

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



PEDİATRİK REHABİLİTASYON ALANINDA ÇALIŞAN
FİZYOTERAPİSTLERDE FİZİKSEL AKTİVİTENİN MESLEKİ
TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÖKHAN ÇAĞLAK

GAZİANTEP 2022

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PEDİATRİK REHABİLİTASYON ALANINDA ÇALIŞAN
FİZYOTERAPİSTLERDE FİZİKSEL AKTİVİTENİN MESLEKİ
TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÖKHAN ÇAĞLAK

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi Günseli USGU

GAZİANTEP-2022



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı **Fizyoterapi ve Rehabilitasyon** Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Gökhan ÇAĞLAK** tarafından hazırlanan “Fizyoterapistlerde Rekreatif Aktivitelerin Mesleki Tükenmişlik, Depresyon ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Araştırılması” başlıklı tez, **11/04/2022** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Günseli USGU

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Yavuz YAKUT

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Bahar ARAS

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY

Enstitü Müdürü V.

TEŞEKKÜR

Mesleki yaşamımın yüksek lisans süresince bana bilgi ve birikimi ile destek olan, anlayışını ve bilimsel desteğini esirgemeyen değerli hocam, Sayın Dr. Öğretim Üyesi Günseli USGU'ya ve çok değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Yavuz YAKUT ile Sayın Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR'a; Fizyoterapi ve rehabilitasyon anabilim dalına, beraber çalıştığım değerli meslektaşım, Fzt. Mustafa AKGÜN'e emek ve tecrübelerine kıymet verdiğim değerli arkadaşlarım, Fzt. Fuat AKIN'a ve Uzm. Fzt Faruk Danışman'a; Gösterdikleri yardımseverlik ile bana güzel bir çalışma ortamı oluşturan değerli fizyoterapist, kurum müdürleri ve mesai arkadaşlarıma; beni bu eğitim hayatım boyunca yanımda olan aileme; yüksek lisans süresince bana yardımcı olan değerli eşime teşekkür ederim.

Fzt. Gökhan ÇAĞLAK

ÖZET

Gökhan ÇAĞLAK. Pediatrik Rehabilitasyon Alanında Çalışan Fizyoterapistlerde Fiziksel Aktivitenin Mesleki Tükenmişlik, Depresyon ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Araştırılması. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans Programı Gaziantep, 2022. Araştırmamız, rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistlere uygulanan fiziksel aktivite programının yaşam kalitesi, mesleki tükenmişlik, depresyon ve uyku kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapıldı. Çalışmaya 35 fizyoterapist dahil edildi. Bireyler gönüllülük esasına bağlı olarak, kontrol grubu (n=11) ve eğitim grubu (n=24) olarak ikiye ayrıldı. Eğitim grubuna 12 hafta fiziksel aktivite (haftada 7 gün / 40.000-65.000 adım) verildi. Kontrol grubuna günlük faaliyetleri haricinde ekstra fiziksel aktivite verilmedi. On iki haftalık fiziksel aktivite öncesi ve sonrasında her iki gruba dahil olan fizyoterapistlerin mesleki tükenmişliği Maslach Tükenmişlik Ölçeği, yaşam kalitesi EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği, uyku kaliteleri Pittsburg Uyku Kalitesi, depresyonları Beck Depresyon Ölçeği ve iş doyumlarını Minnesota İş Doyum Ölçeği ile değerlendirildi. On iki hafta sonunda eğitim ve kontrol gruplarında iş doyum, uyku kalitesi, depresyon düzeyi düzeylerinde değişim saptanmadı ($p>0,05$). Kontrol grubunda 12 hafta sonunda yaşam kalitesi düzeyinde anlamlı bir iyileşme gözlemlendi ($p<0,05$). Mesleki tükenmişlik düzeyinde ise eğitim grubunda on iki hafta sonunda düşük kişisel başarı düzeyinde azalma belirlenirken ($p<0,05$); duygusal tükenme, duyarsızlaşma düzeylerinde değişim saptanmadı ($p>0,05$). Gruplar arası değerlendirmeler incelendiğinde eğitim grubu lehine mesleki tükenmişlik parametresinin duyarsızlaşma parametresinde iyileşme görüldü ($p<0,05$), diğer tüm parametrelerde ise fark gözlemlenmedi ($p>0,05$). Fizyoterapistlerin günlük yaşamlarındaki fiziksel aktivitelerine eklenen fiziksel aktivitenin, mesleki tükenmişlik envanterinin düşük kişisel başarı ve duyarsızlaşma alt parametreleri üzerinde etkili olduğu, depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Mesleki Tükenmişlik, Uyku Kalitesi, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Gökhan ÇAĞLAK. Investigation of the Effects of Physical Activities on Occupational Burnout, Depression and Sleep Quality in Physiotherapists Working in Pediatric Rehabilitation. Hasan Kalyoncu University, Graduate Education Institute, Department of Physiotherapy and Rehabilitation Master's Program with Thesis Gaziantep, 2022. Our research was carried out to investigate the effects of the physical activity program applied to physiotherapists working in the rehabilitation center on quality of life, occupational burnout, depression and sleep quality. Thirty f physiotherapists were included in the study. Subjects were divided into two groups as control group (n=11) and training group (n=24) on a voluntary basis. The training group was given 12 weeks of physical activity (7 days a week / 40,000-65,000 steps). No extra activities were given to the control group, except for their daily activities. The occupational burnout of the physiotherapists included in both groups before and after 12 weeks of physical activity was evaluated with the Maslach Burnout Scale, their quality of life with the EQ-5D Quality of Life Scale, their sleep quality with the Pittsburg Sleep Quality, their depression with the Beck Depression Scale and their job satisfaction with the Minnesota Job Satisfaction Scale. At the end of 12 weeks, there was no change in the levels of job satisfaction, sleep quality, and depression levels in the training and control groups ($p>0.05$). A significant improvement in quality of life was observed in the control group ($p<0.05$). In the level of professional burnout, a decrease was found in the low personal achievement level in the training group ($p<0.05$) while there was no change in emotional exhaustion and depersonalization levels ($p>0.05$). When the evaluations between the groups were examined, a significant improvement was observed in the depersonalization parameter of the occupational burnout parameter ($p<0.05$), while no difference was observed in all other parameters ($p>0.05$).

It was concluded that the physical activity added to the physical activities of the physiotherapists in their daily lives was effective on the low personal achievement and depersonalization sub-parameters of the occupational burnout inventory, but not on depression and quality of life.

Keywords: Depression, Occupational Burnout, Sleep Quality, Quality of Life

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİL DİZİNİ.....	vii
TABLO DİZİNİ	viii
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Mesleki Tükenmişlik	3
2.2. Maslach Tükenmişlik Modeli	3
2.2.1. Duygusal Tükenme.....	3
2.2.2. Duyarsızlaşma	4
2.2.3. Kişisel Başarı.....	4
2.2.4. Tükenmişlikle İlgili Görüşler	4
2.2.4.1. Freudenberg'in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri.....	4
2.2.4.2. Maslach'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri.....	5
2.2.4.3. Perlman ve Hartman'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri	6
2.2.4.4. Meier' in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri.....	7
2.2.4.5. Suran ve Sheridan' ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri.....	7
2.2.5. Tükenmişliğin Nedenleri	7
2.2.6. Tükenmişliğin Belirtileri	9
2.2.7. Tükenmişliğin Evreleri	10
2.2.8. Tükenmişlikle Başa Çıkma Yöntemleri	11

2.2.9. Tükenmişliğin Sonuçları	12
2.2.10. Tükenmişliği Azaltma ve Tükenmişlikle Başa Çıkma Teknikleri.....	12
2.3. Uyku Kalitesi.....	13
2.3.1. Uykunun tanımı	13
2.3.2. Uykunun fizyolojisi	13
2.3.3. Uykunun görevi	14
2.3.4. Uyku ihtiyacı, uyku kalitesi ve etkileyen faktörler.....	15
2.4. Depresyon.....	17
2.4.1. Depresyon Kavramı.....	17
2.5. Fiziksel Aktivite	18
2.5.1. Fiziksel Aktivitenin Süresi, Sıklığı ve Şiddeti	18
2.5.2. Fiziksel Aktivitenin Faydaları	19
2.5.3. Fiziksel Aktiviteyi Değerlendirme Yöntemleri	20
3. BİREYLER VE YÖNTEM.....	21
3.1. Bireyler	21
3.2. Yöntem	23
3.2.1. Çalışma planı	23
3.2.2. Değerlendirme	23
3.2.2.1. Sosyodemografik Bilgiler	23
3.2.2.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	23
3.2.2.3. Minnesota İş Doyumu Ölçeği (MİDÖ).....	24
3.2.2.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	24
3.2.2.5. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ).....	24
3.2.2.6. EQ Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D).....	25
3.3. İstatiksel Analiz	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇ	39
7. ÖNERİLER.....	40

7.1. Çalışmanın Limitasyonları	40
KAYNAKLAR	41
EKLER	49
Ek-1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	49
Ek-2. Etik Kurul Onay Formu	50
Ek-3. Demografik Bilgiler Formu	51
Ek-4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	54
Ek-5. Minnesota İş Doyum Ölçeği	56
Ek-6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	59
Ek-7. Beck Depresyon Ölçeği	65
Ek-8. EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	69
Ek-9. İntihal Raporu	70
Ek-10. Özgeçmiş.....	71

ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 2. 1. Maslach'ın Tükenmişlik Modeli	6
Şekil 3. 1. Çalışma Akış Şeması	22



TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4.1 Eğitim ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, medeni durumu ve eğitim düzeyleri	26
Tablo 4.2 Fizyoterapistlerin iş doyum düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırması.....	26
Tablo 4.3 Fizyoterapistlerin iş doyum düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması	27
Tablo 4. 4 Fizyoterapistlerin eğitim öncesi ve sonrası uyku kalitelerinin grup içi karşılaştırması.....	27
Tablo 4. 5 Fizyoterapistlerin uyku kalitesi düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması.....	28
Tablo 4.6 Fizyoterapistlerin eğitim öncesi ve sonrası depresyon düzeylerinin grup içi karşılaştırması.....	28
Tablo 4.7 Fizyoterapistlerin depresyon düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması	28
Tablo 4.8 Fizyoterapistlerin yaşam kalitesi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırması	29
Tablo 4.9 Yaşam kalitesi düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması.....	29
Tablo 4.10 Duygusal tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırması.....	29
Tablo 4.11 Duygusal tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması.....	30
Tablo 4.12 Duyarsızlaşma tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırması.....	30
Tablo 4.13 Duyarsızlaşma tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması	30

Tablo 4.14 Düşük kişisel başarı tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırması.....	31
---	----

Tablo 4. 15. Düşük kişisel başarı tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması.....	31
--	----



SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

ILO	: Çalışma Örgütü
IASP	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı
%	: Yüzde
dk	: Dakika
SD	: Standart Sapma
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
x	: Ortalama
MET	: Metabolik Eşdeğer
ACSM	: Amerikan Spor Hekimliği Koleji
MBİ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
MİDÖ	: Minnesota İş Doyum Ölçeği
≤	: Küçük Eşittir
≥	: Büyük Eşittir
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
Min	: Minimum
Maks	: Maksimum
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
EQ-5D	: EQ Yaşam Kalitesi Ölçeği
AS	: Adım Sayısı

1. GİRİŞ

Toplumda emek vererek çalışan bireyler çalıştıkları iş yerlerinde ihtiyaçlarının ve taleplerinin karşılanmaması halinde, işine olan ilgisini kaybeder, psikolojik olarak geri adım atar, hüsrana uğramış, tatminsiz ve hayal kırıklığına uğramış hissederler. Fizyoterapist vb. sağlık çalışanları, hastalarının çeşitli engellilik durumlarıyla karşı karşıya kalırken hastalarının doğal olarak duygusal tepkileri tetikleyen fiziksel ve psikolojik sorunlarına müdahale ederler. Fizyoterapistler ülkemizde birçok dalda hizmet vermektedir. Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde de fizyoterapist istihdamı sağlanmaktadır. Rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistlerin başarılı, mutlu ve üretken olmalarını mesleki açıdan doyum, iş ve iş çevresi etkili olmaktadır. Mesleki tecrübe, kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar, meslekte yükselme imkânı, duygular ve eğitim düzeyi iş doyumunu etkileyen faktörler arasındadır (1).

Uzun yıllar aynı hastalarla çalışmak avantajlarıyla beraber dezavantajlarını beraberinde getirmektedir. Fizyoterapistlerin yoğun ve süreğen rehabilitasyon süreci mesleki tükenmeyle beraber yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Fizyoterapistlerin yoğun ve süreğen çalışma süreci psikolojik ve fiziksel yıpranmayı beraberinde getirmektedir. Fizyoterapistlerin rehabilitasyon merkezlerindeki çalışma şartları ve kamu atamalarının yeterli düzeyde olmaması yaşam kalitesi ve iş doyumlarını etkilemektedir (2).

Bireyin yaptığı işte tükenmişlik yaşaması bazı fiziksel belirtilere yol açar. Bu belirtiler; anksiyete bozukluğunun neden olduğu problemler, yüksek tansiyon, uyku problemleri, kilo kaybı, nörolojik sorunlar, diabetes mellitus, cinsel sorunlar, kardiyosvaküler sorunlar, hipotalamus-hipofiz sorunları, taşikardi, kas ağrıları, astım, menstural döngüsünde aksamalar, bel ve sırt ağrıları en çok karşımıza çıkan belirtilerdir (3).

Bireyin gün içinde yaptığı bedensel aktiviteler yorulmasına neden olmakta, bu durum bireyin daha kolay uykuya dalmasını sağlamaktadır. Uyku kalitesinin düzenli yapılan egzersiz ve sportif aktivitelerle artarken, düzensiz yapılan egzersizlerle birlikte azalmaktadır (4). Bireyler iş ve sosyal çevrelerinden olumsuz etkilenebilmektedir. Bu olumsuz etkiyi azaltmak psikolojik olarak kendini daha iyi hissedebilmek için fiziksel aktivitelere ihtiyaç duymaktadırlar. Bu aktiviteler içerisinde fiziksel aktivite, spor, sanat faaliyetler bulunmaktadır. Fiziksel aktivite düzeyinin artması ile birlikte bireylerin kronik hastalıklara yakalanması riski azalmaktadır. Gün içerisindeki yüksek adım sayısı fiziksel

uygunluğun gelişimiyle beraber kardiyovasküler sistem, kas-iskelet sisteminin gelişimini sağlamaktadır (5,6,7).

Literatür incelendiğinde mesleki tükenmişliğin alt parametreleri olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı üzerinde olumlu etkileri görülmektedir. Fiziksel aktivitenin mesleki tükenmişliğin alt parametreleri olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı üzerinde çalışmaların çok az olduğu görülmektedir. Çalışmamızı diğer çalışmalardan ayıran faktörler arasında şimdiye kadar özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistlerde fiziksel aktivite programının; depresyon, uyku, yaşam kalitesi ve mesleki tükenmişlik üzerine etkisinin araştırılmamış olmasıdır (8).

Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda; özel rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistlere verilecek olan fiziksel aktivitenin mesleki tükenmişlik, depresyon, uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmayı amaçlıyoruz.

Hipotezler

1. Hipotez H0: Özel rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistlere verilen fiziksel aktivitenin mesleki tükenmişlik üzerine etkisi yoktur.

H1: Özel rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistlere verilen fiziksel aktivitenin mesleki tükenmişlik üzerine etkisi vardır.

2. Hipotez H0: Özel rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistlere verilen fiziksel aktivitenin depresyon düzeyi üzerine etkisi yoktur.

H1: Özel rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistlere verilen fiziksel aktivitenin depresyon düzeyi üzerine etkisi vardır.

3. Hipotez H0: Özel rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistlere verilen fiziksel aktivitenin uyku kalitesi üzerine etkisi yoktur.

H1: Özel rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistlere verilen fiziksel aktivitenin uyku kalitesi üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Mesleki Tükenmişlik

Mesleki tükenmişliği 1974 yılında Freudenberg “mesleki bir risk” olarak açıklamıştır. Tükenmişlik kavramı “başarısız olma, bıkkınlık, aşırı yıpranma sonucu güç ve enerji kaybı veya karşılanamayan vaatler sonucu bireyin ruhsal olarak tükenme durumu” olarak tanımlanmıştır (9). Tükenmişlik kavramlarının tanımları benzer olmakla birlikte farklı açıklamalar da yer almaktadır. Freudenberg’den sonra tükenmişlikle ilgili akademik yayın yapan ve alana geliştirdiği ölçekle katkıda bulunan bilim adamı Maslach’a göre tükenmişlik, grup içindeki gerginliği artıran durumlara karşı oluşan uzun bir süreç zarfında ortaya çıkan etkileşim veya psikolojik bir durumdur (10). Dünya Sağlık Örgütü tükenmişliği; çok uzun süreli çalışma saatleri ile ortaya çıkan ruhsal yorgunluk, bu durumun sonucunda görev ve sorumluluklarını yerine getirememe olarak açıklamıştır (11). Maslach ve arkadaşlarına göre tükenmişlik sendromu "meslek gereği farklı insanlarla birebir muhatap olan çalışanlarda çoğu zaman kendini gösteren duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma sendromu" şeklinde ifade edilmiştir. Literatürde tükenmişliğin en çok kabul gören üç farklı tanımı mevcuttur (12).

2.2. Maslach Tükenmişlik Modeli

Maslach’ın tükenmişlik modeli tükenmişlik kavramını duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarından oluşan üç faktörlü ruhsal bir durum olarak tanımlanmıştır (Şekil 2.1) (13).

2.2.1. Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme alt başlığı en önemli ve en fazla üzerinde durulan şekli olarak geçmektedir. Çalışan kişiler mesleki yaşamlarında yaptıkları işin şartlarına bağlı olarak yıpranmaktadırlar. Bu yıpranma kişinin meslek hayatındaki enerjisinin azalmasına neden olur. Duygusal tükenme boyutu stres ile yakından alakalıdır. Mesleki tükenmişliğin en önemli boyutunun duygusal tükenmedir. Duygusal tükenme bireyde tükenmişliğin ortaya çıkmaya başladığını göstergesi olmakla birlikte mesleki tükenmişliğe karşı önlem alınması noktasında da önemli bir boyuttur (14).

2.2.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma boyutu, kişinin çevresinde bulunan kişilerle etkileşime geçme noktasında geri planda durmak ve onlarla arasına mesafe koymak olarak tanımlanmaktadır (15). Duyarsızlaşma aşamasındaki kişiler karşısındaki kişileri bir obje gibi algılamakta ve onlara karşı önemsiz bir tavır ortaya koymaktadır. Bu aşama daha sonra onları belirli bir sınıflandırmaya dahil etme ve kendileri için bir kötülük kaynağı olarak görmeleri şeklinde ilerlemektedir (16). Duyarsızlaştırma boyutu kendini farklı şekillerde gösterebilir. Örneğin kişinin iş hayatında fazlaca jargon kullanması ve iş yerindeki arkadaşlarıyla dinlenme zamanını uzatarak işe geç dönme veya katı bir görev ayrımı yapması gibi durumlar bunlardan bazılarıdır. Duyarsızlaşma aşamasında olan bir kişi karşısındakini bir nesne olarak algılamaya başladıktan sonra ilerleyen süreçte kendini de olumsuz değerlendirmeye başlamaktadır. Bu durum sonucunda bireyin tükenmişlik düzeyi gittikçe artmaya başladığını söylemek mümkündür (17).

2.2.3. Kişisel Başarı

Tükenmişliğin bu aşamasında birey kendine karşı olumsuz davranış sergilemekte ve bu durum sonucunda kendini olumsuz değerlendirmektedir (18). Bireyin kişisel başarı hissini düşük olması, başarısını ve kendini yeterli görme noktasındaki durumunu ortaya koymaktadır. Kişi bu noktada kendini başarısız, üretken olamayan ve yetersiz bir birey olarak görmektedir. Benzer şekilde birey kişilerarası ilişkilerde uyum sorunu yaşamakta ve bireyin kendine olan saygısında azalma ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan kişisel başarı boyutunda kişinin yaptığı işlerin değersiz ve kendisinin yeterli olmadığı düşünmesiyle birlikte tükenmişliğin en yüksek seviyesine ulaşıldığını söylemek mümkündür (19).

2.2.4. Tükenmişlikle İlgili Görüşler

Kişinin gerginliğe karşı tahammülündeki çeşitlilikler, bireylerin kendi davranışlarını açıklarken ve gruplandırmadaki sıkıntılar sebebiyle literatürde tükenmişlikle alakalı farklı görüşler mevcuttur (20).

2.2.4.1. Freudenberger'in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri

Freudenberger'e göre tükenmişlik; çalışanlardan fazla taleplerde bulunulması sonucu kişide oluşan başarısızlık, ruhsal çökme ve yorgunluk duygularının birikmesidir (20). Tükenmişlik enerji, güç bakımından yoğun talepler dolayısıyla ortaya çıkan bir

durumdur. Bu durum bireyin bir süre sonra çalışamaz hale gelip, örgüte hizmet edemediği zamanı gösterir (21).

Tükenmişlik, aniden oluşan öfke, kolay ağlama, mutsuzluk, baskıları taşıyamayacağını hissetme ve duygularını ifade etmede yaşanan güçlütür. Çalışanların iş yerlerinde çalışma sürelerinin artmasına rağmen başarıları azalmaktadır (22). Çalışan işe başladıktan bir sene sonra tükenmişlik olgusu kendini gösterir ve bu durumun ortaya çıkmasında bazı durumlar etkilidir.

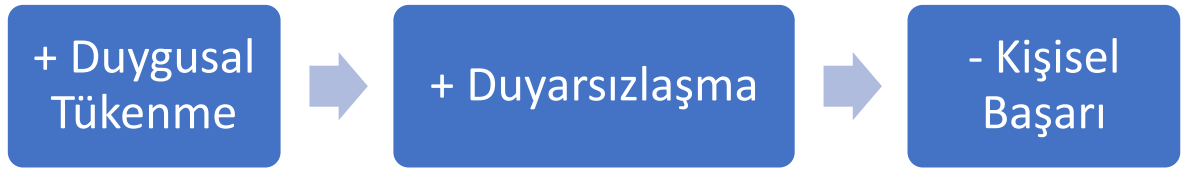
2.2.4.2. Maslach'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri

Tükenmişlikle ilgili yayınlar incelendiğinde en fazla kabul gören Maslach'ın tükenmişlik modelidir. Bu modele göre tükenmişliğin, duygusal tükenme, kişisel başarı ve duyarsızlaşma alt boyutları vardır. Tükenmişlik üç alt başlıkla karşımıza çıkmaktadır.

Duygusal Tükenme: Tükenmişliğin ilk aşaması olarak duygusal tükenme boyutu kabul edilebilir. Duygusal tükenme aşamasında, yorgunluk belirtilerine yakın durumlar görülebilir. Fakat kapsam ve direnç göstermesi gibi özelliklerinden dolayı kronik yorgunluk kavramına daha benzemektedir (23). Duygusal tükenme boyutunda tükenmişlik yaşayan bireyler kendini halsiz, yorgun, psikolojik bakımdan yıpranmış hisseder. Bu aşama daha çok insanlarla yüz yüze iletişimde bulunmak zorunda olan meslek gruplarında daha çok görülmektedir. Duygusal açıdan çok çalışan bireyler diğer kişilerin kendisinden fazla isteklerde bulunmasından dolayı bu isteklerin altında ezilmekte ve duygusal tükenme mevcut duruma tepki olarak doğmaktadır (24).

Duyarsızlaşma: Tükenmişliğin ikinci aşaması olan duyarsızlaşma döneminde, birey hizmet verdiği kuruma ve diğer insanlara karşı duygusuz, soğuk ve ilgisiz davranış belirtilerini gösterir. Aynı zamanda bulunduğu grup uyumsuz davranışlar gösterebilir. Kişi duyarsız davranışlarından dolayı bulunduğu çevreden dışlanmasına ve yalnızlaşmasına neden olmaktadır (25).

Kişisel Başarı: Kişisel başarı kavramı “kişinin kendisini olumsuz algılaması” olarak ifade edilmektedir (26). Çalışanlar meslek hayatına yüksek beklentilerle başlar. İş hayatında bir süre sonra bu beklentiler farklı nedenlerle hayata geçmez. Örgütsel kuralların çalışanları frenlemesi, çalışan işleriyle ilgili geri bildirimde bulunulmaması gibi etkiler bu beklentilerin gerçekleşmesine izin vermez. Bu etkiler kurum içerisinde uyuşmazlığa neden olabilir (25). Çalışan kişide düşük başarı hissinin oluşmasında gerekli şartları sağlayan etkenler neticesinde bireyler olumsuz tutum içine girer (27).



Şekil 2. 1. Maslach'ın Tükenmişlik Modeli

2.2.4.3. Perlman ve Hartman'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri

Perlman ve Hartman'a göre tükenmişlik uzun süreli sorunların oluşturduğu problemlere farklı cevap oluşturur. Bu cevaplar duygusal veya fiziksel yorgunluk, performans, diğer insanlara karşı duyarsızlaşma şeklindeki davranış ve tepkilerdir (28).

Perlman ve Hartman'ın tükenmişlikle alakalı görüşlerinde kişisel değişkenler ve bireyin kendi etrafını algılayan zihinsel bir amaca sahip olması önemlidir. Bu modele göre, tükenmişliğin üç alt boyutunu, stresin üç ana belirtilerine benzemektedir (29). Bunlar:

- Fiziksel belirtilerin görüldüğü fiziksel boyut (fiziksel tükenmişlik),
- Algılar ve duygulardaki değişimin görüldüğü duygusal-bilişsel aşama (duygusal tükenmişlik)
- Belirtiler ve davranışlara odaklanan davranışsal boyuttur (duyarsızlaşma).

Bu yaklaşım, kişisel özelliklerin ve sosyal çevrenin tükenmişliğin yaşanmasında oldukça önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda stresle baş etme yöntemlerini de etkilemektedir. Bu yaklaşımın dört aşaması vardır (29).

1. Aşama Strese Sebep Olma Derecesi: Hangi durumların gerginliğe sebep olduğunu gösteren aşamadır.

2. Aşama Stresi Algı Düzeyi: Bireyin hissettiği kaygı seviyesini içermektedir.

3. Aşama Kaygıya Karşı Oluşan Cevap: Bu aşama strese karşı gösterilen üç ana tepki grubunu oluşturur. Bunlar fiziksel, ruhsal ve davranışsal semptomlardır.

4. Aşama Strese Karşı Gösterilen Reaksiyonun Sonucu: Bu kademedeki birey kronik ruhsal ve duygusal stres yaşar.

2.2.4.4. Meier' in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri

Meier' in (1983) tükenmişlik alakalı kuramının temelini Bandura'nın (1977) çalışmaları oluşturmaktadır. Tükenmişlik, kişilerin pekiştireçlerle ödül ve ceza beklentisinden dolayı yaşanan olgu olarak ifade edilmektedir (24). Meier'in yaklaşımında tükenmişlik mesleki deneyimlerinin tekrarlanması ile ortaya çıkan durum olarak açıklanmış ve üç aşamada ele alınmıştır. Bireyin;

1. Davranışlarıyla alakalı olumlu beklentisinin az olması ve ceza beklentisinin çok olması

2. Pekiştirme türünün kontrol etme beklentisinin çok olması

3. Pekiştirmeyi muhafaza etmek konusunda özgüveninin yeterli olmaması

Böyle beklentileri olan bireyler sıklıkla endişe, anksiyete bozukluğu gibi negatif durumlar yaşamaktadırlar.

2.2.4.5. Suran ve Sheridan' ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri

Suran ve Sheridan'ın tükenmişlikle alakalı yaklaşımı gözlemler ve deneyimlerle oluşmaktadır. Bu yaklaşım tükenmişliği dört basamak olarak değerlendirilmiştir. Bu basamaklar şunlardır;

- 1. Basamak bireyin kendi benlik karmaşası,
- 2. Basamak yeterlilik ve yetersizlik,
- 3. Basamak üretkenlik, durgunluk,
- 4. Basamak tekrar inşa etme, hayal kırıklığı.

Her aşamada tükenmişliğin oluşmasına sebep olan yaşam biçimlerini içermektedir. Suran ve Sheridan'a (1985) göre tükenmişliğin her aşamada görülme ihtimali vardır. Bu ihtimaller sorunların çözüme kavuşmamasıyla ortaya çıkar. Bu yaklaşım, Erikson'un (1950) kişilik gelişimi teorisini temele alır (29).

2.2.5. Tükenmişliğin Nedenleri

Tükenmişliğe sebep olan etkiler analiz edildiğinde birçok etkenden bahsedildiği görülmüştür. Bu etkenlerin bazılarının kişisel, bazıları ise toplumsaldır. Tükenmişliğe neden olan bazı bireysel ve örgütsel sebepler aşağıda ifade edilmiştir.

Maslach ve Jackson tükenmişliğin kaynağı olarak performans, karakter, beklentiler, çevreyle olan ilişkiler, bürokrasi, iş baskısı, geri dönüşümsüz olması gibi etkenler

olduğunu ifade etmektedir. Ancak tükenmişliğin tek bir etkeni olmadığını savunmaktadır. Tükenmişlik, daha çok bazı etkenlerin diğerlerinden daha baskın olmasıyla ortaya çıkmaktadır (23).

Tükenmişlik ruh hali daha çok kendisine yüksek hedefler belirleyen ancak iş hayatında hedeflerini gerçekleştiremeyip, umutsuzluk yaşayan, bunun sonucunda yorgun düştüğünü ve enerjisinin tükendiğini düşünen çalışanlarda görülmektedir (30).

Özellikle diğer insanlarla yüz yüze iletişim içerisinde bulunan çalışanlarda daha fazla görülen tükenmişlik durumunun ortaya çıkmasında etkili üç sebep olduğu belirtilmektedir. Bu sebepler; görev çatışması, rol belirsizliği ve çalışana çok fazla iş yükü verilmesidir. Bu faktörlerin dışında çalışma ortamıyla alakalı bazı sorunlar da gerginliğe ve çalışanın yaptığı işten mutsuz olmasına neden olacağından dolayısıyla tükenmişliği artırır. Bu açıdan başlıca yaşanan sorunlar şunlardır (31):

- Çok fazla iş yükü ve dinlenme sürelerinin az olması,
- Müşterilerin beklentilerinin maddi, bürokratik ve yönetsel nedenlerden dolayı istenildiği kadar yapılamaması
- Yöneticilerin ve denetim yetersizliği,
- Uzman eğitimi eksikliği ve yönlendirme,
- İcra ettiği mesleği denetleme veya etkileme yeteneğine sahip olamama,
- Çalışanlar arasında iletişimin olmaması,
- Sorunlu ve yoğun iş ortamı,
- Örgütteki desteğin yetersizliğidir.

Çam (32), tükenmişliğe sebep olan faktörler bireysel ve çevresel faktörler olarak değerlendirmiştir. Bireysel faktörler olarak yaş, medeni hal, performans, iş doyumu, karakter, üstlerinden destek görme şeklinde belirtmiştir.

Tümekaya (33), tükenmişliğin nedenini insanların taleplerine bağlamaktadır. Tükenmişliğin hayali beklentilerle var olan gerçekler arasındaki uyumsuzlukların fazla olmasından kaynaklandığını açıklamıştır. İşkolik olarak adlandırılan çalışanların daha fazla tükenmişlik hissiyle karşılaştıkları belirtilmiştir.

Murat (34) ise, ulaşılması çok zor olan amaçları benimsemesinin, bilişsel yorgunluğun, bireyin kendisini çok fazla motive etmeye çalışmasını, sert örgüt kurallarını, görevini mükemmel bir şekilde yapma arzusunun, insanlarla yüz yüze çalışması gibi

faktörlerin tükenmişliğe neden olduğu ifade etmiştir. Bu bağlamda; tükenmişliğin bir sebebe bağlı olmadığı, bu durumun ortaya çıkmasında birden fazla faktörün beraber etken olduğu söylenebilmektedir.

Tükenmişlikle ilgili literatür incelendiğinde; tükenmişlik seviyesi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Genç çalışanlarda tükenmişlik düzeyinin yaşı daha yüksek olan çalışanlara göre daha fazla oranda görüldüğü belirtilmiştir. Yaşı daha fazla olan çalışanların tükenmişlik düzeylerinin daha az olmasının nedenleri arasında bireylerin çalışma süresi arttıkça daha deneyimli olmaları ve tükenmişliğe karşı daha dayanıklı hale gelmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sebeplerden dolayı meslekte deneyimi az olan çalışanlar tükenmişlik düzeyleri daha yüksek olabileceği düşünülmektedir (35).

Cinsiyet faktörünün tükenmişlik üzerine etkisi incelendiğinde; bazı araştırmaların kadınların daha çok tükenmişlik yaşadığını, bazı araştırmalar ise cinsiyetin tükenmişliği etkileyen bir faktör olmadığını belirtmektedir (36,37). Hamann ve Gordon tükenmişliği grip gibi bir hastalık olarak tanımlar. Herkes gribe yakalanabilir, önemli olan gribin süresi ve şiddetidir. Herkes az veya çok tükenmişlik yaşayabilir. Tükenmişliğin zamanı ve göstergeleri kişiden kişiye farklılık göstermektedir (38).

2.2.6. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişliğin neden olduğu belirtiler beş başlık altında toplanmaktadır. Bunlar: fiziksel, motivasyonel, davranışsal, duygusal ve bilişsel belirtilerdir.

Fiziksel Belirtileri

Tükenmişlik yaşayan bireylerde, diğer belirtilere oranla en çok görülen fiziksel belirtilerdir. Bunlar arasında anksiyete bozukluğunun neden olduğu problemler, yüksek tansiyon, uyku problemleri, kilo kaybı, nörolojik sorunlar, şeker hastalığı, cinsel sorunlar, kardiyovasküler sorunlar, hipotalamus-hipofiz sorunları, taşikardi, kas ağrıları, astım, menstrual siklus döngüsünde aksamalar, bel ve sırt ağrıları en çok karşımıza çıkan belirtilerdir.

Davranışsal Belirtiler

Çabuk sinirlenme, fazla alkol ve ilaç tüketimi, özgüvenin azalması, çalışma performansın azalması, içe kapanma, işe gitmek istememe, unutkanlık, kötü zaman yönetimi, işe geç kalmalar, 30 örgütsel bağlılığın azalması, rol çatışması, suçluluk

duygusuyla hareket etme, bazı şeyleri erteleme, yakın çevreyle yaşanan sıkıntılar gibi belirtilere rastlanmaktadır.

Duygusal Belirtiler

Tükenmişliğin neden olduğu duygusal belirtiler; hayal kırıklığı, aşırı duyarlı olma, aşırı sinirlilik, öfke patlamaları, depresif ve anksiyetik semptomlar, empati eksikliği, endişe, ilgisizlik, aile problemleri ve memnuniyetsizliktir.

Bilişsel Belirtiler

En çok görülen tükenmişliğin bilişsel belirtileri; problemlerden kaçma, kendini çaresiz olarak algılama, bellek problemleri, problemler karşısında acizlik hissedilmiştir. Tükenmişlik yaşayan bireyler çevresindeki insanlara karşı olumsuz, her şeyin en iyisini kendisinin bildiğini iddia eden, kuşkucu, alaycı, güvensiz ve mesafeli tutumlarda bulunurlar.

Motivasyonel Belirtiler

Çalışanlar, beklentilerinin gerçekleşmeyeceğini anladıklarında hedeflerini gerçekleştirmek için gerekli olan enerjiyi kaybetmektedirler. Hayal kırıklıkları, moral bozukluğu, iş doyumunda düşüklük, can sıkıntısı gibi sorunlar mesleki tükenmişliğin getireceği olumsuz sonuçlardır (39).

2.2.7. Tükenmişliğin Evreleri

Tükenmişlik, araştırmacılar tarafından çeşitli evrelere ayrılmıştır. Bu çeşitliliğin sebebi bireylerin mevcut konum ve şartları farklı algılama düzeylerine sahip olmalarıdır. Edelwich ve Brodsky tükenmişliği dönem dönem yaşanan bir durum olarak tanımlayarak tükenmişliği dört dönemde ele almışlardır (40).

Şevk ve Coşku Dönemi: Bu dönemin başında bireyin mesleki hayatıyla alakalı ümitleri ve idealleri vardır. Ancak iş ortamındaki peşin hükümler, yönetsel problemler, sık, kendisine karşı tenkitlerde bulunulması ve günlük hayatta kendine zaman ayıramaması gibi sıkıntılar nedeniyle birey durgunlaşmaya başlar. Bu mevcut durum işe başladıktan bir sene sonra çoğu kişide görülür.

Durgunluk Dönemi: Bu aşamada arzu ve ümitlerde azalma gerçekleşir. Bireyin başlangıçtaki performans giderek düşer. İdeallerinin gerçekleşmemesinden dolayı bireyde ümitsizlik duygusu ağır basmaktadır. Mesleki yaşamdan alınan iş tatmini bireysel ihtiyaçlar kadar zaruri görülmemektedir.

Engellenme Dönemi: Birey engelleme döneminde işine devam edip edemeyeceğine ilişkin ciddi kaygıları vardır. Bu dönemde kişi değeriyle alakalı kendini sorgular. Ruhsal, davranışsal ve fiziksel sıkıntılar görülmeye başlanmaktadır.

Umursamazlık Dönemi: Bu dönemde birey çalışma hayatıyla alakalı inançlarını kaybetmiştir. Yüksek düzeyde tatminsizlik, vurdumduymazlık ve ümitsizlik yaşanmaya başlar. Bireyin kendi işine harcadığı zaman giderek azalır. İşe geç gelmeye başlama, devamlı işinden yana dert yanma, duyarsız davranışlar sergileme gibi belirtiler vardır. Birey mesleğini kendi ekonomik ihtiyacından dolayı devam ettirmektedir.

Tükenmişliğin zamana yayılan bir olgu olması ve aşamalarının birbirinden farklı belirtiler göstermesi sebebiyle, tükenmişlik evrelere ayrılarak incelenmektedir. Çalışanların yaşadıkları tükenmişlik seviyeleri incelendiğinde tamamen tükenmişlik var ya da yok diye tespitlerde bulunulamamakta, her evreye dair incelemeler ayrı yapılmaktadır. Bu aşamalar her durumda sırayla yaşanmak zorunda değildir. Bireyler evreler arasında geliş gidiş yaşayabilir (40).

2.2.8. Tükenmişlikle Başa Çıkma Yöntemleri

Tükenmişlikle baş etme yöntemleri bireysel ve toplumsal olmak üzere iki aşamada ele alınmaktadır. Yapılan çalışmalarda tükenmişlik düzeyinde çevresel faktörlerin etkisi bireysel faktörlerden daha çok etkilidir. Bu durum tükenmişlikle baş etmenin toplumsal bazda yapılacak değişikliklerle daha fazla ilişkili olduğunu göstermektedir. Sadece birey eksenli yöntemler uygulandığında tükenmişliğin duygusal tükenme boyutu güçlenebilir lakin çalışma hayatındaki stres durumlarını yönetemeyen bireyler diğer iki boyut olan duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutunda tükenmişlik düzeylerini azaltmada kontrol sahibi olmakta zorlanır (10). Bu durum aynı zamanda tükenmişliğin alt boyutlarının birbirleriyle ilişkili olduğunu da göstermektedir.

Bireysel baş etme yöntemlerinde stres yönetimi, gevşeme, atılganlık eğitimi, zaman yönetimi, ekip oluşturma, sosyal ilişki kurma, terapi, meditasyon ve mesleki isteklerin yönetimi gibi uygulamalar öne çıkmaktadır.

Tükenmişlikle mücadele için geliştirilen örgütsel yöntemler; ihtiyaç halinde yardımcı personel veya ilave donanım temin etmek, karar verme yeterliğini sağlamak ve bu kararlara katılımı yükseltmek, başarılarında takdir etmek, ödül sistemini adil bir hale getirmektir. Bununla birlikte çalışanların kişisel gelişimini önemsemek ve dinlenme sürelerini iyi ayarlamak, üst yönetimde bulunanların desteğini sağlamak, kurum içi

iletişimin yeteri miktarda ve kaliteli olmasını sağlamak, çalışanlara yeni görevler vermek ve bireylerin sorumluluk derecelerini ayarlamak bunlardan öne çıkanlardır (41). Bunlara ek olarak hizmet içi eğitimlerin sağlanması, düzenli ve planlı terfi olanakları, ihtiyaç halinde toplumsal değişim ve gelişimi sağlamak, yetki devri sağlayarak astların yönetsel kabiliyet kazanmalarını sağlamak, çalışanların takım çalışmaları yaparak sosyalleşmelerini sağlamak, çalışanların hedeflerini kendisinin belirlemesini sağlamak gibi birçok etkenden oluşmaktadır (35). Görüldüğü üzere tükenmişlikle başa çıkma yöntemleri oldukça fazladır. Buradaki temel nokta ise bireye ve gruba uygun yöntemlerin belirlenmiş olmasıdır. Uygun olmayan yöntemlerin kullanılması tükenmişlik üzerinde daha olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir.

2.2.9. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişlik yaşayan bireyler, iş ortamındaki diğer insanlara karşı negatif davranışlar gösterirler (42). Aynı zamanda işi bırakma, performansı azaltıcı davranışlar, düşük iş doyumu gibi sonuçlar ortaya çıkar (43). Bu sonuçlar bireylerin hayat kalitesini negatif yönde etkileyerek mutsuz olmalarına neden olmaktadır.

Tükenmişlik bireylerde fiziksel, ruhsal ve meslek hayatını etkileyen sonuçlar doğurur. Tükenmişlik yaşayanlarda birden fazla duygunun aynı anda yaşamasından dolayı birçok davranış bozukluğunun da tükenmişliğe eşlik ettiği tespit edilmiştir (44). Tükenmişlik, bireyin işini aksatma, çeşitli sebeplerle işe gelmeme, işe geç kalma, işi bırakma fikri düşüncesinde artış, eş ve ailesinden uzaklaşma gibi sonuçlara neden olmaktadır (31). Tükenmişliğin belirgin sonuçlarından biri de yaşadığı sıkıntılar nedeniyle, enerjisindeki azalmadır (45).

Tükenmişlik bireyin, başka insanlara karşı olan tutumunu değişmesine neden olarak onları bir nesne olarak görmeye başlamasına sebebiyet vermektedir. Bu nedenden dolayı birey hizmet sağladığı insanlara karşı nezaketsiz ve saygısız davranışlarda bulunmaktadır (36). Bu ise Maslach ve Zimbardo'nun deyiimiyle bireyin iş veriminde azalmaya neden olacaktır. İş verimi düşen birey kendini engellenmiş hissedecektir (12).

2.2.10. Tükenmişliği Azaltma ve Tükenmişlikle Başa Çıkma Teknikleri

Tükenmişliğin altında yatan faktörler ortadan kaldırıldığında tükenmişlik durumu sona erer. Tükenmişliğin azaltılabilmesi için öncelikle bireyin kendi yaşadığı stres ve endişe düzeyini farkında olması ve bireyin tükenmişlikle baş edebilmesi için geliştirilen stres yönetim programlarının kullanılmalıdır. Bu programlarda iş hayatının da

yapılabilecek etkinlikler bulunmaktadır (33). Tükenmişlikle baş edebilmek için kullanılan bazı teknikler; kaygı ve süre yönetimi, meditasyon, mesleki isteklerin yönetimi, kişiler arası diyalogda dengenin, duygusal tepkilerin kontrolü sayılabilir.

Çevresel yaşanan en önemli problemlerden biri olan tükenmişliği ortadan kaldırmak için örgütsel ve bireysel açıdan önlemler alınabilir. Çevresel bakımdan alınan önlemler bireysel açıdan alınan önlemlere göre daha önemli ve etkilidir. Aynı zamanda örgütsel düzeyde yapılan çalışmalar tükenmişliğe karşı daha dayanıklı grupların oluşmasını sağlamaktadır (36, 41, 46, 47).

Çevresel tüm dinamiklerini etkileyen tükenmişlik durumu sadece örgütsel düzeyde alınan tedbirlerle önüne geçilmesi mümkün değildir. Grubu oluşturan bireylere de bu süreçte önemli sorumluluklar düşmektedir (46,47).

2.3.Uyku Kalitesi

2.3.1. Uykunun tanımı

Uyku, bireyin duyuşsal veya farklı uyarılar aracılığıyla uyandırılabilirliği olan durumdur. Uyku süresinin fazlalığı ya da eksikliği bireyler için şikâyet yaratan ve görülen rüya ile düşündüren bir kavram olması açıklanmasını zorlaştırmaktadır (48). Bireyin minimum düzeyde fiziksel aktivite ve fizyolojik süreçlerindeki genel yavaşlamaya ek olarak değişen bilinç durumu uykunun diğer bir tanımlamasıdır (49). Akademik çalışmalarda uyku, fizyolojik sosyoduyuşsal ve toplumsal boyutları olan, bireyin sağlık düzeyini ve yaşamını etkileyen, organizmanın çevreyle olan iletişiminin farklı düzeyde tetikleyenle geri döndürülebilir şekilde, kısmi ve ritmik biçimde kaybolduğu durum olarak açıklanmıştır (50).

2.3.2. Uykunun fizyolojisi

Uyku sadece bir dinlenme aşaması değil bununla birlikte karmaşık, aktif, amacı tam olarak bilinmeyen bir kavramdır (51). Uykunun farklı evrelerinde beynin kan akış miktarında değişen artışlar olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (48).

Uyku ve uyanıklığı düzenleyen, doğal döngüsünü oluşmasını sağlayan iki bölge mevcuttur. Bunlardan birincisi truncus cerebri, medulla spinalis ve beyin korteksinde yer alan retiküler aktive edici sistem, ikincisi ise medulla oblongatada bulunan bulber senkronize edici bölgedir (52). Uyku aktif bir inhibisyon aşaması olup beyin merkezlerinin de aralıklı olarak inhibe ve aktive olmaları ile açıklanmaktadır. Burada inhibisyon uyku

aşaması, aktivasyon aşaması ise uyanıklığı kapsamaktadır. Uyanıklıktan uykuya geçişte retiküler aktive edici sistemin azalması ve bulber düzenleyici bölge aktivitesinin artması ile gerçekleşmektedir (3). Bilinçli hareket ve reflekslerin oluşmasını sağlayan retiküler aktive edici sistem aynı zamanda uyku aşamasında vücut periferi ve beyin korteksinden gelen ağrı, basınç, gürültü gibi uyarınları algısını alarak uykudan uyanmaya geçişi sağlamaktadır (53).

Nörotransmitterler uyku sırasında meydana gelen fizyolojik işlevlerde etkili olmaktadır. Gece uykusu esnasında adrenal bez hormonlarının salınımı, büyüme hormonunun salgılanması, vitaminlerin kullanımı, deri onarımı gerçekleşmektedir (48). Uyku sırasında metabolizma hızındaki düşüş; kalp atış hızı, kan basıncı, vücut ısı ve solunumun azalmasıyla sonuçlanmaktadır (54).

2.3.3. Uykunun görevi

Uykuyu yalnızca beynin dinlendiği bir süreç olarak düşünmek yanlış olur (48). Vücudun kendini onarması ve ertesi güne hazırlanması uykunun temel görevidir (55).

Vücutta uyku esnasında birtakım değişiklikler gerçekleşmektedir. Uykudayken böbreklerden fosfat, adrenal ve büyüme hormonlarının salınımı, protein sentezi, deri onarımı, vitaminlerin kullanımı ve epitel hücre artışı gibi fizyolojik olaylar meydana gelmektedir. Bebeklerde büyüme, vücut içindeki onarımlar ve yaraların kapanması NREM uykusunda oluşmaktadır. Uyku süresince bazal metabolizmanın yavaşlamasıyla vücut kendi enerjisini korumaktadır. Bu durumda kişi, gün içinde kullanacağı enerjiyi uyku ile sağlanmaktadır (48).

Kardiyovasküler sistem uykuyla daha etkili çalışmaktadır. Uykuda biyolojik işlevler yavaşlar ve kalp daha çok kanla dolar bu da her atımda daha fazla kanın dolaşıma vermesiyle sonuçlanmaktadır. Tüm bu değişimler hücrelerde onarıma ve vücut dinlenmesine katkı sağlamaktadır (55). Karanlık ortam uyku için önemli bir faktördür. Karanlık ortamda uyumak beyinde bulunan epifiz bezinin doğal bir hormon olan melatonin salgısını başlatmaktadır (56). NREM uykusunun fiziki, REM uykusunun zihinsel iyilik düzeyini arttırdığı akademik yayınlarca gösterilmektedir (55).

Uykunun merkezi sinir sistemi üzerindeki etkileri de önemlidir. Gün içinde bazı nöronların fazla kullanımı nöron yorgunluğuna/işlerlik kaybına neden olmakta, bu da sinir sisteminin dengesinin bozulmasına yol açmaktadır. Uzun süreli uykusuzluk durumu

bireyde irritabilite belirtileri (apati, huzursuzluk, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü) görülebilmektedir (48,57).

2.3.4. Uyku ihtiyacı, uyku kalitesi ve etkileyen faktörler

Uyku gereksinimi insanlarda; yaş durumu, zihinsel gelişim düzeyi, cinsiyet, sağlık fonksiyonu, beslenme, çevresel etkiler ve kültürel düzeye göre farklılık göstermektedir (4). Görgülü'nün (58) verdiği bilgilerle Berger ve Oswald uykunun psikomotor ve zihin işlevini etkilediğini ve uyku ihtiyacının istenilen düzeyde ulaşamayınca kişilerde yorulma hali, dikkat eksikliği, sinirlenme durumu, fiziksel aktivasyonda yetersizlik ve konuşmada zorluk gibi durumların ortaya çıktığını açıklamışlardır. Uykuya ayrılan süreyle beraber uyku refahının da çok önemli olduğu açıklanmıştır (48). Kişinin uyku hali sona erdikten sonra, bedenini, zinde, enerji aktivasyonu ve yeni bir güne hazır olma haline uyku kalitesi denir (59). Uyku kalitesinin uykuya geçiş süresini (uyku latensi), uykuya ayrılan zaman ve bir öncesindeki gece uyanma miktarı gibi niceliksel tarafları ile uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi daha kişisel değişkenlikleri vardır (59). Uyku ihtiyacını, kalitesini ve zamanını çok çeşit toplumsal, sosyopsikolojik ve bedensel faktörler etkilemektedir. Bu faktörler aşağıda belirtilmiştir.

Yaş: Yaş, kişinin uyku fizyolojisini ve kalitesini yüksek bir düzeyde etkiler. Bebek ve çocuklar gün içerisinde çoğu zaman uyumaktadır. Yaş ilerledikçe uyku ihtiyacı, toplam uyku saati ve REM uyku düzeyi azalmaktadır (60).

Cinsiyet: Erkeklerin uyku süresi, kadınlara göre daha uzundur. Fakat kadınların erkeklerden daha fazla uyku sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir (48). Bu durum, toplumsal normlar göz önünde bulundurulduğunda kadınların, erkeklere kıyasla uyku ritmindeki ve psikolojik durumlarındaki değişikliklerden daha fazla etkilendikleri ve buna bağlı olarak anksiyete düzeylerindeki artış nedeniyle daha fazla uyku sorunu yaşadıkları ortaya çıkmaktadır (61).

Hastalık: Uyku düzeni hastalıkların fizyolojik ve ruhsal etkilerinden dolayı değişebilmektedir. Bazı hastalıklarda uyku ihtiyacı artmaktadır. Özellikle ağrılı ve bedensel sıkıntıya neden olan hastalıklar (sırt ağrısı, artrit), mide rahatsızlıkları (REM'de gastrik sekresyonlarda artış nedeniyle), noktüri (gece idrara çıkma), hava yolu obstrüksiyonu uykunun kalitesini olumsuz etkiler. Psikolojik hastalıklar da uyku süresini ve kalitesini azaltmada önemli rol oynamaktadır (4,48,56,62). Kronik obstrüktif akciğer

hastalığı olan bireylerin uyku kalitelerinin sağlıklı kişilere göre daha düşük olduğu yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (58).

Çevre: Çevre şartlarının uyku için hem yardımcı hem engelleyici faktörleri içermektedir (49). Bazı bireyler uyumak için sessiz, sakin, karanlık ortam tercih ederken bazıları az ışıktaki uyumayı tercih etmektedir (52,54,63) Ortamın karanlığı, sıcaklığı, yastık sertliği, yatak boyu, gibi faktörler uykunun kalitesini önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir. Bu çevre şartları göz önüne alındığında kişi alışkın olduğu ortamda daha kolay uyurken farklı ortamlarda uykusuzluk yaşayabilmektedir (3,4,60).

Fiziksel faaliyet: Bireyin gün içinde yaptığı bedensel aktiviteler yorulmasına neden olmakta, bu durum bireyin daha kolay uykuya dalmasını sağlamaktadır. Uyku kalitesi düzenli yapılan egzersiz ve sportif aktivitelerle artarken, düzensiz yapılan egzersizlerle azaldığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Uykunun NREM dördüncü evresinde; egzersiz sırasında salgılanan serotonin hormonunun etkisi ile bireyin daha derin dinlenmesi gerçekleşmektedir (3,4,61).

Emosyonel durum: Beden ve zihni olumsuz etkileyen faktörler, uyuma ve uykuda kalma süresi üzerinde etkilidir. İş mobbingi, ailesel faktörler ve diğer stres faktörleri ile ilgili ortaya çıkan kaygı, kişilerde uykuya dalma veya uykuyu sürdürme zorluğu ile sonuçlanmaktadır (49).

Stres ve anksiyete durumları bireyin uykuya olan ihtiyacını arttırmakta ve REM süresini azaltmaktadır. Yas durumu, üzüntü ve korku kişinin uyumasını ve rahatlamasını etkilemektedir (3,4). Yapılan çalışmalarda uykusuz bırakılan ve herhangi bir sorunu olmayan kişilerde odaklanma güçlüğü, yorgunluk, sinirlilik ve anksiyete meydana geldiği, duygu değişimlerinin ve saldırganlıklarının arttığı görülmüştür (64).

Yaşam tarzı: Stresli bir hayat biçimi bireyin uykuya geçişini zorlaştırmaktadır. Ayrıca kişinin biyolojik saati ile uyumayan çalışma tarzının olması (örneğin gün dışındaki zamanlarda çalışma, vardiya) ve çalışma saatlerinin değişken olması kişilerin biyolojik saatlerini sabitlemede zorlanmakta ve uyku kaliteleri bozulmaktadır (49).

Huzursuz bacak sendromu: Bu hastalık, vücudun bazı uzuvlarında özellikle de bacaklarda kendini gösteren normal olmayan his, distezi, huzursuzluk ve bacak kaslarında kasılmayla ortaya çıkan bölgesel bir hastalıktır. Genel olarak akşam uyku haline geçmeden önce ortaya çıkan, bacakların hareketiyle veya yürüyüşle geçici olarak ortadan kalkmakta, bacakların hareketi ortadan kalkmasıyla kendini göstermektedir. Bu sorun kişiyi uykusuz

bırakmakta ve uyku kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bu durum bireyin uyku kalitesi ve uyku süresinin düştüğünü gösterir. (3,60).

Vardiyalı çalışma ve uyku refahı: meslek hayatı bireye farklı tecrübeler edindirirken, vardiyalı çalışma, yoğun iş temposu kişinin düzenli hayatını ve biyolojik saatlerinde değişime sebep olmaktadır. Farklı çalışma saatleri çalışanın günlük yaşam tarzını bozmakta, psikolojik, sosyal ve aktif yaşamındaki sağlıklı olma durumunu etkilemektedir (62,65). Gündüz çalışıp gece dinlenmesi kişinin vücudunun hem sağlıklı hem de zinde olmasını sağlar. Vardiyalı ve değişken çalışma saatleri olan kişilerin hem bedeninin hem de uyku kalitesinin bozulmasına yol açar (59,62,65).

Saatleri belli olmayan çalışma sistemi, fizyolojik olarak olumsuz sonuçlara neden olur. Sık görülen fizyolojik etkilerden biri uyku problemidir. İnsan fizyolojisi ve biyolojik saatleri gündüz efor sarf edip gece vücudun dinlenmesi ve kendini onarması gereken uyum sürecidir. Nitekim vardiyalı ve gece çalışma saatleri mevcut olan insan düzenini bozmakta ve olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Yapılan akademik çalışmalarda düzensiz çalışma saatleri ve gece iş temposu uykusuzlukla beraber uzun vadede ölüme bile sebebiyet verecek kadar ciddi bir sorun olduğunu göstermektedir (62,66).

Nöbetleşe çalışma saatleri, vücudun biyolojik saatinin bozulması uykusuzluk sorunlarına, iş kazası ve yaralanmaların artmasına sebep olmaktadır (66). Gece vardiyası, gece mesaisi nevrozu olarak isimlendirilen, uyku duygu durum bozukluğu insanda olmadık ani patlamalara, gereksiz hassasiyetlere bürünmesine temel hazırlayarak mevcut olan dengesini bozmakta bununla beraber toplumsal uyum problemlerine ulaşacak düzeyde bozulmalara yol açmaktadır (62).

2.4.Depresyon

2.4.1. Depresyon Kavramı

Majör depresif bozukluk (MDB) tüm dünyada yüksek morbidite, rekürrens ve öz kıyım oranlarına bağlı olarak en yaygın halk sağlığı sorunlarından biri olmuştur. Hem birey hem de aile ve toplum için büyük bir sağlık ve ekonomik yük oluşturmaktadır. Depresyon tüm dünyada yaklaşık 350 milyon kişiyi etkilemektedir ve 2030'a kadar fiziksel engel nedeniyle zaman kaybının en sık nedenlerinden olması beklenmektedir. Depresyonun yarattığı fiziksel engelle birlikte, getirdiği önemli bir ekonomik yük vardır. Tahmin edilen ekonomik maliyet 2000 yılında 83 milyar dolar olup, bu maliyetin %70'i iş gücü, üretim kaybı gibi dolaylı maliyetlerdir. Bu veriler, MDB'de artan harcamalar ve sık

görülen tedavi başarısızlıkları ile bağlantılı olarak, hasta merkezli sonuçları, verimliliği ve etkili bakımı teşvik eden yüksek kaliteli sağlık hizmeti sağlayan sağlık hizmeti sunum modellerinin uygulanması ihtiyacını ortaya koymaktadır (67).

Depresyon; kendini kötü hissetme işlevsel ve günlük aktivitelerin azalması gibi anlamları olan, üzüntü hislerini içeren psikolojik bir dönemi içerir. Günümüzde ise klinik tablo, tanının seyri, sayısı, tedaviye yanıtın etkili olduğu çeşitli kategori sistemleri yapılmaktadır. Sağlıklı bireylerde istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan olaylar karşısında ortaya çıkan; sıkıntı, üzüntü, keder içeren duygusal tepkilerden çok daha şiddetli ve kişinin hayatını olumsuz durumlar, hatta onun tüm hayati düzenini bozan, belli belirti kümelerinden oluşan bir klinik tablodur (68).

Bireyler iş ve sosyal çevrelerinden olumsuz etkilenebilmektedir. Bu olumsuz etkiyi azaltmak psikolojik olarak kendini daha iyi hissedebilmek için fiziksel aktivitelere ihtiyaç duymaktadırlar. Bu fiziksel aktiviteler içerisinde fiziksel aktivite, spor, sanatsal faaliyetler bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin depresyonu azalttığı ve tedavi sürecinde faydasının olduğu açıklanmıştır (7).

2.5.Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite Dünya Sağlık Örgütü 'ne (DSÖ) göre iskelet kas gruplarının enerji tüketerek yaptığı her hareketi olarak ifade eder. Günlük hayatta, iskelet kaslarını kullanarak yapılan ve enerji harcanmasını gerektiren her hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır. Bu aktivitelere yürüyüş, koşma, yüzme gibi örnekler verilebilir (69).

2.5.1. Fiziksel Aktivitenin Süresi, Sıklığı ve Şiddeti

Fiziksel aktivitenin süresi, sıklığı ve şiddeti fiziksel aktivitenin alt parametreleri olarak gruplandırılabilir. Amerikan Spor Hekimliği Koleji (American College of Sports Medicine- ACSM) ve Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association-AHA), 18-65 yaş aralığındaki sağlıklı bireylerin kendi vücut iyilik halinin devamını sağlamak, kuvvet, kardiyorespiratuar enduransı korumak ve geliştirmek için haftada 150-300 dakika orta şiddette aerobik fiziksel aktivite veya 75-150 dakika şiddetli aerobik fiziksel aktivite / orta-şiddetli aerobik fiziksel aktivitenin kombinasyonundan oluşan aerobik fiziksel aktivite yapılmasını önermektedir. Erişkinlerin aynı zamanda haftada iki veya daha fazla gün majör kas gruplarına yönelik orta veya daha yüksek şiddette kuvvetlendirme egzersizleri yapmaları önerilmektedir (70,71,72).

Metabolik Eşdeğer (MET) bireyin belli bir zaman dilimi içerisinde istirahatinde kullandığı enerji miktarıdır. İstirahat halinden sonraki aktivitelerinde kullandığı enerji miktarı istirahat hali baz alınarak hesaplanır.

Şiddetli Fiziksel Aktivite

Bu aktivitede MET değeri altı veya üzerinde olan aktiviteleri içerir. Hızlı yürümek, koşmak, yüksek ağırlık kaldırmak, kazma kürek kullanmak gibi kas kuvvetini artıracak hareketler bu gruba dahil edilebilir (73).

Orta Şiddette Fiziksel Aktivite

Üç ile altı MET aralığında olan aktiviteleri içerir. Hızlı yürümek, ev temizliği gibi aktiviteler olabilir (73).

Hafif Düzeyde Fiziksel Aktivite

1.6 ile üç MET aralığında olan aktiviteleri içerir. Yavaş yürümek, yemek yapma veya masa başı işle meşgul olmak örnek verilebilir (73).

Sedanter Düzeyde Fiziksel Aktivite

1 ile 1,5 MET aralıktadır. Oturmak, yatmak, uzanmak gibi aktivitelerdir (73).

2.5.2. Fiziksel Aktivitenin Faydaları

- Kas gücü ve enduransın sağlanması
- Vücut hareketlerini sağlayan antagonist kas grupları arasındaki denge ve koordinasyonun oluşturulması
- Alt ekstremit eklemlerinin mobilitesinin sağlanması ve sürdürülmesi
- Eklem ve kas kontrolünün sağlanması, stabilizasyonun artırılması
- Enduransın ve dayanıklılığın artırılması
- Reflekslerin cevap verme hızının artırılması
- Vücut postürünün korunması ve dengenin geliştirilmesi
- Yorgunluk şikâyetlerinde azalması
- Kemik dansitesinin korunarak osteoporozun önlenmesi
- Yaralanmalara sebep olabilecek durumlar için dikkatin artmış olması
- Kardiyovasküler sistem hastalıklarının önlenmesi
- Bireylerin serbest zamanlarını daha aktif bir şekilde geçirmelerinin sağlanması

- Vücut kitle indeksi korunması (74, 75)

2.5.3. Fiziksel Aktiviteyi Değerlendirme Yöntemleri

Pedometre

Fiziksel aktivitenin objektif değerlendirmesini sağlayan pedometre Japonya’da ortaya çıkmıştır. Dünyada artan sedanter yaşam tarzı insanları bu tür nesnelliği olan yöntemlere yönlendirmiştir. Bu tür araçlar yürüyüş ve fiziksel aktiviteye duyarlı olup enerji hesaplaması yapabilmektedir. Sağlığı ideal düzeyde tutabilmek ve gelişimini sağlayabilmek için fiziksel hareketi artırmış bir yaşam şeklini sağlamak önemlidir (76).

Sedanter yaşam tarzı birçok hastalığı beraberinde getirmektedir. Bu yaşam şeklinin günümüzde yaygınlaştığı görülmektedir. Günümüzün teknolojik gelişimi, aktif hareketi azaltacak bir ulaşım ve çalışma hayatının olması etkili faktörler arasındadır. Hızlı teknolojik gelişim bu tür kullanımları yaygınlaştırmaktadır. Mobil telefon kullanımı ve adım sayar gibi kullanımlarına olanak sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda akıllı telefonlarda kullanılan farklı adım sayar programların bireyin harcadığı enerji miktarını, süresini ve attığı adım sayısının doğru bir şekilde ortaya koyduğu belirlenmiştir (77).

Adım sayısı

Adım sayısı araçları 1960 ‘da Japonya’ da ilk defa kullanılmıştır. İlk çıktığı dönemde 10.000 adım prensibine dayanmaktadır. Fiziksel aktivite olarak uygulanan 10.000 adım prensibi fiziksel aktiviteyi artırmakla beraber buna bağlı olarak kas kuvveti, kardiyovasküler uygunluğu da artırmaktadır (78). Atılan adım sayısındaki artış bireylerin kronik hastalıklara yakalanması riski azalmaktadır. Yüksek adım sayısı fiziksel aktivitenin ve fiziksel uygunluğun gelişimini sağlar (5,6).

Teknolojinin gelişmesiyle telefonlarda kullanılan uygulamalar artmıştır. Adım sayısı kavramı bu süreçte daha fazla yer edinmiştir. Telefonlarda kullanılan adım sayısı programının içeriği yaş, cinsiyet, kronik hastalıklar, medeni durum, mesleki, mevsimsel şartlara bağlı olarak değişmektedir. Değişen şartlara bağlı olarak bireylerin adım sayısı 4000-18000 arasında değişmektedir (79).

Şartlara bağlı olarak değişen adım sayısında bireylerin günlük adım sayısının 5000 ‘den az olması durumunda sedanter, 5000-7499 arasındaki adım sayısı düşük aktif, 7500-9999 aralığı biraz aktif, 10000-12499 aralığı aktif, 12500’den yüksek adım sayısı yüksek aktif olarak değerlendirilebilmektedir (80).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1.Bireyler

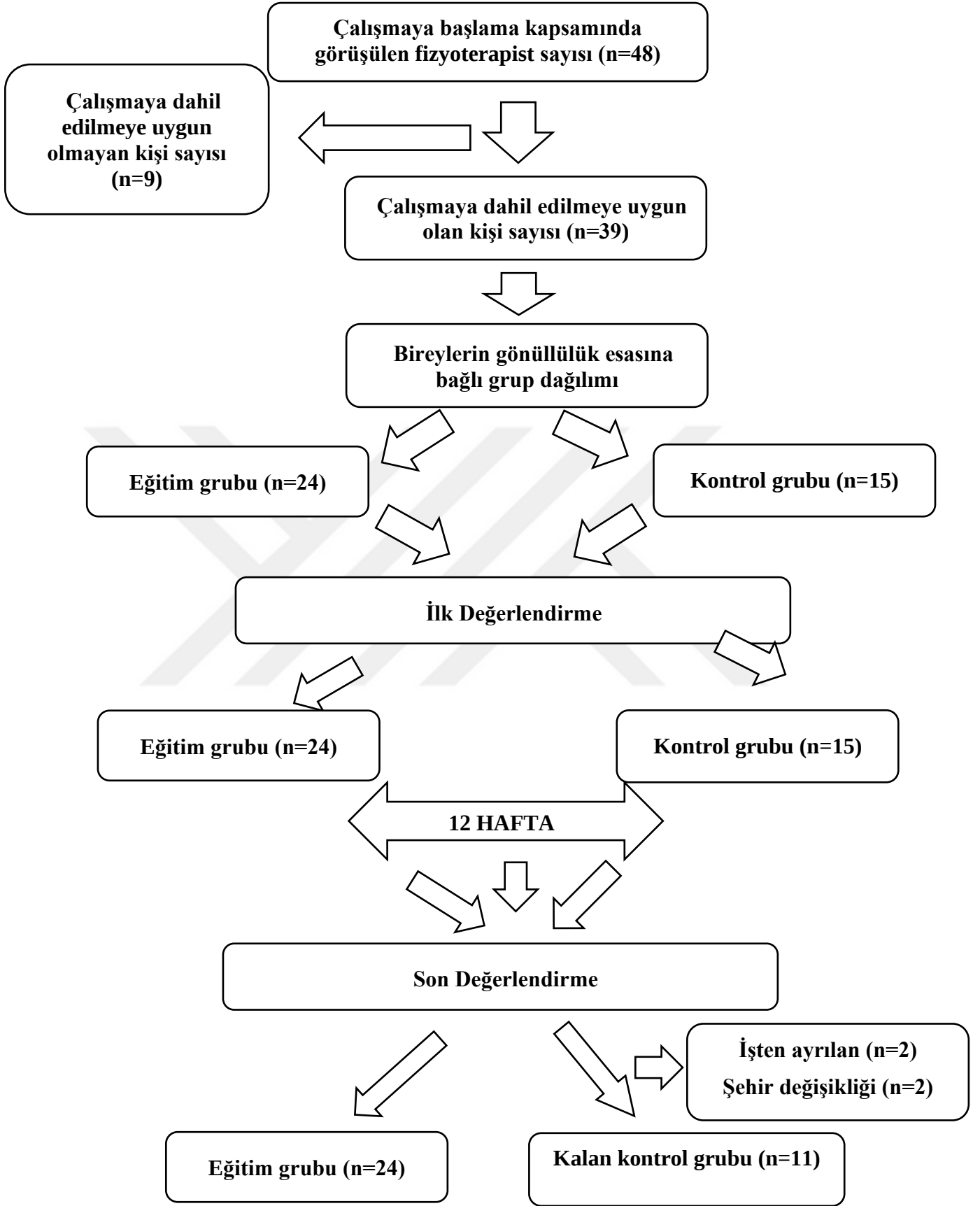
Araştırmaya Muş ilinde özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde iki yıl veya daha uzun süre çalışan kronik hastalığı bulunmayan gönüllü 39 fizyoterapist katıldı. Çalışmaya dahil edilen 39 fizyoterapist gönüllülük esası doğrultusunda kontrol ve çalışma grubu olarak iki gruba ayrıldı. Çalışma süresinde kontrol grubundan bir kişinin şehir değişikliği, bir kişinin ailevi sorunları nedeniyle, iki kişinin ise işten ayrılması sebebiyle son değerlendirme uygulanamadığı için dört fizyoterapist çalışma dışı bırakıldı. Araştırmanın yürütülebilmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (18.03.2021 tarih ve 2021/037 nolu) (EK-1) izin alındı. Araştırma başlamadan önce çalışmaya katılmayı kabul eden fizyoterapistlere çalışma ile ilgili açıklamalar yapıldı ve aydınlatılmış onay formu imzalatıldı (EK-2). Çalışma 2021 Mayıs - Temmuz ayları arasında gerçekleştirildi.

Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya gönüllü olarak katılım gösteren
- İki yıl veya daha fazla bir süredir özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistler çalışmaya dahil edildi.

Dahil Edilmeme Kriterleri

- Kronik hastalığı olan
- Alt ekstremitayı ilgilendiren ortopedik problemi olan
- Son altı ay içerisinde alt ekstremitayı içeren cerrahi operasyon geçiren
- Düzenli fiziksel aktivite yapan fizyoterapistler çalışma dışı bırakıldı.



Şekil 3. 1. Çalışma Akış Şeması

3.2.Yöntem

3.2.1. Çalışma planı

Çalışma Muş ilinde rehabilitasyon merkezlerinde çalışan, dahil edilme kriterlerine uygun 35 fizyoterapistin katılımı ile gerçekleştirildi. Çalışmaya katılan fizyoterapistler gönüllülük esası ile eğitim ve kontrol olmak üzere iki gruba ayrıldı. Kontrol grubunda yer alan fizyoterapistlere (n=11) günlük yaşam aktivitelerine devam etmesi istendi. Eğitim grubunda yer alan fizyoterapistlere (n =24) ise fiziksel aktivite olarak 12 hafta süresince haftada yedi gün adım sayar programı ile 40.000 ile 65.000 adım arasında orta şiddette yürüyüş yapmaları istendi. Orta şiddetteki yürüyüş şiddetini sağlamak amacı ile yürü-konuş testi kullanıldı. Yürü-konuş testi bireyin egzersiz sırasında konuşabildiği fakat şarkı söyleyemediği şiddette yapılan egzersizdir ve orta şiddetteki egzersizleri belirlenmesi amacı ile kullanılmaktadır. Fizyoterapistlerin adım sayıları akıllı telefonlarının telefon arka planında sürekli aktif olan Samsun Health uygulaması ile takip edildi. Bireyler her hafta düzenli olarak telefonla iletişime geçilerek haftalık toplam adım sayısı takibi yapıldı. Her iki gruptaki fizyoterapistler on iki haftalık eğitim öncesi ve sonrasında değerlendirildi.

3.2.2. Değerlendirme

Literatür incelenerek oluşturulan değerlendirme formunda demografik bilgiler yaş, boy, vücut ağırlığı parametreleri ile değerlendirildi. Fizyoterapistlerin mesleki tükenmişlik düzeyleri Maslach Tükenmişlik Ölçeği, mesleki doyum düzeyleri Minnesota İş Doyumu Ölçeği, depresyon düzeyleri Beck Depresyon Ölçeği, uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, yaşam kalitesi EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak değerlendirildi.

3.2.2.1.Sosyodemografik Bilgiler

Araştırmacı tarafından ilgili hazırlanan anket formu; bireylerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma yılı, haftalık çalışma saati vb.) değerlendirmeye yönelik toplam 21 sorudan oluşan sosyodemografik bilgileri içeren form uygulandı.

3.2.2.2.Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği 22 sorudan oluşmaktadır (Ek-3). Sorular, 0-hiçbir zaman, 4-her zaman seçenekleri arasında oluşan beş cevaplı Likert ile puanlanmaktadır. Bu ölçeğin duygusal

tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı olmak üzere üç alt parametresi vardır. Bu alt parametreler duygusal tükenme dokuz, duyarsızlaşma beş ve düşük kişisel başarı sekiz maddeden oluşur. Ölçeğin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt parametrelerinden yüksek, kişisel başarı alt parametresinden düşük puanlar alınması tükenmişlik olarak kabul edilir. Üç alt parametreden de alınan ortalama puanlar ise orta düzeyde tükenmişliği ifade eder (81).

3.2.2.3. Minnesota İş Doyumu Ölçeği (MİDÖ)

Mesleki doyum seviyesini ifade etmek için, Dawis, Weis, England ve Lofquist tarafından geliştirilen, geçerlik-güvenirlilik Türkçe uyarlaması ise Baycan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Minnesota iş doyum ölçeği, ruhsal ve fiziksel mesleki doyum seviyesini belirleyen ölçektir. Bu ölçek 20 maddeden oluşmakla beraber likert tipli bir ölçektir. Meslekle ilgili başarıyı isteme, mesleki sorumluluk ve meslekte yükselme gibi işin içsel niteliğine ilişkin işlevlerden oluşur. Dışsal doyum, kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma arkadaşları ve astlarla olan ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ilişkin faktörlerden oluşmaktadır. İş doyum ölçeğinde en düşük puan bir, en yüksek puansa beştir. Bu ölçekten alınan puan ortalamalarının üç olması iş doyumunun nötr olduğunu, üçten düşükse iş doyumunun düşüklüğünü, üçten fazla ise iş doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir (82).

3.2.2.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları 1988 yılında kişilerin anksiyete seviyelerini ölçmek amacıyla Beck Depresyon ölçeğini (BDÖ) geliştirmişlerdir. Ulusoy ve arkadaşları 1998 yılında bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Beck Depresyon Ölçeği, 21 maddeden oluşan ve son bir aydaki depresyon semptomlarını değerlendiren ve sıfır ile üç arası puanlama yapılan Likert tipi ölçektir. Elde edilen toplam puana kestirme değerleri; minimal düzeyde depresif belirtiler sıfır ile yedi puan arasında, hafif düzeyde depresif belirtiler 8-15 puan arasında, orta düzeyde depresif belirtiler 16-25 puan arasında, şiddetli düzeyde depresif belirtiler ise 26-63 puan şeklinde belirlenmiştir (83).

3.2.2.5. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Buyse ve arkadaşları tarafından geliştirilen Pittsburgh uyku kalitesi indeksi Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, son bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren bir ölçektir. Yirmi dört sorudan 19' u geri bildirim sorusu, beşi aynı odayı

paylaştığı kişi tarafından cevaplanacak sorulardır. Ölçek 18 soruyu içeren yedi alt bileşenden oluşur. Ölçekten 0-21 puan aralığında değişmekte olan bu indekse göre; beş üzeri puan alan kişiler kötü uyku kalitesine sahip, beş ve altında puan alan kişiler ise iyi uyku kalitesine sahip bireyler olarak kabul edilir (84).

3.2.2.6.EQ Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D)

Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. EQ-5D yaşam kalitesini ölçmek amacıyla kullanılan genel sağlık ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Her parametre için problem yok (bir puan), biraz problem (iki puan) var ve majör problem (üç puan) olmak üzere üç seçeneğlidir. EQ yaşam kalitesi ölçeğinin puanlanmasında yüksek puan genel sağlığın kötü olduğunu göstermektedir. EQ-5D ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (85).

3.3.İstatiksel Analiz

İstatistikler SPSS 22.00 paket programı kullanılarak yapıldı ve anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alındı. Çalışmanın tanımlayıcı istatistikleri olarak sürekli sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde (%) değerleri verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile test edildi. Normal dağılıma özelliği gösteren verilerin gruplar içi farklılıklarının karşılaştırılmasında Bağımlı Gruplarda t testi, normal dağılım göstermeyen veriler için Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanıldı. Normal dağılıma özelliği gösteren verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplarda t testi, normal dağılıma sahip olmayan bağımsız grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı.

4. BULGULAR

On iki haftalık fiziksel aktivitelerin fizyoterapistlerin mesleki doyum, depresyon, uyku kalitesi, mesleki tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisini incelediğimiz çalışmada; Eğitim grubuna dahil edilen fizyoterapistlerin %54,2'si kadın, %45,8'i erkekti. Kontrol grubunda yer alan fizyoterapistlerin %45,5 kadın, %54,5'i ise erkek olduğu gözlemlendi. Çalışmaya katılan 35 fizyoterapistin 32'si lisans, ikisi yüksek lisans ve biri ise doktora mezun olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerden %36,4'ü evli, %54,5'i bekar olduğu bulundu (**Tablo 4.1**).

Tablo 4.1 Eğitim ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, medeni durumu ve eğitim düzeyleri

Sosyodemografik özellikler		Eğitim Grubu		Kontrol Grubu	
		n=24 (%68,6)		n=11 (%31,4)	
Cinsiyet	Kadın	13	54,2	5	45,5
	Erkek	11	45,8	6	54,5
Eğitim Durumu	Lisans	24	100	8	72,7
	Yüksek Lisans	0	0	2	18,2
	Doktora	0	0	1	9,1
Medeni Durum	Evli	5	20,8	4	36,4
	Bekar	19	79,2	7	63,6

Eğitim ve kontrol grubunda yer alan fizyoterapistlerin eğitim öncesi ve sonrası iş doyum düzeylerinin grup içi karşılaştırmaları **Tablo 4.2**'de verildi. Eğitim ve kontrol grubunda 12 haftalık fiziksel aktivite eğitimi sonrasında fizyoterapistlerin iş doyum düzeylerinde değişim gözlemlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Fizyoterapistlerin iş doyum düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırması

İş Doyum (20-100)	Eğitim öncesi $\bar{x}\pm sd$	Min-max	Eğitim sonrası $\bar{x}\pm sd$	Min-max	z	p
Eğitim Grubu	62,4 $\pm$ 15,3	35-82	63,2 $\pm$ 19,2	0-85	-0,335	0,738
Kontrol Grubu	67,2 $\pm$ 13,5	46-88	64,6 $\pm$ 12,8	40-87	-0,534	0,594

$p<0,05$; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma; iş doyum, minnesota iş doyum ölçeği.

İş doyum düzeyinin gruplar arası karşılaştırmaları **Tablo 4.3**'te verildi. Eğitim öncesi gruplar karşılaştırıldığında grupların iş doyum düzeylerinin benzer olduğu saptandı ($p>0,05$). Fiziksel aktivite eğitimi sonrası gruplar karşılaştırıldığında iş doyum düzeyi açısından gruplar arasında fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 4.3 Fizyoterapistlerin iş doyum düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması

İş Doyum Minnesota (20-100)	Eğitim Grubu $\bar{x}\pm sd$	Kontrol Grubu $\bar{x}\pm sd$	z	p
Eğitim öncesi	62,4 $\pm$ 15,3	67,2 $\pm$ 13,5	-0,693	0,488
Eğitim sonrası	63,2 $\pm$ 19,2	64,6 $\pm$ 12,8	-0,356	0,722

$p<0,05$; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma; Minnesota, iş doyum ölçeği.

Eğitim ve kontrol grubunda yer alan fizyoterapistlerin eğitim öncesi ve sonrası uyku kalitelerinin grup içi karşılaştırmaları **Tablo 4.4**'te verildi. On iki haftalık fiziksel aktivite eğitimi sonrası eğitim ve kontrol gruplarının uyku kalitesi düzeyinde değişim gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4. 4 Fizyoterapistlerin eğitim öncesi ve sonrası uyku kalitelerinin grup içi karşılaştırması.

Pittsburg Uyku Kalitesi (0-21)	Eğitim Öncesi $\bar{x}\pm sd$	Min-Max	Eğitim Sonrası $\bar{x}\pm sd$	Min-Max	z	p
Eğitim Grubu	14,5 $\pm$ 7,6	3-10	15,8 $\pm$ 9,4	0-16	-0,578	0,563
Kontrol Grubu	15,1 $\pm$ 8,1	2-15	19,4 $\pm$ 7,5	3-19	-0,866	0,386

$p<0,05$; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma ; uyku kalitesi, Pittsburg uyku kalitesi

Uyku kalitesi düzeyinin gruplar arası karşılaştırmaları **Tablo 4.5**'te verildi. Eğitim öncesi gruplar karşılaştırıldığında grupların benzer olduğu saptandı ($p>0,05$). Fiziksel aktivite eğitimi sonrası gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 4. 5 Fizyoterapistlerin uyku kalitesi düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması

Pittsburg Uyku Kalitesi (0-21)	Eğitim Grubu $\bar{x} \pm sd$	Kontrol Grubu $\bar{x} \pm sd$	z	p
Eğitim öncesi	14,5 $\pm$ 7,6	15,2 $\pm$ 8,1	-0,427	0,669
Eğitim sonrası	15,8 $\pm$ 9,4	19,4 $\pm$ 7,5	-0,908	0,364

$p < 0,05$; EÖ, eğitim öncesi; ES, eğitim sonrası; PUKİ, Pittsburg uyku kalite indeksi; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma.

Fizyoterapistlerin eğitim öncesi ve sonrası depresyon düzeyleri **Tablo 4.6**'da verildi. Eğitim sonrası her iki grubun depresyon düzeyinde değişim saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Fizyoterapistlerin eğitim öncesi ve sonrası depresyon düzeylerinin grup içi karşılaştırması.

Beck Depresyon Düzeyi (8-63)	Eğitim Öncesi $\bar{x} \pm sd$	Min-Max	Eğitim Sonrası $\bar{x} \pm sd$	Min-Max	z	p
Eğitim Grubu	17,2 $\pm$ 9,5	3-35	17,5 $\pm$ 10,1	0-42	-0,152	0,879
Kontrol Grubu	17,0 $\pm$ 9,4	3-27	13,6 $\pm$ 5,2	6-24	-0,891	0,373

$p < 0,05$; BDÖ, Beck depresyon ölçeği; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma

Eğitim ve kontrol gruplarında yer alan fizyoterapistlerin depresyon düzeylerinin gruplar arası karşılaştırmaları **Tablo 4.7**'de verildi. Eğitim öncesi gruplar karşılaştırıldığında grupların benzer olduğu gözlemlendi ($p > 0,05$). Fiziksel aktivite eğitimi sonrası gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında fark olmadığı bulundu ($p > 0,05$).

Tablo 4.7 Fizyoterapistlerin depresyon düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması

Beck Depresyon Düzeyi (8-63)	Eğitim Grubu $\bar{x} \pm sd$	Kontrol Grubu $\bar{x} \pm sd$	z	p
Eğitim öncesi	17,2 $\pm$ 9,5	17,0 $\pm$ 9,4	-0,213	0,831
Eğitim sonrası	17,5 $\pm$ 10,7	13,6 $\pm$ 5,2	-1,07	0,284

$p < 0,05$; EÖ, eğitim öncesi; ES, eğitim sonrası; BDÖ, Beck depresyon ölçeği; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma.

Grupların eğitim öncesi ve sonrası yaşam kalitesi değerleri **Tablo 4.8**'de gösterildi. Eğitim grubunun on iki haftalık fiziksel aktivite sonrasında yaşam kalitesinde değişim bulunmadı ($p > 0,05$), kontrol grubunda ise yaşam kalitesi düzeyinde azalma saptandı ($p < 0,05$) (**Tablo 4.8**).

Tablo 4.8 Fizyoterapistlerin yaşam kalitesi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırması

EQ-5D Yaşam kalitesi (5-15)	Eğitim Öncesi $\bar{x} \pm sd$	Min-Max	Eğitim Sonrası $\bar{x} \pm sd$	Min-Max	z	p
Eğitim Grubu	6,4 $\pm$ 1,7	5-10	6,1 $\pm$ 1,9	5-9	-0,476	0,634
Kontrol Grubu	7,6 $\pm$ 1,8	5-10	6,2 $\pm$ 1,3	5-9	-2,388	0,017

$p < 0,05$; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma; EQ, European quality of life ölçeği.

Eğitim ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi düzeylerinin gruplar arası karşılaştırmaları **Tablo 4.9**'da verildi. Eğitim öncesi gruplar karşılaştırıldığında grupların benzer olduğu saptandı ($p > 0,05$). Fiziksel aktivite eğitimi sonrası gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında fark olmadığı bulundu ($p > 0,05$).

Tablo 4.9 Yaşam kalitesi düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması

EQ-5D Yaşam Kalitesi (5-15)	Eğitim Grubu $\bar{x} \pm sd$	Kontrol Grubu $\bar{x} \pm sd$	z	p
Eğitim öncesi	6,5 $\pm$ 1,7	7,6 $\pm$ 1,8	-1,624	0,104
Eğitim sonrası	6,1 $\pm$ 1,9	6,2 $\pm$ 1,3	-0,055	0,956

$p < 0,05$; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma; EÖ, eğitim öncesi; ES, eğitim sonrası; EQ, European quality of life ölçeği

Eğitim ve kontrol grubunda yer alan fizyoterapistlerin duygusal tükenme düzeyleri **Tablo 4.10**' da verildi. On iki haftalık fiziksel aktivite eğitimi sonrası eğitim ve kontrol gruplarında duygusal tükenme düzeyinde değişim saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Duygusal tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırması

MASdt	Eğitim Öncesi $\bar{x} \pm sd$	Min-Max	Eğitim Sonrası $\bar{x} \pm sd$	Min-Max	z	p
Eğitim Grubu	18,8 $\pm$ 7,3	4-35	16,8 $\pm$ 6,3	0-30	-1,258	0,208
Kontrol Grubu	18,0 $\pm$ 5,0	11-27	15,0 $\pm$ 4,4	9-22	-1,379	0,168

$p < 0,05$; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma; EÖ, eğitim öncesi; ES, eğitim sonrası; MAS, Maslach mesleki tükenmişlik ölçeği; dt, duygusal tükenme.

Eğitim ve kontrol gruplarının duygusal tükenme düzeylerinin gruplar arası karşılaştırmaları **Tablo 4.11**'de verildi. Eğitim öncesi gruplar karşılaştırıldığında grupların benzer olduğu saptandı ($p > 0,05$). Eğitim sonrası duygusal tükenme değerleri karşılaştırıldığında gruplar arasında fark bulunmadı ($p > 0,05$) (**Tablo 4.11**).

Tablo 4.11 Duygusal tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması

Maslach Mesleki Tükenmişlik Ölçeği (duygusal tükenme)	Eğitim Grubu $\bar{x} \pm sd$	Kontrol Grubu $\bar{x} \pm sd$	z	p
MASdt EÖ	18,8±7,3	18,0±5,0	-0,196	0,845
MASdt ES	16,8±6,3	15,0±4,4	-1,071	0,284

$p < 0,05$; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma; EÖ, eğitim öncesi; ES, eğitim sonrası; MAS, Maslach mesleki tükenmişlik ölçeği; dt, duygusal tükenme.

Eğitim ve kontrol grubunda yer alan fizyoterapistlerin duyarsızlaşma tükenme düzeyleri **Tablo 4.12**'de verildi. Fiziksel aktivite eğitimi öncesi gruplar karşılaştırıldığında mesleki tükenmişliğin alt boyutu olan duyarsızlaşma tükenme düzeyinin benzer olduğu bulundu ($p > 0,05$). Fiziksel aktivite eğitim sonrası duyarsızlaşma tükenme düzeyi incelendiğinde gruplar arasında fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 Duyarsızlaşma tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırması

MASduy	Eğitim Öncesi $\bar{x} \pm sd$	Min-Max	Eğitim Sonrası $\bar{x} \pm sd$	Min-Max	z	p
Eğitim Grubu	7,6±2,3	3-11	7,0±2,9	0-14	-1,092	0,275
Kontrol Grubu	9,7±5,2	3-19	9,6±3,6	5-18	-0,267	0,789

$p < 0,05$; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma; MAS, Maslach mesleki tükenmişlik ölçeği; duy, duyarsızlaşma.

Mesleki tükenmişliğin alt boyutu olan duyarsızlaşmanın eğitim ve kontrol gruplarının gruplar arası karşılaştırmaları **Tablo 4.13**'te verildi. Eğitim öncesi gruplar karşılaştırıldığında grupların benzer olduğu saptandı ($p > 0,05$). Fiziksel aktivite eğitimi sonrası gruplar karşılaştırıldığında eğitim grubunun duyarsızlaşma tükenme düzeyinin kontrol grubuna göre düşük olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Tablo 4.13 Duyarsızlaşma tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması

MASduy	Eğitim Grubu $\bar{x} \pm sd$	Kontrol Grubu $\bar{x} \pm sd$	Z	P
MASduy EÖ	7,6±2,3	9,7±5,2	-1,165	0,244
MASduy ES	7,0±2,9	9,6±3,6	-2,042	0,041

$p < 0,05$; $\bar{x}$, ortalama; sd, standart sapma; EÖ, eğitim öncesi; ES, eğitim sonrası; MAS, Maslach mesleki tükenmişlik ölçeği; duy, duyarsızlaşma.

Eğitim ve kontrol grubunda yer alan fizyoterapistlerin düşük kişisel başarı tükenme düzeylerinin grup içi karşılaştırılmaları **Tablo 4.14**'te verildi. Fiziksel aktivite eğitimi sonrası düşük kişisel başarı tükenme düzeyinde eğitim grubunda azalma saptandı ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise düşük kişisel başarı düzeyinde değişim bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14 Düşük kişisel başarı tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırması

MASdkb	Eğitim Öncesi $\bar{x}\pm sd$	Min-Max	Eğitim Sonrası $\bar{x}\pm sd$	Min-Max	z	p
Eğitim Grubu	15,5 $\pm$ 6,0	7-36	12,5 $\pm$ 4,5	0-21	-2,000	0,045
Kontrol Grubu	15,4 $\pm$ 3,4	10-19	12,6 $\pm$ 3,4	8-17	-1,694	0,090

$p<0,05$; $\bar{x}$,ortalama; sd, standart sapma; MAS, Maslach mesleki tükenmişlik ölçeği; dkb, düşük kişisel başarı.

Düşük kişisel başarı tükenme düzeyinin eğitim ve kontrol grubunu gruplar arası karşılaştırmaları **Tablo 4.15**'te verildi. Eğitim öncesi gruplar karşılaştırıldığında grupların benzer olduğu saptandı ($p>0,05$). Fiziksel aktivite eğitimi sonrası gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4. 15. Düşük kişisel başarı tükenme düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırması

MASdkb	Eğitim Öncesi $\bar{x}\pm sd$	Eğitim Sonrası $\bar{x}\pm sd$	z	p
Masdkb EÖ	15,5 $\pm$ 6,0	12,5 $\pm$ 4,5	-0,285	0,775
Masdkb ES	12,5 $\pm$ 4,5	12,6 $\pm$ 3,4	-0,036	0,971

$p<0,05$; $\bar{x}$,ortalama; sd, standart sapma, EÖ; eğitim öncesi; ES, eğitim sonrası; MAS, Maslach mesleki tükenmişlik ölçeği; dkb, düşük kişisel başarı.

5. TARTIŞMA

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistlere uygulanan 12 haftalık orta düzeyde yapılan fiziksel aktivitenin depresyon, mesleki tükenmişlik, uyku ve yaşam kalitesi üzerinde etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada; iş doyumu, uyku kalitesi ve depresyon düzeyinde etkili olmadığı; yaşam kalitesinin eğitim grubunda korunduğu, kontrol grubunda ise azaldığı belirlendi. Mesleki tükenmişliğin düşük kişisel başarı alt parametresinde etkili olduğu görüldü. Bu sonuçlar özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistlere uygulanacak fiziksel aktivite eğitim programı ile mesleki tükenmişliğin alt parametrelerinden duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarıda değişim elde edilmediğini göstermektedir.

İş Doyumu

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde uzun süreli çalışan sağlık çalışanlarının yüksek düzeyde strese maruz kalmalarından dolayı, iş doyumları azalmakla beraber mesleki tükenmeye maruz kaldıkları ortaya çıkmaktadır (13). Güven ve arkadaşları tarafından fiziksel aktivitenin kamu personeli üzerinde iş performanslarını ölçmek amacıyla yapılan çalışma, 311 kişinin gönüllü katılımı ile gerçekleşmiştir. Çalışan bireylerin sekiz haftalık süreç içerisinde met değerlerine bağlı olarak düşük şiddette ve orta şiddette yapılan fiziksel aktivitenin iş performansları üzerinde etkili olduğuna ulaşılmıştır (86). Güven ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada fiziksel aktivitenin iş doyumu ve performansı üzerindeki etkisinin olması düzenli verilen fiziksel aktivite olması ve takibinin yapılmış olması sonucu etkilediğini düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızda ise 12 haftalık yapılan fiziksel aktivite fizyoterapistlerle düzenli telefon görüşmesi yaparak takip edildi. Çalışmamızda ise fizyoterapistlerden haftalık en az 40.000 adım atmaları istendi. Çalışmamızın iş doyumu üzerine etkili olmamasını Covid 19 dönemine denk gelmesi nedeni ile fizyoterapistlerin yoğun iş temposundan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ayrıca fiziksel aktivite olarak atılan adım sayısının gün içinde de atılmış olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Uyku Kalitesi

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde farklı meslek grupların ve özellikle sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü ve strese maruza kalmaları uyku kalitesini düşürmektedir. Düzenli yapılan fiziksel aktivite ise uyku kalitesini artırmaktadır (55 ,87 ,88).

Gothe ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 247 yetişkin bireyin katıldığı altı aylık fiziksel aktivite programı ile fiziksel aktivitenin uyku ve yaşam kalitesi düzeylerini karşılaştırılmıştır. Bireylerden haftada üç gün, günlük 60 dakika yürüyüş yapılması istenmiştir. Altı aylık fiziksel eğitim programı sonrasında yaşam ve uyku kalitesinde artış bulunmuştur (89). Bizim çalışmamızda ise fiziksel aktivite programı benzerlik gösterdiği belirlense de çalışmamızda uyku kalitesi ve yaşam kalitesinde değişim gözlemlenmedi. Çalışmamıza katılan fizyoterapistlerin gün içinde fazla mesleki efor sarf etmeleri ve fizyoterapistlerin günlük sekiz seansa kadar hasta almaları fiziksel ve mental yorgunluğa neden olabilmektedir. Bu şekildeki mesleki yaşam biçimi yapılan düzenli fiziksel aktivitelerin yaşam ve uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkiye neden olduğunu düşünmekteyiz. Gothe ve arkadaşlarının yaptıkları bu çalışmada ise fiziksel aktivite programının altı ay olarak yapılmış olması, fiziksel aktivitenin yaşam ve uyku kalitesi üzerinde etkisi artırmış ve sonucun etkili olmasını sağlamış olduğunu düşünmekteyiz.

Gerber ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanları üzerinde altı yıllık yapılan bu çalışmaya 3187 bireyin katılımı ile fiziksel aktivitenin uyku kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Gerber ve arkadaşlarının yaptıkları bu çalışmanın altı yıl gibi uzun süreyi kapsaması ve fiziksel aktivite ile takip yapılmış olması açısından çalışmamızla farklılık göstermektedir. Gerber ve ark. Elde ettiği sonuçlar doğrultusunda uyku sorunu yaşayan bireylerin uyku kalitelerini düzeltmek için sedanter yaşam şeklinden vazgeçmesi gerektiğini göstermektedir (90). Fiziksel aktivitenin uyku kalitesi üzerinde pozitif yönlü anlamlı olması uzun süren eğitim programının etkisini göstermiş olduğunu düşünüyoruz. Bizim çalışmamızda ise uyku kalitesi üzerine etkisi bulunmadı. Bu sonucun fiziksel aktivite programının süresinin Gerber ve ark. yaptığı çalışmaya göre kısa olması nedeni ile uyku kalitesi üzerinde yeterli etkisinin olmadığını düşünmekteyiz. Daha uzun süren çalışmalar yapılması fiziksel aktivitenin etkisini artıracakını düşünmekteyiz.

Depresyon

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında uzun süreli çalışan bireylerin özellikle sağlık çalışanlarının yüksek düzeyde strese maruz kalmalarından dolayı, kaygı bozukluğu ve depresyon gibi sağlık sorunları yaşadıkları ortaya çıkmıştır (67,68).

Mohebbi ve arkadaşları, haftada üç gün sekiz hafta boyunca 60 dk süren orta şiddette fiziksel aktivitenin depresyon üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla yaptığı çalışmada, fiziksel aktivitenin depresyon düzeyinin azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Mohebi ve arkadaşlarının çalışmalarından farklı olarak bizim çalışmamızda ise fiziksel aktivite aerobik egzersizden farklı olarak günlük adım sayısı şeklinde verilmiştir. Mohebbi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada meslekle ilgili stres düzeyinde aerobik egzersiz eğitimi ile %39 oranında azalma tespit edilmiştir. Mohebbi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın sonucunda depresyon düzeyinde %50 oranında azalma saptanmıştır. Aerobik egzersizler hormonal sisteme etki ederek beta-endorfin düzeyinde artış sağlar. Ayrıca aerobik egzersizin kardiyopulmoner sistem üzerindeki etki mekanizması ile dokuların beslenme düzeyi artırmaktadır (91). Aerobik egzersizler hormonal sistem üzerindeki etkisinden ötürü Mohebbi ve arkadaşlarının çalışmalarında stres ve depresyon düzeylerinde anlamlı azalma görülmüştür. Çalışmamızda ise aerobik egzersiz eğitiminden farklı olarak düzenli günlük adım sayısı şeklinde olması hormonal sistem üzerindeki mekanizmanın etkisini ortaya çıkarmamıştır. Çalışmamızda günlük adım sayısının fizyoterapistlerin stres ve depresyon düzeylerinde azalma olmaması fiziksel aktivite olarak verilen adım sayısının süresinin, şiddetinin artırılması veya daha farklı bir yöntem izleyerek hormonal sistem üzerindeki etkisini ortaya çıkarabileceğini düşünmekteyiz.

Kim ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Kore'de yaşayan göçmen kadın çalışanların depresyon düzeylerini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında kadın çalışanlar egzersize dayalı, standart tedavi grubu 63 kişi ve geliştirilmiş tedavi grubu 69 kişi olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Kadın çalışanlara pedometre verilerek 24 haftalık yürüme programına uygun bir şekilde fiziksel aktivite verilmiştir. Geliştirilmiş tedavi grubuna ek olarak yürüme uyumuna teşvik için sms ile bilgiler gönderilmiştir. 24 haftalık yürüme programı sonunda ve adım sayıları sonucuna göre çalışanların depresyon ve kültürel stres düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür (92). Bizim çalışmamızda ise fizyoterapistlerin 12 hafta, haftada yedi gün düzenli olarak adım atmaları depresyon düzeyi üzerinde etkili olmamıştır. Depresyon ve stres düzeyindeki azalmanın öncelikle fiziksel aktivite süresi, eğitim süresindeki fiziksel aktivite geri bildirim olarak gönderilen bilgilendirici sms uygulamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz, bu çalışmada ise haftalık telefon görüşmeleri ile fizyoterapistlerin fiziksel aktiviteye devam durumlarını değerlendirdik. Fiziksel aktivite programının uygulandığı dönemde Covid 19 pandemi sürecinin olması iş yükünün artış göstermiş olması ve pandeminin yarattığı olumsuzların da etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Soori ve arkadaşları sedanter yaşam şekli olan 75 birey ile yapmış olduğu çalışmalarında, bireyleri üç gruba ayrılmıştır. Bir gruba aerobik egzersiz eğitimi, bir gruba

pilates egzersizleri uygulamış ve bir gruba ise herhangi bir egzersiz programı uygulamayıp kontrol grubu olarak izlenmiştir. On iki haftalık süre içerisinde iki gruba uygulanmış farklı egzersiz programları sonucunda aerobik ve pilates egzersizlerinin katılımcıların ruh sağlığı ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca egzersiz verilen iki eğitim grubu arasında ise pilates egzersizlerinin aerobik egzersizlere oranla depresyon düzeyini düşürmede daha etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Hareketsiz yaşamın ruhsal ve fiziksel olarak vücut sağlığı üzerinde olumsuz etkileri görülmektedir. Bireylere yapılacak egzersizler onları bulundukları bu durumdan çıkarmakta ve gerek ruhsal iyilik hallerine gerekse de fiziksel durumlarına iyi gelmektedir. Gruplar arasında deney grubunun egzersiz öncesi ilk değerlendirmede depresyon düzeyi daha yüksekken, egzersiz sonrası son değerlendirmede kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise 12 hafta süre orta şiddette fiziksel aktivite olarak haftalık en az 40.000 adım atma verilmiştir. Çalışmaların fiziksel aktivite sürelerin benzer göstermektedir. Fakat çalışmamızda ilk ve son değerlendirmeler arasında depresyon düzeyinde anlamlı bir fark gözlenmedi. Yapılan egzersiz türlerinin farklı olması depresyon düzeyi üzerinde etkili olması sonraki yapılacak çalışmalarda yol gösterici olmaktadır (93).

Yaşam Kalitesi

Literatür incelendiğinde, fiziksel aktivitelere devamlı katılarak boş vakitlerini aktif geçiren bireylerin özellikle duygusal ve sosyal gelişimi destekleyici aktiviteler ile ilgilenmesi sonucunda, kişilerde sağlıklı bir hayat, fiziksel ve ruhsal sağlığın korunması, geliştirilmesi, farklı kronik hastalıkların tedavilerinin yapılması ve sosyalleşme gibi sonuçlarının yaşam kalitesinde artış sağladığı bulgularına ulaşmıştır (94).

Evcil ve arkadaşları, araştırmasında huzurevlerinde kalan bireylerin sekiz haftalık fiziksel etkinliklere katılımlarının, yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada Bolu ili merkezinde bulunan SHÇEK kurumuna bağlı huzurevlerinde kalan 50 yaşlı birey dahil edilmiştir. Eğitim ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi ilk değerlendirmeleri benzer bulunmuştur. Eğitim grubuna sekiz haftalık fiziksel etkinlik sonucunda kontrol grubuna göre yaşam kalitesi düzeyi üzerinde anlamlı bir iyileşme görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise eğitim öncesi ilk değerlendirmede eğitim ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi düzeyleri olduğu görülmektedir. 12 hafta, haftalık en az 40.000 adım atma olarak verilen fiziksel aktivite eğitimi sonucunda yaşam kalitesi düzeyinde gruplar arasında farklılık görülmemiştir. Eğitim grubunda yaşam kalitesi düzeyinde anlamlı bir iyileşme görülmemiştir. Çalışmamızın yaşam kalitesi üzerinde etkisini oluşmasının farklı fiziksel

aktivite çeşidi, sıklığı ve süresi üzerinden kaynaklanmış olabileceğini düşünüyoruz. Ayrıca covid 19 dönemine denk gelen çalışmamızın bu süreçten olumsuz etkilendiğini düşünüyoruz (95).

Demirbaş ve arkadaşları, Muğla ilinin Fethiye ilçesinde pediatrik alanda hizmet veren özel eğitim merkezi personelinin fiziksel aktivitelere katılım oranının mutluluk ve yaşam kalitesi üzerinde sonuçlarını araştırmıştır (96). Yapılan araştırmada farklı özel eğitim merkezlerinde çalışan toplam 122 kişi kendi istekleriyle çalışmaya katılmıştır. Elde edilen sonuçlar; özel eğitim merkezi çalışanlarının fiziksel aktivitelere katılımları ile mutlulukları arasında pozitif yönde sonuç bulunmuştur. Katılan kişiler fiziksel etkinliklere katılımları ile yaşam kalitesi ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda on iki hafta boyunca fiziksel aktivite takibi yaptığımız fizyoterapistlerin yaşam kalitesi sonuçları bu çalışmayla aynı sonuçlara ulaşılmıştır. Yaşam kalitesinde on iki hafta fiziksel aktivite sonrası değişiklik olmamasını yoğun iş yükü, uygun çalışma şartlarının sağlanmaması gerekçelerinin olduğunu düşünmekteyiz.

Mesleki Tükenmişlik

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanları ve diğer meslek grupları üzerinde uzun süreli meslek hayatının beraberinde getirdiği sorunlardan ötürü mesleki tükenme ön plana çıkmaktadır. Fiziksel aktivite, planlı ve düzenli yapılmasıyla beraber mesleki tükenmişlik parametreleri üzerinde olumlu etkilerini göstermektedir (17,19).

Freitas ve arkadaşları 2014 yılında Brezilya'da sağlık çalışanlarına uygulanan fiziksel aktivite programının, bir bakım ünitesinde çalışan bir grup hemşirenin anksiyete, depresyon, tükenmişlik ve mesleki stres düzeylerine etkilerini araştırmışlardır. Araştırmaya toplam 21 hemşire katılmıştır. Çalışmaya katılan 11 hemşireye aralıksız üç ay boyunca, haftada beş gün, 10 dakikalık bir fiziksel aktivite programı uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hemşireler ise günlük hayatlarına devam etmişlerdir. Araştırmanın sonunda, fiziksel aktivite programının anksiyete, depresyon, tükenmişlik veya mesleki stres düzeylerinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın sonucunda fiziksel aktivitenin tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamız ile benzer sonuçlarının olması fiziksel aktivite süresi ve şiddeti ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz. Sağlık çalışanlarının yoğun iş tempoları ve iş ile ilgili sorunları, fiziksel aktivitenin mesleki tükenmeyi azaltıcı engeller arasında olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda ise on iki hafta boyunca eğitim grubunun adım sayar

uygulanması ile takip edilip düzenli fiziksel aktivite yapılması sağlanmıştır. Fizyoterapistlerin fiziksel aktivite programı sonrası tükenmişlik ölçeğini alt parametresi olan duyarsızlaşmada anlamlı iyileşme görülmüştür. Eğitim grubundaki fizyoterapistlerin fiziksel aktivitenin sonrasında düşük kişisel başarı parametresinin grup içi değerlendirmesinde pozitif yönlü fark bulunmuştur. Bu sonuçlar fiziksel aktivitenin rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistlerin üzerinde mesleki tükenmeyi azaltıcı etkisinin olduğunu göstermektedir. Fiziksel aktivite süresinin ve şiddetinin artırılarak ve daha fazla bireylerle yapılması etkili sonuçların ortaya çıkaracağını düşünmekteyiz. (97).

Bretland ve Thorsteinsson 2015 yılında yaptıkları çalışmada kardiyovasküler dirençli egzersizlerin kendini iyi hissetme, algılanan stres ve tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisini araştırmışlardır. 52 bireyin gönüllü katılımı ile yapılan bu çalışmada 20 birey kontrol grubu, 32 birey ise eğitim grubuna dahil edildi. Dört hafta boyunca haftada üç gün yapılan egzersizden sonra eğitim grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek oranda kendini iyi hissetme ve kişisel başarı ve daha az oranda psikolojik sıkıntı, algılanan stres ve duygusal tükenme bildirdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda ise 12 hafta boyunca verilen eğitim programı sonrasında mesleki tükenmişlik ölçeği alt parametresi olan duyarsızlaşmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme görülmüştür. Çalışmalarda fiziksel aktivitenin mesleki tükenmişliğin alt parametreleri üzerinde olumlu sonuçlarının görülmesi, fiziksel aktivitenin ruhsal ve bedensel etkisinin olduğunu göstermektedir (15).

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistlerin fiziksel aktivite eğitimi sonrasında Maslach tükenmişlik ölçeğinin düşük kişisel başarı parametresinde grup içi değerlendirmede pozitif yönlü anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim sonrası Maslach tükenmişlik ölçeği duyarsızlaşma alt parametresinde fiziksel aktivite sonrasında gruplar arasında anlamlı bir iyileşme görüldü. Yaşam kalitesi ölçeğinde ise fiziksel aktivite sonrası eğitim grubunda pozitif yönlü bir fark görülmezken, kontrol grubunda anlamlı iyileşme görüldü. Fiziksel aktivite sonrasında diğer parametrelerde anlamlı bir değişiklik görülmemiştir.

Bu çalışmamız dünyayı etkisi altına alan Covid 19 pandemisinin olduğu bir döneme denk gelmesi psikolojik olarak olumsuz etkilediğini düşünüyoruz. Çalışmamız Muş ili içerisinde yapılmış olması pandemi kısıtlamaları yönüyle diğer illere göre en az etkilenen illerdendir. Bu yönüyle fiziksel aktivite kısıtlamaları azami miktarda etkilenmiştir. Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistler ağır iş yükü ve çalışma

koşulları altında zorlanmaktadırlar. Çalışma koşullarının; fiziksel aktivite düzeyi, depresyon, mesleki tükenmişlik, uyku ve yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz sonuçlara neden olacağını düşünüyoruz.

Bu çalışmadan yola çıkarak özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistlerle tek ille sınırlı kalmayıp daha kapsamlı araştırmalar yapmak elde edilecek sonuçların daha geniş kapsamlı sonuçlara ulaşacağına inanıyoruz. Fizyoterapistler ile daha farklı fiziksel aktivite eğitim programlarıyla kapsamlı ve faydalı sonuçlara ulaşılacağına inanıyoruz.



6. SONUÇ

Fizyoterapistler sağlık çalışanı ekibinin içerisinde yerini almaktadır. Fizyoterapistler rehabilitasyon merkezi dahil olmak üzere birçok farklı yerde çalışabilmektedir. Fizyoterapistler çalışmalarından dolayı birçok farklı sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

Rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistlerle ilgili yaptığımız çalışmamızda orta şiddette yapılan fiziksel aktivitenin sonucu;

Yaşam kalitesinde eğitim grubunda grup içi değerlendirmede istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Kontrol grubu grup içi değerlendirmede anlamlı azalma görüldü.

Düşük kişisel başarı parametresinde grup içi değerlendirmede pozitif yönde fark bulundu.

Duyarsızlaşma alt parametresinde fiziksel aktivite sonrasında gruplar arasında anlamlı bir iyileşme görüldü.

Duyusal tükenme ve düşük kişisel başarı parametrelerinde gruplar arasında bir fark bulunmadı

Uyku kalitesi, depresyon, yaşam kalitesi ve iş doyumunda grup içi ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Duyusal tükenme ve duyarsızlaşma parametrelerinde grup içi değerlendirmede anlamlı farklılık bulunmadı.

7. ÖNERİLER

Fizyoterapistlerin orta şiddetli fiziksel aktivite olarak günlük adım sayılarını arttırarak düşük kişisel başarı ve duyarsızlaşma parametreleri üzerinde verimli sonuçlara ulaşılabileceğine inanıyoruz.

Bu çalışmamızı tek bir il ile sınırlı tutmayıp daha fazla sayıda fizyoterapistin katılımı ile kapsamlı bir çalışma ile mesleki tükenmişlik ve depresyon üzerine etkilerini inceleyen çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

7.1.Çalışmanın Limitasyonları

Çalışmamızın Covid 19 pandemisinin olduğu döneme denk gelmesi fiziksel aktivitenin depresyon, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerindeki etkisinin çalışmanın sonuçlarını olumsuz etkilediğini düşünüyoruz.

Orta şiddetli fiziksel aktivitenin yapıldığı süreçte fizyoterapistlerin rehabilitasyon merkezinde yaşadıkları günlük stres, uyku problemleri, duygusal durumları fiziksel aktiviteyi yapma durumlarını etkileyebilmektedir. Bu da değerlendirme sonuçlarımızı etkilediğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- 1.Gürsoy, N. (2013). Hastane Çalışanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Durumlarının Aile Yaşamına Etkisi: Kurum Ev İdaresi Personeli Üzerine Bir Uygulama
- 2.Üstünbaş, G. (2011). Türkiye’de Fizyoterapistlerde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Araştırılması
3. Kiper, S. Sunal, N. (2009). Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi, 10 (1), 33-39. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kocatepetip/issue/17414/182361>
4. Çetinel, T. Özurmaz, S. (2018). Hemşirelerde uyku kalitesi ve ilişkili faktörler. Medical Sciences, 13 (4), 80-89. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/nwsamed/issue/39586/453064>
- 5.Schmidt, M.D., Cleland, V.J., Shaw, K., Dwyer, T., Venn, A.J. (2009). Cardiometabolic risk in younger and older adults across an index of ambulatory activity. American Journal of Preventive Medicine, 37(4): 278-84.
- 6.Tudor-Locke, C., Washington, T.L., Hart, T.L. (2009). Expected values for steps/day in special populations. Preventive Medicine, 49(1): 3-11.
- 7.Arslan, C., Güllü, M., V. (2011). Spor yapan ve yapmayan ilköğretim öğrencilerinin depresyon durumlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. Journal of Physical Education Sports Science, 5(2): 120-132.
8. Ören, N. Türkoğlu, H. (2006). Öğretmen Adaylarında Tükenmişlik. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (16), Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/musbed/issue/23524/250644>
9. Freudenberger, N. D. (1974). Staff burnout. Journal of Social Issues, 30, 159-165.
- 10.Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. Current Directions in Psychological Science, 12(5), 189-192.
- 11.Dünya Sağlık Örgütü (1998). Dünya sağlık raporu, Çev. Ed. Metin, B., Akın, A., Güngör, İ. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 45-57.
- 12.Maslach, C. ve P. G. Zimbardo (1982). Burnout–the cost of caring. New Jersey: PrenticeHall, Inc., Englewood Cliffs.

- 13.Maslach, C. ve Jackson, S. (1986). Maslach burnout inventory: manual (2nd ed. b.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- 14.Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 68 (1), 29-32.
15. Bretland, R. J., Thorsteinsson, E. B. (2015). Reducing workplace burnout: the relative benefits of cardiovascular and resistance exercise. Peer J; 9: e891.
- 16.Yeterliklerinin İncelenmesi. Uluslararası Karamanoğlu Mehmetbey Eğitim Araştırmaları Dergisi, 1(1), 39-48.
- 17.Cordes, C. ve Dougherty, T. (1993). A review and an integration of research on job burnout. The Academy of Management Review, 18 (4), 621-656.
- 18.Maslach, C. ve Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior, 2 (2), 99-113.
- 19.Hock, R. (1988). Professional burnout among public school teacher. Public Personnel Management, 17 (2), 167-189.
20. Aydemir, H., Diken, İ. H., Yıkılmış, A., Aksoy, V. & Özokçu, O. (2015). The Burnout and Life Satisfaction of Teachers Working with Students with Special Needs. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Özel Sayı.
21. Coşkun, M. K. (2012). Din kültürü ve ahlak bilgisi öğretmenlerinin tükenmişlik düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 11 (41), 64-77.
22. Avşaroğlu, S., Deniz, M. & Kahraman, A. (2005). Teknik öğretmenlerde yaşam doyumu iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (14), 115-129.
23. Babaoğlu, E., Akbaba Altun, S. & Çakan, M. (2010). İlköğretim okulu yöneticilerinin tükenmişlik düzeyi. Türk eğitim bilimleri dergisi, 8 (2), 355-373.
24. Çınar, Y. Güven, M. (2018). Psikolojik danışmanların tükenmişlik düzeyleri ve problem çözme becerilerinin incelenmesi. Milli Eğitim Dergisi, 47 (219) , 105-136 .
- 25.Jackson, S. E. ve Schuler R. S. (1983). Preventing employee burnout. American Management Associations, 58-68.

- 26.Arı, S. G. ve Bal, Ç. E. (2008). 'Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 15(1), 131-148.
27. Tümkaya, D. D. S. Çavuşoğlu, İ. (2010). Sınıf Öğretmenliği Son Sınıf Öğretmen Adaylarının Tükenmişlik Düzeylerinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 19 (2), 468-481.
- 28.Siliğ, A. (2003). Banka çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, Cilt 10, Sayı 23, 2014, ss. 267-278
29. Bilge, Y. D. D. H. Aydılek, B. (2015). Polislerin Demografik Değişkenler Açısından Tükenmişlik Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13 (2), 167-186
- 30.Yeniçeri, Ö., Demirel, Y. ve Seçkin, Z. (2009). Örgütsel adalet ile duygusal tükenmişlik arasındaki ilişki: imalat sanayi çalışanları üzerine bir araştırma. KMU İİBF Dergisi, 16, 83-99.
- 31.Çam, O. (1995). Tükenmişlik. İzmir: Saray Medikal.
- 32.Naktiyok, A. ve Karabey, C. N. (2005). İşkoliklik ve tükenmişlik sendromu. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 19(2), 179-198.
- 33.Tümkaya, S. (1996). Öğretmenlerdeki tükenmişlik, görülen psikolojik belirtiler ve başa çıkma davranışları., Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
34. Girgin, G. (2010). Öğretmenlerde tükenmişliğe etki eden faktörlerin araştırılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 9 (32), 31-48.
- 35.Izgar, H. (2000). Okul yöneticilerinin tükenmişlik düzeyleri (burnout), nedenleri ve bazı etken faktörlere göre incelenmesi (Orta Anadolu örneği). Hacettepe Üniversitesi.
- 36.Izgar, H. (2001). Okul yöneticilerinde tükenmişlik. Ankara: Nobel
- 37.Sucuoğlu, B. ve Kuloğlu, N. (1996). Özürlü çocuklarla çalışan öğretmenlerde tükenmişliğin değerlendirilmesi. Türk Psikoloji Dergisi, 10(36), 44-60.
- 38.Hamann, D. L. ve Gordon, D. G. (2000). Burnout: An occupational hazard. Music Educators Journal, 87(3), 34-39.

- 39.Nuallaong, W., 2013. Burnout symtoms and cycles of burnout: the comparison with psychiatric disorders and aspects of approaches. Burnout for experts. New York: Springer Science+Business Media.
- 40.Özaltın G., Nehir S. Ankara ilindeki hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş ortamındaki stres etkenleri ve kullandıkları başetme yöntemlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 10(3): 60-68.
- 41.Rogers, D. P. (1984). Helping employees cope with burnout. Business, 3-7.
- 42.Corcoran, K. (1986). The association of burnout and social work practitioners' impressions of their clients: Empirical evidence. Journal of Social Service Research, 10, 57-66.
- 43.Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: Areview of the empirical evidence. Canadian Psychology, 29, 284-297.
44. Filiz, Z. (2014). öğretmenlerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi . Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi , 10 (23) , 157-172 .
- 45.Freudenberger, H. J. ve G. Richelson (1981), Burn-out; How to beat the high cost of success, bantam boks. New York: Doubleday Company, Inc.
46. Avşaroğlu, S. , Deniz, M. & Kahraman, A. (2005). Teknik öğretmenlerde yaşam doyumu iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (14), 115-129.
- 47.Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry, 7, 100-108
- 48.Glogow, E. (1986). Burnout and Locus of Control. Public Personnel Managemet, 79-83.
- 49.Maslach, C. ve Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: new perspectives. Applied and Preventive Psychology, 7(1), 63-74.
- 50.Saridi,M., Filippopoulou, T., Tzitzikos,G., Sarafis, P., Souliotis, k., Karakatsani, (D.2019). Correlating physical activity and quality of life of healthcare workers.BMC Research Notes,12(1): 1-6.
- 51.Başol, G. ve Altay, M. (2009). Eğitim yöneticisi ve öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 15 (58), 191-216.

- 52.Aydın,Y. ve Komuk,Y.U.(2021). Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin,yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeylerine etkisi. Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi,681),88-105.
- 53.Gökçakan, Z. ve Murat, M. (2007). Sınıf öğretmenlerinde on yıllık hizmet sürecinde tükenmişliğin gelişimine yönelik bir haritalama çalışması. Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, 5 (3), 177-185.
- 54.Gündüz, B. (2005). İlköğretim öğretmenlerinde tükenmişlik. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1 (1), 152-166.
- 55.Tümkiye, S. (2005). Öğretmenlerin sınıf içi disiplin anlayışları ve tükenmişlikle ilişkisi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 44 (44), 549-568.
- 56.Karakelle, S. ve Canpolat, S. (2008). Tükenmişlik düzeyi yüksek ilköğretim öğretmenlerinin öğrencilere yaklaşım biçimlerinin incelenmesi. Eğitim ve Bilim, 33 (147), 106-120.
- 57.İnce, N. B. ve Şahin A.E. (2015). Maslach Tükenmişlik Envanteri-Eğitimci Formu'nu Türkçe'ye uyarlama çalışması. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi, 6 (2), 385-399.
- 58.Vicdan A. K. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018; 11(1): 14-18.
- 59.Karakaş S, Gönültaş N, Okanlı A. Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2017; 4 (1): 17-26.
- 60.Eryavuz N. Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması. , Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 20 (1) : 35-46, 2004
61. Şenol, V., Soyuer, F. , Akça, R. P. Argün, M. (2012). Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi, 13 (2) , 93-104 .
62. Deniz Doğan, S., Arslan, S., Aydıngülü, N. , Koparan, H. , Gülşen, M. "Vardiya sistemiyle çalışan hemşirelerin uyku kaliteleri" . Cukurova Medical Journal 44 (2019): 1196-1202 .
63. Çetinol, T. & Özvurmaz, S. (2018). Hemşirelerde uyku kalitesi ve ilişkili faktörler. Medical Sciences, 13 (4), 80-89.

64. Aktaş, H., Şaşmaz, C. T. , Kılınçer, A. , Mert, E. , Gülbol, S. , Külekçioğlu, D. , Kılar, S. , Yüce, R. , İbik, Y. , Uğuz, E. & Demirtaş, A. (2016). Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Uyku Kalitesi İle İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8 (2), 60-70.
- 65.Üstün Y, Çınar Yücel Ş. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4(1): 29-38.
- 66.Berger AM, Hobbs BB. Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. *CJON* 2006; 10(4): 465-471.
67. Gaynes BN. Jackson WJ, Rorie KD. Major Depressive Disorder in the Primary Care Setting. Strategies to Achieve Remission and Recovery. *J Fam Practice* 2015; 64(9): 4-15.
- 68.Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major Depresif Bozukluk' tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *J Contemporary Med* 2016; 6(1): 51-66.
69. Bull FC., Al-Ansari SS., Biddle S., Borodulin K., Buman MP., Cardon G., Willumsen JF. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*. 54(24):1451-1462.
- 70.Yasukawa, A., Patel, P., Sisung, C. (2006). Pilot study: investigating the effects of Kinesio Taping in an acute pediatric rehabilitation setting. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60: 104-10.
- 71.Zamanian, Z., Nikeghbal, K., Khajehnasiri, F. (2016). Influence of sleep on quality of life among hospital nurses. *Electronic Physician*, 8(1): 1811-16.
- 72.Gurgueira, G.P., Alexandre, N.M.C. (2003). Prevalence of musculoskeletal symptoms in nursing workers. *Latin American Journal of Nursing* , 11 (5): 608-613.
- 73.PAG (2018). 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- 74.Bassett DR., Howley ET. (1997). Maximal oxygen uptake: "classical" versus "contemporary" viewpoints. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 29(5):591–603.
- 75.Knips L., Bergenthal N., Streckmann F., Monsef I., Elter T., Skoetz N. (2019). Aerobic physical exercise for adult patients with haematological malignancies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1:CD009075.

- 76.Funk, M.D., Karabulut, M. (2018). Smartphone carrying location and accuracy of popular pedometer smartphone apps while jogging. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 50(5): 300–301.
- 77.Yıldız, M.E., Kara, E. (2020). Akıllı mobil telefonlarda yüklü S Health adımsayar programı ile adım sayımının test edilmesi. *Atatürk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 22(1): 1-11.
- 78.Can, S. (2019). Sedentary behavior, number of steps and health. *Turkish Journal of Sports Medicine*, 54(1): 71-82.
- 79.Tudor-Locke, C., Craig, C.L., Brown, W.J., Clemes, S.A., De Cocker, K., Giles-Corti, B., Hatano, Y., Inoue, S., Matsudo, S.M., Mutrie, N., Oppert, J.M., Rowe, D.A., Schmidt, M.D., Schofield, G.M., Spence, J.C., Teixeira, P.J., Tully, M.A., Blair, S.N. (2011). How many steps/day are enough? For adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(79): 1-17.
- 80.McKercher, C.M., Schmidt, M.D., Sanderson, K.A., Patton, G.C., Dwyer, T. Venn, A.J. (2009). Physical activity and depression in young adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(2): 161-4.
81. Çapri, B. (2014). Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2 (1) .
- 82.Baycan AF. Analysis of Several Effects of Job Satisfaction between Different Occupational Groups. Boğaziçi University Institute of Social Science, İstanbul, 1985
- 83.Ulusoy M., Şahin N., Erkman H. (1998). Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly*. 12(2):28-35.
- 84.Agargun MY., Kara H., Anlar O. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 7(2):107-115.
- 85.Nowels D, McGloin J, Westfall JM, Holcomb S. Validation of the EQ-5D quality of life instrument in patients after myocardial infarction. *Qual Life Res* 2005; 14(1):95- 105.
86. Ayhan, R. Öçalan, M. (2022). Uçurtma sörfü (kitesurfing) ile ilgilenen bireylerin serbest zaman egzersiz düzeyleri serbest zaman engelleri ve motivasyonlarının incelenmesi. *Gazi beden eğitimi ve spor bilimleri dergisi*, 27 (1), 13-32 .

- 87.Şevik Erdöl H. “Uyku”, Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı, Eds. Atabek Aştı T, Karadağ A, *Akademi Basın ve Yayıncılık*, İstanbul, 2018, s.1099-1113.
- 88.Günaydın N. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2014; 5(1): 33-40.
- 89.Gothe, N. P., Ehlers, D. K., Salerno, E. A., Fanning, J., Kramer, A. F., McAuley, E. (2019). Physical Activity, Sleep and Quality of Life in Older Adults: Influence of Physical, Mental and Social Well-being. *Behavioral Sleep Medicine*, 1–12.
90. Camacho, T. C., Roberts, R. E., Lazarus, N. B., Kaplan, G. A., and Cohen, R. D. (1991). Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. *American journal of epidemiology*, 134(2), 220-231.
91. Mohebbi, Z., Dehkordi, S.F., Sharif, F., Banitalebi, E. (2019). The Effect of Aerobic Exercise on Occupational Stress of Female Nurses: A Controlled Clinical Trial. *Investigación Y Educación en Enfermería*, 37(2): 1-12.
92. Kim, Y., Lee, Y.M., Cho, M., Lee, H. (2019). Effect of a Pedometer-Based, 24-Week Walking Intervention on Depression and Acculturative Stress among Migrant Women Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22): 1-11.
93. Sara Soori, Ali Heirani Forouzan Rafie (2021) Effects of the aerobic and Pilates exercises on mental health in inactive older women, *Journal of Women & Aging*.
- 94.Dinç, N., Güzel, P. ve Özbey, S. Rekreatsyonel fiziksel aktiviteler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki, *Manisa Celal Bayrar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018, 5(4), 181-186.
- 95.Evcil, D. Yaşlılarda rekreatsyonel etkinliklere katılımın yaşam kaliteleri ve yalnızlık düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Düzce, 2020, s.26-54
- 96.Demirbaş, E. Rehabilitasyon merkezi çalışanlarının rekreatsyonel aktivitelere katılım frekansının mutluluk ve yaşam kalitesi üzerine etkileri, *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Muğla, 2020, s.27-31.
97. Freitas, A. R, Carneseca, E. C., Paiva, C. E. Paiva, B. S. (2014). Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. *Rev Latino–Am Enfermagem*, 22, 332–336.

EKLER

Ek-1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : E-97105791-804.01-2107290052

Tarih: 29.07.2021

Konu : Tez Konu Başlığı Hk.

Sayın Gökhan ÇAĞLAK

Enstitü Yönetim Kurulunun 13.5.2020 tarih ve 2020/10 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim Halil GUZELBEY
Müdür Vekili

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
216110553 Gökhan ÇAĞLAK	Pediyatrik Rehabilitasyon Alanında Çalışan Fizyoterapistlerde Rekreatiyonel Aktivitelerin Mesleki Tükenmişlik, Depresyon ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Araştırılması.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: d1e9fc8

Belge Doğrulama Adresi: <http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index>

Adres : Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP

İrtibat: 0(342) 211 80 80

Tel / Fax : 0(342) 211 80 80 / 0(342) 211 80 81

Web: www.hku.edu.tr

Kep Adresi : hasankalyoncu.univ@hs01.kep.tr

e-Posta: info@hku.edu.tr



Ek-2. Etik Kurul Onay Formu

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Karar No : 2021/037
Karar Tarihi : 18.03.2021

Sayın Dr.Öğr. Üyesi Günseli USGU,

“Pediatrik Rehabilitasyon Alanında Çalışan Fizyoterapistlerde Rekreatif Aktivitelerin Mesleki Tükenmişlik, Depresyon ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Araştırılması” konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.



Ek-3. Demografik Bilgiler Formu

SAYIN KATILIMCI;

(AÇIKLAMA VE VERİ TOPLAMA FORMU ÖRNEĞİ) :

1.Cinsiyetiniz:

Kadın ()

Erkek ()

2. Yaşınız: ...

3.Medeni Durumunuz:

Evli ()

Bekâr ()

Ayrılmış/boşanmış ()

4.Çocuğunuz var mı?

Evet ()

Hayır () (Cevabınız hayır ise 6.soruya geçiniz.)

5. Kaç çocuğunuz var: ...

6. Eğitim durumunuz?

Lisans ()

Yüksek lisans ()

Doktora ()

7. Mesleğinizde aktif olarak çalışma süreniz(yıl)? ...

8. Mevcut iş yerinizde çalışma süreniz? ...

9.Çalıştığınız sektör?

Kamu Hastanesi ()

Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi()

Özel Tıp Merkezi ()

Özel Hastane ()

Fizik Tedavi Dal Merkezi ()

Diğer ()

10. Günlük çalışma süreniz(saat)?

A. Hafta içi(öğle arası hariç):

B. Hafta sonu (öğle arası hariç):

11. Haftalık ortalama çalışma süresi(saat)? ...

12. Çalışma şekliniz?

Tam zamanlı ()

Part time () Gün sayısını belirtiniz

13. Çalıştığınız kurumda yönetici olarak göreviniz var mı?

Evet ()

Hayır ()

14. Ek iş yapıyor musunuz?

Evet ()

Hayır ()

15.Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

Evet ()

Hayır ()

16.Mesleğinizi isteyerek mi yapıyorsunuz?

Evet ()

Hayır ()

17. Çalıştığınız bölümü seçmedeki tercih durumu? (pediatri(),ortopedi(),nöroloji(),
yoğun bakım(), genel fizik tedavi() servisleri vb.)

Kendi isteğim ()

Kendi isteğim dışında ()

18. Mesleğinizi kendinize uygun buluyor musunuz?

Evet ()

Hayır ()

19. Mesleğe devam etme isteği?

İlk fırsatta değiştirme ()

5 yıl içinde değiştirme ()

Yapabildiği kadar sürdürme ()

Emekliliğe kadar sürdürme ()

20.Gelir düzeyiniz sizin için yeterli mi?

Yeterli ()

Kısmen yeterli ()

Yeterli değil ()

21. Kendinizi ekonomik olarak hangi düzeyde hissediyorsunuz?

Düşük ()

Orta ()

Ortalamanın üzerinde ()

Yüksek ()

Ek-4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Ankette işinizle ilgili tutumlarınızı yansıtan ifadeler yer almaktadır. Size en uygun olan kutuya X işareti koyunuz. Birden fazla işaretleme yapmayınız.	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1-İşimden soğuduğumu hissediyorum					
2- İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum					
3-Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum					
4-İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım					
5-İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere, sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum					
6-Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı					
7-İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum					
8-Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum					
9-Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum					
10-Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sert davranmaya başladım					
11-Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum					
12-Çok şeyler yapacak güçteyim					

13-İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum					
14-İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum					
15-İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil					
16-Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor					
17-İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratıyorum					
18-İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissediyorum					
19-Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim					
20-Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum					
21-İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum					
22- İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

Ek-5. Minnesota İş Doyum Ölçeği

Aşağıda işinizi ifade eden cümlelerden ne derece memnun olduğunuzu; HMD: Hiç Memnun Değilim MD: Memnun Değilim K: Kararsızım M: Memnunum ÇM: Çok Memnunum İfadelerini kullanarak değerlendiriniz. ŞİMDİKİ İŞİMDEN	Hiç memnun Değilim	Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok Memnunum
1-Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
2-Tek başıma çalışma olanağının olması bakımından					
3-Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansım olması bakımından					
4- Toplumda “saygın bir kişi” olma şansını bana vermesi bakımından					
5-Yöneticimin, ekibindeki kişileri yönetme tarzı bakımından					

6-Yöneticimin karar vermedeki yeteneği bakımından					
7-Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması açısından					
8-Bana sabit bir iş sağlaması bakımından					
9-Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam açısından					
10-Kişilere ne yapacakları söyleme şansına sahip olmam bakımından					
11-Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması açısından					
12-İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından					
13-Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından					
14-İş içinde terfi olanağımın olması bakımından					
15-Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana					

vermesi bakımından					
16-İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından					
17-Çalışma şartları bakımından					
18-Çalışma arkadaşlarımın birbirleri ile anlaşmaları bakımından					
19-Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem açısından					
20-Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden					

Ek-6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecede ki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

a) Geçen ay boyunca hiç

b) Ayda 1'den ↓

c) Ayda 1 veya 2 kez

d) Ayda 3 veya ↑

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

a) Geçen ay boyunca hiç

b) Ayda 1'den ↓

c) Ayda 1 veya 2 kez

d) Ayda 3 veya ↑

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

a) Geçen ay boyunca hiç

b) Ayda 1'den ↓

c) Ayda 1 veya 2 kez

d) Ayda 3 veya↑

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(h) Kötü rüyalar gördünüz

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(i) Ağrı duydunuz

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz

Geçen ay diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

6. Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

a) Çok iyi

b) Oldukça iyi

c) Oldukça kötü

d) Çok kötü

7. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli Veya reçetesiz) aldınız?

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

8. Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne Kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

a)Hiç problem oluşturmadı

b)Yalnızca çok az bir problem oluşturdu

c)Bir dereceye kadar problem oluşturdu

d)Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz var mı?

a)Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok

b)Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var

c)Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil

d)Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşığıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.

(a) Gürültülü horlama

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(b)Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(c)Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(d)Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(e)Uyurken olan diğ er huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

a)Geç en ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑



Ek-7. Beck Depresyon Ölçeği

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek-8. EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği

A- Hareket ederken (yürürken)

1() Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum

2() Yürürken bazı güçlüklerim oluyor

3() Yatalağım

B- Kendi Kendine Bakabilme (yıkınırken veya giyinirken)

1() Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum

2() Kendi kendime yıkınırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor

3() Kendi kendime yıkınacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan işler (örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)

1() Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum

2() Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor

3() Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

D- Ağrı/rahatsızlık

1() Ağrı veya rahatsızlığım yok

2() Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var

3() Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var

E- Endişe / Moral Bozukluğu

1() Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim

2() Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk

3() Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk

Ek-9. İntihal Raporu



Ek-10. Özgeçmiş

1. Adı Soyadı: Gökhan ÇAĞLAK

2. Ünvanı: Fizyoterapist

3. Öğrenim Durumu: Lisans

4. Çalıştığı Kurumlar:

Muş Kardelen Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (2014-2020),

Muş İlk Adım Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (2020- devam ediyor)

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Afyon Kocatepe Üniversitesi	2010-2014
Yüksek Lisans	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	2019-devam ediyor