



**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**KAS İSKELET SİSTEMİ SORUNLARI NEDENİYLE
FİZYOTERAPİ ALAN HASTALARDA YAŞAM DOYUMU
VE RUHSAL SORUNLAR**

OSMAN SERHAT KARAKOÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Mahmut KILIÇ

TEMMUZ – 2025

YOZGAT

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KAS İSKELET SİSTEMİ SORUNLARI NEDENİYLE
FİZİYOTERAPİ ALAN HASTALARDA YAŞAM DOYUMU VE
RUHSAL SORUNLAR

OSMAN SERHAT KARAKOÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Mahmut KILIÇ

TEMMUZ – 2025

YOZGAT



YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
LİSANSÜSTÜ TEZ ONAY FORMU

T.C.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Osman Serhat KARAKOÇ' un hazırladığı “**Kas İskelet Sistemi Sorunları Nedeniyle Fizyoterapi Alan Hastalarda Yaşam Doyumu ve Ruhsal Sorunlar**” başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 30/07/2025 Çarşamba günü saat 13:00'de yapılmış, tezin onayına oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Mahmut KILIÇ
(Danışman)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Rukiye YALAP

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Yasin ÇOLAK

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../ 20.....

Prof. Dr. Ümit BUDAK

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin içerdği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan eder, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğini beyan ederim.

Osman Serhat KARAKOÇ

30/07/2025

ÖN SÖZ

Bu yüksek lisans tezi, kas-iskelet sistemi sorunları nedeniyle fizyoterapi hizmeti alan bireylerde yaşam doyumu ile ruhsal sağlık arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Sağlık, yalnızca fiziksel iyilik haliyle sınırlı olmayan, bireyin ruhsal ve sosyal boyutlarını da kapsayan bütüncül bir kavramdır. Bu doğrultuda, fizyoterapi sürecindeki bireylerin yalnızca fiziksel sağlıklarının değil, psikososyal durumlarının da değerlendirilmesinin önemine olan inancım, bu çalışmanın temel motivasyon kaynağını oluşturmuştur. Çalışmam, fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında bireyselleştirilmiş ve bütüncül yaklaşımların geliştirilmesine küçük de olsa bir katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Bu tez, birçok kişinin desteği ve katkısı olmadan tamamlanamazdı. Öncelikle, tez sürecim boyunca bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaşan, her türlü desteği ile motivasyonumu artıran değerli danışmanım Prof. Dr. Mahmut Kılıç'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma sürecinde bana desteklerini esirgemeyen değerli meslektaşlarım Fizyoterapist Salim Fide, Derviş Ozan, Ali Singer ve Emre Kocabay'a şükranlarımı ifade etmek isterim. Ayrıca, araştırmaya katılan ve değerli verileriyle çalışmamın hayata geçmesini sağlayan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Bu süreçte her zaman yanımda olan aileme, eşim Funda Karakoç, kızım Beren Karakoç ve oğlum M. Eymen Karakoç'a sabırları, sevgileri ve bitmek bilmeyen destekleri için minnettarım.

Bu tez, fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında çalışan sağlık profesyonellerine ve bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik çalışan tüm araştırmacılara ilham vermesi umuduyla hazırlanmıştır. Çalışmamın hem klinik uygulamalara hem de akademik literatüre katkı sağlamasını dilerim.

Osman Serhat KARAKOÇ

30/07/2025

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KAS İSKELET SİSTEMİ SORUNLARI NEDENİYLE FİZYOTERAPİ ALAN HASTALARDA YAŞAM DOYUMU VE RUHSAL SORUNLAR

OSMAN SERHAT KARAKOÇ

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. MAHMUT KILIÇ

Bu araştırma, fizik tedavi merkezlerine başvuran bireylerde yaşam doyumu düzeyi ile ruhsal sağlık durumu arasındaki ilişkiyi ve bunları etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yürütülmüştür. Tanımlayıcı ve kesitsel analitik türde yürütülen araştırmaya, Yozgat il merkezinde bulunan iki hastanede fizyoterapi gören 18 yaş üzeri toplam 331 birey katılmıştır. Veriler; sosyo-demografik bilgi formu, Genel Sağlık Anketi (GSA-12), Yaşam Doyumu Ölçeği – Yetişkin Formu (YDÖ-Y), Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği ve VAS (Visual Analog Skala) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde parametrik olmayan testler, Spearman korelasyon ve multinominal lojistik regresyon (MLR) kullanılmıştır. Katılımcıların çoğu kadın (%61,6), daha çok 40-49 (%23,3) ve 50-59 (%22,7) yaş aralıklarında, %78,2'si evli ve %36,3'ü üniversite mezunudur. Katılımcıların yarısından fazlası orta düzeyde ağrı (%50,5) ve orta düzeyde sağlık durumu (%51,4) bildirmiştir. Çalışmaya katılanların %27,5'i düşük, %29,6'sı orta ve %42,9'u yüksek düzeyde ruhsal belirti puanına sahiptir. MLR analizine göre, yaşam doyumunun azalması, günlük yaşam aktivitelerinde zorluklar yaşamamanın artması, sağlık durumunu olumsuz algılama ve herhangi bir işte çalışmamak yüksek düzeyde ruhsal belirti gösterme olasılığını belirleyen önemli faktörler olarak tespit edilmiştir. Ruhsal sağlık düzeyleri, fizyoterapinin uygulandığı vücut bölgesi, daha önce fizyoterapi alma durumu, ağrı düzeyi ve diğer demografik faktörlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Sonuçlar, bireylerin yaşam doyumu ve ruhsal sağlık durumlarının birbirleriyle yakından ilişkili olduğunu ve özellikle sağlık algısının güçlü bir yordayıcı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular doğrultusunda, fizyoterapi sürecinde bireylerin psikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi ve bütüncül müdahalelerin planlanması önerilmektedir.

2025, xii + 63 Sayfa

Anahtar Kelimeler: Fizyoterapi, Yaşam Doyumu, Ruhsal Sağlık, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Sağlık Algısı

ABSTRACT

MASTER THESIS

LIFE SATISFACTION AND MENTAL PROBLEMS IN PATIENTS RECEIVING PHYSIOTHERAPY DUE TO MUSCULOSKELETAL DISORDERS

OSMAN SERHAT KARAKOÇ

YOZGAT BOZOK UNIVERSITY

SCHOOL of GRADUATE STUDIES

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

SUPERVISOR: PROF. DR. MAHMUT KILIÇ

This study was conducted to examine the relationship between the level of life satisfaction and mental health status in individuals attending physical therapy centers, as well as the factors influencing these variables. The research, designed as a descriptive and cross-sectional analytical study, included a total of 331 individuals over the age of 18 who received physiotherapy at two hospitals located in the city center of Yozgat Turkey. Data were collected using a socio-demographic information form, the General Health Questionnaire (GHQ-12), the Personal Wellbeing Index – Adult Form (PWI-A), the Activities of Daily Living (ADL) scale, and the Visual Analog Scale (VAS). Data analysis was performed using non-parametric tests, Spearman correlation, and multinomial logistic regression (MLR). Most of the participants were women (61.6%), predominantly in the 40–49 (23.3%) and 50–59 (22.7%) age groups; 78.2% were married, and 36.3% were university graduates. More than half of the participants reported moderate pain (50.5%) and moderate health status (51.4%). Among the participants, 27.5% had low, 29.6% had moderate, and 42.9% had high levels of psychological symptom scores. According to MLR analysis, decreased life satisfaction, increased difficulties in daily living activities, negative perception of health, and unemployment were identified as significant predictors of a higher likelihood of experiencing severe psychological symptoms. Mental health status did not differ significantly based on the body region treated with physiotherapy, previous physiotherapy experience, pain level, or other demographic factors. The results demonstrate that individuals' life satisfaction and mental health status are closely related, with health perception emerging as a particularly strong predictor. Based on these findings, it is recommended that psychosocial characteristics of individuals be assessed during physiotherapy and that holistic interventions be planned accordingly.

2025, xii + 63 Pages

Keywords: Physical Therapy Modalities, Life Satisfaction, Mental Health, Activities of Daily Living, Health Status.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

LİSANSÜSTÜ TEZ ONAY FORMU.....	ii
TEZ BEYANI.....	iii
ÖN SÖZ.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Önemi	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
1.4. Sınırlılıklar	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık ve İyi Oluş Kavramı	4
2.1.1. Sağlık Tanımı ve Bileşenleri.....	4
2.1.1.1. Fiziksel Sağlık	4
2.1.1.2. Ruhsal (Zihinsel) Sağlık.....	4
2.1.1.3. Sosyal Sağlık	5
2.1.1.4. Çevresel Sağlık.....	5
2.1.1.5. Spiritüel (Manevi) Sağlık	5
2.1.2. Biyopsikososyal Sağlık Modeli	5
2.1.3. İyi Oluş (Wellbeing) Kavramı ve Türleri.....	6
2.1.4. Psikolojik İyi Oluş ve Ölçüm Yöntemleri.....	6

2.2. Ruhsal Sağlık ve Değerlendirilmesi	7
2.2.1. Ruhsal Sağlık Tanımı	7
2.2.2. Yaygın Ruhsal Sorunlar	8
2.2.3. Ruhsal Sağlığın Ölçümü (Kendilik Değerlendirme Ölçekleri).....	9
2.2.4. Ruhsal Sağlığı Etkileyen Sosyal ve Demografik Faktörler.....	10
2.3. Yaşam Doyumu	11
2.3.1. Yaşam Doyumu Kavramı ve Önemi	11
2.3.2. Yaşam Doyumu Ölçekleri.....	11
2.3.3. Yetişkinlerde Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler	13
2.3.4. Yaşam Doyumu ile Ruhsal Sağlık İlişkisi	13
2.4. Fonksiyonel Durum ve Günlük Yaşam Aktiviteleri	14
2.4.1. Fonksiyonel Bağımsızlık ve Değerlendirilmesi	14
2.4.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri (ADL ve IADL)	15
2.4.3. Yardıma Gereksinim Duyulan Aktiviteler	15
2.4.4. Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Rolü.....	16
2.5. Fizyoterapiye Genel Bakış.....	17
2.5.1. Fizyoterapinin Tanımı ve Amacı	17
2.5.2. Fizyoterapi Uygulama Alanları.....	18
2.5.3. Fizyoterapinin Psikososyal Etkileri	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Türü.....	22
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	22
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.4.1. Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12).....	22

3.4.2. Yaşam Doyumu Ölçeği – Yetişkin Formu (YDÖ-Y); Personal Wellbeing Index–Adult [PWI-A]).....	23
3.4.3. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA).....	23
3.4.4. Görsel Analog Skala (VAS).....	24
3.5. Araştırmanın Etik İzni	24
3.6. İstatistiksel Analiz.....	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
6.1. Sonuç	45
6.2. Öneriler	45
6.3. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	46
7. KAYNAKLAR.....	47
EKLER	62

TABLÖLER LİSTESİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 4.1. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri	25
Tablo 4.2. Hastaların günlük aktiviteleri yaparken zorlandığı ve yardıma gereksinim duyduğu aktiviteler	27
Tablo 4.3. Hastaların günlük aktivitelerini yaparken yardıma gereksinim duyduğu aktivite sayısı	28
Tablo 4.4. Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine göre yaşam doyumu ve genel sağlık puan ortalaması	29
Tablo 4.5. Araştırmaya katılanların genel durumuna göre yaşam doyumu ve genel sağlık puan ortalaması	31
Tablo 4.6. Değişkenler arasındaki ilişki (Spearman Korelasyon).....	33
Tablo 4.7. Araştırmaya katılanların ruhsal sağlık durumunu etkileyen faktörlerin multinominal lojistik regresyon geriye doğru eleme yöntemi ile analizi	34

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
ADL	: Activities of Daily Living
APA	: American Psychiatric Association
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FIM	: Functional Independence Measure
GHQ	: General Health Questionnaire
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
GSA	: Genel Sağlık Anketi
IADL	: Instrumental Activities of Daily Living
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LQOLP	: Lancashire Quality of Life Profile
MLR	: Multinomial Lojistik Regresyon
MS	: Multiple sklerosis
MSLSS	: Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PANAS	: Positive and Negative Affect Schedule
PHQ	: Patient Health Questionnaire
PWB	: Psychological Wellbeing
PWI-A	: Personal Wellbeing Index – Adult
QLI	: The Quality of Life Index
SCL-90	: Symptom Check-List 90
STAI	: The State-Trait Anxiety Inventory
SWB	: Subjective Wellbeing

Kısaltmalar	Açıklamalar
SWLS	: Satisfaction with Life Scale – SWLS
YBOCS	: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
VAS	: Visual Analog Scale
WHO	: World Health Organization
YDÖ	: Yaşam Doyumu Ölçeği
YDÖ-Y	: Yaşam Doyumu Ölçeği Yetişkin



1. GİRİŞ

Sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır (WHO, 1948). Bu tanım çerçevesinde bireyin yaşam doyumu ve ruhsal sağlığı, sağlık kavramının vazgeçilmez bileşenleri arasında yer almaktadır. Yaşam doyumu, bireyin yaşamından genel olarak ne derece memnun olduğunu gösteren öznel bir değerlendirmedir ve psikolojik iyi oluşun temel belirleyicilerinden biridir (Diener vd., 1985). Ruhsal sağlık ise bireyin stresle baş edebilme kapasitesi, üretken bir şekilde çalışabilme yetisi ve çevresiyle sağlıklı ilişkiler kurabilmesini içeren dinamik bir kavramdır (Keyes, 2002).

Fiziksel fonksiyon kaybına yol açan sağlık sorunları bireyin yaşam kalitesini ve ruhsal dengesini olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle fizik tedavi ve rehabilitasyon sürecindeki bireylerde günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık, ağrı, sağlık algısındaki bozulmalar ve sosyal destek eksikliği gibi faktörler yaşam doyumunu azaltmakta, bu da ruhsal sağlık üzerinde doğrudan bir etki yaratmaktadır (Chilcot vd., 2010). Rehabilitasyon süreci yalnızca fiziksel iyileşmeyi değil, bireyin sosyal katılımını ve psikolojik uyumunu da içermelidir (Wade, 2005).

Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, dünya genelinde hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli sağlık sorunları arasında yer almakta ve en yaygın görülen iş gücü kaybı nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Woolf & Pfleger, 2003). Bu tür rahatsızlıklar yalnızca fiziksel işlevselliği değil, bireylerin psikolojik ve sosyal yaşamlarını da derinden etkileyebilmektedir. Özellikle kronik ağrı, fiziksel kısıtlılık ve bağımlılıkla seyreden durumlarda depresyon, anksiyete, düşük yaşam doyumu ve psikolojik stres gibi ruhsal belirtilerin görülme sıklığı artmaktadır (Bair vd., 2003; Gatchel vd., 2007).

Fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları, kas-iskelet sistemi problemlerine yönelik başlıca tedavi yaklaşımlarındandır. Ancak bu hizmetler çoğu zaman yalnızca fiziksel iyilik hâline odaklanmakta; bireyin psikososyal durumu, yaşamdan memnuniyet düzeyi ve ruhsal sağlığı ikincil planda kalmaktadır (Woby vd., 2004). Oysa yaşam doyumu, bireyin kendi yaşamının çeşitli yönlerinden ne derece memnun olduğu ile ilgili öznel bir değerlendirmedir ve genel sağlık algısı, tedaviye uyum, hastalıkla baş etme ve iyileşme süreci üzerinde doğrudan etkili olabilir (Diener vd., 1999; Stewart vd., 1988).

Araştırmalar, fiziksel hastalıkların özellikle kronikleştiği durumlarda ruhsal sağlığın etkilenme riskinin arttığını ve tedavi sürecinde bireyin sosyal desteği, yaşam kalitesi ve

günlük yaşam fonksiyonlarının da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir (Katon vd., 2007; Pincus vd., 2002). Bu kapsamda, fizyoterapi hizmeti alan bireylerde yaşam doyumu ile ruhsal sağlık düzeyinin birlikte değerlendirilmesi ve bu ilişkilerin sosyo-demografik ve fonksiyonel değişkenlerle ilişkili olup olmadığının araştırılması önem taşımaktadır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, kas-iskelet sistemi sorunları nedeniyle fizyoterapi hizmeti alan bireylerde yaşam doyumu ile ruhsal sağlık düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve bu ilişkileri etkileyen sosyo-demografik, klinik ve fonksiyonel faktörleri belirlemektir. Çalışmada, bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin, ruhsal sağlık durumlarını nasıl etkilediği; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, sağlık algısı, ağrı düzeyi, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık gibi değişkenlerin bu ilişkideki rolü incelenmiştir. Ayrıca, fizyoterapi sürecinde bireylerin yalnızca fiziksel değil, psikososyal durumlarının da değerlendirilmesinin gerekliliğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Kas-iskelet sistemi problemleri, bireylerin yalnızca fiziksel işlevlerini değil, aynı zamanda yaşam kalitelerini ve ruhsal sağlıklarını da olumsuz yönde etkileyebilen yaygın sağlık sorunlarıdır. Fizyoterapi uygulamaları, bu tür fiziksel rahatsızlıkların yönetiminde önemli rol oynasa da bireylerin ruhsal ve duygusal durumlarının dikkate alınmadığı bir rehabilitasyon süreci eksik kalmaktadır. Fizyoterapi uygulanan hastaların ruhsal sağlık durumunu etkileyen faktörlerin anlaşılması, sağlık profesyonellerine bütüncül bir rehabilitasyon yaklaşımı sunma imkânı tanımakta ve multidisipliner müdahale planlarının geliştirilmesine zemin hazırlamaktadır. Elde edilen veriler hem klinik uygulamalara hem de sağlık politikalarına ışık tutacak nitelikte olup, rehabilitasyon sürecinin bireyselleştirilmesine katkı sağlayabilir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Kas iskelet sistemi sorunları nedeniyle fizyoterapi alan hastalarda yaşam doyumu düzeyi ile ruhsal sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Yaşam doyumu düzeyi azaldıkça ruhsal belirti düzeyi artmaktadır.

H3: Günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla zorluk yaşayan hastalarda ruhsal belirti düzeyi daha yüksektir.

H4: Sağlık durumunu olumsuz algılayan hastaların ruhsal belirti düzeyi, sağlık durumunu olumlu algılayanlara göre daha yüksektir.

H5: Çalışmayan hastalarda ruhsal belirti düzeyi, çalışan hastalara göre daha yüksektir.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırma yalnızca Yozgat il merkezindeki iki hastanede yürütülmüş olup, elde edilen bulgular Türkiye geneline veya farklı bölgelere genellenemeyebilir.

Ağrı düzeyi öznel bir ölçütle (VAS) değerlendirilmiş, bu durum ruhsal belirti düzeyiyle ilişkili yanıtların etkilenmesine yol açabilir.

Çalışmada ruhsal sağlık durumu, tanı koymaya yönelik klinik değerlendirmeler yerine ölçekler aracılığıyla ölçülmüş olup, bu durum tanısal kesinliği sınırlayabilir.

Hastaneye başvurmayan kas iskelet sistemi hastaları dışarıda bırakıldığı için, bu gruplara dair sonuç çıkarılamaz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve İyi Oluş Kavramı

2.1.1. Sağlık Tanımı ve Bileşenleri

Sağlık kavramı, geçmişten günümüze yalnızca hastalık ve sakatlık durumlarının yokluğu olarak değerlendirilmişse de günümüzde çok daha geniş bir çerçevede ele alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), (1948) yılında sağlığı şu şekilde tanımlamıştır: "Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlık hâlinin olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir". Bu tanım, sağlığın çok boyutlu yapısını vurgulamakta ve bireyin sadece biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal düzeyde de dengede olmasını ön koşul olarak kabul etmektedir (WHO, 1948).

Sağlık kavramı sübjektif ve objektif boyutlarda ele alınabilir.

Sübjektif sağlık, bireyin kendi fiziksel, ruhsal ve sosyal durumunu nasıl algıladığıyla ilgilidir. Birey, tıbbi olarak herhangi bir hastalık tanısı almasa da kendini hasta hissedebilir; ya da var olan hastalığına rağmen kendisini sağlıklı hissedebilir. Objektif sağlık ise, hekim muayeneleri ve tanısal test sonuçlarına göre bireyde hastalığın bulunmaması durumudur. Bu nedenle, bireyin tam anlamıyla sağlıklı kabul edilebilmesi için hem objektif sağlık göstergelerinin hem de bireyin sübjektif sağlık algısının olumlu olması gerekmektedir (Bolsoy & Sevil, 2010).

Biyopsikososyal model ile birlikte sağlık kavramı daha da genişlemiş ve bireyin çevresel ve manevi sağlık bileşenleri de sürece dâhil edilmiştir (Huber vd., 2011).

Sağlığın temel bileşenleri şu şekilde açıklanabilir:

2.1.1.1. Fiziksel Sağlık

Fiziksel sağlık, vücudun yapısal ve fonksiyonel bütünlüğünün korunması, hastalık ve sakatlıklardan arınmış olma hâlidir. Bireyin temel yaşam fonksiyonlarını bağımsız olarak sürdürebilmesi, bağışıklık sisteminin yeterliliği, beslenme, uyku düzeni ve bedensel aktivite düzeyi fiziksel sağlığın temel göstergeleri arasında yer alır (Larson, 1991)

2.1.1.2. Ruhsal (Zihinsel) Sağlık

Ruhsal sağlık; bireyin kendini gerçekleştirme, stresle başa çıkabilmesi, üretken olabilmesi ve toplum içinde katkı sağlayabilmesi durumudur. Pozitif ruh sağlığı; kişinin yaşamını anlamlı ve değerli bulması, özsaygı, öz yeterlilik gibi psikolojik kaynaklarla desteklenmektedir. (Keyes, 2002).

2.1.1.3. Sosyal Sağlık

Sosyal sağlık, bireyin toplumsal ilişkiler kurabilme, bu ilişkileri sürdürebilme ve toplumla uyum içinde yaşayabilme kapasitesini ifade eder. Aile, arkadaşlık, iş ve toplum temelli ilişkilerin kalitesi, sosyal desteğin düzeyi ve bireyin sosyal rolleri üzerindeki memnuniyeti bu bileşeni oluşturmaktadır (Akdu vd., 2011).

2.1.1.4. Çevresel Sağlık

Çevresel sağlık, bireyin yaşadığı fiziksel çevrenin sağlığa uygunluğu ile ilgilidir. Temiz suya, hava kalitesine, güvenli barınma koşullarına erişim gibi faktörler doğrudan sağlığı etkiler. Ayrıca çevresel risk faktörlerinden (örneğin kimyasallar, gürültü, iklim koşulları) korunma da bu bileşen kapsamında değerlendirilir (Gordon, 2018).

2.1.1.5. Spiritüel (Manevi) Sağlık

Spiritüel sağlık, bireyin yaşamına anlam katma, yaşamın zorluklarıyla başa çıkma gücü kazanma ve varoluşsal bütünlüğünü hissetme çabasıyla ilişkilidir. Bu kavram yalnızca dini inançları değil; değerler, etik ilkeler, umut, bağlanma duygusu ve içsel huzur gibi bireyin ruhsal derinliğini etkileyen unsurları da kapsar (Koenig, 2012). Geleneksel sağlık tanımları genellikle fiziksel ve ruhsal boyutlara odaklanırken, bütüncül sağlık yaklaşımı bireyin spiritüel (manevi) boyutunu da kapsar (Puchalski vd., 2009).

2.1.2. Biyopsikososyal Sağlık Modeli

Biyopsikososyal model, sağlığı yalnızca biyolojik faktörlerin bir sonucu olarak değil, bireyin ruhsal durumu ve içinde bulunduğu sosyal çevrenin de etkisiyle şekillenen çok boyutlu bir durum olarak ele alır. 1977 yılında George Engel tarafından ortaya atılan bu yaklaşım, bireyin sağlığına etki eden süreçlerin sadece fizyolojik hastalıklarla sınırlı olmadığını, aynı zamanda duygusal durumlar, inançlar, ilişkiler ve toplumsal çevrenin de bu süreçte etkili olduğunu vurgular (Engel, 1977).

Bu modele göre, örneğin kronik ağrı yaşayan bir bireyin tedavisinde sadece fiziksel belirtiler değil, aynı zamanda bireyin stres düzeyi, depresyon belirtileri, sosyal desteği ve yaşam doyumu gibi faktörler de değerlendirilmelidir. Özellikle psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumu, bireyin tedaviye uyumunu ve sağlık hizmetlerinden aldığı yararı doğrudan etkileyebilir.

Biyopsikososyal model, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımıyla da örtüşmekte; çok boyutlu değerlendirme ve müdahaleleri teşvik etmektedir. Bu yaklaşım, halk sağlığı,

psikoloji, fizyoterapi ve hemşirelik gibi birçok disiplinin temel yaklaşım biçimlerinden biri hâline gelmiştir (Borrell-Carrio, 2004).

2.1.3. İyi Oluş (Wellbeing) Kavramı ve Türleri

İyi oluş kavramı, bireyin hayatına dair genel bir memnuniyet hissi ve olumlu duygular yaşama hâlini ifade eder. Bu kavram, sağlık tanımında yer alan “tam iyilik hâli” vurgusuyla da doğrudan ilişkilidir. İyi oluş hem psikolojik hem sosyal hem de fiziksel boyutları içeren geniş kapsamlı bir olgudur.

Ed Diener Vd. (1999), öznel iyi oluşu (subjective wellbeing - SWB) üç ana bileşenle tanımlar: yaşam doyumu, pozitif duygular ve negatif duyguların azlığı. Buna göre bir birey, yaşamından genel olarak memnun ise, sık sık pozitif duygular yaşıyor ve nadiren negatif duygular hissediyorsa, öznel olarak iyi oluşu yüksek demektir.

Ryan & Deci, (2001) ise psikolojik iyi oluşu yalnızca mutluluk ya da yaşam doyumu ile değil, bireyin kendini gerçekleştirme ve potansiyelini kullanabilmesi ile ilişkilendirmiştir. Bu yaklaşımda “öz belirleme kuramı” çerçevesinde bireyin otonomi, yeterlik ve ilişkisellik ihtiyaçlarının karşılanması psikolojik iyi oluşun temelidir.

İyi oluş türleri genel olarak iki ana başlıkta ele alınır:

- Öznel İyi Oluş (Subjective Wellbeing- SWB): Bireyin yaşamından ne kadar memnun olduğu ve yaşadığı duyguların niteliği ile ilgilidir (Diener vd., 1999).
- Psikolojik İyi Oluş (Psychological Wellbeing- PWB): Bireyin yaşamının anlamlı ve hedef odaklı olması, içsel değerlerine uygun yaşaması, sosyal ilişkiler kurabilmesi gibi boyutları içerir (Ryff, 1989).

Bu iki kavram birbirini tamamlayıcı nitelikte olup, genel sağlığın ve bireysel refahın anlaşılmasında önemli yer tutar.

2.1.4. Psikolojik İyi Oluş ve Ölçüm Yöntemleri

Psikolojik iyi oluş, bireyin kendini gerçekleştirme süreci, yaşamda anlam bulma, olumlu sosyal ilişkiler geliştirme ve yaşamdan doyum alma gibi unsurları içerir. Carol Ryff'in geliştirdiği psikolojik iyi oluş modeli, bireyin yaşam kalitesini altı temel boyutta ele alır: özerklik, çevresel hâkimiyet, kişisel gelişim, yaşam amacı, olumlu ilişkiler ve benlik kabulüdür (Ryff, 1989).

Psikolojik iyi oluşun değerlendirilmesinde çeşitli ölçüm araçları kullanılmaktadır. Bu araçlar hem bireyin genel ruhsal sağlığını hem de yaşamdan aldığı doyumu ölçmeye

yöneliktir. Ryff Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, bu alandaki en yaygın araçlardan biridir. Bu ölçek, bireyin yaşamındaki farklı alanlara yönelik öznel değerlendirmelerini içermekte ve çok boyutlu bir yapı sunmaktadır.

Bir diğer yaygın ölçüm aracı Ed Diener tarafından geliştirilen Yaşam Doyumu Ölçeği'dir (Satisfaction with Life Scale - SWLS). Bu ölçek, bireyin genel yaşamdan memnuniyetini değerlendirmektedir (Diener vd., 1985).

Ayrıca öznel iyi oluşu değerlendiren Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (Positive and Negative Affect Schedule- PANAS) gibi araçlar da yaygın biçimde kullanılmaktadır. Bu tür ölçekler, bireylerin duygusal deneyimlerinin sıklığını ve yoğunluğunu ölçerek psikolojik iyi oluşun duygusal bileşenlerini analiz etmeye olanak tanır (Watson vd., 1988).

Bireylerin psikososyal durumlarını daha iyi anlayabilmek, uygun müdahale stratejileri geliştirmek ve ruh sağlığı politikalarını şekillendirmek için psikolojik iyi oluş düzeylerinin ölçülmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle sağlık profesyonelleri, öğretmenler ve danışmanlık alanında çalışanlar gibi insan odaklı meslek gruplarında, psikolojik iyi oluşun düzenli olarak izlenmesi; tükenmişlik sendromu, kronik stres ve iş doyumsuzluğu gibi olumsuz sonuçların önüne geçilmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Lorber & Dobnik, 2022).

2.2. Ruhsal Sağlık ve Değerlendirilmesi

2.2.1. Ruhsal Sağlık Tanımı

Ruhsal sağlık, bireyin yalnızca ruhsal bozukluklardan uzak olması değil, aynı zamanda zihinsel işlevlerini sağlıklı şekilde sürdürebilmesi, stresle başa çıkabilmesi, üretken olabilmesi, topluma katkı sunabilmesi ve yaşamdan doyum alabilmesi durumudur. Bu tanım, yalnızca psikiyatrik hastalıkların yokluğunu değil, bireyin psikolojik, sosyal ve duygusal yönden tam bir iyilik hâlinde olmasını da kapsar (Keyes, 2002). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO, 2004) göre ruhsal sağlık, kişinin kendi potansiyelini gerçekleştirebilmesi, yaşamın olağan stresleriyle başa çıkabilmesi, üretken ve verimli çalışabilmesi ve toplumuna katkıda bulunabilmesi durumudur. Bu tanım, ruhsal sağlığın bireysel ve sosyal boyutlarını kapsayıcı bir şekilde ele alarak, sadece hastalık ekseninde değil, aynı zamanda olumlu bir kapasite ve uyum yeteneği olarak vurgulanmasını sağlar (Friedli Lynne, 2007).

Ruhsal sağlık; özsaygı, öz-yeterlilik, anlamlı yaşam hedefleri, sosyal ilişkilerde tatmin ve psikolojik dayanıklılık gibi unsurlar tarafından desteklenir. Ruhsal olarak sağlıklı bireyler

hem olumlu duygular yaşama hem de olumsuz duygularla etkili biçimde baş etme kapasitesine sahiptirler. Dolayısıyla, ruhsal sağlık bireyin bütüncül iyilik hâlinin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilir (Deniz, 2018; Keyes, 2002; WHO, 2004).

Ruhsal sağlık, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarını düzenleyebilme, yaşamdaki zorluklarla başa çıkabilme ve sağlıklı ilişkiler kurabilme yeteneğini içerir (APA, 2013).

2.2.2. Yaygın Ruhsal Sorunlar

Kas iskelet sistemi rahatsızlıkları gibi kronik sağlık sorunları, bireylerde çeşitli ruhsal sorunların gelişim riskini artırabilir (Scott vd., 2016). En yaygın görülen ruhsal sorunlar arasında depresyon ve anksiyete bozuklukları yer almaktadır. Depresyon, sürekli düşük ruh hali, ilgi veya zevk kaybı, enerji düşüklüğü, uyku ve iştah sorunları gibi belirtilerle karakterize bir duygu durum bozukluğudur (APA, 2013). Kronik ağrı yaşayan bireylerde depresyonun yaygınlığı, genel popülasyona kıyasla önemli ölçüde yüksektir (Bair vd., 2003).

Anksiyete bozuklukları ise aşırı endişe, gerginlik, huzursuzluk, kalp çarpıntısı, nefes darlığı gibi fiziksel belirtilerle kendini gösteren bir grup durumu ifade eder (APA, 2013). Özellikle kronik hastalıklarla başa çıkma sürecinde ortaya çıkan belirsizlik ve korku, anksiyete gelişimine zemin hazırlayabilir Fibromiyalji ve kronik bel ağrısı gibi kas iskelet sistemi rahatsızlıklarında anksiyete ve depresyonun eş zamanlı görülme oranı oldukça yüksektir (Singhal vd., 2021; Sivas vd., 2009).

Bu yaygın sorunların yanı sıra, kronik fiziksel rahatsızlıkları olan bireylerde somatizasyon bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluklar (OKB) da görülebilir. Somatizasyon bozuklukları, fiziksel bir hastalıkla tam olarak açıklanamayan ancak kişinin yoğun şekilde bedensel yakınmalar yaşadığı bir ruhsal bozukluktur. Ağrı, yorgunluk, mide şikayetleri gibi belirtiler ön plandadır ve genellikle stres, kaygı gibi psikolojik nedenlerle ilişkilidir. Birey tıbbi testlerde normal sonuçlar almasına rağmen belirtileri gerçek ve ısrarlıdır (APA, 2013). Bu hastalar sıklıkla çok sayıda ve çeşitli bedensel şikayetle sağlık hizmetlerine başvururlar ve bu durum, altta yatan ruhsal sıkıntının bedensel yolla ifade edilmesi olarak yorumlanabilir (Barsky & Borus, 2000).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ise, bireyin zihnine zorla giren ve yoğun kaygıya neden olan tekrarlayıcı düşünceler (obsesyonlar) ile bu kaygıyı azaltmak için gerçekleştirilen tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemler (kompulsiyonlar) ile karakterizedir (APA, 2013). Dünya genelinde yaygınlığı %1–3 arasında değişmektedir.

OKB, erken yaşta başlayabilmekte ve tedavi edilmediğinde kronik bir seyir izleyebilmektedir (Yılmaz, 2018). Bu ruhsal sorunlar, fiziksel semptomların şiddetini artırabilir ve tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilir (Turk, 1999).

2.2.3. Ruhsal Sağlığın Ölçümü (Kendilik Değerlendirme Ölçekleri)

Ruhsal sağlığın değerlendirilmesinde öznel veriler, bireyin ruhsal durumuna ilişkin en doğrudan ve anlamlı bilgileri sağlayabilir. Bu bağlamda, kendilik değerlendirme ölçekleri (self-report questionnaires), bireyin kendi duygusal durumunu, düşünce kalıplarını ve davranışlarını değerlendirmesine olanak tanıyan yaygın ve geçerli psikometrik araçlardır. Ruh sağlığı alanında bu tür ölçekler, hem klinik uygulamalarda tanı koyma ve müdahale planlamada, hem de araştırmalarda değişkenlerin ölçümünde temel bir araç olarak kullanılır (Bilgel & Bayram, 2011). Bu ölçekler genellikle depresyon, anksiyete, stres, psikolojik dayanıklılık ve genel yaşam doyumu gibi farklı boyutları ölçen yapılandırılmış soru gruplarından oluşur. Duyarlılığı ve güvenilirliği yüksek olan bu araçlar sayesinde, bireyin ruhsal durumundaki değişimler zaman içinde izlenebilir ve bilimsel temellere dayalı müdahaleler geliştirilebilir (Lovibond & Lovibond, 1995) Klinik uygulamada ve araştırmalarda sıklıkla kullanılan bazı ölçekler şunlardır:

- Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresif belirtilerin şiddetini ölçmek için kullanılan yaygın bir araçtır (Beck vd., 1961; Hisli, 1989).
- Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI): Bireylerin hem anlık (durumluk) hem de genel (sürekli) kaygı düzeylerini değerlendirir (Öner & Le Compte, 1985; Spielberger vd., 1983).
- Genel Sağlık Anketi (GSA): Psikolojik sıkıntı ve genel ruhsal sağlık durumunu taramak için kullanılır (Goldberg & Williams, 1988; Kılıç, 1996).
- Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ): Bireyin yaşamından genel olarak ne kadar memnun olduğunu değerlendiren bir araçtır (Diener vd., 1985; Köker, 1991).
- Somatoform Bozukluk Ölçeği (SCL-90-R Somatizasyon Alt Ölçeği veya PHQ-15 gibi): Somatik belirtilerin şiddetini ve sıklığını değerlendirmede kullanılabilir (Derogatis, 1983; Kroenke vd., 2002).
- Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (YBOCS): Obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini ve türünü belirlemek için kullanılan standardize bir ölçektir (Goodman vd., 1989).

Bu ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olması, Türkiye'de yapılan araştırmalarda kullanılabilirlikleri açısından büyük önem taşımaktadır. Ölçeklerin doğru ve standart bir şekilde uygulanması, güvenilir ve geçerli sonuçlar elde etmek için kritik öneme sahiptir (Streiner & Norman, 2008).

2.2.4. Ruhsal Sağlığı Etkileyen Sosyal ve Demografik Faktörler

Ruhsal sağlık, sadece biyolojik yatkınlıklar veya hastalıklarla değil, aynı zamanda bireyin içinde bulunduğu sosyal ve demografik koşullarla da yakından ilişkilidir. Çeşitli faktörler, ruhsal sağlık üzerinde koruyucu veya risk oluşturuıcı etkiler gösterebilir.

- Cinsiyet: Kadınlarda depresyon ve anksiyete bozuklukları daha sık bildirilirken, erkeklerde madde kullanımı ve öfke yönetimi sorunlarına daha fazla rastlanmaktadır (Kessler vd., 1993; Nolen-Hoeksema, 2001). Bu durumun biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir kombinasyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir.
- Yaş: Ruhsal sağlık sorunlarının yaygınlığı yaşa göre farklılık gösterebilir. Örneğin, genç erişkinlerde anksiyete ve duygu durum bozuklukları daha sık görülürken, yaşlılarda depresyon ve bilişsel gerileme daha belirgin olabilir (Cinar & Asiye, 2008).
- Eğitim Durumu ve Sosyoekonomik Düzey: Düşük eğitim seviyesi ve sosyoekonomik düzeyin, ruhsal sağlık sorunları için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Yılmaz & Kara, 2024). Ekonomik zorluklar, stres ve sınırlı kaynaklara erişim ruhsal iyilik halini olumsuz etkileyebilir.
- Medeni Durum: Evli bireylerin genel olarak bekarlara veya boşanmışlara kıyasla daha iyi ruhsal sağlığa sahip olabileceği belirtilmektedir (Çaplı & Çelikay Söyler, 2024; Regier & Robins, 1991). Ancak bu ilişkinin karmaşık olduğu ve ilişkinin kalitesinin de önemli bir belirleyici olduğu unutulmamalıdır.
- Sosyal Destek: Güçlü sosyal destek ağlarına sahip bireylerin, yaşamın zorluklarıyla daha kolay başa çıktığı ve ruhsal sorunlara karşı daha dirençli olduğu bilinmektedir (Abay Alyüz, 2020; Cohen & Wills, 1985). Aile, arkadaş ve topluluktan alınan destek, bireyin stresle başa çıkma kapasitesini artırır.
- Kronik Hastalık Durumu: Mevcut kronik hastalıklar, özellikle kas iskelet sistemi rahatsızlıkları gibi ağrı ve fonksiyonel kısıtlılık ile seyreden durumlar, bireylerin ruhsal sağlığını doğrudan etkileyen önemli bir risk faktörüdür (Özdemir & Taşcı, 2013).

Bu demografik ve sosyal faktörlerin, bireylerin ruhsal sağlık durumları üzerindeki etkilerini anlamak, özellikle kas iskelet sistemi rahatsızlıkları olan hastalarda kapsamlı bir değerlendirme ve fizyoterapi yaklaşımları geliştirmek için önemlidir.

2.3. Yaşam Doyumu

2.3.1. Yaşam Doyumu Kavramı ve Önemi

Yaşam doyumu, bireyin yaşamının genelinden elde ettiği memnuniyet düzeyini ifade eden öznel bir değerlendirmedir. Bu kavram, bireyin kendi belirlediği yaşam standartları ile gerçek yaşam deneyimlerinin uyumluluğunu algılaması üzerine kuruludur (Diener vd., 1985). Yaşam doyumu, bireyin kendi hayatını bir bütün olarak veya belirli alanlarını (iş, ilişkiler, sağlık vb.) bilişsel olarak değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan sübjektif bir iyi oluş göstergesidir (Pavot & Diener, 1993). Bu kavram, sadece olumlu duyguların yokluğunu değil, aynı zamanda bireyin yaşam beklentileri ile mevcut durumu arasındaki uyumu ve kendi belirlediği standartlara ne ölçüde ulaştığını da yansıtır (Shin & Johnson, 1978). Özellikle kronik hastalıklar, psikososyal stres ve işlev kaybı gibi olumsuz yaşam koşullarıyla karşılaşan bireylerde yaşam doyumu düzeyinin düşmesi, depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojilere yatkınlığı artırabilmektedir. Öte yandan, yüksek yaşam doyumuna sahip bireylerin, daha az stres yaşadığı, daha olumlu başa çıkma stratejileri geliştirdiği ve psikolojik olarak daha dayanıklı olduğu belirtilmektedir (Lyubomirsky vd., 2005). Bu durum, yaşam doyumu kavramının sadece psikolojik bir yapı olmanın ötesinde, bireyin genel sağlığı, sosyal ilişkileri ve hatta fiziksel sağlığı üzerindeki etkileri nedeniyle büyük önem taşıdığını göstermektedir (Diener & Chan, 2011). Özellikle kas iskelet sistemi rahatsızlıkları gibi kronik sağlık sorunlarıyla yaşayan hastalarda yaşam doyumu, hastalığın getirdiği fiziksel kısıtlılıklar, ağrı ve ruhsal yük nedeniyle düşüş gösterebilir (Beaudart vd., 2018).

2.3.2. Yaşam Doyumu Ölçekleri

Yaşam doyumu, bireyin sübjektif iyi oluşunun kritik bir göstergesi olup, klinik ve araştırma ortamlarında güvenilir ve geçerli araçlarla ölçülmesi büyük önem taşır. Çeşitli kendilik bildirim ölçekleri, bireylerin yaşamlarından duydukları genel memnuniyet düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçekler, farklı yaş grupları, kültürel bağlamlar ve sağlık durumlarına özgü popülasyonlarda kullanılabilirlik göstermektedir (Diener vd., 1999).

Yaygın kullanılan yaşam doyumu ölçekleri;

➤ Yaşam Doyumu Ölçeği (Satisfaction with Life Scale - SWLS): Diener vd. (1985) tarafından yetişkin popülasyonunda yaşam doyumunu genel ve bilişsel bir yargı olarak değerlendirmek üzere geliştirilen beş maddelik kısa bir ölçektir. Bireylerin yaşamlarını bir bütün olarak ne kadar tatmin edici bulduklarını yansıtır. Yedi noktalı likert tipi bir derecelendirme ile yanıtlanan maddeleri, "Yaşamım çoğu yönden düşündüğüm ideallere yakındır" veya "Yaşam koşullarım mükemmeldir" gibi ifadeler içerir.

Kısa olması, kolay uygulanabilirliği ve yüksek iç tutarlılık ile geçerlilik değerleri nedeniyle dünya genelinde en yaygın kullanılan yaşam doyum ölçeklerinden biridir (Pavot & Diener, 1993).

➤ Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (MSLSS): Huebner (1994) tarafından öğrencilerin yaşam doyumunu farklı alanlarda değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Aile, arkadaşlar, okul, kendilik ve çevre gibi yaşamın birden fazla boyutuna odaklanır. Bu çok boyutlu yapı, gençlerin karmaşık yaşam alanlarındaki memnuniyetini daha detaylı analiz etme imkânı sunar.

Özellikle çocuklar ve ergenler başta olmak üzere genç popülasyonlarda yaşam doyumunun daha kapsamlı bir şekilde incelenmesini sağlar. Her bir alt ölçek, ilgili yaşam alanındaki memnuniyeti ölçer ve yaşa özgü gelişimsel faktörleri hesaba katar (Huebner vd., 2004).

➤ The Quality of Life Index (QLI): Spitzer vd. (1981) tarafından hastaların yaşam kalitesini ve dolayısıyla yaşam doyumunu ölçmek üzere geliştirilen kapsamlı bir araçtır. Genel sağlık, aktivite, sosyal ilişkiler, duygusal durum ve ruhsal durum gibi alanları içeren bir dizi maddeden oluşur. Ölçek hem objektif koşulları hem de bireyin bu koşullara ilişkin sübjektif değerlendirmesini kapsar (Spitzer vd., 1981).

Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde tedavi etkilerini ve yaşam doyumundaki değişiklikleri izlemek için tasarlanmıştır. Maddeleri, bireylerin kendi yaşamlarındaki memnuniyet düzeylerini çeşitli boyutlarda değerlendirmelerine olanak tanır.

➤ Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP): Oliver vd. (1997) tarafından ruhsal sağlık hizmeti alan bireylerin yaşam kalitesini ve doyumunu değerlendirmek için geliştirilmiştir. Yaşamın farklı alanlarındaki (iş, boş zaman, sosyal ilişkiler, finans, konut vb.) doyum düzeylerini ve bunlara ilişkin öncelikleri sorgular.

Yapılandırılmış bir mülakat formudur ve hem objektif yaşam koşullarını hem de bireyin bu koşullardan duyduğu sübjektif memnuniyeti ölçer. Ölçek, özellikle psikiyatrik hastalarda

ve rehabilitasyon programlarının etkinliğini değerlendirmede kapsamlı bilgi sağlamasıyla öne çıkar (Oliver vd., 1997)

2.3.3. Yetişkinlerde Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler

Yaşam doymu bireysel, sosyal ve çevresel pek çok faktörün etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir kavramdır. Yetişkinlik döneminde yaşam doymunu belirleyen faktörler arasında psikolojik durum, sosyal ilişkiler, fiziksel sağlık, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, iş memnuniyeti ve aile yapısı gibi çeşitli değişkenler yer almaktadır. Bu faktörler bireyin yaşamdan genel memnuniyet algısını doğrudan ya da dolaylı yoldan etkileyerek öznel iyi oluş düzeyini belirlemektedir (Pinquart & Sörensen, 2000).

Psikolojik olarak, depresyon, anksiyete ve stres gibi olumsuz duygular yaşam doymunu azaltan etmenler arasında yer alırken; özsaygı, umut ve psikolojik dayanıklılık gibi olumlu kişilik özellikleri yaşam doymunu destekleyen faktörlerdir (Suldo & Huebner, 2006). Sosyal destek, özellikle aile ve arkadaş çevresiyle kurulan güven temelli ilişkiler, bireyin yaşamla ilgili olumlu değerlendirmelerini güçlendirmektedir (Diener & Seligman, 2002).

Ayrıca fiziksel sağlık düzeyi de yaşam doymu üzerinde belirleyici bir etkindir. Kronik hastalıklar veya fiziksel kısıtlılıklar bireyin günlük işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek yaşam doymunu düşürebilmektedir. Bunun yanında ekonomik yeterlilik, istihdam durumu ve yaşam koşulları da bireyin memnuniyet algısını biçimlendiren önemli çevresel etkenlerdir (Strine vd., 2008).

2.3.4. Yaşam Doyumu ile Ruhsal Sağlık İlişkisi

Yaşam doymu ve ruhsal sağlık, bireyin öznel iyi oluşunu tanımlayan ve birbirini karşılıklı olarak etkileyen iki temel psikolojik yapı olarak kabul edilmektedir. Ruhsal sağlık düzeyi yüksek bireyler, stresli yaşam olaylarıyla daha etkili başa çıkabilirken, olumlu duygulanım, yaşamdan haz alma ve anlamlılık duygusunu daha güçlü biçimde deneyimlemektedir (Keyes, 2002). Bu durum, yaşam doymu düzeyinin artmasına katkı sağlar. Öte yandan, düşük ruhsal sağlık düzeyi; depresyon, kaygı bozuklukları ve tükenmişlik gibi sorunlarla birlikte yaşamdan alınan doymu azaltmakta ve bireyin genel yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Koivumaa-Honkanen vd., 2004).

Yapılan araştırmalar, depresyon ve anksiyete belirtileri ile yaşam doymu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Özellikle depresif bireylerin yaşam deneyimlerini daha olumsuz yorumlama eğiliminde olmaları, yaşam doymunun düşmesine yol açmaktadır (Chang & Sanna, 2001). Benzer şekilde, pozitif psikolojik

özellikler (özsaygı, umut, psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek) hem ruhsal sağlığı güçlendirmekte hem de yaşam doyumunu artıran aracı değişkenler olarak görev yapmaktadır (Zhou vd., 2013).

2.4. Fonksiyonel Durum ve Günlük Yaşam Aktiviteleri

2.4.1. Fonksiyonel Bağımsızlık ve Değerlendirilmesi

Fonksiyonel bağımsızlık, bireyin günlük yaşam aktivitelerini başkalarının yardımına ihtiyaç duymadan gerçekleştirebilme kapasitesini ifade eder. Yeme, giyinme, kişisel hijyen, hareket etme, merdiven çıkma, tuvalet kullanımı gibi temel beceriler bu bağımsızlık düzeyinin başlıca göstergeleridir (Granger vd., 1986). Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, nörolojik hastalıklar, travmatik yaralanmalar ve yaşlanma gibi nedenlerle bu fonksiyonlarda kısıtlılık gelişebilir ve bireyin yaşam kalitesi ile psikolojik iyi oluşu üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (Stineman vd., 1996). Rehabilitasyon bilimleri ve fizyoterapi alanında merkezi bir rol oynayan fonksiyonel bağımsızlık, tedavi ve girişimlerin nihai hedefi olarak kabul edilir, Bireyin hareket kabiliyeti, kişisel bakım becerileri, ev işlerini yapabilme kapasitesi ve sosyal katılım düzeyi, fonksiyonel bağımsızlığın temel göstergeleridir (Granger vd., 1993).

Fonksiyonel bağımsızlığın ölçülmesi, hem bireyin mevcut yeti düzeyini değerlendirmek hem de tedavi sürecindeki ilerlemeyi izlemek açısından büyük önem taşır. Bu kapsamda en yaygın kullanılan araçlardan biri, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM: Functional Independence Measure)'dir. FIM; motor ve bilişsel olmak üzere iki temel alanda toplam 18 madde ile bireyin bağımsızlık düzeyini puanlar. Özellikle rehabilitasyon uygulamalarında sıkça tercih edilen bu ölçek, klinik karar alma süreçlerini destekleyici niteliktedir (Keith vd., 1987). FIM'in Türkçe uyarlaması ve psikometrik özellikleri Küçükdeveci vd. (2001) tarafından yapılmış ve çeşitli nörolojik ve kas iskelet sistemi rahatsızlıkları olan Türk hastalarda geçerli ve güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir.

FIM dışında, Barthel İndeksi, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası ve Lawton-Brody Enstrümantal GYA Ölçeği de fonksiyonel durumun değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Bu ölçekler, yaşlı bireylerde, kronik hastalığı olanlarda ve fizyoterapi süreci devam eden hastalarda fonksiyonel yetersizliklerin derecesini belirlemede etkili araçlardır (Lawton & Brody, 1969; Mahoney & Barthel, 1965).

2.4.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri (ADL ve IADL)

Günlük yaşam aktiviteleri (Activities of Daily Living, ADL) bireylerin temel öz bakım ihtiyaçlarını bağımsız olarak yerine getirme kapasitesini ifade eder. Bu aktiviteler arasında beslenme, giyinme, kişisel temizlik, tuvalet kullanımı, yataktan kalkma ve hareket etme gibi temel fonksiyonlar yer alır ve ADL düzeyinin düşmesi, bireyin bakım ihtiyacını artırmakta ve yaşam kalitesinde belirgin bir azalmaya yol açmaktadır (KATZ vd., 1963). ADL'ye ek olarak Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) bireyin toplumsal yaşama aktif olarak katılımını sürdürmesini sağlayan karmaşık becerileri içerir. Bu beceriler arasında telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, ilaç yönetimi, para idaresi ve ulaşım becerileri bulunmaktadır (Lawton & Brody, 1969).

ADL ve IADL düzeylerinin değerlendirilmesi, özellikle yaşlı bireylerde, kronik hastalığı olanlarda ve kas-iskelet sistemi problemleri nedeniyle fonksiyonel kısıtlılık yaşayan kişilerde büyük önem taşır. Bu değerlendirmeler, bireyin günlük yaşam içerisindeki bağımsızlık düzeyini belirlemek, bakım planlamasını oluşturmak ve rehabilitasyon sürecini yönlendirmek açısından kullanılmaktadır (Barberger-Gateau vd., 1999). Ayrıca ADL ve IADL kısıtlılıkları, ruhsal sağlık ile de yakından ilişkilidir. Özellikle depresyon ve bilişsel bozukluklar gibi durumlar hem ADL hem de IADL performansını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Gaugler vd., 2007).

2.4.3. Yardıma Gereksinim Duyulan Aktiviteler

Bireylerin sağlık durumu, yaş, kronik hastalıklar ve fiziksel kısıtlılıklar gibi çeşitli nedenlerle günlük yaşam aktivitelerini (GYA) bağımsız olarak yerine getirmekte zorlanmaları, yardıma gereksinim duyulan aktiviteler kavramını ortaya çıkarır. Bu durum, bireyin kendi başına yapamadığı ve başkalarının (bakım veren, aile üyesi, profesyonel yardımcı) desteğine ihtiyaç duyduğu temel veya enstrümantal aktiviteler bütünü kapsar (Lawton, 1971). Özellikle kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, bireylerin ağrı, sertlik, hareket kısıtlılığı ve kas güçsüzlüğü gibi semptomlar nedeniyle günlük işlevlerini yerine getirme becerilerini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu gereksinimlerin belirlenmesi, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik fizyoterapi ve rehabilitasyon programlarının etkin bir şekilde planlanması için hayati önem taşır (Verbrugge & Jette, 1994).

Yardıma gereksinim duyulan aktiviteler en sık olarak kişisel temizlik, giyinme, tuvalet kullanımı, banyo yapma ve yemek yeme gibi temel ADL'lerde gözlemlenir. İleri yaş,

ortopedik veya nörolojik hastalıklar, ameliyat sonrası dönem, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ve kronik ağrı bu yardıma ihtiyaç durumunun başlıca nedenleri arasındadır (Mlinac & Feng, 2016).

IADL kapsamında ise bireyler çoğunlukla ulaşım kullanma, alışveriş yapma, ilaç takibi, ev işleri ve mali işlemler gibi daha karmaşık becerilerde destek gereksinimi duymaktadırlar (Lawton & Brody, 1969).

2.4.4. Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Rolü

Fiziksel aktivite, iskelet kaslarının kasılmasıyla enerji harcanmasını içeren herhangi bir vücut hareketini ifade ederken; egzersiz ise belirli bir amacı olan, planlı, yapısal ve tekrarlı fiziksel aktiviteleri kapsar. Her iki kavram da bireyin fiziksel sağlığını geliştirmede önemli rol oynarken, aynı zamanda ruhsal sağlık ve yaşam doyumu üzerinde de çok yönlü olumlu etkiler yaratmaktadır (Caspersen vd., 1985).

Fiziksel aktivite ve egzersiz, genel sağlığın korunması ve geliştirilmesinin temel taşlarından ikisidir. Düzenli fiziksel aktivite, birçok kronik hastalığın önlenmesinde, ruhsal iyi oluşun sürdürülmesinde ve fonksiyonel kapasitenin artırılmasında kilit rol oynar. Özellikle kas iskelet sistemi rahatsızlıkları olan bireylerde, fiziksel aktivite ve egzersiz, semptomların yönetimi, fonksiyonel bağımsızlığın sürdürülmesi ve yaşam doyumunun iyileştirilmesi açısından vazgeçilmez bir yere sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 18–64 yaş arası bireylerin haftada en az 150 dakika orta şiddette veya 75 dakika yüksek şiddette aerobik aktivite yapmalarını önermektedir. Bu önerilere düzenli şekilde uyan bireylerde hem fiziksel hem ruhsal sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (WHO, 2020).

Kas-iskelet sistemi hastalıklarında uygulanan egzersiz programları, yalnızca fiziksel kapasiteyi geliştirmeyi değil, aynı zamanda bireyin yaşadığı psikolojik ve sosyal zorlukları da hafifletmeyi amaçlamalıdır. Günümüzde kabul gören biyopsikososyal model, egzersizin ağrıya eşlik eden duygusal durumlar (örneğin hareket etme korkusu, ağrıya ilişkin olumsuz düşünceler ve kaygı) ile baş etmede etkili bir araç olduğunu ortaya koymaktadır. Bu yaklaşım, kronik kas-iskelet sistemi ağrılarının sadece biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıktığı görüşünü temel alır (J. Booth vd., 2017). Ruhsal sağlık açısından bakıldığında, aerobik egzersizlerin depresyon ve anksiyete belirtilerini hafiflettiği, stres düzeyini düşürdüğü ve pozitif duygulanımı artırdığı gösterilmiştir (Mammen & Faulkner, 2013). Egzersiz sırasında salgılanan endorfin ve

serotonin gibi nörokimyasal maddeler, ruhsal iyilik hâlini doğrudan etkilemektedir. Ayrıca fiziksel aktivite, bireyin kendilik algısını güçlendirmekte, öz yeterlilik duygusunu artırmakta ve sosyal etkileşim fırsatları sağlayarak psikolojik dayanıklılığa katkıda bulunmaktadır (Biddle & Asare, 2011).

2.5. Fizyoterapiye Genel Bakış

2.5.1. Fizyoterapinin Tanımı ve Amacı

Fizyoterapi, bireylerin yaşam boyu maksimum fonksiyonel hareket kabiliyetini ve fiziksel potansiyelini geliştirmek, korumak ve restore etmekle ilgilenen, kanıta dayalı bir sağlık mesleğidir (WCPT, 2022). Dünya genelinde fizyoterapistler, hareket ve egzersiz bilimini temel alarak, farklı sağlık durumlarındaki bireylerin yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Bu disiplin, hastalık, yaralanma, engellilik veya yaşlanma sonucu oluşan hareket bozuklukları ve fonksiyonel kısıtlılıkların değerlendirilmesi, tanılanması, tedavisi ve önlenmesine odaklanır, bireylerin ağrılarını azaltarak, fonksiyonel bağımsızlıklarını artırarak ve yaşamlarını dolu dolu yaşamalarını sağlayarak, genel sağlık ve refahlarını iyileştirmeyi amaçlayan fizyoterapistler geniş bir yelpazede tedavi yaklaşımları kullanır (World Physiotherapy, 2023).

Fizyoterapinin Temel Amaçları: Fizyoterapinin ana amaçları, bireysel ihtiyaçlara göre farklılık gösterse de genel olarak aşağıdaki maddelerle özetlenebilir:

1. Ağrıyı Azaltmak ve Yönetmek: Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları başta olmak üzere, çeşitli sağlık sorunlarına bağlı gelişen akut ve kronik ağrıları değerlendirerek, egzersiz, manuel terapi, elektroterapi ve diğer modalitelerle azaltmayı hedefler. Ağrının etkin yönetimi, bireyin fonksiyonel katılımını artırmak için temel bir adımdır (Butler & Moseley, 2017).
2. Fonksiyonel Kapasiteyi ve Hareketliliği Artırmak: Kas kuvvetini, eklem hareket açıklığını, dengeyi, koordinasyonu ve dayanıklılığı geliştirerek, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini (ADL ve IADL) daha bağımsız bir şekilde yerine getirebilmesini sağlamak temel hedeftir (Granger vd., 1993).
3. Engelliliği Önlemek ve Yönetmek: Potansiyel fonksiyonel kayıpları erken dönemde belirleyerek önleyici stratejiler geliştirmek ve mevcut engellilik durumlarının etkilerini en aza indirmek için girişimlerde bulunmak. Bu, özellikle kronik hastalığı olan bireyler için uzun vadeli bağımsızlığı destekler (WCPT, 2022).

4. Yaşam Kalitesini İyileştirmek: Bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyi oluşunu destekleyerek genel yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu artırmak. Fiziksel sınırlılıkların azaltılması, bireyin sosyal aktivitelere katılımını ve genel refahını doğrudan etkiler (Diener vd., 1999).

5. Hastalıkların Yönetimine Katkıda Bulunmak: Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite ve solunum rahatsızlıkları gibi kronik hastalıkların yönetiminde, fiziksel aktivite ve egzersiz programları aracılığıyla aktif rol oynamak (F. W. Booth vd., 2012).

6. Eğitim ve Danışmanlık Vermek: Bireyleri kendi sağlık durumları, korunma yolları ve ev egzersiz programları hakkında bilgilendirmek, böylece kendi kendine yönetim becerilerini ve öz-yeterliliklerini artırmak (Mead & Bower, 2000).

Fizyoterapi, multidisipliner bir yaklaşımın önemli bir parçasıdır. Fizyoterapistler, doktorlar, hemşireler, ergoterapistler ve diğer sağlık profesyonelleriyle iş birliği yaparak, bireyin sağlığına bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşır ve en iyi sonuçların elde edilmesini sağlamayı amaçlar (WHO, 2001).

2.5.2. Fizyoterapi Uygulama Alanları

Fizyoterapi, bireylerin hareket ve fonksiyon yeteneklerini etkileyen çok çeşitli durumlarla ilgilenen dinamik ve geniş kapsamlı bir sağlık disiplini. Uygulama alanları, hastaların yaşına, spesifik rahatsızlıklarına ve rehabilitasyon ihtiyaçlarına göre farklılık gösterir. Fizyoterapistler, birincil sağlık hizmetlerinden akut hastane bakımı, kronik hastalık yönetimi, spor performansı ve yaşlı bakımı gibi birçok farklı ortamda hizmet sunarlar (WCPT, 2022).

Fizyoterapinin başlıca uygulama alanları şunlardır:

1. Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları: Bel ve boyun ağrıları, osteoartrit, romatoid artrit, fibromiyalji, tendinit ve bursit gibi kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, fizyoterapinin en yaygın uygulama alanları arasında yer alır. Bu hastalıklarda ağrının azaltılması, hareket kabiliyetinin artırılması ve kas gücünün yeniden kazandırılması hedeflenir (Kisner vd., 2017).

2. Nörolojik Rehabilitasyon: İnme (felç), multipl skleroz (MS), Parkinson hastalığı ve omurilik yaralanmaları gibi nörolojik durumlarda fizyoterapi; denge, koordinasyon, yürüme ve kas tonusunu düzenlemeye yönelik tedavi stratejileri sunar. Amaç, kaybedilen fonksiyonları geri kazandırmak, adaptasyonu sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır (Darcy Ann Umphred vd., 2012; Pollock vd., 2007).

3. Kardiyopulmoner Rehabilitasyon: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği gibi durumlarda solunum kapasitesini artırmak ve egzersiz toleransını geliştirmek amacıyla fizyoterapi müdahaleleri uygulanır (Spruit vd., 2013).
4. Pediatrik Rehabilitasyon: Serebral palsy, kas iskelet sistemi sorunları ve gelişimsel gecikmeler gibi durumlarda; çocukların motor becerilerini geliştirmek, bağımsızlıklarını artırmak, postür denge kontrolünü ve akranlarıyla uyumlu bir şekilde gelişmelerini sağlamak için fizyoterapi programları önemlidir (Damiano, 2006; Tecklin, 2008).
5. Geriatrik Rehabilitasyon: Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişikliklerin sebep olduğu hareket kısıtlılıkları, düşme riski, osteoporoz ve sarkopeni gibi durumlarda yaşlı bireylerin yaşam kalitesini korumak bağımsızlığını desteklemek ve fonksiyonel kayıpların önlenmesi için fizyoterapi sıkça başvurulanan bir yöntemdir (Avers & Wong, 2019; Liu & Latham, 2009).
6. Sporcu Sağlığı ve Sporcu Rehabilitasyonu: Spor yaralanmalarının önlenmesi, iyileştirilmesi ve performansın artırılması amacıyla fizyoterapistler sporcularla doğrudan çalışırlar. Bu alanda kinezyolojik bantlama, egzersiz terapileri ve manuel terapi gibi teknikler yaygın şekilde uygulanır (Khan & Scott, 2009).
7. Kadın Sağlığı Fizyoterapisi: Kadınlara özgü sağlık sorunları, özellikle pelvik taban disfonksiyonları, gebelik ve doğum sonrası dönemde ortaya çıkan kas iskelet sistemi problemlerinin tedavisiyle ilgilenir (Vleeming vd., 2012).

2.5.3. Fizyoterapinin Psikososyal Etkileri

Fizyoterapi yalnızca fiziksel işlevselliğin yeniden kazandırılmasına yönelik bir müdahale değil, aynı zamanda bireyin psikososyal iyilik hâlini destekleyen bütüncül bir sağlık hizmetidir. Özellikle kronik ağrı, hareket kısıtlılığı ve işlev kaybı yaşayan bireylerde fizyoterapi, yalnızca ağrıyı azaltmakla kalmaz; aynı zamanda özgüven, öz yeterlilik ve yaşam doyumu gibi psikolojik kaynakların da yeniden inşa edilmesine katkı sağlar (Ambrose & Golightly, 2015).

Fizyoterapi sürecinde bireyin aktif katılımı, beden farkındalığının artması ve işlevselliğe yönelik olumlu değişimlerin gözlemlenmesi, psikolojik dayanıklılığı ve başa çıkma becerilerini güçlendirebilir. Özellikle grup egzersizleri, hareket terapileri ve danışmanlıkla entegre edilmiş fizyoterapi programları, sosyal etkileşimi artırarak yalnızlık, depresyon ve anksiyete gibi olumsuz duyguların hafifletilmesine yardımcı olabilir (Geneen vd., 2017).

Ayrıca, fizyoterapistler tarafından verilen doğru bilgilendirme ve danışmanlık; bireyin hastalığını anlama sürecini kolaylaştırır, tedaviye olan güvenini pekiştirir ve sağlıkla ilgili öz yeterliliğini artırır. Bu süreç hem fiziksel hem de ruhsal olarak bireyin kendisini daha güçlü ve kontrol sahibi hissetmesine zemin hazırlar (Lee vd., 2015).

Fizyoterapinin psikososyal etkileri özellikle yaşlı bireylerde, kadın sağlığı alanında ve kronik hastalık yönetiminde belirginleşmektedir. Örneğin, doğum sonrası pelvik taban disfonksiyonu yaşayan kadınlarda fizyoterapi uygulamaları; beden imgesi, sosyal roller ve yaşam kalitesi üzerinde önemli pozitif etkiler yaratabilmektedir (Vleeming vd., 2012).

Fiziksel aktivite ve egzersiz, stres hormonlarını dengeleyerek ve rahatlama sağlayarak stresle başa çıkmada önemli bir rol oynar. Fizyoterapistler, hastalara gevşeme teknikleri ve farkındalık egzersizleri gibi stres yönetimi araçları da öğretebilir (Sharma vd., 2006).

Hastalık veya engellilik nedeniyle kaybedilen mesleki, ailevi veya toplumsal rollerin (örn. işe dönme, ev işlerini yapma, hobilerine devam etme) yeniden kazanılmasına yardımcı olur. Bu, bireyin toplumda kendini daha üretken ve değerli hissetmesini sağlar (Verbrugge & Jette, 1994).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel analitik türdedir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Yozgat Şehir Hastanesi'nde fizyoterapi alan 18 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini tanımlanan iki hastanede 2022-2023 yılında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon hizmeti alan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, GPower 3.1 paket programı ile hesaplanmıştır. Minimum örneklem büyüklüğü hesabında, Kılıç ve Uzunçakmak'ın Aile Sağlığı Merkezi (ASM) başvuran hastalar arasında yaptığı çalışmada, Genel Sağlık Anketi (GSA)-12 göre 2 puan ve üzerinde puan alanlar orta ve üzeri düzeyde ruhsal sorun belirtileri olan olarak kabul edilmekte ve buna göre %60,9'unun ruhsal durumu orta ve üzerinde olumsuz olduğu ($p=0,61$), $\alpha=0,05$ hata düzeyinde, etki büyüklüğü %10 (effect size 0,1) alındığında %80 güç düzeyinde $n=199$ kişinin örnekleme alınması hesaplanmıştır.

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırma dahil edilme kriterleri olarak; hastanede fizyoterapi ünitesinde fizik tedavisi alan, 18 yaş ve üzerinde olan, iletişim kurulmasına engel bir sorunu olmayan, ağır psikiyatrik bir hastalığı olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olarak onam veren kişiler dahil edilmiştir.

Dahil edilme kriterlerine uymayan hastalar araştırma için dışlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren veri formu, Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire GHQ) kısa formu (GSA-12), Yaşam Doyum Ölçeği-Yetişkin (YDÖ-Y) ve Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ölçeği kullanılarak görüşmeci aracılığı ile toplanmıştır. Ayrıca, ağrı algısı ve genel sağlık durum algısı VAS (Visual Analog Skala) ile değerlendirilmiştir.

3.4.1. Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12)

1972 yılında Goldberg tarafından 60 maddelik geliştirilen GSA, son haftalarda ortaya çıkmış ruhsal sorunların araştırılması ya da taranması amacıyla birçok dil ve kültüre uyarlanmıştır. GSA; ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama

testi olarak kullanılır. Psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabileceği önerilmektedir. Ölçeğin daha kısa olan 30, 28 ve 12 maddelik formları bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması, Kılıç tarafından yapılmış ve iç tutarlılığı 0,84 olarak bulunmuştur (Kılıç, 1996). Bu çalışmada GSA12 kullanılmış, ölçek 12 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde son birkaç haftadaki belirtileri sorgular ve 4'lü Likert tipindedir. Her soru, 0=hiçbir zaman, 1=her zamanki kadar, 2=her zamankinden sık, 3=çok sık olmak üzere 4 seçenekten oluşmaktadır. Anket maddelerine verilen yanıtlardan 0 ve 1 seçenekleri "0", 2 ve 3 seçenekleri için "1" puan verilmekte ve katılımcılar 0-12 arasında puan alabilmektedir. Ankette alınan puan arttıkça ruhsal sağlığın kötüleştiği ve psikiyatrik rahatsızlık olasılığının arttığı kabul edilmektedir (Öner, 1994). GSA ölçeğinden 2'den az puan alanlar düşük, 2-3 arası puan alanlar orta ve 4 ve daha fazla puan alanlar yüksek puanlı olarak gruplanmaktadır (Ünalan, 2014). Bu çalışmada GSA güvenirlik Cronbach alfa katsayısı 0,794 bulunmuştur.

3.4.2. Yaşam Doyumu Ölçeği – Yetişkin Formu (YDÖ-Y); Personal Wellbeing Index–Adult [PWI-A])

Bireylerin yaşam doyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Ölçek, yaşam doyumunu sekiz farklı yaşam alanı üzerinden değerlendiren toplam sekiz maddeden oluşmaktadır. Her bir madde, 11'li Likert tipi bir ölçekle (0 = Hiç memnun değilim, 5 = Kararsızım, 10 = Tamamen memnunum) puanlanmaktadır. Ölçekte ters kodlanmış madde bulunmamakta olup, alınabilecek toplam puan 0 ile 80 arasında değişmektedir. YDÖ-Y'nin kapsadığı yaşam alanları şunlardır: yaşam standardı, kişisel sağlık, yaşamda başarı, kişisel ilişkiler, kişisel güvenlik, toplumsal aidiyet/bağlılık, gelecekte emin olma ve maneviyat/din. Ölçek, International Wellbeing Group tarafından Cummins öncülüğünde geliştirilmiştir (International Wellbeing Group [IWG], 2006; Lau & Cummins, 2005). Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması ise 2011 yılında Şimşek tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçe formun iç tutarlılığı yüksek olup, Cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak bildirilmiştir (Şimşek, 2011). Bu çalışmada YDÖ güvenirlik Cronbach alfa katsayısı 0,861 bulunmuştur.

3.4.3. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)

GYÖ, bireyin son bir haftalık süre içinde günlük yaşam aktivitelerinde karşılaştığı fiziksel zorlukları ölçmek amacıyla geliştirilmiş, yaygın kullanılan ve geçerli bir fonksiyonel değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin toplam 8 alt boyut vardır: Giyinme, Doğrulma, Yemek

yeme, Yürüme, Hijyen, Uzanma, Kavrama, Günlük işler. Her alt boyutta 2–3 madde bulunur. Puanlama: Her madde 0–3 arası puanlanır: 0 = Hiç zorluk yok, 1 = Biraz zorluk, 2 = Ciddi zorluk, 3 = Hiç yapamıyor. Her alt boyut için en yüksek madde puanı alınır. Toplam GYÖ skoru, alt boyutların ortalamasıdır (0–3 arası). Daha yüksek skor, daha fazla fonksiyonel bozukluk anlamına gelir. GYA ölçeği güvenirlik Cronbach alfa katsayısı bu çalışmada 0,912 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Görsel Analog Skala (VAS)

Ağrı düzeyi ve genel sağlık algısının değerlendirilmesinde kullanılan VAS, bireylerin ağrılarını 0 (hiç yok) ile 10 (dayanılmaz) arasında puanlamalarına olanak tanıyan öznel bir ölçektir. Bu çalışmada hem ağrı algısı hem de genel sağlık durumu için ayrı ayrı uygulanmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik İzni

Araştırmanın Kurum izni Yozgat Şehir Hastanesi için Yozgat İl Sağlık Müdürlüğünden, Bozok Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi için Hastane Başhekimliğinden alınmıştır. Etik kurul izni ise Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonundan 19.10.2022 tarihli ve 37/08 karar nolu onayı ile alınmıştır. Çalışmaya katılanlara herhangi bir katılımcı ücreti ödenmemiştir. Katılım tamamen gönüllük esasına göre onam veren bireyler ile çalışma yapılmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri SPSS 25.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin oran ve ortalamalarının tabloları yapılmıştır. GSA ve YDÖ-Y puanlarının normal dağılışa uymadığı histogram ve Q-Q plot grafiği tespit edilmiş ve bu nedenle istatistik analizlerde non-parametrik testler kullanılmıştır. Analizlerde ki-kare, bağımsız gruplarda Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Spearman korelasyon ve multinominal lojistik regresyon (MLR) kullanılmıştır. Bağımlı değişken olarak ruhsal sağlık durumunu ölçen GSA alınmıştır. Bağımsız değişkenler ise; YDÖ-Y puanı, GYA puanı ve hastaların sosyo-demografik özellikleri alınmıştır. Tek değişkenli testlerde $p < 0,1$ düzeyinde bulunan bağımsız değişkenler çok değişkenli analize alınmıştır. Ruhsal sağlık düzeyi düşük (referans grup), orta ve yüksek olarak 3 gruba ayrılarak bu durumu etkileyen faktörler ise çok değişkenli MLR ile analiz edilmiştir. İstatistiksel test sonuçlarında $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya, 283 hasta Şehir Hastanesinden ve 48 hasta YOBU hastanesinden olmak üzere toplamda 331 kişi katılmıştır. Bu tabloya göre araştırmaya katılanların demografik özellikleri şu şekilde özetlenebilir: Katılımcıların çoğunluğunu kadınlar (%61,6) oluşturmakta olup, katılımcılar en yoğun olarak 40-49 (%23,3) ve 50-59 (%22,7) yaş aralıklarında yer almaktadır. Katılımcıların %78,2'si evli, katılımcıların %26,0'sı ilköğretim mezunu, %36,3'ü üniversite mezunudur. Katılımcıların %53,8'i çalışmamakta, %26,9'u kamu sektöründe, %19,3'ü özel sektörde çalışmaktadır. Katılımcıların %46,2'si düşük gelir grubunda, %53,8'i ise orta ve üstü gelir grubunda yer almaktadır. Hane yapısı bakımından katılımcıların %45,3'ü çekirdek ailede, %36,3'ü yalnız veya sadece eşleriyle birlikte, %18,4'ü ise geniş aile yapısında yaşamaktadır (Tablo 4.1).

Katılımcıların yarısından fazlası orta düzeyde ağrı (%50,5) ve orta düzeyde sağlık durumu (%51,4) bildirmiştir. Eşlik eden sağlık sorunu bulunanların oranı %42,3, beraber yaşadıkları kişiler arasında bakıma muhtaç bir birey bulunanların oranı %11,5 iken, günlük yaşam aktivitelerinde en az bir aktivite için yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtenlerin oranı %43,5'dir. Fizyoterapiye başvuru nedenleri arasında en sık bildirilen durum bel-omur-sırt problemleridir (%43,2) ve katılımcıların %52'si daha önce hiç fizyoterapi almadığını belirtmiştir. Son alınan fizyoterapiden “yeterince fayda gördüm” diyenlerin oranı %44,2 olup, yürüyüş yapma düzeyinde ise en yüksek oran “çoğunlukla-tam” yapan katılımcılara aittir (%45,0) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri

		Sayı	Sütun %
Hastane	Yozgat Şehir Hastanesi	283	85,5
	YOBU Eğitim Arş. Hastanesi	48	14,5
Cinsiyet	Kadın	204	61,6
	Erkek	127	38,4
Yaş grupları	18-29	57	17,2
	30-39	57	17,2
	40-49	77	23,3
	50-59	75	22,7
	≥ 60	65	19,6
Medeni durum	Evli	259	78,2
	Bekar	53	16,0
	Eşi ölmüş/Ayrılmış	19	5,7
	Total	331	100,0

Tablo 4.1. (devam) Araştırmaya katılanların demografik özellikleri

		Sayı	Sütun %
Eğitim düzeyi	Okur yazar değil	16	4,8
	İlkokul	86	26,0
	Ortaokul	28	8,5
	Lise	81	24,5
	Üniversite	120	36,3
Çalışma durumu	Kamu çalışanı	89	26,9
	Özel sektör çalışanı	64	19,3
	Çalışmıyor	178	53,8
Gelir düzeyi	Düşük	153	46,2
	Orta ve üstü	178	53,8
Hane Türü	Yalnız/ Karı-koca	120	36,3
	Çekirdek ve çocuklar	150	45,3
	Geniş aile	61	18,4
Ağrı düzeyi	Düşük	51	15,4
	Orta	167	50,5
	Yüksek	113	34,1
Sağlık düzeyi	Kötü	52	15,7
	Orta	170	51,4
	İyi	109	32,9
Eşlik eden başka sağlık sorunu varlığı	Yok	191	57,7
	Var	140	42,3
Beraber yaşanan kişilerden bakıma muhtaç kişi varlığı	Yok	293	88,5
	Var	38	11,5
Günlük yaşam aktivitelerinde yardım gereksinimi	Yok	187	56,5
	Var	144	43,5
Fizyoterapi nedeni	Bel-omur-sırt	143	43,2
	Boyun	66	19,9
	Diğer	122	36,9
Daha önce fizyoterapi alındı mı?	Hayır	172	52,0
	Evet	159	48,0
Fizyoterapi sayısı	0	172	52,0
	1	110	33,2
	2	31	9,4
	≥ 3	18	5,4
En son aldığınız fizyoterapiden ne kadar fayda gördünüz?	Yeterince	88	44,2
	Biraz	79	39,7
	Hiç	32	16,1
Yürüyüş yapma	Hiç-biraz	79	23,9
	Orta	103	31,1
	Çoğunlukla-tam	149	45,0
	Total	331	100,0

Katılımcıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorluk yaşama durumları incelendiğinde, en sık zorlanılan aktivitenin uzanma olduğu belirlenmiştir (%38,4). Bunu sırasıyla yürüme (%30,2), günlük işler (ev işleri, alışveriş vb.) (%29,9) ve giyinme (%15,4) takip etmektedir. Daha az sıklıkla bildirilen zorlanmalar arasında kavrama (%8,5) ve yemek yeme (%7,9) yer almaktadır. Bu sonuçlar, üst ekstremité kullanımını ve mobilitéyi gerektiren aktivitelerde daha fazla zorluk yaşandığını ve bu alanların fonksiyonel destek ihtiyacı açısından öncelikli değerlendirme gerektirdiğini göstermektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların günlük aktiviteleri yaparken zorlandığı ve yardıma gereksinim duyduğu aktiviteler

Günlük aktivite	Zorlanma		Yardıma gereksinim duyma		
	N=331 Sayı	%	Sayı	%	Olay %
Giyinme	51	15,4	13	4,8	9,0
Doğrulma	32	9,7	27	10,0	18,8
Yemek yeme	26	7,9	1	0,4	0,7
Yürüme	100	30,2	15	5,5	10,4
Hijyen	39	11,8	13	4,8	9,0
Uzanma	127	38,4	48	17,7	33,3
Kavrama	28	8,5	46	17,0	31,9
Günlük işler	99	29,9	108	39,9	75,0
Toplam	502	151,8	271	100,0	188,2

Zorlanma: Aktivite puan ortalaması 1'in üzerinde olanlar. Olay %: Bir kişi birden fazla aktivite için yardım yanıtını verebilmektedir.

Hastaların günlük yaşam aktiviteleri sırasında yardım gereksinimi duyduğu faaliyetler incelendiğinde, en sık yardım talep edilen aktivitenin günlük işler (örneğin ev işleri, alışveriş) olduğu görülmektedir (%39,9). Bu alanı sırasıyla uzanma (%17,7) ve elle kavrama (%17,0) aktiviteleri izlerken, en az yardım gereksinimi bildirilen aktivite ise yemek yemedir (%0,4). Toplamda 271 yardım bildirimi yapılmış olup, bu bulgu hastaların yaşamlarını sürdürebilme açısından en çok zorlandıkları alanların ev içi sorumluluklar ve üst ekstremité kullanımı gerektiren işler olduğunu göstermektedir. Katılımcıların birden fazla aktivite için yardım ihtiyacı belirtmiş olmaları nedeniyle, toplam vaka yüzdesi %100'ü aşarak %188,2 olarak hesaplanmıştır. Bu durum, pek çok hastanın birden fazla işlevsel alanda zorlandığını ve günlük yaşam aktivitelerinde yaygın yardım gereksinimi bulunduğunu göstermektedir (Tablo 4.2).

Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyduğu aktivite sayıları incelendiğinde, %56,5'inin (n=187) hiçbir aktivite için yardıma gereksinim duymadığı belirlenmiştir. Tek bir aktivitede yardım ihtiyacı olduğunu bildiren katılımcı oranı %21,1 (n=70) iken, iki aktivitede yardıma ihtiyacı olduğunu belirtenlerin oranı %12,7 (n=42) olarak bulunmuştur. Üç veya daha fazla aktivitede yardım ihtiyacı bildiren bireylerin oranı ise giderek azalmaktadır. Bu bulgular, hastaların önemli bir kısmının günlük yaşamda bağımsız işlevselliğini sürdürdüğünü, ancak yaklaşık %43,5'inin en az bir aktivitede yardıma gereksinim duyduğunu göstermektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların günlük aktivitelerini yaparken yardıma gereksinim duyduğu aktivite sayısı

Yardıma gereksinim olan aktivite sayısı	N	%	Kümülatif %
Hiç	187	56,5	56,5
1	70	21,1	77,6
2	42	12,7	90,3
3	18	5,4	95,8
4	7	2,1	97,9
5	7	2,1	100,0
Toplam	331	100,0	

Çalışmaya katılan bireylerin Genel Sağlık Anketi (GSA) puanları, düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Katılımcıların %27,5'i düşük, %29,6'sı orta ve %42,9'u yüksek ruhsal belirti puanına sahiptir. Fizik tedavi alan hastaların yarıya yakınının yüksek düzeyde ruhsal sağlık sorunlarının olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4.'te, araştırmaya katılanların demografik özelliklerine göre yaşam doyumu ve genel sağlık algısı puan ortalamaları yer almaktadır. Katılımcıların genel YDO puanı ortalaması $74,8 \pm 14,3$, GSA puanı ise $3,5 \pm 2,9$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.4).

Cinsiyet açısından bakıldığında, kadınların YDO puanı cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,230$). Buna karşılık, kadınların GSA puanı erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir (kadın: $3,7 \pm 2,8$; erkek: $3,1 \pm 2,9$; $p=0,015$), bu durum kadınların sağlık algısının erkeklerden daha olumsuz olduğunu düşündürmektedir, zira yüksek GSA puanı daha olumsuz sağlık algısını işaret etmektedir (Tablo 4.4).

Yaş grupları incelendiğinde, en yüksek YDO puanı 40-49 yaş grubunda ($76,9 \pm 14,8$), en düşük ise 18-29 yaş grubunda ($73,5 \pm 13,4$) gözlenmiştir, ancak farklılık anlamlı değildir ($p=0,503$). GSA puanı açısından ise ≥ 60 yaş grubu en yüksek puana ($4,3 \pm 2,8$) sahipken,

40-49 yaş grubu en düşük puanı ($2,8 \pm 2,6$) almıştır; bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,014$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine göre yaşam doyumu ve genel sağlık puan ortalaması

		YDO Puanı		Z	GSA puanı		Z
		Mean	SD	P	Mean	SD	P
Cinsiyet	Kadın	75,6	14,0	0,230	3,7	2,8	0,015
	Erkek	73,5	14,8		3,1	2,9	
Yaş grupları	18-29	73,5	13,4	0,503	3,6	3,1	0,014
	30-39	74,0	14,5		3,1	2,5	
	40-49	76,9	14,8		2,8	2,6	
	50-59	73,9	15,0		3,7	3,0	
	≥ 60	74,9	13,5		4,3	2,8	
Medeni durum	Evli	75,8	14,1	0,033	3,3	2,7	0,092
	Bekar	72,4	12,9		3,9	3,1	
	Eşi ölmüş/Ayrılmış	67,5	18,1		5,2	4,0	
Eğitim düzeyi	Okur yazar değil	70,8	18,9	0,799	5,4	3,4	0,005
	İlkokul	73,7	16,1		4,1	2,9	
	Ortaokul	74,3	13,4		3,5	2,7	
	Lise	76,5	13,4		3,0	2,6	
	Üniversite	74,9	13,0		3,1	2,8	
Çalışma durumu	Kamu çalışanı	75,0	13,9	0,377	2,7	2,6	<0,001
	Özel sektör çalışanı	77,5	11,7		2,2	2,2	
	Çalışmıyor	73,7	15,2		4,3	2,9	
Gelir düzeyi	Düşük	73,5	14,4	0,161	4,0	2,9	0,001
	Orta ve üstü	75,9	14,1		3,1	2,8	
Hane Türü	Yalnız/ Karı-koca	73,6	13,3	0,390	4,0	3,0	0,025
	Çekirdek ve çocuklar	76,0	15,4		3,1	2,6	
	Geniş aile	74,2	13,2		3,4	2,9	
	Total	74,8	14,3		3,5	2,9	

Z: 2 grupta Mann-Whitney U testi, 3 ve daha fazla grupta Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Medeni durum bakımından, evli katılımcılar daha yüksek yaşam doyumu puanına sahipken ($75,8 \pm 14,1$), en düşük YDO puanı eşi ölmüş veya ayrılmış gruptadır ($67,5 \pm 18,1$) ($p=0,033$). GSA puanları incelendiğinde, en yüksek değer eşi ölmüş veya ayrılmış grupta

gözlenmiştir ($5,2\pm4,0$), ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,092$) (Tablo 4.4).

Eğitim düzeyi açısından YDO puanı anlamlı bulunmamıştır ($p=0,799$). GSA puanı açısından okur-yazar olmayanlar en yüksek puana ($5,4\pm3,4$) sahip olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,005$) (Tablo 4.4).

Çalışma durumu değerlendirildiğinde, özel sektör çalışanlarının YDO puanı en yüksektir ($77,5\pm11,7$) ve GSA puanları da en düşüktür ($2,2\pm2,2$). Çalışmayan katılımcılar ise hem daha düşük YDO ($73,7\pm15,2$) hem de en yüksek GSA puanına ($4,3\pm2,9$) sahiptir. GSA puanlarındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.4).

Gelir düzeyi incelendiğinde, orta ve üstü gelir grubundaki katılımcıların YDO puanı ($75,9\pm14,1$) düşük gelir grubuna göre daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,161$). GSA puanı ise düşük gelir grubunda anlamlı olarak daha yüksektir ($4,0\pm2,9$) ($p=0,001$), bu da sağlık algısının daha olumsuz olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4).

Hane türü açısından, çekirdek aile ve çocuklarla yaşayanların YDO puanı ($76,0\pm15,4$) daha yüksekken, yalnız yaşayan veya sadece eşiyle yaşayanların puanı daha düşüktür ($73,6\pm13,3$). GSA puanları açısından da çekirdek ailelerde daha düşük değerler görülmekte, fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,025$) (Tablo 4.4).

Özetle, genel sağlık algısı açısından anlamlı farklara sebep olan değişkenler cinsiyet, yaş grubu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve hane türü olarak öne çıkmaktadır. Özellikle kadınlar, düşük gelir grupları, okur-yazar olmayanlar ve çalışmayan bireyler, genel sağlık algısında daha yüksek (yani daha olumsuz) puanlar göstermiştir. Yaşam doyumu açısından ise medeni durum belirgin bir fark oluşturmuş, evli bireyler daha yüksek yaşam doyumuna sahip bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.5'te, araştırmaya katılanların genel sağlık durumlarına ve yaşam tarzı özelliklerine göre yaşam doyumu (YDO) ve genel sağlık algısı (GSA) puan ortalamaları sunulmaktadır. Katılımcıların toplam YDO ortalaması $74,8\pm14,3$, GSA ortalaması ise $3,5\pm2,9$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Ağrı düzeyi açısından YDO puanları düşükten yükseğe doğru artmakta (düşük: $73,1\pm15,2$; orta: $74,7\pm13,0$; yüksek: $75,6\pm15,6$), ancak farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,418$). GSA puanları da ağrı düzeyi arttıkça hafifçe yükselse de (düşük: $3,0\pm3,0$; yüksek: $3,8\pm2,9$), fark anlamlı değildir ($p=0,208$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Araştırmaya katılanların genel durumuna göre yaşam doyumu ve genel sağlık puan ortalaması

		YDO_Puanı		Z	GSA puanı		Z
		Mean	SD	P	Mean	SD	P
Ağrı düzeyi	Düşük	73,1	15,2	0,418	3,0	3,0	0,208
	Orta	74,7	13,0		3,4	2,8	
	Yüksek	75,6	15,6		3,8	2,9	
Sağlık algı düzeyi	Kötü	64,3	16,8	<0,001	5,9	2,6	<0,001
	Orta	73,6	13,0		3,6	2,6	
	İyi	81,6	11,1		2,2	2,5	
Eşlik eden başka sağlık sorunu var-yok	Yok	75,6	13,4	0,349	3,1	2,8	0,004
	Var	73,6	15,4		4,0	2,8	
Beraber yaşanan kişilerden bakıma muhtaç kişi varlığı	Yok	74,7	14,4	0,892	3,4	2,9	0,156
	Var	74,9	13,7		4,0	2,8	
Günlük yaşam aktivitelerinde yardım gereksinimi	Yok	75,4	14,3	0,330	3,2	2,8	0,013
	Var	74,0	14,3		3,9	2,9	
Fizyoterapi nedeni	Bel-omur-sirt	75,9	14,2	0,140	3,3	2,9	0,386
	Boyun	75,4	14,5		3,3	2,5	
	Diğer	73,1	14,2		3,8	2,9	
Daha önce fizyoterapi alındı mı?	Hayır	74,7	14,3	0,887	3,4	2,9	0,548
	Evet	74,8	14,3		3,6	2,9	
Fizyoterapi sayısı	0	74,7	14,3	0,712	3,4	2,9	0,919
	1	74,2	14,2		3,5	2,8	
	2	77,2	13,3		3,5	2,5	
	≥ 3	74,8	17,1		4,2	3,8	
En son aldığınız fizyoterapiden ne kadar fayda gördünüz?	Yeterince	76,3	14,7	0,241	3,4	2,7	0,660
	Biraz	74,3	12,7		3,7	3,1	
	Hiç	71,3	16,6		3,9	2,8	
Yürüyüş yapma	Hiç-biraz	74,3	15,6	0,897	4,1	2,9	0,057
	Orta	75,8	12,5		3,4	2,7	
	Çoğunlukla-Tam	74,3	14,8		3,2	2,9	
	Total	74,8	14,3		3,5	2,9	

Z: 2 grupta Mann-Whitney U testi, 3 ve daha fazla grupta Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Sağlık algısı düzeyi hem YDO hem GSA açısından en dikkat çeken değişkendir. Kötü sağlık algısına sahip katılımcıların YDO puanı anlamlı şekilde en düşük düzeyde ($64,3 \pm 16,8$) iken, buna karşın iyi sağlık algısına sahip olanlar en yüksek YDO puanına sahiptir ($81,6 \pm 11,1$) ($p < 0,001$). Benzer biçimde, kötü sağlık algısına sahip bireylerin GSA puanı ($5,9 \pm 2,6$) belirgin biçimde yüksektir, bu da sağlık algılarının olumsuz olduğunu

göstermektedir ($p<0,001$). Eşlik eden sağlık sorunu bulunan katılımcıların YDO puanı biraz daha düşük ($73,6\pm15,4$) olsa da fark anlamlı değildir ($p=0,349$). Ancak bu grubun GSA puanı anlamlı olarak daha yüksektir ($4,0\pm2,8$) ve sağlık algısının daha olumsuz olduğunu göstermektedir ($p=0,004$) (Tablo 4.5).

Beraber yaşanan kişilerden bakıma muhtaç kişi varlığı, yaşam doyumunda anlamlı bir farklılık oluşturmamış ($p=0,892$) ve GSA puanlarında da belirgin bir fark göstermemiştir ($p=0,156$). Günlük yaşam aktivitelerinde yardım gereksinimi olan katılımcıların YDO puanı ($74,0\pm14,3$) yardım gereksinimi olmayanlara göre biraz daha düşük bulunmuştur, fakat fark anlamlı değildir ($p=0,330$). Ancak yardım gereksinimi olan grubun GSA puanı anlamlı olarak daha yüksektir ($3,9\pm2,9$) ($p=0,013$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5’de; fizyoterapi nedeni değişkenine göre YDO ve GSA puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. YDO açısından en yüksek puan bel-omur-sırt sorunu olanlarda ($75,9\pm14,2$), en düşük puan ise diğer nedenlerde ($73,1\pm14,2$) bulunmuştur ($p=0,140$). Daha önce fizyoterapi alma durumu YDO ($p=0,887$) ve GSA puanları ($p=0,548$) açısından anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Benzer şekilde fizyoterapi sayısı da her iki puan açısından anlamlı farklılık göstermemiştir.

En son alınan fizyoterapiden fayda algısı açısından YDO puanları yeterince fayda görenlerde en yüksek ($76,3\pm14,7$), hiç fayda görmeyenlerde ise en düşük ($71,3\pm16,6$) düzeyde bulunmuştur, ancak fark anlamlı değildir ($p=0,241$). GSA puanları açısından da fark anlamlı değildir ($p=0,660$) (Tablo 4.5).

Yürüyüş yapma düzeyi, YDO ve GSA açısından anlamlı fark oluşturmamıştır. YDO puanları yürüyüş yapanlarda (orta düzey: $75,8\pm12,5$) daha yüksek gözlenirken, hiç yapmayanlarda biraz daha düşüktür ($74,3\pm15,6$), fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,897$). GSA puanları açısından ise yürüyüş yapmayanların puanlarının biraz daha yüksek olması dikkat çekmekle birlikte, anlamlılığa ulaşmamıştır ($p=0,057$) (Tablo 4.5).

Sonuç olarak, sağlık algısı düzeyi hem yaşam doyumunu hem de genel sağlık algısı üzerinde en belirgin farkı yaratmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, eşlik eden sağlık sorunu ve günlük yaşamda yardım gereksinimi GSA puanını artırmış, bu durum sağlık algısının daha olumsuz olduğunu göstermektedir. Diğer değişkenler yaşam doyumunu ve sağlık algısı üzerinde anlamlı fark yaratmamıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. da ki bulgularımıza göre, GSA puanı ile bazı sosyo-demografik ve sağlık değişkenleri arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. GSA puanı ile YDÖ-Y ($r= -0,561$) ve

VAS sağlık algısı ($r = -0.495$) arasında güçlü ve negatif yönde, eğitim düzeyi ($r = -0.189$), hane geliri ($r = -0.158$) ve hanedeki kişi sayısı ($r = -0.166$) arasında yine negatif bir korelasyon varken, GYA ($r=0,240$, yüksek puan olumsuz), günlük aktivitelerde yardıma gereksinim duyma ($r =0,157$) ve yaş ($r =0,115$) arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Bu durum, bireylerin yaşam doyumu arttıkça, günlük yaşam aktivite kapasiteleri arttıkça, aktiviteler için yardım gereksinimi azaldıkça, sağlık algıları iyileştikçe, eğitim ve gelir düzeyleri arttıkça ve hanede yaşayan kişi sayısı fazlaştıkça GSA puanının düştüğünü, yani ruhsal sağlık durumunun daha olumlu algılandığını göstermektedir ($p<0.05$). Ancak ağrı algısı ve alınan fizyoterapi sayısının bireylerin ruhsal sağlık durumlarını etkilemediğini ortaya koymaktadır. (Tablo 4.6)

YDÖ-Y ile GYA arasında zayıf negatif bir korelasyon ($r = -0.113$), VAS sağlık algısı ile orta düzey pozitif korelasyon ($r = 0.395$) olup, sağlık durum algısı arttıkça ve günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma azaldıkça yaşam doyumu artmaktadır ($p<0.05$). Diğer günlük yaşam aktivitelerinde yardım alma ihtiyacı, VAS ağrı, yaş, eğitim düzeyi, hane geliri, hanedeki kişi sayısı ve fizyoterapi alma sayısı ile YDÖ-Y arasındaki ilişkiler çok zayıf olup, anlamlı bulunamadı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Değişkenler arasındaki ilişki (Spearman Korelasyon)

	GSA	YDO-Y	GYA	Yardım	VAS ağrı	VAS sağlık	Yaş	Eğitim	Hane geliri	Hanede ki kişi sayısı
YDO-Y	-,561**	1,000								
GYA	,240**	-,113*	1,000							
Yardım	,157**	-0,054	,674**	1,000						
VAS ağrı	0,091	0,077	,308**	,166**	1,000					
VAS sağlık algısı	-,495**	,395**	-,230**	-,133*	-0,104	1,000				
Yaş	,115*	0,023	,325**	,140*	,154**	-,218**	1,000			
Eğitim düzeyi	-,189**	0,019	-,302**	-,194**	-,116*	,228**	-,505**	1,000		
Hane geliri	-,158**	0,068	-,110*	-,109*	0,011	,151**	-,255**	,557**	1,000	
Hanedeki kişi sayısı	-,166**	0,094	-,181**	-0,091	-0,022	,171**	-,398**	,186**	0,097	1,000
Alınan fizyoterapi sayısı	0,037	0,025	,162**	0,064	,122*	-,122*	,372**	-,157**	-0,004	-,240**

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). YDÖ-Y: Yaşam Doyumu Ölçeği-Yetişkin. GSA: Genel Sağlık Anketi. GYA: Günlük yaşam aktiviteleri.

Çok değişkenli MLR analizinde, sadece sağlık durum algısının hem orta hem de yüksek düzeyde yaşam doyumunu etkilediği ($p<0,001$), günlük yaşam aktiviteleri düzeyinin ise istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin ruhsal sağlık düzeyini yordayan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan MLR analizinde, referans kategori olarak "düşük GSA" grubu alınmıştır. Modelde "orta GSA" düzeyine sahip bireylerde yaşam doyumu puanındaki her bir birim artışın, orta GSA düzeyinde olma olasılığını %4,5 oranında azalttığı görülmüştür ($B=-0,046$). Benzer şekilde, sağlık algısındaki her bir birim olumlu artışın orta GSA düzeyinde yer alma olasılığını %21,2 oranında azalttığı tespit edilmiştir ($B=-0,239$). Özetle yaşam doyumunun artması ve genel sağlık durumu algısının yükselmesi orta düzeyde ruhsal sorun belirtileri gösterme olasılığını azaltmaktadır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Araştırmaya katılanların ruhsal sağlık durumunu etkileyen faktörlerin multinominal lojistik regresyon geriye doğru eleme yöntemi ile analizi

GSA Referans kategori: Düşük		B	Wald	P	O.R.	O.R. %95 Güven Aralığı	
						Alt sınır	Üst sınır
Orta	Intercept	4,587	9,829	,002			
	Yaşam doyumu	-,046	7,973	,005	,955	,925	,986
	GYA	,405	,529	,467	1,500	,503	4,471
	VAS sağlık algısı	-,239	6,099	,014	,788	,652	,952
	Meslek (Ref: Kamu çalışanı) = Çalışmıyor	,392	1,376	,241	1,480	,769	2,849
Yüksek	Intercept	11,977	55,551	,000			
	Yaşam doyumu	-,120	43,311	,000	,887	,856	,919
	GYA	1,337	4,837	,028	3,806	1,157	12,523
	VAS sağlık algısı	-,488	21,398	,000	,614	,499	,755
	Meslek (Ref: Kamu çalışanı) = Çalışmıyor	1,797	21,322	,000	6,034	2,814	12,939

Uyum iyiliği: Pearson Ki-kare: $\chi^2 = 609,035$, $p = 0,755$. Deviance: $\chi^2 = 538,440$, $p = 0,998$

Bağımsız değişkenler: YDÖ-Y (Yaşam Doyum Ölçeği- Yetişkin), GYA (Günlük yaşam aktiviteleri), Aktivitelere yardım ihtiyacı, VAS sağlık algısı, Yaş, Cinsiyet, Meslek, Hane geliri, Hanedeki kişi sayısı, Beraber yaşanan kişilerden bakıma muhtaç kişi varlığı, yürüme gibi günlük egzersiz yapma durumu, tanı türü.

"Yüksek GSA" düzeyinde ise yaşam doyumu puanı yine anlamlı bir yordayıcı olup, her bir birim artış bu düzeyde olma olasılığını %11,3 oranında azaltmaktadır ($B=-0,120$). Günlük yaşam aktiviteleri puanı ise yüksek GSA düzeyini pozitif yönde ve anlamlı şekilde yordamakta olup, her bir birim artışın yüksek GSA düzeyinde olma olasılığını yaklaşık 3,8 kat artırdığı görülmüştür ($B= 1,337$, $OR= 3,806$). Ayrıca sağlık algısı yine negatif ve anlamlı bir yordayıcı olup, sağlık algısındaki olumlu artış yüksek GSA düzeyinde olma

olasılığını %38,6 oranında azaltmaktadır ($B=-0,488$, $OR= 0,614$). Meslek değişkeni açısından ise kamu çalışanı olmayan ve çalışmayan bireylerin, kamu çalışanlarına kıyasla yüksek GSA düzeyinde yer alma olasılığı yaklaşık 6 kat daha fazla bulunmuştur ($B= 1,797$, $OR= 6,034$).

Özetle, yaşam doyumunun azalması, günlük yaşam aktivitelerinde zorluk yaşamamanın artması, sağlık durumunu olumsuz algılama ve herhangi bir işte çalışmamak ruhsal sağlık durumunun yüksek düzeyde olumsuz olması üzerine etkili görünmektedir. (Tablo 4.7).

Ruhsal sağlık düzeyi; aktivitelere yardım ihtiyacı, VAS ile ölçülen ağrı düzeyi, yaş, cinsiyet, aile gelir düzeyi, hanedeki kişi sayısı, eşlik eden hastalık varlığı, birlikte yaşanan kişiler arasında bakıma muhtaç birey bulunması, günlük yürüyüş gibi egzersiz yapma durumu ve fizyoterapinin uygulandığı bölge değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($p> 0,05$).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, kas-iskelet sistemi problemleri nedeniyle fizyoterapi hizmeti alan bireylerde yaşam doyumu ve ruhsal sağlık durumunu değerlendirmek ve ruhsal sağlık düzeyini etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu çalışmada, fizyoterapi uygulanan vücut bölgesine ve daha önce fizyoterapi alma durumuna göre ruhsal sağlık puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, literatürde yer alan bazı çalışmaları desteklemektedir. Örneğin, Bair vd. (2008), kronik ağrı hastalarında fizyoterapinin uygulandığı bölgeden bağımsız olarak depresyon ve anksiyete düzeylerinde belirgin bir farklılık saptamadıklarını, ruhsal belirtilerin daha çok ağrı süresi, şiddeti ve bireysel psikososyal faktörlerle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Heywood vd. (2022) tarafından yapılan sistematik derlemede, fizyoterapistlerin ruhsal sağlık sorunları olan hastalarla çalışma deneyimlerinin oldukça farklılık gösterdiğini, fizik tedavinin ruh sağlığı bozuklukları yaşayan kişilerle kesiştiği ve küçük ama giderek artan bir kanıt tabanına sahip olduğunu görülmektedir. Kronik kas-iskelet sistemi hastalığı olan hastaların sekiz haftalık Multimodal Fizik Tedavi Programının genel sağlık durumunu, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde (HRQoL) ve VAS ağrı düzeyinde orta düzeyde iyileştirme sağladığı görülmüştür (Cuesta-Vargas vd., 2013). Öte yandan, Roh vd. (2012) kronik omuz ağrısı olan hastalarda depresif semptomların daha yüksek semptom puanları olduğu ve daha fazla sakatlık ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Kronik omuz ağrısı olan hastalarda algılanan sakatlığın depresif semptomlardan güçlü bir şekilde etkilendiği bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, 65 yaş üstü bireylerde ve üst ya da alt ekstremita ağrısı yaşayanlarda şiddetli depresyonun yaygınlığı daha düşük olduğu ve çok değişkenli analizde, depresif semptomların, servikal bölge dışında tüm anatomik bölgelerde ağrı yoğunluğu ve fonksiyonel durum üzerinde ek varyans açıkladığını saptanmıştır (George vd., 2011). Bu farklılıklar, ruhsal sağlık durumunun yalnızca uygulanan tedavi bölgesiyle değil, bireylerin kişisel algıları, sosyal destek düzeyleri ve genel yaşam doyumlarıyla da yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, daha önce fizyoterapi alma durumuna göre ruhsal sağlık puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamış olması da ruhsal sağlık düzeyinin büyük ölçüde güncel sağlık algısı ve yaşam doyumu gibi öznel faktörlerle şekillendiğini göstermektedir (Ware vd., 2000). Dolayısıyla, çalışmamızın bu bulgusu, ruhsal sağlık sorunlarının tedavi edilen anatomik bölgeden ziyade, bireysel ve psikososyal etmenlerle daha yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Fizik tedavi alan hastaların yarıya yakın bir kısmının (%42,9) yüksek düzeyde ruhsal belirti gösterdiği ve yaşam doyumu ile ruhsal sağlık arasında anlamlı ve güçlü bir negatif ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Literatürde, fizik tedavi alan hastalarda ruhsal sağlık sorunlarının yaygın olduğu ve bu durumun yaşam doyumu ile anlamlı şekilde ilişkili bulunduğu çeşitli çalışmalarla desteklenmiştir: Fizik tedavi hastalarının yaklaşık yarısında depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtilerin bulunduğu gösterilmiştir. Özellikle kadın hastalarda depresyon oranı %34, anksiyete oranı %47 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu hastalarda yaşam kalitesinin fiziksel ve duygusal boyutlarında düşüş gözlemlenmiştir (De La Ossa vd., 2023). Brezilya’da yapılan bir başka çalışmada ise, fizik tedavi alan hastaların %52’sinde depresif belirtiler olduğu, yaşam kalitesinin ruh sağlığı boyutunda düşüklük yaşandığı ve depresyon ile yaşam doyumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Orsini vd., 2019). Norveç’te uygulanan psikometrik fizyoterapi sonrasında ise, hastalarda depresyon, anksiyete, yorgunluk, uyku bozuklukları gibi belirtilerde anlamlı azalma, yaşam kalitesinde ise artış gözlenmiştir. Bu çalışma, psikolojik belirti düzeylerinin düşmesinin yaşam doyumunu artırabileceğini desteklemektedir (Breitve vd., 2010). Daha genel bir popülasyon üzerinde yapılan çalışmalarda da depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin artmasının yaşam doyumunu anlamlı şekilde düşürdüğü bulunmuştur (Bibi vd., 2024). Fizik tedavi gören hastalarda depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar yaygındır ve bu sorunlar yaşam doyumunu önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir. Literatür, ruhsal sağlık düzeyi ile yaşam doyumu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki olduğunu net şekilde ortaya koymaktadır.

Yaşam doyumu azaldıkça ruhsal sağlık düzeyinde bozulmaların arttığı, sağlık durumunu olumsuz algılayan bireylerin ruhsal belirti düzeylerinin yüksek olduğu ve günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla zorlanan kişilerin daha düşük ruhsal iyilik haline sahip olduğu saptanmıştır.

Ayrıca kamu çalışanı olmayan bireylerde (özellikle işsizlerde) ruhsal sağlık sorunlarının belirgin şekilde daha fazla olduğu görülmüştür.

Çok değişkenli regresyon analizleri sonucunda; düşük yaşam doyumu, zayıf sağlık algısı, günlük yaşam aktivitelerinde zorluk yaşama ve çalışmama durumu, bireylerin ruhsal sağlık düzeylerinin olumsuz yönde etkilenmesinde anlamlı yordayıcılar olarak belirlenmiştir. Günlük yaşam aktivitelerinde yaşanan zorlukların, ruhsal sağlık durumunun kötüleşmesi açısından yaklaşık 3,8 kat risk oluşturduğu görülmüştür.

Çalışmamız, yaşam doyumu ile ruhsal sağlık arasında güçlü bir negatif korelasyon olduğunu ($r = -0,561$) ve yaşam doyumunun azalmasının ruhsal belirti düzeyini artırdığını göstermiştir. Yaşam doyumu azaldıkça ruhsal sağlık düzeyinde bozulmaların arttığı durumu, mevcut literatürle büyük ölçüde örtüşmektedir. Çeşitli araştırmalar, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yaşam doyumuyla negatif yönde anlamlı ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu Diener vd. (1985) ve Keyes (2002) gibi araştırmacıların, yaşam doyumunun psikolojik iyi oluşun temel bir bileşeni olduğunu ve ruhsal sağlıkla yakından ilişkili olduğunu öne süren çalışmalarına paraleldir. Ayrıca, Chilcot vd. (2010) fiziksel sağlık sorunlarının yaşam doyumunu azalttığını ve bunun ruhsal sağlık üzerinde dolaylı bir etkisi olduğunu bildirmiştir. Yaşam doyumunun ruhsal sağlığı yordayıcı bir faktör olması, fizyoterapi sürecinde bireylerin yalnızca fiziksel sağlıklarının değil, psikolojik durumlarının da değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Çalışmamız, bu ilişkiyi fizyoterapi hastaları özelinde doğrulayarak literatüre katkı sağlamaktadır.

Örneğin, fiziksel engelli bireylerle yapılan bir çalışmada, depresyon, anksiyete ve özellikle stresin yaşam doyumunu düşüren önemli faktörler olduğu belirlenmiştir (Bibi vd., 2024). Benzer şekilde, fizik tedavi alan hastalarda yapılan araştırmalarda depresyon oranlarının yüksek olduğu ve bu durumun yaşam kalitesini ve doyumunu olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (Orsini vd., 2019). Ayrıca, Norveç'te yürütülen bir çalışmada, psikoterapötik fizik tedavi sonrasında depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı azalma görülürken, yaşam kalitesinde artış kaydedilmiştir (Breitve vd., 2010). Örneğin, Karademir ve Acar (2022), kronik bel ağrısı olan bireylerde yaşam doyumu düzeyinin düşük olduğunu ve bu durumun ruhsal sorunlarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Aynı şekilde, Beksacı (2019) tarafından yapılan çalışmada, üniversite öğrencilerinin yaşam doyumu düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında orta düzeyde negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde, Boonstra vd. (2013), kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları olan bireylerde ağrı düzeyinin, fonksiyonel kısıtlılıkların ve düşük yaşam doyumunun ruhsal belirtilerle anlamlı ilişki içinde olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgular, yaşam doyumunun bireyin psikolojik dayanıklılığı üzerinde koruyucu bir rol oynadığını ve ruhsal bozulmaları önlemede önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, yaşam doyumu düzeyinin artırılması, ruhsal sağlık açısından koruyucu ve iyileştirici bir unsur olarak değerlendirilebilir.

Bulgular, günlük yaşam aktivitelerinde karşılaşılan zorlukların artmasının, bireylerin daha yüksek düzeyde ruhsal belirti puanı alma olasılığını artırdığını göstermiştir. Günlük yaşam aktivitelerindeki zorlukların artmasının, ruhsal belirti düzeyini 3,8 kat artırdığı

bulunmuştur. Günlük yaşam aktivitelerinde (ADL – Activities of Daily Living) yaşanan zorlukların bireylerde ruhsal belirti düzeylerini artırdığı yönündeki bulgular, çok sayıda çalışmayla desteklenmektedir. Bair vd. (2003) ile Gatchel vd. (2007) tarafından yapılan çalışmalar, fiziksel kısıtlılıkların ve fonksiyonel bağımlılığın depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunları artırdığını göstermiştir. Özellikle, çalışmamızda uzanma ve yürüme gibi mobilite gerektiren aktivitelerde zorluk yaşayan bireylerin daha fazla ruhsal belirti bildirmesi, kas-iskelet sistemi sorunlarının günlük yaşam üzerindeki etkisinin ruhsal sağlıkla doğrudan bağlantılı olduğunu doğrulamaktadır. Örneğin, Çin'de yapılan uzunlamasına bir çalışmada, günlük yaşam aktivitelerinde zorluk yaşayan orta ve ileri yaştaki bireylerin depresif belirtiler yaşama riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bu ilişki çift yönlüdür: depresyon da zamanla günlük işlevlerde bozulmaya neden olabilmektedir (Sun & Bai, 2023). Benzer şekilde, Hindistan'da yaşlı yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, günlük yaşam aktivitelerinde (özellikle temel ADL ve yardımcı ADL) yaşanan zorlukların majör depresyon prevalansını artırdığı gösterilmiştir. Kadınlar yemek hazırlama gibi işlerde, erkekler ise para yönetimi gibi işlerde zorluk yaşadığında daha fazla depresif semptom bildirmiştir (Chari & Radkar, 2024). Ayrıca, yaşlı bireylerde yapılan başka bir çalışmada, ADL sınırlılığının uyku kalitesini ve psikolojik sıkıntıyı da etkileyerek dolaylı yoldan ruhsal belirtileri artırdığı bulunmuştur (Zhao vd., 2020). Günlük yaşam aktivitelerindeki zorlukların ruhsal sağlık üzerindeki etkisi, fizyoterapi müdahalelerinin yalnızca fiziksel iyileşmeye değil, bireyin fonksiyonel bağımsızlığına odaklanması gerektiğini göstermektedir. Bu bağlamda, fizyoterapistlerin hastaların günlük yaşam aktivitelerini destekleyici stratejiler geliştirmesi, ruhsal sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. Sonuç olarak, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı zorluklar, yalnızca fiziksel değil aynı zamanda psikolojik iyilik halini de olumsuz etkileyerek depresyon ve diğer ruhsal bozuklukların riskini artırmaktadır. Bu bulgu, rehabilitasyon süreçlerinde hem fiziksel hem de psikolojik desteğin bütüncül biçimde ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Sağlık durumunu olumsuz algılayan bireylerin ruhsal belirti düzeylerinin yüksek olduğu bulgusu, literatürde çeşitli araştırmalarla açık biçimde desteklenmektedir. Bireyin sağlık algısı, sadece fiziksel durumu değil, aynı zamanda ruhsal sağlığı da etkileyen çok boyutlu bir değerlendirmeyi yansıtır. Bu nedenle, sağlık algısının negatif yönde olması, ruhsal bütünlük üzerinde bozucu bir etki yaratabilir. Jylhä (2009), bireylerin subjektif sağlık değerlendirmelerinin genel iyilik hali üzerinde belirleyici olduğunu vurgulamaktadır.

Benzer biçimde, Chilcot vd. (2010), subjektif sağlık algısının depresif belirtileri öngördüğünü ortaya koymuştur.

Yankouskaya vd. (2019) Behçet hastalığı olan bireylerle yürüttükleri çalışmada, hastalığın semptom şiddeti ile algılanan sağlık durumu arasındaki ilişkinin, bilişsel ve duygusal hastalık algıları aracılığıyla belirlendiği gösterilmiştir. Hastalığı daha olumsuz algılayan bireylerde depresyon ve enerji düşüklüğü gibi belirtiler daha sık rapor edilmiştir. Park ve Kim (2020) ise üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, sağlık algısı ile psikolojik iyi oluş arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptamış; sağlık durumunu olumsuz algılayan öğrencilerin ruhsal iyi oluş düzeylerinin düşük olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, Choi (2008) tarafından kırsal yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada, sağlık durumunu kötü algılayan bireylerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu ve fiziksel semptomların ruhsal belirtilerle pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Bu bulgular, kötü sağlık algısına sahip bireylerin hem yaşam doyumu (YDO puanı: $64,3 \pm 16,8$) hem de ruhsal sağlık (GSA puanı: $5,9 \pm 2,6$) açısından daha olumsuz sonuçlar bildirdiğini ortaya koymaktadır. Stewart vd. (1988) ile Katon vd. (2007) da sağlık algısının hem fiziksel hem ruhsal sağlık çıktıları üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermiştir. Özellikle kronik sağlık sorunları yaşayan bireylerde, olumsuz sağlık algısı depresyon ve düşük yaşam doyumu ile anlamlı biçimde ilişkilidir.

Sonuç olarak, sağlık algısının ruhsal sağlık ve yaşam doyumu üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, fizyoterapi sürecinde hastaların sağlık algısını iyileştirmeye yönelik psikoeğitim, danışmanlık veya bilişsel yeniden yapılandırma gibi müdahaleler oldukça önemlidir. Bireylerin sağlık durumları hakkında daha olumlu bir bakış açısı geliştirmeleri, ruhsal sağlık çıktılarında da iyileşme sağlayabilir. Bu bulgu hem klinik müdahalelerde hem de sağlık politikalarında sağlık algısını olumlu yönde değiştirmeye yönelik stratejilerin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Araştırmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan değişkenler arasında cinsiyet, fizyoterapi uygulama bölgesi ve daha önce fizyoterapi almış olma durumu gibi bazı demografik ve klinik özellikler yer almıştır. Bu durum, ruhsal sağlık üzerinde doğrudan değil dolaylı etkilere sahip faktörlerin daha önemli olduğunu düşündürmektedir. Özellikle sosyoekonomik durum, sosyal destek ve bireyin yaşamında kontrol hissi gibi daha kişisel ve çevresel faktörlerin, ruhsal sağlık belirteçleri üzerinde daha belirgin etkiye sahip olabileceği ileri sürülebilir (Diener vd., 1999; Keyes, 2002).

Çalışmamız, çalışmayan bireylerin, çalışanlara (özellikle kamu sektörü çalışanlarına) kıyasla yaklaşık 6 kat daha yüksek ruhsal belirti düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Araştırmalar, çalışmayan bireylerin çalışan bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde ruhsal belirti yaşadıklarını açıkça göstermektedir. Bu bulgu, sosyal katılımın ve üretkenliğin ruhsal sağlık üzerindeki olumlu etkisini gösteren literatürle uyumludur (Woby vd., 2004). Çalışma ortamının sosyal destek ve kişisel başarı hissi sağladığı, bunun da ruhsal sağlığı olumlu etkilediği bilinmektedir. Özellikle kamu sektöründe istihdam edilen bireylerin, ruhsal sağlık açısından daha avantajlı konumda oldukları görülmektedir. Sürekli işsizliğin psikolojik rahatsızlıkla ilişkili olduğu ve istihdam geçişlerinin ruhsal belirtiler üzerinde olumsuz etkiler yaratabildiği, Kanada’da yapılan uzunlamasına bir çalışmada gösterilmiştir. Özellikle sürekli olarak çalışmayan bireylerin psikolojik sıkıntı seviyeleri, çalışanlara kıyasla belirgin biçimde daha yüksektir (Perreault vd., 2020). Japonya’da yapılan bir kesitsel araştırmada ise, düzenli çalışmayan genç araştırmacıların, düzenli çalışanlara kıyasla önemli ölçüde daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı ortaya konmuştur. İşten alınan ödül duygusunun eksikliği (başarı hissi, işte değer görme) bu sıkıntıyı artıran faktörlerdendir (Takahashi vd., 2019). Avustralya’da göçmenlerle yapılan bir çalışmada, işsizlik ile psikolojik rahatsızlık arasında çift yönlü bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir. İşsiz bireyler zamanla daha fazla ruhsal belirti yaşarken, ruhsal sıkıntılar da bireyin iş bulma kapasitesini düşürmektedir (Garton vd., 2022). ABD’de yapılan başka bir çalışmada, işsiz bireylerin %60’ından fazlası ciddi psikolojik sıkıntı yaşarken, çalışan bireylerin büyük çoğunluğu (%73) psikolojik sıkıntı yaşamadıklarını belirtmiştir (Walia vd., 2021). Sonuç olarak, istihdam durumu, bireyin ruhsal sağlığı üzerinde önemli bir belirleyicidir. Özellikle işsizlik hem ruhsal sıkıntı düzeyini artırmakta hem de bireyin sosyal destekten ve psikolojik ödüllere yoksun kalmasına neden olmaktadır.

Çalışmayan bireylerin daha olumsuz ruhsal sağlık sonuçları bildirmesi, fizyoterapi sürecinde sosyal ve mesleki rehabilitasyonun önemini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, meslek terapisi veya sosyal destek programlarının fizyoterapiye entegre edilmesi, ruhsal sağlık sonuçlarını iyileştirebilir.

Çalışmamızda ağrı düzeyi, fizyoterapinin uygulandığı vücut bölgesi, daha önce fizyoterapi alma durumu ve yürüyüş yapma düzeyi gibi değişkenlerin ruhsal sağlık üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Bu bulgu, literatürde bazı çelişkili sonuçlarla karşılaşmaktadır. Örneğin, Bair vd. (2003) kronik ağrının ruhsal sağlık üzerinde önemli bir etkisi olduğunu bildirmiştir. Ancak çalışmamızda ağrı düzeyinin (VAS ile ölçülmüş) ruhsal sağlıkla ilişkili

olmaması, ağrının öznel bir ölçütle değerlendirilmiş olmasından veya fizyoterapi sürecinin ağrıyı hafifletmiş olabileceğinden kaynaklanabilir.

Ağrı düzeyinin ruhsal sağlıkla ilişkili olmaması, fizyoterapi hastalarının ağrı algısının tedaviye yanıt olarak değişmiş olabileceğini veya ağrıdan ziyade fonksiyonel kısıtlılıkların ruhsal sağlık üzerinde daha belirleyici olduğunu gösterebilir. Bu durum, fizyoterapi sürecinde ağrı yönetimine ek olarak fonksiyonel iyileşmeye odaklanmanın önemini vurgular.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, ruhsal sağlığın sadece psikiyatrik tanılarla değil, aynı zamanda yaşam doyumu, fonksiyonel yeterlilik ve bireysel sağlık algısıyla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Fizik tedavi süreçlerinde yalnızca bedensel şikayetlerin değil, bireyin psikososyal bütünlüğünün de göz önünde bulundurulması gerektiği bir kez daha vurgulanmaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Fizyoterapi uygulanan vücut bölgesine ve daha önce fizyoterapi alma durumuna göre ruhsal sağlık puanı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fizik tedavi alan hastaların yarıya yakın bir kısmının (%42,9) yüksek düzeyde ruhsal belirti gösterdiği ve yaşam doyumu ile ruhsal sağlık arasında anlamlı ve güçlü bir negatif ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Yaşam doyumu azaldıkça ruhsal sağlık düzeyinde bozulmaların arttığı, sağlık durumunu olumsuz algılayan bireylerin ruhsal belirti düzeylerinin yüksek olduğu ve günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla zorlanan kişilerin daha düşük ruhsal iyilik haline sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca kamu çalışanı olmayan bireylerde (özellikle işsizlerde) ruhsal sağlık sorunlarının belirgin şekilde daha fazla olduğu görülmüştür.

Çok değişkenli regresyon analizleri sonucunda; düşük yaşam doyumu, zayıf sağlık algısı, günlük yaşam aktivitelerinde zorluk yaşama ve çalışmama durumu, bireylerin ruhsal sağlık düzeylerinin olumsuz yönde etkilenmesinde anlamlı yordayıcılar olarak belirlenmiştir. Günlük yaşam aktivitelerinde yaşanan zorlukların, ruhsal sağlık durumunun kötüleşmesi açısından yaklaşık 3,8 kat risk oluşturduğu görülmüştür.

Çalışmada; ruhsal sağlık durumu ile aktivitelere yardım ihtiyacı, VAS ile ölçülen ağrı düzeyi, yaş, cinsiyet, aile gelir düzeyi, hanedeki kişi sayısı, eşlik eden hastalık varlığı, birlikte yaşanan kişiler arasında bakıma muhtaç birey bulunması, egzersiz yapma durumu (günlük yürüyüş) ve daha önce fizyoterapi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu bulgu, ruhsal sağlık düzeyinin daha çok bireyin öznel algıları ve yaşam doyumu gibi psikososyal faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir.

6.2. Öneriler

1. Fizyoterapi sürecinde sadece fiziksel değil, bireylerin ruhsal ve sosyal durumları da değerlendirmeye alınmalı; gerekirse psikososyal destek sağlanmalıdır.
2. Yaşam doyumu ve sağlık algısı, fizyoterapi öncesi ve sonrası değerlendirme süreçlerinde dikkate alınarak bütüncül bir tedavi yaklaşımı benimsenmelidir.
3. İşsiz bireyler ve günlük yaşamda bağımsızlığı azalan bireyler, ruhsal sağlık açısından yüksek riskli grup olarak kabul edilmeli; bu gruplara yönelik destekleyici psikososyal hizmetler planlanmalıdır.

4. Multidisipliner ekip çalışması kapsamında psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve fizyoterapist iş birliği ile bireylerin yaşam kalitesine yönelik çok yönlü müdahaleler yürütülmelidir.

5. Gelecek çalışmalarda, boylamsal tasarımlarla fizyoterapi sürecinde yaşanan değişimlerin uzun vadeli ruhsal etkileri değerlendirilerek müdahale programlarının etkinliği test edilmelidir.

6.3. Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırma yalnızca Yozgat il merkezindeki iki hastanede yürütülmüş olup, elde edilen bulgular Türkiye geneline veya farklı bölgelere genellenemeyebilir.

Ağrı düzeyi öznel bir ölçütle (VAS) değerlendirilmiş, bu durum ruhsal belirti düzeyiyle ilişkili yanıtların etkilenmesine yol açabilir.

Çalışmada ruhsal sağlık durumu, tanı koymaya yönelik klinik değerlendirmeler yerine ölçekler aracılığıyla ölçülmüş olup, bu durum tanısal kesinliği sınırlayabilir.

Hastaneye başvurmayan kas iskelet sistemi hastaları dışarıda bırakıldığı için, bu gruplara dair sonuç çıkarılamaz.

Tüm bu sınırlılıklar, sonuçların yorumlanmasında dikkate alınmalı ve gelecekte yapılacak çalışmalarda bu kısıtların giderilmesine yönelik daha geniş kapsamlı ve derinlemesine araştırmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abay Alyüz, S. B. (2020). Sosyal Desteğin Birey Yaşamında Önemi ve Sosyal Hizmet. *Talim*, 4(1), 115-134. <https://doi.org/10.37344/talim.2020.4>
- Akdur, R., Piyal, B., Çalışkan, D., & Ocaktan, M. E. (2011). *Halk Sağlığı* (B. Piyal, Ed.; 1. bs). Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları.
- Ambrose, K. R., & Golightly, Y. M. (2015). Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 29(1), 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.022>
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. bs). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Avers, D., & Wong, R. (2019). *Guccione's Geriatric Physical Therapy* (4. bs). Elsevier.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433-2445. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Bair, M. J., Wu, J., Damush, T. M., Sutherland, J. M., & Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic medicine*, 70(8), 890-897. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318185c510>
- Barberger-Gateau, P., Fabrigoule, C., Rouch, I., Letenneur, L., & Dartigues, J. F. (1999). Neuropsychological correlates of self-reported performance in instrumental activities of daily living and prediction of dementia. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 54(5), P293-303. <https://doi.org/10.1093/geronb/54b.5.p293>
- Barsky, A. J., & Borus, J. F. (2000). Functional Somatic Syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 132(4), 329-330. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-4-200002150-00023>
- Beaudart, C., Biver, E., Bruyère, O., Cooper, C., Al-Daghri, N., Reginster, J.-Y., & Rizzoli, R. (2018). Quality of life assessment in musculo-skeletal health. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(5), 413-418. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0794-8>

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beksaçi, I. (2019). *Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumu İle Depresyon ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki* [Yüksek Lisans Tezi]. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Bibi, Z., Shahzadi, M., Arshad, A., Ayyaz, S., & Ayoub, I. (2024). Depression, Anxiety and Stress as A Predictor of Low Life Satisfaction in Physically Handicapped People. *Pakistan Journal of Humanities and Social Sciences*, 12, 3221-3229. <https://doi.org/10.52131/PJHSS.2024.V12I4.2558>
- Biddle, S. J. H., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British journal of sports medicine*, 45(11), 886-895. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
- Bilgel, N., & Bayram, N. (2011). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASS-42) Türkçeye Uyarlanmış Şeklinin Psikometrik Özellikleri. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 48(3), 1-1. <https://doi.org/10.4274/npa.5344>
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2010). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 9(3), 78-87.
- Boonstra, A. M., Reneman, M. F., Stewart, R. E., Post, M. W., & Schiphorst Preuper, H. R. (2013). Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 22(1), 93-101. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0132-8>
- Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143-1211. <https://doi.org/10.1002/cphy.c110025>
- Booth, J., Moseley, G. L., Schiltenswolf, M., Cashin, A., Davies, M., & Hübscher, M. (2017). Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal care*, 15(4), 413-421. <https://doi.org/10.1002/msc.1191>
- Borrell-Carrio, F. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>

- Breitve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International*, 15(4), 212-221. <https://doi.org/10.1002/PRI.462>
- Butler, D. S., & Moseley, G. L. (2017). *Explain pain supercharged: The clinicians' guide*. NOI Group.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 100(2), 126-131.
- Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 16(3), 524-531. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.3.524>
- Chari, H., & Radkar, A. (2024). Examining the singular influences of difficulty with activities of daily living on major depression among older adults in India. *Journal of Social and Economic Development*, 1-17. <https://doi.org/10.1007/S40847-024-00398-6/METRICS>
- Chilcot, J., Wellsted, D., & Farrington, K. (2010). Depression in End-Stage Renal Disease: Current Advances and Research. *Seminars in Dialysis*, 23(1), 74-82. <https://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2009.00628.x>
- CHOI, H.-J. (2008). A Study on Perceived Health Status, Physical Symptom, Depression in the Elderly of Rural Areas. *Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 74-80. <http://dx.doi.org/>
- Cinar, I., & Asiye, K. (2008). Signs of Depression in the Elderly Relationship Between Depression and Sociodemographic Characteristics. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cuesta-Vargas, A. I., González-Sánchez, M., & Casuso-Holgado, M. J. (2013). Effect on health-related quality of life of a multimodal physiotherapy program in patients

- with chronic musculoskeletal disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 19. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-19>
- Çaplı, M., & Çelikay Söyler, H. (2024). Boşanmış ve Evli Kadınlarda Depresyon, Anksiyete, Stres, Duygusal Yalnızlık ve Sosyal Kaygının Karşılaştırılması (Comparison of Depression, Anxiety, Stress, Emotional Loneliness and Social Anxiety in Divorced and Married Women). *Türk Turizm Arastirmalari Dergisi*. <https://doi.org/10.26677/TR1010.2024.1363>
- Damiano, D. L. (2006). Activity, activity, activity: rethinking our physical therapy approach to cerebral palsy. *Physical therapy*, 86(11), 1534-1540. <https://doi.org/10.2522/ptj.20050397>
- Darcy Ann Umphred, P. T. P. D. F., Rolando T. Lazaro, P. T. P. D. D. P. T., Burton, G., & Roller, M. (2012). *Neurological Rehabilitation*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.com.tr/books?id=I9ltC-ZrNOMC>
- De La Ossa, A. M. P., Catai, C. C., Lopes, S., Pena, C. C., De Paula, N. A., Fernandes, A. C. N. L., & Jorge, C. H. (2023). Do patients undergoing physical therapy in a rehabilitation center have a high prevalence of pelvic floor dysfunction and psychological disorders? A cross-sectional study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 27(4), 100536. <https://doi.org/10.1016/J.BJPT.2023.100536>
- Deniz, M. E. (Ed.). (2018). *Psikolojik danışma ve rehberlik*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık. <https://doi.org/10.14527/9786052410493>
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the R (evised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Clinic Psychometric Research. <https://books.google.com.tr/books?id=tZt8ngEACAAJ>
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very Happy People. *Psychological Science*, 13(1), 81-84. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00415>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Friedli Lynne. (2007). *Mental health, resilience and inequalities*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107925/E92227.pdf>
- Garton, A., Rogers, K., & Berle, D. (2022). Reciprocal relationships between employment status and psychological symptoms: findings from the Building a New Life in Australia study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(5), 1085-1095. <https://doi.org/10.1007/S00127-021-02204-8>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A., & Kane, R. L. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 7(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-13>
- Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A., & Smith, B. H. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD011279. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub3>
- George, S. Z., Coronado, R. A., Beneciuk, J. M., Valencia, C., Werneke, M. W., & Hart, D. L. (2011). Depressive Symptoms, Anatomical Region, and Clinical Outcomes for Patients Seeking Outpatient Physical Therapy for Musculoskeletal Pain. *Physical Therapy*, 91(3), 358-372. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100192>
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. NFER-NELSON. <https://books.google.com.tr/books?id=LpSuGQAACAAJ>

- Goodman, W. K., Price, L. H., Hill, C. L., Heninger, G. R., Charney, D. S., Rasmussen, S. A., Mazure, C., & Fleischmann, R. L. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Gordon, M. (2018, Temmuz 9). *Environmental Health Concepts in Public Health*. LinkedIn. <https://www.linkedin.com/pulse/environmental-health-concepts-public-moses-simon-lado-gordon>
- Granger, C. V, Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M., & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3). https://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/fulltext/1986/04000/advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx
- Granger, C. V, Hamilton, B. B., Linacre, J. M., Heinemann, A. W., & Wright, B. D. (1993). Performance profiles of the functional independence measure. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 72(2), 84-89. <https://doi.org/10.1097/00002060-199304000-00005>
- Heywood, S. E., Connaughton, J., Kinsella, R., Black, S., Bicchi, N., & Setchell, J. (2022). Physical Therapy and Mental Health: A Scoping Review. *Physical Therapy*, 102(11). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzac102>
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. v., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(jul26 2), d4163-d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Huebner, E. S., Suldo, S. M., Smith, L. C., & McKnight, C. G. (2004). Life satisfaction in children and youth: Empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 41(1), 81-93. <https://doi.org/10.1002/pits.10140>

- In-Sook Park¹, T.-K. K. (2020). Perceived Health Status, Psychological Well-Being and Health Promotion Behavior of College Students. *Medico Legal Update*, 20(1), 2227-2232. <https://doi.org/10.37506/MLU.V20I1.714>
- International Wellbeing Group. (2006). *Personal Wellbeing Index—Adult (PWI-A)* (B. Cummins & A. Lau, Ed.). Deakin University, Australian Centre on Quality of Life.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine* (1982), 69(3), 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Karademir, M., & Acar, N. (2022). Bel Ağrısının Bireylerde Yaşam Doyumu ve Yüz Yüze İletişim Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18, 678-694. <https://doi.org/10.38079/igusabder.979670>
- Katon, W., Lin, E. H. B., & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 147-155. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.11.005>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Keith, R. A., Granger, C. V, Hamilton, B. B., & Sherwin, F. S. (1987). The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances in clinical rehabilitation*, 1, 6-18.
- Kessler, R., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29(2-3), 85-96. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(93\)90026-G](https://doi.org/10.1016/0165-0327(93)90026-G)
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 43(2), 207-222.
- Khan, K. M., & Scott, A. (2009). Mechanotherapy: how physical therapists' prescription of exercise promotes tissue repair. *British journal of sports medicine*, 43(4), 247-252. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2008.054239>

- Kılıç, C. (1996). Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 3-9.
- Kisner, C., Colby, L. A., & Borstad, J. (2017). *Therapeutic Exercise: Foundations and Techniques*. F.A. Davis Company. <https://books.google.com.tr/books?id=yZc6DwAAQBAJ>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1-33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamaki, H., & Koskenvuo, M. (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 994-999. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0833-6>
- Köker, S. (1991). *Normal ve sorunlu ergenlerin yaşam doyumu düzeyinin karşılaştırılması (Yüksek Lisans tezi)*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Küçükdeveci, A. A., Yavuzer, G., Elhan, A. H., Sonel, B., & Tennant, A. (2001). Adaptation of the Functional Independence Measure for use in Turkey. *Clinical rehabilitation*, 15(3), 311-319. <https://doi.org/10.1191/026921501676877265>
- Larson, J. (1991). *The Measurement of Health: Concepts and Indicators*. Bloomsbury Academic. <https://books.google.com.tr/books?id=LxVpxE8u0GgC>
- Lau, A. L. D., & Cummins, R. A. (2005). Test-retest Reliability of the Personal Wellbeing Index. İçinde *The Deakin University*.
- Lawton, M. P. (1971). The functional assessment of elderly people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 19(6), 465-481. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1971.tb01206.x>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lee, H., Hübscher, M., Moseley, G. L., Kamper, S. J., Traeger, A. C., Mansell, G., & McAuley, J. H. (2015). How does pain lead to disability? A systematic review and

- meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *Pain*, 156(6), 988-997. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000146>
- Liu, C.-J., & Latham, N. K. (2009). Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2009(3), CD002759. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002759.pub2>
- Lorber, M., & Dobnik, M. (2022). The Importance of Monitoring the Psychological Wellbeing and Mental Health of Nursing Staff for Sustainable Management. *Sustainability* 2022, Vol. 14, Page 8300, 14(14), 8300. <https://doi.org/10.3390/SU14148300>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological bulletin*, 131(6), 803-855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the barthel index. *Maryland state medical journal*, 14, 61-65.
- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American journal of preventive medicine*, 45(5), 649-657. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.001>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine (1982)*, 51(7), 1087-1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)
- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506-516. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw049>
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142>
- Oliver, J. P. J., Huxley, P. J., Priebe, S., & Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social*

Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32(2), 76-83.
<https://doi.org/10.1007/BF00788924>

- Orsini, J. M. M., da Silva, J. K. M., Lopes Virmond, M. da C., & de Araujo, C. C. (2019). Evaluation of quality of life, depression and satisfaction in patients treated at the Physiotherapy teaching clinic of the State University of Northern Paraná (Uenp). *Fisioterapia em Movimento*, 32, e003239. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.032.O39>
- Öner, N. (1994). *Türkiye’de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı*. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.
- Öner, N., & Le Compte, A. (1985). *Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özdemir, Ü., & Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/erusaglik/issue/5986/79604>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Perreault, M., Power, N., Touré, E. H., & Caron, J. (2020). Transitional Employment and Psychological Distress: a Longitudinal Study. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 735-747. <https://doi.org/10.1007/S11126-020-09739-0>,
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A Systematic Review of Psychological Factors as Predictors of Chronicity/Disability in Prospective Cohorts of Low Back Pain. *Spine*, 27(5), E109-E120. <https://doi.org/10.1097/00007632-200203010-00017>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
- Pollock, A., Baer, G., Pomeroy, V., & Langhorne, P. (2007). Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1, CD001920. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001920.pub2>

- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
- Regier, D. A., & Robins, L. N. (1991). Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. *New York: The Free Press*.
- Roh, Y. H., Lee, B. K., Noh, J. H., Oh, J. H., Gong, H. S., & Baek, G. H. (2012). Effect of depressive symptoms on perceived disability in patients with chronic shoulder pain. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 132(9), 1251-1257. <https://doi.org/10.1007/s00402-012-1545-0>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Hu, C., de Jonge, P., Kawakami, N., Medina-Mora, M. E., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., & Kessler, R. C. (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 173-184. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2688>
- Sharma, A., Madaan, V., & Petty, F. D. (2006). Exercise for mental health. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 8(2), 106. <https://doi.org/10.4088/pcc.v08n0208a>
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5(1-4), 475-492. <https://doi.org/10.1007/BF00352944>

- Singhal, K., Muliya, K. P., Pakhare, A. P., Behera, P., & Santoshi, J. A. (2021). Do Patients of Chronic Low Back Pain have Psychological Comorbidities? *Avicenna Journal of Medicine*, 11(03), 145-151. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1734385>
- Sivas, F. A., Başkan, B. M., Aktekin, L. A., Çınar, N. K., Yurdakul, F. G., & Özorun, K. (2009). Fibromiyalji Hastalarında Depresyon, Uyku Bozukluğu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, 55(1).
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2). İçinde *Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; C. IV*.
- Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., Battista, R. N., & Catchlove, B. R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients. *Journal of Chronic Diseases*, 34(12), 585-597. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(81\)90058-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(81)90058-8)
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A. E., Lareau, S. C., Man, W. D.-C., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F. M. E., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., ... ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(8), e13-e64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- Stewart, A. L., Hays, R. D., & Ware, J. E. (1988). The MOS Short-form General Health Survey. *Medical Care*, 26(7), 724-735. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00007>
- Stineman, M. G., Shea, J. A., Jette, A., Tassoni, C. J., Ottenbacher, K. J., Fiedler, R., & Granger, C. V. (1996). The Functional Independence Measure: tests of scaling assumptions, structure, and reliability across 20 diverse impairment categories. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 77(11), 1101-1108. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(96\)90130-6](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(96)90130-6)
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health Measurement Scales*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199231881.001.0001>

- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G., & Mokdad, A. H. (2008). The Associations Between Life Satisfaction and Health-related Quality of Life, Chronic Illness, and Health Behaviors among U.S. Community-dwelling Adults. *Journal of Community Health*, 33(1), 40-50. <https://doi.org/10.1007/s10900-007-9066-4>
- Suldo, S. M., & Huebner, E. S. (2006). Is Extremely High Life Satisfaction During Adolescence Advantageous? *Social Indicators Research*, 78(2), 179-203. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-8208-2>
- Sun, J., & Bai, X. (2023). Exploring the reciprocal relationship between activities of daily living disability and depressive symptoms among middle-aged and older Chinese people: a four-wave, cross-lagged model. *BMC Public Health*, 23(1), 1180. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16100-0>
- Şimşek, E. (2011). *The effects of organizational communication and personality traits on life satisfaction*. Anadolu Üniversitesi, Eskisehir, Turkey.
- Takahashi, T., Hori, D., Ikeda, T., Ikeda, Y., Shiraki, N., Andrea, C. S., Ohtaki, Y., Doki, S., Oi, Y., Sasahara, S., & Matsuzaki, I. (2019). Non-regular employment status is associated with psychological distress among young researchers: A cross-sectional study in Tsukuba, Japan. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 249(1), 57-64. <https://doi.org/10.1620/TJEM.249.57>,
- Tecklin, J. S. (2008). *Pediatric physical therapy* (4. bs). Lippincott Williams & Wilkins.
- Turk, D. C. (1999). The role of psychological factors in chronic pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43(9), 885-888. <https://doi.org/10.1034/j.1399-6576.1999.430904.x>
- Ünalın, E. (2014). *Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler* [Yüksek Lisans Tezi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social science & medicine* (1982), 38(1), 1-14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1)
- Vleeming, A., Schuenke, M. D., Masi, A. T., Carreiro, J. E., Danneels, L., & Willard, F. H. (2012). The sacroiliac joint: an overview of its anatomy, function and potential clinical implications. *Journal of anatomy*, 221(6), 537-567. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7580.2012.01564.x>

- Wade, D. T. (2005). Describing rehabilitation interventions. *Clinical Rehabilitation*, 19(8), 811-818. <https://doi.org/10.1191/0269215505cr923ed>
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Dewey, J. E. (2000). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual* (2. bs). Boston, MA: Health Assessment Lab.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- WHO. (2004). *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report* (Taycan. O., & Coşkun B., Çev.). <https://iris.who.int/handle/10665/42940>
- WHO. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- Woby, S. R., Watson, P. J., Roach, N. K., & Urmston, M. (2004). Adjustment to chronic low back pain—the relative influence of fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control. *Behaviour Research and Therapy*, 42(7), 761-774. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00195-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00195-5)
- Woolf, A. D., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), 646-656.
- World Confederation for Physical Therapy. (2022). *Ethical Principles and Professional Practice*. https://world.physio/sites/default/files/2022-03/PS-2022-Ethical_responsibilities_principles_Eng.pdf
- World Physiotherapy. (2023). *What is physiotherapy?* <https://world.physio/resources/what-is-physiotherapy>
- Yankouskaya, A., Boughey, A., McCagh, J., Neal, A., De Bezenac, C., & Davies, S. J. (2019). Illness Perception Mediates the Relationship between the Severity of

- Symptoms and Perceived Health Status in Patients with Behçet Disease. *Journal of Clinical Rheumatology*, 25(8), 319-324.
<https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000872>,
- Yılmaz, B. (2018). Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Lectio Scientific*, 2(1), 21-42. <https://dergipark.org.tr/en/pub/lectiosc/issue/39038/457692>
- Yılmaz, B., & Kara, O. (2024). Eğitim ve Gelir Düzeyinin Depresyon Üzerindeki Etkisi: Türkiye Sağlık Araştırmasından Kanıtlar. *Uluslararası Sosyal ve Ekonomik Çalışmalar Dergisi*, 5(1), 1-22. <https://doi.org/10.62001/gsijses.1403327>
- Zhao, D., Li, J., Hao, W., Yuan, Y., Yu, C., Jing, Z., Wang, Y., Fu, P., & Zhou, C. (2020). The relationship between activities of daily living and suicidal ideation among Chinese rural older adults: a multiple mediation model through sleep quality and psychological distress. *Aging*, 12(22), 22614-22625.
<https://doi.org/10.18632/AGING.103857>,
- Zhou, X., Zhu, H., Zhang, B., & Cai, T. (2013). Perceived Social Support as Moderator of Perfectionism, Depression, and Anxiety in College Students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 41(7), 1141-1152.
<https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.7.1141>

EKLER

Ek-1 Etik Kurul Onayı/İzni

Ek-2 Veri Formları

KULLANILAN ÖLÇEK VE ANKETLER

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, **Kas İskelet Sistemi Sorunları Nedeniyle Fizyoterapi Alan Hastalarda Yaşam Doyumu ve Ruhsal Sorunlar** arasında ki ilişkiye bakmak için tez çalışması olarak yapılmaktadır. Soruları yanıtlamak ortalama 10-15 dakikanızı alacaktır. Sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarının doğruluğu açısından önemlidir. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda **gönüllü olmanız** esastır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

HASTANE ADI:

YAŞ:

CİNSİYET: 1) ERKEK 2) KADIN

EĞİTİM DURUMU: 1) OKUR-YAZAR DEĞİL 2) OKUR-YAZAR 3) İLKOKUL 4) ORTAOKUL

5) LİSE 6) ÜNİVERSİTE VE ÜZERİ

MESLEK: MEMUR ☐ İŞÇİ ☐ ÖZEL SEKTÖR ☐ EMEKLİ ☐ ÇALIŞMIYOR ☐

Diğer

MEDENİ DURUM: EVLİ ☐ BEKAR ☐ BOŞANMIŞ ☐ EŞİ VEFAT ETMİŞ

EŞ EĞİTİM DURUMU: 1) OKUR-YAZAR DEĞİL 2) OKUR-YAZAR 3) İLKOKUL 4) ORTAOKUL

5) LİSE 6) ÜNİVERSİTE VE ÜZERİ

EŞ MESLEK: MEMUR ☐ İŞÇİ ☐ ÖZEL SEKTÖR ☐ EMEKLİ ☐ ÇALIŞMIYOR ☐

Diğer

AİLE GELİR DÜZEYİ: 1) <5.000TL 2) 5.000-<10.000TL 3) 10.000 -15.000 TL

4)15.000 -<20.000 TL 5) 20.000 TL VE ÜZERİ

HANEDE BERABER YAŞADIĞINIZ KİŞİ SAYISI: kişi

HANEDE BERABER YAŞADIĞINIZ KİŞİLER: EŞ ☐ ÇOCUK ☐ ANNE ☐ BABA ☐ KARDEŞ ☐

KAYINVALİDE ☐ KAYINBABA ☐ EŞİN KARDEŞİ ☐ DİĞER (BELİRTİNİZ)

BUNDAN BAŞKA EŞLİK EDEN SAĞLIK SORUNU: YOK ☐ VAR ☐

(Belirtiniz.....)

BERABER YAŞADIĞINIZ KİŞİLERDEN BAKIMA MUHTAÇ OLAN KİŞİ VAR MI: YOK ☐ VAR ☐

(Bakım türüve akrabalık derecesi.....)

FİZYOTERAPİ TEŞHİSİ:

FİZYOTERAPİ ALINAN BÖLGE:

DAHA ÖNCE FİZYOTERAPİ HİZMETİ ALDINIZ MI? HAYIR ☐ EVET ☐ Kaç kez aldınız?

.....

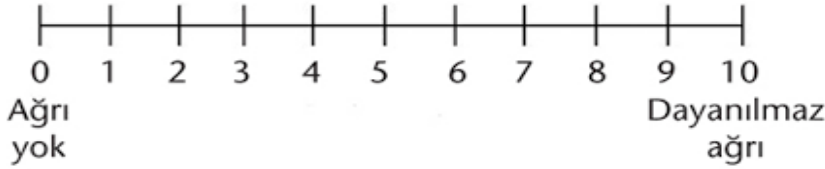
EN SON ALDIĞINIZ FİZYOTERAPİDEN FAYDA GÖRDÜNÜZ MÜ?

1) HİÇ GÖRMEDİM 2) BİRAZ GÖRDÜM 3) YETERİNCE GÖRDÜM

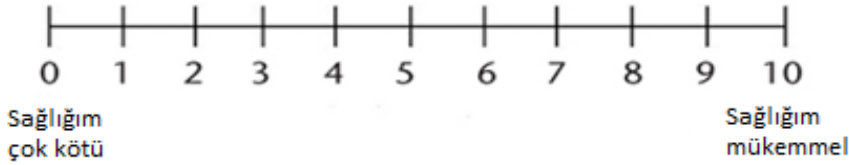
AĞRINIZ: Geçen hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

0'dan 10'e kadar bir ölçekte (sıfır, "ağrı yok" ve 10 "şiddetli ağrı" anlamına gelir), lütfen puanı yazın

.....



SAĞLIĞINIZ: Lütfen ne kadar iyi yaptığınızı 0 ile 10 arasında derecelendirin (0 "çok kötü"yü temsil eder ve 10 "çok iyi" sağlığı temsil eder, lütfen aşağıdaki sayıyı yazın



GENEL SAĞLIK ANKETİ BİLGİ FORMU (GSA-12)

(Her soru ayrı ayrı yanıtlanmalı ve sadece bir seçenek işaretlenmeli)

SON ZAMANLARDA	Hiçbir zaman	Her zamanki kadar	Sık	Çok sık
1- Kaygılarınız nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
2- Kendinizi sürekli zorluk çekiyor hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
3- Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
4- Çevrenizde yararlı bir rol izlediğinizi düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
5- Sorunlarınızla başa çıkabilmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
6- Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
7- Karşılaştığınız güçlüklerin üstesinden gelemediğinizi hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
8- Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi	☐	☐	☐	☐

mutlu hissediyor musunuz?				
9- Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
10- Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
11- Kendinize olan güveninizde azalma var mı?	☐	☐	☐	☐
12- Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐

Yaşam Doyumu Ölçeği-Yetişkin (PWI-A)

Aşağıdaki sorular 0-10 arasındaki puanları içeren bir derecelendirme üzerinden sizin hangi düzeyde bir yaşam doyumuna sahip olduğunuzu sormaktadır. Lütfen her soruyu dikkatle yanıtlayınız.



Sağlık Değerlendirme Anketi

Bu ankette hastalığınızın günlük yaşamdaki bazı hareketlerinizi, aktivitelerinizi nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz.

No	0:Tümüyle Doyumsuzluk; 5:Kararsız; 10:Tümüyle Doyum►											
1.	Kendi yaşamınızı ve kişisel koşullarınızı düşündüğünüzde yaşamınızdan bir bütün olarak ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Yaşam standartlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Sağlığınıza ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Yaşamınızda başardıklarınızdan ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Kendinizi güvende görme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Kendinizi bir topluluğun üyesi olarak görmekten ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Geleceğinizin güvende olmasından ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Din ya da maneviyatınızdan ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Geçtiğimiz hafta boyunca yaptığınız günlük aktivitelerinizle ilgili olarak durumunuza en iyi uyan cevabı işaretleyiniz

Giyinip kuşanma

Hiç zorluk çekmeden Biraz zorlukla Çok zorlukla Hiç yapamıyorum

	yapıyorum	yapıyorum		
Ayakkabı bağlamak ve düğme iliklemek dahil, kendi kendinize giyinebiliyor musunuz?	0	1	2	3
Saçınızı yıkayabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Doğrulma				
Düz bir sandalyeden kalkabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Yatağa yatıp, kalkabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Yemek yeme				
Etinizi kesebiliyor musunuz?	0	1	2	3
Dolu bir fincanı veya bardağı ağzınıza götürebiliyor musunuz?	0	1	2	3
Yeni bir karton süt veya meyve suyu kutusunu açabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Yürüme				
Dışarıda, düz bir zemin üzerinde yürüyebiliyor musunuz?	0	1	2	3
Beş basamak merdiven çıkabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Hijyen				
Kendi kendinize yıkanıp, kurulabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Küvette banyo yapabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Tuvalete oturup kalkabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Uzanma				
Başınızın biraz üzerinde duran 2,5 kilo ağırlığındaki bir nesneye (örneğin şeker torbası gibi) uzanıp, nesneyi aşağıya indirebiliyor musunuz?	0	1	2	3
Eğilip yerden bir giysiyi alabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Kavrama				
Araba kapılarını açabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Daha önceden açılmış olan kavanoz kapaklarını açabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Muslukları açıp kapatabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Günlük işler				
Günlük işlere koşturup, alışveriş yapabiliyor musunuz?	0	1	2	3
Arabaya binip inebiliyor musunuz?	0	1	2	3
Yerleri süpürme veya bahçe işleri gibi günlük işleri yapabiliyor musunuz?	0	1	2	3

Aşağıdaki aktiviteler için genelde başka bir kişiden yardım istiyor musunuz? Yardım istediğiniz aktivite varsa lütfen işaretleyiniz.

- | | |
|--|---|
| ☐ Hijyen | ☐ Elle kavrama ve bir şeyleri açma |
| ☐ Uzanma | ☐ Günlük işler (ev işleri, alış-veriş) |
| ☐ Giyinip kuşanma | ☐ Yemek yeme |
| ☐ Doğrulma | ☐ Yürüme |

AKTİVİTELERİNİZ: Yürüme gibi günlük fiziksel aktivitelerinizi ne ölçüde gerçekleştirebildiğiniz,

5) Tam olarak 4) Çoğunlukla 3) Orta olarak 2) Biraz 1) Hiç
Değil

Osman Serhat KARAKOÇ

Yüksek Lisans Tezi

YOZGAT 2025



T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ