

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

PACS, modern bilgisayar teknolojilerini eski tıbbi teşhis sorununun çözümü için, yani çok sayıda radyoloji görüntülerinin, hızlı erişimi ve güvenli olarak depolanmasını sağlayacak sağlık bilişim teknolojisidir. Tüm görüntülerin dijital verilere dönüştürülmesi ve görüntülerin üretildiği veya değerlendirildiği tüm tanı işyerlerinin dijital ağlar aracılığıyla eş zamanlı olarak kurum içi veya dışı sunuculara güvenli bir şekilde iletilmesini sağlar. PACS modern kullanımı, tıbbi görüntülerin ve ilgili verilerin yönetimi ve iletimi için standart bir protokol olan DICOM ile bağlanabilir. Ayrıca HBYS, EKS ve radyoloji bilgi sistemi (Radiology Information System (RIS)) gibi diğer sağlık bilgi sistemleri ile ortak olarak çalışarak görüntüler için elektronik bir ortam sunar (Meyer-Ebrecht, 1994).

2.8.9. Radyoloji Bilgi Sistemi (Radyology Information Service (RIS))

RIS, tıbbi görüntüleri ve ilgili verileri yönetmek için ağ bağlantılı bir yazılım sistemidir. Özellikle radyoloji görüntüleme ve fatura bilgilerini izlemek için PACS ile birlikte kullanılır (Meyer-Ebrecht, 1994).

2.8.10. Bulut Teknolojisi

Bulut, bilgisayar ve iletişim sistemleri tabanlı verilerin kullanıcı isteği doğrultusunda bir internet ağı üzerinden verilerin paylaşımına sunulmasını sağlayan bir ürün veya teknolojik bir sistemdir. Bulut dönüştürülebilir bir veri havuzudur (Mullin, 2017b).

Bu teknoloji, bir kuruluşun dijital görüntü verilerini dışarıdaki bir PACS'den yerel PACS çalışma verisine aktarmaya çalıştığında karşılaştığı veri uyumsuzluk problemlerini tamamen önler, böylece görüntüler yerel PACS web görüntüleyicisini kullanan doktorlar tarafından kolayca erişilebilir ve görüntülenebilir. Bulut hizmetleri, sağlık kuruluşlarının verileri daha verimli ve düşük maliyetli bir şekilde yönetmelerine olanak tanıyan görüntülerin saklanması, arşivlenmesini, paylaşılmasını ve bunlara erişilmesini sağlar. Bulut aracılığıyla tıbbi görüntü paylaşımı, yinelenen test sayısını azaltarak hem maddi tasarrufu sağlayacak hem de kişileri tekrarlanan gereksiz testlerin yan etkilerinden koruyarak hasta güvenliğine ve memnuniyetinin artırılmasını sağlamaya yardımcı olacaktır (Shini, Thomas ve Chithraranjan, 2012).

Tıbbi görüntüleri bir buluta yerleştirmenin faydaları:

- ❖ Verilerin taşınabilirliği: çevrimiçi olarak hasta sağlık kayıtların verilerine erişmek ve verileri paylaşmak, sağlık uzmanları arasında ve hastalar için daha kolaydır.
- ❖ Artırılmış ve esnek depolama kapasitesi: bulut tabanlı EKS ile doktorlar ve diğer sağlık çalışanları veri depolama için verilerini yönetmek veya depolama

alanların artırmak zorunda değillerdir. Çünkü gerektiğinde ek veri depolama alanını bulutta bulabilir ve kullanabilirler.

- ❖ Veri taşıma: bulut teknolojisinin en önemli yararı, verilerin yalnızca bir kez yüklenmesi gereklidir ve daha sonra verileri herhangi bir yerde istediği zaman PACS ile ulaşabilir ve kullanılabilirler.
- ❖ Hasta odaklı bağlantılı sistem: tıbbi görüntü bilgileri, birden fazla PACS yerine bulutta depolanması ile tek bir merkezi depoda toplanmış olacaktır ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının çeşitli bölümlerden ve sağlık kuruluşları arasında görüntülere hızlı bir şekilde erişim sağlanarak paylaşılması sağlanacaktır (Shini vd., 2012).

2.8.11. Kişisel Sağlık Kayıt Sistemi (Elektronik Nabız (e-Nabız))

Hastaların hangi sağlık kuruluşunda takip edildiğine bakılmaksızın, muayenelerinin, tetkik ve tedavilerinin kaydedildiği, kişilerin bütün sağlık özgeçmişlerine ulaşabildikleri ve yönetebildikleri, ayrıca kendi verdikleri bilgiler doğrultusunda ve mahremiyet sınırları içinde sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilebildikleri, mobil cihazlar veya internet sistemi üzerinden erişebildikleri sağlık bilişim alt yapısı olan kişisel sağlık kayıt (Elektronik Nabız (e-Nabız)) sistemidir. Bu sistemin ile birlikte muayene, tetkik ve tedavi hizmet sunumunun kalitesi ve hızı artmış ve hekim, hasta arasındaki sağlık iletişim ağı artmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2019e).

2.9. Bilişim Teknolojilerinin Sağlık Çalışanlarının Yaşantısına Etkileri

Sağlık alanında kullanılan bilişim teknolojileri, sağlık bilişim sistemleri olarak tanımlanır. Bu sistemler sağlıktaki bakım kalitelerini yükseltmede, bireylerin sağlık problemlerinin anlaşılmasında, tedavi ve bakım planlarının yapılmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde önemli bir yere sahiptir (Başar, Delice, İlhan, Ergün ve Soncul, 2008; Türkoğlu, 2010). Sağlık sektöründeki ve bilişim teknolojileri alanındaki hızlı gelişmeler, bu sektörlerin birbirine yakınlaşmasına ve birbirleriyle

uyum içerisinde gelişim göstermelerine sebep olmaktadır. Sağlık bakım alanındaki bilimsel bilginin hızlı gelişimi, hasta bilgilerinin kayıt edilmesinde, saklanmasında, paylaşılmasında, sağlık bakım hizmetinin sunulmasında ve tüm süreçlerin yönetilmesinde bilişim teknolojileri giderek artan ve gelişmeye devam eden temel bir role sahiptir (Köse, 2011).

Bilişim teknolojilerinin kullanımının sağlık çalışanlarına olan katkıları şu şekilde sıralanabilir:

- ❖ Klinik karar vermeyi kolaylaştırır.
- ❖ Çalışan verimliliğinde artış sağlar
- ❖ Bütçede tasarruf sağlar.
- ❖ Bakım kalitesinde artış sağlar.
- ❖ Çalışan memnuniyetinde artış sağlar.
- ❖ Sağlık profesyonelleri tarafından belirlenen gözlemlerin güvenli bir şekilde kaydedilmesini sağlayarak hataları azaltır. Bu şekilde bakım kalitesinde artış sağlamaktadır (Köse, 2011).
- ❖ Yazılı iletişimin gelişimini sağlar.
- ❖ Yönetici hemşirelerin hastaya verilen bakımı objektif değerlendirmelerine sağlar.
- ❖ Bakım planlarının yazılmasında tüketilen zamandan tasarruf ederek, hastalara ayrılan zamanı arttırır ve kurumun kırtasiye masraflarını azaltır.
- ❖ Hastaların bilgilerini kaydedip sağlık sorununa yönelik bakımın planlanmasında ve tanı koyulmasında kolaylık sağlar.
- ❖ Hastaların bakım planlarını standart hale getirerek hasta birey ve yakınlarına uygulanan bakımların hepsinin kayıt altına alınıp, ücretlendirilmesini sağlar.
- ❖ Hasta verilerinin düzenli kaydedilmesini sağlar. Böylece hasta veri tabanı oluşturularak bu depolanmış veriye ulaşım kolaylığı sağlamaktadır.
- ❖ Hastaya sunulan her türlü hizmette, kişinin kendisinin ve diğer sağlık profesyonellerinin hizmete dahil olmalarını sağlar.

- ❖ Depolanmış veriler ile istatistiksel çalışmalar ve değerlendirmeler yapılabilir (Ay, 2009).

Bilişim teknolojilerinin çok sayıda katkısı bulunmasının yanı sıra bazı dezavantajlara sahip olduğu bilinmelidir. Sağlık profesyonellerinin bilgisayar kullanımı ile birlikte hasta veya sağlıklı bireylerle iletişiminin azalması, sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerinde eksiklerine bağlı bilişim teknolojilerinin etkin ve verimli bir şekilde kullanılmaması ile hastanelerde kullanılan bilgisayar kullanımı sırasında hasta kayıtlarındaki bir sızıntı veya yanlış kayıt oluşumuna ve hasta mahremiyetinde ihlale sebep olmaktadır. Sonuç olarak avantaj ve dezavantajlar göz önünde bulundurulursa çalışanların doğru bir eğitim sürecinden geçirilerek bu durumu avantaja çevirmeleri mümkündür (Köse, 2011).

Organizasyonlardaki teknolojik değişimin çalışanlar açısından yarattıklarını inceleyecek olursak;

- ❖ Yeni işler ve iş yükü getirecektir,
- ❖ Organizasyonun yapısını değiştirebilecektir,
- ❖ İş rollerini değiştirebilecektir,
- ❖ İşe alınma ve terfilerde değişiklikler olabilecektir,
- ❖ Bazı konuda uzmanlaşmış kişilerin çalışması gerekebilecektir,
- ❖ Yönetim fonksiyonlarında değişiklikler olabilecektir,
- ❖ İletişim düzeninde bazı değişiklikler olabilecektir, iş görenler arasında sosyal ilişkiler azalabilecektir (Betz, 1994).

Örgütlerin herhangi bir alanındaki değişim her çalışana farklı etkileyebilir. Tüm çalışanların teknolojik değişime aynı seviyede uyum sağlaması beklenmemelidir. Otomasyon ve teknolojik bilginin yararlarından faydalanılmak isteniyorsa, değişimi gerçekleştirecek olan üst, orta ve alt düzey yöneticilerinin süreçteki insani ve sosyal faktörleri de hesaba katmaları gerekmektedir. Genel olarak teknolojik değişimin çalışanlar açısından etkilerine bakacak olursak bunların; psikolojik, sosyal, ekonomik ve

fiziksel etkileri olduğu söylenebilir. Bu etkilerde değişime direnç konusunda etkisi oldukça fazladır (Dertli, 2008).

2.10. Değişime Direnç ve Nedenleri

Örgüt içerisindeki kişiler veya gruplar tarafından yapılmaya çalışılan değişime karşı zorluk çıkarma, güvensizlik, şüphe, sabotaj, geciktirme veya değişimi engelleme gibi çalışan davranışları değişime direnç olarak tanımlanabilir (Şahin, 2011).

Günümüzde değişim faaliyeti gösteren örgütlerin başlıca problemi çalışanların değişime karşı direnç göstermeleridir. Örgütler de yeniden yapılanma süreci ile örgütleri değişime zorlayan etmenler, çalışan rollerinde köklü bir değişikliğe neden olmakta ve bu durum çalışanlarda yarattığı stres değişime karşı dirençin oluşmasına neden olmaktadır (Karakaş Yılmaz, 2012). Değişim sancılı bir süreçtir. Bu sebeple örgütlerde her yapılan değişikliğin insanlar üzerinde etkisi kaçınılmazdır. Her örgütün kendine göre bir kurum kültürü ve her bireyin de benimsediği iş alışkanlıkları vardır. Bunlar değişime uğradığında çoğu zaman bir direnç faktörüyle karşılaşılır. Direnç sürecinin seviyesine veya boyutuna müdahalede bulunan birçok etken bulunmasının yanı sıra bireylerin özellikleri ve kişilikleri, örgütün yapısı ve yöneticilerin yönetme anlayışı bu süreçte önem arz etmektedir (Tunçer, 2013). Kurumlar çalışanlarından değişikliklere karşı iyi tutum, yüksek çalışma performansı, esneklik, uyum, iyi düşünme, etkili iletişim ve stresle başa çıkma yeteneği beklemektedir. Çalışanlar açısından bakıldığında ise çalıştığı kurumlardaki yaşadığı stresler, memnuniyeti etkileyen ciddi olaylardan biri olarak ortaya çıkmaktadır. Bir çalışanın iş yerinde kendini iyi hissetmesi; çalışanın sağlığını, üretkenliğini ve yaptığı işin niteliğini büyük ölçüde etkilemektedir (Türkmen, 2016).

Değişim sürecinde iki ana davranış türü meydana gelmektedir. Birincisi değişim sürecine açık, yenilikçi tutum göstermek, ikincisi ise, değişim sürecine karşı kapalı tutum göstermektir. Değişim sürecini avantaj olarak değerlendirenler kendilerini bu yolda motive ederek değişimin başarıyla gerçekleşmesine olanak sağlarlar. Fakat değişimi kendileri için tehdit olarak hissedenler değişime karşı olduklarını göstermek

adına direnç gösterebilirler ve değişimi başarısızlığa uğratacak eylem ve girişimlerde bulunurlar (Dursun, 2007; Dönder Çelik, 1996).

Direnç oluşumu; mevcut vaziyetten memnun olup, yeni oluşumdan çekinme ya da değişimin sunduğu yeniliklerin belirsizliği, çalışanların işletmede yaşanan problemlerin önemsiz olduğunu düşünmeleri ve hiçbir değişikliğe gerek duyulmadığına inanmaları, yaşanan tatsız iş deneyimlerinden ötürü yöneticilere olan güvensizlik duygusu, değişim ile alakalı doğru olmayan söylentilerin artması sahip olunan yetkilerin, sorumluluğun ya da pozisyonun kaybetme korkusu, yapılacak olan değişimlerin işletmeye yarar yerine zarar getireceği inancının artması vb. gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır (Ünalın, 2016).

Değişime direnç nedenlerini bireysel, işe bağlı ve örgütsel olarak ele alınabilir. Bireysel direnç nedenleri genel olarak, değişim hakkında bilgi edinememe ve buna bağlı bilinmeyen korkusunun ortaya çıkması, değişimle oluşacak yeni düzende eski iş alışkanlıkları ve akışının sürdürülemez olması, yeni şeyleri öğrenme zorluğu ve başarısız olma düşüncesi, dar görüşlü olma, güvenlik ihtiyacı, çıkar kayıpları gibi sebeplerdir (Seren, 2005). Bunlara bağlı olarak da bireylerde değişime karşı oluşan direnç davranışları, geri çekilme ve şikayetlerde artış, işe karşı ilgisizlik, bireylerin düşen performansları ile iş hatalarında artışlar ve işin yavaşlaması, iş kazalarındaki artışlar, sağlık problemleri sebebiyle işe gelmeme, işe gelmemek için artan devamsızlıklar, işi sabote etme gibi davranışlar sık gözlemlenen direnç sonuçlarındandır (Barutçugil, 2004).

İşe bağlı direnç nedenleri konusundaki temel unsur bireylerin işlerini yaparken önlerine çıkan zorluklardır. Bunlar; bireylerin değişimi teknik olarak imkansız görmeleri, yaptıkları işlerin artışı ile iş yüklerinin de artması, iş koşullarındaki değişiklik korkuları, ücretlendirmede değişiklik yapılması, işsiz kalma, teknik bilgi eksikliği gibi korkular işe bağlı direnç nedenleri olarak sayılabilmektedir (Seren, 2005).

Örgütsel direnç nedenleri ise; fonksiyonel olmayan örgütsel yapılar, daha önceki yapılan değişim girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanması, örgüt içinde grup çalışmalarının olmayışı ve hedefe yönelik oluşmayan grup çalışmaları, örgüt içindeki

değişimi yönetecek kişilerin değişime olumlu bakmamaları veya anlaşma sağlamamaları gibi nedenler olabilir (Seren, 2005).

Değişime direnç sadece çalışanlar tarafından değil değişimin öncüsü olması gereken yöneticilerin de değişimi, organizasyon içindeki konumlarına bir tehdit olarak görüp değişime direnç gösterebilirler. Değişiklikler üst düzey yönetim tarafından yönlendirildiğinde orta düzey yöneticiler kendilerini çalışanlarıyla aynı konumda bulabilir ve bu şekildeki bir değişime karşı direnç gösterebilirler (Delaney ve D'Agostino, 2015).

Örgütlerin yönetilme durumu da çalışanların stres oluşumunda önemli ölçüde etkilidir. Bir örgütün yönetim yapısında tepe yönetimde toplanan bir güç artışı varsa, örgüt içerisinde ceza kullanımları söz konusu ise ve sınırlı kaynaklar ve ödüller için çalışanlar arasında ayırım yapılıyorsa bu çalışanlarda gerilim ve stres oluşumuna neden olabilmektedir. Çalışanların kariyerlerindeki yükselme ve gelişim arzuları örgütler tarafından karşılanamaması ya da çeşitli sebeplerle engellenmesi de bireylerde strese neden olabilmektedir. Bireylerin çalışma yaşantısındaki doyumları ve etkinlikleri iş stresini kontrol altında tutmalarıyla ilgilidir. Stres faktörü iş gücündeki verimin azalmasına veya kaybına, iş devamsızlıklarına, iş kazalarına, artan sağlık problemleri ile sigorta ve hastane masraflarının artışına sebep olabilmekte ve bu sorunlarda örgütlere önemli bir maliyet yükü getirmektedir (Aytaç, 2009).

Bu nedenleri geniş olarak beş farklı başlık altında değerlendirecek olursak;

2.10.1. Ekonomik Nedenler

Ekonomik olarak mevcut işini kaybetme korkusuyla teknolojik değişikliklere direnç oldukça sık görülen nedenlerdendir. Çalışanlar işini kaybetme ve ekonomik getirilerini yitirme endişesi yaşayabilirler (Tüz, 2004). Diğer bir taraftanda kişilere ekonomik olarak sağlayabilecek bir iş değişikliği veya meslekte yükselme imkanlarını daraltan değişimlere karşı direnç gösterirler. Kişiler çalışma şartlarını ve çıkarlarını güvence altına aldıklarına inandıkları statükodan vazgeçmemek için direnç gösterirler (Şimşek ve Akın, 2003; Yüksel, 2001). Örgüt içerisinde paylaşım ve yetkilere sahip

kişiler veya topluluklar, değişimi kendilerine yönelik tehdit olarak düşünebilirler. Ekonomik kaynak payı büyük olan birey veya gruplar, kaynaklarının kesilmesi veya azalması korkusu ile büyük direnç gösterebilirler (Özkalp ve Kırel, 2010).

2.10.2.Sosyolojik Nedenler

Sosyolojik olarak değişimin birey veya toplulukların sosyal değer yargılarıyla çatışması sonucu karşı direnç oluşabilir. Kariyer, prestij, mevcut konum, mevki ve diğer sosyal avantajlarını yitirme korkusu hisseden bireyler de karşı direnç gösterebilirler (Eren, 2004). Başka bir taraftan kişilerin gruplarına bağlılığı da değişime direncin nedenlerindedir. İşçiler sosyal ilişkilerini değişim ile bozulacağına ve yeniden onarmanın zor olacağını düşünürler ve direnirler. Ayrıca, bağlı oldukları grubun değişime karşı olumsuz tavır sergilemesi ile bireyin de değişime direnç göstermesine neden olur. Grubun içerisindeki bireyler grup normlarına uygun olarak belirli kalıp içerisinde düşünmeye ve davranmaya çalışırlar (Durna, 2002). İletişim sürecinde değişime karşı direnç oluşmasında önemli bir konudur. Yöneticilerin iletişim sürecine yeterli özen göstermemesi, kullanılan üslup, yanlış anlamalara neden olacak kelime hataları ve değer yargıları gibi nedenler sürecin iyi anlatılamamasına ve kişilerde değişime direnç gelişmesine neden olabilir (Yeniçeri, 2002).

2.10.3. Psikolojik Nedenler

İnsan psikolojisinde değişime karşı direnmede en önemli direnç kaynağıdır. Kişilerin birçok davranışı önceden kazandıkları alışkanlıklarla ilgilidir. Bu neden ile alışılan sabit bir işi yapmak kişilere psikolojik bir rahatlık ve güvenilir iş akışı sağlar. Çevresinde kendisinin kontrol edemediği ve beklenmedik şekilde yaşanan değişimler kişilerde strese neden olur ve bunun sonucunda da kişinin değişime direnç göstermesine neden olur. Psikolojik olarak stres nedenleri değişimdeki belirsizlik ve bilgi eksikliği, yabancılaşma, alışkanlıkların değişmesi, iletişim kopukluğu, güvensizlik, değişimin yanlış olduğuna inanma, değişimden memnuniyetsizlik ile ilgili söylemlerin artışı, getirilen yeni ve değişmiş kurallar, denetlenme, kontrol hissinden doğan stres şeklinde söylenebilir (Arslan, 2001; Durna, 2002).

2.10.4. Rasyonel Nedenler

Çalışanlar, değişimi öğrenip uyum sağlamak için fiziksel ve zihinsel olarak fazladan zaman ile performans göstermek zorunda bırakılacağını ve konforunun bozulacağına inanıyorsa değişime karşı direnç gösterir. Kişiler veya gruplar, değişim yöneticilerinin; çalışanı önemsemediklerini veya sadece kurumun çıkarlarını önemsediklerini hissedersen kurumdaki değişime karşı çıkabilir ve direnç gösterebilirler (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2002). Bazen değişimler bireysel uzmanlıkları gereksiz veya ihtiyaç duyulmayacak hale getirebilir ve bu duruma kişiler direnç gösterebilir. Böyle bir değişimin işlerini kaybetmelerine neden olacağını düşünüp bu öngörüyle değişime direnirler (Özkalp ve Kırel, 2010).

2.10.5. Teknolojik Nedenler

Teknolojik değişim ve bu sürece bağlı olarak çalışanlar, bilgi ve teknoloji kullanımıyla yüksek düzeyde kaygı, yorgunluk, şüphecilik ve öz-yeterlilik duygularını hissedebilirler. Günümüzde de en çok kullanılan teknolojilerden biride bilgisayardır. Bilgisayar kullanma veya bilişim teknolojileri kullanma ile oluşan kaygı ise; bireylerin teknoloji ile etkileşimi sırasında veya düşünürken yaşadıkları korku, endişe ve ajitasyonu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bu olumsuz duygular arasında bilgisayarları hata yapma korkusuyla kullanma, yanlış bir tuşa basma ve bilgi kaybetme korkusu vardır. Bu tür olumsuz deneyimlerin yaşanması da bireylerde teknolojiye güvenin azalmasına ve buna bağlı olarak şüphe duymalarına sebep olmaktadır (Salanova, Llorens ve Cifre, 2013).

Günümüzde hızla gelişen ve değişen teknolojiler ile sağlık sektöründe de bilgi ve bilişim teknolojileri gelişim göstermektedir. Bu sebeple sektörde değişimler gerçekleşmektedir. Değişim sürecinde çalışanların teknolojiye uyum sağlamadaki eksiklikleri, eğitimlerindeki eksiklikler, iş yükündeki artışlar, kullanılan teknolojideki uygun olmayan donanım ve yazılımlar gibi birçok faktör bireylerde teknolojik strese (tekno-stres) yol açabilmektedir (Yener, 2018).

Sağlık sektörünün hataya yer verilmeyecek bir alan olması, çalışanların beşeri ve teknik bilgilerini bir arada kullanmakta olmasıyla birlikte bir de teknolojiye ayak uydurmak zorunda olmaları, işine ilişkin bilgi yükünü artmış ve işe bağlı streslerini artmasına neden olabilmektedir. Bireyler teknolojik değişimden kaynaklı artan iş yükleri ile bazı sorumluluklarını yerine getiremeyebilirler. Bu akışta bireyler yaşadığı olumsuzluk ve karmaşanın nedenini iş alanındaki teknoloji kullanımına bağlayabilmektedir (Yener, 2018; Söyler, 2018).

Sağlık örgütlerinde çalışanlar bilişim sistemlerinin kullanımıyla birlikte, işlerini kaybetme korkusu yaşayarak kullanılan sisteme karşı direnç geliştirebilirler. Bu direncin sebebi de eskiden kalan bilgi ve alışkanlıkları bırakmak zorunda kalacak olmaları ve yeni teknolojinin getireceği bütün yenilikleri, süreçleri ve teknikleri öğrenmek zorunda olmalarıdır. Bu işi öğrenmek için yıllarını adanmış olan çalışanlar yapacak olduğu işi otomasyonun yapacak olması da, çalışanın verdiği emeği yok sayacaktır. Bu durum karşısında yeni yapılan bilinmeyen bir şeyi öğrenme gerekliliği de çalışanların değişime direnç göstermesine neden olabilecektir (Demircan, 2016).

Değişimin başarı sağlamasını mümkün kılmadaki önemli noktalar ise değişime olan direncin önlenmesi veya bertaraf edilmesiyle ilgilidir. Ortaya çıkabileceği düşünülen direnci en az seviyeye indirmek, direnç noktaları ve dirence neden olan konuları tespit edebilmek, gerekli önlemler almak ve riski azaltmak amacıyla öncesinden iyi bir planlama yapılmalı ve çalışanlar değişime hazırlanmalıdır. Bu planlamalar ve önlemlere rağmen ortaya çıkabilecek olan direnci, direnenlerin özelliklerini ve direnme nedenlerini dikkate alarak, direncin çeşidi ve derecesine göre engelleme yöntemleriyle en alt düzeye indirilmesi mümkündür (Tunçer, 2013).

2.11. Değişim Yönetimi

Örgütlerin ve insanların hayatının her aşamasında kaçamayacakları bir gerçek olan değişim, sistemli bir süreç içinde veya sistemsiz olarak ani şekilde, mevcut düzeyden farklı bir düzeye geçilmesi durumudur (Öztop, 2014).

Genel tanımı ile değişim yönetimi ise, “yöneticilerin organizasyonda yapmayı planladıkları değişimin; süreçler, stratejiler ve politikalar bağlamında iş görenlerce doğru bir şekilde anlaşılması ve uygulanmasının sağlanması” şeklinde tanımlanabilir (Çetin, 2009). Değişim yönetimi, örgütün değişim öncesinde hazırlığını ölçen, kişilerin değişime dirençlerini ortadan kaldıran ve değişimin sonuçlarını değerlendiren bir süreçtir (Akgeyik, 2001).

Değişimi yönetmek, birçok hassas dengeden oluşur. Davis (1988) göre (aktaran Tunçer, 2013) değişim örgüt dengelerinin bozulmasına neden olacağı için örgütte yeni bir denge süreci başlar ve çalışanların bu yeni sürece uyum göstermeleri ile denge kurulur. Çalışanlar gerçekleşen değişime yeterli uyumu göstermekte başarısız olurlarsa, örgütte denge sağlanamaz. Değişim yönetiminin genel amacı da değişim ile bozulan örgüt, grup ve kişiler arası dengenin sağlanması ve korunmasıdır.

Düren (2000) değişim yönetimindeki başarıyı sağlamanın hususlarını şu şekilde sıralamıştır:

- ❖ Örgütlerin ihtiyaç duydukları değişimi detaylı bir şekilde incelemeleri gereklidir.
- ❖ Örgütlerin değişimle alakalı süreci bütün alanlarına paylaşılacak vizyonları ve onunla alakalı planları bulunmalıdır.
- ❖ Değişim sürecine aktif katılmayı sağlamak adına çalışanlar içinde farklı ve çeşitli birlikler kurulmalıdır.
- ❖ Değişim sürecinden etkilenecek bireye ya da gruplara önemli görevler verilerek sürece dahil olmaları sağlanmalıdır.
- ❖ Değişimi yönetecek sorumlular örgüt içinde sevilen ve sözü geçen bireylerden seçilmelidir.
- ❖ Kişiler arası iletişime, ikna sürecine, bireysel ve toplu eğitim etkinliklerine gerekli önem verilmelidir.
- ❖ Etkinliklerde yaratıcı ve katılım artırıcı yöntemleri sağlayan çabalara yer verilmelidir.

- ❖ Değişim sırasında yürütülen etkinlikler, örgütlerin maddi ve manevi faktörleri arasındaki dengeyi, iletişimi ve uyumu sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
- ❖ Örgütlerin içindeki tüm alanlarda yeni yöntemler ve davranış şekilleri yaygınlaştırılmalı ve bu faktörlerin çalışanlara entegre edilmesi sağlanmalıdır (Düren, 2000).

Örgütlerde hızlı ve kaçınılmaz olan değişimler, yalnızca örgütlerin yaşayacağı sıkıntılara değil, kişilerin de yoğun stres altında kalmalarına sebep olmaktadır. Değişim gerçekleştirilmeden önce, örgüt etkili bir cevap mekanizması oluşturup, değişimin dinamiklerini, faktörlerini bilerek ve sürecin başlatılmasındaki gerekli adımları planlayarak süreci başlatmaları gerekir. Kişilerinde bu yeni oluşuma adapte olmaları gerekir ve adaptasyon sağlanmaz ise örgütlerde bir dengesizlik süreci başlar. Örgütlerin hedefi örgütsel bütünlüğü koruyarak amaçlarına ulaşabilmelerini sağlayan örgüt dengesini sağlamaktır (Yıldırım, 2015).

2.12. Değişime Direnci Giderme Yolları

Örgütlerdeki değişim süreçlerinde genel olarak direnç faktörü ile karşılaşılır. Bunun sebebi örgütlerdeki değişimin kalıplaşmış birçok yöntem, usul ve hareket tarzını değiştirecek olması, çalışanların alıştıkları çalışma düzenini bozarak, belirsizlik yaratması gibi birçok sebepten oluşur. Bu direnci çözmeden veya ortadan kaldırmadan değişimin başarıyla gerçekleştirilmesi söz konusu olamaz (Şimşek ve Akın, 2003). Direnci azaltmak ya da gidermek için çeşitli yöntemler mevcuttur. Seçilen değişim yaklaşımı, çalışanlara net olanak ve avantaj sağlamalıdır. Bireylerinde değişime karşı istekli ve destekçi olmalarının kendi içlerinde ki değişim süreçlerini tolere etmeleriyle alakalı olduğu unutulmamalıdır (Werkman, 2009). Bu bağlamda dirençin azaltılmasında veya ortadan kaldırılmasında başvurulabilecek yöntemler şu alt başlıklar altında ele alınmıştır. İletişim ve eğitim, katılım ve destek, pazarlık ile taviz vermek, tehdit ve baskı, manipülasyon ve kooptasyon, değişimi planlamak ya da deneme amaçlı uygulamak, tahmin etme yöntemi ve ekonomik anlamda teşvik edici tedbirleri kullanmak şeklindedir.

2.12.1. İletişim ve Eğitim

Değişim sürecinde iletişim boyutu stratejik yaklaşım ve zaman gerektirmektedir. Algılamaların ilk seferde beklenen düzeye gelmesi beklenmemelidir (Argüden, 2004). İletişim ve eğitim yöntemlerinin her ikisinin de ortak olarak kullandıkları taraf, doğru olmayan bilgiler ve analiz veya bilgilerin eksikliğidir (Uzun, 2008). Yapılması gereken ise bireyleri önceden değişim ile ilgili bilgilendirmek ve eğitmektir. Tüm alanlara doğru zamanlama ile açık, net ifadeler kullanarak “herşey kontrol altında” mesajı vermek iletişim yöntemindeki kritik faktörlerdir (Argüden, 2004). Eğitim süreci; gruplara sunum yapma, not aldırma, rapor sunma bire bir değişim hakkında istişare yapma şeklinde sürdürülebilir. Fikirleri önceden yayma ve dağıtma, insanların değişimin mantığını ve gereksinimini anlamada yardımcı olacaktır. Eğitim ve iletişim yöntemlerinin avantajı insanların ikna edildikten sonra sıklıkla değişimin uygulanmasına yardımcı olmalarıdır. Bu yöntemin dezavantajı ise birden fazla insan içeren bir uygulama ise çok fazla zaman kaybı yaşanacak olmasıdır (Kotter ve Schlesinger, 2008).

2.12.2. Katılım ve Destekleme

Katılımda kullanılan yöntem, değişim uygulanacak alanda çalışanların değişimin planlanması ve uygulanması aşamalarına katılmalarını sağlayarak, fikir ve tavsiyelerini alıp onları değişime dahil etmektir. Böylece değişim sürecinde oluşması ihtimal olan birçok sorun engellenmiş olunur. Burada önem arz eden kişilerin düşüncelerinin kabullenilmesinin yanı sıra, kişilerin kendilerinin de değişimin tam ortasında olduklarını ve dışlanmadıklarını hissetmeleridir (Koçel, 2007). Bu da direnci azaltmaktadır. Bu yöntemin avantajlı yönü, kimi çalışan insanların değişim uygulamalarını istemeleri ve ilişkili bilgileri değişim planının içerisinde bütünleştirmeleridir. Buna karşılık olarak dezavantajlı yönü ise çalışanlar eğer uygun olmayan değişimi tasarımlarlarsa, hem süreçte başarısız olacaklar, hem de fazla zaman ve maliyet kaybı yaşayacaklardır (Kotter ve Schlesinger, 2008). Destekleme yöntemi kişilerdeki bilinmezlik korkusunu ve örgüte karşı güvensizliği yenmelerini sağlayarak direnci azaltmada daha etkili bir yöntem olarak kullanılır. Şayet kişiler yeni uygulama ve tekniklere alışmakta

zorlanıyorlarsa, mevcut sorumluların yeni ve etkin eğitim etkinlikleri vermeleri, duygusal anlamda kişilere destek verilmesi ve hatta kısa dönemli izin kullandırmaları, kişilerin yeni duruma uyum ve katkı sağlamalarını artırabilir. Bu tür yöntemleri kullanmakta değişimin başarıyla yönetilmesini sağlayacaktır (Özkalp ve Kirel, 2010).

2.12.3. Pazarlık ve Taviz Verme

Pazarlık yöntemi, değişimi yapılacak alan üzerinde çalışanların onaylarını, uyum ve desteklerini sağlamak için yöneticinin olan problemleri çalışanlarla istişare edip bu şekilde bir uzlaşmaya varması ve bu konu ile alakalı kişiler ve yönetimin çaba harcamasıdır (Şimşek ve Akın, 2003).

Taviz verme yöntemi ise, değişime direnç gösteren çalışanlara karşı tavizler kullanıp, önemli görevler sunarak değişim sürecine katılmaları sağlanır. Böylece çalışanlardan iş anlamında da yararlanmış olunur (Tüz, 2004).

2.12.4. Tehdit ve Baskı

Bu yöntem, talimat verme ve bu talimatların yerine getirilmesini sağlayan bir yöntemdir. Temeli hızlıdır ve anında uygulama imkânı verdiği için avantajlı bir yöntemdir. Özellikle değişimin acilen gerçekleştirilmesi gerektiği durumlarda bu yöntem kullanılabilir (Kotter ve Schlesinger, 2008). Fakat, çalışanların bağlılığı düşük ve direnci yüksek ise bilhassa çalışanları zorlamada değişim liderlerine karşı olumsuz duygular oluşmasına sebep olabilir. Bu sebeple yöntemi uygulayacak yöneticilerin gerekli güce sahip olmaları gerekir, aksi takdirde stratejileri başarısız olur. Yöneticiler başka yöntemlerin işe yaramadığı veya uygunluk sağlamadığı durumlarda son çare olarak bu tekniği kullanmayı düşünmelidir (Yalçın, 2002).

2.12.5. Manipülasyon ve Kooptasyon

Manipülasyon sözlük anlamıyla bilgileri seçme, ekleme, çıkarma yöntemiyle değiştirme ve varlıkları yararlı, yapıcı, açıklayıcı bir biçimde yönlendirme ve kullanma işi olarak ifade edilmiştir (TDK, 2019). Genel anlamlarıyla manipülasyon gizli etkileme tekniğidir, başka bir ifadeyle bir olayı, herhangi bir şekilde değiştirerek kişilere sunmayı ve kişilerin farklı algılamalarını sağlamakta kullanılan tekniktir. Yöneticiler de bazen başkalarını etkilemek için bu tekniğe başvururlar. Bu başlangıçta değişime direnci azaltabilen bir yöntem olarak kullanılabilir ancak kişi manipüle edildiğini anlarsa ileride daha büyük sıkıntılara sebep olabilir (Koçel, 2007). Gerçekleri ve olayları çarpıtma, olduğu şekilde göstermemek, doğruluğu olmayan bilgilerin ve haberlerin yayılması, yalan ifadeler kullanmak, değişikliği benimsetmenin istenmeyen teknikleri içindedir. Bu yüzden bu tekniklerin zorunda kalınmadıkça kullanılmaması gereklidir (Özkalp ve Kirel, 2010).

Kooptasyon ise, herhangi bir konuya karşı olan kişi veya kişileri o konu hakkındaki sorun ve çözümleme sürecinde konuya dahil edilmeleridir. Bu sebepten kişiler olayların dış çemberinde kalmak ve eleştiren tarafta olmak yerine sorunun odak noktasına koyularak, olay içinde düşünen, çözüm arayan, plan yapan bir görev üstlenmeye sevk edilir (Şimşek, Akgemci ve Çelik, 2008).

2.12.6. Değişimi Planlama ve Deneme Amaçlı Uygulama

Değişime direnç tüm çalışanlar da doğal ve beklenen bir süreç olduğundan çalışanların tepkileri önceden belirlenip bunun dahilinde bir plan yapılması gerekir (Pritchard, 2016). Hitt, Black ve Porter (2009)'a göre (aktaran Tunçer, 2013) bir kurumda önemli ve büyük çap da bir değişiklik, yenilik ve düzenlemeler yapılacaksa, tüm kurum da uygulamaya geçirilmeden önce küçük bir alanında denenmesi gerekir. Bu tür bir yaklaşım değişimin başarısını artırarak, direnci azaltma ve gidermede etkili olmuş olur ve örgütsel değişimin başarıyla yönetilebilmesi adına önemli bir deneyim kazanılmış olacaktır. Çalışanların bu deneme aşamasındaki tutum, tavır ve davranışları ile değişime karşı oluşan direncin asıl sebepleri belirlenerek gerekli önlemler alınmış olunur ve alınan bu önlemlerin getirdiği sonuçlar da tespit edilmiş olur (Tunçer, 2013).

2.12.7. Tahmin Yöntemi

Bu yöntem değişim ile birlikte oluşacak direnci tahmin ederek nedenlerini ortadan kaldırma suretiyle uygulanır. Örgütlerde direnç gösterecek alanlar bilinirse, onları ortadan kaldıracak önlemlerde alınmış olacaktır. Kişiler değişime direnme yollarını işinden olma, mesleki yönden yetersiz hale gelme veya mevki ve statüsünü kaybetme tehlikesi gibi durumları hissederlerse seçerler. Değişim ile böyle bir durum meydana gelmezse, iletişim eksikliği, bilgisizlik ya da yönlendirmeye meydana gelmesi muhtemel olan direnç faktörleri daha meydana çıkmadan ortadan kaldırılması sağlanabilir. Böylece durum kişilere açık bir şekilde ifade edilebilir (Yeniçeri, 2002).

2.12.8. Ekonomik Teşvik Tedbirleri

Teşvik tedbirleri değişime direnç oluşmadan önce veya sonra kullanılabilir. Bu tedbir direncin önüne geçme konusunda oldukça verimlidir. Ekonomik açıdan kaybı olmayacak kişilerin değişimi özümsemeleri daha basit olacaktır. Bu sebeple çalışanların bütün kazançları korunarak ve değişimle birlikte zarara uğramamaları için gereken önlemler alınmalıdır. Ekonomik açıdan endişesi kaldırılan ve tatmin edilen çalışanlar, değişim uygulamalarına dirençten sakınırlar (Tunçer, 2013). Fakat çalışanlar değişimi desteklediği halde ücret artışı söz konusu olursa, çalışanlar bunu değişiklikten tamamen ayrı düşünür, eğer teşvik değişimle planın içindeyse çalışan açısından daha motive edici olabilmektedir ve değişim sürecine olumlu bakan, destekleyen, sorumluluk alan ve başarısı için katkı sağlayan çalışanların ekonomik yönden ödüllendirilmesi de tüm çalışanların bu sürece destek vermeleri ve sorumluluklarını üstlenmelerini sağlayabilir (Dönder Çelik, 1996).

Uzun (2008) çalışmasında değişime karşı direnci gidermenin yollarına kısaca şu şekilde değinmiştir;

- ❖ Örgütlerde çalışan bireylere, değişimde görev almadan önce elde edecekleri faydalar anlatılmalıdır.

- ❖ Örgütlerdeki değişimleri planlayan ve düzenleyenler bu değişime ihtiyaç duyan çalışanlarda bağlılığı artırabilmek için paylaşılan bir vizyon oluşturulmalıdır.
- ❖ Devamlılığı sağlanan ve adil yönetim tarzı benimseyen örgütler yönetime karşı güvenin artmasını sağlar. Böylece kişiler tarafından çıkan direnç de azaltılmış olur.
- ❖ Yönetim kadrosundaki değişimde rol alacak sorumlular, değişim içinde yapacakları düzenlemeleri bir alt kademeye iletmeli ve tüm bilgileri paylaşarak kişilere yardımcı olmalıdır.
- ❖ Değişimden etkilenecek tüm çalışanların, değişimin bütün sürecine dahil edilmeleri kişilerin istekli katılmalarını sağlayabilmektedir.
- ❖ Örgütlerde çalışan tüm bireylerin duygu ve düşüncelerine, fikirlerine, saygılı olunmalı ve grup içi çıkarları, değerleri ve normları da dikkate alınmalıdır (Uzun, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, bir devlet hastanesinde sürdürülen teknolojik değişimin incelenmesi ve bu değişimin hastane çalışanları üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

1. Çalışanların sosyo-demografik, kişisel ve iş yerine ilişkin özelliklerine ait bulgular nelerdir?

2. Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimleri, Değişime Karşı Tutum, Tekno-Stres, Bireysel Yenilikçilik, Minnesota İş Doyumu, Örgüt İklimi, İşe Bağlı Gerginlik ölçek düzeyleri arasında fark var mıdır?

3. Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimleri, Değişime Karşı Tutum, Tekno-Stres, Bireysel Yenilikçilik, Minnesota İş Doyumu, Örgüt İklimi, İşe Bağlı Gerginlik ölçek puanları arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bahçelievler Devlet Hastanesinde Kasım-Aralık 2018 tarihlerinde (N=510) çalışanlar oluşturmuştur. Çalışma için hastanenin seçilmesinin sebebi HIMSS-EMRAM süreci içerisinde olmasıdır. Hastane gerçekleşen denetim sonrasında, 28 Kasım 2017 tarihinde HIMSS-EMRAM seviye altı sertifikasyonunu almıştır. Zamana yayılmış olarak kurumda çeşitli değişiklikler olmuştur. HIMSS-EMRAM seviye altı öncesi kurumda bulunan teknolojiler; MR (Magnetik Rezonans), Röntgen, Laboratuvar ve Tomografi işlemlerinin internet ortamında hekim erişimine açılması sağlanmıştır. HIMSS-EMRAM seviye altı sürecinde dijital ortamda erişilebilen cihazlar arasında vital monitörler, EKG (Elektrokardiyografi) cihazları, USG (Ultrasonografi) cihazları, Endoskopi, Holter Cihazları, Efor testi, EKO

(Ekokardiyografi) Cihazları yer almaktadır. HIMSS-EMRAM seviye altı sonrası Üroflovetri ve Solunum Fonksiyon Testi Cihazları da sisteme entegre edilmiştir. Acil Servis'te 02 Ocak 2019 tarihinden itibaren kâğıtsız uygulamaya geçilmiştir. Kâğıtsız hastanelerin çalıştığı temel özellik ve amaç basılı olan kâğıt kopyaların kullanımını en aza indirmek ve tüm tıbbi kayıtları ve raporları elektronik ortamda kayıt altına almak ve tüm verileri sunucu ile veri bankalarında depolamaktır. Bu verilere de internet veya uygun işletim sistemleri yardımı ile kolayca erişilebilir kılınması sağlanmaktadır. Hastanede çalışmaya başlayan kişiler, bilgi işlem tarafından sisteme kayıt yapılmaktadır. Bu işlem yapılırken kişinin mesleği, görevi ve çalışacağı alan dikkate alınarak uygun yetkilendirmeler ile kişiye kullanıcı profili tanımlanmaktadır. Kişi bu yetkilendirmeye göre sisteme giriş yaptıktan sonra kullanılan arayüzden sadece yetkilendirmiş olduğu alanları kullanabilmektedir. Örneğin: konsültasyon, doktor güncesi, ilaç istemi sekmeleri gibi uygulamalar her kullanıcı tarafından görülmekte ama sadece doktor olarak sisteme tanımlı kullanıcılara içeriği ve işlem yetkisi açılmaktadır. İlaç planlama, malzeme düşümü, hemşire direktifi uygulaması sadece hemşire olarak tanımlı kişilere, kayıt açma gibi işlemler de sekreter olarak tanımlı kişilere açılmaktadır. Ancak laboratuvar ve görüntüleme sonuçları gibi tüm kullanıcılara açılan ortak alanlar da mevcuttur. Hasta için uyarı sistemleri de hastanın doktorunun cep telefonuna mesaj olarak iletilmekte olsa da hasta üzerine giriş yapıldığında ekrana yansımakta ve o birimde çalışan tüm kullanıcılar bu uyarıyı görmektedir.

Acil serviste uygulanmakta olan kâğıtsız uygulamada ise servise başvuran bir hasta öncelikle triyaj ekibi tarafında karşılanmakta ve burada sekreter tarafından hastaya kayıt açıldıktan sonra hemşire tarafında kullanıcı sisteminden hasta görüntülenmektedir. Sonrasında anamnez ve vital mönitörler ile hastanın vitallerini almakta (dijital ortama direk aktarım sağlayan cihazlar) ve bir barkod ile uygun alana yönderilmekte ve hasta doktor ile görüşme yapmadan girilen tüm bilgileri doktor provizyonu aracılığıyla görüntülenebilmektedir. Yönelirildiği bu alanda yer alan hasta barkovizyonunda sırası gelen hasta doktor ile görüşmektedir. Muayenesi yapıldıktan sonra doktor kendi ekranı üzerinden hastaya tanı, tedavi, tahlil, konsültasyon veya diğer işlemlerini girmektedir. Yapılan bu işlemlere uygun alana hasta yönlendirmektedir. Görüntüleme ilgili tahliller için hasta o birime

yönlendirilmekte ve hasta barkovizyonunda sırası geldiğinde hasta birime giderek, birim çalışanı tarafından arayüzünde istemi görerek, uygun olan işlemi gerçekleştirmektedir. İşlemine yaptıran hasta tekrar doktorunu yanına giderek bilgi almaktadır. Kan tahlilleri gibi invaziv işlemlerde ise hemşire hastayı karşılayıp barkodun barkod okutucu ile okutup istemleri veya işlemleri görmekte ve işlemi buna uygun olarak gerçekleştirmektedir. Hasta tedavi sürecinde ise uygun alana alınan hasta hemşiresi tarafından sistemden kayıtlı hastanın sayfasını açıp hastanın istemini veya hemşire direktiflerini görmekte, planlamaya ve daha sonra uygulamaktadır. Yapılan tüm işlemler dijital ortamda gerçekleştirilmekte ve hasta e-nabız sistemi üzerinden tahlil ve tedavilerine ulaşabilmektedir.

HIMSS seviye yedi öncesi kurum, NST (Nonstress Testi) Cihazları, Yoğun Bakım Ünitesi Cihazları, Göz Ölçüm Cihazları ve Patoloji görüntü kayıtlarının da dijital ortamda erişilebilir hale getirmeyi planlamaktadır. Hastane genelinde dijital hastane kavramı içerisinde değişimler yapılmaya devam edilmekte ve tüm hastane geneli için 01 Ağustos 2019 tarihinde kullanılan klinik ara yüzlerde büyük bir değişiklik yapılarak ve sistem entegrasyonu sağlanması hedeflenmektedir.

Olasılıksız örnekleme tekniği ile Kasım-Aralık 2018 tarihleri arasında aktif olarak çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve formu eksiksiz olarak dolduran 18 yaşından büyük en az altı aydır kurum da çalışmakta olan 203 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuş olup, istatistiksel analizler bu veriler üzerinden gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Çalışan Bilgi Formu

Çalışan bilgi formu literatür desteği ile araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (Türkoğlu, 2010; Yüksel, 2010; Ay, 2009; Bal ve Akgemci 2011). Sosyo-demografik özellikler, teknolojik ve iş ile ilgili sorulardan oluşturulan form; toplamda 23 sorudan oluşan soruların 18 tanesi seçmeli ve dört tane açık uçlu soru yer almaktadır. Sorular ile

ilgili olarak; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma süresi, hastanedeki konum, çalıştığı birim, çalışma şekli gibi sorulardan oluşmaktadır. Bilişim Teknolojileri (BT) ile ilgili olarak; örgün eğitimleri esnasında BT kullanımı ile ilişkili ders alıp almadığı, hastanede BT ile ilişkili eğitim verilip verilmedi, verildi ise yeterliliği ve BT mesleğinde hangi alanlarda, hangi amaçlar için kullandığı ve sağladığı yararlar ile kullanırken yaşadığı zorlukları içeren sorulara yer verildi. Sağlık çalışanlarının diğer ekip üyelerinden memnuniyet düzeyleri ile ilgili olarak dört soru yer almaktadır.

3.4.2. İşten Ayrılma Eğilimi Ölçeği

İşten Ayrılma Eğilimi Ölçeği, Wayne, Shore ve Linden (1997) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Wayne ve diğerleri (1997), çalışmalarında kullandıkları ölçeğin üç maddesini Landau ve Hammer tarafından (1986) geliştirilen İşten Ayrılma Niyeti Ölçeği'nden ve bir maddesini Nadler, Lawler, Jenkins ve Cammann (1975) tarafından geliştirilen Michigan Kurumsal Değerlendirme Anketi (Michigan Organizational Assessment Questionnaire)'nden almıştır. Kendilerinin ekledikleri bir madde ile beş maddeden oluşan 7'li likert yapıya sahip ölçeğin Türkçe formunu Küçükusta (2007) çalışmasında kullanmış ve açımlayıcı faktör analizi sonucu üç maddeden oluşan ölçeğin tek faktörlü yapıyı desteklediğini ve alfa değerinin .69 olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada alfa değeri .89 olarak bulunmuştur. Küçükusta (2007)'nin beş'li likert olarak kullandığı ölçeği Yüksel ve Yüksel (2014) çalışmalarında, üç madde ve "1= her zaman" ve "5=hiçbir zaman" şeklinde kullanmıştır. Bu çalışmada da maddeler "1= her zaman" ve "5=hiçbir zaman" şeklinde ölçeklendirilmiştir.

3.4.3. Değişime Karşı Tutum Ölçeği

Değişime Karşı Tutum Ölçeği, Seren (2005) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek geliştirme sürecinde madde havuzu oluşturulması aşamasında Erkmen'in (1998) (akt. Seren, 2005) değişim ile ilgili anket formunda ve Tcihy (1983) tarafından geliştirilen ve Clement (1997) tarafından kullanılan değişime karşı tutum ölçeğinden faydalanılarak 57 soruluk bir havuz oluşturulmuş ve geçerlik ve güvenirlik analizleri

sonucunda 29 maddelik ölçüm aracı oluşturulmuştur. Beş’li likert yapıya sahip ölçek; 12 maddeden oluşan “değişimde kurumsal politika”; sekiz maddeden oluşan “değişimin sonuçları; beş maddeden oluşan “değişime direnç” ve dört maddeden oluşan “değişimde yönetim tarzı” olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır (Seren, 2005). Ölçekte yer alan 13., 21., 22., 23. ve 24. maddeler olumsuz ifadeler içermekte olup ters kodlanarak hesaplanmakta ve ölçekten elde edilebilecek toplam ham puan 29-145 arasında değişmektedir. Alt boyutlardan elde edilecek toplam ham puanlar “kurumsal politika” için 12-60; “değişimin sonuçları” için 8-40; “değişime direnç” için 5-25 ve “değişimde yönetim tarzı” için 4-20 puan şeklindedir. Ölçekten elde edilen puanın değerlendirilmesini kolay olması adına ölçek toplam puan ve alt boyutlarından elde edilen puanlar 100 puan üzerinden değerlendirilecek şekilde dönüştürülmektedir. Bunun için her bir katılımcının ilgili alt boyut ya da ölçekten elde ettiği puanını hesaplamak için;

Bireyin alt boyut ya da ölçek toplamından aldığı ham puan/ ölçeğin ilgili alt boyut ya da ölçek toplamına ait maksimum ham puanı X 100

şeklinde hesaplanmaktadır. Ölçeklerden elde edilecek puanın artması o bireyin değişime karşı tutumunun olumluya doğru gittiğini göstermektedir (Seren, 2005).

Seren (2005) çalışmasında ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değerini .92 olarak bulmuştur. Alt boyutların Cronbach alfa değerleri; değişimde kurumsal politikalar için .88; değişimin sonuçları için .85; değişime direnç için .67 ve değişimde yönetim tarzı için .66 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri .94 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutları için Cronbach alfa değerleri ise; “değişimde kurumsal politika” için .93, “değişimin sonuçları” için .84, “değişime direnç” için .75 ve “değişimde yönetim tarzı” için .75 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Tekno-Stres Ölçeği

Teknolojik değişiklikler, iş yoğunlaşmasına sebep olmakta, her saatteki rutin olmayan görevler bakımından görev başına düşen zihinsel çabaları arttırarak çalışanlardan beklenen iş taleplerini arttırmaktadır (Green ve McIntosh, 2001; Burchell,

Ladipo ve Wilkinson, 2001; Alam, 2015). Tekno stres, BT'nin çalışanı daha uzun ve daha hızlı çalışmaya zorladığı durumu göstermektedir (Taraftar vd., 2007). Teknolojik gelişimle birlikte artan bilgi performansı artırması beklenirken, çalışanlara aşırı yüklenmenin sonucunda performansın yönetilemez bilgi sebebi ile bozulduğu görülmektedir.

Teknolojik karmaşıklık, ölçeğin ilk ortaya çıkan yapısı gereği havacılık sektöründe, hatasız işlem yapılabilmesi için işlerin rutinler haline getirilerek, bu rutinin iyi takip edilmesi ile gerçekleştirilmektedir. Teknolojik yenilik, rutinlerde değişmesi ve daha karmaşık hale gelmesi sebebi ile ekstra çaba gerektiren yeni bir durum oluşturur (Alterman ve Zito-wolf, 1993). Karmaşıklık ve daha az zaman kaynaklı çalışan gereksiz baskı altına girer (Luchtvaartfeiten.nl, 2015) ve kullanıcıyı becerilerinin yetersiz görmeye, BT özelliklerini öğrenmeye ve anlamaya zorlar (Taraftar vd., 2007). Sağlık alanı rutinlerin çeşitli değişen kılavuzlar ve değişen tıp bilgisi sebebi ile bilgi olarak hızlı dönüşüm gösterdiği, aynı zamanda da teknolojik değişim ile birlikte iş süreçlerinde de hızlı değişimlerin olduğu kompleks bir hizmet alanıdır. Bu değişimlerin sıklığının çalışan üzerindeki stres düzeyini etkileyeceği düşünülmektedir.

Teknolojik yenilikler, getirdiği değişimler iyi olsa bile öngörülemezliği ve belirsizliği artırma eğilimindedir (Mantler, Matejcek, Matheson ve Anisman, 2005; Rafferty ve Griffin, 2006). Rosenberg (1996), teknolojik değişimin kalıcı ekonomik büyümenin temel bileşeni olmasına rağmen yüksek belirsizlik seviyesi ile karakterize olduğunu savunmaktadır (Alam, 2015). İnsan, bir işlemi öğrendikten sonra o sürecin her aşaması için bilişsel bir aktivite sürdürmeksizin refleks vari işlemi tamamlar. Yeni teknoloji ise kullanıcıyı sürekli olarak BT özellikleri konusunda kendisini eğitmeye zorlar ve zihinsel olarak dengesiz ve belirsiz bırakır (Taraftar vd., 2007).

Teknolojik değişimlerin çalışanlar üzerindeki etkilerinin belirlenmesine yönelik olarak, Taraftar, Tu, Ragu-Nathan, ve Ragu-Nathan (2007) çalışmalarında 25 sorudan oluşan Tekno-stres ölçeğini geliştirmiştir. Ölçek “teknolojik iş yükü fazlalığı”, “teknolojik istila”, “teknolojik karmaşıklık”, “teknolojik güvensizlik” ve “teknolojik belirsizlik” olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutların sırası ile Cronbach alfa değerleri; .89, .81, .84, .84 ve .82 olarak bildirmişlerdir. Bu ölçeği daha

sonra Alam (2015) tarafından havacılık sektörü çalışanlarında yaptığı bir çalışmada sadeleştirerek 14 soruya indirmiş ve “teknolojik iş yükü fazlalığı”, “teknolojik karmaşıklık” ve “teknolojik belirsizlik” olmak üzere üç alt boyuttan oluştuğunu bildirmiştir. Alam’ın (2015) bildirdiği alfa değerleri sırasıyla; .83, .71 ve .78’dir. Bu 14 soruluk ölçeğin Türen, Erdem ve Kalkın (2015) tarafından Türkçe’ye uyarlayarak, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Bankacılık ve havacılık sektörü örneklemelerinde elde ettikleri Cronbach alfa değerleri sırası ile “teknolojik iş yükü fazlalığı” için .91 ve .91, “teknolojik karmaşıklık” için .81 ve .75, “teknolojik belirsizlik” için .89 ve .86 ve tekno-stres ölçeği için .85 ve .85 olarak belirlenmiştir. (Türen, Erdem ve Kalkın, 2015). Bu çalışmada Cronbach alfa değerleri “teknolojik yük” için .90, “teknolojik karmaşıklık” için .74, “teknolojik belirsizlik” için .72 ve tekno-stres ölçeği toplamı için .80 olarak bulunmuştur.

3.4.5. Bireysel Yenilikçilik Ölçeği

Bireysel Yenilikçilik Ölçeğinin özgün şekli olan “Individual Innovativeness Scale (II)” ölçeği Hurt, Joseph ve Cook (1977) tarafından geliştirilmiştir. Hurt ve diğerleri (1977) Rogers ve Shoemaker (1971) çalışmasından esinlenerek 53 maddelik bir havuz oluşturmuştur. Yapılan analizler sonucunda ölçek toplam 20 sorudan meydana gelen ve Cronbach alfa değeri .94 olan bir yapıda olduğu bulunmuştur. Beş’li likert tipi ölçeklendirilen ölçeğin hemşirelik grubun da Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Sarıoğlu (2014) tarafından ve üniversite öğrencileri üzerindeki uyarlama çalışması Kılıçer ve Odabaşı (2010) tarafından yapılmıştır. Hurt, Joseph ve Cook (1977) çalışmasında 20 maddelik ölçeğin 12 maddesi pozitif ve sekiz maddesi negatif olduğunu bildirmiştir. Ölçeğin hesaplamasında pozitif maddelerin toplamından negatif maddelerinin çıkardıktan sonra 42 puan eklenerek ölçek puanı hesaplanmaktadır. Sarıoğlu (2014) çalışması sonucunda ölçeğin 11’i pozitif (1,2,3,4,7,8,10,11,14,16,17. maddeler) ve yedisi negatif (5,6,9,12,13,15,18. maddeler) olmak üzere 18 maddeden oluştuğunu bildirmiştir. Sarıoğlu Kemer ve Altuntaş (2017) geçerlik ve güvenirlik çalışmasında negatif maddeleri ters kodlayarak elde edilen toplam ölçek puanı üzerinden ölçeği değerlendirileceği ve ölçekten en az 18 ve en fazla 90 puan alınabileceğini bildirmiştir. Kılıçer ve Odabaşı (2010) çalışmalarında dört boyutlu bir

yapıya sahip olduğu belirtilse de bu çalışmada kullanılan 18 maddelik ölçeğin “fikir önderliği”, “değişime direnç” ve “risk alma” olmak üzere üç boyutlu bir yapıda olduğu Sarıoğlu (2014) çalışmasında belirtmiştir.

Ölçek alt boyutlarından bağımsız olarak alınan puanlara göre kişileri kategorize etmeye yönelik bir sınıflandırma da içermektedir. Buna göre 82 puan ve üzeri değer “yenilikçi”, 75-82 puan arasındaki skorlar “öncü”, 66-74 puan arası alınan skor “sorgulayıcı”, 65-58 puan arası skor “kuşkucu” ve 57 puan ve altında alınan değerler “gelenekçi olarak değerlendirilmektedir (Sarıoğlu Kemer ve Altuntaş, 2017). Bu sınıflandırma daha önce Rogers (2003) tarafından önerilmiştir. Hurt ve arkadaşlarının (1977) orjinal ölçeğin kullanımında ise bu sınıflamadaki puan aralıkları değişmektedir ve araştırmacılar, 68 puan ve üzeri alanların oldukça yenilikçi ve 64 puanın altında skora sahip olanların inovasyon düzeyinin düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Sarıoğlu (2014) çalışmasında ölçeğin α güvenirlik katsayısı .82 olarak bildirmiştir. Ölçek alt boyutları için; “fikir önderliği” alfa değeri .80, “değişime direnç” alfa değeri .78 ve “risk alma” boyutu alfa değeri .72 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarından “fikir önderliği” için alfa değeri .89, “değişime direnç” alt boyutu için alfa değeri .81, “risk alma” alt boyutu için alfa değeri .85 ve toplam ölçek için alfa değeri .86 olarak bulunmuştur.

3.4.6. Minnesota İş Doyum Ölçeği

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

yada toplam puan üzerinden değerlendirilebilen ölçek, ölçekten elde edilen maksimum puana yaklaştıkça iş doyumunun yüksek olduğu yönünde değerlendirilmektedir. Baycan (1985) çalışmasında Cronbach alfa değeri .88 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada “genel doyum” için alfa değeri .92, “içsel doyum” için alfa değeri .90 ve “dışsal doyum” için alfadeğeri .82 olarak bulunmuştur.

3.4.7. Örgüt İklimi Ölçeği

Örgüt iklimi ölçeği Litwin ve Stringer tarafından (1968) geliştirilmiştir. Literatürde yerli ve yabancı birçok araştırmacı tarafından kullanılmış ve birçok formu oluşturulmuştur. Çalışmada yer alan 30 soruluk formu 5’li likert tipte (1:kesinlikle katılmıyorum, 2:katılmıyorum, 3:kararsızım, 4:katılıyorum, 5:kesinlikle katılıyorum) olup ve 6 alt boyutta (Örgüt yapısı (1-7), bireysel sorumluluk (8-11), ödüllendirme (12-17), risk alma (18-21), ılımlı çalışma ortamı (22-25), destek (26-30)) oluşmaktadır. Gerçeker (2012) çalışmasında örgüt iklimi veri setine gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda genel ölçeğin Cronbach alfa değeri .90 olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri .88 olarak bulunmuştur.

3.4.8. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

İşe bağlı gerginlik ölçeği sağlık alanında çalışanlarda işe bağlı gerginlik ve stresi tespit etmek amacıyla Revicki, May ve Whitley (1991) tarafından geliştirilmiştir ve Cronbach alfa değeri .85 olarak tespit edilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aslan, Alparslan, Aslan, Kesepera ve Ünal (1998) tarafından yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri .75 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri .78 olarak bulunmuştur. Ölçek 18 madde ile 4’ lü likert tipten oluşmaktadır. Puanlamada 4: tamamıyla bana uygun, 3: büyük ölçüde bana uygun, 2: kısmen bana uygun, 1: bana hiç uygun değil şeklindedir. (2, 3, 8, 9, 11, 15) maddeler tersten puanlanmaktadır. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 72 ve en düşük puan değeri 18’dir. Ölçeğin kesme değeri olmayıp, ölçekten alınan puanla doğru orantılı olarak işe bağlı gerginlik seviyesi değişmektedir. Yani puan artırtıkça işe bağlı gerginlik seviyeside artmaktadır (Aslan vd., 1998).

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler çalışmada kullanılmak üzere oluşturulan Çalışan Bilgi Formu ve Ölçekler (Ek-10) kullanılarak toplanmıştır. Veriler araştırmanın yapıldığı hastanede Kasım–Aralık 2018 tarihleri arasında hastanede çalışanlara araştırma hakkında bilgi verilip, gönüllü onam formunun (Ek-11) yazılı onam ve veri toplama araçlarının servislere/kliniklere/birimlere bırakılmasının ardından 2-3 hafta sonra geri alınması şeklinde toplanmıştır. Veri toplama araçlarının toplam cevaplanma süresi 20–30 dakika arasında sürmektedir. Araştırmanın yapıldığı zaman diliminde hastanede çalışmakta olmasına rağmen araştırmaya katılmayı kabul etmeyen çalışanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanısıra verilerin normal dağılıma uygunluklarının belirlenmesinde One-Sample Kolmogorov-Smirnov test ve Box plot grafik yöntemleri kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin bu örneklem için güvenilirlikleri Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA test) ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni test kullanılmıştır. İki grup arasındaki farkın anlamlılık düzeyinin değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin analizinde, çoklu grupların karşılaştırılması için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare analizi kullanılmış ve hücre sayılarına yönelik olarak Pearson Chi-square testi ve Fisher Freeman Haltont testinden anlamlılıkların değerlendirilmesinde yararlanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden etik kurul onayı (Ek-1) ve çalışmanın yapılacağı Hastane Başhekimliği ve İl Sağlık Müdürlüğünden alınan kurum izinleri (Ek-2) Hastanesi Başhekimliğinden, çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan tüm çalışanlardan çalışma öncesi sözlü ve yazılı (kişinin isteğine bağlı) bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (Ek-11) alınmıştır. Veri toplama aracında kullanmış olduğumuz çalışan bilgi formu ve ölçekler formunda yer alan Bireysel Yenilikçilik Ölçeği, Değişime Karşı Tutum Ölçeği, Tekno Stres Ölçeği, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, Örgüt iklimi Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin yazarlarından e-mail yoluyla ve İşten Ayrılma Eğilimi Ölçeği'nde ise yazılı izin alınmıştır (Ek-3, Ek-4, Ek-5, Ek-6, Ek-7, Ek-8, Ek-9).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışan bilgi formu ve ölçekler formunu cevaplama süresinin yaklaşık 20-30 dakika sürmesi, iş yoğunluğunun fazla olması ve çalışanların anket uygulamalarının varlığından sıkılmış olduklarını dile getirmeleri çalışan bilgi formu ve ölçekler formunu cevaplamak istememelerine neden olmuştur. Değişim sürecinin zamana dağılarak sürdürülmüş olması, her çalışanın değişimin getirilerinden aynı şekilde etkilenmemiş olması, yeni kurulan bir hastane olması sebebi ile çalışanlarının genç nüfusa sahip olması, gibi sebeplerle elde edilen verilerin sonuçlarını etkilediği düşünülmektedir. Örneklemin, hastane çalışanlarının hepsini kapsamaması ile ilişkili olarak spesifik bir meslek grubunu içermemesi ve ilgili meslek grubunun hastanedeki sayısal varlıkları arasında eşit bir dağılım olmaması sebebi ile elde edilen sonuçlar açısından temsiliyet sorunu oluşturduğu düşünülmektedir. Çalışan bilgi formu ve ölçekler formunda yer alan ölçeklerin standart olarak basılması sebebi ile sonda kalan ölçek sorularının cevaplanması esnasında yorgunluktan etkilenme olasılığı bir sınırlılıktır. Elde edilen veriler, bireysel beyana bağlı olması sebebi ile bu örneklem için geçerlidir.

4. BULGULAR

Çalışma Kasım-Aralık 2018 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde çalışan ve çalışmaya katılım gösteren toplam 203 çalışan üzerinden yapıldı. Elde edilen bulgular aşağıda verilen başlıklar altında ele alındı.

4.1. Çalışanların sosyo-demografik, kişisel ve iş yerine ilişkin özelliklerine ait bulgular.

4.2. Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimleri, Değişime Karşı Tutum, Tekno-Stres, Bireysel Yenilikçilik, Minnesota İş Doyumu, Örgüt İklimi, İşe Bağlı Gerginlik ölçek düzeyleri arasındaki farklara ilişkin bulgular.

4.3. Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimleri, Değişime Karşı Tutum, Tekno-Stres, Bireysel Yenilikçilik, Minnesota İş Doyumu, Örgüt İklimi, İşe Bağlı Gerginlik ölçek puanları arasında ilişki düzeylerine ilişkin bulgular.

4.1. Çalışanların Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerine İlişkin Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 4.1. Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımları

Yaş	Min-Mak	21-53
	Ort±ss	31,43±6,39
	<39 yaş	170 (83,7)
	≥39 yaş	33 (16,3)
Cinsiyet; n(%)	Kadın	138 (68)
	Erkek	65 (32)
Meslek; n(%)	Doktor	34 (16,7)
	Hemşire& Ebe	109 (53,7)
	Sağlık teknikeri	17 (8,4)
	Sekreter/Veri giriş uzmanı	43 (21,2)
Medeni durum; n(%)	Bekâr	86 (42,4)
	Evli	117 (57,6)
Eğitim düzeyi; n(%)	Sağlık meslek lisesi	16 (7,9)
	Ön lisans	44 (21,7)
	Lisans	107 (52,7)
	Lisans üstü eğitim	36 (17,7)
Aylık ortalama gelir	Min-Mak	2500-18000TL
	Ort±ss	7017,24±4029,30TL
	<6700TL	119 (58,6)
	>6700TL	84(41,4)

Tablo 4.1’de Çalışanların, tanımlayıcı özelliklere göre dağılımları incelendiğinde;

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 31,43±5,39 (min:21-max:53) yıl olup, yaş aralığına bakıldığında %83,7’si 39 yaş altın grubunda olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların %68’i kadın, %57,6’sı evli, %52,7’si lisans mezunu ve %53,7’si hemşire/ebe olduğu bulunmuştur. Çalışanların aylık ortalama gelirleri 7017,24±4029,30 TL (min: 2500-max: 18000) olduğu, aylık ortalama gelir gruplarına bakıldığında %58,6’nın 6700 tl altında aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Çalışanların, Çalışma Durumlarına İlişkin Değişkenlere Göre Dağılımı

Hastanedeki pozisyon; n(%)	Doktor	34 (16,7)
	Hemşire/Ebe	109 (53,7)
	Sekreter/Veri giriş uzmanı	43 (20,7)
	Diğer	17 (8,4)
Meslek süresi (yıl)	Min-Mak	1-27
	Ort±ss	8,66±6,36
	0-5 yıl	88 (42,4)
	6-10 yıl	63 (31,0)
	≥ 11 yıl	54 (26,6)
Uzmanlık alanı; n(%)	Sağlık personeli	156 (76,8)
	İdari personel	54 (23,2)
Çalışılan birim; n(%)	Dahili klinikler	21 (10,3)
	Cerrahi klinikler	38 (18,7)
	Acil servis	26 (12,8)
	Özellikli birimler	52 (25,6)
	Diğer birimler	66 (32,5)
Çalışma şekli; n(%)	Sürekli gündüz	77 (37,9)
	Vardiya	126 (62,1)

Tablo 4.2’de Çalışanların, çalışma durumlarına ilişkin değişkenlerin dağılımı incelendiğinde;

Çalışanların hastanedeki pozisyonlarına bakıldığında %16,7’si doktor, %53,7’si hemşire/ebe, %21,2’si sekreter/veri giriş uzmanı ve %8,4’ü diğer (Acil tıp teknisyeni, Laborant, Odyometri, Biyomedikal teknikeri, Anestezi teknikeri, Radyoloji teknikeri) olarak görev yapmakta oldukları belirlenmiştir. Çalışanların meslek süreleri ortalama $8,66\pm 6,36$ ’ı (min:1-max:27) yıl olup meslek süreleri gruplarına bakıldığında %42,4 0-5 yıl arasında çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Çalışanların %76,8’i sağlık personeli olarak ve %62,1’i vardiyalı şekilde çalışmakta olduğu bulunmuştur.

Çalışanların %10,3’ü dahili kliniklerde (Nöroloji servisi, Göğüs Hastalıkları servisi, Enfeksiyon servisi), %18,7’si cerrahi kliniklerde (Kulak Burun Boğaz, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kadın Doğum), %12,8’i acil serviste, %25,6’sı Özellikli birimlerde (Yoğun bakım, Ameliyathane, Endoskopi ve Palyatif bakım ünitesi), %32,5’i Diğer birimlerde (TİG, Danışma, Kalite, Enfeksiyon, Nutrisyon, İş sağlığı ve güvenliği, Poliklinikler, Sicil, Hasta hakları, Eğitim, Arşiv ve Maaş, Hasta kabul, Laboratuvar, Radyoloji birimi) çalışmakta olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Çalışanların, Bilişim Teknolojileri (BT) Konusundaki Eğitim Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Eğitimde BT dersi alma; n(%)	Evet	203 (100)
	Hayır	0 (0)
Hastanede BT eğitimi; n(%)	Evet	101 (49,8)
	Hayır	102 (50,2)
Hastane BT eğitiminin yeterliliği; n(%)	Evet	59 (29,1)
	Hayır	144 (70,9)

Tablo 4.3’de Çalışanların, bilişim teknolojileri (BT) konusundaki eğitim durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendiğinde;

Çalışanların tamamı örgün eğitimleri esnasında BT kullanımı ile ilişkili ders aldığını, %49,8’ine hastanede BT ile ilişkili eğitim verildiğini, %70,9’un ise hastanede aldıkları BT ile ilişkili eğitimin yetersiz olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.4. Çalışanların, Örgün Eğitimleri Sırasında BT Kullanımına İlişkin Aldıkları Derslerin Dağılımları

Kapsam	n*	%
Temel bilgisayar	188	92,6
Bilgisayar teknolojisi ve gelişmeler	77	37,9
Eğitim ve araştırma	41	20,2
Bilişim sistemleri	40	19,7
Sağlık bilişim sistemleri	38	18,7
Bilgi yönetimi	24	11,8
E-sağlık	11	5,4
Tele-sağlık	5	2,5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.4’de Çalışanların, örgün eğitimleri sırasında BT kullanımına ilişkin aldıkları derslerin dağılımları incelendiğinde;

Çalışanların %92,6’sı örgün eğitimleri sırasında aldıkları BT kullanımı ile ilgili dersin temel bilgisayar eğitimini kapsadığını, %37,9’u bilgisayar teknolojisi ve gelişmeleri, %20,2 eğitim ve araştırmayı kapsadığını belirtmişlerdir.

Tablo 4.5. Çalışanların, BT’ni Meslekte Kullanım Alanlarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Alan	n*	%
Laboratuvar bulgularını izlemek için	133	65,5
Bilgi edinmek için	123	60,6
Tedavi süreci yönetimi için	106	52,2
Eczaneden ilaç takibi için	97	47,8
Hemşirelik ile ilgili kayıtları tutmak için	94	46,3
Meslektaşlarıyla bilgi paylaşmak için	93	45,8
Malzeme giriş-çıkışlarını izlemek için	85	41,9
Araştırma yapmak ve veri analiz etmek için	83	40,9
Hasta bakımını planlamak için	82	40,4
Hemşirelik süreci yönetimi için	65	32,0
Hasta ve hasta yakını eğitimi için	60	29,6
Personeli yönetmek ve eğitmek için	47	23,2
Yönetim uygulamaları için	44	21,7
Toplum sağlığını geliştirmek için	37	18,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.5’de Çalışanların, BT’ni meslekte kullanım alanlarına ilişkin görüşlerinin dağılımı incelendiğinde;

“BT’yi mesleğinizde hangi alanlarda kullanıyorsunuz?” sorusuna; çalışanların %65,5’i laboratuvar bulgularını izlemek, %60,6’sı bilgi edinmek, %52,2’si tedavi sürecinin yönetimi, %47,8’i eczaneden ilaç takip etmek, %46,3’ü hemşirelik ile ilgili kayıtları tutmak, %45,8’i meslektaşlarıyla bilgi paylaşımı, %41,9’u malzeme giriş ve çıkışlarını izlemek, 40,9’u araştırma yapmak ve veri analizi yapmak, %40,4’ü hasta bakımını planlamak, %32,0’ı hemşirelik süreci yönetimi, %29,6’sı hasta ve hasta yakını eğitimi, %23,2’si personel yönetimi ve eğitimi, %21,7’si yönetim uygulamaları ve %18,2’si toplum sağlığının geliştirmek amacıyla kullandığı yönünde yanıt verdiği bulunmuştur.

Tablo 4.6. Çalışanlara Göre BT’nin Hastanede Kullanım Amaçlarının Dağılımı

Amaç	n*	%
Laboratuvar sonuçlarının takibi için	167	82,3
Radyoloji raporlarının alınması için	111	54,7
Doktor orderlarının alınması için	107	52,7
Patoloji sonuçlarının takibi için	103	50,7
Hasta öyküsü (anamnezi) alınması için	99	48,8
Hemşire notlarının kayıt edilmesi için	88	43,3
İlaç dozu ve etkileşim uyarısı için	87	42,9
Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)	13	6,4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.6’da Çalışanlara göre BT’nin hastanede kullanım amaçlarının dağılımı incelendiğinde;

“**Hastane BT’yi hangi amaçla kullanıyorsunuz?**” sorusuna, çalışanların %82,3’ü laboratuvar sonuçlarının takibi, %54,7’si radyoloji raporlarının alınması, %52,7’si doktor orderlarının alınması amacıyla kullandıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Çalışanların, Hastanede BT’nin Kullanımının Sağladığı Yararlara İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Yarar	n*	%
Depolanmış bilgilere ulaşım kolaylığı sağlar	150	73,9
Çalışan memnuniyetinde artış sağlar	128	63,1
Zamandan tasarruf sağlar	121	59,6
Bütçede tasarruf sağlar	120	59,1
Bakım kalitesinde artış sağlar	98	48,3
Yazılı iletişimi gelişimini sağlar	98	48,3
Klinik karar vermeyi kolaylaştırır	97	47,8
Çalışan verimliliğinde artış sağlar	92	45,3
Tekrarlayan rutin görevlerden kurtulmayı sağlar	59	29,1
Yönetici hemşirelerin hastaya verilen bakımı objektif değerlendirmeleri sağlar	57	28,1
Hemşirelik bakım planlarının standartlaşmasını sağlar	52	25,6
İstatistiksel değerlendirme ve araştırmalar için veri toplanmasını sağlar	52	25,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.7’de Çalışanların, hastanede BT’nin kullanımının sağladığı yararlarla ilişkin görüşlerinin dağılımı incelendiğinde;

“**Hastane BT kullanımının size sağladığı yararlar nelerdir?**” sorusuna, çalışanların %73,9’u depolanmış bilgilere erişim kolaylığı, %63,1’i çalışan memnuniyetinde artışı, %59,6’sı zamandan tasarruf sağlaması, %59,1’i bütçede tasarruf sağlaması gibi faydalar olduğunu belirtilmiştir.

Tablo 4.8. Çalışanların, Hastanede BT'nin Kullanımına İlişkin Yaşadıkları Zorluklar Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımları

Zorluklar	n*	%
Sistemin yavaş olması	187	92,1
Bağlantının kesilmesi	157	77,3
Yeterli donanımın olmaması	77	37,9
BT uygulamalarının pratikteki uygulamalar ile uyuşmaması	61	30,1
İşletim dilinin uygun olmaması	36	17,7
Kişisel bilgi eksikliğine bağlı güçlükler	14	6,9
Hasta bakımının bireyselleştirilememesi	16	7,9

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.8'de Çalışanların, hastanede BT'nin kullanımına ilişkin yaşadıkları zorluklar hakkındaki görüşlerinin dağılımları incelendiğinde;

“Hastane BT kullanırken yaşadığınız zorluklar nelerdir?” sorusuna, çalışanların %92,1'i sistemin yavaş olması, %77,3'ü bağlantının kesilmesi, %37,9'u yeterli donanımın olmaması, %30,1'i BT uygulamalarının pratikteki uygulamalar ile uyuşmamasına bağlı zorluklar yaşadıkları bulunmuştur.

Tablo 4.9. Çalışanların, Ekip Arkadaşlarına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Dağılımı

	Memnunum	Kısmen memnunum	Memnun değilim
	n (%)	n (%)	n (%)
Hemşirelerle olan ilişkilerden memnuniyet	124 (61,1)	71 (35)	8 (3,9)
Hekimlerle olan ilişkilerden memnuniyet	80 (39,4)	117 (57,6)	6 (3)
Yöneticilerle olan ilişkilerden memnuniyet	59 (29,1)	120 (59,1)	24 (11,8)
Destek hizmetlerle olan ilişkilerden memnuniyet	71 (35)	107 (52,7)	25 (12,3)

Tablo 4.9'da Çalışanların, ekip arkadaşlarına ilişkin memnuniyet düzeylerinin dağılımı incelendiğinde;

Çalışanların %61,1'i hemşirelerle olan ilişkilerinden “memnun” olduğunu, %59,1'i yöneticilerle olan ilişkilerinden “kısmen memnun” olduğunu, %57,6'sı hekimlerle olan ilişkilerinden “kısmen memnun” olduğunu, %52,7'si destek hizmetlerle olan ilişkilerinden “kısmen memnun” olduğunu ifade etmiştir.

4.2. Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimleri, Değişime Karşı Tutum, Tekno-Stres, Bireysel Yenilikçilik, Minnesota İş Doyumu, Örgüt İklimi, İşe Bağlı Gerginlik Ölçek Düzeyleri ve Arasındaki Farklara İlişkin Bulgular

İşten Ayrılma Eğilimi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimi Ölçeği (İAEÖ) ortalama puanı $2,10 \pm 0,90$ (min:1, max:5) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.10. Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimine İlişkin Görüşleri

	Her zaman	Sıklıkla	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ciddi olarak işi bırakmayı düşünme	3 (1,5)	10 (4,9)	48 (23,6)	79 (38,9)	63 (31)
Daha iyi bir iş bulur bulmaz bu işten ayrılacağım	7 (3,4)	14 (6,9)	48 (23,6)	70 (34,5)	64 (31,5)
Sıklıkla bu işten ayrılmayı düşünme	4 (2)	15 (7,4)	42 (20,7)	75 (36,9)	67 (33)

Tablo 4.10: Çalışanların işten ayrılma eğilimine ilişkin görüşleri incelendiğinde;

“**Ciddi olarak işimi bırakmayı düşünüyorum**” ifadesine verilen yanıtlar incelendiğinde; Çalışanların %38,9’unun nadiren, %31’inin ise hiçbir zaman %23,6’sının ara sıra, %4,9’unun sıklıkla, %1,5’inin her zaman yanıtını verdiği saptanmıştır.

“**Daha iyi bir iş bulur bulmaz bu işten ayrılacağım**” ifadesine verilen yanıtlar incelendiğinde; Çalışanların %34,5’inin nadiren, %31,5’inin ise hiçbir zaman, %23,6’sının ara sıra, %6,9’unun sıklıkla, %3,4’ünün her zaman yanıtını verdiği saptanmıştır.

“**Sıklıkla bu işten ayrılmayı düşünüyorum**” ifadesine verilen yanıtlar incelendiğinde; Çalışanların %36,9’unun nadiren, %33’ünün hiçbir zaman, %20,7’sinin ara sıra, %7,4’ünün sıklıkla yanıtını verdiği saptanmıştır.

Tablo 4.11. Çalışanların, İAEÖ Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

İAEÖ		r	p
Yaş		0,069	0,328
Aylık ortalama gelir		-0,056	0,427
Meslek süresi		0,085	0,227
		Ort±ss	p
Yaş sınıflaması	< 39 yaş	2,08±0,86	^a t=-0,751
	≥ 39 yaş	2,23±1,10	p=0,457
Cinsiyet	Kadın	2,11±0,92	^a t=-0,083
	Erkek	2,1±0,89	p=0,934
Medeni Durum	Bekar	2,16±0,93	^a t=0,726
	Evli	2,07±0,89	p=0,468
Meslek	Doktor	1,95±0,81	
	Hemşire/ebe	2,19±0,98	^b F=1,207
	Sağlık teknikeri	1,82±0,8	p=0,309
	Sekreter/Veri giriş uzmanı	2,12±0,8	
Eğitim	Sağlık Meslek Lisesi	1,96±0,81	
	Ön Lisans	2,06±0,88	^b F=0,874
	Lisans	2,20±0,95	p=0,456
	Y.Lisans&Doktora	1,95±0,82	
Uzmanlık alanı; n(%)	Sağlık Personeli	2,23±0,96	^a t =2,3454
	İdari Personel	1,92±0,78	p=0,015*
Çalışılan birim	A.Dahili klinikler	2,14±0,76	
	B.Cerrahi klinikler	2,36±1,07	
	C.Acil servis	2,05±0,80	^b F=3,258
	D.Özellikli birimler	2,30±0,97	p=0,013*
	E.Diğer birimler	1,81±0,76	
		B-E p=0,027,	D-E p=0,033
Pozisyon	Doktor	1,95±0,81	
	Hemşire/ ebe	2,19±0,98	^b F=1,207
	Sekreter/ veri giriş uzmanı	2,12±0,80	p=0,309
	Diğer	1,82±0,80	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	1,97±0,81	^a t=-1,676
	Vardiya	2,19±0,95	p=0,095
Hastanede BT eğitimi; n(%)	Evet	2,19±0,92	^a t=-1,304
	Hayır	2,02±0,88	p=0,194
Hastane BT eğitiminin yeterliliği; n(%)	Evet	2,05±0,87	^a t=-0,546
	Hayır	2,13±0,92	p=0,585

r=Pearson korelasyon analizi
**p<0,01

^aBağımsız gruplar t testi

^bOneway NAOVA test

Çalışanların; yaşları, aylık ortalama gelirleri ve meslekte çalışma süreleri ile İAEÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışanların cinsiyet, medeni durum, meslek ve eğitim düzeylerine göre İAEÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışanların, uzmanlık alanlarına göre İAEÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,015$). Sağlık alanında çalışanların İAEÖ puanları idari personelden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Bu sonuç ile de sağlık çalışanların işten ayrılma eğiliminin idari personellere göre daha az olduğu elde edilmiştir.

Çalışanların, çalıştıkları birimlere göre İAEÖ puanlarını arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,013$). Benferroni düzeltmeli post hoc testi ile incelendiğinde, Cerrahi klinikleri ile “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) ($p=0,027$) ve özellikli birimler (Yoğunbakım vb.) ile “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) çalışanların ($p=0,033$) arasındaki İAEÖ skorları arasındaki farktan kaynaklı olarak gruplar arasında fark olduğu bulunmuştur.

Çalışanların; çalıştıkları birime, çalışma şekline, çalışma pozisyonuna, çalıştıkları hastanede BT eğitimi verilmesine ve hastanede verilen BT eğitiminin yeterliliğine göre İAEÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bireysel Yenilikçilik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.12. Çalışanların, Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ) Puanlarının Dağılımı

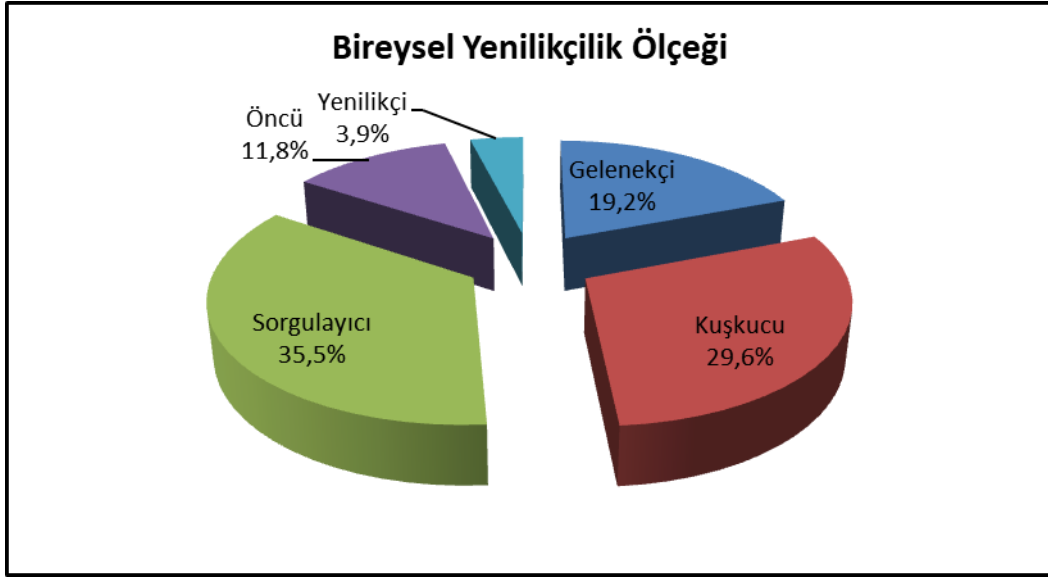
	N	Min	Max	Ortalama	SD
Fikir önderliği	203	7,00	35,00	25,47	5,05
Değişime direnç	203	7,00	31,00	17,59	5,03
Risk alma	203	4,00	20,00	15,55	2,82
Toplam BYÖ	203	33,00	90,00	65,44	9,56

Tablo 4.12’de Çalışanların görüşlerine göre BYÖ puanlarının dağılımı incelendiğinde;

BYÖ üç alt boyuttan oluşmaktadır. Fikir önderliği 7 ile 35 puan arasında değişmekte olup ortalaması $25,47\pm 5,05$ ’dir. Değişime direnç puanları 7 ile 31 arasında

değişmekte olup ortalaması $17,59 \pm 5,03$; risk alma ise 4 ile 20 arasında değişmekte olup ortalaması $15,55 \pm 2,82$ 'dir. BYÖ toplam puanı ise 33 ile 90 aralığında olup ortalaması $65,44 \pm 9,56$ olduğu saptanmıştır.

Çalışanların BYÖ puan sınıflandırmasına göre dağılımları Şekil 4.1'de verilmiştir



Şekil 4.1: Çalışanların BYÖ puan sınıflamasına göre dağılımları

Çalışanların BYÖ toplam puanı sınıflandığında %19,2'sinin gelenekçi, %29,6'sının kuşkucu, %35,5'inin sorgulayıcı, %11,8'inin öncü ve %3,9'unun yenilikçi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.13. Çalışanların, BYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

BYÖ		Fikir önderliği	Değişime direnç	Risk Alma	Toplam puan
Yaş	<i>r</i>	-0,024	-0,069	0,033	0,033
	<i>p</i>	0,732	0,331	0,645	0,641
Aylık ortalama gelir	<i>r</i>	0,089	-0,126	0,090	0,140
	<i>p</i>	0,209	0,074	0,200	0,047*
Meslek süresi	<i>r</i>	-0,011	-0,099	0,058	0,063
	<i>p</i>	0,873	0,160	0,413	0,371
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş grup	< 39 yaş	25,47±4,99	17,76±5,06	15,49±2,86	65,20±9,39
	≥ 39 yaş	25,52±5,45	16,73±4,89	15,91±2,66	66,70±10,49
	Test değeri (^at)	-0,046	1,078	-0,782	-0,822
	<i>p</i>	0,963	0,282	0,435	0,412
Cinsiyet	Kadın	25,69±4,76	17,31±4,82	15,71±2,51	66,09±8,70
	Erkek	25,01±5,61	18,17±5,43	15,23±3,39	64,08±11,13
	Test Değ	0,895	-1,124	1,016	1,401
	<i>p</i>	0,372	0,262	0,260	0,163
Medeni Durum	Bekar	25,51±4,7	17,94±5,65	15,62±2,84	65,19±9,39
	Evli	25,45±5,32	17,33±4,54	15,51±2,82	65,63±9,72
	Test Değ	0,082	0,823	0,252	-0,328
	<i>p</i>	0,935	0,412	0,795	0,743
Meslek	Doktor	26,15±4,98	16,44±4,76	16,12±2,41	67,82±9,47
	Hemşire/ebe	25,38±5,17	17,39±4,91	15,39±3,02	65,38±9,70
	Sağlık teknikeri	26,65±3,98	19,18±5,74	16,88±1,90	66,35±6,59
	Sekreter/Veri giriş uzmanı	24,74±5,19	18,37±5,17	15±2,76	63,37±10,08
	Test Değ.	0,818	1,567	2,421	1,437
	<i>p</i>	0,485	0,199	0,067	0,233
Eğitim	Sağlık Meslek Lisesi	24,13±5,32	17,13±4,60	15,13±2,87	64,13±10,13
	Ön Lisans	25,89±4,50	18,68±5,54	16,09±2,51	65,30±8,70
	Lisans	25,31±5,30	17,59±4,91	15,22±3,05	64,94±9,92
	Y.Lisans&Doktora	26,08±4,85	16,47±4,84	16,08±2,35	67,69±9,28
	Test Değ	0,688	1,334	1,573	0,865
	<i>p</i>	0,560	0,264	0,197	0,460

r=Pearson korelasyon analizi ^aBağımsız gruplar t testi ^bTek yönlü varyans analizi *p<0,05

Tablo 4.13. Devamı: Çalışanların, BYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

BYÖ		Fikir önderliği	Değişime direnç	Risk Alma	Toplam puan
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Meslekle çalışma süresi	0-5 yıl	25,37±4,94	18,50±5,42	15,37±2,67	64,24±9,94
	6-10 yıl	25,35±5,39	16,59±4,58	15,51±3,29	66,27±9,36
	>11 yıl	25,80±4,90	17,31±4,71	15,91±2,47	66,39±9,14
	<i>Test değeri (^bF)</i>	0,145	2,785	0,607	1,178
	<i>P</i>	0,865	0,064	0,546	0,310
Aylık gelir	<6700 TL	25,21±4,95	18,41±5,34	15,37±2,89	64,17±9,53
	>6700 TL	25,86±5,20	16,43±4,34	15,82±2,73	67,25±9,36
	<i>Test değeri (^at)</i>	0,899	2,812	1,123	-2,285
	<i>P</i>	0,370	0,005**	0,263	0,035*

^aBağımsız gruplar t testi ^bTek yönlü varyans analizi *p<0,05

Tablo 4.13’de Çalışanların, sosyo-demografik, kişisel, iş yerindeki özelliklerine göre BYÖ ölçeği alt boyutları ve toplam puanına ilişkin değerlendirilmeleri incelendiğinde;

Çalışanların yaşları ve meslekte geçirilen süreler ile BYÖ alt boyutları olan “Fikir birliği”, “Değişime direnç”; “Risk alma” ve BYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile BYÖ alt boyutları olan “Fikir önderliği”, “Değişime direnç”; “Risk alma” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken (p>0,05); çalışanların aylık ortalama gelirleri ile BYÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=0,140; p=0,047). Değişime direnç alt boyut puanları aylık aile ortalama geliri <6700TL’nin altında olanların istatistiksel açıdan yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,01). Ailenin ortalama aylık geliri >6700TL’nin üzerinde olan çalışanların BYÖ toplam puanlarının diğerlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Çalışanların cinsiyeti, medeni durum, mesleği ve eğitim durumuna göre BYÖ alt boyutları olan “Fikir önderliği”, “Değişime direnç”; “Risk alma” ve BYÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 4.13. Devamı: Çalışanların, BYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

BYÖ		Fikir önderliği	Değişime direnç	Risk Alma	Toplam puan
Pozisyon	Doktor	26,15±4,98	16,44±4,76	16,12±2,41	67,82±9,47
	Hemşire/ebe	25,38±5,17	17,39±4,91	15,39±3,02	65,38±9,70
	Sekreter/veri giriş uzmanı	24,74±5,19	18,37±5,17	15,00±2,76	63,37±10,08
	Diğer	26,65±3,98	19,18±5,74	16,88±1,90	66,35±6,59
	<i>Test değeri (^bF)</i>	0,818	1,567	2,421	1,437
	<i>P</i>	0,485	0,199	0,067	0,233
Çalışılan birim	A.Dahili klinikler	22,90±5,45	16,19±5,31	14,86±3,28	63,57±8,44
	B.Cerrahi klinikler	24,71±5,99	17,58±4,40	14,89±3,59	64,03±11,00
	C.Acil servis	27,08±4,52	16,46±4,91	16,00±2,33	68,62±8,95
	D.Özellikli birimler	25,13±4,54	19,19±5,71	15,58±3,00	63,52±9,46
	E.Diğer Birimler	26,38±4,61	17,23±4,57	15,97±2,08	67,12±8,96
	<i>Test değeri (^bF)</i>	2,926	2,186	1,367	2,211
<i>P</i>	0,022*	0,072	0,247	0,069	
A-C p=0,046					
Uzmanlık alanı	Sağlık personeli	25,55±5,00	17,38±5,05	15,64±2,83	65,81±9,41
	İdari personel	25,23±5,26	18,30±4,97	15,28±2,83	64,21±10,06
	<i>Test değeri (^at)</i>	0,377	-1,099	0,775	1,006
	<i>P</i>	0,707	0,273	0,440	0,315
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	67,82±9,47	67,82±9,47	67,82±9,47	67,82±9,47
	Vardiya	65,38±9,70	65,38±9,70	65,38±9,70	65,38±9,70
	<i>Test değeri (^at)</i>	0,893	1,924	0,672	1,685
	<i>P</i>	0,373	0,056	0,502	0,094
Hastanede BT eğitimi	Evet	25,53±4,66	18,34±5,26	15,65±2,37	64,85±8,99
	Hayır	25,42±5,44	16,85±4,70	15,46±3,22	66,03±10,11
	<i>Test değeri (^at)</i>	0,159	2,118	0,485	0,877
	<i>P</i>	0,874	0,035*	0,628	0,382
Hastane BT eğitiminin yeterliliği	Evet	25,53±4,80	18,51±5,20	15,69±2,44	64,71±8,82
	Hayır	25,46±5,16	17,22±4,93	15,50±2,98	65,74±9,86
	<i>Test değeri (^at)</i>	0,086	1,670	0,445	-0,697
	<i>P</i>	0,932	0,097	0,656	0,487

^aBağımsız gruplar t testi

^bTek yönlü varyans analizi

*p<0,05

Çalışanların, çalıştıkları pozisyonlarına, uzmanlık alanlarına, çalışma şekillerine, hastanede BT eğitimi alma ve hastanede alınan BT eğitimini yeterli bulma durumlarının BYÖ alt boyutları olan “Fikir önderliği”, “Değişime direnç”; “Risk alma” ve BYÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmadıkları belirlenmiştir (p>0,05).

Çalışanların çalıştıkları birime göre BYÖ alt boyutları olan “Fikir önderliği” puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,038$). Anlamlılık yaratan gruplar açısından incelendiğinde; dahiliye servis çalışanlarının puanları acilde çalışanlardan anlamlı düzeyde düşük saptandığı görülürken ($p=0,047$); diğer kliniklerin fikir önderliği puanları arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$). BYÖ alt boyutları olan “Değişime direnç”; “Risk alma” ve BYÖ toplam puanları ise çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.14: Çalışanların, BYÖ Sınıflamasının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

BYÖ		Bireysel Yenilikçilik Ölçeği					Test Değeri
		Gelenekçi (n=39)	Kuşkucu (n=60)	Sorgulayıcı (n=72)	Öncü (n=24)	Yenilikçi (n=8)	
Yaş	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	22-53 (29)	24-47 (31)	21-46 (29)	22-45 (30)	27-45 (32)	$\chi^2:5,996$
	<i>Ort±Ss</i>	31,03±6,95	32,42±6,20	30,35±5,77	31,63±6,87	35,13±7,92	^c 0,199
Aylık ortalama gelir	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	2500-18000 (5000)	2500±18000 (5250)	2500-18000 (6000)	3500-17000 (6000)	4000-18000 (10000)	$\chi^2:7,166$
	<i>Ort±Ss</i>	6348,7±3864,5	7006,6±4298,2	6986,1±3807,4	7062,5±3742,5	10500,0±4720,7	^c 0,127
Meslek süresi	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	2-25 (5)	2-25 (7)	1-27 (7)	2-24 (7,5)	3-26 (8)	$\chi^2:5,444$
	<i>Ort±Ss</i>	7,33±6,12	9,50±6,48	8,08±5,88	9,29±6,61	12,13±9,11	^c 0,245
Yaş grubu	<39 yaş	34 (87,2)	48 (80,0)	64 (88,9)	19 (79,2)	5 (62,5)	$\chi^2:5,377$
	≥39 yaş	5 (12,8)	12 (20,0)	8 (11,1)	5 (20,8)	7 (37,5)	^c 0,251
Cinsiyet	Kadın	23 (59,0)	42 (70,0)	51 (70,8)	17 (70,8)	5 (62,5)	$\chi^2:2,035$
	Erkek	16 (41,0)	18 (30,0)	21 (29,2)	7 (29,2)	3 (37,5)	^d 0,729
Medeni Durum	Bekar	15 (38,5)	25 (41,7)	33 (45,8)	11 (45,8)	2 (25,0)	$\chi^2:1,716$
	Evli	24 (61,5)	35 (58,3)	39 (54,2)	13 (54,2)	6 (75,0)	^d 0,788
Meslek	Doktor	4 (10,3)	11 (18,3)	11 (15,3)	6 (25,0)	2 (25,0)	$\chi^2:13,954$ ^c 0,251
	Hemşire/ebe	25 (64,1)	25 (41,7)	39 (54,2)	15 (62,5)	5 (62,5)	
	Sağlık teknikeri	1 (2,6)	8 (13,3)	6 (8,3)	2 (8,3)	0 (0,0)	
	Sekreter/Veri giriş uzmanı	9 (23,1)	16 (26,7)	16 (22,2)	1 (4,2)	1 (12,5)	
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	4 (10,3)	3 (5,0)	7 (9,7)	1 (4,2)	1 (12,5)	$\chi^2:11,779$
	Ön Lisans	5 (12,8)	15 (25,0)	20 (27,8)	4 (16,7)	0 (0,0)	^c 0,415
	Lisans	26 (66,7)	30 (50,0)	33 (45,8)	13 (54,2)	5 (62,5)	
	Y.Lisans& Doktora	4 (10,3)	12 (20,0)	12 (16,7)	6 (25,0)	2 (25,0)	
Meslekle çalışma süresi	0-5 yıl	22 (56,4)	22 (36,7)	31 (43,1)	9 (37,5)	2 (25,0)	$\chi^2:6,303$
	6-10 yıl	10 (25,6)	19 (31,7)	24 (33,3)	7 (29,2)	3 (37,5)	^c 0,624
	>11 yıl	7 (17,9)	19 (31,7)	17 (23,6)	8 33,3)	3 (37,5)	
Aylık gelir	<6700 TL	27 (69,2)	36 (60,0)	41 (56,9)	13 (54,2)	2 (25,0)	$\chi^2:5,865$
	>6700 TL	12 (30,8)	24 (40,0)	31 (43,1)	11 (45,8)	6 (75,0)	^c 0,211

^cKruskal Wallis Test^dPearson Chi-Square Test^eFisher Freeman Halton Test

Tablo 4.14 Devamı: Çalışanların, BYÖ Sınıflamasının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

BYÖ		Bireysel Yenilikçilik Ölçeği					Test Değeri
		Gelenekçi (n=39)	Kuşkucu (n=60)	Sorgulayıcı (n=72)	Öncü (n=24)	Yenilikçi (n=8)	P
Uzmanlık alanı n(%)	Sağlık Personeli	30 (76,9)	44 (73,3)	53 (73,6)	22 (91,7)	7 (87,5)	χ^2 :4,313
	İdari Personel	9 (23,)	16 (26,7)	19 (26,4)	2 (8,3)	1 (12,5)	^e 0,365
Çalışılan birim n(%)	Dahili klinikler	4 (10,3)	8 (13,3)	7 (9,7)	2 (8,3)	0 (0,0)	χ^2 :18,603 ^e 0,290
	Cerrahi klinikler	11 (28,2)	10 (16,7)	9 (12,5)	6 (25,0)	2 (25,0)	
	Acil servis	3 (7,7)	4 (6,7)	12 (16,7)	6 (25,0)	1 (12,5)	
	Özellikli birimler	13 (33,3)	18 (30,0)	16 (22,2)	4 (16,7)	1 (12,5)	
	Diğer birimler	8 (20,5)	20 (33,3)	28 (38,91)	6 (25,0)	4 (50,0)	
Çalışma şekli n(%)	Sürekli gündüz	10 (25,6)	23 (38,3)	32 (44,4)	7 (29,2)	5 (62,5)	χ^2 :6,638
	Vardiya	29 (74,4)	37 (61,7)	40 (55,6)	17 (70,8)	3 (37,5)	^d 0,156
Hastanede BT eğitimi n(%)	Evet	16 (41,0)	38 (63,3)	37 (51,4)	6 (25,0)	4 (50,0)	χ^2 :11,574
	Hayır	23 (59,0)	22 (36,7)	35 (48,6)	18 (75,0)	4 (50,0)	^d 0,021*
Hastane BT eğitiminin yeterliliği n(%)	Evet	11 (28,2)	23 (38,3)	17 (23,6)	6 (25,0)	2 (25,0)	χ^2 :3,809
	Hayır	28 (71,8)	37 (61,7)	55 (76,4)	18 (75,0)	6 (75,0)	^d 0,432

^dPearson Chi-Square Test

^eFisher Freeman Halton Test

*p<0,05

Nümerik yaşlar, yaş sınıflaması, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, aylık ortalama gelir, gelir düzeyi sınıflaması, meslekte çalışma süresi ve sınıflamasına göre BYÖ sınıflamalarının dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Uzmanlık alanı, çalışılan birim, çalışma şekli ve hastanede BT eğitiminin yeterliliği durumunda bireysel yenilikçilik ölçeği sınıflamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken (p>0,05); Hastanede BT eğitimi verilmesi durumuna göre bireysel yenilikçilik ölçeği sınıflamaları anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Kuşkucu olanlarda BT eğitimi verilmesini isteme oranı en yüksek düzeydedir.

İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.15. Çalışanların, İBGÖ Toplam Puanı Dağılımı

İBGÖ Toplam Puanı	
N	203
Minimum	18,00
Maximum	62,00
Ortalama	36,72
SD	7,33

Tablo 4.15’de Çalışanların işe bağlı gerginlik ölçeği toplam puanı dağılımı incelendiğinde; İşe bağlı gerginlik ölçeği 18 sorudan oluşmaktadır. Elde edilen puanlar 18 ile 62 arasında değişmekte olup ortalama puan $36,72 \pm 7,33$ ’dür.

Tablo 4.16. Çalışanların, İBGÖ Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

İBGÖ		r	p
Yaş		-0,109	0,123
Aylık ortalama gelir		-0,149	0,034*
Meslek süresi		-0,132	0,061
		Ort±ss	Test değeri; p
Yaş sınıflaması	< 39 yaş	36,95±7,27	^a t=1,009
	≥ 39 yaş	35,55±7,66	p=0,314
Cinsiyet	Kadın	36,70±6,76	^a t=-0,080
	Erkek	36,78±8,48	p=0,936
Medeni Durum	Bekar	38,08±7,18	^a t=2,285
	Evli	35,72±7,31	p=0,023*
Meslek	A.Doktor	34,29±6,94	
	B.Hemşire/ebe	38,28±6,99	^b F=3,833
	C.Sağlık teknikeri	34,59±8,76	p=0,011*
	D.Sekreter/Veri giriş uzmanı	35,61±7,20	
		A-B p=0,032	
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	34,50±5,42	
	Ön Lisans	37,25±8,61	^b F=2,287
	Lisans	37,61±7,04	p=0,080
	Y.Lisans&Doktora	34,44±6,77	
Pozisyon	A.Doktor	34,29±6,94	
	B.Hemşire/ebe	38,26±6,96	^b F=3,833
	C.Sekreter/ veri giriş uzmanı	35,60±7,28	p=0,011*
	D.Diğer	34,59±8,76	
		A-B p=0,032	

r=Pearson korelasyon analizi ^aBağımsız gruplar t testi ^bTek yönlü varyans analizi *p<0,05, **p<0,01

Tablo 4.16. Devamı: Çalışanların, İBGÖ Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

İBGÖ		Ort±ss	Test değeri; p
Uzmanlık alanı	Sağlık Personeli	37,22±7,24	^a t=1,757
	İdari Personel	35,09±7,47	p=0,080
Çalışılan birim	A.Dahili klinikler	39,43±8,63	^b F=4,844 p=0,001**
	B.Cerrahi klinikler	37,58±7,59	
	C.Acil servis	36,65±5,71	
	D.Özellikli birimler	38,77±6,65	
	E.Diğer Birimler	33,79±7,02	
		A-E p=0,017, D-E p=0,002	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	34,65±6,50	^a t=-3,224
	Vardiya	37,99±7,54	p=0,001**
Hastanede BT eğitimi	Evet	35,96±7,98	^a t=-1,481
	Hayır	37,48±6,58	p=0,140
Hastane BT eğitiminin yeterliliği	Evet	35,63±8,79	^a t=-1,367
	Hayır	37,17±6,63	p=0,173
Meslekle çalışma süresi	0-5 yıl	37,76±7,31	^b F=1,708 p=0,184
	6-10 yıl	36,38±7,57	
	>11 yıl	35,48±6,98	
Aylık gelir	<6700 TL	37,30±7,36	^a t=-1,340
	>6700 TL	35,90±7,26	p=0,182

r=Pearson korelasyon analizi ^aBağımsız gruplar t testi ^bTek yönlü varyans analizi *p<0,05, **p<0,01

Tablo 4.16’de Çalışanların, İBGÖ toplam puanlarının sosyo-demografik, kişisel ve iş yerindeki özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde;

Çalışanların yaşları, yaş sınıflandırması ile elde edilen gruplandırma, meslek süreleri, meslek sürelerine ilişkin sınıflandırma, cinsiyeti, eğitim düzeyleri, uzmanlık alanları, hastanede BT eğitimi verilmesi ve hastanede verilen BT eğitimin yeterliliğine ilişkin görüşlerinin İBGÖ toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı bulunmuştur (p>0,05).

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile İBGÖ toplam puan düzeyi arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=-0,149; p=0,034). Gelir düzeyi sınıflamasına göre yapılan değerlendirmede ise İBGÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışanların medeni durumlarına göre İBGÖ toplam puan düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,023$). Bekar çalışanların, Evli olanlara göre daha yüksek İBGÖ toplam puan düzeyine sahip oldukları bulunmuştur.

Çalışanların mesleğine göre İBGÖ toplam puan düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,011$). Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin İBGÖ toplam puanlarının, doktorların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,032$). Diğer meslek grupları arasında İBGÖ toplam puan düzeyi açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışanların pozisyonlarına göre İBGÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,011$). Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin İBGÖ toplam puan skorlarının doktorların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,032$). Diğer meslek grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışanların çalıştıkları birime göre İBGÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Anlamlılık incelendiğinde; “Diğer birimler”(Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) İBGÖ puanları dahiliye ve özel birimlerden (Yoğunbakım) anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p=0,017$; $p=0,002$). Diğer birimler arasında İBGÖ toplam puan düzeyi açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışanların çalışma şekline göre İBGÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Vardiyalı çalışanların puanları sürekli gündüz çalışanlardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksektir.

Değişime Karşı Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.17. Çalışanların, DKTÖ ve Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımı

DKTÖ	N	Min	Max	Ortalama	SD
Değişimde kurumsal politika	203	13,00	60,00	38,77	9,30
Değişimin sonuçları	203	8,00	37,00	25,75	5,05
Değişime direnç	203	9,00	25,00	17,25	3,56
Değişimde yönetim tarzı	203	4,00	20,00	11,92	3,32
Toplam Puan	203	45,00	136,00	93,69	17,86

Tablo 4.17’de Çalışanların değişime karşı tutum ölçeği alt boyutlarının dağılımı incelendiğinde;

Değişime Karşı Tutum Ölçeği 4 alt boyut ve bir toplam puandan oluşmaktadır. “Değişimde kurumsal politika” puanı 13 ile 60 arasında değişmekte olup ortalaması $38,77 \pm 9,20$ dir. “Değişimin sonuçları” puanı 8 ile 37 arasında değişmekte olup ortalaması $25,75 \pm 5,05$; “değişime direnç” puanları 9 ile 25 arasında değişmekte olup ortalaması $17,25 \pm 3,56$; “değişimde yönetim tarzı” 4 ile 20 arasında değişmekte olup ortalaması $11,92 \pm 3,32$ dir. Değişime Karşı Tutum Ölçeği toplam puanı 45 ile 156 arasında değişmekte olup ortalaması $93,69 \pm 17,86$ dir.

Tablo 4.18. Çalışanların, DKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

DKTÖ		Kurumsal Politika	Değişimin Sonuçları	Değişime Direnç	Değişimde Yönetim Tarzı	DKTÖ Toplam
Yaş	R	0,142	0,025	0,083	0,144	0,124
	P	0,054	0,726	0,242	0,050	0,078
Aylık ortalama gelir	R	0,182	0,127	0,164	0,178	0,197
	P	0,009**	0,070	0,019*	0,011*	0,005**
Meslek süresi	R	0,122	0,002	0,084	0,088	0,097
	p	0,084	0,974	0,236	0,211	0,168
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş Sınıflaması	< 39 yaş	64,17±15,32	64,56±12,60	68,71±14,20	59,44±16,10	64,41±12,05
	≥ 39 yaş	66,97±16,55	63,48±12,99	70,55±14,79	60,45±19,26	65,73±13,79
	<i>Test değeri (t)</i>	-0,950	0,446	-0,677	-0,320	-0,562
	<i>P</i>	0,343	0,656	0,499	0,749	0,575
Cinsiyet	Kadın	64,12±15,92	64,20±12,71	69,45±14,29	58,33±17,28	64,26±12,73
	Erkek	65,69±14,67	64,77±12,57	68,06±14,31	62,31±14,84	65,38±11,48
	<i>Test değeri (t)</i>	-0,673	-0,297	0,645	-1,597	-0,601
	<i>P</i>	0,501	0,767	0,519	0,112	0,548
Medeni Durum	Bekar	62,31±15,75	63,17±13,61	66,09±15,01	55,87±17,1	62,31±12,38
	Evli	66,32±15,18	65,28±11,85	71,15±13,37	62,35±15,75	66,32±12,05
	<i>Test değeri (t)</i>	-1,834	-1,176	-2,252	-2,792	-2,315
	<i>P</i>	0,068	0,241	0,012*	0,006**	0,022*
Meslek	A.Doktor	70,74±12,71	67,13±9,81	72,00±13,57	66,32±15,39	69,35±10,76
	B.Hemşire/ebe	60,70±16,1	61,15±13,69	68,73±13,42	55,55±16,36	61,50±12,77
	C.Sağlık teknikeri	69,51±15,23	70,88±12,72	70,35±14,63	65,00±17,32	69,41±12,28
	D.Sekreter/ veri giriş uzmanı	67,79±13,63	67,85±9,27	66,79±16,64	62,44±15,44	66,9±10,22
	<i>Test değeri (F)</i>	5,595	5,898	0,906	5,362	5,720
	<i>P</i>	0,001**	0,001**	0,716	0,001**	0,001**
		<i>A-B p=0,005</i>	<i>B-C p=0,015,</i> <i>B-D p=0,016</i>		<i>A-B p=0,005</i>	<i>A-B p=0,005</i>

r=Pearson korelasyon analizi

^aBağımsız gruplar t testi^bTek yönlü varyans analizi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 4.18’de Çalışanların, sosyo-demografik, kişisel, iş yerindeki özelliklerine göre DKTÖ alt boyut ve toplam puanına ilişkin değerlendirilmeleri incelendiğinde;

Çalışanların yaşları, yaş sınıflandırması, meslekteki toplam çalışma süreleri, meslekte toplam çalışma süreleri içi yapılan sınıflandırma gruplarına göre ve cinsiyetlerinin DKTÖ alt boyutları olan “Kurumsal politika; “Değişimin sonuçları”; “Değişime direnç”; “Değişimde yönetim tarzı” ve DKTÖ toplam puanları üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile DKTÖ alt boyutlarından kurumsal politikalar ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,182$; $p<0,01$); DKTÖ alt boyutu olan “değişime direnç” ile de pozitif yönde zayıf ($r=0,164$; $p<0,01$); DKTÖ alt boyutu olan “değişimde yönetim tarzı” ile de pozitif yönde zayıf ($r=0,178$; $p<0,01$) ve DKTÖ toplam skorları arasında pozitif yönde zayıf düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,197$; $p=0,005$). Değişimin sonuçları ile aylık ortalama gelir arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Çalışanların ortalama aylık geliri yoksulluk sınırı olan 6700TL sınırı olarak ayrılan alt ve üst gelir grupları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışanların medeni durumuna göre DKTÖ alt boyutları olan “Kurumsal politika” ve “Değişimin sonuçları” alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); “Değişime direnç” puanı evli olanların bekârlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,012$). “Değişimde yönetim tarzı” puanı da evli olanların bekârlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,006$). DKTÖ toplam puanları yine evlilerde bekârlardan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,022$).

Çalışanların mesleğine göre DKTÖ “Değişimde kurumsal politikalar” alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin puan ortalamalarının doktorların puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). Diğer meslekler arasında değişimde kurumsal politikalar puan ortalamaları açısından fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

“Değişimin sonuçları” alt boyutun puan ortalamalarının, mesleklere göre anlamlı farklılık göstermekte olup; hemşire/ebelerin puan ortalamalarının sağlık teknikleri ve sekreterlerin puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,015$; $p=0,016$). Diğer meslekler arasında değişimin sonuç puanları açısından fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

“Değişime direnç” alt boyut puan ortalaması mesleklere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

“Değişimde yönetim tarzları” alt boyut puan ortalamaları mesleklere göre anlamlı farklılık göstermekte olup; hemşire/ebelerin puan ortalamalarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). Diğer mesleklerin değişime direnç puanları açısından farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Mesleğine göre çalışanların DKTÖ total puanlarının istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin puan ortalamalarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Diğer meslekler arasında DKTÖ toplam puanları açısından fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.18. Devamı: Çalışanların, DKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

DKTÖ		Kurumsal Politika	Değişimin Sonuçları	Değişime Direnç	Değişimde Yönetim Tarzı	DKTÖ Toplam
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Eğitim durumu	A.Sağlık Meslek Lisesi	65,52±14,92	64,22±9,82	68,25±13,26	60,00±13,17	64,87±10,59
	B.Ön Lisans	67,20±14,28	69,66±10,7	67,73±15,54	62,95±15,11	67,38±10,54
	C.Lisans	61,73±16,30	61,47±13,82	68,86±14,24	56,31±17,28	62,14±13,18
	D.Y.Lisans/ doktora	69,68±13,33	66,67±9,73	71,33±13,47	65,14±15,92	68,51±11,06
	<i>Test değeri (^aF)</i>	3,024	5,141	0,452	3,459	3,502
	<i>P</i>	0,031*	0,002**	0,716	0,017*	0,016*
		C-D p=0,045	B-C p=0,002		C-D p=0,033	C-D p=0,041
Meslekle çalışma süresi	0-5 yıl	63,04±16,08	63,75±13,18	67,86±14,38	57,21±17,88	63,26±12,65
	6-10 yıl	64,68±15,22	65,12±12,62	68,89±15,13	61,75±14,71	65,12±12,16
	>11 yıl	67,07±14,88	64,54±11,93	70,96±13,08	60,93±16,40	66,19±11,98
	<i>Test değeri (^aF)</i>	1,118	0,217	0,785	1,598	1,014
	<i>P</i>	0,329	0,805	0,458	0,205	0,365
Aylık gelir	<6700 TL	63,57±15,55	63,80±13,19	67,73±14,22	58,49±17,13	63,65±12,27
	>6700 TL	66,11±15,43	65,21±11,84	70,81±14,24	61,19±15,80	65,99±12,34
	<i>Test değeri (^at)</i>	-1,150	-0,780	-1,518	-1,143	-1,336
	<i>P</i>	0,252	0,436	0,131	0,254	0,183
Uzmanlık Alanı	Sağlık personeli	63,37±15,73	63,00±13,00	69,15±13,37	58,21±16,36	63,55±12,47
	İdari personel	68,79±14,15	68,99±10,16	68,51±17,09	64,26±16,75	68,17±11,25
	<i>a</i> Test değeri	-2,121	-2,902	0,237	-2,210	-2,278
	<i>P</i>	0,035*	0,004**	0,813	0,028*	0,024*

^aBağımsız gruplar t testi

^bTek yönlü varyans analizi *p<0,05 **p<0,01

Çalışanların eğitime göre DKTÖ alt boyutlarından “kurumsal politikalar” puan düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,031$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda lisans mezunu olanların puan ortalamalarının yüksek lisans mezunlarının puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,048$). Diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Eğitime göre DKTÖ alt boyutlarından “değişimin sonuçları” puan düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,002$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda lisans mezunu olanların puan ortalamalarının ön lisans mezunlarının puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,002$). Diğer eğitim düzeyleri arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Eğitime göre DKTÖ alt boyutlarından “değişime direnç” sonuçları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Eğitime göre DKTÖ alt boyutlarından “değişimde yönetim tarzı” puan düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,017$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda lisans mezunu olanların puanlarının yüksek lisans&doktora mezunlarının puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,033$). Diğer eğitim seviyeleri arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Eğitime göre DKTÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,016$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda lisans mezunu olanların puan ortalamalarının yüksek lisans&doktora mezunlarının puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,041$). Diğer eğitim seviyeleri arasında fark belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Uzmanlık alanına göre incelendiğinde, idari personelin sağlık personeline göre DKTÖ alt boyutlarından kurumsal politika puanları, değişimin sonuçları, değişimde yönetim tarzı ve DKTÖ toplam puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,035$; $p=0,004$; $p=0,028$; $p=0,024$). Uzmanlık alanına göre, DKTÖ alt boyutlarından değişime direnç puanı üzerinde anlamlı fark yaratmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.18. Devamı: Çalışanların, DKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

		Kurumsal Politika	Değişimin Sonuçları	Değişime Direnç	Değişimde Yönetim Tarzı	DKTÖ Toplam
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Çalışılan birim	A.Dahili klinikler	60,40±15,95	62,62±12,26	67,62±13,20	59,05±10,32	62,07±10,46
	B.Cerrahi klinikler	62,28±15,48	62,89±13,64	66,32±14,98	56,71±15,43	62,38±12,00
	C.Acil servis	63,91±17,56	62,21±16,78	72,46±15,28	57,88±20,65	64,08±15,78
	D.Özellikli birimler	61,92±13,59	62,93±11,73	63,77±12,46	55,00±15,84	61,56±10,89
	E.Diğer Birimler	69,72±15,11	67,80±10,48	73,76±13,63	65,76±16,32	69,34±11,50
	^b Test değeri	2,901	1,836	4,661	3,831	3,996
	P	0,023*	0,123	0,001**	0,005**	0,004**
		D-E p=0,043		D-E p=0,001	D-E p=0,004	D-E p=0,006
Pozisyon	A.Doktor	70,74±12,71	67,13±9,81	72,00±13,57	66,32±15,39	69,35±10,76
	B.Hemşire/ ebe	60,70±16,10	61,15±13,69	68,73±13,42	55,55±16,36	61,50±12,77
	C.Sekreter/ veri giriş uzmanı	67,79±13,63	67,85±9,27	66,79±16,64	62,44±15,44	66,90±10,22
	D. Diğer	69,51±15,23	70,88±12,72	70,35±14,63	65,00±17,32	69,41±12,28
	^b Test değeri	5,595	5,898	0,906	5,362	5,720
	P	0,001** A-B 0,005**	0,001**B-D 0,015*, B-C 0,016*	0,716	0,001**A-B 0,005**	0,001**A-B 0,006**
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	67,86±15,42	66,17±10,85	71,22±14,52	63,31±18,29	97,65±17,8
	Vardiya	62,65±15,3	63,29±13,54	67,65±14	57,34±15,12	91,29±17,55
	^a Test değeri	2,348	1,579	1,738	2,518	2,493
	P	0,020*	0,116	0,084	0,013*	0,013*
Hastanede BT eğitimi	Evet	66,60±14,99	65,20±12,67	68,99±14,74	62,62±16,92	66,08±12,3
	Hayır	62,66±15,85	63,58±12,61	69,02±13,86	56,62±15,81	63,18±12,24
	^a Test değeri	1,818	0,913	-0,015	2,613	1,684
	P	0,071	0,362	0,988	0,010*	0,094
Hastane BT eğitiminin yeterliliği	Evet	68,59±15,67	65,97±13,75	72,2±14,64	65,25±17,85	68,03±13,16
	Hayır	63,00±15,21	63,73±12,14	67,69±13,96	57,29±15,55	63,22±11,73
	^a Test değeri	2,357	1,149	2,060	3,170	2,558
	P	0,019*	0,252	0,041*	0,002**	0,011*

^aBağımsız gruplar t testi

^bTek yönlü varyans analizi *p<0,05 **p<0,01

Çalışanların çalıştıkları birime göre DKTÖ alt boyutlarından değişimin sonuçları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Kurumsal politikalar puanı ise çalışılan birime göre anlamlı farklılık göstermiş olup ($p=0,023$) anlamlılığın hangi birimden kaynaklandığı incelendiğinde “Diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.)” kurumsal politikalar puanı özellikli birimler (Yoğunbakım vb.) den anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır($p=0,043$). Diğer birimlerin kurumsal politikalar puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Değişime direnç puanı çalışılan birime göre anlamlı farklılık göstermiş olup ($p=0,001$) anlamlılığın “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) değişime direnç puanı özellikli birimlerden (Yoğun bakım vb.) anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p=0,001$), diğer birimlerin değişime direnç puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Değişimde yönetim tarzı puanı çalışılan birime göre anlamlı farklılık göstermiş olup ($p=0,005$) anlamlılığın “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) değişimde yönetim puanı özellikli birimlerden (Yoğun bakım vb.) anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p=0,004$), diğer birimlerin değişimde yönetim tarzı puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

DKTÖ toplam puan ortalmaları arasında çalışılan birime göre anlamlı değişim göstermekte olup ($p=0,004$) anlamlılığın “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) DKTÖ toplam puan ortalamalarının özellikli birimlerden (Yoğun bakım vb.) anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p=0,006$), diğer birimlerin DKTÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çalışanların pozisyonlarına göre DKTÖ alt boyutlarından Değişimde kurumsal politikalar puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin skorlarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). Diğer meslekler arasında değişimde kurumsal politikalar puanları açısından fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Değişimin sonuçları, alt boyutu çalışanların pozisyonlarına göre anlamlı farklılık göstermekte olup; hemşire/ebelerin skorlarının diğer pozisyonlar ve sekreterlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,015$; $p=0,016$). Diğer pozisyonlar arasında değişimin sonuç puanları açısından fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Değişime direnç puanı pozisyonlara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Değişimde yönetim tarzları alt boyut puanları pozisyonlara göre anlamlı farklılık göstermekte olup; hemşire/ebelerin skorlarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). Diğer pozisyonların değişimde yönetim tarzı puanları açısından farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışanların pozisyonlarına göre DKTÖ total puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin puan ortalamalarının doktorlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Diğer pozisyonlar arasında DKTÖ toplam puan ortalamaları açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışanların çalışma şekline göre DKTÖ alt boyutlarından Kurumsal politika puanları sürekli gündüz çalışanlarda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanırken ($p=0,020$); Değişimin sonuçları ve değişime direnç skorları bakımından çalışma şekline göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Değişimde yönetim tarzları puanları ise sürekli gündüz çalışanlarda vardiyalı olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,013$). DKTÖ toplam puan ortalamaları sürekli gündüz çalışanlarının vardiyalı çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlenmiştir ($p=0,013$).

Çalışanların çalıştıkları hastanede BT eğitimi verilmesine göre DKTÖ alt boyutları olan “Kurumsal politika”; “Değişimin sonuçları”; “Değişime direnç” ve DKTÖ toplam puanları skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$), “Değişimde yönetim tarzı” puanı eğitim alanlarda almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,010$).

Çalışanların çalıştıkları hastanede verilen BT eğitiminin yeterliliğine göre DKTÖ alt boyutları olan “Kurumsal politika”, “Değişime direnç”; “Değişimde yönetim

tarzı” ve DKTÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve eğitimi yeterli bulanların anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,019$; $p=0,041$; $p=0,002$; $p=0,011$). Değişimin sonuçlarına ait puanlar, hastanede verilen BT eğitiminin yeterliliğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$):

Örgüt İklimi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.19. Çalışanların ÖİÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı

	N	Min	Max	Ortalama	SD
Organizasyon yapısı	203	1,71	4,43	3,07	0,52
Bireysel sorumluluk	203	1,25	5,00	3,15	0,70
Ödüllendirme	203	1,33	4,33	2,73	0,59
Risk alma	203	1,00	5,00	3,24	0,65
İlımlı çalışma ortamı	203	1,00	5,00	3,44	0,79
Destek	203	1,40	5,00	3,11	0,64
Toplam	203	1,90	4,30	3,09	0,47

Tablo 4.19’de Çalışanların örgüt iklimi ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde;

Örgüt İklimi Ölçeği 6 alt boyut ve bir toplam puandan oluşmaktadır. Alt boyutlardan organizasyon yapısı puan ortalaması $3,07\pm0,52$; bireysel sorumluluk puan ortalaması $3,15\pm0,30$; ödüllendirme puan ortalaması $2,73\pm0,59$; risk alma puan ortalaması $3,44\pm0,79$; ılımlı çalışma ortamı puan ortalaması $3,44\pm0,79$ ve destek puan ortalaması $3,11\pm0,64$ olduğu belirlenmiştir. Örgüt İklimi Ölçeği toplam puan ortalaması ise $3,09\pm0,47$ ’dir.

Tablo 4.20. Çalışanların, ÖİÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

ÖİÖ		Organizasyon yapısı	Bireysel sorumluluk	Ödüllen dirme	Risk alma	İhlımlı çalışma ortamı	Destek	ÖİÖ Toplam
Yaş	R	0,124	0,048	0,114	0,101	0,137	0,164	0,156
	P	0,078	0,499	0,107	0,151	0,052	0,019*	0,026*
Aylık ortalama gelir	R	0,189	0,099	0,082	0,203	0,147	0,136	0,189
	P	0,007**	0,160	0,245	0,004**	0,036*	0,053	0,007**
Meslek süresi	R	0,144	0,028	0,093	0,073	0,151	0,171	0,152
	p	0,052	0,693	0,188	0,300	0,031*	0,015*	0,031*
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş Sınıflaması	< 39 yaş	3,06±0,53	3,17±0,71	2,74±0,61	3,24±0,64	3,43±0,79	3,08±0,63	3,09±0,47
	≥ 39 yaş	3,18±0,47	3,09±0,7	2,69±0,53	3,32±0,73	3,52±0,84	3,27±0,68	3,15±0,48
	<i>Test değeri (^at)</i>	-1,225	0,558	0,493	-0,669	-0,577	-1,521	-0,671
	P	0,222	0,577	0,623	0,504	0,565	0,130	0,503
Cinsiyet	Kadın	3,07±0,53	3,14±0,73	2,71±0,65	3,27±0,64	3,46±0,76	3,11±0,68	3,09±0,49
	Erkek	3,09±0,51	3,17±0,66	2,78±0,48	3,2±0,67	3,4±0,86	3,12±0,57	3,1±0,45
	<i>Test değeri (^at)</i>	-0,194	-0,264	-0,872	0,675	0,518	-0,131	-0,091
	P	0,847	0,792	0,384	0,501	0,605	0,896	0,928
Medeni Durum	Bekar	2,97±0,51	3,01±0,75	2,61±0,59	3,12±0,75	3,27±0,8	2,99±0,57	2,97±0,45
	Evli	3,16±0,53	3,26±0,66	2,83±0,59	3,35±0,55	3,57±0,77	3,2±0,68	3,19±0,47
	<i>Test değeri (^at)</i>	-2,562	-2,436	-2,634	-2,407	-2,684	-2,315	-3,431
	P	0,011*	0,016*	0,009**	0,017*	0,008**	0,022*	0,001**
Meslek	A.Doktor	3,27±0,45	3,25±0,62	2,80±0,45	3,46±0,50	3,63±0,71	3,28±0,64	3,25±0,41
	B.Hemşire/ebe	2,97±0,55	3,09±0,74	2,70±0,65	3,14±0,64	3,32±0,83	3,00±0,67	3,01±0,5
	C.Sağlık teknikeri	3,29±0,51	3,35±0,83	2,67±0,58	3,35±1,07	3,79±0,77	3,25±0,58	3,24±0,51
	D.Sekreter/veri giriş uzmanı	3,10±0,45	3,17±0,62	2,8±0,59	3,33±0,52	3,46±0,71	3,21±0,56	3,15±0,41
	<i>Test değeri (^bF)</i>	4,299	0,987	0,524	2,618	2,682	2,472	3,295
	P	0,006**	0,400	0,666	0,052	0,058	0,063	0,022*
		A-B p=0,017						A-B p=0,049

r=Pearson korelasyon analizi

^aBağımsız gruplar t testi^bTek yönlü varyans analizi

*p<0,05

Tablo 4.20. Devamı: Çalışanların, ÖİÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

ÖİÖ		Organizasyon yapısı	Bireysel sorumluluk	Ödüllendirme	Risk alma	İlimli çalışma ortamı	Destek	ÖİÖ Toplam
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Eğitim durumu	A.SML	3,21±0,39	3,11±0,59	2,76±0,68	3,33±0,50	3,61±0,59	3,34±0,47	3,2±0,36
	B.Ön Lisans	3,12±0,50	3,17±0,75	2,73±0,58	3,27±0,73	3,53±0,80	3,21±0,57	3,14±0,47
	C.Lisans	2,98±0,56	3,14±0,74	2,71±0,64	3,17±0,67	3,33±0,83	2,99±0,68	3,02±0,5
	D.Y.Lisans/ doktora	3,24±0,46	3,21±0,64	2,8±0,45	3,41±0,52	3,58±0,73	3,24±0,64	3,22±0,42
	<i>Test değeri (^bF)</i>	2,821	0,123	0,194	1,326	1,514	2,877	2,021
	<i>P</i>	0,060	0,947	0,901	0,267	0,212	0,058	0,111
Meslekle çalışma süresi	A.0-5 yıl	3±0,56	3,08±0,74	2,63±0,62	3,18±0,69	3,24±0,80	3,01±0,6	2,99±0,46
	B.6-10 yıl	3,12±0,54	3,25±0,72	2,83±0,59	3,31±0,63	3,61±0,73	3,13±0,71	3,17±0,5
	C.>11 yıl	3,13±0,43	3,17±0,64	2,79±0,57	3,28±0,62	3,56±0,81	3,25±0,62	3,16±0,44
	<i>Test değeri (^bF)</i>	1,483	1,118	2,536	0,802	4,880	2,371	3,485
	<i>P</i>	0,229	0,329	0,082	0,450	0,009**	0,096	0,033*
						A-B p=0,015		A-B p=0,044
Aylık gelir	<6700 TL	3,03±0,52	3,14±0,71	2,71±0,64	3,17±0,73	3,39±0,84	3,1±0,59	3,06±0,48
	>6700 TL	3,15±0,53	3,17±0,71	2,76±0,55	3,37±0,49	3,52±0,73	3,13±0,71	3,15±0,47
	<i>Test değeri (^at)</i>	-1,626	-0,215	-0,557	-2,179	-1,143	-0,276	-1,314
	<i>P</i>	0,105	0,830	0,578	0,030*	0,254	0,783	0,191

^aBağımsız gruplar t testi^bTek yönlü varyans analizi

*p<0,05

Tablo 4.20. Devamı: Çalışanların, ÖİÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

		Organizasyon yapısı	Bireysel sorumluluk	Ödüllendirme	Risk alma	İlimli çalışma ortamı	Destek	ÖİÖ Toplam
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Pozisyon	A.Doktor	3,27±0,45	3,25±0,62	2,80±0,45	3,46±0,50	3,63±0,71	3,28±0,64	3,25±0,41
	B.Hemşire/ ebe	2,97±0,55	3,09±0,74	2,70±0,65	3,14±0,64	3,32±0,83	3,00±0,67	3,01±0,50
	C.Sekreter/ veri giriş uzmanı	3,10±0,45	3,17±0,62	2,80±0,59	3,33±0,52	3,46±0,71	3,21±0,56	3,15±0,41
	D. Diğer	3,29±0,51	3,35±0,83	2,67±0,58	3,35±1,07	3,79±0,77	3,25±0,58	3,24±0,51
	<i>Test değeri (F)</i>	4,299	0,987	0,524	2,618	2,682	2,472	3,295
	<i>P</i>	0,006**	0,400	0,666	0,052	0,058	0,063	0,022*
Çalışılan birim	A.Dahili klinikler	3,14±0,39	3,19±0,65	2,90±0,55	3,40±0,49	3,49±0,64	2,93±0,68	3,14±0,33
	B.Cerrahi klinikler	2,96±0,40	3,13±0,63	2,68±0,57	3,03±0,68	3,15±0,87	3,17±0,59	2,99±0,40
	C.Acil servis	3,12±0,58	3,14±0,71	2,60±0,58	3,13±0,63	3,42±0,86	3,20±0,74	3,07±0,51
	D.Özellikli birimler	2,91±0,56	3,08±0,71	2,53±0,62	3,21±0,62	3,37±0,77	2,98±0,60	2,97±0,47
	E.Diğer birimler	3,23±0,53	3,22±0,77	2,93±0,57	3,41±0,67	3,66±0,74	3,21±0,65	3,25±0,51
	<i>Test değeri (F)</i>	3,522	0,317	4,315	2,713	2,790	1,542	3,224
<i>P</i>	0,008**	0,866	0,002**	0,031*	0,028*	0,192	0,014*	
		D-E p=0,008		D-E p=0,003	B-E p=0,040	B-E p=0,015	D-E p=0,015	
Uzmanlık alanı	Sağlık Personeli	3,04±0,53	3,13±0,72	2,70±0,60	3,21±0,67	3,42±0,81	3,08±0,66	3,07±0,48
	İdari Personel	3,18±0,52	3,22±0,68	2,84±0,60	3,38±0,55	3,52±0,74	3,21±0,58	3,19±0,46
	<i>Test değeri (t)</i>	-1,511	-0,708	-1,392	-1,555	-0,779	-1,183	-1,608
	<i>P</i>	0,132	0,480	0,166	0,121	0,437	0,238	0,109

^aBağımsız gruplar t testi

^bTek yönlü varyans analizi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.20. Devamı: Çalışanların, ÖİÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

		Organizasyon yapısı	Bireysel sorumluluk	Ödüllendirme	Risk alma	İlimli çalışma ortamı	Destek	ÖİÖ Toplam
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	3,19±0,53	3,21±0,68	2,86±0,61	3,34±0,6	3,54±0,72	3,16±0,58	3,19±0,47
	Vardiya	3,01±0,51	3,12±0,72	2,66±0,58	3,19±0,68	3,38±0,83	3,08±0,68	3,04±0,47
	<i>Test değeri (^at)</i>	2,367	0,898	2,313	1,640	1,316	0,860	2,163
	<i>P</i>	0,019*	0,370	0,022*	0,102	0,190	0,391	0,032*
Hastanede BT eğitimi	Evet	3,12±0,52	3,12±0,74	2,77±0,59	3,24±0,67	3,46±0,77	3,16±0,61	3,12±0,48
	Hayır	3,03±0,52	3,19±0,68	2,69±0,61	3,25±0,63	3,42±0,82	3,07±0,67	3,07±0,47
	<i>Test değeri (^at)</i>	1,332	-0,653	0,944	-0,135	0,326	0,891	0,722
	<i>P</i>	0,184	0,514	0,346	0,893	0,745	0,321	0,471
Hastane BT eğitiminin yeterliliği	Evet	3,25±0,55	3,2±0,82	2,94±0,53	3,22±0,74	3,55±0,87	3,21±0,64	3,21±0,52
	Hayır	3,00±0,50	3,13±0,66	2,65±0,61	3,26±0,61	3,40±0,76	3,07±0,64	3,05±0,45
	<i>Test değeri (^at)</i>	3,091	0,636	3,170	-0,339	1,202	1,453	2,243
	<i>P</i>	0,002**	0,525	0,002**	0,735	0,231	0,148	0,026*

^aBağımsız gruplar t testi^bTek yönlü varyans analizi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.20’de ÖİÖ alt boyut ve toplam puanlarının sosyo-demografik, kişisel ve iş yerindeki özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde;

Çalışanların yaşları ile ÖİÖ alt boyutlarından “Organizasyon yapısı”; “Bireysel sorumluluk”; “Ödüllendirme”; “Risk alma” ve “İlimli çalışma ortamı” skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$); Yaş ile “Destek” puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,164$; $p=0,019$) ve ÖİÖ toplam skorları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,156$; $p=0,026$). Yaş sınıflamasına göre ise ÖİÖ alt boyutları ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile ÖİÖ alt boyutlarından “Organizasyon yapısı” skorları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,189$; $p=0,007$), “Risk alma” puan ortalaması ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,203$; $p=0,004$), “İlimli çalışma ortamı” puan ortalaması ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,147$; $p=0,036$) ve ÖİÖ toplam puan ortalamaları ile arasında pozitif yönde zayıf düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,189$; $p=0,007$). “Bireysel sorumluluk”, “Ödüllendirme” ve “Destek” puan ortalamaları ile aylık gelir arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Gelir düzeyi sınıflanarak yapılan değerlendirmede “Organizasyon yapısı”, “Bireysel sorumluluk”, “Ödüllendirme”, “İlimli çalışma ortamı” ve ÖİÖ toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$); “Risk alma” skorları 6700 TL ve üzeri geliri olanların diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,030$).

Çalışanların meslekte geçen ortalama süreleri ile ÖİÖ alt boyutlarından “Organizasyon yapısı”; “Bireysel sorumluluk”; “Ödüllendirme” ve “Risk alma” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). ÖİÖ alt boyutlarından “İlimli çalışma ortamı” puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,152$; $p=0,031$), “Destek” puan ortalamaları ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,171$, $p=0,015$) ve ÖİÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,152$; $p=0,031$). Meslekte çalışma süreleri sınıflamasına göre de ÖİÖ alt boyutlarından “Organizasyon

yapısı”; “Bireysel sorumluluk”; “Ödüllendirme”, “Risk alma” “Destek” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). ÖİÖ alt boyutlarından “İlimli çalışma ortamı” puan ortalaması meslekte çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık göstermekte olup ($p=0,009$), anlamlılık düzeyi incelendiğinde 0-5 yıl arası çalışanların puanın 6-10 yıldır çalışanlardan anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p=0,015$). Diğer grupların ÖİÖ alt boyut ve toplam puan düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). ÖİÖ toplam puan ortalamaları meslekte çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiş olup ($p=0,033$); anlamlılık düzeyi incelendiğinde 0-5 yıl arası çalışanların puanı 6-10 yıl çalışanlardan anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p=0,044$). Diğer gruplar arasında ÖİÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışanların cinsiyetine, eğitim düzeylerine, uzmanlık alanlarına ve hastanede BT eğitimi verilme durumuna göre ÖİÖ alt boyutlarından “Organizasyon yapısı”; “Bireysel sorumluluk”; “Ödüllendirme”; “Risk alma”, “İlimli çalışma ortamı”, ve ÖİÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışanların medeni durumlarına göre ÖİÖ alt boyutlarından “Organizasyon yapısı”; “Bireysel sorumluluk”; “Ödüllendirme”; “Risk alma”, “İlimli çalışma ortamı”, “Destek” ve ÖİÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,011$; $p=0,016$; $p=0,009$; $p=0,017$; $p=0,008$; $p=0,022$). Evli çalışanların ÖİÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının bekârlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışanların mesleğine göre ÖİÖ alt boyutlarından organizasyon yapısı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin skorlarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,017$). Diğer meslekler arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$). ÖİÖ alt boyutlarından “Bireysel sorumluluk”; “Ödüllendirme”; “Risk alma”; “İlimli çalışma ortamı” ve “Destek” puanları çalışanların mesleklerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışanların mesleğine göre ÖİÖ toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,027$). Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin skorlarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,049$). Diğer meslekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çalışanların çalıştıkları birime göre ÖİÖ alt boyutlarından “Bireysel sorumluluk” ve “Destek” puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışanların çalıştıkları birime göre ÖİÖ alt puanlarından “Organizasyon yapısı” puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,008$). İkili değerlendirmeler sonucunda özellikli birimlerde (Yoğunbakım vb.) görev yapanların skorlarının “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) çalışanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,008$). Çalışılan birime ilişkin diğer grupların “Organizasyon yapısı” alt boyut puanında anlamlı fark oluşturmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışanların çalıştıkları birime göre ÖİÖ alt boyutlarından “Ödüllendirme” puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,002$). İkili değerlendirmeler sonucunda “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) görev yapanların skorlarının özellikli birimlerde (Yoğunbakım vb.) çalışanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,003$).

Çalışanların çalıştıkları birime göre ÖİÖ alt boyutlarından “Risk alma” puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,031$). İkili değerlendirmeler sonucunda “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) de görev yapanların skorlarının cerrahi birimlerde çalışanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,040$).

Çalışanların çalıştıkları birime göre ÖİÖ alt boyutlarından “İlimli çalışma ortamı” puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,028$, $p<0,05$). İkili değerlendirmeler sonucunda “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) de görev yapanların skorlarının cerrahi birimlerde çalışanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,015$).

Çalışanların çalıştıkları birime göre ÖİÖ alt boyutlarından “ÖİÖ toplam skorları” puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,014$, $p<0,05$). İkili değerlendirmeler sonucunda “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) de görev yapanların skorlarının özellikli birimlerde (Yoğunbakım vb.) çalışanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,015$).

Çalışanların pozisyonlarına göre ÖİÖ alt boyutlarından “Organizasyon yapısı” puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin skorlarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,017$).

Çalışanların pozisyonlarına göre ÖİÖ toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,022$). Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin skorlarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,049$).

Çalışanların çalışma şekline göre ÖİÖ skorları altı boyutlarından “Organizasyon yapısı”, “Ödüllendirme” ve ÖİÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık göstermektedir (sırasıyla $p=0,019$; $p=0,022$; $p=0,032$); gündüz çalışanların puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. “Bireysel sorumluluk”, “Risk alma”, “İlmlı çalışma ortamı” ve “Destek” puanları çalışma şekline göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışanların çalıştıkları hastanede verilen BT eğitiminin yeterliliğine göre ÖİÖ alt boyutlarından “Organizasyon yapısı”, “Ödüllendirme” ve ölçek toplam puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,002$; $p=0,002$; $p=0,026$). Hastanede verilen eğitimi yeterli bulanların skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireysel sorumluluk, risk alma, ilmlı çalışma ortamı ve destek puanları ise BT eğitim yeterliliğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tekno-Stres Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.21. Çalışanların TSÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Dağılım

	N	Min	Max	Ortalama	SD
Teknolojik yüklenme	203	1,00	5,00	2,99	1,00
Teknolojik karmaşıklık	203	1,00	5,00	3,22	0,61
Teknolojik belirsizlik	203	1,00	5,00	2,77	0,77
TSÖ Toplam Puan	203	1,69	5,00	3,01	0,53

Tablo 4.21’de Çalışanların TSÖ alt boyutları ve toplam puanlarına ilişkin dağılım incelendiğinde;

TSÖ üç alt boyut ve bir toplam puandan oluşmaktadır. Alt boyut puanlarından teknolojik yüklenme puan ortalaması $2,99 \pm 1,00$; teknolojik karmaşıklık puan ortalaması $3,22 \pm 0,61$; teknolojik belirsizlik puan ortalaması $2,77 \pm 0,77$ dir. TSÖ toplam puan ortalaması $3,01 \pm 0,53$ olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.22. Çalışanların, TSÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

Tekno Stress		Teknolojik yüklenme	Teknolojik karmaşıklık	Teknolojik belirsizlik	TSÖ Toplam Puan
Yaş	<i>R</i>	-0,035	0,078	0,070	0,047
	<i>P</i>	0,625	0,268	0,319	0,508
Aylık ortalama gelir	<i>R</i>	-0,173*	0,086	-0,120	-0,116
	<i>P</i>	0,014	0,222	0,088	0,101
Meslek süresi	<i>R</i>	-0,044	0,062	0,046	0,023
	<i>p</i>	0,530	0,378	0,513	0,745
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş Sınıflaması	< 39 yaş	3,03±1,01	3,24±0,63	2,78±0,80	3,03±0,54
	≥ 39 yaş	2,82±0,96	3,19±0,58	2,73±0,62	2,93±0,47
	<i>Test değeri (^at)</i>	1,094	0,411	0,363	0,984
	<i>P</i>	0,275	0,681	0,717	0,326
Cinsiyet	Kadın	3,04±1,04	3,20±0,63	2,73±0,79	3,00±0,54
	Erkek	2,90±0,92	3,30±0,59	2,86±0,74	3,04±0,52
	<i>Test değeri (^at)</i>	0,904	-1,104	-1,127	-0,476
	<i>P</i>	0,367	0,271	0,261	0,634
Medeni Durum	Bekar	3,14±1,02	3,17±0,67	2,80±0,84	3,04±0,56
	Evli	2,88±0,98	3,28±0,58	2,75±0,73	2,99±0,51
	<i>Test değeri (^at)</i>	1,802	-1,253	0,428	0,671
	<i>P</i>	0,073	0,212	0,669	0,503
Meslek	Doktor	2,7±0,86	3,25±0,49	2,59±0,54	2,88±0,30
	Hemşire/ebe	3,04±1,00	3,24±0,64	2,78±0,83	3,04±0,55
	Sağlık teknikeri	3,24±1,01	2,98±0,69	2,75±0,91	2,99±0,63
	Sekreter/ veri giriş uzmanı	3,01±1,10	3,29±0,62	2,91±0,74	3,09±0,58
	<i>Test değeri (^bF)</i>	1,407	1,111	1,080	1,114
	<i>P</i>	0,242	0,346	0,359	0,344

r=Pearson korelasyon analizi

^aBağımsız gruplar t testi^bTek yönlü varyans analizi *p<0,05

Tablo 4.22. Devamı: Çalışanların, TSÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

Tekno Stress		Teknolojik yüklenme	Teknolojik karmaşıklık	Teknolojik belirsizlik	TSÖ Toplam Puan
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	3,17±0,93	3,14±0,32	2,95±0,86	3,09±0,46
	Ön Lisans	3,07±1,05	3,25±0,66	2,94±0,86	3,10±0,63
	Lisans	3,05±1,03	3,24±0,68	2,73±0,79	3,02±0,55
	Y.Lisans/ doktora	2,66±0,85	3,22±0,50	2,61±0,53	2,86±0,30
	<i>Test değeri (°F)</i>	1,702	0,148	1,587	1,541
	<i>P</i>	0,168	0,931	0,194	0,205
Meslekle çalışma süresi	0-5 yıl	3,01±1,00	3,22±0,62	2,75±0,80	3,01±0,52
	6-10 yıl	2,94±1,01	3,28±0,64	2,85±0,69	3,04±0,56
	>11 yıl	3,01±1,00	3,22±0,62	2,75±0,80	3,01±0,52
	<i>Test değeri (°F)</i>	0,458	2,132	0,422	0,272
	<i>P</i>	0,633	0,121	0,656	0,762
Aylık gelir	<6700 TL	3,13±0,99	3,17±0,68	2,88±0,82	3,07±0,57
	>6700 TL	2,79±0,99	3,31±0,52	2,61±0,68	2,94±0,46
	<i>Test değeri (°t)</i>	2,394	-1,616	2,486	1,765
	<i>P</i>	0,018*	0,108	0,014*	0,068
Çalışılan birim	A.Dahili klinikler	3,15±0,87	3,42±0,59	2,79±0,76	3,14±0,45
	B.Cerrahi klinikler	3,01±1,17	3,17±0,82	3,01±0,85	3,07±0,61
	C.Acil servis	2,99±0,94	3,08±0,43	2,65±0,64	2,92±0,47
	D.Özellikli birimler	3,28±0,94	3,19±0,65	2,87±0,91	3,12±0,60
	E.Diğer birimler	2,70±0,95	3,29±0,52	2,61±0,64	2,90±0,45
	<i>Test değeri (°F)</i>	2,689	1,162	2,004	1,904
	<i>P</i>	0,032*	0,329	0,095	0,111
D-E p=0,018					

^aBağımsız gruplar t testi

^bTek yönlü varyans analizi *p<0,05

Tablo 4.22. Devamı: Çalışanların, TSÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

Tekno Stress		Teknolojik yüklenme	Teknolojik karmaşıklık	Teknolojik belirsizlik	TSÖ Toplam Puan
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Pozisyon	Doktor	2,7±0,86	3,25±0,49	2,59±0,54	2,88±0,30
	Hemşire/ ebe	3,04±1,00	3,24±0,64	2,78±0,83	3,04±0,55
	Sekreter/ veri giriş uzmanı	3,01±1,10	3,29±0,62	2,91±0,74	3,09±0,58
	Diğer	3,24±1,01	2,98±0,69	2,75±0,91	2,99±0,63
	<i>Test değeri (^bF)</i>	1,407	1,111	1,080	1,114
	<i>P</i>	0,242	0,346	0,359	0,344
Uzmanlık alanı	Sağlık Personeli	3,02±0,97	3,20±0,62	2,74±0,79	3,00±0,52
	İdari Personel	2,91±1,10	3,33±0,61	2,87±0,72	3,06±0,56
	<i>Test değeri (^at)</i>	0,607	-1,307	-1,010	-0,663
	<i>P</i>	0,546	0,193	0,314	0,508
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	2,87±0,99	3,21±0,53	2,69±0,7	2,95±0,46
	Vardiya	3,07±1,01	3,24±0,67	2,82±0,82	3,06±0,57
	<i>Test değeri (^at)</i>	-1,365	-0,279	-1,112	-1,421
	<i>P</i>	0,174	0,780	0,268	0,157
Hastanede BT eğitimi	Evet	2,99±1,03	3,29±0,58	2,79±0,82	3,04±0,58
	Hayır	2,99±0,98	3,17±0,65	2,75±0,73	2,99±0,48
	<i>Test değeri (^at)</i>	-0,001	1,388	0,363	0,785
	<i>P</i>	1,000	0,167	0,717	0,433
Hastane BT eğitiminin yeterliliği	Evet	2,89±1,03	3,26±0,58	2,72±0,85	2,98±0,58
	Hayır	3,04±0,99	3,21±0,64	2,79±0,74	3,03±0,51
	<i>Test değeri (^at)</i>	-0,974	0,527	-0,559	-0,580
	<i>P</i>	0,331	0,599	0,577	0,563

^aBağımsız gruplar t testi

^bTek yönlü varyans analizi

*p<0,05

Tablo 4.22’de Çalışanların, TSÖ alt boyut ve toplam puanlarının sosyo-demografik, kişisel ve iş yerindeki özelliklerine göre dağılımlar incelendiğinde;

Çalışanların belirlenen yaş grupları sınıflandırması, meslekte geçen toplam süre ve bu süreye ilişkin yapılan sınıflandırılmış gruplar, cinsiyet, medeni durum, meslekleri, eğitim durumları, çalışma pozisyonları, uzmanlık alanları, çalışma şekilleri, hastanede verilen BT eğitimi ve bu eğitimin yeterliliğine ilişkin görüşlerine göre ayrılan gruplar arasında TSÖ alt boyutları olan “Teknolojik yüklenme”; “Teknolojik karmaşıklık”; “Teknolojik belirsizlik” puan ortalamaları ve TSÖ toplam puan ortalamaları açısından anlamlı bir ilişki ve/veya fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile TSÖ alt boyutları olan “Teknolojik yüklenme” arasında zayıf yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($r=-0,173$; $p=0,014$); “Teknolojik karmaşıklık”; “Teknolojik belirsizlik” skorları ve TSÖ toplam puanları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Aylık gelir sınıflamalarına göre “Teknolojik karmaşıklık” ve TSÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); teknolojik yüklenme puanı aylık gelir düzeyi 6700 TL altında olanlarda anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,018$). “Teknolojik belirsizlik” skorları da yine aylık gelir düzeyi 6700 TL altında olanlarda anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,014$).

Çalışanların çalıştıkları birime göre ÖİÖ alt boyutlarından “Teknolojik yüklenme” puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,032$). İkili değerlendirmeler sonucunda özellikli birimlerde (Yoğunbakım vb.) görev yapanların skorlarının “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) de çalışanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,015$). Çalışılan öteki birimler arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışanların çalıştıkları birime göre TSÖ alt boyutları olan “Teknolojik karmaşıklık”; “Teknolojik belirsizlik” skorları ve TSÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Minnesota İş Doyum Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.23. Çalışanların MİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

MİDÖ	N	Min	Max	Ortalama	SD
İçsel Doyum	203	1,33	4,92	3,57	0,66
Dışsal Doyum	203	1,50	4,88	3,25	0,70
Genel Doyum	203	1,40	4,90	3,44	0,63

Tablo 4.23’de Çalışanların MİDÖ ve alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde;

MİDÖ 2 alt boyuttan ve genel doyum puanından oluşmaktadır. İçsel Doyum puanı ortalaması $3,57 \pm 0,66$; Dışsal doyum puanı ortalaması $3,25 \pm 0,70$ ve genel doyum puanı ortalaması $3,44 \pm 0,63$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.24. Çalışanların, MİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

Minnesota		İçsel doyum	Dışsal doyum	Genel doyum
Yaş	<i>r</i>	0,215	0,172	0,210
	<i>p</i>	0,002**	0,014*	0,003**
Aylık ortalama gelir	<i>r</i>	0,216	0,186	0,217
	<i>p</i>	0,002**	0,008**	0,002**
Meslek süresi	<i>r</i>	0,203	0,163	0,199
	<i>p</i>	0,004**	0,020*	0,004**
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş sınıflaması	< 39 yaş	3,53±0,66	3,23±0,72	3,41±0,64
	≥ 39 yaş	3,80±0,63	3,40±0,60	3,64±0,58
	<i>Test değeri (^at)</i>	-2,165	-1,295	-1,923
	<i>p</i>	0,032*	0,197	0,044*
Cinsiyet	Kadın	3,54±0,66	3,19±0,70	3,40±0,63
	Erkek	3,64±0,67	3,39±0,70	3,54±0,65
	<i>Test değeri (^at)</i>	-0,985	-1,845	-1,430
	<i>p</i>	0,326	0,067	0,154
Medeni Durum	Bekar	3,50±0,69	3,22±0,77	3,39±0,68
	Evli	3,62±0,64	3,28±0,66	3,49±0,60
	<i>Test değeri (^at)</i>	-1,275	-0,570	-1,053
	<i>p</i>	0,204	0,569	0,294
Meslek	A.Doktor	3,89±0,51	3,53±0,51	3,75±0,46
	B.Hemşire/ebe	3,51±0,71	3,18±0,72	3,38±0,67
	C.Sağlık teknikeri	3,53±0,70	3,40±0,89	3,48±0,72
	D.Sekreter/Veri giriş uzmanı	3,49±0,57	3,19±0,69	3,37±0,59
	<i>Test değeri (^bF)</i>	3,325	2,567	3,270
	<i>p</i>	0,021*	0,056	0,022*
		A-B p=0,020		A-B p=0,019
		A-D p=0,043		
Eğitim durumu	A.Sağlık Meslek Lisesi	3,78±0,56	3,49±0,63	3,67±0,54
	B.Ön Lisans	3,46±0,59	3,26±0,77	3,38±0,62
	C.Lisans	3,49±0,72	3,15±0,72	3,35±0,68
	D.Y.Lisans/ Doktora	3,86±0,52	3,46±0,57	3,70±0,48
	<i>Test değeri (^bF)</i>	3,964	2,450	3,586
	<i>p</i>	0,009**	0,065	0,015*
		B-D p=0,042		C-D p=0,026
		C-D p=0,018		
Meslekle çalışma süresi	A.0-5 yıl	3,45±0,67	3,13±0,69	3,32±0,64
	B.6-10 yıl	3,57±0,70	3,32±0,79	3,47±0,68
	C.>11 yıl	3,77±0,57	3,38±0,60	3,61±0,54
	<i>Test değeri (^bF)</i>	3,978	2,555	3,682
	<i>p</i>	0,020*	0,080	0,027*
			A-C p=0,015	
Aylık gelir	<6700 TL	3,51±0,64	3,21±0,72	3,39±0,63
	>6700 TL	3,66±0,68	3,32±0,69	3,53±0,65
	<i>Test değeri (^at)</i>	-1,651	-1,159	-1,543
	<i>p</i>	0,100	0,248	0,124

r=Pearson korelasyon analizi ^aBağımsız gruplar t testi ^bTek yönlü varyans analizi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.24. Devamı: Çalışanların, MİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik, Kişisel ve İş Yerindeki Özelliklerine Göre Dağılımları

Minnesota		İçsel doyum	Dışsal doyum	Genel doyum
Çalışılan birim	Dahili klinikler	3,50±0,82	3,19±0,73	3,38±0,76
	Cerrahi klinikler	3,50±0,70	3,28±0,68	3,41±0,64
	Acil servis	3,42±0,81	3,25±0,76	3,36±0,77
	Özellikli birimler	3,50±0,50	3,10±0,71	3,34±0,54
	Diğer birimler	3,75±0,61	3,39±0,68	3,61±0,59
	Test değeri (^bF)	1,903	1,277	1,641
	p	0,111	0,280	0,165
Uzmanlık alanı	Sağlık Personeli	3,58±0,68	3,26±0,71	3,45±0,65
	İdari Personel	3,55±0,58	3,25±0,71	3,43±0,61
	Test değeri (^at)	0,304	0,097	0,232
	p	0,762	0,922	0,816
Pozisyon	Doktor	3,89±0,51	3,53±0,51	3,75±0,46
	Hemşire/ ebe	3,51±0,71	3,18±0,72	3,38±0,67
	Sekreter/ veri giriş uzmanı	3,49±0,57	3,19±0,69	3,37±0,59
	Diğer	3,53±0,70	3,40±0,89	3,48±0,72
	Test değeri (^bF)	3,325	2,567	3,270
	p	0,021*	0,056	0,022*
	A-B p=0,020		A-B p=0,019	
	A-D p=0,043			
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	3,67±0,65	3,33±0,70	3,53±0,63
	Vardiya	3,51±0,66	3,21±0,71	3,39±0,64
	Test değeri (^at)	1,677	1,108	1,536
	p	0,095	0,269	0,126
Hastanede BT eğitimi	Evet	3,61±0,67	3,30±0,72	3,49±0,65
	Hayır	3,53±0,66	3,21±0,69	3,40±0,62
	Test değeri (^at)	0,847	0,970	0,958
	p	0,398	0,333	0,339
Hastane BT eğitiminin yeterliliği	Evet	3,62±0,71	3,36±0,73	3,52±0,68
	Hayır	3,55±0,64	3,21±0,69	3,42±0,62
	Test değeri (^at)	0,664	1,375	1,022
	p	0,508	0,171	0,308

^aBağımsız gruplar t testi^bTek yönlü varyans analizi

Tablo 4.24’de Çalışanların, MİDÖ alt boyut ve toplam puanlarının sosyo-demografik, kişisel ve iş yerindeki özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde;

Çalışanların yaşları ile MİDÖ alt boyutları olan içsel ve dışsal doyum skorları ve genel doyum puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=0,215$, $p=0,002$; $r=0,172$, $p=0,014$; $r=0,210$, $p=0,003$). Yaş sınıflamasına göre yapılan değerlendirmede; dışsal doyum puanları açısından anlamlı fark gözlenmezken, içsel doyum ve genel doyum puanlarının 39 yaş üzeri çalışanlarda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile MİDÖ alt boyutları olan içsel, dışsal genel doyum skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=0,216$, $p=0,002$; $r=0,186$, $p=0,008$; $r=0,217$, $p=0,002$). Aylık gelir sınıflamalarına göre yapılan değerlendirmelerde içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışanların meslek süreleri ile MİDÖ alt boyutları olan içsel, dışsal ve genel doyum skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=0,203$, $p=0,004$; $r=0,163$, $p=0,020$; $r=0,199$, $p=0,004$). Meslek süreleri sınıflamasına göre içsel doyum puanları arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,020$); anlamlılık incelendiğinde 0-5 yıldır çalışanların içsel ve genel doyum puanları 11 yıl üzeri çalışanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,015$, $p=0,022$).

Çalışanların cinsiyet, medeni durum, çalıştıkları birim, uzmanlık alanı, çalışma şekli, hastanede BT eğitimi verilmesi ve verilen BT eğitiminin yeterlilik durumuna göre oluşturulan gruplara göre MİDÖ alt boyutları olan içsel doyum ve dışsal doyum skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışanların mesleğine göre MİDÖ alt boyutlarından içsel doyum skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,021$). Bonferroni

düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda doktorların puanları hemşire/ebe ve sekreter/veri giriş uzmanlarının skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,020$; $p=0,043$). Dışsal doyum puanları mesleklere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Genel doyum puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,022$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin genel doyum puan ortalamasının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,018$).

Çalışanların eğitim durumuna göre MİDÖ alt boyutlarından içsel doyum skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,009$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda ön lisans ve lisans mezunlarının skorlarının Yüksek lisans ve doktora puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,042$; $p=0,019$). Dışsal doyum puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Çalışanların eğitim durumuna göre MİDÖ genel doyum puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,015$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda lisans mezunlarının skorlarının Yüksek lisans ve doktora puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,026$).

Çalışanların pozisyonlarına göre MİDÖ alt boyutlarından içsel doyum skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,021$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda doktorların puanlarının hemşire/ebe ve sekreter/veri giriş uzmanlarının skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,020$; $p=0,043$). Dışsal doyum puanları pozisyonlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Çalışanların pozisyonlarına göre MİDÖ genel doyum puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,022$). Bonferroni düzeltilmeli ikili değerlendirmeler sonucunda Hemşire/ebelerin skorlarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,018$).

Tablo 4.25. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Toplam Puanları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirmeleri

		BYÖ	İBGÖ	DKTÖ	ÖİÖ	TSÖ	MİDÖ
İBGÖ	r	-0,190**					
	P	0,006					
DKTÖ	r	0,357**	-0,323**				
	P	0,000	0,000				
ÖİÖ	r	0,301**	-0,368**	0,831**			
	P	0,000	0,000	0,000			
TSÖ	r	-0,352**	0,314**	-0,080	-0,114		
	p	0,000	0,000	0,255	0,104		
MİDÖ	r	0,316**	-0,305**	0,706**	0,638**	-0,111	
	P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,114	
İAEÖ	r	-0,310**	0,278**	-0,412**	-0,378**	0,151*	-0,360**
	P	0,001	0,001	0,001	0,001	0,031	0,001

BYÖ: Bireysel Yenilikçilik Ölçeği; İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği; DKTÖ: Değişime Karşı Tutum Ölçeği; ÖİÖ: Örgüt İklimi Ölçeği; TSÖ: Tekno-Stres Ölçeği; MİDÖ: Minnesota İş Doyumu Ölçeği; İAEÖ: İşten Ayrılma Eğilimi Ölçeği

r:Pearson korelasyon analizi **p<0,01

Tablo 4.25’de Çalışmada kullanılan ölçeklerin toplam puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde;

BYÖ toplam puanı ile İBGÖ toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=-0,190$; $p<0,01$). BYÖ toplam puanı ile DKTÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,357$; $p<0,01$). BYÖ toplam puanı ile ÖİÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,301$; $p<0,01$). BYÖ toplam puanı ile TSÖ toplam puanı arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=-0,352$; $p<0,01$). BYÖ toplam puanı ile MİDÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,316$; $p<0,01$). BYÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,310$; $p<0,01$).

İBGÖ toplam puanı ile DKTÖ toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=-0,323$; $p<0,01$). İBGÖ toplam puanı ile ÖİÖ toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=-0,368$; $p<0,01$). İBGÖ toplam puanı ile TSÖ toplam puanı arasında pozitif

yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,314$; $p<0,01$). İBGÖ toplam puanı ile minnesota iş doyum ölçeği genel doyum puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=-0,305$; $p<0,01$). İBGÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,278$; $p<0,01$).

DKTÖ toplam puanı ile ÖİÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,831$; $p<0,01$). DKTÖ toplam puanı ile TSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). DKTÖ toplam puanı ile MİDÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,706$; $p<0,01$). DKTÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=-0,412$; $p<0,01$).

ÖİÖ toplam puanı ile TSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). ÖİÖ toplam puanı ile MİDÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,638$; $p<0,01$). ÖİÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=-0,374$; $p<0,01$).

TSÖ toplam puanı ile MİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). TSÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,151$; $p<0,05$).

MİDÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=-0,360$; $p<0,01$).

4.3. Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimleri, Değişime Karşı Tutum, Tekno-Stres, Bireysel Yenilikçilik, Minnesota İş Doyum, Örgüt İklimi, İşe Bağlı Gerginlik Ölçek Puanları Arasında İlişki Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.26. Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

		BYÖ Fikir.önde rliği	BYÖ Değişim.direnç.düz	BYÖ Risk.alma	BYÖ Toplam	İBGÖ Toplam	DKTÖ Değişimde.kurumsal.politika	DKTÖ Değişimin.sonuçları	DKTÖ Değişim.direnç	DKTÖ Değişimde.yönetim.tarzı	DKTÖ Toplam	ÖİÖ Organizasyon.yapısı	ÖİÖ OBireysel.sorumluluk	ÖİÖ Ödüllendirme	ÖİÖ Risk.alma	ÖİÖ İlmh.çalışmaamı	ÖİÖ Destek	ÖİÖ Toplam	TSÖ Teknolojik.yüklenme	TSÖ Teknolojik.karmaşıklık	TSÖ Teknolojik.belirsizlik	TSÖ Toplam	MİDÖ İçsel	MİDÖ Dışsal
BYÖ Değişime direnç	r	-,109	1																					
	p	,123																						
BYÖ Risk.alma	r	,745**	-,206**	1																				
	p	,000	,003																					
BYÖ Toplam	r	,805**	-,645**	,797**	1																			
	p	,000	,000	,000																				
İBGÖ Toplam	r	-,168*	,080	-,202**	-,190**	1																		
	p	,016	,258	,004	,006																			
DKTÖ Değişimde.kurumsal.politika	r	,392**	-,012	,387**	,328**	-,281**	1																	
	p	,000	,866	,000	,000	,000																		
DKTÖ Değişimin.sonuçları	r	,386**	,093	,365**	,263**	-,303**	,763**	1																
	p	,000	,189	,000	,000	,000	,000																	
DKTÖ Değişime.direnç	r	,273**	-,336**	,322**	,416**	-,204**	,380**	,265**	1															
	p	,000	,000	,000	,000	,004	,000	,000																
DKTÖ Değişimde.yönetim.tarzı	r	,260**	,042	,144*	,157*	-,267**	,730**	,648**	,416**	1														
	p	,000	,547	,040	,025	,000	,000	,000	,000															
DKTÖ Toplam	r	,416**	-,039	,396**	,357**	-,323**	,948**	,854**	,550**	,832**	1													
	p	,000	,578	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000														
ÖİÖ Organizasyon.yapısı	r	,251**	-,170*	,217**	,287**	-,296**	,580**	,500**	,525**	,583**	,657**	1												
	p	,000	,015	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000													
ÖİÖ OBireysel.sorumluluk	r	,299**	-,079	,229**	,267**	-,278**	,580**	,574**	,320**	,532**	,627**	,578**	1											
	p	,000	,266	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000												
ÖİÖ Ödüllendirme	r	-,047	,122	-,090	-,116	-,153*	,473**	,388**	,195**	,601**	,507**	,392**	,414**	1										
	p	,509	,083	,199	,100	,029	,000	,000	,005	,000	,000	,000	,000											
ÖİÖ Risk.alma	r	,250**	-,132	,277**	,284**	-,205**	,548**	,515**	,154*	,520**	,558**	,341**	,497**	,356**	1									
	p	,000	,060	,000	,000	,003	,000	,000	,029	,000	,000	,000	,000	,000										
ÖİÖ İlmh.çalışmaamı	r	,471**	-,084	,432**	,421**	-,325**	,694**	,643**	,335**	,592**	,720**	,523**	,629**	,395**	,523**	1								
	p	,000	,232	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000									
ÖİÖ Destek	r	,347**	,010	,267**	,257**	-,389**	,596**	,605**	,353**	,549**	,654**	,586**	,615**	,334**	,266**	,588**	1							
	p	,000	,889	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000								
ÖİÖ Toplam	r	,341**	-,069	,286**	,301**	-,368**	,773**	,714**	,430**	,758**	,831**	,782**	,821**	,664**	,635**	,810**	,762**	1						
	p	,000	,325	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000							
TSÖ Teknolojik.yüklenme	r	-,244**	,206**	-,177*	-,290**	,321**	-,272**	-,301**	-,305**	-,255**	-,335**	-,359**	-,312**	-,223**	-,170*	-,220**	-,344**	-,368**	1					
	p	,000	,003	,012	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,015	,002	,000	,000						
TSÖ Teknolojik.karmaşıklık	r	,088	,160*	-,003	-,039	,052	,314**	,331**	-,026	,354**	,318**	,112	,261**	,310**	,418**	,296**	,150*	,335**	-,109	1				
	p	,214	,023	,961	,582	,462	,000	,000	,712	,000	,000	,111	,000	,000	,000	,000	,033	,000	,123					
TSÖ Teknolojik.belirsizlik	r	-,181**	,441**	-,143*	-,370**	,232**	-,003	,008	-,309**	-,013	-,064	-,246**	-,081	,056	-,033	-,113	-,074	-,113	,432**	,220**	1			
	p	,010	,000	,042	,000	,001	,963	,909	,000	,851	,367	,000	,253	,429	,640	,107	,291	,107	,000	,002				
TSÖ Toplam	r	-,184**	,390**	-,169*	-,352**	,314**	-,018	-,022	-,328**	,005	-,080	-,269**	-,100	,035	,074	-,046	-,166*	-,114	,727**	,485**	,800**	1		
	p	,009	,000	,016	,000	,000	,797	,754	,000	,946	,255	,000	,156	,622	,292	,514	,018	,104	,000	,000	,000			
MİDÖ İçsel	r	,331**	-,120	,377**	,349**	-,303**	,640**	,557**	,310**	,482**	,643**	,429**	,357**	,236**	,443**	,550**	,467**	,549**	-,369**	,288**	-,150*	-,152*	1	
	p	,000	,088	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,033	,030		
MİDÖ Dışsal	r	,246**	-,017	,280**	,222**	-,262**	,688**	,581**	,285**	,597**	,690**	,511**	,501**	,439**	,437**	,509**	,581**	,666**	-,331**	,350**	-,004	-,037	,751**	1
	p	,000	,805	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,952	,601	,000	
MİDÖ Genel	r	,316**	-,083	,359**	,316**	-,305**	,704**	,605**	,320**	,565**	,706**	,494**	,445**	,342**	,470**	,568**	,548**	,638**	-,377**	,335**	-,095	-,111	,956**	,911**
	p	,000	,242	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,176	,114	,000	,000

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

Tablo 4.26'deki Ölçekler ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon tablosu incelendiğinde,

BYÖ'nin toplam puanı, alt boyutları ile diğer ölçek alt boyutları arasındaki ilişki; BYÖ'nin alt boyutlarından fikir önderliği ile değişime direnç arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutlarından fikir önderliği ile risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,745$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile BYÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,805$; $p<0,01$).

BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile İBGÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,168$; $p<0,05$).

BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,392$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,386$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,273$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,260$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile DKTÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,416$; $p<0,01$).

BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,251$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir ($r=0,299$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile ÖİÖ'nin alt boyutu

ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,250$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,471$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile ÖİÖ'nin alt boyutu destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,347$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,341$; $p<0,01$).

BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,244$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,181$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,184$; $p<0,01$).

BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,331$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,246$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu fikir önderliği ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,316$; $p<0,01$).

BYÖ'nin alt boyutlarından değişime direnç ile risk alma arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,206$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile BYÖ'nin toplamı arasında

istatistiksel açıdan negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,645$; $p<0,01$).

BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile İBGÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,336$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile DKTÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı arasında istatistiksel açıdan negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,170$; $p<0,05$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin alt boyutu destek arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,206$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile

TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,160$; $p<0,05$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,441$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,390$; $p<0,01$).

BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile BYÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,797$; $p<0,01$).

BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile İBGÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,202$; $p<0,01$).

BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,387$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,365$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,322$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,144$; $p<0,05$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile DKTÖ'nin toplamı arasında

istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,396$; $p<0,01$).

BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,217$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,229$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,277$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,432$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile ÖİÖ'nin alt boyutu destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,267$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,286$; $p<0,01$).

BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,177$; $p<0,05$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,143$; $p<0,05$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,169$; $p<0,05$).

BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,377$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu

belirlenmiştir ($r=0,280$; $p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,359$; $p<0,01$).

BYÖ'nin toplamı ile İBGÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,190$; $p<0,01$).

BYÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,328$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,263$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,416$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,157$; $p<0,05$). BYÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,357$; $p<0,01$).

BYÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,287$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,267$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,284$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,421$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,257$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,301$; $p<0,01$).

BYÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,209$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). BYÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,370$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,352$; $p<0,01$).

BYÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,349$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,222$; $p<0,01$). BYÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,316$; $p<0,01$).

Tablo 4.26'daki İBGÖ'nin toplam puanı ile diğer ölçek alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde;

İBGÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,281$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,303$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,204$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,267$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,323$; $p<0,01$).

İBGÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,296$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,278$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,153$; $p<0,05$). İBGÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,205$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,325$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu destek arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,389$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,368$; $p<0,01$).

İBGÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,321$; $p<0,01$) İBGÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). İBGÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,232$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,314$; $p<0,01$).

İBGÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,303$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,262$; $p<0,01$). İBGÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,305$; $p<0,01$).

Tablo 4.26'daki DKTÖ'nin toplam puanı, alt boyutları ile diğer ölçek alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde;

DKTÖ'nin alt boyutlarından değişimde kurumsal politika ile değişimin sonuçları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,763$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutlarından değişimde kurumsal politika ile değişime direnç arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,380$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutlarından değişimde kurumsal politika ile değişimde yönetim tarzı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,730$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile DKTÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde çok güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,948$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,580$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,580$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,473$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,548$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,694$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile ÖİÖ'nin alt boyutu destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,596$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu

değişimde kurumsal politika ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,773$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,272$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,314$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,640$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,688$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde kurumsal politika ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,704$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutlarından değişimin sonuçları ile değişime direnç arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,265$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutlarından değişimin sonuçları ile değişimde yönetim tarzı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,648$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile DKTÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,854$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı

ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,500$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,574$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,388$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,515$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,643$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile ÖİÖ'nin alt boyutu destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,605$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,714$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,301$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,331$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,557$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,581$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel

açından pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,605$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutlarından değişime direnç ile değişimde yönetim tarzı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,416$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile DKTÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,550$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,525$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,320$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,195$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,154$; $p<0,05$). DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,335$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin alt boyutu destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,353$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,430$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,305$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,309$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt

boyutu değişime direnç ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,328$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,310$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,285$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişime direnç ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,320$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile DKTÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,832$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,583$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,532$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,601$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,520$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,592$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile ÖİÖ'nin alt boyutu destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,549$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,758$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,255$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,354$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,482$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,597$; $p<0,01$). DKTÖ'nin alt boyutu değişimde yönetim tarzı ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,565$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,657$; $p<0,01$). DKTÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,627$; $p<0,01$). DKTÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,507$; $p<0,01$). DKTÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,558$; $p<0,01$). DKTÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,720$; $p<0,01$). DKTÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutu destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,654$; $p<0,01$). DKTÖ'nin toplamı ile

ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,831$; $p<0,01$).

DKTÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,335$; $p<0,01$). DKTÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,318$; $p<0,01$). DKTÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). DKTÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

DKTÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,643$; $p<0,01$). DKTÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,690$; $p<0,01$). DKTÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,706$; $p<0,01$).

Tablo 4.26'deki ÖİÖ'nin toplam puanı, alt boyutları ile diğer ölçek alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde;

ÖİÖ'nin alt boyutları organizasyon yapısı ile bireysel sorumluluk arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,578$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutları organizasyon yapısı ile ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,392$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutları organizasyon yapısı ile risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,341$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutları organizasyon yapısı ile ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,523$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutları organizasyon yapısı ile destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki

olduğu belirlenmiştir ($r=0,586$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,782$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,359$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,246$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,269$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,429$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,511$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu organizasyon yapısı ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,494$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutları bireysel sorumluluk ile ödüllendirme arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,414$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutları bireysel sorumluluk ile risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,497$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutları bireysel sorumluluk ile ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,629$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutları bireysel sorumluluk ile destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,615$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk ile ÖİÖ'nin

toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,821$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,312$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,261$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,357$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,501$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu bireysel sorumluluk ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,445$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutları ödüllendirme ile risk alma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,356$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutları ödüllendirme ile ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,395$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutları ödüllendirme ile destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,334$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,664$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu

belirlenmiştir ($r=-0,223$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,310$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,236$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,439$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,342$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutları risk alma ile ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,523$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutları risk alma ile destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,266$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,523$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,170$; $p<0,05$). ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,418$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,443$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,437$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu risk alma ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,470$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutları ılımlı çalışma ortamı ile destek arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,588$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,810$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,220$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,296$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,550$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,509$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu ılımlı çalışma ortamı ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,568$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutu destek ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,762$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin alt boyutu destek ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,344$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu destek ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,150$; $p<0,05$). ÖİÖ'nin alt boyutu destek ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). ÖİÖ'nin alt boyutu destek ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,166$; $p<0,05$).

ÖİÖ'nin alt boyutu destek ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,467$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu destek ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,581$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin alt boyutu destek ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,548$; $p<0,01$).

ÖİÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,368$; $p<0,05$). ÖİÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,335$; $p<0,05$). ÖİÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). ÖİÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

ÖİÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,549$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında

istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,666$; $p<0,01$). ÖİÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,638$; $p<0,01$).

Tablo 4.26'daki TSÖ'nin toplam puanı, alt boyutları ile diğer ölçek alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde;

TSÖ'nin alt boyutları teknolojik yüklenme ile teknolojik karmaşıklık arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,109$; $p<0,01$). TSÖ'nin alt boyutları teknolojik yüklenme ile teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,432$; $p<0,01$). TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,727$; $p<0,01$).

TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,369$; $p<0,01$). TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,331$; $p<0,01$). TSÖ'nin alt boyutu teknolojik yüklenme ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,377$; $p<0,01$).

TSÖ'nin alt boyutları teknolojik karmaşıklık ile teknolojik belirsizlik arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,220$; $p<0,01$). TSÖ'nin alt boyutları teknolojik karmaşıklık ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,485$; $p<0,01$).

TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,288$; $p<0,01$). TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık ile

MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,350$; $p<0,01$). TSÖ'nin alt boyutu teknolojik karmaşıklık ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,335$; $p<0,01$).

TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,800$; $p<0,01$).

TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,150$; $p<0,05$). TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). TSÖ'nin alt boyutu teknolojik belirsizlik ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

TSÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,152$; $p<0,05$). TSÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). TSÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu genel doyum arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.26'daki MİDÖ'nin toplam puanı ile alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde;

MİDÖ'nin alt boyutları içsel doyum ile dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,751$; $p<0,01$). MİDÖ'nin alt boyutları içsel doyum ile genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde çok güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,956$; $p<0,01$).

MİDÖ'nin alt boyutları dışsal doyum ile genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde çok güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,911$; $p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Günümüzdeki örgütlerin devamlılığını sürdürebilmesi ve rekabet edebilmesi sahip oldukları kaynakları en etkili ve verimli biçimde kullanmaları ile ilişkilidir. Örgütler için en önemli kaynak çalışanlardır ve çalışanların performansı ve verimlilikleri, işletmenin başarısını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Çalışanların daha verimli ve daha iyi bir performans gösterebilmeleri, çalışanların yaptığı işten ne kadar tatmin olduklarına bağlıdır. Ayrıca çalışanların performansı mevcut çalışma ortamında bulunan değişim sürecine adapte olmakla da ilişkilidir. Değişim sürecinde sağlık sektöründeki ihtiyaca bağlı olarak teknolojinin önemi artmış ve çeşitli hastane süreçlerinde değişim ve dönüşümü geçirmeye başlamıştır. Bu çalışmada teknolojik değişimin sağlık çalışanları üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmamıza dâhil olan çalışanların teknolojik değişime sağladıkları uyumu ve direnci belirleyebilmek için farklı ölçekler uygulanmıştır. Ölçekler sonucunda elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

Çalışmada yer alan sosyo-demografik, kişisel, bilişim teknolojileri ve iş ile ilişkili bulgulara yönelik tartışma aşağıda verilmiştir.

Çalışanların yaş ortalaması $31,43 \pm 5,39$ (min:21-max:53) yıl olup, yaş aralığına bakıldığında %83,7'si 39 yaş altı grubunda (n=170) olduğu belirlenmiştir. Çalışanların %68'i kadın, %57,6'sı evli, %52,7'si lisans mezunu ve %53,7'si hemşire/ebe olduğu bulunmuştur. Çalışanların aylık ortalama gelirleri $7017,24 \pm 4029,30$ TL (min:2500, max:18000) olduğu, aylık ortalama gelir gruplarına bakıldığında %58,6'sının 6700TL'nin altında (n=119) bir gelire sahip olduğu belirlenmiştir. TÜRK-İŞ (Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu) (2019) verilerine göre dört kişilik bir aile için aylık yoksulluk sınırı 6.733,44TL olarak bildirilmiştir ve bu durumda çalışanların yarısından fazlası yoksulluk sınırının altında olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların meslek süreleri ortalama $8,66 \pm 6,36$ 'ı (min:1-max:27) yıl olup meslek süreleri gruplarına bakıldığında %42,4'ünün 0-5 yıl arasında çalışmakta

olduğu belirlenmiştir. Çalışma süresi, iş deneyiminin bir göstergesi olarak kabul görmektedir. Uzun süre çalışanlarda özellikle de aynı işletmeden çalışan kişilerin iş deneyiminin artması ile işyerini tanınması ve benimsemesi, yükselme olanağının olması ve işe bağlı beklentileri daha gerçekçi olması ile iş doyumunu artırmaktadır. Çalışma hayatına yeni adım atan kişiler de işyerinden ve işten beklentilerinin yüksek olması ve gerçekçi olmayan beklentiler içinde bulunmaları iş doyumlarının düşük olmasına sebep olmaktadır (Hickson ve Oshagbemi, 1999).

Çalışanların %76,8'i sağlık personeli olarak ve %62,1'i vardiyalı şekilde çalışmakta olduğu bulunmuştur. Nal ve Nal (2018) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada çalışanların %59,6'sının nöbet tuttuğunu belirtmiştir. Saygılı (2008) sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmasında katılımcıların %41,6'sı sağlık çalışanı ve çalışma şekilleri değerlendirildiğinde ise %45,1'inin sürekli gündüz, %54,8'inin ise gündüz ile nöbet şeklinde çalıştıklarını belirtmiştir. Kaya (2018) hemşirelerin üzerine yaptığı çalışmada katılımcıların %80,9'u vardiyalı şekilde çalıştığı belirtilmiştir. SB-SAGEM (Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü) (2017) yaptığı Türkiye sağlık personeli memnuniyet araştırmasında sağlık çalışanlarının %58,6'sının nöbetli ve vardiyalı çalıştığını belirtmiştir. Çalışma sonucuna göre Türkiye ortalamasının üzerinde bir ortalama vardiyalı şekilde çalıştığı bulunmuştur.

Çalışanların %25,6'sı özellikli birimlerde (Yoğun bakım, Ameliyathane, Endoskopi ve Palyatif bakım ünitesi) ve %32,5'i diğer birimlerde (TİG, Danışma, Kalite, Enfeksiyon, Nutrisyon, İş sağlığı ve güvenliği, Poliklinikler, Sicil, Hasta hakları, Eğitim, Arşiv ve Maaş, Hasta kabul, Laboratuvar, Radyoloji birimi) çalışmakta olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların tamamı örgün eğitimleri esnasında BT kullanımı ile ilişkili ders aldığını ve %92,6'sı örgün eğitimleri sırasında aldıkları BT kullanımı ile ilgili dersin temel bilgisayar eğitimini kapsadığını belirtmiştir. Türkoğlu (2010) çalışmasında, hemşirelerin eğitimi sırasında BT ile ilgili aldıkları dersin kapsamını üniversite hastanesindekilerin %29,3'ünün, özel hastanedekilerin %56'sının ve devlet hastanesindekilerin ise %35'inin temel bilgisayar dersi kapsadığını belirlemiştir. BT

konusunda eğitim alanların oranındaki bu değişimin, meslek üyesi yetiştirmek ile yükümlü eğitim kurumlarının değişen dışsal koşullara uyum göstermeye yönelik yapılan müfredat değişimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. İki yönlü bir geri dönüş mekanizması olan sağlık sektörü ve eğitim sektörü bir biri ile etkileşimini arttırarak daha kaliteli sağlık hizmeti sunumuna katkı sağlayacağı açıktır.

Çalışanların %49,8'i hastanede BT ile ilişkili eğitim aldığını ve %70,9'unun ise hastanede aldıkları BT ile ilişkili eğitimin "yetersiz" olarak değerlendirdikleri bulunmuştur. Hastanede verilen eğitimin yeterli düzeyde çalışana ulaşmadığı düşünülmektedir.

Çalışanların %61,1'i hemşirelerle ve %39,4'ü ise hekimlerle olan ilişkilerinden memnun olduğunu ifade etmiştir. Çalışanların hemşirelerden memnun olma oranı hekimlerden memnun olma oranına göre daha yüksektir. Güç mesafesi algısının geniş olduğu toplumumuzda, hekimlerle ilişkilerde ekip çalışması kavramı dışında bir otorite ile iletişim kuralları yönünde işletilmesi, sağlık meslek mensuplarının arasında tıbbi bilgi, formal ve informal iletişim içeriklerinin paylaşılmasında bir bariyer olduğu düşünülmektedir. Daha uyumlu bir sağlık ekibi, kalitesi yüksek sağlık hizmeti sunumu için bir öncül durumundadır. Bu açıdan verilen eğitimlerde hastane çalışanları arasında mezun olunan okullara göre bir hiyerarşik oluşum yerine bir sağlık örgütünde olması gereken formal oluşum baz alınmalı, bu görevlerin dışında yer alan süreçlerde ise tam bir ekip çalışmasına uyum gösterecek şekilde meslek üyesi yetiştirilmeye odaklanılması negatif örgütsel çıktı sonuçlarını da azaltacağını düşündürmektedir.

Çalışanların %65,5'i BT'yi mesleki alanı içerisinde laboratuvar bulgularını izlemek için, %60,6'sı bilgi edinmek için ve %52,2'si tedavi süreci yönetimi için kullandıkları bulunmuştur. Kardeş Özdemir ve Karakaya (2016) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin BT'yi mesleklerinde; %82,2'si ile laboratuvar sonucu alma, %72,0 ile eczaneden ilaç takibi ve %30,8 oranında araştırma yapma ve veri analizi için kullandıklarını belirtmiştir. Türkoğlu (2010) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada üniversite hastanesindeki hemşirelerin %60'nın, özel-hastanede çalışan hemşirelerin ise %56,9'unun ve devlet hastanesindeki hemşirelerin %35,3'ünün bilgisayarlı literatür/konu taramak için kullandığını belirlemiştir. Elde

edilen sonuçların hastanelerde bilişim teknolojilerinin kullanımı ile hastane süreçlerinin dijital ortama aktarılması sebebi ile iş ilişkili BT kullanımının arttığını göstermektedir.

Çalışanların BT kullanırken yaşadıkları zorlukların %92,1'i sistemin yavaş olması, %77,3'ü bağlantının kesilmesi, %37,9'u yeterli donanımın olmaması olarak belirtmiştir. Türkoğlu (2010) yaptığı çalışmada hemşirelerin hastanede BT kullanırken yaşadığı zorluklar üniversite hastanesinde çalışanların %83,6'sının, özel hastanede çalışanların %90,5'inin ve devlet hastanesinde çalışanların ise %90,7'si sistemin yavaş olduğunu belirttiklerini bildirmiştir. Daha az sürecin bilgisayar ortamında izlendiği dönemle şu anda birçok sürecin BT ile takip edildiği günümüzde ortak sorunun işletim sistemlerini yavaşlamasına sebep olan teknik süreçler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Big dataya doğru giden hastane verilerinin yönetilmesi için çalışmaları da hala süren kuantum bilgisayarların çözüm olacağı yönünde görüşler mevcuttur.

İşten Ayrılma Eğilimleri Ölçeği ile ilişkili bulguların tartışmasına ilişkin içerik şöyledir;

Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimi Ölçeği (İAEÖ) ortalama puanı $2,10 \pm 0,90$ olarak bulunmuştur. Çalışanların işten ayrılma niyetleri düşük bulunmuştur. Demirci (2019) bir devlet hastanesinde yaptığı çalışmada ise işten ayrılma niyeti puanı, ortalamanın altında çıkmıştır. Bu durumun devlet memurunluğunun getirdiği iş güvencesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların, uzmanlık alanlarına göre İAEÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,015$). Tekingündüz, Top ve Seçkin (2015) hastane çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada idari ve teknik personelin işten ayrılma niyeti yardımcı sağlık personeline göre daha yüksek olarak bulunduğunu belirtmiştir. Sağlık alanında çalışanların İAEÖ puanları idari personelden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Bu sonuç ile de sağlık çalışanların işten ayrılma eğiliminin idari personellere göre daha az olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu

durumun sağlık çalışanlarının aylık kazancının idari personel olarak çalışanlardan daha fazla olmasından kaynaklı olduğu dűřűlmektedir.

Çalıřanların, çalıřtıkları birimlere gűre İAEű puanlarını arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduđu bulunmuřtur ($p=0,013$). Cerrahi klinikleri ile “diđer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) ($p=0,027$) ve űzellikli birimler (Yođunbakım vb.) ile “diđer birimler”de (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) alıřanların ($p=0,033$) arasındaki İAEű skorları arasında fark olduđu bulunmuřtur. Yaprak (2009) hemřireler űzerinde yaptıđı çalıřmasında, yűnetim biriminde çalıřanların ayrılma niyetlerinin diđer birimlerde çalıřanlardan daha dűřűk olduđu bulunmuřtur. Cerrahi birimlerde çalıřan hemřireler ise ayrılma niyetleri en yűksek grup olarak saptanmıřtır. Bu çalıřmada elde edilen sonuçlar hem iřleyiři hem de hasta popűlasyonu açısından birbirinden farklı űzelliklere sahip birimlerden toplanılmıřtır. Bu durumun cerrahi ve űzellikli birimlerde (Yođunbakım vb.) alıřanların iř yűkűnűn “diđer birimler”e (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) gűre daha fazla olmasından kaynaklı olduđu dűřűnűlmektedir.

Bireysel Yenilikçilik űleđi’ne iliřkin bulgulara yűnelik tartıřma içeriđi ařađıda sunulmuřtur.

Çalıřmaya katılanların Bireysel Yenilikçilik űleđi (BYű) toplam puan ortalaması $65,44\pm 9,56$ olduđu saptanmıř ve BYű alt boyutlarında da fikir űnderliđi, risk alma puanları yűksek olarak ve deđiřime direnç puanı ise orta dűzeyde bulunmuřtur. Bu elde edilen sonuçların dođrultusunda çalıřmaya katılanların toplam puan ortalamasına gűre kuřkucu olarak ifade edilebilir. Yenilikler hakkında yeterli bilgi ve deneyimleri bulunmayanların yenilikçiliđe řűpheyle yaklařtıkları, yenilikleri ancak gerekliyse kabul ettikleri belirtilmektedir (Kauffman ve Techatassanasoontorn 2009). Kılıçer ve Odabaři (2010) eřitli űđretmen programında okuyan űđrenciler űzerinde yaptıkları çalıřmada BYű puanını $66,86$ olarak, Adigűzel, Kaya, Balay ve Gűen (2014) űđretmen adayları űzerinde yaptıkları çalıřmada BYű puanı $65,90$ olarak ve Sariođlu (2014) hemřireler űzerinde yaptıđı çalıřmada alıřanların BYű toplam puan ortalamasını $66,13$ olarak tespit etmiřtir. etin ve Bűlbűl (2017) okul yűneticileri űzerinde yaptıkları çalıřmalarında BYű puanını $65,04\pm 9,71$ olarak ve

Ertuğ ve Kaya (2017) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışma ise BYÖ puan ortalamasını 63.92 ± 10.061 olarak saptamışlardır. Çakın (2019) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında hemşirelerin % 45,2'sinin kuşkucu ve % 33,3'ü gelenekçi kategorisin de olarak elde etmiştir. Literatür çalışmalarının sonuçları ile aynı sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışanların yaşları ile BYÖ ve alt boyutlarının toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Çetin (2017) ve Aktaş (2018) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarda yaş ile BYÖ puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulamamışlardır. Bu çalışmada elde edilen sonucun çalışanların yaş dağılımının birbirine çok yakın olmasından ve aynı kuşağın içerisinde yer almalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile BYÖ alt boyutları olan “Fikir birliği”, “Değişime direnç”; “Risk alma” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken ($p > 0,05$); çalışanların aylık ortalama gelirleri ile BYÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. TÜRK-İŞ (2019) verilerine göre dört kişilik bir aile için aylık yoksulluk sınırı 6.733,44TL olarak bildirilmiştir. Bu sınır baz alınarak yapılan sınıflandırma ile yapılan analiz sonucunda aylık ortalama geliri <6700 TL ve üzeri çalışanların değişime direnç alt boyut puanı anlamlı derecede düşük ve BYÖ toplam puanı ise anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Ertuğ ve Kaya'nın (2017) hemşire öğrencilerde yaptıkları çalışmada aile gelirinin BYÖ puanları üzerinde fark yaratmadığı bulunmuştur. Goldsmith ve Foxall (2003) çalışmalarında yüksek geliri, yenilikçi tüketicilerin bir karakteristiği olduğunu bildirmektedir. Ekonomik faktörlerdeki iyi durum kişilerin ihtiyaçlar hiyerarşisindeki daha üst gereksinimlere yönelmesine ve daha fazla risk alma eğilimlerini arttırmasının yenilikçilik puanının gelir durumu daha iyi olan daha yüksek bulunması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların meslek süreleri ile BYÖ ve alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$). Çetin (2017) ve Aktaş (2018) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin görev yılları ile

BYÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini belirtmişlerdir. Çetin ve Bülbül (2017) okul yöneticileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında hizmet süresi ile BYÖ arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. BYÖ puanlarının görev yıllarından bağımsız olarak kişisel yatkınlıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların cinsiyetine göre BYÖ ve alt boyutlarının toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Çetin (2017), Aktaş (2018) hemşireler üzerinde ve Saraç (2019)'da ortaokul öğretmenleri üzerinde yaptıkları çalışmalarda cinsiyet değişkeni ile BYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda bir fark bulamamışlardır. Çetin ve Bülbül (2017) okul yöneticileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında cinsiyet ile BYÖ arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Cinsiyet ve zeka arasındaki ilişki açısından genel kanının aksine BYÖ puanlarının cinsiyet faktörü açısından bir fark yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışanların medeni durumuna göre BYÖ alt boyutları olan “Fikir birliği”, “Değişime direnç”; “Risk alma” ve BYÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Aktaş (2018) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada medeni durum ile BYÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Çalışanların çalıştıkları birime göre BYÖ toplam puanları ise çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiyor olsa da alt boyutlara bakıldığında “Fikir birliği” puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,038$). Anlamlılık yaratan gruplar açısından incelendiğinde; dahiliye servis çalışanlarının puanları acilde çalışanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu görülürken ($p=0,047$) diğer kliniklerin fikir önderliği puanları arasında fark saptanmamıştır. Çakın (2019)'nın yaptığı çalışmada da özellikli birimlerde çalışan hemşirelerin diğer birimlere göre bireysel yenilikçilik düzeyleri daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Aktaş (2018)'in hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada görev yapılan birim ile bireysel yenilikçilik puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmada elde edilen bu sonucun acil serviste çalışanların dahiliye servisinde

çalışanlara göre standart bir hasta popülasyonu yerine sürekli farklı ve çok çeşitli hastalıklara sahip hasta popülasyonuna bakmalarından dolayı yeniliklere daha açık olmaları gerektiğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışanların çalışma şekline göre BYÖ ve alt boyutlarının toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Çetin (2017) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada çalışma şekli ile BYÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Aktaş (2018) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada çalışma durumları ile BYÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğunu tespit etmiştir. Literatürdeki farklı sonuçlara ait çalışmalar bulunsa da elde edilen sonucun çalışma yapılan kurumda nöbet tutma mazereti bulunmayan ve sürekli gündüz vardiyasına gelen çalışanların da ayda birkaç nöbet tutmasından dolayı çalışmada farkın oluşmadığı düşünülmektedir.

Hastanede BT eğitimi verilmesi durumuna göre bireysel yenilikçilik ölçeği sınıflamaları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Kuşkucu olanlarda BT eğitimi verilmesini isteme oranı en yüksek düzeydedir. Hastanede verilen BT eğitimin yetersiz bulan çalışanlardan dolayı bu isteğin oluştuğu düşünülmektedir.

İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği'ne ilişkin bulgulara yönelik tartışma içeriği aşağıda sunulmuştur.

İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ) puan ortalaması $36,72\pm 7,33$ olarak elde edilmiştir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının orta düzeyde işe bağlı gerginlik yaşadıkları bulunmuştur. İşyeri stresi, çalışanların, kaynak veya ihtiyaçları ile çelişki olduğunda ortaya çıkan fiziksel ve duygusal tepkidir (Nadinloyi vd., 2013). İnsanlar zamanlarının çoğunu işte geçirirler ve çalışma ortamı psiko-fizyolojik ve sosyal refah üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Ayrıca, işle ilgili stres çalışanların ve iş organizasyonlarının sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir (Ippoliti vd., 2017). Literatüre bakıldığında Erçevik (2010) hemşireler üzerinde yaptığı çalışma da $40,77\pm 6,82$ ve Akbulut (2013) ise $31,81 \pm 4,09$ olarak bulurken, Kopuz (2013) da hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada $38,89\pm 8,92$ olarak bulmuştur ve literatürde yer alan çalışma sonuçları ile benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür.

Çalışanların yaşları ile İBGÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Erçevik (2010), Kopuz (2013), ve Akbulut (2013) çalışmalarındaki yaş değişkeni ile işe bağlı gerginlik ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ortaya koyan sonuçlar ile yapılan çalışmayı desteklemektedir. Çalışanların yaş gruplarının birbirine yakın olması ve %83,7'nin aynı yaş kuşağında yer almaları çalışanların benzer tepki ve davranış sergilemelerinin olasılığını artırmaktadır ve bu neden ile farkın oluşmadığı düşünülmektedir.

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile İBGÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,034$). Erçevik (2010), yaptığı çalışmada aylık gelirden menmun olanların İBGÖ puanının istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı olduğunu saptamış, Kopuz (2013) çalışmasında ise aylık gelirinden menmun olanların, menmun olmayanlara göre İBGÖ puan ortalamalarının anlamlı seviyede farklı olduğunu tespit etmiştir. Yani aylık gelir çalışanlarda işe bağlı gerginliği etkilemekte olup, gelir seviyesinin artması iş stresi ve gerginliği azaltan bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların meslek süreleri ile İBGÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Erçevik (2010), Kopuz (2013), Akbulut (2013) meslek yılı ile İBGÖ düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Literatürdeki çalışmalar ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışanların medeni durumlarına göre İBGÖ puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bekâr çalışanların İBGÖ puanlarının evlilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Godifay, Worku, Kebede, Tafese, ve Gondar, (2018)'nin sağlık çalışanlarının stres düzeyleri belirlemek için yaptığı çalışmasında çalışmamızdan farklı olarak medeni durum ile işe bağlı gerginlik puanları arasında farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Fakat Ippoliti vd. (2017)'nin yaptığı çalışmada medeni durum ile işe bağlı gerginlik puanları arasında anlamlı farklılık bulunduğu bildirilmiştir. Evli olan kişilerin sorumluluklarının daha fazla olması zorlu süreçlerde karar alırken daha çok parametreyi düşünerek hareket

etmek zorunda olmalarından dolayı, zorlu ve stresli süreçlerle daha iyi mücadele etmelerini sağladığı düşünülmektedir.

Çalışanların mesleğine göre İBGÖ puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,011$). Hemşire/ebelerin puan ortalamalarının doktorların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,032$). Literatürde bulunan diğer çalışmalarda da hemşire ve ebelerin daha yüksek işe bağlı gerginlik yaşadığı bildirilmiştir (McVicar, 2003; Kordi vd., 2011). Yapılan başka bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş olup, bunun nedeni olarak hemşirelerin doktorlardan daha az deneyime sahip oldukları olarak belirtilmiştir (Godifay vd., 2018). Fakat yapılan çalışmada elde edilen sonucun hemşire ve ebelerin çalışma koşulları ve görevleri bakımından daha yoğun, sorumluluk düzeyinin yüksek, yasal düzenlemelerdeki görev tanımlarındaki eksikliklerden kaynaklı olarak oluşan boşlukların diğer sağlık personelleri tarafından kapatılma zorunluluğunu doğurması ve hastanelerin matriks organizasyon yapısıyla ilişkili olarak proje bazlı süreçlerde söz sahibi olan doktorların fonksiyonel süreçlerdeki baskınlıklarının bu sonuca ulaşılmasına etki ettiği düşünülmektedir.

Çalışanların çalıştıkları birime göre İBGÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Anlamlılık incelendiğinde; “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) İBGÖ puanları dahiliye ve özelliikli birimlerden (Yoğun bakım vb.) anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır. Erçevik (2010), Kopuz (2013), Akbulut (2013) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada çalışanların çalıştığı birimler ve İBGÖ seviyeleri arasında karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Arıkan ve Karabulut (2004)’un çalışmasında ise hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre değerlendirildiğinde İBGÖ puanlarında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Aslan, Gürkan, Girginer ve Ünal (1996)’ın çalışmasında serviste ve yoğun bakımda çalışanların İBGÖ puanları poliklinikte çalışanlardan daha yüksek oranda bulunmuştur. Literatür incelendiğinde farklı sonuçlar yer almakla birlikte ve bu çalışmadan elde edilen sonucun bu birimlerin iş yükü ve sorumluluklarının farklılıklarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların çalışma şekline göre İBGÖ puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$). Vardiyalı çalışanların puanları sürekli gündüz çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Literatürde yapılan çalışmada da benzer olarak nöbet tutan çalışanların tutamayanlara göre daha yüksek işe bağlı gerginlik ölçeği puanı bildirilmiştir (Arıkan ve Karabulut, 2004). Yapılan diğer çalışmalarda ise nöbet tutanlarda tutmayanlara göre İBGÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Aslan vd., 1998). Nöbet ve dönüşümlü çalışmanın meslekte strese sebep olduğu literatür çalışmalarında belirtilmektedir (Aylaz ve Durmuş, 2000). Erçevik (2010) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada vardiya şeklinde çalışanların gündüz çalışanlara göre İBGÖ puanlarının istatistiksel olarak yüksek ve anlamlı bulmuştur. Fakat Kopuz (2013) ise hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada çalışma şekli ile İBGÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamıştır. Literatürdeki çalışmalarda farklı sonuçlar söz konusu olsa da yapılan çalışma sonucuna göre sürekli gündüz çalışanların düzenli çalışma periyotları ile hayatlarının daha düzenli olması, vardiyalı çalışanların ise çalışma şekillerinin değişkenlik göstermesi ve kişilerde düzensiz bir yaşam şekline neden olmasından kaynaklı olarak bu sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir.

Değişime Karşı Tutum Ölçeği'ne ilişkin bulgulara yönelik tartışma içeriği aşağıda sunulmuştur.

Değişime Karşı Tutum Ölçeği (DKTÖ) toplam puanı ortalaması $93,69\pm 17,86$ olarak elde edilmiştir. Seren (2005) yaptığı araştırma da hemşirelerin DKTÖ puan ortalaması $64,13\pm 13,12$ olarak, Uzun (2008) yaptığı araştırmasında hemşirelerin DKTÖ puan ortalaması $87,00\pm 15,75$ olarak bulurken, Taner ve Özkan (2013) yapmış oldukları çalışmada DKTÖ puan ortalaması $62,95$ olarak belirtmiştir. Özkalay (2017) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada DKTÖ puan ortalamasını $97,01\pm 16,47$ olarak ve Çakın (2019) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında ise puan ortalaması orta düzey $60,98\pm 12,66$ olarak tespit ettiğini belirtmiştir. Yapılan çalışma da elde edilen sonucun literatürde yer alan benzer çalışma sonuçlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuca ulaşılmasında çalışanların yaş ortalamalarının genç olması ve buldukları X ve Y kuşaklarının teknolojiye karşı bakış açılarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışanların yaşları ile DKTÖ ve alt boyutlarının toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Y kuşağı 1980 – 2000 arasındaki tarihlerde doğanlardan oluşmaktadır. Değişime uyum sağlamadaki özelliği nedeni bu kadar hızlı değişimin olduğu yıllarda yetişmeleri olarak görülmektedir ve günümüzdeki teknolojiler, Y kuşağının yaşamının doğal bir parçası haline gelmiştir (Kuyucu, 2017). Çalışmaya katılan kişilerin %83,7'nin Y kuşağında yer almalarından dolayı çalışanların değişime hızlı bir adaptasyon sağladığı ve değişime karşı tutumlarının olumlu olmasının bu durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Uzun (2008) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin yaşları ile DKTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğunu belirtmiştir. Fakat Özkalay (2017) ile Çelik Öztörün (2018) yaptığı çalışmada ise DKTÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının yaş grupları ile arasında anlamlı bir fark bulamadıklarını belirtmişlerdir. Literatürdeki farklı sonuçların kaynağının, farklı zaman dilimlerinde yapılan çalışmalarda ilgili kuşağın örnekleme baskın olma durumunun değişimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile DKTÖ ve alt boyutlarının toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$). Bu sonucun, ekonomik koşulların iyi olma durumunun değişimlerin getireceği risklere karşı mücadele koşullarını arttırması ve yenilikleri deneme motivasyonu sağlaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların meslek süreleri ile DKTÖ alt boyutları olan “Kurumsal politika; “Değişimin sonuçları”; “Değişime direnç”; “Değişimde yönetim tarzı” ve DKTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Çalışmanın yapıldığı kurumun yeni olması ve genç bir kadrodan oluşması doğrultusunda bu sonuca ulaşıldığı düşünülmekte ve literatürdeki çalışmalarda bu sonucu desteklemektedir. Uzun (2008), Çelik Öztörün (2018) yaptıkları çalışmalarda da mesleki çalışma süresi ile DKTÖ aldıkları puanlar, arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamadıklarını belirtmişlerdir.

Değişime karşı tutum skorları medeni duruma göre değerlendirildiğinde değişime karşı tutum toplam paunu ve değişimde yönetim tarzı, değişime direnç

puanı evli olanların bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Özkalay (2017) ve Çakın (2019)'nın hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarda DKTÖ puanlarının medeni duruma göre farklılık göstermediğini belirtilmişlerdir. Benzer olarak yapılan başka bir literatür çalışmasında Uzun, (2008) katılımcılar arasında değişime karşı tutum puanları ile medeni durum arasında ilişki bulunamamıştır. Evli olanların bekarlara göre rutin yaşamları içerisinde birçok değişken ile mücadele etme deneyimlerinin bu sonucu oluşturduğu düşünülmektedir.

Çalışmada DKTÖ toplam ve alt puanlarının eğitim seviyesi yükseldikçe arttığı gözlemlenmiştir. Seren (2005)'in yaptığı çalışmada DKTÖ puan ortalamasının ön lisans mezunlarında en düşük, lisans mezunlarında en yüksek olduğunu belirtilmiştir. Ayrıca yapılan başka bir çalışmada da sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin lisans mezunu hemşirelerden daha düşük DKTÖ puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir (Uzun, 2008). Çalışmalar değerlendirildiğinde eğitim düzeyinin değişime karşı tutumun üzerinde etkisinin olduğu ve değişime karşı olan tutumları pozitif yönde arttığı söylenebilir.

Çalışanların pozisyonlarına göre yapılan değerlendirmede hemşire/ebelerin değişimde kurumsal politikalar, değişimde yönetim tarzları ve toplam DKTÖ puanları doktorların puanlarından daha düşük belirlenmiştir. Seren (2005) yaptığı çalışmada hekim ve hemşireler arasındaki puanlamada hemşirelerin aldığı puanın daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak pozisyonlar arasındaki eğitim, yaşam standartları ve çalışma şekli farklılıklarının olduğu düşünülmektedir. Değişimin sonuçları alt boyut skorları hemşire/ebelerin de diğer pozisyonlar ve sekreterlerin puanlarından daha düşük bulunmuştur. Değişim sonuçlarının hemşirelerde farklı çıkmasının nedeni çalışma şartlarının yoğunluğu ve değişikliği sonucunda oluşabilecek farklılıklara karşı oluşan iş stresi olduğu düşünülmektedir.

Uzmanlık alanına göre DKTÖ alt boyutlarından kurumsal politika, değişimin sonuçları, değişimde yönetim ve toplam DKTÖ skorları idari birimde çalışanlarda sağlık personellerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bir kurumda değişim planlanması sürecinde aktif olarak değişimin planlanması ve sürdürülmesi sürecine hakim olan grup idari kısımlarda görevli kişilerdir. Değişim sürecinde

yeterince açık iletişim kurulmaması durumunda bilinmezlikler çalışanlar için önemli stres kaynağı oluşturmaktadır. Ayrıca çalışmanın yapıldığı kurumda yapılan değişimlerin etkileri daha çok sağlık profesyonellerinin işleyiş süreçlerini etkilemektedir. Elde edilen sonuçların bu durumlar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların çalıştıkları birime göre DKTÖ toplam puanı ve alt boyutlarından kurumsal politikalar, değişime direnç, değişimde yönetim tarzı puanları arasında anlamlı farklılık göstermiş olup anlamlılığın hangi birimden kaynaklandığı incelendiğinde “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) puanı özellikli birimlerden (Yoğun bakım vb.) anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Çakın (2019) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında çalışılan birim ile DKTÖ toplam puanı arasında anlamlı fark olduğunu ve Üstün, (2018) yaptığı çalışmada benzer sonuçlara ulaşmıştır. Çelik Öztoran, (2018) ile Başoğlu ve Durmaz Edeer (2017)’in yaptığı çalışmanın sonuçlarında çalışılan birimin değişim puanlarını etkilemediği bildirilmiştir. Literatürde farklı sonuçlar mevcuttur ve ulaşılan sonucun özellikli birimlerin (ameliyethane, yoğun bakım ve palyatif bakım, endoskopi) kapalı alanları içermesinden ve bu alanların “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) göre daha az etkileşim ve daha fazla izole olması ile iş yükünün fazla olmasından dolayı bu farkın oluştuğu düşünülmektedir.

Çalışanların pozisyonlarına göre yapılan değerlendirmede hemşire/ebelerin değişimde kurumsal politikalar, değişimde yönetim tarzları ve toplam DKTÖ puanları doktorların puanlarından daha düşük belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak pozisyonlar arasındaki eğitim, yaşam standartları ve çalışma şekli farklılıklarının olduğu düşünülmektedir. Değişimin sonuçları alt boyut skorları hemşire/ebelerin diğer pozisyonlar ve sekreterlerin puanlarından daha düşük bulunmuştur. Değişim sonuçlarının hemşire ve ebelerde farklı çıkmasının nedeni çalışma şartlarının yoğunluğu ve değişikliği sonucunda oluşabilecek farklılıklara karşı oluşan iş stresi olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların çalışma şekline göre DKTÖ alt boyutlarından Kurumsal politikalar, değişimde yönetim tarzları ve DKTÖ toplam puanı sürekli gündüz çalışanlarının vardiyalı çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlenmiştir

($p<0,05$). Sürekli gündüz çalışan ekibin yönetim kademeleri ile daha iyi iletişim içerisinde olması, vardiyada çalışan ekibin hastanenin bürokratik süreçleri ile ilgili iş süreçlerinde aktif olmamaları ve bu konuda onlara bir sorumluluk yüklenmemesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hastanede BT eğitimi verilmesine göre sadece değişimde yönetim puanı eğitim alanlarda almayanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Hastanede verilen eğitimi yeterli bulanlara göre DKTÖ alt boyutları olan kurumsal politika, değişime direnç, değişimde yönetim tarzı ve DKTÖ toplam skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür çalışmasında ise mesleği ile herhangi bir eğitime katılan hemşirelerin kurumsal politika ve değişimde Yönetim Tarzı ve DKTÖ toplam puanları herhangi bir eğitime katılmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Literatür taramalarına göre kurumlarda mesleki değişimlere ayak uydurmanın en etkin yolunun hizmet içi eğitim programlarına katılmak olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Öztürk ve Sancak, 2007). Çalışanlara mesleğe destek olacak nitelikte verilen eğitimlerin, çalışanlarda değişime karşı olan direnci azalttığı ve daha yenilikçi bir davranış geliştirdiği söylenebilir.

Örgüt İklim Ölçeği'ne ilişkin bulgulara yönelik tartışma içeriği aşağıda sunulmuştur.

Örgüt İklim Ölçeği (ÖİÖ) toplam puan ortalaması ise $3,09\pm 0,47$ dir. Örgüt İklimi Ölçeğinin alt boyutlarından organizasyon yapısı puan ortalaması $3,07\pm 0,52$ dir; bireysel sorumluluk puan ortalaması $3,15\pm 0,30$; ödüllendirme puan ortalaması $2,73\pm 0,59$; risk alma puan ortalaması $3,44\pm 0,79$; ılımlı çalışma ortamı puan ortalaması $3,44\pm 0,79$ ve destek puan ortalaması $3,11\pm 0,64$ dür. Gün ve Söyük (2017) çalışmalarında ÖİÖ puan ortalaması $2,76\pm 0,42$ iken, Kaya (2018) ise $2,93\pm 0,42$ olarak elde etmiştir. Örgütlerde çalışanlar arasındaki ilişkiler ve etkileşim örgütsel etkinliğin oluşturulmasında çok önemlidir. Özellikle çalışanların meydana gelen sorunlar sonucunda dayanışma içinde olmaları ve birbirlerine yardım etmeleri önemli davranış örneklerindedir. Bu durum çalışanlar arasında olabilecek kişiler arası çatışmaların engellenmesini veya azaltılmasını sağlamakta, koordinasyonu

arttırmakta ve işbirliğinin oluşmasına olanak sağlamaktadır (Uslusoy ve Alpar, 2013). Çalışanların dayanışmasına dayalı bir iş ortamının çalışanların işe dayalı duygu, tutum ve davranışlarını etkilediği, örgütlerin gelişimine olumlu katkılar sağladığı ve sağlıklı örgütsel iklimin oluşmasını kolaylaştırdığı ifade edilmektedir (Akyol, 2010; Casida, 2008).

Çalışanların yaşları ile ÖİÖ toplam puan ve alt boyutlarından “Destek” puanı ile yaş arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0,019$). Bu durumda artan deneyimin kişilerde örgütsel desteği arttırdığı düşünülebilir. Çalışmamıza benzer olarak Küçükgöde (2005)’nin akademik personelle yaptığı çalışmada akademik olarak daha ileri yaşta olan çalışanların örgüt iklimine bakış açısının daha pozitif olduğu görülmüştür. Gün (2016), İmre Gül (2017) çalışmalarında çalışanların yaş dağılım ile örgüt iklimi ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır. Kılıç Güner (2017)’in yaptığı çalışmada yaş oranının düşmesi ile destek düzeyinin arttığı belirtilmiş olup, bu durum çalışanların deneyiminin az olması nedeniyle birbirleri ile daha fazla dayanışma içinde olduklarını düşündürmüştür. Literatürde birbirinden farklı sonuçlar olmakla birlikte bu çalışmada elde edilen sonuçların yaş ilerledikçe fonksiyonel olmayan çatışmanın ve dolayısıyla negatif rekabet koşullarının azalması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile ÖİÖ toplam puan ve alt boyutlarından “Organizasyon yapısı”, “Risk alma”, “İlimli çalışma” puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışanların ekonomik olarak refah düzeylerinin artması ile örgüt iklimini geliştirebileceği görülmüştür. Gelir düzeyi sınıflanarak yapılan değerlendirmede “Risk alma” skorları 6700 TL ve üzeri geliri olanların diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Risk alma düzeyi ekonomik refah düzeyi ile doğrudan bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların meslek süreleri ile ÖİÖ toplam puan ve alt boyutlarından “İlimli çalışma ortamı”, “Destek” puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmış ve anlamlılık düzeyi

incelendiğinde 0-5 yıl arası çalışanların puanın 6-10 yıldır çalışanlardan anlamlı düzeyde düşük olarak bulunmuştur. Literatür çalışmalarında 11 yıl ve üzerinde çalışanların ÖİÖ puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. 1-5 yıldır ve 6-10 yıldır kurumda çalışanlar puan ortalamaları en düşük olan gruplardır (Gün ve Söyük, 2017). Huff ve Kelley (2003) çalışmalarında, çalışanların toplam çalışma sürelerine göre örgüt iklimi puan ortalamaları, toplam çalışma süreleri 11 yıl ve üzeri olanlarda en düşük olarak tespit edilmiştir ve mesleki hayatta en az zaman geçiren grup en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Aynı kurum için toplam çalışma süresi yüksek olan grubun organizasyon ikliminin oluşumunda önemli bir etken ve örgüt hafızasını da oluşturan grup olması sebebi ile destekleyici ve ılımlı bir örgüt yapısının hem mimari hem de bu faktörlerden pozitif yönde etkilenen grubu oluşturmaları önemlidir. Yeni işe başlayan grup için sürdürülebilir bir örgüt kültürü açısından değerli aktarımları ve yol göstericilikleri olacaktır. Bu nedenle sağlık kurumlarında çeşitli nedenlerle artan devir hızının ortadan kaldırılmasına yönelik çözümlerin üretilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışanların cinsiyetine göre ÖİÖ alt boyutlarından “Organizasyon yapısı”; “Bireysel sorumluluk”; “Ödüllendirme”; “Risk alma”, “ılımlı çalışma ortamı”, “Destek” ve ÖİÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yüksekbilgili (2016) sağlık işletmelerinde, Akbulut ve Kutlu (2016) hastane idari personelinin ve Kaya (2018) hemşirelerin üzerinde yaptığı çalışmada cinsiyet ile ÖİÖ genel puan ortalaması arasında anlamlı bir farka ulaşamamışlardır ve literatürdeki çalışmalar elde edilen sonucu desteklemektedir.

Çalışanların medeni durumlarına göre evli olgularda ÖİÖ alt boyut ve toplam skorları bekârlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Evli olan çalışanların geleceğe yönelik belirsizlik hissini ortadan kaldırılmasına yönelik olarak çalışma alanında yaşamını sürdürme planları mevcuttur. Atama ya da kurumlararası geçiş gibi seçenekleri ekarte eden evlilerin yaşamının geri kalanını geçirmeyi planladıkları kurumun işleyişine adaptasyon ve kurumda varlıklarını sürdürmeye yönelik ileriye dönük planlamalar içerisinde olmalarının bu sonucu oluşturduğu düşünülmektedir.

Çalışanların mesleğine göre ÖİÖ puan ortalamaları ve alt boyutlarından organizasyon yapısı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,006$). Hemşire/ebelerin puan ortalamalarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. İmre Gül (2017) ve Yüksekbilgili (2016) yaptığı çalışmalarda da meslek ile ÖİÖ genel puan ortalaması ile arasında anlamlı bir farka ulaşamadıklarını bildirmişlerdir. Literatürde yer alan çalışmalardan farklı bir sonuç elde edilmiş olsa da bu durumun nedeni olarak hemşire/ebelerin hizmet üretimi aşamasında zamanlarının büyük çoğunluğunu hasta grubu ile geçirmeleri ve organizasyonun yönetsel ve idari kısımlarında çalışanlar ile az temas kurmaları ve yönetsel süreçlerde daha az aktif olmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların çalıştıkları birime göre ÖİÖ alt boyutlarından ödüllendirme ve toplam ÖİÖ puanları “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) de görev yapanların özellikli birimlerde (Yoğun bakım vb.) çalışanlardan daha yüksek belirlenmiştir. Çalışanların çalıştıkları birime göre ÖİÖ alt boyutlarından risk alma ve ılımlı çalışma ortamı puanları “diğer birimler” (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) de görev yapanlarda cerrahi birimlerde çalışanlardan daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bunun nedeni çalışılan birimin kendine özgü özelliği ve çalışma şekillerinden kaynaklanmaktadır.

Çalışanların pozisyonlarına göre ÖİÖ toplamı ve ÖİÖ alt boyutlarından “organizasyon yapısı” puanları hemşire/ebelerin skorlarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu ve bunun nedeni ise hemşire/ebelerin işe bağlı gerginliklerinin yüksek olması ve iş doyumunun da düşük olmasından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların çalışma şekline göre ÖİÖ skorları altı boyutlarından organizasyon yapısı, ödüllendirme ve ÖİÖ toplam puanları gündüz çalışanlarda önemli düzeyde yüksek olarak bulunmuştur (sırasıyla $p=0,019$; $p=0,022$; $p=0,032$). Sürekli gündüz çalışanların orta ve üst kademe ile daha aktif temas içerisinde olmaları, kongre ve konferans gibi olanaklardan daha fazla yararlanmaları (ödüllendirme) ve görece

yatak başı çalışanlara nazaran daha fazla önceliklendirilen bir grup olmalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Tekno Stres Ölçeği'ne ilişkin bulgulara yönelik tartışma içeriği aşağıda sunulmuştur.

Tekno Stres Ölçeği (TSÖ) toplam puanı ortalaması $3,01 \pm 0,53$ dür. Alt boyut puanlarından teknolojik yüklenme puanı ortalaması $2,99 \pm 1,00$; teknolojik karmaşıklık puanı ortalaması $3,22 \pm 0,61$; teknolojik belirsizlik puanı ortalaması $2,77 \pm 0,77$ dir. Çetin ve Bülbül (2017) çalışmalarında “Tekno stres” (2,98), “Tekno-aşırı yüklenme” (3,28), “Tekno-karmaşa” (2,64) ve “Tekno-belirsizlik” (3,13) olarak elde etmiştir. Çalışma ile ulaşılan sonuçlar literatür örneği tarafından ulaşılan sonuçlar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile TSÖ alt boyutları olan “Teknolojik yüklenme” arasında zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,014$). Teknolojik belirsizlik skorları da yine aylık gelir düzeyi 6700 TL altında olanlarda anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlenmiştir. Gelir düzeyi düşük olanların diğer gruba göre teknolojik yeniliklerin getireceği iş kaybı korkusunu daha fazla yaşamalarının altında tek maaşla geçinme ve risk almayacak bir gelir grubunda olmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların çalıştıkları birime göre TSÖ alt boyutlarından teknolojik yüklenme puanları özellikli birimlerde (Yoğun bakım vb.) görev yapanların skorlarının “diğer birimler”de (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) çalışanların puanlarından daha yüksek belirlenmiştir ($p<0,01$). Özellikli birimlerde çalışanların çalışma koşullarına bağlı olarak daha karmaşık ve farklı yapıda birden fazla cihaz kullanmalarından dolayı teknolojik yüklenme puanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne ilişkin bulgulara yönelik tartışma içeriği aşağıda sunulmuştur.

İş doyumunu çalışanların işlerini ve çalışma koşullarını iyi hissetme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Ajayi, 2004). Bir işte memnuniyet, çalışanlar arasındaki kişilerarası ilişkiyi geliştirebilir ve iş performansını artırabilir. İş tatmini, bir kişinin işinin yerine getirdiği veya birinin önemli değerlerini yerine getirmesine izin verdiği algısından kaynaklanan duygusal bir tepki olarak tanımlanmıştır. Sağlık sektöründe bu özel bir öneme sahiptir (Thompson ve Phua, 2012). Minnesota İş Doyum Ölçeğinin (MİDÖ) genel doyum puan ortalaması $3,44 \pm 0,63$ dür ve içsel doyum puan ortalaması $3,57 \pm 0,66$; dışsal doyum puan ortalaması $3,25 \pm 0,70$ 'dir. Çalışanların orta düzey bir iş doyum sağladıkları elde edilmiştir. Derin (2007) çalışmasında MİDÖ puan ortalamaları; İçsel Doyumu $3,43 \pm 0,57$, Dışsal Doyumu $2,83 \pm 0,81$ ve Genel Doyumu ise $3,19 \pm 0,60$ olarak bulmuştur. Çelebi (2014) ise iş doyum düzeylerini; içsel doyumunu $2,67 \pm 0,84$, dışsal doyumunu $3,31 \pm 0,69$, genel doyumunu $3,04$ 'tür $\pm 0,63$ olarak elde etmiştir. Gören (2016) araştırmasında içsel doyum puanı $3,80 \pm 0,54$, dışsal doyum puanı $2,80 \pm 0,72$ ve genel doyumunu $3,40 \pm 0,51$ olarak bulmuştur. Çalışmada elde edilen MİDO genel doyum puanı literatür örneklerine göre daha yüksek bir sonuca ulaşılmıştır. Bunun nedeninde çalışma gruplarının farklılıklarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışanların yaşları ile MİDÖ alt boyutları olan içsel ve dışsal doyum skorları ve genel doyum puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,002$; $p=0,014$; $p=0,003$). Yaş sınıflamasına göre değerlendirildiğinde 39 yaş üzeri olgularda içsel ve genel doyum puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Aydın ve Kutlu (2001), Derin (2007), Akdemir (2012) ve Çelebi (2014), Kaya ve Oğuzöncül (2016) yapmış oldukları çalışmalarda yaş değişkeni ile iş doyum arasında pozitif düzeyde istatistiksel bir farklılık elde etmişlerdir. Fakat literatürde yapılan çalışmaların genelinde iş doyumuna yaşın etkisinin olmadığı belirtilmiştir (Yaşan vd., 2008; Voltmer vd., 2012). Greenberg ve Baron (1997) otuzlu yaşlarda iş başarısının artmasına bağlı olarak iş doyum oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızdan elde edilen bu sonucun X kuşağı ile Y ve Z kuşaklarının karakteristikleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile MİDÖ alt boyutları olan içsel, dışsal ve genel doyum puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,002$; $p=0,008$; $p=0,002$). Derin (2007), yaptığı çalışmada sağlık personelinin gelir düzeyi ile MİDÖ skorları arasında anlamlı fark olduğunu belirtmiştir. La Torre vd. (2018) ve Kaya ve Oğuzöncül (2016) yapmış oldukları araştırmalarda kişilerin gelir düzeyi arttıkça, iş doyumunu puan ortalamasının da arttığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte, diğer çalışmalarda aylık gelir ile iş doyumunu arasında negatif zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur (Burr vd., 2017; Manzoli vd., 2015). Fakat aylık gelirin çalışanların iş tatminini etkileyen, yaşam kalitesindeki belirleyici rolü nedeniyle en önemli faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (Goetzel vd., 2014).

Çalışanların cinsiyetine göre MİDÖ alt boyutları olan içsel doyum ve dışsal doyum puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Birgili, Saliş ve Özdemir (2010) yapmış oldukları çalışmada cinsiyet ile iş doyumunu puanı arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulamamışlar fakat erkeklerin, kadınlara göre iş doyum puan ortalamasının daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Çelebi (2014) ve Gören (2016) çalışmasında iş doyumunu ve cinsiyet değişkeninin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit etmiştir. Lelebici ve Mutlu (2014) yaptıkları çalışmada erkeklerin iş doyumunu puanının, kadınlara göre daha fazla olduğunu saptamıştır. Bununla birlikte Kaya ve Oğuzöncül (2016) çalışmalarında, kadınların, MİDÖ puanının ortalaması, erkeklere göre daha fazla olduğunu saptamıştır. Literatür çalışmalarının verdiği bilgiler ışığında cinsiyetin iş doyumunu üzerinde farklı sonuçlar elde edildiğini göstermekte ve bu farkın çalışmanın yapıldığı örnekleminin özellikleri ve çalışmanın yapıldığı alan ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların meslek süreleri ile MİDÖ alt boyutları olan içsel, dışsal ve genel doyum skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,004$; $p=0,020$; $p=0,004$). Meslek süreleri sınıflamasına

göre içsel doyum puanları arasında anlamlı farklılık göstermektedir ve anlamlılık incelendiğinde 0-5 yıldır çalışanların içsel ve genel doyum puanları 11 yıl üzeri çalışanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Aydın ve Kutlu (2001), Derin (2007), Kaya ve Oğuzöncül (2016) yapmış oldukları çalışmalarda meslekte çalışma süresi ile MİDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuşlardır. Lelebici ve Mutlu (2014) yaptıkları çalışmada çalışanların çalışma yılı ile iş doyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamadıklarını bildirmişlerdir. Literatürdeki çalışmalar da farklı sonuçlar mevcut olsa da birçok çalışma ile elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir. Bu sonuca ulaşılmasında çalışma süresinin artmasıyla deneyim ile tecrübenin artmakta, kişide otokontrol gelişmesine ve mesleki kariyerinin ilerlemesi ile de kıdem ve maaş yükselmektedir. Bu durum ile çalışanların iş doyumunu artmaktadır. Bunun yanı sıra genç çalışanların başka kariyer olanakları arayışı içerisinde olması mesleki doyum algılamalarının önünde önemli bir engel oluşturduğu düşündürmektedir.

Çalışanların mesleğine göre MİDÖ alt boyutlarından içsel doyum skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,021$). Doktorların puanları hemşire/ebe ve sekreter/veri giriş uzmanlarının skorlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Genel doyum puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ve hemşire/ebelerin genel doyum puan ortalamasının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Derin (2007), Erşan vd. (2013), Kaya ve Oğuzöncül (2016) çalışmalarında meslek değişkeni ve MİDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Literatür ve bu çalışmada elde edilen sonuçlar birbiri ile örtüşmektedir. Doktor ile diğer sağlık personelleri çalışanları arasındaki iş doyum farkının toplumun mesleklere gösterdiği saygı ile alınan ücretten kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışanların eğitim durumuna göre MİDÖ alt boyutlarından içsel doyum skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,009$). Eğitim durumundaki fark ön lisans ve lisans mezunlarının skorlarının Yüksek lisans ve doktora puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna göre MİDÖ genel doyum puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,015$) ve lisans mezunlarının skorlarının Yüksek lisans ve

doktora puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Khunou ve Davhana'nın (2016) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada ise eğitim düzeylerinin iş doyum oranlarını etkilemediği belirtilmiştir. Liu vd. (2018) yaptığı çalışmada ise elde ettiğimiz sonuçlara benzer olarak eğitim seviyesinin artmasıyla iş doyumunu arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Eğitim durumunun iş doyumuna üzerine olan etkisinin alınan eğitimin uygulanabilir olması ve bunun için çalışılan ortamda uygun olanakların sağlanması ile ilişkili olduğu vurgulanabilir. Lisans üstü eğitimler esnasında mesleki kimlik edinme ve mesleki ilerleme için sorumluluk alma gibi konulara vurgu yapılmaktadır. İş yaşantısında eğitim seviyesine uygun olarak görevlendirme olanağı bulmanın mesleki doyumunu arttırdığı ve mesleki olarak yükselme olanaklarının varlığının da bu grup için önemli motivasyon aracı olduğu düşünülmektedir.

Ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişkiye ait bulgulara yönelik tartışma içeriği aşağıda sunulmuştur.

Çalışmada BYÖ toplam puanı ile DKTÖ toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,328$) ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). BYÖ'nin alt boyutları 'fikir önderliği' ve 'risk alma' ile DKTÖ'nin alt boyutları olan 'değişimde kurumsal politika', 'değişime direnç', 'değişimde yönetim tarzı' ve 'değişimin sonuçları' arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Çakın (2019) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada BYÖ puanı ile DKTÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki saptamıştır. Seren (2005) kurumun yeniliklere açık olduğunu düşünen çalışanların değişime karşı tutumlarının yüksek düzeyde daha olumlu olduğunu belirtmiştir. Ayrıca kurumun yenilikçi olduğunu düşünenlerin değişimlere karşı tutumlarının daha olumlu olduğu savunulmaktadır (Üstün 2018). Öğretmenler üzerinde yapılan bir çalışmada değişime hazır olma ve bireysel yenilikçilik arasında güçlü pozitif ilişki saptanmış, yenilikçi grubun değişimi kolay kabul eden bireyler oldukları belirtilmiştir (Erdoğan ve Güneş, 2013). Literatür bilgileri ışığında ve elde edilen sonuçta göre bireysel yenilikçilik düzeyi ile değişime karşı tutum düzeyleri arasındaki ilişki çok güçlü olmasa da birbirlerini olumlu yönde etkiledikleri söylenebilir. Değişime açık olan bireylerin yeniliklere açık olma eğiliminde olmaları beklenmektedir. Değişim,

bireyler açısından önemli riskler taşımakla birlikte örgütsel açıdan alınacak önlemler ve öğrenen örgüt süreçlerinin örgüt kültürü haline getirilmesi ile çalışanlar açısından bir risk durumundan çıkarılması gerektiği düşünülmektedir.

BYÖ'nin alt boyutu 'fikir önderliği' ile ÖİÖ'nin toplamı puan ve alt boyutları 'organizasyon yapısı', 'bireysel sorumluluk', 'risk alma', 'destek' arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde (sırayla $r=0,251$; $r=0,299$; $r=0,250$; $r=0,347$; $r=0,341$) ve 'ılımlı çalışma ortamı' ile de pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,471$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Cevahirli (2016)'nın bankacılık sektöründe yaptığı çalışmasında BYÖ'nün alt boyutu olan fikir önderliği ile örgütsel iklim arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirtmiştir. Bu sonuçlara göre örgüt ikliminin güçlü olduğu ve özellikle ılımlı örgüt iklimine sahip çalışma ortamlarının çalışanlarda fikir önderliği özelliğini artıracığı ve bireylerdeki bu özelliğin ortaya çıkmasının da sağlayacağı düşünülmektedir.

BYÖ'nin alt boyutu risk alma ile ÖİÖ'nin toplam puanı ve alt boyutları 'organizasyon yapısı', 'bireysel sorumluluk', 'risk alma', 'destek' ve arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde (sırayla $r=0,286$; $r=0,217$; $r=0,229$; $r=0,277$; $r=0,267$) ve 'ılımlı çalışma ortamı' alt boyutu ile orta düzeyde ($r=0,432$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Cevahirli (2016)'nın bankacılık sektöründe yaptığı çalışmasında BYÖ alt boyutu risk alma ile Örgütsel İklim ile arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunduğunu belirtmiştir. Kişilerin risk almaları için öncelikle korkmamaları ve başarısızlık durumunda çok fazla bir yaptırım ile karşı karşıya kalmamaları gereklidir, aksi takdirde risk almaktan çekineceklerdir (Cevahirli, 2016). Literatür ile elde edilen sonuçlara göre örgütlerde organizasyon yapısının ve bireysel sorumluluk alınmasını sağlayan, destekleyici ve ılımlı iklim ortamının oluşturulması ile çalışanlar bireysel olarak yeniliklerin uygulanmasında ve oluşturulmasında risk almaları sağlanmış olunacağı düşünülmektedir.

BYÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin toplamı ve alt boyutları 'organizasyon yapısı', 'bireysel sorumluluk', 'risk alma', 'destek' arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde (sırayla $r=0,301$; $r=0,287$; $r=0,267$; $r=0,284$; $r=0,257$) ve 'ılımlı

çalışma ortamı' arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,421$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Cevahirli (2016)'nin bankacılık sektöründe yaptığı çalışmasında bireysel yenilikçilik ile örgütsel iklim arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Kişinin çalışma içerisinde yer aldığı örgüt ikliminin, yeniliği destekleyici olduğunu algılaması yenilikçi davranışlarını artırıcı yönde etkilediği bildirilmiştir (Scott ve Bruce, 1994; Schein, 1990). Bireysel yenilikçilik arttıkça örgüt ikliminin gelişiminide arttırmakta olduğu bulunmuştur.

BYÖ'nin toplamı ve alt boyutları 'fikir önderliği', 'risk alma' ile TSÖ'nin toplamı ve alt boyutları 'teknolojik yüklenme', 'teknolojik belirsizlik' arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Çetin ve Bülbül (2017) okul yöneticileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında bireysel yenilikçilik ile tekno-karmaşa ve tekno-güvensizlik arasında düşük düzeyde negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirtmiştir ($p<0,01$). Yapılan çalışma sonuçları literatürdeki sonuçlar ile benzer olup bireysel yenilikçilik arttıkça tekno-stres puanının azaldığı görülmektedir. Çalışma sonuçlarına göre özellikle teknolojik belirsizlik başta olmak üzere teknolojik karmaşıklık ve yüklenme alt boyutları çalışanların değişime karşı dirençlerini yükselterek kişilerin bireysel yenilikçilik özelliklerinin olumsuz yönde etkilemekte olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

BYÖ toplam puanı ve alt boyutları 'fikir önderliği', 'risk alma' ile MIDÖ'nin tüm alt boyutları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). İspir (2018) çalışmasında yenilikçi davranışı ile iş tatmini arasında pozitif ilişki olduğunu belirtmiştir. Bireysel yenilikçilik düzeyleri yüksek kişiler yenilikleri uygulamakta ve kullanmakta daha açık ve istekli olmaları iş doyumlarının da artmasına katkı sunacaktır.

BYÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ($r=-0,310$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,01$). Çalışkan ve Urtekin (2019) yaptığı çalışmada yenilikçi davranışın alt boyutları olan fikir üretme, fikir geliştirme ve fikir gerçekleştirme ile işten ayrılma arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olması tümevarım yöntemi ile yenilikçi davranış ile işten ayrılma niyeti

ölçeği arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aygül (2014)'ün yapmış olduğu çalışmada bireysel yenilikçilik ile işten ayrılma arasında ters bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Bilgi toplumunda işin yaratıcılığı, yenilikçiliği, çalışanı motive eden, sorumluluk veren ve çalışanın kendisini gerçekleştirmesine önem veren bir yönetim anlayışının önem kazandığı görülmektedir (Zencirkıran, 2005). Teknoloji ile birçok çalışma şeklinin değişmesi ile kendisini geliştiren ve yeniliklere uyum sağlayan çalışma şekli önem kazanmıştır (Keser, 2003). Yapılan çalışma ile elde edilen bireysel yenilikçilik ölçeğinin soucuna göre örgüt ikliminin geliştirilmesi ile kişilerin bireysel yenilikçilik özellikleri destekleneceği ve bireysel yenilikçiliği özelliği gelişen kişilerin de teknolojik stres ile daha iyi baş etmelerini sağlayacağı ve böylelikle değişime daha hızlı uyum sağlayarak iş doyumlarının artıracığı işten ayrılmaları niyetlerinin de azaltacağı söylenebilir.

İBGÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin toplamı ve alt boyutları 'teknolojik yüklenme', 'teknolojik belirsizlik' arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde (sırasıyla $r=0,314$; $r=0,321$; $r=0,232$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Teknolojinin hızla gelişmesi ve değişmesi ile kontrol edilmesi güç karmaşık, belirsiz iş ortamlarına ve iş yüküne neden olmaktadır. Bu çalışma ortamlarındaki teknolojik stresörler çalışanların işe bağlı gerginlik düzeylerini artmasına neden olmaktadır (Türen vd., 2015). Özellikle de sağlık alanı gibi iş yükü fazla olan ve zaman ile yarışılan iş kolunda tekno stresin işe bağlı gerginliği daha fazla artırabileceği düşünülmektedir.

İBGÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ($r=0,278$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,01$). İAEÖ toplam puanı ile TSÖ toplam puanı arasında da pozitif yönlü zayıf düzeyde ($r=0,151$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Firth, Mellor, Moore ve Loquet (2004) yaptıkları çalışmada da işten ayrılma eğilimi ile iş stresi arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Çalışma ortamındaki her türlü stres unsuru kişide performans ve verim kaybına neden olacağı gibi işten ayrılma ile devir hızını artıracığı söylenebilir.

İBGÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin toplamı ve alt boyutları 'değişimde kurumsal politika', 'değişimin sonuçları', 'değişime direnç', 'değişimde yönetim tarzı', arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde (sırasıyla $r=-0,323$; $r=-0,281$; $r=-0,303$; $r=-0,204$; $r=-0,267$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Özbozkurt (2019) yapmış olduğu çalışmada iş stresi ile değişime direnç arasında anlamlı ilişkinin olduğunu ve iş stresinin artması ile değişime karşı direncin arttığını belirtmiştir. Yapılan çalışma sonucunda işe bağlı gerginliğin artması değişime karşı direnci artırmakta olduğu elde edilmiştir ve literatür çalışmalarında da işe bağlı gerginlik ve stresin düzeyinin artması değişime karşı direnci artırdığı sonucunu desteklemektedir.

İBGÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutları içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde ($r=-0,303$; $r=-0,262$; $r=-0,305$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Sobreques, Cebria ve Segura (2003) yaptığı çalışmada işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Sünter, Canbaz, Dabak, Öz ve Pekşen, (2006) Pratisyen hekimler üzerinde yaptıkları çalışmalarında işe bağlı gerginlik puanı ile iş doyumunu puanı arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulduklarını belirtmişlerdir. İşe bağlı gerginlik, kişinin başarısını azaltmakta ve iş doyumunda azalma duygularını sıklıkla birlikte yaşandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu durum işten ayrılma düşüncesine de neden olmaktadır. Çalışmamızda da işe bağlı gerginlik düzeyi arttıkça işten ayrılma oranında da artma olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda ÖİÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında negatif yönde çok iyi düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Stone vd. (2007) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada örgüt iklimi ile işten ayrılma ile negatif yönde anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Literatür desteği ile elde edilen sonucun doğrultusunda örgüt iklimi seviyesi yüksek olduğu kurumlarda işten ayrılmayı azaltacağı düşünülmektedir.

MİDÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ($r=-0,360$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,01$). Yani iş doyumunu arttıkça işten ayrılma oranı düşmektedir. Literatürde iş doyumunu ile işten ayrılma

arasında negatif bir ilişki olduğunu belirten çok fazla çalışma bulunmaktadır (Scott vd., 2006; Williams, 2011; Erkuş ve Fındıklı 2013; Yıldız, 2014; Altay, 2018). Ancak araştırmalar incelendiğinde iş doyumunu ile işten ayrılmanın ilişki seviyelerini çalışmalara göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu durum iki değişken arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörlerin çalışmalarda değişiklik gösterdiğini göstermektedir. Bu sonuçlarla çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

DKTÖ toplam puanı ile TSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). DKTÖ ile tekno stresin arasında ve bazı alt boyutlarında korelasyon elde edilememiştir. Bu durumun nedeni ise kamuda değişim yapılmaya çalışıldığında, yapılan müdahalenin sonucu izlenmeden ortaya çıkan sorunlar baz alınarak değişimin ya da projenin sonlandırılması sebebi ile çalışanların uyum için çaba göstermediği ve devlet memuru güvencesi altında olmaları sebebi ile işten atılma korkularının olmaması yani kendilerini güvencede hissetmeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

DKTÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum, dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde (sırasıyla $r=0,643$; $r=0,690$) ve genel doyum alt boyutu ile istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde ($r=0,706$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Gupta ve Singla (2016) yapmış oldukları çalışmada değişim ile iş tatmini pozitif yönde anlamlı ilişki saptadığını belirtmiştir ($p<0,01$). Struijs (2012) yaptığı çalışmasında, değişim ile iş tatmini arasında anlamlı bir negatif ilişki olduğunu belirtmiştir. Literatür sonuçlarının farklılığı çalışma yapılan alanların farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü sağlık alanı sürekli yeni bilginin üretildiği ve değişimin sürekli yaşandığı dinamik bir sektördür. Çalışanlarında yenilikçi değişime açık yapıda olmaları gerekmektedir. Bu kişisel özellik çalışma alanındaki iş doyumunu etkilemekte olduğu elde edilen çalışma sonuçları ile görülmektedir.

DKTÖ'nin alt boyutları değişimin sonuçları ve değişimde yönetim tarzı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Osei-Bonsu (2014) banka sektöründe yaptığı çalışmasında değişimde

yönetim sürecinin çalışanların katılmasının sağlanması ile katılımcıların değişim sürecinden iş tatmin düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşıldığını bildirmiştir. Değişim süreci zorlu bir süreç olmakla beraber bu süreçteki en önemli unsurda bu sürecin yönetim şeklidir ve değişime karşı tutumu önemli boyutta etkilemektedir. Aynı zaman da değişim sürecindeki yönetim tarzı ve değişimin sonucu çalışanların iş doyumunu da büyük bir oranda etkilemekte olduğu elde edilmiştir.

DKTÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ($r=-0,412$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,01$). Struijs (2012) yapmış olduğu çalışmasında değişime karşı daha fazla direnç yaşayan çalışanlar işlerinden daha az memnun kaldıkları ve bu iş tatminsizliğinde işten ayrılma niyetinin artmasına neden olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışma ile elde edilen sonuçlar, literatür çalışmaları ile benzerlik göstermektedir.

DKTÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin toplamı ve alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde (sırasıyla $r=0,831$; $r=0,720$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). DKTÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin alt boyutları 'organizasyon yapısı', 'bireysel sorumluluk', 'ödüllendirme', 'risk alma', 'destek' arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde (sırayla $r=0,657$; $r=0,627$; $r=0,507$; $r=0,558$; $r=0,654$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Çelik Öztörün (2018) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında DKTÖ toplam puanı ile ÖİÖ toplam puanı arasında pozitif yönde iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur. Yeşil (2019) yaptığı çalışmada değişim tutumu ile örgüt iklimi arasında pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Bu sonuç doğrultusunda değişim yapılması planlanan örgütlerde yöneticiler örgüt iklimini, değişimi destekleyecek ve yeniliklere açık şekilde oluşturmalı veya bu şekildeki örgüt iklimini desteklemelidir. Böylelikle değişim süreci daha kolay ve hızlı gerçekleştirilebilir.

DKTÖ'nin alt boyutları değişimde kurumsal politika ve değişimde yönetim tarzı ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde ve ÖİÖ'nin alt boyutları arasında ise istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Çelik Öztörün (2018) hemşireler

üzerinde yaptığı çalışmasında DKTÖ alt boyutları olan “Kurumsal Politika” ve “Değişimde Yönetim Tarzı” ile ÖİÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmuştur. Literatür ile yapılan çalışma sonuçları benzerlik gösterirken değişim sürecinde kurumsal olarak izlenecek politikanın örgüt iklimini önemli düzeyde etkilemekte olduğu elde edilmiştir. Değişime karşı tutumda örgüt ikliminin etkisi göz önüne alınarak uygulanacak kurumsal politikanın ve yönetim tarzının örgüt iklimini destekleyici yönde olmasının süreci daha iyi yürütülmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde ($r=0,714$) ve ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme ile de arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,388$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Çelik Öztörün (2018) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında DKTÖ alt boyutu olan “Değişimin sonuçları” ile ÖİÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmuştur. Örgüt iklimi değişimin sonucununa önemli düzeyde etki etmekte olduğu görülmektedir.

TSÖ'nin toplamı ve alt boyutu teknolojik belirsizlik ile MİDÖ'nin alt boyutu işsel doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Jena (2015) akademisyenler üzerinde yaptığı çalışmasında tekno stresin iş doyumunu olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Literatür çalışması ile yapılan çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışma da her türlü stresin çalışanların iş doyumunu olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

TSÖ ve alt boyut puanları ile diğer ölçekler ve alt boyut puanları arasında daha fazla ilişki görülmesi beklenilmekle birlikte, bu örneklem açısından çalışanların iş güvencesinin olması, kendini yetiştirmeyen ya da yetkinlik kazanamayan çalışanların çok uzun süreler diğerleri tarafından kompanse edilmeleri ile çözümlerin üretilmesi ve cihaz başı eğitimlerin azlığı (yeni cihaz kullanımında yaşanan sorunların konvansiyonel yöntemlerle çözülmesi) gibi süreçlerden etkilendiği düşünülmektedir.

ÖİÖ'nin toplamı ve alt boyutlarından 'organizasyon yapısı', 'risk alma', 'ılımlı çalışma ortamı', 'bireysel sorumluluk' ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,01$). İmre Gül (2017) sağlık kuruluşlarında yaptığı çalışmada iş doyumunu ile örgüt iklimi arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğunu ve Sönmez (2014) ise çalışmasında örgüt ikliminin iş doyumunu üzerinde önemli düzeyde anlamlı etkisi olduğunu belirtmiştir. Güner (2015) yaptığı çalışmada örgüt ikliminin, iş doyumunu arttırmada önemli bir etkisinin olduğunu belirtilmiştir. Çekmecelioğlu (2005) yaptığı çalışmasında örgüt iklimi ile iş tatmini arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve örgüt ikliminin iş doyumunu artıran ve azaltan önemli bir etken olduğunu belirlemiştir. Literatür ve çalışmada elde edilen sonuca göre çalışanların iş doyumunu artırmak için özellikle değişim süreçlerinde örgüt iklimini artırılması gerektiği ve destekleyici bir yönetim anlayışının benimsenmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

ÖİÖ'nin alt boyutu ödüllendirme ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum ile genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde (sırayla $r=0,236$; $r=0,342$) ve dışsal doyum ile de arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,439$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,01$). İmre Gül (2017) sağlık kuruluşlarında yaptığı çalışmada örgüt iklimi alt boyutu ödüllendirme ile iş doyumunu arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirtmiştir. Sönmez (2014) sağlık sektörüne yönelik yapmış olduğu çalışmasında örgüt iklimi alt boyutlarından ödül alt boyutunun iş doyumunu üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu belirlemiştir. Ödüllendirme kişilerin iş doyumunu ve başarısını etkileyen önemli bir araç ve güdeleyicidir. Örgütsel bir davranış değiştirme ödüllendirmenin yöntemi, cezalandırma yönteminden daha etkilidir ve bu yüzden davranış değiştirmeden ceza yerine ödüllendirmeye ağırlık verilmesi önerilmektedir (Koçel, 2007). Çalışmada elde edilen sonuçlar literatür sonuçları birbirini desteklemekte ve değişim sürecindeki örgütlerde davranış değişikliği çok önemlidir ve bunu oluşturmak için ödüllendirme sistemleri örgüt ikliminin bir parçası olarak etkin şekilde kullanılmalıdır.

ÖİÖ'nin alt boyutu destek ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde (sırayla $r=0,467$; $r=0,581$; $r=0,548$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). İmre Gül (2017)'de sağlık kuruluşlarında yaptığı çalışmada örgüt iklimi alt boyutu destek ile iş doyumunu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu belirtmiştir. Doğan ve Üngüren (2012) çalışmalarında iş tatmini ile örgüt ikliminin destek değişkeni arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Çalışma ve literatür sonuçlarının ışığında çalışan kişiler için örgüt içerisinde arkadaş ve yönetici desteğinin önemli olduğu özellikle de değişim gibi zorlu bir süreçte daha fazla önem kazanmaktadır. Değişim gibi zorlu süreçler de çalışanların değişime uyumu için tüm destek mekanizmalarının devreye sokulması gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir hastanede sürdürülen teknolojik değişimin sağlık çalışanları üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte planlanan bu çalışma bulguları sonuçları özetlendiğinde;

Çalışmaya katılanların yaş ortalamasının $31,43 \pm 6,39$ (min:21, max:53) olduğu ve %83,7'sinin ise 39 yaşın altında olduğu, %68'i kadın olduğu, %57,6'sı evli, %53,7'si ise hemşire/ebe olduğu saptanmıştır. Çalışanların %52,7'si lisans mezunu olduğu, aylık ortalama gelirleri $7017,24 \pm 4029,30$ TL'dir. Çalışanların %76,8'i sağlık personeli olduğu, %62,1'inin vardiyalı çalıştığı ve mesleki süresi ise ortalama $8,66 \pm 6,36$ yıl olduğu saptanmıştır. Çalışanların %32,5 diğer birimler (TİG, Danışma, Kalite, Enfeksiyon, Nutrisyon, İş sağlığı ve güvenliği, Poliklinikler, Sicil, Hasta hakları, Eğitim, Arşiv ve Maaş, Hasta Kabul, Laboratuvar, Radyoloji birimi) ve %25,6'sını özelliği birimlerden (Yoğun bakım, Ameliyathane, Endoskopi ve Palyatif bakım ünitesi) çalışmakta olduğu tespit edilmiştir.

Çalışanların tamamı örgün eğitimleri esnasında BT kullanımı ile ilişkili ders aldığını %49,8'i hastanede BT ile ilişkili eğitim verildiğini, %70,9 ise hastanede aldıkları BT ile ilişkili eğitimin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Çalışanların %92,6'sı eğitimleri sırasında aldıkları BT kullanımı ile ilgili dersin temel bilgisayar eğitimini kapsadığını ifade etmiştir. Çalışanların %65,5'i BT'ni mesleğinde laboratuvar bulgularını izlemek için kullandığını, %82,3'ü BT'ni laboratuvar sonuçlarının takip etmek amacıyla kullandığı saptanmıştır. Çalışanların BT kullanımının %73,9'u depolanmış bilgilere ulaşım kolaylığı sağladığını ama %92,1'i hastane BT'ni kullanırken sistemin yavaş olması sorununu yaşadıkları saptanmıştır.

Çalışanların %61,1'i hemşirelerle olan ilişkilerinden memnun olduğunu, %57,6'si hekimlerle olan ilişkilerinden ve %59,1'i yöneticilerle olan ilişkilerinden, %52,7'si destek hizmetleri ile olan ilişkilerinden kısmen memnun oldukları saptanmıştır.

Çalışanların %38,9'unun nadiren Ciddi olarak işimi bırakmayı düşündüğü, %34,5'inin nadiren Daha iyi bir iş bulur bulmaz bu işten ayrılacağım, %36,9'unun nadiren Sıklıkla bu işten ayrılmayı düşünüyorum yanıtını verdiği tespit edilmiştir.

Çalışanların İşten Ayrılma Eğilimi Ölçeği (İAEÖ) ortalama puanı $2,10 \pm 0,90$ (min:1, max:5) olarak bulunmuştur.

Çalışanların Bireysel Yenilikçilik Ölçeğinin (BYÖ) toplam puan ortalaması $65,44 \pm 9,56$ olduğu tespit edilmiştir. Çalışanların aylık ortalama gelirleri ile BYÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışanların çalıştıkları birime göre BYÖ alt boyutları olan "Fikir önderliği" puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çalışanların İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ) puan ortalama puan $36,72 \pm 7,33$ 'dür. Çalışanların aylık ortalama gelirleri ve medeni durumları ile İBGÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bekar çalışanların İBGÖ puanlarının evlilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşire/ebelerin İBGÖ puan ortalamalarının doktorların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Vardiyalı çalışanların puanları sürekli gündüz çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışanların Değişime Karşı Tutum Ölçeği (DKTÖ) toplam puan ortalaması $93,69 \pm 17,86$ 'dır. Hemşire/ebelerin DKTÖ puan ortalamalarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışanların lisans mezunu olanların puan ortalamalarının, yüksek lisans/doktora mezunlarının puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Uzmanlık alanına göre incelendiğinde, idari personelin sağlık personeline göre DKTÖ alt boyutlarından kurumsal politika puanları, değişimin sonuçları, değişimde yönetim tarzı ve DKTÖ toplam puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışanların çalışma şekline göre DKTÖ alt boyutlarından kurumsal politika puanları sürekli gündüz çalışanlarda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır.

Çalışanların Örgüt İklimi Ölçeği (ÖİÖ) toplam puan ortalaması $3,09 \pm 0,47$ 'dir. Çalışanların yaşları ve aylık ortalama gelirleri ile ÖİÖ toplam puan

ortalamaları arasında da pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Evli olanların ÖİÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları bekarlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hemşire/ebelerin ÖİÖ alt boyutlarından organizasyon yapısı puan ortalamalarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu tespit edilmiş fakat diğer meslekler arasında fark bulunamamıştır. Gündüz çalışanların ÖİÖ alt boyutlarından organizasyon yapısı, ödüllendirme ve ÖİÖ toplam puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların Teknolojik Stres Ölçeği (TSÖ) toplam puan ortalaması $3,01\pm 0,53$ 'dür. Tekno-stres ölçeği alt boyut puanlarından "teknolojik yüklenme" puan ortalaması $2,99\pm 1,00$; "teknolojik karmaşıklık" puan ortalaması $3,22\pm 0,61$; "teknolojik belirsizlik" puan ortalaması $2,77\pm 0,77$ dir. Çalışanların çalışılan birimler göre özellikli birimlerde (Yoğunbakım vb.) görev yapanların skorlarının "diğer birimler" (Kalite, TİG, Hasta Kabul, vb.) de çalışanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Minnesota İş Doyum (MİDÖ) ölçeği 3 alt boyuttan "İçsel Doyum" puan ortalaması $3,57\pm 0,66$; "Dışsal doyum" puan ortalaması $3,25\pm 0,70$ ve "genel doyum" puan ortalaması $3,44\pm 0,63$ 'dür. Çalışanların yaş, meslek süresi ve aylık geliri ile genel doyum puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşire/ebelerin MİDÖ puan ortalamalarının doktorların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Önlisans ve lisans mezunlarının İçsel doyum puan ortalamalarının Yüksek lisans/doktora puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Lisans mezunlarının genel doyum puan ortalamalarının Yüksek lisans/doktora puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışanların ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; Çalışmada bireysel yenilikçilik ölçeği toplam puanı ile değişime karşı tutum ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,328$) ilişki bulunmuştur ($p<0,01$).

BYÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin toplamı ve alt boyutları 'organizasyon yapısı', 'bireysel sorumluluk', 'risk alma', 'destek' arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde (sırayla $r=0,301$; $r=0,287$; $r=0,267$; $r=0,284$; $r=0,257$) ve 'ılımlı

çalışma ortamı' arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,421$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

BYÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

BYÖ toplam puanı ve alt boyutları 'fikir önderliği', 'risk alma' ile MİDÖ'nin tüm alt boyutları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

BYÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ($r=-0,310$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,01$).

İBGÖ'nin toplamı ile TSÖ'nin toplamı ve alt boyutları 'teknolojik yüklenme', 'teknolojik belirsizlik' arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf düzeyde (sırasıyla $r=0,314$; $r=0,321$; $r=0,232$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

İBGÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ($r=0,278$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,01$).

İAEÖ toplam puanı ile TSÖ toplam puanı arasında da pozitif yönlü zayıf düzeyde ($r=0,151$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

İBGÖ'nin toplamı ile DKTÖ'nin toplamı ve alt boyutları 'değişimde kurumsal politika', 'değişimin sonuçları', 'değişime direnç', 'değişimde yönetim tarzı', arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde (sırasıyla $r=-0,323$; $r=-0,281$; $r=-0,303$; $r=-0,204$; $r=-0,267$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

İBGÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutları içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde ($r=-0,303$; $r=-0,262$; $r=-0,305$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

ÖİÖ toplam puanı ile İAN ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde çok iyi düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

MİDÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ($r=-0,360$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,01$).

DKTÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum, dışsal doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde (sırasıyla $r=0,643$; $r=0,690$) ve genel doyum alt boyutu ile istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde ($r=0,706$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

DKTÖ toplam puanı ile İAEÖ toplam puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ($r=-0,412$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,01$).

DKTÖ'nin toplamı ile ÖİÖ'nin toplamı ve alt boyutu ılımlı çalışma ortamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde (sırasıyla $r=0,831$; $r=0,720$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutları değişimde kurumsal politika ve değişimde yönetim tarzı ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde ve ÖİÖ'nin alt boyutları arasında ise istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

DKTÖ'nin alt boyutu değişimin sonuçları ile ÖİÖ'nin toplamı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

TSÖ'nin toplamı ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum arasında istatistiksel açıdan negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

ÖİÖ'nin toplamı ve alt boyutlarından 'organizasyon yapısı', 'risk alma', 'ılımlı çalışma ortamı', 'bireysel sorumluluk' ile MİDÖ'nin alt boyutu içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

DKTÖ toplam puanı ile TSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Öneriler

Çalışma bulguları sonuçları doğrultusunda getirilen öneriler;

- Çalışanlara değişim sürecinde gerçekleşecek iş süreçlerine ilişkin yeterlilik kazanmalarına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi gerektiği ve böylece çalışanların yetersizlik kaynaklı stres ve motivasyon eksikliğinin yönetilebileceği düşünülmektedir.
- Değişimi destekleyecek bir kurum kültürü ve ılımlı örgüt iklimine yönelik eğitimlerinin oryantasyon sürecinden itibaren verilmesi ve gerekli prosedürel düzenlemelerin gerçekleşmesi,
- Çalışanların bireysel yenilikçilik özellikleri desteklenmeli ve değişim sürecine kişiler ortak edilerek bu sürecin bir parçası haline getirilmelisi ile iş doyumunun artırılarak, işten ayrılma ile işe bağlı stresin önlenmesinin sağlanması,
- Bilişim teknoloji alt yapısının güçlendirilmesi ve çalışma ortamının uygun donanım ile düzenlenmesi,
- Değişim sürecinde yaşanacak hataların pozitif yönetim anlayışı ile ele alınması ve katılımlı bir yönetim anlayışının belirlenmesi,
- İyi uygulama örnekleri ve sürekli problemleri önleme ve çözümlenmeye yönelik tutum ve davranış geliştiren çalışanların ödüllendirilerek diğer çalışanlara da örnek olmasının sağlanması,

- İŖe bağlı gerginlik düzeyinin dūŖürülmesine yönelik olarak denetleyicilerin koçluk yeteneklerinin geliştirilmesi ve çalıŖanları güçlendirmeye yönelik girişimde bulunulması,
- ÇalıŖanların iş kaynaklı stres düzeylerini azaltmaya ve iş doyumlarını arttırmaya yönelik uygun örgüt ikliminin oluşturulması ve doğru motivasyon araçlarının kullanımı ile çalıŖan memnuniyetin artırılmasına yönelik girişimlerde bulunulması,
- Teknolojik deęiŖime gitmeyi planlayan kurumların, öncelikle personel eğitimi, deęiŖime yönelik sistematik ve açık bir iletişimin sürdürülmesi, iyi bir alt yapı ve teknolojik deęiŖimi destekleyecek doğru ve yetişmiş bir teknik ekip ve donanımın sağlanması,
- Teknolojik gelişim ile iş süreçlerindeki deęiŖimden direk etkilenen grup olarak çalıŖanlarında önerilerde bulunabileceği bir komitenin oluşturulması ve bu süreçte doğru motivasyon araçlarının kullanılması,
- Teknolojik deęiŖim ile ilişkili çalışmada yeralan ölçek ve alt boyutları arasındaki ilişki göz önüne alındığında bu alanda çalışacak araŖtırmacıların uygun örneklem büyüklüğünde model tasarımında çalışmaları yapmaları yönünde öneriler getirilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Adigüzel, A., Kaya, A., Balay, R., & Göçen, A. (2014). Öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik özellikleri ile öğrenmeye ilişkin tutum düzeyleri, *Millî Eğitim*, 204, 135-154.
- Ajayi, K. (2004). Leadership, motivation, team work and information management for organizational efficiency. *Niger J Soc Sci*, 74(6), 1-16.
- Akbulut, Y., & Kutlu, G. (2016). Örgüt ikliminin belirlenmesi: kamu hastanesi örneği, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3), 255-270.
- Akbulut, B. A. (2013). *İşe bağlı gerginlik düzeyi ve rol çatışması-rol belirsizliği durumu ve diğer etmenler*. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 347783).
- Akdemir, S. (2012). *Kamu çalışanlarının organizasyonel değişim yönetimi algısı ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: TRT genel müdürlüğü örneği*. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 328874).
- Akgeyik, T. (2001). Değişim yönetimi: İnsan kaynakları yönetiminin yeni görev alanı. *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 40, 103-122.
- Aksoy, B. (2012). Bilgi teknolojileri ve yeni çalışma ilişkileri. *Ege Akademik Bakış*, 12(3), 401-414.
- Aktaş, S. (2018). *Hemşirelerde bireysel yenilikçilik ve kurumsal bağlılık durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 521419).
- Akyol, T. (2010). *Örgütsel İklimin Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi*. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 304027).
- Alam, M. A. (2015). *Techno-stress and productivity: Survey evidence from the aviation industry*. *Journal of Air Transport Management*, 50, 62-70.
- Altay, M. (2018). *Çalışma yaşam kalitesinin iş tatmini, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti ile ilişkisinde iş yükü ve lider-üye etkileşiminin rolü*. Yayınlanmamış doktora tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Alterman R & Zito-Wolf R (1993). Agents, habitats and routine behavior In *Proceedings of Thirteenth International Joint Conference on Artificial Intelligence* (vol I), 305-310.
- Altındış, M., Altındış, S., & Saylı, H. (2011). Sağlık profesyonellerinin değişim sürecindeki tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 75-93.

- Atak, M. (2001). *Örgütsel değişim ve değişime direnç: bir örgüt ortamının değişim açısından değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 108906).
- Argüden, Y. (2004). *Değişim yönetimi*, İstanbul, Bzd Yayıncılık, s. 9.
- Arıkan, D., & Karabulut, N. (2004). Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1).
- Arslan, M. (2001). Örgüt kültürü, Yönetim ve organizasyon içinde, s.177-194, Ed. Salih GÜNEY, Ankara: Nobel Yayınları.
- Aslan, S., H, Gürkan, S., B, Girginer, H., U. & Ünal, M. (1996). İşe bağlı gerginlik ölçeğinin bir hemşire örnekleminde geçerlik ve güvenilirliği. *3 P Dergisi*, 4 (4):276-284.
- Aslan, H., Alparlan, N., Aslan, O., Kesepere, C., & Ünal, M. (1998). İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam Dergisi*, 11(2), 4-8.
- Ay, F. (2009). Uluslararası elektronik hasta kayıt sistemleri, hemşirelik uygulamaları ve bilgisayar ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(2), 131-136.
- Aydın, R., & Kutlu, Y. (2001). Hemşirelerde iş doyumunu ve kişilerarası çatışma eğilimi ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisini belirleme, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 37-45.
- Aygül, Z. (2014). *Örgütsel vatandaşlık davranışının çalışan yenilikçiliğine etkisinde örgütsel bağlılığın aracı rolü*. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 385735).
- Aylaz, R. & Durmuş, B. (2000). *Hemşirelerde iş stresi*. 2000'li yıllarda Sağlık Yüksekokullarında Eğitimin Geleceği Sempozyum Kitabı. Malatya. s.232-238.
- Aytaç, S. (2009) İş Stresi Yönetimi El Kitabı İş Stresi: Oluşumu, Nedenleri, Başa Çıkma Yolları, Yönetimi. s.1-34.
- Bal, G. C., & Akgemci, T. (2011). Bilişim teknolojilerinin üniversite hastanelerinde kullanımının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(2), 749-59.
- Başar, A., Delice, S., İlhan, M., Ergün, M., & Soncul, H. (2008). Hemşirelik hizmetlerinde bilgisayar kullanımı - gazi üniversitesi tıp fakültesi hastanesi örneği. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 1(1), 43-46.
- Başoğlu, M., & Durmaz Edeer A., (2017). X ve Y kuşağındaki hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik farkındalıklarının karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 77-84.
- Barut, L. (2015). *Fen ve teknoloji öğretmenlerinin eğitimde teknoloji kullanımına yönelik tutumları ile bilgisayar öz yeterlilikleri arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 395678).

- Barutçu, E. (2000). *Örgütsel değişim yönetimi ve Denizli tekstil işletmelerinde bir uygulama*. Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 110223).
- Barutçugil, İ. (2005). *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul, Kariyer Yayınları s. 173.
- Baycan, F. A. (1985). *Farklı meslek grupları arasında iş tatmininin birçok yönünün analizi*. Yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 369653).
- Beckhard, R. (1969). *Organization development: Strategies and models*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bensghir, K. T., & Leblebicioğlu, N. D. (2001). Teknolojik gelişmenin örgütler ve örgütsel değişim üzerindeki yansımaları. *Amme İdaresi Dergisi*, 34(2), 19-37.
- Berner, S. E., & La Lande, J. T. (2016). Overview of clinical decision support systems In *Clinical Decision Support Systems Theory and Practice*. (s. 1-18), Eds: Berner E. S. Switzerland, Springer International Publishing.
- Betz, F. (1994) *Strategic Technology Management: Engineering Technology Series*. Mc Graw Hill Book Co., Singapore, s. 59.
- Binici, K., & Akkaya, M. (2018). Bilişim teknolojilerinin bilgi merkezlerine ve hizmetlerine etkileri. *Bilgi Ve Belge Araştırmaları Dergisi*, (10), 1-22.
- Bircher, G. N. (2010). The electronic patient record: a practicing physician's In *Healthcare and the Effect of Technology: Evolutions, Challenges and Advancements*, (s.92-93). Eds: Kabene S. M. USA, Perspective Yurchak Printing Inc.
- Birgili, F., Saliş, F., & Özdemir, S. (2010). Sağlık çalışanlarının iş doyumunu etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 27-37.
- Broese, K., & Peereboom (2010). The significance of health 2.0 In *Health 2.0 It's Up To You*. The Netherlands, Council for Public Health and Health Care, s.7-37.
- Burr H., Pohrt A., Rugulies R., Holtermann, A., & Hasselhorn, H.M., (2017). Does age modify the association between physical work demands and deterioration of self-rated general health? *Scand. J. Work Environ. Health*, 43, 241-249.
- Burchell, B., Lapido, D., & Wilkinson, F. (2001). *Job Insecurity and Work Intensification*. Routledge, London.
- Cameron, E., & Green, M. (2004). *Making sense of change management: a complete guide to the models, tools and techniques of organizational change*. USA, Kogan Page, London and Sterling, p. 95-117.
- Casida, J. (2008). Linking nursing unit's culture to organizational effectiveness: A measurement tool. *Nursing Economics*, 26(1), 7-15.

- Celeleddin, S., & Arat, G. (2013). *İşletmelerde Örgütsel Değişim ve İç Girişimciliği*. İstanbul, Beta Basım Yayın, s.14-44.
- Cevahirli, E. (2016). *Örgüt iklimi ile bireysel yenilikçilik arasındaki ilişki: Bankacılık sektörü üzerine bir araştırma*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 443118).
- Clement, P. (1997). *The role of technical, political, and cultural dynamics in strategic organizational change: a case study of a community hospital in connecticut*. Doctora dissertation. University of New Haven.
- Cömert, Z. (2012). *Web madenciliği entegre edilmiş semantik web tabanlı öğrenme ortamlarının öğrenci akademik başarı ve tutumlarına etkisi*. Yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 323366).
- Cheung, K-H., Yip, Y. K., Townsend, P. J., & Scotch, M. (2008). HCLS 2.0/3.0: health care and life sciences data mashup using web 2.0/3.0. *Journal of Biomedical Informatics*, 41(5), 694-705.
- Christian, J., Dasgupta, N., Jordan, M., Juneja, M., Nilsen, W., & Reites, J. (2018). Digital health and patient registries: today, tomorrow, and the future *In 21st Century Patient Registries Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide 3rd Edition, Addendum* (s. 41-45), Eds: Gliklich, E. R. USA. AHRQ Publication.
- Çakın, A. (2019). *Hemşirelerin bireysel yenilikçilik düzeylerinin değişime karşı tutumlarına etkisinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 560236).
- Çalışkan, A. (2002). *Azerbaycan Cumhuriyeti'ndeki Türk menşeli işletmelerde bir uygulama*. Yayınlanmamış doktora tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.
- Çalışkan, A., & Urtekin, S. (2019). Yenilikçi davranışların bireylerin işten ayrılma niyetine etkisi, çalışma arkadaşları ile çatışmanın aracılık rolü üzerine Mersin ili serbest muhasebeci mali müşavirlerine ve muhasebe çalışanlarına yönelik bir araştırma. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 19-34.
- Çekmecelioğlu, H. G. (2005). Örgüt ikliminin iş tatmini ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi: bir araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6 (2), 23-39.
- Çelebi, Y. (2014). *Hemşirelik mesleğinde tükenme ve mesleki iş doyum arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi, Hali Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 365329).
- Çelik Öztoran, G. (2018). *Hemşirelerin örgüt iklimi algılarının ve değişime karşı tutumlarının belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 518533).

- Çetin, C. (2009). Değişim yönetimi, içinde *Liderlik stilleri: değişim yönetimi ve ekip çalışması*, İstanbul.İstanbul Ticaret Odası Yayınları, s. 99.
- Çetin, D. & Bülbül, T. (2017). Okul yöneticilerinin teknostres algıları ile bireysel yenilikçilik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(3), 1241-1264.
- Çetin, Y. (2017). *Yönetici hemşirelerin yenilikçi davranışlarının örgütsel vatandaşlığa etkisi*. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 473826).
- Dağ, S. (2010). *Hemşirelerin değişim yönetimi ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 247923).
- De Jong, J.P.J., & Den Hartog, D.N. (2007). How leaders influence employees' innovative behaviour. *European Journal of Innovation Management*, 10(1), 41-64.
- Delaney, R., & D'Agostino, R. (2015). The challenges of integrating new technology into an organization. *Mathematics and Computer Science Capstones*.
- Demircan, F. (2016). *Sağlık yönetim bilgi sistemleri ve iletişim teknolojilerinin sağlık yöneticileri tarafından kabul ve kullanımı: Ankara ili örneği*. Yüksek lisans tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/ulusaltezmerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Nunarası 430416).
- Demirci, U. (2019). İş doyumu ile işten ayrılma niyeti ilişkisine istihdam şekillerinin etkisi. *Journal of International Social Research*, 12(62).
- Derin N. (2007). *Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler*. Yüksek lisans tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasında erişilmiştir. (Tez Numarası 193991).
- Dertli, D. (2008). *Örgütsel bir değişim olarak teknolojik değişime iş görenlerin yaklaşımı ve iş görenlerde etkisi: öztay tekstil (abbate) örneği*. Yüksek lisans tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Nunarası 231245).
- Doğan, H., & Üngüren, E. (2012). Örgüt iklimi ve iş tatmini ilişkisi: hemşirelere yönelik karşılaştırmalı bir analiz çalışması. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 29(8), 28-45.
- Donald, L. A. (2017). *Organization Development The Process of Leading Organizational Change*, University of Denver. Printed in the United States of America Library of Congress, p:112-174.
- Doswell, W., Braxter, B., DeVito Dabbs, A., Nilsen, W., & Klem, M.L., (2013). mHealth: Technology for nursing practice, education and research. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(10), 99-109.

- Dönder Çelik, H. N. (1996). *Örgütsel değişim ve değişime direnme sorunu*. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 54433).
- Durna, U. (2002). *Yenilik yönetimi*. Ankara, Nobel Yayınları, s.155-159.
- Dursun, E. (2007). *Örgütsel değişim karşısında bireysel direnç*. Yüksek lisans tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 215191).
- Düren, A. Z. (2000). *2000'li yıllarda yönetim*. İstanbul, Alfa Yayınları, s.232.
- Düşükcan, M., & Kaya, E.Ü., (2003). *İşletmelerde bilgi teknolojilerinin kullanılma yerleri*. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları 3.
- Erçevik, R. (2010). *Hemşirelerde işe bağlı gerginlik, tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler*. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 247924).
- Erdoğan D. G, & Güneş D. Z., (2013). The Relationship Between Individual Innovativeness and Change Readiness Conditions of Students Attending Faculty Of Education, Social and Behavioal Sciences, 106, 3033-3040.
- Erdoğan, İ. (2015). *Eğitimde değişim yönetimi*. Ankara, Pegem Yayınları, s.1.
- Eren, E. (2004). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi*. İstanbul, Beta Yayınları, s.233.
- Erkmen, T. (1998). *Değişim mühendisliği uygulamaları ile örgüt kültürü algılarının karşılaştırılması*. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Erkuş, A. & Findikli, M.A., (2013). Psikolojik sermayenin iş tatmini, iş performansı ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisine yönelik bir araştırma, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 42 (2), 302-318.
- Erşan, E.E., Yildirim, G., Doğan, O., & Doğan, S. (2013). Sağlık çalışanlarının iş doyumu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg.*14, 115-21.
- Ertuğ N ve Kaya H. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik profilleri ve yenilikçiliğin önündeki engellerin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 4(3), 192-197.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health. *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 20
- Farahani, B., Firouzi, F., Chang, V., Badaroglu, M., Constant N. & Mankodiya, K. (2018). Towards fog-driven IoT ehealth: promises and challenges of iot in medicine and healthcare. *Future Generation Computer Systems*, (78), 659–676.

- Fiaidhi, J., Mohammed, S., & Wei, Y. (2010). Implications of web 2.0 technology on healthcare: a biomedical semantic blog case study In *Healthcare and the Effect of Technology: evelopments, Challenges and Advancements*. (s.270), Eds: Kabene M. S. USA.YurchakPrinting Inc.
- Firth, L., Mellor, D. J., Moore, K. A., & Loquet, C., (2004). How can managers reduce employee intention to quit?, *Journal of Managerial Psychology*, 19 (2), 170-187.
- Gabriel, J. M. O., Oburu, C. E., & Aduba, O. (2013). Managing change in nigerian business organizations. *European Journal of Business and Management*, 5(18), 138-143.
- Gerçeker, B. (2012). *Sağlık kuruluşlarında örgüt iklimi ve bilgi güvenliğinin ilişkisi*. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 331292).
- Godifay, G., Worku, W., Kebede, G., Tafese, A., & Gondar, E. (2018). Work related stress among health care workers in Mekelle City Administration Public Hospitals, North Ethiopia. *Journal of Health, Medicine and Nursing Work*, 46.
- Goetzel, R.Z., Henke, R.M., Tabrizi, M., Pelletier, K.R., Loeppke, R., Ballard, D.W., Grossmeier, J., Anderson, D.R., Yach, D., & Kelly, R.K., et al. (2014). Do workplace health promotion (wellness) programs work? *J. Occup. Environ. Med*, 56, 927–934.
- Goldsmith, R.E. & Foxall, G.R. (2003). The measurement of innovativeness In *The International Handbook in Innovation*. Edt: Larisa V. Shavinina. Elsevier Sciences Ltd.
- Gökçearslan, Ş. (2011). Semantik web (web 3.0) ve eğitim amaçlı kullanımı. *Eğitim Teknolojileri Araştırmaları Dergisi*, 2(4), 1-15.
- Göktaş, B., Önder, Ö. R., Duran, M., Şakar, S., Yılmaz, M., Güler, S., Çınar, İ., Çamlıdağ, T., Şenkal, Y., & Özdemir, G. (2017). Türkiye’de sağlık bilgi sistemleri üzerine bir araştırma. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), s.125-138.
- Gören, H. (2016). *Sağlık çalışanlarının duygusal zeka düzeyleri ile iş doyumunu arasındaki ilişkiye dair bir alan araştırması*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 431302).
- Greenberg, J., & Baron, R.A., (1997). *Behavior in Organizations: Understanding and Managing the Human Side of Work*. USA:Prentice-Hall.
- Green, F., & McIntosh, S. (2001). The intensification of work in Europe. *Labour Economics*, 8(2), 291–308.
- Gün, İ. (2016). *Hastanelerde örgüt iklimi ve örgütsel güven arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 433288).
- Gün, İ., & Söyük, S. (2017). Sağlık kuruluşlarında örgüt iklimi ve örgütsel güven arasındaki ilişki. *ACU Sağlık Bil Derg* 8(1),40-48.

- Güner, F. (2015). *Çalışma hayatında örgütsel iklim ve iş doyumu*. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir (Tez Numarası 405439).
- Gupta, S. & Singla, A. (2016). Organizational change and job satisfaction: an analysis of mediating effect of organizational trust. *Indian Journal of Commerce & Management Studies*, 7(3), p.7-13.
- Güvenli, A. (2007). *Anadolu lisesine dönüştürülen genel lise yöneticilerinin örgütsel değişim sürecinde değişim liderliği (İstanbul İli Örneği)*.Yüksek lisans tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 241825).
- HealthIT.gov, (2017). What is electronic prescribing. Official Website of The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC).
- HealthIT.gov, (2018). What is computerized provider order entry. Official Website of The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC).
- Hickson, C. & Oshagbemi, T. (1999). The Effect of Age on the Satisfaction of Academics with Teaching and Research. *International Journal of Social Economics*, 26(4), 537-544.
- HIMSS, (2017). Hospital clinical information systems evaluation in emram evaluation for hospitals. HIMSS Europe Analytics Department.
- HIMSS, (2019). About HIMSS. <https://www.himss.org/himss-faqs> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 03.05.2019
- HIMSS Analytics, (2019). Electronic medical record adoption model (EMRAM). <https://www.himssanalytics.org/emram> sayfasında erişilmiştir.
- Huff L., & Kelley L., (2003) Levels of organizational trust in individualist versus collectivist societies: A seven-nation study. *Organization Science*, 14, 81-90.
- Hurt H. T., Joseph, K., & D. Cook, C. (1977). Scales for the measurement of innovativeness. *Human Communication Research*, 4(1), 58-65.
- International Health Terminology Standards Development Organization, (2017) Short Introduction to LOINC in *Using LOINC with SNOMED CT* (s.9-14).
- Işık, O., & Akbolat, M. (2010). Bilgi teknolojileri ve hastane bilgi sistemleri kullanımı: sağlık çalışanları üzerine bir araştırma. *Bilgi Dünyası*, 11(2), 365-389.
- Ippoliti F., Corbosiero P., Canitano N., Massoni F., Ricciardi M.R., Ricci L., Archer T., Ricci S. (2017) Work-related stress, over-nutrition and cognitive disability. *Clin. Ther*, 168, 42–47.
- İleri, H., & Güven, Y. (2014). Değişim yönetimi ve değişime direnç. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 87-106.
- İmre Gül, Ç., (2017). *Örgüt ikliminin iş doyumuna etkisi: İzmir ili iki sağlık kuruluşunda bir uygulama*. Yüksek lisans tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 472315).

- İspir, İ. (2018). Çalışanların iş tatmini ile yenilikçi davranışının bireysel performansa etkisi. *İnönü University International Journal of Social Sciences (INIJOSS)*, 7 (2), 120-135.
- Jena, R. (2015). Impact of Techno stress on Job Satisfaction: An Empirical Study among Indian Academician. *The International Technology Management Review*, 5(3), 117-124.
- Kaçan Softa, H., Akduran, F., & Akyazı, E. (2012). Hemşirelerin bilgisayar kullanımlarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 845-858.
- Karakaş Yılmaz, A. (2012). *Değişim yönetimi stratejilerinin hemşireler üzerindeki etkileri: bir hastane örneği*. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 337549).
- Kardaş Özdemir, F. & Karakaya, G. (2016). Hemşirelerin bilgisayar ve bilişim teknolojisini kullanma durumları. *Araştırma Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 27(2), 126-130.
- Kauffman, R. J., & Techatassanasoontorn, A. A. (2009). Understanding early diffusion of digital wireless phones. *Telecommunications Policy*, 33(8), 432-450.
- Kaya, C. (2018). *Hemşirelerin verimliliğine ilişkin tutumları ve örgüt iklimi algılayışları*. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 515602).
- Kaya, F., & Oğuzöncül, A.F. (2016). Birinci basamak sağlık çalışanlarında iş doyumunu ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Derg.*, 43(2), 248-255.
- Keser, A. (2003). Çalışmanın anlamı, insan yaşamındaki yeri ve yaşam doyumunu üzerine bir uygulama, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Khan, S., & Shamsi, A. J. (2018). Health quest: a generalized clinical decision support system with multi-label classification. *Journal of King Saud University – Computer and Information Sciences journal homepage*.
- Khunou, S. H., & Davhana-Maselesele, M. (2016). Level of job satisfaction amongst nurses in the North-West Province, South Africa: Post occupational specific dispensation. *curationis*, 39(1), 1-10.
- Kılıç Güner, E. (2017). *Hemşirelerde meslektaş dayanışmasının örgütsel iklim üzerine etkisi*. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 462689).
- Kılıç, T. (2016). Digital hospital; an example of best practice. *International Journal Of Health Science Research And Policy*. 1(2), 52-58.
- Kılıçer, K., & Odabaşı, H. F. (2010). Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ): Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H.U. Journal of Education)*, 38: 150-164.

- Koşar, M. (2010). *Örgütsel değişim geçiren bir kurumda çalışan hemşirelerin iş doyumlarının belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 281209).
- Koçel, T. (2007). *İşletme yöneticiliği*, İstanbul, Arıkan Basım Yayın, s. 523-539.
- Kopuz, E. (2013). Hemşirelerin işe bağlı gerginlik düzeyinin belirlenmesi ve stresle baş etme tutumlarının incelenmesi: özel bir hastane örneği. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 340672).
- Kordı, M., Mohamadırız, S., Shakerı, MT., Salehı, FJ., & Hafız L. (2011) The relationship between midwives' work stress and perimenstrual distress. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 14 (3), 54-63.
- Kotter, J. P., & Ve Schlesinger, L. A. (2008). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, s. 130-139.
- Köse, A. (2011). Hemşirelerin bilgisayar kullanım durumlarının belirlenmesine yönelik bir ampirik çalışma – Trabzon ili örneği. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 5(1), 37-43.
- Kuyucu, M. (2017). Y kuşağı ve teknoloji: y kuşağının iletişim teknolojilerini kullanım alışkanlıkları. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*. 5(2), 854-872.
- Kutlutürk, L. (2011). *Hacettepe üniversitesi hastanesi örneğinde bilgi yönetim sistemleri ve hastane çalışanlarının teknolojik değişimlere karşı gösterdiği direncin değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 308562).
- Küçükgöde, V. (2005). *Çukurova Üniversitesi ziraat fakültesi öğretim üyelerinin örgüt iklimi hakkındaki düşünceleri*. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 202972).
- Küçükusta, D. (2007). *Konaklama işletmelerinde iş-yaşam dengesinin çalışma yaşamı kalitesine etkisi*. Yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 207845).
- La Torre, G., Sestili, C., Mannocci, A., Sinopoli, A., De Paolis, M., De Francesco, S., ... & Sernia, S. (2018). Association between Work Related Stress and Health Related Quality of Life: The impact of socio-demographic variables. A cross sectional study in a region of central Italy. *International journal of environmental research and public health*, 15(1), 159.
- Landau, J., & Hammer, T. H. (1986). Clerical employees' perceptions of intraorganizational career opportunities. *Academy of Management Journal*, 29(2), 385-404.
- Leblebici, Ö., & Mutlu, S. (2014). Türkiye'de kamu sağlık çalışanlarının iş doyumlarının sağlıkta dönüşüm programı bağlamında incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(3), 48-63.
- Liu, W., Zhao, S., Shi, L., Zhang, Z., Liu, X., Li, L., ... & Fan, L. (2018). Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ open*, 8(6), 019525.

- Litwin, G. & Stringer, R. (1968). *Motivation and Organizational Climate*, Division Of Research Graduate School Of Business Administration, Printed United States of America, Boston, 29-146.
- Luchtvaartfeiten.nl, (2015). Human factors as a symptom of systematic problems. *Human Factors Fact Sheet*, 1-9.
- Mair, F. S., May, C., O'Donnell, C., Finch, T., Sullivand, F., & Murraye E. (2012). Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. *Bull World Health Organ*, 90, 357–364.
- Mantler, J., Matejcek, A., & Matheson, K. (2005). Coping with employment uncertainty: a comparison of employed and unemployed workers. *J. Occup. Health Psychol.* 10 (3), 200-209.
- Manzoli, L., Sotgiu, G., Magnavita, N., & Durando, P., (2015). National working group on occupational hygiene of the italian society of hygiene, preventive medicine and public health (siti) evidence-based approach for continuous improvement of occupational health. *Epidemiol. Prev.*, 39, 81–85.
- McVicar A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 44(6), 633- 42.
- Mersinkaya, İ. (2011). *Yerel yönetimlerde yönetim bilişim sistemlerinin uygulanması: Aydın merkez, Nazilli ve Söke ilçe belediyeleri örneği*. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 312369).
- Meyer-Ebrecht, D. (1994). Picture archiving Review paper and communication systems (PACS) for medical application. *International Journal of Bio-Medical Computing*, 35(2), 91-124.
- Murugesan, P., Natarajan, P. S., & Karthigeyan, L. (2014). Clinical Decision Support Systems. Computer Sciences Corporation (CSC) Papers.
- Mullin G. (2017a). Clinical decision support In *Health Reference Series; Health Technology Sourcebook, First Edition*. (s. 101-106). US. Omnigraphics.
- Mullin G. (2017b). Digital health In *Health Reference Series; Health Technology Sourcebook, First Edition*. (s. 53-60). US. Omnigraphics.
- Nadler, D. A., Jenkins, G. D., Camman, C., Lawler, E. E. (1975). *The Michigan Organizational Assessment Package: Progress Report II*. Ann Arbor: Institute For Social Research, University of Michigan.
- Nadinloyi K. B., Sadeghi H., Hajloo N. (2013). Relationship between job satisfaction and employees mental health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 293–297.
- Nal, M., & Nal, B. (2018). Sağlık çalışanlarının iş doyumunu düzeylerinin incelenmesi: Bir kamu hastanesi örneği. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 131-140.
- Nokay, İ. (2015). *Biliim teknolojilerinin hastane hizmet performansına etkisi*. Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 399003).
- Osei-Bonsu, N. (2014). The impact of change management on job satisfaction of employees in ghana's banking sector. *Problems of Management in the 21st Century*, 9(2), 140-149.

- Ömürbek, N., & Altın, F. G. (2009). Sağlık bilişim sistemlerinin uygulanmasına ilişkin bir araştırma: İzmir örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (19), 211-232.
- Özbozkurt, B.O. (2019). Değişime direnç ve iş stresi arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine nicel bir araştırma. *Academia*, 2019(2), 1180-1197.
- Özdemir, F. (2006). *Örgütsel iklimin iş tatmin düzeyine etkisi: tekstil sektöründe bir araştırma*, Yayınlanmamış doktora tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özdemir, L. (2010). Bilişim teknolojisi tutumları farklı üniversite personelinin bilişim teknolojisi ve becerilerinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(1), 113-28.
- Özdemir, L., & Dulkadir, B. (2017). Bilişim teknolojisi işlevlerinin örgütsel performans üzerine etkisi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 15(29), 25-41.
- Özgener, Ş. (2005). Çalışma Hayatında Esnekliğin İşletme Üzerinde Etkileri: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Amme İdaresi Dergisi*, 38(3), 51-79.
- Özkalay G. (2017). *Hemşirelerin değişime karşı tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 494718).
- Özkalp, E. & Kirel, Ç. (2010), *Örgütsel Davranış*. Bursa, Ekin Yayınları, s.450.
- Öztürk M., & Sancak S., (2007). Hizmet içi eğitim uygulamalarının çalışma hayatına etkileri. *Journal of Yasar University*, 2(7), 761-794.
- Öztop, S. (2014). *Kamu çalışanlarının örgütsel değişim yönetimi uygulamalarına yönelik algısı*. Doktora tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 369133).
- Sabooniha, N., Toohey, D., & Lee, K. (2012). An evaluation of hospital information systems integration approaches. *International Conference on Advances in Computing, Communications and Informatics*. 498-504.
- Sabuncuoğlu Tolay, E. (2008). Liderlik, değişim ve yenilik, içinde *Liderlik ve Motivasyon* (s.63-82), Ed. Serinkan, C. Ankara, Nobel Yayınları.
- Sabuncuoğlu, Z., & Tüz, M. (2002). *Örgütsel Psikoloji*. Bursa, Alfa aktüel yayınları, s. 217.
- Sağlık Bakanlığı, (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri içinde *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, (s. 30-42), Ed. Akdağ, R. Sağlık Bakanlığı Yayınları <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 14.05.2019).
- Sağlık Bakanlığı, (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002–2008, içinde *2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, (s.21), Ed. Akdağ, R. Sağlık Bakanlığı Yayınları <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/189> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 24.04.2019).

- Sağlık Bakanlığı, (2015). Gösterge Yönetimi Rehberi, (s.6). Ankara SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Yayını <https://kalite.saglik.gov.tr> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 24.04.2019).
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SB-SAGEM) (2017). Türkiye Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SAGEMpersonelMemnuniyeti2017.pdf> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 18.10.2019)
- Sağlık Bakanlığı, (2018a). Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası Portalı (TİTUBB) içinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu 2018-2022 Stratejik Planı, (s.115). <https://titck.gov.tr/> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 25.04.2019).
- Sağlık Bakanlığı, (2018b). Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi <https://kalite.saglik.gov.tr> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 02.05.2019).
- Sağlık Bakanlığı, (2019a) E-Sağlık, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Ulusal Sağlık Sistemi. <https://e-saglik.gov.tr/TR,7086/kds-raporlarinin-ozellikleri.html> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 28.04.2019).
- Sağlık Bakanlığı, (2019b). Merkezi Hekim Randevu Sistemi MHRS. <https://www.mhrs.gov.tr/> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 28.04.2019).
- Sağlık Bakanlığı, (2019c). Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS). <https://e-saglik.gov.tr> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 02.05.2019).
- Sağlık Bakanlığı, (2019d). Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü (SKRS). <https://e-saglik.gov.tr> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 02.05.2019).
- Sağlık Bakanlığı, (2019e). Kişisel Sağlık Sistemi E-Nabız. <https://enabiz.gov.tr/> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 04.05.2019).
- Salanova, M., Llorens, S., & Cifre, E., (2013). The dark side of technologies: technostress among users of information and communication technologies, *Internatiol Journal of Psychology* 48(3), 422-436.
- Samples, C., Ni, Z., & Shaw R.J. (2014). Nursing and mHealth. *International Journal of Nursing Sciences* (1), 330-333.
- Saraç, M. (2019). *Öğretmenlerin yenilikçilik düzeylerinin incelenmesi*. Tezsiz yüksek lisans projesi, Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Bilimleri.
- Sarıoğlu, A. (2014). *Bireysel yenilikçilik ölçeğinin hemşirelikte geçerlik ve güvenilirliği*. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 379447).
- Sarıoğlu Kemer, A., & Altuntaş, S. (2017). Bireysel yenilikçilik ölçeği'nin hemşireliğe uyarlanması: Türkçe geçerlik - güvenilirlik çalışması, *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 4(1), 52-61.
- Saygılı, M. (2008). *Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin alguları ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri

- Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 204161).
- Scott, A., Gravelle, H., Simoens, S., Bojke, C. & Sibbald, B. (2006). Job satisfaction and quitting intentions: A structural model of British general practitioners. *British Journal of Industrial Relations*, 44, 519-540.
- Scott, S. G., & Bruce, R. A. (1994). Determinants of innovative behavior: A path model of individual innovation in the workplace. *Academy of management journal*, 37(3), 580-607.
- Schein, E. H. (1990). Organizational culture *American Psychological Association*, 45(2), 109.
- Seren, Ş. (2005). *Değişime karşı tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve kalite belgesi alan hastanelerde değim ile örgüt kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Doktra tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasında erişilmiştir. (Tez numarası 165732).
- Shini, S. G., Thomas, T., & Chitharanjan, K. (2012). Cloud based medical image exchange-security challenges In *Procedia Engineering*, Indian. Elsevier Ltd. s. 3454-3461.
- Singh, K. (2005). *Organisation change and development*. New Delhi, Excel books private limited, p. 4-23.
- Skibo, M. J. (2011). About technology In *Studying A Technological Change A Behavioral Approach Michael Brian Schiffer* (s. 4), US.
- Sobreques, J., Cebria, J., & Segura, J., (2003). Job satisfaction and burnout. In: general practitioners. *Atencion Primaria*. 31, 227-33.
- Sönmez, B., & Yıldırım, A., (2014). Hemşirelerin yenilikçi davranışları ve etkileyen faktörler: Niteliksel bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(1).
- Sönmez, K. (2014). *Sağlık sektöründe örgüt ikliminin iş doyumuna etkisi*. Yüksek lisans tezi. Çağ Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 370476).
- Söyler, S. (2018). Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları iş stresi ile iş doyumunu ilişkisinin incelenmesi: bir meta analiz çalışması araştırma makalesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 190-205.
- Struijs, P.C. (2012). *Resistance to organizational change: the effect on job staisfaction and turnover intention and the moderating effect of emotion regulation strategies*. Master Thesis, Tilburg University, Tilburg, Hollanda.
- Sünter, T. A., Canbaz, S., Dabak, Ş., Öz, H. & Pekşen, Y. (2006). Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. *Genel Tıp Derg*, 16(1), 9-14.
- Şahin, A. (2011). Değişim yönetimi ve yenilikçilik, Ed. Tuncay T. TURABOĞLU, İşletmecilikte güncel konular içinde, s.305-330, Bursa: Ekin Yayınları.
- Şamiloğlu, Ö. (2006). *Teknolojik değişim sürecinde devletin rolü*. Yüksek lisans tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasında erişilmiştir. (Tez numarası 189620).

- Şimşek M.Ş. & Akın H.B. (2003). *Teknoloji yönetimi ve örgütsel değişim*. Konya, Çizgi Yayınları, s.302-312.
- Şimşek, Ş., Akgemci. T, & Çelik, Adnan. (2008). *Davranış bilimlerine giriş ve örgütlerde davranış*. Ankara, Gazi Yayınları, s.426.
- Stone, W. P., Mooney-Kane, C., Larson, L.E., Pastor, K. D., Zwanziger, J. & Dick, W. A. (2007). Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in icus: an instrumental variable approach. *Health Services Research*, 42(3),1085-1104.
- Sucu, Y. (2000). *Örgütsel değişim*. Ankara, Elit Yayıncılık, s. 24.
- Pianyk, S. O. (2012). *Digital imaging and communications in medicine (DICOM) a practical introduction and survival guide*. Springer Heidelberg Dordrecht London, New York. p. 3-17.
- Rafferty, A., & Griffin, M., (2006). Perceptions of organizational change: a stress and coping perspective. *J. Appl. Psychol.* 91(5): 1154-1162.
- Pritchard, B. (2016), Change management from an engineers perspective In *Change Management, Theory And Practice Of Public Sector Reform, Publisher: Routledge*. (s.79-99), Eds: Van De Walle, S., Groeneveld, S. Londra. Routledge.
- Revicki D. A., May H. J., & Whitley T.W. (1991). Reliability and validity of the work-related strain inventory among health professionals. *Behavioral Medicine*, 17(3), 11-120. <http://dx.doi.org/10.1080/08964289.1991.9937554> sayfasından erişilmiştir.
- Rogers, M. E. (2003). *Diffusion of innovations (Fifth Edition)*. New York: Free Press.
- Rogers, E. M., & Shoemaker, F. F. (1971). *Communication of Innovations*, New York: The free Press
- Tabanlı, E. (2000). Örgütsel değişmeye neden olan iç dinamikler, *Örgütsel Değişme, Yönetimde Çağdaş Yaklaşımlar*, içinde (s. 355-365), Ed: Elma, C., Demir, K. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Taner, B., & Özkan, C. (2013). Kalite yönetim sistemi ve yaşanan değişime ilişkin tutumlar: Mersin Üniversitesi örneği. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22(1), 213-228..
- Tang, C. P. & McDonald J. C. (2006). Electronic health record systems In *Biomedical Informatics Computer Applications in Health Care and Biomedicine*. (s. 447-475), Eds: Shortliffe. H. E. U.S.A Springer Science+Business Media Third Edition.
- Tarafdar, M., Tu, Q., Ragu-Nathan, B. S., & Ragu-Nathan T.S. (2007). The impact of technostress on role stress and productivity, *Journal of Management Information Systems*, 24(1), 301-328.
- Taşlıyan, M., & Karayılan, D. (2011). Organizasyonlarda değişim ve yönetimi, *Çağdaş Yönetim Yaklaşımları*, içinde (s. 253-269) Ed: Bakan, İ. İstanbul: Beta Yayınları.

- Tcheng, E. J., Bakken, S., Bates, W. D. , Bonner III, H. , Gandhi, K. T., Josephs, M., et. al (2017). *Optimizing Strategies for Clinical Decision Support: Summary of a Meeting Series*. Washington, DC: National Academy of Medicine. s. 1-12.
- Tekingündüz, S. , Top, M., & Seçkin, M. (2015). İş tatmini, performans, iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi: hastane örneği. *Verimlilik Dergisi*, 0(4), 39-64.
- Thompson, E.R., & Phua F.T.T., (2012). A brief index of affective job satisfaction. *Group Org Manage*. 37(3), 275–307.
- Titilayo, O.D. & Okanlawon, F.A. (2014). Assessment of Mobile Health Nursing Intervention Knowledge among Community Health Nurses in Oyo State. *Nigeria Afr J Med Med Sci*, 43(1). 147–155.
- Tuğlacı, M. (2018). *Sağlık çalışanlarının örgütsel değişim sürecindeki algılarına yönelik bir araştırma: Burdur Devlet Hastanesi örneği*. Yüksek lisans tezi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasında erişilmiştir. (Tez numarası 527757).
- Tunçer, P. (2013). Değişim yönetimi sürecinde değişime direnme. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32(1), 373-406.
- Türen, U., Erdem, H., & Kalkın, G. (2015). İş yerinde tekno-stres ölçeği: havacılık ve bankacılık sektöründe bir araştırma. *Çalışma ilişkileri dergisi*, 6(1), 1-19.
- Türk Dil Kurumu (TDK) <http://www.tdk.gov.tr> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 04.03.2019).
- Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ) (2019). Haziran 2019 Açlık ve Yoksulluk Sınırı. <http://www.turkis.org.tr/HAZIRAN-2019-ACLIK-ve-YOKSULLUK-SINIRI-d249748> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 30.06.2019)
- Türkmen, M. (2016). *Bilişim sektöründe çalışanların psikososyal risklerinin değerlendirilmesi ve e-devlet proje çalışanları üzerine bir uygulama*. İş sağlığı ve güvenliği uzmanlık tezi. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü.
- Türkoğlu, J. (2010). *Hemşirelerin bilişim teknolojisini kullanımı ve etkileyen faktörler*. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 272583).
- Tüz, M. (2004). *Değişim ve kaos ortamında işletme davranışı*. Bursa, Alfa Akademi Yayınları, s.74.
- Uslu, D. (2006). *Örgütlerde değişim ve değişim sürecinin iş görenlerce algılanması üzerine bir alan araştırması: Sağlık Bakanlığı Ankara eğitim ve araştırma hastanesi örneği*. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 206914).
- Uslusoy, E.Ç., & Alpar, Ş.E.,(2013). Hemşirelerde meslektaş dayanışması ve iş doyumunu ile ilişkisi. *İ.Ü. Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21, 154-63.
- Uzay, N. (2011). Bilgi teknolojilerindeki gelişme ve verimlilik artışı. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 0(25), 259-283.

- Uzun, A. (2008). *Üniversite ve kamu kuruluşlarında çalışan hemşirelerin değişime karşı tutumlarının belirlenmesi* Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 236856).
- Ülgen, H., & Mirze, S. K. (2007). *İşletmelerde stratejik yönetim*. İstanbul, Literatür Yayıncılık, s.85.
- Ünalın, N. (2016). *Bir eğitim hastanesi'nde hastane bilgi sistemleri değişim yönetimi incelenmesi ve iyileştirme önerileri*. Doktora tezi, Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 428751).
- Üstün, Ö. (2018). *Örgütsel bağlılığın değişime karşı tutuma etkisinin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 512784).
- Van der Vaart, R., & Drossaert, C. (2017). Development of the digital health literacy instrument: measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), 27.
- Van der Vaart, R., Drossaert, HC C., De Heus, M., Taal, E., & Van de Laar, MA. (2013). Measuring actual ehealth literacy among patients with rheumatic diseases: a qualitative analysis of problems encountered using health 1.0 and health 2.0 applications. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2), 17.
- Voltmer, E., Rosta, J., Siegrist, J., & Aasland, O.G., (2012). Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. *Int Arch Occup Environ Health*, 85(7), 819-28.
- Yalçın, A. (2002), *Değişim Yönetimi*, Ankara, Nobel Yayınları, s.115.
- Yamen, M. (2010). *Örgütsel değişim ve örgütsel öğrenme arasındaki ilişkilere yönelik bir araştırma*. Yüksek lisans tezi. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 280808).
- Yaşan, A., Eşsizoğlu, A., Yalçın, M., & Özkan, M., (2008). Bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde iş memnuniyeti, anksiyete düzeyi ve ilişkili etmenler. *Dicle Med J*, 35(4), 228-33
- Yaprak, E., (2009). *Hemşirelerin İşten Ayrılma Niyetlerini Belirleyen Faktörler: Örgüt İklimi, Sosyodemografik Ve Çalışma Özellikleri*. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 242248).
- Yazıcı, S. (2001). *Öğrenen Organizasyonlar*. İstanbul, Alfa Yayınları, s, 39.
- Yener, S. (2018) Teknostresin iş performansı üzerindeki etkisi; tükenmişliğin aracı rolü. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(2), 85-101.
- Yeniçeri, Ö. (2002). *Örgütsel değişimin yönetimi*. Ankara, Nobel Yayınları, s.126.
- Yeşil, N. (2019). *Çalışanların Örgüt İklimi Ve Değişim Tutuu Üzerine Bir Araştırma*. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 545218).

- Yıldız, E. (2010). *Hasta güvenliği ile değişime direnç arasındaki ilişkinin analizi: üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin algılarının değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 375129).
- Yıldız, S. M. (2014). İçsel pazarlamanın iş tatmini ve işten ayrılma niyeti üzerindeki rolü: Spor ve fiziksel etkinlik işletmeleri üzerinde ampirik bir inceleme. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, (14)1, 137-146.
- Yıldırım, M. (2015). Yerel yönetimlerde değişim yönetimi. *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(2), 116-126.
- Yüksekbilgili, Ö. (2016). *Sağlık işletmelerinde örgüt iklimi unsurlarının örgütsel bağlılığa etkileri üzerine bir araştırma*. Doktora tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 454196).
- Yüksel, H. & Yüksel, M., (2010). İş doyumu ile işten ayrılma düzeyi arasındaki ilişki: ilköğretim öğretmenleri üzerinde bir uygulama. *The Journal of International Social Research*, 7(32), 559-572.
- Yüksel, Ö. (2001). Örgüt geliştirme, Yönetim ve organizasyon içinde, (s.129-157) Ed. Salih GÜNEY Ankara: Nobel Yayınları.
- Zencirkıran, M. (2005) Sanayi Toplumundan Enformasyon Toplumuna: Değişen Çalışma Hayatı ve Yeni Değerler, Çalışma Yaşamında Dönüşümler, Ed.Aşkın KESER, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Wayne S.J., Shore L. M. Ve Linden R. C. (1997) Perceived Organizational Support and Leader Member Exchange: A Social Exchange Perspective, *Academy of Management Journal*, (40).
- Weiss, J. D., Dawis, V. R., England, W. G., & Lofquist, H. L. (1967). The short-form MSQ In *Manual For The Minnesota Satisfaction Questionnaire*. (s.23-27), Washington, D.C. Relations Center University Of Minnesota.
- Werkman R.A. (2009). Understanding failure to change: a pluralistic approach and five patterns, *Leadership & Organization Development Journal*, 30(7), 664-684.
- Williams, C.J. (2011). The impact of push factors on the intent to quit amongst private security officers. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, University of Western Cape.
- WHO, (2010). Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth.WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- WHO, (2019). Global strategy on digital health. <https://www.who.int/ehealth/en/> sayfasından erişilmiştir. (Erişim tarihi: 04.03.2019).

EKLER

Ek-1 Etik Kurul İzni



T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 54001588-199-E.10658
Konu : Etik Kurul Karar (Haziran)

26/06/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06/06/2018 tarihli ve 69456409-199-E.9670 sayılı yazınız.

İlgi yazı gereği; Enstitümüz Etik Kuruluna Haziran ayında yapılan başvurular değerlendirilmiş olup aşağıda sorumlu araştırmacıları ve başlıkları yer alan çalışmaların Etik açıdan uygun görüldüğüne dair karar formları ektedir.

e-İmzalıdır

Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN
Kurul Başkanı

SORUMLU ARAŞTIRMACI	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	ANABİLİM DALI	ÇALIŞMA KONUSU
Dr. Öğr. Üyesi Sibel YAŞAR	Öğrenci/ Merve MANAV	ÇOCUK GELİŞİMİ	1-3 Yaş Arası Çocuğa Sahip Annelerin Ebeveynlik Öz Yeterlik Alguları ile Çocuklarının Gelişimleri Arasındaki İlişki
Dr. Öğr. Üyesi Sibel YAŞAR	Öğrenci/ Demet KAHRAMAN	ÇOCUK GELİŞİMİ	Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi
Prof. Dr. Ayşe Fulya MANER	Öğrenci/ Şahin DEĞER	ÇOCUK GELİŞİMİ	Yönetici ve Öğretmen Görüşlerine Göre Okul Öncesi Dönemde Kaynaştırma Eğitimi Uygulamalarına Yönelik Tutumların İncelenmesi
Dr. Öğr. Üyesi Zülfiye BIKMAZ	Öğr. Gör. Özlem ÖZDEMİR	HEMŞİRELİK	Palyatif Bakım Ünitesinde Yatuş Yapan Hastaların Profilleri
Dr. Öğr. Üyesi Zülfiye BIKMAZ	Öğrenci/ Arzu YILMAZ	HEMŞİRELİK	Hemşirelerin X ya da Y tipi olması ve Çalışma Arkadaşları Tercihlerinin Çalışma Tutumları İle İlişkisi
Dr. Öğr. Üyesi Zülfiye BIKMAZ	Öğrenci/ İsmail ÇOBAN	HEMŞİRELİK	Teknolojik Değişimin Hastane Çalışanları Üzerine Etkileri; Bir Devlet Hastanesi Örneği
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN	Öğrenci/Ersin ERSOY	HALK SAĞLIĞI	Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromlu Hastalarda Komorbidite Ve Obezite Arasındaki İlişki
Prof. Dr. Ayşe YASEMİN KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Öğrenci/ Gözde YAPICIOĞLU	HALK SAĞLIĞI	Sağlık Çalışanlarında Motivasyonla Bağlantılı İş Verimliliği Düzeyinin Ölçülmesi ve Motivasyonu Etkileyen Faktörler

Ek: Etik Kurul Karar Formları (8 Adet)

Adres: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı
Telefon: 0288 214 54 13 Faks: 0288 214 70 86
e-posta: Elektronik Ağ: <http://www.klu.edu.tr/>

Zeynep USLU
Dahili: Zeynep USLU

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebys.klu.edu.tr/sorgu/sorgula.aspx> adresinden 11KY-TY2L-81UV kodu ile yapılabilir.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2018-SBEK-06)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Teknolojik Değişimin Hastane Çalışanları Üzerine Etkileri; Bir Devlet Hastanesi Örneği
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P095R00

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırklareli Üniversitesi Kayalı Kampüsü Merkezi Derslik-2
	TELEFON	0288 214 76 34
	FAKS	0288 214 70 86
	E-POSTA	sabe@klu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Zülfiye BIKMAZ			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelikte Yönetim			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü			
	KORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI				
	KORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI				
	BAŞVURULAN ETİK KURUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	YOK			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2018-SBEK-06)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Teknolojik Değişimin Hastane Çalışanları Üzerine Etkileri; Bir Devlet Hastanesi Örneği
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P095R00

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04.06.2018	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	04.06.2018	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Akademik Kurul/Kurum Kararı Başvuru Dilekçesi Başvuru Formu Araştırma Protokolü Kullanılacak Araç Gereçler Literatür Örnekleri Taahhütname Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu İzin Belgeleri Özgeçmişler CD				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:03	Tarih: 08.06.2018				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN (Başkan)	Nükleer Fizik	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ (Raportör)	Klinik Biyokimya	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İknur METİN AKTEN	Hemşirelik	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Ek-2 Kurum İzinleri



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi



Sayı : 97010115-604.01.01
Konu : İsmail ÇOBAN'ın Tez Çalışması Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ

İlgi: 27/12/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-4139 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazıda yer alan Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi İsmail ÇOBAN'ın "Teknolojik değişimin hastane çalışanları üzerine etkileri, Bir devlet hastanesi örneği" başlıklı tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi iletilmiş olup, Hastanemiz Bilimsel Çalışma Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir. Bahse konu olan çalışmanın hastanemizde yapılmasında bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Adnan DEVELİOĞLU
Başhekim

Kocasinan Mah. Karadeniz Cad. No:48 Bahçelievler/ İSTANBUL (02124967000)

Telefon: Faks No:

e-Posta: semra.boyan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: semra.boyan

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5366152e-33a5-40b1-98b6-19cbb762a336 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Semra BOYAN
HEMŞİRE

Telefon No: 55527



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
07/03/2019 08:49 - 16867222 - 604.01.01 - E.947



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : İsmail ÇOBAN(Tez Çalışması)

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)
(Kayalı Kampüsü/ Kırklareli)

İlgi : a) 29/09/2018 tarihli ve 71211201-5952 sayılı yazı.
b) 03/01/2019 tarihli ve 97010115-604.01.01-157 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazıda yer alan Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi İsmail ÇOBAN'ın "Teknolojik değişimin hastane çalışanları üzerine etkileri, Bir devlet hastanesi örneği" başlıklı tez çalışmasını, Bahçelievler Devlet Hastanesinde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Bahçelievler Devlet Hastanesinin ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş olup, konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Vali a.
Başkan

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALANMIŞ
ASLI İLE AYNI DİR
11/1/2019

Mukaddes MİRAL
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Eğitim Birimi
Birim Sorumlusu

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d5144115-2845-4ab6-9449-02fe0d3aaf23 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3 Bireysel Yenilikçilik Ölçeği İzni



İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

Bireysel Yenilikçilik Ölçeği

3 ileti

AYŞEGÜL SARIOĞLU KEMER <aysegulsarioglu@msn.com>
Alıcı: İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

18 Eylül 2017 09:05

Sayın İsmail Çoban,

Hemşirelik alanında geçerlik güvenirliği tarafımca yapılmış olan "Bireysel Yenilikçilik Ölçeğini" atf kurallarına uymanız kaydı ile araştırmanızda kullanmanıza izinveriyorum.

Kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla.

Makale-Bireysel Yenilikçilik Ölçeği.pdf
141K

İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>
Alıcı: AYŞEGÜL SARIOĞLU KEMER <aysegulsarioglu@msn.com>

19 Eylül 2017 12:24

Merhaba Sayın Ayşegül Hanım
Desteğiniz için çok teşekkür ederim. Değerli çalışmanızı kaynak olarak kullanacağım ve gerekli kurallara göre atıfta bulunacağım. Tekrardan teşekkür ederim.

18 Eylül 2017 09:05 tarihinde AYŞEGÜL SARIOĞLU KEMER <aysegulsarioglu@msn.com> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>
Taslak Alıcısı: AYŞEGÜL SARIOĞLU KEMER <aysegulsarioglu@msn.com>

4 Haziran 2018 06:39

yşegül

19 Eylül 2017 12:24 tarihinde İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek-4 Değişime Karşı Tutum Ölçeği İzni



İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

Ölçek izni

3 ileti

İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>
Alıcı: seyda.seren@deu.edu.tr

2 Eylül 2017 20:15

Merhaba Sayın Hocam

Ben İsmail Çoban

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Bölümü Yüksek lisans öğrencisiyim. Tez aşamsındayım ve tezim için "Değişime Direnç" ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Yardımanız için şimdiden çok teşekkür ederim ve saygılarımı sunarım değerli hocam.

seyda.seren@deu.edu.tr <seyda.seren@deu.edu.tr>
Alıcı: İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

5 Eylül 2017 18:25

Sayın İsmail Çoban,

Kastettiğiniz değişime karşı tutum ölçeği ise sonuçların paylaşılması koşulu ile kullanabilirsiniz.

Tezinizde kolaylıklar ve başarılar diliyorum.

İyi çalışmalar.

2 Eylül 2017 20:15, "İsmail Çoban" <ismailcoban46@gmail.com> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

ismailcoban46@gmail.com <ismailcoban46@gmail.com>
Alıcı: "seyda.seren@deu.edu.tr" <seyda.seren@deu.edu.tr>

6 Eylül 2017 00:12

Sayın Hocam Merhaba

Öncelikle çok teşekkür ederim sonuçları tabi ki de paylaşırım

iyi günler dilerim

Ek-5 Tekno-Stres Ölçeği İzni



İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

ölçek izini

3 ileti

İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>
Alıcı: uturen2011@gmail.com

1 Eylül 2017 01:03

Merhaba Ufuk bey

Ben İsmail Çoban Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalında Yüksek lisans öğrencisiyim Tez aşamındayım ve tez için sizin "İş Yerinde Tekno-Stres Ölçeği" ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum .

Yardımanız için şimdiden çok teşekkür ederim ve saygılarımı sunarım.

Ufuk Turen <uturen2011@gmail.com>
Alıcı: İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

1 Eylül 2017 01:12

İsmail bey merhaba,
Kaynak göstermek şartıyla ölçeği kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Dr Ufuk Turen

31 Ağu 2017 Per, saat 23:03 tarihinde İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com> şunu yazdı:

Merhaba Ufuk bey

Ben İsmail Çoban Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalında Yüksek lisans öğrencisiyim Tez aşamındayım ve tez için sizin "İş Yerinde Tekno-Stres Ölçeği" ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum .

Yardımanız için şimdiden çok teşekkür ederim ve saygılarımı sunarım.

--
Dr Ufuk TÜREN (CoI TU Army)
Ph.D. in Engineering Management
web pages:\n<http://kho-akademik.academia.edu/UfukTuren>
https://www.researchgate.net/profile/Ufuk_Turen

İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>
Alıcı: Ufuk Turen <uturen2011@gmail.com>

2 Eylül 2017 17:13

Sayın Ufuk bey çalışmanız çok değerli kaynak olarak göstereceğim çok teşekkür ederim.

1 Eylül 2017 01:12 tarihinde Ufuk Turen <uturen2011@gmail.com> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek-6 İŖe Bağlı Gerginlik Ölçeği İzni

İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

ÖLÇEK İZNI

2 ileti

İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

2 Eylül 2017 23:48

Alıcı: sultanhalime@gmail.com

Merhaba Sayın Sultan hanım

Ben İsmail Çoban

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Hemşirelik Bölümü Yüksek lisans öğrencisiyim. Tez aşamasındayım. Siz ve Değerli Arkadaşlarınızın Sağlık Alanında Geçerlilik ve Güvenirliliğini Yaptığınız "İŖe Bağlı Gerginlik " Ölçeğini izniniz olursa tez çalışmamda kullanmak istiyorum.

Yardımanız için Ŗimdiden çok teŖekkür ederim ve saygılarımı sunarım.

S. Halime Uğurlar <sultanhalime@gmail.com>

4 Eylül 2017 11:16

Alıcı: İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

Merhaba İsmail Bey,

Benimle ilgili her türlü kaynağı dilediğiniz gibi kullanabilirsiniz, sevgiler,

kolaylıklar dilerim

Halime

2 Eyl 2017 ÖS 10:48 tarihinde "İsmail Çoban" <ismailcoban46@gmail.com> yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek-7 Örgüt İklimi Ölçeği İzni



İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

ÖLÇEK İZNI

3 ileti

İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>
Alıcı: bskgrckr35@gmail.com

2 Eylül 2017 19:52

Merhaba Başak Hanım

Ben İsmail Çoban

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalında Yüksek lisans öğrencisiyim. Tez aşamındayım ve tezim için "SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖRGÜT İKLİMİ VE BİLGİ GÜVENLİĞİNİN İLİŞKİSİ" adlı yüksek lisans tezinizde kullandığınız Örgüt iklim ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Yardımanız için şimdiden çok teşekkür ederim ve saygılarımı sunarım

Başak GERÇEKER SEVİN <bskgrckr35@gmail.com>
Alıcı: İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

3 Eylül 2017 14:16

Kullanmanızda sakınca yoktur.Simdiden kolay gelsin.BAşarılar.

2 Eyl 2017 19:52 tarihinde "İsmail Çoban" <ismailcoban46@gmail.com> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>
Alıcı: Başak GERÇEKER SEVİN <bskgrckr35@gmail.com>

3 Eylül 2017 16:57

Başak hanım çok teşekkür ederim.

3 Eyl 2017 14:16 tarihinde "Başak GERÇEKER SEVİN" <bskgrckr35@gmail.com> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek-8 Minnesota İş Doyum Ölçeği İzni



İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

Ölçek izni

2 ileti

İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

19 Ocak 2018 19:08

Alıcı: asli@aslibaycan.com

Sayın Aslı hanım

Merhaba ben ismail çoban Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesinin Hemşirelik Anabilim dalında yüksek lisans yapmaktayım. Sizin değerli çalışmanız da Türkçeye çevirmiş olduğunuz Minnesota iş doyum ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Aslı Baycan Binark <asli@aslibaycan.com>

21 Ocak 2018 00:32

Alıcı: İsmail Çoban <ismailcoban46@gmail.com>

Kullanabilirsiniz.

From: İsmail Çoban [ismailcoban46@gmail.com]

Sent: Friday, January 19, 2018 7:08 PM

To: Aslı Baycan Binark


Subject: ölçek izni

[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek-9 İşten Ayrılma Eğilimi Ölçeği İzni

27.04.2018

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında tez çalışması yapan İsmail ÇOBAN'ın, TEKNOLOJİK DEĞİŞİMİN HASTANE ÇALIŞANLARI ÜZERİNE ETKİLERİ: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ konulu Yüksek lisans tezinde "İşten ayrılma eğilimi ölçeği" nin kullanmasına izin veriyorum.



Doc. Dr. Nilgün AVCI

EGE ÜNİVERSİTESİ

Çeşme Turizm ve Otelcilik Yüksekokulu

Ek-10 Çalışan Bilgi Formu ve Ölçekler

Sevgili Çalışan;

Bu çalışmada, teknolojik değişimin hastane çalışanları üzerindeki etkilerini belirlemek amaçlanmaktadır. Anket sorularına verilen, yanıtların doğruluğu, araştırmanın sonuçları için önemlidir. Bu yüzden tüm soruları EKSİKSİZ yanıtlamanız gerekmektedir. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler saklı tutulacak ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Adınızı soyadınızı yazmanıza gerek yoktur. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi
İsmail ÇOBAN

1) Yaşınız?

2) Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3) Mesleğiniz: () Doktor () Hemşire () Ebe () Sağlık teknikeri () Sekreter/Veri Giriş Uzmanı

4) Medeni durumunuz nedir? () Bekar () Evli () Diğer.....

5) Eğitim Düzeyiniz?

() Sağlık meslek lisesi () Ön lisans () Lisans () Tıpta Uzmanlık Eğitimi

() Yüksek lisans () Doktora () Diğer.....

6) Ailenizin ortalama aylık geliri? (lütfen yazınız):.....TL

7) Hastanedeki pozisyonunuz nedir?

() Doktor () Hemşire () Röntgen teknikeri () Sekreter/veri Giriş uzmanı () Teknik Bilgi İşlem

() Diğer (ATT ,Anestezi Teknikeri v.b.)

8) Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?.....

9) Uzmanlık alanınız?(Açık olarak yazınız).....

10) Çalıştığınız birim hangisidir?

() Dahili Klinikler () Cerrahi Klinikler () Kadın –Doğum Servisi () Çocuk Servisi

() Acil Servis () Yoğun Bakım Ünitesi () Palyatif Bakım Ünitesi

() Diğer (yazınız).....

11) Çalışma şekliniz?

() Sürekli gündüz () Sürekli gece () Vardiya

12) Eğitiminiz esnasında Bilişim Teknolojileri (BT) kullanımı ile ilişkili ders aldınız mı?

() Evet () Hayır

13) Hastanede BT ile ilişkili eğitim verildi mi? () Evet () Hayır

14) Hastanede aldığınız BT ile ilişkili eğitimi yeterli buluyor musunuz? () Evet () Hayır

15) Eğitiminiz sırasında BT kullanımı ile ilgili ders aldı iseniz aşağıdakilerden hangilerini kapsamaktaydı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Temel Bilgisayar | <input type="checkbox"/> Bilgi Yönetimi |
| <input type="checkbox"/> Sağlık Bilişim Sistemleri | <input type="checkbox"/> E-Sağlık |
| <input type="checkbox"/> Bilgisayar teknolojisi ve gelişmeler | <input type="checkbox"/> Tele-sağlık |
| <input type="checkbox"/> Bilişim Sistemleri | <input type="checkbox"/> Bilişim Sistemleri |
| <input type="checkbox"/> Bilgi Yönetimi | <input type="checkbox"/> Eğitim ve araştırma |

16) BT mesleğinizde hangi alanlarda kullanıyorsunuz?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz,)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hasta bakımını planlamak için | <input type="checkbox"/> Araştırma yapmak ve veri analiz etmek için |
| <input type="checkbox"/> Hemşirelik ile ilgili kayıtları tutmak için | <input type="checkbox"/> Hasta ve hasta yakını eğitimi için |
| <input type="checkbox"/> Hemşirelik süreci yönetimi için | <input type="checkbox"/> Toplum sağlığını geliştirmek için |
| <input type="checkbox"/> Tedavi süreci yönetimi için | <input type="checkbox"/> Yönetim uygulamaları için |
| <input type="checkbox"/> Meslektaşlarıyla bilgi paylaşmak için | <input type="checkbox"/> Eczaneden ilaç takibi için |
| <input type="checkbox"/> Bilgi edinmek için | <input type="checkbox"/> Laboratuvar bulgularını izlemek için |
| <input type="checkbox"/> Personeli yönetmek ve eğitmek için | <input type="checkbox"/> Malzeme giriş- çıkışlarını izlemek için |

17) Hastane BT hangi amaçlar için kullanıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz,)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> İlaç dozu ve etkileşim uyarısı için | <input type="checkbox"/> Hasta öyküsü (anamnezi) alınması için |
| <input type="checkbox"/> Radyoloji raporlarının alınması için | <input type="checkbox"/> Hemşire notlarının kayıt edilmesi için |
| <input type="checkbox"/> Laboratuvar sonuçlarının takibi için | <input type="checkbox"/> Hastane Bilgi Sistemi (HBS) |
| <input type="checkbox"/> Patoloji sonuçlarının takibi için | <input type="checkbox"/> Doktor orderlarının alınması için |

18) Hastane BT kullanımının size sağladığı yararlar nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz,)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Klinik karar vermeyi kolaylaştırır, | <input type="checkbox"/> İstatistiksel değerlendirme ve araştırmalar için veri toplanmasını sağlar |
| <input type="checkbox"/> Yazılı iletişimi gelişimini sağlar | <input type="checkbox"/> Çalışan verimliliğinde artış sağlar |
| <input type="checkbox"/> Yönetici hemşirelerin hastaya verilen bakımı objektif değerlendirmeleri sağlar | <input type="checkbox"/> Zamandan tasarruf sağlar |
| <input type="checkbox"/> Bütçede tasarruf sağlar | <input type="checkbox"/> Tekrarlayan rutin görevlerden kurtulmayı sağlar |
| <input type="checkbox"/> Bakım kalitesinde artış sağlar | <input type="checkbox"/> Hemşirelik bakım planlarının standartlaşmasını sağlar |
| <input type="checkbox"/> Çalışan memnuniyetinde artış sağlar | |
| <input type="checkbox"/> Depolanmış bilgilere ulaşım kolaylığı sağlar | |

19) Hastane BT kullanırken yaşadığınız zorluklar nelerdir?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- Bağlantının kesilmesi
- Sistemin yavaş olması
- İşletim dilinin uygun olmaması
- BT uygulamalarının pratikteki uygulamalar ile uyuşmaması
- Yeterli donanımın olmaması
- Kişisel bilgi eksikliğime bağlı güçlükler
- Hasta bakımının bireyselleştirilememesi

20) Çalıştığınız kurumdaki hemşirelerle ilişkilerinizden memnun musunuz?

() 1. Memnunum () 2. Kısmen memnunum () 3. Memnun değilim

21) Çalıştığınız kurumdaki hekimlerle ilişkilerinizden memnun musunuz?

() 1. Memnunum () 2. Kısmen memnunum () 3. Memnun değilim

22) Çalıştığınız kurumdaki yöneticilerle ilişkilerinizden memnun musunuz?

() 1. Memnunum () 2. Kısmen memnunum () 3. Memnun değilim

23) Çalıştığınız kurumdaki destek hizmetlerle ilişkilerinizden memnun musunuz?

() 1. Memnunum () 2. Kısmen memnunum () 3. Memnun değilim

24) Ciddi olarak işimi bırakmayı düşünüyorum

() Her zaman () sıklıkla () Ara sıra () Nadiren () Hiçbir zaman

25) Daha iyi bir iş bulur bulmaz bu işten ayrılacağım

() Her zaman () sıklıkla () Ara sıra () Nadiren () Hiçbir zaman

26) Sıklıkla bu işten ayrılmayı düşünüyorum.

() Her zaman () sıklıkla () Ara sıra () Nadiren () Hiçbir zaman

Bireysel Yenilikçilik Ölçeği Aşağıda bölümle ilgili görüş ifadeleri verilmiştir. Bu ifadelere katılma düzeylerinizi belirten seçeneği (X) işaretleyiniz.	Kesinlikle	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle	Katılıyorum
	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
Yenilikler takip ettiğim için arkadaşlarım sık sık benden bilgi ve öner alırlar.							
Yen şeyler denemekten hoşlanırım							
Bir şey yaparken, yen yollar olup olmadığını araştırırım							
Problemler çözmek için genellikle yeni yöntemler bulurum.							
Yen bakış açıları ve yen buluşlara şüphe le bakarım.							
Çevremdeki insanların kabul ettiğin görene kadar yen fikirler benimsemem							
Yenilikçilik konusunda insanları kolay etkileyen bir kişi olduğumu düşünürüm.							
Düşünce ve davranışlarımın yaratıcı ve özgün olduğumu düşünürüm.							
Çevremdeki insanların arasında yeniliği kabul eden en son kişi olduğumu düşünürüm.							
Yaratıcı bir kişi olduğumu düşünüyorum.							
Yenilikler konusunda gruba liderlik etmekten hoşlanırım.							
Çevremdeki insanların işine yaradığını görünceye kadar yenilikler kabul etmede isteksiz davranırım.							
Eski yaşam tarzının ve işler eski yöntemlerle yapmanın en y yol olduğumu düşünürüm.							
Problemlere ve belirsizliklere karşı mücadele ederim							
Yenilikler dikkate almadan önce diğer insanların o yenliği kullandığını görmek isterim.							
Yen fikirlere açık biriyim.							
Cevaplanmamış sorular ben çözüm bulmaya yönelir.							
Yen fikirlere karşı şüpheli davranırım.							

<p style="text-align: center;">Değişime Karşı Tutum Ölçeği Aşağıda bölümle ilgili görüş ifadeleri verilmiştir. Bu ifadelere katılma düzeylerinizi belirten seçeneği (X) işaretleyiniz.</p>	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Kurumumun değişim ihtiyacının yönetim tarafından önceden belirlendiğine inanıyorum.					
Kurum yöneticilerimin değişime önyargısız yaklaştığını düşünüyorum.					
Kurumumda ulaşılmak istenen amaç ve performans hedeflerinin yönetim tarafından açıkça ifade edildiğini düşünüyorum.					
Kurumumdaki değişim sonucunda, kaynakların daha etkin ve verimli kullanıldığına inanıyorum.					
Kurumumdaki değişim ile hasta ihtiyaçlarının daha hızlı ve kaliteli karşılandığına inanıyorum.					
Kurumumdaki değişimle beraber yönetimin bilgi teknolojisinden/bilgisayarlardan daha etkin yararlanmamı sağladığını düşünüyorum.					
Yöneticilerimin değişimin tüm aşamalarında biz çalışanları yeterince desteklediğine inanıyorum.					
Yöneticilerimin değişim sırasında, diğer ekip üyeleriyle işbirliğini cesaretlendirdiğini hissediyorum.					
Yöneticilerimin, değişimin getirdiği tüm yenilikleri benimsememiz için çaba harcadıklarını düşünüyorum.					
Bir üst yöneticimin yeni uygulamalarda bana model olduğunu düşünüyorum.					
Kurumumdaki değişim sürecinde ekip üyeleriyle işbirliği içinde çalışıyorum.					
Değişimin, kurumumun misyon ve vizyonuna uygun olarak gerçekleştirildiğine inanıyorum.					
Kurumumdaki değişim, ekip üyeleriyle ilişkilerimi olumsuz etkiliyor.					
Kurumumdaki değişim sırasında, kendi iş alışkanlıklarımı sürdürmeme izin verildiğini düşünüyorum.					
Kurumumdaki değişim uygulamalarına tam olarak katılıyorum					
Kurumumdaki değişim, kişisel gelişimime katkıda bulunuyor					
Değişim sürecinde kurumumdaki değerlerin korunduğuna inanıyorum.					
Değişim ile ilgili istenen davranış gösterdiğimde ödüllendiriliyorum.					
Değişim sürecinde yapılan ödüllendirmede performansımın dikkate alındığımı düşünüyorum.					
Değişim sürecinde elde edilen sonuçlarının paylaşılması, değişimi kabulümü kolaylaştırıyor					
Değişim sürecine katılımda çalışma isteğimin azaldığımı hissediyorum.					
Kurumumdaki değişim sürecinde bazen işten ayrılmayı düşünüyorum.					
Değişim sürecine katılımda çekimser kalıyorum					
Yöneticilerimin değişim sürecinde zorlayıcı bir yaklaşım sergilediklerini düşünüyorum.					
Değişim sonrasında oluşturulan çalışma gruplarının, değişimi sürekli kıldığına inanıyorum.					
Değişimin istenen sonuca ulaşmasında, ekip üyesi olarak kendimi sorumlu hissediyorum.					
Yaşadığım değişim süreciyle kuruma bağlılığımın arttığımı hissediyorum.					
Kurumda yaşanan değişim sonucunda, kurumun verimliliğinin arttığımı düşünüyorum.					
Yaşanan değişimin kurumuma kalıcı bir başarı sağladığına inanıyorum.					

<p style="text-align: center;">Örgüt İklimi Ölçeği Aşağıda bölümle ilgili görüş ifadeleri verilmiştir. Bu ifadelere katılma düzeylerinizi belirten seçeneği (X) işaretleyiniz.</p>	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Kurumuzda yapılan işler açıkça tanımlanmıştır.					
2. Karar alma sürecinde kimin özel otoriteye sahip olduğu bazen belirsizdir					
3. Örgütün politikaları ve organizasyon yapısı açıkça tanımlanmıştır					
4. Bürokrasi minimum seviyededir					
5. Aşırı kurallar ve bürokrasi yeni fikirlerin dikkate alınmasını güçleştirmektedir.					
6. Kurumumuzun verimliliği planlama yetersizliğinden dolayı azalmaktadır.					
7. Bulduğum bazı projelerde kimin yöneticim olduğunda emin olamıyorum.					
8. Kurumumuzun problemlerden biri de bireylerin sorumluluk almamalarıdır.					
9. Çalışanların işle ilgili problemlerini çözebilecekleri felsefesi kabul edilir.					
10. Yönetim, çalışanlarına rehber oluşturacak ilkeleri belirler.					
11. Yönetim, çalışanların işlerinde sorumluluk almalarına imkan verir.					
12. Çalışanların yükseltilmesine dayalı bir ödüllendirme sistemi vardır.					
13. Kişilerin aldığı ödül ve teşvikler, eleştiri ve tehditlerden daha fazladır.					
14. Çalışanlar iş performansları ölçüsünde ödüllendirilmektedirler					
15. Büyük oranda bir eleştiri vardır.					
16. Yapılan iyi işlerin karşılığında yeterli derecede ödül verilmemektedir.					
17. Çalışanlar yanlış yaptıklarında cezalandırılmaktadırlar.					
18. Yönetim, iyi bir fikre deneme şansı verme yönünde isteklidir.					
19. Bu sektörde rekabet avantajını korumak için risk almak zorundayız.					
20. Maksimum etkililik için karar alma sürecine tedbirli yaklaşılr.					
21. İşimiz doğru zamanda hesaplanan riskleri göze alarak kurulmuştur.					
22. Bu işletmede çalışanlar arasında arkadaşça bir atmosfer hakimdir.					
23. Bu işletme ılımlı ve sakin bir çalışma iklimi ile nitelendirilmektedir.					
24. Bu işletmedeki çalışanlar soğuk ve birbirine uzak durmaz.					
25. Bu işletmede çalışanlar ile yönetim arasında ılımlı bir ilişki vardır.					
26. Üst yönetim, çalışanların hata yapması durumunda onlara destek olmaz					
27. Yönetim çalışanların kariyer beklentileri ile ilgilenir.					
28. Çalışanlar arasında yeterince güvene dayalı bir ilişki sistemi yoktur.					
29. Yönetimin temel felsefesi insan faktörüne ve düşüncelerini önem vermektir					
30. Zor bir projede arkadaşlarımdan ve yönetimden destek göreceğime inanırım.					

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

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

<p style="text-align: center;">İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği Aşağıda bölümle ilgili görüş ifadeleri verilmiştir. Bu ifadelere katılma düzeylerinizi belirten seçeneği (X) işaretleyiniz.</p>	Tamamıyla Bana Uygun	Büyük Ölçüde Bana Uygun	Kısmen Bana Uygun	Bana Hiç Uygun Değil
1. İşim aile yaşamım olumsuz yönde etkiler.				
2. İşe ilk girdiğimdeki beklentilerini gerçekleştiriyor.				
3. İşimde eskisine göre daha gerginim.				
4. İşime hala eskisi gibi katkıda bulunmaktayım.				
5. İş yerimde fırsat buldukça başkalarından uzaklaşmak için odama kapanırım.				
6. İşimde hak ettiğim takdiri görmediğimi düşünüyorum.				
7. İşim gereği karşılaştığım kişilere tam olarak yardımcı olamadığım zamanlar kendimi suçlu hissederim.				
8. İş arkadaşlarım kendine düşen görevi yerine getirir.				
9. İşimde üretkenliğim artmakta.				
10. İşimdeki sorumluluklarım başlangıçta beklediğimden çok daha farklı.				
11. Mesleki alanda bilgi ve becerilerim gelişmekte.				
12. İşimle ilgili olaylar eve gittiğimde bile aklımdan çıkmıyor.				
13. İş yerimde sıklıkla kullanıldığımı hissederim.				
14. Son zamanlarda evdekilerle tartışmalarım arttı.				
15. İşte nadiren hayal kurarım.				
16. Daha çok çalışmama karşın daha az iş yapabiliyorum.				
17. İşe katkıda bulunabilmem için iş arkadaşlarım ve/veya amirlerimin gerekli desteği giderek azalmakta.				
18. İşe sıklıkla geç giderim.				

Yukarıda verilen ifadeler ve sorular haricinde belirtmek istediğiniz görüşlerinizi lütfen yazınız.....

.....

...Sabrınız Ve Emeginiz İçin Teşekkür Ederim...

Ek-11 Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma “Teknolojik Değişimin Hastane Çalışanların Üzerine Etkileri: Bir Devlet Hastanesi Örneği” başlıklı bilimsel bir çalışmadır.

Bu araştırmanın amacı bir devlet hastanesinde gerçekleşen teknolojik değişimlerin hastane çalışanları üzerinde etkilerinin belirlenmesi ve incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Bahçelievler Devlet Hastanesinde Kasım- Aralık 2018 görev yapan ve kurumda aktif çalışan ve çalışmaya katılmaya kabul eden hastane çalışanları oluşturmaktadır. Araştırma yaklaşık 2 ay sürecektir. Bu çalışmada, çalışmaya katılım gönüllülük ilkesi doğrultusunda yapılacaktır.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde araştırmacı tarafından size bireysel özelliklerinizi içeren sosyo-demografik ve literatürde kullanılan değişime direnç, örgüt iklimi, işyerinde tekno-stres, bireysel yenilikçilik, iş doyum, işe bağlı gerginlik, işten ayrılma eğilimi, içeren bilgi ve görüşlerinizin sorulduğu bir form verilecek ve doldurmanız istenecektir. Bu araştırma sırasında yapılacak işlemler için sizden bir ücret talep edilmeyecek veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecek, size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilerek yalnız bu araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilme hakkına sahipsiniz ya da isteğinize bakılmaksızın araştırmacı/araştırmacılar tarafından araştırma dışında bırakılabiliyorsunuz. Böyle bir durumda ilişkileriniz olumsuz yönde etkilenmeyecektir. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Kimliğinizin gizli tutulması kaydı ile ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait bilgilere ulaşabileceklerdir. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilciniz söz konusu erişime izin vermiş olacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve sizin çalışmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Veri toplama amacı ile size verilen anket formundaki her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanız gerekmekte olup ilgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim. Çalışma ile ilgili herhangi bir soru olduğunda şahsıma tel: numarasından bana ulaşabilirsiniz.

Sorumlu araştırmacı

İmza

Katılımcının Beyanı

Sayın İsmail ÇOBAN tarafından yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarılarak bu araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım ve yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine ve sadece bu araştırma amacıyla kullanılacağı konusunda özen gösterileceğine inanıyorum. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum ve herhangi bir ödeme talep etmiyorum. Yukarıdaki bilgileri okudum, açıklamaları ayrıntıları ile anladım ve koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir zorlama ve baskı altında kalmadan belirli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

() Araştırmaya katılmayı **kabul ediyorum.** **Katılımcının Adı – Soyadı** **İmza**

() Araştırmaya katılmayı **kabul etmiyorum.** **Adı – Soyadı** **İmza**

Araştırmacının
Adı-soyadı/ İmzası/ Tarih

Ek-12 Özgeçmiş**Kişisel Bilgiler**

Adı	İSMAİL	Soyadı	ÇOBAN
Doğ.Yeri	KAHRAMANMARAŞ	Doğ.Tar.	15.08.1992
Uyruğu	T.C.	Email	ismailcoban46@gmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU	2015

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	BAHÇELİEVLER DEVLET HASTANESİ	2015-halen
2.			
3.			

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	orta	orta	orta		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft office (word,excel,power point)	iyi