



T.C.
NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI

HUZUR EVİNDE VE KENDİ EVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN FİZİKSEL
AKTİVİTE YAPMA DÜZEYİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Yunus GÖZ

NİĞDE
Temmuz, 2017

T.C.
NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI

**HUZUR EVİNDE VE KENDİ EVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN FİZİKSEL
AKTİVİTE YAPMA DÜZEYİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Yunus GÖZ

Danışman : Prof. Dr. Serkan HAZAR
Üye : Yrd. Doç. Dr. Cemal Berkan Alpay
Üye : Yrd. Doç. Dr. Metin POLAT

NIĞDE
Temmuz, 2017

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘Huzur Evinde ve Kendi Evinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Aktivite Yapma Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde tez yazım kılavuzuna uygun olarak tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiği ve çalışmanın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.
03.07.2017

Yunus GÖZ

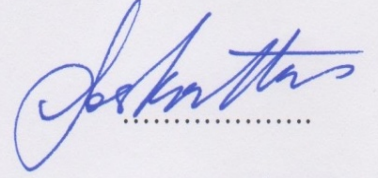
ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Serkan HAZAR'ın danışmanlığında Yunus GÖZ tarafından hazırlanan "Huzur Evinde Ve Kendi Evinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Aktivite Yapma Düzeyleri İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı bu çalışma jürimiz tarafından Ömer Halisdemir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

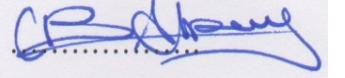
Tarih: 03.07.2017

JÜRİ :


Danışman : Prof. Dr. Serkan HAZAR



Üye : Yrd. Doç. Dr. Cemal Berkan ALPAY



Üye : Yrd. Doç. Dr. Metin POLAT



ONAY :

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulu'nun Tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Doç. Dr. Ömer İSKENDEROĞLU
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Başta bu araştırmanın tüm süreçlerinde yardımlarını esirgemeyen bana ışık tutan değerli danışman hocam Prof. Dr. Serkan Hazar'a, tez süreci içerisinde fikir ve önerilerine başvurduğum Doç. Dr. Emrah Atay'a, uygulama aşamasında ilgi ve alakasını esirgemeyen Gaziantep Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü çalışanlarına, değerli dostlarım M. Mustafa İlçin ve Fatih Koçak'a ve aile bireylerimin hepsine teşekkür eder, şükranlarımı sunmayı bir borç bilirim.



ÖZET
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HUZUR EVİNDE VE KENDİ EVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN FİZİKSEL
AKTİVİTE YAPMA DÜZEYİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YUNUS GÖZ

Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Serkan HAZAR
Temmuz 2017, 73 sayfa

Araştırmada, huzur evinde ve kendi evinde yaşayan yaşlıların fiziksel aktivite yapma düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya yaş ortalaması 69,76 olan 57 erkek, 65 kadın toplamda 122 gönüllü katılmıştır. Katılımcıların 63'ü kendi evinde, 59'u huzur evi veya bakım evinde kalmaktadır. Katılımcılara karşılıklı soru cevap yöntemiyle SF-36 Yaşam Kalite Ölçeği, Sosyo-demografik Özellikler ölçeği ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa form) uygulanmıştır. Çalışmalar Gaziantep Yaşlı ve Bakım Evinde uygulanmıştır.

Bu çalışmanın istatistiksel analizleri “Statistical Pack Age For Social Sciences” (SPSS 17.0) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde bazı tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Ayrıca ikili karşılaştırmada t – testleri, kullanılmıştır. Fiziksel aktivite düzeyi değişkeninin 2’de fazla seçeneğe sahip olmasına rağmen sadece iki seçeneğe cevap verildiği için bu karşılaştırmada da yine t-testi kullanılmıştır. Bulunan değerler tablo olarak sunulmuştur. Tüm testlerde anlamlılık düzeyi ($p<0,05$) olarak kabul edilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre; kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde, kendi evinde yaşayan yaşlıların, huzur/bakım evinde yaşayan yaşlılara göre daha aktif olduğu bulunmuştur. Hem kendi evinde hem de huzur/bakım evinde yaşayan yaşlılarda erkeklerin kadınlardan daha aktif olduğu belirlenmiştir.

Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri incelendiğinde kendi evinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin huzur/bakım evinde yaşayan yaşlılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir

Sonuç olarak cinsiyet değişkeninde görölen farklılıkların yanında ikamet ettiği yer değişkenine göre de boyutlar arasında farklılıklar olduğu görölmektedir. Bazı boyutlarda kendi evlerinde yaşıyanların lehine anlamlı farkların olduğu, bazı boyutlarda ise huzur evi / bakım evinde yaşıyanların lehine anlamlı farklılıkların olduğu görölmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda hem kendi evinde yaşıyan hem de huzur evinde yaşıyan yaşlıların yaşam kalitelerini ve fiziksel aktivite düzeylerini arttırmak için eğitici, bilgilendirici programlar ve uygulamaların düzenlenmesi toplumsal açıdan önemli bir katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi.



ABSTRACT
MASTER THESIS

**THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN LIFE
QUALITY AND PHYSICAL ACTIVITY LEVEL OF OLDER LIVING AT
HOME AND OWN HOME**

YUNUS GÖZ

The Department of Physical Education and Sports

Supervisor: Prof. Dr. Serkan HAZAR

July – 73 Pages

It was aimed to investigate the relationship between quality of life activities and levels of physical activity of the elderly living in their residence, in their residence, and in their home.

A total of 124 volunteers, 57 males and 65 females with a mean age of 69.76, participated in the study. 63 of the participants are in their own homes, and 59 are in shelter care homes. SF-36 Quality of Life Scale, Sociodemographic Characteristics Scale and International Physical Activity Questionnaire (Short form) were applied to participants. The work was carried out in Gaziantep Elderly and Care Home.

The statistical analysis of this study was the "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS 17.0) package program. In the analysis of the data some descriptive statistics were used. In addition, binary comparison t - tests were used. Although there are more options in 2 when the level of physical activity is changed, only two options are answered, and in this comparison t-test is used again. The values are presented as a table. Significance level was accepted as $p < 0.05$ in all tests.

According to findings; When the physical activity levels of the elderly living in their own home and at the nursing home were examined, it was found that the elderly living in their own home were more active than the elderly living in the nursing home. It has been determined that males are more active than females in their homes and in the elderly who live in peace and well-being.

When the living qualities of the elderly living in their own home and in the care home are examined, it is determined that the living standards of the elderly living in their own home are higher than the elderly living in the care / home of the living.

As a result, there are differences between the dimensions according to the place of residence as well as the differences seen in the gender variable. There are significant differences in some dimensions favoring those living in their own homes, in favor of those living in the shelter / care home where they are in some dimensions. In accordance with this information, arranging educational, informative programs and practices to increase the quality of life and qualities of elderly people who live in their own homes and live in peace homes will provide a significant social harmony.

Keywords: Elderly, physical activity and quality of life.



İÇİNDEKİLER DİZİNİ

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
Anahtar Kelimeler: Yaşlı, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
GİRİŞ	1
Problem Durumu	1
Problem Cümlesi	2
Alt Problemler	2
Araştırmanın Amacı	2
Hipotez	3
Sınırlılıklar	3
Tanımlar	3
1.GENEL BİLGİLER	4
1.1. Spor Ve Egzersiz	4
1.1.1.Sporun Tanımı	4
1.1.2. Fiziksel Uygunluk	5
1.1.3. Sedanter Davranış	6
1.1.4. Fiziksel Aktivite	6
1.1.5. Yaşam Kalitesi	8
1.1.6. Egzersizin Tanımı	13
1.2.Egzersiz Türleri	13
1.2.1. Aerobik Egzersiz	13
1.2.2. Kuvvet Egzersizi	14
1.2.3. Kombine Egzersiz	15
1.2.4. Egzersiz ve Fiziksel Aktivitenin Sağlıkla İlişkisi	15

1.2.5. Yaşlılık ile Egzersiz ve Fiziksel Aktivitenin İlişkisi	17
1.3. Yaşlanma Süreci	18
1.3.1. Yaşlılık	18
1.3.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması	19
1.3.3. Yaşlılıkta Kaslarda Meydana Gelen Değişiklikler	20
1.3.4. Yaşlılıkta Kemiklerde Meydana Gelen Değişiklikler	21
1.3.5. Yaşlılıkta Eklemlerde Meydana Gelen Değişiklikler	21
1.3.6. Yaşlılıkta Kardiyovasküler Fonksiyonunda Meydana Gelen Değişiklikler	22
1.3.7. Yaşlılıkta Solunum Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler	23
1.4. Yaşlılıkta Sağlık Ve Egzersiz	24
1.4.1. Sağlıklı Ve Uzun Ömürlü Olmada Sporun Etkileri	24
1.4.2. Yaşlılarda Kemik Kayıpları Ve Beslenme Bozukluğu	26
1.4.3. Yaşlılarda Egzersiz ve Osteoporoz	27
1.4.4. Yaşlılarda Yürüme Kinematığı	28
1.5. Yaşlılar İçin Egzersizin Yararları	28
1.5.1. Vücut Kompozisyonundaki Değişikliklere Yararları	29
1.5.2. Kas Kuvveti, Denge Ve Düşmeye Yararları	30
1.5.3. Kronik Hastalıklara Yararları	31
1.5.4. Kas-İskelet Sistemi Hastalıklarına Yararları	31
1.5.5. Yaşam Süresine Etkisi	32
1.5.6. Psikolojik Yararları	33
1.5.7. Sedanter Yaşlıya Yaklaşım	33
1.5.8. Yaşlılar İçin Egzersiz Reçetesi	34
2. MATERYAL VE YÖNTEM	35
2.1. Veri Toplama Teknikleri	35
2.1.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi	35
2.1.2. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (Kısa Form)	36
2.1.4. Kişisel Bilgi Formu	39
2.2. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3. BULGULAR	40
3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	40
Katılımcıların Boy, Vücut Ağırlığı ve Yaş bilgileri	40
3.1.2. Medeni Durum	40

3.1.3. Cinsiyet	41
3.1.4. İkamet Durumu	41
3.1.5. Kronik Hastalık Dağılımı.....	42
3.1.6. Kronik Hastalıklar.....	42
4. TARTIŞMA VE SONUÇ	47
KAYNAKLAR	51
EKLER.....	62
ÖZ GEÇMİŞ.....	73



SİMGELER VE KISALTMALAR

YK : Yaşam Kalitesi

SİYK: Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

WHO (DSÖ) : World Healthy Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

IPAQ : Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi

SF-36 : Short Form-36 (Kısa form-36), Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi

TABLULAR DİZİNİ

Tablo Sayfa

1. Katılımcıların yaş, vücut ağırlığı ve boy bilgileri41
2. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların ikamet durumuna göre fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması.....43
3. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların cinsiyet durumlarına göre fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması.....43
4. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların ikamet durumlarına göre yaşam kalitesi boyutlarının karşılaştırılması.....44
5. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların fiziksel aktive düzeyleri ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması.....45
6. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların cinsiyet değişkenine göre yaşam kalitesi alt boyutlarının karşılaştırılması.....46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil Sayfa

1. SİYK tamamen YK'nin bir alt bileşenidir.....10
2. Katılımcıların Medeni Durumu.....38
3. Katılımcıların Cinsiyetleri.....39
4. Katılımcıların İkamet Durumu.....39
5. Katılımcıların Kronik Hastalık Dağılımı.....40
6. Katılımcıların Sahip Olduğu Kronik Hastalıklar.....40



GİRİŞ

Bu bölümde; problem durumu, problem cümlesi, alt problemler ve araştırmanın amacı bulunmaktadır.

Problem Durumu

Yıllardır daha yavaş yaşlanmak, daha zinde ve enerjik olmak için araştırmalar yapılmıştır. Sağlıklı ve uzun yaşamın anahtarı olan yaşam kalitesi, düzgün beslenme, hareketli yaşam ve sağlıklı bir çevrede yaşamak gibi değiştirebileceğimiz faktörleri kontrol altına almayı amaçlanmıştır (Zorba, Ocak 2010, ss. 82).

Yaşam kalitesi geniş bir kavram olup yaşamı tüm yönleriyle değerlendirmeyi amaçlar (Tekeli vd., 2004; Borglin et al., 2005). Yaşam kalitesinin tanımlanmasında bir takım sorunlar yaşanmıştır, bunun nedenlerinden biride bu alanda çalışma yapanların farklı açılardan yaklaşımlarıdır (Stephard,1997; Arslan ve Gökçe-Kutsal, 1999). Toplum psikolojisinin temel amaçlarından biride yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (Kalın kara ve Erarı, 2002).

İnsan yaşlandıkça yaşamlarında bir takım değişiklikler olur ve bu bunlar yaşam kalitesine etkide bulunur. Bununla birlikte ortaya çıkan çeşitli sorunlarda yaşlının yaşam kalitesi için belirleyici etmenlerdir. Hem bireylerin hem de toplumların yaşlanması düşünüldüğünde, yaşlılığın hem toplumu hem de bireyi etkileyen bir olgu olduğunu görülür. (Yazıcıoğlu vd., 1996). Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanıma göre yaşam kalitesi, kişinin kültürel olgular içindeki yaşamını ve yaşamındaki değerleri, hedefleri, ilgileri ve standartları olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi öznel bir kavramdır ve kişiden kişiye değişiklik gösterir. Ek olarak kişinin yaşamını etkileyen etmenlerden hepsi değerlendirilmelidir (Abdel-Ghany, 1977; Seedand Lloyd, 1997; McGregorand Goldsmith, 1998; Arslan ve Gökçe-Kutsal, 1999; Işıkhana, 2000; Fayersand Machin, 2001).

Her yaşta, fiziksel aktivite sağlığa faydalıdır. Fiziksel aktivite düzenli yapıldığında, çocukların büyümesinde ve sağlıklı gelişmesinde, kötü alışkanlıklardan uzak kalmasında, sosyalleşmelerinde, yetişkin bireylerin kronik hastalıklardan uzak

kalmasına veya tedavilerinde, yaşlı bireylerin daha aktif olmalarında yani kısaca hayatları boyunca yaşam kalitelerinin yükselmesinde önemlidir.(Bayrakçı, 2008).

Yapılan çalışmalar fiziksel aktivite ve yaşam kalitesinin diğer etmenlere nazaran daha çok ilişkili olduğunu göstermektedir(Tessier ve diğerleri, 2007).

Problem Cümlesi

Huzur evinde ve kendi evinde yaşayan yaşlıların fiziksel aktivite yapma düzeyi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

Alt Problemler

1. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların ikamet durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında fark var mıdır?
2. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların cinsiyet durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasında fark var mıdır?

Araştırmanın Amacı

Günümüzde gelişen teknoloji ile hareketsizlik, stres, kötü beslenme gibi, etmenler insan hayatını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Bunun sonucu olarak da toplum daha sağlıklı ve mutsuz bir hal almaktadır (Özüdoğru Ebru, 2013)

Bu çalışmada kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların fiziksel aktivite yapma düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Hipotez

H0=yaşlının hayatını sürdürdüğü mekan yaşam kalitesini ve fiziksel aktivite düzeyini etkilememektedir.

H1= yaşlının yaşamını sürdürdüğü mekan yaşam kalitesini ve fiziksel aktivite düzeyini etkilemektedir.

Sınırlılıklar

Çalışma Gaziantep Huzurevinde yaşayan ve Gaziantep ilinde ikamet eden 60-90 yaş arası kendi evinde yaşayan yaşlılar ile sınırlıdır.

Tanımlar

Fiziksel Aktivite: Vücudun iskelet kasını kullanarak hareket etmesi ve bunun sonucunda enerji yakmasıdır (Rowland ve Freedson,1994).

Yaşam Kalitesi: Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanıma göre; kişilerin yaşadıkları toplum içerisindeki kültür ve değer sistemlerindeki yaşam algılarıdır (Baydur, 2010, ss. 82-84).

1.GENEL BİLGİLER

1.1. Spor Ve Egzersiz

1.1.1.Sporun Tanımı

Spor, önem verilen sosyal değerlerin sürekli hal almasına ve hatta oluşmasına yardımcı olmaktadır. Spor bunu daha farklı yollarla başarabilmektedir. Spor insanların kendi benliklerini bulacakları bir alan olup bu alandaki etkililikleri destekleyerek insanların sosyalleşme süreçlerinde yer almalarında ve psiko-sosyal yönden gelişmelerine yardımcı olmaktadır. Bireyler ve toplumlar bakımından farklı anlamlar taşıyan sosyalleşme, toplumlar için kültürel değerlerin kuşaklar arası aktarılmasını ve bireylerinde örgütlenmiş bir ortamda belirli rollere uymalarını sağlamaktadır. Bu sayede kişilerin benliklerinin gelişimi ve kişiliklerinin oluşumu açısından sosyalleşme önemli bir role sahip olmuştur (Küçük ve Koç, 2015).

Spor latin kökenli bir sözcüktür. Latin dilinde güzel vakit geçirmek, eğlenmek ve oyalanmak anlamına gelen kelimeler İsportus ve Desportare'dir. Bu sözcükler İngilizceye geçtiğinde sport yani eğlenmek, boş vakit geçirmek ve hobi anlamını almıştır. Daha sonraki süreçte tüm dünyaya yayılmıştır. Spor dünyadaki insanları ve toplumları doğrudan veya dolaylı olarak kendine bağlayarak kişilerin yaşamlarına girmiştir. Spor öncelikle vücudun kullanıldığı bir fiziksel faaliyet olup hem de günlük yaşamın stresinden uzaklaşmak için bir fırsat olmuştur (Afacan, 2001: 1).

Spor, yapan kişi bakımından zafere yönelik fiziki ve tekniksel bir uğraş, seyirciler bakımından mücadeleye dayalı estetik bir olgu, toplum için ise hem toplumun bir aynası hem de toplumu yönlendiren bir kurumdur (Fişek, 1980, 34'den alıntılanan Aydanarış,2008:1).

Spor, insanların her bağlamda güçlü ve denge içinde olma durumlarına katkıda bulunan ve Dünya sağlık Örgütü tarafından tanımlanan wellness terimi kapsamında insanlara katkı sağlayan bir olgudur (Doğu, Nisan.2006).

Spor herkes içindir. Her birey spor ile birlikte kendi benliğini bulur ve bu sırada diğer insanlar ile sosyalleştiği bir ortama girer. Yaşam boyu spor ve herkes için

spor kavramları artık tüm ülkelerde kabul görmüş ve uygulanmaktadır. Her yaştaki bireylerin beden eğitimini alması 1982 anayasasının 59. Maddesinde güvence altına alınmıştır (Erdemli, 1996, 66).

Düzenli olarak yapılan spor insanların özellikle kalp-dolaşım, kas-iskelet sistemi gibi sistemlerine biyolojik avantajlar sağlamaktadır. Böylelikle bireylerin psikolojik, fizyolojik ve de anatomik olarak iyi olması, yaşamlarını sürdürmesi ve lazım olduğu zaman, kuvvetini ve gücünü kullanabilmesi için spor yapmaya ihtiyacı vardır ve bu ihtiyaç mutlaka yerine getirilmelidir (Aydanarış, 2008:4).

1.1.2. Fiziksel Uygunluk

Daha önceleri sağlık ile fiziksel uygunluk arasında önemli bir ilişkinin olduğuna inanılırdı. Günümüzde bu inanış artık daha yaygınlaşmış ve nerdeyse tüm toplumlarda geçerli olmuştur. Günümüzde fiziksel uygunluk egzersizleri, kişilerin günlük yoğun çalışma temposunun getirdiği strese karşı gelmek için yapılmaktadır. İnsan fiziksel uygunluğunu her zaman üst seviyede tutmalıdır çünkü insan dünyaya dinlenmek için değil çalışmak için gelmiştir. Bu yüzden fiziksel uygunluğun en öncelikli amacı kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyolojik olarak dengede tutmaktır (Atakan,2011:5).

Fiziksel uygunluk, canlı ve uyanık bir şekilde yorgunluk duymaksızın günlük işleri yapabilmek ve boş zamanları verimli geçirmek için gerekli enerjiye sahip olmaktır. Başka bir tanımla fiziksel uygunluk, günlük hareketlerin eksiksiz ve doğru yapılmasını ve vücut kondisyonunu belirtir (Karacak, Çolakoğlu ve Erol, 2004, 35-36).Fiziksel uygunluk, sağlık risklerini azaltıp ve vücut kondisyon düzeyini artırmayı amaçlar. Düzenli yapılan spor kalp sağlığı ve diğer hastalıklardan korunmak için önemlidir. Fiziksel uygunluk içinde birçok parametre barındırır. Bunlar; Beden kompozisyonu, kardiovasküler dayanıklılık, esneklik, güç, hız ve dengedir (Karacan, Çolakoğlu ve Erol, 2004, 36).

Bireyin iş yapma kapasitesi fiziksel uygunluktur. Bu iş yapma kapasitesi bireyin dayanıklılığına, kas kuvvetine, koordinasyonuna ve bu parametrelerin

uyumuna bağlıdır. Fiziksel uygunluk düzeyi, ortaya koyulan işin türüne göre değişmektedir. Başka bir deyişle fiziksel uygunluk vücut ile yapılan aktiviteleri doğru bir şekilde yapabilmek olarak da tanımlanır. Fiziksel ve fizyolojik uygunluk; yaş, cinsiyet, genetik, kişisel davranışlar, egzersiz ve yemek yeme alışkanlıklarından etkilenmektedir. Bu parametrelerden ilk üçü değişmezken diğerleri kişisel çabalarla değişebilmektedir. Fiziksel uygunlukla ilgili olarak, her toplumun iyi bir fiziksel uygunluğa sahip olması gerekliliği üzerine fikir birliği olmasına karşın sedanter yaşam tarzına sahip toplumlarda düşük, sportif faaliyetlere önem veren toplumlarda yüksek fiziksel uygunluk olmaktadır (Çiçek, 2010:15-16).

1.1.3. Sedanter Davranış

Sedanter davranış vücut hareketinin en düşük düzeylerde olduğu ve enerji harcanmasının, dinlenme durumundaki nabza neredeyse eşit olma durumuna denir. Fiziksel olarak pasif davranışlar katılımını içeren televizyon izleme, bilgisayarda çalışma veya oyun oynama, telefonda konuşma, araba kullanma, meditasyon ve yemek yeme bu tarz davranışlardır (Kurpad, Swaminathan ve Bhat, 2004:38).

1.1.4. Fiziksel Aktivite

İskelet kasları vasıtası ile üretilen enerji kullanılarak ortaya çıkarılan istemli hareketlere fiziksel aktive denmiştir. Günlük hayatta yapılan hareketler fiziksel aktivite olarak kabul edilir. Markete yürüyerek gitmek, bisiklete binmek gibi aktiviteler yaşlılar açısından önemlidir. Yapılan fiziksel aktiviteler, kronik hastalıkların oluşumunu önlemede, tedavisinde ve rehabilitasyonunda en önemli etmenler arasındadır. (Soyuer ve Soyuer,2008:221).

Fiziksel aktivite, günlük alışkanlıklar, boş vakitlerde yapılanlar, uğraşılan spor dalı, yaşam tarzı, yaşanılan çevre ve vücut sağlığınıza bağlı değişkenlerden (hastalığın durumu ve kullanılan ilaçlar) etkilenmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda bu durumun genetik üzerine de etki edebildiği ortaya koyulmuştur. Bu

genel kabul görmüş genetik anlayışını da değiştiren bir yaklaşım olmuştur. (Gökkaya, 2015)

Fiziksel aktivite, günlük yaşantımızda yaptığımız aktiviteler olarak tanımlanmıştır. Bu aktiviteleri yaparken kaslarımızı kullanarak enerji tüketiriz ve egzersizin şiddetine bağlı olarak değişik seviyelerde yorgunluklar oluşur. Bu fiziksel aktivitelere örnek olarak şunlar gösterilebilir;

- Yürüyüş yapmak
- Koşmak
- Sıçramak
- Yüzme
- Üst ekstremize hareketleri
- Alt ekstremize hareketleri
- Çömelme - kalkma

gibi günlük hayatta kullandığımız bu hareketlerin tümünü ve ya bazılarını kapsayan sporlar ve aktiviteler fiziksel aktivite olarak nitelendirilir.(Bek,2008:9).

Kişinin fiziksel, psikolojik ve duygusal sağlığının gelişmesinde fiziksel aktivitenin önemli bir yeri vardır. Fiziksel aktivitenin birçok kronik hastalığa karşı koruyucu ve önleyici bir etkiye sahip olduğu kanıtlanmıştır. Yapılan çalışmalarda fiziksel aktiviteye katılımı yüksek olan kişilerde kronik hastalıklara yakalanma riskinde anlamlı bir düşüş olduğu bulunmuştur. Başka bir yönden, her gün yapılan düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam tarzı bireylerin psikolojik olarak iyi hissetmesine, kilo problemlerini çözmesine ve sağlıklı yaşamasına katkı sağlamaktadır (Çiçek,2010:11)

Fiziksel aktivitede hedef enerji harcamasını artırmaktır. Fiziksel aktiviteyi artırmak sağlık açısından kilo kaybı ve kilo kontrolünde önemli rol oynamaktadır. Fiziksel aktivite başlangıç için çok yoğun olmayan programların tercih edilmesiyle kişi cesaretlendirilmelidir (Altunsoy,2014:23).

Fiziksel aktivitenin birey sağlığı için faydaları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Çiçek,2010,12-13);

- Kalbin dakikadaki dinlenip atım sayısı azalır,
- Beyin damar hastalıkları gelişim riskini azaltır.

- Kalbin atım hacmi artar,
- Vücutun su, tuz, mineral kullanımının dengelenmesine rol oynar,
- Kalp ritmi düzene girer,
- Kan akışını düzenler ve tansiyon düşer,
- Damar yapısının elastikiyetini arttırmaya yardımcı olur,
- Kolesterol ve trigliserit değerlerini düşürerek hastalık riskini en aza çeker,
- Solunum kapasitesi artar,
- Fiziksel aktiviteye düzenli katılan kişiler sedanterlere göre sigara içmeyi bırakma konusunda daha başarılıdırlar,
- Yağ yakışını artırır bu sayede bireyin kilo almasını önler,
- Yapılan düzenli fiziksel aktivite şeker hastalığını önler ve kan şekerinin kontrol edilmesine yardımcı olur,
- Kadınların menopoza daha geç girmesine yardım eder ve menapoz döneminde yaşanan olumsuzlukların hafiflemesinde rol oynar.
- Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan bunama ve unutkanlığın oluşum riskini azaltır.

1.1.5. Yaşam Kalitesi

1.1.5.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesini tanımlayan kişilerden olan Dalkey ve Rourke (1973), bireyin kendini mutlu hissetmesi, hayatından tat alıp almaması, mutlu olması ya da mutlu olmaması olarak tanımlamışlardır. Havighurst (1963) yaptığı tanıma göre yaşam kalitesi, bireyin hayatı hakkındaki kişisel fikirlerini kapsayan iç ve dış faktörler gibi ölçülebilendavranışları kapsar. Shin ve Johnson (1978) yaşam kalitesini, kişinin isteklerini yerine getirmesi, aktivitelere dâhil olması, kişisel gelişimini artırabilmesi, işlevsel kaynaklar bulup bu kaynakları sosyal çevrede tartışıp yeterli bulması olarak tanımlamıştır. Andrews ve withey (1976) yaşam kalitesini kişinin çevresiyle iletişiminden aldığı doyum şeklinde tanımlamıştır. (Zorba, 2010, ss. 84).

Yaşam kalitesini tanımlayan Mendola ve Pelligrini, kişinin idrak ettiği fiziksel sınırları dâhilinde elde ettiği tatmin durumu olarak tanımlamışlardır. Dünya Sağlık Örgütü ise, kişilerin yaşadıkları ortamın ve değerler düzeneğindeki bireysel yaşam algılarıdır (Baydur, 2010, ss. 82-84).

Literatürde yaşam kalitesi birçok kelimeyle aynı farz edilmiştir. Çalışmacıların çoğu yaşam kalitesini, hayat hazzı, hayat memnuniyet durumu ve mutluluk ile eşdeğer saymıştır (Bayrak, 2011).

Yaşam kalitesinin birçok komponenti vardır. Eğitim ve sağlık hizmetlerinden faydalanma, düzenli beslenme, çevrenin sağlıklı olması, kişisel haklar, cinsiyet ayrımı yapılmaması ve fırsat eşitliği, sosyalleşme. Bu komponentlerin her biri önem arz etmektedir (Zorba, 2010, ss. 83).

Yaşam kalitesi tanımlanırken, çalışmacıların yaşam kalitesini çeşitli şekilde tanımladıkları görülmektedir. Bunlardan bazıları Yaşam kalitesinin çevreyle bazıları ekonomi ile bağdaştırılırken, bazıları ise yaşam kalitesinin psikolojik ve toplumsal özelliklerle tanımlanmaktadır. Çalışmacıların yaşam kalitesi hakkında kullandıkları parametreler dört grup altında incelemek mümkündür.

1. İçsel- bireysel alan: (inançlar ve gelenekler, istekler, bireysel amaçlar, sorunlara verilen tepkiler vb.)
2. Sosyal- bireysel alan: (aile düzeni, refah düzeyi, çalışma durumu, sosyal ortam vb.)
3. Doğal- dışsal alan: (su ve havanın kalitesi vb.)
4. Sosyal – dışsal alan: (resmi kurumlar, okullar, sıhhat olanakları, korunma, erişim) (Tek kanat, 2008, ss. 9).

1.1.5.2. Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar

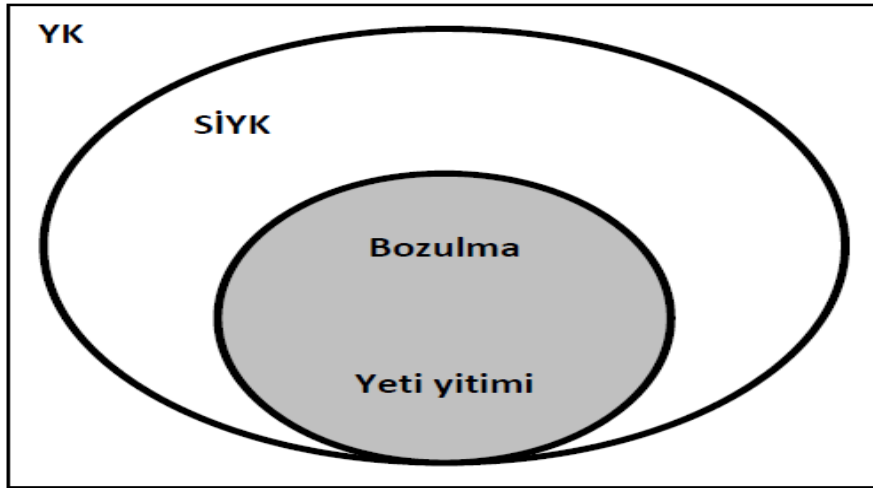
- Temel ihtiyaçların yetersizliği
- Vücut pos türünün bozulması
- Sürekli yorgunluk
- Cinsel fonksiyonlarda deforme
- İstikbal kaygısı
- Yardımcı sistemlerin düşük olması
- Geçici ya da kalıcı rahatsızlıklar(Savcı, 2006, ss. 75).

1.1.5.3. Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar

- Maddi ve manevi huzura sahip olmak
- Tehlikelerden uzak hayatını devam ettirmek
- Refah düzeyinin yüksek olması
- Hayatını daha kullanışlı geçirmek
- Sosyokültürel alanlar ile iyi ilişkiler kurmak
- Sevdiği şeyleri yapmak
- Toplum tarafından kabul görmek
- Özel hayata saygı
- Duygu ve düşüncelerini doğru olarak dışa vurabilmek.
- Çok amaçlı olmak
- Kendine has bir hayat tarzı olmak
- Mutlu olmak(Savcı, 2006, ss. 75).

1.1.5.4. Sağlıkta Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi (SİYK) bütüncül olarak YK' nın bir alt bileşenidir (Şekil 1).



Şekil 1: SİYK tamamen YK' nin bir alt bileşenidir (Özüdoğru, 2013).

SİYK ve YK ayrı incelenmeli diyenler varken bazı görüşlerde bu iki kavramın birbirinden ayırmanın imkânsız olduğunu düşünenlerde vardır. Örneğin ekonomik

gelir, çevredeki fırsatlar, politik yaşam ve bireylerin düşünceleri yaşam kalitesinin içinde derken bunları sağlık için yaşam kalitesinden ayıramayız. Çünkü bu durumlar kişinin sağlık durumunu da etkilemektedir (Müezzinoğlu, 2005).

Dünya sağlık örgütünün tanımladığı gibi, sağlıklı olmak sadece fiziki olarak iyi olmak değil, psikolojik ve sosyo-kültürel olarak da iyilik durumudur (Beslenme, 2016).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde, kişinin kendi hayatıyla ilgili genel tatmin durumu olarak kabul edilmekte, hayat tatmini, hayat hazzı ya da mutluluk ile aynı olarak tanımlanmaktadır (Özüdoğru, 2013).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; iki bileşeni olan iyilik durumudur, bu bileşenlerden ilki fiziksel ve fizyolojik zindelik durumunu açıklarken, diğeri ise işlevlik ve hasta hazzıdır. Kişinin hayattan ve bireysel iyilik durumu denilen genel geçer durumdan duyduğu hazzın tanımıdır (Özüdoğru, 2013).

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini tanımlarken fikir ayrılıkları yaşansa da sağlık için yaşam kalitesinin çok yönlü, kişisel ve enerjik bir durum olduğu düşünülmektedir (Tüzün ve Eker, 2003).

1.1.5.5. Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi

Toplumların günümüz dünyasında fiziksel aktivite ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları, fiziksel aktivitenin sağlık için ne kadar önemli olduğunu anlamalarını zorlaştırmakta ve bu yüzden daha hareketsizleşen bir toplum oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum toplumlarda şeker hastalığı, aşırı kilo, tansiyon, kalp, kemik erimesi gibi hastalıkların görülmesine neden olmuştur (Vural, 2010, ss. 10).

Canlıların öncelikli amacı hayatlarını devam ettirmektir. İnsanoğlu ise diğer canlı türlerinden değişik olarak, hayatını devam ettirmek dışında daha kaliteli bir hayat sürmeye de çalışır. Daha güzel ve kaliteli yaşamak için de üretim yapmak, çalışkan olmak ve sağlıklı yaşam olmazsa olmazdır. Bütün bu durumlar insanın günlük hayatındaki hareketliliğini tanımlamaktadır (Vural, 2010, ss. 26).

Egzersiz ve fiziksel aktivite, kişinin sağlığını artıran, artan koşulu devam ettiren, hastalıklara ve oluşan yorgunlukla başa çıkabilme seviyesini artıran aktivitelerin tümüdür (Vural, 2010, ss. 13).

Hareketsiz yaşam ve fiziksel uygunluk seviyesindeki düşüklük hastalıklara karşı direnci ve ömrü azaltan faktörlerdir. Düzenli sporun hastalıkları ve hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin önüne geçtiği ve kalitesi yüksek bir yaşam vaat ettiği anlaşılmıştır (Vural, 2010, ss. 13).

Sağlam bir vücut yapısına sahip olmanın anahtarı düzenli yapılan fiziksel aktivitedir. Spordan sonra vücutta salgılanan endorfin hormonu kişiye daha mutlu kılar ve bu sayede kişinin yaşam kalitesinin artmasına neden olur (zer ve Baltacı, 2008, ss. 14).

Yapılan çalışmalara baktığımızda yapılan düzenli egzersizin kaliteli ve sağlıklı hayat biçimine olan faydalarını aşağıdaki Şekilde zetleyebiliriz;

- Fazla kilo alımına mani olur.
- Fiziksel aktivite sayesinde kemik yoğunluğu artar ve kemik erimesi riskini önler.
- Kandaki kolesterol değerini düzenleyerek kalp-damar hastalıklarına yakalanma ihtimalini azaltır.
- Kalp kaslarını kuvvetlendirerek kalp krizi riskini azaltır.
- Devamlı egzersiz yapan kişiler sigarayı daha kolay bırakır.
- Devamlı egzersiz Şeker hastalığına iyi gelirken kan Şekerinin düzenlenmesine fayda sağlar.
- Kadınların menopoza girmelerini geciktirir.
- Vücudun eklem, kas ve kemik dokularına pozitif etkisi vardır.
- Pozitif düşünmeyi ve stresten uzak durmayı sağlar.
- Yaşlanma sürecinin daha sağlıklı olmasını ve fonksiyon kaybının en az olmasını sağlar.
- Hastalıklardan kaynaklanan ölümleri azaltır.
- Kansere yakalanma ihtimalini düşürür.

- Kişileri depresyondan uzak tutarak kendileri ile barışık bir hayat sürmelerini sağlar (Sağlık Müdürlüğü, 2016).

1.1.6. Egzersizin Tanımı

Egzersiz, Bedensel etkinlik bir önceki aşaması olarak tanımlanabilir. Tasarlanmış, arzulu, fiziksel uygunluğun bir ve ya bir kaç içeriğini ilerletmeyi hedefleyen daimi etkinlikler olarak açıklanabilir. Yani Bedensel etkinlik tasarlanmamış, egzersiz ise tasarlanmış ve amaca yöneliktir. Kısaca sağlık, yarışma, fiziksel uygunluk gibi bir hedefe doğru ve uygulaması önceden tasarlanmış bedensel etkinlikleri egzersiz olarak anlatılabilir (Ağırbaş, 2013:18). Egzersiz; bilinen bir özelliği oluşturmak ve ya ilerletmek için ona yönelik bir hareketin sistemli ve bilinçli bir düzeyde tekrar edilmesi anlamına gelir. İnsan vücudu kendine has özellikleri olan muhteşem bir yapıdır. Yaşam fonksiyonlarını merkezi sinir sistemi yönetir. Vücuda gerekli olan kan dolaşımını hayat süresince kalp pompalar. Daimi egzersizlerle, solunum, sindirim, boşaltım ve kas iskelet yapılarının arzu edilen seviyede olması sağlanır. Gereğinden fazla hareket etmeden duran insan vücudu hareket özelliğini yitirir ve sağlık sorunları yaşayabilir (Çınar, 2011:20).

Bedensel egzersiz sırasında fizyolojik işlevlerde, sinir, kas, dolaşım ve solunum sistemlerinde uyum ortaya çıkar. Aktiviteye uyum sağlamada çevre şartları, stres, idman, yorgunluk ve madde kullanımı gibi bağımlılıklar güçlü bir yer tutar. Egzersiz zevkli olmaktan başka, çevikliğin, dikkatli olmanın, zihinsel ve bedensel sıhhatte olma durumunun muhafaza edilmesine destek verir. Egzersiz sosyal ve psikolojik olarak kişiye önemli katkılar sağlayabilir. Hareket yetersizliği kilo alma ve bazı rahatsızlıkların (özellikle yüksek tansiyon, kalp ve damar sistemi sorunları) meydana gelmesine neden olabilir (Çakmakçı, 2013:17)

1.2.Egzersiz Türleri

1.2.1. Aerobik Egzersiz

Oksijen tüketildiği zaman enerji aerobik prensiplerde karşılanır. Enerji gereksiniminin genelini aerobik prensiple elde edildiği egzersizlere aerobik egzersizler olarak tanımlanır. Aerobik egzersizler, oksijenli sistemde büyük kas grupları uzun süreli, ritmik ve daimi hareketlilik içerisinde (Altın soy, 2014:24).

Aerobik aktivite, büyük kas yapılarını tertipli bir şekilde ve düzenli ritimle kullanarak, nefes alıp verme hızını yükselten, en yüksek kalp atım değerinin %60-80 'i ile 15-20 dakika ya da daha fazla bir dönemde yapılan egzersiz türüdür (hızlı yürümek, koşmak, yüzmek, bisiklet, kürek gibi) olarak açıklanabilir. Aerobik egzersiz ciğer ve kalbe uygulanan yüklenmeler ve bu organları dinlenme esnasından daha fazla çalışmaya zorlayan bir egzersizdir. Aerobik egzersiz tertipli olarak sürdürüldüğünde sıhhat bakımından bilhassa ciddi faydalara sahiptir. Aerobik aktivitelerin gösterdiği bu faydalar: Verimli kalp; bu durumda kalp kası her kasıldığında daha büyük miktarda kan pompalayabilir, bu sayede kalp dinlenme veya aktivite sırasında daha hızlı pompalama gereksinimi duymaz. Kalbin güçlü olması daha sıhhatli ve uzun bir hayat sürdürmeye katkı sağlar. Kilo verme; Kuvvet antrenmanı ve sıhhatli bir diyetle bütünleştirilmiş aerobik egzersiz kilo vermenize destek olur (Biçer vd. 2009: 3). Kardiyorespiratuvar dayanıklılıkta bu egzersizler ciddi gelişime neden olurlar. Normal bir insanın maksimal oksijen kullanım aralığını %5-20 geliştirirler. 6-12 haftalık düzenli katılımla sedanter bir kişinin kardiyorespiratuvar dayanıklılık seviyesinde %40 gibi bir yükselme gözlemlenebilmektedir. Profesyonel sporcuların verileri zaten gayet yüksek olduğu için, aynı zamanda kardiyorespiratuvar dayanıklılık seviyelerindeki artış %5 tir. (Altınsoy, 2014:25).

1.2.2. Kuvvet Egzersizi

Kuvvet bir dirence karşı koyabilme yeteneğidir ve sporsal etkinliklerin birinci öğesidir, bununla beraber rekreasyonel etkinliklerdeki performansın temelini

oluşurlar.Buna ek olarak kişinin günlük çalışmalarının etkili bir şekilde meydana gelmesinde ciddi bir yer arz etmektedir (Aydos vd., 2004: 306).

Kas dayanıklılığı ve kuvveti sıhhat bakımından, kişilerin gereksinim duyduğu bedensel uyguluk bileşenidir. Ağırlıkla yapılan aktiviteler, kas sistemini güçlendirmek için kullanılan sistemli aktivitelerdir (Altınsoy, 2014:27). Kassal kuvvet gelişimi, çalışılan kas bölgesine, kasılma çeşidine, egzersiz şiddetine göre farklılık göstermektedir. Düşük tekrarlar ve yüksek şiddet ise kuvveti geliştirmek için kullanılmalıdır. Kuvvette dayanıklılığın iyileştirilmesi için ise, hafif ağırlıklarla tekrar sayısı yüksek olan aktiviteler tercih edilmelidir.Aktiviteler en yüksek değerin %60'ından daha düşük kuvvette yapılmamalıdır. Hızlı kuvvet edinimi için aktiviteler maksimum kişisel egzersize paralellik gösterdiğinde yapmakta olduğu tekrar sayısından daha yüksek sayıda tekrar yapabilecek seviyeye yükselmektedir. Gelişimin sürdürülebilmesi bakımından bu duruma ulaşıldıktan sonra çalışma yükü bir miktar yükseltilmelidir (Altınsoy, 2014: 28).

1.2.3. Kombine Egzersiz

Kombine egzersiz, aerobik egzersiz ve kuvvet egzersizlerinin uygun bir aralıkta birleştirilmesiyle oluşmaktadır. Kombine egzersiz iki tür egzersizi de içerdiği için, miktarları ile orantılı olarak vücutta iki tür egzersizin de meydana getirdiği değişikliklere neden olmaktadır (Altınsoy, 2014: 29).

1.2.4. Egzersiz ve Fiziksel Aktivitenin Sağlıkla İlişkisi

Yapılan araştırmalar, aktif kişilerin, kalp hastalıklarına yakalanma olasılıkları sedanterlere göre daha düşük olduğunu belirtmektedir. Son zamanlardaki araştırmalar, kalp rahatsızlıklarından korunmada tertipli yapılan egzersizler ile kalp solunum formu seviyesinin oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Orta yaş ve üzeri kişilerde fiziksel uygunluk seviyesi düşmekte, bu durum hastalık tehlikelerini artırmaktadır. Bu yaş aralığında daha sıklıkla gözlemlenen kalp rahatsızlıkları, osteoporoz, obezite, hipertansiyon, diyabet ve kanser boyutunda önemli rahatsızlıkları bireyleri negatif

etkilediği gibi toplumu tehlikeye sokan sıhhat sorunlarıdır (Karacan, Çolakoğlu ve Erol, 2004, 36).

Sedanter bireylerin kalp ve damar hastalıklarına yakalanma riski, düzenli fiziksel aktivite yapanlara oranla iki katı fazladır. Obez ve yüksek tansiyonlu yetişkinler, düzenli fiziksel aktivite yoluyla sağlık sorunlarını azaltabilirler. Bunlara ek olarak düzenli fiziksel aktivite, kemik ve eklem sorunları yasayan hastalarda da dikkatle üzerinde durulması gereken bir konudur(Aydan arığ, 2008: 11).

Obezitenin sebebi sadece yanlış beslenme ile sınırlandırılmamalıdır. Yanlış beslenmenin dışında hareketsiz yaşam ve hormonal bozukluk da diğer önemli faktörlerdir. Ayrıca hastalık veya yanlış ilaç kullanımı, metabolizmanın yavaşlaması, yaş, cinsiyet, stres veya psikolojik bozukluk da kilo almaya neden olan diğer faktörlerdir (Aydanaarığ, 2008: 13). Belirlenmiş antrenman programları, depresyon ve ansiyetede negatif etki gösterir, benlik saygısı sosyal özellikler ve sonucunda hayat doyumunu yükseltir. Kişinin zihinsel sıhhati ve genel anlamda mutlu olma seviyesi (düşük stres, yüksek benlik saygısı ve özgüven) bedensel aktivitelere devam etmeyle artırılabilir. Aerobik egzersiz psikolojik dengeyi sağlar, kontrol ve egemenlik duygusunu artırır, depresyonu minimum seviyeye indirir, benlik kavramı, girişkenlik ve öz saygıyı yükseltir (Aydanaarığ, 2008: 14).

Sürekli fiziksel etkinlik, iş yapabilme yeteneğini yükseltir. Dinlenme ve egzersiz kalp ritmini, diastolik ve sistolik kan basıncını, submaksimal iş yükünde myokardial oksijen ihtiyacını en aza indirir. Egzersiz ile kas kuvvetindeki ve hacmindeki düşüşleri en aza indirir, Tendonlar Kaslar, ligamentler kuvvet olarak ve eklemlerdeki kıkırdak yoğunlukları güçlenir ve artış gösterir.Kaslarhipertrofiye uğrar ve kastaki kılcıl damar yoğunluğu yükselir. Hareket kapasitesini kuvvetlendirerek, boyun, bel ve sırt bölgesi eklemlerin ağrılı rahatsızlıklarının nüksetmesi ve şiddetlenmesini engeller, kişilerin hareket genişliğini, günlük aktivitelerini ve görevlerini yapabilme yetisini elverişli kılar. Özellikle menopoz dönemindeki kadınlarda , ilerlemiş yaş aralığında gözlemlenen kırık gibi önemli sorunlara neden olan osteoporozda azalma görülür. Yüksek yaş aralığında, eğlence ve sıhhat için uygulanan egzersiz, bireyler için çalışma sorumluluğu yerine geçer ve bireylere verimli olma hissi verir. Bunlar, depresyonu ve ansiyeteyi minimuma indirger,

olumlu düşünme ve stres durumlarının üstesinden gelmeyi basitleştirir. Ayrıca, düzenli bedensel etkinlik; morel ve morbiditenin düşmesine, hayat kalitesinin yükselmesine, sosyolojik refah düzeyinde işinin daha faydalı olmasına, bilişsel özelliklerin korunmasına ve sürekliliğin sağlanmasına da etkili olur (Soyuer ve Soyuer, 2008:222-223)

1.2.5. Yaşlılık ile Egzersiz ve Fiziksel Aktivitenin İlişkisi

Genel anlamda fiziksel etkinliğin, yaşlılarda fonksiyonel özgürlüğü sağlama ve hayat standartlarını geliştirmede faydaları bilinmektedir. Bu nedenler yaşlılar için ön görülen fiziksel aktivite çerçevesindeki egzersizler; aerobik, kas güçlendirme, esneklik ve yaşlıları düşme ve düşmeye bağlı sakatlanmalara karşı risklerden korumaya yönelik denge içerikli antrenman programları olmalıdır ayrıca tıbbi rahatsızlığı olan ileri yaştaki bireylerin, diğer kronik rahatsızlıkların gelişme riskini en aza indireyecek şekilde de fiziksel aktiviteye teşvik edilmeleri gerekmektedir. (Soyuer ve Soyuer,2008:223).

Fiziksel etkinlik düzeyi yaşlıların yaşam kalitelerini ve dolayısıyla hayattan tatmin düzeylerini belirleme standartlarının ilk sırasında gelmektedir, zira düzenli fiziksel aktiviteye katılan yaşlı bireylerin kardiyovasküler, solunum, kas-iskelet, metabolik, endokrin ve bağışıklık sistemlerinde ortaya çıkan pozitif gelişmeler, kişilerin genel sıhhat düzeylerinin düzelmesine katkı sağlayacaktır. (McAulay ve Rudolf). Bedensel egzersizlerin vücutta sebep olduğu bu gelişmelerden çok yaşlıların aktivite yapmalarının kendilerine psikolojik olarak iyi geldiğini belirtmektedirler. (İnal vd.2003,98).

Düzenli sportif etkinliklerde bulunmak, yaşlılığa bağlı fiziksel işlev azalmasını gidermeye ve ya engellemeye fayda sağlamaktadır. Yaşlıların dayanıklılık ve kuvvet etkinliklerine uyum gösterebileceklerine ilişkin kanıtlar vardır. Dayanıklılık antrenmanları kalp damar sisteminin etkinliğinin belirli kısımlarını geliştirmektedir. Kuvvet antrenmanları yaşa bağlı kas kuvvet yitirmelerinin önüne geçmektedir. Bu çalışmaların tamamı yaşlı bireylerin işlevsel kapasitelerini yükseltmektedir ve hayat kalitesini artırmaktadır. (Yaman,2003:146).

Fiziksel etkinlik ve hayat tarzı değişiklikleri genetik ve senelerle beraber bize kaçınılmaz olarak gelen yaş ilerleme evresini yavaşlatabilir denebilmektedir. (Gökkaya, 2015,s,1).

Toplumda yaşlı nüfus düzeyi son yıllarda giderek yükselmektedir ve bireyler daha sağlıklı , kaliteli ve uzun bir hayat arayışı içine girmektedir . Bu düzeyde fiziksel etkinliğin ve egzersizin önemi gündeme gelmektedir. Yaşlılık tanımı genellikle kronolojik yaş dikkate alır Ancak kişilerin özellikleri farklılık gösterir ve kronolojik – fiziksel yaş arasındaki ilişkide buna bağlı olarak zayıftır. Kronolojik yaş bireyin bedensel durumunu ve fonksiyonel kapasitesini gerçek oranda göstermez, bu nedenle yaşlılığı kanıtlayan en önemli kanıt, fonksiyonel kapasite ve disabiledir. Fonksiyonel kapasiteyi yükseltmek birincil amaç olmalıdır. Fonksiyonel kapasiteyi yükseltmenin amacı ise hayat standartlarını yükseltmektir (Cindaş,2001:78).

1.3.Yaşlanma Süreci

1.3.1. Yaşlılık

Yaşlılık canlıların tamamında görülen temel biyolojik bir süreç olmakla beraber, zaman kavramına dayanarak kişinin çevrense uyum gösterme yeteneğidir. Yanı sıra hücre fonksiyonlarının iç ve dış özellikler arasında dengeyi sağlamasının dereceli olarak düşmesi şeklinde gözlemlenebilmektedir. Yaşlanmaya başlayan kişilerde görülen fizyolojik ve anatomik değişiklikler, rahatsızlıkların gelişmesini ve olası sonuçlarını da önemli oranda etkilemektedir(Cam kurt, 2014:75).

Yaşlılık, en geniş açıdan, bireylerde değişiklik ve kayıpların gözlemlendiği, sosyo-ekonomik, beslenme, çevre, eğitim gibi faktörleri kapsayan bir kavramdır. Yaşlılık; genetik, yaşam tarzı, kronik rahatsızlık gibi değişkenleri içeren karmaşık bir evredir. Yaşlanma; yaralanma ve rahatsızlık sonucunda meydana gelen kayıplar dışında, vücudun farklı sistemlerinin etkinliğinin zamanla kaybedilmesi olarak da tanımlanabilir (Soyuer ve Soyuer, 2008 : 219). Yaşlanma, bütün canlılar için intrauterin yaşamda başlayıp ölüme kadar süre gelen kaçınılmaz ve geri gidilmez bir döngüdür. Yaşlılık, morfolojik fizyolojik ve patolojik değişikliklerin negatif açıdan

ilerlediği, değişken rahatsızlıkların birleştiği, fiziksel ve ruhsal özelliklerin düştüğü bir yetersizlik olayı olarak değerlendirilmektedir (Aylazvd., 2005:177).

Yaşlılık ve yaşlanma tanımları, tek bir tanımla yetersiz kaldığı için genel biçimde yaşlanma; kronolojik sosyal, fizyolojik ve psikolojik yaşlanma şeklinde anlatılmakta ve alt ayrılmaktadır. (Soyuer ve Soyuer,2008:219).

Kronolojik yaşlanma, ilk nefesle başlayarak, bireyin içerisinde olduğu zamana kadar geride kalan senelere dayanan yaşlanmadır. Sosyal gerontologlarca uygulanan sınıflandırmaya göre, 65-74 arası genç-yaşlı, 75-84 yaş arası orta-yaşlı ve 85 yaş ve üstü ise yaşlı olarak gösterilmiştir. Fizyolojik yaş ilerlemesi ise, yapısal ve fonksiyonel farklılıkları barındırmaktadır. Bu farklılıklar içinde, aerobik kapasitenin düşmesi, hafıza zayıflaması, vücut kompozisyonunun değişmesi, derinin esnekliğini yitirmesi, kırışıklıkların baş göstermesi ve yıllarla beraber yerine konulamayan hücre kayıpları görülmektedir. Psikolojik yaşlanma ise; bireyin duygularında algısında ve davranışında meydana gelen farklılaşmalardır.

1.3.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütüne göre ve Bilim toplumunun kabul gördüğü gerçek yaşı tespit etmeye yardım edecek yaşlılığın bilimsel olarak sınıflara ayrılması şöyledir ;

Takvim yaşı yaşlılık; takvimsel olarak yıllara göre yaşlılık sınırı 64 yıllık yaşamın sonu, 65. yaşın başlangıcı olarak görülür ve 3 evresi bulunmaktadır :

- 65-75 yaş erken yaşlılık dönemi
- 75-85 yaş; orta yaşlılık dönemi
- 85 yaş ve ötesi; ileri yaşlılık dönemidir (Tümerdem, 2006:195).

Temelinde yaşlılık olan çalışmaların genelinde yaşlılığın tanımlanması ve gruplandırılmasında fizyolojik boyutu göz önüne alınmaktadır. Kronolojik yaş ilerlemesi de 65 yaş üstü olarak kabul görmüştür. (WHO) psikogeratrik yaşlılık

evresini 65 yaş ve üzerini yaşlı, 85 yaş ve üstünü aşırı yaşlı olarak kabul etmiştir. Gerontolojistler ise; 65-74 arası genç yaşlı, 75-84 yaş orta yaşlı ve 85 yaştan fazla olanları ileri yaşlılık olarak ele almıştır. Biyolojik yaşlanma böyle bir gelişimi mecburi görmekle birlikte, bu değerlendirmenin nihai ve değişmez olduğu iddia edilemez. Yaşlılıkla beraber psikolojik ve bedensel kapasitede düşüş, hareket kapasitesinde yavaşlama olsa da, kişi kendini yaşlı hissetmeyebilir. Yaşlılık, durağan ve değişmez bir hayat evresi değil tam tersine yaşlılık çeşitli sebeplerin birleşimini içerir. Bu sebeplerin temelinde yaşamın bütün evrelerinin zorlamalarına karşın varoluşunu devam ettirebilmiş olmanın bilgeliği ve iç görüşüne sahiptir(Beğen ve Yavuz er, 2012:1).

1.3.3.Yaşlılıkta Kaslarda Meydana Gelen Değişiklikler

İleri yaş ile meydana gelen en büyük değişimlerden biriside iskelet kas sisteminde meydana gelen kayıplardır. Bu kayıpların nerelerde yaşandığına kısaca bakacak olursak; Yaşlılıkla kaslar küçülmeye ve kütesini kaybetmeye baslar. Bu doğal bir süreçtir ve sedanter yaşam biçimi bu durumu hızlandırır. Kas fiberlerinin sayısında ve boyutunda azalma görülür. 50'li yaşlarda bu durum bariz ortaya çıkar. Yaşlılıkla birlikte tendonların sıvı içerikleri, kemiklere bağlanan bağ yapıdaki dokularda azalma görülür. Buda gerilmelerde daha az dayanıklılık sağlar. Pençe kuvveti düşer, bu azalma günlük aktivitelerde zorluk çıkarır. Mesela kavanoz kapağını açarken ki zorlanma gibi. Kalp kasının fazla miktarda kanı vücuda gönderme kapasitesi düşer. Böylece dinlenme süresinin uzamasına sebep olur. Vücudun metabolik hızı yavaşlar. Bu da obezite oranını artırır ve kötü kolesterol düzeyini yukarı çıkartır (Erzeybek, 2012: 12).

Kaslardaki zayıflama 30 yaşında başlamakta ve yaşam boyu sürmektedir. Yaşlanmayla beraber kaslar incelik ve atrofiller gelişir. Kas kütesinin zayıflamasının en ciddi nedeni; büyüme hormonu ve testosteron seviyesinin düşmesidir. Fiziksel etkinliğin azalması özel olarak rahatsızlık durumunda kas kütesinin daha da zayıflamasına neden olmaktadır. Bu nedenler de kas kuvvetinde ve koordinasyonun azalmalara sebep olur (Pehlivan ve Karada kovan, 2013: 389). Kaslarda ve eklemlerde yaş ilerlemesine dayanan devamlı gözlemlenen tutukluk ve ağrı şikâyetleri çoğalır, uyku durumdan sık sık uyanma zaman içinde, uykusuzluk hali olarak baş

gösterir. Yaşlı birey tüm bu sorunlarla ruhsal çöküntüye yatkın bir hale gelir, algılama ve düşünme gücünde azalmalar ortaya çıkabilir (Acet,1999: 302).

Yaşlılıkla birlikte vücut yüzeyinde, kas kütlelerinde, total vücut sıvısı düzeyinde azalma olmakla beraber yağ kütlelerinde değişken seviyede artış izlenir. Yağ kitlesi 65 yaş üzeri kişilerde 25 yaşındaki genç bir bireye göre %10-20 arasında yükselmektedir. Buna ek olarak vücut su düzeyinde %10-15 azalma görülmektedir(Kırılmaz, 2010: 108).

1.3.4. Yaşlılıkta Kemiklerde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşın ilerlemesiyle kemik yoğunluğunda düşüşe bağlı olarak kemikler daha cılız ve kırılabilir hale dönüşürken, vücut kompozisyonu bozulmaktadır. Kadınlarda kemik kaybı menapozun ardından aşırı hızlanır. En çok kayıp femur boynu, radius ve ulnunun bilek eklemi ile ek yapan alt ucu ve vertebralardır. Bu özel olarak serum vitamin-D düzeylerinin düşmesi sebebiyle kalsiyum emiliminin eksilmesiyle bağlantılı olarak kemik yapıda kalsiyumun düşmesi ile meydana gelmektedir. Kemik ve kas dokusu eksilmeleri sebebiyle; Boy kısalması, diş yitirmeleri, kemiklerde kırılabilirlik, bacaklarda eğilmeler ve kamburlaşmalar görülebilir. Yaşın ilerlemesiyle beraber kemik iliğinde kan hücresi üretimi de düşer, ancak ihtiyaç çoğalmadıkça (anemi, enfeksiyon vs.) herhangi bir sorun gözlemlenmemektedir. Eklemlerdeki kıkırdak yapısı da azaldığı için eklemler gençlikteki gibi rahat hareket gösteremez ve travmalara karşı daha hassas tepki gösterir. Bu bölgelere karşı tekrar eden travmalar, ilerleyen yaşın en sık rahatsızlığı olan osteoartrit gelişiminin artmasına sebep olur(Pehlivan ve Karada kovan, 2013: 388-389).

Kemiklerin doyumundaki eksiklik, kemik gözen eklenmesi olarak da açıklanan, dokusal kayıplara sebep olur (Acet,1999: 302).

1.3.5. Yaşlılıkta Eklemlerde Meydana Gelen Değişiklikler

İnsanlarda ileriki zamanlarda eklemleri birbirine kenetleyen ligam anların esnekliğini yitirmeleri sonucunda eklemlerin hareket genişliğinde büyük bir azalma

gözlemlenir. Ligamanların yapısında bulunan proteinlerin kimyasal olarak değişiklik göstermesi esnekliğin düşmesine sebep olur ve ligamanlar daha kolay yırtılabilir, yırtıldıklarında da daha zor düzelirler(Pehlivan ve Karadakovan, 2013: 389).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte eklemlerin daha az işletilmesi ve etersiz doyumu ve kireçlenmeler ve ciddi işlevsel azalmalarına neden olur(Acet,1999: 302).

1.3.6.Yaşlılıkta Kardiyovasküler Fonksiyonunda Meydana Gelen Değişiklikler

Yaş ilerlemesi süreç olarak temelde kardiyovasküler sisteme etki etmektedir. Kardiyovasküler rahatsızlıklar, özel olarak kron er arter rahatsızlığı, hipertansiyon, kalsifik aort darlığı ve kalp yetersizliği, yaşlılıkla beraber üzücü şekilde yükselmeye başlar ve kardiyovasküler sebepli ölümlerin geniş bir bölümü yaşlı popülasyonda ortaya çıkar. Kardiyovasküler rahatsızlıkların bu grupta ortaya çıkışı; yaşlılık nedeniyle yapısal farklılıklar, risk nedenlerine uzun süre maruz olma, eşlik eden rahatsızlıklar sebebiyle değişiklik gösterir.

Kardiyovasküler sistem deki farklılaşmaları incelemek istersek;

- Kalbin kütlesi küçülür,
- Yaşlılıkla birlikte kalp kası atrofiye uğrar ve her kasılma sonrası pompalanan kan hacminde da düşüş görülür. Kalp pompalama özelliğinde %1 düşme ortaya çıkar,
- Sol ventrikül duvarı kalınlaşır,
- Kalp kapakları kalınlaşır,
- Strese verilen yanıt düşer,
- Kalp hızı ve dolum miktarı azalır,
- Kalp çevresindeki yağ doku fazlalaşır,
- Alt ekstremitelerde genlerinde büyüme görülür,
- Bütün organlarda kan akımı düşer,
- Kardiyak çıkış düşer,
- Yüzeysel olan damarlarda belirginleşme olur.

Kan damarları, oluşumundaki esnek liflerin yitirilmesinden dolayı esnekliği azalır ve kan basıncı yükselir. Sonuç olarak hipertansiyon görülmeye başlar. Yaşlı bireylerde mortalitenin %50, morbiditenin %70 civarında hipertansiyona bağlı olması ve kroner kalp rahatsızlığı, konjesif kalp yetersizliği ve inme insidansının, hipertansif rahatsızlık yaşayan kişilerde normotansif yaşlılara oranla, daha fazla olduğu görülmüştür.

Kardiyovasküler yapı farklılıkları sonucu yaşlanma sürecinde en fazla görülen kardiyovasküler rahatsızlıklar, hipertansiyon, kalp yetmezliği kroner arter rahatsızlıkları, atriyal fibrilasyon, akut miyokard infarktüsü, kapak rahatsızlıkları ve nöztrombozdur (Tiftik vd, <http://www.akadgeriatri.org>, 2017).

Kroner arter rahatsızlığı ve hipertansif kalp rahatsızlıklarının yaşlı nüfusunda çok gözlemlenmesi, yaşla birlikte ortaya çıkan değişiklikler ve rahatsızlıkların birbirinden ayrıştırılmasını zorlaştırabilmektedir. Yaşın ilerlemesiyle beraber büyük damarların çap ve duvar kalınlıklarında yükselme ve beraberinde elastikiyetinde düşüş sistemik arteryal basınçta artmaya sebep olmaktadır. Bu değişimler sodyum kullanımının azaltılması ve aerobik aktivitelere belirli oranda önlenebilir. (Kutsal ve Bal,2015:2).

1.3.7.Yaşlılıkta Solunum Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler

Solunum yolları enfeksiyonları, özel olarak da pnömöni (zaürre) 65 yaş üzeri bireylerde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir ölüm nedenidir. Yaşlı sıhhatli olsa ve düşük risk faktörlerine sahip olursa da immün sisteminde ortaya çıkan farklılıkların sonucunda solunum yolları enfeksiyonuna karşı daha duyarlı olabilir.

Solunum yolları farklılıklar;

- Yaşlılıkla akciğer dokularının esneklik özellikleri azalır.
- Vital kapasite düşer.
- Göğüs duvarının sertleşmesi ve solunum kaslarında kuvvet düşmesi oksijen taşınmasıyla alakalı solunum fonksiyonlarında düşümlere sebep olur.
- Bronşiyollerde daralma olur ve dayanıklılığı yükseltir.
- Alveol septalarda düzleşme ve Alveollerde genişleme görülür.

- Alveol duvarlarında görülen dejenerasyonla alakalı gaz etkileşimi uygulayan yüzeyde eksilme olur.
- Hipoksiye cevap ve Oksijen saturasyonu düşer.
- Göğüs kafesinin esnekliğindeki düşüş sebebiyle, toraks hareketlerinde güçlük çeker.
- Solunum sistemi kaslarında zayıflama meydana gelir.
- Solunum sisteminde verimsel düşüş meydana gelir ve toraks solunumunun yerine karın solunumu başlar.
- Ekspiryum akım sürati düşer.
- Rezidüel akciğer miktarı yükselirken, vital kapasite düşer.
- Siliya etkinlikleri yavaşlar ve öksürme oranı düşer.

Hemşirelik gözetiminde, solunum rahatsızlığı olan yaşlı bireylerin solunum miktarı, ritmi ve derinliği gözlemlenmeli, bireyin buna paralel hafif gününbirlik öksürük ve derin solunum aktivitelerine yönlendirilmesi, temiz havadan faydalanılması ve enfeksiyondan muhafaza edilmesi sağlanmalıdır. Yaşlılarla konuşarak her gün belirli seviyede aktivite yapmasının sıhate etkileri bahsedilmelidir. Sigara içme sorununun solunum sistemi enfeksiyonlarına etkenlerinden söz edilip, stres oluşturmaktan sigarayı bırakmaya özendirilmeli ve sigara içilen alanlardan uzak durması istenmelidir. Yaşlı bireylerin TV karşısında bulunma zamanların belirlenmeli ve bunun ne gibi sorunlara yol açacağı bireye anlatılmalıdır. (Tiftik vd, <http://www.akadgeriatri.org>, 2017).

1.4.Yaşlılıkta Sağlık Ve Egzersiz

1.4.1. Sağlıklı Ve Uzun Ömürlü Olmada Sporun Etkileri

Yaşlanma hızına etki eden faktörler içerisinde birinci faktör kalıtsal sebepler ve yaşam biçimidir. Bu nedenle genetik unsurlar kontrolümüz altında değildir. Bununla beraber hayat biçimi kontrol edilebilir. Sıhhatli bir yaşam biçimi fonksiyonel işlevlerin yitirilmesine ve yavaşlamasına neden olur. Hatta aktiviteyle doku ve hücrelerin işlev yitirilmenin normal süratinin yavaşlaması olanaklıdır. Bununla beraber sıhatsız bir yaşam biçimi yaşlanma sürecini süratlendirebilmektedir. Sıhatsız yaşam biçimi alışkanlıklarına misal vermek lazımsa, aşırı güneş ışınlarına maruz kalma

sebebiyle deri yaşlanmasında süratlenme, sigara tüketimi sonucu akciğer hacminin düşmesi süratlenmesi ve düzenli aktivite eksikliği nedeniyle fiziksel iş kapasitesinde eksilme söylenebilir (Zorba, 2007:14).

Yaşam Boyu aktivitenin Sıhate Etkileri;

- Genel sıhhatte,
- Düzenli, sıhhatli uykuda,
- Muhtelif virüslere karşı vücudun dayanıklılığında,
- Maksimal O₂ kullanımında,
- Sıcağa ve soğuğa karşı Kemiklerin yoğunluğundaki dayanıklılıkta,
- Diyabet rahatsızlığı varsa da kan şekerini kontrol etmekte,
- Vücut yağ yakışını yükselterek, kas gruplarının direncinde, kuvvetinde,
- Kanda ve kaslardaki laktik asit oluşumlarının geç başlamasına ve birikimin erken dağılmasında,
- Derinin beslenerek kan akışının artmasında
- Akciğerlerden kana O₂ difüzyonunda,
- Kanın akışkan olmasında,
- Bağışıklık sistemini gelişmesinde,
- Yaralanmalara karşı dayanıklılıkta,
- Cinsel arzu ve performansta,
- Fiziksel kompozisyonunun düzgünlüğünde,
- Daha çok kalori tüketiminde,
- Vücut görüntüsünün düzgün olmasında,
- Eklem esnekliğinin iyileştirilmesinde,
- Denge ve koordinasyonunu düzenlemede,
- Metabolizmanın iyi çalışmasına, kan plazma kütesinin artmasında destek olur. (Zorba, 2007: 22).

Sıhhatte iyi yönden düşen değerler ise;

- Kalp krizi tehlikesinde
- Kalp krizi yaşamış bireyleri tekrardan karşılaşma tehlikesinde.
- Yüksen tansiyon tehlikesinde,
- Bayanlarda hamilelikte oluşan (sırt ağrıları, vs) hastalıklarda,

- Nedeni görülmeyen veya strese bağlı baş ağrılarında eksilme veya giderilmede,
- Çok zor bir diyet uygulamadan kiloda,
- Dinlenip kalp atım sayısında,
- Osteoarıs nedeniyle oluşan eklem dejenerasyonunda,
- Kanser tehlikesinde (kolon, prostat, göğüs, vb),
- Bel ve sırttaki kas ağrılarında,
- Yağlanma tehlikesinde, Solunum kaslarını kuvvetlendirmede, istirahat solunumunda,
- Kadınlarda menstural semptomlarda, Spor sonrası iştahta,
- Yaşlanmanın ertelenmesinde ve
- Kandaki kolesterol miktarında LDL lipoprotei sayısı düşer (Zorba, 2007: 20).

1.4.2. Yaşlılarda Kemik Kayıpları Ve Beslenme Bozukluğu

Yaşlılıkla beraber metabolizmanın yavaşlaması sebebiyle, normaldeki beslenme alışkanlığı devam ettirilirse, tüketilmeyen besin maddeleri yağ biçiminde depolanmakta ve yaşlılık döneminde aşırı kilo problemi olabilmektedir. Fazla kilo ileriki zamanda şişmanlığa sebep olmakta ve birey artan vücut ağırlığı sebebiyle tamamen hareketsiz kalmakta, böylece işlev kapasitesi iyiden iyiye düşmektedir (Acet,1999:313).

İlerleyen yaşla beraber fizyolojide görülen bir başka ciddi değişme de kemiklerdeki mineral yitirmeleridir. Osteoporoz olarak da tanımlanan kemik yapısındaki bu eksiklikler, bayanlarda erkeklerden daha sık gözlemlenir ve bireyi kemik kırıklarına kadar sürükleyen ciddi bir değişikliklerdir. Hemen hemen 35 yaşla beraber gözlemlenen bu yitirme 90 yaşlarına kadar erkeklerde %20, kadınlardaysa %30'lara kadar ulaşan bir seviyededir. Kemik yapısındaki kalsiyum eksilmesi 65 yaş civarı erkeklerde yaklaşık %8,8, kadınlarda 13,8'dir. Erkekler ve kadınlar arası bu değişiklikler hormonal sebeplerin bir nedenidir. Bir başka ciddi bir faktör de beslenme sıkıntısıdır. Yatalak hastalarda benzer yitirmelerin saptanması, sebepler arasında hareketsizlik de ciddi bir yer bulmaktadır. Bu fikirden başlayan araştırmacılar uyguladıkları bilimsel araştırmaların sonucunda uygun aktivitelerle bu eksiklilerin

giderilebileceği gözlemlenmiştir. Ayrıca kamburluk gibi bedensel postür bozulmalarının sebepleri içerisinde kemik yapısındaki mineral eksilmelerinin ciddi bir yer kapladığı da ifade edilmektedir (www.megep.meb.gov.tr, 2008:14)

Yaşlı insanlarda özel olarak günlük enerji alımı 1500 kal dan daha az olduğunda ; yeterli beslenmenin sağlanmaması riski gözlemlenmektedir , ayrıca yaş ilerlemesiyle gastrointestinal yapıda ve böbrek işlevlerindeki sorunlar sebebiyle , optimal besin tüketilmesine karşın , besinden yeteri miktarda vücutta kullanılamayacaktır , ayrıca mikro besin maddeleri (vitamin-mineraller) Emilimi ve kullanımına negatif etki edebilir.Bu sebeple başka ülkelerde özel olarak 50 yaş ve üzeri bireylerde B12 vitamini eksikliğini giderilmesi hedeflenerek bu vitaminin suplemantasyonu doğru bulunmaktadır, ayrıca yaş ilerledikçe kalsiyum ihtiyacı yükselir. Türkiye’ye özel beslenme rehberinde 65 yaş ve üzeri bayan ve erkekler 1200 mg kalsiyum tüketmeleri anlatılmaktadır(Tek ve Pekcan, 2008: 22).

Kadınlara özellikle menopoz zamanında ve sonraki dönemde hormonal sebeplerle meydana gelen kemik kaybını engelleyebilmek için kalsiyum suplemanları tavsiye edilmektedir. Kalsiyum suplemanları 500 miligram ve daha az dozlarda, besinlerle beraber kullanıldığında en verimli şekilde emilir ancak diğer vitamin ve mineraller veya vitamin mineral karışımı besin yardımcılarının tüketilmesi için diğer etkenler (beslenme tarzı, var olan sağlık problemleri, ilaç tüketimi vs.) tespit edilerek kişinin durumuna yönelik ön görülerde bulunulması gerekmektedir(Tek ve Pekcan, 2008: 23).

1.4.3. Yaşlılarda Egzersiz ve Osteoporoz

Kemik erimesi, kemik yoğunluğunda azalma ve kırık ihtimalindeki artış ile karakterize edilmiş bir hastalıktır. Kemik erimesi, kemiğin mukavemetini düşürerek fragitesini yükseltmekte ve günlük hayatta sıradan aktivitelerde esnasında meydana gelen en ufak travmalar da dahi kemiklerin kırılmasına sebebiyet vermektedir (Aydil, 2005:4).

Kemik erimesi, kemik kitlesinde azalma ve mikro kemik mimarisinde deformasyon ile meydana gelen bir kemik hastalığıdır. Yaşlılar üzerinde Dünya sağlık

Örgütü tarafından yapılan çalışmada Kadınlarda %30, erkeklerde ise %12,5 oranında kemik kırılma riski olduğu bulunmuştur (Arıoğul, www.klinikgelisim.org.tr :38).

Kemik erimesinin tedavi sürecinde öncelikli olarak hayat tarzındaki değişimler, uygulanan diyet, fiziksel aktivite, sigara kullanımının bırakılması, alkol tüketiminin azaltılması ve düşme durumlarının önüne geçilmesi tavsiye edilmektedir. (Arı oğul, www.klinikgelisim.org.tr :39).

1.4.4. Yaşlılarda Yürüme Kinematığı

Yürüyüş yeteneği her yaştaki insanların bağımsız olma durumları için önemlidir. Statik denge, kasların gücü ve yürüyüş sürati engel durumu ile yakın ilişki içinde olduğu, yaş ve fiziksel aktivite kısıtlılığı arasındaki bağlantının da büyük oranda zihinsel performansın düşmesi ile ilgili olduğu bilinmektedir. (Gündür, 2000: 156).

Yaşlanmayla beraber yürüme yetisindeki azalma ve kayıp yaşlı bireylerin yaşadığı kazalar ve düşme durumlarının en büyük nedenidir ve kişinin yaşam kalitesini düşüren ve psiko-sosyal sağlığını etkileyen bir durumdur. Yürüyüş bozulmalarının görülme oranı 65 yaş ve üzeri bireylerde %15 dolarlarında iken, 75 yaş ve üzeri kişilerde bu oran %25 civarına yükselmiştir. Bu düzensizliğin sebebi karışık bir hastalıktan kaynaklanabileceği gibi yaşlanma ile ortaya çıkan etmenlerin birleşmesi ile de görülebilir. Kas kuvvetinde meydana gelen düşüş, kas kaybı, eklemlerdeki deformasyon, görme yeteneğinde meydana gelen bozulmalar ve vücut kompozisyonunun da meydana gelen değişiklikler yürüme yeteneğini etkilemektedir. (Erdoğmuş ve Tüzün, 2001,34).

Yürüyüş yetisi tüm yaş gruplarındaki insanların bağımsız yaşamaları için bir etmendir. Yaşlılık ile beraber, dengenin iyi çalışmasında önemli bir etkisi olan vestibüler, proprioseptif ve görsel sistemlerdeki fonksiyonlarda meydana gelen düşüş, bu safhada yürüyüş deki bozulmalar ve yaşanan düşme durumları neticesinde oluşan yaralanmaların en büyük nedenidir. Yaşlı nüfusunda yürüyüş yeteneğine etki eden patojiler de görülür. Bunların içinde, solunum sistemi bozuklukları, inme ve şeker hastalığı başı çekmektedir. (Güler, 2011: 331-332).

1.5. Yaşlılar İçin Egzersizin Yararları

Düzenli fiziksel aktivitenin yaşlılar üzerinde birçok faydası vardır. Vücut postürü ve metabolizmaya olan olumlu etkilerinin yanında kardiovasküler sistem ve kas-iskelet sistemi üzerine de olumlu etkileri vardır. Bireyde fizyolojik sistem kapasitelerini yükseltme, bazı fonksiyonlarda meydana gelen bozulmaları düzeltme sağlar. Bununla birlikte kas miktarı, kas kuvveti ve kas-iskelet sistemi, propriyosepsiyon yetisinde artış, reaksiyon süresinde azalma, dengeyi iyileştirme ve buna bağlı oluşan düşme durumlarını azalmasında yardımcı olur (sbu.saglik.gov.tr, s.71).

Fiziksel aktivite planlaması, önceleri konuşulduğu gibi kişni genel olarak incelenmesi ile başlar. Daha önce spor yapmamış ve elli yaşın üzerinde olan kişiler fiziksel aktiviteye katılmadan önce iyi bir hastalık öyküsü ve sağlık taramasından geçmesi gerekmektedir. Bu tedbirler tedavi sürecinde uygulanacak plan ve bu planın takibi için önem arz etmektedir (sbu.saglik.gov.tr, s.72).

Yaşlanma ile birlikte vücutta çeşitli yapısal ve fonksiyonel değişiklikler meydana gelmektedir. Yapılan çalışmalarda düzenli egzersiz ile yaşlanma nedeni ile oluşan etkileri ve kişinin fonksiyonel kapasitesinde meydana gelen kaybı azalttığı görülmektedir. Fiziksel aktivite kişinin kas miktarını ve kuvvetini artırırken, dengeyi geliştirerek düşme riskini azaltır, depresyon durumunu, eklemler ile ilgili problemleri, şeker hastalığı ve kronik arter hastalığına yakalanma ihtimalini azaltır ve bu sayede yaşam kalitesini artırır, ömrü uzatır (Cindaş, 2001: 78).

1.5.1 Vücut Kompozisyonundaki Değişikliklere Yararları

Yaşlılarda görülen en yaygın durumlardan biriside vücut pos türündeki değişikliklerdir. Yaşlanma ile birlikte kas miktarında ve kas kuvvetinde azalma meydana gelir, vücut yağ yüzdesinde artış meydana gelir ve kemik yoğunluğunda azalma görülür. Vücut pos türündeki değişimler sonucunda kognitif ve fiziksel yetilerde bozulma, yaşam kalitesinde ise düşüş görülür. Kas kaybı doğal olarak yaş ile alakalıdır, fakat bireyden bireye farklılık gösterir. Kas kaybının en çok görüldüğü

bölge alt ekstremitedir. Yaşlanma ile birlikte fiber miktarında düşüş görülmüştür. Fiber miktarını ve çapını artırmanın en iyi yollarından biride kuvvet egzersizleridir. Fiziksel aktivitenin, yaşlı bireylerde yağ yüzdesini düşürdüğü görülmüştür. (Cindaş, 2001,78).

1.5.2. Kas Kuvveti, Denge Ve Düşmeye Yararları

Yaşlanma ile birlikte, kas kuvvetinin düşmesi, daha az fiziksel aktivite, kardiovasküler kapasitenin azalması gibi durumlar gerçekleşir. Çeşitli kas guruplarında çeşitli sonuçlar edilmesine karşın, kas kuvvetinde 50 ila 70'li yaşlarda %30 ile %50 arasında azalama tespit edilmiştir. Fiziksel olarak aktif olan kişilerdeki kaybın daha az olduğu görülmüştür. Diğer araştırmalarda fiziksel aktivitenin yaşlı bireylerin dahi yürüyüş hızında ve kas kuvvetinde artışa, dengenin gelişmesine, günlük hayatı ve merdiven çıkmayı olumlu etkilediği saptanmıştır. 75 yaş ve üzeri insanların düşmeleri, yaralanma nedeni ile ölümler arasında ilk sıradadır. Yaşlı bireylerde dengenin kaybına en çok neden olan faktörler kas gücündeki azalma ve buna bağlı olarak dengenin bozulmasıdır (Cindaş, 2001,78-79).

Yaşlı kişilerde fiziksel aktivite, kas ve kemiklerin güçlenmesine, düşme riskini ve kemik erimesini azaltır ve vücut ağırlarını azaltmaktadır (Özdemir, www.gebam.hacettepe.edu.tr).

Denge durumu, dinlenip ve egzersiz esnasında yer çekiminde oluşan merkezi desteklenen yüze üstünde tutmak için gerekli uyumluluktur. Yaşlı bireylerde hastaneye yatışlarda düşmenin nedeni %68'dir. Bu durum 85'li yaşlarda %86'lı değerlere çıkmaktadır. Düşme durumu sağlık durumu iyi olan yaşlı insanlarda bile ölümlerin %27'sinden sorumludur. Yaşlılarda görülen bu düşme durumları, bireylerin işlevselliğine önemli etkileri olduğu için dikkatle ele alınmalıdır (Onat vd. 2014: 148).

Günümüzde yaşlanan kişilerin toplumda üreten bir kesit olduklarını anımsamak, yaşlılık ile meydana gelen eksiklikler, kalıcı hasarlar ve rahatsızlıkları en aza indirmek, hayatlarını kimseye bağımlı olmadan devam ettirmelerine yardımcı

olmak için egzersizin rolü iyice anlaşılmıştır. Egzersizler, düşme durumunun azalması için yapılmış birçok programın merkezindedir (Soyuer vd. 2012: 116).

1.5.3. Kronik Hastalıklara Yararları

Fiziksel aktivitenin azlığı birçok kronik hastalığı tetiklemektedir. Bunlardan başlıca hiper tansiyon, kronik arter hastalığı, Osteoporoz, DM ve obezitedir. Amerikan Heart Association'ın yaptığı çalışmalarda fiziksel aktivitenin azlığının kronik arter hastalığı riskini artırdığını ve fiziksel aktivitenin kardiyovasküler kapasiteyi ciddi anlamda artırdığını bulmuşlardır. Yapılan aerobik aktiviteler, maksimum kardiyak çıkışı ve dokularda kullanılan oksijen miktarını artırır. Aynı zamanda fiziksel aktivite, yaşlı bireylerin kan basıncı değerlerini de düzenler. Fiziksel aktivitenin insülin hassasiyetine de olumlu etkileri görülmektedir. Şeker hastalığı olan yaşlılara orta seviye aerobik sistem ile yapılan aktiviteler verilmesi uygundur. Bu egzersizlere ek olarak kuvvet antrenmanları ile daha büyük gelişim gözlemlenebilir. (Cindaş, 2001: 79)

Daha aktif hayat tarzı ve orta seviyede yapılan aerobik aktiviteler kişilerin kalp hastalıklarına yakalanma risklerini ve bu hastalıklar sebebi ile ölme risklerini yarıya indirmektedir. Düzenli olarak yapılan yürüyüşler, kronik kalp hastalıklarında düşüş sağlamaktadır. Aynı şekilde iş yerine yürüyerek v ya bisiklet ile gitmek veya haftalık ortalama dört saat sosyal aktivitelere katılmak hastalık riskini düşürmektedir. (diyabet.gov.tr, 2008,10)

1.5.4. Kas-İskelet Sistemi Hastalıklarına Yararları

Yaşlanma sürecinde kişilerin kemiklerinin yoğunluğunda azalma ve kemiklerde kırılmalar görülür ve vücut pos türünde bozulmalar meydana gelir. Yetişkinlerde yıl geçtikçe kemik yoğunluğunda azalmaktadır. İlerleyen yaşlarda kemik erimesinde artış görülmektedir. Kişilerin kemiklerindeki değişiklikler ile beraber kas miktarında azalma olmaktadır. Lif kaybı ve mevcut liflerin kesit alanındaki düşüş kasın zayıflamasına neden olur. Yaşlanmayla beraber vücut

sistemindeki diğer bozukluklarda kas zayıflamasına neden olmaktadır (Taşkıran vd, 2012:273).

Kadınlarda kemik kaybı menopozdan sonra büyük bir artış gösterir. Buna neden kısmen d vitamininin eksikliği ile birlikte kalsiyum emilimindeki azalmadır. Yaşlanma süreci ile birlikte büyüme ve testosteron hormonunun azalması kasların incelmeye neden olur. Kemiklerde ve kaslarda oluşan kayıplar, boyun kısalması, diş eksilmesi, kemiklerin kolay kırılması, bacaklarda oluşan eğriliklere neden olabilir. Bu durumlar eklemleri de etkileyerek düzgün çalışmasını engelleyebilir. Yaşlı insanların orta derece ve kendilerini yormayacak şekilde fiziksel aktiviteye ve akabinde dinlenmeye ihtiyaçları vardır. Yaşlılar için ev ortamında yapılan egzersizler daha güvenli olduğu için ev ortamının bu yönde yeniden dizayn edilmesi gerekmektedir. Yaşlı kişiye uygun, günlük hayatının bir parçası olacak ve severek yaparak yorulmayacağı fiziksel aktiviteler yapması teşvik edilmelidir (Yıldırım vd,2012,20).

İlerleyen yaş yüzünden kas-iskelet sisteminde oluşan bozukluklar, osteoporoz, dejeneratif hastalıklar ve pelvik fraktür gibi durumlar yaygın olarak görülmektedir. Araştırmalarda en çok görülen hastalıklar osteoporoz, diz ve servikal bölgelerde ve lomber bölgede yıpranmalara dayanan hastalık türleri görülmüştür (Tiftik vd,2012)

1.5.5. Yaşam Süresine Etkisi

Bedensel aktivitenin azlığı ve yaşlılık, vücuttaki birçok sistemi iyi ya da kötü etkileyen bir evredir. Bu yüzden Daha aktif yaşamak ve mevcut sağlık durumunu korumak için sorun önemi gün geçtikçe artmaktadır.(Kayıhan ve Ersöz, 2009: 99). Yapılan çalışmalara bakıldığında önceden spor yapmayı, performansını geliştiren bireylerde mortalite değerinin %44 olduğu, KVS hastalığı bulunan kişilerde ise ölüm riskinin %41 oranında azaldığı görülmüştür.(Cindaş, 2001,79). Bundan dolayı yaşlanan bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını iyileştirilmesi için her tür sportif aktivite yarar sağlamaktadır. Ancak uygulanacak olan fiziksel aktivitenin, bireyin kalp-damar sağlığı ve iskelet sisteminin durumuna uygun olmalıdır. (Kayıhan ve Ersöz, 2009: 99).

1.5.6. Psikolojik Yararları

İnsanlarda belirli bir rahatsızlık olmasa da, bireyden bireye değişiklik gösteren, yaşlanmanın belirtisi olarak, yaşlı bireylerde kognitif sistemlerde ve hafızada kayıplar vardır. Yaşlılar arasında depresyon da yaygındır. Fiziksel aktivite ve sportif egzersizler depresyon oluşumunu azalttığı tespit edilmiştir (Cindaş2001,79).

Kişilerin başarılı olması psiko-sosyal olarak kişinin kendine güvenini artırması için çok önemlidir. Bu durumda kişinin başarılı olabilmesinin en kolay yollarından biriside fiziksel aktivite ile elde edilebilir. Sportif faaliyet, sadece bedenen yapılan bir olgu değil, aynı zamanda kişinin duygusal, sosyal ve toplumsal açıdan da kişinin gelişimini sağlayan önemli bir faktördür (Küçük ve Koç,2004;132).

Sporun vücuda sağladığı faydaların yanı sıra, sosyal ve psikolojik sağlık içinde önemli etkileri vardır. Bunlar mutluluk ve kişinin kendisini iyi ve güçlü hissetmesini sağlar. Pozitif düşünme ve strese karşı koyabilme gücünü de artırır. Sporun sıralanan bu faydaları göz önüne alındığında, düzenli yapılan sporun, kişilerin ve toplumların sağlık düzeyini artırmaktadır (Bulut,2013:209).

Fiziksel aktiviteye dahil olmanın, bedensel ve fizyolojik faydalarının yanında kişiyi rahatlattığı, psikolojisini düzelttiği ve rehabilitasyon dönemlerinde tedavi amaçlı kullanıldığı görülmektedir (Koruço ve Bayar, 2004: 50).

1.5.7.Sedanter Yaşlıya Yaklaşım

Fiziksel aktiviteye başlama yaşı diye bir şey yoktur. Egzersizin başarıya ulaşması isteniyorsa kesinlikle sistematik bir yöntem izlenmelidir. İlk etapta kişiye ne amaçla eğersiz yapmasının gerekli olduğu anlatılmalı ancak aşırıya kaçılmamalıdır. Birçok kişi aslında egzersizi sağlık için değil, daha çekici ve güzel görünmek amacıyla yapmaktadır. Bu durum göz önüne alınarak kişi teşvik edilmelidir. Kişinin neden egzersiz yapmadığı tespit edilmelidir. Zaman yetersizliği egzersize engel olan en yaygın durumdur. Geçmişte, bir fiziksel aktivitenin yararlı olması için kesintisiz 30 dakika ve orta şiddette olması gerektiği söyleniyordu ancak günümüzde haftada 3-5

gün orta seviyede egzersizlerin bölünerek toplam yirmi ile altmış dakika arası yapılmasının yeterli olduğu anlaşılmıştır. Bireyin sosyal çevresi de egzersizde uzaklaşmasına neden olabilir. Çevresinde fiziksel aktivite yapan birisi var ise bu o kişiyi teşvik edebilir. Maddi durumu kötü olan ve ulaşım sıkıntısı yaşayan kişiler içinde ev içinde yapılacak egzersizler önerilmelidir (Cindaş, 2001,79-80).

1.5.8. Yaşlılar İçin Egzersiz Reçetesi

Kişinin spora uyumu ve meylini artırmanın yanı sıra egzersiz reçetesinin işlevsel ve doğru oluşturulması ve oluşturulan egzersiz programının ileriki süreçte devamı için önemlidir. Kişinin hasta olarak tanımlanması için öncelikle aktiviteye engel olacak neleri gördüğü belirlenmelidir. Çünkü bu sayede hastaya uygun aktivite oluşturulması ve devam edebilmesi açısından önem taşımaktadır. Örneğin kalçasında ileri seviye kireçlenme bulunan bir bireye dayanıklılık antrenmanı olarak yürüyüş verilmesi oluşturulan programın başarısız olmasına neden olacaktır (sbu.saglik.gov.tr)

Fiziksel aktivite yapmaya meyil edilen kişiden kesinlikle hastalık hikâyesi istenmelidir. Mevcut ve geçmişteki hastalıkları, gördüğü tedaviler ve ilaçları, spor geçmişi ve ilgili olduğu alanlar belirlenmelidir. Kişinin spor geçmişi kişiye nasıl bir aktivite reçetesi verileceği hakkında ipuçları vermektedir (Cindaş, 2001,80). Fiziksel aktivite programları düzgün ve amaca yönelik hazırlanırsa sağlıklı bir yaşam mümkün olur. Bu yüzden, aktivite çeşitleri, yaş gruplarına ve cinsiyetlere göre özel yapılandırılmalarıdır (Kurt vd. 2010:667).

Kişiyi özel oluşturulacak aktivite programı, günlük hayat egzersizleri ve çevresel modifikasyonlar ile kişinin mevcut kapasitesini koruyacak ve geliştirecektir. En önemlisi bu sayede kişinin yaşam kalitesi yükselecektir (Kayıhan ve Ersöz, 2009: 99).

2. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu çalışmaya yaş ortalaması $69,76 \pm 6,74$ yıl olan 57 (%46)erkek, 65 (%54) kadın toplamda 122 gönüllü katılmıştır. Çalışmamızın örneklem grubunu Gaziantep ilinde bulunan yaşlılar oluşturmaktadır. Katılımcıların 63'ü kendi evinde, 59'u ise huzur evi veya bakım evinde kalmaktadır. Katılımcılara karşılıklı soru cevap yöntemiyle Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa form) ile SF-36 Yaşam Kalite Ölçeği uygulanmıştır. Anket, Gaziantep Yaşlı ve Bakım Evinde yaşayanlar için bakım evine gidilerek, kendi evinde yaşayanlar içinde ikamet ettikleri yerler ziyaret edilerek uygulanmıştır.

2.1. Veri Toplama Teknikleri

Çalışmanın fiziksel aktivite ile ilgili verilerinin toplanması amacıyla Uluslararası aktivite Değerlendirme anketi Kısa formu kullanılmıştır. Çalışmadaki yaşam kalitesi ile ilgili verileri elde etmek için Yaşam Kalitesi Ölçeği Sf-36 kullanılmıştır. Kişisel bilgiler ve sosyo-demografik bilgileri toplamak amacı ile de kişisel bilgi formu kullanılmıştır.

2.1.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi

1992 yılında Rand Corporation tarafından oluşturulan Kısa Form 36; diğer ölçekler arasından hem jenerik hem de geniş açığa sahip bir ölçektir (Ware ve Sherbourne, 1992). Bu ölçek yapılırken kısa ve kolay olmasının yanında geniş bir kullanıl alanına sahip olması amaçlanmıştır. İlk önce 20 maddelik versiyonu olan SF-20 yapılmış daha sonra 36 maddeye yükseltilerek SF-36 yapılmıştır. Çalışmalar 1990 yılında başlamış ilk etapta 149 madde ile yapılmış daha sonra 22000'i geçen kişi ile çalışma yapılmıştır (Bowling, 1997).

Bu ölçeğin en belirgin özelliği kendini değerlendiren bir ölçek olmasıdır (Ware, Snow, Kosinski ve Gandek, 1993). Ölçeğin en avantajlı yönleri ise, 5 dakika civarında doldurulması ve sağlığın hem olumlu hem de olumsuz yönlerini değerlendirmesidir (Carr, Thompson, Kirwan, 1996). Otuz altı maddeden oluşan bu

ölçek sekiz boyutun ölçüm işini yapmaktadır. Bunlar; bedensel fonksiyon (on madde), toplumsal fonksiyon (iki madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) (Ware ve Sherbourne, 1992). Ek(1)

Bu ölçekte geçirilen son dört hafta değerlendirilmiştir. Son bir haftayı ele alan versiyonu yapılarak daha akut bir formu oluşturulmuştur (Keller, Bayliss, Ware, Hsu, Damiano ve Goss 1997). Dördüncü ve beşinci maddeler hariç değerlendirmede likert tip (3 – 6) yapılmıştır. Dördüncü ve beşinci maddeler ise evet-hayır şeklinde yapılmaktadır (Ware ve Sherbourne, 1992). Bu ölçekte sadece bir adet genel toplam yerine, ayrı toplam puanlar vererek alt ölçekleri değerlendirmektedir (Carr AJ, vd. 1996). Alt ölçeklerde ise sağlık durumu 0 ile 100 arasında değerlendirilip, kötü sağlık 0, iyi sağlık 100 puan ile gösterilmektedir.

Koçyiğit ve arkadaşları SF-36 ölçeğinin Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmıştır (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez ve Memiş, 1999).

Ölçekte her bölüm için farklı değerlendirmeler mevcuttur. Ölçekte bulunan dört ve beş numaralı sorular evet-hayır, geri kalan sorular ise likert tipidir (3,5 – 6). Ölçekte bulunan 1, 6, 7, 8, 9d, 9e, 9h, 11b ve 11d numaralı sorular ters çevirme yoluyla hesaplanmaktadır. Bu ölçekte toplam puan hesaplanmamaktadır. Alt ölçeklerde sağlığı 0 ile 100 değerleri arasında değerlendirmektedir. Kötü sağlık durumu 0, iyi sağlık durumu ise 100 ile gösterilmektedir (Ware, 1992).

2.1.2. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (Kısa Form)

Katılımcıların fiziksel aktiviteye katılım düzeylerini saptamak için yapılmış anketlerden biride Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi'dir (Craig, Marshall, Sjostrom, Bauman, Booth, 2003). Bu anket tüm dünyada gündelik aktiviteleri raporlayarak fiziksel aktivite seviyesi hakkında kıyaslanabilir bilgiler edinmeyi amaçlamaktadır. Cenevre'de 1998 yılında başlayan anketi geliştirme çabaları, 12 ülkede yapılan geçerlilik çalışmaları ile devam etmiştir. Elde edilen

sonuçlar bu ölçeğin toplumlarda fiziksel aktiviteye katılma düzeyini gösterebileceği fikrini uyandırmıştır (Tek kanat, 2008, ss. 33 46). Ülkemizde bu anketin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 2005 yılında ztrk tarafından yapılmış daha sonra 2007 yılında Hacettepe niversitesi tarafından yapılmıştır (Karaca ve Turna gl, 2007).

Bu anketin toplan sekiz adet versiyonu vardır. Dört tanesi kısa, dört tanesi uzun olarak yapılmıştır. Bunlar ise telefon yoluyla mülakat, yüz yüze görüşme ve kendi başına uygulanan yöntemlerdir (Bauman, Phongsavan, Schoeppe, Owen, 2006; Nosikov ve Gudex, 2003; Parmaksız, 2007, ss. 27). Ek(2)

2.1.3. IPAQ Anketinin Puanlanması ve Skorlaşması

Kısa form (7 soru); şiddetli, orta şiddetli ve yürüme gibi aktivitelerde ve otururken ne kadar zaman harcadıkları hakkında bilgi vermektedir.

Bu formda toplam skor hesaplanırken, orta ve şiddetli aktivitelerde ve yürümede süre ve günler ele alınmaktadır Bu aktivitelerde harcanan enerji met/dakika cinsinden hesaplanır. Bunlar;

Yürüme = 3,3 MET,

Orta şiddetli Fiziksel Aktivite = 4,0 MET,

şiddetli Fiziksel Aktivite = 8,0 MET,

Oturma = 1,5 MET.

Bu değerler kullanılarak günlük ve haftalık fiziksel aktivite seviyesi hesaplanır. Örneğin; 3 gün 30 dakika yürüyen bir kişinin yürüme MET-dk./hafta skoru: $3,3 \times 3 \times 30 = 297$ MET-dk./hafta olarak hesaplanmaktadır.

Yürüme MET-dk./hafta = $3,3 \times$ yürüme dakikası \times yürüme gün sayısı

Orta şiddetli MET-dk./hafta = $4,0 \times$ orta şiddetli aktivite dakikası \times orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı

şiddetli MET-dk./hafta = $8,0 \times$ şiddetli aktivite dakikası \times şiddetli aktivite yapılan gün sayısı

Toplam, MET-dk./hafta = (yürüme + orta şiddetli+ şiddetli + oturma) MET-dk./hafta

Bu sürekli skor lamanın yanı sıra elde edilen sayısal verilere göre sınıflandırma yapılmaktadır. Buna göre 3 aktivite seviyesi vardır:

1-İnaktif (Kategori 1) : En alt fiziksel aktivite seviyesidir. Kategori 2 ve 3 içine dâhil edilemeyen durumlar in aktif olarak düşünülür.

2- Minimal Aktif (Kategori 2): Aşağıdaki kriterlerden herhangi birine girenler minimal aktiftir.

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

3- Çok Aktif (Kategori 3): Bu ölçüm yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Bu kategori, sağlıkla ilgili yararların sağlanmasında gereken düzeydir.

- a. Minimum 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite veya
- b. Minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu (Savcı, Öztürk, Arıkan, İnal, Tokgözoğlu, 2006; Parmaksız, 2007, ss. 28).

2.1.4. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu ile çalışmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özellikleri hakkında veri sağlanmıştır. Ek(3)

2.2. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın istatistiksel analizleri “Statistical Pack Age For Social Sciences” (SPSS 17.0) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde bazı tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Ayrıca ikili karşılaştırmada t – testleri, kullanılmıştır. Fiziksel aktivite düzeyi değişkeninin 2’de fazla seçeneğe sahip olmasına rağmen sadece iki seçeneğe cevap verildiği için bu karşılaştırmada da yine t-testi kullanılmıştır. Bulunan değerler tablo olarak sunulmuştur. Tüm testlerde anlamlılık düzeyi ($p<0,05$) olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

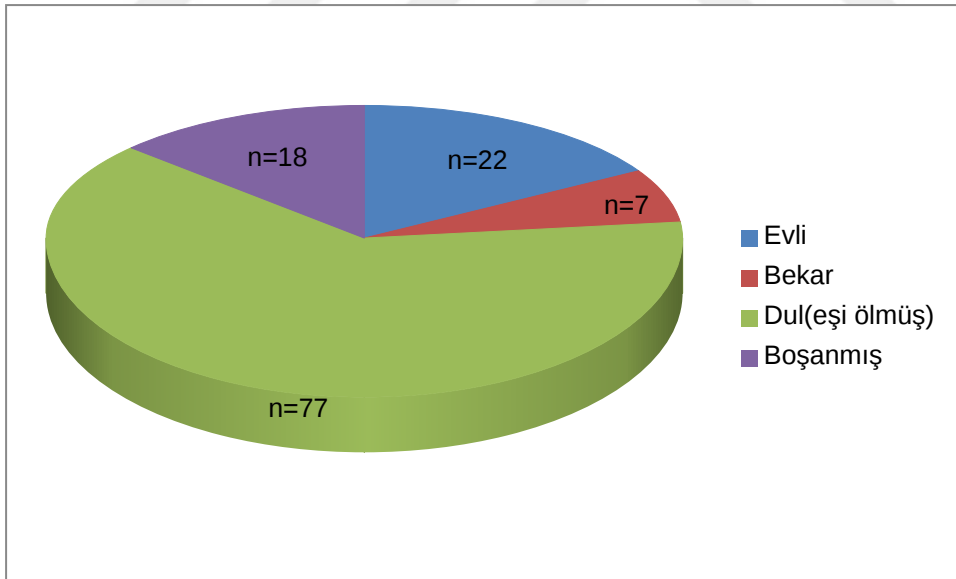
3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 1. Katılımcıların Boy vücut ağırlığı ve yaş değerleri.

(n=124)	Minimum	Maksimum	A.O.±S.S.
Yaş (yıl)	60	90	69,76±6,74
Boy (cm)	150	186	167,20±7,59
Vücut Ağırlığı (kg)	45	96	78,69±9,55

Katılımcıların yaşları ortalaması 69,76±6,74 yıl, boyları ortalaması 167,20±7,59 cm ve vücut ağırlıkları 78,69±9,55 kg dır.

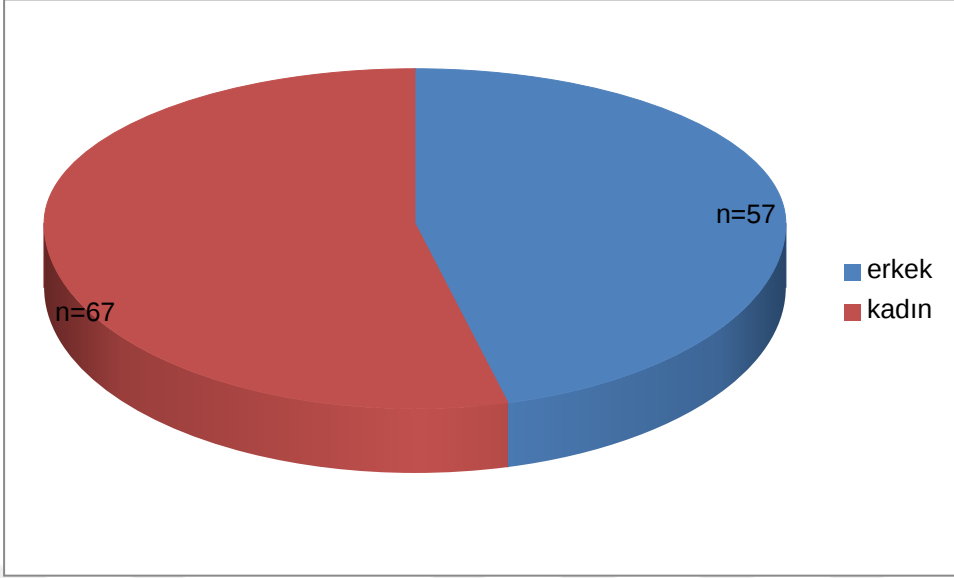
3.1.2. Medeni Durum



Şekil 2: Katılımcıların Medeni Durumu.

Katılımcıların %62'si dul(eşi ölmüş), %18'i evli, %15'i boşanmış ve %5'i bekârdır.

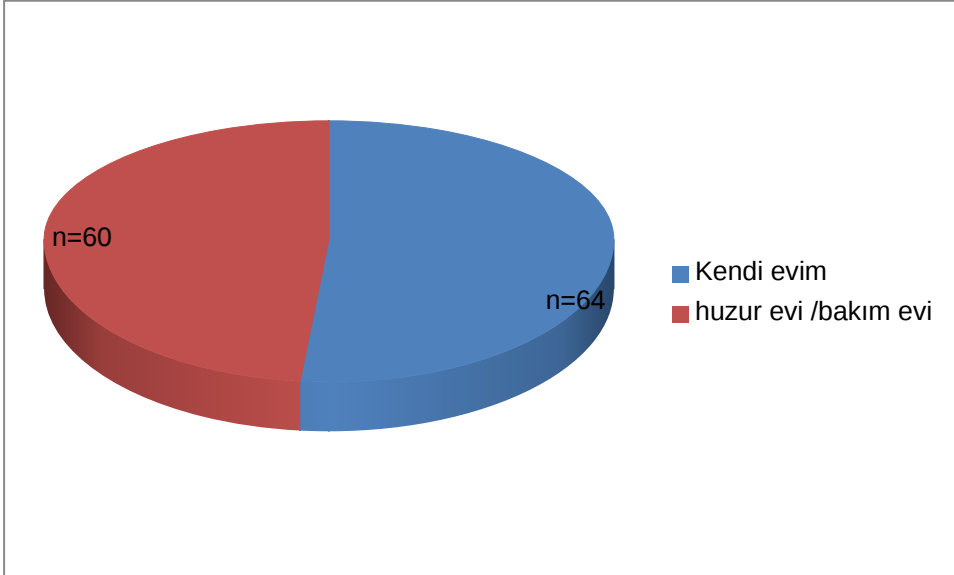
3.1.3. Cinsiyet



Şekil 3: Katılımcıların Cinsiyetleri.

Katılımcıların %46'sı erkek, %54'ü kadındır.

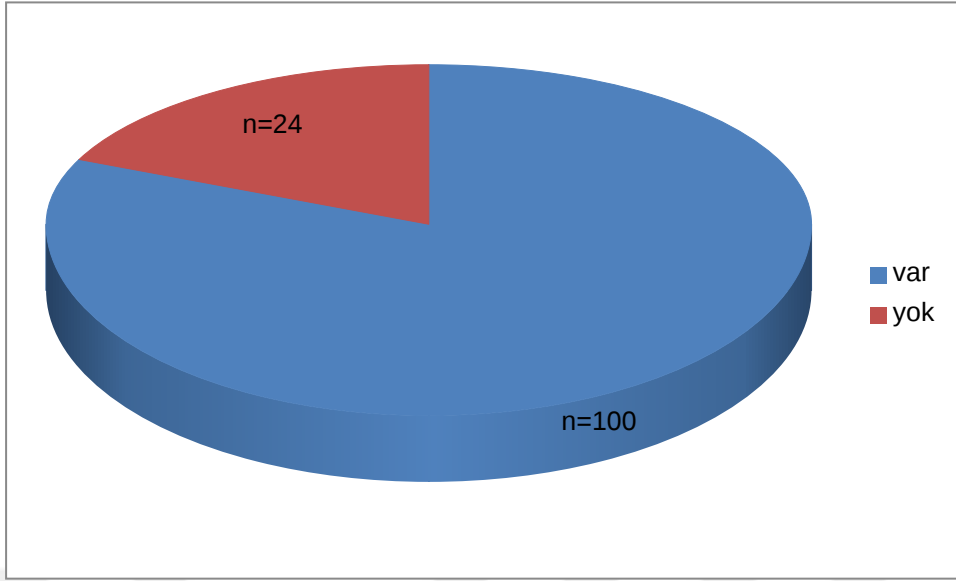
3.1.4. İkamet Durumu



Şekil 4: Katılımcıların İkamet Durumu.

Katılımcıların %52'si kendi evinde, %48'i huzur/bakım evinde ikamet etmektedir.

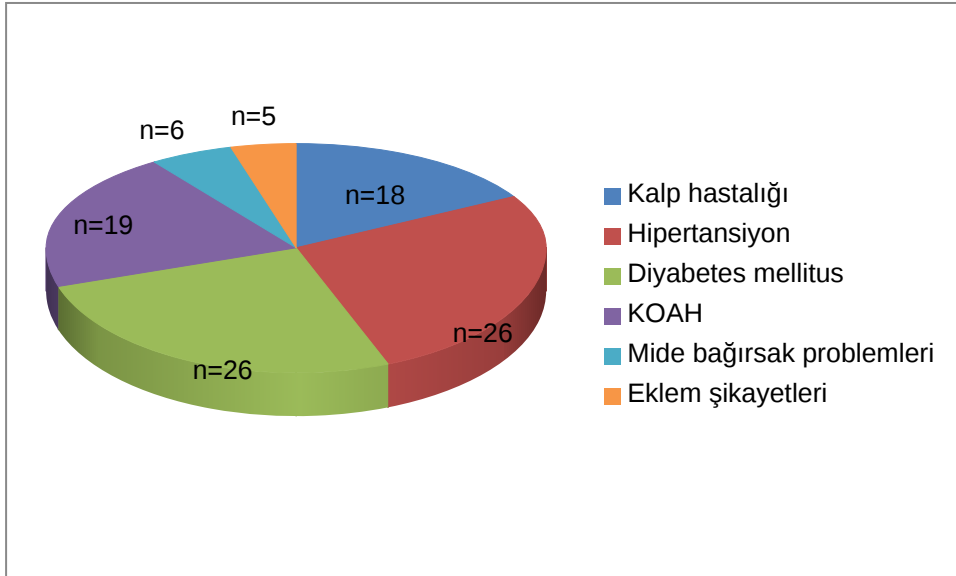
3.1.5. Kronik Hastalık Dağılımı



Şekil 5: Katılımcıların Kronik Hastalık Dağılımı

Katılımcıların %81'inde kronik hastalık bulunurken, %19'unda kronik hastalık bulunmamaktadır.

3.1.6. Kronik Hastalıklar



Şekil 6: Katılımcıların Sahip Olduğu Kronik Hastalıklar

Katılımcıların %26'sı diyabetemellitus, %26'sı hipertansiyon, %19'u KOAH, %18'i Kalp hastalığı, %6'sı mide bağırsak problemleri ve 5'inde eklem şikâyetleri bulunmaktadır.

Tablo 2. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların ikamet durumuna göre fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması.

İkamet	Fiziksel Aktivite Düzeyleri							
	İnaktif		Minimum Aktif		Aktif		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Kendi Evi	40	62,5	24	37,5	0	0	64	100
Huzur/Bakım Evi	43	71,7	11	18,3	0	0	60	100
Toplam	83	66,9	35	28,2	0	0	124	100

Tablo 2 incelendiğinde, kendi evinde yaşayan yaşlıların (n=24, %37,5) huzur/bakım evinde yaşayan yaşlılara (n=11, %18,3) oranla daha aktif olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların cinsiyet durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri.

İkamet	Cinsiyet	Fiziksel Aktivite Düzeyleri							
		İnaktif		Minimum Aktif		Aktif		Toplam	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Kendi Evi	Kadın	22	67,6	11	32,4	0	0	33	100
	Erkek	17	56,7	13	43,3	0	0	30	100
	Toplam	39	62,5	24	37,5	0	0	63	100
Huzur/Bakım Evi	Kadın	25	78,8	7	15,2	0	0	32	100
	Erkek	18	63,0	9	22,2	0	0	27	100
	Toplam	43	71,7	16	18,3	0	0	59	100

Tablo 3 incelendiğinde, kendi evinde yaşayan yaşlıların cinsiyet dağılımlarına bakıldığında (erkek=30, kadın= 33) kadın katılımcıların daha fazla olduğu fakat erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin (n=13, %43,3) kadınlara (n=11, %32,4) oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Huzur/bakım evinde yaşayanlara baktığımızda yine (erkek=27, kadın= 30) kadın katılımcıların daha fazla olduğu fakat erkeklerin

fiziksel aktivite düzeylerinin (n=9, %22,2) kadınlara (n=7, %15,2) oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların ikamet durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyutlarının karşılaştırılması.

Yaşam Kalitesi Boyutu	İkamet	N	A.O.±SS	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Kendi Evim	64	66,72±30,90	10,197	,291
	Huzur Evi /Bakım Evi	60	61,33±25,18		
Fiziksel Rol	Kendi Evim	64	55,08±39,64	5,579	,000*
	Huzur Evi /Bakım Evi	60	19,58±35,38		
Beden Ağrısı	Kendi Evim	64	39,38±26,72	10,661	,072
	Huzur Evi /Bakım Evi	60	47,17±20,51		
Genel Sağlık	Kendi Evim	64	50,39±9,01	7,131	,000*
	Huzur Evi /Bakım Evi	60	42,00±11,80		
Canlılık	Kendi Evim	64	41,95±9,37	8,297	,000*
	Huzur Evi /Bakım Evi	60	50,25±14,91		
Duyusal Rol	Kendi Evim	64	55,73±41,60	3,203	,000*
	Huzur Evi /Bakım Evi	60	25,00±36,63		
Sosyal Fonksiyon	Kendi Evim	64	86,72±31,49	3,903	,003*
	Huzur Evi /Bakım Evi	60	97,67±40,62		
Mental Sağlık	Kendi Evim	64	54,44±10,78	2,898	,647
	Huzur Evi /Bakım Evi	60	53,40±14,22		

p<0,05

Tablo 4 incelendiğinde fiziksel fonksiyon, beden ağrısı ve mental sağlık durumlarında anlamlı bir fark görülmezken (p>0,05), Fiziksel rol (p=0,000*), genel sağlık (p=0,000*) ve duyusal rolde (p=0,000*) kendi evinde yaşayan yaşlılar lehinde, canlılık (p=0,000*) ve sosyal fonksiyon (p=0,003*) durumlarında huzur/bakım evinde yaşayan yaşlılar lehine anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 5. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların fiziksel aktive düzeyleri ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması.

Yaşam Kalitesi Boyutu	Fiziksel Aktivite Düzeyi	N	Art.Ort.±SS	t	P
Fiziksel Fonksiyon	İnaktif	100	60,45±27,14	-4,36	0,000*
	Minimum Aktif	22	86,59±15,23		
Fiziksel Rol	İnaktif	100	34,00±40,91	-2,62	0,01*
	Minimum Aktif	22	59,09±38,99		
Beden Ağrısı	İnaktif	100	48,50±21,43	5,07	0,000*
	Minimum Aktif	22	22,72±22,29		
Genel Sağlık	İnaktif	100	46,85±9,74	-0,59	0,56
	Minimum Aktif	22	48,18±9,07		
Canlılık	İnaktif	100	46,60±12,45	-0,24	0,81
	Minimum Aktif	22	47,27±7,36		
Duyusal Rol	İnaktif	100	37,00±40,45	-2,60	0,01*
	Minimum Aktif	22	62,12±44,00		
Sosyal Fonksiyon	İnaktif	100	144,75±32,04	-3,00	0,003*
	Minimum Aktif	22	167,05±29,26		
Mental Sağlık	İnaktif	100	55,00±10,73	0,40	0,69
	Minimum Aktif	22	54,00±9,62		

P<0,05

Tablo 5 incelendiğinde, fiziksel fonksiyon (p=0,000*), fiziksel rol (p=0,01*), beden ağrısı (0,000*), duygusal rol (p=0,01*) ve sosyal fonksiyon (p=0,003*) boyutları arasında anlamlı farkın olduğu tespit edilmiştir (p>0,05). Genel sağlık (p=0,56), canlılık (p=0,81) ve mental sağlık (p=0,69) boyutları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (p<0,05). Bu farkın beden ağrısı boyutunda İnaktif seçeneği lehine olduğu, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, duygusal rol ve sosyal fonksiyon boyutlarında ise minimum aktif seçeneği lehine olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların cinsiyet değişkenine göre yaşam kalitesi alt boyutlarının karşılaştırılması.

Yaşam Kalitesi Boyutu	Cinsiyet	N	AO±SS	t	P
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	65	61,31±28,49	1,68	0,10
	Erkek	57	69,56±25,38		
Fiziksel Rol	Kadın	65	36,15±42,17	0,67	0,50
	Erkek	57	41,23±41,05		
Beden Ağrısı	Kadın	65	46,77±24,12	-1,46	0,15
	Erkek	57	40,53±22,95		
Genel Sağlık	Kadın	65	47,38±9,65	-0,36	0,72
	Erkek	57	46,75±9,61		
Canlılık	Kadın	65	47,69±12,87	-0,98	0,33
	Erkek	57	45,61±10,14		
Duyusal Rol	Kadın	65	39,49±41,20	0,57	0,57
	Erkek	57	43,86±43,26		
Sosyal Fonksiyon	Kadın	65	145,00±30,04	1,37	
	Erkek	57	153,07±35,06		
Mental Sağlık	Kadın	65	56,18±11,65	-1,54	0,13
	Erkek	57	53,26±8,89		

p<0,05

Tablo 6. incelendiğinde cinsiyet değişkeni ile boyutlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Yapılan bu çalışmada kendi evinde ve huzurevi / bakım evinde yaşayan yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçlara bakıldığında incelendiğinde, kendi evinde yaşayan yaşlıların huzur/bakım evinde yaşayan yaşlılara oranla daha aktif olduğu görülmektedir. Bu durum kendi evinde yaşayanların bu boyutlar çerçevesinde daha iyi imkânlarla sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Kendi evinde yaşayan yaşlıların cinsiyet dağılımlarına bakıldığında kadın katılımcıların daha fazla olduğu fakat erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Huzur/bakım evinde yaşayanlara baktığımızda yine kadın katılımcıların daha fazla olduğu fakat erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Fiziksel fonksiyon, beden ağrısı ve mental sağlık durumlarında anlamlı bir fark görülmezken fiziksel rol, genel sağlık ve duygusal rolde kendi evinde yaşayan yaşlılar lehinde, canlılık ve sosyal fonksiyon durumlarında da huzur/bakım evinde yaşayan yaşlılar lehine anlamlı fark bulunmuştur. Yine bu sonuçlara bakıldığının da durumun kendi evinde yaşayan ve huzurevi/bakımevinde yaşayan yaşlıların birbirlerine göre avantajlı yaşam şartlarında sahip olmalarından kaynaklanabilir.

Fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, beden ağrısı, duygusal rol ve sosyal fonksiyon boyutları arasında anlamlı farkın olduğu tespit edilmiştir. Genel sağlık, canlılık ve mental sağlık boyutları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu farkın beden ağrısı boyutunda İnaktif seçeneği lehine olduğu, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, duygusal rol ve sosyal fonksiyon boyutlarında ise minimum aktif seçeneği lehine olduğu görülmektedir.

Yine sonuçlar incelendiğinde genel olarak cinsiyet değişkeni ile boyutlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Literatür incelendiğinde yapılan bu çalışma ile benzerlikler gösteren çalışmaların olduğu görülmektedir. Örneğin; Batkın ve Sümer (2010)'da yaptığı çalışmada, evde ve huzur evinde yaşayan yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmış, araştırmaya evde ve huzur evinde yaşayan 94 yaşlı birey katılmıştır.

Evde ve huzur evinde yaşayan yaşlılarda genel sağlık ve genel yaşam kalitesi ve alanlarla alakalı yaşam kalitesi puan ortalamaları değerlendirildiğinde gruplar arası anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu çalışma ile paralellik göstermemektedir.

Erel ve Uygur (2010)'da yaptığı çalışmada huzur evinde ve toplumda yaşayan yaşlı kişilerin fiziksel performans ve yaşam kaliteleri karşılaştırılmış, çalışmaya 70 yaş ve üzeri 120 yaşlı birey katılmıştır. Çalışmanın sonucunda, bireylerin yaşam kalitelerinin ve fiziksel performanslarının yaşadıkları ortam bakımından farklılık göstermediği bulunmuştur. Erel ve Uygur (2010)'un yaptığı çalışma bu çalışma ile paralellik göstermemektedir.

Acree ve ark. (2006)'da yaptıkları çalışmada, yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ile fiziksel aktivitenin ilişkisini incelemiş, çalışmaya 112 kişi dahil olmuş ve yaşam kalitesinin sekiz boyutunda ve fiziksel aktivite düzeylerinde anlamlı bir fark bulamamışlardır. Sonuçlar bu çalışma ile paralellik göstermemektedir.

Koçak ve Özkan (2010)'da yaptıkları Yaşlılarda yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite seviyesi adlı çalışmaya 54 yaşlı birey katılmıştır. Erkekler ile kadınlar arasında fiziksel aktivite seviyesi bağlamında anlamlı bir fark bulamamalarına rağmen erkeklerin orta, kadınların ise düşük fiziksel aktivite seviyesinde olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca fiziksel aktivite düzeyi toplam skorun yaşam kalitesi ölçeklerinden canlılık ve genel sağlık skorları ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Sonuçlar bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Araştırmanın birinci alt problemi “Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların ikamet durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Çalışma sonunda, kendi evinde ve huzur evinde yaşayan yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu fark bazı boyutlarda kendi evinde yaşayanların lehine, bazı boyutlarda ise huzurevi / bakımevinde yaşayanların lehine şeklindedir. Bu durumda huzurevi / bakımevi ve kendi evinde yaşayanların farklı farklı imkanlara sahip olduğundan kaynaklanıyor olabilir. Literatüre bakıldığında Mintaze ve arkadaşlarının (2001) yapmış olduğu çalışmada 50 kadın ve 50 erkek, toplam 100 kişi katılmıştır. Çalışma sonunda kendi

evinde yaşayan bireylerin daha aktif olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar yapılan bu araştırma ile kısmen paralellik göstermektedir.

Araştırmanın ikinci alt problemi “Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların cinsiyet durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Çalışma sonucunda, kendi evinde ve huzur evinde yaşayan yaşlıların cinsiyet durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı farkın olduğu, erkeklerin kadınlara göre daha aktif olduğu saptanmıştır. Buna göre literatüre bakıldığında bu araştırma sonucu ile bir çok araştırma paralellik göstermektedir (Soyuer ve ark., 2012; Baş A., 2003; Savcı ve ark., 2006; Genç ve ark., 2011; Deniz A. 2011).

Soyuer ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada 124 birey katılmıştır. Çalışmanın sonucunda erkeklerin kadınlardan daha aktif olduğu bulunmuştur.

Yine Baş (2003)’in yaptığı çalışmada 101’i kadın, 106’sı erkek 207 kişi katılmıştır. Çalışma sonucunda erkelerle kadınlar arasında anlamlı farklılıklar olduğu ve bu farkın erkeklerin lehine olduğu görülmüştür. Savcı ve arkadaşları (2006) yaptığı çalışmada 1097 kişi katılmıştır. Çalışma sonucunda erkeklerin kadınlardan daha aktif olduğu bulunmuştur.

Genç ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada 387 kadın, 323 erkek toplam 710 kişi katılmıştır. Deniz’ in (2011) yapmış olduğu çalışmada erkekler ile kadınların cinsiyet durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırılmış. Her iki çalışmada da erkeklerin kadınlardan daha aktif olduğu bulunmuştur.

Araştırmanın üçüncü alt problemi “Kendi evinde ve huzur/bakım evinde yaşayan yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasında fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında birçok boyut arasında anlamlı fark bulunmuştur. Literatüre bakıldığında Mintaze ve arkadaşlarının (2001) yapmış olduğu çalışmada 50 kadın, 50 erkek toplam 100 kişi katılmıştır. Çalışma sonucunda kendi evinde yaşayanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Özüdoğru (2013)'nun yapmış olduğu çalışmada 115 kadın, 163 erkek toplam 278 kişi katılmıştır. Çalışmanın sonucunda fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde yapılan bu çalışma ile paralellik gösterdiği görölmektedir.

Sonuç olarak cinsiyet değişkeninde görölen farklılıkların yanında ikamet ettiği yer değişkenine göre de boyutlar arasında farklılıklar olduğu görölmektedir. Bazı boyutlarda kendi evlerinde yaşayanların lehine anlamlı farkların olduğu, bazı boyutlarda ise huzur evi / bakım evinde yaşayanların lehine anlamlı farklılıkların olduğu görölmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda hem kendi evinde yaşayan hem de huzur evinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerini ve fiziksel aktivite düzeylerini arttırmak için eğitici, bilgilendirici programlar ve uygulamaların düzenlenmesi toplumsal açıdan önemli bir katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Abdel-Ghany, M. (1977). QualityOf Life From The Perspective Of The Elderly. Home Economics Research Journal, 6(1):38-48.
2. Acar Tek N. ve Pekcan, G. Besin Destekleri Kullanılmalı Mı? Şubat - 2008 Ankara [Http://Diyabet.Gov.Tr/Content/Files/Yayinlar/Kitaplar/Beslenme Bilgi Serisi_2/B15.Pdf](http://Diyabet.Gov.Tr/Content/Files/Yayinlar/Kitaplar/BeslenmeBilgiSerisi_2/B15.Pdf), 28.04.2017'te Alınmıştır.
3. Acet, M. (1999), “Yaşlılık İle Birlikte Organizmada Meydana Gelen Değişimler ve Yaşlılık Egzersiz İlişkisi”, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Haziran, 2, 301-314,
4. Acree, S.,Longfors, J., Fjeldstad, A. J., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., Montgomery, P. S., Gardner, A. W. (2006) Physical Activity Is Related To Quality Of Life In OlderAdults. Health And Quality Of Life Outcomes, 4, 34.
5. Afacan, E. (2001), “ Futbolcuların Profesyonellik Anlayışları Üzerine Sosyolojik Bir Çözümleme (Manisa Örneği)”, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı Isparta,
6. Ağırbaş Ö. (2013), Yoğun Egzersiz Stresi Oluşturulan Ratlarda Melatonin Ve Askorbik Asidin Kaslarda Oluşan DNA Hasarı Ve Oksidatif Stres Üzerine Etkileri”, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spor Sağlık Bilimleri Anabilim Dalı, Erzurum,
7. Altunsoy, K. (2014), “Aerobik Egzersiz ve Kombine Egzersiz Uygulamalarının Vücut Kompozisyonu ve Dinlenim Metabolik Hız Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı, Bolu.

8. Arıoğul, S.“Yaşlıda Osteoporoz Ve Tedavisi”, Klinik Gelişim, 38-40
Http://Www.Klinikgelisim.Org.Tr/Kg 25 3/8.Pdf S.38.Erişim24.011.2015’te
Alınmıştır.
9. Arslan, S. ve Gökçe-Kutsal, Y. (1999). Geriatriye Yaşam Kalitesinin
Değerlendirilmesi. Geriatri, 2(4):173-178.
10. Atakan, M.(2011) , “11-13 Yaşları Arasındaki Çocuklara Egzersiz Alışkanlığı
Kazandırma”, Yüksek Lisans Tezi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Öğretimi Anabilim Dalı, Burdur.
11. Aydanarış, A. S. (2008), “ Ankara İlinde Yaşayan 18 Yaş Üzerindeki
Bireylerin Fiziksel Aktivite Ve Egzersize Yaklaşımlarının Belirlenmesi”,
Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Tezi, Ankara
Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
12. Arslan, S. ve Gökçe-Kutsal, Y. (1999). Geriatriye Yaşam Kalitesinin
Değerlendirilmesi. Geriatri, 2(4):173-178.
13. Aydil, S. (2005), “Osteoporozda Egzersiz Programının Solunum
Fonksiyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi”, Uzmanlık Tezi, Sağlık
Bakanlığı İstanbul 70.Yıl Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Ve
Araştırma Hastanesi 2.Klinik, İstanbul.
14. Aydos, L.,Pepe, H., ve Karakuş, H. (2004), “Bazı Takım Ve Ferdi Sporlarda
Rölatif Kuvvet Değerlerinin Araştırılması”, Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim
Fakültesi, 5(2), 305-315.
15. Aylaz, R.,Güneş, G., ve Karaoğlu, L. (2005), “Huzurevinde Yaşayan
Yaşlıların Sosyal, Sağlık Durumları Ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin
Değerlendirilmesi”, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(3), 177-183.

16. Baş Aslan, U. (2003). Fiziksel Aktivite Düzeyinin Farklı Yöntemlerle Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ankara; Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
17. Batkın, D. ve Sümer, H. (2010) Evde ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 20(2)
18. Bauman, A.,Phongsavan, P., Schoeppe, S., Owen N. (2006) Physical Activity Measurement-A Primer For Health Promotion. Promot Educ.: 13, 2, 92- 103.
19. Baydur, H. (2010). İş Sağlığı Ve Yaşam Kalitesi. İzmir; 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitapçığı, 82-84.
20. Bayrak, M. (2011). Sporu Bırakmış Profesyonel Futbolcuların Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Samsun; Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı.
21. Bayrakçı, Y.V. (2008). Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
22. Beğer, T.,Ve Yavuzer, H. (2012), “Yaşlılık Ve Yaşlılık Epidemiyolojisi”, Klinik Gelişim, 25, 1-3.
23. Beslenme, (2016). Web: [Http://Www.Beslenme.Gen.Tr/Saglik/Sagligin_Tanimi.Html](http://www.beslenme.gen.tr/saglik/sagligin_tanimi.html) 12 Mayıs 2016’da Alınmıştır.
24. Biçer, B. Yüктаşır, B.,Yalçın, B.,H., Ve Kaya, F. (2009), “Yetişkin Bayanlarda 8 Haftalık Aerobik Dans Egzersizlerinin Bazı Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi”, Journal Of Physical Education And Sport Sciences, Atabesbd, 11 (3), 1-14.

25. Borglin, G.,Edberg, A.K. And Hallberg, I.R. (2005). The Experience Of Quality Of Life Among Older People. Journal Of Aging Studies, 19:201-220.
26. Bowling A. (1997) “Measuring Health: A ReviewOf QualityOf Life Measurement Scales”, II.En. Open Univesity Press, Philadelphia.
27. Bulut, S. (2013), “Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici; Fiziksel Aktivite”, Türk Hijyen Ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 70(4), 205-14.
28. Camkurt, M.,Z. (2014), “ Yaşlılık ve Yaşlıların Sosyal Güvenliği Kapsamında 65 Yaş Aylığı Bağlanması İşlemleri, Kamu-İş; 13(3), 71-106.
29. Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. (1996) “QualityOf Life Measures”, Br J Rheumatol35.
30. Cindaş, A. (2001),”Yaşlılarda Egzersiz Uygulamasının Genel İlkeler”, Geriatri, 4 (2), 77-84.
31. Çakmakçı S. (2013), “Farklı Branşlardaki Sporcularda Anaerobik Egzersizin Bazı Hormon Düzeylerine Etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı, Konya.
32. Çınar, H. (2011), “Sivas İl Merkezindeki İlköğretim Okullarında Görev Yapan Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Ders Dışı Egzersiz Çalışmalarında Karşılaştıkları Sorunların İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı.
33. Çiçek, G. (2010), “Sedanter Bayanların Dokuz Haftalık Koş -Yürü Ve Aerobik-Step Egzersizlerinin Fiziksel-Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması”, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı, Malatya.

34. Deniz, M. (2011). Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Bursa; Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı
35. Erdemli, A. (1996), İnsan, Spor Ve Olimpizm, Sarmal Yayınevi, İstanbul.
36. Erdoğan, B., Ve Tüzün, Ş. (2001), “Yaşlılarda Yürüme Kinematiki”, Geriatri4(1), 33-39.
37. Erel S, Uygur F. (2010) Toplumda Ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Fiziksel Performans Ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Fizyoter Rehabil. ;21(1):35-42.
38. Erzeybek, M.,S. (2012), “Yaşlılarda Farklı Egzersiz Yaklaşımlarının Yaşlanmayı Geciktirici Etkilerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi”, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı, İstanbul.
39. Fayers, P.M. And Machin, D. (2001). QualityOf Life. Assessment, Analysis And Interpretation. John Wiley&Sons, Ltd. New York.
40. Soyuer, F., Soyuer, A. (2008), “Yaşlılık Ve Fiziksel Aktivite”, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi”, 15 (3), 219-224.
41. Fiziksel Aktivite, Beslenme Ve Sağlıklı Yaşam, [Http://Diyabet.Gov.Tr/Content / Files / Yayınlar / Kitaplar / Obezite Bilgi Serisi/D5.Pdf](http://Diyabet.Gov.Tr/Content / Files / Yayınlar / Kitaplar / Obezite Bilgi Serisi/D5.Pdf), 25.11.2016’te Alınmıştır.
42. Doğu, G. (2006), “ Sporun Sosyal Ve Ekonomik Faydaları”, Sağlıklı Kentler Birliği Toplantısı, Eskişehir, 18-27 Nisan 2006.
43. Genç, A.,Şener, Ü., Karabacak, H., Üçok, K. (2011) Kadın Ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite Ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarını Araştırılması. Kocatepe Tıp Dergisi. 12: 145-150

44. Gökaya, N.,K.,O. (2015), “Yaşlılık Döneminde Egzersiz”,
45. [Http://Www.Turkgeriatri.Org](http://Www.Turkgeriatri.Org) Sorularınıza / Yanıtlar =Yaşlılık Döneminde Egzersiz # Content. 30.11.2016’te Alınmıştır.
46. Güler, S. (2011), “Yaşlılarda Yürüme Bozuklukları Ve Kognitif Yıkım Arasındaki İlişki”, Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi24, 331-339.
47. Gündüz, H. (2000), “Yaşlılarda Postür Ve Yürüme”, Geriatri3(4): 155-162.
48. Işıkhan, V. (2000). Yaşlıların Yaşam Kalitesi. Antropoloji Ve Yaşlılık, (Ed. Gönül Erkan Ve Vedat Isıkhan), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No: 6, Ankara.
49. İnal, S. (2003), Subaşı, F.,Mungan-Ay S., , Uzun, S., Alpkaya, U., Hayran, O., Ve Akarçay, V., “Yaşlıların Fiziksel Kapasitelerinin Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”, Geriatri, 6(3), 95-99.
50. Kalıncara, V. Ve Erarı, F. (2002). Yaşlıların Yaşam Tatmini Ve Refahı Üzerine Demografik Ve Sosyo-Ekonomik Durumun Etkileri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2(2):82-95.
51. Karaca, A.,Turnagöl, H.H. (2007). IPAQ Anketinin Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi, 18, (2), 68-84.
52. Karacan, S. (2004), Çolakoğlu, F.,F., Ve Erol, A.,E., “Obez Orta Yaş Bayanlar İle Menopoz Dönemindeki Bayanlarda Aerobik Egzersizin Bazı Fiziksel Uygunluk Değerlerine Etkisi” Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(1), 35-42.
53. Kayıhan, G. (2009), Ve Ersöz, G.,“Hipertansiyon Ve Egzersiz, Spormetre” Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi,VII (3), 93-101.

54. Keller SD, Bayliss MS, Ware JE, Hsu MA, Damiano AM, Goss TF. (1997) "ComparisonOf ResponsesToSF-36 HealthServRes32.
55. Kerem, M.,Meriç, A., Kırdı, N., &Cavlak, U. (2001). Ev Ortamında Ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi. Geriatri,4(3), 106-102.
56. Kırılmaz, B. (2010), "Yaşlılarda Kardiyovasküler İlaçların Etkileşimi Ve Yan Etkileri", Türk Geriatri Dergisi, Özel Sayı 2, 107-113.
57. Koçak, F.Ü.,Özkan, F. (2010) Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri Dergisi, 2, 46-54.
58. Koçyiğit, H.,Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., &Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'NınTürkçe Versiyonunun Güvenilirliği Ve Geçerliliği. İlaçVe Tedavi Dergisi, 12(2), 102-6.
59. Koruç, Z., Ve Bayar, P. (2004), "Egzersizin Depresyon Tedavisindeki Yeri Ve Etkileri", Spor Bilimleri Dergisi Hacettepe 1. Of SportSciences, 15(1), 49-64.
60. Kurpad, V.,A., Swaminathan, AndS., Bhat, S. (2004), "IAP National Task Force For Childhood Prevention Of Adult Disease: The Effect Of Childhood PA On Prevention Of Adult Disease", Indian Pediatrics, 41, January17, 37-62.
61. Kurt, S.,Hazar, S., İbiş, S., Albay, B., Ve Kurt, Y. (2010), "Orta Yaş Sedanter Kadınlarda Sekiz Haftalık Step-Aerobik Egzersizinin Bazı Fiziksel Uygunluk Parametrelerine Etkilerinin Değerlendirilmesi", Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7(1), 665-674.
62. Kutsal, Y.,G., Ve Bal, S., "Yaşlılık Ve Kadın Sağlığı", <Http://Www.Huksam.Hacettepe.Edu.Tr> Türkçe Sayfa Dosya Yaşlılık Ve Kadın Sağlığı.Pdf 01.05.2016'te Alınmıştır.

63. Küçük, V., Ve Koç, H. (2004), “Psiko-Sosyal Gelişim Süreci İçerisinde İnsan Ve Spor İlişkisi”, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,10,131-141.
64. Mcgregor, S.L.T. And Goldsmith, E.B. (1998). Expanding Our Understanding Of Quality Of Life, Standart Of Living, And Well-Being. Journal Of Family And Consumer Sciences, 90(2):2-6.
65. Müezzinoğlu T. (2005), Yaşam Kalitesi. Üronkoloji Bülteni.
66. Nilgün Bek, N., “Fiziksel Aktivite Ve Sağlığımız”, 2008 [Http://Diyabet.Gov.Tr/ Content Files Yayınlar Kitaplar Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi/E1.Pdf](http://Diyabet.Gov.Tr/ContentFiles/Yayınlar/Kitaplar/FizikselAktiviteBilgiSerisi/E1.Pdf), 10.05.2015’te Alınmıştır.
67. Nosikov, A.,Gudex, C., (Ed.) (2003). EUROHIS, Developing Common Instruments For Healty Surveys. Netherland: Published On Behalf Of The World Healty Organization Regional Office ForEUROPE ByIOS Pres.
68. Özdemir, O., “Yaşlılar İçin Egzersiz”, [Http://Www.Gebam.Hacettepe.Edu.Tr/Oneri/ Yaşlılar İçin Egzersiz. Pdf](http://Www.Gebam.Hacettepe.Edu.Tr/Oneri/YaşlılarİçinEgzersiz.Pdf), 24.05.2016’te Alınmıştır.
69. Özer, D. Ve Baltacı, G. (2008). İş Yerinde Fiziksel Aktivite, Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi. Ankara: Klasman Matbaacılık.
70. Özüdoğru E.(2013), Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Öğretimi Programı
71. Taşkiran Ö. Y., Ö.,Taş, N., Ve Meray, J. (2012), “Altmış Beş Yaş Ve Üzeri Kadınlarda İzokinetik Gövde Fleksör Ve Ekstansör Kas Kuvvetleri İle Osteoporoz İlişkisi”, Türk Fiz. Tıp. Rehap. Dergisi, 58(4), 272-276.

72. Parmaksız, H. (2007). Obezlerde Fiziksel Aktivite Seviyesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir; Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı.
73. Pehlivan, S., Ve Karadakovan , A. (2013), “Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler Ve Hemşirelik Tanılaması”, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (3), 385-395.
74. Rowland, P. W.,Freedson, P. (1994). Physical Activity, Fitness And Health İn Children: A Close Look. Pediatrics, 93, (4), 669-672.
75. Sağlık Müdürlüğü, Obezite Birimi, Tokat (2016). Web:Http://Tokatbeslenme.Blogspot.Com 20/11/2010 Duzenli-Fiziksel-Aktivite-Ve-Sagligimiz.Html 16 Mayıs 2016’da Alınmıştır.
76. Savcı, S.,Öztürk, M., Arıkan, H., İnal, İ. D., Tokgözoğlu, L. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Türk Kardiyol Dern. Arş., 34, 166-172.
77. Seed, P. AndLloyd, G. (1997). QualityOf Life. Jessica Kingsley Publishers Ltd. London.
78. Soyuer, F.,Şenol, V., Ve Elmalı, F. (2012), “Huzurevinde Kalan 65 Yaş Ve Üstündeki Bireylerin, Fiziksel Aktivite, Denge Ve Mobilite Fonksiyonları” , Van Tıp Dergisi, 19 (3), 116-121.
79. Stephard, R.J. (1997). Aging, Physical Activity, AndHealth. Human Kinetics, Toronto.
80. Şahin Onat, Ş.,Ünsal Delialioğlu, S., Ve Özel,S. (2014), “Geriatrik Popülasyonda Dengenin Fonksiyonel Durum Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi”, Türk Fiz Tıp Rehab. Dergisi, 60, 147-154.

81. Tekeli, F., Güler, Ç., Vaizoglu, S., Algan, N., Ve Dündar, K. (2004). Yaşam Kalitesi Göstergeleri. Türkiye İçin Bir Veri Sistemi Önerisi. Türkiye Bilimler Akademisi Raporları. Sayı 6. TÜBİTAK Matbaası. Ankara.
82. Tekkanat, Ç. (2008). Öğretmenlik Bölümünde Okuyan Öğrencilerde Yaşam Kalitesi Ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sporda Psiko-Sosyal Alanlar Anabilim Dalı. 9.
83. Tessier, S., Vuillemin A., Bertrais, S., Boini, S., Bihan, E.L., Oppert, J.M., Hercberg, S., Guillemin, F., Briançon, S. (2007). Association Between Leisure-Time Physical Activity And Health-Related Quality Of Life Changes Over Time. Preventive Medicine, 44, 3, 202-208
84. Tiftik, S., Kayış, A., İnanır, İ., “Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler, Hastalıklar Ve Hemşirenin Rolü”, [Http://Www.Akadgeriatri.Org/Managete/Fu_Folder/2012-01/Html/2012-4-1-001-011.Htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-01/html/2012-4-1-001-011.htm) 10.05.2016’te Alınmıştır.
85. Tümerdem, Y., “Gerçek Yaş” (Editöre Mektup) (2006), Geriatri, 9 (3), 195-196,
86. Tüzün, H.E., Eker, L. (2003). Sağlık Değerlendirme Ölçütler Ve Yaşam Kalitesi. Sağlık Ve Toplum, 13: 2.
87. Vural, Ö. (2010). Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara; Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı.
88. Yaman, H. (2003), “Yaşlılarda Sporun Fizyolojik Fonksiyon Kaybına Etkisi”, Geriatri 6 (4), 142-146.
89. Yaşlı Sağlığı Modülleri, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Şubat, 2011 Ankara,

[Http://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar/Yaslisagligi.Pdf](http://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar/Yaslisagligi.Pdf),
27.04.2015'te Alınmıştır.

90. Yaşlı Ve Hasta Hizmetleri Sağlıklı Yaşlanma, Ankara, 2008
[Http://Www.Megep.Meb.Gov.Tr/Mte_Program_Modul/Moduller_Pdf/Sa%C4%9Flı%C4%B1kl%C4%B1%20Ya%C5%9Flanma.Pdf](http://Www.Megep.Meb.Gov.Tr/Mte_Program_Modul/Moduller_Pdf/Sa%C4%9Flı%C4%B1kl%C4%B1%20Ya%C5%9Flanma.Pdf), , 26.04.2016'te Alınmıştır.
91. Yıldırım B, Özkahraman, Ş., Ve Ersoy, S. (2012), “ Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler Ve Hemşirelik Bakımı”, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(2), 19-23.
92. Zorba, E., “Sporla Aktif Yaşam Ve Sağlığımız Kazandırdıkları”,
[Http://Www.Erdalzorba.Com/Resimler/Dosyalar/46](http://Www.Erdalzorba.Com/Resimler/Dosyalar/46) 03.11.2010 Sporla Aktif.Pdf 25.05.2015'te Alınmıştır.
93. Zorba, E., “Yaşam Boyu Spor Sağlıklı Yaşam Ve Egzersiz”,
[Http://Www.Erdalzorba.Com/Resimler/Dosyalar/27](http://Www.Erdalzorba.Com/Resimler/Dosyalar/27) 03.11.2010 Bölüm 1 Sağlıklı Yaşam Ve Egzersiz.Pdf25.09.2016'te Alınmıştır.
94. Zorba, E. (Ocak 2010). Yaşam Kalitesi Ve Fiziksel Aktivite. 10. Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi, Kongre Kitapçığı, 82-85.
95. Ware JE, Sherbourne CD. (1992), “The MOS 36-İtem Shor Form Healty Survey”, I.Conceptual Framework And İtem Selection, MedCare
96. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. (1993), “SF-36 Healty Survey: Manual And Interpretation Guide”, New England Medical Center, Boston, 54.
97. Yazıcıoğlu, Y.,Aydın, S.H. Ve Tezel, Z. (1996). El Sanatları Yardımı İle Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Artırılması Olanakları. Yaşlılık Ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Ankara. (S.52-55).

EKLER

Ek (1)

YÖNERGE: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır.

Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

SF-36 SAĞLIK TARAMASI

1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

(Birinin etrafına daire çizin)

Mükemmel.....	1
Çok iyi.....	2
İyi.....	3
Fena değil.....	4
Kötü.....	5

2. Geçen seneye karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

(Birinin etrafına daire çizin)

Bir yıl önceye göre çok daha iyi.....	1
Bir yıl önceye göre daha iyi.....	2
Hemen hemen aynı.....	3
Bir yıl önceye göre daha kötü.....	4
Bir yıl önceye göre çok daha kötü.....	5

. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

<u>FAALİYETLER</u>	Evet, Oldukça Kısıtlı- yor	Evet, Biraz Kısıtlı- yor	Hayır, Hiç Kısıtla- mıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler , örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler , örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c. Çarşı-pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	1	2	3
g. Bir kilometre'den fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüzmetre yürümek	1	2	3
ı. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak ya da giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş ya da diğer uğraşları yapmaktaki zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstmak zorunda kalmak.	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak	1	2

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığımız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu ?

(Birinin etrafına daire çizin)

- hiç.....1
biraz.....2
orta derecede.....3
epeyce.....4
çok fazla.....5

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

(Birinin etrafına daire çizin)

- hiç.....1
çok hafif.....2
hafif.....3
orta hafiflikte.....4
aşırı derecede.....5
çok aşırı derecede.....6

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

(Birinin etrafına daire çizin)

- hiç olmadı.....1
biraz.....2
orta derecede.....3
epey.....4
çokfazla.....5

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı-

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Epeyce	Arada Sırada	Çok Ender	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kıtı oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbirteyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6

1. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
------------------------	---	---	---	---	---	---

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığımız ya da duygusal problemlerinizi, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

(Birinin etrafına daire çizin)

Her zaman.....1
Çoğu zaman.....2
Bazen.....3
Çok ender.....4
Hiçbir zaman.....5

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ?

(her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	Kesinlikle Doğru	Çoğunluk -la Doğru	Bilmiyorum	Çok kere Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
b. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir	1	2	3	4	5

TURKEY

SF-36

Ek (2)

ULUSLAR ARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA FORM)

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz.Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır.Lütfen yaptığınız aktiviteleri düşünün;işte,evde,bir yerden bir yere giderken,boş zamanlarınızda yaptığınız spor,egzersiz veya eğlence aktiviteleri.

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün.Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder.Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma,kazma,aerobik,basketbol,futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

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 derece 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 kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız?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 yaptığımız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün,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 dahildir.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

Sorularımız sona ermiştir.Katılımınız için teşekkürler.....



Ek (3)

Kişisel Bilgi Formu

Yaş : Cinsiyet: Boy:Kilo:

1) Medeni durumunuz nedir?

a)Evlib)Bekar c)Dul(eşi ölmüş) d)Boşanmış

2)Eğitim durumunuz nedir?

a) Okuryazar değil

b) Okuryazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f)Yüksekokul-Fakülte

3) Nerede ikamet ediyorsunuz?

a)Kendi evim b) huzur evi /bakım evi

4)Kimle yaşıyorsunuz?(yalnız kendi evinde yaşayanlar cevaplayacaktır)

a)Yalnız b)Eşimle c)Çocuklarımla d)Arkadaşlarımla e)Diğer

5)Sigara içiyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

6)Yakın zamanda içerisinde (son 6 ay) herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?

a)Evet b)Hayır

7)Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?

a)Evet b)Hayır

8) Cevabınız evet ise hangisi?

a)Bağ- Kur b)SSK c)Yeşil Kart d)Emekli Sandığı e)Diğer

9)Kurumda kalma süreniz ne kadardır?

a)1 yıldan az b)1-3 yıl c)4-6 yıl d)7-9 yıl e)10 yıldan fazla

10)Kurumda kalma nedeniniz nedir?

a)Kendi bakımımı tek başıma yapamadığım için

b)Hiç kimsem olmadığı için

c)Ailem tarafından kabul edilmediğim için

d)Aileme yük olmak istemediğim için

11)Kendi yaşınızı nasıl algılıyorsunuz?

a)Çok yaşlı b)Yaşlı c) Orta yaşlı d)Genç

12)Yaşlılığı nasıl bir durum olarak değerlendiriyorsunuz?

a)Kendimi yaşlı bulmuyorum

b)Kötü bir durum olarak

c)İşe yaramazlık olarak

d)Rahatsızlık olarak

13)Bulduğunuz kurumda vaktinizi nasıl geçiriyorsunuz?

a)Kurum içinde sohbet ederek

b)TV izleyerek

c)Dinlenerek

d)Gezerek

e)Sosyal uğraşı ve el işleriyle

14)Sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

a)İyi b)Orta c)Kötü

15)Sağlığınız fiziksel hareketlerinizi kısıtlıyor mu?

a)Evet b)Hayır

16)Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

a)Var b)Yok

17)Kronik hastalığınız var ise söz konusu rahatsızlığınız nedir?

a)Kalp hastalığı

b)Hipertansiyon

c)Diyabetes mellitus

d)KOAH

e)Mide bağırsak problemleri

f)Eklem şikayetleri

17)Sürekli olarak kullandığınız ilaç var mı?

a)Evet b)Hayır

18)Sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var ise hangisidir?

a)Antihipertansif

b)Kalp ilacı

c)Mide ilacı

d)Antidiyabetik

e)Analjezik

f)Antiromatizmal

g)Bronkodilatatörler

h)Psikiyatrik ilaçlar

19)Kaç çocuğunuz var?

20)Çocuğunuz var ise görüşme sıklığınız nedir?

a)Sık görüşüyorum

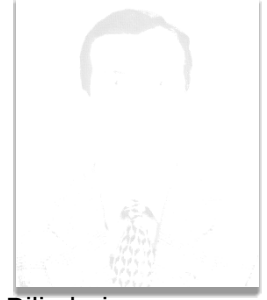
b)Seyrek görüşüyorum

c)Görüşmüyorum

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Yunus GÖZ
Doğum Yeri ve Tarihi : Şanlıurfa / 1987
Medeni Hali : Evli, 1 Çocuk Sahibi
İletişim Bilgileri : yunus.goz@hotmail.com
05444777356 (GSM)



EĞİTİM

2002-2004 : Özel Birikim Lisesi
2010-2014 : Süleyman Demirel Üniversitesi / Spor Bilimleri

İŞ DENEYİMİ

2014-2015 : Süleyman Demirel Üniversitesi - Öğretmen
2016-Halen : Türk Hava Yolları A.O. /Şanlıurfa Havaalanı – Satış
Müdürü

YABANCI DİL

İngilizce : YDS: 47

YAYINLARI
