



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TEKNOSTRES İLE
MESLEKİ MOTİVASYON, ALGILANAN İŞ YÜKÜ VE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dilara AYN A KOCADENİZ

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Şüheda ÖZKAN**

Ergoterapi Anabilim Dalı

Ergoterapi Programı

İSTANBUL, 2024



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TEKNOSTRES İLE
MESLEKİ MOTİVASYON, ALGILANAN İŞ YÜKÜ VE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dilara AYNA KOCADENİZ

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Şüheda ÖZKAN**

Ergoterapi Anabilim Dalı

Ergoterapi Programı

İSTANBUL, 2024

T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAY SAYFASI

ÖĞRENCİ ADI -SOYADI	Dilara AYNA KOCADENİZ	
ÖĞRENCİ NUMARASI	222104012	
PROGRAM ADI	Ergoterapi Tezli Yüksek Lisans Programı	
İstanbul Atlas Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalında Dilara Ayna Kocadeniz tarafından hazırlanan “Sağlık Çalışanlarında Teknostres ile Mesleki Motivasyon, Algılanan İş Yükü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı tez çalışması jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. Tez Savunma Tarihi: 30 / 12 / 2024		
Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmzası
Dr. Öğr. Üyesi Şüheda ÖZKAN	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Doç. Dr. Hilal DENİZÖĞLU KÜLLİ	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Gülşah ZENGİN YAZICI	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	

İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hafize UZUN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın İstanbul Atlas Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Dilara AYNA KOCADENİZ

İTHAF

Sevgisiyle yolumu aydınlatan canım anneme ithaf ediyorum...

“Tüm çabam, senin bana verdiğin emeklerin bir yansımasıdır.”



BÜTÇE DESTEKLERİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TEKNOSTRES İLE MESLEKİ MOTİVASYON, ALGILANAN İŞ YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanmasında destek ve katkılarını esirgemeyen herkese en içten teşekkürlerimi sunarım.

Öncelikle, çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak bana yol gösteren, rehberliği ve sabrıyla her zaman yanımda olan kıymetli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şüheda ÖZKAN' na sonsuz teşekkür ederim.

Bu süreçte maddi ve manevi destekleriyle, anlayışlarıyla yanımda olan aileme özellikle sevgili annem Zeynep AYNA ve babam Hamit AYNA' ya gösterdikleri özveri için minnettarım. Kardeşlerim Yusuf Can AYNA ve Ayaz AYNA' ya duygusal destekleri için ayrıca teşekkür ederim.

Bu tez çalışmamı tamamlarken bana verdiği sonsuz destek ve anlayış için sevgili eşim Mehmet Akif KOCADENİZ' e teşekkürlerimi sunarım. Her an yanımda olarak bana cesaret verdi ve birlikte geçirdiğimiz zamanlar ise bu yolculuğu daha anlamlı kıldı. Eşimin sevgisi ve bana duyduğu inancı, bu çalışmayı gerçekleştirmemdeki en büyük motivasyon kaynağım olmuştur. Her şey için teşekkür ederim.

Aralık 2024

Dilara AYNA KOCADENİZ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
İÇ KAPAK.....	-
ONAY SAYFASI	-
BEYAN	VI
İTHAF.....	VII
BÜTÇE DESTEKLERİ SAYFASI.....	VIII
TEŞEKKÜR.....	IX
İÇİNDEKİLER.....	X
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	XIII
ŞEKİL LİSTESİ.....	XIV
TABLO LİSTESİ.....	XV
ÖZET	XVII
ABSTRACT	XIX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. BİLGİ VE İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİ.....	3
2.1.1. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Gelişimi.....	3
2.1.2. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Sağlık Kurumlarında Yaygınlaşması ve Kullanımı.....	4
2.1.2.1. Elektronik Sağlık ve Hasta Kayıtları.....	5
2.1.2.2. Tele Tıp.....	6
2.1.3. Hemşirelik Mesleğinde Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Kullanımı.....	6
2.1.4. Rehabilitasyonda Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Kullanımı.....	6
2.1.4.1. Tele Rehabilitasyon.....	6
2.1.4.2. Video Konferans Yoluyla Tele Değerlendirme.....	7
2.2. BİLGİ VE İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİ VE İNSAN İLİŞKİSİ.....	9
2.3. TEKNOSTRES.....	10
2.3.1. Sağlık Çalışanlarında Teknostres.....	11
2.3.1.1. Teknostresin Olumlu Yönleri.....	11
2.3.1.2. Teknostresin Olumsuz Yönleri.....	12

2.4. MOTİVASYON.....	14
2.4.1. Sağlık Çalışanlarında Mesleki Motivasyon.....	15
2.5. ALGILANAN İŞ YÜKÜ.....	17
2.5.1. Fiziksel İş Yükü.....	17
2.5.2. Zihinsel İş Yükü.....	18
2.5.3. Konumsal İş Yükü.....	18
2.5.4. Çevresel İş Yükü.....	18
2.5.5. Sağlık Çalışanlarında Algılanan İş Yükü.....	18
2.6. YAŞAM KALİTESİ.....	20
2.6.1. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Boyutları.....	20
2.6.1.1. Psikolojik Boyut.....	21
2.6.1.2. Sosyal Boyut.....	21
2.6.1.3. Ekonomik Boyut.....	22
2.6.2. Çalışma Hayatının Yaşam Kalitesine Etkisi.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. ÇALIŞMANIN AMACI VE TİPİ.....	23
3.2. ÇALIŞMANIN YERİ VE ZAMANI.....	23
3.3. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	23
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	24
3.4.1. Demografik Bilgi Formu.....	24
3.4.2. Teknostres Ölçeği.....	24
3.4.3. Mesleki Motivasyon Ölçeği.....	25
3.4.4. İş Yükü Ölçeği.....	25
3.4.5. Kısa Form 36/ KF 36.....	26
3.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	26
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	26
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ.....	27
4. BULGULAR.....	28
5.TARTIŞMA.....	44
5.1. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI.....	49
5.2. SONUÇ	50
5.3. ÖNERİLER.....	51
6.KAYNAKLAR	52

7.EKLER	61
EK 1: İNTİHAL RAPORU.....	61
EK 2: ETİK KURUL ONAYI	62
EK 3: GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	63
EK 4: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	64
EK 5: TEKNOSTRES ÖLÇEĞİ.....	65
EK 6: MESLEKİ MOTİVASYON ÖLÇEĞİ.....	67
EK 7: İŞ YÜKÜ ÖLÇEĞİ.....	69
EK 8: KISA FORM 36/ KF 36.....	70
8. ÖZGEÇMİŞ	72



SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

BİT	Bilgi ve İletişim Teknolojisi
MR	Manyetik Rezonans Görüntüleme
KKDS	Klinik Karar Destek Sistemleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KF-36	Sağlık Durumu Anketi
%	Yüzde
N	Sayı
SS	Standard Sapma
Ort	Ortalama

ŞEKİL VE RESİMLER LİSTESİ

	Sayfa no
Şekil 2.1: Uzaktan Hasta Takip Sistemi.....	8
Şekil 2.2: Giyilebilir Sensör Sistem.....	9
Şekil 2.3: İnvaziv (deri altı) Sensör Sistem.....	9
Şekil 2.4: Teknostresin Sağlık Hizmetlerinde Olumlu ve Olumsuz Yönleri.....	12
Şekil 2.5: Teknostresin Nedenleri.....	13
Şekil 2.6: Teknostresi Azaltma Stratejileri.....	13

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa no
Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Tablo N=Sayı ve % Değerleri.....	28
Tablo 4.2: Tanımlayıcı İstatistikler ve Normal Dağılım Tablosu	29
Tablo 4.3: Sağlık Çalışanlarında Cinsiyete Göre Teknostres Düzeylerinin İncelenmesi.....	30
Tablo 4.4: Sağlık Çalışanlarında Cinsiyete Göre Mesleki Motivasyon Düzeylerinin İncelenmesi.....	30
Tablo 4.5: Sağlık Çalışanlarında Cinsiyete Göre Algılanan İş Yükü Düzeyinin İncelenmesi.....	31
Tablo 4.6: Sağlık Çalışanlarında Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi.....	31
Tablo 4.7: Sağlık Çalışanlarında Yaş Gruplarına Göre Teknostres Düzeylerinin İncelenmesi.....	32
Tablo 4.8: Sağlık Çalışanlarında Yaş Gruplarına Göre Mesleki Motivasyon Düzeylerinin İncelenmesi.....	32
Tablo 4.9: Sağlık Çalışanlarında Yaş Gruplarına Göre Algılanan İş Yükü Düzeyinin İncelenmesi.....	33
Tablo 4.10: Sağlık Çalışanlarında Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi.....	33
Tablo 4.11: Sağlık Çalışanlarında Medeni Duruma Göre Teknostres Düzeylerinin İncelenmesi.....	34
Tablo 4.12: Sağlık Çalışanlarında Medeni Duruma Göre Mesleki Motivasyon Düzeylerinin İncelenmesi.....	34
Tablo 4.13: Sağlık Çalışanlarında Medeni Duruma Göre Algılanan İş Yükü Düzeylerinin İncelenmesi.....	35
Tablo 4.14: Sağlık Çalışanlarında Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi.....	35

Tablo 4.15: Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Yıllarına Göre Teknostres Düzeylerinin İncelenmesi.....	36
Tablo 4.16: Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Yıllarına Göre Mesleki Motivasyon Düzeylerinin İncelenmesi.....	37
Tablo 4.17: Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Yıllarına Göre Algılanan İş Yükü Düzeylerinin İncelenmesi.....	37
Tablo 4.18: Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Yıllarına Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi.....	38
Tablo 4.19: Sağlık Çalışanlarında Meslek Dağılımına Göre Teknostres Düzeylerinin İncelenmesi.....	39
Tablo 4.20: Sağlık Çalışanlarında Meslek Dağılımına Göre Mesleki Motivasyon Düzeylerinin İncelenmesi.....	40
Tablo 4.21: Sağlık Çalışanlarında Meslek Dağılımına Göre Algılanan İş Yükü Düzeylerinin İncelenmesi.....	41
Tablo 4.22: Sağlık Çalışanlarında Meslek Dağılımına Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi.....	41
Tablo 4.23: Teknostres Ölçeği Alt Boyutları ile Mesleki Motivasyon, Yaşam Kalitesi ve İş Yükü Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	42

ÖZET

Ayna Kocadeniz, D. (2024). Sağlık Çalışanlarında Teknostres ile Mesleki Motivasyon, Algılanan İş Yükü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ergoterapi Anabilim Dalı, İstanbul.

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının teknostres düzeyleri ile mesleki motivasyon, algılanan iş yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında, 23-47 yaş aralığında çeşitli meslek gruplarından (ergoterapist, fizyoterapist, hemşire, diğer) 300 sağlık çalışanından anket yoluyla veri toplanmıştır. Teknostres ölçeğinin alt boyutları olan tekno-aşırı yüklenme, tekno-istila, tekno-karmaşa, tekno-güvensizlik ve tekno-belirsizlik ile mesleki motivasyon, iş yükü ve yaşam kalitesi boyutları arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir.

Elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanımlarının aşırı yüklenme, verimlilik kaybı ve belirsizlik gibi stres faktörleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Teknostres ölçeğinin tekno-aşırı yüklenme alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol alt boyutu arasında ($r = 0,121$, $p = 0,036$) anlamlı ilişki bulunmuştur. Teknostres ölçeğinin tekno-karmaşa alt boyutu ile mesleki motivasyon ölçeğinin bireysel faktörler alt boyutu arasında ($r = -,121$, $p = 0,036$) ve yaşam kalitesinin sosyal rol alt boyutu arasında ($r = -,150$, $p = 0,009$) anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Teknostres ölçeğinin algılanan bireysel verimlilik alt boyutu ile mesleki motivasyon ölçeğinin yönetsel faktörler alt boyutu ($r = 0,216$, $p < 0,001$) ve yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık boyutu arasında ($r = -,134$, $p = 0,021$) anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Özellikle fizyoterapistler, diğer meslek gruplarına göre teknolojinin bireysel verimlilik üzerindeki olumsuz etkilerini daha fazla hissetmiştir. Mesleki motivasyon düzeyinde, hemşirelerin iş başarısının takdir edilmesine daha fazla önem verdiği, fizyoterapistlerin ise yöneticilerden daha fazla destek beklediği saptanmıştır. Meslekte geçirilen yıl arttıkça mesleki motivasyonun azaldığı ancak sosyal rol ve mental sağlık gibi yaşam kalitesi boyutlarında puanların yüksek olduğu gözlenmiştir.

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının teknolojiyi etkin ve dengeli kullanabilmesi için mesleki destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, iş yükü yönetiminin iyileştirilmesi ve kişisel gelişim fırsatlarının artırılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Teknostres, Sağlık alışanları, Mesleki Motivasyon, İş Yükü, Yaşam Kalitesi



ABSTRACT

Ayna Kocadeniz, D. (2024). Investigation of the Relationship Between Technostress and Professional Motivation, Perceived Workload and Quality of Life in Healthcare Workers. Master's, İstanbul Atlas University Postgraduate Education Institute, Department of Occupational Therapy, İstanbul.

This study was conducted to examine the relationship between healthcare workers' technostress levels and professional motivation, perceived workload, and quality of life. Data were collected via a survey from 300 healthcare workers aged between 23 and 47 from various professional groups (occupational therapists, physiotherapists, nurses, and others). The relationships between the sub-dimensions of the technostress scale—techno-overload, techno-invasion, techno-complexity, techno-insecurity, and techno-uncertainty—and the dimensions of professional motivation, workload, and quality of life were analyzed.

The findings showed that healthcare workers' use of information and communication technologies is associated with stress factors such as overload, loss of productivity, and uncertainty. A significant relationship was found between the techno-overload sub-dimension of the technostress scale and the physical role sub-dimension of the quality of life scale ($r = 0.121$, $p = 0.036$). Significant relationships were also observed between the techno-complexity sub-dimension of the technostress scale and the individual factors sub-dimension of the professional motivation scale ($r = -.121$, $p = 0.036$) as well as the social role sub-dimension of the quality of life scale ($r = -.150$, $p = 0.009$). Additionally, significant relationships were found between the perceived individual productivity sub-dimension of the technostress scale and the managerial factors sub-dimension of the professional motivation scale ($r = 0.216$, $p < 0.001$) and the mental health sub-dimension of the quality of life scale ($r = -.134$, $p = 0.021$). Notably, physiotherapists felt the negative impacts of technology on individual productivity more strongly compared to other professional groups. In terms of professional motivation, it was found that nurses placed greater importance on the recognition of work success, while physiotherapists expected more support from managers. It was also observed that

as the number of years in the profession increased, professional motivation decreased, yet scores were higher in quality of life dimensions such as social role and mental health.

In conclusion, it is recommended to strengthen professional support mechanisms, improve workload management, and increase opportunities for personal development to enable healthcare workers to use technology effectively and in a balanced manner.

Keywords: Technostress, Healthcare Workers, Professional Motivation, Workload, Quality of Life



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bilgi ve iletişim teknolojisi birçok alanda etkili olduğu gibi sağlık alanında da etkinliğini sürdürmüştür. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılması topluma fayda sağlamaktadır ancak teknolojinin getirdiği değişim ve yenilikler olumsuz etkilere de sebep olmaktadır (Başaran vd., 2021). Sağlık çalışanlarının bu değişim sürecine dahil olabilmesi, değişimi içselleştirebilmesi önem arz etmektedir (Aydın ve Nur, 2022).

Meydana gelen değişikliklerdeki bilgi eksikliği, belirsizlik, karmaşıklık ve iş yükü çalışan personel üzerinde strese ve endişeye neden olmaktadır (Brillhart, 2024). Bilgi ve iletişim teknolojilerinin neden olduğu stres genel olarak bu teknolojilerin kullanımı ile ilgilidir ve teknolojinin sebep olduğu uzun süreli stres durumu teknostres olarak tanımlanmaktadır (Taraftar vd., 2007). Teknostres “yeni bilgisayar teknolojileriyle sağlıklı bir şekilde başa çıkamama sonucunda ortaya çıkan modern bir sendromdur” (Özel, G. ve Aba, 2023).

Aynı zamanda teknostres; kişilerde stres, memnuniyetsizlik, tükenmişlik ve kaygı duygularıdır (Çakar vd., 2019). Teknostres kaynakları içerisinde sürekli yenilikler, sürekli erişilebilirlik, bilgi yükü, çoklu görev yapma, teknik sorunlar mevcuttur (Ragu-Nathan vd., 2008). Sağlık personellerinde teknostres olgusu giderek artmaktadır. Bu yaşadıkları stres iş tatmininin de algılanan iş yükünde ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sebep olabilir (Salanova vd., 2013). Sağlık profesyonellerinde teknostresin sebep olduğu nedenleri anlamak ve bu olumsuzlukları azaltma stratejilerini keşfetmek, sağlıklı bir çalışma ortamını oluşturmak ve sağlık çalışanlarının iş kalitesini en iyi düzeye ulaştırmaya çalışmak çok önemlidir (Kruse vd., 2017).

Teknostresin nedenleri arasındaki hızlı teknolojik gelişmeler sağlık çalışanları için bunalıcı olabilir. Yetersiz eğitim nedeniyle dijital araçlarda gezinme sırasında kendilerini hazırlıksız veya desteksiz hissetmeleri söz konusudur (Carayon vd., 2009). Gizlilik ve güvenlik endişeleri, teknoloji kaynaklı hatalar kaygı ve stresi artırır. Bunların yanı sıra aşırı iş yükü tükenmişliğe sebep olmaktadır (Brod, 1984). Teknostres çalışanlarda çeşitli hastalıklara sebep olmaktadır. Bunlar; sindirim problemleri, baş ağrısı, eklem ve kas ağrıları, kalp krizi, teknolojiye karşı anksiyete, uyku problemi,

tansiyon, tahammülsüzlük, panik gibi zihinsel ve fiziksel rahatsızlıklardan oluşmaktadır bu yüzden araştırmacılar teknostresin önlenmesi için çalışmalar yapmışlardır (Champion, 1988). Son zamanlarda teknostres ile ilgili çalışmaların artmasına rağmen teknostres hakkında bilgi ve kaynaklar sınırlı kalmıştır (Rosch, 1994).

Bu bağlamda çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarında teknostres ile mesleki motivasyon, algılanan iş yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi aynı zamanda farklı demografik özelliklere göre bu parametreleri araştırmaktır.

Çalışmanın Hipotezleri;

- Hipotez 1:
H0/1: Teknostres ile mesleki motivasyon arasında ilişki yoktur/ vardır.
- Hipotez 2:
H0/1 : Teknostres ile algılanan iş yükü arasında ilişki yoktur/ vardır.
- Hipotez 3:
H0/1: Teknostres ile yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur/ vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.BİLGİ VE İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİ

Bilgi ve iletişim teknolojisi (BİT) kelimesi veri iletişimini ifade eder. Cep telefonlarına ek olarak radyo, televizyon, akıllı telefonlar, bilgisayar ve ağ donanım ve yazılımı, uydu ağları ve video konferans ve uzaktan öğrenme gibi diğer teknolojiler de mevcuttur (Amusan, Olonju vd., 2018). Bu, televizyon ve telekomünikasyonun tek bir iletişim ağında birleştirilmesidir. BİT girişimlerinin hem ekonomi hem de kültür üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir.

İletişimde, bilgi alışverişinde ve birlikte çalışmada ortaya çıkabilecek zaman ve mesafe kısıtlamalarını aşmak için kullanılan başlıca çözümler arasında BİT yer almaktadır (Bouwman, Hooff vd., 2005).

BİT, yüksek oranda yenilik ve farklılık içeren genel amaç dahilinde kullanılan teknolojilerdir. Aynı zamanda, BİT birçok değişikliğe imkân tanır ve diğer sektörlerle yenilik katarak daha yaratıcı konuma getirir (Salanova, 2013).

2.1.1.Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Gelişimi

Gelişmekte olan ülkelerde mobil telefonlar neredeyse her yerde bulunmaktadır. İnternet ve geniş bant erişimi yaygınlaşmaktadır. BİT'ler bu nedenle uluslararası kalkınmada deneyimlenen en hızlı, en geniş ve en derin teknik değişimi temsil etmektedir (Heeks, 2017). Milyonlarca BİT tabanlı iş yaratmakta; sağlık çalışanlarına ve öğretmenlere yardımcı olmakta, siyasi değişimi kolaylaştırmaktadır.

Teknoloji, insan ömrünün dönüşümünde önemli bir rol oynamış, bilginin zaman ve mekân dahilinde anlamlı bir şekilde kullanılabilmesi için etkili yöntemler geliştirmiştir. Bu nedenle, BİT bilgi bilimi ve teknolojisinin merkez noktasında yer alır ve bilgiyi talep eden disiplinler ve alt disiplinlerin devamlı büyümesini keşfederken ilerlemeyi sürdürebilmek için ipucu sağlar (Atılğan, 2009). Yeni kavramlarla beraber yeni ve farklı iş modelleri üretilmiş, yeni iş ortamları oluşturulmuştur.

BİT, işletmelerin yenilikleri izlemesine, yönetim ve üretim süreçlerindeki değişiklikleri desteklemesine, karar alma ve kontrol mekanizmalarını düzenlemesine yardımcı olur (Pollalis, 2003). Bilgi çağında rekabet kavramı; tasarımdan üretime, tedarikten kullanıma varana kadar birçok işletme işlevindeki bilgilerin rekabetçi kullanımını ifade eder.

BİT erişim ve bu teknolojilerin kullanımı oldukça yaygınlaşmıştır. İletişim teknolojisi ile bilgisayar teknolojisinin bir arada kullanılmasıyla oluşan BİT, insan hayatında ve iş hayatında köklü değişikliklere sebep olmuştur (Hung vd., 2015).

2.1.2.Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Sağlık Kurumlarında Yaygınlaşması ve Kullanımı

Dünyada ve ülkemizde hızla devam eden teknolojik ve bilimsel gelişmeler sağlık alanında büyük gelişmelere yol açmıştır. Ülkemizde teknolojinin henüz yeni başladığı 1940'lı yıllarda toplum sağlığı hizmetleri gelişirken, 1950'li yıllardan sonra ve 1970'li yıllara kadar özellikle cerrahi yöntem ve metotlarda tanı ve tedavide yeni uygulamalar denenmiştir. Daha önce tanısı konulmuş ancak tedavisi mümkün olmayan birçok hastalık için tedavi süreçleri başlatılmıştır (Küyük vd., 2005). 1945-1970 yıllarında teknolojinin kullanımı artmış, tanı ve hastanın tedavisinde cerrahi yöntemler ile yeni teknikler geliştirilmiştir. 1980'li yıllardan sonra ise günümüze kadar teknolojik ve bilimsel yeniliklerin en üst seviyede kullanıldığı görülmüştür.

Güçlü ve arkadaşları (2018) Günümüzde bilgiyi elde edebilmek ve onu yönetmek ekonomik güç kazanmanın en önemli kaynağı olarak kabul görmektedir. Sağlık bilişimi, taşıdığı birçok parametreyle sağlık hizmetinin yerine getirilmesinde bu gerekliliği göstermiştir (Güçlü vd., 2018). Sağlık hizmeti-sağlık görev sunumu ve planlamasında bilgi tabanlı yönetimin önemini açıkça ortaya koymaktadır.

Ancak tüm veri ve bilgilerin profesyonel olarak saklanması, işlenmesi ve erişilebilir hale getirilmesi gerekir. Aslında tüm bu veriler, yönetici tarafından, doğru kişiye, doğru zamanda ve doğru yerde kullanıcılara sunulmalı ve sağlanan erişim noktası güvenli olmalıdır (Akpınar, 2006).

En yaygın sağlık ile ilgili internet tabanlı uygulama alanları kişisel sağlık alanlarıdır. Kişisel sağlık alanlarına örnek olarak sağlık ile ilgili bilgileri arama, tıbbi

makaleleri araştırma, internetten eğitim videoları indirme ve izleme, kişisel hasta kayıtlarına erişme ve internet üzerinden hastalıkla ilgili anketleri tamamlama verilebilir.

İdari ve finans işlemlerine örnek olarak belgelerin gerçek zamanlı olarak paylaşılabildiği görüntülü konferanslar, hasta kaydı, randevu planlama, hizmetler için faturalandırma ve ödeme, hekim kimliğinin uygun şekilde belgelendirilmesi verilebilir (Güçlü ve Kurşun, 2018). Halk sağlığında, acil durumlarda halk sağlığından sorumlu görevliler arasında görüntülü konferanslar, vaka bildirimleri, halk sağlığı departmanları içinde bilgi toplama, ortaya çıkan hastalıkların veya yeni oluşan salgınların gözetimi, bir hastalığın seyrini izlemek için epidemiyolojik haritaların veya görüntü dosyalarının elektronik olarak iletilmesi ve uyarıların diğer sağlık ile ilgili bilgilerin sağlık hizmeti sağlayıcılarına ve sağlık hizmeti çalışanlarına iletilmesi verilebilir (Şakar, 2009).

2.1.2.1. Elektronik Sağlık / Hasta Kayıtları

Günümüzde kullanılan sağlık teknolojisi, hastanın tıbbi hizmetlerinin ve hasta bakımının sürekliliği ve hizmetin düzgün uygulanması için olmazsa olmazdır. Elektronik sağlık kayıtları, bireylerin geçmiş, şimdiki ve gelecekteki fiziksel ve ruhsal sağlıkları veya hastalıklarıyla ilgili olarak elektronik veriler kullanılarak elde edilen, depolanan, erişilebilen, ilişkilendirilen ve işlenen herhangi bir bilgi olarak tanımlanabilir (Bakar vd., 2005). Elektronik hasta kayıtları, verilerin gerçek zamanlı olacak şekilde paylaşılmasını kolaylaştırarak sunulan sağlık hizmetlerinde koordinasyonu geliştirmesine katkıda bulunur (Buntin vd., 2011).

Hastanelerde, hastaların tanı ve tedavisinde kullanılan araç, gereç ve envanterlerin kayıt altına alındığı bir sisteme sahip olanlar tercih edilmektedir. Hastalara yönelik kullanılan tanı, hastanın tedavisi ve hasta bakımında destek olan ultrasonografi, röntgen, kemik iliği ölçümü, MR, tomografi gibi cihazlar, tüm radyoloji ve görüntüleme ile ilgili laboratuvar hizmetleri, biyokimya, hemogram, doku takip cihazları, hasta başı monitörleri, infüzyon pompa setleri, kalp grafiği çeken cihazlar gibi tüm hasta hizmetlerinde kullanılan cihazlar ve bu cihazların ortaya çıkardığı verilerden yararlanabilmek veya diğer bilgi ağlarına aktarabilmek için otomasyon desteğine ihtiyaç duymaktadır (Arbak, 1995).

2.1.2.2. Tele Tıp

Tele tıp, sağlık hizmetlerine erişimin önemli olduğu durumlarda sağlık hizmeti ve iyileştirme, hastaları teşhis etme, tedavi etme ve sağlık eğitimi ihtiyaçlarını karşılama amacıyla bilgi teknolojilerinin kullanılmasıdır. Tele tıp, sağlık profesyonellerinin kendi branşlarında gelişmiş sağlık hizmeti standartlarını hızlı ve etkili bir şekilde sağlamalarına olanak tanıyan bir araç olarak düşünülebilir (Otero vd., 2014).

Hastaların uzaktan izlenmesi, hastalık tanısı veya tıbbi tedavisi için uzman görüşü sağlanması (telekonsültasyon) ve genellikle kronik hastaların uzaktan izlenmesi (telemonitoring) gibi uygulamaları kapsamaktadır (Paho, 2016).

2.1.3. Hemşirelik Mesleğinde Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Kullanımı

Hemşireler; hastalarla, yakınlarıyla ve diğer sağlık profesyonelleriyle sürekli iletişim kurarak, hasta belgelerini sürekli inceleyerek, hastaların ihtiyaçlarını bütünsel değerlendirerek gözlemlerini ve bakım sonuçlarını bilgisayarlara veya çeşitli belgelere kaydını yaparak bakım uygulamaları sağlar (Sorensen vd., 2015). Son yıllarda hemşirelik mesleği kapsamında geliştirilen karar destek sistemi yazılımları mevcuttur. Bunlara örnek olarak;

Bilgisayar Tabanlı Order Sistemi: Hastaların ilaç, muayene ve radyoloji isteklerinin bilgisayar uygulamaları ile yürütülme aşamalarını ifade eder.

Telefon Triyaj Sistemi: Tıbbi tavsiye gerektiren telefon görüşmeleri tüm tıbbi çağrıların önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Hemşirelik Klinik Karar Destek Sistemi: Klinik karar destek sistemleri (KKDS), hasta özelinde yorumlar veya önerilerde bulunarak hekimlerin ve hemşirelerin tanı koymalarına destek olmak için geliştirilen sistemlerdir (North vd., 2014).

2.1.4. Rehabilitasyonda Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Kullanımı

2.1.4.1. Tele-Rehabilitasyon

Tele-rehabilitasyon, hastaların ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastanede kalış süresini ve maliyetlerini azaltmak için, yatan hastalara bakım vererek ve hastalığın akut evresinden sonra onları eve taşıyarak geliştirilmiştir. Tele-rehabilitasyon ayrıca, hasta-sağlık hizmeti sağlayıcı etkileşimine yönelik gelenekselleşmiş yüz yüze yaklaşımının

yerini tamamlayarak, hastalıkların akut evrelerinin tedavisine de olanak sağlayabilir (Heeks, 2017).

Hastalar çevrimiçi öz izleme ve öz yönetim kaynaklarına kolayca erişebilir, bu da bir hizmet kullanıcısının kendi sağlık sorunları ile başa çıkması konusundaki bağımsızlığını ve kontrolünü artırır aynı zamanda insanların tedaviye uyumunu kolaylaştırır (Bashsbur vd., 2014).

Tele-rehabilitasyon hizmetleri; hastanın rehabilitasyonunda monitörler sayesinde uzaktan izlenebilmesi, rehabilitasyon protokollerinin uzaktan kontrolle ayarlanması, aile ve sağlık profesyonellerine uzaktan eğitim verilmesini kapsamaktadır. Tele-değerlendirme, mobil cihazlara veya tabletlere özgü indirilen uygulamalar sayesinde gerçekleştirilebilir.

Ergoterapi, tele-rehabilitasyonun bir parçası olarak, bireylerin evde bağımsızlıklarını yeniden kazanmalarına yönelik sanal terapi seansları sunabilir (Heek ve Lindström, 2020). Tele-rehabilitasyon, ergoterapinin çeşitli alanlarında uygulanabilir ve birçok avantaj sunar. Ergoterapistler, hastaların evde uyguladıkları egzersizleri ya da günlük aktiviteleri uzaktan izleyerek ilerlemeyi takip edebilir ve gerektiğinde müdahalelerde bulunabilir (Akyürek vd., 2019).

Fiziksel terapi ve rehabilitasyonun önemli olduğu nörolojik hastalıklarda (örneğin felç, Parkinson hastalığı) tele-rehabilitasyon, hastaların motor becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir (Hassan vd., 2020). Zihinsel rehabilitasyon, depresyon, anksiyete, stres yönetimi gibi psikolojik sorunlarla başa çıkmada tele-rehabilitasyon faydalı olabilir. Ergoterapistler, hastaların evde oldukları sürece zihinsel sağlıklarını izleyebilir ve terapötik egzersizler sunabilir (Baxter ve Roney, 2019).

2.1.4.2. Video Konferans Yoluyla Tele-Değerlendirme

Günümüzde, video konferans yapabilen birçok uygulama bulunmaktadır ve bu uygulamalar hastalar tarafından kolayca erişilebilir oldukları için kullanışlı ve uygun maliyetlidir. Tele-değerlendirme, yüksek kalitede görüntü ve ses özelliği sağlayan bir video konferans sistemi vasıtasıyla farklı yerlerdeki hasta ve terapist arasındaki iletişim gerçekleştirilir (Heeks vd., 2017). Bir video konferans sisteminin gerekli teknolojik altyapısını sağlayarak, geniş açı sağlayan görüş kameraları ve spesifik yazılım arayüzleri gibi teknolojilerden yararlanılarak uzaktan görüntülü eklem hareket açıklığı

değerlendirmesi yapılabilmektedir. Uzaktan kameranın görüş açısı, değerlendirmeyi gerçekleştiren terapist tarafından gerek görüldüğünde yakınlaştırılabilir veya uzaklaştırılabilir. Terapist ile fiziksel temas olmadığından, terapist katılımcıyı değerlendirmeler boyunca sözlü bir şekilde yönlendirir (Peel vd., 2011).

Sensör tabanlı sistemler sağlık hizmetlerinin ve rehabilitasyonun birçok aşamasında kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşımında sorun yaşayan bireylerin sensörler sayesinde uzaktan hasta izleme tabanlı sistemler (Şekil 2.1) aracılığıyla tedavi ve değerlendirmeye katılmaları sağlanabilir. Sensörler, dahili ve harici olmak üzere ikiye ayrılır;

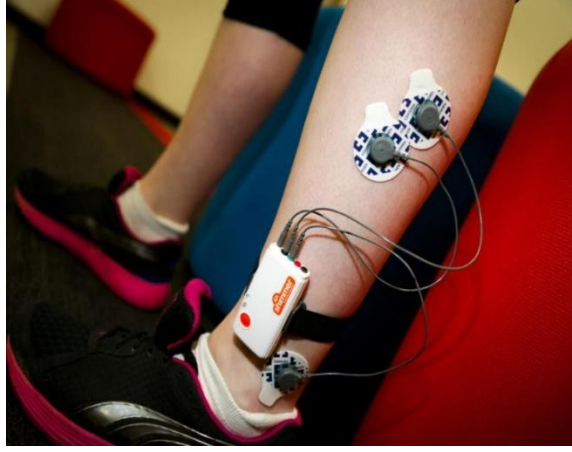
-Dahili sensörler: İnvaziv olarak deri altına yerleştirilen ve elde edilmek istenilen vücuttan alınan verileri tablet, telefon veya bilgisayarlara aktaran sensörlerdir (Şekil 2.3).

-Harici sensörler: Ortam ve giyilebilir sensörlerden oluşmaktadır (Şekil 2.2). İkisi arasında giyilebilir sensörler yürüyüş becerisinin değerlendirilmesinde daha fazla kullanılır (Aybek, 2018).

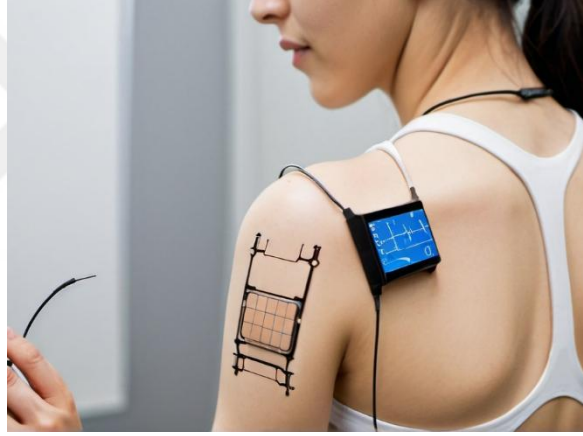
En sık kullanılan testlerden; 6 Dakikalık Yürüme Testi, Zamanlı Kalkma ve Yürüyüş Testi ve 5 Kere Oturma-Ayağa Kalkma Testinin uzaktan değerlendirilmesinin yapılabilmesi için ivmeölçerler, eğimölçerler, spesifik tasarlanmış sensörler ve özel yazılımlı bilgisayar tabanlı sistemler gereklidir. Performans testlerinin uzaktan değerlendirilebilmesi için hastanın kendi ev ortamında kullanılabilen tele-ivmeölçerler, tele sağlık veri gönderimi için aktivite izleme için kullanılan bir yaklaşımdır ve hastalara kendi evlerinde basitçe takip seçeneği sunabilir (Jagos vd., 2015).



Şekil 2.1: Uzaktan hasta takip sistemi (Aybek, 2018).



Şekil 2.2: Giyilebilir sensör sistem (Alpmed, 2024).



Şekil 2.3: İnvaziv (deri altı) sensör sistem (Fabbri, 2024).

2.2.BİLGİ VE İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİ VE İNSAN İLİŞKİSİ

BİT; bilim, sağlık, iletişim, toplumsal yaşam, ticaret ve üretim benzeri pek çok alan üzerindeki etkileriyle hem iş yapma biçimlerini hem de hayatı anlama biçimlerimizi hızla etkilemektedir. Tıpkı işletmelerde olduğu gibi insanlar da yeni görüşler çerçevesinde bilgiyi edinmeli, aktarmalı ve davranışlarını değiştirmelidir. Bu nedenle bilgi geliştirilir, toplanır, depolanır ve aktarılır (Finerty, 1997). Bilgi ancak insanlara değer katacak şekilde paylaşıldığında ve kullanıldığında anlamlı bir etkinlik haline gelir. Bilgi teknolojilerinin egemen olduğu yaşamlar sonucunda insanlar e-insan olmaya zorlanmaktadır.

Faydalı olmasına rağmen, bilgi teknolojisi uygulamalarının hızlı yayılımı ve kullanımını her zaman beklenen orana ulaşamayabilir. Bunun sebebi teknik nedenler değil, insani nedenler ve insanların yeniliğe ve değişime karşı direncidir (Poole vd., 2001).

BİT ile yeni iş kollarının yaratılmasının yanında; işsizlik artmış, otomasyonun getirdiği konfor ile kişisel beceriler azalmış, insanın karar verme, düşünme, karşılaştırma ve üretim becerileri kaybolmuş, teknoloji temelli iş stresi, hastalıklar ve iş yoğunluğu artmış, işler rutin ve tek düze hale gelmiş, insan becerileri ve çabaları makineler tarafından değiştirilmiş ve bunun sonucunda insan becerileri makinelere aktarılmış. Akıllı olanın işçi değil makine olduğu anlayışı gelişmiş, elektronik gözetim ve denetim bireysel ve iş hayatının mahremiyetini tehdit etmiş, işgücü gözetimi ve denetimi artmış, merkezî yapı güçlenmiştir (Kalay, 2009).

2.3.TEKNOSTRES

Teknostres terimini ilk kez 1984 yılında klinik psikolog Craig Brod kullanmıştır. Teknostres, literatürde bilişim teknolojileriyle sağlıklı bir şekilde başa çıkmada zorluk yaşayan kişileri etkilemekte olan modern bir hastalık türü olarak tanımlanmaktadır. Teknostres, teknoloji kullanımının insan davranışları, düşünceleri, tutumları ve psikolojisi üzerindeki olumsuz etkisidir (Ayyagari vd., 2011).

Teknostres, iki ana uyumsuzluk yaratan türden kaynaklanmaktadır: birincisi, işlevsiz veya güncelliğini yitirmiş teknolojilerle bağlantılı hayal kırıklığı, ikincisi ise bazı bilgi, telefon ve bilgisayar (BİT) sistemlerinin aşırı karmaşıklığıdır.

Teknostresin oluşum aşamalarında var olan ya da değişim gösteren iletişim ve bilişim teknolojilerinden bireylerin uzaklaşması ve bunun sonucunda hata yapma korkusunun ortaya çıkması, kaygı, endişe, tedirginlik gibi duygularla bilgisayar ve benzeri teknolojik ürünlere karşı önyargı gelişmesi, yeni teknolojik ürünlerin kullanımı sonucu ortaya çıkan uyum sorunu olduğu belirtilmektedir (Altıntaş, 2020).

Teknolojinin etkisiyle yapılan işin niteliği değiştiği gibi ürünü veya hizmeti kullanacak insanların beklentisinin ve isteklerinin de farklılaştığı görülmektedir. Bu sebeple bir süre sonra kişi kendini makineyle rekabet ederken bulmaktadır. Sonuç olarak teknostres bireyin motivasyonunu kaybetmesine, çalışmaya devam etmemesine, işinin

verimliliğini olumsuz yönde etkilemesine ve çalışanın iş ortamından uzaklaşmasına neden olur (Özbozkurt, 2019).

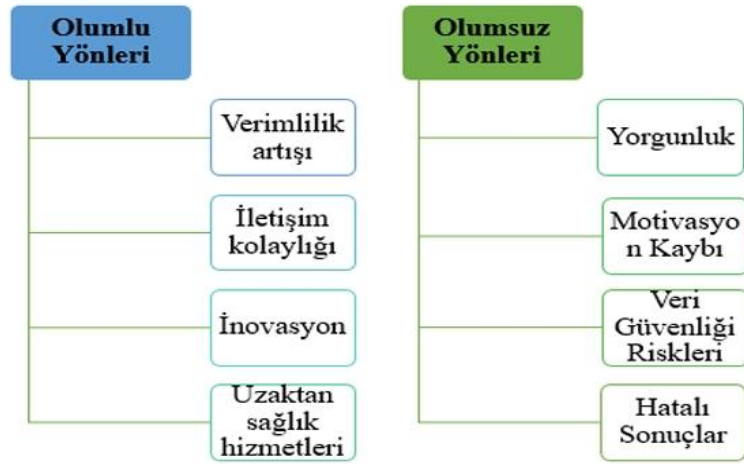
Stresi azaltıcı olarak eğitim, teknik destek, teknolojik yeterlilik, örgütsel bağlılık, iş tatmini ve devam bağlılığının önemi de göz ardı edilemeyecek derecede büyüktür. Teknostresi engelleyen unsurlar olan teknostres inhibitörleri, teknostresin neden olduğu olumsuzlukları azaltır. Teknolojiyi kullanan kişilerin sistemin planlama ve uygulama aşamalarına katılmasını sağlamak, teknostresin olumsuz etkilerini azaltmanın bir başka yoludur (Ahmad vd., 2014).

2.3.1.Sağlık Çalışanlarında Teknostres

Teknolojinin kullanımından kaynaklanan stres şeklinde tanımlanan teknostresin hem olumlu yönleri hem de olumsuz yönleri bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde teknostresin olumlu yönlerini konu edinen çalışmaların varlığı göze çarpmaktadır (Müller vd., 2019).

2.3.1.1. Teknostresin Olumlu Yönleri

- İletişim kolaylığı: Teknolojinin kullanımı, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında gerçekleşen iletişimi kolaylaştırarak, daha hızlı bilgi alışverişinde bulunmalarına olanak tanıyabilir.
- Artan verimlilik: Teknolojinin kullanımı sayesinde sağlık hizmetlerinin üretkenliğini artırabilir ve işin akışını rahatlatılabilir.
- Yenilik: Teknolojinin getirmiş olduğu imkânlar sağlık sektörü içerisinde yeniliklerin fark edilmesine ve yeni tedavi biçimlerinin geliştirilmesine fayda sağlamaktadır.
- Uzaktan sağlık hizmeti: Teknolojinin kullanımı ile uzaktan sağlık hizmetlerinin hastalara sunulması kolaylaşmış olur ve hastaların sağlık hizmetlerine erişmesini kolaylaştırmaya yardımcı olur (Pennebaker, 2011).



Şekil 2.4: Teknostresin Sağlık Hizmetlerinde Olumlu ve Olumsuz Yönleri (Taraftar vd., 2007).

2.3.1.2. Teknostresin Olumsuz Yönleri

- Yorgunluk ve motivasyon kaybı: Teknolojinin kullanılması ile sağlık çalışanları yapmış oldukları iş yüklerinde artış yaşayabilir ve kimi zaman fazla mesai yapmaları gerekebilir. Bu, yorgunluğa ve motivasyon kaybına yol açabilir.
- Veri güvenliği riskleri: Kişisel ve hassas içerikli sağlık bilgilerinin dijital ortamda depolanması veri güvenliği riskleri açığa çıkarabilir ve veri ihlali durumunda hem sağlık kuruluşları hem de o sağlık kuruluşunda hizmet almış olan hastalar ciddi risklerle maruz kalabilir.
- Hatalı sonuçlar: Teknolojinin kullanımı sırasında oluşabilecek hatalar hasta sağlığını etkileyebileceği gibi sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki güveni de zedeleyebilmektedir (Sonnentag ve Fritz, 2015).

Sonuçta, teknostresin hem olumlu hem de olumsuz yönleri vardır. Sağlık çalışanlarının teknolojiyi kullanımı esnasında oluşabilecek stresi azaltmaya yönelik stratejiler geliştirmek, teknostresin olumsuz etkilerini hafifletmeye destek olabilir. (Ragu-Nathan vd., 2008).

Sağlık çalışanları içerisinde giderek yaygınlaşan karmaşıklık yaratan teknostres olgusunu incelemek önemli bir adımdır. Teknostres, bireylerin iş ortamlarında teknolojiyi içselleştirmeleri, teknolojiyi kullanmaları veya aşırı güvenmeleri sebebiyle yaşamış oldukları stresi ifade eder. Bu stres, üretkenliği, işten duyulan tatminliği ve genel ruhsal sağlığı negatif etkileyebilir. Sağlık çalışanları arasında teknostresin nedenlerini anlamak ve olası azaltma stratejilerini araştırmak, sağlıklı bir iş ortamını

yaratabilmek ve hasta bakımına en iyi seviyede devam edebilmek için çok önemlidir (Boonstra ve Broekhuis, 2010).



Şekil 2.5: Teknostresin Nedenleri (Taraftar vd., 2007).

Sonuç olarak, sağlık sektöründe çalışanlarda teknostresin nedenlerini anlamak ve bunu azaltmak için stratejiler uygulamak sağlıklı bir iş ortamı yaratmak için önemlidir. Sağlık kuruluşları, dereceli bir şekilde yeni teknolojiler sunarak, yeterli eğitim hizmetini sağlayarak, iş-yaşam dengesini öncelikli hale getirerek, açık anlaşılır iletişimi teşvik ederek ve stresi azaltma yöntemleri sağlayarak teknostres seviyesini hafifletmeye ve iş memnuniyetini ve verimliliği artırmaya yardımcı olabilir (Çakar vd., 2019).



Şekil 2.6: Teknostresi Azaltma Stratejileri (Salanova vd., 2013).

2.4. MOTİVASYON

Motivasyon, davranışın bir hedefe doğru başlatıldığı, etkinleştirildiği, davranışın yönlendirildiği ve davranışın sürdürüldüğü bilişsel karar alma sürecidir. Belirli sonuçlara yönelik tercihleri, gönüllü olarak gösterilen çabanın veya gönülsüz yapılan çabanın kuvvetini zorluklar karşısında azmini gösteren genel bir kavramdır (Buchanan vd., 2017). Motivasyonun kişi davranışlarını yönlendirme aşamasında önemli bir etkisi vardır.

Motivasyonun temeli, insanların bitmek bilmeyen gereksinimlerini karşılamak için sürekli olarak farklı şeyler istemeleridir. Bu sonsuz ihtiyaçlar, elde edilmesi gereken hedefler haline gelir ve insanları harekete geçmeye motive eder. İnsanların becerileri, ihtiyaçları ve arzuları farklılaştıkça; zaman, fiziksel çevre, gruplar, sosyal fırsatlar ve yönetme tarzı şeklinde olan çalışma koşullarındaki farklılıklar motivasyonel faktörleri doğrudan etkiler ve karmaşık hale getirir. İhtiyaçların çeşitliliği ve sürekli yeni ve farklı ihtiyaçların ortaya çıkması davranışların karmaşık hale gelmesine neden olur (Eren, 2013).

İçsel anlamda motive edilen davranışlar, doğuştan meydana gelen psikolojik gereksinimleri tatmin etmek için gerçekleştirilir. Bir birey içsel olarak motive olduğunda, dışsal uyaranlar, baskılar veya elde edilen ödüller sebebiyle değil, gerektiğinde eğlence ve meydan okuma durumu için hareket eder. İçsel motivasyon, bir bireyde ortaya çıkabilen bir nitelik olarak kabul edilir (Hartzband ve Groopman, 2020).

Maslow, bireylerin ana gereksinimlerinin motivasyonun öncüleri olduğunu düşünmüştür. Maslow, insan ihtiyaçlarını beş kategoriye ayırmıştır. Bunlar: fizyolojik ihtiyaçlar, sevilme ihtiyacı, güvenlik ihtiyaçları, saygı görme ihtiyacı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacı şeklindedir. Bu ihtiyaçlar sırası itibarı ile karşılandığında yeni ve daha üst segmentte ihtiyaçlar ortaya çıkar ve bu durum zincirleme olarak devam eder. Örnek verecek olursak; temel fizyolojik ihtiyaçlar temin edildiğinde güvenlik ihtiyacı ortaya çıkar; güvenlik ihtiyacı temin edildiğinde sevilme ihtiyacı ortaya çıkar ve bu diğer evrelerde de devam eder (Maslow, 1943).

Maslow'a göre motivasyonun başlangıcı fizyolojik ihtiyaçlardır ve fizyolojik ihtiyaçlar hiyerarşideki tüm ihtiyaçlar arasında en baskın olanıdır. Açlık, susuzluk gibi uyku ve diğer bedensel gereksinimler fizyolojik ihtiyaçlar olarak adlandırılır (McLeod, 2007). Fizyolojik ihtiyaçlar kısmen yeterli bir seviyede karşılanabilirse, güvenlik

ihtiyaçları adı verilen yeni bir ihtiyaçlar kümesi meydana çıkar. Güvenlik ihtiyaçları, bireylerin tehlikeden korunma arzusuyla fiziksel ve duygusal güvence arayışını ifade etmektedir (Chung, 2014).

Sosyal ihtiyaçlar ise; sevgi, şefkat, ait olma, toplum ve yakın çevre tarafından kabul görme ve arkadaşlık bağı gibi ihtiyaçları ifade eder. Saygınlık ihtiyaçları ise; gücü, başarıyı, dünyaya güveni, bağımsızlığı, özgürlüğü ve prestiji arzulama gibi ihtiyaçları ifade eder (Maslow, 1943).

Saygınlık ihtiyaçlarını yerine getirmek, dünyada yararlı ve ihtiyaç duyulan olma konusunda özgüven, değerli olma, güçlü olma, yetenek ve yeterlilik duygularına yol açar (Nevid vd., 2021). İnsanları mutlu eden şeyleri yapması kendini gerçekleştirme ihtiyacını karşılayan etkinlikler olarak ifade edilir. Bu ihtiyaç, kişinin yeteneklerine göre gelişmesini, var olan potansiyeline ulaşmasını ve hedeflerini gerçekleştirmesini içerir.

2.4.1. Sağlık Çalışanlarında Mesleki Motivasyon

İnsanların çalışmasının birçok olası nedeni vardır ve bu nedenleri araştırma isteği asla bitmez. Ancak, çalışmanın insan mutluluğunun, yaşam memnuniyetinin ve ruh sağlığının temellerinden biri olduğu konusunda şüphe yoktur.

Yaşamın çeşitli boyutlarını kapsayan mutluluk, yaşam doyumu ve ruh sağlığı terimleri; güven, huzur, sevgi, başarı, eğlence ve haz gibi bağların örüldüğü yeterli bir iyilik hali paydasında toplanabilir (Pehlivanoğlu vd., 2018).

İnsanlar hayatları boyunca istediklerini ancak çalışarak elde edebilirler. Çalışmak hem hayatın devamı hem de kişiliğin gelişimi için vazgeçilmez bir gerekliliktir. İnsanlar çalıştıkça ve yarattıklarını gördükçe özgüven kazanırlar. Yaptıkları işe saygı duydukça kendilerini geliştirme fırsatı bulurlar. Çalışma hayatıyla elde edilen ekonomik bağımsızlık, yaratıcılık motivasyonu ile üretken olmak, aidiyet duygusu, başkaları tarafından önemsenmek ve takdir edilmek kişiye psikolojik doyum sağlayan faktörlerdir (Köknel, 1983).

İnsanlar çalışmak ve makul bir ücret kazanmak ister. Ancak, endüstrileşme süreci kentleşmeyi hızlandırdı, üretim ve refah seviyelerini artırdı, farklı ve çok sayıda ihtiyaç yarattı ve tüketici toplumuna geçişi teşvik etti. Tüm bunların sonucunda bireyler daha fazla tüketmek, daha fazla kazanmak ve daha fazla harcamak zorunda kaldı bu durum da daha etkili motivasyona olan ihtiyacı artırdı (Tevrüz, 1999).

Mesleki motivasyon, bir bireyin işyerinde çalışırken gösterdiği davranış ve çabaların belirli bir iş veya görev hedefini başarmaya veya maddi ve manevi ödüller elde etmeye yönelik olduğu psikolojik süreç olarak tanımlanmaktadır.

Motivasyon tüm meslek gruplarında çok önemlidir ve tüm mesleklerde ve işletmelerde, verilen hizmet veya üretilen ürün sonucunda istenilen verim ve gelir, işini seven, yüksek motivasyonlu çalışanlar tarafından elde edilebilir. Tıp mesleği, doğrudan insan hayatına odaklandığı için yüksek motivasyonlu çalışanlara en çok ihtiyaç hissedilen mesleklerden biridir. Sağlık çalışanlarının yüksek mesleki motivasyonu, kaliteli sağlık hizmeti sunmada önemli bir faktördür. Yüksek motivasyonlu personel tarafından sağlanan tedavi ve bakım hizmetleri daha başarılı olacaktır. Bu önemlidir çünkü başlangıçta yalnızca doğrudan tedavi hizmetleri alabilen hastalar için olumlu sağlık sonuçlarına yol açmaktadır.

Sağlık profesyonellerinin motivasyonu üzerinde hem bireysel faktörler hem de örgütsel faktörler etkilidir ancak bireysel faktörlerin motivasyon gücü örgütsel faktörlerden daha fazladır. Sağlık profesyonellerinin motivasyonuna etki eden bireysel faktörler; yapılan işte yeni nitelikler kazanmak, işten zevk almak, yapılan iş için yeterli bilgi birikimine sahip olduğuna inanmak, çalışılan kurum için önemli ve anlamlı işler yapmak ve meslektaşlarıyla uyum içinde çalışmaktır. Sağlık profesyonellerinin mesleki motivasyonunu etkileyen örgütsel faktörler ise; yapılmış olan işin takdir edilmesi, çalışan bireye önem verilmesi, modern disiplin anlayışının sergilenmesi, yönetimle iletişim halinde olabilme ve monoton iş yapmamaktır (Karakaya ve Ay, 2007).

Teknostres, çalışanların işlerinden uzaklaşmasına, çalışanların tükenmişlik hissi yaşamalarına ve işlerine olan ilgilerinin azalmasına sebep olabilir. Örneğin, sürekli e-posta kontrolü ve telefonlarla meşgul olma gerekliliği iş saatleri dışında da sağlık çalışanını etkileyebilir ve çalışanın kendisine ait olan kişisel zamanının tükenmesine yol açabilir (Ayyagari vd., 2011).

Gelişmiş yazılımlar ve otomasyon, çalışanların işlerini daha kolay ve hızlı yapmalarını sağlar. Teknolojik araçlar, yaratıcı çözümler ve yenilikçi yaklaşımlar gerektirdiğinde çalışanların içsel motivasyonunu arttırabilir.

Maaş, özlük haklarının kullanımı, elde edilen bireysel başarıların dikkate alınarak ödüllendirilmesi, hastanenin yönetim kadrosu tarafından sosyal aktivitelerin planlanması ve performans değerlendirme sisteminin anlaşılır duruma getirilmesi gibi

düzenlemeler dışsal motivasyonlarını artırmada etkili olacaktır (Orhaner ve Mutlu, 2018).

2.5. ALGILANAN İŞ YÜKÜ

Günümüz dünyasında iş yükü kavramı hem bireysel düzeyde hem de örgütsel düzeyde önem arz edip iş dünyasında kullanılabilecek bir terim haline gelmiştir. Literatürde genel geçer bir tanım belirlemek zor olsa da iş yükü genel anlamda çalışan personele verilen iş görevleri için beklenen tüm durumları ifade eder.

İş yükü analizi ise yeterli eğitim, bilgi ve beceriye sahip bir çalışanın belirli bir tempoda, belirli çalışma koşulları ve belirli yöntemler ile bir iş gününde işe harcadığı zamanın belirlenmesinde kullanılan bir tekniktir (Demirgöz Bal, 2014).

İş hayatındaki teknolojik gelişmelere rağmen insan faktörü günümüzde de işin devam ettirilebilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Birçok endüstri otomatikleştirilmiş olabilir ancak makinelerin kullanımı için insanların işi denetlemesi ve yönetmesi gerekmektedir. Bir kişinin çalıştığı çevresel koşullar ve fiziksel koşullar da iş yükünü etkileyebilir. Fiziksel ve çevresel koşulların konforsuz olduğu bir iş ortamı, çalışanın sağlığını kötü etkileyebilir. Hem zihinsel hem de fiziksel olarak istenildiği gibi performans sergilemesini engelleyebilir. Bu nedenledir ki çalışan için ergonomik çalışma koşulları sağlamak, işlerinin kalitesini ve iş verimliliğini artırabilir (Aksoy, 2014).

2.5.1.Fiziksel İş Yükü

Çalışanlarda yorgunluğa sebebiyet veren bütün fiziksel aktiviteleri kapsayan bir kavramdır. Bu, işin fiziksel olarak ne kadar zorlayıcı olduğu, bu işin ne sıklıkta yapıldığı, bu işin tamamlanmasının ne kadar sürdüğü ve ne kadar mesafe kat edildiği gibi faktörleri içerir.

Sadece taşınacak yükün ağırlığı değil, yapılan işin niteliği, çalışanın işe uygun enerji potansiyeline sahip olup olmadığı, işin ne sıklıkla tekrarlanacağı, çalışan kişinin ne kadar süre ayakta bekleyeceği ve çalışanın nasıl duracağı gibi faktörler de fiziksel iş yükünü belirler (Öztürk ve Erdem, 2020).

2.5.2.Zihinsel İş Yüğü

Çalışan personelin algılarını ve zihinsel faaliyetlerini etkileyen faktörlerin toplamından ortaya çıkan iş yükü türü zihinsel iş yükü olarak tanımlanır. İletişim, hesaplama, hatırlama, araştırma ve karar verme gibi süreçleri barındırır.

Artış gösteren zihinsel iş yükü, hataların artmasına, çalışan personelin performansının düşmesine, işten ayrılma oranlarının artmasına, görevleri tamamlamak için gereğinden fazla zaman harcanmasına, önemli konulara dikkat edilmemesine ve kişisel sağlık sorunlarına yol açabilir (Öztürk ve Erdem, 2020).

2.5.3.Konumsal İş Yüğü

İş yükü, çalışanların işlerini yaparken vücut pozisyonlarından kaynaklanan ve kişinin hareketlerini kısıtlayan duruş bozukluklarının neden olduğu fiziksel sorunlarla ilgilidir. Bu duruş bozuklukları ve fiziksel sorunların etkisiyle çalışanlar görevlerini etkili ve verimli bir şekilde yerine getiremeyebilir bu durum da çalışan personelin karşılaştığı iş yükünün bir noktasını oluşturur (Özçelik, 2011).

2.5.4.Çevresel İş Yüğü

İş yükünün artmasına sebep olan faktörlerden bir tanesi de çevresel iş yükleridir. Bu çevresel iş yükleri, aydınlatma, sıcaklık, hijyen koşulları, gürültü seviyesi gibi birçok ayrıntıyla ilişkilidir. Çevresel etkiler sonucunda çalışanlar üzerinde olumsuz etkiler gözlemlenir ve bu durumda çevresel iş yükünün artmasına sebep olur (Dağdeviren vd., 2005).

2.5.5. Sağlık Çalışanlarında Algılanan İş Yüğü

Gelişmiş toplumlarda teknolojik, ekonomik ve sosyal gelişmeler esnek çalışma saatlerine ihtiyaç duyulmasına yol açmıştır. Bu amaç uğrunda bu ülkelerde çalışılmayan zamanın telafisi, yoğunlaştırılmış çalışma haftaları, fazla mesai karşılığında serbest zaman ve kısa süreli çalışma gibi uygulamalar ortaya çıkmıştır. Bu toplumlar çalışma saatlerini azaltmış ve çalışma sürelerini daha esnek duruma getirmişken, gelişmekte olan ya da az gelişmiş göstermiş toplumlarda çalışma saatleri daha uzundur. Ayrıca çalışma saatlerine ilişkin klasik yöntemler çalışma hayatında oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

Günümüzün getirdiği rekabetçi ortamda, işletme sahiplerinin ve müşterilerin/hastaların artan istek ve beklentilerinden kaynaklanan aşırı iş yükü de performans düşüşüne neden olan faktörlerden biri olarak tanımlanmaktadır. Aşırı iş yükü algısının yüksek olması, çalışanların işlerinden elde ettikleri memnuniyeti etkiler bunun sonucunda da işletmeler için önemli olan çalışan performansını olumsuz etkilebilir. Ayrıca teknoloji ve internetin yaygınlaşması, ürün ve hizmetlerdeki farklılaşma ve iş stratejilerindeki meydana gelen sürekli değişim aşırı iş yükü nedeniyle çalışanlar için sorunlara neden olmaktadır (Turgut, 2011).

Örgütsel kısıtlamalar, çalışma ortamına etki eden yetersiz ekipman, yetersiz eğitim durumu ve iş arkadaşlarının müdahalesi gibi unsurlar, yöneticinin personele karşı kaba davranması, yöneticinin personeline yalan söylemesi ve çalışanın gizliliğini ihlal etmesinin yanı sıra bir çalışanın birden fazla iş rolü üstlenmesi, kişinin çalışma hayatının istekleri ile aile hayatının istekleri uyuşmadığı durumlarda iş yükü algısı olumsuz etkilenmektedir.

Gösterilen emeğin, çabanın yoğun olduğu sağlık sektöründe hizmet veren sağlık çalışanlarının iş performanslarını yükseltmek bunun yanında sunulan hizmetin kalitesini yükseltmek, hasta memnuniyetini sağlayabilmek için ciddi önem taşır.

Yapılan bir çalışmaya göre doktor dışı sağlık personelinin doktorlardan daha yüksek seviyede iş yükü fazlalığı algısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışma şekli açısından yapılan değerlendirmeye göre de nöbet usulü çalışanlar ile normal mesai saatleri içinde çalışanlar arasında nöbet usulü çalışanlar daha fazla iş yüküne sahip olduğu belirlenmiştir (Korkmazer, 2021).

Hastane işletmelerinde çalışan sağlık personelinin görev tanımlarının netleşmesi, tanımlanmış iş görevlerinin eşit şekilde paylaşılması, güvenli, kaliteli ve verimli bir sağlık hizmetinin sağlanabilmesi için çalışanların bilgi, beceri ve performansını arttıracak bir çalışma ortamının oluşturulması, çalışma ve nöbet saatlerinin çalışanın özel hayatını etkilemeyecek ve çalışanın dinlenmesine dikkat edecek şekilde düzenlenmesi, olumlu meslek algısının sağlanabilmesi için işe uyum programlarının düzenlenmesi, kurum yöneticileri tarafından çalışanları motive edecek faaliyetlerin düzenlenmesi, sağlık personeli sayısının artırılarak iş yükünün azaltılması çalışılması iş yükü algısını olumlu etkilemektedir (Çiftçioğlu vd., 2018).

2.6. YAŞAM KALİTESİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Sağlıkla bağlantılı yaşam kalitesi ise sağlık ve hastalık kavramlarına kişisel algı boyutunun dahil edilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Yaşam kalitesi, insanların sağlıklarına ilişkin öznel algılarını içerir. Başka bir deyişle yaşam kalitesi, insanların yaşamları, sağlıkları ve yaşamlarındaki değerler (duygusal ve sosyal işlevsellik, aile ve arkadaşlarla ilişkiler vb.) hakkında nasıl hissettikleridir (Van Mierlo vd., 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesi içeriği sınıflandırmasına baktığımızda fiziksel sağlık kategorisi içerisinde; bireyin işini ve günlük yaşamını etkileyen ağrı, halsizlik, yorgunluk, dinlenme ve uyku gibi bir dizi fiziksel sorun baş gösterir. Psikolojik durumda beden imajı, olumlu düşünceler ya da olumsuz düşünceler, bellek, konsantrasyon ve özgüven bileşenleri bireyin yaşam kalitesini etkiler. Bağımsızlık düzeyi de bir diğer yaşam kalitesi kategorisi olarak kabul edilir. Bağımsızlık düzeyinde bireylerin kendi başlarına çalışabilme yeteneği, hareket kabiliyeti, çalışma kapasitesi ve ilaç ya da tedaviye bağımlılık dikkate alınır.

Sosyal ilişkiler; kişisel ilişkileri, sosyal aktiviteleri ve cinsel ilişkileri içerir. Çevresel özellikler; ev ortamını, güvenliği, finansal kaynakları, fiziksel çevre kalitesini, yeni bilgi ve belgelere erişimi ve sağlık hizmetlerine erişimi içerir. İnançlar ve bireyin inançlarını özgürce uygulama yeteneği de tüm bu unsurlar gibi yaşam kalitesi algısını etkileyen önemli faktörlerdir (Oktik, 2004).

Yaşam kalitesi, insan yaşamının iyileştirilmesiyle ilgili bir kavramdır ve insan arzu ve ihtiyaçlarının tatmin edici bir şekilde karşılanması olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesi, psiko-sosyal ve ekonomik refahın sağlanması ve dengeli bir şekilde devam ettirilebilmesine dayanır.

2.6.1. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Boyutları

Yaşam kalitesi terimi ilk olarak Aristoteles tarafından “mutluluk” kavramıyla ilişkilendirilmiştir. Platon'un Devlet ve Aristoteles'in Nikomakhos'a Etik adlı eserleri bize bu kavramın antik çağlarda bile tartışıldığını göstermektedir (Kadıoğlu ve Edison, 2013). Platon, “Devlet” adlı eserinde yaşamın neye değdiğini ve ne anlama geldiğini sorgulamış, ayrıca uzun ömürlülüğün mü yoksa yaşam kalitesinin mi daha önemli

olduğunu sorgulamıştır. Platon, kötü bir hastalığa yakalanan bir insanın hayatının yaşamaya değmeyeceğini söylerken Aristoteles, insanın içinde yaşadığı şartların çok önemli olmadığını, dünyadaki gayesinin her zaman daha iyi şartlara ulaşmak ve bunun için çabalamak olduğunu savunmuştur (Kadioğlu ve Edisan, 2013).

Öncelikle kişinin karşılaşması gereken temel ihtiyaçlar vardır. Barınma ve beslenme gibi temel ihtiyaçları karşılanan kişi bir sonraki seviyeye daha sağlıklı bir geçiş yaşayacaktır. Bir sonraki seviyede kişinin güvenlik ihtiyacı karşılanır. Daha sonra ait olma ve değer ihtiyaçları karşılanır ve kişi son seviyeye ulaştığında belirli bir doyum seviyesine ulaştığı kabul edilir. Doyuma ulaşan kişi aynı zamanda kaliteli bir yaşam elde etmiştir (Top vd., 2003).

Yaşam kalitesi kavramı ile ilgili literatür incelendiğinde psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları olduğu görülmektedir.

2.6.1.1. Psikolojik Boyut

Bireylerin çalışma hayatları boyunca karşılaşılabilecekleri sorunlara hazırlıklı olmanın stres ve zaman yönetiminde etkili olduğunu vurgulanmıştır. Çoğu çalışan, işte olmadıklarında bile işlerini ve işteki deneyimlerini düşünür. Çalışma ortamındaki herhangi bir olumsuzluk, memnuniyetsizlik, stres ve iletişim kanallarının etkisiz kullanımı hem bireysel hem de kurumsal beklentilerin karşılanmasını engeller. Kişinin iş dışındaki sosyal ve aile yaşantısını büyük ölçüde etkileyen hastalık, ailevi sorunlar, ölüm gibi psikolojik travmalar kişilerin işe döndüklerinde uyum sağlamada zorluk çekmelerine, hata yapmalarına, moral ve motivasyon düşüklüğü yaşamalarına neden olacaktır (Tüzün vd., 2003).

2.6.1.2. Sosyal Boyut

Kadınlar ve erkekler iş hayatının gerektirdiği görevleri yerine getirirken, sosyal hayatlarındaki unvan ve sorumluluklarını da yerine getirmelidirler. İş-yaşam dengesinde, işte geçirilen her ekstra zaman, aile ile geçirilen zamandan çalmaktadır. Ayrıca işte yaşanan olumsuzluklar, yorgunluk ve stres, aile hayatına ve ev ortamına da yansarak huzursuzluk yaratabilir. Yani, insanların iş ortamında geçirdikleri zaman yoğun ve yorucu ise sosyal ve aile hayatlarındaki rol ve sorumluluklarını yerine getirmelerini engelliyorsa ve sorumlulukları erteliyorsa, iş-yaşam dengesi kavramından bahsetmek doğru olmaz. İnsanlar iş ve sosyal hayatlarını dengelemeye çalışırken, kişisel zamandan ödün verdiklerinde kaygı seviyeleri artar bu durum da depresyona yol

açabilir. Bunu önlemenin bir yolu makul bir çalışma programı oluşturmaktır (Dursun ve Aytaç, 2009).

2.6.1.3. Ekonomik Boyut

İş yaşam dengesi kurumu benimseyen, kurumun çıkarlarını önemseyen, örgüte sadık, yetenekli ve sorumluluklarının bilincinde olan her çalışana değer veren ilkelerin tamamıdır. Bireyin kişiliğini, bireyin taşıdığı sorumluluklarını, fiziksel çalışma ortamını, iş dışındaki sosyal yaşamı ve bireylerin iş dışındaki çevreleriyle ilgili unsurları içeren çok boyutlu bir kavramdır. Çalışanın yaptığı işin karşılığında doğru ödülü almasını, memnuniyetini ve çalışanın ekonomik durumunu etkileyen bir olgudur (Dhar, 2018).

2.6.2. Çalışma Hayatının Yaşam Kalitesine Etkisi

Çalışma hayatındaki gelişmeler ve değişimler üzerine yapılan araştırmalar, çalışma hayatını, işverenlerin çalışanlarla ilişkilerini ve çalışanlara bakış açılarını değiştirmiştir. İşverenler, çalışanlara ve topluma karşı olan sorumlulukları üstünde çalışmaya başlamıştır. Çalışanların iş tatminindeki artış, onların kendilerini işyerinin bir parçası gibi hissetmelerine yol açacaktır. Bunun sonucunda iş performanslarında ve çalışanların iş verimliliklerinde olumlu gelişmeler olabilir (Yılmaz ve Gülmez, 2013).

Teknolojik gelişmeler, uzaktan çalışma ve esnek çalışma saatlerini mümkün kılarak çalışanların yaşam kalitesini arttırabilir. Teknoloji, çalışanların yaratıcı süreçlerini desteklemek ve yeni çözümler geliştirmek için araçlar sunar. Bu da kişisel tatmin ve iş tatminini arttırabilir.

Teknolojinin iş yaşamında yaşam kalitesi üzerindeki etkisi karmaşık ve çok boyutludur. Teknoloji verimliliği arttırdığı gibi çalışanlara esneklik ve kolay erişim imkânı sağlayabilir ancak aynı zamanda gelişen stres, iş yaşam dengesi bozulması ve sosyal izolasyon gibi birtakım olumsuz etkiler de yaratabilir (Tüzün vd., 2003).

Sürekli olarak tekdüze bir şekilde yapılan ve önemli zihinsel çaba veya farklı düşünme tarzı gerektirmeyen işler, bir süre sonra çalışanlar için sıkıcı ve dayanılmaz hale gelmeye başlar. Özellikle yetenekli çalışanlar ve yaratıcı tipler yaptıkları işlerde derinlik ararlar. Yönetim, yaptığı düzenlemelerle çalışanların işlerini zenginleştirmelidir. İşin içeriği zenginleştirilebilir, kişiye daha fazla sorumluluk verilebilir, başarı fırsatları sunulabilir ve kendi çabalarına göre terfiler sağlanabilir bu sayede çalışma hayatındaki yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenir (Güzel, 2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ÇALIŞMANIN AMACI VE TİPİ

Bu bağlamda çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarında teknostres ile mesleki motivasyon, algılanan iş yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi aynı zamanda farklı demografik özelliklere göre bu parametreleri araştırmaktır. Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2.ÇALIŞMANIN YERİ VE ZAMANI

Çalışma; Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı olan devlet ve özel kurumlarında çalışmakta olan sağlık profesyonellerinin katılımları ile Mayıs-Aralık 2024 tarihlerinde yürütüldü.

3.3.ÇALIŞMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini sağlık çalışanları, örneklemini Tekirdağ ilindeki devlet ve özel kurumlarında rehabilitasyonun farklı alanları oluşturmaktadır. Bu çalışmada kartopu örneklem yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ve çevrimiçi olarak hazırlanmış Google anket formları WhatsApp ve Telegram grupları aracılığıyla iletilmiştir. Anket formlarında eksik yanıtlar bulunan katılımcılar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmanın örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.9.7 programı kullanılarak hesaplanmıştır (Faul ve ark., 2007). Hesaplama da Bail ve arkadaşları (2023) tarafından gerçekleştirilen araştırma sonunda elde edilen korelasyon değeri 0.170 temel alınmış çift yönlü korelasyon analizi için %5 hata payı ($\alpha=0.05$), h_0 korelasyon değeri 0 ve %80 güç ile gerekli örneklem sayısı 269 olarak hesaplanmıştır. Oluşabilecek veri kaybı göz önünde bulundurularak katılımcı sayısı %10 arttırılmış olup 300 sağlık çalışanının çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri şu şekildedir;

- 18-60 yaş arasında olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- En az 3 yıl çalışmış olmak
- Günlük çalışma saatleri içerisinde bilişim teknolojilerini kullanıyor olmak
- Tam zamanlı çalışıyor olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri ise;

- Haftalık çalışma saati 40 saatin altında olmak
- Eşlik eden bilişsel ve psikiyatrik bozukluğa sahip olmak

3.4.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının bilgileri demografik bilgi formu ile kaydedilmiştir. Bu çalışmada Teknostresi değerlendirmek için Teknostres Ölçeği, sağlık çalışanlarının mesleki motivasyon düzeyini belirlemek için Mesleki Motivasyon Ölçeği, algılanan iş yükünü ölçmek için İş Yüğü Ölçeği, yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmek için Kısa Form – 36(KF-36) kullanılmıştır.

3.4.1.Demografik Bilgi Formu

Çalışmaya katılan çalışanların demografik bilgilerinin alındığı (ad-soyad-yaş, meslek grupları, çalışma yılları, eğitim düzeylerinin vs. bilgilerin bulunduğu) formdur.

3.4.2.Teknostres Ölçeği

Tarafdar vd. (2007) geliştirdiği ve Türen vd. (2015) tarafından hazırlanan beş boyuttan oluşan 5’li likert tipinde bir ölçektir. Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum şeklinde olup en olumsuzundan en olumluya bir değerlendirme yapılmaktadır. Teknolojik-aşırı yüklenme boyutu bireyin teknolojiden gelen bilgi, görev ve taleplerin yoğunluğuna bağlı olarak hissettiği baskı ve tükenmişlik durumunu ifade eder (örneğin; sürekli e-posta, bildirim ve mesaj bombardımanı). Teknolojik-istila ise bireyin yaşam alanlarını, sınırlarını ve özel yaşamlarını işgal etmesi anlamına gelir. Teknolojik-karmaşa boyutu ise teknolojik araçların ve sistemlerin anlaşılması, öğrenilmesi veya etkin bir şekilde kullanılmasının güç hale geldiği durumları ifade eder. Teknolojik-güvensizlik ise bireyin teknolojik değişimlere ve yeniliklere ayak uyduramayacağına dair hissettiği yetersizlik, korku ve endişeyi ifade eder. Teknolojik-belirsizlik ise teknolojinin hızlı ve sürekli değişimi nedeniyle bireylerin bu değişimlere ayak uydurma konusunda yaşadığı zorlukları ve ortaya çıkan belirsizlik hissini ifade eder (örneğin; yapay zekâ ve otomasyonun iş yerlerinde nasıl bir dönüşüm yaratacağı belirsizliği). Algılanan bireysel verimlilik boyutu ise bireyin belirli bir zaman diliminde teknoloji kullanımı aracılığıyla kendi

görevlerini, işlerini veya sorumluluklarını ne kadar etkili bir şekilde yerine getirdiğini ifade eder. Çalışmaya göre, Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı teknostresin “aşırı yük”, “istila” ve “güvensizlik” boyutları için .70, “karmaşıklık” boyutu için .81 ve “belirsizlik” boyutu için .90 olarak bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, ölçek boyutlarının kabul edilebilir olduğu ve uyum indekslerinin yeterli olduğu sonucuna varılmıştır (Ilgaz, 2016; Tarafdar vd., 2007).

3.4.3. Mesleki Motivasyon Ölçeği

Mesleki Motivasyon Ölçeği; yönetsel faktörler, bireysel faktörler, iş ile ilgili faktörler ve diğer faktörler olmak üzere 4 boyutta incelemektedir. Soruların cevaplanmasında 5’li Likert ölçeği (1- Hiç Memnun Değilim, 2- Memnun Değilim, 3- Kararsızım, 4- Memnunum, 5- Çok Memnunum) kullanılmıştır. Bu mesleki motivasyon ölçeğinin sağlık çalışanlarının motivasyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla birçok araştırmada ölçme aracı olarak kullanıldığı bilinmektedir (Naldöken ve Sarıçoban, 2020). Dört alt boyutu olan ölçeğin yönetsel faktörler alt boyutu 11 ifadeden, bireysel faktörler alt boyutu 12 ifadeden, iş ile ilgili faktörler alt boyutu 8 ifadeden ve diğer faktörler alt boyutu ise 3 ifadeden oluşmaktadır.

3.4.4. İş Yüğü Ölçeği

İş yüğü ölçeği Dr. Tülay Turgut tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir. İş yüğü beş ifade ile ölçülmektedir. İki ifade zaman bağlamında (örn. “işlerimi yetiştirebilmek için akşamları mesaiye kalmam gerekiyor”), iki ifade görevlerin sayısı bağlamında (örn. “işim gereği çok sayıda görevi yerine getirmem gerekiyor”) ve bir ifade de genel bağlamda (“iş yüküm ağırdır”) iş yükünü belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Altılı likert tipinde hazırlanmış olan bu ölçekte yer alan ifadeler “kesinlikle katılmıyorum (1), çok az katılıyorum (2), biraz katılıyorum (3), oldukça katılıyorum (4), çoğunlukla katılıyorum (5) ve kesinlikle katılıyorum (6)” olarak cevaplandırılacaktır. Ölçeğin değerlendirmesinde her katılımcı için beş madde üzerinden ortalama puan alınmaktadır. Puanın yükselmesi iş yükünün arttığı anlamına gelmektedir (Turgut, 2011).

3.4.5. Kısa Form- 36/KF -36

Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilen Kısa Form-36 (KF-36), yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan genel amaçlı bir ölçektir. KF-36 ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında; Fiziksel fonksiyon boyutu bireyin fiziksel sağlığının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme kapasitesini ifade eder (örneğin; yürüme, merdiven çıkma). Fiziksel rol ise bireyin fiziksel sağlık durumunun işi, ev işlerini, sosyal aktiviteleri ne düzeyde kısıtladığını ifade eder. Ağrı boyutu ise ağrının şiddetini, sıklığını ve bireyin yaşamını ne kadar kısıtladığını ölçmeye odaklanır. Sosyal rol ise bireyin toplumda üstlendiği görevler ve bu görevler aracılığıyla toplumsal beklentilere nasıl yanıt verdiğini ifade eder. Mental sağlık ise bireyin duygusal, psikolojik ve sosyal iyi olma halini ifade eder. Kısa sürede doldurulması, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ile diğer ölçeklerden ayrılır. KF-36 test sonuçlarını yukarıda bahsedilen alt başlıklar için ayrı ayrı vermekte ve 0-100 arasında yapılmaktadır. Pınar ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik analizi yapılmıştır (Cronbach alfa 0,73 ile 0,76 arasında) ve Demiral ve arkadaşları tarafından sağlıklı örnekleme Türkiye Normları belirlenmiştir (Demiral vb., 2006).

3.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Çalışma kapsamında kullanılan anketler katılımcılar tarafından Google Formlar aracılığıyla doldurulmuş olup çevrimiçi (WhatsApp ve Telegram grupları) yöntemle kaydedilmiştir.

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır. Katılımcıların cinsiyet, yaş dağılımı, medeni durum, sağlık çalışanlarının meslekleri, çalışma süresi ve eğitim durumu demografik bilgilerinin yer aldığı sorulara verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım sayı (n) ve yüzde (%) değerleri şeklinde gösterildi. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, en küçük ve en büyük değerler olarak verilmiştir.

Çalışmada yer alan Teknostres Ölçeği, Mesleki Motivasyon Ölçeği, Algılanan İş Yüğü ve KF-36/Yaşam Kalitesi Ölçeği gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık katsayısı incelenerek değerlendirilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -3 ile +3 arasında olması durumunda veriler normal dağılıma

uygundur şeklinde yorumlanmıştır (Hopkins, 1990). Betimsel parametrelerdeki varyans homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiştir.

Cinsiyet, yaş dağılımı, medeni durum, meslek dağılımı gibi kategorik değişkenlere göre bireylerin Teknostres Ölçeği, Mesleki Motivasyon Ölçeği, Algılanan İş Yükü Ölçeği ve KF-36/Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem için t-testi ve tek yönlü ANOVA varyans analizine başvuruldu. 3 ve üzeri gruplarda anlamlılığı saptamak için post-hoc Tukey testi yapıldı.

Teknostres ölçeği alt boyutları ile Mesleki Motivasyon, Algılanan İş Yükü ve Yaşam Kalitesi ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayısı için referans değerler i. $|r| > .60$ ise kuvvetli bir ilişki, ii. $.30 < |r| \leq .60$ ise orta kuvvette bir ilişki, iii. $|r| \leq .30$ ise zayıf kuvvette/düzeyde ilişki olarak yorumlanmıştır (Schober vd., 2018).

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm analizler için $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.7.ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunda E-22686390-302.14.01-38925 kayıt numarasına sahip olan çalışma, 16.02.2024 tarihinde kurul tarafından incelenerek, etik yönden uygun bulundu (EK 2).

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Demografik Bilgiler		N	%
Cinsiyet	Erkek	168	56,00%
	Kadın	132	44,00%
Yaş Dağılımı	20-35 Yaş	262	87,30%
	35 Yaş Ve Üstü	38	12,70%
Medeni Durum	Evli	115	38,30%
	Bekar	185	61,70%
Meslekler	Ergoterapist	102	34,00%
	Fizyoterapist	92	30,70%
	Hemşire	89	29,70%
	Diğer	17	5,70%
Çalışma Süresi	3-6 Yıl Arası	192	64,00%
	6-10 Yıl Arası	69	23,00%
	10 Yıl Ve Üzeri	39	13,00%
Eğitim Durumu	Lise	21	7,00%
	Ön Lisans	13	4,30%
	Lisans	251	83,70%
	Yüksek Lisans	15	5,00%

N=Sayı ve % Değerleri.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %56’sı erkek, %44’ü kadın sağlık çalışanıdır. Katılımcıların %38,3’ü evli, %61,7’si ise bekarıdır. Katılımcıların %34’ü ergoterapist, %30,7’si fizyoterapist, %29,7’si hemşire, %5,7’si diğer meslek grubuna dahildir.

Sağlık çalışanları meslekte geçirdikleri yıla göre incelendiğinde %64’ü 3-6 yıl, %23’ü 6-10 yıl, %13’ü 10 yıl ve üzeri süredir çalışmaktaydı. Katılımcıların %7’si lise, %4,3’ü ön lisans, %83,7’si lisans ve %5’i yüksek lisans mezunuydu.

Tablo 4.2: Tanımlayıcı İstatistikler ve Normal Dağılım Tablosu.

n=300	Minimum	Maksimum	ort	ss	çarpıklık	basıklık
Yaş (yıl)	23	47	30,13	4,58	1,005	,843
Teknostres Ölçeği						
Tekno-Aşırı Yükleme	10	20	14,48	2,54	-,226	-1,142
Tekno-İstila	8	19	12,06	2,15	-,309	-,713
Tekno-Karmaşa	10	21	16,52	2,87	,499	-,718
Tekno-Güvensizlik	8	18	14,61	3,70	-,522	-1,558
Tekno-Belirsizlik	8	17	13,06	2,34	-,455	-,443
Algılanan Bireysel Verimlilik	8	20	14,57	2,88	,547	-,196
Mesleki Motivasyon Ölçeği						
Yönetmel Faktörler	25	100	66,37	23,35	,101	-1,517
Bireysel Faktörler	25	50	37,41	7,71	-,239	-,886
İşle İlgili faktörler	40	100	79,58	21,86	-,489	-1,256
İş Yüğü Ölçeği	12	30	24,19	6,01	-,368	-1,339
Kısa Form 36/ KF 36						
Fiziksel Fonksiyon	0	75	28,02	25,19	,393	-1,264
Fiziksel Rol	0	100	56,02	31,72	,328	-1,477
Ağrı	10	80	48,34	23,12	-,121	-,858
Sosyal Rol	25	100	71,26	28,82	-,500	-1,254
Mental sağlık	12	100	68,45	22,51	,015	-,361

Ort: Ortalama, **SS:** Standart sapma

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 30,13±4,58 olup yaşları 23-47 arasında değişmekteydi. Tablo 4.2’de sağlık çalışanlarında Teknostres Ölçeği, Mesleki Motivasyon Ölçeği, İş Yüğü Ölçeği ve Yaşam Kalitesine ait ortalamalar verilmektedir. Çalışmada yer alan katılımcıların, yaş ve ölçek puanlarından elde edilen veriler çarpıklık ve basıklık katsayıları bakımından incelendiğinde verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.3: Sağlık Çalışanlarında Cinsiyete Göre Teknostres Düzeylerinin İncelenmesi.

Teknostres Ölçeği		ort	ss	t	p
Tekno-Aşırı Yüklenme	Erkek	14,25	2,58	-1,773	0,077
	Kadın	14,77	2,48		
Tekno-İstila	Erkek	12,05	2,17	-,082	0,935
	Kadın	12,07	2,13		
Tekno-Karmaşa	Erkek	16,42	2,98	-,678	0,498
	Kadın	16,64	2,74		
Tekno-Güvensizlik	Erkek	14,35	3,79	-1,362	0,174
	Kadın	14,93	3,56		
Tekno-Belirsizlik	Erkek	12,98	2,31	-,676	0,500
	Kadın	13,17	2,39		
Algılanan Bireysel Verimlilik	Erkek	14,46	2,84	-,732	0,464
	Kadın	14,70	2,96		
	Kadın	69,58	21,09		

Bağımsız örneklem için t-testi, *p>.05

Tablo 4.3'te katılımcıların teknostres ölçeğinin alt boyutlarına ait veriler cinsiyet değişkenine göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarında teknostres düzeyinin cinsiyetler arasında fark göstermediği bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.4: Sağlık Çalışanlarında Cinsiyete Göre Mesleki Motivasyon Düzeylerinin İncelenmesi.

Mesleki Motivasyon Ölçeği		ort	ss	t	p
Yönetsel Faktörler	Erkek	66,58	23,56	,176	0,860
	Kadın	66,10	23,16		
Bireysel Faktörler	Erkek	37,30	7,871	-,293	0,770
	Kadın	37,56	7,538		
İş ile İlgili faktörler	Erkek	80,71	21,85	1,011	0,313
	Kadın	78,14	21,88		

Bağımsız örneklem için t-testi, *p>.05

Tablo 4.4'te katılımcıların mesleki motivasyon ölçeğinin alt boyutlarına ait veriler cinsiyet değişkenine göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarında mesleki motivasyon düzeyinin cinsiyetler arasında fark göstermediği bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.5: Sağlık Çalışanlarında Cinsiyete Göre Algılanan İş Yükü Düzeyinin İncelenmesi.

İş Yükü Ölçeği	ort	ss	t	p
Erkek	23,90	5,97	-,938	0,350
Kadın	24,56	6,07		

Bağımsız örneklem için t-testi, *p>.05

Tablo 4.5’te katılımcıların iş yükü ölçeğine ait veriler cinsiyet değişkenine göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarında algılanan iş yükü düzeyinin cinsiyetler arasında fark göstermediği bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.6: Sağlık Çalışanlarında Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi.

Kısa Form 36		ort	ss	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Erkek	28,66	25,42	,499	0,618
	Kadın	27,20	24,97		
Fiziksel Rol	Erkek	55,54	32,02	-,296	0,768
	Kadın	56,63	31,44		
Ağrı	Erkek	48,24	22,98	-,082	0,934
	Kadın	48,46	23,39		
Sosyal Rol	Erkek	72,97	28,13	1,176	0,240
	Kadın	69,05	29,64		
Mental sağlık	Erkek	67,56	23,59	-,769	0,442
	Kadın	69,58	21,09		

Bağımsız örneklem için t-testi, *p>.05

Tablo 4.6’da katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına ait veriler cinsiyet değişkenine göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi düzeyinin cinsiyetler arasında fark göstermediği bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.7: Sağlık Çalışanlarında Yaş Gruplarına Göre Teknostres Düzeylerinin İncelenmesi.

Teknostres Ölçeği		ort	ss	t	p
Tekno-Aşırı Yükleme	20-35 Yaş	14,53	2,54	0,835	0,404
	35 Yaş Ve Üstü	14,16	2,60		
Tekno-İstila	20-35 Yaş	12,00	2,13	-1,990	0,232
	35 Yaş Ve Üstü	12,45	2,28		
Tekno-Karmaşa	20-35 Yaş	16,57	2,87	0,882	0,378
	35 Yaş Ve Üstü	16,13	2,92		
Tekno-Güvensizlik	20-35 Yaş	14,56	3,73	-,513	0,608
	35 Yaş Ve Üstü	14,89	3,50		
Tekno-Belirsizlik	20-35 Yaş	13,11	2,33	0,919	0,259
	35 Yaş Ve Üstü	12,74	2,47		
Algılanan Bireysel Verimlilik	20-35 Yaş	14,70	2,90	2,087	0,038*
	35 Yaş Ve Üstü	13,66	2,72		

Bağımsız örneklem için t-testi, *p>.05

Tablo 4.7’de katılımcıların teknostres ölçeğinin alt boyutlarına ait veriler yaş grupları değişkenine göre incelenmiştir. 20-35 yaş grubundaki çalışanlarda, teknostres ölçeğinde algılanan bireysel verimlilik düzeyi alt boyutuna ait puan, 35 yaş ve üstü yaş grubundaki sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (t = 2,087, p = 0,038).

Tablo 4.8: Sağlık Çalışanlarında Yaş Gruplarına Göre Mesleki Motivasyon Düzeylerinin İncelenmesi.

Mesleki Motivasyon Ölçeği		ort	ss	t	p
Yönetmel Faktörler	20-35 Yaş	66,45	22,89	0,145	0,885
	35 Yaş Ve Üstü	65,79	26,65		
Bireysel Faktörler	20-35 Yaş	37,37	7,74	-,254	0,800
	35 Yaş Ve Üstü	37,71	7,67		
İş ile İlgili faktörler	20-35 Yaş	79,27	22,00	-,641	0,522
	35 Yaş Ve Üstü	81,71	21,06		

Bağımsız örneklem için t-testi, *p>.05

Tablo 4.8’de katılımcıların mesleki motivasyon ölçeğinin alt boyutlarına ait veriler yaş grupları değişkenine göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarında mesleki motivasyon düzeyinin yaş grupları arasında fark göstermediği bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.9: Sağlık Çalışanlarında Yaş Gruplarına Göre Algılanan İş Yükü Düzeyinin İncelenmesi.

İş Yükü Ölçeği	ort	ss	t	p
20-35 Yaş	24,13	6,10	-,451	0,652
35 Yaş Ve Üstü	24,61	5,48		

Bağımsız örneklem için t-testi, * $p > .05$

Tablo 4.9’da katılımcıların iş yükü ölçeğine ait veriler yaş grupları değişkenine göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarında algılanan iş yükü düzeyinin yaş grupları arasında fark göstermediği bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.10: Sağlık Çalışanlarında Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi.

Kısa Form 36		ort	ss	t	p
Fiziksel Fonksiyon	20-35 Yaş	27,86	25,28	-,278	0,781
	35 Yaş Ve Üstü	29,08	24,90		
Fiziksel Rol	20-35 Yaş	56,30	31,60	0,402	0,688
	35 Yaş Ve Üstü	54,08	32,95		
Ağrı	20-35 Yaş	47,52	23,02	-1,622	0,106
	35 Yaş Ve Üstü	54,01	23,32		
Sosyal Rol	20-35 Yaş	70,44	28,93	-1,297	0,196
	35 Yaş Ve Üstü	76,92	27,80		
Mental sağlık	20-35 Yaş	69,21	22,15	1,538	0,125
	35 Yaş Ve Üstü	63,21	24,50		

Bağımsız örneklem için t-testi, * $p > .05$

Tablo 4.10’da katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına ait veriler yaş grupları değişkenine göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi düzeyinin yaş grupları arasında fark göstermediği bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.11: Sağlık Çalışanlarında Medeni Duruma Göre Teknostres Düzeylerinin İncelenmesi.

Teknostres Ölçeği		ort	ss	t	p
Tekno-Aşırı Yüklenme	Evli	14,78	2,51	1,629	0,104
	Bekar	14,29	2,55		
Tekno-İstila	Evli	11,97	2,19	-,525	0,600
	Bekar	12,11	2,13		
Tekno-Karmaşa	Evli	16,25	2,89	-1,256	0,210
	Bekar	16,68	2,86		
Tekno-Güvensizlik	Evli	14,42	3,71	-,698	0,486
	Bekar	14,72	3,70		
Tekno-Belirsizlik	Evli	12,83	2,57	-1,385	0,167
	Bekar	13,21	2,18		
Algılanan Bireysel Verimlilik	Evli	14,43	2,85	-,623	0,534
	Bekar	14,65	2,92		

Bağımsız örneklem için t-testi, * $p>.05$

Tablo 4.11’de katılımcıların teknostres ölçeğinin alt boyutlarına ait veriler medeni durum değişkenine göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarında teknostres düzeyinin medeni durum bakımından fark göstermediği bulunmuştur ($p> 0,05$).

Tablo 4.12: Sağlık Çalışanlarında Medeni Duruma Göre Mesleki Motivasyon Düzeylerinin İncelenmesi.

Mesleki Motivasyon Ölçeği		ort	ss	t	p
Yönetmel Faktörler	Evli	64,04	22,93	-1,385	0,175
	Bekar	67,81	23,55		
Bireysel Faktörler	Evli	37,39	7,47	-,039	0,970
	Bekar	37,43	7,88		
İş ile İlgili faktörler	Evli	80,78	21,25	0,749	0,455
	Bekar	78,84	22,26		

Bağımsız örneklem için t-testi, * $p>.05$

Tablo 4.12’de katılımcıların mesleki motivasyon ölçeğinin alt boyutlarına ait veriler medeni durum değişkenine göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarında mesleki motivasyon düzeyinin evli ve bekar katılımcılar arasında fark göstermediği bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.13: Sağlık Çalışanlarında Medeni Duruma Göre Algılanan İş Yükü Düzeylerinin İncelenmesi.

İş Yükü Ölçeği	ort	ss	t	p
Evli	25,20	5,74	2,303	0,022*
Bekar	23,57	6,11		

Bağımsız örneklem için t-testi, * $p > .05$

Tablo 4.13’te katılımcıların iş yükü ölçeğine ait veriler medeni durum değişkenine göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan evli (ort = 25,20, ss = 5,74) sağlık çalışanlarının algılanan iş yükü düzeyinin bekar (ort = 23,57, ss = 6,11) çalışanlardan daha yüksek olduğu bulundu ($p = 0,022$).

Tablo 4.14: Sağlık Çalışanlarında Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi.

Kısa Form 36		ort	ss	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Evli	26,43	24,39	-,857	0,392
	Bekar	29,00	25,69		
Fiziksel Rol	Evli	58,74	32,40	1,173	0,242
	Bekar	54,32	31,26		
Ağrı	Evli	50,76	23,78	1,431	0,153
	Bekar	46,84	22,63		
Sosyal Rol	Evli	78,09	26,07	3,287	0,001*
	Bekar	67,02	29,69		
Mental sağlık	Evli	67,37	23,19	-,650	0,516
	Bekar	69,11	22,11		

Bağımsız örneklem için t-testi, * $p > .05$

Tablo 4.14’te katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğine ait veriler medeni durum değişkenine göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan evli sağlık çalışanlarının sosyal rol düzeyinin bekar çalışanlardan daha yüksek olduğu bulundu ($t = 3,287$, $p = 0,001$).

Tablo 4.15: Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Yıllarına Göre Teknostres Düzeylerinin İncelenmesi.

Teknostres Ölçeği		ort	ss	ANOVA		Post-hoc Analiz (p)
				F	p	
Tekno-Aşırı Yüklenme	3-6 Yıl Arası	14,48	2,56	0,055	0,947	
	6-10 Yıl Arası	14,42	2,67			
	10 Yıl Ve Üzeri	14,59	2,25			
Tekno-İstila	3-6 Yıl Arası	11,96	2,09	0,624	0,537	
	6-10 Yıl Arası	12,17	2,46			
	10 Yıl Ve Üzeri	12,33	1,84			
Tekno-Karmaşa	3-6 Yıl Arası	16,83	2,90	3,702	0,030*	1-3 (0,042)
	6-10 Yıl Arası	16,17	3,00			
	10 Yıl Ve Üzeri	15,59	2,25			
Tekno-Güvensizlik	3-6 Yıl Arası	14,79	3,70	0,764	0,467	
	6-10 Yıl Arası	14,16	3,95			
	10 Yıl Ve Üzeri	14,49	3,23			
Tekno-Belirsizlik	3-6 Yıl Arası	13,14	2,38	0,473	0,623	
	6-10 Yıl Arası	13,03	2,35			
	10 Yıl Ve Üzeri	12,74	2,16			
Algılanan Bireysel Verimlilik	3-6 Yıl Arası	14,88	3,03	3,782	0,240	
	6-10 Yıl Arası	14,26	2,60			
	10 Yıl Ve Üzeri	13,59	2,39			

1: 3-6 yıl arası, 2: 6-10 yıl arası, 3: 10 yıl ve üzeri

Sağlık çalışanları çalışma yıllarına göre gruplandırılmış olup teknostres alt boyutları tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir (Tablo 4.15). 3-6 yıl arası mesleki deneyime sahip katılımcıların tekno-karmaşa düzeylerinin 10 yıl ve üzeri çalışma mesleki deneyimlerine sahip katılımcılara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,042$).

Tablo 4.16: Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Yıllarına Göre Mesleki Motivasyon Düzeylerinin İncelenmesi.

Mesleki Motivasyon Ölçeği		ort	ss	ANOVA		Post-hoc Analiz (p)
				F	p	
Yönetsel Faktörler	3-6 Yıl Arası	68,62	24,28	2,866	0,590	1-3 (0,047)
	6-10 Yıl Arası	63,77	21,82			
	10 Yıl Ve Üzeri	59,87	19,82			
Bireysel Faktörler	3-6 Yıl Arası	37,02	7,86	1,307	0,272	
	6-10 Yıl Arası	37,49	7,68			
	10 Yıl Ve Üzeri	39,21	6,93			
İş ile İlgili faktörler	3-6 Yıl Arası	81,74	21,22	3,248	0,040*	
	6-10 Yıl Arası	77,46	21,87			
	10 Yıl Ve Üzeri	72,69	23,70			

1: 3-6 yıl arası, 2: 6-10 yıl arası, 3: 10 yıl ve üzeri

Sağlık çalışanları çalışma yıllarına göre gruplandırılmış olup mesleki motivasyon alt boyutları tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir (Tablo 4.16). 3-6 yıl arası mesleki deneyime sahip katılımcıların iş ile ilgili faktörler düzeylerinin 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip katılımcılara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,047$).

Tablo 4.17: Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Yıllarına Göre Algılanan İş Yüğü Düzeylerinin İncelenmesi.

İş Yüğü Ölçeği	ort	ss	ANOVA	
			F	p
3-6 Yıl Arası	23,83	6,13	1,512	0,222
6-10 Yıl Arası	25,29	5,93		
10 Yıl Ve Üzeri	24,03	5,426		

1: 3-6 yıl arası, 2: 6-10 yıl arası, 3: 10 yıl ve üzeri

Sağlık çalışanları çalışma yıllarına göre gruplandırılmış olup algılanan iş yükü düzeyleri tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir (Tablo 4.17). Algılanan iş yükü düzeyinde çalışma yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.18: Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Yıllarına Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi.

Kısa Form 36		ort	ss	ANOVA		Post-hoc Analiz (p)
				F	p	
Fiziksel Fonksiyon	3-6 Yıl Arası	28,72	25,72	0,224	0,800	
	6-10 Yıl Arası	26,45	24,45			
	10 Yıl Ve Üzeri	27,31	24,33			
Fiziksel Rol	3-6 Yıl Arası	53,46	31,43	2,915	0,600	
	6-10 Yıl Arası	62,83	31,18			
	10 Yıl Ve Üzeri	56,54	33,11			
Ağrı	3-6 Yıl Arası	26,45	24,45	1,927	0,147	
	6-10 Yıl Arası	27,31	24,33			
	10 Yıl Ve Üzeri	50,25	19,59			
Sosyal Rol	3-6 Yıl Arası	68,22	29,24	3,692	0,020*	1-3 (0,032)
	6-10 Yıl Arası	74,28	28,88			
	10 Yıl Ve Üzeri	80,90	24,24			
Mental sağlık	3-6 Yıl Arası	69,95	21,28	5,595	0,004*	1-3 (0,004) 2-3 (0,009)
	6-10 Yıl Arası	70,52	22,24			
	10 Yıl Ve Üzeri	57,38	26,10			

1: 3-6 yıl arası, 2: 6-10 yıl arası, 3: 10 yıl ve üzeri

Sağlık çalışanları çalışma yıllarına göre gruplandırılmış olup yaşam kalitesi alt boyutları tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir (Tablo 4.18). 3-6 yıl arası mesleki deneyime sahip katılımcıların sosyal rol düzeylerinin 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip katılımcılara oranla daha düşük olduğu gözlenmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,032$). 3-6 yıl ve 6-10 yıl arası mesleki deneyime sahip katılımcıların mental sağlık düzeylerinin 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip katılımcılara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiş olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,004$, $p = 0,009$).

Tablo 4.19: Sağlık Çalışanlarında Meslek Dağılımına Göre Teknostres Düzeylerinin İncelenmesi.

Teknostres Ölçeği		ort	ss	ANOVA		Post-hoc Analiz (p)
				F	p	
Tekno-Aşırı Yükllenme	Ergoterapist	13,80	2,60	4,483	0,004*	1-2 (0,003)
	Fizyoterapist	15,08	2,38			
	Hemşire	14,69	2,55			
	Diğer	14,24	2,25			
Tekno-İstila	Ergoterapist	12,03	2,37	1,279	0,283	
	Fizyoterapist	11,83	1,87			
	Hemşire	12,17	2,21			
	Diğer	12,88	1,70			
Tekno-Karmaşa	Ergoterapist	16,51	3,12	0,896	0,440	
	Fizyoterapist	16,87	2,68			
	Hemşire	16,17	2,84			
	Diğer	16,47	2,47			
Tekno-Güvensizlik	Ergoterapist	14,44	3,78	0,520	0,670	
	Fizyoterapist	14,92	3,70			
	Hemşire	14,37	3,72			
	Diğer	15,12	3,14			
Tekno-Belirsizlik	Ergoterapist	12,55	2,30	5,078	0,002*	1-2 (<0,001)
	Fizyoterapist	13,79	2,41			
	Hemşire	12,99	2,28			
	Diğer	12,59	1,58			
Algılanan Bireysel Verimlilik	Ergoterapist	13,36	2,18	18,010	<0,001*	1-2 (<0,001) 1-3 (0,013) 2-3 (0,001) 2-4 (0,002)
	Fizyoterapist	16,11	3,03			
	Hemşire	14,55	2,83			
	Diğer	13,53	2,27			

1: ergoterapist, 2: fizyoterapist, 3: hemşire, 4: diğer

Sağlık çalışanları meslek dağılımına göre gruplandırılmış olup teknostres alt boyutları tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir (Tablo 4.19). Fizyoterapistlerin tekno-aşırı yükllenme düzeylerinin ergoterapistlere oranla daha yüksek olduğu gözlenmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,003$). Fizyoterapistlerin tekno-belirsizlik düzeylerinin ergoterapistlere oranla daha yüksek olduğu gözlenmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Ergoterapistlerin algılanan bireysel verimlilik düzeylerinin fizyoterapist ve hemşirelere oranla daha düşük olduğu ($p < 0,001$; $p =$

0,013), fizyoterapistlerin algılanan bireysel verimlilik düzeylerinin hemşire ve diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu gözlenmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$; $p = 0,002$).

Tablo 4.20: Sağlık Çalışanlarında Meslek Dağılımına Göre Mesleki Motivasyon Düzeylerinin İncelenmesi.

Mesleki Motivasyon Ölçeği		ort	ss	ANOVA		Post-hoc Analiz (p)
				F	p	
Yönetsel Faktörler	Ergoterapist	60,39	20,60	9,102	<0,001*	1-2 (<0,001) 2-3 (0,007) 2-4 (0,008)
	Fizyoterapist	75,98	24,75			
	Hemşire	65,06	22,54			
	Diğer	57,06	19,20			
Bireysel Faktörler	Ergoterapist	37,79	8,17	3,119	0,026*	2-3 (0,042)
	Fizyoterapist	35,52	6,28			
	Hemşire	38,46	8,40			
	Diğer	39,88	6,54			
İş ile İlgili faktörler	Ergoterapist	80,59	21,12	0,815	0,486	
	Fizyoterapist	78,04	22,63			
	Hemşire	81,18	21,37			
	Diğer	73,53	24,86			

1: ergoterapist, 2: fizyoterapist, 3: hemşire, 4: diğer

Sağlık çalışanları meslek dağılımına göre gruplandırılmış olup mesleki motivasyon alt boyutları tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir (Tablo 4.20). Fizyoterapistlerin yönetsel faktörler düzeyinin diğer üç meslek grubuna oranla daha yüksek olduğu ($p < 0,001$, $p = 0,007$, $p = 0,008$) ve hemşirelerin bireysel faktörler düzeyinin fizyoterapistlere oranla daha yüksek olduğu gözlenmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,042$).

Tablo4.21: Sağlık Çalışanlarında Meslek Dağılımına Göre Algılanan İş Yükü Düzeylerinin İncelenmesi.

İş Yükü Ölçeği	ort	ss	ANOVA	
			F	p
Ergoterapist	24,12	6,01	1,568	0,197
Fizyoterapist	25,09	6,20		
Hemşire	23,21	5,93		
Diğer	24,94	5,00		

1: ergoterapist, 2: fizyoterapist, 3: hemşire, 4: diğer

Sağlık çalışanları meslek dağılımına göre gruplandırılmış olup algılanan iş yükü düzeyi tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir (Tablo 4.21). Algılanan iş yükü düzeyi ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.22: Sağlık Çalışanlarında Meslek Dağılımına Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi.

Kısa Form 36		ort	ss	ANOVA		Post-hoc Analiz (p)
				F	p	
Fiziksel Fonksiyon	Ergoterapist	25,93	24,92	1,642	0,180	
	Fizyoterapist	26,41	24,58			
	Hemşire	29,94	26,50			
	Diğer	39,12	21,08			
Fiziksel Rol	Ergoterapist	56,62	29,95	0,674	0,570	
	Fizyoterapist	53,26	34,02			
	Hemşire	56,52	30,45			
	Diğer	64,71	36,50			
Ağrı	Ergoterapist	53,284	20,34	3,891	0,009*	1-2 (0,004)
	Fizyoterapist	42,147	27,04			
	Hemşire	48,933	21,20			
	Diğer	49,118	19,05			
Sosyal Rol	Ergoterapist	81,42	25,14	8,082	<0,001*	1-2 (0,001) 1-3 (<0,001)
	Fizyoterapist	65,96	31,07			
	Hemşire	63,82	28,04			
	Diğer	77,94	23,18			
Mental sağlık	Ergoterapist	63,57	25,00	4,110	0,007*	1-2 (0,005)
	Fizyoterapist	74,30	21,66			
	Hemşire	67,15	19,48			
	Diğer	72,82	19,76			

1: ergoterapist, 2: fizyoterapist, 3: hemşire, 4: diğer

Sağlık çalışanları meslek dağılımına göre gruplandırılmış olup yaşam kalitesi alt boyutları tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir (Tablo 4.22). Ergoterapistlerin ağrı düzeyinin fizyoterapistlerden daha yüksek olduğu ($p = 0,004$), ergoterapistlerin sosyal rol düzeylerinin fizyoterapist ve hemşirelerden daha yüksek olduğu ($p = 0,001$, $p < 0,001$) fizyoterapistlerin mental sağlık düzeylerinin ergoterapistlerden daha yüksek olduğu gözlenmiş olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,005$).

Tablo 4.23: Teknostres Ölçeği Alt Boyutları ile Mesleki Motivasyon, Yaşam Kalitesi ve İş Yüğü Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.

n=300	Tekno- Aşırı Yüklenme		Tekno- İstila		Tekno- Karmaşa		Tekno- Güvensizlik		Tekno- Belirsizlik		Algılanan Bireysel Verimlilik	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Mesleki Motivasyon Ölçeği												
Yönetmel Faktörler	0,080	0,169	0,006	0,924	0,043	0,459	0,020	0,694	0,067	0,250	0,216	<0,001*
Bireysel Faktörler	0,002	0,968	0,000	0,997	-,121	0,036*	0,014	0,809	-,021	0,714	-,084	0,148
İş ile İlgili faktörler	-,094	0,106	0,020	0,734	-,060	0,297	-,095	0,100	-,101	0,080	-,061	0,293
İş Yüğü Ölçeği	0,053	0,357	-,083	0,150	0,008	0,894	0,021	0,723	-,084	0,146	-,087	0,134
KF-36												
Fiziksel Fonksiyon	0,028	0,633	-,061	0,296	0,012	0,835	0,056	0,330	0,031	0,592	0,340	0,559
Fiziksel Rol	0,121	0,036*	0,022	0,708	-,024	0,675	-,038	0,508	-,139	0,016*	0,230	0,698
Ağrı	-,053	0,357	-,113	0,052	0,003	0,954	0,043	0,453	-,001	0,991	-,111	0,055
Sosyal Rol	0,047	0,421	-,040	0,494	-,150	0,009*	-,015	0,802	-,137	0,017*	-,088	0,129
Mental Sağlık	0,088	0,129	-,050	0,386	-,019	0,745	0,030	0,600	0,083	0,150	-,134	0,021*

* $p < 0,05$

Tablo 4.23'te yer alan bulgular, teknostresin alt boyutları ile mesleki motivasyon, yaşam kalitesi, iş yüğü arasındaki ilişkileri göstermektedir. Tekno-aşırı yüklenme boyutu ile fiziksel rol ($r = 0,121$, $p = 0,036$) arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tekno-karmaşı boyutu ile bireysel faktörler arasında zayıf düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -.121$, $p = 0,036$).

Tekno-karmaşı boyutu ile sosyal rol arasında zayıf düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -.150$, $p = 0,009$).

Tekno-belirsizlik boyutu ile fiziksel rol ve sosyal rol arasında zayıf düzeyde, negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($r = -.139$, $p = 0,016$, $r = -.137$, $p = 0,017$).

Algılanan bireysel verimlilik boyutu ile yönetsel faktörler boyutu arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,216$, $p < 0,001$).

Algılanan bireysel verimlilik boyutu ile mental sağlık arasında zayıf düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -.134$, $p = 0,021$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, sağlık çalışanlarında teknostres ile mesleki motivasyon, algılanan iş yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi aynı zamanda farklı demografik özelliklere göre bu parametreleri araştırmayı hedeflemiştir. Bu bağlamda, çalışmamızda elde edilen bilgilere göre cinsiyet değişkeninin teknostres, mesleki motivasyon, algılanan iş yükü ve yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkisinin bulunmadığı gözlenmiştir. Bunun yanı sıra, 20-35 yaş grubunda teknostres düzeyinin 35 yaş ve üstü gruba göre daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Evli sağlık çalışanlarının algılanan iş yükü ve yaşam kalitesi düzeyinin bekarlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. 3-6 yıl arası mesleki deneyime sahip çalışanların teknostres, mesleki motivasyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tekno-karmaşa boyutu ile sosyal rol arasında zayıf düzeyde, negatif yönde anlamlı bir fark bulunmuştur. Algılanan bireysel verimlilik boyutu ile yönetsel faktörler boyutu arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcılar yaş grupları bakımından 2 gruba ayrılıp incelendiğinde; 20-35 yaş grubundaki sağlık çalışanlarının teknostres ölçeğinin algılanan bireysel verimlilik boyutunun 35 yaş ve üzeri çalışanlardan daha yüksek olması, genç yaş grubunun genellikle teknolojiye daha aşina olması ve dijital sistemlere daha hızlı uyum sağlayabilmesi olarak açıklanabilir. Aynı zamanda yaşça daha genç bireyler, yeniliklere ve değişime daha açık olabilir bu da bireysel verimliliği arttırabilir. Çalışmamızla benzer olarak Kopuz ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında teknostres düzeylerinin yaşa göre farklılık gösterdiğini ve genç sağlık çalışanlarının teknostres düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Kopuz vd., 2020). Aiken ve arkadaşları (2002) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada genç hemşirelerin teknolojik becerileri sayesinde, hasta bakımından daha iyi sonuçlar elde etme potansiyeline sahip olduklarını göstermiştir (Aiken vd., 2002).

Meslekteki çalışma yıllarına göre 3-6 yıl arası meslek deneyimine sahip olan sağlık çalışanlarının 10 yıl ve üzeri meslek deneyimine sahip olan çalışanlara oranla tekno-karmaşa düzeyinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının teknolojik stres ve teknolojik karmaşa ile nasıl başa çıktıklarını ve meslek deneyimlerinin bu süreçteki rollerini araştırıp uzun süreli çalışanların teknolojiyle daha rahat başa çıktıkları bulunmuştur (Ayyıldız, 2020). Başka bir çalışmada da deneyimli çalışanların teknolojilere uyum sağlama konusunda daha az stres yaşadığını ve teknolojik karmaşa ile daha kolay başa çıktıklarını göstermektedir (Madsen ve Desai, 2019). Jena ve Gupta (2017) yapmış oldukları çalışmada deneyimli çalışanların teknoloji kullanımına dair daha az kaygı taşıdığını bu nedenle teknolojik karmaşa ile daha etkili başa çıktıklarını belirtmektedirler. Çalışma süresi arttıkça çalışanların teknolojiyle daha verimli bir şekilde başa çıkabildikleri ve karmaşanın azalmasını sağladığı düşünülmektedir (Jena ve Gupta, 2017).

Meslek dağılımı değişkenine göre teknostres düzeyini incelediğimizde ise fizyoterapistlerin teknostres seviyelerinin diğer meslek gruplarına (ergoterapist, hemşire, diğer) göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Seçer ve Özer Kaya (2024) fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında bu öğrencilerin teknostres düzeylerinin anlamlı seviyede yüksek olduğunu gözlemlemiştir (Seçer ve Kaya, 2024). Bir başka çalışmada ise hemşire ve ebelerin teknostres düzeylerinin idari personel ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çiftçi ve Uyar, 2023). Ergoterapistler ve hemşireler de en az fizyoterapistler kadar tedavi süreçlerinde genellikle bire bir hasta ilişkisi temelinde çalışmakta ve hastaların durumunu değerlendirmek ve tedavi süreçlerini planlamak için teknoloji tabanlı cihazlar ve yazılımlar kullanmaktadırlar (Sorensen vd., 2015). Çalışmamızdaki bu farklılığın sebebinin fizyoterapistlerin genellikle robotik rehabilitasyon cihazları, dijital görüntüleme araçları ve yüksek teknoloji fizik tedavi ekipmanları gibi gelişmiş cihazları daha yoğun kullanıyor olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ergoterapistlerin aldıkları eğitimde pratik becerilere ve düşük teknoloji yaklaşımlara ağırlık vermesi de bu durumun ortaya çıkmasında etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda 3-6 yıl arası meslek deneyimine sahip sağlık çalışanlarının iş ile ilgili mesleki motivasyonlarında 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip çalışanlara göre meslekleri ile ilgili eğitim verilmesine, çalışılan kurumun emeklilik, sigorta gibi sosyal güvenliklere sahip olmasına ve çalışma ortamının aydınlatma, ısıtma, havalandırma gibi fiziksel ortamının iyi olmasına önem verdikleri gözlenmiştir. Orhaner ve Mutlu (2018) Ankara ilinde özel bir hastanede çalışan 222 sağlık personeli üzerinde yaptıkları çalışmada mesleğe yeni başlayan sağlık çalışanlarının mesleki motivasyonunun daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir (Orhaner ve Mutlu, 2018). Çalışma hayatının ilk yıllarında, bireyler genellikle mesleklerine olan tutkularını yoğun bir şekilde yaşarlar. Sağlık sektörüne girmelerindeki ana motivasyonlar, insanlara yardım etme arzusu ve mesleğin sağladığı tatmin edici deneyimler olabilir (Karakaya ve Ay, 2007). Çalışanlar işlerinin uzun vadeli güvenlik sunduğunu hissettiklerinde daha huzurlu ve motive olabilirler. Sosyal güvenlik hakları iyi olan bir iş yeri çalışanların kuruma olan bağlılığını artırır (Köknel, 1983). İlk yıllarında çalışanlar mesleki hedeflerine ulaşmak için daha motive olabilirler. Başarılı olma arzusu, öğrenme isteği ve becerilerini geliştirme çabaları motivasyonlarını artırabilir (Maslach vd., 2016). Eğitimlerle bilgi ve becerileri kazanan çalışanlar, kendilerine daha fazla güvenir ve işlerinden memnuniyet duyabilirler (Yılmaz ve Güner, 2020).

Meslek dağılımı değişkenine göre sağlık çalışanlarının mesleki motivasyon düzeylerini incelediğimizde ise fizyoterapistler ve hemşirelerin diğer meslek gruplarına göre mesleki motivasyon düzeylerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Tan ve arkadaşlarının (2015) dahiliye kliniğinde çalışan hemşirelerin motivasyonu üzerine yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin genel motivasyon düzeylerinin orta düzeyde olduğunu gözlemlemişlerdir (Tan vd., 2015). Yapılan bir başka çalışmada ise fizyoterapistlerin ve fizyoterapist öğretim elemanlarının diğer sağlık çalışanlarına göre mesleki tutumlarının ve motivasyon düzeylerinin daha iyi olduğu bulunmuştur (Taşvuran Horata, 2021). Hastaların fiziksel ve psikolojik olarak iyileştiğini görmek mesleki motivasyonu artırır. Fizyoterapistler, hastaların hareket kabiliyetlerini yeniden kazanmasına katkıda bulunurken hemşireler ise hayat kurtarıcı bakım sağlama gibi kritik görevler üstlenir (Deci ve Ryan, 2000). Hastalardan alınan olumlu geri bildirimler ve teşekkürler bu meslek gruplarının kendilerini işlerine daha bağlı hissetmesine yardımcı olabilir. Her iki meslek grubu da sağlık ekibinin önemli bir parçasıdır. Ekip içindeki güçlü iletişim ve dayanışma motivasyonu artırabilir (Tan vd., 2015).

Çalışmamızda evli sağlık çalışanlarının bekar sağlık çalışanlarına oranla daha yüksek iş yükü algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum bekar bireylerin yalnızca iş yaşamlarına odaklanırken evli bireylerin hem iş hem de evdeki yükümlülüklerine odaklanmasından kaynaklandığını düşündürmektedir (Lee vd., 2015). Yapılan bir çalışmada araştırmamızı destekleyici nitelikte benzer bulgular elde edilmiş olup evli sağlık çalışanlarının iş ve özel yaşamları arasındaki dengeyi kurmakta daha fazla zorluk çektikleri belirlenmiştir (İlgin vd., 2023). Ailevi sorumluluklar ve iş yükünün birleşimi, evli sağlık çalışanlarının psikolojik ve duygusal stres seviyelerini artırabilir. Bu stres iş yükünün daha ağır algılanmasına neden olabilir (Güzel ve Temel, 2022). Aynı zamanda evli sağlık çalışanlarının, kariyerlerinde ilerlemek ve ailelerine daha iyi bir yaşam standardı sunmak için ek sorumluluklar alabileceğini bu durumun da iş yükünün artmasına neden olabileceğini düşünmekteyiz. Kaya ve Alan (2023) çalışmalarında bu düşünceleri destekleyici olarak evli sağlık çalışanlarının bekar sağlık çalışanlarına göre iş-yaşam dengesini kurmakta zorlandıklarını belirtmiştir (Kaya ve Alan, 2023).

Çalışmamızda kadın ve erkek sağlık çalışanları arasında, yaşam kalitesi alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Ancak Fernandez ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında acil birimde çalışan kadın sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerinin mental sağlık ve sosyal sağlık başta olmak üzere tüm alt boyutlarda düşük olduğu belirlenmiştir (Fernandez vd., 2014). Yapılan bir başka çalışmada, hastanede çalışan sağlık çalışanları arasında erkeklerin yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Yıldırım vd., 2011). Bu durum, kadınların geleneksel olarak evdeki yaşamlarında üstlenmiş oldukları rollerine, çalışma ortamındaki görev ve sorumluluklarında eklenmesiyle kadınların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği şeklinde açıklanabilir (Cimete vd., 2003). Literatürde erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan daha düşük olduğuna dair doğrudan bir bulgu bulunmamaktadır.

Yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal rol alt boyutu düzeyinin bekar çalışanlara göre evli sağlık çalışanlarında daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde ettiğimiz bu bulguya göre evli bireylerin, eşleriyle olan ilişkilerinde iletişim ve sorun çözme becerilerini geliştirdiğini ve bu becerilerin iş hayatındaki sosyal rollere de olumlu yansıyabileceğini düşünmekteyiz. Bunun yanında evli bireyler, iş ve aile sorumlulukları arasındaki

dengeyi daha rahat kurabildikleri için iş hayatında daha etkili bir sosyal rol üstlenmelerine yardımcı olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızın aksine Ndiwane (2000) çalışmasında evli sağlık çalışanlarının bekar sağlık çalışanlarına göre iş arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde daha az zaman ayırabildiklerini belirtmiştir (Ndiwane, 2000). Bir başka çalışmada da bekar sağlık çalışanlarının sosyal etkinliklere katılımının daha iyi olduğu belirtilmiştir (Gültürk ve Ozan, 2024). Her iki çalışmada da bizim çalışmamızın aksi yönünde bilgiler elde edilmiştir. Biz ise evli bireylerin sosyal rol düzeylerinin bekar bireylerden daha iyi olmasını, evli bireylerin genellikle eşlerinden duygusal, psikolojik destek alabildiğini ve bu destek sayesinde iş stresini azaltabildiklerini ve sosyal ilişkilerini güçlendirebildiklerini düşünmekteyiz. Ayrıca evlilik, sosyal çevreyi genişletebilen bir durumdur örneğin, eşin arkadaşları, ailesi ve birlikte gerçekleştirilen sosyal etkinlikler bireyin sosyal rolünü geliştirmesine katkıda bulunabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda mesleklerinin ilk yıllarında olan sağlık çalışanlarının sosyal rol düzeylerinin daha düşük olduğu ancak mental sağlık düzeylerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Hakanen ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada iş tatminin ve mental sağlık düzeylerinin meslek yaşamının ilk yıllarında genellikle daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Hakanen vd., 2006). Yapılan bir başka çalışma da mesleki deneyimin azaldıkça mesleki motivasyon ve iş tatmininin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Sünbül, 2003). Mesleklerinin başında olan çalışanlar mesleki bilgi ve beceri açısından deneyimli çalışanlara göre daha az yetkindir. Bu durum, kendilerine olan güvenlerini ve çevrelerindeki insanların onlara duyduğu güveni etkileyebilir (Laschinger ve Grau, 2012). Deneyimsizliğin, bireylerin sosyal ilişkilerde liderlik veya yönlendirme gibi rolleri üstlenmesini zorlaştırabileceğini düşünmekteyiz. Yeni bir çalışma ortamına uyum sağlamak bireylerde stres ve kaygıya yol açabilir, bu da sosyal etkileşimleri olumsuz etkileyebilir. Meslekteki ilk yıllar genellikle daha az stres ve tükenmişlik riski ile ilişkilendirilir. Bu durum mental sağlık düzeylerinin yüksek olmasını sağlar (Rudman ve Gustavsson, 2012). İlk yıllarında bireyler, ekip içinde daha fazla bağ kurmaya eğilimlidir. Güçlü sosyal destek stresin azalmasına ve mental sağlık düzeylerinin artmasına yardımcı olur (Halbesleben ve Rathert, 2008).

Meslek dağılımı değişkenine göre yaşam kalitesi düzeyleri değerlendirildiğinde, ergoterapistlerin sosyal rol ve ağrı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve fizyoterapistlerin mental sağlık boyutlarında daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Akyürek ve Üstün (2021) akademik personel üzerinde yapılan bir çalışmada ofis ergonomisinin ağrı ve stres düzeyleri üzerinde etkisini incelemiştir. Sonuçlar, ergonomik düzenlemelerin yetersiz olduğu ortamlarda çalışan bireylerin daha yüksek ağrı ve stres seviyelerine sahip olduğunu göstermektedir (Akyürek ve Üstün, 2021). Ergoterapistler ağrıyı yönetmek için farklı yöntemler öğrenir ve bu bilgi kendi yaşamlarında da ağrıyı etkili bir şekilde kontrol etmelerine olanak tanıyabilir (Cedar ve Shapira, 2002). Ergoterapistler, meslekleri gereği ergonomi, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam uygulamaları konusunda bilgi sahibidir. Bu farkındalık hem kendi fiziksel sağlıklarını korumalarına hem de sosyal rollerini geliştirmelerine yardımcı olabilir (Stern ve Savel, 2016). Kendi sağlıklarını koruma bilincinde olmaları hem fiziksel ağrıların önlenmesine hem de sosyal etkileşimlerinde enerjik ve pozitif olmalarına olanak sağlayabilir (Abaoğlu, 2019). Fizyoterapistlerin işlerinin doğasında hareketlilik bulunur. Fiziksel aktivite, endorfin (mutluluk hormonu) salgısını artırarak ruh halini iyileştirir ve anksiyete ile depresyon riskini azaltır bu durumda mental sağlık düzeylerinin daha iyi olmasına katkıda bulunabilir (Tıgılı, 2019).

5.1. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI

Çalışmanın limitasyonları;

1. Katılımcılara bilgi ve iletişim teknolojilerini gün içerisinde ne kadar süre kullandıkları sorusunun sorulmaması,
2. Okupasyonel denge algısı, bireysel değerler ve psikolojik durumlara göre değişkenlik gösterebilir. Bu faktörlerin yeterince kontrol edilmemiş olması, çalışmanın bulgularının genellenebilirliğini kısıtlayabilir.

5.2. SONUÇ

Bu çalışma, sağlık çalışanları arasında teknostresin mesleki motivasyon, algılanan iş yükü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemiştir. Çalışma sonuçları, teknostresin özellikle bilgi ve iletişim teknolojilerinin yoğun kullanımıyla tetiklenen bir sorun olarak öne çıktığını göstermektedir.

Tekno-aşırı yüklenme, tekno-belirsizlik gibi teknostresin alt boyutları, sağlık çalışanlarının meslek grupları ve yaş grupları gibi demografik özelliklerinden anlamlı şekilde etkilenmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş yükü algısı, medeni durum gibi kişisel değişkenlerden etkilenirken, mesleki motivasyon üzerinde meslek gruplarının ve çalışma yıllarının önemli rol oynadığı belirlenmiştir.

Yaşam kalitesi boyutları açısından ise cinsiyet ve medeni durum gibi değişkenlerin bazı alt boyutlarda etkili olduğu ancak genel olarak iş koşulları ve mesleki deneyimin daha belirleyici olduğu görülmüştür.

Araştırma, sağlık çalışanlarının teknostres düzeylerinin mesleki motivasyon, algılanan iş yükü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini kapsamlı bir şekilde ortaya koymuştur. Bulgular, teknolojinin sağlık çalışanları için hem bir fırsat hem de bir stres kaynağı olduğunu göstermektedir. Özellikle teknolojinin aşırı yük yaratması çalışanları hem fiziksel hem de mental olarak zorlamakta, bu durum da mesleki motivasyonun azalmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Bu nedenle, teknostres ile başa çıkmak için kapsamlı yönetim politikaları ve çalışan destek programlarının uygulanması gerekmektedir.

5.3. ÖNERİLER

1. Teknoloji Kullanımına Yönelik Eğitim ve Psikolojik Danışmanlık: Sağlık çalışanlarına teknolojiyi daha etkili, verimli kullanmaları ve stres yaratmayacak şekilde kullanmayı öğrenmeleri için özel eğitim programları hazırlanabilir. Teknolojik araçların kullanımını kolaylaştırmak için pratik stratejiler öğretebilebilir ve ergonomik düzenlemeler önerilebilir.
2. Psikolojik Destek: Teknostres ile başa çıkabilmek, mesleki tükenmişliği önlemek ve motivasyonu arttırmak için grup terapileri veya bireysel danışmanlık hizmeti verilebilir.
3. Çalışma Ortamının İyileştirilmesi: Sağlık çalışanlarının motivasyonunu arttırmak için iş yerinde sosyal destek mekanizmaları oluşturulması için farkındalık oluşturulabilir ve çalışanlar arası etkinlikler organize edilebilir.
4. Yaşam Kalitesini Arttıracak Önlemler: Özellikle Ergoterapistler çalışanların fiziksel ve mental sağlığını koruyabilmek adına iş- yaşam dengesini kurmalarına yardımcı olmak için sağlıklı yaşam alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve boş zaman etkinlikleri önerileri sunabilir.
5. Teknolojik Sistemlerin Geliştirilmesi: Kullanılan teknolojik sistemlerin kullanıcı dostu sistemler şeklinde seçimi ve uygulanması için önerilerde bulunulabilir.
6. Bireysel Verimlilik Çalışmaları: Ergoterapistler, sağlık çalışanlarının iş yükünü organize etme, görev önceliklendirme ve zaman yönetimi becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir. Psikologlar sağlık çalışanlarının bireysel kapasite ve sınırlarına uygun iş yükü dengesini kurmaları için sağlık çalışanlarına rehberlik edebilir.

Bu öneriler, sağlık çalışanlarının teknostres kaynaklı olumsuz etkilerini azaltmayı ve onların iş verimliliği ile yaşam kalitesini arttırmayı hedeflemektedir. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin okupasyonel denge üzerindeki etkisi daha derinlemesine incelenmeli ve özellikle dijital bağımlılık, sosyal medya kullanımı ve uzaktan çalışma gibi modern yaşamın dijital yönlerinin, bireylerin denge algısını nasıl etkilediği üzerine çalışmalar yapılmasını önermekteyiz.

6. KAYNAKLAR

- Abaoğlu, H. (2019). Toplumsal Katılım ve Ergoterapi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 7(3): 195-200.
- Ahmad, U. N. U., Âmin, S. M., & İsmail, W. K. W. (2014). Moderating Effect of Technostress Inhibitors on The Relationship Between Technostress Creators and Organisational Commitment. *Sains Humanika*, 67(1).
- Aiken, L.H., Clarke, S. P., & Sloane, D.M. (2002). Hospital Staffing, Organization and Quality of Care: Cross-National Findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1): 5-13.
- Akpınar, N. T.C Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, I. Ulusal Sağlık Bilişim Kongre Kitapçığı, Ankara, 2006.
- Aksoy, M. Sağlık Çalışanlarında İş Yükünün Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmin Üzerindeki Etkisi Diyarbakır Hastanelerinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Çağ Üniversitesi, 2024.
- Akyürek, G., Kars, S., & Bumin, G. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Cep Telefonu Kullanımı ile Kimlik Gelişimi Arasındaki İlişki. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 7(2), 85-90.
- Akyürek, G., Üstün. B. (2021). Akademik Personelin Ofislerindeki Ergonomik Düzenlemeye Göre Ağrı, Stres ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Karşılaştırılması, 12(3): 386-394.
- Alpmed. Shimmer Giyilebilir Sensörler, <https://www.com.tr/shimmer-giyilebilir-sensorler/>, [Ziyaret tarihi: 24 Kasım 2024].
- Altıntaş, M. (2020). Teknostres ile Değişime Direnç Arasındaki İlişki: Havacılık Sektöründe Bir Araştırma. *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities*, 4(2): 1-27.
- Amusan, L. (2018). Adopting Information and Communication Technology in Construction Industry.
- Arbak, Y. (1995). Örgütlerde Bilgisayar Destekli Bilgi Sistemlerinin İncelenmesine Yönelik Kurumsal Bir Yaklaşım, *Verimlilik Dergisi*, 3(7): 71.
- Atılğan, D. (2009). Bilgi Yönetimi Kavramı ve Gelişimi. *Türk Kütüphaneciliği*, 23(1), 201-212.

- Aybek, T. Uzaktan Hasta Takip Sistemleri, <https://backend.tayfunaybek.com/bulletin/3101-uzaktan-hasta-takip-sistemleri-hastanemizin-tubitak-destekli-projesi>, [Ziyaret tarihi: 28 Kasım 2024].
- Aydın, Merve, N. Sağlık Çalışanlarının Teknostres Düzeyinin Algılanan Verimlilikleri Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022.
- Ayyagari, R., Grover, V., & Purvis, R. (2011). Technostress: Technological Antecedents and Implications, 35(4): 831-858.
- Ayyıldız, G. (2020). Technostress and Job Satisfaction Among Healthcare Workers: A Comparative Study. Journal of Health Informatics, 12(1): 35-45.
- Bail, C., Harth, V., & Mache, S. (2023). Digitalization in Urology—A Multimethod Study of the Relationships Between Physicians’ Technostress, Burnout, Work Engagement and Job Satisfaction. In Healthcare, 11(16): 2255.
- Bakar, C., Akgün, S. (2005). Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikâye, Toplum ve Hekim Dergisi, 20(5): 10.
- Bashsbur, R. L., Shannon, G. W., & Smith, B. R. (2014). The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions for Chronic Disease Management. Telemedicine and Health, 20:769-800.
- Başaran, M., Ülger, I. G., Demirtaş, M., Kara, E., Vd. (2021). Uzaktan Eğitim Sürecinde Öğretmenlerin Teknoloji Kullanım Durumlarının İncelenmesi. Opus International Journal of Society Researches, 17(37): 4619-4645.
- Baxter, G. D., & Roney, L. (2019). Telehealth in Occupational Therapy: Current Perspectives and Future Directions. Journal of Telemedicine and Telecare, 25(7): 389-398.
- Boonstra, A., & Broekhuis, M. (2010). Barriers to The Acceptance of Electronic Medical Records by Physicians from Systematic Review to Taxonomy and Interventions. Health Services Research, 10(1): 1-17.
- Bouwman, H., Vd. Information and Communication Technology in Organizations: Adoption, Implementation, Use and Effects, London, 2005.
- Brillhart, P. E. (2004). Technostress in The Workplace: Managing Stress in The Electronic Workplace. Journal Of American Academy Of Business, 5(1/2): 302-305.
- Brod, C. Technostress: The Human Cost of The Computer Revolution. Reading: Addison-Wesley, 1984.
- Buchanan, D. A., Huczynski, A. A. Organizational Behaviour, Ninth Edition, Pearson, United Kingdom, 2017.

- Buntin, M. B., Burke, M. F., Hoaglin, M.C., & Blumenthal, D. (2011). The Benefits of Health Information Technology: A Review of The Recent Literature Shows Predominantly Positive Results. *Health Affairs*, 30(3): 464-471.
- Carayon, P., Smith, P., Hundt, A. S., Kuruchittham, V., & Li, Q. (2009). Implementation of an Electronic Health Records System in A Small Clinic: The Viewpoint of Clinic Staff. *Behaviour & Information Technology*, 28(1): 5-20.
- Cedar, K., & Shapira, D. (2002). The Role of Occupational Therapy in Pain Mnagement: A Review of The Literature, 24(5): 455-462.
- Champion, S. (1988). Technostress: Technology's Toll. *School Library Journal*, 35(3): 48-51.
- Chung, J. (2014). Maslow's Hierarchy of Needs in Modern Workplaces.
- Cimete, G., Gencalp, N.S., Keskin, G. (2003). Quality of Life and Job Satisfaction of Nurses. *J Nurs Care Qual*, 18: 151-158.
- Çakar, N. D., & Çakar, U. (2019). Technostress and its Relationship with Job Satisfaction and Work-Family Conflict in Academic Staff. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12: 219-227.
- Çiftçi, K. F., & Uyar, S. (2023). Teknostres, Değişim Yorgunluğu ve Örgütsel Bağlılık İlişkisinin İncelenmesi, 13(3): 473-480.
- Çiftçioglu, G., Vd. (2018). Individial Workload Perceptions of Employee Health Workers in Hospitals. *Journal of Health and Nursing Management*, 5(1): 1-8.
- Dağdeviren, M., Eraslan, E., & Kurt, M. (2005). Çalışanların Toplam İş Yüğü Seviyelerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Model ve Uygulaması. *Gazi Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 20(4): 517-525.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior, 11(4): 227-268.
- Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, Y., & Kıvırcık, B. (2006). Normative Data and Discriminative Properties of Short Form 36 (Sf-36) In Turkish Urban Population. *Bmc Public Health*, 6(1): 247.
- Demirgöz Bal, M. (2014). Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan gücü Planlama Yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3).
- Dhar, S. (2018). The Role of Information Technology in Enhancing Supply Chain Resilience. *International Journal of Logistics Management*, 29(3): 1-20.
- Dursun, S., Aytaç, S. (2009). Üniversite Öğrencileri Arasında İşsizlik Kaygısı, Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 28(1): 71-84.

- Edisan, Z., & Kadioğlu, F. (2013). Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncüleri. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 3(3): 1-4.
- Eren, E. (2013). Yönetim ve Organizasyon: Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar, 11. Baskı, Beta Basım A.Ş., İstanbul.
- Fabbri, K. Yeni Giyilebilir Sensör, <https://tr.wizcase.com/news/giyilebilir-sensorlerle-non-invaziv-saglik-izleme/>, [Ziyaret tarihi: 24 Kasım 2024].
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. G. (2007). Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program Fort He Social, Behavior and Biomedical Sciences. Behav Res Methods, 39(2): 175-91.
- Fernandez Prada, M., Gonzalez- Cabrera, J., Torres, G. F., Iribar, C., & Maria, J. (2024). Gender Influence on Health Related Quality of Life Among Resident Physicians Working in an Emergency Department. Rev Med Chil, 142(2): 193-8.
- Finerty, Terry. (1997). Integrating Learning and Knowledge in Frastructure, Journal of Knowledge Management, 1(2): 98-104.
- Güçlü, A., Kurşun, Ş. (2018). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. Florence Nightingale Journal of Nursing, 26(3): 187- 197.
- Gültürk E. & Ozan F. (2024). Sağlık Çalışanlarının Bireysel İş Yükü Algıları: Bir Devlet Hastanesi Örneği, 34(1): 180-186.
- Güzel, M. (2013). The Impact of Corporate Social Responsibility on Firm Performance: Evidence from Turkey. International Journal of Business and Social Science, 4(5): 1-10.
- Güzel, Ş., Temel, Ş. (2022). Sağlık Çalışanlarının Aşırı İş Yükünün Çalışma Yaşam Kalitesine ve Psikolojik Sağlamlığına Etkisi, 7th International Congress On Life, Social and Health Sciences in A Changing World.
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and Work Angagemnt Among Teachers. Journal of School Psychology, 43(6): 495-513.
- Halbesleben, J. R.B., & Rathert, C. (2008). Linking Physician Burnout and Patient Outcomes: Exploring The Dyadic Relationship Between Physicians and Patients. Health Care Management Review, 33(1): 29-39.
- Hartzband, P., Groopman, J., (2020), Physician Burnout, Interrupted, New England Journal Of Medicine, 382(26): 2485-2487.

- Hassan, A., & Lindström, H. (2020). Tele-rehabilitation and Assistive Technology: Opportunities and Challenges for Occupational Therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(4): 289-296.
- Heeks, R. (2017). *Information and Communication Technology for Development*, Routledge.
- Hopkins, K. D., & Weeks, D. L. (1990). Tests for Normality and Measures of Skewness and Kurtosis: Their Place in Research Reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 50(4): 717-729.
- Hung, W-H., Chen, K., & Lin, C-P. (2015). Does the Proactive Personality Mitigate the Adverse Effect of Technostress on Productivity in the Mobile Environment. *Telematics and Informatics*, 32: 143-157.
- İlgaz, G., Özgür, H., & Çuhadar (2016). The Adaptation of Technostress Scale in to Turkish. 11th International Balkan Education And Science Congress, 69.
- İlgin, E. V., Yayla, A., Budak, M., Toraman, L. R., & Özer, N. (2023). Pandemiye Sağlık Çalışanlarının Bireysel İş Yükü Algısının İşe Bağlı Gerginlik Düzeyine Etkisi, 10(4): 387-398.
- Jagos, H., David, V., Haller, M., Kotzian, S., Hofmann, M., Schlossarek, S., Eichholzer, K., Winkler, M., Frohner, M., Reichel, M., & Rafolt, D. (2015). A Framework for Tele-Monitoring of the Rehabilitation Progress in Stroke Patients, 6(4): 757-68.
- Jena, L. K., & Gupta, P. (2017). Technostress in Healthcare Workers: An Exploration of Causes and Mitigation Strategies. *International Journal of Healthcare Management*, 10(2): 98-106.
- Kalay, F. Bilişim Teknolojilerinin İş Stresi ve İş Doyumu Üzerindeki Etkileri: Kuram ve Türk Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, 2009.
- Karakaya, A., Ay, A. F. (2007). Çalışanların Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 31(1): 55-67.
- Kaya, G., Alan, H. (2023). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi: Sistemik Derleme. *YIU Sağlık Bil Derg.* 4(2): 50-56.
- Kopuz, K., & Aydın, G. (2020). Sağlık Çalışanlarında Teknostres: Bir Özel Hastane Örneği. *Ekonomi İşletme ve Maliye Araştırmaları Dergisi*, 2(3): 249-264.
- Korkmazer, F. (2021). *Kamu Hizmetlerinde Motivasyon*, Gazi Kitabevi.
- Köknel, Ö. (1983). *Alkolden Eroine Kişilikten Kaçış*. Altın Kitapları, İstanbul.

- Kruse, C. S., Frederick, B., Jacobson, T., & Monticone, D. K. (2017). Cybersecurity in Healthcare: A Systematic Review of Modern Threats and Trends. *Technology and Health Care*, 25(1): 1-10.
- Küyük, A., Kaplan, A. A., & Yılmaz (2005). Elektronik Sağlık Kayıt Sistemlerinin Kütüphanelerle Bütünleştirilmesi, *Bilgi Dünyası Dergisi*, 6(1): 3.
- Laschinger, H. K. S., & Grau, A. L. (2012). The Influence of Personal Dispositional Factors and Organizational Resources on New Graduate Nurses' Job Satisfaction. *Nursing Outlook*, 60(1): 11-19.
- Madsen, S. R., & Desai, V. (2019). Technostress: Causes, Consequences and Interventions in Healthcare Organizations. *Journal of Health Management*, 24(2): 123-136.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, 351-357.
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50: 370-396.
- Müller, C., & Prechtel, S. (2019). Digital Learning in the Age of Technology: Benefits and Challenges. *Computers & Education*, 129: 58-68.
- Naldöken, Ü., Sarıçoban, S. (2020). Sağlık Çalışanlarının Motivasyon Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Uluslararası Ekonomi, İşletme ve Politika Dergisi*, 4(1): 23-40.
- Ndiwane, A. (2000). The Effects of Community, Co- worker and Organizational Support and to Job Satisfaction of Nurses in Cameroon, 11(6): 145.
- Nevid, J. S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2021). *Abnormal Psychology in a Changing World*.
- North, F., Richards, D. D., Bremseth, K. A., Lee, M. R., Cox, D. L., Varkey, P., & Stroebel, R. J. (2014). Clinical Decision Support Improves Quality of Telephone. Documentation-An Analysis of Triage Documentation Before and After Computerized Clinical Decision Support. *Bmc Medical Informatics and Decision Making*, 14(1): 1-10.
- Orhaner, E., Mutlu, S., (2018). Sağlık Personelinin İş Tatmininin Motivasyon Üzerine Etkisi, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1): 74-93.
- Otero, A. V., Lopez-Magallon, A. J., Jaimes, D., Motoa, M. V., Ruz, M., Erdmenger, J., Munoz, R. A. (2014). International Telemedicine in Pediatric Cardiac Critical Care: A Multicenter Experience. *Telemedicine and E-Health*, 20(7): 619-625.
- Özbozkurt, O. B. (2019). İşletmelerde Teknostres ve Motivasyonun Bazı Demografik Değişkenler Çerçevesinde İncelenmesi Üzerine Nicel Bir Araştırma. *International Researches in Social Sciences and Humanities*, 9 -1 8

- Özçelik, E. Toplam İş Yükünü Etkileyen Faktörlerin Analizi İçin Yapısal Eşitlik Modelleme ve Analitik Ağ Süreci ile Bütünleşik Bir Model Önerisi, Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, 2011.
- Özel, G. & Aba, Y. A. (2023). Teknolojinin Görünmeyen Yüzü: Hemşirelik Mesleğinde Teknostres, Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2): 258-274
- Öztürk, M. A. & Erdem, M. (2020). Sınıf Öğretmenlerinin İş Yükü Algısı ile Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 17(1): 926-958.
- Paho. Framework For the Implementation of a Telemedicine Service. Washington, 2016.
- Peel, N.M., Russell, T.G., & Gray, L.C. (2011). Feasibility of Using an In-home Video Conferencing System in Geriatric Rehabilitation. J Rehabil Med, 43(4): 364-6. doi:10.2340/16501977-0675. PMID: 21305228.
- Pehlivanoglu, E. F., Özkan, M.U., Balcioğlu, H., Bilge, U., vd. (2018). Adjustment and Reality of Katz Daily Life Activity Measures for Elderly in Turkish. Ankara Medical Journal, 18(2): 219-223.
- Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2011). Expressive Writing, Emotional Penetration, and Health. In Handbook of Self- Regulation: Research, Theory, and Applications. Guilford Press.
- Pollalis, Y. A. (2003). Pattern of Co-Alignment in Information-Intensive Organizations: Business Performance Through Integration Strategies. International Journal of Information Management, 23(6): 1-9.
- Poole, M. S., Holmes, M., & Desanctis, G., (2001). Conflict-Management in a Computer Supported Meeting Environment, Management Science, 37: 926-953.
- Rosch, P. J. (1994). Stress Management Training: Why All The Fuss? International Journal Of Stress Management, 1(3): 217-222. Lower Occupational Preparedness and Future Clinical Performance: A Longitudinal Study. International Journal of Nursing Studies, 49(8): 988-1001.
- Rudman, A., & Gustavsson, J. P. (2012). Burnout During Nursing Education Predicts
- Salanova, M., Lorens, S., Cifre, E., & Martinez, I. M. (2013). Technostress: The Dark Side of Technologies. The International Journal of Psychology, 48(3): 422-436.
- Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. Anesthesia & Analgesia, 126(5): 1763-1768.

- Seer, E. & zer, K. D. (2024). Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ğrencilerinin Teknostres Düzeyleri, İlişkili Faktörler ve Sağlıkta Yapay Zekanın Kullanımına Yönelik Farkındalıkları: Kesitsel Bir alışma, 9(1): 127-36.
- Sonnentag, S., & Fritz, C. (2015). Recovery from Job Stress: The Stressor- Detachment Model as an Integrative Framework. *Journal of Organizational Behavior*, 36(2): 225-243.
- Sorensen, T., & Schaufel, M.A. (2015). Telehealth and Telecare: The Role of Nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8): 983-990.
- Stern, M. A., & Savel, R. (2016). Cognitive- Behavioral Strategies in Occupational Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review. *Journal Occupational Rehabilitation*, 26(2), 261-271.
- Snbl, A.M. (2003). Tkenmişlik Sendromu: ğretmenler zerine Bir İnceleme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 35: 293-310.
- şakar, A. Y. Ülkemizde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, İstanbul, 2009, 42.
- Tan, M., Polat, H., Akgün, ř. Z., & Genç, F. (2015). Dahiliye Kliniklerinde alışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri ve Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler, 4(1): 10-17.
- Tarafdar, M., Tu, Q., Ragu-Nathan, B., & Ragu-Nathan, T. (2007). The Impact of Technostress on Role Stress and Productivity. *Journal of Management Information Systems*, 24(1): 301-328.
- Taşvuran, H. E. (2021). Türkiye’de alışan Fizyoterapistlerin ve Fizyoterapist ğretim Elemanlarının Fizyoterapistlik Mesleğine Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi, 12(2): 219-226.
- Tevrüz, S. Davranışlarımızdan Seçmeler, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1999.
- Tığlı, A. A. (2019). Fizyoterapistlerde Empati Becerisinin Mutluluk ve Tükenmişlik Düzeyi ile İlişkisi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 14: 1017-1019.
- Top, M. ř., zden, S. Y. ve Sevim, M. E. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi, Düşünen Adam, 16(1): 18-23.
- Turgut, T. (2011). Çalışmaya Tutkunluk: İş Yükü, Esnek alışma Saatleri, Yönetici Desteği ve İş-aile atışması ile ilişkileri. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(3): 155-179.
- Tüzün, E. H. ve Eker, L. (2003). Sağlık Değerlendirme ltleri ve Yaşam Kalitesi, Sağlık ve Toplum Dergisi. 13(2): 3-8.

- Van Mierlo, M., Van Heugten, C., Post, M. W., Hoekstra, T., & Visser-Meily, A. (2018). Trajectories of Health-related Quality of Life After Stroke: Results From a One-year Prospective Cohort Study. *Disability and Rehabilitation*, 40(9): 997-1006.
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2): 61-68.
- Yılmaz, G., Güner, P. (2020). Sağlık Çalışanlarında Mesleki Tükenmişlik ve Motivasyon Üzerine Etkileri. *Türkiye Sağlık Çalışanları Dergisi*, 9(4): 1087-1097.
- Yılmaz, Ş. K., & Gülmez, M. (2013). Kamu ve Özel Hastanelerin Bütünleşik Pazarlama İletişimi Açısından Karşılaştırılması: Kayseri İli Örneği. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(2): 207-227.



7. EKLER

EK1: İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Dilara Ayna Kocadeniz_ Sağlık Çalışanlarında Teknostres ile Mesleki Motivasyon, Algılanan İş Yüğü, Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi_Şuheda Özkan

ORJİNALLIK RAPORU

% 8	% 6	% 0	% 4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	Submitted to Suleyman Demirel University Öğrenci Ödevi	% 2
4	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University Öğrenci Ödevi	% 1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	openaccess.acibadem.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1

Alıntıları çıkart Üzerinde Eşleşmeleri çıkar < %1

Bibliyografyayı Çıkart Kapat

EK 2: ETİK KURUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.02.2024-38925



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-22686390-302.14.01-38925
Konu : Dilara AYNA KOCADENİZ'in Tez
Konusu Kabulü

16.02.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şüheda ÖZKAN

Danışmanlığını yürüttüğünüz Ergoterapi Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi Dilara AYNA KOCADENİZ'in "Sağlık Çalışanlarında Teknostres ile Mesleki Motivasyon, Algılanan İş Yüğü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez önerisi Enstitü Yönetim Kurulunun 08.01.2024 tarih ve 2024/01 sayılı toplantısında görüşülerek İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin 9(1) maddesine göre kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Hafize UZUN
Enstitü Müdürü

Belge Doğrulama Kodu :BSPAT025C Pin Kodu :10681

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=7570&eD=BSPAT025C&eS=38925>

ATLAS VADI KAMPÜSÜ ANADOLU CAD. NO: 40

34408 KAĞITHANE İSTANBUL

info@atlas.edu.tr

444 34 38 / 0212 781 87 61 (FAX)

Kep Adresi: istanbulatlasuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ceren ZEYTİNLÜ

Unvan: Uzman Yardımcısı



atlas.edu.tr

EK 3: GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no, ...):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiin;

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no, ...):

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı: Erg. Dilara Ayna Kocadeniz

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

EK 4: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1.Cinsiyetiniz nedir?

---- Kadın

---- Erkek

2. Doğum tarihiniz nedir? (gün/ay/yıl)

3. Medeni durumunuz nedir?

----- Evli

----- Bekar

4. Mesleğiniz nedir?

5. Hastanede çalışma süreniz? (yıl)

---- 3-6 yıl

---- 6-10 yıl

---- 10 yıl ve üzeri

6.Haftalık çalışma saatiniz?

---- 40 saatten daha az

---- 40 saat

---- 40-50 saat

---- 50 saat ve üzeri

7.Eğitim durumunuz?

----İlköğretim

---- Ortaokul

---- Lise

---- Ön Lisans

---- Lisans

---- Yüksek Lisans

---- Doktora

EK 5: TEKNOSTRES ÖLÇEĞİ

Bu ölçekte kullanılan, "...teknoloji..." terimi iş yerinizde kullanmakta olduğunuz, e posta, ofis yazılımları, veri tabanları, akıllı telefon, vb. her türlü bilgi ve iletişim tabanlı teknolojilerini ifade etmektedir.	Kesinlikle katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1.Teknoloji beni daha hızlı çalışmaya zorluyor.					
2.Teknoloji beni yapabileceğimden daha fazla iş yapmaya zorluyor.					
3.Teknoloji beni çok kısıtlı zamanlarda çalışmaya zorluyor.					
4.Yeni teknolojilere adapte olmak için çalışma alışkanlıklarımı değiştirmem gerekiyor.					
5. Artan teknoloji karmaşıklığı nedeniyle daha fazla iş yüküne sahibim.					
6.Teknoloji yüzünden ailemle daha az zaman geçiriyorum.					
7.Teknoloji yüzünden tatilde bile işim ile temas halinde oluyorum.					
8.Yeni teknolojiler konusunda kendimi güncel tutabilmek için tatil ve hafta sonlarımdan fedakârlık ediyorum.					
9.Kişisel hayatımın teknoloji tarafından istila edildiğini hissediyorum.					
10.İşimi tatmin edici seviyede yapabilecek kadar teknolojiye hâkim değilim.					
11.Yeni teknolojileri anlamak ve kullanmak için uzun bir zamana ihtiyaç duyuyorum.					
12.Teknolojik yeteneklerimi geliştirmek için çalışmaya yeterli zaman bulamıyorum.					
13.Bu kurumda yeni çalışanların bilgisayar teknolojisi konusunda benden fazla şey bildiklerini düşünüyorum.					
14.Yeni teknolojileri anlamak ve kullanmak çoğu kez bana çok karmaşık geliyor.					
15.Yeni teknolojiler nedeniyle iş güvencemi sürekli tehdit altında hissediyorum.					
16.İş pozisyonumun değiştirilmemesi için sürekli becerilerimi geliştirmek zorundayım.					
17.Daha fazla teknolojik yeteneğe sahip iş arkadaşlarının tehdidi altındayım.					

18.İş pozisyonumun değiştirilmemesi için bilgilerimi iş arkadaşlarımla paylaşmıyorum.					
19.İş pozisyonu değişikliği korkusu nedeniyle iş arkadaşları arasında daha az bilgi paylaşımı olduğunu hissediyorum.					
20.Kurumumuzda teknoloji konusunda devamlı olarak kullandığımız yeni gelişmeler mevcuttur.					
21.Kurumumuzda bilgisayar yazılımlarında sürekli değişiklikler yapılmaktadır.					
22.Kurumumuzda bilgisayar donanımlarında sürekli değişiklikler yapılmaktadır.					
23.Kurumumuzda bilgisayar ağlarında sık güncellemeler yapılmaktadır.					
24.Teknoloji iş kalitemi artırmama yardımcı oluyor.					
25.Teknoloji verimliliğimi artırmama yardımcı oluyor.					
26.Teknoloji normalde yapabileceğimden daha fazla iş tamamlamama yardımcı oluyor.					
27. Teknoloji işimi daha iyi yapmama yardımcı oluyor.					

EK 6: MESLEKİ MOTİVASYON ÖLÇEĞİ

Lütfen her cümleyi dikkatle okuyunuz. İşinizden o cümlede belirtilen yönde ne derecede memnun olduğunuzu size uygun seçenekleri işaretleyerek cevaplayınız.	Kesinlikle Katılıyorum (5)	Katılıyorum (4)	Kararsızım (3)	Katılmıyorum (2)	Kesinlikle Katılmıyorum (1)
1.Amirlerim tarafından takdir edilmem ve bana değer verilmesi iyi bir ücret almamdan daha önemlidir.					
2.Yönetimin alacağı kararlar da benim görüşümü alması önemlidir.					
3.İhtiyaç olduğunda şikâyet olanaklarının olması ve adil çözümler bulunulması motivasyonumu artırır.					
4.Amirlerimle olan ilişkilerimin ve iletişimimin iyi olması, maaşımın iyi olmasından daha önemlidir.					
5.Başarılı olan personele yöneticiler tarafından herkesin önünde teşekkür edilmesi veya plaket verilmesi çalışanların motivasyonunu artırır.					
6.Yönetimin, doğum günü, evlilik yıl dönümü gibi özel günlerimi hatırlaması benim için önemlidir.					
7.Çalışma ortamındaki çatışmalarda yöneticilerin uzlaşıcı olarak müdahale etmesi gerekir.					
8.İşte terfi edebilmem iyi bir ücret almamdan daha önemlidir.					
9.Amirlerimle problemlerimizi tartışabilmek önemlidir.					
10.Kişiyeye verilen sorumluluk ve yetkinin dengeli dağıtılması motive edici faktördür.					
11.Çalışan her bireye aynı yönetim yöntemi uygulanması gerekir, kişisel farklılıkların iş alanında fazla etkisi yoktur.					
12. İşimden sağladığım maddi kazancın yüksek olması motive olmak için yeterlidir.					
13.İşteki başarılarım için maddi ödül ve prim verilmesi motivasyonumu artırır.					
14.Kendimi yaptığım işte ispatlamam ve tanınmam iyi bir ücret almamdan daha önemlidir.					
15.Yüksek düzeyde ücret almak iş arkadaşlığından ve iş çevresinden daha önemlidir.					

16.Bireysel motivasyon için amirlerimle olan ilişkilerimin iyi olması önemlidir.					
17. Bağımsız çalışma imkânı verilerek inisiyatif kullanabilmem işi yapma isteğimi artırır.					
18.Görevim nedeniyle toplum içerisinde kazandığım saygınlık motivasyon için önemli bir faktördür.					
19.Mesleğimi icra ederken kendime güvenmem iş verimimi artırır.					
20.İlgi ve övgü alınca kendimi daha motive olmuş hissederim.					
21.Bulunduğum kurum için önemli bir iş yapıyor olmak motivasyonumu artırıyor.					
22.İş arkadaşlarımdan olumsuz davranışlara sahip olanlar benim çalışma motivasyonumu da azaltır.					
23.İlgi ve iltifat almaktan ziyade iyi maaş almak benim için önemlidir.					
24.Mesleki tehlikeler çalışma isteğimi olumsuz olarak etkilemektedir.					
25.Çalışılan kurumun, emeklilik, sigorta gibi sosyal güvenliklere sahip olması iş gören motivasyonunu artırır.					
26.Çalışanlara meslekleri ile ilgili eğitim verilmesi işleri daha istekli olarak yapmalarını sağlar.					
27.Tekdüze olan işim, sahip olduğum yetenek ve potansiyelimi kullanmamı engellemektedir.					
28.Çalışma ortamımın ısıtma, aydınlatma, havalandırma gibi fiziksel özelliklerinin yeterli olması is motivasyonumu artırır.					
29.İşyerinde rotasyon metoduyla belirli sürelerde farklı yerlerde görev yapmam motivasyonumu artırır.					
30.İş yükümün fazla olması motivasyonumu olumsuz etkiliyor.					
31. İş yerinde kendimi geliştirme imkânımın olması beni motive eder.					
32.Bölümler arası ve iş arkadaşları arasındaki iletişimin varlığı motive edici faktördür.					
33.İş dışında, eğlenceler, sportif uğraşlar vb. sosyal imkanların olması iş motivasyonumu artırır.					
34.Mesaiye geliş-gidişler için ulaşım imkânlarının yeterli olması motivasyonumu artırır.					

EK7: İŞ YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Bu bölümde iş yükünüzle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Sağ taraftaki sütunda “Kesinlikle katılmıyorum”dan “Kesinlikle katılıyorum”a uzanan ölçek üzerinde size en uygun olan cevabı işaretleyerek belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Çok az katılıyorum (2)	Biraz katılıyorum (3)	Çoğunlukla katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1.İşim hafta sonları da çalışmamı gerektiriyor.					
2.İşlerimi yetiştirebilmek için akşamları mesaiye kalmam gerekiyor.					
3.İşim gereği çok sayıda görevi yerine getirmem gerekiyor.					
4.İşim gereği çok fazla kişiyle uğraşmam gerekiyor.					
5.İş yüküm ağırdır.					

EK 8: KISA FORM 36/ KF 36

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel

☐

Çok iyi

☐

İyi

☐

Orta

☐

Kötü

☐

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden

Çok daha iyi

☐

Biraz iyi

☐

Hemen hemen aynı

☐

Biraz daha kötü

☐

Çok daha kötü

☐

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐	☐	☐
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐	☐	☐
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐	☐	☐
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐	☐	☐
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐	☐	☐
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐	☐	☐
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐	☐	☐
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐	☐	☐
11) Yüz metre yürümek	☐	☐	☐
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐	☐	☐

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐	☐
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐	☐
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐	☐
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmada güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐	☐

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐	☐
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐	☐
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐	☐

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Çok Az ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epeyce ☐₄ Çok Fazla ☐₅

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı ☐₁ Çok Az ☐₂ Hafif ☐₃ Orta ☐₄ Çok ☐₅ Pek Çok ☐₆

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Biraz etkiledi ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epey Etkiledi ☐₄ Çok Etkiledi ☐₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli ☐₁ Çoğu zaman ☐₂ Bazen ☐₃ Ara sıra ☐₄ Hiç bir zaman ☐₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Wass TE Inf. Cholesterol CTI (1992) Med Care 1992 Jan 30(1):673-81

8. ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı:** Dilara AYNA KOCADENİZ

2. **Unvanı:** Ergoterapist

3. **Öğrenim Durumu:** Lisans

DERECE	OKUL ADI ve BÖLÜMÜ	MEZUNİYET YILI
Lisans	Girne Amerikan Üniversitesi Ergoterapi Bölümü (İngilizce-Tam Burslu)	2021

4. **İş Deneyimi:**

UNVAN	GÖREV YERİ	YIL
Ergoterapist	Düzce Güneş Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	2021-2022
Ergoterapist	Marmaram Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	2022-2023
Ergoterapist	Otizm ANKA Eğitim Kurumları	2023-2024