

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI



BAKIM, REHABİLİTASYON VE AİLE DANIŞMA
MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN KADIN VE ERKEK
FIZYOTERAPİSTLERDE UYKU, YAŞAM KALİTESİ, İŞ
DOYUMU VE TÜKENMİŞLİĞİN KARŞILAŞTIRILMASI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KORCAN BURAK SOYCAN

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. EYLEM TÜTÜN YÜMİN

BOLU, ARALIK - 2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

Korcan Burak SOYCAN tarafından hazırlanan “**Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezlerinde Çalışan Kadın ve Erkek Fizyoterapistlerde Uyku, Yaşam Kalitesi, İş Doyumu ve Tükenmişliğin Karşılaştırılması**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliğiyle kabul edilmiştir. 29/12/2023

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Prof. Dr. Eylem TÜTÜN YÜMİN
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Doç. Dr. Meral SERTEL
Kırıkkale Üniversitesi

.....

Üye
Doç. Dr. Nuriye ÖZENGİN
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Doç. Dr. Asuman SALTAN
Yalova Üniversitesi

.....

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Ömer Osman PALA
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin 28/11/2023 tarihinde Turnitin adlı intihal tespit programından enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 15 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 28 sayısı ile etik izin alınmıştır.

.....
KORCAN BURAK SOYCAN

ÖZET

BAKIM, REHABILITASYON VE AİLE DANIŞMA MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN KADIN VE ERKEK FIZYOTERAPİSTLERDE UYKU, YAŞAM KALİTESİ, İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİĞİN KARŞILAŞTIRILMASI YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KORCAN BURAK SOYCAN
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI**

**(TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. EYLEM TÜTÜN YÜMIN
BOLU, ARALIK - 2023
XI + 65**

Bu çalışmanın amacı, bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerinde çalışan kadın ve erkek fizyoterapistlerin uyku, yaşam kalitesi, iş doyumunu, kinezyofobi ve tükenmişliklerinin karşılaştırılmasıdır. Çalışmaya yaş ortalaması 30,14±6,97 yıl olan 94 kadın ile 33,82±8 yıl olan 28 erkek fizyoterapist olmak üzere toplam 122 birey katıldı. Bireylerin fiziksel ve sosyodemografik bilgileri ‘Google forms yöntemi’ ile alındıktan sonra; tükenmişlikleri Maslach Tükenmişlik Ölçeği, iş doyumları Minnesota İş Doyum Ölçeği, Yaşam kalitesi Nottingham Sağlık Profili, uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, hareket/tekrar yaralanma korkuları Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği ile değerlendirildi. Kadınların Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ve duygusal tükenme ve duyarsızlaşma (p=0,009, p=0,002, p=0,021), Nottingham Sağlık Profili toplam puanı ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, sosyal izolasyon ve enerji alt boyutlarında (p=0,001, p=0,015, p=0,001, p=0,002, p=0,003), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanında (p=0,004) erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti. Erkeklerin Minnesota İş Doyum Ölçeği dış doyum puanı (p=0,01) kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti. Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı (p=0,61), Minnesota İş Doyum Ölçeği toplam puanı ve iç doyum (p=0,053, p=0,222), Nottingham Sağlık Profili uyku ve fiziksel aktivite alt boyutları (p=0,186, p=0,126) ve Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği toplam puanında (p=0,123) gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Sonuç olarak; Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezlerinde çalışan kadın fizyoterapistlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı, Nottingham Sağlık Profili toplam puanı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanının erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Erkek fizyoterapistlerin Minnesota İş Doyum Ölçeği dış doyum alt boyut puanının kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Bu çalışmanın sonucunda, özellikle kadın fizyoterapistlerin tükenmişliklerinin azaltılması, iş doyumlarının, uyku ve yaşam kalitelerinin artırılması için bireye özgü planlamaların yapılmasının faydalı olacağı görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELE: Tükenmişlik, İş Doyumu, Fizyoterapist, Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi

ABSTRACT

COMPARISON OF SLEEP, QUALITY OF LIFE, JOB SATISFACTION AND BURNOUT IN FEMALE AND MALE PHYSIOTHERAPISTS WORKING IN CARE, REHABILITATION AND FAMILY COUNSELING CENTERS

MSC THESIS

KORCAN BURAK SOYCAN

BOLU ABANT IZZET BAYSAL UNIVERSITY

INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

PHYSICAL THERAPY AND REHABILITATION DEPARTMENT

(SUPERVISOR: PROF. DR. EYLEM TÜTÜN YÜMIN)

BOLU, DECEMBER 2023

XI + 65

The aim of this study is to compare the sleep, quality of life, job satisfaction, kinesiophobia and burnout of male and female physiotherapists working in care, rehabilitation and family counseling centers. A total of 122 individuals, 94 females with an average age of 30.14 ± 6.97 years and 28 male physiotherapists with an average age of 33.82 ± 8 years, participated in the study. After individuals' physical and socio-demographic information is collected via the 'Google forms method'; Their burnout was evaluated with the Maslach Burnout Scale, their job satisfaction with the Minnesota Job Satisfaction Scale, their quality of life with the Nottingham Health Profile, their sleep quality with the Pittsburgh Sleep Quality Index, and their fear of movement/reinjury with the Tampa Kinesiophobia Fatigue Scale. Women had significantly higher Maslach Burnout Scale total score and emotional exhaustion and depersonalization, Nottingham Health Profile total score, and Pittsburgh Sleep Quality Index total score on pain, emotional reactions, social isolation, and energy subscales than men. Men's Minnesota Job Satisfaction Scale external satisfaction score was significantly higher than women's. There were no significant differences between the groups in Maslach Burnout Scale personal accomplishment, Minnesota Job Satisfaction Scale total score and internal satisfaction, Nottingham Health Profile sleep and physical activity subscales, and Tampa Kinesiophobia Fatigue Scale total score. As a result, it was found that the Maslach Burnout Scale total score, Nottingham Health Profile total score and Pittsburgh Sleep Quality Index total score of female physiotherapists working in Care, Rehabilitation and Family Counseling Centers were significantly higher than men. It was found that male physiotherapists' Minnesota Job Satisfaction Scale external satisfaction subscale score was significantly higher than females. As a result of this study, we believe that it would be beneficial to make individual-specific plans, especially for female physiotherapists, to reduce their burnout and increase their job satisfaction, sleep and quality of life.

KEY WORDS: Burnout, Job Satisfaction, Pyhsiotherapist, Quality of Life, Sleep Quality

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
ETİK BEYAN.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	x
TEŞEKKÜR	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Fizyoterapistlik	3
2.1.1 Mesleğin Tarihçesi	3
2.1.2 Mesleğin Gelişimi	4
2.1.2 Fizyoterapi Mesleği ve Çalışma Alanları	5
2.2 Bakım Hizmetleri.....	6
2.3 Tükenmişlik	9
2.3.1 Tanımı.....	9
2.4 Tükenmişliğin Alt Boyutları.....	9
2.4.1 Duygusal Tükenme.....	9
2.4.2 Duyarsızlaşma	9
2.4.3 Kişisel Başarı.....	10
2.5 Tükenmişliği Etkileyen Faktörler	10
2.6 Konuyla İlgili Yapılan Çalışmalar	10
2.7 İş Doyumu	11
2.7.1 Tanımı.....	11
2.8 İş Doyumuna Etki Eden Faktörler	12
2.8.1 İş Doyumuna Etki Eden Kişisel Faktörler	12
2.8.2 İş Doyumuna Etki Eden Örgütsel Faktörler	13
2.9 Fizyoterapistlerde İş Doyumu.....	14
2.10 Yaşam Kalitesi	15
2.11 Fizyoterapistlerde Yaşam Kalitesi.....	16
2.12 Uyku Kalitesi.....	17
2.13 Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	17
2.13.1 Yaş	18
2.13.2 Cinsiyet	18
2.13.3 Hastalık	18
2.13.4 Çevre.....	18
2.13.5 Fiziksel Aktivite.....	18
2.13.6 Emosyonel Durum	19
2.13.7 Yaşam Tarzı.....	19

2.13.8 Huzursuz Bacak Sendromu.....	19
2.13.9 Vardiyalı Çalışma	19
2.14 Kinezyofobi	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1 Bireyler	21
3.1.1 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	21
3.1.2 Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	21
3.2 Yöntem	22
3.2.1 Değerlendirme Formu.....	22
3.3 İstatistiksel Analiz	25
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	38
5.1 Çalışmanın Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bilimine Katkısı.....	45
5.2 Çalışmanın Limitasyonları	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKLAR	48
8. EKLER.....	58

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.	27
Tablo 4.2. Katılımcıların diğer sosyodemografik ve klinik özellikleri.	28
Tablo 4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	29
Tablo 4.4. Çalışma Yılı Değişkeni Kontrol Edildiğinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	30
Tablo 4.5. Minnesota İş Doyumu Ölçeği Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	30
Tablo 4.6. Çalışma Yılı Değişkeni Kontrol Edildiğinde Minnesota İş Doyumu Ölçeği Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	31
Tablo 4.7. Nottingham Sağlık Profili Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	32
Tablo 4.8. Logaritmik Dönüşüm Uygulanan Nottingham Sağlık Profili Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	33
Tablo 4.9. Çalışma Yılı Değişkeni Kontrol Edildiğinde Nottingham Sağlık Profili Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	34
Tablo 4.10. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	35
Tablo 4.11. Logaritmik Dönüşüm Uygulanan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	35
Tablo 4.12. Çalışma Yılı Değişkeni Kontrol Edildiğinde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	36
Tablo 4.13. Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	36
Tablo 4.14. Logaritmik Dönüşüm Uygulanan Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	37
Tablo 4.15. Çalışma Yılı Değişkeni Kontrol Edildiğinde Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması.	37

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

%	: Yüzde
*	: $p<0,05$
ANCOVA	: Tek yönlü kovaryans analizi
Ark	: Arkadaşları
F	: Tekrarlı ölçümler (Repeated Measures) ANOVA
MİDÖ	: Minnesota İş Doyum Ölçeği
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
N	: Birey sayısı
NSP	: Nottingham Sağlık Profili
Ort	: Ortalama
P	: Anlamlılık değeri
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
SH	: Standart hata
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart sapma
t	: Bağımsız gruplarda t test
TFD	: Türkiye Fizyoterapistler Derneği
TKÖ	: Tampa Kinezyofobi Ölçeği
TKYÖ	: Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği
VKİ	: Vücut Kütle İndeksi (Kg/m ²)
WCPT	: Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu
$\bar{X}$	: Ortalama
YK	: Yaşam Kalitesi

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimime başladığım zamandan beri bana çok şey katan, desteğini hep hissettiğim, tezimi bitirmek için beni sürekli teşvik edip devam etmemi sağlayan, hoşgörüsüyle her zaman örnek gösterdiğim, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Eylem TÜTÜN YÜMİN'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca katkılarından dolayı, her zaman gururla anlatacağım Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümündeki tüm hocalarıma,

Tezimin yapılmasına olanak sağlayan T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı yöneticilerine,

Tezime gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve zaman ayıran saygıdeğer meslektaşlarıma,

Sayesinde tezimden vazgeçmeyip devam ettiğim, desteğiyle daha çok başarılar elde edeceğime inandığım, yol arkadaşım, yeni doğan bebeğimiz Mehmet Burak' ın annesi, canım eşim Özlem SOYCAN' a teşekkür ederim.

1. GİRİŞ

Fizyoterapist, hastalığın olmadığı durumlarda, bireylerin fiziksel aktivite düzeyi ve hareketliliğini arttırmak için değerlendirmeler yapar ve kişinin durumunu koruyucu ve geliştirici yöntemler oluşturur, planlar ve uygular (1). Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu' nun (World Confederation of Physical Therapy=WCPT) yaptığı tanıma göre fizyoterapistler bireylerin hareket ve fonksiyonel yeteneklerini yeniden sağlamak, devam ettirmek ve geliştirmek için görev yaparlar (2).

Fizyoterapistler; özel, devlet ve üniversite hastaneleri, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri, özel klinikler, spor kulüpleri, termal otel ve kaplıca tesisleri, halk sağlığı birimleri, evde rehabilitasyon veya evde bakım merkezleri, okullar, huzurevleri ve bakımevleri, belediyeler, engelli okulları ve sağlık hizmetlerinde çalışabilmektedirler (3,4).

Fizyoterapistler çalışma hayatında; çalışma pozisyonları, tekrar eden hareketler, araç gereç kullanımı, ağır kaldırma, çalışma ortamının düzeni ve mental stres açısından fazla etkilendiğinden fiziken ve ruhen büyük risklerle karşılaşmaktadırlar. Bunun sonucunda yaşam kalitesi devamında da günlük yaşam aktiviteleri ve çalışma hayatı negatif yönde etkilenmektedir (5–7).

Fizyoterapistler, kronik hastalığı olan bireylerle ilgilenen, psikolojik problemleri bulunan bireylere hizmet sağlayan sağlık profesyonelleri olup, sağlık hizmeti verirken sistemsiz ve ağır çalışma koşulları, görev, yetki ve sorumlulukların tam olarak belirli olmaması, yorgunluk gibi meslekle ilişkili problemlerle karşı karşıya gelebildikleri için yüksek seviyede iş doyumsuzluğuna sahip olabilmektedirler (8,9).

Tükenmişlik kavramı Maslach' a göre, “Mesleği dolayısıyla diğer insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde bulunanlarda görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalma” olarak tanımlanmıştır (10).

Tükenmişlik, her iş alanında çalışanları olumsuz etkileyen bir durumdur. Sağlık çalışanları, çalışma koşulları gereği yardıma muhtaç insanlara hizmet verdiği için diğer iş kollarına göre daha fazla mesleki tükenmişlikle karşı karşıyadır (11).

Literatürde farklı alanlarda çalışan fizyoterapistler arasındaki tükenmişliği, iş doyumunu karşılaştıran, Türkiye' deki fizyoterapistlerin tükenmişlikleri, iş

doyumlarının, yaşam kalitelerinin araştırıldığı çalışmaların olduğu fakat bu çalışmalar içinde cinsiyete göre bir karşılaştırma yapılmadığı görülmüştür (12–16). Çalışmamız literatürde bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerindeki fizyoterapistleri cinsiyete göre karşılaştıran ilk çalışma olma niteliğini taşımaktadır. Bu nedenle çalışmamız Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezlerinde çalışan kadın ve erkek fizyoterapistlerin uyku, yaşam kalitesi, iş doyumunu, kinezyofobi ve tükenmişliklerini karşılaştırmak amacıyla planlandı.

Bu amaç doğrultusunda çalışmamızın hipotezleri şu şekilde kurulmuştur:

Hipotezler;

H1.1: Uyku kalitesinde cinsiyetler arasında fark vardır.

H1.2: Yaşam kalitesinde cinsiyetler arasında fark vardır.

H1.3: İş doyumunda cinsiyetler arasında fark vardır.

H1.4: Mesleki tükenmişlikte cinsiyetler arasında fark vardır.

H1.5: Yorgunlukla ilişkili kinezyofobide cinsiyetler arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Fizyoterapistlik

2.1.1 Mesleğin Tarihçesi

Fizyoterapistliğin M.Ö. 460'lı yıllara uzandığı, hastalara tedavi için masaj, manuel terapi yöntemleri ve hidroterapiyi ilk kez kullananların Hipokrat ve Galen oldukları bildirilmiştir (17). 1800'lü yıllarda ortopedinin gelişmesiyle Avrupa'da İsveç, Norveç, Almanya ve Hollanda başta olmak üzere, sağlığı geliştirmek için masaj ve bazı jimnastik hareketleri kullanılmaya başlanmıştır (18). Dr. MacDonald 1813'te İsveç'te Royal Merkez Jimnastik Enstitüsü'nü kurdu. Burayı 1865'ten itibaren "Tıbbi Jimnastik Enstitüsü" olarak isimlendirmiştir. Buradan yetişenleri "Tıbbi Jimnastikçi" olarak isimlendirdiğini belirtmiştir. Yapılan bu tedavi şekli ve uygulayıcıları olan "fizyoterapistler" yani "tıbbi jimnastikçiler" oldukça popüler olmuşlardır. Bu durum ise geleneksel hekim camiasınca tepkiyle karşılanmıştır. Bunun sonucunda, uygulanan egzersiz ve manuel terapi benzeri teknikler zamanla baskılanarak hafızalardan silinmeye çalışılmıştır (19). İsveçli bazı fizyoterapistler 1894'te İngiltere'ye göç ederek manuel terapi ve masaj tedavisini Londra'da popüler hale getirerek sene içinde İngiltere'de "İngiltere Fizyoterapistler Derneği"ni kurmuşlardır (20). Can'ın fizyoterapi ve rehabilitasyonun mesleki gelişim tarihçesini inceleyen araştırmasında (17), fizyoterapi ve rehabilitasyondaki en önemli ilerlemenin 19. Yüzyılda başladığı, ABD'de başlayan poliomiyelit salgını sonucunda Amerikalı ortopedistlerin bedensel olarak yetersiz olan poliomiyelit tanılı çocukları tedavi etmeye başlamaları olduğundan bahsedilmektedir. Bu dönemde ortopedistlerin ameliyatını yaptıkları veya geleneksel tedavi uyguladıkları çocukların fizik tedavisi ve egzersizleri için bazı öğrencileri ve hemşireleri görevlendirdikleri, bu mesleki yardımlaşmanın da fizyoterapistlik mesleğinin temellerini oluşturduğu belirtilmiştir (17).

İlk fizyoterapi okulu 1. Dünya Savaşı zamanında 1914'te Washington D.C.'de Walter Reed Ordu Hastanesinde açılmıştır. Aynı sene içinde Oregon Eyaleti Portland'da Reed Koleji açıldığı ve burdan mezun olup, fizyoterapi yapanlara 1918'den itibaren "fiziksel rekonstrüksiyon görevlisi" veya "rekonstrüksiyon yardımcısı" unvanı verildiği belirtilmiştir (17). ABD'de meslek en çok 1.Dünya Savaşı sonrasında gelişmiştir. Ülkeye dönen yaralı askerlerin

fizyoterapi programları için planlamalar oluşturulmuştur. Amerikan Fizyoterapistler Derneği (AFD) 1929 yılında, fizyoterapi ve rehabilitasyon okulları için minimum standartları olan bir müfredat oluşturmuştur (21).

2.1.2 Mesleğin Gelişimi

1940' lara kadar fizyoterapistlerin uyguladıkları tedavi programı içerisinde masaj, egzersiz ve traksiyon uygulamaları vardır. Sonrasında kasları kuvvetlendirmek için yeni yöntemler geliştirmişlerdir. İngiliz Kraliyet Topluluğu üye ülkelerinde 1950' lerde ortopedi hastalarında manuel terapi tekniklerini kullanmaya başlamışlardır. Fizyoterapide manuel tekniklerin tekrardan gündem olması ve kullanılması fizyoterapi mesleğinin gelişimine büyük katkı sunmuştur (22–25).

Fizyoterapistler sonraki dönemde ortopedik rehabilitasyonun yanında, diğer uzman hekimlerle beraber çalışarak periferik vasküler hastalıkların tedavisi için ve solunum sıkıntısı olan hastalar için solunum fizyoterapisi yapmaya başlamışlardır. Fizyoterapistlerin İngiltere'de tedavinin süresi ve şekline karar verebilecek yetkinlikte ve mesleki özerkliğe sahip olduğu, dolayısıyla fizyoterapi programıyla ilgili süre, içerik ve taburcu olma durumuna karar verilmesinin onlara ait olması gerektiği 1973'te yayınlanan "McMillian Raporu" ile kabul edilmiştir. 1977 yılında fizyoterapistlerin ortopedi, nöroloji, kardiyoloji, göğüs fizyoterapisi, pediatri, geriatri gibi alanlarda özelleşmeleri sağlanmıştır (17).

1980'lerde sağlık alanında bilgisayar kullanımının yaygınlaşmasıyla rehabilitasyonda önemli ilerlemeler olmuş ve fizyoterapi alanında oldukça gelişme kaydedilmiştir. WCPT tüm ülkelerde fizyoterapi eğitiminin üniversite veya aynı seviyede en az dört yıllık olarak verilmesini önermiştir. WCPT aynı yıllarda, lisans eğitiminin standartları için bir rehber yayınlamış ve mesleğin etik prensiplerini belirlemiştir. Bununla beraber, fizyoterapistlerin yaşadıkları ülke fark etmeksizin, mesleklerini bağımsız bir şekilde yapabileceklerini ve tek başına mesleki unvanlarını kullanabileceklerini belirtmiştir (26).

Norveç' te 1 Ocak 2006' dan itibaren ortopedik manuel fizyoterapistler yasal olarak hekim yönlendirmesi olmadan değerlendirme ve tedavi yapabilmede ve sağlık sisteminde içinde ilk başvuru makamı olma konusunda haklarını kazanmışlardır. Özellikle Amerika ve İngiltere olmak üzere bazı Avrupa ülkelerinde de ilk başvurulacak makam olma konusunda fizyoterapistler için çalışmalar yapılmıştır (17).

Türkiye’de fizyoterapistlik meslek olarak Hacettepe Üniversitesi ile başlamıştır. Fizyoterapistlik mesleğinin temellerini Prof. Dr. İhsan Doğramacı 1961 yılında atmıştır. Sonrasında İstanbul, İzmir, Denizli, Bolu, Kütahya ve Ankara’ da yeni bölümlerin açılmasıyla beraber yetişen fizyoterapist sayısında artış yaşanmıştır (17).

Türkiye Fizyoterapistler Derneği (TFD) 1969 yılında Hacettepe Üniversitesi’ nde kurulmuştur. 1973 yılında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi derneğin bilimsel yayın organı olarak çıkartılmaya başlanmıştır. Büyük çabalar sonucunda TFD, 1974 yılında WCPT üyeliği için, 1991 yılında da WCPT-Europe üyeliği için kabul edilmiştir (17).

2.1.3 Fizyoterapi Mesleği ve Çalışma Alanları

27916 sayılı ve 26.04.2011 tarihli Resmi Gazete’ ye göre fizyoterapist, fizyoterapi alanında lisans eğitimi veren bir okuldan mezun sağlık alanındaki mesleki personeldir. Fizyoterapist, hastalığın olmadığı durumlarda, bireylerin fiziksel aktivite düzeyi ve hareketliliğini arttırmak için değerlendirmeler yapar ve kişinin durumunu koruyucu ve geliştirici yöntemler oluşturur, planlar ve uygular. Hastaların iyileştirilmesi için rehabilitasyon ekibindeki diğer sağlık profesyonelleriyle birlikte çalışır ve tedavideki durum ile ilgili uzman hekime bilgilendirme yapar (1).

22.05.2014 tarihli ve 29007 sayılı Resmi Gazete’ de Türkiye’deki fizyoterapistlerin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir (27). Buna göre fizyoterapistler;

Hasta olmayan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini düzenlemek ve onlara daha fazla hareket becerisi kazandırmak için kişiye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programlarını planlar ve uygular (27).

Hastalık halinde ise ilgili uzman hekimlerin tanısına ve tedaviye yönlendirmesi doğrultusunda hastaların hareket ve fiziki yetersizliklerinin yok edilmesi veya iyileştirilmesi hedefiyle gereken uygulamaları gerçekleştirir (27).

Fizyoterapi programı içinde çizilen hedeflere varabilmek için hastanın ödevlerini tanımlar. Fizyoterapi programı ve iyileşme durumuyla ilgili gerekli bilgileri kayıt altına alır. Koruyucu ve destekleyici rehabilitasyon kapsamında cihazların kullanımıyla ilgili uzman hekimle beraber, uygun ölçü ve nitelikleri belirleyip, tavsiyelerde bulunur, hasta ve ailesine eğitim verir (27).

Fizyoterapi süreci içinde, uygulanmakta olan fizyoterapi programının hasta için uygun olmadığı durumlarda ya da programı bitirmek zorunda olduğu hallerde ilgili hekime düşüncesini bildirir, hekim programın uygulanması hususunda ısrar ederse, bu durumu kayda geçerek ilgili programı uygular. Fizyoterapi programına elverişli olan teknolojik cihazı güvenli ve etkili şekilde kullanır, oluşabilecek komplikasyonları ve istenmeyen etkileri engellemek için gereken tedbirleri alır (27).

Fizyoterapistler; özel, devlet ve üniversite hastaneleri, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri, özel klinikler, spor kulüpleri, termal otel ve kaplıca tesisleri, sanayi ve endüstri tesisleri, halk sağlığı birimleri, evde rehabilitasyon veya evde bakım merkezleri, okullar, huzurevleri ve bakımevleri, belediyeler, engelli okulları ve sağlık hizmetlerinde çalışabilmektedirler. Aynı zamanda akademik alanda ilerleyerek yüksek öğretim kurumlarında da görev alabilirler (3,4).

Fizyoterapistler, her yaş grubunda ve çok çeşitli hastalık gruplarıyla beraber çalışan sağlık ekibinin vazgeçilmez elemanlarıdır. Coşkunsu ve ark. tarafından 2012-2016 yılları arasında mezun olan fizyoterapistlerin çalıştıkları alanların incelendiği çalışmada bildirilen çalışma alanları; ortopedik rehabilitasyon, pediatrik rehabilitasyon, kardiyopulmoner rehabilitasyon, nörolojik rehabilitasyon, geriatric rehabilitasyon, genel fizyoterapi ve rehabilitasyon, romatolojik rehabilitasyon, konuşma bozuklukları ve yutma rehabilitasyonu, onkolojik rehabilitasyon, sporcu sağlığı, yoğun bakımda rehabilitasyon, kadın sağlığı, lenfödem rehabilitasyonu, evde bakım, osteopati, alternatif tıp hizmetleri, robotik rehabilitasyon ve cihaz ürün pazarlama olarak sıralanmaktadır (4).

2.2 Bakım Hizmetleri

Kişilerin yaşadıkları toplum içinde sağlıklı, nitelikli ve olabildiğince uzun süre bağımsız hayatlarını idame ettirmelerini sağlamak sosyal devlet anlayışına sahip olmanın bir gereğidir. Engelli kişiler engel tipine ve aşamasına göre günlük hayatlarında farklı ölçülerde zorluklarla yüz yüze gelmekte ve destek hizmetlerine gereksinim duymaktadır (28,29).

Bakım hizmetleri içerisinde; devamlı bakım, destek, tedavi ve korunma ihtiyacı olan kişilere yaşadıkları ortam içinde yaşam desteği verecek hizmetlerin sürekliliğini sağlamak amaçlanmaktadır. Ayrıca hayat kalitelerini yükselten tedbirlerle, insana yakışır biçimde ve özel gereksinimleri karşılanarak yaşama haklarının teminat altına alınması hedeflenmektedir. Engellilik oranı yüksek olan

kişiler kurum bakımını seçme hakkına veya engellilik oranı düşük olanlar evde bakım hizmetini tercih etme hakkına sahiptir (29).

Bakım hizmetleri, bakıma gereksinim duyan kişilere ev içerisinde ya da kurum içinde verilen, kısa ya da uzun dönem olabilen, sağlık, sosyal ve destek hizmetlerinden oluşan geniş kapsamlı bir hizmettir. Amaçları içerisinde hastalığın ve eksikliğin tesirlerini azaltarak daha bağımsız hale gelmek, mevcut sağlık durumunu muhafaza etmek, idame ettirmek ve gelişmesini sağlamak, rehabilite etmek, günlük yaşam aktivitelerini olabildiğince asgari bağımlı bir şekilde yapmak vardır (29,30).

Uzun süreli bakım hizmetleri; ücret karşılığı çalışan kişilerce verilen, her türlü destek ve bakım hizmetlerini içine alan, kronik hastalıkları ve engellilik hali olan kişilere günlük yaşam aktivitelerinin devam ettirilmesine yönelik destekleri kapsamaktadır. Bu aktiviteler, günlük gereksinimlerden olan gezmeye, ilaç kullanma, temizlik, alışveriş ve banyo gibi kişisel bakımı içine alır. Bunun yanında, kronik rahatsızlıkların tedavisi, fizyoterapi ve mesleğe ait terapiler, yürüteç, baston benzeri yardımcı aletler, ergonomik ayarlamalar gibi evle alakalı ayarlamalar için daha kaliteli bakım ve terapilerin yapılmasını kapsar. Dolayısıyla, farklı disiplinlerde uzmanlaşmış personeller ve bakım hususunda mesleki eğitim almış personellerce yerine getirilen bir görevdir (28,29).

Kurum bakımı, ev içerisinde verilen yardıma karşın bakılmaya ihtiyaç duyan ya da ailesinin yanında bakım imkanı olmayan kişilerin, kişisel, psikolojik, sosyal gereksinimlerinin giderildiği, boş zamanların değerlendirildiği aktivitelerin yapıldığı, sosyal ilişki ve etkinliklerinin arttırıldığı bir bakım çeşididir (28,29,31).

Evde bakım hizmeti engelli kişilere oturdukları yerde sunulan tıbbi, psiko-sosyal ve kişisel bakım hizmetlerinin dışında, dış ortam ihtiyaçları olan boş zaman aktiviteleri, ulaşım ve tatil gibi aktivitelerini gerçekleştirebilmek için verilen destek ve yardım hizmetlerini bulunduran bakım çeşididir (29).

Ülkemizde bakım hizmeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı birimlerinden Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü denetiminde yapılmaktadır. Engelli Bakım Merkezleri:

- Gündüzlü Bakım Merkezleri
- Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri
- Özel Bakım Merkezleri

- Umut Evleri olmak üzere dört grupta açılabilir (30).

Bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde meslek elemanlarının çabalarıyla aşağıdaki programları uygular. Bu programlar:

- Zihinsel rahatsızlığı olan engellilere ve ailelerine yönelik gerçekleştirilecek olan etkinlikleri içeren psikolojik destek programı,
- Fiziksel engelli bireylere yönelik fizik tedavi ve rehabilitasyon destek programı,
- Engelli bireyin, motor, duyuşal, kendine bakım becerileri, iletişim becerisi, konuşma ve işitme yetileri gibi dil gelişimi gibi alanlarda engelliye destekleyerek mevcut becerilerini en üst seviyeye çıkarmayı sağlamak için gereken destek programları,
- Örgün eğitim öğretimden faydalanan engelli bireyleri destekleyici programlar,
- Engellilerin sosyal yaşama uyumunu sağlayarak ailesiyle ve yakın çevresiyle iletişime geçmesini destekleyici programlar,
- Engelli bireylerin kullandıkları yardımcı araç gereçleri kullanma ve geliştirmeleri için egzersiz programları,
- Engellilerin normal yaşama dönüşünü sağlamak için geliştirme programları,
- Engellilerin beceri ve yeteneklerini geliştirme amaçlı iş becerisi geliştirme programları,
- Kurum tanıtımı ve kurumda verilen hizmetlerin tanıtımı için programlar,
- Gönüllü birey, grup ve kurumların desteklenerek merkezle bütünleşmeye yönelik programlar,
- Engellilerin kurumdaki hizmetlere ulaşabilmesi için destekleyici programlar,
- Engelli bireylerin aileleriyle ortak faaliyetler gerçekleştirme programları,
- Sivil toplum kuruluşları ile iletişime geçerek engellilerin toplumla etkileşimini amaçlayan toplumsal çalışma programları,
- Engelli bireylerin her türlü gelişim alanlarına dair ihtiyaçlarını uygun mekanlarda karşılamak için türlü egzersiz, motor beceriler, spor, müzik, eğlenceli aktiviteler, yarışmalara hazırlanma gibi kişisel ve grup rehabilitasyon aktiviteleri hedefli sportif programları,

- Engellilerin boş zamanlarını değerlendirmek için planlanmış sosyal etkinlik programlarını içermektedir (32).

2.3 Tükenmişlik

2.3.1 Tanımı

1974 yılında Freudenberger, tükenmişlik kavramını; “Mesleğin gerektirdikleri sonucu sürekli olarak başkalarıyla yüz yüze çalışan kişilerde sıklıkla ortaya çıkan çok boyutlu bir durum” olarak tanımlamıştır (33).

Tükenmişlikle ilgili kullanılan en sık tanım Maslach’ ın yaptığı tanımıdır. Maslach’ ın tanımına göre tükenmişlik kavramı, “Mesleği dolayısıyla diğer insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde bulunanlarda görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalma” olarak tanımlanmıştır (10).

2.4 Tükenmişliğin Alt Boyutları

Maslach’ın tanımlamasına göre tükenmişlik 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar şunlardır:

2.4.1 Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme alt boyutu en önemli ve en çok üzerinde durulan şekli olarak geçmektedir. Çalışan bireyler iş yaşamlarında yaptıkları işin koşullarına bağlı olarak yıpranmaktadırlar. Bu yıpranma bireyin iş hayatındaki enerjisinin de düşmesine neden olur. Duygusal tükenme alt boyutu stres ile yakından ilişkilidir. Duygusal tükenme mesleki tükenmişlikle ilgili en önemli alt boyuttur. Duygusal tükenme kişide tükenmişliğin ortaya çıkmaya başladığının habercisi olmakla beraber mesleki tükenmişliğe karşı tedbir alınması konusunda da önemli bir alt boyuttur (34).

Jusuf yaptığı araştırmada, yetiştirme yurtları ve çocuk evlerinde çalışan personelin en çok tükenmişlik yaşadığı alt boyutun duygusal tükenme olduğunu belirtmiştir (35).

Anbar ve Eker’in akademisyenlerde uyguladıkları çalışmada, genel tükenmişlik puanının, duygusal tükenme alt boyutuyla kuvvetli ilişkiye sahip olduğu ortaya konulmuştur (36).

2.4.2 Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma alt boyutu, bireyin çevresindeki kişilerle etkileşime geçmede geri durması ve onlarla arasına mesafe koyması olarak tanımlanmaktadır (37). Başkalarına karşı negatif, sert ve duygusuz hareketlere yönelir (38). Daha önceki araştırmalarda duyarsızlaşma alt boyutunun cinsiyet unsurundan etkilendiği

belirtilmiştir (39,40). Tükenmişliğin alt boyutlarından duyarsızlaşmanın daha çok erkeklerde, diğer bir alt boyutu olan duygusal tükenmenin ise daha çok kadınlarda gerçekleştiği belirtilmiştir (39).

Duyarsızlaşma alt boyutu kendini farklı formlarda gösterebilir. Bu durumlardan bazıları şöyle olabilir: bireyin iş yaşamında jargonu fazla kullanması, iş arkadaşlarıyla mola zamanlarını uzatarak mesaiye geç dönme ya da görev ayrımını sert bir şekilde yapması. Duyarsızlaşma aşamasındaki birey karşısındakini bir obje olarak algılar ve sonrasında kendini de olumsuz bir şekilde değerlendirmeye başlamaktadır. Bunun sonucunda bireyin tükenmişlik seviyesinin git gide arttığını söylemek mümkündür (41).

2.4.3 Kişisel Başarı

Kişilerin, işlerine karşı kendilerini olumsuz değerlendirmeleri olarak tanımlanır (42). İş hayatında ilerleyemediğini hatta geriye gittiğini düşünen bu kişiler, suçluluk duygusuyla beraber işlerine yönelik harcadıkları çabanın boşuna olduğuna inanırlar (43). Bu aşamada kişilerin özgüvenlerinde ve özsaygılarında azalma, mesleklerine ilişkin motivasyonlarında kayıp ve buna bağlı olarak davranışlarında olumsuz değişiklikler oluştuğu görülmektedir (44).

2.5 Tükenmişliği Etkileyen Faktörler

Tükenmişliği etkileyen etkenler kişisel ve çevresel etkenler olmak üzere ikiye bölünmektedir. Yaş, cinsiyet ve medeni hal kişisel faktörleri oluşturmaktadır. Ücret, görevde yükselme imkanı, çalışma ortamının şartları, iş yükü, birlikte çalışılan kişilerle iletişim, kendine zaman ayıramama çevresel faktörleri oluşturmaktadır (45).

2.6 Konuyla İlgili Yapılan Çalışmalar

Tükenmişlik, her iş alanında çalışanları negatif etkileyen bir durumdur. Sağlık çalışanları, çalışma şartları gereği yardıma muhtaç insanlara hizmet verdiği için diğer iş kollarına göre daha fazla mesleki tükenmişlikle karşı karşıyadır (11).

2018 yılında yapılan bir araştırmada hemşire ve sağlık personellerinin duygusal tükenme düzeylerinin öteki personellere kıyasla fazla olduğu belirtilmiştir. Genel olarak bakıldığında duygusal tükenme düzeyinin en yüksek yoğun bakımda, sonrasında anestezi bölümünde olduğu anlaşılmıştır. Kişisel başarı hissinin en düşük olduğu bölümün diyaliz olduğu belirtilmiştir (46).

Polonya’da 2014 yılında fizyoterapistler üzerinde yapılan bir çalışmada yetişkinlerle çalışan ve hastanede görev yapan fizyoterapistlerde duygusal

tükenmenin anlamlı şekilde yüksek olduğu belirtilmiştir (47). 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada, sağlık merkezlerindeki fizyoterapistlerin hizmet süresi 5 ile 15 yıl arasında olanların tükenmişliklerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (48).

Cinsiyetin tükenmişlikle ilgili etkisi hakkında çeşitli fikirler vardır. Maslach ve Jackson, cinsiyetin tükenmişlik açısından başlı başına belirleyici bir faktör olmadığını gerçekleştirdikleri araştırmada belirtmişlerdir (39). 2007 yılındaki bir araştırmada, kadın yoğun bakım doktorlarının erkeklere kıyasla daha yüksek tükenmişlik seviyesi olduğu bulunmuştur (49). Shanafelt ve ark. tıp okuyan 1. sınıf öğrencileri ile yaptıkları araştırmada, cinsiyetin tükenmişliğe etkisinin olmadığı gösterilmiştir (50). 2008 yılında Avrupa’ daki aile hekimleri ile yapılan araştırmada, yüksek tükenmişlik seviyesinde erkek cinsiyetin etkisinin olduğu belirtilmiştir (51).

Maslach ve Jackson; yaş, çalışma tecrübesi ile paralel olduğu için, bireyin iş yaşamının erken zamanlarında tükenmişlik yaşama oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. (42). 2003 yılında Nyssen ve ark. tarafından yapılan çalışmada, 30 yaşından küçük anestezi hekimlerinin maksimum düzeyde duygusal tükenme oranına sahip olduğu belirtilmiştir (52).

Fizyoterapistler, rehabilitasyona ihtiyaç duyan kişilere diğer sağlık çalışanlarından daha yakın fiziki temas içerisindedirler. Bunun dışında bu bireylere ve onların ailelerine motivasyon sağlamak için duygusal destek de sağlamaktadırlar. Kurulan bu fiziki temas ve duygusal iletişim, fizyoterapistlerin tükenmişlik açısından diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha savunmasız olmalarına ve daha çok strese maruz kalmalarına neden olmaktadır (53). Ayrıca fizyoterapistler, iş yüklerinin çok olması, çalışma koşullarının durumu ve iş doyumlarıyla ilgili başlarına gelen sıkıntıların negatif etkileri sebebiyle de tükenmişliklerinin artması riskine sahiptirler (54–57).

2.7 İş Doyumu

2.7.1 Tanımı

İş doyumunu, çalışanın duygusal durumunun yaptığı işi sevip sevmediğine bakmaksızın değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (58). Başka bir ifadeyle çalışanın yaptığı iş karşılığında o işe karşı duyduğu hisler iş doyumunu tanımlamakta ve işin kişiye kazandırdıklarıyla kişinin işten beklentileri uyduğunda iş doyumunu adı verilen durum oluşmaktadır (59).

Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından yapılan tanıma göre iş doyumu, kişinin işini yaptığı sırada veya işine devam etmesi neticesinde, ihtiyaçlarını karşılama düzeyidir (60). Çetin'e göre iş doyumu; çalışanların yaptıkları iş, karşılığında aldıkları maaş, iş yerindeki denetim, çalışma koşulları, ilerleme ve yükselme imkanları, iş yerindeki sosyal temaslar, iş çevresi gibi faktörlerin değerlendirilmesi sonucunda, çalışanlarda pozitif bir duygusal bakış açısıyla oluşan memnuniyet/tatmin durumu olarak tasvir edilmiştir (61).

Mesleki tükenmişlik ve iş tatmini arasında ters orantılı bir korelasyon vardır, iş tatmini yükselirken mesleki tükenmişlik seviyeleri azalmaktadır (36). Yapılan araştırmalar da bunu doğrulamaktadır (36,62).

2.8 İş Doyumuna Etki Eden Faktörler

Personellerin iş doyumunu etkileyen etkenler temelde kişisel ve örgütsel etkenler olmak üzere iki tanedir.

2.8.1 İş Doyumuna Etki Eden Kişisel Faktörler

Kişisel etkenler temelinde cinsiyet, yaş, beklentiler, değerler, eğitim seviyesi, karakter, medeni hali, mesleki deneyim, pozisyon şeklinde belirtilmektedir (63).

Yaş ile iş doyumu arasında temelde doğru orantıya sahip bir bağlantının bulunduğu, yaşın arttıkça iş doyumunun da arttığı araştırmalar gösterilmiştir (64,65). Yaşla beraber iş doyumunun da artmasının sebepleri arasında; yaş ilerledikçe bireyin maaşının ve iş yerindeki ödüllerin fazlalaşması (66,67), yaşla birlikte tecrübenin artması ve becerilerin iş yapmayı daha kolay hale getirmesi gibi sebepler bulunmaktadır (65).

Cinsiyet ile iş doyumu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı bulgulara rastlanmıştır. Kimi çalışmada kadınların, kimi çalışmada ise erkeklerin daha yüksek seviyede iş doyumu olduğu tespit edilirken (68), çeşitli araştırmalarda varılan bulgu erkekler ve kadınlar arasında iş tatmini kapsamında herhangi bir fark olmadığı yönündedir (69).

Medeni hal ile iş doyumu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların genelinde varılan bulgu evli personellerin bekar personellere göre daha fazla iş doyumuna sahip olduğudur (70). Bu durumun asıl sebebi, evliliğin getirdiği düzenli bir hayatın getirdiği sorumlulukların artmasından dolayı işten ayrılma kararının ani bir şekilde verilememesine dayandırılmıştır (71).

Eğitim düzeyi ile iş doyumu arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalarda farklı bulgular elde edilmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin işlerinden beklentileri

artmakta ve iş doyumuna ulaşmaları zorlaşmakta (72), bazı kişiler ise öğrendikleri bilgilerle yeteneklerini etkili bir şekilde kullanmalarıyla daha yüksek seviyede iş doyumuna ulaşabilmektedir (73).

Mesleki deneyim ile iş doyumunu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, mesleki deneyim arttıkça iş doyumunun da arttığı bulgusuna ulaşılmıştır. Buna paralel olarak, yaşla birlikte edinilen iş deneyimi yapılan işten alınan doyum da artırdığı söylenebilir (65,74,75). Çünkü deneyim arttıkça çalışanların yaptıkları işlere yönelik sorumlulukları, gelir seviyeleri ve kıdemleri artmaktadır (76).

Kişilik de iş doyumuna etki eden faktörlerden biridir. İnsanlar farklı kişilik yapılarına sahip olduğundan, koşullar aynı olsa bile beklentileri ve istekleri birbirinden farklı olabilir. O yüzden iş doyumunu her çalışanda aynı seviyede olmayabilir (77). Kişilik, iş hayatındaki ilişkilerin olumlu ya da olumsuz olmasından dolayı iş doyumunu etkileyebilmektedir. İş doyumsuzluğu yaşayan kişilerin çevreleriyle uyumlu olmayan ve katı bir yapıya sahip oldukları, insanlarla ilişkilerinde zayıf oldukları, agresif bünyeleri oldukları, mevcut mevkilerinden hoşnutsuz oldukları anlaşılmaktadır. İş doyum seviyesi yüksek olan kişilerin karakter bakımından daha rahat ve kararlı bir yapıya sahip oldukları, kendilerine güvenlerinin yüksek ve dışa dönük kişiler oldukları saptanmıştır (65,75,78).

Statü ile iş doyumunu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, iş yerindeki pozisyon ve itibarın iş doyumunu olumlu etkileyen bir etken olduğu saptanmıştır. Pozisyon ve itibar arttığı zaman, bireyin iş doyumunun da arttığı gösterilmiştir (79,80).

2.8.2 İş Doyumuna Etki Eden Örgütsel Faktörler

İş doyumuna etki eden kişisel etkenlerin yanı sıra örgütsel etkenler de vardır ve bu etkenlerin iş doyumunu daha çok etkilediği söylenebilir. Örgütsel faktörler arasında ücret, yükselme, stres, çalışma arkadaşları, çalışma koşulları, işin niteliği, takdir edilme, iş güvenliği, işin itibarı, ödüller, sosyal haklar, işle bir bütün olma, yönetim politikaları, örgütsel adalet, sosyal çevre gibi faktörler yer almaktadır (81,82).

İşin niteliği, iş doyumunu etkileyen önemli faktörlerden biridir. Sürekli aynı şekilde aynı işin yapılması çalışanın yaptığı işten aldığı tatmini olumsuz etkileyebilir. Bireyin işini severek yapması, çalışırken beğenilmesi ve kıymet verilmesi, becerilerini ortaya çıkarabileceği imkanları elinde bulundurması halinde iş doyumunun da artacağı göz önünde bulundurulmuştur (83,84).

Ücret, iş doyumunu elde etmede önemli bir faktördür (85). Çünkü bireyler yaptıkları işin sonucunu maddi olarak aldıklarını düşündüklerinde iş doyum seviyelerinin de yüksek olduğu söylenmektedir (86).

Yükselmek, maaş iyileştirilmesi kapsamında ve toplum içerisinde belli bir itibar kazanılması açısından, çalışanların motivasyonlarını ve iş doyumlarını artıran faktörlerden biridir. Kurumda terfi ve kariyer imkanlarının bulunması, bu imkanların adaletli ve belli bir yapı içinde olması iş doyumunu artırmaktadır (87,88).

İş yerindeki ısklandırma, havalandırma, ısınma, ses gibi durumların ideal seviyede olması, iş için gereken teçhizatın yeterli düzeyde olması, görev yapılan mekanın bakımlı ve ulaşım açısından kolayca ulaşılabilir olması gibi çalışma yerine ait iş koşulları, personellerin görevlerini yaparken aşırı enerji sarf etmelerini önleyip, yorgunluklarını azaltıp, çalışma verimliliğini yükseltecektir (89,90). Böylece çalışma ortamındaki koşulların iyi olmasının iş doyumunu olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir (78,91,92).

İş yerindeki yönetim politikaları iş doyumunu etkileyebilecek bir faktördür. Çalışanların işle ilgili kararlara katılımını sağlamayan, işle ilgili lazım olan bilgilere sahip olmayan idareciler, çalışanları motivasyonunu negatif yönde etkilemekte ve iş doyumsuzluğu yaşamalarına sebep olmaktadır (86). Çalışan merkezli bir yönetim tarzı uygulamak ve çalışanların aktif olarak karar verme süreçlerinde rol oynayabilmesi iş doyumlarını artırmaktadır (93).

Bireyin iş arkadaşlarının ve idarecilerinin güler yüzlü, hoşgörülü bir yapısı olması, işe dair duygularının ve düşüncelerinin pozitif olmasına ve iş doyumunun artmasını sağlayacaktır. Fakat iş yerinde önemli sıkıntıların olması, yöneticilerle çalışanların bencil ve birbiriyle uyumsuz olması halinde, aynı ortamda çalışan bireylerin iş doyumunun olumsuz etkileneceği söylenebilir (94).

2.9 Fizyoterapistlerde İş Doyumu

Temelde tüm meslekler açısından önemli olan iş doyumunu, insan sağlığı alanında hizmet veren sağlık sektöründe görev yapanlar bağlamında daha çok önemlidir (95). Toplum sağlığı konusunda görev yapan sağlık personelinin çalışma şartlarının iyi olması yalnızca personel açısından değil, hizmet verdikleri kişiler bakımından da önemlidir. Sürekli olarak hastalar ve hasta yakınları tarafından yoğun isteklere maruz kalan ve stres altında çalışan sağlık personeli yeterli iş doyumuna

ulaşamadığında verdikleri hizmet kalitesi de düşmekte ve toplum sağlığı da bu durumdan etkilenmektedir (16).

Fizyoterapistler, kronik hastalığı olan bireylerle ilgilenen, psikolojik problemleri bulunan bireylere hizmet sağlayan sağlık personelleri olup, sağlık hizmeti verirken sistemsiz ve ağır çalışma koşulları, görev, yetki ve sorumlulukların tam olarak belirli olmaması, yorgunluk gibi meslekle ilişkili problemlerle karşı karşıya gelebildikleri için fizyoterapistler yüksek seviyede iş doyumsuzluğuna sahip olabilmektedirler (8,9). Fizyoterapist ile işverenin beklentilerinin birbiriyle uyuşmaması, mesleki gelişim konusunda yeterli imkan ve zamanın bulunmaması, uzun ve yoğun rehabilitasyon süreçleri iş doyumunda azalmaya sebep olabilmektedir (96).

Daha önce sağlık çalışanlarında iş doyumuna ilişkin yapılan çalışmalar daha çok hemşire ve ebelerde yapılmış olup, iş doyumları genel olarak orta seviye bulunmuştur. Fizyoterapistlerde yapılan araştırmalar da benzer olarak orta seviyede belirtilmiştir (8,12). Fizyoterapistlerin iş doyumlarının azalmasına neden olan temel etkenler düşük maaş, iş koşullarının ağırlığı ve mesleki pozisyon olarak belirtilmiştir (8).

2.10 Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi (YK) eski zamanlardan günümüze kadar gelen dönem içerisinde hayat şartlarındaki değişikliklerle beraber etkilenip, şekillenmiş bir kavramdır. Aristo YK' den dolayı olarak söz eden ilk insandır (97). 1800'lü yıllarda Bentham psikiyatri alanında yaşam kalitesi değerlendirmesiyle ilgili araştırmalar yapmıştır. Daha sonraki yıllarda Thurstone ve Likert, günümüzde kullandığımız YK ölçeklerinin taslağını geliştirmiştir (98).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kişinin sağlık durumunu etkileyen ya da sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Sağlığın kişiler üstündeki aktivite ve hayati sahaların bütününe etkilemesini belirtir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kıstasları, sağlıkla alakalı değerlendirmelerde, yapılan tedavilerin uygun olma durumlarının değerlendirilmesi, bunlarla ilişkili ekonomik değerlendirme araştırmalarında kullanılmaktadır (99–101).

YK, bireyin fiziksel ve ruhsal yönden iyilik halidir. YK' yi pozitif ya da negatif etkileyebilecek çeşitli etkenler vardır. Bireyin bağımsız ve huzurlu olarak yaşaması hayatının “iyi” olduğunun belirtisidir. Herhangi bir nedenle bireyin bağımsızlığının

ve huzurunun bozulması sonucu bireyin YK' si azalır (102). YK' yi etkileyen alanlar 4 ana başlıkta ele alınmaktadır (97):

1. Bireysel – içsel alan: Anane, saadet, çözüm bulma, başarı vs.
2. Bireysel – sosyal alan: Meslek, aile bağlantıları ve toplumla ilişkiler vs.
3. Çevresel – doğa çevre alanı: Havanın kalitesi, tabii felaketler vs.
4. Çevresel – toplumsal çevre alanı: Okul, sağlık hizmetleri, sosyal, kültürel ve dini kuruluşlar, sosyal olanaklardaki gelişmişlik vs.

Yaşam kalitesinin azalmasına neden olan durumlar şunlardır: yeterli olmayan zorunlu ihtiyaç temini, kilo aldıktan sonra vücudun şeklinin değişimi, yeterli olmayan fiziksel aktivite ve bakımsızlık, müzmin yorgunluk, moral bozukluğu, cinsel arzu eksikliği ve yetersizlik, gelecekle alakalı endişeler, akut veya kronik sağlık problemleri. (103)

Yaşam kalitesinin artmasını sağlayan durumlar ise şunlardır: huzur ve güven içinde yaşamak, ekonomik ve sosyal olarak refah seviyesinde olmak, rahatlık ve gerekli konforu olmak, canlı, huzurlu ve eğlenceli bir yaşamın olması, sosyal çevre ile pozitif ilişkilerin olması, toplumda değeri olduğunun bilinmesi, gizliliğine önem verilmesi, kendini özgür bir biçimde açıklayabilmek, günlük yaşam aktivitelerini kolayca uygulayabilmek, benzersiz bir kişi gibi idrak edilmek (103).

2.11 Fizyoterapistlerde Yaşam Kalitesi

Kas iskelet sistemi rahatsızlıkları hareketlerde kısıtlılık, kuvvet kaybı ve ağrı benzeri sızlanmalara sebep olur. Bunlar sonucunda ilk olarak yaşam kalitesi devamında günlük yaşam aktiviteleri ve çalışma hayatı negatif olarak etkilenmektedir (5,6).

Fizyoterapistler çalışma hayatında; çalışma pozisyonları, tekrar eden hareketler, araç gereç kullanımı, ağır kaldırma, çalışma ortamının düzeni ve mental stres bakımından fazla etkilendiğinden bazı tehlikeler taşımaktadırlar. Çalışma ortamındaki kullanılan araç gereçlerin kişiye göre ayarlanamaması, yeterli olmayan mola veya dinlenme süreleri, yanlış postürlerde çalışmanın, tekrar eden egzersiz hareketleri, araç gereçleri kullanırken veya taşıma yaparken doğru olmayan hareketler yapılması, kullanılan sandalye veya taburelerin kullanışlı olmaması, uzun süre ayakta çalışma, bazı elektroterapi cihazlarının yan etkileri gibi sebeplerden fizyoterapistler fiziken ve ruhen büyük risklerle karşılaşmaktadırlar (7).

2.12 Uyku Kalitesi

Bireyin uykusu hali bittikten sonra vücudunun, zinde, enerji aktivasyonu ve yeni bir güne hazır olma haline uyku kalitesi adı verilir (104). Uyku kalitesi, bireyin aldığı uykusuyla ilgili nasıl hissettiğine dair subjektif bir yargı olan uyku tatmininden farklı bir kavramdır. Uyku kalitesini ölçmek uyku miktarının değerlendirilmesinden daha karmaşıktır (105).

Uyku kalitesini değerlendirmede öznel ve nesnel yöntemler bulunmaktadır. Uyku kalitesinin nesnel değerlendirilmesinde sıklıkla polisomnografi ve aktigrafi değerlendirme yöntemleri kullanılmaktadır.

Uyku kalitesini öznel değerlendirmek için uyku günlükleri, mobil uygulamalar ve araştırma ölçekleri kullanılmaktadır. Bu metotlardan en çok kullanılanlar ise uyku ölçekleridir ve bu ölçeklerden Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi yaygın olarak kullanılmaktadır (106).

Uyku kalitesi terimi uyku bilminde sıkça adı geçer ve birtakım uyku değişkenlerinden oluşmaktadır. Bunları; toplam uyku zamanı, uyku başlangıcının gecikmesi, toplam uyanma süresi, uykunun verimlilik durumu, kendiliğinden uyarılma ya da apne benzeri uykuyu bozan hadiseler olarak söyleyebiliriz (107). Uyku kalitesi birtakım faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörlere örnek olarak yaşam tarzı, çalışma, sosyal hayat, maddi durum, genel sağlık hali ve stres gösterilebilir (108).

İyi uyku kalitesi aşağıdaki özellikleri taşımalıdır (109):

- Uyku pozisyonuna geçtikten hemen sonra ya da 30 dakikadan daha kısa zamanda uykuya dalmak.
- Gece boyunca birden fazla uyanmamak.
- Bireyin kendi yaş grubu için önerilen uyku süresi miktarını uyuyabilmesi.
- Uykudan uyanıldığında 20 dakika içinde tekrar uykuya dalabilmek.
- Sabah uyandığında bireyin kendini dinlenmiş ve enerjik olarak hissetmesi.

Birçok şey kötü uyku kalitesine sebep olabilir. Bazı potansiyel sebepler arasında kötü uyku hijyeni, stres, uyku apnesi ya da başka kronik bir rahatsızlık veya uyku bozukluğu sayılabilir (110).

2.13 Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Fiziksel, fizyolojik ve psikolojik şartların birleşik etkisi uykumuzun fiziksel ve mental kalitesini etkiler (111). Toplumda uyku ile ilgili şikayetlerin artması uyku ve uyku kalitesiyle ilgili yapılan araştırmaların sayısında artışa neden olmuştur

(112). Yapılan araştırmalar sonucunda uyku kalitesini etkileyen birçok faktör olduğu kanıtlanmıştır (111).

2.13.1 Yaş

Yaş, bireyin uyku fizyolojisini ve kalitesini yüksek seviyede etkiler. Bebek ve çocuklar gün içerisinde çoğunlukla uyumaktadır. Yaşla birlikte uyku ihtiyaı, toplam uyku saati ve REM uyku seviyesi azalmaktadır (113).

2.13.2 Cinsiyet

Kadınlara kıyasla erkeklerin uyku süresi daha fazladır. Fakat kadınların, erkeklere göre daha fazla uyku problemi yaşadıkları saptanmıştır (114). Toplumsal kurallar göz önüne alındığında, kadınlar erkeklerle kıyaslandığında psikolojik durumlarındaki ve uyku ritimlerindeki farklılıklardan daha çok etkilendikleri için ve bunun sonucu olarak kaygı seviyelerindeki yükselme sebebiyle daha çok uyku rahatsızlığı yaşadıkları ortaya çıkmaktadır (115).

2.13.3 Hastalık

Uyku düzeni hastalıkların fizyolojik ve ruhsal etkilerinden dolayı değişebilmektedir. Bazı hastalık durumlarında uyku ihtiyaı artabilmektedir. Özellikle ağrılı ve fiziksel rahatsızlığa sebep olan hastalıklar (sırt ağrısı, artrit), mide rahatsızlıkları (REM’ de gastrik sekresyonlardaki artma sebebiyle), nokturi (gece idrara çıkma), hava yolu obstrüksiyonu uykunun kalitesini negatif etkiler. Psikolojik hastalıklar da uyku süresini ve kalitesini azaltmada önemli rol oynamaktadır (114,116–118).

2.13.4 evre

evre koşulları uyku için hem yardımcı hem de engelleyici faktörleri içermektedir (119). Bazı insanların tercih ettikleri ortamlar karanlık, sessiz ve sakin olurken bazıları az ışıklı ortamlarda uyumayı tercih ederler (118,120,121). Ortamın karanlığı, sıcaklığı, yastığın sertliği, yatağın boyu gibi faktörlerin uykunun kalitesini önemli lde etkilediği bilinmektedir. Böylece kişi alışkın olmadığı yerlerde uykusuzluk yaşayabilirken alışkın olduğu ortamlarda ise daha kolay uyuyabilmektedir (113,118,122).

2.13.5 Fiziksel Aktivite

Kişinin gün içinde yaptığı fiziksel aktiviteler yorulmasına sebep olmakta, bu da kişinin daha kolay uykuya dalmasını sağlamaktadır. Uyku kalitesinin düzenli egzersizle ve spor aktiviteleriyle arttığı, düzensiz yapılan egzersizlerle azaldığı yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır (115,118,122).

2.13.6 Emosyonel Durum

Vücudu ve zihni negatif etkileyen faktörler, uyuma ve uykuda kalma süresinde etkilidir. İşteki mobbing, ailevi faktörler ve diğer stres faktörleriyle ortaya çıkan kaygı, bireyde uykuya dalma ya da uykuyu devam ettirme zorluğuyla sonuçlanmaktadır (119). Stres ve anksiyete halleri kişinin uyku ihtiyacını artırmakta ve REM süresini kısaltmaktadır. Yas durumu, üzüntü ve korku bireyin uyumasını ve rahatlamasını etkilemektedir (118,122).

2.13.7 Yaşam Tarzı

Stresli bir yaşam biçimi kişinin uykuya geçişini zorlaştırmaktadır. Kişinin biyolojik saati ile uyumsuz çalışma şeklinin olması (mesela mesai saatleri dışında çalışma, vardiya) ve çalışma saatlerinin değişkenlik göstermesi kişilerin biyolojik saatlerini sabitlemede zorlamakta ve uyku kalitesini bozmaktadır (119).

2.13.8 Huzursuz Bacak Sendromu

Bu rahatsızlık, özellikle bacaklarda kendini gösteren normal olmayan his, distezi, huzursuzluk ve bacak kaslarında kasılmayla ortaya çıkan bir hastalıktır. Genel olarak akşam uyumadan önce ortaya çıkan, bacakların hareketiyle ya da yürüyüşle geçici olarak ortadan kalkmasıyla kendini göstermektedir. Bu problem bireyi uykusuz bırakmakta ve uyku kalitesinin azalmasına sebep olmaktadır. Bu durum kişinin uyku kalitesinin ve uyku süresinin azaldığını gösterir (113,122).

2.13.9 Vardiyalı Çalışma

Vardiyalı çalışma, yoğun iş temposu bireyin düzenli yaşamını ve biyolojik saatinde değişime neden olmaktadır. Farklı çalışma saatleri, çalışanın günlük yaşam tarzını bozup, psikolojik, sosyal ve aktif yaşamdaki sağlık olma halini etkilemektedir (116,123). Gündüz çalışıp gece dinlenmek bireyin bedeninin hem sağlıklı hem de zinde olmasını sağlar. Vardiyalı ve değişken çalışma saatleri bireylerin hem vücudunun hem de uyku kalitesinin bozulmasına neden olur (104,116,123).

2.14 Kinezyofobi

Kinezyofobi, kişilerin yaralanmaya eğilimli olduğuna inanmasından dolayı hareket etmekten korkmak anlamına gelmektedir. Korku hareket etmeyi kısıtladığı için fiziksel aktiviteyi de kısıtlamaktadır (124).

Hareket etme kaygılarıyla ilişkili olarak yaşam kalitesinde azalma, sosyal hayattaki hareketlerde kısıtlanma, fonksiyonel olarak sınırlandırılma, etkinliklerden kaçınma, düşme ihtimalinde artış ve benzeri sonuçlara neden olabilmektedir.

Kinezyofobi psikolojik ve sosyolojik olarak ele alındığında kronik ağrı ve ağrıyla ilişkili şekilde kişilerde biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler oluşturmaktadır. Bu farklılıklarla ilişkili olarak fiziksel etkinliğe karşı bir endişe ve korku oluşmakta ve bireyler fiziki aktivitelerden çekinmektedirler. Fiziksel aktivitelerden çekinme sonrasında bireylerde birtakım kondüsyon ve kuvvet kaybıyla birlikte psikolojik bozukluklar görülebilmekte ve bunların sonucunda kısır döngü oluşabilmektedir (125).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Bireyler

Bu çalışma Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezlerinde çalışan kadın ve erkek fizyoterapistlerin uyku, yaşam kalitesi, iş doyumu, kinezyofobi ve tükenmişliklerini karşılaştırmak amacıyla planlandı.

Çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gereken izin alındı (Protokol No. 2022/314). Çalışmamıza 03.03.2023 ile 03.06.2023 tarihleri arasında bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezinde çalışan 94 kadın ve 28 erkek fizyoterapist dahil edildi. Fizyoterapistler gönüllülük esasıyla çalışmaya dahil edildi.

Post-hoc güç analizi için G* Power programı (versiyon 3.1.9 Üniversitt Düsseldorf, Düsseldorf, Almanya) kullanıldı. Grupların Nottingham Sağlık Profili, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ve Maslach Tükenmişlik lçeği toplam puanları açısından kıyaslandığı analizler post hoc gücün belirlenmesinde kullanıldı. Alfa'nın istatistiksel anlamlılığı %5 ve örneklem genişliğinin 122 (Kadın: 94, Erkek: 28) olduğu analizler için post-hoc gücün (1-β) sırasıyla %96.5, %86.2 ve %86.7 olduğu bulundu (126).

3.1.1 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 4 yıllık fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümünü bitirmiş olmak
- Bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerinde fizyoterapist olarak çalışıyor olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Bireylerin mesleklerinde en az bir yılı doldurmuş olmaları

3.1.2 Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Son 6 ay içinde büyük bir ameliyat geçmişi olmak
- Son 3 ay içinde fiziksel aktiviteyi etkileyebilecek bir yaralanma geçirmiş olmak
- 65 yaşın üzerinde olmak

3.2 Yöntem

Çalışmamızda tanımlayıcı çalışma tasarımı kullanıldı. Çalışmamıza dahil olan fizyoterapistlerden kişisel ve genel bilgiler, ‘Google forms yöntemi’ ile online olarak anketler kullanılarak alındı. Anketlere başlamadan önce bilgilendirilmiş olur metni eklendi ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden, bilgilendirilmiş olur metnini onaylayarak anket sorularına başlamaları istendi. Kişisel bilgi formu fizyoterapistlerin fiziksel ve sosyo-demografik verilerini, aktif ve haftalık çalışma sürelerini, kronik hastalık durumunu, sigara ve alkol kullanımını, düzenli egzersiz yapma durumunu ve gelir düzeyinin yeterliliğini değerlendiren sorulardan oluştu. Bireylerden kişisel bilgi formunu okuduktan sonra kendilerine uygun olan cevabı vermeleri istendi. Bilgilendirilmiş olur metni EK 1’ de sunuldu. Kişisel bilgi formu EK 2’ de sunuldu.

3.2.1 Değerlendirme Formu

Bireylere uygulanan değerlendirme formu aşağıdaki kısımlardan meydana geldi.

- Bilgilendirilmiş Olur Metni
- Kişisel Bilgi Formu
- Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)
- Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ)
- Nottingham Sağlık Profili (NSP)
- Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)
- Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği (TKYÖ)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Bu ölçek bireylerin tükenmişlik seviyelerini belirlemek amacıyla kullanıldı. Tükenmişliğin değerlendirilmesinde 3 alt boyut olarak duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (DYS) ve kişisel başarı (KB) alt boyutu şeklinde ele almaktadır. DT alt boyutunda 9 soru, DYS alt boyutunda 5 soru, KB alt boyutunda ise 8 soru olmak üzere toplamda 22 soru bulunmaktadır (127). Sonuç olarak bir birey için üç farklı puan hesaplaması yapılmaktadır.

Maslach ve Jackson, tükenmişliğin bir süreç olduğunun ve üç alt boyutun da tükenmişlik değerlendirilmesinde dikkate alınması gerektiğinin altını çizmişlerdir. Ayrıca tükenmişliğin bir puan üzerinden değil de üç alt boyutun da ayrı ayrı

değerlendirilip sonuçlarını beraber değerlendirmek gerektiğinin altını çizmişlerdir (39).

Alt başlıkların değerlendirilmesinde DT ve DYS alt başlıklarında hiçbir zaman ile her zaman arasındaki cevap şıklarının verdikleri puan 0 ile 4 puan arasında değişmektedir. KB alt başlığındaki hiçbir zaman ile her zaman arasındaki cevap şıkları ise diğer alt başlıkların tersine olarak 0 ile 4 puan arasında değişiklik göstererek puanlanmıştır. Bu puanlama sistemine göre ölçeğin alt boyutlarından elde edilebilecek puanlar şu şekildedir: DT için 0-36, DYS için 0-20, KB için 0-32. DT alt başlığında 16 puana kadar düşük seviye, 17' den 26 puana kadar normal seviye, 27 ve üstü puan yüksek seviye tükenmişliği göstermektedir. DYS alt başlığında 6 puana kadar düşük seviye, 7' den 12 puana kadar normal seviye, 13 ve üstü puan yüksek seviye tükenmişliği göstermektedir. KB alt başlığında 31 puana kadar yüksek seviye, 32' den 38 puana kadar normal seviye, 39 ve üstü puan düşük seviye tükenmişliği göstermektedir (128). 1981' de Maslach ve Jackson' ın geliştirdiği (127) Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin ve ark. tarafından yapılmıştır (129). Maslach Tükenmişlik Ölçeği EK 3' te sunuldu.

Minnesota İş Doyum Ölçeği

Bu ölçek bireylerin iş doyum düzeylerini belirlemek amacıyla kullanıldı. Ölçek, uzun ve kısa olmak üzere iki şekilde kullanılmaktadır. Uzun formu, 20 başlıktan oluşmakta ve her başlık da 5 sorudan oluşmaktadır. Kısa formunda ise uzun formun 20 başlığını ele alan 20 soru bulunmaktadır. Bu başlıklar ise; Sosyal destek/yardım, ilerleme olanağı, bağımsızlık, yaratıcılık, becerinin ifade edilmesi, ahlaki öğeler, sosyal konum, çeşitlilik, otorite, kurum uygulamaları ve politikaları, süpervizyon: insan ilişkileri, teknik saha, ücret, birlikte çalışılan insanlar, iş şartları, sosyal güvenlik, saygı, sorumluluk, başarı ve etkinlik şeklindedir (130–132).

5'li Likert tipinde bir ölçek olan MİDÖ' nün skorlaması çok memnunum ve hiç memnun değilim cevap şıkları arasında değişen 1 ile 5 puan arasında skorlanmaktadır (130).

MİDÖ kullanılarak içsel, dışsal ve genel iş doyumunu olmak üzere 3 farklı puana sahip olunmaktadır. İşin içsel özelliğine dair 12 sorudan meydana gelen içsel doyumda başarı, terfi etme ve beğenilmeyle alakalı özellikler değerlendirilir. İçsel doyum skoru, bu alt başlıktaki sorulardan alınan toplam puanın 12' de birini yansıtmaktadır. İşin çevresiyle alakalı 8 sorudan meydana gelen dışsal doyumda ise

Çalışma şartları, maaş, kurum politikası ve idaresiyle alakalı özellikler değerlendirilir. Dışsal doyum skoru, bu alt başlıktaki sorulardan alınan toplam puanın 8’ de birini yansıtmaktadır. Genel doyum puanı tüm sorulardan alınan toplam puanın 20’ de birini yansıtmaktadır. 3 puan ölçeğin nötr doyum puanını yansıtırken, 3’ ten küçük puan düşük iş doyumunu, 3’ ten büyük puan ise yüksek iş doyumunu yansıtmaktadır (125).

1967 yılında Weiss ve ark. geliştirdiği (130) MİDÖ’ nn, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik alışması Baycan ve ark. tarafından yapılmıştır (131). Minnesota İş Doyum leği EK 4’ te sunuldu.

Yaşam Kalitesi

Bu lek bireylerin yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla kullanıldı. NSP, bireyin algıladığı sağlık problemlerini ve bu problemlerin normal günlük aktiviteleri ne ölçüde etkilediğini değerlendiren genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçek, 38 ögeden meydana gelmekle beraber sağlıkla alakalı altı başlığı değerlendirir. Bu başlıklar şu şekildedir: enerji (3 ge), ağrı (8 ge), duygusal reaksiyonlar (9 ge), uyku (5 ge), sosyal izolasyon (5 ge) ve fiziksel aktivite (8 ge). Sorular ya “Evet” ya da “Hayır” olarak yanıtlanır. Her boyut için 0 ile 100 arasında bir skorldama yapılır. Her boyut için “0” en iyi sağlık halini, “100” en kötü sağlık halini yansıtır (133).

Küçükdeveci ve ark. tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (133). Nottingham Sağlık Profili EK 5’te sunuldu.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Bu lek bireylerin uyku kalitesini değerlendirmede kullanıldı. PUKİ yedi alt kategoriden oluşan toplam 24 soru içerir. Alt kategoriler: subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku etkinliği, uyku süresi, uyku bozukluğu, ilaç kullanımı ve gündüz fonksiyonlarından meydana gelmektedir (118). Soruların 19’u bireyin kendisini değerlendirdiği sorulardır, beşi bireyin eř ya da arkadaşı tarafından cevaplanır. Toplam skor hesaplanırken eř veya arkadaşların yanıtladığı sorular değerlendirmeye alınmaz. İndekste kişinin kendini değerlendirdiği sorularda uyku kalitesinin farklı yönleri sorgulanır. Bu sorular uykunun süresini, uyku gecikmesini ve uykuyla alakalı özel rahatsızlıkların sıklığını ve şiddetini tespit etmek içindir. 25 maddenin her biri 0 ile 3 puan arasında skorlanır. Toplam skor 0 ile 21 puan arasındadır. Beş puan üzeri alan kişiler kötü uyku kalitesine sahip, beş puanın altında kalan kişiler ise iyi uyku kalitesine sahip kişiler olarak kabul edilir (134).

1989’ da Daniel Buysse ve ark. geliştirdiği (135) ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Mehmet Yücel Ağargün tarafından yapılmıştır (134). Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi EK 6’ da sunuldu.

Tampa Kinezyofobi - Yorgunluk Ölçeği

Bu ölçek bireylerin hareket/tekrar yaralanma korkusunu değerlendirmek amacıyla kullanıldı. Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ), 17 sorudan oluşan hareket/tekrar sakatlanma korkusunu değerlendirmek için oluşturulmuş bir ankettir (136). Anket, işle alakalı etkinliklerde, sakatlanma/tekrar sakatlanma ve korku-kaçınma değerşkenlerini içermektedir. 4’lü Likert tipi bir ölçek olan TKÖ’ nün puanlaması kesinlikle katılmıyorum ile kesinlikle katılıyorum cevap şıkları arasında değerşen ve 1 ile 4 puan arasında yapılır. Ölçekte kişinin yüksek skora sahip olması kinezyofobisinin de yüksek olduğunu belirtmektedir (137). 37 üstü skorlar yüksek kinezyofobi ile ilişkilendirilmiştir (138). TKÖ’deki “ağrı” ifadesi “yorgunluk” ifadesi ile değerştirilmiştir. TKYÖ kronik yorgunluk sendromlu hastalar için Silver ve ark. tarafından düzenlenmiştir. Bu düzenlenen anketin skorlaması ve madde sayısı TKÖ ile eşittir (139).

2011 yılında Yılmaz ve ark. tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (136). Tampa Kinezyofobi - Yorgunluk Ölçeği EK 7 ’de sunuldu.

3.3 İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS Statistics 26.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak yapıldı. Görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik teknikler (Shapiro–Wilk testi, şarpıklık ve basıklık değerleri, varyasyon katsayısı) kullanılarak sayısal değerşkenlerin normal dağılıma uygunluğu incelendi. Tanımlayıcı istatistikler; nominal ve ordinal değerşkenler için frekans ve yüzde, sayısal değerşkenler için medyan ve 25-75 persantiller ya da ortalama ve standart sapma kullanılarak verildi (140,141).

Bağımsız iki kategorik değerşkenin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanılırken, gözlerdeki beklenen değerlerin durumuna göre Pearson Ki-Kare ya da Fisher’in Kesin Test istatistiklerinden birinin kullanımı tercih edildi. Bağımsız gruplarda sayısal değerşkenlerin (gruplar-arası) kıyaslanmasında parametrik test olarak ‘Bağımsız Gruplar T Testi’, non-parametrik test olarak ise ‘Mann-Whitney U Testi’ kullanıldı (140,141).

Tek yönlü kovaryans analizi (ANCOVA), ortak değişken kontrol edildiğinde iki bağımsız grup (kadın ve erkek fizyoterapistler grubu) arasında bağımlı değişken bakımından anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için kullanıldı. ANCOVA varsayımları (bağımlı değişkenin her iki grupta da normal dağılıma sahip olması, gruplar arası varyans homojenitesinin olması, residüellerin normal dağılıma sahip olması, ortak değişken ve bağımlı değişken arasında doğrusal ilişki olması ve regresyon eğrilerinin homojen olması) test edildi. Bağımlı değişkene ilgili ölçek puanları, bağımsız değişkene gruplama değişkeni (Kadın-Erkek), ortak değişkene (co-variare) ise çalışma yılı değişkeni atandı (140,141). Tip 1 hata düzeyinin %5'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Bu çalışmaya Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezinde çalışan 122 fizyoterapist dahil edildi.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri (n=122)

	Toplam (n=122)	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	p
Yaş	30,98 $\pm$ 7,35	30,14 $\pm$ 6,97	33,82 $\pm$ 8	0,005*
VKİ	23,57 $\pm$ 3,52	22,67 $\pm$ 2,92	26,59 $\pm$ 3,73	<0,001*
Çocuk Sayısı	0,57 $\pm$ 0,93	0,5 $\pm$ 0,92	0,79 $\pm$ 0,92	0,051
Aktif Çalışma Süresi (yıl)	7,25 $\pm$ 7,13	6,54 $\pm$ 6,64	9,61 $\pm$ 8,27	0,028*
Haftalık Çalışma Süresi (saat)	40,78 $\pm$ 2,13	40,74 $\pm$ 1,93	40,89 $\pm$ 2,74	0,661

Bağımsız gruplar T testi, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart Sapma, VKİ: Vücut Kütle İndeksi (Kg/m²), p: Anlamlılık değeri, *: p<0,05.

Tablo 4.1’ de katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri incelendi. Katılımcıların yaşı 30,98 $\pm$ 7,35, VKİ’si 23,57 $\pm$ 3,52, çocuk sayısı 0,57 $\pm$ 0,93, aktif çalışma süresi 7,25 $\pm$ 7,13, haftalık çalışma süresi 40,78 $\pm$ 2,13 saat olarak saptandı. Erkek fizyoterapistlerin yaşı, VKİ, çocuk sayısı aktif çalışma süresi ve haftalık çalışma süresi kadın fizyoterapistlerden daha yüksekti. Gruplar çocuk sayısı bakımından kıyaslandığında aralarında anlamlı fark olmadığı fakat anlamlılık sınırında olduğu görülürken; yaş, VKİ ve aktif çalışma süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0,05).

Tablo 4.2. Katılımcıların diğer sosyodemografik ve klinik özellikleri (n=122)

		Toplam (n=122)	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	
		n (%)	n (%)	n (%)	p
Eğitim Durumu	Lisans	93 (76,23)	72 (76,6)	21 (75)	0,822
	YL	23 (18,85)	18 (19,15)	5 (17,86)	
	Doktora	6 (4,92)	4 (4,26)	2 (7,14)	
Medeni Durum	Bekar	62 (50,82)	53 (56,38)	9 (32,14)	0,075
	Evli	56 (45,9)	38 (40,43)	18 (64,29)	
	Boşanmış	4 (3,28)	3 (3,19)	1 (3,57)	
Kronik Hastalık	Yok	107 (87,7)	81 (86,17)	26 (92,86)	0,516
	Var	15 (12,3)	13 (13,83)	2 (7,14)	
Sigara	Yok	94 (77,05)	72 (76,6)	22 (78,57)	0,827
	Var	28 (22,95)	22 (23,4)	6 (21,43)	
Alkol	Yok	103 (84,43)	79 (84,04)	24 (85,71)	1,000
	Var	19 (15,57)	15 (15,96)	4 (14,29)	
Düzenli Egzersiz Durumu	Yapmıyorum	52 (42,62)	39 (41,49)	13 (46,43)	0,512
	Düzenli Değil	59 (48,36)	45 (47,87)	14 (50)	
	Yapıyorum	11 (9,02)	10 (10,64)	1 (3,57)	
Gelir Düzeyinin Yeterliliği	Yetersiz	27 (22,13)	21 (22,34)	6 (21,43)	0,665
	Kısmen Yeterli	83 (68,03)	65 (69,15)	18 (64,29)	
	Yeterli	12 (9,84)	8 (8,51)	4 (14,29)	

Ki-kare ya da Fisher exact test. n: Birey Sayısı, %: yüzde, YL: Yüksek lisans, p: Anlamlılık değeri.

Tablo 4.2’ de görüldüğü gibi katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri incelendi.

Katılımcıların %76,23’ü lisans, %18,85’i yüksek lisans, %4,92’si doktora mezunudur. Katılımcıların %50,82’si bekarıdır. Katılanların %87,7’sinin kronik hastalığı yoktur. Katılımcıların %22,95’i sigara, %15,57’si alkol kullanmaktadır. Katılımcıların %42,62’sinin düzenli egzersiz yapmadığı, %48,36’sının ise yaptığı fakat düzenli olarak yapmadığı bulundu. Katılımcıların %22,13’ünün gelir düzeyini yetersiz bulduğu, %68,03’nün kısmen yeterli bulduğu görüldü.

Erkek ve kadın fizyoterapistler; eğitim durumu, medeni hal, kronik hastalık durumu, sigara ve alkol tüketimi, düzenli egzersiz durumu ve gelir düzeyinin yeterliliği bakımından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	p
Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puan	37,01 $\pm$ 12,56	30,25 $\pm$ 9,19	0,009*
Duygusal Tükenme Boyutu Puanı	19,09 $\pm$ 7,07	14,32 $\pm$ 6,16	0,002*
Duyarsızlaşma Boyutu Puanı	5,91 $\pm$ 4,02	4,39 $\pm$ 2,6	0,021*
Kişisel Başarı Boyutu Puanı	12,01 $\pm$ 4,41	11,54 $\pm$ 3,99	0,610

Bağımsız gruplar T testi, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart Sapma, p: Anlamlılık değeri, *: $p<0,05$.

Tablo 4.3' te Maslach tükenmişlik ölçeği toplam ve alt boyut puanları verildi. Kadın fizyoterapistler Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam puanında ve tüm alt bölüm puanlarında ortalama olarak erkek fizyoterapistlerden daha fazla puan aldığı görüldü. Toplam puan, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 4.4. Çalışma Yılı Değişkeni Kontrol Edildiğinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	ANCOVA	
	$\bar{x}$ (adj)±sh	$\bar{x}$ (adj)±sh	F_{1,119}	p
Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puan	36,831±1,222	30,855±2,259	5,350	0,022*
Duygusal Tükenme Boyutu Puanı	19,038±0,713	14,479±1,318	9,147	0,003*
Duyarsızlaşma Boyutu Puanı	5,861±0,386	4,575±0,713	2,486	0,118
Kişisel Başarı Boyutu Puanı	11,932±0,441	11,800±0,816	0,020	0,888

ANCOVA p-değeri gruplar arasındaki farkı ifade eder. Bağımlı değişkene Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ve alt bölüm puanları, ortak değişkene ise çalışma yılı atandı. $\bar{x}$: Ortalama, sh: Standart Hata, adj: adjusted.

Tablo 4.4’ te çalışma yılı kontrol altına alındığında, Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ve alt boyutlarının düzeltilmiş ortalama ve standart hataları verildi. ANCOVA ile çalışma yılı kontrol edildiğinde; kadınların Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puan ve Duygusal Tükenme alt bölüm puanlarının erkeklerden istatistiksel olarak daha fazla olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Minnesota İş Doyumu Ölçeği Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	
	$\bar{x}$ ±ss	$\bar{x}$ ±ss	p
Minnesota İş Doyumu Ölçeği Toplam Puanı	3,18±0,61	3,44±0,59	0,053
Minnesota İç Doyum Boyutu Puanı	3,54±0,62	3,7±0,60	0,222
Minnesota Dış Doyum Boyutu Puanı	2,65±0,81	3,04±0,63	0,010*

Bağımsız gruplar T testi, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart Sapma, p: Anlamlılık değeri, *: $p<0,05$.

Tablo 4.5’ te Minnesota iş doyumu ölçeği toplam ve alt boyut puanları incelendi. Erkek fizyoterapistlerin kadın fizyoterapistlerden, toplam puan ve alt bölüm puanlarında ortalama olarak daha yüksek puan aldıkları görüldü. Gruplar iş doyumu açısından kıyaslandığında; Minnesota İş Doyumu Ölçeği toplam puanında anlamlı fark olmadığı ancak anlamlılık sınırında olduğu görülürken, Minnesota Dış Doyum puanında anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,05$).

Tablo 4.6. Çalışma Yılı Değişkeni Kontrol Edildiğinde Minnesota İş Doyumu Ölçeği Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	ANCOVA	
	$\bar{x}$ (adj)±sh	$\bar{x}$ (adj)±sh	F_{1,119}	p
Minnesota İş Doyumu Ölçeği Toplam Puanı	3,185±0,062	3,435±0,115	3,590	0,061
Minnesota İş Doyum Boyutu Puanı	3,540±0,064	3,704±0,118	1,470	0,228
Minnesota Dış Doyum Boyutu Puanı	2,652±0,080	3,033±0,148	5,031	0,027*

ANCOVA p-değeri gruplar arasındaki farkı ifade eder. Bağımlı değişkene Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ve alt bölüm puanları, ortak değişkene ise çalışma yılı atandı. $\bar{x}$: Ortalama, sh: Standart Hata, adj: adjusted.

Tablo 4.6’ da çalışma yılı değişkeni kontrol edildiğinde Minnesota İş Doyumu Ölçeği toplam ve alt bölüm puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. ANCOVA ile çalışma yılı kontrol edildiğinde; erkeklerin Minnesota İş Doyumu Ölçeği-dış doyum alt puanının kadınlardan istatistiksel olarak daha fazla olduğu görüldü ($p<0,05$).

Tablo 4.7. Nottingham Sağlık Profili Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	
	Medyan (25-75 Persantil)	Medyan (25-75 Persantil)	p
Nottingham Sağlık Profili Toplam Puanı	162,36(91,85- 295,89)	64,38(25,48- 142,35)	<0,001*
Ağrı Boyutu Puanı	10,24(0-22,9)	0(0-11,45)	0,015*
Duygusal Reaksiyonlar Boyutu Puanı	43,32(21,07- 69,01)	8,27(0-25,76)	<0,001*
Uyku Boyutu Puanı	12,57(0-37,8)	12,57(0-19,92)	0,186
Sosyal İzolasyon Boyutu Puanı	22,01(0-58,11)	0(0-20,69)	0,002*
Fiziksel Aktivite Boyutu Puanı	11,2(0-30,66)	5,29(0-20,9)	0,126
Enerji Boyutu Puanı	63,2(0-100)	12(0-39,2)	0,003*

Mann-Whitney U-test. p: Anlamlılık değeri, *: $p<0,05$.

Tablo 4.7’ de Nottingham Sağlık Profili toplam ve alt bölüm puanları cinsiyete göre karşılaştırıldı. Kadınların toplam puanın yanısıra ağrı, duygusal reaksiyonlar, sosyal izolasyon ve enerji boyutunda erkeklerden istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı görüldü ($p<0,05$).

Tablo 4.8. Logaritmik Dönüşüm Uygulanan Nottingham Sağlık Profili
Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	P
Nottingham Sağlık Profili Toplam Puanı	2,1 $\pm$ 0,54	1,69 $\pm$ 0,62	0,001*
Ağrı Boyutu Puanı	0,78 $\pm$ 0,75	0,41 $\pm$ 0,56	0,007*
Duygusal Reaksiyonlar Boyutu Puanı	1,41 $\pm$ 0,63	0,73 $\pm$ 0,72	<0,001*
Uyku Boyutu Puanı	1,03 $\pm$ 0,68	0,91 $\pm$ 0,62	0,384
Sosyal İzolasyon Boyutu Puanı	1,05 $\pm$ 0,81	0,56 $\pm$ 0,73	0,005*
Fiziksel Aktivite Boyutu Puanı	0,87 $\pm$ 0,67	0,65 $\pm$ 0,69	0,138
Enerji Boyutu Puanı	1,34 $\pm$ 0,81	0,85 $\pm$ 0,88	0,011*

Bağımlı değişkenlere logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. Bağımsız gruplar T testi, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart Sapma, p: Anlamlılık değeri, *: $p < 0,05$.

Tablo 4.8’ de logaritmik dönüşüm uygulanan Nottingham Sağlık Profili toplam ve alt bölüm puanları cinsiyete göre karşılaştırıldı. Kadınların toplam puanın yanısıra ağrı, duygusal reaksiyonlar, sosyal izolasyon ve enerji boyutunda erkeklerden istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı görüldü ($p < 0,05$).

Tablo 4.9. Çalışma Yılı Değişkeni Kontrol Edildiğinde Nottingham Sağlık Profili Toplam ve Alt Bölüm Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)		
	$\bar{x}$ (adj)±sh	$\bar{x}$ (adj)±sh	F_{1,119}	p
Nottingham Sağlık Profili Toplam Puanı	2,095±0,058	1,700±0,107	10,408	0,002*
Ağrı Boyutu Puanı	0,787±0,073	0,379±0,135	6,960	0,009*
Duygusal Reaksiyonlar Boyutu Puanı	1,407±0,067	0,749±0,124	21,398	<0,001*
Uyku Boyutu Puanı	1,032±0,070	0,919±0,129	0,591	0,443
Sosyal İzolasyon Boyutu Puanı	1,047±0,082	0,588±0,152	7,014	0,009*
Fiziksel Aktivite Boyutu Puanı	0,874±0,070	0,645±0,129	2,397	0,124
Enerji Boyutu Puanı	1,337±0,086	0,859±0,158	6,989	0,009*

Bağımlı değişkenlere logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. ANCOVA p-değeri gruplar arasındaki farkı ifade eder. Bağımlı değişkenlere Nottingham Sağlık Profili toplam ve alt bölüm puanları, ortak değişkene ise çalışma yılı atandı. $\bar{x}$: Ortalama, sh: Standart Hata, adj: adjusted, p: Anlamlılık değeri, *: p<0,05.

Tablo 4.9’ da çalışma yılı değişkeni kontrol edildiğinde Nottingham Sağlık Profili toplam ve alt bölüm puanları cinsiyete göre karşılaştırıldı. Kadınların toplam puanın yanısıra ağrı, duygusal reaksiyonlar, sosyal izolasyon ve enerji boyutunda erkeklerden istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı görüldü (p<0,05).

Tablo 4.10. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	
	Medyan (25-75 Persantil)	Medyan (25-75 Persantil)	P
Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Toplam Puanı	6,00 (5,00-9,00)	4,00 (3,00-6,00)	0,004*

Mann-Whitney U-test. p: Anlamlılık değeri, *: $p<0,05$.

Tablo 4.10’ da Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanları cinsiyete göre karşılaştırıldı. Erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,05$).

Tablo 4.11. Logaritmik Dönüşüm Uygulanan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	P
Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Toplam Puanı	0,79 $\pm$ 0,23	0,65 $\pm$ 0,22	0,007*

Bağımlı değişkene logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. Bağımsız gruplar T testi, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart Sapma, p: Anlamlılık değeri, *: $p<0,05$.

Tablo 4.11’ de logaritmik dönüşüm uygulanan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanları cinsiyete göre karşılaştırıldı. Erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,05$).

Tablo 4.12. Çalışma Yılı Değişkeni Kontrol Edildiğinde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	ANCOVA	
	$\bar{x}$ (adj)±sh	$\bar{x}$ (adj)±sh	F_{1,119}	P
Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Toplam Puanı	0,786±0,024	0,654±0,044	6,963	0,009*

Bağımlı değişkene logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. ANCOVA p-değeri gruplar arasındaki farkı ifade eder. Bağımlı değişkene Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanı, ortak değişkene ise çalışma yılı atandı. $\bar{x}$: Ortalama, sh: Standart Hata, adj: adjusted, p: Anlamlılık değeri, *: $p<0,05$.

Tablo 4.12’ de çalışma yılı değişkeni kontrol edildiğinde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanları cinsiyete göre karşılaştırıldı. Erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,05$).

Tablo 4.13. Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	
	Medyan (25-75 Persantil)	Medyan (25-75 Persantil)	P
Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği Toplam Puanı	36,50 (31,00-39,00)	35,00 (32,50-37,00)	0,123

Mann-Whitney U-test. p: Anlamlılık değeri.

Tablo 4.13’ te Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği toplam puanı cinsiyete göre karşılaştırıldı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü. Grupların Tampa kinezyofobi yorgunluk ölçeği toplam puanı açısından benzer olduğu görüldü ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Logaritmik Dönüşüm Uygulanan Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	P
Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği Toplam Puanı	0,03±0,01	0,03±0,00	0,321

Bağımlı değişkene logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. Bağımsız gruplar T testi, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart Sapma, p: Anlamlılık değeri.

Tablo 4.14’ te logaritmik dönüşüm uygulanan Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği toplam puanı cinsiyete göre karşılaştırıldı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü. Grupların Tampa kinezyofobi yorgunluk ölçeği toplam puanı açısından benzer olduğu görüldü ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Çalışma Yılı Değişkeni Kontrol Edildiğinde Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Kıyaslanması

	Kadın (n=94)	Erkek (n=28)	ANCOVA	
	$\bar{x} (adj) \pm sh$	$\bar{x} (adj) \pm sh$	F_{1,119}	P
Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği Toplam Puanı	0,029±0,001	0,030±0,001	1,930	0,167

Bağımlı değişkene logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. ANCOVA p-değeri gruplar arasındaki farkı ifade eder. Bağımlı değişkene Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği toplam puanı, ortak değişkene ise çalışma yılı atandı. $\bar{x}$: Ortalama, sh: Standart Hata, adj: adjusted.

Tablo 4.15’ te çalışma yılı değişkeni kontrol edildiğinde Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği toplam puanı cinsiyete göre karşılaştırıldı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü. Grupların Tampa kinezyofobi yorgunluk ölçeği toplam puanı açısından benzer olduğu görüldü ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerinde çalışan kadın ve erkek fizyoterapistleri dahil ettiğimiz bu çalışmanın amacı, fizyoterapistlerin cinsiyete göre mesleki tükenmişlik, iş doyumu, yaşam kalitesi, uyku ve kinezyofobi yorgunluk düzeylerini karşılaştırmaktır.

Bu çalışmanın sonucunda, Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezlerinde çalışan kadın fizyoterapistlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ve alt parametrelerinden duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutunda, Nottingham Sağlık Profili toplam puanı ve alt boyutlarından ağrı boyutu, duygusal reaksiyonlar boyutu, sosyal izolasyon boyutu ve enerji boyutunda, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanında erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Erkek fizyoterapistlerin Minnesota İş Doyum Ölçeği dış doyum alt boyut puanı kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutunda, Minnesota İş Doyum Ölçeği toplam puanı ve iç doyum alt boyutunda, Nottingham Sağlık Profili uyku ve fiziksel aktivite alt boyutunda ve Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği toplam puanında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Fizyoterapistlik mesleği genel anlamda kadın yoğunluklu meslekler sınıfına dahildir. Donohoe' nin 1993 yılında 129 fizyoterapist üstünde yaptığı araştırmada, katılımcıların %7' si erkek, %93' ü kadın; Rozier ve ark.' nın 1998 yılında 5000 fizyoterapist üstünde gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %83' ü kadın, %17' si erkek; Üstünbaş' ın 2011 yılında 439 fizyoterapist üzerinde yaptığı çalışmada gönüllülerin %37' si erkek, %63' ü kadındır (12,142,143). Chartered Society of Physiotherapy' nin yaptığı bir çalışmada fizyoterapist üyelerinin %74' ünün kadın olduğu ifade edilmiştir. Fizyoterapistler üzerine yapılan başka bir çalışmada bu oranın %90 seviyelerine kadar çıktığı ifade edilmiştir (144,145). Çalışmamıza katılan fizyoterapistlerin oranı %77' ye %23 kadınlar lehine olduğundan çalışmamız hem literatür hem de fizyoterapistlik mesleğinin genel özellikleriyle benzerlik göstermektedir.

Literatüre baktığımızda, Scutter ve Goold' un 81 fizyoterapist üzerinde yaptığı araştırmada gönüllülerin %96' sı lisans, %4' ü lisansüstü eğitim mezunu; Donohoe ve ark.' in araştırmasında %82' si lisans, %18' i lisansüstü eğitim mezunu; Üstünbaş' ın araştırmasında ise %77' si lisans mezunu, %23' ü lisansüstü

eğitim mezunu; Eysel' in araştırmasında %82'si lisans mezunu, %18' i lisansüstü eğitim mezunuydu (12,143,146,147). Çalışmamıza katılan fizyoterapistlerin %18.85' inin eğitim durumu yüksek lisans, %4.92' sinin eğitim durumu ise doktora ve üstü olduğundan çalışmamızdaki fizyoterapistlerin lisansüstü eğitim yapma oranı diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Bu da, bakım rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerinde çalışan fizyoterapistlerin kendilerini akademik alanda geliştirmeye çalıştıklarını ve akademik açıdan ilerlemeye önem verdiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda sosyodemografik özelliklerden yaş, VKİ ve aktif çalışma süresi parametreleri bakımından gruplar arasında fark görülmüştür. Son yıllarda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı' na yapılan fizyoterapist atamalarını ağırlıkla genç veya yeni mezun fizyoterapistlerin oluşturduğu görülmüştür. Bu durum Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı' nda çalışan mevcut fizyoterapistlerin yaş, VKİ ve aktif çalışma süresi ortalamalarını düşürdüğü için bu parametrelerde farklılıklar oluştuğunu düşünmekteyiz.

Literatürde fizyoterapistlerin diğer sağlık hizmetleri çalışanlarında olduğu gibi mesleki tükenmişliğe maruz kalabileceği belirtilmektedir. Bununla beraber fizyoterapistlerin tükenmişlik sendromuna yatkınlığını vurgulayan çalışmalar mevcuttur (54-57). Pustulka ve arkadaşlarının Polonya' da çeşitli sağlık kuruluşlarında çalışan 130 kadın ve 21 erkek fizyoterapist üzerinde yaptığı çalışması, fizyoterapistlerdeki tükenmişliğin, artan duygusal tükenme ve azalan kişisel başarı hissiyle kendini belli ettiğini göstermiştir. Aynı çalışmada hastanede yetişkin hastalarla çalışanlarda duygusal tükenme anlamlı olarak yüksek; erkeklerde hastanede çalışan ve 15-19 yıl hizmet süresi olan fizyoterapistlerde duyarsızlaşma daha yüksek, erkeklerde ve mezuniyetten sonra daha az eğitim alan fizyoterapistlerde ise kişisel başarının daha az olduğu belirtilmiştir (47). Çalışma sonucunda bu durumun hastanelerde ölmeye yakın, hasta veya engelli kişilerle daha fazla fiziksel ve psikolojik zorlanmadan ve bu koşullara daha uzun süre maruz kalmaktan kaynaklandığını rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise erkeklerin duyarsızlaşma oranları kadınlara göre daha düşük çıkmıştır. Bunun nedeninin bireylerin kişilik özellikleri ve toplumdaki rollerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bakker ve arkadaşlarının Hollanda' da internet üzerinden genel anket çalışması olarak yaş ortalaması 35.63 yıl, ortalama çalışma hizmet süresi 6.26 yıl olan 2225 erkek ve 694 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, yaş ve ortalama

Çalışma yılı az olan kadınlarda meslekleri fark etmeksizin tükenmişliğe daha fazla eğilim gösterdikleri belirtilmiştir (148). Çalışmamızla paralel olacak şekilde kadın fizyoterapistlerin erkeklere kıyasla daha fazla tükenmişlik yaşadığını bildiren çalışmalar literatürde bulunmaktadır (54,149).

Pavlakis ve arkadaşlarının Kıbrıs Rum Kesimi' nde özel sektörde ve kamu sektöründe çalışan 110' u kadın, 62' si erkek 172 fizyoterapistin tükenmişliklerini karşılaştırdıkları çalışmada kadın fizyoterapistlerin tükenmişliklerinin duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutlarında erkeklerden daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu durumun kadınların genellikle hem anne hem de fizyoterapist rolüne sahip olup, kendilerinin daha fazla strese girmelerine ve genel enerjilerinin tükenmesinden kaynaklandığını rapor etmişlerdir (54).

Erturan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada fizyoterapistlerin yaşlarıyla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma seviyeleri arasında negatif anlamlı, kişisel başarı seviyesiyle pozitif anlamlı ilişki bulduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç, fizyoterapistlerin yaşları arttıķa duygusal tükenme ve duyarsızlaşma seviyelerinin azaldığı, kişisel başarı seviyesinin ise arttığını göstermektedir. Bu durumun sebebi olarak, mesleğe yeni başlayan fizyoterapistlerin, meslekten beklentilerinin karşılanmaması, iş koşullarının uygunsuzluğu ve ekonomik problemler yaşamaları gibi sebeplerin olabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir (147). Bizim alışmamızda, erkeklerin yaş ortalaması kadınların yaş ortalamasından daha yüksekti. Bununla beraber literatüre paralel olarak, erkek bireylerin tükenmişlik seviyeleri, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma seviyeleri kadın bireylerden daha yüksekti. (14,149,150). Bunun yanısıra, literatür incelendiğinde yaş ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığını bildiren araştırmalar vardır (151). Al-İmam' ın Suudi Arabistan' da devlet hastanelerinde çalışan 119 fizyoterapist üzerinde tükenmişliğin yaygınlığını, şiddetini ve organizasyonel faktörlerin etkisini incelediğı çalışması sonucunda yaş ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığını bulmuştur (151).

Literatürde fizyoterapistlerde medeni duruma göre tükenmişliğin karşılaştırıldığı çalışmalar incelendiğinde, yalnız yaşayan fizyoterapistlerde tükenmişlik riskinin daha fazla olduğu rapor edilmiştir (48,152). Çalışmamızdaki kadın fizyoterapistlerin %56,38 'i, erkek fizyoterapistlerin ise %32,14'  bekardır. Çalışmamızda mesleki tükenmişlik açısından kadın fizyoterapistlerin tükenmişliği erkeklere kıyasla daha yüksek bulunduğundan, çalışmamız literatürle paralellik

göstermektedir. Ayrıca bu sonuca ters olarak, tükenmişlik seviyeleri ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişkinin gösterilmediği araştırmalar da literatürde mevcuttur (47,153). Balogun ve ark. New York’ ta çeşitli hastane ve kliniklerde çalışan 243’ ü kadın 65’ i erkek fizyoterapist ve ergoterapistlerde tükenmişliğin yaygınlığını ve belirleyicilerini araştırdıkları çalışmada tükenmişlik düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmadığını rapor etmişlerdir (153).

Maslach ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, çocuk sahibi olmanın düşük duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (42). Çalışmamızda erkek fizyoterapistlerin çocuk sayısı kadınlarla karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı fakat anlamlılık sınırında olduğu bulundu. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında ise erkek fizyoterapistler kadınlardan daha düşük skor aldığından, çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir. Bu sonuçla çelişecek şekilde Pustulka ve ark. Polonya’ da çeşitli sağlık kurumlarında en az 3 senedir çalışmakta olan 130’ u kadın 21’ i erkek, %67’ sinin evli %63’ ünün ise çocuğu olan 151 fizyoterapistte çocuk sayısına göre tükenmişliği karşılaştırdığı çalışmada bir fark olmadığını bildirmiştir. Bu durumun bireysel değişkenlerden kaynaklandığını rapor etmişlerdir (47).

Literatürde meslekteki aktif çalışma süresine göre tükenmişlik karşılaştırıldığında duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif anlamlı, kişisel başarı ile pozitif anlamlı fark olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç, fizyoterapistlerin meslekte geçirdiği yıl arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma seviyelerinin azaldığı, kişisel başarı seviyesinin arttığı anlamına gelmektedir. Bunun sebebi olarak; meslekte geçirilen süre arttıkça fizyoterapistlerin temasta bulunduğu hasta sayısının, mesleki deneyimlerinin ve özgüvenlerinin artmasına bağlı olarak gerçekleştiği düşünülmektedir (14). Scutter ve Goold Güney Avustralya’ da 5 sene içinde mezun olan 44’ ü kadın 22’ si erkek, yaş ortalaması 26.3 yıl olan 66 fizyoterapistin tükenmişliklerini inceledikleri çalışmada, deneyimi daha az olan fizyoterapistlerin genellikle kendilerinden beklentilerin daha yüksek olduğu, bu durumun da kendilerini daha çok strese sokabileceğini bildirmişlerdir (146).

Demir ve ark. Samsun’ da üniversite ve devlet hastanesinde çalışan 333 hemşirenin tükenmişlik düzeylerini karşılaştırdıkları çalışmada ise deneyimi daha az olanların iş yükünün daha çok olması, daha çok hastayla temas etmeleri ve bununla beraber stresin artmasının tükenmişlik düzeyinin artmasına sebep

olduğunu rapor etmişlerdir (154). Śliwiński ve ark. yaptıkları araştırmada, hizmet süresi 15 yıldan fazla olan fizyoterapistlerin, 5-15 yıl arasında veya 5 yıldan az hizmet süresi olan fizyoterapistlere göre memnuniyet hissinin daha fazla olduğu ve daha az tükenmişlik seviyesine sahip oldukları sonucuna varılmıştır (48). Bu sonuçlarla çelişkili olarak literatürde tükenmişlik seviyesinin, fizyoterapistlerin hizmet süresi ve günlük rehabilitasyona başvuran birey sayısı ile doğrudan bağlantılı olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (143,155). Donohoe ve ark. Amerika’ da %7’ sinin erkek %93’ ünün kadın fizyoterapistlerden oluştuğu, %63’ ünün 3 yıldan az deneyime sahip olduğu 122 fizyoterapist üzerinde tükenmişlikle ilgili faktörleri araştırdıkları çalışmada katılan fizyoterapistlerin nispeten genç ve birkaç yıllık deneyime sahip olmalarına rağmen orta derecede tükenmişliğe sahip olduğunu rapor etmişlerdir (143).

Sağlık çalışanları arasında yapılan diğer çalışmalarda ise çalışmamızla ters düşecek şekilde, haftalık çalışma saati ve meslekteki hizmet süresinin artmasının tükenmişlik seviyesini arttırdığı bildirilmiştir (47,156,157). Bunun sebebi olarak, fizyoterapistlerin hastaları ve aileleriyle uzun süre zaman geçirmesi, seans boyunca hastaların sadece başardıklarına değil başaramadıklarına, saldırgan ya da depresif reaksiyonlarına da tanık olmaları ve bunları görmemiş gibi yapmaları şeklinde belirtmişlerdir (157).

Lee ve Ashforth yaptıkları çalışmada tükenmişlikle iş doyumu arasında negatif korelasyon olduğunu bildirmişlerdir (158). Şimşek ve ark. 69’ u kadın toplamda 104, yaş ortalaması 30.95 yıl olan, nörolojik rehabilitasyonda en az 1 yıl tecrübesi olan fizyoterapistler üzerinde yaptığı çalışmada iş doyumundaki azalmanın tükenmişliği artırdığını bildirmiştir (13). Bizim çalışmamızda kadın fizyoterapistlerin tükenmişliği erkeklere kıyasla daha yüksektir ve erkek fizyoterapistlerin iş doyumu alt boyutlarda ve genel iş doyumunda daha yüksek çıkmıştır. Bu bakımdan çalışmamız literatürle uyumludur. Bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerindeki fizyoterapistlerin hizmet verdiği hasta grubunun fiziksel ve mental açıdan ağır olduğundan kadınlar açısından iş doyumunun azalmasına neden olduğunu düşünmekteyiz.

Usman ve arkadaşları fizyoterapistlerde iş doyumunu inceledikleri bir araştırmada fizyoterapistlerin çalıştıkları işten kısmen memnun oldukları sonucuna ulaşmışlardır (159). Üstünbaş’ ın 439 fizyoterapist üzerinde yaptığı çalışmada, araştırmadaki her 100 fizyoterapistten 21’ inin yüksek, 64’ ünün normal ve 15’ inin

düşük iş doyumuna sahip olduğu bulunmuştur (12). Literatürde yapılan çalışmalarda özel sektördekiyle kamudakiler karşılaştırıldığında özel sektörde çalışanların daha yüksek iş doyumuna sahip olduğu tespit edilmiştir (60,160–164). Eysel’ in İstanbul’ da çalışan fizyoterapistler üzerinde yaptığı çalışmasında ise literatür bulgularının tersine olacak şekilde kamudaki fizyoterapistlerin özel sektördekilere kıyasla daha yüksek düzeyde iş doyumuna sahip olduğunu belirtmiştir (147). Bunun nedeninin COVID-19 pandemisi zamanında özel sektördeki personellere dair beklentilerin çoğalmas ve personellerde COVID-19 korkusuyla beraber, işlerini kaybetmemek için daha fazla çaba göstermeleri olduğunu düşünmüştür. Çalışmamızdaki fizyoterapistler kamu sektöründe çalıştıklarından dolayı literatürün tersi bulgularımızın olmasının nedeninin gün geçtikçe artan kamu ve özel sektör arasındaki gelir farkından ve kamu sektöründeki iş garantisi olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Der yaptığı çalışmada özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde ve hastanelerde çalışan 100 fizyoterapist üstünde gerçekleştirdiği çalışmasında özel eğitim grubu fizyoterapistlerinin %4’ ünün düşük, %96’ sının yüksek, hastane grubu fizyoterapistlerinin %2’ sinin düşük, %98’ inin yüksek iş doyumuna sahip olduğunu bulmuştur (16). Bizim çalışmamızdaki kadın ve erkek fizyoterapistlerin iş doyumları ortalaması yüksektir. Erkek fizyoterapistlerin iş doyumunu toplam puanı istatistiksel olarak anlamlılığa yakın bir şekilde yüksek çıkmıştır ve çalışma yılı kontrol edildiğinde yine erkek fizyoterapistlerin iş doyumunu toplam puanı kadınlardan yüksektir; ancak dış doyum alt boyutunda kadınların iş doyumunu düşüktür ve gruplar arasında farklılık bulunmuştur. Bunun sebebinin yaşla birlikte deneyim kazanan fizyoterapistlerin hastalar tarafından itibarlarının artması, bölümden sorumlu fizyoterapist olmalarına veya kurum içinde statü kazanmalarına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Brattig ve ark. Almanyada’ da erkeklerin iki katı kadar kadının olduğu toplam 85 fizyoterapistin çoğunluğunun 40-49 ve 50-59 yaş grupları arasında olduğu, %67’ sinin 20 yıldan fazla çalıştığı ve %84’ ünün serbest çalışan veya kendi kliniğinin olduğu fizyoterapistlerin işe bağlı stres ve iş doyumunu, iş kazası ve hastalıklarını araştırdıkları çalışmasında, fizyoterapistlerin %88’ inin işlerinden memnun olduklarını, bunun da yüksek beceri düzeyi, uzmanlık bilgisi, mesleklerine duydukları saygı ve çalışma ortamından kaynaklandığını rapor etmişlerdir (165). Keçik’ in 38’ i kadın 12’ si erkek, ortalama yaşın 25.3 olduğu, ortalama aktif

Çalışma suresinin 2.38 yıl olduğu 50 fizyoterapist üzerinde pandemi öncesinde ve sonrasında yaptığı çalışmada fizyoterapistlerin yoğun çalışma şartlarına rağmen iş doyumunda önemli bir değişiklik olmadığı belirtilmiştir. Bunun sebebinin çalışmadaki fizyoterapistlerin pandemi döneminde ön planda, n saflarda olmaması ve çalışma koşullarından kaynaklanabileceğini rapor etmişlerdir (166). Bu bakımdan çalışmamız literatürle uyumludur.

İş doyumunu ile yaşam kalitesi faktörlerinin birbirleriyle olumlu bir ilişkisi olması beklenmektedir. Kavlu yaptığı araştırmada iş doyumunu ile yaşam kalitesinin her alanının doğrudan ilişkisi olduğunu bulmuştur (167). ştnbaş' ın yaptığı araştırmada yaşam kalitesi kısımlarından daha yüksek puan alan fizyoterapistlerin iş doyumlarının da yüksek olduğu belirtilmiştir (12). Bizim alışmamızda da iş doyumunun daha yüksek olduğu erkek fizyoterapistlerde, Nottingham Sağlık Profili toplam puanında, ağrı alt boyutunda, duygusal reaksiyonlar alt başlığında, sosyal izolasyon alt başlığında ve enerji alt başlığında anlamlı farklılık olmak üzere, fiziksel aktivite alt boyutunda da erkek fizyoterapistlerin kadın fizyoterapistlere kıyasla yaşam kalitesi yüksektir.

Literatürde fizyoterapistlerin uyku kalitesini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Akçadağ' ın pandemi döneminde özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan fizyoterapistlerin uyku kalitesini incelediği çalışmasında %63.6' sını kadınların oluşturduğu fizyoterapist grubunun PUKİ toplam skoru ortalaması 6.81 olarak bildirilmiştir (15).

Çağlak' ın pediatrik rehabilitasyon alanında çalışan fizyoterapistler üzerinde yaptığı çalışmasında eğitim grubunun PUKİ skoru 14.5, kontrol grubunun PUKİ skoru 15.1 olarak belirtilmiştir (168). Arzık' ın COVID-19 tanılı hastalarla çalışan sağlık çalışanları üzerinde yaptığı araştırmasında, fizyoterapistlerin PUKİ toplam skoru ortalaması 14.06 olarak belirtilmiştir. Arzık alışmasında PUKİ toplam puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılmasında anlamlı bir fark olmadığını da belirtmiştir (169). Bizim alışmamızda ise kadın fizyoterapistlerin PUKİ toplam skoru ortalaması 6, erkek fizyoterapistlerin PUKİ toplam skoru ortalaması 4 ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamızın literatürdeki diğer çalışmalara göre PUKİ toplam puan ortalamasının daha düşük olmasının sebebinin iş doyumlarının daha yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Kadınların PUKİ toplam skorunun erkeklere kıyasla daha yüksek olmasının

sebebinin de iş doyumlarının erkeklere göre daha düşük olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Kinezyofobi yorgunluk ölçeğiyle ilgili literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlıklı yetişkinlerle yapılan çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Fibromiyalji sendromu hastalarında, multipl skleroz hastalarında, koroner arter hastalarında ve COVID-19 döneminde yetişkin bireylerle yapılan çalışmalar mevcuttur (170–174). Barğı ve Koku' nun yetişkin bireylerde yaptığı çalışmada TKÖ ortalama skoru 37.93 olarak bulunmuştur (170). Bizim çalışmamızda kadın fizyoterapistlerin TKYÖ puanı 36.50, erkek fizyoterapistlerin TKYÖ puanı 35 olarak birbirleriyle benzer bulunmuştur. 37 üstü puan yüksek kinezyofobi varlığını göstermektedir. Çalışmamızdaki fizyoterapistlerin yüksek kinezyofobi sınırında olmalarının sebebinin çalıştıkları hasta popülasyonlarıyla gün içerisinde sürekli vakit geçirmesinden dolayı zamanla kinezyofobilerinin arttığını düşünmekteyiz. Çalışmamız bakım ve rehabilitasyon merkezlerindeki kadın ve erkek fizyoterapistlerde kinezyofobi yorgunluk düzeylerini karşılaştıran literatürdeki ilk çalışmadır.

Önümüzdeki süreçte örneklem grubunun büyümesiyle birlikte daha kapsamlı değerlendirmeleri barındıran yeni araştırmalara gereksinim olduğu düşüncesindeyiz.

5.1 Çalışmanın Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bilimine Katkıları

Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezlerinde fizyoterapi birimi kurumda kalan bireyler için önemli bir yer tutmaktadır. Özbakımını kendisi sağlayabilen bireyler dışında hasta bakım personeline tam veya yarı bağımlı bireyler için fizyoterapi, bireyin mobilitesinin artmasına, günlük yaşam aktiviteleri açısından daha bağımsız hale gelmesi açısından büyük bir öneme sahiptir. Fizyoterapi hizmetini veren fizyoterapistlerin de fiziksel ve sosyal açıdan değerlendirilip desteklenmesinin hem hizmet verilen bireyler açısından hem de toplumsal katkı olarak önemli olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü sağlıklı fizyoterapi hizmeti almanın temeli sağlıklı fizyoterapist ile birlikte çalışmaktan geçer.

Bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerinde çalışan fizyoterapist başına düşen hasta sayısı oldukça fazladır. Bu durum, bu merkezlerde çalışan fizyoterapistlerin tükenmişliklerini, iş doyumlarını, yaşam kalitelerini, uyku kalitelerini ve kinezyofobi yorgunluk düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Son yıllarda fizyoterapistler üzerinde yapılan çalışmalarda pediatrik ya da nörolojik rehabilitasyon alanında çalışan fizyoterapistler üzerinde ve cinsiyetlere göre gruplamadan genel olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda ise sadece bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerinde çalışan fizyoterapistler dahil edilip, kadın ve erkek fizyoterapistler karşılaştırarak incelenmiş olup, bu karşılaştırmanın hem bu kurumları önümüzdeki yıllarda tercih edecek fizyoterapistlerin tercihlerine yön vermesi açısından hem de fizyoterapistlerin çalıştığı kurumlar için yapılacak düzenleme ve iyileştirmelere ışık tutacağına inanmaktayız.

5.2 Çalışmanın Limitasyonları

Çalışmamızın bazı limitasyonları bulunmaktadır.

Çalışmamızdaki kadın fizyoterapist sayısının erkeklere kıyasla çok fazla olması çalışmamızın limitasyonlarından biridir. Çalışmamıza katılan gönüllü fizyoterapistler ağırlıklı olarak genç popülasyondur. Yaşça büyük olan fizyoterapistlere, internet üzerinden yeterince erişilemediğinden çalışmamız yaş açısından heterojen bir dağılım göstermektedir. Ayrıca bu durum aktif çalışma süresi için de gruplar arasında anlamlı bir fark oluşmasına neden olmuştur.

Çalışmamızdaki fizyoterapistlerin yaşadıkları şehirler sorgulanmamıştır. Ülkemizdeki iş koşulları, aylık gelir gibi birçok etken şehirden şehire değişebilmekte ve çalışılan kurumlar arasında da idari açıdan farklar olabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Kadın fizyoterapistlerin tükenmişliklerinin erkek fizyoterapistlere kıyasla daha fazla olduğu bulundu.
2. Erkek fizyoterapistlerin iş doyumlarının kadın fizyoterapistlerden daha yüksek olduğu görüldü. İş doyumunu arttıkça tükenmişliğin azaldığı bulundu.
3. Kadın fizyoterapistlerin yaşam kalitesinin erkek fizyoterapistlere göre daha kötü olduğu görüldü.
4. Kadın fizyoterapistlerin uyku kalitesinin erkek fizyoterapistlere göre daha kötü olduğu görüldü.
5. Grupların yorgunlukla ilişkili kinezyofobilerinin benzer olduğu fakat yüksek kinezyofobi sınırında olduğu görüldü.

Öneriler:

Bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerinde daha fazla fizyoterapist istihdam edilmesi kurumlarda çalışan fizyoterapistlerin tükenmişliklerinin ve iş yüklerinin azaltılması açısından yararlı olabileceği görüşündeyiz. Bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerinde görev yapan fizyoterapistlerin tükenmişliğinin ve kinezyofobinin azaltılması, uyku ve yaşam kalitesinin artırılması için bireye özgü planlanmış veya grup egzersizi şeklinde oluşturulmuş uygulamaların (gevşeme egzersizleri, yoga, meditasyon, stres yönetimi ve düzenli aerobik egzersiz) klinik olarak yararlı olabileceğini düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

(Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.)

1. Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete. 2011.
2. World Confederation for Physical Therapy. London: What is physical therapy. 2014.
3. Madan M. Türkiye’deki Mezun Fizyoterapistlerin İş Yaşamında İhtiyaç Duydukları Genel ve Mesleğe Özel Yeterliklerinin Yükseköğretim Kurumları Tarafından Karşılama Düzeyinin Araştırılması. Hacettepe Üniversitesi. 2021.
4. Karagözoğlu Coşkunsu D, Toprak M, Duman Ç, İnal Hs. Türkiye’de Fizyoterapistlerin İş Bulma Sürelerinin ve İstihdam Durumlarının Değerlendirilmesi. Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2018; 29(2):44–52.
5. Bölükbaşı N. Sağlık Çalışanlarında Bel ve Üst Ekstremiteye İlişkin Kas-İskelet Sistemi Sorunları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1 Ulusal Kongresi Kongre Kitabı. 1999; 101–4.
6. Özcan E, Samancı N, Balcı N. Hastane Personelinde Bel Ağrısı. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri. 2001; p. 13–6.
7. Öksüz Ç. Fizyoterapistlerde Kas İskelet Sistemi ile İlgili Fonksiyonel Çalışma Kapasitesinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi. 2003.
8. Keskin T, Ergan M, Başkurt F, Başkurt Z. Fizyoterapistlerde Çatışma Eğilimi ve İş Doyumu İlişkisinin Belirlenmesi. ACU Sağlık Bil Derg. 2021; 12(1):67–71.
9. Wilski M, Chmielewski B, Tomczak M. Work Locus of Control and Burnout In Polish Physiotherapists: The Mediating Effect Of Coping Styles. Int J Occup Med Environ Health. 2015; 28(5):875–89.
10. Maslach C, Leiter M. The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do about it. 1997.
11. Dinibutun SR. Factors Associated with Burnout Among Physicians: An Evaluation During a Period of COVID-19 Pandemic. J Healthc Leadersh. 2020; 12:85.
12. Üstünbaş G. Türkiye’de Fizyoterapistlerde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Araştırılması. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi. 2011.
13. Şimşek Ş, Özübek B, Yağcı N. Nörolojik Rehabilitasyon Alanında Çalışan Fizyoterapistlerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021; 6(1):50–61.
14. Erturan S, Basaran Z, Elbasan B. Türkiye’de Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Çalışan Fizyoterapistlerin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. Milli Eğitim Özel Eğitim ve Rehberlik Dergisi. 2021; 1(2):1–30.
15. Akçadağ İ. Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Çalışan Fizyoterapistlerin Pandemi Dönemindeki Fiziksel Aktivite, Yaşam Kalitesi, Yorgunluk, Uyku Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi. 2022.
16. Der S. Özel Eğitim Merkezinde Çalışan Fizyoterapistler ile Tıp Merkezi veya Fizik Tedavi Dal Merkezlerinde Çalışan Fizyoterapistlerin Mesleki Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması. Haliç Üniversitesi. 2018.

17. Can F. Fizyoterapi ve Rehabilitasyonun Mesleki Gelişim Tarihçesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2016; 1(3):1–6.
18. Bakewell S. Illustrations from the Wellcome Institute Library Medical Gymnastics and the Cyriax Collection. Med Hist. 1997; 41:487–95.
19. Eugene Physical Therapy | History of Physical Therapy [Internet]. [cited 2023 Aug 10]. Available from: <https://www.eugenept.com/history.html>
20. CSP History | The Chartered Society of Physiotherapy [Internet]. [cited 2023 Aug 10]. Available from: <https://www.csp.org.uk/about-csp/who-we-are/csp-history>
21. Swisher LL, Page CG. Professionalism in Physical Therapy: History, Practice, And Development. Professionalism in Physical Therapy: History, Practice, and Development. 2005; 1–226.
22. Bialosky JE, Simon CB, Bishop MD, George SZ. Basis for Spinal Manipulative Therapy: A Physical Therapist Perspective. J Electromyogr Kinesiol. 2012; 22(5):643–7.
23. MacDonald C. Recognizing 200 Years of International OMT Practice. In AAOMPT Annual Conference; 2013.
24. McKenzie R. Patient Heal Thyself. Worldwide Spine Rehabilitation. 2002; 2(1):16–20.
25. McKenzie RA. The Cervical and Thoracic Spine : Mechanical Diagnosis and Therapy. Spinal Publications. New Zealand: Spinal Publications; 1990.
26. World Confederation of Physical Therapy (WCPT). Professional Issues. 2016.
27. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete. 2014.
28. Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011 – 2013). Resmi Gazete. 2011; (27820).
29. T.C. Kalkınma Bakanlığı. Özürlülere Sunulan Hizmetlerin Etkinleştirilmesi Çalışma Grubu Raporu. Ankara; 2015.
30. Sönmez A, Özgöbek R. BHKS Alanda Uygulama ve Değerlendirme Çalışmaları, Bakım Hizmetleri ve Kalite Standartları Alanda Uygulama ve Değerlendirme Çalışması. III. Bildiri Kitapçığı. İzmir; 2014; p. 9–14.
31. Seyyar A. Sosyal Hizmetlerde Bakım Terimleri. 1. Baskı. Ankara: Şefkatli Eller Yayınevi; 2007.
32. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Turkish Journal of Geriatrics. 2002; 5(4):155–9.
33. Freudenberg HJ. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues. 1974; 30(1):159–65.
34. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2011; 68(1):29–32.
35. Jusuf S. Yetiştirme Yurtlarında ve Çocuk Yuvalarında Görev Yapan Personelin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı; 2007.
36. Anbar A, Eker M. An Examination of Relationship between Burnout and Job Satisfaction among Turkish Accounting and Finance Academicians. European Journal of Economic and Political Studies. 2008; 1(1):46–67.

37. Bretland RJ, Thorsteinsson EB. Reducing Workplace Burnout: The Relative Benefits of Cardiovascular and Resistance Exercise. *PeerJ*. 2015; 3.
38. Dericioğulları A, Konak Ş, Arslan E, Öztürk B. The Rate of Burnout of Teaching Staffs: Samples of Mehmet Akif Ersoy University. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007; 2(5).
39. Maslach C, Jackson SE. The Role of Sex and Family Variables in Burnout. *Sex Roles*. 1985; 12(7–8):837–51.
40. Avşaroğlu S, Engin Deniz M, Kahraman A. Teknik Öğretmenlerde Yaşam Doyumu İş Doyumu ve Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2005; 14:115-129.
41. Cordes CL, Dougherty TW. A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*. 1993; 18(4):621.
42. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52:397–422.
43. Gümüş H. Farklı Mesleklerde Çalışanların İş ve Yaşam Doyumlarının Tükenmişlik Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi*. 2006.
44. Karahan Ş. Özel Eğitim Okullarında Çalışan Eğitimcilerin Özyeterlik Algılarının ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. *Marmara Üniversitesi*; 2008.
45. Karabıyık L, Eker M, Anbar A. Determining the Factors That Affect Burnout Among Academicians. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 2008; 63(2).
46. Işıklı İftar E. Hastane Çalışanlarında Tükenmişlik: Düzce ve Sakarya İli Örneği. *Third Sector Social Economic Review*. 2018; 53(1):259–72.
47. Pustułka-Piwnik U, Ryn ZJ, Krzywoszański Ł, Stożek J. Burnout Syndrome in Physical Therapists - Demographic and Organizational Factors. *Med Pr*. 2014; 65(4):453–62.
48. Śliwiński Z, Starczyńska M, Kotela I, Kowalski T, Kryś-Noszczyk K, Lietz-Kijak D, et al. Burnout Among Physiotherapists and Length of Service. *Int J Occup Med Environ Health*. 2014; 27(2):224–35.
49. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High Level of Burnout in Intensivists: Prevalence and Associated Factors. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007; 175(7):686–92.
50. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. 2002.
51. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European Family Doctors: The EGPRN Study. *Fam Pract*. 2008; 25(4):245–65.
52. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational Stress and Burnout in Anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2003; 90(3):333–7.
53. Li CS, Farinelli M, Ercolani M, Alianti M, Manigrasso V, Taroni A. Physical Rehabilitation and Burnout: Different Aspects of The Syndrome and Comparison Between Healthcare Professionals Involved. *Eura Medicophys*. 2006; 42(1):27–36.
54. Pavlakis A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout Syndrome in Cypriot Physiotherapists: A National Survey. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10(1):1–8.
55. Fischer M, Mitsche M, Endler PC, Mesenholl-Strehler E, Lothaller H, Roth R. Burnout in Physiotherapists: Use of Clinical Supervision and Desire for Emotional Closeness or Distance to Clients. 2014; 20(11):550–8.

56. Martinussen M, Borgen PC, Richardsen AM. Burnout and Engagement Among Physiotherapists. *Int J Ther Rehabil*. 2011; 18(2):80–8.
57. Gh ME, Alilou A, Fereydounnia S, Zaki Z. Factors Associated with Burnout Syndrome in Physiotherapy Staff: A Questionnaire Study. *HealthMED*. 2013; 7(1):304–12.
58. Judge TA, Weiss HM, Kammeyer-Mueller JD, Hulin CL. Job Attitudes, Job Satisfaction, and Job Affect: A Century of Continuity and of Change. *Journal of Applied Psychology*. 2017; 102(3):356–74.
59. Bingöl D. Personel Yönetimi ve Beşeri İlişkiler. Atatürk Üniversitesi Basımevi; 1990.
60. Ergin C. Bir İş Doyumu Ölçümü Olarak İş Betimlemesi Ölçeği: Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1997; 12(39):25–36.
61. Çetin F. Psikolojik Dayanıklılığın İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Tutumlarındaki Rolü. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*. 2011; 13(3):79–94.
62. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of Burnout and Job Satisfaction Among Turkish Physicians. *QJM*. 2006; 99(3):161–9.
63. Ataklı A, Altınışık S, Dikmetaş E. Üniversite Hastanelerinde Çalışan Yönetici ve Klinik Sekreterlerinin İş Doyumu. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2003; 6(2):99–121.
64. Mottaz CJ. Age and Work Satisfaction. *Work and Occupations: An International Sociological Journal*. 1987; 14(3):387–403.
65. Çimen M, Şahin İ. Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyumu Düzeyinin Belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2000; 5(4).
66. E.Spector P. Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences. *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences*. 1997.
67. Çarıkçı İH. Çalışanların İş Tatminlerini Etkileyen Kişisel Özellikler: Süpermarket Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2000; 5(2):157–61.
68. Unutmaz S. Factors Affecting Job Satisfaction of Employees in A Public Institution A Thesis Submitted to The Graduate School of Natural and Applied Sciences of Middle East Technical University. 2014.
69. Clark AE. Job Satisfaction and Gender: Why Are Women So Happy at Work? *Labour Econ*. 1997; 4(4):341–72.
70. Eriğüç G. Sağlık Personelinin Kişisel Özelliklerine Göre İş Doyumu Üzerine Bir İnceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2000; 5(3):7–40.
71. Canbay S. İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin İş Doyumu ve Denetim Odağı İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi*. 2007.
72. Clark AE, Oswald AJ. Satisfaction and Comparison Income. *J Public Econ*. 1996; 61(3):359–81.
73. Akkaya G. Kadınlar Süper Ligi'nde Oynayan Basketbolcularda Duygusal Sermayenin İş ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Bahçeşehir Üniversitesi*. 2020.
74. Özgen Mimaroglu H., Özgen H. Psikolojik Sözleşme ve Boyutlarının İş Tatmini Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetine Etkileri: Tıbbi Satış Temsilcileri Üzerinde Bir Araştırma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2010; 19(1):1–19.

75. Robbins SP, Judge TA. Örgütsel Davranış. Çev. İ. Erdem. İstanbul: Nobel Yayıncılık; 2012.
76. Basım N, Sıgı Ü. İş Görenlerin İş Doyumu ile Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Analizi: Kamu ve Özel Sektörde Karşılaştırmalı Bir Araştırma. SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2006.
77. Aydın D. Eğitim Kurumları Çalışanlarında İş Doyumu. Marmara Üniversitesi. 2006.
78. Başaran İE. Örgütsel Davranış İnsanın Üretim Gücü. Ankara: Siyasal Basım Yayım Dağıtım; 2008.
79. Mete M, Karahan M. Çalışanların İş Tatminine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma: Tekstil Sektöründe Bir İşletme Örneği. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2014; 15(2):15–32.
80. Çakmur H. İş Doyumu Kavramı ve Değerlendirilmesi Geliştirilmiş İş Betimlemesi Ölçeği. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2011; 10(6):759–64.
81. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 6.Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
82. Subulan E. Örgütlerde Yaşanan Kişilerarası Çatışmaların Çalışanların İş Doyumu Üzerine Etkisi ve Bir Araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi. 2016.
83. Luthans F. Organizational Behavior. 7th ed. İstanbul: Literatür Yayıncılık; 1995.
84. Keser A. Çalışma Yaşamında Motivasyon. Bursa: Alf Aktüel Yayını; 2003.
85. Ceylan A. Yönetimde İnsan ve Davranış. 3.Baskı. İstanbul: Kuşak Matbaası; 2014.
86. Bozkurt Ö, Bozkurt İ. İş Tatminini Etkileyen İşletme İçi Faktörlerin Eğitim Sektörü Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Doğu Üniversitesi Dergisi. 2008;9(1):1–18.
87. Davis K. İşletmede İnsan Davranışı Örgütsel Davranış. Çev. Kemal Tosun. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını; 1988.
88. Saruhan ŞC, Yıldız ML. İnsan Kaynakları Yönetimi: Teori ve Uygulama. 2012. İstanbul: Beta Basımevi; 2012.
89. Örucü E, Esenkal F. Konaklama İşletmelerinde İş Gören Tatminini Etkileyen Faktörler Bandırma ve Erdek Örneği. Vol. 8, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Balıkesir Üniversitesi; 2005; p. 141–66.
90. Akkaşoğlu S, Ulama Ş. İşgörenlerin Çalışma Koşulları Ve İş Tatmini: İstanbul'da Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Araştırma. 3rd International Congress of Tourism & Management Researches. 2016; 95–110.
91. Ödemiş H. İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin İş Tatminleri ile Evlilik Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yeditepe Üniversitesi. 2008.
92. Erdil O, Keskin H, İmamoğlu SZ, Erat S. Yönetim Tarzı ve Çalışma Koşulları, Arkadaşlık Ortamı ve Takdir Edilme Duygusu ile İş Tatmini Arasındaki İlişkiler: Tekstil Sektöründe Bir Uygulama. Doğu Üniversitesi Dergisi. 2004; 5(1):17–26.
93. Feldman DC, Arnold HJ. Managing Individual and Group Behavior in Organizations. New Jersey: McGraw-Hill Book Company; 1983.
94. Luthans Fred. Organizational Behavior: An Evidence-Based Approach. 12th edition. New York: McGraw-Hill Irwin; 2011.

95. Hoş C, Oksay A. Hemşirelerde Örgütsel Bağlılık ile İş Tatmini İlişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015; 20(4):1–24.
96. Yasacı Z, Mustafaoğlu R, Zirek E, Çelik D. Fizyoterapistlerin Mezuniyet Sonrası Aldığı Eğitim, İş Doyumu ve Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması. Mesleki Bilimler Dergisi. 2017; 6(3):719–29.
97. Tekkanat Ç. Öğretmenlik Bölümünde Okuyan Öğrencilerde Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Pamukkale Üniversitesi. 2008.
98. Yancar C. Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.
99. Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri. Sağlık ve Toplum. 2003; 3:3–8.
100. World Health Forum. The WHOQOL Group: What Quality of Life. 1996; 17:354–6.
101. Akyüz G. Geriatrik Hastalarda Yaşam Kalitesi. Turk J Phys Med Rehab. 2006; 52(Özel Ek A): A57–9.
102. Bowling A. A Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales. 2nd ed. Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales. Buckingham: Open University Press; 1997.
103. Arıkan H, Öztürk M, Tokgözoğlu L, Savcı S, İnal İnce D. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2006; 34(3):166–72.
104. Karakaş SA, Gönültaş N, Okanlı A. Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017; 4(1):17–26.
105. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving Sleep Quality Leads to Better Mental Health: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. Sleep Med Rev. 2021; 60.
106. Carley DW, Farabi SS. Physiology of Sleep. Diabetes Spectr. 2016; 29(1):5–9.
107. Krystal AD, Edinger JD. Measuring Sleep Quality. Sleep Med. 2008; 9 Suppl 1.
108. Engin E. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Uyku Düzen Özellikleri ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi. 1999.
109. Ohayon M, Wickwire EM, Hirshkowitz M, Albert SM, Avidan A, Daly FJ, et al. National Sleep Foundation's Sleep Quality Recommendations: First Report. Sleep Health. 2017; 3(1):6–19.
110. Medic G, Wille M, Hemels MEH. Short- and Long-Term Health Consequences of Sleep Disruption. Nat Sci Sleep. 2017; 9:151.
111. Haex B, Raton B, New L, Washington Y. Back and Bed Ergonomic Aspects of Sleeping. 2004.
112. Güneş S. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlisi Doktorların Uyku Kalitesi ve Uyku Kalitesine Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi. Kocaeli Üniversitesi. 2022.
113. Eryavuz N. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi. 2007.

114. Glogow E. Research Note: Burnout and Locus of Control. *Public Pers Manage*. 1986 Mar; 15(1):79–83.
115. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2012; 13(2):93–104.
116. Deniz Doğan S, Arslan S, Aydingülü N, Koparan H, Gülşen M. Vardiya Sistemiyle Çalışan Hemşirelerin Uyku Kaliteleri. *Cukurova Medical Journal*. 2019; 44(4):1196–202.
117. Karakelle S, Karakelle S, Canpolat S. Tükenmişlik Düzeyi Yüksek İlköğretim Öğretmenlerinin Öğrencilere Yaklaşım Biçimlerinin İncelenmesi. *Eğitim Ve Bilim*. 2010; 33(147):106–20.
118. Çetinol T, Özvurmaz S. Hemşirelerde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Medical Sciences*. 2018; 13(4):80–9.
119. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*. 1998; 7(1):63–74.
120. Gündüz B. İlköğretim Öğretmenlerinde Tükenmişlik. *Mersin University Journal of the Faculty of Education*. 2005; 1(1):152–66.
121. Aydın Y, Kamuk YU. Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 2021; 6(1):88–105.
122. Kiper S, Sunal N. Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2009; 10(1):33–9.
123. Üstün Y, Yücel Çınar Ş. Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1):29–38.
124. Koca Tt, Gülkesen A, Nacitarhan V, Koca Ö. Does Kinesiophobia Associated with Poststroke Neuropathic Pain and Stroke Severity? *J PMR Sci*. 2019; 22(2):60–5.
125. Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Rotteveel AM, Ruesink R, Heuts PHTG. The Role of Fear of Movement/(Re)Injury in Pain Disability. *J Occup Rehabil*. 1995; 5(4):235–52.
126. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for The Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behav Res Methods*. 2007; 39(2):175–91.
127. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981; 2(2):99–113.
128. İzgar H. Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik. 2.Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2003; 89–90 p.
129. Ergin C. Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Hacettepe Üniversitesi. 1992; p. 143–54
130. Weiss D, Dawis R, England G, Lofquist L. Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*. 1967.
131. Baycan A. An Analysis of Several Aspects of Job Satisfaction Between Different Occupational Groups. *Boğaziçi Üniversitesi*. 1985.
132. Ünsal P, Türetgen İ.Ö. Bir İş Doyumu Ölçeği Geliştirme Çalışması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi*. 2005; 16(51):43–55.

133. Kucukdeveci AA, Mckenna SP, Kutlay S, Gursel Y, Whalley D, Arasil T. The Development and Psychometric Assessment of the Turkish Version of the Nottingham Health Profile. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2000; 23:31–8.
134. Ağargün M. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinin Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996.
135. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Res*. 1989; 28(2):193–213.
136. Tunca Yılmaz Ö, Yakut Y, Uygur F, Uluğ N. Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu ve Test-Tekrar Test Güvenirliği. *Fizyoter Rehabil*. 2011; 22(1):44–9.
137. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-Avoidance and Its Consequences in Chronic Musculoskeletal Pain: A State of The Art. *Pain*. 2000; 85(3):317–32.
138. Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Boeren RGB, Van Eek H. Fear of Movement/(Re) Injury in Chronic Low Back Pain and Its Relation to Behavioral Performance. *Pain*. 1995; 62:363–72.
139. Silver A, Haeney M, Vijayadurai P, Wilks D, Patrick M, Main CJ. The Role of Fear of Physical Movement and Activity in Chronic Fatigue Syndrome. *J Psychosom Res*. 2002; 52(6):485–93.
140. Barton B, Peat JK. *Medical Statistics: A Guide to SPSS, Data Analysis, and Critical Appraisal*. John Wiley & Sons; 2014.
141. Field A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th ed. SAGE Publications, Inc; 2017. 1–1104 p.
142. Rozier CK, Raymond MJ, Goldstein MS, Hamilton BL. Gender and Physical Therapy Career Success Factors. *Phys Ther*. 1998; 78(7):690–704.
143. Donohoe E, Nawawi A, Wilker L, Schindler T, Jette DU. Factors Associated with Burnout of Physical Therapists in Massachusetts Rehabilitation Hospitals. *Phys Ther*. 1993; 73(11):750–61.
144. Beswetherick N. The Gender Balance in Physiotherapy. *The Chartered Society of Physiotherapy*. 2021; 17.
145. Kulju K, Suhonen R, Puukka P, Tolvanen A, Leino-Kilpi H. Self-Evaluated Ethical Competence of A Practicing Physiotherapist: A National Study in Finland. *BMC Med Ethics*. 2020; 21(1):1–11.
146. Scutter S, Goold M. Burnout in Recently Qualified Physiotherapists in South Australia. *Aust J Physiother*. 1995; 41(2):115–8.
147. Eysel A. İstanbul İlinde Çalışan Fizyoterapistlerde Algılanan Stresin İş Doyumu, İşten Ayrılma Niyeti ve Yaşam Doyumu ile İlişkisi. *İstanbul Aydın Üniversitesi*. 2022.
148. Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. Validation of The Maslach Burnout Inventory - General Survey: An Internet Study. *Anxiety Stress Coping*. 2002; 15(3):245–60.
149. Carmona-Barrientos I, Gala-León FJ, Lupiani-Giménez M, Cruz-Barrientos A, Lucena-Anton D, Moral-Munoz JA. Occupational Stress and Burnout Among Physiotherapists: A Cross-Sectional Survey in Cadiz (Spain). *Hum Resour Health*. 2020; 18(1):1–10.
150. Rogan S, Verhavert Y, Zinzen E, Rey F, Scherer A, Luijckx E. Risk Factor and Symptoms of Burnout in Physiotherapists in The Canton of Bern. *Arch Physiother*. 2019; 9(1):1–5.

151. Al-Imam DM, Al-Sobayel HI. The Prevalence and Severity of Burnout among Physiotherapists in an Arabian Setting and the Influence of Organizational Factors: An Observational Study. *J Phys Ther Sci*. 2014; 26(8):1193.
152. Śliwiński Z, Starczyńska M, Kotela I, Kowalski T, Kryś-Noszczyk K, Lietz-Kijak D, et al. Life Satisfaction and Risk of Burnout Among Men and Women Working As Physiotherapists. *Int J Occup Med Environ Health*. 2014; 27(3):400–12.
153. Balogun JA, Titiloye V, Balogun A, Oyeyemi A, Katz J. Prevalence and Determinants of Burnout Among Physical and Occupational Therapists. *J Allied Health*. 2002; 31(3):131–9.
154. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of Factors Influencing Burnout Levels in The Professional and Private Lives of Nurses. *Int J Nurs Stud*. 2003; 40(8):807–27.
155. Tarakcı E, Tütüncüoğlu F, Tarakcı D. Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Alanında Çalışan Meslek Elemanlarının Öz-Yeterlilik ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 2012; 23(1):26–35.
156. Montero-Marín J, García-Campayo J, Fajó-Pascual M, Carrasco JM, Gascón S, Gili M, et al. Sociodemographic and Occupational Risk Factors Associated with The Development of Different Burnout Types: The Cross-Sectional University of Zaragoza Study. *BMC Psychiatry*. 2011; 11:49.
157. Bruschini M, Carli A, Burla F. Burnout and Work-Related Stress in Italian Rehabilitation Professionals: A Comparison of Physiotherapists, Speech Therapists and Occupational Therapists. *Work*. 2018; 59(1):121–9.
158. Lee RT, Ashforth BE. A Further Examination of Managerial Burnout: Toward an Integrated Model. *J Organ Behav*. 1993; 14(1):3–20.
159. Usman R, Nafees F, Imran Farooqui S, Mujahid Faruq N. Level of Satisfaction of Physiotherapists with Regards to Their Profession. *Pakistan Journal of Rehabilitation*. 2013; 2(2):27–31.
160. Taşdan M, Tiryaki E. Özel ve Devlet İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin İş Doyumu Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Eğitim ve Bilim*. 2008; 33(147).
161. Tawfeeq Mrayyan M. Nurse Job Satisfaction and Retention: Comparing Public to Private Hospitals in Jordan. *J Nurs Manag*. 2005; 13:40–50.
162. Eğinli AT. Çalışanlarda İş Doyumu: Kamu ve Özel Sektör Çalışanlarının İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2009; 23(3).
163. Gümüş H. Farklı Mesleklerde Çalışanların İş ve Yaşam Doyumlarının Tükenmişlik Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi*. 2006.
164. Günay O, Durmuş S. Hemşirelerde İş Doyumu ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Erciyes Medical Journal*. 2007; 29(2):139–46.
165. Brattig B, Schablon A, Nienhaus A, Peters C. Occupational Accident and Disease Claims, Work-Related Stress and Job Satisfaction of Physiotherapists. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2014; 9(1).
166. Keçik CA. Fizyoterapistlerin Pandemi Süreci Öncesi ve Sonrası Bel Ve Boyun Ağrılarının İş Doyumu, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi. *Haliç Üniversitesi*. 2022.
167. Kavlu İ, Pınar R. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2009; 29(6):1543–55.

168. Çağlak G. Pediatrik Rehabilitasyon Alanında Çalışan Fizyoterapistlerde Fiziksel Aktivitenin Mesleki Tükenmişlik, Depresyon ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Araştırılması. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. 2022.
169. Arzık E. Covid-19 Tanılı Hastalarla Çalışmakta Olan Sağlık Çalışanlarının Uyku Düzeni, Depresyon ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi. Bahçeşehir Üniversitesi. 2021.
170. Bargi G, Koku M. Kinesiophobia, Physical Activity, Fear of COVID-19, and Fatigue in Adult Individuals: A Cross-Sectional Study. Sencuk Tıp Dergisi. 2022; 38(3):106-113.
171. Tütün Yümin E, Özel A, Saltan A, Sertel M, Ankaralı H, Tarsuslu Şimşek T. Koroner Arter Hastalarında Ağrı, Dispne ve Kinezyofobinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi. 2017; 22(2):75-84.
172. Erim P. Multipl Sklerozda Kinezyofobinin Fonksiyonel Düzey ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Ondokuzmayıs Üniversitesi. 2019.
173. Kese B. Multipl Skleroz Hastalarında Tampa Kinezyofobi-Yorgunluk Ölçeği'nin Güvenirlilik ve Geçerliliği. Hacettepe Üniversitesi. 2020.
174. Korkmaz M. Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Vitamin D Düzeyinin Kinezyofobi ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Fırat Üniversitesi. 2022.

8. EKLER

EK 1 Bilgilendirilmiş Olur Metni

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezlerinde Çalışan Kadın ve Erkek Fizyoterapistlerde Uyku, Yaşam Kalitesi, İş Doyumu ve Tükenmişliğin Karşılaştırılması'dır. Bu araştırmanın amacı bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerinde çalışan kadın ve erkek fizyoterapistlerde uyku, yaşam kalitesi, iş doyumunu ve tükenmişliğin karşılaştırılmasıdır ve bu alanda çalışan fizyoterapistlerde farkındalık oluşturmaktır. Bu çalışmada size anketler vasıtasıyla çeşitli sorular sorulacaktır. Uykuyu değerlendirmek için Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, Yaşam kalitesini değerlendirmek için Nottingham Sağlık Profili, İş doyumunu değerlendirmek için Minnesota İş Doyum Ölçeği, Tükenmişliği değerlendirmek için Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Hareket korkusunu değerlendirmek için Tampa Kinezyofobi-Yorgunluk Ölçeği yapılacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 15 dk' dır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sorulara doğru cevap vermek sizin sorumluluklarıdır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk teşkil etmemektedir; ancak sizin katkılarınız ile literatüre önemli bir katkı sağlanacaktır. Bu çalışmada size herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Fzt. Korcan Burak SOYCAN tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için 0551 869 27 68 no.lu telefondan Fzt. Korcan Burak SOYCAN'a ve 0505 676 31 91 no.lu telefondan Doç.Dr.Eylem TÜTÜN YÜMİN'e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamında sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılımla davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

EK 2 Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

İsim Soyisim (Zorunlu değildir):

Cinsiyet: Kadın Erkek

Yaş:

Boy:

Kilo:

Eğitim Durumu: Lisans Yüksek Lisans Doktora ve üstü

Medeni Durum: Evli Bekar Boşanmış

Çocuk sayısı: 0 1 2 3 4 5 ve üzeri

Aktif olarak çalışma süresi (yıl):

Haftalık ortalama çalışma saati:

Kronik hastalıklar (var ise yazınız):

Sigara kullanımı: Kullanıyorum Kullanmıyorum

Alkol kullanımı: Kullanıyorum Kullanmıyorum

Kullanılan ilaçlar (var ise yazınız):

Düzenli egzersiz durumu: Düzenli yapıyorum Yapmıyorum Yapıyorum ama düzenli değil

Gelir düzeyinin yeterliliği: Yetersiz Kısmen yeterli Yeterli

EK 3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ ANKETİ

5 seçenekten size uygun olanı seçiniz.	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum.					
Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.					
Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umrumda değil.					
Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
İnsanlarla yakın çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

EK 4 Minnesota İş Doyumu Ölçeği

MİNNESOTA İŞ DOYUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen maddeler işinizi farklı yönleriyle ele almaktadır. 20 maddeden oluşmaktadır. Kendinize “işimin bu yönünden ne kadar memnunum?” sorusunu sorunuz ve cevabınızı 1=Hiç tatmin edici değil, 2=Tatmin edici değil, 3=Ne tatmin edici ne değil, 4=Tatmin edici, 5=Çok tatmin edici biçiminde belirtiniz.

	1	2	3	4	5
Sürekli bir şeylerle meşgul olabilme imkânı					
Tek başına çalışma imkânı					
Zaman zaman farklı şeyler yapabilme imkânı					
Toplumda bir yer edinme imkânı					
Yöneticimin elemanlarına karşı davranış tarzı					
Yöneticimin karar verme konusundaki yeterliliği					
Vicdanıma ters düşmeyen şeyleri yapabilme imkânı					
Sürekli bir işe sahip olma imkânı					
Başkaları için bir şeyler yapabilme imkânı					
Başkalarına ne yapacaklarını söyleme imkânı					
Yeteneklerimi kullanabilme imkânı					
Firma politikasını uygulama imkânı					
Aldığım ücret					
Bu işte ilerleme imkânım					
Kendi kararımı verme özgürlüğü					
İş yaparken kendi yöntemlerimi deneme imkânı					
Çalışma koşulları					
Çalışma arkadaşlarımla birbiriyle anlaşması					
Yaptığım iyi bir iş karşılığında aldığım övgü					
İşimden elde ettiğim başarı duygusu					

EK 5 Nottingham Sağlık Profili

NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ

Aşağıda insanların günlük yaşantılarında karşılaşılabileceği bazı sorunlardan bahsedilmektedir.

Her bir sorunun sizde mevcut olup olmadığını düşünün, olanlara evet, olmayanlara hayır cevabını verin.

Kendimi sürekli yorgun hissediyorum	Evet	Hayır
Geceleri ağrım oluyor	Evet	Hayır
Her şey moralimi bozuyor	Evet	Hayır
Dayanılmaz şiddette ağrım var	Evet	Hayır
Uyuyabilmek için ilaç alıyorum	Evet	Hayır
Artık eğlenmeyi unuttum	Evet	Hayır
Kendimi çok sinirli hissediyorum	Evet	Hayır
Hareket etmek, pozisyon değiştirmek bana ağrı veriyor	Evet	Hayır
Kendimi yalnız hissediyorum	Evet	Hayır
Sadece ev içinde yürüyebiliyorum	Evet	Hayır
Öne eğilmek benim için zor oluyor	Evet	Hayır
En basit işler için bile çaba göstermem gerekiyor	Evet	Hayır
Sabahları çok erken saatte uyanıyorum	Evet	Hayır
Hiç yürüyemiyorum	Evet	Hayır
İnsanlarla ilişki kurmakta zorlanıyorum	Evet	Hayır
Günler geçmek bilmiyormuş gibi geliyor	Evet	Hayır
Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum	Evet	Hayır
Bazı şeylere, yerlere uzanmak, yetişmek zor oluyor	Evet	Hayır
Yürürken ağrım oluyor	Evet	Hayır
Bugünlerde çok kolay öfkeleniveriyorum	Evet	Hayır
Bana yakın hiç kimse yokmuş gibi hissediyorum	Evet	Hayır
Geceleri çoğunlukla uyanık oluyorum	Evet	Hayır

Bazen kontrolümü kaybediyormuş gibi hissediyorum	Evet	Hayır
Ayakta durunca ağrım oluyor	Evet	Hayır
Kendi kendime giyinmek zor oluyor	Evet	Hayır
Çabucak yoruluveriyorum	Evet	Hayır
Uzun süre ayakta durmak bana zor geliyor (örneğin mutfakta veya otobüs beklerken gibi)	Evet	Hayır
Sürekli ağrım oluyor	Evet	Hayır
Uykuya dalabilmek için uzun süre bekliyorum	Evet	Hayır
Çevremdeki insanlara yük oluyormuşum gibi geliyor	Evet	Hayır
Geceleri endişelerim yüzünden uyuyamıyorum	Evet	Hayır
Hayat yaşamaya değmez gibi geliyor	Evet	Hayır
Gece uykularım çok kötü	Evet	Hayır
İnsanlarla geçinmek bana zor geliyor	Evet	Hayır
Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyacım var (örneğin baston veya bir kişi gibi)	Evet	Hayır
Merdiven inip çıkarken ağrım oluyor	Evet	Hayır
Sabahları moralim bozuk ve keyifsiz uyanıyorum	Evet	Hayır
Otururken ağrım oluyor	Evet	Hayır

EK 6 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz? (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)
5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'ten çok
A	30 dk içinde uykuya dalamadınız				
B	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız				
C	Tuvalete gittiniz				
D	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
E	Aşırı derecede üşüdünüz				
F	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
G	Kötü rüyalar gördünüz				
H	Ağrı duyduunuz				
I	Diğer nedenler				
J	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				

6. Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.
Çok iyi Oldukça iyi Oldukça kötü Çok kötü
7. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkla (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?
Hiç Haftada 1'den az Haftada 1-2 kez Haftada 3'ten çok
8. Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
Hiç Haftada 1'den az Haftada 1-2 kez Haftada 3'ten çok
9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
Hiç problem oluşturmadı Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
Bir dereceye kadar problem oluşturdu Çok büyük problem oluşturdu
10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?
Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil Partneri aynı yatakta
11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığını sorun.

	Haftada	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'ten çok
A	Gürültülü horlama				
B	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar				
C	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama				
D	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
E	Diğer huzursuzluklarınız				

EK 7 Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği

Tampa Kinezyofobi Yorgunluk Ölçeği

Bu ölçek ağrı nedeniyle vücudunuzu hareket ettirmekten ne kadar korktuğunuzu ölçmeyi amaçlamaktadır. Lütfen aşağıdaki ifadeleri size en uyan sıklığa göre işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Egzersiz yaparsam kendi kendimi sakatlarım diye kaygılanıyorum.				
Yorgunluğumla baş etmeye çalışacak olsam, yorgunluğum artar.				
Yorgunluğumdan dolayı vücudum bana tehlikeli derecede yanlış giden bir şeyler olduğunu söylüyor.				
Egzersiz yaparsam sanki yorgunluğum hafifleyecekmiş gibi geliyor.				
İnsanlar benim tıbbi sorunlarımı yeterince ciddiye almıyorlar.				
Başıma gelen bu olay nedeni ile vücudum hayat boyu risk altında olacak.				
Yorgunluğumun olması her zaman, vücudumu sakatladığım/bir problemim olduğu anlamına gelir.				
Sırf bazı şeylerin yorgunluğumu artırıyor olması, onların tehlikeli oldukları anlamına gelmez.				
Kendimi kazara sakatlamaktan korkuyorum.				
Yorgunluğun artmasını engellemenin en basit ve güvenli yolu gereksiz hareketler yapmaktan kaçınmaktır.				
Vücudumda tehlike arz eden bir şey olmasaydı, bu kadar çok yorgunluk hissetmezdim.				
Yorgunluğuma rağmen, fiziksel olarak aktif olsaydım, durumum daha iyi olurdu.				
Yorgunluk, kendimi sakatlamamam için egzersizi ne zaman bırakmam gerektiği konusunda bana sinyal verir.				
Benim durumumda olan birinin, fiziksel olarak aktif olması pek güvenli değildir				
Normal insanların yaptığı her şeyi yapamam, çünkü çok kolay sakatlanırım.				
Bazı şeyler çok fazla yorgunluğa neden olsa bile, bunların gerçekte tehlikeli olduklarını düşünmem.				
Hiç kimse yorgunluk hissederken egzersiz yapmak zorunda olmamalı.				