



T. C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİNDE,  
HASTANELERDE ÇALIŞAN FİZYOTERAPİSTLER İLE AKTİF  
ÇALIŞAN ÖĞRETMENLERDE YAŞAM KALİTESİ, AĞRI VE  
DEPRESYON DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hasan Hüseyin SELBİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Ali AYDENİZ

Gaziantep  
2018



T. C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİNDE,  
HASTANELERDE ÇALIŞAN FİZYOTERAPİSTLER İLE AKTİF  
ÇALIŞAN ÖĞRETMENLERDE YAŞAM KALİTESİ, AĞRI VE  
DEPRESYON DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hasan Hüseyin SELBİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Ali AYDENİZ

Gaziantep  
2018

T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİNDE, HASTANELERDE ÇALIŞAN  
FİZYOTERAPİSTLER İLE AKTİF ÇALIŞAN ÖĞRETMENLERDE YAŞAM KALİTESİ,  
AĞRI VE DEPRESYON DEĞERLENDİRİLMESİ

HASAN HÜSEYİN SELBİ

Tez Savunma Tarihi:03.09.2018

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof.Dr.Mehmet TARAKÇIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

  
Doç.Dr.Emine Siber NAMIDURU

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

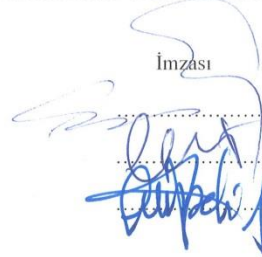
Doç.Dr.Ali AYDENİZ  
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

- 1- Prof. Dr. Savaş GÜRİSOY
- 2- Doç. Dr. Ali AYDENİZ
- 3- Dr. Öğ. Üyesi Günseli USGU

İmzası



## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih  
(İmza)  
Hasan Hüseyin Selbi

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimimin tamamlanması için bana kapılarını açan Gaziantep Üniversitesi yönetimine,

Tezimin hazırlanmasında ve yüksek lisans eğitimimin tamamlanmasında çok değerli katkıları olan tez danışmanım sayın Doç. Dr. Ali AYDENİZ'e,

Eğitim hayatımı sürdürmem için beni teşvik eden ve bana destek olan annem Ümmühan SELBİ, babam Hayrettin SELBİ ve kardeşim Meryem SELBİ'ye,

Bu uzun süreçte yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Saadet GÖK, Gamze GÖNÜLLÜ BUĞU ve Volkan DENİZ'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...



## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR VE SEMBOLLER .....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET .....	1
ABSTRACT.....	2
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>3</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Yaşam Kalitesi .....	5
2.1.1. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi.....	5
2.1.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar .....	5
2.1.3. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi .....	6
2.2. Ağrı .....	8
2.3. Depresyon .....	11
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>13</b>
3.1. Olgular.....	13
3.1.1. Olguların Seçimi.....	13
3.2. Olguların Değerlendirme Yöntemleri .....	14
3.2.1. Değerlendirme Formu .....	14
3.2.2. Ağrı Değerlendirmesi .....	14
3.2.3. Depresyon Değerlendirmesi .....	14
3.2.4. Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi .....	15
3.3. İstatiksel Analiz.....	15
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>16</b>
4.1. Grupların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	16
4.2. Katılımcıların Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Ağrı Sonuçlarının Karşılaştırılması .....	18
4.3. Katılımcıların Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Ağrı Sonuçları Arasındaki İlişki .	20

<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>23</b>
<b>6. SONUÇLAR</b> .....	<b>29</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	<b>30</b>
<b>8.EKLER</b> .....	<b>40</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>50</b>



## KISALTMALAR VE SEMBOLLER

VAS	Vizüel Analog Skala
EQ-5D	EuroQol-5D
BDI	Beck Depresyon Anketi
BKİ	Boy Kilo İndeksi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YK	Yaşam Kalitesi
SİYK	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
Ark	Arkadaşlar
N	Olgu sayısı
p	Yanılma olasılığı
SD	Standart sapma
%	Yüzde
vb	Ve Benzerleri



## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 2.1.</b>	Ağrının süresine, zamana, kaynaklandığı bölgeye, mekanizması ve duyu şekillerine göre sınıflandırılması (59) .....	9
<b>Tablo 4.1.</b>	Katılımcıların ağrı, depresyon, yaşam kalitesinin cinsiyet ile ilişki tablosu .....	16
<b>Tablo 4.2.</b>	Katılımcıların ağrı, depresyon, yaşam kalitesinin sigara ile ilişki tablosu .....	17
<b>Tablo 4.3.</b>	Katılımcıların ağrı, depresyon, yaşam kalitesinin fiziksel aktivite ile ilişki tablosu .....	17
<b>Tablo 4.4.</b>	Katılımcıların ağrı, depresyon, yaşam kalitesinin uyku problemi varlığı ile ilişki tablosu .....	18
<b>Tablo 4.5.</b>	Fizyoterapistler ve öğretmenlerin yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı sonuçlarının karşılaştırılması.....	19
<b>Tablo 4.6.</b>	Fizyoterapistlerin çalıştıkları kuruma göre yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı sonuçlarının karşılaştırılması.....	19
<b>Tablo 4.7.</b>	Katılımcıların yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı arasındaki ilişki.....	20
<b>Tablo 4.8.</b>	Öğretmenlerde (n=42) yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı sonuçları arasındaki ilişki .....	21
<b>Tablo 4.9.</b>	Fizyoterapistlerde (n=99) yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı sonuçları arasındaki ilişki .....	21

## ÖZET

### ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON, HASTANELERDE ÇALIŞAN FİZYOTERAPİSTLER İLE AKTİF ÇALIŞAN ÖĞRETMENLERDE YAŞAM KALİTESİ, AĞRI VE DEPRESYON DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasan Hüseyin SELBİ

Yüksek Lisans Tezi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Tez danışmanı: Doç. Dr. Ali AYDENİZ

Eylül 2018, 50 sayfa

Çalışmamızın amacı, fizyoterapistlerin kendi içlerinde ve öğretmenlerle ağrı, yaşam kalitesi, depresyon yönünden değerlendirilmesidir.

Çalışmamıza 50 adet özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapist, hastanelerde çalışan fizyoterapist ve 50 adet aktif çalışan öğretmen katılmıştır. Anket çalışmamızda; ağrıyı değerlendirmek için Vizüel ağrı skalası (VAS), depresyon için Beck depresyon envanteri, yaşam kalitesi için EQ-5D anketi kullanıldı.

Çalışmamızın sonuçlarına göre fizyoterapistler ve öğretmenlerin yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı ortalama değerleri değerlendirildiğinde, depresyon ve ağrı ortalama değerleri bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0.05$ ) yaşam kalitesi ortalama değerinde gruplar arasında istatistiksel fark bulundu ( $p<0.05$ ). Fizyoterapistlerin yaşam kalitesi seviyesi, öğretmenlere oranla daha düşük çıkmıştır.

Fizyoterapistlerin çalıştıkları yere göre yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı ortalama değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bu çalışma fizyoterapistlerin öğretmenlere göre yaşam kalitesi seviyesinin daha düşük olduğu ve depresyon, ağrı değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Bu nedenle fizyoterapistlik mesleğinin öğretmenlik mesleğine göre yaşam kalitesini daha çok olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Yaşam kalitesi, depresyon, ağrı, öğretmen, fizyoterapist

## ABSTRACT

### EVALUATION OF QUALITY OF LIFE AND DEPRESSION BETWEEN PHYSIOTHERAPIST WORKING IN HOSPITAL, SPECIAL EDUCATION REHABILITATION CENTERS AND IN-SERVICE TEACHERS

Hasan Hüseyin SELBİ

Master of Science, Department of Physiotherapy and Rehabilitation

Supervisor: Doç. Dr. Ali AYDENİZ

September 2018, 50 pages

The aim of our study is to evaluate physiotherapists among themselves and with teachers in terms of pain, quality of life and depression. Fifty (50) participants of the study were chosen from special education and rehabilitation centers and physiotherapists who work at hospitals and fifty (50) teachers who are still in-service. In our survey; Visual Pain Scale (VAS) was used to evaluate pain, Beck Depression Questionnaire was utilized to evaluate depression and EQ-5D Questionnaire was used to evaluate the quality of life.

Results of the study revealed that there was no statistically significant difference ( $p>0.05$ ) in terms of depression and pain mean scores between the groups when both in-service teachers and physiotherapists mean scores of pain, quality of life and depression were evaluated. On the other hand, statistically significant difference was found between teachers and physiotherapists in terms of quality of life ( $p<0.05$ ).

That is to say, teachers quality of life was found to be higher than physiotherapists. Also the study found that there wasn't any statistically significant difference among the physiotherapist with regard to mean scores of pain, quality of life and depression based on place in which they work ( $p>0.05$ ). Additionally, the study found that teachers quality of life was statistically higher than physiotherapists and there wasn't any statistically significant difference between teachers mean scores of depression and pain. Therefore, it was found out that physiotherapist profession influences the quality of life much badly comparison to teaching profession.

**Key Words:** Quality of life, depression, pain, physiotherapist, teacher.

# 1. GİRİŞ

Yaşam kalitesi birçok etkenin birleşimi sonucu oluşur ve en önemli unsuru sağlıktır (1). Yaşam kalitesinin sağlıkla ilişkisi, kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarını oluşturmaktaki etkisini ifade eder (2). Kişilerin iş yaşamında sedanter olmaları, vücut yapısına uygun olmayan çalışma şartları ve stresin oluşması fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlıklarının olumsuz yönde etkilenmesine yol açmakta, bu oluşumlarda bireyleri fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi yönünden olumsuz etkilemektedir (3).

Bireyler çalıştıkları işlerde o işlerin kendine has çalışma şekillerinden dolayı vücutlarının bölümlerini orantısız kullanmaktadırlar (4). Bireylerin fiziksel ve ruhsal özelliklerine, sosyal düzeyine, meslekleri gereği uygulanan çalışmalar ve bu ortamların uygunluk durumuna bağlı oluşan olumsuz etkiler vücudun bütün sistemlerini farklı oranlarda etkilemektedir (5, 6, 7). Çalışan bireylerin kaldırabilecekleri ağırlıklardan daha fazla kaldırmaları ve çalışma şartları gereği omurga sağlığının fazla etkilendiği mesleklerde, kas ve iskelet sistemi problemleri görülme sıklığının fazla olduğu belirtilmektedir (8).

Sağlık personellerinin büyük bir kısmı fiziksel hasar riskinin fazla olabileceği belirtilmektedir (9). Sağlık personellerinde doktorlar, diş hekimleri, fizyoterapistler, hemşireler ve hasta bakıcılar fiziksel olarak en fazla risk taşıyan mesleklerdir. Sağlık personellerinin hasta ile yakın çalışmaları, tekrarlayan aktivitelerde bulunmaları kas iskelet problemlerinin yüksek oranda görülmesinin nedenidir (10).

Litaratürlere bakıldığında sağlık personelleri ile ağrı değerlendirilmesi yapılmış, en fazla bel ağrısı olduğu görülmektedir. Çalışanlarda %60-90 arasında bel ağrısı görülme sıklığı olduğu belirtilmektedir (11, 12).

İnsanlarla iç içe olan meslek gruplarında çalışan kişilerde ruhsal problemlerin görülme oranı fazla olduğu belirtilmektedir (13). Çeşitli çalışmalarda sağlık personellerinin başka meslek gruplarına göre depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (14- 15).

Birçok araştırmacı depresyonun tükenmişlik ile bağlantılı olduğunu belirtirken, bazıları ise bu iki kavramın birbiri ile ilişkisiz olduğunu belirtmektedir (14, 16, 17).

Sağlık çalışanlarının depresyon düzeyleri ile ilgili çalışmalarda hekimlere çok yer verilmesine karşın fizyoterapistlere fazla yer verilmemesi dikkat çekicidir. Çalışma

ortamlarında çeşitli stres oluşturan etkenler vardır. Çalışma sırasında kişileri etkileyen stres vücutta hem bedensel hemde psikolojik farklılıklara neden olduğu belirtilmektedir (18).

Ağrı hem ruhsal zorlanmanın bir bulgusu, hem de ona karşı bir savunma olabilir. Ruhsal etkenler bazı insanların bedenleri üzerinde çok fazla düşünmelerine ve normal duyumları ağrıya dönüştürmelerine yol açabilir (19).

Ağrılı sendromlarda, anksiyete ve anksiyöz mizaçlı uyum bozukluğu da sık olarak görülebilmektedir. Kişileri ne çok etkileyen anksiyete, endişe ve huzursuzluk, motor gerginlik, kas gerginliği, ağrı ve sızı, tepkilerde aşırılık gibi belirtilere otonomik bulgular eşlik eder. Ağrı yaygın anksiyete bozukluğunun bir parçası olarak ortaya çıkabileceği gibi, anksiyete de ağrı yaşantısına bir tepki olarak görülebilir (20).

Bu araştırmayla, fizyoterapistler ve öğretmenlerin çalışma koşulları göz önüne alındığında, ağrı ve depresyonun yaşam kalitesini iki meslek için nasıl etkilediğini değerlendirmek ve meslek hayatında meslek olarak yaralanmaya daha açık olan fizyoterapistlerin, bu konuda avantajlı olan öğretmenlerle karşılaştırılıp fizyoterapistler adına bir farkındalık oluşturmak amaçlanmaktadır.

Hipotezlerimiz;

Hipotez 1: Fizyoterapistlerin yaşam kalitesi öğretmenlere göre daha düşüktür.

Hipotez 2: Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistlerde yaşam kalitesi hastanelerde çalışan fizyoterapistlere göre daha düşüktür.

Hipotez 3: Fizyoterapistlerin ağrı düzeyleri öğretmenlere göre daha yüksektir.

Hipotez 4: Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistlerde yaşam kalitesi hastanelerde çalışan fizyoterapistlere göre daha düşüktür.

Hipotez 5: Fizyoterapistlerin depresyon düzeyleri öğretmenlere göre daha yüksektir.

Hipotez 6: Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistlerde depresyon düzeyleri hastanelerde çalışan fizyoterapistlere göre daha yüksektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yaşam Kalitesi

#### 2.1.1. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Yaşam kalitesi (YK) antik çağlardan şimdiki zamana kadar gelişen zaman diliminde yaşam koşullarındaki değişimlerle birlikte etkilenip, şekillenen kavramdır. Dolaylı yönden YK'den bahseden ilk kişi Aristo'dur. Eudamania olarak adlandırdığı hayattaki en önemli amaç demektir. Bu kelimeye yüklediği anlam ise iyi bir ruh ve enerjiyle kutsanmaktır (21). Bentham, 1800'lü yıllarda psikiyatride yaşam kalitesi değerlendirmesi hakkında çalışmalar yapmıştır. İlerleyen yıllarda 1920 ve 1930' da Thurstone ve Likert, şu anda kullandığımız YK ölçeklerin taslağı geliştirildi (22).

Litaratürlerde çeşitli kaynaklarda çağdaş anlamda YK'yı açıklayan ve değinen 1948 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO)'dür (23), bazı kaynaklarda ise YK kavramına 1960'lardan sonra politik kararlar alınırken değinilmektedir (24,25). Holmes ve Dickerson 1987 yılında YK'yı sağlık yönünden etkili bir durum olarak belirtmektedirler (26). Patterson 1975 yıllarında YK'nın etkilendiği sebepleri; sağlıklı olma, duygusal tepki, ekonomi ve huzur olarak belirtmektedir (27).

#### 2.1.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

##### *Sağlık Durumu ve Sağlık Algılaması*

Sağlık durumu bireyin fiziksel ve ruhsal yönden öznel olarak iyilik ve hastalık durumudur. Bazı insanlar kronik hastalıklar sonucu sıkıntılar yaşarken kendilerini sağlıklı hissetmekte, bazıları ise tanısı konmamış bir hastalığı yokken bile kendilerini hasta hissetmektedirler (27, 28).

##### *Fonksiyonel Durum*

Fonksiyonel durum, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sağlıklı bir şekilde karşılamadaki yeterlilik halidir (27, 29). İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel ve ruhsal alanlardaki anlık yapılan işlevler için gerekli kapasitedir. İşlevsel performans ise anlık yapılan işlevlerdeki hareketi içermektedir (28).

## ***Ruhsal Durum***

Ruhsal durum çeşitli duygusal değişimlere verilen cevaptır. Depresyon, anksiyete gibi duygusal etkilenmelerin kişinin günlük yaşam aktivitelerini ve YK'yı etkileyen durumdur (28, 30, 31, 32).

### **2.1.3. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi**

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SİYK) bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Sağlığın bireyler üzerindeki aktivite ve yaşamsal alanların tamamını etkilemesini ifade eder. SİYK ölçütleri, sağlıkla ilgili değerlendirmelerde, uygulanan tedavilerin uygunluğunun değerlendirilmesi, bu durumlarla bağlantılı ekonomik değerlendirme çalışmalarında kullanılmaktadır (23, 33, 34). Özetle SİYK değerlendirmesi, yaşamsal olaylar ile sağlık değişkenlerinin ilişkisini yansıtmaktadır (35, 36).

YK, kişinin fiziksel ve mental yönden iyilik halidir. Çeşitli etmenler YK'yı olumlu veya olumsuz yönden etkileyebilir. Kişinin bağımsız ve huzurlu yaşamasının yaşamın "iyi" olduğunun göstergesidir. Herhangi bir etken sonucu kişinin bağımsızlığının ve huzurunun bozulması YK'sını azaltır (37, 38).

YK, herhangi bir nedenden dolayı kişiyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden oluşan tepkileri gösteren bir kavramdır. YK'nın içinde kişinin gelenek ve görenekleri, sosyal durumu ve konumu önemli etkenler olarak yer alır (39, 40). Klinisyenler YK'nın olumlu bir durum olduğu görüşündedirler fakat klinisyenlerin günlük faaliyetlere uyarlamadıkları da bilinmektedir. (41).

Bireyin yaşamında kendisi için değerli olduğu durumlarda doyum ve mutluluğu YK olarak ifade edilmektedir. Önceki çalışmalarda ise "yaşam doyumunu" veya "öznel iyilik durumu" olarak bilinen kavram, YK olarak adlandırılmaktaydı. Yaşam boyunca meydana gelen mutluluk, huzur, hastalık, stres gibi birçok etmen YK'yı etkilemektedir (42, 43, 44).

YK'yı etkileyen alanlar 4 grupta incelenmektedir:

1. Kişisel–içsel alan: (gelenek, görenek, mutluluk, başarılar, çözüm bulma vb.)
2. Kişisel–sosyal alan: (aile ilişkisi, mesleği, toplum ile ilişkisi vb.)
3. Dışsal–doğa çevre alanı: (doğal afetler, hava kalitesi vb.)
4. Dışsal–toplumsal çevre alanı: (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, okul, sağlık hizmetleri, toplumsal imkanlardaki gelişmişlik vb.) (45).

### ***Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar (46)***

- Yetersiz zaruri ihtiyaç temini
- Kilo sonucu vücut şeklinin değişimi
- Yetersiz aktivite ve bakımsızlık
- Kronik yorgunluk, moral bozukluğu
- Seksüel isteksizlik ve yetersizlik
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Akut ya da kronik sağlık sorunları

### ***Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar***

- Ekonomik ve sosyal olarak refah düzeyinde olmak
- Huzur ve güven içinde yaşamak
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olmak
- Hareketli, huzurlu ve eğlenceli bir yaşantının olması
- Sosyal çevre ile olumlu ilişkilerde bulunmak
- Toplumda değerli olduğunu hissetmek
- Mahremiyetine değer verilmek
- Kendini rahat bir şekilde ifade edebilmek
- Günlük yaşam aktivitelerini rahat uygulamak
- Özgün bir birey olarak algılanmak

Konnektif dokularda meydana gelen problemler sonucu oluşan kas iskelet sistemi bozuklukları hareketlerde limitasyon, güçsüzlük ve ağrı gibi yakınmalara neden olur. Bu durumlar sonucu başta yaşam kalitesi olmak üzere günlük yaşam aktivitelerini ve iş yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (10, 47)

Fizyoterapistler iş hayatında; çalışma postürleri, tekrarlayıcı hareketler, ekipman kullanımı, ağır kaldırma, çalışma ortamının düzeni ve mental stres açısından fazla etkilenim olması önemli riskler taşımaktadır. Çalışma ortamlarındaki kullanılan malzemelerin imkan dahilinde bazı birimlerde kişiye göre ayarlanabilir olmaması, yetersiz dinlenme arası veya molaların kullanılamaması, uygun olmayan postürde çalışmanın, tekrarlayıcı egzersiz hareketleri, ekipmanları kullanırken ve taşırken yanlış hareketler yapılması, çalışma ortamındaki sandalye ve taburelerin ergonomik olmayışı, ayakta uzun süreli çalışma, elektroterapide kullanılan cihazların yan etkileri gibi nedenlerle fizyoterapistler fiziksel ve ruhsal etkiler açısından büyük riskler ile karşı karşıyadırlar (48).



## 2.2. Ağrı

Ağrı, birçok nedene bağlı açığa vücudun tepkisi olarak açığa çıkabilen istenilmeyen öznel bir hissiyattır (49). Kişinin yaşam kalitesini bozan, fiziksel olarak kısıtlayan, psikolojik durumunu etkileyen, uyku bozuklukları oluşturan ve insan için önemi olan fizyolojik bir oluşumdur (50). Ağrı, kişinin hastalık süresince ortaya çıkan en çok görülen şikayetlerden birisidir. Vücut için uyarı ve savunma sistemidir (51). Evrensel bir hissiyat olan ve yüzyıllarca insanoğlunun araştırdığı ağrı kavramının günümüzde en geçerli açıklamasını Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain, IASP) yapmıştır. IASP'ye göre ağrı; doku hasarına bağlı oluşan, istenmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyimdir (52). Uluslararası Ağrı Derneği ise ağrıyı ' şiddetli bir doku harabiyetine bağlı olan ya da bağlı olarak tanımlanan hoş olmayan bir duyum ve duyuşsal yaşantı' şeklinde tanımlamaktadır (53).

Doktorların karşılaştıkları sorunlar içinde ağrı en yaygın, ama tanı ve tedavisi en güç durumlardan biridir. Ağrı hem ruhsal zorlanmanın bir bulgusu, hem de ona karşı bir savunma olabilir. Ruhsal etkenler, bazı insanların vücutları için aşırı düşünceleri normal etkilerin ağrıya dönüştürmelerine yol açabilir. Kişisel, sosyal ya da maddi ikincil kazançlar nedeni sonucu ağrıya sonucu aşırı tepkiler oluşabilir (54).

Ağrı öznel bir oluşumdur. Öznel olmasından dolayı çeşitlilik gösterir ve ölçülmesi ve değerlendirilmesi kolay değildir (55). Ağrının; şiddeti, süresi, oluştuğu bölge, somatosensoriyel özellikleri, ruhsal etkileri gibi diğer özellikleri de değerlendirilmelidir. Ağrı, "fiziksel yaralanma ve doku hasarına bağlı olarak oluşan rahatsızlık verici his" olarak açıklanır ve vücutta oluştuğu lokalizasyonlar farklı olabilir (56). Türkiye'de yapılan araştırmalarda yetişkinlerin ağrı prevalansı % 63.7'dir. Kadınların, ağrı düzeyi köyde yaşayanlarda şehirde yaşayanlara oranla daha düşük seviyededir. Yaş arttıkça bireylerde ağrı prevalansı artmaktadır (57).

Vücutta meydana gelen bir sorun sonucu oluşan akut dönemde oluşan ağrı vücudu korumaya yöneliktir. Ağrının kronikleşmesi fiziksel aktivitenin kısıtlanmasına neden olur. Fordyce ve ark. aktivite ile ağrı arasında negatif bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Hastalar az miktarda yapılan aktivitelerde ağrı derecelerini yüksek seviyede belirtmektedirler (58). Ağrı çok boyutlu bir oluşum olduğu için sınıflandırılması karmaşıktır. Ağrı; süresine, zamana, kaynaklandığı bölgeye, mekanizması ve duyu şekillerine göre sınıflandırılır (Tablo 2.1) (59).

**Tablo 2.1.** Ağrının süresine, zamana, kaynaklandığı bölgeye, mekanizması ve duyu şekillerine göre sınıflandırılması (59)

Süre	Kaynaklandığı bölge	Mekanizma	Duyu şekli
Akut	Somatik	Nösisepatif	Sızlayıcı
Kronik	Visseral	Nöropatik	Yanııcı
	Sempatik	Deafferantasyon	Batıcı
		Reaktif	Kolik tarzı
		Psikosomatik	

Kişinin ağrısı ilk hissettiği seviyeye ağrı eşiği denir. Ağrı eşiği herkeste aynı olmayabilir, kişide zamanla da değişebilir. Psikolojik durum, dini inanç farklılığı, kültürel etkenler, yorgunluk, ağrı hafızası, kişinin bulunduğu mekan ağrının şiddetini ve ağrı sonucu oluşan tepkiyi etkiler (60, 61). Ağrıyla birlikte hastada anksiyete belirtisi görülür. Anksiyete ise kas tonusunu artırır. Tonus artışı ile kaslarda mitokondri faaliyeti artar bunun sonucunda kaslarda laktik asit birikimi olup kramp artışına neden olur (62). Ağrılı sendromlarda, anksiyete bozukluğu görülme oranı fazladır. Anksiyete bozukluğunda; kaygı ve huzursuzluk, spazm, ağrı, tepkilerde aşırılık gibi belirtilere eşlik eder. Ağrı anksiyete bozukluğunun bir parçası olarak ortaya çıkabileceği gibi, anksiyete de ağrı bir tepki olarak görülebilir (20).

Kronik ağrı sendromu, ağrının artık doku hasarına bağlı oluşma seviyesini geçip artık hastalık seviyesine geldiği ve oluşan hastalığa bağlı farklılaşan bir durumdur (63).

6-36 ay arası süren kronikleşen ağrı hastalarda depresyon-ağrı sendromu oluşturabilir (64). Kişinin duyarlılığında artış ve psikomotor bozukluklar gözlenir. YK'sını olumsuz etkileyen etmenler ağrı sürecini etkileyerek kronikleştirebilir. Kronik ağrı oluşumu sonucu insanlarda öfke ve saldırganlık gibi psikolojik problemler açığa çıkabilir (65). Ağrının kontrol edilmesi ağrıya bağlı oluşan emosyonel ve davranışsal bozukluklarının kalıcı bir etki bırakıp bırakmamasıyla ilişkilidir. Halsizlik ve bitkinliğe bağlı uyku bozukluğu, libido ve seksüel aktivite azalması, iştahsızlık ve kilo kaybı, aktivite kaybına bağlı konnektik doku bozuklukları vardır (66). Kronik ağrı sendromu olan kişilerde fiziksel aktivite kısıtlanır ve sonucunda fiziksel yönden olumsuz sonuçlar doğurur. Ayrıca fiziksel aktiviteler sırasında meydana gelen duruş bozuklukların vücut mekaniğinin bozulmasına neden olabilir. İşe gidememe, hareketlerde ağrı korkusuna bağlı kısıtlılık, yaşam kalitesinde azalma, depresyona yatkınlık, uyku düzeninde bozulmalar görülen sorunlar arasındadır (67).

Ağrının araştırıldığı çalışmalarda genellikle bel bölgesi ağrısıyla ilgili olduğu görülmektedir (68, 69).

Multidisipliner bir yaklaşım ile kronik bel ağrılısı sonucu oluşan fonksiyonel yetersizlik ve psikososyal sorunları iyileştirerek aktif yaşama ve aktif çalışma hayatına kazandırılmaları en önemli amaç olarak belirlenmiştir (70). Litaratürlerde kronik bel ağrılı hastalarda ağrı ve uyku arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Şiddetli ağrının uyku düzenini bozması sonucu YK ve duygusal durumda bozulmaya en son olarak bunlara bağlı depresyona neden olmaktadır (70, 71, 72).

Kronik ağrı sıklıkla depresif bozukluklarla (distimik bozukluk, major depresyon, depresif mizaçlı uyum bozukluğu) ilişkilidir. Kronik ağrı hastalarında depresyon yaygınlığı %10 ile %100 arasında değişmektedir. Depresif bozukluklar ağrının kökeninde organik bir nedenin bulunmadığı durumlarda daha yaygın olarak görülmektedir. Hastaların ağrıya tepki olarak depresyona girdiği düşünülür ancak depresyonun da ağrılı yaşama zemin hazırlayabilir. Çıkarılan sonuç ağrının depresyonu, depresyonun da ağrıyı artırdığı sonucudur (73).

Kas iskelet sistemi etkilenmesi sonucu oluşan ağrı ruhsal durumu etkiler ve depresyona neden olur. Ağrı sonucu oluşan aktivite azlığı; dolaylı yönden beyin düzenleyici ve bütünleyici işlevinin bozulmasına neden olabilir. Depresyon, bağışıklık sistemini etkileyerek vücudu kolay kolay hasta olmasına neden olabilir. Ayrıca depresyon bulguları bireylerin yaşam kalitesini ve çevreye karşı duyduğu ilgi ve istek düzeyinin azalmasına, kaygı düzeyinin artmasına zemin oluşturmaktadır. Bu durumlar göz önüne alındığında, bireyler olumsuz etkilenebilmektedir. Depresyon varlığında uyku ve yorgunluk problemleri oluşmakta bu etkilenimlerden dolayı ağrı ile baş etme zorlu hale gelir (74).

Akut ağrı çeşitli otonomik ve duygusal yaşantılarla ilişkili hoş olmayan duyum ve duygu yaşantılarından oluşur. Bu tipte ağrının önemli biyolojik işlevleri vardır; kişiyi bir şeylerin yanlış gittiği konusunda uyarır, rahatlamayı teşvik eder ve doktor tarafından tanı koymada kullanılır. Akut ağrıda görülen otonomik tepki ortaya çıkmaz ancak kronik ağrı hastalarında uyku bozukluğu, iştah değişimi, psikolojik etkilenim gibi vejetatif belirtiler yaygındır (73).

İnsan vücut postürünü, zorlayıcı ve tekrarlayıcı hareketlerin neden olduğu konnektif doku hasarları, ağır fiziksel çalışma, vücut biyomekanisinin orantısız veya dikkatsiz kullanımı gibi birçok zarar verici faktör etkilemektedir. Kas-iskelet sistemi, çalışma hayatında uygulanan aktiviteler ile bir anlamda dayanıklılık testine girmektedir. Kas-iskelet sistemine fiziksel ve ruhsal yüklenmeler büyük oranda etki eden nedenlerdir (10, 47).

Cromie ve ark. yaptıkları çalışmada; uzun süre sabit pozisyonda asimetrik postürde çalışma, vücut merkezinden uzakta çalışma aktivitelerinin fizyoterapistler için çalışma postürü açısından en önemli risk faktörleri olduğu belirtilmektedir (75).

Öğretmenler, saatlerce ders anlatmanın yanı sıra, derslerden önce hazırlık çalışmaları uygulamakta, öğrencilerin ödev ve sınavlarını incelemekte, onlara rehberlik yardımında bulunmakta ve tüm işleri yürütürken de meslek içi eğitimlerine devam etmektedirler. Bunların sonucunda öğretmenlerde çalışma koşullarının etkilerinden kaynaklanan birçok fiziksel ve ruhsal sağlık problemleri oluşmaktadır. Okulların fiziksel çalışma koşulları, endüstri ve sanayi kadar ağır ve vücuda hasar verici olmamakla birlikte, mesleksi sağlık oluşumları açısından tamamen masum da değildir (76).

### **2.3. Depresyon**

WHO, son zamanlarda hızla değişimin etkisine giren dünya şartları ve yaşam standartlarının ruhsal bozuklukları yüksek oranda arttığını belirtmektedir (77). Depresyon, psikiyatrik hastalıklar arasında en sık ve yaygın olarak görülen hastalıktır. Ayrıca birçok hastalıkta da sekonder olarak görülmektedir. Psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik bozuklukların birada görüldüğü hastalık olan depresyondur bu yüzden ülkemiz ve dünyada önemli bir toplum sağlığı problemidir (77).

Çökkünlük, bitkinlik, ümitsizlik, değersizlik, uyku bozuklukları, dikkati ve düşünceleri toplayamama, kendini ve dünyayı değersiz görme, ölüm ve intihar düşüncesi gibi ruhsal belirtiler gözlenir. İştah ve kilo kaybı, cinsel işlev bozuklukları gibi fiziksel belirtiler, zihinsel ve bedensel aktivitelerde yavaşlama gibi davranışsal belirtiler görülür (78-79).

Depresyon hayatımız boyunca her an ortaya çıkabilen bir hastalıktır. Genellikle 30'lu yaşlardan sonra ve orta yaş grubunda yaygın olarak görülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda kadınlarda depresyonun görülme oranı erkeklere göre daha yüksektir. Bazı çalışmalarda dul, boşanmış ya da ayrı yaşayan kadınların depresyon seviyesinin, evli veya evli ve beraber yaşayan kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (80).

Depresyon görülme prevalansı yüksek bir sendromdur. Toplumdaki bireylerin 1/5 i ömürleri süresince depresyondan etkilenmektedir. Kadınlar, erkeklerden 2 kat oranla depresyona yakalanmaktadır. Cinsiyete göre depresyona yakalanma yaş aralığı; kadınlarda 35-45, erkeklerde ise 55-70 yaşlarda en fazladır (81).

Depresyon oldukça yaygın görülen bir hastalıktır. Güleç ve ark. yaptıkları çalışmada toplumda depresyon yaygınlığı %9,2, kişinin yaşam boyu depresyon yaygınlığı ise %23,6 olarak saptamaktadırlar (82). Regier ve ark. ise depresyonun aylık geçirilme oranı %1,7-2,4 olarak bulmaktadırlar (83). Bland ise çalışmasında, farklı ülkeler arasında depresyon yaygınlığının %0,9 - %12,6 arasında değiştiği, en az görünen yaygınlık Taiwan'da, en fazla görünen yaygınlık oranının ise Zürih'te olduğunu belirtmektedir (84).

İnsanlara doğrudan hizmet veren mesleklerde görülen yüksek mesleki doyum kişinin ruhsal sıkıntılar yaşamasına neden olabilir (85). Sağlık alanında çalışanlarda çalışma koşullarının ağır psikolojik yüklenmeye neden olduğundan dolayı stres ve gerginliğe yol açmaktadır (86). Meslek gruplarında çeşitli etkenler stres oluşumuna yol açmaktadırlar. İş ortamında yoğun ve uzun süreli stresin kişide birçok fiziksel ve ruhsal etkilenimlere neden olduğu belirtilmektedir (87).

Öğretmenler yüksek sayıdaki öğrenci topluluklarına, ayakta durarak uzun süre ders anlatan, sesini gerektiğinde fazla yükselterek ve uzun süre konuşan, uzun süreli öğrenci gürültüsüne ve hatta saldırgan davranışlara maruz kalan bir meslek topluluğudur. Çalışma ortamının kalabalık ve yetersiz havalandırmanın olması sonucu ortamda bulunan tozların kişide alerjen etki göstermesi solunum yolu enfeksiyonları görülme riskinin artmasına neden olmaktadır (88, 89). Öğretmenlerin kas iskelet sistemi ve solunum yollarında problem yaşamaları gibi sağlık sorunları yaşamaları strese ve ruhsal sorulara neden olmaktadır (90-92). Bedensel ve ruhsal faktörlerden fazlaca etkilenen çalışanlarda sadece bu etkenlerden birinin etkili olduğu çalışanlardan daha yüksek stres riskinin bulunduğu belirtilmektedir (93).

Tedavileri için uzun süreci olan hastalarla çalışan fizyoterapistlerin, ayaktan hasta alan fizyoterapistlere oranla mesleki stres skor ölçümünde daha düşük skor belirledikleri görülmektedir (94).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Olgular

“Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde, Hastanelerde Çalışan Fizyoterapistler ile Aktif Çalışan Öğretmenlerde Yaşam Kalitesi, Ağrı ve Depresyon Değerlendirilmesi” konulu tez çalışmasına 27/12/2017. – 05/04/2018. tarihleri arasında, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde, hastanelerde çalışan fizyoterapistler ve aktif çalışan öğretmenler alındı (Ek: 1).

Bu tez çalışması Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26/12/2017 tarihli 2017/419 sayılı toplantısında onay aldı ve araştırma “Helsinki Deklerasyonu'na” uygun olarak yürütüldü.

Çalışmaya alınan bütün olgulara çalışmanın amacı, hakkında değerlendirme öncesinde bilgilendirildi. Çalışmaya katılan tüm olgulardan Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca onaylanan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile onam alındı (Ek: 2).

#### 3.1.1. Olguların Seçimi

##### **Olguların çalışmaya dahil edilme kriterleri:**

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- Herhangi bir sağlık probleminin olmaması,
- Aktif çalışıyor olması,
- Araştırılan meslek grubunda olmasıdır.

##### **Olguların çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:**

- Bilinen tümör, kitle veya deformite bulunması,
- Ciddi travma geçmişinin olması,
- Mevcut gebelik veya emzirme durumunun olması,
- Sistemik hastalığın bulunmasıdır.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygunluk açısından toplam 100 sağlıklı aktif çalışan fizyoterapist ve 50 sağlıklı aktif çalışan öğretmen dahil edilmiştir.

### **3.2. Olguların Değerlendirme Yöntemleri**

Çalışmaya katılan olguların sosyodemografik özellikleri “Değerlendirme Formu” ile sorgulandı. Ağrı, depresyon ve yaşam kalitesi değerlendirilerek forma kaydedildi (Ek: 1).

#### **3.2.1. Değerlendirme Formu**

Değerlendirme Formunda kişisel bilgiler (ad, soyad, cinsiyet, meslek, cep telefonu, e-mail, sigara kullanımı) ile klinik durum (yaş (yıl), boy (cm), vücut ağırlığı (kg), boy kilo endeksi (BKİ), ilaç kullanımı, sistemik probleminin bulunması, fiziksel engel, spor yapma, ağrı lokalizasyonu) olarak iki bölüm bulunmaktadır (Ek: 1).

#### **3.2.2. Ağrı Değerlendirmesi**

Olguların hissedilebilecek ağrı düzeylerini belirlemek için Vizüel Analog Skalası (VAS) kullanıldı. Olgulardan hissettikleri ağrı şiddetlerini 10 santimetrelik (cm) işaretlemeleri istendi. 0 (sıfır) bireylerin hiç ağrıları olmadığını, 10 ise dayanılmayacak ağrıları olduğunu gösterir. Çizgi üzerinde işaretlenen nokta cetvel ile ölçülerek VAS değeri cm cinsinden kaydedildi (Ek: 4) (95, 96).

#### **3.2.3. Depresyon Değerlendirmesi**

Bireyler psikolojik yönden Beck Depresyon Envanterinin (BDI) Türkçe versiyonu kullanılarak değerlendirilmektedir (97). BDI, depresyon şiddetini ve varlığını ölçmek amacı ile geliştirilen 21 maddeden oluşan bir testtir. Her bir madde depresyonun özel bir semptomu hakkında, şiddeti giderek artacak şekilde düzenlenmiş olan 4 ayrı cümleden oluşmaktadır. Cümleler depresyon şiddetini göstermek için sıfır ile üç arası puanlanmaktadır. Yüksek puanlar depresyonun şiddetli olduğunu göstermektedir. Ankette alınabilecek en yüksek puan 63’tür.

Değerlendirme şu şekilde yapılır;

0-14 puan: Hafif

15-29 puan: Orta

30-63 puan: Ciddi (Ek: 2) (97).

### 3.2.4. Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

Olguların yaşam kalitesi EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D)'nin Türkçe versiyonu ile değerlendirildi. EQ-5D yaşam kalitesini ölçmede kullanılan genel sağlık ölçeğidir. Ölçek iki parçadan oluşmaktadır. EQ-5D indeks ölçek: Hareket, öz-bakım, olağan aktiviteler, ağrı/rahatsızlık ve endişe/depresyon olmak üzere beş boyuttan oluşur. Her bir boyuta verilen cevaplar; problem yok, biraz problem var ve majör problem olmak üzere 3 seçenektir. EQ-5D VAS ölçek: Bireylerin bugünkü sağlık durumları hakkında 0-100 arası değerler verdikleri görsel analog skalasıdır. Ölçekle 0-100 arasında değişen yaşam kalitesi skorları elde edilmektedir (Ek: 3) (98, 99).

### 3.3. İstatiksel Analiz

Çalışma verilerinin istatistiksel analizi için “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) Version 21.0 (SPSS inc., Chicago, IL, ABD) istatistik programı kullanıldı. Tüm analizlerde  $p < 0,05$  (iki yönlü) değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı “**Kolmogorov Smirnov Testi**” ile belirlendi. Bu testin analiz sonuçlarına göre normal dağılıma uyduğu için parametrik testler uygulandı.

Gruplar, demografik ve klinik özellikler açısından “**Independent Sample T**” testi ve “**Chi-square**” testi ile karşılaştırıldı. Bağımsız değişkenler arasındaki ilişki “**Pearson Korelasyon testi**” ile belirlendi. Korelasyon katsayısı; “ $r = 0,81-1,0$ , çok yüksek;  $0,61- 0,80$ , yüksek;  $0,41-0,60$ , orta;  $0,21- 0,40$ , zayıf; and  $0,00-0,20$ , çok zayıf veya korelasyon yok” şeklinde yorumlandı. (100).



## 4. BULGULAR

Çalışmamız 99 fizyoterapist ve 42 öğretmen olmak üzere toplam 141 kişi ile tamamlandı.

### 4.1. Grupların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de gösterildi.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların ağrı, depresyon, yaşam kalitesinin cinsiyet ile ilişki tablosu

	Meslek	Cinsiyet	N	ORT±SD	t	p*
Öğretmen	Sağlık	Kadın	11	12.14±3.66	-1.95	0.06
		Erkek	31	8.43±1.52	-1.64	0.13
	Ağrı	Kadın	11	1.86±0.56	3.13	<b>0.01</b>
		Erkek	31	1.45±0.26	2.80	<b>0.01</b>
	Depresyon	Kadın	11	6.02±1.82	2.70	<b>0.01</b>
		Erkek	31	3.89±0.70	2.20	0.05
	Yaşam Kalitesi	Kadın	11	0.98±0.30	1.12	0.3
		Erkek	31	1.06±0.19	1.20	0.3
Fizyoterapist	Sağlık	Kadın	52	11.35±1.57	-1.20	0.24
		Erkek	47	11.06±1.61	-1.20	0.24
	Ağrı	Kadın	52	1.64±0.23	1.60	0.12
		Erkek	47	1.46±0.21	1.60	0.12
	Depresyon	Kadın	52	4.34±0.60	-2.14	<b>0.04</b>
		Erkek	47	5.45±0.80	-2.11	<b>0.04</b>
	Yaşam Kalitesi	Kadın	52	0.86±0.12	1.72	0.1
		Erkek	47	0.68±0.10	1.74	0.1

Sosyodemografik anket verileri sonucunda tablo 4.1’e göre fizyoterapistlerde cinsiyet faktörünün sadece depresyon ile fark bulundu. Erkek fizyoterapistlerde kadın fizyoterapistlere göre fark daha yüksek gözlemlendi ( $p<0.05$ ). Öğretmenlerin ise ağrı ve depresyon değerleri ile cinsiyet arasında fark bulundu ( $p<0.05$ ). Kadın öğretmenlerin ağrı ve depresyon değerlerinin erkek öğretmenlerin değerlerine göre daha yüksek olduğu gözlemlendi.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların ağrı, depresyon, yaşam kalitesinin sigara ile ilişki tablosu

	Meslek	Sigara	N	ORT±SD	t	p*
Öğretmen	Sağlık	Evet	16	8.54±2.14	-0.44	0.66
		Hayır	26	10.65±2.19	-0.47	0.64
	Ağrı	Evet	16	1.83±0.47	1.40	0.17
		Hayır	26	1.63±0.32	1.37	0.19
	Depresyon	Evet	16	5.60±1.40	1.40	0.17
		Hayır	26	4.24±0.83	1.31	0.20
	Yaşam Kalitesi	Evet	16	0.96±0.24	-0.03	0.98
		Hayır	26	1.11±0.22	-0.03	0.98
Fizyoterapist	Sağlık	Evet	19	12.97±2.98	-0.08	0.93
		Hayır	80	10.86±1.22	-0.08	0.94
	Ağrı	Evet	19	1.70±0.39	1.07	0.29
		Hayır	80	1.53±0.17	0.99	0.33
	Depresyon	Evet	19	6.10±1.40	1.32	0.19
		Hayır	80	4.67±0.52	1.12	0.27
	Yaşam Kalitesi	Evet	19	0.92±0.21	1.52	0.13
		Hayır	80	0.75±0.08	1.33	0.20

Sosyodemografik anket verileri sonucunda tablo 4.2'ye göre sigara kullanımının öğretmenler ve fizyoterapistlerde yaşam kalitesi, depresyon, ağrı değerleri ile fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.3.** Katılımcıların ağrı, depresyon, yaşam kalitesinin fiziksel aktivite ile ilişki tablosu

	Meslek	Fiziksel aktivite	N	ORT±SD	t	p*
Öğretmen	Sağlık	Evet	16	6.76±1.69	0.68	0.50
		Hayır	26	11.34±2.22	0.77	0.50
	Ağrı	Evet	16	1.69±0.42	-0.46	0.65
		Hayır	26	1.77±0.35	-0.47	0.64
	Depresyon	Evet	16	4.15±1.04	-0.32	0.75
		Hayır	26	5.30±1.04	-0.34	0.74
	Yaşam Kalitesi	Evet	16	0.96±0.24	-1.58	0.12
		Hayır	26	1.06±0.21	-1.62	0.12
Fizyoterapist	Sağlık	Evet	44	9.81±1.48	1.04	0.30
		Hayır	55	12.23±1.65	1.07	0.27
	Ağrı	Evet	44	1.89±0.29	0.11	0.91
		Hayır	55	1.26±0.17	0.11	0.91
	Depresyon	Evet	44	4.22±0.64	-1.61	0.11
		Hayır	55	5.45±0.74	-1.04	0.10
	Yaşam Kalitesi	Evet	44	0.76±0.12	-1.03	0.31
		Hayır	55	0.81±0.11	-1.04	0.30

Sosyodemografik anket verileri sonucunda tablo 4.3'e göre fiziksel aktivite öğretmen ve fizyoterapistlerde yaşam kalitesi, depresyon, ağrı arasında fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.4.** Katılımcıların ağrı, depresyon, yaşam kalitesinin uyku problemi varlığı ile ilişki tablosu

Meslek	Uyku Problemi	N	ORT±SD	t	p	
Öğretmen	Sağlık	Evet	0 <sup>a</sup>	.	.	
		Hayır	42	9.81±1.51	.	
	Ağrı	Evet	0 <sup>a</sup>	.	.	
		Hayır	42	1.72±0.27	.	
	Depresyon	Evet	0 <sup>a</sup>	.	.	
		Hayır	42	4.85±0.75	.	
Yaşam Kalitesi	Evet	0 <sup>a</sup>	.	.		
	Hayır	42	1.04±0.16	.		
Fizyoterapist	Sağlık	Evet	6	11.83±4.83	-2.10	<b>0.04</b>
		Hayır	93	10.99±1.14	-2.10	0.10
	Ağrı	Evet	6	1.90±0.78	2.80	<b>0.01</b>
		Hayır	93	1.49±0.16	2.23	0.10
	Depresyon	Evet	6	4.83±1.97	2.20	0.31
		Hayır	93	4.89±0.51	2.21	0.71
	Yaşam Kalitesi	Evet	6	1.03±0.42	3.90	<b>0.00</b>
		Hayır	93	0.72±0.07	2.79	<b>0.04</b>
a. ile belirtilen değerde kimse yanıt vermemiş.						

Sosyodemografik anket verileri sonucunda tablo 4.4'e göre uyku probleminin öğretmenlerde yaşam kalitesi, depresyon, ağrı ile ilgili fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) ancak fizyoterapistlerde bu değerlerin hepsinde fark bulundu ( $p<0.05$ ).

#### 4.2. Katılımcıların Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Ağrı Sonuçlarının Karşılaştırılması

Fizyoterapistler ve öğretmenler arasındaki yaşam kalitesi, depresyon, sağlık ve ağrı ortalama değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.5'te gösterildi. Fizyoterapistlerin çalıştıkları kurumlara göre yaşam kalitesi, depresyon, sağlık ve ağrı ortalama değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunuldu.

**Tablo 4.5.** Fizyoterapistler ve öğretmenlerin yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı sonuçlarının karşılaştırılması

		<b>N</b>	<b>ORT±SD</b>	<b>t</b>	<b>p*</b>
<b>Yaşam Kalitesi</b>	Öğretmen	42	5,88±1,04	2,10	<b>0,03</b>
	Fizyoterapist	99	5,55±0,79		
<b>Depresyon</b>	Öğretmen	42	6,31±4,85	-0,32	0,75
	Fizyoterapist	99	6,60±4,98		
<b>Sağlık</b>	Öğretmen	42	80,23±9,81	-1,96	0,05
	Fizyoterapist	99	84,14±11,22		
<b>Ağrı</b>	Öğretmen	42	2,10±1,72	-0,84	0,41
	Fizyoterapist	99	2,34±1,57		

**Ort:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma. Independent Sample T test, \*p<0,05.

Beck Depresyon Envanteri, Vizüel Analog Skalası ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği verileri sonucunda fizyoterapist ve öğretmenlerin yaşam kalitesi, depresyon, sağlık ve ağrı ortalama değerleri “Independent Sample T” testi ile değerlendirildiğinde, depresyon, sağlık ve ağrı ortalama değerleri bakımından gruplar arasında fark bulunmazken ( $p>0,05$ ) yaşam kalitesi ortalama değerinde gruplar arasında istatistiksel anlamda fark bulundu ( $p=0,03$ ) (Tablo 4.5). Öğretmenlerin ortalama puanları ( $5,88\pm1,04$ ), fizyoterapistlerin ortalama puanlarından daha yüksektir ( $5,55\pm0,79$ ) (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6.** Fizyoterapistlerin çalıştıkları kuruma göre yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı sonuçlarının karşılaştırılması

		<b>N</b>	<b>ORT±SD</b>	<b>T</b>	<b>p*</b>
<b>Yaşam Kalitesi</b>	Rehabilitasyon	50	5,40±0,73	-1,88	0,06
	Hastane	49	5,69±0,82		
<b>Depresyon</b>	Rehabilitasyon	50	6,24±5,02	-0,72	0,48
	Hastane	49	6,96±4,97		
<b>Sağlık</b>	Rehabilitasyon	50	84,40±10,72	0,23	0,82
	Hastane	49	83,88±11,83		
<b>Ağrı</b>	Rehabilitasyon	50	2,32±1,42	-0,15	0,88
	Hastane	49	2,37±1,72		

**Ort:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma. Independent Sample T test, \*p<0,05.

Beck Depresyon Envanteri, Vizüel Analog Skalası ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği verileri sonucunda fizyoterapistlerin çalıştıkları yere göre yaşam kalitesi, depresyon, sağlık ve ağrı ortalama değerleri “Independent Sample T” testi ile değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6).

#### 4.3. Katılımcıların Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Ağrı Sonuçları Arasındaki İlişki

Katılımcıların yaşam kalitesi, depresyon, sağlık ve ağrı arasındaki ilişki Tablo 4.7’te sunuldu.

**Tablo 4.7.** Katılımcıların yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı arasındaki ilişki

(N=141)	Yaşam Kalitesi	Depresyon	Sağlık	Ağrı
Yaşam Kalitesi	-	0,47**	-0,51**	0,39**
Depresyon	0,47**	-	-0,38**	0,18*
Sağlık	-0,51**	-0,38**	-	-0,40**
Ağrı	0,39**	0,18*	-0,40**	-

Pearson Korelasyon Testi. \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$ .

Beck Depresyon Envanteri, Vizüel Analog Skalası ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği verileri sonucunda katılımcıların yaşam kalitesi sonuç skoru ile depresyon sonuç skoru arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki vardı ( $p=0,47$ ). Yaşam kalitesi sonuç skoru ile sağlık seviyeleri arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu bulundu ( $p=-0,51$ ). Yaşam kalitesi sonuç skoru ile ağrı sonuç skoru arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki olduğu vardı ( $p=0,39$ ).

Katılımcıların depresyon sonuç skoru ile sağlık seviyeleri arasında zayıf düzeyde negatif bir ilişki vardı ( $p=-0,38$ ). Depresyon sonuç skoru ile ağrı sonuç skoru arasında çok zayıf düzeyde pozitif bir ilişki bulundu ( $p=0,18$ ). Katılımcıların sağlık seviyeleri ile ağrı sonuç skoru arasında orta düzeyde negatif bir ilişki bulundu ( $p=-0,40$ ) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8.** Öğretmenlerde (n=42) yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı sonuçları arasındaki ilişki

(N=141)	Yaşam Kalitesi	Depresyon	Sağlık	Ağrı
Yaşam Kalitesi	-	0,501**	-0,451**	0,347*
Depresyon	0,501**	-	-0,412**	0,125
Sağlık	-0,451**	-0,412**	-	-0,550**
Ağrı	0,347*	0,125	-0,550**	-

Pearson Korelasyon Testi. \* p<0,05, \*\* p<0,01.

Beck Depresyon Envanteri, Vizüel Analog Skalası ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği verileri sonucunda katılımcıların yaşam kalitesi sonuç skoru ile depresyon sonuç skoru arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki vardı (p=0,50). Yaşam kalitesi sonuç skoru ile sağlık seviyeleri arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu bulundu (p=-0,45). Yaşam kalitesi sonuç skoru ile ağrı sonuç skoru arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki olduğu vardı (p=0,35).

Katılımcıların depresyon sonuç skoru ile sağlık seviyeleri arasında zayıf düzeyde negatif bir ilişki vardı (p=-0,41). Depresyon sonuç skoru ile ağrı sonuç skoru arasında çok zayıf düzeyde pozitif bir ilişki bulundu (p=0,13). Katılımcıların sağlık seviyeleri ile ağrı sonuç skoru arasında orta düzeyde negatif bir ilişki bulundu (p=-0,55) (Tablo 4.8).

**Tablo 4.9.** Fizyoterapistlerde (n=99) yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı sonuçları arasındaki ilişki

(N=99)	Yaşam Kalitesi	Depresyon	Sağlık	Ağrı
Yaşam Kalitesi	-	0,492**	-0,542**	0,460**
Depresyon	0,492**	-	-0,383**	0,214*
Sağlık	-0,542**	-0,383**	-	-0,378**
Ağrı	0,460**	0,214*	-0,378**	-

Pearson Korelasyon Testi. \* p<0,05, \*\* p<0,01.

Beck Depresyon Envanteri, Vizüel Analog Skalası ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği verileri sonucunda katılımcıların yaşam kalitesi sonuç skoru ile depresyon sonuç skoru arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki vardı (p=0,46). Yaşam kalitesi sonuç skoru ile sağlık seviyeleri arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu bulundu (p=-0,38).

Yaşam kalitesi sonuç skoru ile ağrı sonuç skoru arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki olduğu vardı ( $p=0,46$ ).

Katılımcıların depresyon sonuç skoru ile sağlık seviyeleri arasında zayıf düzeyde negatif bir ilişki vardı ( $p=-0,38$ ). Depresyon sonuç skoru ile ağrı sonuç skoru arasında çok zayıf düzeyde pozitif bir ilişki bulundu ( $p=0,21$ ). Katılımcıların sağlık seviyeleri ile ağrı sonuç skoru arasında orta düzeyde negatif bir ilişki bulundu ( $p=-0,39$ ) (Tablo 4.9).



## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın sonuçları özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve hastanelerde aktif çalışan fizyoterapistler ile aktif çalışan öğretmenlerde yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı parametrelerinin ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmadan elde edilen en önemli sonuç fizyoterapistlerin yaşam kalitesi seviyesinin öğretmenlere oranla daha düşük seviyede olmasıdır.

Bu çalışmada özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve hastanelerde aktif çalışan fizyoterapistler ile aktif çalışan öğretmenlerde yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı ile ilgili sosyodemografik verileri yaş, boy, cinsiyet, vücut ağırlığı, BKİ, sigara kullanımı, hastalık, uyku problemi, uyku saati, meslek, hizmet yılı, haftalık çalışma saati ve ilaç kullanımı açısından değerlendirdik.

Çalışmamızda katılan 50 öğretmende cinsiyet ile depresyon, ağrı arasında pozitif ilişkiye rastlandı ( $p<0.05$ ). Çalışmaya katılan 100 fizyoterapistte cinsiyet ile depresyon arasında pozitif ilişkiye rastlandı. Fizyoterapistlerde erkeklerde kadınlara oranla depresyon değeri pozitif yönde daha yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Öğretmenlerde ise kadınların erkeklere oranla depresyon ve ağrı değerleri pozitif yönde daha yüksek bulundu. Öğretmenler ve fizyoterapistlerde cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında farka rastlanılmadı ( $p>0.05$ ).

Tekkanat ve Acree ve ark. çalışmasında erkeklerin kadınlara oranla yaşam kalitesi farkının daha yüksek çıktığını gözlemlemiştir. Öztürk, Özer ve ark. çalışmalarında kadınların erkeklere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir. Ketenci ve ark. kadınların erkeklere oranla pozitif yönde ağrı seviyesinin daha fazla olduğunu gözlemlemişlerdir (21, 101-103, 78).

Kobau ve ark. 18 yaşından büyük 166.564 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada bireylerin son 30 gün içinde morali bozuk, depresif oldukları gün sayısı ile yaşam kalitesinin düzeyinin ilişkisini incelemişlerdir. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla sağlıklı gün geçirdiklerini bildirmişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre 18-24 yaş aralığındaki bireyler diğer yaş gruplarına göre daha fazla depresif gün geçirdiklerini bildirmişlerdir. Çalışmada, her iki cinsiyetteki bireylerde rapor edilen depresif geçirilen gün sayısındaki artışla birlikte fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı, uykusuz ve stresli geçirilen gün sayısının arttığını saptanmıştır (104).



Bu çalışmada cinsiyet ile depresyon arasındaki ilişkinin fizyoterapistler arasında ki çıkan sonuç literatüre göre farklı olmakla birlikte öğretmenlerde cinsiyet ile depresyon ilişkisi literatüre göre aynı sonuçları içermektedir. Tüm mesleklerde depresyon düzeyi kadınlarda fazla iken erkeklerde düşüktür ancak fizyoterapistlerde depresyon oranı kadınlara göre daha fazla olduğu saptandı. Erkek fizyoterapistlerin kadın fizyoterapistlere göre mesleki tatminlerinin daha düşük seviyede olduğu düşünüldü.

Bu çalışmada sigara kullanımının yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı parametreleri arasında pozitif ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ).

Öksüz yaptığı çalışmada sigara tüketiminin bel ağrısıyla anlamlı bir ilişki olmadığı sonucunu saptamıştır. Zahran ve ark. ise 18-24 yaşları arasındaki öğrencilerde sağlıksız davranışları ve sağlığa ilişkin yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında; sigara kullanmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Öksüz'un çalışma sonucu ile çalışmamızın sonucu paralellik göstermektedir. Ancak Zahran ve ark. çalışmasında sigara kullanımının yaşam kalitesini etkilediği sonucuna varmıştır. Zahran ve ark.'larının gençleri değerlendirmiş olması bu çalışmada ise yetişkinleri değerlendirmemiz sonucu etkilemiş olduğu düşünüldü. Çünkü gençlerde duygu durumu dalgalı olması sigaranın yaşam kalitesini etkilemesine bağlanılmaktadır (105, 106).

Bu çalışmada fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı parametreleri arasında pozitif ilişkiye rastlanılmadı ( $p>0.05$ ).

Blacklock ve ark. yaptıkları çalışmada Kolombiya'da yaşayan yetişkin bireylerin fiziksel aktiviteleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemişler ve sadece yürüme aktivitesi ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki gözlenmektedir (107).

Fatih ve ark. fiziksel aktivite ve depresyon ilişkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada; sporcular ile spor yapmayan bireyler arasında depresyon ve problem çözme becerisi seviyeleri ile ilgili değerlendirmede pozitif ilişki gözlenmemektedir (108).

Brown ve ark. çalışmalarında fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Brown ve ark. kişiye uygun fiziksel aktiviteye katılımının yaşam kalitesi düzeyi ile güçlü bir ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir. Vuillemin ve ark. düzenli fiziksel aktivite yapmanın yaşam kalitesinin en fazla zindelik boyutunu sonra fiziksel işlevsellik boyutunu etkilediğini belirtmişlerdir (109, 110).

Fatih ve ark.'nın çalışması ile aynı sonuç görülmektedir. Brown ve ark. ile Vuillemin ve ark.'nın çalışmasıyla farklı sonuçlar elde ettik. Farklı sonuçlar elde

etmemizde fizyoterapistlerin mesleklerinden dolayı fiziksel aktivite yapma isteklerinin az olması, Brown ve ark ile Vuillemin ve ark.'ın çalışmalarında öğrencileri değerlendirmesi fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide farklı sonuca varmamıza neden olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada fizyoterapistlerde uyku problemi ile yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı parametreleri arasında pozitif ilişki gözlemlendi ( $p<0.05$ ). Ancak öğretmenlerde ise pozitif bir ilişki gözlemlenmedi ( $p>0.05$ ).

Lukkahatai ve ark. uyku bozuklukları, yorgunluk ve ağrının, başta yaşam kalitesi olmak üzere, ruhsal durum ve fonksiyonellik üzerine olan olumsuz etkilerini vurgulamıştır (111).

Çalışmada uyku problemi ile yaşam kalitesi, depresyon, ağrı ilişkisinde fizyoterapistler arasında çıkan sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir ancak öğretmenlerde çıkan sonuçlar paralellik göstermemektedir.

Çalışmamızda fizyoterapist ve öğretmen gruplarının ağrı düzeyini ölçmek için vizüel analog skalası ile değerlendirildi. Gruplar arasında pozitif fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Fizyoterapistlerin kendi aralarındaki değerlendirmede ise fizyoterapistlerin yaptıkları tedaviler farklı olsada kas iskelet yaralanmalarından dolayı oluşan ağrı değerlendirme sonucu olarak arasında benzerlik gözlenmektedir. Bölümlere göre ağrı düzeylerinde pozitif ilişki bulunamadı ( $p>0.05$ ).

Mesleki olarak toplumun sağlık sorunlarına çözüm getirmek olan sağlık personeli, multidisipliner ekip yaklaşımlarında yaşanan problemler, gelir düzeyindeki farklılıklar, tedaviye yönelik uygulamalarda görülen aksaklıklar, sosyal aktivitelere ve aile yaşantısına yeterli zaman ayıramama, ölüm hissi ile çok yakın çalışma gibi bazı psikolojik faktörler sonucu gelişen yoğun stres, ergonomik çalışma prensiplerine uyulmaması ve uygun vücut mekaniklerinin kullanılmaması sonucu gelişen kas iskelet sistemi problemleri nedeniyle sağlık açısından çeşitli risk faktörleri ile karşılaşmaktadır (10, 47, 112, 113,).

Piyal ve arkadaşlarının Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarında yaptığı araştırmada sağlık personellerinin %95'inin mesleki bir sağlık riski ile karşı karşıya kaldığını saptamışlardır (114).

İngiltere' de yapılan bir çalışmada; fizyoterapistlerde mesleğe bağlı oluşan ve üç günden fazla süren kas iskelet yaralanmalarının görülme sıklığı % 42, kas iskelet sistemi yaralanmalarının yaşam boyu görülme sıklığı % 68 ve bir yıllık görülme sıklığı

ise % 58 olarak belirtilmiştir (115). Avustralya'daki fizyoterapistlerde mesleğe bağlı gelişen kas iskelet sistemi yaralanmalarının yaşam boyu görülme sıklığı % 91, bir yıllık görülme sıklığı % 80 olarak bulunmuştur. Fizyoterapistlerin %32'si, fizyoterapi tekniklerinin ise % 35'inin kas iskelet sistemi yaralanmasına maruz kaldığı saptanmıştır (116).

Litaratürdeki bazı çalışmalarda fizyoterapistlerin çalıştıkları alanlar: genel tıp alanı, psikiyatri, ortopedi, pediatri, geriatri, yanık ve plastik, nöroloji, obstetrik, romatoloji, jinekoloji, solunum tedavisi, rehabilitasyon ve kas iskelet alanları yüksek oranda kas iskelet yaralanması oluşturabilecek çalışma alanları olarak belirtilmektedir. Buna karşın; yoğun bakım, cerrahi, acil, koroner bakım, onkoloji, ve spinal yaralanma alanları diğer belirtilen bölümlere oranla daha az sakatlanma oluşturacak bölümlerdir. Manuel tedavi yapan fizyoterapistlerde şiddetli bel ve baş parmak ağrısı görülmektedir (117, 118).

Litaratürlerde fizyoterapistleri hastanelerde çalışan ve özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan olarak incelemedikleri görülmektedir, fizyoterapistlerin çalıştıkları ünitelere (ortopedi, pediatri,nöroloji vs. ) göre incelemişler. Çalışmamızın bu konuda farklı olmasının yararlı olduğunu düşünülür ancak iki grup olarak çalışılmış olması bu çalışmanın limitasyonudur. Daha fazla grup veya mesleklerin kendi içindeki branşlarda yapılmasının daha etkili sonuçlar çıkarılabileceği görüşündeyim.

İngiliz Öğretmenler Federasyonunun araştırmalarına göre öğretmenlerin hemen hemen yarısı kas-iskelet sistemi ağrısı çektiği belirtilmektedir. Başka bir çalışmada ise baş ağrısı (%56,7), bel ağrısı (%55), fizik aktivite sırasında ayaklarda ağrı (%50,8) ve ses kısıklığı (%50,7) öğretmenlerde en çok gözlenen yakınmalardır (119).

Fizyoterapistlerin ağrı düzeyinin, mesleki olarak kas iskelet yaralanmalarına daha açık olduğu için fazla olmasını beklememe rağmen öğretmenlerdeki ağrı düzeyi ile pozitif bir ilişki olmadığı görüldü ( $p>0.05$ ).

Litaratürlerde çeşitli meslekler arasında ağrı değerlendirilmesi yapılmış ancak çalışmalarda mesleklerin aynı çalışma gruplarıyla yapılmış olması yönünden farklılık mevcuttur. Litaratürde çeşitli skalalar kullanılmış. Bu çalışmada daha fazla ve farklı meslek grupları kullanmam daha efektif olurdu iki meslek grubuyla yapmam bu çalışmanın limitasyonudur

Bu çalışmada özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve hastanelerde aktif çalışan fizyoterapistler ile aktif çalışan öğretmenlerde yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı

parametreleri incelenmiş olup depresyon ve ağrıda pozitif ilişki bulunmazken ( $p>0.05$ ) yaşam kalitesinde pozitif ilişki görüldü ( $p<0.05$ ).

Bu çalışmada hastanede ve özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistlerde beck depresyon ölçeği ile depresyonu ile araştırıldı. Anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p>0.05$ ).

Fizyoterapistler kas iskelet sistemi yaralanma ve hastalıklarını önleyici ve tedavi edici bilgilerine karşılık kendileri de yaptıkları iş sırasında; ağır kaldırma, statik ve dinamik çalışma postürleri, tekrarlayıcı hareket paternleri, kullanılan araçlar ve ekipmanlar, çalışma işleyişi ve mental stres açısından önemli riskler taşımaktadırlar (120).

Litaratürlerde fizyoterapistler arasında yorgunluk, stres ve duygusal tükenmeye bağlı depresyondan en az etkilenen alan ortopedi alanında çalışanlar en fazla etkilenen bölüm genel alanda çalışanlar olduğu belirtilmektedir (121, 122).

Litaratürde fizyoterapistlerle ilgili çalışma yetersiz olduğundan bu çalışmanın limitli olduğu görülmektedir. Başka bir çalışmada fizyoterapistleri alt dallarına (ortopedi, pediatri, nöroloji vs ) göre incelemişler. Çalışmamızda ise hastane ve özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışan fizyoterapistlerde incelememiz diğer çalışmalardaki fizyoterapist bölümlerine göre az olması farklı sonucun çıkmasına neden olduğu görüşündeyiz.

Bu çalışmada fizyoterapist ve öğretmenlerin depresyon seviyeleri beck depresyon ölçeği ile değerlendirildi. İki meslek grubu arasında pozitif sonuca varılmadı ( $p>0.05$ ).

İnce ve ark. çalışmasında öğretmenlerde stres altında bulunma oranının %50,9 olduğu, kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise öğretmenlerde görünen; baş ağrısı, halsizlik, gerginlik gibi yakınmaların depresyona yol açtığı belirtilmektedir (119).

Litaratürdeki çalışmalarda araştırılan meslekler genelde benzer meslek grupları veya aynı mesleğin alt dalları arasında olduğu görülmektedir. Bu çalışmada farklı meslek grupları kullanmamız farklılık oluşturmaktadır ancak daha çeşitli meslek grubunu incelemek araştırmayı daha verimli yapabildi.

Bu çalışmada EQ-5D ölçeği toplam puanının mesleklere göre ikili karşılaştırmalarında istatistiksel olarak pozitif bir ilişki saptandı. Öğretmenlerin yaşam kalitesi fizyoterapistlere göre daha iyidir sonucu ortaya çıktı ( $p<0.05$ ). İki fizyoterapist

grubu arasında ise EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği ile yaşam kalitesi parametresi ölçülmüştür. Sonuçlara göre pozitif bir ilişkiye ulaşılmadı ( $p>0.05$ ).

Litaratürlerde başka meslek gruplarıylada yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapılmıştır.

Litaratürdeki bir çalışmada Mehmet Akif Ersoy Üniversitesindeki akademik ve idari personelin yaşam kalitesi incelenmiş. Akademik personelin yaşam kalitesi, sosyal ve mental yönden idari personele göre daha sağlıklı olduğu sonucuna varılmıştır. Literatüre bakıldığında Yancar, Tezvaran ve Vural' ında yapmış oldukları çalışmalarla paralellik göstermektedir (22, 123- 125).

Bu çalışmada öğretmenlerin yaşam kalitesi fizyoterapistlerin yaşam kalitesine göre yüksek seviyede fark olduğu belirtildi.

Başka bir çalışmada İzmir'deki fizyoterapistlerin % 85'inin meslek hayatı boyunca kas iskelet sistem yaralanması olduğu ve bu durumun yaşam kalitesini etkilediği sonucuna varılmıştır (126).

Kaya'nın Ankara'da bulunan 112 acil yardım hizmetleri sağlık personelinin yaşam kalitelerini incelemek için WOQOLBREF yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak yaptığı 65 hemşire, 75 hekim, 13 ebe ve 46 sağlık memuru olmak üzere toplam 200 kişinin katıldığı çalışmada hekimlerin %42,7'si, hemşirelerin %43.6'sı, sağlık memurlarının %39,1'inin genel sağlık durumlarından memnun olmadıkları saptanmıştır (127).

Litaratürlere baktığımızda sağlık çalışanlarının genelde yaşam kalitesinin diğer mesleklere göre daha düşük çıktığı görülmektedir. Bu çalışmada daha fazla sayıda sağlık ve eğitim grubu kullanmadığımız için bu çalışmanın limitasyonudur. Fizyoterapistler ve öğretmenlerin beraber kullanıldığı çalışma olmadığı için çalışmamızın ilk olduğu düşünülür.

## 6. SONUÇLAR

Çalışmamızda özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve hastanelerde çalışan fizyoterapistler ile aktif çalışan öğretmenler arasında yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı değerlendirildi. Çalışmaya toplam 50 özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapist, 50 hastanelerde çalışan fizyoterapist ve 50 öğretmen dahil edildi. Bireylerin sosyodemografik durumları, depresyon, ağrı ve yaşam kaliteleri ilgili ölçekler kullanılarak değerlendirildi.

Çalışmanın sonucunda ulaşılan sonuçlar:

1. Çalışmamıza katılan öğretmenlerde yaşam kalitesi düzeyi fizyoterapistlere göre yüksek derecede yüksek olduğu görüldü.
2. Çalışmamıza katılan fizyoterapist ve öğretmenlerde depresyon ve ağrı düzeyi arasında pozitif ilişki olmadığını görüldü.
3. Çalışmamıza katılan özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve hastanelerde çalışan fizyoterapistlerde ise yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı düzeyleri arasında pozitif ilişki olmadığı görüldü.
4. Çalışmamızda öğretmenlerin ağrı ve depresyon değerleri ile cinsiyet arasında anlamlı fark görüldü. Kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu görüldü. Yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında pozitif ilişki görülmedi. Fizyoterapistlerde ise cinsiyet faktörünün sadece depresyon ile anlamlı bir ilişkisi görüldü. Erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğunu gördük. Ağrı ve yaşam kalitesi arasında ise pozitif ilişki görülmedi.
5. Çalışmamıza katılan fizyoterapist ve öğretmenlerde sigara kullanımının yaşam kalitesi, depresyon, ağrı ile ilgili pozitif ilişki görülmedi.
6. Çalışmanın katılan fizyoterapist ve öğretmenlerde fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi, depresyon, ağrı arasında pozitif ilişki görülmedi.
7. Çalışmamıza katılan öğretmenlerde uyku probleminin bulunması ile yaşam kalitesi, depresyon ve ağrı arasında pozitif ilişki görülmedi. Ancak fizyoterapistlerde bu değerlerin hepsinde pozitif ilişki görüldü.

## 7. KAYNAKLAR

1. Tüzün, H., E., Eker, L. Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi Sağlık ve Toplum. 2003;13: 2
2. Avcı, K., Pala, K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 30(2): 81-85
3. Özer, D. ve Baltacı, G. İş yerinde fiziksel aktivite, Fiziksel aktivite bilgi serisi. Ankara: Klasmat Matbaacılık. 2008
4. Cetişli, N. Tekstil Endüstrisi Çalışanlarında Mesleki Risk Faktörlerinin Vücut Sistemleri Üzerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara. 2000
5. Sommerich, C.M., Mcglothlin, J.D., Marras, W.S. Occupational Risk Factors Associated With Soft Tissue Disorders of The Shoulder: A Review of Recent Investigations in The Literature. Ergonomics. 1993;36(6):697-717.
6. Armstrong, T.J., Buckle, P., Fine, L.J., Hagber, M., Jonnsson, B., Kilbon, A., Et Al. A Conceptual Model for Work-Related Neck and Upper-Limb Musculoskeletal Disorders. Scandinavian Journal of Work and Environmental Health. 1993;19:73-84.
7. Dimberg, L., Olafsson, A., Stefansson, E., Aagaars, H., Oden, A., Anderson, G.B.J., Et Al. The Correlation Between Work Environment and the Occurrence of Cervicobrachial Symptoms. Journal of Occupational Medicine. 1989;31(5):447-453.
8. Karahan, A. Hemşirelerde Klinik Ortamda Vücut Mekaniklerini Kullanma ve Bel Ağrısı Görülme Durumlarının Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. 2000
9. Holder, N.L., Clark, H.A., Di Blasio, J.M., Et Al. Cause, Prevalence and Response to Occupational Musculoskeletal Injuries Reported by Physical Therapist and Physical Therapist Assistans. Physical Therapy. 1999;79(7):642-652.
10. Bölükbaşı, N. Sağlık Çalışanlarında Bel Ve Üst Ekstremiteye İlişkin Kas-İskelet Sistemi Sorunları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi Kongre Kitabı, Ankara. 1999; s.26-28.

11. Bowling, A. *Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales.* 2nd ed. Buckingham: Open University Pres. 1998
12. Molumphy, M., Et al. Incidence of Work Related Low Back Pain in Physical Therapist. *Physical Therapy* 1985;65(4):482-486.
13. Ayraler A, Yavuz BG, Bakım B, Karamustafalıoğlu O. Diyaliz ünitesinde çalışan sağlık ekibinde tükenmişlik sendromu, *Journal of Academic Research in Medicine.* 2011;1:52-56.
14. Martin F, Poyen D, Boudierlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. *Int J Occup Environ Health* 1997; 3:204-209.
15. Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:147-155.
16. Firth H, McKeown P, McIntee J. Professional depression, 'burnout' and personality in longstay nursing. *Int J Nurs Stud* 1987; 24:227-237.
17. Iacovides A, Fountoulakis KN, Moysidou C, Ierodiakonou C. Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *Int J Psychiatry Med* 1999; 29:421-433.
18. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2011;2(2):61-68.
19. Kaplan HI, Sadock BJ (eds). *Synopsis of Psychiatry. Eighth Edition.* Maryland: Williams & Wilkins. 1998: 810-1.
20. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi.* İstanbul: Roche. 1993;117-34.
21. Tekkanat, Ç. Öğretmenlik bölümünde okuyan öğrencilerde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sporda Psiko-Sosyal Alanlar Anabilim Dalı. 2008
22. Yancar, C. Madde bağımlılarında ikinci eksen komorbidite ve kişilik özelliklerinin bağımlılık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul; Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 11. Psikiyatri Birimi. 2005
23. Akyüz, G. Geriatrik Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Rehabilitasyon Dergisi.s* 2006;52,(özel Ek A):A57-A59.
24. Aksungur, A. Dr. Zekai Tahir Burak Hastanesi'nde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumunu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi,



Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı. 2009

25. Campbell, A. *The Sense of Well-Being in America* . New York, McGraw-Hill. 1981; (ISBN 0-07-009683-X).
26. Farquhar, M. 'Definitions of Quality of Life: a Taxonomy'.*Journal of Advanced Nursing*. 1995;22:3 502.
27. Muldoon, M.F., Barger, S.D., Flory, J.D., Manuck, S.B. What are Quality of Life measurements measuring? 1998;*BMJ*.316:542.
28. Wilson, I.B., Cleraly, P.D. Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA*. 1995;59
29. Leidy, N.K. Functional status and the forward progress of merry grounds. Toward a coherent analytical framework. *Nurse Res* . 1994;43:196
30. Anderson, K.L. The Effects of Cronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. *Nurse Res Health*. 1995;18:547.
31. Moodly, L., McCormick, K., Williams, A. Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysem. *J Behav Med*. 1990;13:297.
32. Fries, J.F., Singh, G. The hierarchy of patient outcomes. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott- Raven Publishers. 1996;p:33.
33. The WHOQOL Group : What quality of life. *World Health Forum*. 1996: 17;354-356.
34. Fidan, D., Ünal, B., Demiral, Y. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. *Sağlık ve Toplum*. 2003;3;3-8.
35. Ware, J.E. The Status of health assesment 1994. *An Rev Pub Health*. 1994;16:327.
36. Tesla, M.A., Nackley, J.F. Methods for Quality of Life Studies. *An Rev Public Health*. 1994;15:535.
37. Baysal, Ü.S. Depresyonlu hastalarda yaşam kalitesi algısının araştırılması. *Yayınlanmamış Klinik Psikoloji Programı. Uzmanlık Tezi. İzmir*. 1991
38. Bowling, A. *Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales*. 2nd ed. Buckingham: Open University Pres. 1998
39. Benner, P. Quality of life: a phenomenogical perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *Advances in Nursing Science*, special issue: Quality of Life. 1985;8: 1-14.

40. Ziller, R.C. Self-other orientations and quality of life. *Social Indicators Research*. 1975;1:301-27.
41. Fitzpatrick, R., Et Al. Quality of life measures in health care. Applications and issues in assessment. *BMJ*. 1992;305:1074-1077.
42. World Health Organisation. The first ten years of the World Health Organisation. Geneva. WHO. 1958
43. Fries, J.F., Singh, G. The hierarchy of patient outcomes. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott- Raven Publishers. 1996;p:33.
44. Cooley, M.E. Quality of Life in persons with nonsmall cell lung cancer. A concept analysis. 21nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. 1998;p:151.
45. Tekkanat, Ç. Öğretmenlik bölümünde okuyan öğrencilerde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sporda Psiko-Sosyal Alanlar Anabilim Dalı. 2008
46. Savcı, S., Öztürk, M., Arıkan, H., İnal, İ. D., Tokgözoğlu, L. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern. Arş.* 2006; 34, 166-172.
47. Özcan, E., Samancı, N., Balcı, N. Hastane Personelinde Bel Ağrısı, *Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri*, Bursa, s.13-16. 2001
48. Öksüz, Ç. Fizyoterapistlerde kas iskelet sistemi ile ilgili fonksiyonel çalışma kapasitesinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara. 2003
49. Raj PP., Ağrı toksonomisi, Erdine S. (Ed) Ağrı. Alemdar ofset. 2000; s:12-18.
50. Erdine S. Ağrı mekanizmaları. *Klinik Gelişim Dergisi*. 2007;3:8.
51. Çeliker R., Kronik ağrı sendromları-derleme. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2005; 51(4), 14-18.
52. Ketenci A., Ağrı ve değerlendirmesi. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Nobel Tıp Kitabevi. 2000;S:111-122.
53. Merskey H, Bogduk N (eds). *International Association for the study of Pain Classification of Chronic Pain*, 2nd ed. Seattle, WA, IASP Press, 1994.
54. Kaplan HI, Sadock BJ (eds). *Synopsis of Psychiatry*. Eighth Edition. Maryland: Williams & Wilkins, 1998; 810-1.
55. Erdine S. Ağrının Tanımı. Erdine S. (editör). *Ağrı Sendromları ve Tedavisi 2*. Baskı. 2003;1-6.

56. Raj PP. Ağrı toxonomisi. Erdine S. (editör). İstanbul Nobel Tıp Kitabevi, 2000;12-9.
57. Erdine S, Hamzaoğlu O, Özkan Ö, Balta, Domaç M. Türkiye’de erişkinlerin ağrı prevalansı. Ağrı Dergisi. 2001;2:22– 30.
58. Fordyce WE, McMahon R, Rainwater G, Jackins S, Questad K, et al. Pain complaints-exercise performance relationship in chronic pain. Pain. 1981;10:311–21.
59. Gaziantep Tıp Dergisi 2008, 14:53-58.
60. Berker E, Dinçer N . Kronik ağrı ve rehabilitasyonu. Ağrı. 2005;17:10-16
61. Cazzola M,Atzeni F, Sanzi-Puttini P Pain in fibromyalgia syndrome. J Funct Synd. 2002;2:57-68.
62. Erdine S. Ağrı mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım. Ağrı (Erdine S) 3.Baskı. İstanbul, Nobel Kitapevi. 2007;37-48.
63. Roditi,D., Robinson,M.E. The Role of Psychological Interventions in the Management of Patients with Chronic Pain. Psychology Research and Behavior Management. 2011; 4, 41-49.
64. Yıldız Ö. E., Ed: Beyazova M., Kutsal G.Y., Bel ağrısı. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. cilt 2, Ankara. 2000;1465-1482.
65. Walden G., Tetik S., Özaras N., Farklı etiyolojilere bağlı kronik ağrıda ağrıyla ilişkili sakatlık ve depresyon. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2003; 49.
66. Evlice Y.E., Uğuz Ş., Psikiyatrik açıdan ağrı. Galenos Tıp Dergisi. 2006.
67. Porter, S. Tidy’s Physiotherapy.USA :Elsevier Limited. 2003.
68. Dündar Ü, Solak Ö, Demirdal ÜS, Toktaş H, Kavuncu V. Kronik bel ağrılı hastalarda ağrı, yeti yitimi ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi. Genel Tıp Derg, 2009;19:99-103.
69. Looney PL, Stratford PE. The prevalence of low back pain in adults; A methodological review of the literature. Phys Ther 1999;4:384-95.
70. Veehof, M. M., Oksam, M.J., Schreurs, K.M.G., Bohlmeijer,E.T., Acceptance-based interventions fort the treatment of chronic pain: A systemic review and meta analysis. Pain. 2011;152, 533-542.
71. Hurley D.A., Eadie J. O’Donoghue G., Kelly C.,Lonsdale C.,Guerin S. ve diğerleri. Physiotherapy for sleep disturbance in chronic low back pain: a feasibility randomised controlled trial. BMC Musculoskeletal Disorders. 2010; 11,70.

72. Marty, M., Rozenberg,S., Duplan,B., Thomas,P., Duquesnoy,B., Allaert,F. Quality of sleep in patient with chronic low back pain:a case –control study. *European Spine Journal*. 2008; 17,839-844.
73. King SA. Pain Disorders. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Textbook of Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press. 1999; 1003-24.
74. Asiksal, H. S. Mood Disorders. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 2. Cilt.s 1338-1377. 2000.
75. Cromie J.E., Robertson V.J., Best M.O. Work related musculoskeletal disorders in physical therapist: Prevalence, severity, risks and responses. *Physical Therapy*.80(4);350. 2000
76. İnce N, Özyıldırım B, İnce H, ve ark. İstanbul'daki (Silivri) Öğretmenlerde Mesleki Maruziyete Bağlı Hastalıkların Araştırılması. *Nobel Med* 2012;8(1):35-41.
77. Küey, L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*. 1998; 1, 5-12.
78. Öztürk MO. Duygulanım bozuklukları, ruh sağlığı ve hastalıkları. O Öztürk (Ed), 7. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın birliği. 2001:223-42.
79. Güler, D. Mastalji, yaşam kalitesi ve depresyon. Uzmanlık tezi, İstanbul. 2006
80. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2(2):61-68.
81. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikoloji*. 2008;11(Ek 3):3-18.
82. Güleç, C. Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konudaki tutumlar üzerine sağlık örgütlenişinin etkisini araştıran bir çalışma. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 1981
83. Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D., Jr., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramer, M. ve diğerleri. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45 (11), 977-986.
84. Bland, R.C. Epidemiology of affective disorders: a review. *Can J Psychiatry*. 1997; 42 (4), 367-377.
85. Ayraller A, Yavuz BG, Bakım B, Karamustafalıoğlu O. Diyaliz ünitesinde çalışan sağlık ekibinde tükenmişlik sendromu, *Journal of Academic Research in Medicine* 2011;1:52-56.

86. Kaçmaz N. Tükenmişlik sendromu. *İst Tıp Fak Derg* 2005;68:29-32. -French SE, Lenton R, Walters V, Eyles J. An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. *J Nurs Meas* 2000;8:161-78.
87. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2(2):61-68.
88. Thomas G, de Jong FI, Cremers CW, et al. Prevalence of voice complaints, risk factors and impact of voice problems in female student teachers. *Folia Phoniatr Logop.* 2006;58(2):65-84.
89. Williams N.R. Occupational groups at risk of voice disorders: a review of the literature. *Occupational Medicine.* 2003;53:456-60.
90. Roy N, Merrill RM, Thibeault S, et al. Voice disorders in teachers and the general population: effects on work performance, attendance, and future career choices. *J Speech Lang Hear Res.* 2004 Jun; 47(3):542-51.
91. El-Latif FA, El Garawany H. Occupational risks for preschool teachers in alexandria. *J Egypt Public Health Assoc.* 2002;77(1-2):117-31.
92. Erick P.N, Smith D.R. A systematic review of musculoskeletal disorders among school teachers . *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2011;12(260):1-11.
93. Devereux JJ, Vlachonikolis IG, Buckle PW. Epidemiological study to investigate potential interaction between physical and psychosocial factors at work that may increase the risk of symptoms of musculoskeletal disorder of the neck and upper limb. *Occup Environ Med.* 2002;59:269-277.
94. Deckard GJ, Present RM. Impact of role stress on physical therapists' emotional and physical wellbeing. *Phys Ther.* 1989;69:713-718
95. Wall, P. D. ve Melzack, R. *Testbook of Pain.* Edinburg; Churchill Livingstone. 1984.
96. Mannion,A.F., Balague,F., Pellise,F., Cedraschi,C. Pain Measurement in Patients with Low Back Pain, *Natural Clinical Practice Rheumatology*,3(11),610-618. 2007.
97. Beck, A.T., Ward,C.H., Mendelson,M., Mock,J., Erbaugh,J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry.* 4:561-71. 1961.
98. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes.* New York: Oxford University Press;1997.

99. Kahyaoğlu Süt H. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2009.
100. Marx RG, Menezes A, Horovitz L, Jones EC, Warren RF. A comparison of two time intervals for test-retest reliability of health status instruments. *J Clin Epidemiol.* 2003;56:730-735
101. Acree L.S., Longfors J., Fjeldstad A., Fjeldstad C., Schank B., Nickel K.J., et al. Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes.* 4:37, 2006.
102. Özer SK, Demir B, Tuğal Ö. ve ark. Montgomery- Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 12: 185-194. 2001.
103. Ketenci A., Yıldız E.Ö., Müslümanoğlu L., ve ark., Kronik mekanik bel ağrılı 1120 hastanın özellikleri. *Fiziksel tıp ve rehabilitasyon dergisi,* 44(1). 1998.
104. Kobau, R., Safran, A.,M., Zack, M.,M., Moriarty, G.,D., Chapmani, D. Sad, blue or depressed days, health behaviors and health related quality of life, Behavioral Risk Factor Surveillance System 1995-2000. *Health and Quality of Life Outcomes.,* 2:40. 2004.
105. Öksüz E., Prevalence, risk factors, and preference-based health states of low back pain in a Turkish population. *Spine,* 31(25): 968-72. 2006.
106. Zahran HS, Zack MM, Vernon-Smiley ME, Hertz MF. Health-related quality of life and behaviors risky to health among adults aged 18-24 years in secondary or higher education United States, 2003-2005. *J Adolesc Health,* 41:389-97. 2007.
107. Blacklock R.E., Rhodes R.E., Brown S.G., Relationship between regular walking, physical activity, and health-related quality of life. *Journal of Physical Activity and Health,* 4: 138-152, 2007.
108. Fatih Canan, Ahmet Ataoğlu. Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry,* 11:38-43. 2010.
109. Brown, D. W., Balluz L. S, Heath, G. W. Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Prev Med.,*37: 520-8. 2003.

110. Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, j.M., Herberg S., Guillemin, F., Briancon, S. Leisure time physical activity and health related quality of life. *Preventive Medicine* 41: 562– 569. 2005.
111. Lukkahatai, N., Saligan, L. N. Association of catastrophizing and fatigue: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 74: 100–109. 2013.
112. Cavlak, U., Yağcı, N., Böbeci, M. Denizli ilinde çalışan diş hekimlerinde görülen kas iskelet sistemi problemlerinin incelenmesi. *Dental Dergi*.72:113-116. 2002.
113. Berker, E. Belde ağrı kaynakları. *Bel Ağrısı Tanı ve Tedavi*. Ed: Özcan E, Ketenci A. Nobel Kitabevi, İstanbul.45-49. 2002.
114. Piyal, B., Akdur, R. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çalışanlarında Bazı Mesleki Risk Etmenleri. 5. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul.494-499. 1996.
115. Glover W, McGregor A, Sullivan C, et al. Workrelated musculoskeletal disorders affecting members of the Chartered Society of Physiotherapy. *Physiotherapy*. 2005;91:138-147.
116. Holder NL, Holly A, Clark HA, et al. Cause, prevalence, and response to occupational musculoskeletal injuries reported by physical therapists and physical therapist assistants. *Phys Ther*. 1999;79:642-652.
117. Beynon C, Reilly T. Epidemiology of musculoskeletal disorders in a sample of British nurses and physiotherapists. In: Reilly T, ed. *Musculoskeletal Disorders in Health-Related Occupations*. Amsterdam: IOS Press. 2002;63-85.
118. Cromie JE, Robertson VJ, Best MO. Work-related musculoskeletal disorders in physical therapists: prevalence, severity, risks and responses. *Phys Ther*. 2000;80:336-351.
119. İnce N, Özyıldırım B, İnce H, ve ark. İstanbul'daki (Silivri) Öğretmenlerde Mesleki Maruziyete Bağlı Hastalıkların Araştırılması. *Nobel Med* 2012;8(1):35-41.
120. Kayıhan, H. Çalışma yerinin ergonomik analizi ve fizyoterapistlerde risk faktörleri. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı I. Ulusal Kongresi Kongre Kitabı*, Ankara. 1-5. 1999.
121. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manuel* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1996.
122. Bensing J, Hulsman R, Scheurs K. Vermoeidheid: Een chronisch problem [Fatigue: a chronic problem]. *Medisch Contact*. 1996;51:123-124.

123. Özüdođru, E. Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2013.
124. Tezvaran, Z. Kronik bel ve boyun ağrısı olan üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri. Uzmanlık tezi, İstanbul; Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2010.
125. Vural, Ö. Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara; Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. 2010.
126. Salik Y, Özcan A. Work-related musculoskeletal disorders: A survey of physical therapists in İzmir- Turkey. BMC Musculoskelet Disord. 2004; 5, 27.
127. Kaya, M. Ankara'da 112 Acil Yardım Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara. 2003.



## 8.EKLER

### EK 1: DEĞERLENDİRME FORMU

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİNDE VE HASTANELERDE  
ÇALIŞAN FİZYOTERAPİSTLER İLE AKTİF ÇALIŞAN ÖĞRETMENLERİN  
SOSYODEMOGRAFIK DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu anket Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Yüksek Lisans öğrencimiz Fzt.Hasan Hüseyin Selbi'nin Yüksek Lisans bitirme tezi kapsamında yapılacaktır. Bu ankete katılan katılımcıların bilgileri başka bir yerde veya başka bir maksatla kullanılmayacaktır. Bilgilerinize sunulur.

Doç.Dr.Ali Aydeniz  
Danışman

Ad-Soyad: \_\_\_\_\_ Anket Tarihi: \_\_\_\_\_

E-posta adresi: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

1. Doğum Tarihi : \_\_\_\_\_ Kilo : \_\_\_\_\_ Boy: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

2. Cinsiyeti: 1- Kız 2-Erkek

3. Mesleğiniz: \_\_\_\_\_

4. Çalıştığınız kurum: \_\_\_\_\_

5. Sigara kullanıyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

6. Fiziksel bir engeliniz var mı? 1-Evet 2-Hayır

7. Herhangi bir sistemik rahatsızlığınız var mı? 1-Evet 2-Hayır
8. Spor yapma alışkanlığınız var mı? 1-Evet 2-Hayır
9. Hangi spor? .....
10. Haftada kaç kez? .....
11. Haftada kaç saat? .....
12. Herhangi bir uyku probleminiz var mı? 1-Evet 2-Hayır
13. Günde kaç saat uyuyorsunuz? .....
14. Kaç yıldır çalışıyorsunuz? .....
15. Çalışma saatleriniz ? .....
16. Dominant el ? .....
17. Ağrınız var mı ? 1-Evet 2-Hayır
18. Son 12 ayda hangi bölgelerinizde ağrınız oldu ?
- Bel -Boyun -Omuz -Dirsek -El -El bileği -El parmakları
- Sırt -Diz -Kalça -Uyluk -Ayak -Ayak parmakları

## BECK DEPRESYON ENVANTERİ

### AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 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.
- 2- 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.
- 3- 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.
- 4- 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.

5- 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.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

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

7- 0. Kendimden memnunum.

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

8- 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.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

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

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

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

11- 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.

- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
  2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
  3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 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.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
  2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
  3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 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.
- 16- 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.
- 17- 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.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
  2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iřtaham yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

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

2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için başka Őeyleri dūřünmek zorlařıyor.

3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki başka hiębir Őey dūřünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilginde bir deęiřme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla Şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

#### **Depresyon derecesi Toplam**

Minimal depresyon 0-9

Hafif depresyon 10-16

Orta depresyon 17-29

Şiddetli depresyon 30-63

## EK 3. EQ-5D YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

# EQ-5D-3L Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (1990 EuroQol Group EQ-5D-3L)

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Size en çok uyan ifadeye çarpı işareti koyun

### A - Hareket

<sub>1</sub> Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum

<sub>2</sub> Yürürken bazı güçlüklerim oluyor

<sub>3</sub> Yatalağım

### B - Öz-bakım

<sub>1</sub> Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum

<sub>2</sub> Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor

<sub>3</sub> Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

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

<sub>1</sub> Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum

<sub>2</sub> Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor

<sub>3</sub> Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim.

### D - Ağrı / rahatsızlık

<sub>1</sub> Ağrı veya rahatsızlığım yok

<sub>2</sub> Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var

<sub>3</sub> Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var

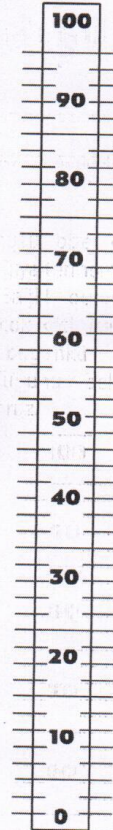
### E - Anksiyete/Depresyon

<sub>1</sub> Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim

<sub>2</sub> Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk

<sub>3</sub> Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk

Bugünkü sağlık durumunuzu bize kolayca belirtmeniz için hemen aşağıya termometreye benzer bir ölçek çizdik. Sağlık durumunuz mükemmel ise 100'ü çok çok kötü ise de 0'ı işaretleyecek şekilde bugünkü sağlık durumunuzun nasıl olduğunu belirtecek şekilde çizgi çizmenizi istiyoruz.



Bugünkü sağlık durumunuza uyan seviyeyi çizin

Toplam Puan: \_\_\_\_\_

#### EK. 4 VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Adınız Soyadınız: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

Hiç ağrı olmaması

En dayanılmaz ağrı





## EK 5. ETİK KURUL ONAYI

### GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU


ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde, Hastanelerde Çalışan Fizyoterapistler ile Aktif Çalışan Öğretmenlerde Yaşam Kalitesi, Ağrı ve Depresyon Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	419

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Ali Aydeniz			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Hastanesi/ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
ERİ ENDI RILE N = DİGE R BEL GELİ	Belge Adı	Açıklama				
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>				

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ  
İmza:

  
*Not: Etik kurul başkanı imzalamıyorsa her sayfaya imza atmalıdır.*

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde, Hastanelerde Çalışan Fizyoterapistler ile Aktif Çalışan Öğretmenlerde Yaşam Kalitesi, Ağrı ve Depresyon Değerlendirilmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	419		
KARAR BİLGİLERİ	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>	
Karar No:2017 /419	Tarih: 26.12. 2017		
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Belgin AL-AŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım #		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Belgin AL-AŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Feridun İŞİK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Cahide Elit ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Recep TÜRK	BANKACI	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin AL-AŞEHİRLİ  
İmza:

Elden teslim aldım.  
Hasan Huseyin SELBİ

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**Adı Soyadı** : Hasan Hüseyin SELBİ

**Uyruğu** : T.C

**Doğum Yeri** : Osmangazi/Bursa

**Doğum Yılı** : 07.05.1991

### EĞİTİM DURUMU

**2014-** : Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD. Yüksek Lisans (Gaziantep)

**2010–2014** : Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü (Kütahya)

**2005-2009** : Seyhan Rotary Anadolu Lisesi (Adana)

**2001-2005** : Gazi İlköğretim Okulu (Adana)

### MESLEKİ TECRÜBELER

Özel Seyhan Tıp Merkezi (Adana) 2014-2017

Özel Sezar Hospital (Adana) 2017-

Terafiz Sağlıklı Yaşam Merkezi (Adana) 2014-