

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE GÖREV YAPAN
SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN YAŞAM
KALİTESİNE OLASI ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sercan KÜRKLÜ

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

TEMMUZ 2014

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE GÖREV YAPAN
SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN YAŞAM
KALİTESİNE OLASI ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sercan KÜRKLÜ

1203810054

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

Tez Danışmanı : Prof.Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ

THK Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 1203810054 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi, Sercan KÜRKLÜ, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “ BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİNE OLASI ETKİLERİNİN İNCELENMESİ” başlıklı tezini, aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ
Selçuk Üniversitesi



Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ
Selçuk Üniversitesi



Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



Yrd. Doç. Dr. Suat KASAP
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



Tez Savunma Tarihi: 18 Temmuz 2014

TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum, “Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Olası Etkilerinin İncelenmesi” adlı çalışmamın, tarafımdan akademik etik ve kurallara aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

18/07/2014

Sercan KÜRKLÜ



ÖNSÖZ

Doğasında hareket etmek olan insanoğlunun, son dönemlerde modernleşme ve teknolojik gelişmelere paralel olarak daha az hareket etmesi ile birlikte birçok hastalığın (obezite, hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, diyabet) görülme sıklığının arttığı yapılan araştırmalar ile ortaya konmaktadır. Sadece ulusal değil uluslararası boyutta halk sağlığı sorunu olarak nitelendirilen fiziksel hareketsizlik gün geçtikçe artmaktadır.

Aslında yaşam kalitesinin artırılması için daha az enerji kullanılarak birçok aktivitenin yapılmasını sağlayan araçlar sayesinde kazanılan zamanın yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik kullanılmadığı apaçık ortadadır. Fiziksel hareketsizliğin sonucu olarak kişilerin yaşamları etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir.

Sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi ile yeterli düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olan bir toplumda, fiziksel hareketsizliğin neden olduğu hastalıklar azalacak ve bu sayede ülke ekonomisine katkı sağlanacaktır.

Bilinçli toplum oluşturma konusunda toplumda rol model olan ve sağlık hizmetleri sunumunun yoğun emek harcayan aktörleri, sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesine etkilerinin belirleneceği bu çalışma ile sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitelerine olası etkileri ortaya konacaktır.

Araştırma sürecinde değerli bilgi ve deneyimleri ile beni yönlendiren ve hiçbir zaman desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ'a,

İstatistiksel analizlerde profesyonel desteğini ve yardımlarını esirgemeyen, tezin yazım aşamasında ihtiyaç duyduğum her an bilgisine başvurduğum Dr. F.Güven OYSUL'a

Tecrübesi ile hep yanımda olan ve benden desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Mustafa BABAYİĞİT'e,

Manevi desteklerini her zaman hissettiğim, beraber çalışmaktan gurur duyduğum ve tezin yazım aşamasında beni motive eden çalışma arkadaşlarım Nedime OFLAZ ve Mehmet ÇINAR'a,

Doç. Dr. Türker TÜRKER'e, önemli katkıları için meslektaşım ve saygıdeğer abim Erhan BIYIK'a, GATA Halk Sağlığı AD. Bşk.lığının değerli çalışanlarına, çalışmama gönüllü olarak katılan personele ve şüphesiz üzerimde en büyük emeği olan aileme sabır ve desteklerinden dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Temmuz 2014

Sercan KÜRKLÜ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	5
1. GENELBİLGİLER.....	5
1.1 Fiziksel Aktivite.....	5
1.1.1 Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler.....	7
1.1.2 Fiziksel Aktivitenin Etkileri.....	8
1.1.2.1 Beden sağlığı üzerine etkileri.....	9
1.1.2.1.1 Kas iskelet sistemi üzerine etkileri.....	9
1.1.2.1.2 Diğer vücut sistemleri üzerine etkileri.....	9
1.1.2.2 Ruhsal ve sosyal sağlık üzerine etkileri.....	10
1.1.2.3 Fiziksel aktivitenin diğer etkileri.....	11
1.1.2.3.1 Gelecek üzerine etkileri.....	11
1.1.2.3.2 Tedavi üzerine etkileri.....	11
1.1.2.3.3 Toplumsal etkileri.....	12
1.1.3 Fiziksel Aktivite Düzeyi.....	13
1.1.4 Fiziksel Aktivite Değerlendirilme Yöntemleri.....	14
1.1.4.1 Kriter yöntemler.....	14
1.1.4.2 Objektif yöntemler.....	16
1.1.4.3 Subjektif yöntemler.....	19
1.2 Yaşam Kalitesi.....	20
1.2.1 Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	23
1.2.1.1 Yaşam kalitesini azaltan durumlar.....	24
1.2.1.2 Yaşam kalitesini arttıran durumlar.....	24
1.2.2 Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	24
1.2.2.1 Yaşam kalite ölçümlerinin kullanım alanları.....	26
1.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	27
1.4 Fiziksel Aktivite ile Yaşam Kalitesi.....	28
İKİNCİ BÖLÜM.....	31
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
2.1 Araştırmanın Yeri.....	31
2.2 Araştırmanın Tipi.....	31
2.3 Araştırmanın Evreni ve Örnek Seçimi.....	31
2.4 Araştırma Soruları.....	32

2.5 Araştırma İle İlgili İzinlerin Alınması.....	34
2.6 Tez Zaman Çizelgesi.....	34
2.7 Veri Toplama Yöntemi ve Süreci.....	34
2.7.1 Kişisel Bilgi Formu.....	35
2.7.2 Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ Short Form)	35
2.7.2.1 IPAQ Puanlaması.....	36
2.7.3 SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi.....	38
2.7.3.1 SF-36 Puanlaması.....	39
2.8 Sınırlılıklar.....	42
2.9 İstatistiksel Analiz.....	42
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	43
3. BULGULAR.....	43
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	62
4. TARTIŞMA.....	62
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	76
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
5.1 Sonuç.....	76
5.2 Öneriler.....	79
KAYNAKÇA.....	81
EKLER.....	94
EK A-Etik Kurul İzin Belgesi.....	95
EK B-Araştırma Anketi İzin Belgesi.....	96
EK C-Tez Zaman Çizelgesi.....	97
EK D-Veri Toplama Formu.....	98
ÖZGEÇMİŞ.....	105

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1 : Epidemiyolojik Çalışmalarda Kullanılan Fiziksel Aktivite Değerlendirme Yöntemleri	14
Tablo 2.1 : Örnekleme Ait Bilgiler.....	32
Tablo 2.2 : Örneklemin ve Grupların FA Bilgileri.....	32
Tablo 2.3 : Standart MET Değerleri.....	37
Tablo 2.4 : Fiziksel Sağlık Soruları.....	40
Tablo 2.5 : Mental Sağlık Soruları.....	40
Tablo 2.6 : SF-36 YK Anketi Alt Ölçeklerinin Puanlamasına Ait Anlamlar	41
Tablo 3.1 : Fiziksel Aktivite Gruplarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması	43
Tablo 3.2 : Fiziksel Aktivite Gruplarının Yaş, Boy ve Kilo Açısından Karşılaştırılması.....	44
Tablo 3.3 : Fiziksel Aktivite Gruplarının BMİ Açısından Karşılaştırılması.....	45
Tablo 3.4 : Fiziksel Aktivite Gruplarının Oturma Süreleri Açısından Karşılaştırılması.....	45
Tablo 3.5 : Fiziksel Aktivite Gruplarının Medeni Durumları Açısından Karşılaştırılması.....	46
Tablo 3.6 : Fiziksel Aktivite Gruplarının Eğitim Durumları Açısından Karşılaştırılması.....	47
Tablo 3.7 : Fiziksel Aktivite Gruplarının Meslek Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 3.8 : Fiziksel Aktivite Gruplarının Yaşam Kalitesi Toplam Fiziksel Sağlık Puanları ile Toplam Mental Sağlık Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 3.9 : Fiziksel Aktivite Gruplarının Yaş Ortalamaları Yaşam Kalitesi Puanları Karşılaştırılması.....	49
Tablo 3.10: Fiziksel Aktivite Gruplarının Ortalama Yaşam Kalitesi Toplam Fiziksel Fonksiyon Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 3.11: Fiziksel Aktivite Gruplarının Ortalama Yaşam Kalitesi Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 3.12: Fiziksel Aktivite Gruplarının Ortalama Yaşam Kalitesi Bedensel Ağrı Puanları Karşılaştırılması.....	50
Tablo 3.13: Fiziksel Aktivite Gruplarının Ortalama Yaşam Kalitesi Genel Sağlık Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 3.14: Fiziksel Aktivite Gruplarının Ortalama Yaşam Kalitesi Mental Sağlık Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 3.15: Fiziksel Aktivite Gruplarının Ortalama Yaşam Kalitesi Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 3.16: Fiziksel Aktivite Gruplarının Ortalama Yaşam Kalitesi Sosyal Fonksiyon Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 3.17: Fiziksel Aktivite Gruplarının Ortalama Yaşam Kalitesi Canlılık / Enerji Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 3.18: Katılımcıların Meslek Grupları İle Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması.....	54

Tablo 3.19: Katılımcıların Cinsiyetleri İle Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 3.20: Katılımcıların BMI (Vücut Kitle İndeksi) İle Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 3.21: Katılımcıların Eğitim Durumları İle Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 3.22: Katılımcıların Medeni Durumları İle Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması.....	61

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1 : Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	24
---	----

KISALTMALAR LİSTESİ

BA	: Bedensel Ağrı
BMI	: Body Mass Index. (Vücut Kitle İndeksi =VKİ)
CE	: Canlılık/Enerji
DHHS	: U.S. Department of Health and Human Services
EFBRK	: Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı
FA	: Fiziksel Aktivite
FF	: Fiziksel Fonksiyon
FFBRK	: Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GS	: Genel Sağlık
IPAQ	: International Physical Activity Questionnaire (Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi)
MET	: Metabolic Equivalent (Metabolik Eşitlik)
MS	: Mental Sağlık
N	: Sayı
SF	: Sosyal Fonksiyon
SF-36	: Short Form-36 (Kısa Form-36), (Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi)
SiYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Science)
SS	: Standart Sapma
YK	: Yaşam Kalitesi
WHO (DSÖ)	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİNE OLASI ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

KÜRKLÜ, Sercan

Yüksek Lisans, İşletme Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aliye Mavili AKTAŞ

Temmuz, 2014, 105 Sayfa

Bu araştırma sağlık çalışanları üzerinde fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitelerine olası etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırmanın evrenini GATF Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan; doktor, yardımcı sağlık ve idari personel oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmayan 120 personelden oluşmaktadır. Uluslararası fiziksel aktivite değerlendirme anketinin sonucuna göre fiziksel aktivitesi yüksek çıkan 30 personel fiziksel aktivitesi yüksek grup olarak belirlenmiştir. Belirlenen bu gruba karşılık sosyodemografik özellikleri benzer ve çalışma yerleri aynı olan 90 personele daha ulaşılarak fiziksel aktivitesi düşük grup oluşturulmuştur.

Sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) kısa formu kullanılmıştır. Yaşam kalitelerini değerlendirmek için SF-36 yaşam kalitesi anketi kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde Sosyal Bilimler için istatistik paket programı olan SPSS 22,0 kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Çalışma grupları arasında medeni durum dışında, cinsiyet, yaş, boy ve kilo, BMİ (VKİ), oturma süreleri, eğitim ve meslek durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma grupları arasında yaşam kalitesi alt ölçekleri

olan, Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı, Genel Sağlık, Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon ile Toplam Fiziksel Sağlık ve Toplam Mental Sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, fiziksel aktivitenin sağlık çalışanlarının yaşam kaliteleri üzerine olumlu yönde etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel Aktivite, Yaşam Kalitesi, Sağlık Çalışanları.

ABSTRACT

RESEARCH OF THE POSSIBLE EFFECTS OF HEALTH EMPLOYEES' PHYSICAL ACTIVITY LEVEL ON THEIR LIFE QUALITY IN A TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

KURKLU, Sercan

Master, Department of Business Administration

Thesis Supervisor: Prof.Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ

July, 2014, 105 Pages

This research aimed to determine the effects of physical activity levels on their quality of life among health employees.

The research population of this descriptive study included physicians, allied health personel, and administrative staff, who work in Gulhane Military Medical Academy Training and Research Hospital. One hundred and twenty employee who had not chronic illness was the sampling group of this study. Thirty personel who had high scores from International Physical Activity Questionnaire was selected as high physical activity group. Ninety personel who had similar sociodemographic features and work in the same departments compared other group was selected as low physical activity group.

In order to determine the physical activity levels of health employees, short form of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) was used. SF-36 quality of life scale was performed to evaluate the quality of life of the employees. The data was analyzed with SPSS 20.0 program. Statistical significance level has been accepted as ($p < 0.05$).

Except marital status, there was no statistically significant differences between study groups in terms of sex, age, weight, height, BMI, duration of residence,

education and occupation. There were statistically significant differences between study group in subscales of SF-36, physical functioning, role limitations due to physical health, general health role limitations due to emotional problems, social functioning, total physical health score and total mental health score.

According to the results this study, it has been determined that physical activity affects the quality of life of health professionals positively.

Key Words: Physical Activity, Quality of Life, Health Employees.

GİRİŞ

Doğadaki birçok canlı, sadece yaşamsal faaliyetlerini sürdürmek için çaba gösterirken insanoğlu farkını, yaşamsal faaliyetlerin yanı sıra istediği standartlarda yaşama çabasını ortaya koyarak göstermiştir (Bek, 2008). Doğumla başlayan gelişmesinde yaşam kalitesini artırmak, sağlıklı çevrede yaşamak, doğru beslenmek ve hareketli olmak gibi elinde olan faktörleri kontrol altına alarak; yaşlanmayı yavaşlatmak, sağlıklı yaşamak, enerjik ve pozitif olmak için araştırmalar yapmıştır (Zorba, 2010).

İnsanoğlu yıllardır yaptığı araştırmalar ve buluşlarla her gün yeni ufuklara yelken açmaktadır. Bunların çoğu teknoloji alanında insanın hizmetine sunulan gelişmelerdir. Her geçen gün, yaşam kalitesinin artırılması adına günlük yaşam içerisinde kullanılan pek çok iş ve aktivitenin daha zahmetsiz ve daha az enerji kullanarak yapılmasını sağlayacak araçlar geliştirilmektedir. Ancak bireylerin aklını, yaratıcılığını, zaman zaman fiziksel gücünü, enerjisini ve reflekslerini kullanarak ortaya çıkardığı davranış modellerinin teknolojik araçlar yardımıyla üstlenilmesi yaşam kalitesini artırıyor gibi görünmesine rağmen, genellikle yaratılan boş zaman ve enerji yine yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik olarak değerlendirilememektedir (Bek, 2008). Teknolojinin ve modernleşmenin beraberinde getirdiği kolaylıklar sayesinde insanların çoğunun günlük olarak yaptığı fiziksel aktiviteler oldukça düşük seviyede kalmakta ve insanlar daha çok hareketsizliğe yönelmektedir (Bulut, 2010).

Çalışma hayatı, yaşamın sürekliliğini sağlayan sosyal bir faaliyet olarak, geçmişi insanlığın varoluşuna kadar uzanan, insan yaşamının en merkezi alanlarından birisidir. Yaşam standartlarının yükselmesi, mesleki hayatın yoğun rekabet ortamı ve stresinden kaynaklanan sorunları, insanların fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını artırmıştır. Gerçekte bireyler çoğu zaman bu ihtiyaçları giderememiş, mesleki yaşamdan kaynaklanan sorunlar bunların önüne geçmiştir (Arslan ve ark., 2003). Günümüzde, özellikle endüstriyel toplumlarda aktif olmayan yaşam şekli,

ergonomik olmayan çalışma koşulları ve stresin yarattığı aşırı yüklenme kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıklarının bozulmasına neden olmaktadır. İş kaynaklı aşırı yüklenme ile oluşan kas-iskelet sistemi yaralanmalarına da günümüzde oldukça sık rastlanmakta ve bu durum kişilerin verimliliklerinin azalması ile sonuçlanmaktadır (Özer ve Baltacı, 2008).

Araştırmanın Önemi ve Amacı: Sağlıkla ilgili değerlerin korunmasında ve kontrol altına alınmasındaki önem ve etkilerinin yanında özel olarak planlanmış ve tasarlanmış fiziksel aktivite programlarının birçok hastalığının tedavisinde, hastalıklara bağlı komplikasyonların önlenmesi ve hastalık sürecinin bedene yönelik kalıcı hasar bırakmasının engellenmesinde önemli etkileri olduğu bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Daha önceki yıllarda yapılan çalışmalarda hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda; yetersiz beslenme, kişisel veya çevresel hijyen, temiz suya ulaşamama ve kötü yaşam koşulları yer almaktayken, günümüzde hastalık ve ölümlere yol açan faktörler arasında, kardiyovasküler hastalıklar, tütün kullanımı, bazı kanser türleri, obezite ve fiziksel hareketsizlik görülmektedir. (WHO, 2009)

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılı verilerine göre küresel olarak 15 yaş ve üzeri erişkinlerin %31'inin fiziksel olarak yeterince aktif olmadığı belirtilmiştir. Fiziksel hareketsizlik küresel mortaliteye neden olan risk faktörleri arasında dördüncü sırada yer almakta ve dünyada bir yılda yaklaşık 3,2 milyon ölüme neden olduğu bilinmektedir. Bu nedenle fiziksel hareketsizlik küresel bir halk sağlığı sorunu olarak nitelendirilmektedir (WHO, 2013a).

Ülkemizde 2003 yılında, Ulusal Hane Halkı Araştırmasında, DSÖ'nün önerileri ile oluşturulan anket formuyla fiziksel aktivite değerlendirmesi yapılmıştır. Fiziksel aktivite durumu; aktivite yapmayanlar (Sedanter yaşayanlar), 149 dk/hafta ve altında aktivite yapanlar (yetersiz aktivite) ve 150 dk/hafta ve üstünde aktivite yapanlar (sağlık için yeterli aktivite) olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Türkiye toplamında fiziksel aktivitede bulunan nüfusun %20,32'sinin sedanter yaşadığı, %15,99'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu görülmektedir. Fiziksel aktivite, yaşın ilerlemesi ile daha da azalmaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2006).

2011 yılında yapılan çalışmaların derlenmesi ile 2013 yılında yayınlanan "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Sıklığı Faktörleri Sıklığı Çalışmasında" boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite değerlendirilmiş ve erkeklerin %23'ünün yeterli, %22'sinin orta ve %55'inin düşük düzeyde, kadınlarda ise %13'ünün yeterli,

%18'sinin orta ve %69'unun düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca erkek ve kadınların yaklaşık yarısının televizyon ve bilgisayar başında günde dört saatten fazla zaman geçirdiği tespit edilmiştir (Horasan, 2013).

Kronik hastalıklar tüm dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta olup; tütün kullanımı, obezite, alkol kullanımı ve fiziksel hareketsizlik ortak önlenebilir risk faktörleridir (Baltacı ve ark., 2012). Son zamanlarda tüm dünyada mücadelesi yoğun bir şekilde devam eden, uzun zamanlı enerji dengesizliği sonucunda oluşan aynı zamanda birçok hastalığın ortaya çıkmasına neden olarak yaşam süresini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyen şişmanlığın (obezite) en önemli sebeplerinden biri fiziksel aktivitenin yetersiz olmasıdır. Dünyada ve ülkemizde obezitenin görülme sıklığı gittikçe artmakta, görülme yaşı düşmekte ve sağlık üzerindeki etkileri ciddi boyutlara ulaşmaktadır (Tunay, 2008).

Ulusal düzeyde sağlık politikalarının ana amacı sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir topluma ulaşmaktır (Baltacı ve ark., 2012). Fiziksel aktivite alışkanlığını değerlendirmek üzere toplumun farklı kesimlerinde yapılan bilimsel araştırma sonuçları, ülkemizde çocuklar, gençler ve yaşlılar arasında fiziksel aktivitenin henüz bir yaşam stili halini almadığını göstermektedir. Bu nedenle, toplum olarak çocukluk çağından itibaren daha hareketli, aktif ve düzenli egzersiz alışkanlığı edinilmesi konusunda özendirici ve cesaretlendirici olunmalıdır. (Bek, 2008). Hastalıklar ile mücadeleye yönelik etkin ve yaygın politikalar geliştirilirken, bir taraftan da hastalıklarla mücadelede temel teşkil eden vatandaşların öz sorumluluğun geliştirilmesine yardımcı olacak doğru bilgi kaynakları ve çeşitli imkânlar sağlanarak toplum ve bireyler sağlıklı bir hayat tarzına teşvik edilmelidir. (Baltacı ve ark. 2012).

Fiziksel aktivite ve egzersiz, koruyucu sağlık yaklaşımının bir aracı olarak bireylerin sağlığını geliştirmekte, gelişmiş durumunu devam ettirmekte ve hastalıklara karşı dirençlerini arttırmaktadır (Özer ve Baltacı, 2008). Düzenli olarak fiziksel aktivite yapılması ile bireylerin; çeşitli hastalıklara yakalanması önlenmekle birlikte, sağlıklı bir birey olarak fiziksel kapasitede bir artış sağlanmakta, ayrıca iş hayatındaki performansında, ev içindeki aktivitelerinde, boş zamanları değerlendirme kapasitesinde artış sağladığı da bir gerçektir (Şanlı, 2008).

Fiziksel aktivitenin yararları değerlendirildiğinde, daha sağlıklı bireyler ve daha sağlıklı toplum için, bireylerin en uygun düzeyde fiziksel aktiviteye tesvik edilmeler gerekmektedir. Yaşam süresinin uzatılması ve kaliteli yaşam için bunun

gerekliliği ortadadır (Fişne, 2009). Düzenli yapılan fiziksel aktivite, çocukların ve gençlerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, kötü alışkanlıklardan kurtulmada, sosyalleşmede, yetişkinlerin çeşitli kronik hastalıklardan korunmasında veya bu hastalıkların tedavisinde veya tedavinin desteklenmesinde, yaşlıların aktif bir yaşlılık dönemi geçirmelerinin sağlanmasında bir başka deyişle tüm hayat boyunca yaşam kalitesinin artırılmasında önemli farklar oluşturabilmektedir (Tunay, 2008).

Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamının değerlendirilmesine dayanan özel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken aslında bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır ve yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyum ifadelerini kapsar. Yaşam kalitesi günlük yaşamda, hayatın günlük ihtiyaçlarından, sosyal, psikolojik ve fiziksel boyutlara kadar uzanmaktadır (Güler, 2006).

Yaşam kalitesini etkileyen unsurlar arasında durağan yaşam tarzının etkileri önemli bir yer tutmaktadır (Zorba, 2008).

Fiziksel aktivite alışkanlığının yaşamın bir parçası haline gelmesi toplum sağlığı açısından önemli bir konudur. Düzenli fiziksel aktivite ile hem hastalıklara karşı daha dirençli kazanılmakta hem de ruh sağlığı açısından sağlıklı bireylerin iş ya da günlük hayattaki performansları artmaktadır. Artan fiziksel kapasite ile beraber güven duygusu da artmakta ve daha kaliteli bir hayat sürülmektedir.

Düzenli fiziksel aktivite ile fiziksel ve boş zaman değerlendirme kapasitesini attırarak ve sağlıklı yaşam tarzını geliştiren, yaşam kalitesi yüksek olan çalışanların ürettikleri hizmette daha kaliteli hale gelmektedir. Bu araştırma özellikle sağlıkla ilgili davranışlarda örnek kabul edilen, amaçları toplumu sağlıklı yaşam konusunda bilgilendirmek, sağlığı korunmak ve devam ettirmek adına, kaliteli sağlık hizmeti sunmak olan sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi için, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesine olası etkilerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1 Fiziksel Aktivite:

Fiziksel aktivite, yaşam tarzı ile ilgili önemli sağlık göstergelerinden biridir (WHO, 2007). Fiziksel aktivite, egzersiz ve spor farklı kavramları açıklayan terimlerdir. Ancak genellikle birbirleriyle ile karıştırılıp, zaman zaman birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. (Caspersen ve ark., 1985). Fiziksel aktivite ve egzersiz, her ikisinde sağlık için faydalı olsa da birbirleri ile karıştırılmamalıdır. (WHO, 2013b).

Fiziksel aktivite en basit tanımı ile enerji harcamak için vücudun hareket etmesidir. İlk fiziksel aktivite programları 1860 yılında Amerika'da, sağlıklı olmak için yoğun fiziksel aktivite gerektiği görüşü ile ortaya çıkmıştır (Tunay, 2008).

İskelet kaslarının enerji harcaması ile sonuçlanan her türlü vücut hareketi fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır (Caspersen ve ark., 1985). DSÖ'de fiziksel aktiviteyi; çalışırken, ev işleri yaparken, seyahatte ya da eğlencede iken yapılan her faaliyeti kapsayan, enerji harcamayı gerektiren bedensel hareket olarak tanımlamıştır (WHO, 2013b).

Bir başka tanımla fiziksel aktivite iskelet kaslarının kasılması ile ortaya çıkan, bazal düzeyin üzerinde enerji harcayan bedensel hareketlerdir. Başka bir deyişle kaslara dinlenme seviyesinin üzerinde uygulanan ve enerji harcanmasına neden olan herhangi bir güç olarak tanımlanabilir(Özer, 2010).

Egzersiz ise amaca yönelik, planlı olarak yapılan fiziksel aktivitenin bir alt kategorisidir (Caspersen ve ark., 1985). Diğer bir tanımla egzersiz, sağlığı ve zindeliği geliştirmek için özel olarak tasarlanmış, planlı ve yapısal olarak belirli bir süre tekrarlayarak devam eden hareketlerdir (Akyol ve ark., 2008).

Fiziksel aktivite, "spor" kelimesi ile de eşanlamlı olarak algılanabilmektedir. Oysa fiziksel aktivite, günlük yaşamda kas ve eklemlerin kullanılarak enerji harcaması ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktivitelerdir (Özer ve Baltacı, 2008).

Sporun tanımlanması daha farklıdır. Kuzey Amerika'da sadece yarışmayı içerirken, Avrupa'da yarışma dışında yürüyüş ve dağcılık gibi rekreasyonel aktiviteleri de içermektedir. Sporların bazı formları, balık tutma ve motor yarışları gibi büyük miktarda fiziksel aktivite içermez. Buz hokeyi ve beyzbol gibi diğer formları ise, gönüllü aktiviteden çok bir iş haline gelebilir (Shephard, 2003).

Spor, kişinin kendi kendisini ya da rakibini aşmasını hedefleyen, rekabet içeren, belirli kurallarla sınırlanan, bireysel veya takım olarak yapılan ve kurallarla yönetilen fiziksel aktivitelerdir. Ancak birçok Avrupa ülkesinde, spor terimi egzersiz ve boş zaman fiziksel aktiviteleri için de kullanılabilir (Akyol ve ark. 2008). Bu anlamıyla spor aktivitelerinin yanısıra egzersiz, oyun ve gün içinde yapılan çeşitli aktiviteler de fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir (Özer ve Baltacı, 2008).

Enerji harcamasına katkıda bulunan değişik aktivitelerin hepsi fiziksel aktivite ile ilgilidir. Bu özelliğiyle fiziksel aktivite, tip, şiddet ve amacı da kapsayacak şekilde birçok yolla sınıflandırılabilir (Vanhees ve ark. 2005). Çünkü her kas kontraksiyonunun metabolik ve mekanik özellikleri vardır. Sınıflandırma yapılmak istendiğinde, metabolik ya da mekanik özelliklerinden biri seçilebilir. Yalnız böyle bir sınıflama biraz karışık olabilir. Örnek verecek olursak, mekanik sınıflamada ekstremite hareketinin ürettiği kas kontraksiyonunu vurgulamaktadır: İzometrik veya statik, izotonik veya dinamik egzersiz gibi. Metabolik sınıflama da ise kasılma için oksijeni uygunlugunu içermektedir: Aerobik veya anaerobik kasılmalar gibi. Aktiviteler, ister aerobik ister anaerobik olsun yapılan aktivitenin şiddetine dayanmaktadır. Aktiviteler hem statik ve dinamik kontraksiyonları hem de aerobik ve anaerobik metabolizmayı içerebilir (DHHS, 1996).

Farklı bir sınıflandırma olarak; enerji harcanmasını arttıran tüm aktivitelerin fiziksel aktivite olduğu bilgisinden yola çıkıldığında toplam enerji harcamasının üç unsurdan oluştuğu görülür. Bunlar;

1. İstirahat metabolik hızı,
2. Besin alımı ile artan enerji harcaması,
3. Fiziksel aktivite ile oluşan enerji harcamasıdır.

İstirahat metabolik hızı en temel unsurdur. Toplam enerji harcamasının % 60-70'ini oluşturan; dinlenme anında solunum ve dolaşımı da içeren fonksiyonlar için istemsiz kas kontraksiyonunun ve vücut ısısının sürdürülmesinde gerekli enerji miktarıdır. Besin alımı ile artan enerji harcaması toplam enerji harcamasının % 10'u oluşturur ve besinlerin sindirimi ile boşaltımı için gereklidir. Fiziksel aktivite

nedeniyle enerji harcaması, toplam enerji harcamasının % 20-30'udur ve kişiler arası farklılığın en önemli kaynağıdır. Fiziksel aktivite ile ilişkili enerji harcamasına katkıda bulunan farklı seviyelerde aktiviteler olduğu açıkça görülmektedir. Sonuç olarak aktiviteler, genellikle farklı özelliklerin baskın olmasına göre sınıflandırılmaktadır (DHHS, 1996: Vanhees ve ark. 2005).

Fiziksel aktivite günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile oluşan, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanabilir ve vücut hareketlerinin tamamını ya da bir kısmını içeren farklı spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki; yürümek, koşmak, sıçramak, yüzmek, bisiklete binmek, çömelmek, kalkmak, kol ve bacak hareketleri ile baş ve gövde hareketleri gibi aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilirler (Bek, 2008).

1.1.1 Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler:

Sağlık; fiziksel aktivite, fiziksel uygunluk ve sağlık konseyi tarafından sosyal, mental ve fiziksel iyilik hali olarak tanımlanmıştır (Shephard, 2003). Aslında bu tanım bir kısır döngüdür. Hastalıklar ve ağrılar yetişkinlerin daha az hareket etmesine neden olmaktadır. Daha az hareket fiziksel uygunluğun ve fonksiyonun giderek azalmasına neden olmaktadır. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite sonucu artan fiziksel uygunluk seviyesi yaş ilerledikçe etkisini daha iyi gösterecektir (Tunay, 2008).

Fizyolojik, davranışsal ve psikolojik değişkenleri de içeren birçok değişkenin fiziksel aktiviteyi etkilediği görülmektedir. Yeterli zamanın olmaması, fiziksel aktivite engelleri arasında en çok rapor edilenidir. Ayrıca çalışmalarda sigara içenlerin sigara içmeyenlere göre egzersiz programlarını bırakmaya daha yatkın olduğunu rapor edilmektedir. Vücut kompozisyonunun fiziksel aktivite alışkanlığının kuvvetli bir belirleyicisi olmamasına rağmen, obez olan kişiler genellikle fiziksel aktivite durumlarının düşük olduğu görülmektedir (Pate ve ark. 1995).

Fiziksel aktivite kişinin yaş ve yaşam şekli ile yakından ilişkilidir. Genç insanlar için yorgunluk açığa çıkmadan işlerini rahatlıkla yapabilmeleri ve boş zamanlarını değerlendirebilecekleri sosyal faaliyetlere de enerjilerinin kalması oldukça önemli iken, daha yaşlı yetişkinlerde günlük yaşam içerisinde yapmaları gereken aktiviteleri (temizlik, giyinme, alışveriş, merdiven inip-çıkma) yorgunluk açığa çıkmadan yapabilmeleri önemli olmaktadır (Tunay, 2008).

Fiziksel aktivite davranışı; demografik ve biyolojik faktörler de dahil olmak üzere psikolojik, bilişsel ve duygusal faktörler, davranışsal nitelikler ve beceriler, sosyal ve kültürel faktörler, fiziksel çevre faktörleri ve fiziksel aktivite özelliklerinden etkilenebilir (Nahas ve ark. 2003).

Fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörler Öztürk tarafından şu şekilde belirtilmiştir: (Humpel ve ark, 2002; Kirtland ve ark, 2003; Saelens ve ark,2003; Trost ve ark. 2002 aktaran Öztürk, 2005).

1. Demografik ve biyolojik faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, obezite, ırk kalıtım, sosyo-ekonomik durum, medeni durum, hastalık öyküsü vb.

2. Psikolojik, zihinsel ve duygusal faktörler: İnanç, Sağlık ve egzersiz hakkında bilgi, ruhsal durum bozukluğu, zamanın olmaması, kişilik değişiklikleri, egzersizin algılanan engelleri, beklenen yararlar kendine güven, motivasyon, stres vb.

3. Davranışsal özellikler ve beceriler: Engellerle başa çıkma becerileri, çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki aktivite öyküsü, beslenme alışkanlıkları, okul sporları, alkol ve sigara kullanımı vb.

4. Sosyal ve kültürel faktörler: Geçmiş aile etkileri, grup uyumu, sosyal izolasyon, aile ve arkadaşlardan sosyal destek vb.

5. Fiziksel çevre faktörleri: Mevsim/hava değişiklikleri, hizmetlerden yararlanma, ekipmanların varlığı (egzersiz bisikleti, yüzme havuzu) rekreasyonel alanların varlığı (park, koşu parkuru, basketbol veya futbol sahası, spor salonu) ve bu alanların kolay ulaşılabilir olması, güvenlik, fiziksel aktivitenin yapıldığı zeminin durumu vb.

6. Fiziksel aktivitenin özellikleri: Şiddeti, algılanan efor durumu vb.

1.1.2 Fiziksel Aktivitenin Etkileri

Düzenli yapılan fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ile birlikte kronik hastalıkların önlenmesinde en önemli öğedir. Fiziksel aktivite, bireysel olarak kronik hastalıkları önlemede, toplumsal olarak halk sağlığının iyileştirilmesinde etkili olmakta ve kadın, erkek, her yaştaki bireye fiziksel, sosyal, zihinsel ve ruhsal yararlar sağlamaktadır. Fiziksel aktivite ile beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımının azaltılması, iş kapasitesinin artırılması, sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi gibi durumlar olumlu olarak etkilenmektedir (Akyol ve ark, 2008).

1.1.2.1 Beden sağlığı üzerine etkileri

1.1.2.1.1 Kas iskelet sistemi üzerine etkileri

1. Kas tonusunun korunması ve dzenlenmesi,
2. Kas - eklem kontrolünü arttırarak stabilitenin sağlanması,
3. Eklem hareketliliğinin korunması ve arttırılması,
4. Kas ve eklemlerin esnekliğinin korunması ve arttırılması (fleksibilite),
5. Hareket alışkanlığının ve fiziksel aktivite toleransının artması (kondisyon ve dayanıklılık),
6. Fiziksel aktivite içerisinde yapılan hareketlerin daha fazla tekrar sayılarında yapılabilecek oranda gelişmesi,
7. Reflekslerin ve reaksiyon zamanının gelişmesi,
8. Vucut düzgünlüğünün ve postürün korunması,
9. Vucut farkındalığının geliştirilmesi,
10. Denge ve düzeltme reaksiyonlarının gelişmesi,
11. Yorgunluğun azaltılması,
12. Kas kasılması ve aktivitenin etkisiyle kemik mineral yoğunluğunun korunması ve osteoporozun nlenmesi,
13. Kas dokusunca kullanılan enerji ve oksijen miktarının artması,
14. Olası yaralanma, sakatlık ve kazalara karşı bedensel korumanın geliştirilmesi (Bek, 2008),
15. Kalp-damar sisteminin güçlenmesi ile dayanıklılığın artması,
16. Kas gücü ve vucut esnekliğinin arttırılması,
17. İdeal vucut ağırlığına ulaşma ve yağ dokusunda azalma (Tunay, 2008)

1.1.2.1.2 Diğer vucut sistemleri üzerine etkileri

1. Kalbin dakikadaki atım sayısında azalma olur,
2. Kalbin ritmi dzenlenir,
3. Damarların kan akışına olan direnci azalır (elastikiyet artar) ve böylelikle kan basıncı düşer,
4. Yüksek kan kolesterol ve trigliserit düzeyini etkileyerek damar hastalıkları riskini azaltır,

5. Kalbi güçlendirerek kalbe olan kan akışını artırır ve kalp krizi geçirme riskini azaltır ve geçirilmiş kalp krizleriyle başa çıkma oranını artırır,
6. Akciğerlerin havalanması artar, solunum kapasitesinde artış meydana gelir,
7. Düzenli aktivite yapan bireyler sigara bağımlılığından kurtulma konusunda inaktif bireylerden daha başarılı olurlar,
8. Düzenli fiziksel aktivite insülin aktivitesinin kontrolünü sağlayarak şeker hastalığının ve kan şekerinin kontrolüne yardımcı olur,
9. Vücudun su, tuz ve mineral kullanımının dengelenmesine yardımcı olur,
10. Enerji gereksinimini yağları yakarak karşılama alışkanlığı getirerek metabolizmayı hızlandırır ve kilo alımını önler,
11. Kadınlarda menopoza girme başlangıç yaşını geciktirir, menopozun olumsuz etkilerinin hafifletilmesinde yardımcıdır,
12. Damar yapısına etkileri nedeniyle beyine olan kan akışının artışına bağlı olarak erken demans (bunama) ve unutkanlık gelişim riskini azaltır,
13. Beyin damar hastalıkları gelişim riskini azaltır,
14. Yetişkinlerde sağlıklı cinsel aktivite üzerinde olumlu etkileri vardır (Bek, 2008).
15. Kolon, meme kanseri ve akciğer kanseri de dahil olmak üzere muhtemel bazı kanserler vakalarına karşı koruma sağlar,
16. Kilo kontrolü sağlar ve uyku soruna karşı iyileştiricidir,
17. Koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, inme ve tip 2 diyabet gibi hastalıkların görülme sıklığını azaltır.
18. Daha uzun ve sağlıklı yaşama şansını artırır (Harvard, 2014).

1.1.2.2 Ruhsal ve sosyal sağlık üzerine etkileri

Fiziksel aktivitenin insan sağlığı üzerindeki fiziksel etkilerinin yanı sıra, psikolojik ve sosyal sağlık üzerine de olumlu etkileri bulunmaktadır:

1. Kendini iyi hissetme ve mutluluk oluşturmaktadır,
2. Olumlu düşünme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirmektedir,
3. Sosyal uyum ve kabul görme oranını arttırmaktadır (Bulut, 2010),
4. Düzenli egzersizle stres azaltabilmekte ve günlük baskılardan uzaklaşabilmektedir,

5. Daha iyi motor koordinasyon sağlanması ile çevreye uyumu kolaylaştırır (Tunay, 2008).

1.1.2.3 Fiziksel aktivitenin diğer etkileri

1.1.2.3.1 Gelecek üzerine etkileri

1. Sağlıklı yaşlanma ile bağımsız ve aktif yaşlı bireyler yaratır,
2. Olası ani ve sistemik hastalıklar nedeniyle ölüm riskini azaltır,
3. Kanser gelişim riskini azaltır ve kansere karşı koruma sağlar,
4. Aktif yaşayan bireylerde vücudun oksijen kullanma yeteneği arttığı için vücut direnci artar ve enfeksiyonlara karşı doğal koruma gelişir,
5. Kas iskelet sistemini güçlü tutarak yaşlılıkta sık görülen düşmeler ve düşmelere bağlı kırık riskini azaltır,
6. Depresyon, anksiyete ile başa çıkma gücünü artırır, bireylerin yaşamdan keyif almasını sağlar,
7. Yaşlılık ve ileri yaşlılık dönemlerinde insanları etkisi altına alan atıl kalma, işe yaramama gibi duygulardan kurtulma konusunda yardımcı olur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

1.1.2.3.2 Tedavi üzerine etkileri

Sağlığa ilişkin parametrelerin korunmasında ve kontrol altına alınmasında yer alan sayısız önem ve etkilerinin yanı sıra, özel olarak planlanmış ve tasarlanmış fiziksel aktivite programları pek çok hastalığın ve bunlara bağlı semptomlarının tedavisinde, hastalığa bağlı komplikasyonların önlenmesinde ve hastalık sürecinin bedene ilişkin kalıcı hasar bırakmasının engellenmesinde son derece yararlı ve etkili olmaktadır. Egzersiz programlarının olumlu ve tedavi edici özelliğinden yararlanan bazı durumlar şunlar olabilmektedir:

1. Bazı ortopedik problemler,
2. Spor yaralanmaları,
3. Nörolojik hastalıklar (felçler, denge-koordinasyon kayıpları, inmeler, vb.),
4. Doğuştan getirilen kas-iskelet problemleri,
5. Bazı kalp-damar ve akciğer hastalıkları,
6. Pediatrik problemlerin bir kısmı,

7. Romatizmal hastalıklar,
8. Kaza, travma ve cerrahi sonrası gelişen bazı problemler,
9. Sinir yaralanmaları,
10. Bel-boyun problemleri,
11. Obezite (Bek, 2008).

1.1.2.3.3 Toplumsal etkileri

Fiziksel hareketsizlik nedeni ile ortaya çıkan kronik hastalıklar ile yaşam kalitesi azalmakta, yaşam süresi kısalmakta, iş gücü kaybı olmakta, tedavi giderleri artmakta ve böylelikle hem bireye hem de ülkesine ekonomik yük olmaktadır (Karaca & Turnagöl, 2007).

Kişisel sağlığın ve dolayısıyla toplumsal sağlığın, fiziksel aktivite alışkanlığı gibi eğlenceli, düşük maliyetli ve yüksek verimli bir edinimle korunması, giderek maliyeti yükselen ve ulusal bütçelerden oldukça fazla pay alan sağlık harcamalarının azaltılması konusunda etkili bir araç olmaktadır. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin tedavi giderlerinden daha düşük olduğu artık bilinen bir gerçektir. Sürekli masa başında ve bilgisayar karşısında çalışan bir bireyin, vücut düzgünlüğünün farkında olmaması ve çalışmasına düzenli sürelerle ara vererek baş-boyun, omuz-kol ve gövde hareketleri yapmaması ve arada kalkıp kısa bir mesafe yürümemesinden kaynaklanarak oluşacak omurga problemleri zamanla bel ağrısı şikayetlerine dönüşecektir. Burada ortaya çıkan maliyet şöyle özetlenebilir:

1. Muayene için alınan izinle ortaya çıkan işgücü kaybı,
2. Muayene için ödenen ücretler,
3. Gerekli görülen tetkikler (röntgen, MRI, vb.),
4. Sevk kağıdı, reçete, tetkik kağıdı, rapor, vb. evrak işlemleri,
5. Tedavi giderleri (ilaç, korse, fizik tedavi, vb.),
6. Sağlık hizmetlerinin her kademesinde çalışan personel giderleri (doktor, hemşire, eczacı, fizyoterapist, hasta bakıcı, vb.),
7. Alınan rapor süresi boyunca iş gücü kaybı,

Tekrar işe başlama sonrası verimi düşük çalışma, stres, hastalık psikolojisi, ağrıya bağlı depresyon gibi etkiler sayılarak liste daha da uzatılabilir. Tüm bunları önlemek için yapılacak fiziksel aktivite koruyucu bir yaklaşım olup maliyeti daha düşüktür (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

1.1.3 Fiziksel Aktivite Düzeyi

Fiziksel aktivite düzeyi, ölçümün nasıl yapıldığına ve nasıl değerlendirildiğine bağlı olarak değişebilir. Fiziksel aktivite düzeyini belirlemede genelde sıklık, yoğunluk ve süre en çok kullanılan değişkenler olmuştur. Bununla beraber enerji harcanması da bu değişkenlerin hepsinin birlikte kullanıldığı bir başka değişkendir. Fiziksel aktivitenin yoğunluğu genel olarak aktiviteyi hafif, orta ve şiddetli olarak kategorize etmek için kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite süresi, genellikle aktif olarak harcanan dakika veya yüzde olarak kaydedilmektedir. Fiziksel aktivite ya katılım sıklığı genellikle, günlük veya haftalık aktiviteye katılım sayısı veya yüzdesi olarak kaydedilir (Welk ve ark., 2000).

Fiziksel aktivite düzeyi, genellikle vücut kütlesi ya da istirahat metabolizması ile ilgili olarak enerji harcaması ve en yüksek performansla ilgili bir değer olarak ifade edilebilir. Bazı özel aktivite tipleri kişinin kapasitesi ile bağlantılıdır. Aerobik aktiviteler için tanımlanan aktivite düzeyi; maksimal oksijen alınımının yüzdesi, kalp hızı rezervinin yüzdesi, oksijen taşıma rezervinin yüzdesi olarak belirtilir (Shephard, 2003).

Metabolizma hızı, enerji harcamalarının oranını açıklar. Aktivite sırasında tüketilen oksijen miktarının dinlenme sırasındaki enerji tüketimine Metabolic Equivalent (metabolik eşitlik) denmektedir. Vücudun oksijen alımı ve karbondioksit üretimi, enerji harcamasını hesaplamak için kullanılmaktadır (Howley, 2001)

Fiziksel aktivite süresince tüketilen oksijen miktarını ifade etmek için Metabolic Equivalent (metabolik eşitlik)' in kısaltılmışı olan MET terimi kullanılmaktadır. 1 MET dinlenik iken kilogram başına bir dakikada tüketilen oksijeni(yaklaşık 3.5 ml) ifade etmektedir (Özer, 2010).

IPAQ (Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi) nin puanlama protokolüne göre şöyle bir sınıflandırma yapılmaktadır:

1. Yürüme 3.3 METs,
2. Orta şiddetli fiziksel aktivite 4.0 METs,
3. Şiddetli fiziksel aktivite 8.0 METs (IPAQ, 2005)

1.1.4 Fiziksel Aktivite Değerlendirme Yöntemleri

Günlük yaşamda fiziksel aktivite seviyesinin, sağlık, yetersizlik ve mortalite ile yakın ilişkisi nedeniyle, fiziksel aktivite miktarının ve şiddetinin doğru tespitinin çok önemli olduğu kabul edilmektedir (Pitta ve ark., 2006).

Fiziksel aktivite oldukça karmaşık bir davranış biçimi olduğundan birçok değişik yolla ölçümleri yapılmaktadır (Gavarry ve ark., 1998).

Fiziksel aktivite ve enerji harcamasını değerlendirmek için hassaslığı değişen farklı yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler fiziksel aktivite düzeyinin doğru ve güvenilir yöntemlerle ölçülebilmesi için geliştirilmektedir. (Lamonte ve Ainsworth, 2001). Fiziksel aktiviteyi değerlendirmek için 30'dan fazla farklı yöntem kullanılmıştır (LaPorte ve ark., 1985).

Fiziksel aktivite sırasında vücudun ürettiği enerji miktarı çeşitli metodlar yardımı ile artık kesin olarak belirlenebilmektedir (Tamer, 2000). Fiziksel aktiviteyi değerlendirmek için kullanılan yöntemler tabloda gösterilmektedir.

Tablo 1.1: Epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan fiziksel aktivite değerlendirme yöntemleri.

Kriter Yöntemler	Objektif Yöntemler	Subjektif Yöntemler
a.Davranışsal gözlem	a.Kalp hızı	a.Günlük
b.Direkt kalorimetre	monitorizasyonu	b.Kayıt
c.İndirekt kalorimetre	b.Pedometre	c. Geçmiş sorgulayan anketler
d.Çift katmanlı su yöntemi	c.Akselerometre	d.Retrospektif geçmiş veriler
	d.Stabilometre	e.Evrensel anketler

1.1.4.1 Kriter yöntemler

Davranışsal Gözlem: Bu yöntem, tüm vücut hareketlerini gösteren objektif bir yöntemdir. Fiziksel aktivite için harcanan zamana bağlı olarak fiziksel aktivitenin sıklığı, şiddeti, süresi ve enerji harcanmasının belirlenmesi mümkün olabilmektedir. Hem laboratuvar ortamında, hem de alan çalışmalarında geçerliliği ve güvenilirliği birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir (Welk ve ark., 2000).

Bu yöntemde bir gözlemci tarafından aktiviteler gözlemlenir. Genel olarak çalışmaya katılanlar tarafından kolay kabul edilir. Diğer tekniklerin bir çoğu çocuklara uygun olmaması rağmen bu yöntem çocuklarda da en çok kullanılan

yöntem olmakla beraber kullanılan en eski değerlendirme yöntemlerinden biridir. Bu yöntem yoğun iş gücü gerektirebilir. Bundan dolayı kapsamlı çalışmalarda uygulanması açısından maliyeti fazla olmakta ve çok zaman gerektirmektedir. (Vanhees ve ark., 2005; Podl ve ark., 1999).

Direkt kalorimetre: Vücudun ısı üretiminin veya vücut ısı kaybının ölçülmesi ile değerlendirilen bir yöntemdir (Tremblay ve ark., 2001). Teorik bakımdan çok hassas ve önemli bir teknik olduğu halde, fiziksel aktivitede bulunan kişinin enerji harcamasının ölçümünde pratik değildir (Tamer, 2000). Pratikte uygulamaya çok uygun olmaması, büyük popülasyonlarda uygulanamaması, pahalı ve zor bir yöntem olması sebebiyle araştırmalar için çok tercih edilmeyen yöntemdir (Physical Activity and Health Centers, 2005 aktaran Öztürk, 2005).

İndirek kalorimetre: Vücuttaki tüm enerji metabolizması sonuç olarak oksijen kullanımına bağlıdır (Tamer, 2000). Bu cihaz, oksijen tüketiminin ölçümüne olanak tanıyan, yüz maskesi veya burun klipsiyle birlikte bir ağızlık ve solunan havayı toplayan kolektörden oluşmaktadır. Küçük ve taşınabilir bir cihazdır. Bu cihazla aktivite sırasında oksijen tüketimi ölçülerek enerji tüketimi indirekt olarak hesaplanmaktadır (Lamonte ve Ainsworth, 2001; LaPorte ve ark., 1985).

Bu yöntem dinlenik metabolik oran, yiyeceklerin termik etkisi ve egzersizin termik etkisini bulmak için kullanılır. Bu değişkenler enerji harcanması ve kilo kontrolü arasındaki ilişkiyi anlamak için kullanılmaktadır. Fiziksel aktiviteyi değerlendirmede laboratuvar ve alan çalışmaları için en iyi indirekt yöntemdir (Welk ve ark., 2000).

Çift katmanlı su yöntemi: Aslında bu yöntem indirek kalorimetrenin bir formudur. Yiyeceklerin karbondioksit üretimini ölçmek için kullanılan direk bir yöntemdir (Welk ve ark., 2000). Enerji harcamasını değerlendirmede araştırmacılara yol gösterici nitelikte önemli bir fizyolojik ölçümdür. Belirli izotoplar kullanılır ve daha sonra kullanıcıların idrarındaki izotop miktarları belirli bir süre için ölçülür (Bonney ve ark., 2001; Conway ve ark., 2002)

Katılımcılar vücut ağırlıklarına göre, belli miktarda izotopları içerler. İdrardaki izotop miktarları kütle spektrometresi ile ölçülür. Bu yöntemin indirek kalorimetre yöntemine göre doğru sonuçlar verdiği kanıtlanmıştır. Ancak az eforla objektif veri sağlayan bu yöntemin de bazı dezavantajları vardır. Bunlardan biri göreceli olarak yüksek maliyetinin olması ve diğeri ise yapılan aktivitelerin tiplerini ayırtmedeki yetersizliğidir. (Vanhees ve ark., 2005; Livingstone ve ark., 1990)

1.1.4.2 Objektif yöntemler

Objektif yöntemler mekanik veya elektronik ölçümler ile ilgilidir. Mekanik veya elektronik cihazlar ve fizyolojik ölçümler ile fiziksel aktivitenin doğrudan ölçümü, anketlerin en büyük alternatifi olmuştur. Birçok alet kalp hızını monitorize etmede kullanılmaktadır. Sonuç olarak fiziksel aktivitenin süresi ve siddetini yansıtan fizyolojik özelliklerin devamlı kaydını sağlamaktadır. Bu yöntemler zayıf hafıza problemini elimine etmektedir. Ancak fiyat yüksekliği nedeniyle kullanımları sınırlı kalmaktadır. Sonuç olarak, bu ölçümler daha geniş çalışmalarda kullanılmaya başlanmış olsa bile temel olarak az sayıda olguda kullanılabilir. Yöntemin dezavantajı ise test yapılan kişilerin bu cihazları üstünde taşımak durumunda olmalarıdır (DHHS, 1996).

Kalp Hızı Mönitörizasyonu: Fiziksel aktivite düzeyinin tahmin edilmesinde kullanılan dolaylı bir yöntemdir. Kalp atım hızının takip edilip izlenmesi, fiziksel aktivite düzeyinin fizyolojik etkilerinin belirlenmesinde pratik, güvenilir ve geçerli bir yöntemdir (Logan ve ark., 2000) .

Bu yöntem fiziksel aktivitenin günlük enerji harcamasını (oksijen tüketimi gibi) belirlemede kullanılır. Geniş kas gruplarında yapılan dinamik egzersiz sırasında kalp hızı ve enerji harcaması arasında güçlü bir pozitif ilişki olduğu bilinen bir gerçektir (Livingstone ve ark., 1990).

Kalp hızı monitorizasyonunun en önemli dezavantajı herkesi için kalp hızı-enerji harcama eğrisinin kalibre edilmesi zorunluluğudur. İstirahatte ve düşük siddetli fiziksel aktiviteler için kalp hızı ve enerji harcaması arasındaki ilişki değişkendir. Monitörlerin bir çoğunun, katılımcılar tarafından uzun süreler takılması gerekir. Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde, kalp hızının kullanıldığı diğer yöntemler, günlük aktiviteler sırasındaki kalp hızı değişikliklerinin zamanının kaydedilmesi, istirahat kalp hızı ve ortalama günlük kalp hızı arasındaki farklılığın kullanılması ve istirahat kalp hızına göre ayarlanan kalp hızı zaman eğrisinin altında kalan alanın integrasyonunun kullanılmasıdır. Kalp hızı yalnızca fiziksel aktivite seviyesini belirlemek için yeterli bir ölçüm olamayabilir, çünkü stres veya vücut ısısındaki değişiklikler gibi faktörler, gün boyunca kalp hızını önemli derecede etkileyebilir (DHHS, 1996).

Kalp hızı kayıt bilgileri, teknolojik gelişmeler sayesinde günler veya haftalar boyunca depolanabilir. Kalp hızı monitörizasyonu laboratuvar ve saha çalışmalarında

EKG (Elektrokardiyografi) monitorizasyonu ile karşılaştırıldığında geçerli olduğu ortaya çıkmaktadır. Kalp atım hızı m nit rizasyonu yöntemi çok pahalı olmayan bir yöntemdir. Monitörize etme ile fiziksel aktivite değerlendirme yöntemleri ile ilgili problemler ortadan kalkmakta ve belirli bir zaman içindeki fiziksel aktivite kalıplarının tahmini sağlanmaktadır (Strath ve ark., 2000;Trost, 2001).

Çocuklarda ve ergenlerde monitör kullanımı ile ilgili araştırmalar yapılmış ve taşınması kolay olan monitörlerin çocuklarda fiziksel aktiviteyi ölçmek için yaygın olarak kullanılan bir yöntem olduğu tespit edilmiştir (Logan ve ark., 2000).

Pedometre: Belirli bir zaman dilimi içerisinde günlük yaşam fiziksel aktivitesini objektif olarak belirlemek için kullanılan ve vücut hareketini tespit etmede kullanılan malzemelere hareket algılayıcıları denmektedir. Pedometreler (adımların  l lmesi) ve akselerometreler (vücut ivmelenmesinin tespiti) bu malzemelerin temeli sayılmaktadır (Pitta ve ark., 2006).

Pedometreler ilk hareket algılayıcıları sayılabilir ve adım sayısını hesaplamaktadır. Koşma ve yürüme mesafelerini ölçmektedir. Pedometreler vücudun vertikal salınımlarını algılamaktadır. Adımlar ise uyarıcı bir mekanizma tarafından yapılmaktadır. Bu mekanizma ile vertikal salınım belli bir eşik değeri geçtiğinde bir ‘adım’ı kaydeder. Adımlar, ortalama bir insanın ayak uzunluğu pedometreye kaydedildiği zaman mesafeye çevrilebilir (Tudor-Locke ve ark., 2004; Welk ve ark., 2000).

Pedometreler genellikle bel bölgesine takılır ve yürüme sırasında (gezinti sırasında yukarı aşağı hareket) kalçaların düşey ivmelenmesi ile sekme yapan yatay yaya bağlı bir kaldıraç kolu içerir. Düşey hareketi tespit etmek için tasarlanan pedometreler adımların sayısını belirlemektedir. Cihazın  ıktısı bir adımı temsil eden hareket sayısıdır, fakat bir sandalyeden ayağa kalkarken olduğu gibi herhangi bir düşey doğrultudaki hareket de tespit edilebilir ve bir adet hareket sayısı olarak kaydedilebilir (Coronado, 2003). Yüzme, bisiklet binme, üst ekstremitte hareketleri, ağırlık tasıma veya tırmanma gibi hareketler pedometre ile doğru olarak kaydedilemez. Yürüme ve kosmanın fiziksel aktivite faaliyetlerinde büyük bir kısmı olusturması nedeniyle, günlük hareketin toplam miktarını belirlemek için pedometre kullanımı anlamlıdır (Vanhees ve ark., 2005).

Halk sağlığının, fiziksel aktivite seviyesini arttırmayı amaçladığı kampanyalarında, kişilerin önerilen adım sayısına ulaşıp ulaşmadığını belirlemek için kolay takılabildiği için pedometreler kullanılmaktadır. Cihazların dezavantajları ise

çok yavaş yürüyüş sırasında eksik tahmin yapma eğilimini ve bazı cihazlarda ölçüm yapılan çok sayıda gün bulunması durumunda, hastaların periyodik olarak tespit çıktısını kaydetmesi gerekliliği söylenebilir. Ayrıca, aktivitelerin gerçekleştirilme şiddetinin yanı sıra gün boyunca yapılan farklı aktiviteler sırasında fiziksel aktivitenin biçimi ve harcanan süre konusunda hiçbir bilgi vermeden sadece sınırlı veri bilgisi elde edilmektedir (Cyarto ve ark. 2004; Wyatt ve ark., 2005).

Hastalıkların önlenmesi ve daha sağlıklı bir yaşam tarzının teşviki için günde 10,000 adım atılması önerilmektedir. Sonuçlarda 10.000 adım atılmasının ya da egzersiz kapasitesinin artırılmasının, hipertansiyonu olan hastalar için kan basıncını düşürücü etkisinin olduğu görülmüştür. Genel popülasyonda yürümeyi teşvik etmek ve izlemek için de pedometrelerin kullanımı öne çıkmaktadır (Chan ve ark., 2004; Iwane ve ark., 2000).

Pedometrenin doğruluğu ve güvenilirliği üzerine yapılan çalışmanın sonucunda; pedometrelerin adımların değerlendirilmesi için en geçerli, mesafeyi değerlendirmek için biraz daha az geçerli ve kilokalorinin değerlendirilmesi için ise en az geçerli yöntem olduğu anlaşılmıştır (Couter ve ark., 2003).

Akselerometre: Dakika dakika hareketleri sayan ve kaydeden fiziksel aktivite ölçümünde kullanılan hareket algılayıcılarına akselerometre denmektedir (Welk ve ark., 2000).

Yüzme, bisiklet binme, üst ekstremitte hareketleri, ağırlık taşıma veya tırmanma gibi hareketlerin tam algılanamaması sorunu pedometrede olduğu gibi akselerometrede de vardır (Vanhees ve ark., 2005).

Akselerometre, anket çalışmalarının güvenilirliğinde en çok tercih edilen objektif yöntemlerden biri olmaktadır (Allor ve Pivarnik, 2001). Serbest yaşam koşullarına uygun olması, uzun zaman kayıt yapabilmesi, özellikli bir aktivitenin ölçümü için kullanılabilmesi ve hafif olması akselerometrenin avantajlarını oluşturmaktadır. Ölçümün güvenilirliğinin artırılması için uygun kalibrasyonun yapılması gerekmektedir (Welk ve ark., 2004). Maliyetlerinin pedometrelerden daha yüksek olması ve verilerin analiz edilebilmesi için teknik uzmanlık veya ek donanım ya da yazılım gerektirmesi akselerometrenin dezavantajı olarak sayılabilir (Pitta ve ark., 2006).

1.1.4.3 Subjektif yöntemler

Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde sık karşılaşılan problemler ve kısıtlılıklar; seçilen ölçüm yöntemlerinin pahalı olması, deneyimli ekip gerektirmesi, büyük populasyonlar için uygun olmaması, farklı yaş, sosyoekonomik ve sağlık düzeyindeki bireylere uygulanabilirliklerinin olmaması ve laboratuvar koşulları gerektirmeden bireylerin normal yaşamını değerlendirememesi olmuştur (LaPorte ve ark., 1985).

Subjektif yöntemlerle; fiziksel aktivitenin seviyesini sınıflandırmada kişilere sorular sorularak yapılan ölçümler epidemiyolojik çalışmalarda yaygın olarak değerlendirilmektedir. Kişinin kendinden bilgi alınarak yapılan teknikler; günlükler, kayıtlar, anketler, retrospektif sayılabilen hikaye çalışmaları ve genel raporları içermektedir. Kişinin kendisinin rapor ettiği ölçümlerden sağlanan bilgiler, enerji harcamasını belirleyen, kilokalori, kilojoul veya MET gibi terimlere çevrilebilir. Bu tür yöntemler, geniş populasyonları değerlendirmede oldukça pratiktir. Çünkü maliyeti düşüktür, nispeten uygulaması daha kolaydır ve genel olarak katılımcılar daha rahat kabul etmektedir (DHHS, 1996).

Günlükler: Belli bir zaman dilimi içerisinde yapılan bütün fiziksel aktivitelerin ayrıntılı olarak incelenmesini sağlar. Günlüklerden özet bir sonuç çıkarılır:

1. Verilen aktivite sırasında harcanmış toplam süre ile o aktivite için belirlenen enerji harcaması oranının çarpılması,
2. Bütün aktiviteler süresince harcanan zamanın listenmesi.

Günlükler, indirek kalorimetre ile karşılaştırıldığında, günlük enerji harcamasının iyi bir belirleyicisi olduğu görülmektedir. Çünkü günlükler genel olarak 1-3 günle sınırlı tutulur, ancak uzun dönem fiziksel aktivite davranışlarını yansıtmayabilir. Günlüklerin katılımcı tarafından kullanılması yorucu olabilmektedir (Pennathur ve ark, 2003 aktaran Öztürk, 2005; DHHS, 1996).

Kayıt: Bu yöntemde, gün boyu yapılan aktiviteler tip ve süresiyle birlikte belirli aralıklarla kaydedilir. Büyük populasyonlarda uygulanması zor olabilir. Her bir aktivitenin şiddeti ve süresi kullanılarak bireyin enerji tüketimi daha net hesaplanabilmektedir (Lamonte ve Ainsworth, 2001; LaPorte ve ark., 1985).

Bütün aktivitelerden çok daha özellikli aktivite tiplerinin yapılıp yapılmadığını hakkında bilgi verir. Aktivitenin başladığı ve bittiği zamanın katılımdan sonra veya günün sonunda kaydedilmesi gereklidir. Kayıtlar ayrıca, egzersiz eğitim programına katılım kaydı için yararlı olabilir (DHHS, 1996).

Hatırlatma Anketleri: Bu anket ile fiziksel aktivitenin değerlendirmesi daha detaylı olarak yapılabilir. Biraz karmaşık ve doldurulması zor bir ankettir. Basit puanlama, egzersizleri bölümlere ayırarak özetleme, verilerden toplam puana ulaşma gibi yöntemler, anketin puanlama sistemini oluşturmaktadır (Lamonte ve Ainsworth, 2001).

Günlükler veya kayıtlara göre daha az sorumluluk gerektirir. Yine de bazı olgularda fiziksel aktiviteye son katılımın detaylarını hatırlamada zorluk yaşanmaktadır. Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi için hatırlama anketleri genel olarak ömür boyu ile bir hafta arasında zaman aralığında kullanılmaktadır. Bu anketler FA davranışını daha az etkilemektedir (Dubbart ve ark., 2004).

Nicel anketler: Diğer anket tiplerine göre çok daha ayrıntılıdır ve ortalama yirmi soru içerirler. Puanlaması; kilokal/ hafta, MET/gün vb. gibi sürekli değişkenler ile yapılmaktadır. Belirli bir zaman ya da tüm yaşantının içerdiği boş zaman ve mesleki fiziksel aktiviteler sıklığı ve zamanlarıyla beraber değerlendirilmektedir. (Lamonte ve Ainsworth, 2001)

Retrospektif geçmiş veriler: Bir yıla kadar olan zaman aralığının spesifik ayrıntılarını içeren aktivite hatırlama anketinin en genel formudur. Zaman aralığı yeterince uzunsa, geçmiş veriler yıllık fiziksel aktiviteyi yeterince göstermektedir. Örneğ olarak, Minnesota Bos Zaman Fiziksel Aktivite anketi ve Tecumseh anketi önceki yılda yapılan spesifik fiziksel aktivitelerin listesi için katılımın ortalama süresi ve frekansı hakkında bilgi sağlamaktadır. Ancak sağlanan birçok veri olması nedeniyle cevaplayanın hafızası için ağır bir yük gibi gelebilmektedir (DHHS, 1996).

Evrensel anketler: Aktivite düzeyini ölçen kısa anketlerdir. Genellikle kişilere diğer insanlara göre fiziksel aktivitelerini oranlamaları istenir. Yaş ve cinsiyet gruplarının benzer olması gerekmektedir. Bu anketlerle belirli aktivite tipleri hakkında bilgiye ulaşılabilir ve sonuçları ile sadece basit fiziksel aktivite sınıflandırılması yapılabilir. Şiddetli fiziksel aktivite katılımını göstermede en iyiyi yansıtmaya eğilimli olması, uygulamanın avantajı olarak sayılmaktadır (Lamonte ve Ainsworth, 2001).

1.2 Yaşam Kalitesi:

Genel anlamda kalite iyiliğin bir derecesidir. Yaşam kalitesi ise kişisel sağlık durumunun ötesinde, kişisel iyilik halini de içeren geniş bir kavramdır. Bireyin

algıladığı bedensel kapasitenin sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durumlar olarak tanımlanabilir (Baydur, 2010).

Yaşam, kalite (nitelik) ve kantite (nicelik) olarak iki boyutta değerlendirilebilmektedir. Yaşamın kantitesi ya da niceliği, hayatın süresi olarak tanımlanabilir, ancak kalitesi ise bireyin içinde bulunduğu fiziki çevre ve sosyoekonomik durum gibi birçok faktörü içine alan çok boyutlu bir kavramdır. Yaşam kalitesi ise gelir durumu, çevre şartları, özgürlük gibi birçok değişkene bağlı olan karmaşık bir kavram olup, önemli belirleyicilerinden birisi ise sağlık olmaktadır (Bilir ve ark., 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, sadece bir hastalığın ve ya sakatlığın olmaması değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik hali içinde olmaktır, şeklinde tanımlamıştır. Tanımda geçen, tam bir huzur ve iyilik hali içinde olma ifadesi yaşam kalitesi ile ilişkilidir (WHOQOL, 1998).

Her zaman ve her yerde kabul edilmiş tek bir yaşam kalitesi tanımlaması bulunmamaktadır (Grabe ve ark., 2000). Literatürde yaşam kalitesi ile ilgili birçok tanım bulunmaktadır. YK'nın tanımına ilişkin birçok akademik çalışma olmasına rağmen, evrensel bir tanımlama olmayıp kullanım alanlarına göre farklı tanımlar mevcuttur.

Kişilerin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonlarını algılamalarına yaşam kalitesi denmektedir. YK, mutlu olma ile yaşamdan hoşnut olmayı içeren genel olarak, iyi olma durumu olarak da kullanılabilen, kişilerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavramdır (Eser, 2006).

YK kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Diğer bir ifade ile bu kavram tıp teknikleri, laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, subjektif olarak yaşatılan bir özelliktir ve aslında pahalı zevklerle doğrudan bir ilişkisi bulunmamaktadır. Esas amaç kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerinin varlığı veya yokluğunun hangi ölçüde onları rahatsız ettiğinin belirlenmesidir (Zorba, 2008).

YK sadece ölçülebilir indikatörlerin kullanımıyla ifade edilemeyen, yaşamın karmaşık yönlerini ifade eden ve en önemlisi genelde subjektif bir değerlendirmeyi

tanımlar. Sadece subjektif iyilik halini değil, genel sağlık durumu ve eksternal yaşam durumu gibi objektif indikatörleri de içermektedir (Michelson ve ark., 1998)

YK' nın en uygun görülen tanımı ise şudur: Yaşam koşulları içinde elde edilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösterebilen bir kavramdır. İçinde kültür, değer yargıları, kişilerin konumu ve amaçları bulunmaktadır (Benner,1985; Ziller 1975 aktaran Güler, 2006).

YK çeşitli terimlerle eş anlamlı sayılmaktadır. Bunlar; yaşam memnuniyeti, özsaygı, iyilik hali, mutluluk, sağlık, itibar, yaşamın önemi, fonksiyonel durum ve düzen olarak sayılabilir (Zorba, 2008).

Aslında YK'nın pek çok bileşkeni vardır: Sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlik bu bileşenlere örnek sayılabilmektedir. Bu bileşenlerin hepsi tek tek önemlidir, çünkü birinin bile eksikliği kişinin “ben kaliteli bir yaşam sürüyorum” duygusunu zedelemektedir (Zorba, 2008).

İki boyutta insan yaşamından söz edilir. Nicelik boyutu; yaşam süresidir mortalite hızlarıyla tanımlanır. Nitelik boyutu ise; kültürel ve sosyal ilişkiler, fizik çevre, sosyal, ekonomik ve psikolojik gibi birçok unsurla beraber bireysel tatmini de kapsamaktadır. Sürekli gelişim içinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması yaşamın nitel tanımı oldukça güç hale getirmektedir (Öksüz ve Malhan, 2005).

YK kavramlarıyla sosyal bilimciler, felsefeciler ve politikacılar, 1960 ve 1970'li yıllarda ilgilenmeye başlamışlardır. Daha önceleri yaşam kalitesi geri kalmış, gelir dağılımı eşit olmayan ülkelerin sorunu olarak görülüyorken Sosyal Devlet kavramının gelişmesi, sosyal ve iyilik hakkındaki belirleyicileri harekete geçirmiştir (Kesler ve ark.1994 aktaran Top ve ark., 2003). YK Kavramı ilk kez Thorndike tarafından sosyal çevrenin bireylerde yansıyan tepkisi olarak tanımlanmıştır (Öksüz ve Malhan, 2005).

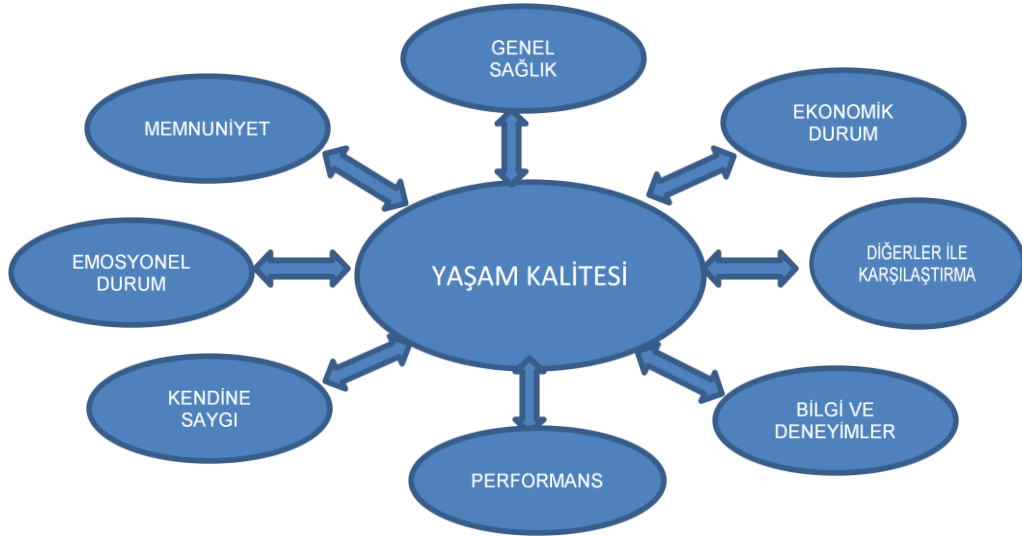
Ancak terim olarak YK, ilk olarak Priestley'in 1943' deki “Cumartesi Işıkları” (Daylight on Saturday) oyununda kullanıldığı belirtilmektedir (Gerharz ve Emberton, 1999 aktaran Özüdoğru, 2013). Çağdaş anlamda YK kavramının kullanıldığı ilk belgelerden birinin 1948 yılındaki Dünya Sağlık Örgütünün sağlık kavramının tanımında geçtiğini kabul edilmektedir (Akyüz, 2006).

Tıpta YK terimini ise teknolojik gelişmenin adeta insanın temel ihtiyaçlarının önüne geçtiği bir dönem olan 1964 yılında ilk kullanan kişi, transplantasyon tıbbının tartışıldığı "Tıp ve Yaşam Kalitesi" adlı makalesi ile, JR Elkinton olmuştur (Kesler ve ark., 1994 aktaran Top ve ark., 2003).

Yaşam kalitesi hakkındaki yayınlar çok hızlı bir gelişme göstermektedir. Bu gelişim 1990'larda giderek artmıştır. Hatta 1992'de sadece sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmaları yayınlayan "International Society of Quality of life" adlı bilimsel bir dergi yayına başlamıştır (Top ve ark., 2003).

1.2.1 Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

YK objektif ve subjektif göstergelere sahiptir. YK'nın objektif göstergeleri; fiziksel aktivite yapabilme becerisi, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizlik, hastalık semptomları, sağlık durumu ile algıları içeren fizyolojik konuları içermektedir. Subjektif göstergeler ise; duygusal iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları içermektedir (Glenda, 1993; Testa ve Simonson, 1996).



Şekil 1.1: Yaşam kalitesini etkileyen faktörler.

Yaşam kalitesinin tüm yönlerini değerlendirmede gerekli olduğu varsayılan özellikleri saptayarak farklı bir yaklaşım geliştiren Glenda (1993); bireyin memnuniyetinin, önceki bilgi ve deneyimlerden, performans yeteneğinden, başka bireyler ile karşılaştırmasından, kendine saygısından, genel sağlığından, duygusal ve ekonomik durumlarından etkilendiğini belirtmektedir.

1.2.1.1 Yaşam kalitesini azaltan durumlar

Kişilerin yaşam kalitesi yaşam tarzı değişikliklerinden etkilenecek yetersiz hale gelebilmektedir. Bu durumlarda sağlık çalışanları yaşam kalitesini yükseltmek için tedavi ve bakımla, kişileri yetersiz olduğu konularda yeterli hale getirmek için çalışmaktadır. Yaşam Kalitesini azaltan durumlar şunlardır:

1. Temel gereksinimlerin karşılanmaması,
2. Kronik yorgunluk ve bitkinlik,
3. Beden imgesinin değişmesi,
4. Öz bakım davranışları ile günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği,
5. Seksüel fonksiyonlarda bozulma,
6. Destek sistemlerindeki yetersizlikler,
7. Akut ya da kronik sağlık sorunları,
8. Geleceğe ait ilgili kaygılar (Akdemir ve Birol, 2003 aktaran Savcı A., 2006).

1.2.1.2 Yaşam kalitesini arttıran durumlar

Yaşam kalitesinin artabilmesi için şu durumların olması gerekmektedir:

1. Fonksiyonel olarak yeterli olma,
2. Güven içinde yaşama,
3. Ekonomik ve sosyal güvence içinde olma,
4. Rahatlık ve gereken konfora sahip olma,
5. Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olma,
6. Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olma,
7. Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin içinde olma,
8. Mahremiyete değer verilmesi,
9. Kendini ifade edebilme,
10. Özgün bir birey olarak algılanma,
11. Huzur içinde olma, inanç ve değerlere saygı gösterilmesi,
12. İtibar görme (Akdemir ve Birol, 2003 aktaran Savcı A., 2006).

1.2.2 Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi:

Yaşam kalitesinin belirleyicileri kısıden kişiye hatta bireyin yaşamı süresince dönemden döneme bile değişiklik gösterdiğinden ve soyut bir kavram olduğundan dolayı, yaşam kalitesini ölçmek için farklı bir takım ölçeklerin geliştirilmesi ihtiyacı

ortaya çıkmıştır (Bilir ve ark., 2005). Günümüzde gittikçe artan oranda, sosyolojik yaklaşımlar yaşam kalitesi araştırmalarına ağırlık vermektedir (Öksüz ve Malhan, 2005).

YK'nın değerlendirmeleri genel olarak üç araştırma tasarımı içinde kullanılmaktadır. Bunlar:

1. Geniş örneklerle gerçekleştirilen ve YK'yı belirleyen bileşenleri tanımlayan kesitsel ya da randomize olmayan longitudinal araştırmalar,
2. Bir programın ya da tedavinin sağlık üzerine etkilerini değerlendiren maliyet-etkinlik ile maliyet-yarar araştırmaları,
3. Randomize kontrollü klinik girişimlerdir (Testa ve Nackley, 1994).

Geçmişte yaşam kalitesi kavramı daha dar kapsamlı olarak ele alınmaktaydı. Genellikle hastalıklara özel olarak düşünülmekte ve bu soyut kavramın ölçülmesi sıklıkla klinisyenlerin gözlemlerine dayanmaktaydı. Günümüzde yaşam kalitesini değerlendirmekte kullanılan çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi ölçekleri, uygulandıkları topluluklara göre genel ve özgün olarak gruplanabilmektedir (Bilir ve ark., 2005):

a.Genel yaşam kalitesi ölçekleri: Birçok boyutu içeren, geniş bir soru yelpazesine sahiplerdir. Örnek olarak; DSÖ Yaşam Kalitesi İndeksi, Nottingham Sağlık Profili, toplumda ve farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapmak amacıyla oluşturulmuştur.

b.Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri: Bu ölçekler belli bir hastalığa, popülasyona, semptom ve problemle ilişkili sağlık boyutlarına odaklanmaktadır. Hastanın durumundaki değişmeyi genel ölçeklerden daha net olarak belirlemektedirler (Arslan ve Kutsal-Gökçe, 1999).

YK'nın değerlendirilmesi ile ilgili fikir birliğine varılamamıştır. Yaşam kalitesi değerlendirildiğinde içine girebilecek konular belirlenecek olursa fiziksel fonksiyon ve semptomlar, emosyonel davranışsal entellektüel fonksiyonlar, sosyal fonksiyon ve destek varlığını, yaşam doyumu, sağlıkla ilgili algılar, ekonomik durum, ilgi alanları ve boş zamanların, enerji ve vitalitenin de içinde bulunduğu görülmektedir. Bireylerin yaşam kalitesi çeşitli ölçekler kullanılarak puanlanmakta ve değerlendirilmektedir. Bu ölçeklerde; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel fonksiyon, mental sağlık durumu, zindelik, yorgunluk, ağrı ve genel sağlık algısı gibi konular ele alınmaktadır (Demirkıran, 2012).

Bu gün dünyada kullanılan en popüler yaşam kalitesi ölçeklerinden bazıları şunlardır:

1. Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile)(HIP) (Bergner ve ark. 1976, 1981),
2. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham HealthProfile) (NSP) (Hunt ve ark. 1981),
3. McMaster Sağlık İndeksi Anketi (McMaster Health Index Questionnaire),
4. Duke Sağlık Profili (Duke Health Profile),
5. 36-maddelik Araştırma Kısa Formu (SF-36),
6. The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire,
7. Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği (EuroQol)(EuroQoL Group 1990),
8. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL),
9. Dortmund CCOP İşlev Kartları (COOP Charts) (Top ve ark., 2003).

Türkiye’de yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Klinik çalışmalarda genel olarak en yaygın kullanılan ölçeklerden biri kısa form 36 (SF-36)’dır (Bilir ve ark., 2005).

1.2.2.1 Yaşam kalitesi ölçümlerinin kullanım alanları

Yıllarca YK’yı konu edinmiş olan bilim dalları konuya kendi disiplinleri açısından yaklaşmışlardır. Sosyoloji YK’nın refahla ilişkisine önem verirken, fizyoloji ise temel olarak kişilerin büyüme ve gelişmelerine olan ilgisine odaklanmıştır. Tıp ise sağlığın, semptomların, hastalıkların uygulanan tedavilerin YK ile olan ilişkisine yönelmiştir. YK değerlendirmeleri, ihtiyaçların, hem sistem hem de bireysel düzeyde uygulanan girişim stratejileri sonuçlarının değerlendirilmesinde faydalı olmaktadır. Bu ölçümler sunulan hizmetin yeterliliği ve hizmetin geliştirilmesinin etkileri ile ilgili geri bildirim alınmasını sağlamaktadır. YK ölçümlerinin gün geçtikçe artmakta olan kullanım alanları şunlardır:

1. Bireysel bakımında oluşabilecek psikososyal problemlerin izlenmesi ve tanınması esnasında,
2. Bilinen sağlık problemlerine yönelik yürütülen toplum tabanlı çalışmalarda,
3. Tıbbi değerlendirmeler esnasında,
4. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik araştırmalarda,

5. Özellikle kronik hastalıklarda hastalığın prognozunun izlenmesi ve tedavi yönteminin belirlenmesinde,
6. Klinik araştırmalarda,
7. Maliyet kullanım analizlerinde (şahin, 1997 aktaran Savcı A. , 2006).

1.3 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi:

SİYK ölçümleri hem farklı sağlık programlarının sağlık kaynaklarını yönetimi konusunda hem de tedavi etkilerinin daha ayrıntılı değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Öksüz ve Malhan, 2005). SYK birey ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır ve bir bütün olarak yaşam kalitesi ve onun belirleyicilerinin gerek bedensel, gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıkça gösterilmiş olan yönlerini içermektedir (Göçgeldi ve ark., 2008). SYK, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarını yerine getirmekteki kapasitesini ve bu kapasiteyle ilgili kendine yönelik algısını ifade eder (Avcı ve Pala, 2004).

SİYK, bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir ve bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkilidir (Mehmet ve ark., 2008). SİYK, kişinin kendisini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış ile ilgilidir. SİYK sadece hastalığın olmamasının yanında, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşamdan aldığı memnuniyetini kapsamaktadır (Peel ve ark., 2007 aktaran Ercan, 2010).

SİYK ölçümü gereksinimi ortaya 1970’li yılların başlarından bugüne kadar üç önemli nedenle klinik araştırmalarda ve epidemiyolojik çalışmalarda başvurulan genel araçlardan biri haline gelmiştir. Bunlardan ilki, sağlık hizmet giderlerindeki artış, ikincisi günümüzde sağlık teknolojisindeki gelişime bağlı olarak yaşamın süresinden çok kalitesine önem verilmesi ve üçüncüsü ise sağlık teknolojileri arasındaki karşılaştırmalardır (Acaray, 2003 aktaran Demirkıran, 2012).

YK’ya ilginin son yıllarda artmasının nedenlerinden biri de, teknolojik gelişmeye paralel olarak sağlık alanında da önemli ilerlemeler kaydedilmesidir. Artık çoğu hastalık tedavi edilebilmektedir ve buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Böylelikle hastaların YK’sı giderek daha önemli bir hale gelmiştir. Sonuçta günümüzde tıbbi tedavinin değerlendirilmesinde sadece fiziksel ve fizyolojik parametrelerin ölçümü ile saptanan; yakınmaların azaltılması veya yaşam süresinin uzatılması gibi göstergeler yetersiz kalmaktadır. Hastanın bakış açısını da katan yeni

kriterlerin bu değerlendirmeye dahil edilmesi gerekmektedir. Artık tıbbi bakım ve tedavinin birincil amacı sadece yaşam sũresini uzatmak değil, YK'nın da birlikte sağlanması olmalıdır (Mũezzinoglu, 2004).

SİYK'nın ölçũmũ için sıklıkla kullanılan SF-36, SF-12, Dünya Sağlık Örgütũ Yaşam Kalitesi ölçęęi (WHOQOL) ve Nottingham Sağlık Profili genel amaçlı ölçeklerdir (Eser, 2006). Sağlık bakım araştırmalarında en çok bilinen ve en yaygın kullanılan sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitesi ölçęęi ise SF-36 dır (Ergũn ve ark., 2011).

1.4 Fiziksel Aktivite İle Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi algısında sağlığın önemli bir yeri vardır ve sağlık, hayat tarzımızla, davranışlarımızla, etkilediğimiz çevremizle çok sıkı bir ilişki halindedir. Bu nedenle, zaman içerisinde davranışlarımız ve yaşantımızda meydana gelen değişiklikler sağlık konusunda çok yeni boyutların oluşmasına sebep olmuştur. Yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz etkileyen unsurlar arasında kentleşme ve durağan yaşam tarzının getirileri önemlidir (Zorba, 2008)

Fiziksel aktivitenin sağlıkla ilgili yararlarının araştırılmasında öncelikle, koroner kalp hastalığı, obezite ve diyabet hastalıkları üzerindeki etkisi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Ancak ruh sağlığı bozukluklarında da fiziksel aktivitenin araştırılması gerekmektedir. Klinik depresyon tedavisinde fiziksel aktivitenin etkisi olmaktadır. (Fox, 1999). Fiziksel aktivite, ruh sağlığını korumak ve geliştirmek için bir araç olarak savunulmaktadır. Araştırma bulguları, fiziksel aktivitede bulunmanın, ruh hali ve özgũven dahil olmak üzere ruh sağlığını iyileştirme sũreleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Raglin, 1990). Araştırma sonuçları dũzenli fiziksel aktivitenin, depresyon ve anksiyete tedavisinde ve genel olarak ruhsal refahı geliştirmek için uygun bir araç olduğunun kabul edildiğini göstermektedir (Fox, 1999).

İnsan vũcudu doğuştan gelen özellikleri ile sũrekli hareket etmek ihtiyacındadır (Zorba, 2006). İnsan yapısı açık bir şekilde fiziksel aktivite için tasarlanmıştır. Geçen yıllar içerisinde, geniş topluluklar üzerinde yapılan ve diğer deneysel çalışmalarda bulunduğu gibi hareketsizliğin hastalık ve erken ölüme neden olduğu kanıtlanmıştır. Özellikle orta yaş ve sonrası kabul edilebilir düzeyde fiziksel aktivite yapan kişilerde, erken ölümlerin ve ciddi hastalıkların önleminde aktivitenin iki kat daha etkili olduğu görũlmüřtür (Akyol ve ark., 2008).

Hareketsiz yaşam tarzı beraberinde birçok sağlık sorununu da getirmektedir. İnsanın; anatomik, fizyolojik ve psikolojik yönden iyi durumda olması, etkinliklerini sürdürebilmesi ve gereken hallerde, yedek gücünü ortaya koyabilmesi için harekete, hareketli olabilmek için ise düzenli egzersize gereksinimi vardır. Hareketsiz yaşamın neden olduğu sağlık sorunlarının (obezite, vücut kompozisyonu bozuklukları, erken kemik erimesi, bel ve sırt ağrıları, hipertansiyon, kötü kolesterol artışı, şeker hastalığı, kas-iskelet problemleri, kalp-damar rahatsızlıkları, psiko-sosyal bozukluklar) giderilmesinde, fiziksel aktivite ve spor, koruyucu ve tedavi edici özellikleri ile rekreatif etkinlikler içinde çok önemli bir yere sahiptir (Zorba, 2008).

Düzenli yapılan fiziksel aktivitelerin sağlıklı ve kaliteli yaşam biçimine olan bazı katkıları şöyle özetlenebilir;

1. Düzenli aktivite yapan bireyler sigara bağımlılığından kurtulma konusunda inaktif bireylerden daha başarılı olurlar,
2. Kas kasılması ve aktivitenin etkisiyle kemik mineral yoğunluğunu korur ve osteoporozu (kemik erimesi) önler,
3. Yüksek kolesterol ve trigliserit düzeyine etki ederek damar hastalıkları riskini azaltır,
4. Kilo kontrolünde yardımcı olur,
5. Düzenli fiziksel aktivite insülin aktivitesinin kontrolünü sağlayarak şeker hastalığının ve kan şekerinin kontrolüne yardımcı olur,
6. Kadınlarda menopoza girme başlangıç yaşını geciktirir, menopozun olumsuz etkilerinin hafifletilmesinde yardımcıdır,
7. Olası ani ve sistemik hastalıklar nedeniyle ölüm riskini azaltır,
8. Aktif yaşayan bireylerde vücudun oksijen kullanma yeteneği arttığı için vücudun direnci artar ve enfeksiyonlara karşı koruma gelişir,
9. Kanseri gelişim riskini azaltır ve kansere karşı koruma sağlar,
10. Depresyon, anksiyete ile başa çıkma gücünü artırır, bireylerin yaşamdan keyif almasını sağlar,
11. Kendini iyi hissetme ve mutluluk yaratır,
12. Olumlu düşünme ve stresle başa çıkma yeteneğini geliştirir,
13. Sağlıklı yaşlanmayı beraberinde getirerek aktif ve bağımlı yaşlı bireyler yaratır (Sağlık Müdürlüğü, 2011).

Fiziksel aktivitenin yararları değerlendirildiğinde, daha sağlıklı bireyler ve daha sağlıklı toplum için, bireylerin en uygun düzeyde fiziksel aktiviteye teşvik

edilmeleri gerekmektedir. Yaşam süresinin uzatılması ve kaliteli yaşam için bunun gerekliliği apaçık ortadadır (Vural, 2010).

Düzenli spor alışkanlığı genel olarak vücut düzgünlüğünü arttırarak, sağlam bir fiziksel yapının gelişimine olanak sağlamaktadır. Spor sonrası salınan endorfin ve opioidler ağrı eşiğini yükseltmekte ve psikolojik olarak genel bir iyilik hali yaratmaktadır (Özer ve Baltacı, 2008). Bir bireyin yüksek yaşam kalitesine sahip olmak adına; geleceği için yapabileceği en iyi yatırım düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmaktır. Haftada 3-4 kez yapılan, 30-60 dakikalık orta şiddette fiziksel aktivite bile genellikle sağlığımız üzerinde olumlu etki açığa çıkarmaya yetmektedir (Bek, 2008).

İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Yeri

Araştırma; tek merkezli olarak Ankara GATA yerleşkesi içerisinde yer alan Gülhane Askeri Tıp Fakültesi (GATF) Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli sağlık çalışanları üzerinde yapılmıştır.

2.2 Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

2.3 Araştırmanın Evreni ve Örnek Seçimi

Araştırmanın evrenini GATF Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan; doktor, yardımcı sağlık personeli (hemşire, acil tıp teknikeri, laborant, biyolog, sağlık memuru) ve idari personel (tıbbi sekreter, veri hazırlama kontrol işletmeni, idari işler sorumlusu) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise çalışanlardan, herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmayan, düzenli fiziksel aktivite yapan ve IPAQ kısa form sonucunda fiziksel aktivitesi yüksek çıkan 30 personel ile söz konusu her bir personele karşılık sosyo demografik (yaş, cinsiyet, meslek) özellikleri benzer ve hastanede aynı birimde çalışan fiziksel aktivite düzeyi yüksek olmayan 3 personel seçilerek toplamda 120 personel oluşturmuştur.

Tablo 2.1: Örnekleme ait bilgiler

Cinsiyet	Erkek		Kadın	
	Çok Aktif	Çok Aktif Olmayan	Çok Aktif	Çok Aktif Olmayan
Doktor	6	18	3	9
Yrd.Sağ.Per.	7	21	4	12
İdari Per.	6	18	4	12
Toplam	19	57	11	33
Genel Toplam	76		44	

Araştırmaya katılan 120 personel FA (IPAQ) durumlarına göre, 61 (%50,8)'i inaktif, 29 (%24,2)'u minimal aktif ve 30 (%25,0) personel ise çok aktif olarak kategorilendirilmiştir. Bu kategori sonucu iki grup oluşturulmuştur. Birinci grup, inaktif ve minimal aktif kategorisine giren 90 (%75,0) personeli kapsamaktadır ve yeterli FA yapmayan (düşük) grup olarak adlandırılmıştır. İkinci grup ise çok aktif kategorisine giren 30 (%25,0) personeli kapsamaktadır ve yeterli fiziksel aktivite yapan (yüksek) grup olarak adlandırılmıştır. (Tablo 2.2)

Tablo 2.2: Örneklemin ve grupların FA bilgileri

İnaktif		Minimal Aktif		Çok Aktif		FA Düşük Grup		FA Yüksek Grup	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
61	50,8	29	24,2	30	25,0	90	75,0	30	25,0

2.4 Araştırma Soruları

Konu ile ilgili literatür taraması sonucunda, araştırmamızda incelenmek üzere aşağıdaki sorular oluşturulmuştur.

1. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

2. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaş, boy, kilo ve BMI açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
3. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında günlük oturma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
4. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
5. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında eğitim durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
6. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında meslek grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
7. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaş ile yaşam kalitesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
8. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
9. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
10. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi bedensel ağrı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
11. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi genel sağlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
12. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi mental sağlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
13. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
14. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi sosyal fonksiyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
15. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi canlılık/enerji puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
16. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi toplam fiziksel sağlık puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark var mıdır?
17. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi toplam mental sağlık puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark var mıdır?

18. Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

19. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

20. Katılımcıların BMI (Vücut Kitle İndeksi) ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

21. Katılımcıların eğitim durumları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

22. Katılımcıların medeni durumları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

2.5 Araştırma İle İlgili İzinlerin Alınması

Çalışmanın GATF Eğitim ve Araştırma Hastanesi personeline yapılması için gerekli izinler alınmış olup; GATA Askeri Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 16 Aralık 2013 tarihli 29'ncü oturumu ile 25 Aralık 2013 tarih ve EĞT.ÖĞT:50687469-1491-2683/1648.4-2844 sayılı onayı EK-A 'dır.

Çalışmada kullanılacak soru formları için GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Komisyonundan alınan 31 Ocak 2014 tarih ve 50687469-3730-253-14/ Mzn. Son (4) (1648-214) sayılı onay EK-B'dir.

2.6 Tez Zaman Çizelgesi

Araştırmaya ait tez zaman çizelgesi EK-C'de sunulmuştur.

2.7 Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Veriler 2 aylık süre içerisinde GATA yerleşkesinin içinde yer alan GATF Eğitim Araştırma Hastanesi personeline ulaşılarak, gönüllü olan ve herhangi bir kronik rahatsızlığı olmayan katılımcılarla yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir.

Veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm altı sorudan oluşmakta ve sosyo-demografik özellikleri sorgulamaktadır. İkinci bölüm katılımcının fiziksel aktivite düzeyini ölçmeyi amaçlayan "Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ Short Form - International Physical Activity Questionnaire Short Form)" dan oluşmakta, son bölüm ise yaşam

kalitesi değişkeniyle ilgili verileri sağlayan “Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36” dan oluşmaktadır.(EK-D)

Veri toplama formunun ön denemesi Aralık 2013’te GATF Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığında görevli personel (n=16) üzerinde yapılmış ve anlaşılmayan bir soru olmadığı tespit edilmiştir.

Veri formlarını yanıtlayan katılımcıların; zayıf, normal, fazla kilolu, obez ve aşırı obez olma özelliklerini sınıflandırmak için basit bir endeks olan ve bireylerin sosyodemografik özelliklerinden vücut ağırlığı (kg) / [boy (m)]² formülü ile elde edilen vücut kitle indeksi (VKİ) (Body Mass Index: BMI) kullanılmıştır. Elde edilen BMİ değeri DSÖ tarafından kabul edilen sınıflama doğrultusunda değerlendirilmiş ve katılımcılar;

1. <18,5 zayıf,
2. 18,6-24,9 arası normal,
3. 25-29,9 arası fazla kilolu,
4. 30-39,9 obez,
5. ≥40 ise aşırı obez olarak sınıflanmıştır (WHO, 2006)

2.7.1 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyet, yaş, boy ve kilo, meslek, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik özellikleri konusunda veri sağlamak amacıyla düzenlenmiştir.

2.7.2 Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ Short Form)

Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ Short Form-International Physical Activity Questionnaire Short Form) küresel bir sorun haline gelen fiziksel hareketsizliğin uluslararası karşılaştırılmasında karışıklığı önlemek ve 15-69 yaş aralığındaki katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Craig ve ark., 2003; IPAQ, 2005).

IPAQ nun gelişimi, Dr. Micheal Booth (Sidney – Avustralya) 1996 yılında, toplumun sağlık ve fiziksel aktivite düzeylerini ve bunların arasındaki ilişkisini incelemek için güvenilir ve geçerli bir anket tasarlaması ile başlamıştır. Tasarlanan bu ankete dayanarak, bir yıl sonra Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Grubu IPAQ’yu geliştirmişlerdir (Ataman, 2009). IPAQ geliştirme çalışmalarını 6

kıtada bulunan 12 ülkede yapılan geçerlik güvenirlik çalışmaları izlemiştir. Sonuçlar ölçeğin toplumda fiziksel aktiviteye katılma yaygınlığını gösterebileceğini ve bu amaçla ölçeğin birçok farklı kültür ve ortamda uygulanabileceğini göstermiştir (IPAQ, 2005). IPAQ anketi tek bir kültür veya dile odaklanmayıp bütün dillerde aynı şekilde yorumlanmaktadır. Dünyanın her yerinde insanlar tarafından yapılan birçok fiziksel aktivite tipi bulunduğundan, ankette farklı fiziksel aktivite tiplerini yerleştirmek için şiddetleri (hafif, orta, şiddetli) dikkate alınmıştır (Öztürk, 2005).

Anket büyük gruplar ya da toplumların fiziksel aktivitesini ölçmek için en uygun araçtır. IPAQ, fiziksel hareketsizlikle ilgili küresel talebe yanıt olarak, gözetim faaliyetleri için geliştirilen ve çeşitli yaşam alanları arasında sağlığı arttırıcı nitelikte fiziksel aktivite ile ilgili politikalar geliştirmek için rehber niteliğindedir (IPAQ, 2005). Anket kısa form ve uzun form olmak üzere iki form yapısına sahiptir. Kısa form yapısı 7 sorudan oluşmaktadır ve anket uygulaması telefonla da yapılacak şekilde tasarlanmıştır. Uzun form ise 27 sorudan oluşmaktadır ve değerlendirme amaçları için gerekli olan bilgiyi daha ayrıntılı sağlayacak şekilde yüz yüze anket uygulamaları için geliştirilmiştir (Craig ve ark., 2003).

IPAQ üzerinde test – tekrar test yöntemiyle yapılan güvenirlik ve geçerlik çalışmaları neticesinde; fiziksel aktiviteyi belirlemek için güvenilir ve geçerli bir yöntem olduğu açıklanmıştır (Topsaç, 2013). Araştırmada kullanılan IPAQ anketinin geçerliliği ve güvenirliliği çalışması 2005 yılında üniversitelerde eğitim-öğretim gören öğrenciler üzerinde Öztürk tarafından yapılmıştır. IPAQ kısa ve uzun formları tekrar edilebilir ve karşılaştırabilir veri sağlamaktadır (kısa form için $r=0.69$, uzun form için $r=0.64$). Kriter geçerliği kısa formda $r=0.30$, uzun formda $r=0.29$ olduğu bulunmuştur (Öztürk, 2005).

2.7.2.1 IPAQ puanlaması

IPAQ anketi değerlendirme protokolü 2005 yılı Kasım ayında yeniden düzenlenmiş olup kısa ve uzun formları için birleşik bir protokol oluşturulmuştur. Uzun formda ev isi, bahçe isi, iş aktivitesi, ulaşım ve boş zaman aktiviteleri detaylı değerlendirilmektedir. Toplam skorun hesaplanması tüm alanlarda aktivitenin tüm tipleri için süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Kısa form yürüme, orta şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Kısa formun toplam skorunun hesaplanmasında yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ile frekans (günler) toplamını

içermektedir. Aktiviteler için gerekli olan enerji MET-dakika skoru ile hesaplanmaktadır (IPAQ, 2005).

Aktivitelerin değerlendirilmesinde her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dk yapılması ölçüt alınmaktadır. Dakika, gün ve MET değeri (istirahat oksijen tüketiminin katları) çarpılarak “METdakika/hafta” olarak bir skor elde edilmektedir (Craig, et al., 2003).

Aktiviteler için standart MET değerleri belirlenmiştir:

Tablo 2.3: Standart MET değerleri.

AKTİVİTE	Yürüme	Orta Şiddetli FA	Şiddetli FA	Oturma
MET DEĞERİ	3.3	4.0	8.0	1.5

Bu standart değerler kullanılarak aktivite seviyesi hesaplanabilmektedir.

MET dk/hafta skoru: MET değeri x aktivite süresi x yapılan gün sayısı ile bulunur.

Yürüme MET-dk/hafta = 3.3 x yürüme dakikası x yürüme gün sayısı.

Orta şiddetli MET-dk/hafta = 4.0 x orta şiddetli aktivite dakikası x orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı.

Şiddetli MET-dk/hafta = 8.0 x şiddetli aktivite dakikası x şiddetli aktivite yapılan gün sayısı.

Toplam fiziksel aktivite MET-dk/hafta = toplam yürüme MET + toplam orta şiddetli MET+ şiddetli MET. (IPAQ, 2005).

Oturma sorusu ek bir belirleyicidir. Oturma puanı fiziksel aktivitenin skorlamasının bir parçasında yer almaz. Oturma verisi ortanca ve çeyrekliklerle rapor edilmemektedir. Sedanter davranış düzeyi (oturma) ayrı olarak hesaplanmaktadır ve kategorisel seviye olarak gösterilen kabul edilmiş bir eşik değeri yoktur.

Bulunan sayısal verilerle üç seviyeden oluşan kategorik değerlendirme (sınıflama) yapılır. Bunlar:

Kategori 1 (Yetersiz Fiziksel Aktivite (İnaktif)): Bu fiziksel aktivitenin en düşük seviyesidir. Bu bireyler kategori 2 veya 3'teki kriterleri karşılamazlar ve inaktif olarak nitelendirilirler.

Kategori 2 (Minimal Aktif): Belirtilen 3 kriterden herhangi birine girenler minimal aktif olarak nitelendirilirler:

- a. 3 veya daha fazla günde en az 20 dakikalık şiddetli aktivite yapmak,
- b. 5 veya daha fazla günde orta şiddetli aktivite veya günde en az 30 dakikalık yürümenin yapılması,
- c. Minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla günde yürüme ve orta şiddetli aktivitenin birleşimi.

Kategori 3 (Çok Aktif): Sağlıkla ilgili yararların sağlanmasında gereken düzeydir ve yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Çok aktif olarak nitelendirilmek için 2 kriter vardır:

- a. Minimum 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivitede bulunmak veya
- b. Minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin birleşimi. (IPAQ, 2005).

2.7.3 SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi

36 maddelik Kısa Form 36 (SF-36) yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. SF-36 klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikası değerlendirmelerinde ve genel nüfus anketlerinde kullanılabilir (Ware ve Sherbourne, 1992).

149 madde ile 1990 yılında başlanan çalışmalarla 22.000'i aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalar ve faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkartılarak SF-36 oluşturulmuştur (Aydemir, aktaran Aksu, 2008). Ölçek, 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Bowling, 1997 aktaran Göçgeldi ve ark., 2008).

SF-36' nın özelliklerinin başında kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir (Koltarla, 2008). SF-36 herhangi bir hastalık veya tedavi grubuna ve yaşa özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içermektedir. Ölçeğin son 4 haftayı değerlendiren standart versiyonunun yanı sıra son 1 haftayı değerlendiren akut versiyonu da mevcuttur. SF 36 geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür (Başaran ve ark., 2005).

Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği çalışmaları Koçyiğit ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır. SF-36 ile ilgili uluslararası geçerlilik çalışmalarında yöntem olarak daha çok ölçüt geçerliliği, yapı geçerliliği, test- tekrar test geçerliliği

ile birlikte geçerlilik ve ayırt edici geçerlilik kullanılmış olup sonuçlarda SF-36 'nın Türkçe için geçerli olduğu görülmüştür (Bozdemir, 2006).

SF 36 fiziksel ve mental sağlık sorgulamaları içerir ve toplamda sekiz alt ölçüğe ayrılır:

A. Fiziksel Sağlık

1. Fiziksel fonksiyon (FF)
2. Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (FFBRK),
3. Bedensel ağrı (BA)
4. Genel sağlık (GS)

B. Mental Sağlık

5. Mental sağlık (MS)
6. Sosyal fonksiyon (SF)
7. Emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (EFBRK),
8. Canlılık/enerji (CE). (Koçyiğit ve ark., 1999).

2.7.3.1 SF 36 puanlaması

Yaşam kalitesinin sekiz farklı bileşende incelendiği bu ölçekte yüksek puanlar daha iyi bir düzeyi gösterir. Ölçeğin değerlendirilmesi her bölüm için farklıdır. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır olarak, diğer sorular likert tipi (3,5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d, maddeleri ise ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. Ölçekte 100 puan üzerinden puanlama yapılmaktadır ve alınan puanlar her bileşen için 0 ile 100 puan arasında değişmekte olup toplam puan hesaplaması söz konusu değildir. Bu ölçekte yüksek puanlar (100=iyi sağlık durumu) sağlıkta daha iyi bir düzeyi isaret eder, düşük puanlar (0=kötü sağlık durumu) ise sağlıktaki bozulmayı göstermektedir (Bilir ve ark., 2005; Özüdoğru, 2013).

Değerlendirme için soruların birleştirilmesi şöyledir:

Tablo 2.4 : Fiziksel sağlık soruları

Ölçek (boyut)	Sorular	Toplam
Fiziksel Fonksiyon (FF)	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10
Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı (FFBRK)	4(a+b+c+d)	4
Bedensel Ağrı (BA)	7+8	2
Genel Sağlık (GS)	1+2+11(a+b+c+d)	6

Tablo 2.5: Mental sağlık soruları

Ölçek (boyut)	Sorular	Toplam
Mental Sağlık (MS)	9(b+c+d+f+h)	5
Sosyal Fonksiyon (SF)	6+10	2
Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı (EFBRK)	5(a+b+c)	3
Canlılık/Enerji (CE)	9(a+e+g+i)	4

SF-36 YK anketi alt ölçeklerinin puanlamasına ait çıkarılan anlamlar Tablo 2.6 da gösterilmiştir.

Tablo 2.6: SF-36 YK anketi alt ölçeklerinin puanlamasına ait anlamlar. (İnan, 2003).

Ölçek (boyut)	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel Fonksiyon	Yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel aktiviteleri yerine getirmede yaşanan kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel aktiviteleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte yada diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte veya diğer günlük aktivitede sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı, olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Bedensel Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı olması	Ağrı olmaması yada ağrıya bağlı kısıtlılığın olmaması
Mental Sağlık	Sürekli sinirlilik yada depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	Emosyonel sorunlar sonucu işte yada diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Emosyonel sorunlar sonucu işte yada diğer günlük aktivitelerde sorun olmaması
Canlılık/Enerji	Sürekli olarak yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli olarak canlı ve enerjik hissetme
Genel Sağlık	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek daha da kötüleşeceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma

2.8 Sınırlılıklar

Çalışma Ankara GATF Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ile sınırlıdır.

Fiziksel aktivite düzeyi ile ilgili değişkenler IPAQ'nun ölçtüğü değişkenlerle sınırlıdır.

Yaşam kalitesi ile ilgili değişkenler SF-36'nun ölçtüğü değişkenlerle sınırlıdır.

Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ile ilgili verilerin sağlanması için kullanılan IPAQ anketi son yedi gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir. Anket uygulamasının kış mevsiminde yapılmış olması sebebi ile fiziksel aktivite düzeylerinin etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür.

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği değişkenleri, bir soru hariç son dört hafta içerisindeki zaman için veriler sağladığından, katılımcıların cevaplarının anketin doldurulması esnasındaki durumlarından etkilenebileceği düşünülmüştür.

Verilerin elde edilmesinde sadece katılımcıların kendi bildirimleri esas alındığından, bireylerin özellikle fiziksel aktivite anketindeki süre ve sıklık gibi beyan ettikleri değerlerin doğru olarak hatırlandığı kabul edilmiştir.

2.9 İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences version 22.0 for Windows) paket programı kullanılmıştır.

Tanımlayıcı istatistiklerde kesikli veriler (cinsiyet, meslek, vücut kitle indeksi, grup, eğitim durumu, medeni hal, fiziksel aktivite) sayı ve yüzde ile sürekli veriler (Yaş, FF, FFBRK, BA, GS, MS, SF, EFBRK, CE) ise ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir.

Fiziksel aktivite durumlarına göre kesikli değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında ki-kare testi, sürekli verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında ise bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonrası anlamlı fark tespit edildiğinde bu farkın hangi ikili grup arasından kaynaklandığının tespitinde Post Hoc test olarak Tukey HSD kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alınmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmaya katılan 120 personelin, 76 (%63,3)'sı erkek ve 44 (%36,7)'ü kadındır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelden, 57 (%63,3)'si erkek, 33 (36,7)'ü ise kadındır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelden, 19 (%63,3)'u erkek, 11(%36,7)'i ise kadındır. Cinsiyet durumuna göre yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grup ile yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grup arasında istatistiksel olarak *anlamlı fark gözlenmemiştir*. (Tablo 3.1), ($X^2=0$)($p=1$)

Tablo 3.1: Fiziksel aktivite gruplarının cinsiyet açısından karşılaştırılması.

Cinsiyet	FA Düşük Grup		FA Yüksek Grup		Genel		p*
	N	%**	N	%**	N	%**	
Erkek	57	63,3	19	63,3	76	63,3	1,0
Kadın	33	36,7	11	36,7	44	36,7	
Toplam	90	100,0	30	100,0	120	100,0	

* ki kare testi

** sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan 120 personelin, yaş ortalamasının 36,09 olduğu, boy ortalamasının 172,48 olduğu, kilo ortalamasının 72,52 olduğu tespit edilmiştir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin, yaş ortalamasının 36,31 olduğu, boy ortalamasının 171,92 olduğu ve kilo ortalamasının 72,91 olduğu tespit edilmiştir. . Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin, yaş ortalamasının 35,43 olduğu, boy ortalamasının 174,16 olduğu ve kilo ortalamasının 71,33 olduğu tespit edilmiştir.

Ortalama yaş, boy ve kilo durumlarına göre yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grup ile yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek grup) grup arasında istatistiksel olarak *anlamlı fark gözlenmemiştir*. (Tablo 3.2), (yaş p=0,397), (boy p=0,385), (kilo p=0,234).

Tablo 3.2: Fiziksel aktivite gruplarının yaş, boy ve kilo açısından karşılaştırılması.

Ortalama Yaş, Boy, Kilo	FA Düşük Grup(N=90)		FAYüksek Grup(N=30)		Genel (N=120)		p*
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
Yaş	36,31	4,96	35,43	4,68	36,09	4,89	0,397
Boy	171,92	8,74	174,16	9,32	172,48	8,90	0,385
Kilo	72,91	14,66	71,33	14,56	72,52	14,59	0,234

* bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin, 4 (%3,3) ‘ü zayıf, 67 (%55,8) ‘si normal, 44 (%36,7) ‘ü fazla kilolu ve 5 (%4,2) personel ise obezdir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin, 3 (%3,3) ‘ü zayıf, 47 (%52,2) ‘si normal, 35 (%38,9) ‘i fazla kilolu, 5 (%5,6) personelin ise obezdir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin, 1 (%3,3) ‘i zayıf, 20 (%66,7) ‘si normal, 9 (%30,0) personel ise fazla kilolu olup obez personel bulunmamaktadır. Vücut Kitle İndeksi (BMİ) durumuna göre yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grup ile yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grup arasında istatistiksel olarak *anlamlı fark gözlenmemiştir*. (Tablo 3.3), ($X^2 = 2,992$), (p=0,393).

Tablo 3.3: Fiziksel aktivite gruplarının BMI açısından karşılaştırılması.

BMI	FA Düşük Grup		FA Yüksek Grup		Genel		P*
	N	%**	N	%**	N	%**	
Zayıf	3	3,3	1	3,3	4	3,3	0,393
Normal	47	52,2	20	66,7	67	55,8	
Fazla Kilolu	35	38,9	9	30,0	44	36,7	
Obez	5	5,6	0	0	5	4,2	
Toplam	90	100,0	30	100,0	120	100,0	

* ki kare testi

** sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan 120 personelin, ortalama günlük oturma süreleri 6,45' dir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 (%75,0) personelin ortalama oturma süreleri 6,38'dir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 (%25,0) personelin, ortalama oturma süreleri 6,66'dır. Ortalama günlük oturma sürelerine göre yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grup ile yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grup arasında istatistiksel olarak *anlamlı fark gözlenmemiştir.*(Tablo 3.4), (p=0,567)

Tablo 3.4: Fiziksel aktivite gruplarının oturma süreleri açısından karşılaştırılması.

	FA Düşük Grup(N=90)		FA Yüksek Grup(N=30)		Genel (N=120)		P*
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
Oturma Saat	6,38	2,85	6,66	2,07	6,45	2,67	0,567

* bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin, 81 (%67,5)'inin evli, 37 (%30,8)'sinin bekar ve 2 (%1,7) personel ise daha öncesinde evli olmasına rağmen araştırmanın yapıldığı anda bekarıdır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelden, 66 (%73,4)'sı evli, 22 (24,4)'si bekar ve 2 (%2,2) personel ise daha öncesinde evli olmasına rağmen araştırmanın yapıldığı anda bekarıdır.

Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelden, 15 (%50,0) personel evli ve 15 (%50,0) personel ise bekar. Medeni duruma göre yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grup ile yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grup arasında istatistiksel olarak *anlamlı fark bulunmuştur*. (Tablo 3.5), ($X^2 = 7,247$), ($p=0,027$)

Tablo 3.5: Fiziksel aktivite gruplarının medeni durumları açısından karşılaştırılması.

Medeni Durum	FA Düşük Grup		FA Yüksek Grup		Genel		P*
	N	%**	N	%**	N	%**	
	Evli	66	73,4	15	50,0	81	
Bekar	22	24,4	15	50,0	37	30,8	
Diğer	2	2,2	0	0	2	1,7	
Toplam	90	100,0	30	100,0	120	100,0	

* ki kare testi

** sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan 120 personelin, eğitim durumu lise düzeyinden başlamıştır ve 8 (%6,7)'i lise, 72 (%60,0)'si önlisans ve lisans, 23 (%19,2)'ü yüksek lisans, 17 (%14,2) personel ise doktora eğitimi almıştır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin eğitim durumu lise düzeyinden başlamıştır ve 8 (%8,9)'i lise, 51 (56,7)'i ön lisans ve lisans, 18 (%20,0)'i yüksek lisans ve 13 (14,4) personel ise doktora eğitimi almıştır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin eğitim durumu ön lisans ve lisans düzeyinden başlamıştır ve 21 (%70,0)'i ön lisans ve lisans, 5 (%16,7)'i yüksek lisans, 4 (%13,3) personel ise doktora eğitimi almıştır. Eğitim durumuna göre yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grup ile yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grup arasında istatistiksel olarak *anlamlı fark gözlenmemiştir*. (Tablo 3.6) ($X^2 = 3,483$) ($p=0,323$)

Tablo 3.6: Fiziksel aktivite gruplarının eğitim durumları açısından karşılaştırılması.

Eğitim	FA Düşük Grup		FA Yüksek Grup		Genel		P*
	N	%**	N	%**	N	%**	
Lise	8	8,9	0	0	8	6,6	
Önlisans Lisans	51	56,7	21	70,0	72	60,0	
Yüksek Lisans	18	20,0	5	16,7	23	19,2	0,323
Doktora	13	14,4	4	13,3	17	14,2	
Toplam	90	100,0	30	100,0	120	100,0	

* ki kare testi

** sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan 120 personelin, 36 (%30)'sı doktor, 44 (%36,7)'ü yardımcı sağlık personeli ve 40 (%33,3)'i ise idari personelden oluşmaktadır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelden, 27(%30)'si doktor, 33 (36,7)'ü yardımcı sağlık personeli, 30 (33,3)'u ise idari personelden oluşmaktadır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelden, 9 (%30,0)'u doktor, 11(%36,7)'i yardımcı sağlık personeli, 10 (%33,3)'u ise idari personelden oluşmaktadır. Meslek durumuna göre yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grup ile yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grup arasında istatistiksel olarak *anlamlı fark gözlenmemiştir*. (Tablo 3.7), ($X^2 = 0$), ($p=1$).

Tablo 3.7: Fiziksel aktivite gruplarının meslek dağılımlarının karşılaştırılması.

Meslek	FA Düşük Grup		FA Yüksek Grup		Genel		p*
	N	%**	N	%**	N	%**	
Doktor	27	30,0	9	30,0	36	30,0	1,0
Yrdc.Sağ.Per.	33	36,7	11	36,7	44	36,7	
İdari Per.	30	33,3	10	33,3	40	33,3	
Toplam	90	100,0	30	100,0	120	100,0	

* ki kare testi

** sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan 120 personelin, Toplam Fiziksel Sağlık Puanları ortalaması 79,07 Toplam Mental Sağlık Puanları ortalaması 57,63'dür. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin, Toplam Fiziksel Sağlık Puanları 75,75 Toplam Mental Sağlık Puanları ortalaması 54,79'dur. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin Toplam Fiziksel Sağlık Puanları ortalaması 89,04'dür. Toplam Mental Sağlık Puanları ortalaması 66,17'dir. FA gruplarının yaşam kalitesi Toplam Fiziksel Sağlık ve Toplam Mental Sağlık puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamli fark bulunmuştur*. (Tablo 3.8) ,(p<0,001).

Tablo 3.8: Fiziksel aktivite gruplarının yaşam kalitesi toplam fiziksel sağlık puanları ile toplam mental sağlık puanlarının karşılaştırılması.

	FA Düşük Grup(N=90)		FA Yüksek Grup(N=30)		Genel (N=120)		p*
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
TFS	75,75	13,33	89,04	5,76	79,07	13,21	<0,001
TMS	54,79	15,42	66,17	8,86	57,63	14,88	<0,001

* bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin, yaş ortalamasının 36,09 'dur. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin, yaş ortalaması 36,31'dir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu

oluşturan 30 personelin yaş ortalaması ise 35,43' dür. FA gruplarının yaşam kalitesi puanları ile yaş ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (Tablo 3.9) ,(p=0,397).

Tablo 3.9: Fiziksel aktivite gruplarının yaş ortalamaları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.

	FA Düşük		FAYüksek		Genel		P*
	Grup(N=90)		Grup(N=30)		(N=120)		
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
Yaş Ortalamaları	36,31	4,96	35,43	4,68	36,09	4,89	0,397

* bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin, Fiziksel Fonksiyon (FF) puanı ortalaması 88,33'dür. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin FF puanı ortalaması 85,16'dır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin FF puanı ortalaması 97,83'dür. FA gruplarının yaşam kalitesi FF puanları karşılaştırıldığında, yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubun lehine istatistiksel olarak *anlamlı fark bulunmuştur*. (Tablo 3.10), (p<0,001)

Tablo 3.10: Fiziksel aktivite gruplarının ortalama yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon puanlarının karşılaştırılması.

	FA Düşük		FAYüksek		Genel		P*
	Grup(N=90)		Grup(N=30)		(N=120)		
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
FF	85,16	14,56	97,83	3,63	88,33	13,86	<0,001

* bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin, Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı (FFBRK) puanı ortalamaları 90,20'dir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin FFBRK puanı ortalaması 86,94'dür. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin FFBRK puanı ortalaması 100,0'dür. FA gruplarının yaşam kalitesi FFBRK puanları karşılaştırıldığında, yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubun lehine istatistiksel olarak *anlamlı fark bulunmuştur*. (Tablo 3.11), (p<0,001)

Tablo 3.11: Fiziksel aktivite gruplarının ortalama yaşam kalitesi fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı puanlarının karşılaştırılması.

	FA Düşük		FAYüksek		Genel		P*
	Grup(N=90)		Grup(N=30)		(N=120)		
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
FFBRK	86,94	17,26	100,0	,0	90,20	15,97	<0,001

* bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin, Bedensel Ağrı (BA) puanı ortalaması 70,43'dür. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin BA puanı ortalaması 68,91'dir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin BA puanı ortalaması 75,0'dir. FA gruplarının yaşam kalitesi BA puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamli fark görülmemiştir*. (Tablo 3.12), (p=0,093)

Tablo 3.12: Fiziksel aktivite gruplarının ortalama yaşam kalitesi bedensel ağrı puanlarının karşılaştırılması.

	FA Düşük		FAYüksek		Genel		P*
	Grup(N=90)		Grup(N=30)		(N=120)		
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
BA	68,91	21,84	75,0	15,0	70,43	20,46	0,093

* bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin, Genel Sağlık (GS) puanı ortalaması 67,32'dir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin GS puanı ortalaması 61,99'dur. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin GS puanı ortalaması 83,33'dür. FA gruplarının yaşam kalitesi GS puanları karşılaştırıldığında yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubun lehine istatistiksel olarak *anlamli fark bulunmuştur*. (Tablo 3.13), (p<0,001)

Tablo 3.13: Fiziksel aktivite gruplarının ortalama yaşam kalitesi genel sağlık puanlarının karşılaştırılması.

	FA Düşük		FAYüksek		Genel		P*
	Grup(N=90)		Grup(N=30)		(N=120)		
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
GS	61,99	16,17	83,33	12,03	67,32	17,80	<0,001

* bağımsız gruplar t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin, Mental Sağlık (MS) puanı ortalaması 43,58'dir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin MS puanı ortalaması 41,46'dır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin MS puanı ortalaması 44,29'dur. FA gruplarının yaşam kalitesi MS puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak *anlamli fark görülmemiştir*. (Tablo 3.14), (p=0,130)

Tablo 3.14: Fiziksel aktivite gruplarının ortalama yaşam kalitesi mental sağlık puanlarının karşılaştırılması.

	FA Düşük		FAYüksek		Genel		P*
	Grup(N=90)		Grup(N=30)		(N=120)		
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
MS	41,46	8,43	44,29	8,91	43,58	8,84	0,130

* bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin, Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı (EFBRK) puanı ortalaması 68,05'dir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin EFBRK puanı ortalaması 61,11'dir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin EFBRK puanı ortalaması 88,88 'dir. FA gruplarının yaşam kalitesi EFBRK puanları karşılaştırıldığında yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubun lehine istatistiksel olarak *anlamli fark bulunmuştur*. (Tablo 3.15), (p<0,001)

Tablo 3.15: Fiziksel aktivite gruplarının ortalama yaşam kalitesi emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı puanlarının karşılaştırılması.

	FA Düşük		FAYüksek		Genel		P*
	Grup(N=90)		Grup(N=30)		(N=120)		
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
EFBRK	61,11	43,05	88,88	25,26	68,05	41,08	<0,001

* bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin, Sosyal Fonksiyon (SF) puanı ortalaması 70,83'dür. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin SF puanı ortalaması 66,66'dır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin SF puanı ortalaması 83,33'dür. FA gruplarının yaşam kalitesi SF puanları karşılaştırıldığında yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubun lehine istatistiksel olarak *anlamlı fark bulunmuştur*. (Tablo 3.16), (p<0,001)

Tablo 3.16: Fiziksel aktivite gruplarının ortalama yaşam kalitesi sosyal fonksiyon puanlarının karşılaştırılması.

	FA Düşük		FAYüksek		Genel		P*
	Grup(N=90)		Grup(N=30)		(N=120)		
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
SF	66,66	20,35	83,33	17,77	70,83	20,96	<0,001

* bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin, Canlılık /Enerji (CE) puanı ortalaması 48,08'dir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin CE puanı ortalaması 47,11'dir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin CE puanı ortalaması 51,0'dır. FA gruplarının yaşam kalitesi CE puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (Tablo 3.17), (p=0,093)

Tablo 3.17: Fiziksel aktivite gruplarının ortalama yaşam kalitesi canlılık/enerji puanlarının karşılaştırılması.

	FA Düşük		FAYüksek		Genel		P*
	Grup(N=90)		Grup(N=30)		(N=120)		
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
CE	47,11	11,63	51,0	8,24	48,08	10,98	0,093

* bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin meslek gruplarına göre yaşam kalitesi puanları tablo 3.18’de değerlendirilmiştir: FFBRK puanı ortalaması doktorlarda 90,27 yardımcı sağlık personelinde 89,77 idari personelde ise 90,62’dir. Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi FFBRK puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.* (p=0,971)

FF puanı ortalaması doktorlarda 87,77 yardımcı sağlık personelinde 88,06 idari personelde ise 89,12’dir. Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi FF puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.* (p=0,904)

BA puanı ortalaması doktorlarda 70,20 yardımcı sağlık personelinde 71,25 idari personelde ise 69,75’dir Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi BA puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.* (p=0,943)

GS puanı ortalaması doktorlarda 64,12 yardımcı sağlık personelinde 66,47 idari personelde ise 71,14’dür. Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi GS puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.* (p=0,213)

MS puanı ortalaması doktorlarda 42,22 yardımcı sağlık personelinde 46,75 idari personelde ise 41,81’dir. Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi MS puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark bulunmuştur.* (p=0,019). Bu farkın hangi iki grup arasından kaynaklandığının tespitinde yapılan ileri analiz sonucunda (Tukey HSD) bu farkın; yardımcı personel ile idari personel arasında olduğu bulunmuştur. (p=0,027)

SF puanı ortalaması doktorlarda 67,78 yardımcı sağlık personelinde 75,00 idari personelde ise 69,06’dır. Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi SF puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.*(p=0,245)

EFBRK puanı ortalaması doktorlarda 69,44 yardımcı sağlık personelinde 69,69 idari personelde ise 65,00’dir. Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi EFBRK puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.*(p=0,849)

CE puanı ortalaması doktorlarda 47,22 yardımcı sağlık personelinde 46,25 idari personelde ise 50,87'dir. Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi CE puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,133)

Tablo 3.18: Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.

	Yrd. Sağlık				İdari		P*
	Doktor		Personeli		Personel		
	(N=36)		(N=44)		(N=40)		
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
FFBRK	90,27	14,67	89,77	18,92	90,62	13,79	0,971
FF	87,77	14,16	88,06	15,48	89,12	11,86	0,904
BA	70,20	16,74	71,25	20,25	69,75	23,91	0,943
GS	64,12	13,84	66,47	20,74	71,14	17,20	0,213
MS	42,22	9,34	46,75	9,46	41,81	7,08	0,019
SF	67,78	18,26	75,00	18,48	69,06	25,15	0,245
EFBRK	69,44	39,33	69,69	40,55	65,0	43,98	0,849
CE	47,22	10,45	46,25	9,40	50,87	12,65	0,133

* Anova testi

Araştırmaya katılan 120 personelin cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi puanları tablo 3.19'de değerlendirilmiştir: FFBRK puanı ortalaması erkeklerde 89,63 kadınlarda 91,19'dur. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi FFBRK puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,609)

FF puanı ortalaması erkeklerde 88,61 kadınlarda 87,84'dir. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi FF puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,769)

BA puanı ortalaması erkeklerde 74,50 kadınlarda 63,40'dır. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi BA puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark bulunmuştur*. (p=0,004)

GS puanı ortalaması erkeklerde 67,21 kadınlarda 67,51'dir. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi GS puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,929)

MS puanı ortalaması erkeklerde 42,73 kadınlarda 45,05'dir. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi MS puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.* (p=0,168)

SF puanı ortalaması erkeklerde 73,68 kadınlarda 65,90'dır. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi SF puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.* (p=0,068)

EFBRK puanı ortalaması erkeklerde 70,61 kadınlarda 63,63'dür. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi EFBRK puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.* (p=0,372)

CE puanı ortalaması erkeklerde 47,23 kadınlarda 49,54'dür. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi CE puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.* (p=0,269)

Tablo 3.19: Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.

	Erkek(N=76)		Kadın(N=44)		P*
	Ort.	ss	Ort.	ss	
FFBRK	89,63	16,75	91,19	14,66	0,609
FF	88,61	13,79	87,84	14,11	0,769
BA	74,50	20,09	63,40	19,35	0,004
GS	67,21	17,87	67,51	17,89	0,929
MS	42,73	8,62	45,05	9,13	0,168
SF	73,68	18,54	65,90	24,01	0,068
EFBRK	70,61	39,61	63,63	43,62	0,372
CE	47,23	9,50	49,54	13,15	0,269

* Bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan 120 personelin Vücut Kitle İndeksine (BMI) göre yaşam kalitesi puanları tablo 3.20’de değerlendirilmiştir: FFBRK puanı ortalaması zayıflarda 84,37 normal kilolularda 92,91 fazla kilolularda 87,78 obezlerde 80,00’dir. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi ile yaşam kalitesi FFBRK puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.* (p=0,138)

FF puanı ortalaması zayıflarda 78,75 normal kilolularda 90,89 fazla kilolularda 86,25 obezlerde 80,00’dir. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi ile yaşam kalitesi FF puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.* (p=0,070)

BA puanı ortalaması zayıflarda 51,87 normal kilolularda 69,85 fazla kilolularda 72,38 obezlerde 76,00’dir. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi ile yaşam kalitesi BA puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir.* (p=0,251)

GS puanı ortalaması zayıflarda 55,20 normal kilolularda 71,08 fazla kilolularda 64,48 obezlerde 51,66’dir. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi ile yaşam kalitesi GS puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark bulunmuştur.* (p=0,018) Yapılan ileri analizlerde (Tukey HSD) ikili gruplar arasında istatistiksel olarak *anlamlı fark bulunmamıştır.* (p>0,05) Dörtlü karşılaştırmada bulunan farkın normal kilolular ile obezler arasından kaynaklandığı bulunmuştur.

MS puanı ortalaması zayıflarda 41,0 normal kilolularda 43,55 fazla kilolularda 44,54 obezlerde 37,60'dır. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi ile yaşam kalitesi MS puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,373)

SF puanı ortalaması zayıflarda 50,0 normal kilolularda 72,20 fazla kilolularda 70,73 obezlerde 70,0'dir. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi ile yaşam kalitesi SF puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,238)

EFBRK puanı ortalaması zayıflarda 75,0 normal kilolularda 68,65 fazla kilolularda 70,45 obezlerde 33,33 'dür. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi ile yaşam kalitesi EFBRK puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,280)

CE puanı ortalaması zayıflarda 46,25 normal kilolularda 48,28 fazla kilolularda 48,86 obezlerde 40,0'dır. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi ile yaşam kalitesi CE puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,386)

Tablo 3.20: Katılımcıların BMİ (vücut kitle indeksi) ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.

	Zayıf (N=4)		Normal (N=67)		Fazla Kilolu (N=44)		Obez (5)		P*
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
FFBRK	84,37	23,66	92,91	13,09	87,78	15,36	80,00	38,11	0,138
FF	78,75	22,86	90,89	12,67	86,25	11,96	80,00	28,28	0,070
BA	51,87	14,63	69,85	19,97	72,38	21,43	76,00	18,42	0,251
GS	55,20	14,18	71,08	17,36	64,48	17,29	51,66	17,82	0,018
MS	41,00	2,00	43,55	8,57	44,54	9,70	37,60	6,06	0,373
SF	50,00	30,61	72,20	22,48	70,73	17,87	70,00	11,18	0,238
EFBRK	75,00	50,00	68,65	40,15	70,45	41,43	33,33	40,82	0,280
CE	46,25	7,50	48,28	11,53	48,86	10,66	40,00	6,12	0,386

* Anova Testi

Araştırmaya katılan 120 personelin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi puanları tablo 3.21’de değerlendirilmiştir: FFBRK puanı ortalaması lise mezunlarında 87,50 önlisans/lisans mezunlarında 90,62 yüksek lisans yapanlarda 88,04 doktora eğitimini tamamlayanlarda 92,64’dür. Katılımcıların eğitim durumları ile yaşam kalitesi FFBRK puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamli fark görülmemiştir.* (p=0,782)

FF puanı ortalaması lise mezunlarında 88,12 önlisans/lisans mezunlarında 89,09 yüksek lisans yapanlarda 84,13 doktora eğitimini tamamlayanlarda 90,88’dir. Katılımcıların eğitim durumları ile yaşam kalitesi FF puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamli fark görülmemiştir.* (p=0,410)

BA puanı ortalaması lise mezunlarında 78,12 önlisans/lisans mezunlarında 71,35 yüksek lisans yapanlarda 61,63 doktora eğitimini tamamlayanlarda 74,85’dir. Katılımcıların eğitim durumları ile yaşam kalitesi BA puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamli fark görülmemiştir.* (p=0,095)

GS puanı ortalaması lise mezunlarında 70,31 önlisans/lisans mezunlarında 68,22 yüksek lisans yapanlarda 65,57 doktora eğitimini tamamlayanlarda 64,46’dır.

Katılımcıların eğitim durumları ile yaşam kalitesi BA puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,788)

MS puanı ortalaması lise mezunlarında 44,50 önlisans/lisans mezunlarında 43,64 yüksek lisans yapanlarda 42,95 doktora eğitimini tamamlayanlarda 43,76'dır. Katılımcıların eğitim durumları ile yaşam kalitesi MS puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,976)

SF puanı ortalaması lise mezunlarında 71,87 önlisans/lisans mezunlarında 73,78 yüksek lisans yapanlarda 64,13 doktora eğitimini tamamlayanlarda 66,91'dir. Katılımcıların eğitim durumları ile yaşam kalitesi SF puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,223)

EFBRK puanı ortalaması lise mezunlarında 79,16 önlisans/lisans mezunlarında 68,05 yüksek lisans yapanlarda 62,31 doktora eğitimini tamamlayanlarda 70,58'dir. Katılımcıların eğitim durumları ile yaşam kalitesi EFBRK puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,782)

CE puanı ortalaması lise mezunlarında 49,37 önlisans/lisans mezunlarında 47,77 yüksek lisans yapanlarda 49,78 doktora eğitimini tamamlayanlarda 46,47'dir. Katılımcıların eğitim durumları ile yaşam kalitesi CE puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,785)

Tablo 3.21: Katılımcıların eğitim durumları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.

	Lise (N=8)		Önlisans/ Lisans(N=72)		Y.Lisans (N=23)		Doktora (17)		P*
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	
FF BRK	87,5	14,94	90,62	17,01	88,04	15,29	92,64	13,30	0,782
FF	88,12	10,99	89,09	14,29	84,13	14,43	90,88	12,14	0,410
BA	78,12	10,06	71,35	21,28	61,63	22,22	74,85	14,64	0,095
GS	70,31	10,06	68,22	19,67	65,57	17,41	64,46	12,59	0,788
MS	44,50	11,40	43,64	8,65	42,95	7,55	43,76	10,62	0,976
SF	71,87	17,35	73,78	20,14	64,13	26,19	66,91	16,50	0,223
EF BRK	79,16	39,59	68,05	41,65	62,31	41,80	70,58	40,62	0,782
CE	49,37	11,78	47,77	11,16	49,78	9,47	46,47	12,34	0,785

* Anova Testi

Araştırmaya katılan 120 personelin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puanları tablo 3.22’de değerlendirilmiştir: FFBRK puanı ortalaması evlilerde 89,66 bekarlarda 91,34’dür. Katılımcıların medeni durumları ile yaşam kalitesi FFBRK puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamli fark görülmemiştir*. (p=0,590)

FF puanı ortalaması evlilerde 87,46 bekarlarda 90,12’dir. Katılımcıların medeni durumları ile yaşam kalitesi FF puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamli fark görülmemiştir*. (p=0,327)

BA puanı ortalaması evlilerde 71,20 bekarlarda 68,84’dür. Katılımcıların medeni durumları ile yaşam kalitesi BA puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamli fark görülmemiştir*. (p=0,557)

GS puanı ortalaması evlilerde 65,63 bekarlarda 70,83’dür. Katılımcıların medeni durumları ile yaşam kalitesi GS puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamli fark görülmemiştir*. (p=0,135)

MS puanı ortalaması evlilerde 43,16 bekarlarda 44,46’dır. Katılımcıların medeni durumları ile yaşam kalitesi MS puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamli fark görülmemiştir*. (p=0,451)

SF puanı ortalaması evlilerde 70,52 bekarlarda 71,47'dir. Katılımcıların medeni durumları ile yaşam kalitesi SF puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,831)

EFBRK puanı ortalaması evlilerde 69,13 bekarlarda 65,81'dir. Katılımcıların medeni durumları ile yaşam kalitesi EFBRK puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,680)

CE puanı ortalaması evlilerde 47,90 bekarlarda 48,46'dır. Katılımcıların medeni durumları ile yaşam kalitesi CE puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak *anlamlı fark görülmemiştir*. (p=0,795)

Tablo 3.22: Katılımcıların medeni durumları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması

	Evli(N=81)		Bekar(N=39)		P*
	Ort.	ss	Ort.	ss	
FFBRK	89,66	16,27	91,34	15,48	0,590
FF	87,46	14,36	90,12	12,74	0,327
BA	71,20	20,08	68,84	21,40	0,557
GS	65,63	16,72	70,83	19,63	0,135
MS	43,16	8,01	44,46	10,41	0,451
SF	70,52	19,39	71,47	24,15	0,831
EFBRK	69,13	40,40	65,81	42,91	0,680
CE	47,90	9,71	48,46	13,38	0,795

* Bağımsız gruplarda t testi

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Ulusal ve uluslararası tüm sağlık politikalarının ilk amacı sağlıklı bireylerden oluşan toplum oluşturmak olmuştur. Teknolojinin ve yaşam tarzının yıllar içerisinde değişmesi ile azalan fiziksel aktivite ve buna bağlı olarak görülen hastalıklar toplumların önemli sorunu haline gelmiştir. Bu sorun sadece fiziki sağlık ile ilgili olmayıp kişilerin yaşam kalitelerini etkilemekte ve dolayısıyla ortaya çıkan performans düşüklüğü ve maliyetler ile ülke ekonomileri için ayrı bir yük haline gelmektedir.

Fiziksel hareketsizlik ve dengeli beslenmemenin sonucu olarak ortaya çıkan sağlık harcamaları ortalama olarak toplam sağlık harcamalarının %2' sini oluşturmaktadır (Proper ve Mechelen, 2007). Fiziksel hareketsizliğin Avrupa bölgesi için kişi başı ortalama maliyetinin 150-300 euro olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2014).

Artık küresel bir halk sağlığı sorunu olarak nitelendirilen fiziksel hareketsizlik için başta DSÖ olmak üzere birçok ülkeden farklı kuruluşlar hareketli yaşam biçimi için öneriler ve eylem planları geliştirmektedirler. DSÖ tarafından geliştirilen “Fiziksel Aktivite, Diyet ve Sağlık Üzerine Küresel Strateji” (WHO, 2004) ve “Avrupa Birliği Diyet, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Üzerine Eylem Platformu” (Public Health, 2014) bu alandaki çalışmalara örnek gösterilebilir.

Ulusal sağlık politikaları kapsamında ülkemizde de toplumu fiziksel aktivite, beslenme ve obezite konularında bilgilendirmek, düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak için çeşitli programlar ve stratejiler oluşturularak yayınlanmıştır. Fiziksel hareketsizlik ve dengesiz beslenme sonucu ortaya çıkan hastalıklara dikkat çekmek için; “21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek” programı (Sağlık Bakanlığı, 2007), birçok kronik rahatsızlığın temelinde risk faktörü olarak obezitenin ve sedanter yaşam tarzının önlenmesi için hazırlanan; “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı” (Sağlık Bakanlığı, 2008), toplumu

obezite, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirmek ve sağlıklı beslenme ile düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak amacıyla oluşturulan; “2013-2017 Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013) çalışmaları yürütülen programların bazılarındandır.

Dünya genelinde halk sağlığı önerilerinde öne çıkan fiziksel aktivite için, Amerikan Spor Hekimliği Koleji (American College of Sports Medicine-ACSM) tüm yetişkinlerin ortalama her gün en az 30 dakika orta şiddetli fiziksel aktivite yapmasının hem kilo kontrolü hem de daha sağlıklı olmayı sağladığını belirtmektedir (Jakicic ve Otto, 2005).

Hareketsiz yaşam tarzının toplum üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra sağlığın geliştirilmesinde, devam ettirilmesinde ve hastalıkların önlenmesinde rol alan, bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite düzeylerinin onların yaşam kalitelerinde nasıl bir etki yaptığının belirlenmesi bu çalışmanın konusu olmuştur.

1. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Fiziksel aktivite düzeylerinin tespit edildiği çalışmalar tarandığında sadece ülkemiz için değil diğer ülkelerde dahil olmak üzere erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Şanlı (2008)'nin “Öğretmelerde Fiziksel Aktivite Düzeyi-Yaş, Cinsiyet ve Beden Kitle İndeksi İlişkisi” adlı çalışmasında; kadınların % 17,6'sının yeterli düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olduğu erkeklerin ise %20,9'unun yeterli fiziksel aktiviteye sahip oldukları görülmektedir.

Vural (2010)'ın “Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi” adlı çalışmasında; kadınların %19,2 sinin yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu erkeklerin ise %34' ünün yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Literatüre bakıldığında Öztürk (2005)'ün 1097 üniversite öğrencisinde yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Shibata ve arkadaşları (2007), Özüdoğru (2013), Genç ve arkadaşları (2011), Buckworth ve Nigg (2004), Savcı ve arkadaşları (2006), Fişne (2009), Deniz (2011), Topsaç (2013), Acree ve arkadaşları (2006), Hamlin ve Ross (2005) ile Haase ve arkadaşları (2004)'nın 23 ülkeden üniversite öğrencileriyle yapmış oldukları çalışmalarda da erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek yeterli düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda fiziksel aktivitesi yüksek gruba karşılık fiziksel aktivitesi düşük grup tespit edildiğinden, gruplar arasında cinsiyete göre fiziksel aktivite düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen literatüre paralel olarak yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grupta erkek (%63,3) popülasyonunun kadınlara (%36,7) oranla fazla olduğu görülmektedir. Sağlık personelinin yoğun mesai saatleri veya nöbetler neticesinde yeterli zaman bulamaması ve kadınların ev işlerine daha fazla zaman ayırmak istemesi ile kadınların grupla yapılan fiziksel aktivite etkinliklerine (futbol turnuvaları vb.) katılımlarının erkeklere oranla daha az olmasının bu durumu etkilediği düşünülmektedir.

2. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaş ve BMİ (VKİ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Fazla kilolu olma ve obezite prevalansı tüm dünyada alarm verici düzeyde artmaktadır. Obezite birçok ciddi sağlık bozuklukları ve erken ölüme neden olan kronik ve tehlikeli bir durumdur. Günümüzde obezitenin en yaygın olarak kullanıldığı gösterge BMİ (Vücut Kitle Endeksi)'dir. Prospektif çalışmalar fiziksel aktivitenin obeziteye karşı koruyucu olduğunu göstermektedir (Racette ve ark., 2003).

Fiziksel aktivitesi yüksek olan grupta normal kiloluların % 66,7 oranında olduğu, düşük olan grupta ise % 52,2 olduğu ve fazla kiloluların grup içindeki oranının yüksek grupta % 30,0 olduğu düşük olan grupta ise 38,9 olduğu, ayrıca yüksek grupta hiç obez personel bulunmadığı görülmesine rağmen katılımcıların ve FA gruplarının ortalama yaş, boy ve kilo dağılımları ile vücut kitle indeksi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Fişne (2009) 'nin "Fiziksel Aktivitelere Katılım Düzeyinin, Üniversite Öğrencilerinin Akademik Başarıları, İletişim Becerileri ve Yaşam Tatminleri Üzerine Etkilerinin İncelenmesi" adlı çalışmasında fazla kilolu olan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin normal kilolu ve zayıf olanlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, fiziksel aktivite eyleminin kilo verme amaçlı olarak yapıldığını düşündürmüş ve çalışmamızda bu duruma tezat olarak obez olduğu tespit edilen beş personelin yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grupta yer aldığı tespit edilmiştir. Her ne kadar bu çalışmaya tezat bir sonuç elde edilse de yeterli düzeyde fiziksel aktivitede bulunmamanın bir sonucu olarak obezitenin görülmesi şeklinde aynı doğrultuda yorumlanabilir.

Parmaksız (2007) “Yetişkin Obezlerde Fiziksel Aktivite Seviyesinin Belirlenmesi” çalışmasında obezlerin fiziksel aktivite seviyelerinin normal bireylere göre düşük olduğu görülmektedir. Deniz (2011)’in “Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişkinin Araştırılması” adlı çalışmasında da BMİ (Vücut Kitle Endeksi) ile fiziksel aktivite arasında ters yönde ilişki olduğu yani bir değişkenin artmasının diğer değişkenin azalmasına sebep olduğunu tespit etmesi çalışmamızı destekler niteliktedir.

Literatüre bakıldığında Raustorp ve arkadaşları (2004) 7-14 yaş grubu öğrencilerde yaptıkları bir çalışmada, pedometre ile elde edilen fiziksel aktivite değerleriyle vücut kitle indeksi arasında ilişki bulunmamıştır.

Yancey ve arkadaşları (2004) da Los Angeles’da 18 yaş ve üzerindeki 8353 kişi ile yaptıkları çalışmalarında sedanter olma ile vücut kitle indeksi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yine Brezilya’da Hallal ve arkadaşları (2003)’nın da IPAQ kullanarak yaptıkları çalışmalarında fiziksel inaktivite ile vücut kitle indeksi arasında anlamlı fark bulunmamış olmaları bulgumuzu destekler niteliktedir.

3. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında günlük oturma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sağlık Bakanlığının (2013) “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” adlı çalışmasında; erkeklerin ve kadınların yaklaşık yarısının televizyon ve bilgisayar başında günde dört saatten daha fazla zaman geçirdiği ve erkeklerin kadınlara göre daha fazla süreyi bilgisayar başında geçirdiği, kadınların ise erkeklere göre televizyon izleme sürelerinin fazla olduğu tespit edilmiştir.

FA gruplarının işte, evde, çalışırken ya da dinlenirken oturma veya oturarak ya da uzanarak televizyon seyretmeleri ile geçen ortalama süreler değerlendirildiğinde günlük ortalama oturma sürelerinin 6,45 saat olduğu bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Oturma süreleri bakımından Savcı ve arkadaşları (2006), Şanlı (2008), Vural (2010) ve Topsaç (2013) ‘ın çalışmalarında da çalışmamıza benzer olarak oturma süreleri için anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Vural (2010)’ın çalışma grubunun sadece masa başı çalışanlardan oluşması sebebi ile oturma süreleri çalışmamıza göre daha yüksektir.

4. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubunun %73,4' ü evli, 24,4'si bekar ve %2,2 si daha öncesinde evli olmasına rağmen araştırmanın yapıldığı anda bekarıdır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grupta ise evli ve bekar personel oranı %50,0 olarak eşit dağılım göstermiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Fiziksel aktivitesi düşük grupta evli personelin sayısının yüksek çıkması, evli ve bekar personel arasındaki yaş farkından kaynaklanabileceği, evli personelin yaş ortalamasının daha yüksek olduğundan fiziksel aktiviteye katılımlarının daha az olabileceğini düşündürmüştür, ancak düşük grubunun yaş ortalamasının $36,31 \pm 4,96$ yüksek grubun yaş ortalamasının ise $35,43 \pm 4,68$ olması, bu düşünceyi geçersiz kılmıştır. Eşler arası uyum sebebi ile evli personelin fiziksel aktiviteye daha az zaman ayırması ya da yeterli zaman bulamamasının düşük grupta evli personel sayısının yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Deniz (2011) çalışmasında da çalışmamıza paralel olarak bekar bireylerin fiziksel aktiviteye düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Özudoğru (2013) nun Üniversite personeli üzerinde yapmış olduğu çalışmasında ise bulgumuza tezat olarak evli olanların bekar olanlara göre fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmesi çalışma örnekleminin farklı gruplar içeriyor olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

5. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında eğitim durumları ve meslek grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Portekiz'de yedi ortaöğretim okulunda öğrenim gören sporcu öğrencilerin fiziksel aktivite tercihleriyle, ailelerinin sosyo-ekonomik statüleri ve fiziksel aktivite alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen Mota ve Silva (1999), araştırma sonucunda sosyoekonomik statünün fiziksel aktivite düzeyine etki ettiğine dair herhangi bir kanıt bulamamışlar, fakat ailelerin fiziksel aktivite üzerinde etkiye sahip olduklarını tespit etmişlerdir.

Çalışmamızın %30 u doktor, %36,7'si yardımcı sağlık personeli ve %33,3'ü idari personelden oluşmuş ve yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubun eğitim seviyesinin lise düzeyinden başladığı ve %20,0'sinin yüksek lisans, 14,4'ünün ise doktora eğitimi aldığı görülmektedir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubun eğitim seviyesinin önlisans ve lisans seviyesinden başladığı ve %16,7'sinin yüksek lisans, %13,3'ünün ise doktora eğitimi aldığı görülmektedir. Çalışmamızda da fiziksel aktivitesi düşük grup ile yüksek grup arasında eğitim ve

meslek durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Üniversite personeli üzerinde çalışma yapan Özüdoğru (2013)'nin personelin statüleri ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı fark tespit etmemiş olması bulgumuz ile paralellik göstermektedir.

Yeni Zelanda'da genç nüfus üzerinde fiziksel aktivite eğilimlerini ve engellerini inceleyen Hamlin ve Ross (2005) motorlu araçların artmasının, fiziksel aktiviteye elverişli ortamın bulunmamasının, statü ve sosyo ekonomik durumun fiziksel aktiviteye etki ettiğini tespit etmişlerdir. Bulgumuzla tezat olan bu durumun, hastanede aynı koşullarda ve farklı statülerde bulunan personelin spor imkânlarından da eşit ölçüde faydalanabilmelerinin etkisinin olduğu ve Yeni Zelanda da yapılan çalışmanın daha çok gençler üzerinde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

6. Fiziksel aktivite gruplarının yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması:

Literatüre bakıldığında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesinin, sağlık alandaki çalışmalardan, akademik başarı ve kaliteli bir yaşlılık süreci geçirmeye kadar birçok değişkenle değerlendirildiği görülmektedir. Bize ve arkadaşları (2007)'nin yetişkinlerde fiziksel aktivite seviyesi ile yaşam kalitesi için yaptıkları sistematik bir çalışmada dört tane indeksi (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO) taradıkları ve 1426 referansa ulaştıkları görülmektedir. Fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin varlığına dair son yıllarda bilim çevrelerince birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen bu ilişkinin toplumda rol model olan sağlık çalışanları üzerindeki etkisi çok iyi bilinmemektedir. Yapılan bu çalışma ile fiziksel aktivitenin sağlık çalışanlarının yaşam kalitesine etki edip etmediği ortaya konmaktadır.

7. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaş ile yaşam kalitesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

FA gruplarının yaşam kalitesi puanları ile yaş ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Bu durumun fiziksel aktivitesi yüksek olan grubun sosyodemografik özelliklerine benzer düşük grubun tespit edilmesi ve buna bağlı olarak gruplar arası yaş ortalamasının birbirine yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aba (2009) sağlık sektöründe yaptığı bir uygulamada çalışmamıza benzer olarak, yaşın iş yaşam kalitesi faktörleri üzerinde etkisi olmadığını tespit etmiştir.

8. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, genel sağlık, emosyonel

fonksiyona bağırlı rol kısıtlılığı ve sosyal fonksiyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

FA gruplarının yaşam kalitesi FF puanları karşılaştırıldığında, yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubun puan ortalaması 85,16 iken yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubun ortalaması 97,83 olduğu ve aralarında yüksek grubun lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir. Yüksek olan grubun fiziksel kabiliyetlerinin daha yüksek olması ve tüm fiziksel aktivite gerektiren faaliyetleri herhangi bir yardıma ihtiyaç duymadan yapabilmelerinin, yoğun ve düzenli fiziksel aktivitede bulunmalarından kaynaklandığı ve düşük olan gruba göre daha yüksek puan almalarını sağlamış olabileceği düşünülmektedir.

FA gruplarının yaşam kalitesi FFBRK puanları karşılaştırıldığında, yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubun puan ortalaması 86,94 iken yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubun ortalaması 100 olduğu ve aralarında yüksek grubun lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda fiziksel aktivitesi yüksek grubun iş hayatlarında, günlük yaşamlarında ve fiziksel aktivitede bulunurken herhangi bir rol kısıtlılığı yaşamadığı tespit edilmiştir. Yüksek grubun herhangi bir kısıtlılık yaşamamasının düzenli ve yoğun fiziksel aktivitede bulunmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

FA gruplarının yaşam kalitesi GS puanları karşılaştırıldığında yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubun puan ortalaması 61,99 iken yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubun ortalamasının 83,33 olduğu ve aralarında yüksek grubun lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir. Yüksek olan grubun genel sağlık algısında, kendini diğer insanlarla karşılaştırdığında daha sağlıklı olduğunu, sağlık durumunun iyi olduğunu ve iyiye gideceğini düşünmesi, yoğun ve düzenli fiziksel aktivitede bulunması ile kendi yeteneklerini fark etmesi ve vücudunu tanıyabilmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

FA gruplarının yaşam kalitesi EFBRK puanları karşılaştırıldığında yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubun puan ortalaması 61,11 iken yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubun ortalamasının 88,88 olduğu ve aralarında yüksek grubun lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir. Fiziksel aktivitesi yüksek olanlar duygusal sebepler yüzünden iş veya günlük aktivitelerinde düşük olan gruba oranla daha az problem yaşamaktadır.

Yüksek olan grubun düşük olan gruba oranla emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığını günlük hayatta ve iş alanlarında daha az yaşamasının sebebi olarak fiziksel aktivitenin yalnız beden sağlığı değil duygusal anlamda da olumlu etkilerinin olduğu ve fiziksel aktivite ile kişinin kendi iç dünyasını da tanıyarak duygularını daha doğru anlama fırsatı bulabildiğinden kaynaklandığı söylenebilir.

FA gruplarının yaşam kalitesi SF puanları karşılaştırıldığında yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubun puan ortalaması 66,66 iken yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubun ortalaması 83,33 olduğu ve aralarında yüksek grubun lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir. Yüksek grubun fiziksel ve duygusal problemlerden dolayı aile, arkadaş ve komşularıyla olan sosyal ilişkilerinde düşük olan gruba oranla daha az etkilenmesinin; fiziksel aktivitede bulunmanın kişilerin sosyal ilişkilerini daha kaliteli hale getirdiğini düşündürmektedir.

Sosyal fonksiyon yönünden daha sağlıklı olan kişilerin iletişim becerilerinin de gelişmiş olduğu kabul edilmektedir. Bulgumuzla paralel olarak Korkut (2004) bu durumu şöyle açıklamıştır: İletişim becerileri gelişmiş kişilerin sosyal fonksiyonlarının da daha gelişmiş olduğu bilinen bir gerçektir. Kişilerin kendi bedenlerini tanınması, sözsüz iletişimde bulunulan kişilerin mesajlarını doğru anlayabilme açısından önem kazanmaktadır. Fiziksel aktivitelerle sağlanabilecek bedensel farkındalık, kişinin beden dilini bilinçli olarak kullanmasında da etkili olabilir. Küçük yaşlardan itibaren egzersiz yapma alışkanlığı edinmek, etkili iletişimde önemli olmaktadır.

9. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi mental sağlık, bedensel ağrı ve canlılık/enerji puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Fiziksel aktivitenin yararlarının araştırılmasında öncelikle fizyolojik etkileri üzerine çalışmalar yapılmıştır. Raglin (1990) fiziksel aktivitenin kişilerin mental sağlığının korunması ve iyileştirilmesi süreçlerinde etkili olduğuna dair çalışmalar yapmıştır. Fiziksel aktivitenin mental sağlık üzerine etkisinin araştırılmasını savunan Fox (1999), araştırma sonuçlarında düzenli fiziksel aktivitede bulunmanın depresyon ve anksiyete tedavisine iyi geldiğini ve genel mental sağlığı geliştirdiğini göstermiştir.

Yine fiziksel aktivitede bulunmanın anksiyete, depresyon ve ruh hali üzerine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada Guszowska (2004), sağlıklı kişilerde ve klinik popülasyonlarda fiziksel aktivitenin olumlu etkilerinin olduğunu ortaya çıkarmıştır.

FA gruplarının yaşam kalitesi MS puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiş olmasına rağmen literatüre paralel olarak fiziksel aktivitesi yüksek olan grubun mental sağlık puanları düşük olan gruba oranla yüksek çıkmıştır.

FA gruplarının yaşam kalitesi BA puanları karşılaştırıldığında fiziksel aktivitesi yüksek (75,0) grubunun düşük (68,91) olan gruba göre puanının yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Yüksek olan grubun puan ortalamasının düşük gruba oranla daha yüksek çıkmasının yani daha az ağrı hissetmelerinin sebebi olarak düzenli fiziksel aktivitede bulunmanın sonucu olarak ağrı eşiğinin yükselmiş olabileceğinden ve dayanıklılığın arttığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

FA gruplarının yaşam kalitesi CE puanları karşılaştırıldığında, fiziksel aktivitesi yüksek grubunun puan ortalaması 51,0 iken düşük grubun puan ortalaması 47,11 bulunmuş ve yüksek olan grubun düşük gruba göre puanının yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Yüksek grubun puan ortalamasının daha yüksek olmasının sebebi fiziksel aktivitenin zindelik hissini arttırması olarak yorumlanabilir.

FA grupları arasında yaşam kalitesi alt ölçekleri olan, Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı, Genel Sağlık, Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon puanları arasında yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grup lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yaş ortalaması, Bedensel Ağrı, Canlılık /Enerji ve Mental sağlık puanları arasında anlamlı fark tespit edilmemesine rağmen yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) gruba ait puan ortalamalarının düşük gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Diane ve arkadaşları (2013)'nın fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için katılımcıların görüşlerine odaklandıkları "Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi" adlı çalışmalarının sonucunda da araştırmamızın sonucuna paralel olarak fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini arttıracığı ve yaşamımızda daha fazla yer tutması gerektiği görüşüne varmışlardır.

10. Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi toplam fiziksel sağlık puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.

FA gruplarının toplam mental sağlık ve toplam fiziksel sağlık puanları karşılaştırıldığında; yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) gruba ait toplam fiziksel sağlık puanı ortalamasının 75,75 olduğu toplam mental sağlık puanları ortalamasının ise 54,79 olduğu görülmektedir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) gruba ait toplam fiziksel sağlık puanı ortalaması 89,04 olduğu toplam mental sağlık puanları ortalamasının ise 66,17 olduğu görülmektedir. FA gruplarının yaşam kalitesi toplam fiziksel sağlık ve toplam mental sağlık puanları karşılaştırıldığında yüksek grup lehine istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmektedir.

Blacklock ve arkadaşları (2007) tarafından rastgele seçilen 351 yetişkin üzerinde fiziksel aktivite ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleme amaçlı yaptıkları çalışmada, yürüme fiziksel aktivitesi ile yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki bulmaları, Tekkanat (2008) tarafından öğretmenlik bölümünde okuyan öğrenciler üzerinde yapılan çalışmada; tüm öğrencilerde yaşam kalitesi bedensel alanı ile fiziksel aktivite düzeyi arasında pozitif bir ilişki tespit edilmesi ve Elavsky ve arkadaşları (2005) tarafından da uzun dönemli çalışmalarının sonucunda fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi üzerine olumlu bir etkisinin olduğunu tespit etmeleri araştırmamızla paralellik göstermektedir.

11. Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında mental sağlık puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Katılımcıların meslek gruplarına göre yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında MS puanı değerlendirildiğinde yardımcı sağlık personeli ile idari personel arasında olduğu bulunan anlamlı farkın ($p=0,027$), yardımcı sağlık personelinin idari personele oranla özellikle iş yerinde fiziksel olarak daha aktif olmasının mental sağlık puanlarına olumlu katkı yaptığı düşünülmektedir. Sağlık personelinin yaşam kalitesini araştıran Koltarla (2008) da çalışmasında meslek gruplarına göre yaşam kalitesi mental sağlık puanı değerlendirilmesinde bulgumuza paralel anlamlı fark bulmuştur.

12. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında bedensel ağrı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında BA puanı değerlendirildiğinde erkeklerin lehine bulunan anlamlı farkın ($p=0,004$) erkeklerin fizyolojik yapısı ile fiziksel aktiviteye daha fazla katılımlarından dolayı ağrı eşiklerinin yükseldiği ve bu nedenle çok ağrı hissetmedikleri, hissedilen ağrıların ise yaşantılarını etkilemediği düşünülmektedir. FA Gruplarının karşılaştırılmasında da yüksek grupta erkek popülasyonunun fazla olması bu durumu desteklemektedir. Vural (2010) ve Tekkanat (2008)'ın yapmış oldukları çalışmalarında da erkek bireylerin yaşam kalitesine ait alt ölçek puanlarının kadın bireylerin puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur.

13. Katılımcıların BMI (VKİ) ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında genel sağlık puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Katılımcıların BMI (Vucüt Kitle İndeksi) ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında GS puanı değerlendirildiğinde ikili gruplar arasında fark bulunmamış fakat dörtlü karşılaştırmada bulunan farkın normal kilolular ile obezler arasından kaynaklandığı görülmüştür. Normal kilolu olanların ideal kiloda olduklarının farkında olmaları olumlu yönde, obez olanların ise fazla kiloları olduklarının farkında olmaları ise olumsuz yönlü olarak, hissettikleri genel sağlık algısında farklılık yaratmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca obezlerin fazla kiloları nedeni ile ilerleyen zamanda sağlık problemi yaşayabilecekleri düşüncesinin de etkili olduğu düşünülmektedir.

14. Katılımcıların eğitim ve medeni durumları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların eğitim ve medeni durumları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmamıştır. Aba(2009)'nın "İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama" adlı çalışmasında da eğitim durumunun iş yaşam kalitesine etkisinin incelenmesinde hangi eğitim düzeyine sahip olursa olsun çalışma koşulları faktörünü farklı değerlendirmedikleri bulunmuştur.

Brezilya'da sağlıklı yaşlılar üzerinde yaşam kalitesinin ilişkili olduğu faktörleri belirlemek amacıyla çalışma yapan Alexandre ve arkadaşları (2009) medeni

durumun yaşam kalitesini etkilediğini bulmuşlardır. Çalışmamıza tezat olan bu durumun farklı sosyokültürel ve demografik özelliklere sahip çalışma gruplarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların cinsiyet, meslek grupları, BMİ (VKİ), eğitim ve medeni durumları ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet açısından bedensel ağrı alt ölçeğinde, meslek grupları açısından mental sağlık alt ölçeğinde ve BMI(VKİ) yönünden ise genel sağlık alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim ve medeni durumları açısından ise herhangi bir yaşam kalitesi alt ölçeğine ait istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

FA gruplarının yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde toplam mental ve fiziksel sağlık puanları ortalamaları ile yaşam kalitesinin diğer tüm alt ölçeklerinin karşılaştırılmasında yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) gruba ait puan ortalamasının, yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) gruba oranla yüksek çıktığı görülmektedir.

Elavsky ve arkadaşları (2005) fiziksel aktivitenin kısa zamanda yaşam kalitesini arttırdığını ancak uzun dönemli ilişkisinin pek bilinmediği düşüncesi ile yola çıktıkları çalışmalarında, 4 yıldan fazla bir zamanda ileri yaşlardaki yetişkinler üzerinde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin psikolojik değişkenlerini düzenleyen etkilerini araştırmışlardır. 6 ay randomize kontrollü olarak egzersize alınmış olan 174 kişinin bir ve beşinci yıllarında ölçümleri yapılmıştır. Analizler sonucunda ise 4 yıllık periyot boyunca fiziksel aktivitedeki değişikliklerin, aktivite, öz yeterlilik ve olumlu duygu durumu ile ilişki olduğunu ve olumlu duygu durumunun yükselmesine paralel yaşam kalitesinin de yükseldiği görülmektedir. Araştırmanın sonunda fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi üzerinde uzun dönemde olumlu etkisi olduğunun tespit edilmesi çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bize ve arkadaşları (2007) fiziksel aktivite ile yaşam kalitesinin ilişkisi üzerine sistematik bir inceleme olarak yaptıkları çalışmalarında, 1426 referanstan 55 tanesini ileri değerlendirme için incelemişlerdir. 14 çalışma veri çıkarımı ve analiz için ele alınmıştır. Çalışmalardan 7 tanesinin kesitsel, 2 tanesinin kohort, 4 tanesinin randomize kontrollü çalışma olduğu ve bir tanesinin ise kesitsel ve longitudinal şekilde dizayn edilmiş kombine bir araştırma olduğu görülmektedir. 13 farklı fiziksel aktivite değerlendirme yöntemi kullanıldığı çalışmaların çoğunun SF-36 yaşam kalitesi anketi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Kesitsel çalışmaların fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasında sürekli pozitif ilişki gösterdiği, benzer olarak kohort ve

randomize kontrollü çalışmalarda da pozitif ilişkinin bulunduğu sonucu da yine çalışmamızı desteklemektedir.

Fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek için masa başı çalışanlar üzerinde çalışma yapan Vural (2010) ile üniversite personeli üzerinde çalışma yapan Özüdoğru (2013) ise fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitelerinin karşılaştırılmasında araştırmamıza tezat olarak anlamlı fark tespit etmemişlerdir.

Literatürde fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesine etkisinin olup olmadığı konusundaki tartışmaların farklı örneklem gruplarının farklı sosyodemografik ve sosyokültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan literatür taramaları sonucunda sağlık çalışanları ile ilgili bir çok çalışmaya rastlanmıştır. Aba (2009)'nın "İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama" adlı çalışması, Aksungur (2009)'un "Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı çalışması, Demirkıran (2012)'in "Yaşam kalitesi ve Sağlık Çalışanları" adlı çalışması, Koltarla (2008)'nin "Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması" adlı çalışması, Perim (2007)'in "Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi" adlı çalışması ve Aslanadam (2011)'in "Sağlık Personelinin Motivasyonu ve Buna İlişkin Araştırma" adlı çalışması sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalardan bazıları olup genel anlamda bu çalışmaların daha çok motivasyon ve iş doyumunu ile yaşam kalitesi etkilerinin araştırılmasına yönelik olduğu görülmektedir.

Yaşam kalitesinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar tarandığında ise, Bozdemir (2006)'in "Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" adlı çalışması, Canbolat (2010)'in "Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi" adlı çalışması, Güven (2010)'in "Diabetes Mellituslu Hastalarda Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" adlı çalışması, Savcı (2006)'nin "Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler" adlı çalışması ve "Göçgeldi ve arkadaşları (2008)'nin "Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi" adlı çalışmalarında olduğu gibi daha çok kronik rahatsızlığı olan kişilerin yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalara rastlanmaktadır.

Fiziksel aktivite ve fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalar tarandığında, fiziksel aktivite ile ilgili birçok çalışmaya rastlanırken, fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi ile değerlendirilmesinde ise daha az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Topsaç (2013)'ın "Üniversitede Okuyan Engelli Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi", Şanlı (2008)'nin "Öğretmenlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi-Yaş, Cinsiyet Ve Beden Kitle İndeksi İlişkisi", Genç ve arkadaşları (2011)'nin "Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması", Özudoğru (2013)'nun "Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"ve Vural (2010)'ın "Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi" adlı çalışmalarına rastlanmış olup sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerinin tespitine yönelik Bulut (2010)' un "Bir Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Hastanesinde Görev Yapan Personelin Fiziksel Aktivite İle İlgili Faktörlerin Belirlenmesi"adlı çalışması dışında pek çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kaliteleriyle değerlendirilmesine yönelik herhangi bir çalışmaya da rastlanmamıştır.

Çalışmamızın, toplumda sağlıklı yaşam konusunda rol model olan ve herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmayan sağlık çalışanları üzerinde yapılmış olması ve değişken verilerin değerlendirilmesinde olası karıştırıcı etkilerinin ortadan kaldırılması amacıyla sosyodemografik özellikleri ile çalışma yerleri benzer olan fiziksel aktivitesi düşük grup ile yüksek grubun karşılaştırılarak, fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitelerine olası etkilerini belirlemeye yönelik olarak yapılmış olması, bu çalışmayı diğer çalışmalardan farklı kılmaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Sonuç

Teknolojik gelişmeler ve modernleşmeye paralel olarak yapılan birçok aktivite artık gelişmiş araçlar sayesinde yerine getirilmektedir. Daha kaliteli yaşamak adına geliştirilen teknolojik araçlar sayesinde daha az enerji harcanarak hareketsizlik artmakta ve bunun sonucunda fiziksel aktivitesi düşük bir toplum haline gelmekteyiz.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun (2013) “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına” göre televizyon ve bilgisayar başında geçirilen hareketsiz zamanın arttığı, erkeklerin ve kadınların yaklaşık yarısının televizyon ve bilgisayar başında dört saatten fazla zaman geçirdiği tespit edilmiştir.

15 yaş ve daha yukarı bireylerin değerlendirildiği Türkiye Sağlık Araştırması (2013) verilerine göre; 2008 yılında obezlerin oranı %15,2 iken bu oran 2010 yılında %16,9’a 2012 yılında ise % 17,2 oranına çıktığı görülmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumunun (2012) verilerine göre Ankara ili için bin kişi başı başına 209 araç düştüğünün tespit edilmiş olması yine hareketsiz yaşama yönelik yaşamı kolaylaştıran göstergelerden biri olarak kabul edilebilir.

Yaşam kalitesinin artırılması için daha az enerji kullanılarak birçok aktivitenin yapılmasını sağlayan araçlar sayesinde kazanılan zamanın yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik kullanılmadığı apaçık ortadadır. Fiziksel hareketsizliğin sonucu olarak kişilerin yaşamları etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir.

Literatür taraması sonucunda ulaşılan çalışmalar ile Sağlık Bakanlığı’nın, İstatistik Kurumunun (TUİK) ve Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) yaptığı araştırmalardan elde edilen veriler fiziksel hareketsizliğin gün geçtikçe arttığını ve evrensel bir halk sağlığı sorunu haline geldiğini ortaya koymaktadır. Fiziksel hareketsizliğe karşı hem ulusal hem de uluslararası boyutta önleyici programlar yürütülmektedir. Bu programlar sayesinde sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi ile

yeterli düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olan bir toplumda, fiziksel hareketsizliğin neden olduğu hastalıklar azalacak ve bu sayede ülke ekonomisine katkı sağlanacaktır.

Aslında kaliteli yaşamak kişilerin yaşam biçimiyle doğru orantılıdır. Hipokrat yıllar önce “Eğer biz her ferde, ne çok az, ne de çok fazla, doğru miktarda gıda ve hareket (spor) verebilseydik sağlık için en güvenli yolu bulurduk” sözünü söylemiştir. Yine Büyük Türk alimi İbn-i Sina’da “sağlığı korumanın üç temel prensibi vardır; hareket (spor), gıda ve uykudur” diyerek sağlıklı yaşamın ana hatlarını göstermiştir (Zorba, 2008).

Düzenli yapılan yeterli düzeyde fiziksel aktivite ile belli bir kondisyon, fiziki kapasite artışı ve zindelik hissi ile bir amaca ulaşmanın mutluluğu kazanılmaktadır. Artan fiziki kapasite ile günlük yaşamdaki aktiviteler daha az yorularak ve daha kolay yapılabilir. Bu sayede günlük işlerini zorlanmadan yapan ve kendi özelliklerinin farkına varan bireylerin yaşamdan duyduğu hazzın artması ile beraber fiziksel hareketsizliğin neden olduğu hastalıklara yakalanma riski de azalacağından yaşam kaliteleri de artmış olacaktır.

Bu çalışmada sağlık hizmetleri sunumun yoğun emek harcayan aktörleri ve bilinçli toplum oluşturma konusunda toplumda rol model olan bir eğitim hastanesinde görevli sağlık çalışanları tanımlayıcı olarak fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitesi puanları açısından karşılaştırılmıştır.

Araştırmada değerlendirilen değişken verilerin değerlendirilmesinde olası karıştırıcı etkileri ortadan kaldırmak için, oluşturulan fiziksel aktivite gruplarının sosyodemografik özellikleri ve çalışma yerleri benzer seçilmiştir.

Fiziksel aktivite düzeyi açısından yüksek ve düşük olan gruplar arasında cinsiyet, ortalama yaş, boy ve kilo durumları, BMI (vki), oturma süreleri, eğitim ve meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışma gruplarının karşılaştırılmasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Çalışma gruplarının karşılaştırılmasında yaş ile yaşam kalitesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışma gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi alt ölçekleri olan, fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, genel sağlık, emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon ile toplam fiziksel sağlık ve toplam mental sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Çalışma gruplarının karşılaştırılmasında yaşam kalitesi alt ölçekleri olan mental sağlık, bedensel ağrı ve canlılık/enerji puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların meslek grupları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında sadece yardımcı personel ile idari personelin mental sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, diğer alt ölçeklerde fark bulunmamıştır.

Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında sadece bedensel ağrı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, diğer alt ölçeklerde fark bulunmamıştır.

Katılımcıların BMİ ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında sadece normal kilolular ile obezlerin arasında genel sağlık puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, diğer alt ölçeklerde fark bulunmamıştır.

Katılımcıların eğitim ve medeni durumları ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların toplam fiziksel sağlık puanları ortalaması 79,07 toplam mental sağlık puanları ortalaması ise 57,63 olarak bulunmuştur.

Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan (düşük) grubu oluşturan 90 personelin, toplam fiziksel sağlık puanları ortalaması 75,75 toplam mental sağlık puanları ortalaması ise 54,79 olarak bulunmuştur.

Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan (yüksek) grubu oluşturan 30 personelin toplam fiziksel sağlık puanları ortalaması 89,04 toplam mental sağlık puanları ortalaması ise 66,17 olarak bulunmuştur.

Fiziksel aktivite düzeyi daha yüksek olan grubun toplam mental sağlık ve toplam fiziksel sağlık puanları ortalamalarında ve genel olarak yaşam kalitesi alt ölçeklerinde daha yüksek puan ortalamasına sahip olması, fiziksel aktivite ile kazanılan bedensel ve sosyal davranış değişikliklerinin kişilerin genel yaşamlarına olumlu bir etkisi olduğunu kanıtlamıştır.

Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini etkilediği ve fiziksel aktivitesi yüksek olan çalışanların yaşam kalitelerinin de yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5.2 Öneriler

Sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesinde fiziksel olarak inaktif ve obez çalışanların varlığının olması her zaman bilginin eyleme dönüşmediğinin bir göstergesi olarak yorumlanmakta ve fiziksel aktiviteye yönelik eylem için farklı politikaların uygulanması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Fiziksel olarak inaktif olan sağlık çalışanları için profesyonel yardım programları geliştirilmeli ve bu konuda kendini geliştirmek isteyen personele yeterli destek sağlanmalıdır.

Bireylerin yaşam kalitesi konusunda bilinçli olmaları için destek gruplarında farkındalık eğitimleri verilmelidir. Farkındalık eğitimleri sağlığın bir imaj değil, bir ihtiyaç olduğu bilinci ve değerinin benimsenmesine ön ayak olabilir.

Sağlık çalışanları sadece topluma sağlık hizmeti sunan kişiler olmayıp sağlıklı yaşam ve sağlığın devamlılığı konusunda toplumda rol model olan bir grup olduğundan sağlık çalışanlarının yeterli düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olması, toplum genelinde de olumlu etki sağlayacaktır. Bu nedenle öncelikli olarak toplumda rol model olan sağlık çalışanlarının fiziksel aktivitesinin yükselmesi adına bilgilendirici seminerler ve yeterli sayıda spor tesislerin varlığı gibi özendirici politikalar uygulanarak çalışanların fiziksel aktiviteye katılımları sağlanmalıdır.

Sağlıklı yaşam tarzının yaygınlaştırılmasında düzenli fiziksel aktivitenin etkinliği esas unsur kabul edilmektedir. Yeterli düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olan bir toplumda sağlık harcamalarının azalacağı ve ülke ekonomisine katkısının olacağı kabul edilmektedir.

Fiziksel aktivite konusunda bilinçli toplum oluşturmaya yönelik faaliyetler sağlık çalışanlarından başlanarak etkili bir şekilde yürütülmelidir.

Tıp fakülteleri, hemşirelik okulları ve sağlık meslek yüksek okullarında fiziksel aktivite düzeyinin yükseltilmesi adına standart bir eğitim programının başlatılması için eğitimciler fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırma konusunda eğitilmelidir.

İnsan odaklı çalışan sağlık personelinin sahip olduğu kişilik özellikleri ve davranışları hastayı direk etkileyen etmenler arasındadır. Çalışanların yaşamlarının kaliteli olması, onların memnuniyet ve motivasyonunun artmasını ve bunun sonucunda da daha kaliteli hizmet sunmalarını sağlamaktadır.

Yoğun dikkat, bilgi ve beceri gerektiren işlerde normal mesai saatleri dışında da çalışan ve yaşamsal sorumluluğa sahip olan sağlık çalışanları yoğun strese maruz kalan kişilerdir. Bu nedenle yalnız bireysel olarak değil kurumsal ve sağlık

politikaları ile ilgili olarak sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini etkileyen durumların tespit edilmesi ve tespit edilen durumların iyileştirilmesi gerekmektedir.

İş yerlerinde sahip olunan aktivite, spor salonlarına erişilebilirlik ve günün belirli bir anında yarım saat gibi bir mola ihtiyacının sporla veya hareketle geçirilmesine yönelik çalışma izelgesi bir değer ve norm haline gelebilir.

Bu tür araştırmaların bir kez yapılmakla kalmayıp, belirli aralıklarla sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitelerine yönelik çalışmalar yapılmalı, personelin fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi algıları takip edilerek gerekirse iyileştirici tedbirler alınmalıdır.

KAYNAKÇA

- Aba, G. (2009). İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Antalya, Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Acree, L., Longfors, J., Fjeldstad, A., Fjeldstad, C., Schank, B., Nike, K., et al. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 4 (37).
- Aksu, M. (2008). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi.Uzmanlık Tezi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Aksungur, A. (2009). Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. Ankara, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi .
- Akyol, A., Bilgiç, P., & Ersoy, G. (2008). *Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Akyüz, G. (2006). Geriatrik hastalarda yaşam kalitesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. (52 (Özel Ek)), 57-59.
- Alexandre, T., Cordeiro, R., & Ramos, L. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev.Saude Publica* , 43 (4), 613-621.
- Allor, K., & Pivarnik, J. (2001). Stability and convergent validity of three physical activity assessments. *Med. Sci. Sport. Exerc.* (33), 671-676.
- Arslan, C., Koz, M., Gür, E., & Mendeş, B. (2003). Üniversite Öğretim Üyelerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri Ve Sağlık Sorunları Arasındaki İlişkinin Araştırılması . *Elazığ F.Ü Sağlık Bil. Dergisi* , 17(4) 249-25.

- Arslan, Ş., & Kutsal-Gökçe, Y. (1999). Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. *Turkish Journal of Geriatrics* , 2 (4), 173-178.
- Aslanadam, B. (2011). Sağlık Personelinin Motivasyonu ve Buna İlişkin Araştırma . İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi.
- Ataman, A. (2009). *Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş Kitabı*. Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.
- Avcı, K., & Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* , 30 (2), 81-85.
- Baltacı, G., Ersoy, G., Karaağaoğlu, N., Derman, O., & Kanbur, N. (2012). *Ergenlerde Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Yaşam*. Ankara: Reklam Kurdu Ajansı.
- Başaran, S., Güzel, R., & Sarpel, T. (2005). Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Turkish Journal of Rheumatology* . , 20 (1), 55-63.
- Baydur, H. (2010). İş Sağlığı ve Yaşam Kalitesi. *3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi*, (s. 82-84). İzmir: SAYKAD.
- Bek, N. (2008). *Fiziksel Aktivite Ve Sağlığımız*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Bilir, N., Özcebe, H., Vaizoğlu, S., Aslan, D., Subaşı, N., & Telatar, T. (2005). Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* (25), 663-668.
- Bize, R., Johnson, J., & Plotnikoff, R. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Prev.Med.* , 45 (6), 401-415.
- Blacklock, R., Rhodes, R., & SG., B. (2007). Relationship between regular walking, physical activity, and health-related quality of life. *Journal of Physical Activity and Health* (4), 138-152.

- Bonnefoy, M., Normand, S., Pachaiaudi, C. L., J.R., L. M., & Kostka, T. (2001). Simultaneous validation of ten physical activity questionnaires in older men : a doubly labeled water study. *J.Am.Soc.Geriatr.* (49), 28-35.
- Bozdemir, H. (2006). Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. izmir, izmir: Yüksel lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Buckworth, J., & Nigg, C. (2004). Physical activity, exercise, and sedentary behavior in college students. *Journal of American College Health.* , 53 (1), 28-34.
- Bulut, S. (2010). Bir Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Hastanesinde Görev Yapan Personelin Fiziksel Aktivite İle İlgili Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara: Yüksek Lisan Tezi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Campbell, A. (1981). The Sense of Well-Being in America. Newyork, McGraw-Hill.: (ISBN 0-07-009683-X).
- Canbolat, Ö. (2010). Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi. Mersin, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Caspersen, J., Powel, K., & Christenson, M. (1985). Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health Related Research. *Public Health Reports* (100 (2)), 126-131.
- Chan, C., Ryan, D., & Tudor-Locke, C. (2004). Health benefits of a pedometer-based physical activity intervention in sedentary workers. *Prev Med.* (39), 1215-1222.
- Conway, J., Seale, J., J. J., Irwin, M., & Ainsworth, B. (2002). Comparison of energy expenditure estimates from doubly labeled water, a physical activity questionnaire, and physical activity records. *Am J.Clin.Nutr.* (75), 519-525.
- Coronado M, J. J. (2003). Activity measured by accelerometry during respiratory rehabilitation. *J. Cardiopulm. Rehabil.* (23), 357-364
- Couter, S., Schneider, P., Karabulut, M., & Bassett, D. (2003). Validity of 10 electronic pedometers for measuring steps, distance, and energy cost. *Med Sci Sports Exerc.* (35), 1455-1460.

- Craig, C., Marshall, A., Sjöström, M., Bauman, A., Booth, M., Ainsworth, B., et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* , 35 (8), 1381-1395.
- Cyarto, E., Myers, A., & Tudor-Locke, C. (2004). Pedometer accuracy in nursing home and community-dwelling older adults. *Med. Sci. Sports Exerc.* (36), 205-209.
- Demirkıran, E. (2012). Yaşam kalitesi ve sağlık çalışanları. İstanbul: Yüksek lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı.
- Deniz, M. (2011). Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişkinin araştırılması. Bursa, Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- DHHS. (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Diane, L., Cara, C., Erin, J., Christine, M., Rennae, A., Melanie, M., et al. (2013). Physical Activity and Quality of Life. *J Prev Med Public Health.* , 46 (1), 28-34.
- Dubbert, P., Vander Weg, M., Kirchner, K., & Shaw, B. (2004). Evaluation of the 7-day physical activity recall in urban and rural men. . *Med. Sci. Sport. Exerc.* (36), 1646-1654.
- Elavsky, S., McAuley, E., Motl, R., Konopack, J., Marquez, D., Hu, L., et al. (2005). Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem, and affective influences. *Ann Behav Med.* , 30 (2), 135-145.
- Ercan, N. (2010). Huzurevinde Yaşayan yaşlıların yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini etkileyen Faktörler. Ankara: Yüksek lisan tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ergün, A., Toptaner, N., Bıçakç, T., Baran, S., Akkaya, G., Ekim, N., et al. (2011). Huzurevinde Yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi(SF-36) üzerine üriner inkontinansın etkisi. *Akad Geriatri* (3), 159-167.

- Eser, E. (2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri. *Sağlıkta Birikim Dergisi* (1), 1-5.
- Fişne, M. (2009). Fiziksel Aktivitelere Katılım Düzeyinin, Üniversite Öğrencilerinin Akademik Başarıları, İletişim Becerileri Ve Yaşam Tatminleri Üzerine Etkilerinin İncelenmesi . Kayseri: Yüksek Lisans Tezi Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Spor Yöneticiliği Anabilim Dalı.
- Fox, K. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr.* , 2 (3A), 411-418.
- Gavarry, O., Bernard, T., Giacomoni, M., Seymat, M., Euzet, J. P., Falgairrette, G. (1998). Continuous Heart Rate Monitoring Over 1 Week in Teenagers Aged 11-16. *Eur.J.App.Physiol.Occup Physiol* (77), 125-132.
- Genç, A., Şener, Ü., Karabacak, H., Üçok, K. .. (2011). Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması. *The Medical Journal of Kocatepe* (12), 145-150.
- Glenda, A. (1993). Quality of Life:a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* (18), 32-38.
- Göçgeldi, E., Babayiğit, M., Hassoy, H., Açikel, E., Taşçı, İ., Ceylan, S. (2008). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* (50), 172-179.
- Grabe, H., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H., Freyberger, H., Dilling, H., et al. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* , 250 (5), 262-268.
- Guszkowska, M. (2004). Effects of exercise on anxiety, depression and mood. *Psychiatr Pol.* , 38 (4), 611-620.
- Güler, D. (2006). Mastalji, Yaşam Kalitesi Ve Depresyon. İstanbul: Uzmanlık Tezi Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.

- Güven, N. (2010). Diabetes Mellituslu Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul, İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Haase, A., Steptoe, A., Sallis, J., & Wardle, J. (2004). Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development. *Prev Med.* , 39 (1), 182-190.
- Hallal, P., Victora, C., Wells, J., & Lima, R. (2003). Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. *Medicine Science and Sports Exercise.* (35), 1894-1900.
- Hamlin, M., & Ross, J. (2005). Barriers to physical activity in young New Zealanders. *Youth Studies Australia.* , 24 (1), 31-37.
- Harvard. (2014). *School of Public Health.* Nisan 2014 tarihinde <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/staying-active-full-story/> adresinden alındı
- Horasan, G. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması.* Ankara: Anıl Matbaa.
- Howley, E. (2001). Type of activity: resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity. *Med. Sci. Sports Exerc.* (33), 364-369.
- İnan, N. (2003). Alerjik rinit ve kronik rinosinüzitli hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Trakya: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Uzmanlık tezi.
- IPAQ. (2005). *Guidelines for Data Processing and Analysis Of the International Physical Activity Questionnaire.* Kasım 2013 tarihinde [sites.google.com/site/theipaq/home:https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWVpbnx0aGVpcGFxfGd4OjE0NDgxMDk3NDU1YWRIZTM](https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWVpbnx0aGVpcGFxfGd4OjE0NDgxMDk3NDU1YWRIZTM) adresinden alındı.
- Iwane, M., Arita, M., Tomimoto, S., Satani, O., Matsumoto, M., Miyashita, K., et al. (2000). Walking 10,000 steps/day or more reduces blood pressure and sympathetic nerve activity in mild essential hypertension. *Hypertens Res.* (23), 573-580.

- Jakicic, J., Otto, A. (2005). Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition* , 82 (1), 226-229.
- Karaca, A., Turnagöl, H. (2007). Çalışan Bireylerde Üç Farklı Fiziksel Aktivite Anketinin Güvenirliği ve Geçerliliği. *Hacettepe J. of Sport Sciences* , 18 (2), 68-84.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)' nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği . *İlaç ve Tedavi Dergisi* (12), 102-106.
- Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. İstanbul: Uzmanlık Tezi ,Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği.
- Korkut, F. (2004). *Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Lamonte, M., & Ainsworth, B. (2001). Quantifying energy expenditure and physical activity in the context of dose response. *Med Sci Spor Exerc.* (33), 370-419.
- LaPorte, R., Montoye, H., & Caspersen, C. (1985). Assessment of Physical Activity in Epidemiologic Problems and Prospect. *Public Health Reports* (100), 131-146.
- Livingstone, M., Prentice, A., & Coward, W. (1990). Simultaneous measurement of free-living energy expenditure by the double labeled water method and heart rate monitoring. *Am.J.Clin.Nutr.* (52), 59-65.
- Logan, N., Reilly, J., Grant, S., & Paton, J. (2000). Resting Heart Rate Definition and Effect on Apparent Levels of Physical Activity in Young Children. *Medicine Science and Sports Exercise* (32), 162-166.
- Mehmet, K., A., D., Songül, A., Cihangi, D., Ufuk, D., Vedat, B., et al. (2008). Ankara'da Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* , 11 (1), 12-17.

- Michelson, D., Lydiard, R., Pollack, M., Tamura, R., Hoog, S., Tepner, R., et al. (1998). Outcome assessment and clinical improvement in panic disorder: evidence from a randomized controlled trial of fluoxetine and placebo. The Fluoxetine Panic Disorder Study Group. *Am J Psychiatry*, 155 (11), 1570-1577.
- Mota, J., & G., S. (1999). Adolescent's Physical Activity: Association with Socio-Economic Status and Parental Participation Among a Portuguese Sample. *Sport Education and Society*, 4 (2), 193-199.
- Müezzinoğlu, T. (2004). *yaşam kalitesi*. Ocak 2014 tarihinde üroonkoloji derneği.: http://www.uroonkoloji.org/ebulten/pdf/pdf_URO_128.pdf adresinden alındı.
- Nahas, M. V., Goldfine, B., & Collins, M. A. (2003). Determinants of Physical Activity in Adolescents and Young Adults: the Basis for High School and College Physical Education to Promote Active Lifestyles, Physical Educator. *Winter* (60), 42-56.
- Öksüz, E., & Malhan, S. (2005). *Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri*. Ankara: Başkent Üniversitesi.
- Özer, D., & Baltacı, G. (2008). *İş Yerinde Fiziksel Aktivite*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Özer, K. (2010). *Fiziksel Uygunluk*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Öztürk, M. (2005). Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliliği Ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Ankara: Yüksek lisans tezi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı.
- Özüdoğru, E. (2013). Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Burdur: Yüksek lisans Tezi Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Programı.
- Parmaksız, H. (2007). Yetişkin Obezlerde Fiziksel Aktivite Seviyesinin Belirlenmesi İzmir, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

- Pate, R., M, P., Blair, S., Haskell, W., CA, M., C, B., et al. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers. *JAMA* (273), 402,407.
- Perim, A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Edirne, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Pitta, F., Troosters, T., Probst, V., Spruit, M., Decramer, M., & Gosselink, R. (2006). Quantifying physical activity in daily life with questionnaires and motion sensors in COPD. *European respiratory journal* (3), 1040-1055.
- Podl T.R, Goodwin M.A , Kikano G.E , Stange K.C (1999). Direct observation of exercise counseling in community family practice. *Am.J.Prev.Med.* (17), 207-210.
- Proper, K., & Mechelen, W. (2007). Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet. China: WHO.
- Public Health, E. (2014). *ec.europa.eu/health*. Mart 2014 tarihinde http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm adresinden alındı.
- Racette, S., Deusinger, S., & RH., D. (2003). Obesity: Overview of Prevalence, Etiology and Treatment. *Physical Therapy* , 83, 276-288
- Raglin, J. (1990). Exercise and mental health. Beneficial and detrimental effects. *Sports Med.* 9 (6), 323-329.
- Raustorp, A., Pangrazi, R., & Stahle, A. (2004). Mass Index Among School Children in South-Eastern Sweden. Physical Activity Level and Body. *Acta Paediatr* (93), 400-404.
- Sağlık Bakanlığı. (2007). *21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek* (Cilt Yayın No: 711). Ankara: Yücel Ofset Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı. (2008). *Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

- Sağlık Bakanlığı. (2008). *Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıklarını Önleme Ve Kontrol Programı* (Cilt yayın no: 743). Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı, T. (2006). *Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 Temel Bulgular*. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık.
- Sağlık Müdürlüğü, T. (2011). *Sağlık Müdürlüğü, Obezite Birimi, Tokat. 2* 2014 tarihinde Web: <http://tokatbeslenme.blogspot.com/2011/10/duzenli> Web: <http://tokatbeslenme.blogspot.com/2011/10/duzenli-fiziksel-aktivite-vesağlığımız> html adresinden alındı.
- Savcı, A. (2006). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Erzurum: Yüksek Lisans Tezi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Savcı, S., Öztürk, M., Arıkan, H., İnal, İ. D., & Tokgözoğlu, L. (2006). Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyol. Dern. Arş* , 34, 166-172.
- Shephard, R. (2003). Limits to the measurement of habitual physical activity by. *Br. J. Sports Med.* (37), 197-206.
- Shibata, A., Oka, K., Nakamura, Y., & Muraoka, I. (2007). Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. *Health and Quality of Life Outcomes* , 5 (64).
- Strath, S., Swartz, A., Bassett, D., O'Brien, W.L., K., & G.A., A. B. (2000). Evaluation of heart rate as a method for assessing moderate intensity physical activity. (32), 465-470.
- Şahin, H. (1997). Eski bir kavram, yeni bir ölçüt: yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim* (12), 40-46.
- Şanlı, E. (2008). Öğretmenlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi-Yaş, Cinsiyet Ve Beden Kitle İndeksi İlişkisi. Ankara: Yüksek Lisans Tezi Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı .
- Tamer, K. (2000). *Sporda Fiziksel-Fizyolojik Performansın Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi*. Ankara: Bağırhan Yayınları.

- Tekkanat, Ç. (2008). Öğretmenlik bölümünde okuyan öğrencilerde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri. Denizli, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sporda Psiko-Sosyal Alanlar Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
- Testa, M., & Nackley, J. (1994). Methods for Quality of Life Studies. *Annu Rev Public Health* (15), 535-539.
- Testa, M., & Simonson, D. (1996). Assesment of Quality Life Outcomes. *The New England Journal of Medicine.* , 334 (13), 835-840.
- Top, M., Özden, S., & Sevim, M. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam* , 16 (1), 18-23.
- Topsaç, M. (2013). Üniversitede Okuyan Engelli Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi. Kütahya: Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tremblay, M., Shephard, R., McKenzie, T., & Gledhill, N. (2001). *Physical activity assessment options within the context of the Canadian Physical Activity, Fitness, and Lifestyle Appraisal.* *Can J Appl Physiol*,26(14),388-407.
- Trost, S. (2001). Objective measurement of physical activity in youth: current. *Exerc. Sport. Sci.Rev.* (29), 32-36.
- Tudor-Locke, C., Ham, S., Macera, C., Ainsworth, B., Kirtland, K., J.P., R., et al. (2004). Descriptive epidemiology of pedometer-determined physical activity. *Med.Sci.Sports Exercise* (36), 1567-1573.
- TUİK.(2013).4.2013 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13490> adresinden alındı.
- TUİK. (2012). *Seçilmiş Göstergelerle Ankara*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası Yayın No:4053.
- Tunay, V. B. (2008). *Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014, Mart). *Aile Hekimliği*. Mart 2014 tarihinde <http://ailehekimligi.gov.tr/salk-ve-bakm/265-fiziksel-aktivite.html> adresinden alındı.

- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). *Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı yayın no: 773.
- Ünal, B., Ergör, G., Horasan, G., Kalaça, S., & K, S. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Ankara, Ankara: Anıl Matbaa Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909.
- Vanhees, L., Lefevre, J., Philippaerts, R., Martens, M., Huygens, W., Troosters, T., et al. (2005). How to Assess Physical Activity ? How to assess physical fitness? *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* (12), 102-114.
- Vural, Ö. (2010). Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Ankara: Yüksek lisans tezi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Hareket Bilimleri Programı.
- Ware, J. J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* , 30 (6), 473-483.
- Welk, G., Corbin, C., & Dale, D. (2000). Measurement Issues in The Assesment of Physical Activity in Children. *Research Qaterly for Exercise Sport.* (71), 59-73.
- Welk, G., Differding, J., Thompson, R., Blair, S., Dziura, J., & Hart, P. (2000). The utility of the Digi-Walker step counter to assess daily physical activity patterns. *Med.Sci.Sport.Exerc.* (32), 481-488.
- Welk, G., Schaben, J., & Morrow, J. (2004). Reliability of accelerometry-based activity monitors: a generalizability study. . *Med. Sci. Sports. Exerc.* (36), 1637-1645.
- WHO. (2014). *10 key facts on physical activity in the WHO European Region*. Nisan 2014 tarihinde <http://www.euro.who.int/en/health-topics/diseaseprevention/physical-activity/data-and-statistics/10-key-facts-on-physical-activity-in-the-who-european-region> adresinden alındı.
- WHO.(2006).3.1,2014tarihinde http://apps.who.int/bmi/index.jsp?intro_Page= intro_3.html adresinden alındı.

- WHO. (2013a). Aralık 2013 tarihinde Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health:http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/ adresinden alındı.
- WHO.(2013b).Kasım2013tarihinde<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> adresinden alındı.
- WHO. (2009). *Global Health Risks*. Geneva: WHO.
- WHO. (2004). *Global Strategy On Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO.
- WHO, E. (2007). *A European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen: WHO Europe.
- WHOQOL. (1998). World Health Organization Quality of Life Assessment. Development and general psychometric properties. *Soc.Sci.Med.* , 46 (12), 1569-1585.
- Wyatt, H., Peters, J., Reed, G., Barry, M., & Hill, J. (2005). A Colorado statewide survey of walking and its relation to excessive weight. *Med.Sci.Sports Exerc.* (37), 724-730.
- Yancey, A., Wold, C., McCarthy, W., Weber, M., Lee, B., Simon, P., et al. (2004). Physical Inactivity and Overweight Among Los Angeles County. *American Journal of Preventive Medicine* , 27 (2), 146-152.
- Zorba, E. (2010). *Fiziksel Uygunluk Ders Notları*. aralık 2013 tarihinde [erdalzorba.com: http://www.erdalzorba.com/categories_news.php?kat_id=9&kat=Fizikse%20Uygunluk%20Ders%20Notlar%FD](http://www.erdalzorba.com/categories_news.php?kat_id=9&kat=Fizikse%20Uygunluk%20Ders%20Notlar%FD) adresinden alındı.
- Zorba, E. (2006). *Yaşam Boyu Spor*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Zorba, E. (2008). Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite. *10th International Sports Sciences Congress*, (s. 82-85). Bolu

EKLER

- 1. Ek-A** : Etik Kurul İzin Belgesi
- 2. Ek-B** : Araştırma Anketi İzin Belgesi
- 3. Ek-C** : Tez Zaman Çizelgesi
- 4. Ek-D** : Veri Toplam Formu

Ek-A Etik Kurul İzin Belgesi

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

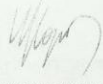
EK-A

EĞT.ÖĞT. : 50687469-1491 - 2088-13/1648.4-2864 25 Aralık 2013
KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

J. Sağ. Üçvş. Sercan KÜRKLÜ'ye

GATA Etik Kurulu'nun 16 Aralık 2013 günü yapılan 29'uncu oturumunda, GATA Halk Sağlığı AD'da görevli J. Sağ. Üçvş. Sercan KÜRKLÜ'nün sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Olası Etkilerinin İncelenmesi" başlıklı, tek merkezli, vaka kontrol çalışması olan araştırma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

Rica ederim.


Mustafa BAŞBOZKURT
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Komutan Bilimsel Yardımcısı,
Askeri Tıp Fakültesi Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi

EKİ :
EK-A (1 Adet Etik Kurul Raporu)

Ek-B Araştırma Anketi İzin Belgesi

EĞT. ÖĞT. : 50687489-3730- -14/Mzn. Son (4) (1648-) Ocak 2014

Ek-B

ARAŞTIRMA AMAÇLI ANKETLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU TARAFINDAN ONAYLANAN ANKETLER

S.NO	Araştırmacının Kimliği	Görev Yeri	Araştırmanın Konusu	Uygulama Yeri	Açıklama
13.	Svl.Me Sevilay TANKOÇ	GATF Dek. ve Eğt. Hast Bştp.lığı	Hasta Hakları Birim Faaliyetlerinin Sağlık Kurumlarındaki Kalite Süreçlerine Etkisi	GATF Eğitim Hastanesi çalışanları	Uygun olduğu değerlendirilmiştir
14.	Svl.Me.Hem. Emine BAYRAK	Acil Tıp AD Bşk.lığı	Kanser Hastalarının Acil Servise Başvuru Nedenleri ve Semptomlarla Baş Etmede Kullandıkları Yöntemler	GATF Acil Tıp AD Bş.lığı	Uygun olduğu değerlendirilmiştir.
15.	Sağ.Astsb Sercan KÜRKLÜ	GATF Haik Sağlık AD Bşk.lığı	Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Olası Etkilerinin İncelenmesi	GATA personeline örnekleme yöntemiyle	Uygun olduğu değerlendirilmiştir
16.	Svl.Me.Hem. Emel BAŞOL	GATF Kardiyoloji AD Bşk.lığı	Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Otonomik Kişilik Özellikleri ve Problem Çözme Becerilerinin Belirlenmesi	GATF Eğitim Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelere	Uygun olduğu değerlendirilmiştir
17.	Svl.Me.Hem.Derya ÖCAL	GATF Kalp Damar Cerrahi AD Bşk.lığı	Cerrahi hemşirelerinde Stres ve Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesi	GATF Cerrahi Bilimler Bölüm Başkanlığında Çalışan Hemşireler	Uygun olduğu değerlendirilmiştir

HİZMETE ÖZEL

Yapılacak Faaliyet	Ekim 2013	Kasım 2013	Aralık 2013	Ocak 2014	Şubat 2014	Mart 2014	Nisan 2014	Mayıs 2014	Haziran 2014	Temmuz 2014
Konu seçimi, veri toplama yöntemi ve formların hazırlanması	→									
Etik kurul ve Anket kurulu izinlerin alınması		→								
Literatür taraması ve kaynak toplanması	→									
Veri toplama formunun uygulanması				→						
Veri girişi ve analizi						→				
Araştırma raporunun yazılması							→			

Ek-D Veri Toplam Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcılar;

Yapmış olduğumuz bu araştırma “Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Olası Etkilerinin İncelenmesi”. başlıklı bir yüksek lisans tez çalışmasıdır.

Katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara doğru ve en uygun cevabın verilmesi araştırmanın bilimsel sonuçları açısından son derece önemlidir.

Yanıtlarınız çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Zaman ayırıp ankete katıldığınız için çok teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Sercan KÜRKLÜ

- 1- Mesleğiniz :
- 2- Cinsiyetiniz : Erkek () Kadın ()
- 3- Yaşınız : (Yıl olarak belirtiniz)
- 4- Boy ve Kilonuz :cm/.....kg
- 5- Eğitim Durumunuz : İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Lisans () Yüksek lisans () Doktora ()
- 6- Medeni Haliniz : Evli () Bekar () Diğer ()

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA)

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir. Lütfen son 7 günde yaptığınız şiddetli fiziksel aktiviteleri düşünün. (işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence vb.)

Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.

1.Geçen 7 gün içerisinde ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktiviteler yaptığınız gün sayısı kaçtır?

Haftada ___gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2.Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___saat

Günde ___dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta dereceli fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3.Geçen 7 gün içerisinde hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptığınız gün sayısı kaçtır? Yürüme hariç.

Haftada ___gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___saat

Günde ___dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___ gün

Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/ Emin değilim.

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dâhildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

YAŞAM KALİTESİ ANKETİ (SF-36)

AÇIKLAMA: Bu anket ile size sağlık durumunuz ve günlük aktiviteleriniz (işinizdeki, evinizdeki ve ev dışındaki) ile ilgili sorular sorulacaktır. Lütfen, her bir soru için size en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Geçen yıldan daha iyiyim
b) Geçen yıldan biraz daha iyiyim
c) Geçen yıl ile hemen hemen aynı durumdayım
d) Geçen yıldan biraz daha kötüyüm
e) Geçen yıldan çok daha kötüyüm

3. Aşağıdaki tabloda rutin bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi ne kadar kısıtlamaktadır ?

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a)Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşmak, ağır bir şey kaldırmak, ağır spor aktivitelerinde bulunmak			
b)Orta dereceli aktiviteler, bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini kullanmak, bowling, golf			
c)Günlük alışveriş çantası taşımak ve kaldırmak			
d) Birden fazla kat merdiven çıkmak			
e) Tek kat merdiven çıkmak			
f) Çömelmek, diz çökmek, eğilmek			
g) 1 kilometreden fazla yürümek			
h) 500 metre yürümek			
i) 100 metre yürümek			
j)Kendi kendine yıkanmak ve giyinmek			

4. Son dört hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız ile ilgili herhangi bir problemden dolayı günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a)İşiniz ve günlük aktiviteleriniz için ayırdığımız zamanda bir azalma oldu mu?		
b)Yapmak istediklerinizden (hedeflediğinizden) daha azını mı gerçekleştirdiniz?		
c)İş ortamınızda ve günlük yaşamınızda yaptığınız diğer aktivitelerin türlerinde bir azalma oldu mu?		
d)İşinizi ve diğer aktivitelerinizi yaparken bir zorlanmayla karşılaştınız mı? (Örneğin fazladan çaba gerekmesi)		

5. Son dört hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerden biriyle karşılaştınız mı ?

	Evet	Hayır
a)İşiniz ve günlük aktiviteleriniz için ayırdığımız zamanda bir azalma oldu mu?		
b)Yapmak istediklerinizden daha azını mı gerçekleştirdiniz?		
c)İş ortamınızda ve günlük yaşamınızda yaptığınız aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapmadınız mı?		

6. Son dört hafta içerisinde fiziksel ve duygusal problemleriniz ailenizle, arkadaşlarınızla ve komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne düzeyde etkiledi?

- a) Hiç b) Çok az c) Orta derecede d) Oldukça
e) Çok fazla

7. Son dört hafta içerisinde vücut ağırlarımız oldu mu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Ağır
f) Çok ağır

8. Son dört hafta içerisinde vücut ağrılarınız normal iş ve günlük hayatınızdaki aktivitelerinizi (hem ev içinde hem de ev dışında) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç b) Çok az c) Orta derecede d) Oldukça
e) Çok fazla

9. Aşağıdaki sorular sizin son dört hafta içerisindeki genel durumunuzla ilgilidir?

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
a)Ne kadar süreyle kendinizi canlı, hayat dolu hissettiniz?						
b)Ne kadar süreyle çok sinirliydimiz?						
c)Ne kadar süreyle hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar kötü hissettiniz?						
d)Ne kadar süreyle sakin, soğukkanlı ve huzur içerisindeydiniz?						
e)Ne kadar süreyle kendinizi enerji dolu hissettiniz?						
f)Ne kadar süreyle kendinizi üzgün ve sıkıntılı hissettiniz?						
g)Ne kadar süreyle kendinizi tükenmiş hissettiniz?						
h)Ne kadar süreyle kendinizi mutlu hissettiniz?						
i)Ne kadar süreyle kendinizi yorgun hissettiniz?						

10. Son dört hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız ve duygusal problemlerinizi, sosyal aktivitelerinizi (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c)Bazen d)Nadiren
e)Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Lütfen bu ifadelerden sizi en iyi şekilde tanımlayanı işaretleyiniz.

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a)Diğer insanlardan daha kolay hasta oluyorum					
b)Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
c) Sağlık durumumun kötüye gideceğini düşünüyorum.					
d)Sağlık durumumun mükemmel olduğunu düşünüyorum.					

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER :

Adı Soyadı :Sercan KÜRKLÜ
Uyruğu : T.C.
Doğum Yeri ve Tarihi : Aksaray / 1985
Medeni Hali : Bekar
E-Posta Adresi : sercankurklu@gmail.com
İletişim (Telefon) : 543 234 00 10

EĞİTİM :

Lise : GATA Sağlık Astsubay Hazırlama ve Sınıf Okulu(2000-2003)
Ön Lisans: : GATA Sağlık Astsubay Meslek Yüksek Okulu (2003-2005)
Lisans : Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi ve idari Bilimler
Fakültesi İşletme Bölümü (2005-2009)
Yüksek Lisans : Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Yüksek Lisans (2012-2014)

MESLEKİ DENEYİM:

1. 2006 -2008 1. J.Eğt. Tb. K.lığı Revir Baştabipliği Kütahya(Shh.Tek.Astsb.)
2. 2008 -2010 Van Asker Hastanesi (Sağ. Krl. Ks. Amiri)
3. 2010 - 2012 J.Komd. Tb. K.lığı Van (Shh.Tek.Astsb.)
4. 2012 - 2013 Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıbbi Biyokimya AD. (Lab. Tek)
5. 2013 -..... Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı AD. (Lab. Tek)

KATILDIĞI EĞİTİM VE KURSLAR:

1. Sağlık Astsb Staj Eğitimi (2005-2006)
2. Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Eğitimi (2006)
3. Sağlık Malzemeleri İkmal Kursu (2007)
4. İç Güvenlik Harekatı Kursu (2010)
5. Biyokimya Teknisyen Astsb. Kursu (2012)

YABANCI DİL:

İngilizce