

**T.C.  
MUĞLA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
REKREASYON ANABİLİM DALI**

**“EV HANIMLARINDA FİZİKSEL KAPASİTE VE YAŞAM  
KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ”**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN  
BAHAR ATEŞ**

**DANIŞMAN  
YRD. DOÇ. DR. ÖZCAN SAYGIN**

**HAZİRAN, 2009  
MUĞLA**

T.C.  
MUĞLA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
REKREASYON ANABİLİM DALI

EV HANIMLARINDA FİZİKSEL KAPASİTE VE YAŞAM KALİTELERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ



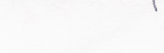
BAHAR ATEŞ

Sosyal Bilimleri Enstitüsünde  
“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 22.07.2009

Tezin Sözlü Savunma Tarihi: 22.06.2009

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Özcan SAYGIN   
Jüri Üyesi : Prof. Dr. Erdal ZORBA   
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Sümmani EKİCİ   
Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Nurgün OKTİK

HAZİRAN, 2009  
MUĞLA

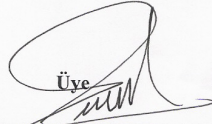
## TUTANAK


Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 27/05/2008 tarih ve 462/08 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 25/4 maddesine göre, **Rekreasyon** Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi **Bahar ATEŞ**'in "Ev Hanımlarında Fiziksel Kapasite Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" adlı tezini incelemiş ve aday 22/11/2008 tarihinde saat 09:00 jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 50 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin kabul..... olduğuna oybirliği..... ile karar verildi.

  
Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Özcan SAYGIN

  
Üye  
Prof. Dr. Erdal ZORBA

Üye  
Yrd. Doç. Dr. Sümmani EKİCİ  


## **YEMİN**

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Ev Hanımlarında Fiziksel Kapasite Ve Yaşam Kalitelerinin Deđerlendirilmesi**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı dűşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gűsterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

**22/06/2009**

**BAHAR ATEŞ**

<b>YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ TEZ VERİ GİRİŞ FORMU</b>		
<b>YAZARIN</b>	<b>MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.</b>	
<b>Soyadı:</b> ATEŞ		
<b>Adı:</b> Bahar	<b>Kayıt No:</b>	
<b>TEZİN ADI</b>		
<b>Türkçe:</b> Ev Hanımlarında Fiziksel Kapasite Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi		
<b>Y. Dil:</b> Evaluation Of The Physical Capacity And The Quality Of Life Of The Housewives		
<b>TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans</b>	<b>Doktora</b>	<b>Sanatta Yeterlilik</b>
( X )	( )	( )
<b>TEZİN KABUL EDİLDİĞİ</b>		
<b>Üniversite:</b> Muğla Üniversitesi		
<b>Fakülte:</b> Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu		
<b>Enstitü:</b> Sosyal Bilimler Enstitüsü		
<b>Diğer Kuruluşlar:</b>		
<b>Tarih:</b>		
<b>TEZ YAYINLANMIŞSA</b>		
<b>Yayınlayan:</b>		
<b>Basım Yeri:</b>		
<b>Basım Tarihi:</b>		
<b>ISBN:</b>		

<b>TEZ YÖNETİCİSİNİN</b>	
<b>Soyadı, Adı:</b> SAYGIN, Özcan	
<b>Ünvanı:</b> Yrd. Doç. Dr.	
<b>TEZİN YAZILDIĞI DİL:</b> Türkçe	<b>TEZİN SAYFA SAYISI:</b> 74
<b>TEZİN KONUSU (KONULARI) :</b>	
1. Fiziksel Kapasite	
2. Yaşam Kalitesi	
<b>TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER:</b>	
1. Fiziksel Kapasite	
2. Yaşam Kalitesi	
3. Ev Hanımı	
4. Whool-Bref	
<b>İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMER:</b>	
1. Physical Capacity	
2. Quality Of Life	
3. Housewife	
4. Whool-Bref	
<b>1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum</b>	( )
<b>2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir</b>	( X )
<b>3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir</b>	( )
<b>Yazarın İmzası:</b>	<b>Tarih:</b> 22/06/2009

## ÖZET

### EV HANIMLARINDA FİZİKSEL KAPASİTE VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma; Ankara Büyükşehir Belediyesi Demetevler Hanımlar Lokali'ndeki ev hanımlarının sosyodemografik özelliklerini, fonksiyonel kapasitelerini ve yaşam kalitesi sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmaya, genel sağlık durumu stabil 70 gönüllü kadın (yaş  $39,4 \pm 8,93$ , ağırlık  $68,89 \pm 8,93$ , uzunluk  $159,5 \pm 5,84$ ) dahil edilmiştir. Olguların yaşam kaliteleri, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş WHOQOL-BREF ölçeğinin 27 soruluk Türkçe versiyonu kullanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca bayanların fiziksel kapasitelerini belirleyebilmek için, dinlenik kalp atım hızı, kan basıncı, esneklik, vücut yağ yüzdesi, aerobik - anaerobik kapasite, vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları ölçülmüştür. Sosyodemografik özellikler ve yaşam kalitesi puanlarının frekans, yüzde ve ortalama değerleri gösterilmiştir. Anketlerden elde edilen verilere göre ise fiziksel kapasite değişkenleri ve yaşam kalitesi alanları arasındaki ilişkinin incelenmesi için basit korelasyon ( $p < 0,05$ ) analizi uygulanmıştır.

Çalışmanın sonunda, kadınların fiziksel ve psikolojik alan puanları eğitim durumuna göre, sosyal alan puanları ise yaşa bağlı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermiştir ( $p < 0,05$ ). Değişkenler arasındaki korelasyon ilişkilerine göre ise, fiziksel alan toplamı ve ruhsal alan toplamı ile vücut yağ yüzdesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ( $p < 0,05$ ). Ayrıca fiziksel alan ile diastolik kan basıncı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır ( $p < 0,05$ ).

Sonuç olarak; elde edilen bulgulara göre fiziksel kapasite ve yaşam kalitesi arasında, özellikle vücut yağ yüzdesi değerleri ile genel olarak olumlu bir ilişkiye rastlanılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ev Kadını, Yaşam Kalitesi, Fiziksel Kapasite, WHOQOL-BREF

## ABSTRACT

### EVALUATION OF THE PHYSICAL CAPACITY AND THE QUALITY OF LIFE OF THE HOUSEWIFES

This study was aimed to investigate the socio-demographic situations, functional capacities and quality of life of the housewives in Ankara Büyükşehir Belediyesi Demetevler Hanımlar Lokali. 70 women volunteers (age  $39,4 \pm 8,93$ , height  $68,89 \pm 8,93$ , weight  $159,5 \pm 5,84$  ) with stable general health were included into this study. Their quality of life was assessed by World Health Organization's Turkish version of WHOQOL-BREF scale. Also to understand the physical condition of the women, resting heart rate, blood pressure, flexibility, body fat percentage, aerobic – anaerobic capacity, body weight and body height were assessed. Frequency, percentage and average values of socio-demographic situations and quality of life scores are shown. As statistical analysis of data, were done by simple correlation analysis ( $p < 0,05$ ) for understand relation between physical capacity and quality of life areas.

At the end of the study, the correlation between physical and psychological areas and body fat percentage were found negative significant ( $p = 0,05$ ). Also the correlation between physical health and diastolic blood pressure were found significant ( $p < 0,05$ ).

According to the analysis, the general results of the present study indicated that there was a significant relationship between the physical capacity and quality of life areas, especially body fat percentage.

**Key Words:** Housewife, Quality of Life, Physical Capacity, WHOQOL-BREF



## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
TUTANAK .....	iii
YEMİN .....	iv
YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU DÖKÜMANTASYONMERKEZİ TEZ VERİ GİRİŞ FORMU .....	v
ÖZ .....	vii
ABSTRACT .....	viii
İÇİNDEKİLER .....	ix
TABLolar LİSTESİ .....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xiii
<b>KISIM</b>	
I GİRİŞ .....	1
1.1. Problem .....	3
1.2. Alt Problemler .....	3
1.3. Hipotez .....	4
1.4. Sınırlılıklar .....	4
1.5. Varsayımlar .....	4
1.6. Araştırmanın Amacı .....	5
1.7. Araştırmanın Önemi .....	5
II GENEL BİLGİLER .....	6
2.1. Fiziksel Kapasite .....	6
2.1.1. Fiziksel Uygunluğun Tanımlanması .....	6
2.1.2. Kadınlarda Fiziksel Kapasite .....	7
2.1.3. Kadınların Morfolojik Özellikleri .....	8

2.1.3.1. Vücut Yağ Yüzdesi .....	8
2.1.3.2. Kas Sistemi .....	10
2.1.3.3. Sinir Sistemi .....	10
2.1.3.4. Hormonal Sistem .....	10
2.1.3.5. Egzersiz ve Kan .....	11
2.1.3.6. Kalp ve Dolaşım Sistemleri .....	12
2.1.3.7. Solunum Sistemleri .....	13
2.1.3.8. Kadınlarda Isı Uyumu .....	13
2.2. Yaşam Kalitesi .....	14
2.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımlanması .....	14
2.3. Sağlık İçin Spor ve Egzersizin Yaşam Kalitesine Etkisi .....	17
2.3.1. Fiziksel Aktivitenin Faydaları .....	17
2.3.2. Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi .....	20
2.2.3. Kadın ve Spor .....	23
III METOT .....	26
3.1. Katılımcılar .....	26
3.2. Veri Toplama Aracı .....	27
3.2.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQL) .....	27
3.2.2. Araştırmada Uygulanan Ölçüm ve Yöntemler .....	29
3.2.2.1. Boy ve Vücut Ağırlığı .....	29
3.2.2.2. İstirahat Kalp Atım Sayısı ve Kan Basıncı .....	29
3.2.2.3. Aerobik Kapasitenin (Maks VO <sub>2</sub> ) Belirlenmesi.....	29
3.2.2.4. Vücut Kompozisyonu .....	30

3.2.2.5. Anaerobik Kapasitelerinin (Dikey Sıçrama) Belirlenmesi .....	30
3.2.2.6. Esneklik Ölçümü .....	31
3.3. Veri Toplama Yöntemi .....	31
3.4. İstatistiksel Analiz .....	31
IV BULGULAR .....	33
4.1. Çalışmaya Katılan Bayanların Sosyodemografik Özellikleri .....	33
4.2. Çalışmaya Katılan Bayanların Fiziksel Kapasite Değerleri .....	35
4.3. Çalışmaya Katılan Bayanların Yaşam Kalitesi Puan Değerleri .....	36
4.4. Çalışmaya Katılan Bayanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Değerleri .....	40
4.5. Yaşam Kalitesi Alanları ile Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasındaki Basit Korelasyon Bulguları .....	45
4.5.1. Fiziksel Alan Toplam Puanı ve Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasındaki Basit Korelasyon Analizi .....	46
4.5.2. Psikolojik Alan Toplam Puanı ve Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasındaki Basit Korelasyon Analizi .....	47
4.5.3. Sosyal Alan Toplam Puanı ve Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasındaki Basit Korelasyon Analizi .....	48
4.5.4. Çevresel Alan Toplam Puanı ve Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasındaki Basit Korelasyon Analizi .....	49
V TARTIŞMA ve SONUÇ .....	50
KAYNAKÇA .....	58
EKLER .....	67
1 WHOQOL-BREF ANKETİ .....	68

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo No</b>	<b>Tablo Adı</b>	<b>Sayfa No</b>
1.	Çalışmaya katılan bayanların yaş, boy, vücut ağırlık bulguları .....	34
2.	Çalışmaya katılan bayanların medeni durum bulguları .....	34
3.	Çalışmaya katılan bayanların eğitim durum bulguları .....	35
4.	Çalışmaya katılan bayanların fiziksel kapasite değişkenlerinin bulguları .....	35
5.	Çalışmaya katılan bayanların yaşam kalitesi puan bulguları .....	36
6.	Çalışmaya katılan bayanların whoql-bref ölçeği ile değerlendiren ve puanlamaya katılmayan sorulara verdikleri yanıtların dağılım bulguları .....	38
7.	Çalışmaya katılan bayanların yaşlarına göre yaşam kalitesi puanlarının bulguları .....	41
8.	Çalışmaya katılan bayanların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarının bulguları .....	42
9.	Çalışmaya katılan bayanların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarının bulguları .....	44
10.	Yaşam kalitesi alanları ve fiziksel kapasite değişkenleri arasındaki basit korelasyon bulguları .....	45
11.	Katılımcıların fiziksel alan ve fiziksel kapasiteleri arasındaki basit korelasyon bulguları .....	46
12.	Psikolojik alan puan toplamı ve fiziksel kapasite değişkenleri arasında basit korelasyon bulguları .....	47
13.	Sosyal alan puan toplamı ve fiziksel kapasite değişkenleri arasında basit korelasyon bulguları .....	48
14.	Çevresel alan puan toplamı ve fiziksel kapasite değişkenleri arasında basit korelasyon bulguları .....	49

**ŞEKİLLER LİSTESİ**

<b>Şekil No</b>	<b>Şekil Adı</b>	<b>Sayfa No</b>
1.	WHOQOL-BREF alt alan puanlarının analiz bulguları .....	37
2.	Araştırmaya katılan bayanların genel yaşam kalitesi frekans analizi bulguları .....	39
3.	Araştırmaya katılan bayanların genel sağlık algısı frekans analizi bulguları .....	39
4.	Araştırmaya Katılan Bayanların Yaşamında kendisine yakın hissettiği kişilerle yaşadığı zorlukların derecesi frekans analizi bulguları .....	40

## I. GİRİŞ

Gelişen sanayileşme ve modern yaşam tarzı bedensel hareketliliği azaltmakta ve bu durumda hemen her yaş gurubundaki bireyleri olumsuz yönde etkilemekle birlikte beraberinde ciddi sağlık problemleri getirmektedir. Özellikle orta yaş ve üzeri dönemlerde yüksek tansiyon, kalp rahatsızlıkları, obezite, kassal zayıflık ve iskelet dokusunda problemlere bağlı postürel bozukluklar, kroner arter risk faktörleri ve diabet gibi birçok sağlık problemi yaygın olarak görülmektedir (Peker, Cicioğlu, Buruk, 2000).

Yargıcı (2007), sağlığın beş unsurdan oluştuğunu belirtmiştir.

Bunlar;

1. Fiziksel sağlık: Fiziksel ve fizyolojik sorunların olmayışı.
2. Sosyal sağlık: Daha doyum verici kişiler arası ilişkiler için diğer insanlar ve çevre ile iyi ilişkiler kurabilme yeteneği.
3. Zihinsel (mental) sağlık: Öğrenme ve entelektüel açıdan gelişme yeteneği.
4. Duygusal (emosyonel) sağlık: Duyguları kontrol edebilme ve böylece onları rahat ve uygun ifade edebilme yeteneği.
5. Ruhsal (spiritüel) sağlık: Kişiden kişiye değişebilen bir inanç sistemine sahip olma.

Bu nedenle, bütünüyle sağlıklı olmanın fiziksel, sosyal, zihinsel, duygusal ve ruhsal bütünlük ile olası olduğu söylenebilir (Yargıcı, 2007).

Egzersiz bireyde hem akut hem de kronik birtakım değişiklikler meydana getirmektedir (Çolakoğlu, Hazar, 2004). Düzeni egzersizin kişinin fiziksel ve fonksiyonel kapasite üzerine yapmış olduğu olumlu etkinin yanı sıra (Cicioğlu, Sökmen, Onay, 2005), insan sağlığı üzerindeki olumlu etkisi kadınların da spora olan ilgisini arttırmıştır. Son yıllarda aktif spor yapan kadınların sayısındaki yükselme onlar için düzenlenen yarışmaları da arttırmıştır. 19.y.y.'nin başlangıcından itibaren kadının sportif hayatta yer aldığı görülmektedir. Bu durum günümüzde ülkelerin gelişmişlik ve kültürel düzeyleriyle ilgili olarak gelişme göstermektedir. Spor artık

erkekler arasında yaygın olduğu kadar kadınlarda da yaygın olarak gör÷lmektedir (<http://sbe.dpu.edu.tr/9/239.pdf>).

Spora y÷nelen bireylerin amacı, eğlenmek, dinlenmek ve hoşça vakit geçirmekten, sağlığı korumaya, güçlü olmaya, sosyal bir çevre edinmeye ya da para kazanmaya kadar geniş bir yelpaze içinde değişmektedir. Sağlıklı yaşam için beslenme ve sporun önemi bilinmektedir. Düzenli yapılan spor, kas gücünü, esnekliğini ve dayanıklılığını artırır. Ayrıca kardiyovasküler uyum sağlaması, şişmanlıkla ilişkili ortaya çıkan hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik obstruktif akciğer hastalığı, osteoartrit, koroner kalp hastalığı gibi kronik hastalıkların riskini azaltması ve kemik yapısını kuvvetlendirmesi nedeniyle önemlidir. Egzersiz, kişinin kendini sağlıklı hissetmesini ve fonksiyonel kapasitesini artırıp kronik hastalık risklerini azaltarak sağlıkla ilgili birçok yararı beraberinde getirmektedir (Ceviz, 2008).

Her ne kadar her geçen gün azalsa da Türk toplumunda, özellikle ilerleyen yaşlarda bayanlar erkeklere oranla daha hareketsizdirler (Çolakoğlu, Hazar, 2004).

Fiziksel fonksiyonları ve yaşam kalitesini korumak için kas kuvvetinin, motor koordinasyonun ve esnekliğin fonksiyonel performansa katkısını anlamak oldukça önemlidir. Genel olarak bu ilişki yeterince anlaşılmamıştır. İnsanlarda değişik fiziksel uygunluk bileşenlerinin değiştirilebileceği bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır (Günay ve ark., 2008). Gerontoloji ve spor bilimi alanında yapılan araştırmalarda; düzenli fiziksel aktivitelere katılmış, aktif yaşam süren kişilerde yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerin geciktirildiği ya da daha az şiddette gör÷ldüğü bildirilmektedir (İnal, 2003).

Bir kişinin yaşamının tümüyle iyiye gittiğine ilişkin hissettiği, subjektif duygu olarak da ele alınabilen yaşam kalitesinin evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımlaması bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi, yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanabileceği gibi bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimidir diye de tanımlanabilir. Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve

dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları vardır (Arslantaş, Metintaş, Ünal, Kalyoncu, 2006).

Yaşam beklentisinin giderek artması, yaşanan sağlıklı yılların süre ve kalitesinin nasıl artırılabilceği sorusunu gündeme getirmiştir. Bu konuda özellikle gelişmiş ülkeler adımlar atmakta ve sağlıklı yaşlanmanın sağlanması için politikalar geliştirmektedir. Sağlıklı yaşlanma, sağlığın ve fiziksel, sosyal, ruhsal iyilik halinin; bağımsız yaşayabilme yetisinin; yaşam kalitesinin korunması ve daha iyi hale getirilmesi; ayrıca yaşam süreçleri arasında başarılı geçişlerin sağlanması için imkanların ömür boyu optimize edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Yaşam biçimi, geniş toplum kesimlerini etkilemesi ve değiştirilmesi mümkün unsurlardan oluşması nedeniyle sağlıklı yaşlanma hedeflerine ulaşmada önemli rol oynamaktadır. Bu unsurların arasında beslenme, fizik aktivite, sigara ve alkol kullanımı, güneşlenme alışkanlığı, sosyal aktivitelere katılım, düzenli uyku alışkanlığı sayılabilir. Kötü sağlığın davranışsal belirleyicileri ile ilgili araştırmaların çoğu sigara kullanımı, kötü beslenme, fiziksel inaktivite, ve alkol kullanımı üzerinde yoğunlaşmıştır ki, dünya sağlık teşkilatı bu nedenlerin dünya kronik hastalık yükünün üçte birinden sorumlu olduğunu bildirmektedir (Aydın, 2006).

Bu bilgiler ışığında, çalışmamızın amacı, Ankara Büyükşehir Belediyesi Hanımlar Lokali'ne üye olan kadınların sosyodemografik özelliklerini, fonksiyonel kapasitelerini ve yaşam kalitelerini değerlendirilmiştir.

### **1.1. Problem**

Fiziksel kapasite değişkenleri ile yaşam kalitesi alt alanları arasında ilişki var mıdır?

### **1.2. Alt Problemler**

1. Medeni durum ile sosyal alan arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Eğitim durumu ile çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Esneklik değeri ile psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Aerobik kapasite ile fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Anaerobik kapasite ile fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?



6. Vücut yağ yüzdesi ile psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. Kan basıncı ile fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
8. Kalp atım hızı ile fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

### **1.3. Hipotez**

1. Medeni durum ile sosyal alan arasında anlamlı bir ilişki beklenilmektedir.
2. Eğitim durumu ile çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki beklenilmektedir.
3. Esneklik değeri ile psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki beklenilmektedir.
4. Aerobik kapasite ile fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki beklenilmektedir.
5. Anaerobik kapasite ile fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki beklenilmektedir.
6. Vücut yağ yüzdesi ile psikolojik alan arasında anlamlı bir ilişki beklenilmektedir.
7. Kan basıncı ile fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki beklenilmektedir.
8. Kalp atım hızı ile fiziksel alan arasında anlamlı bir ilişki beklenilmektedir.

### **1.4. Sınırlılıklar**

1. Bu araştırma sonuçları Ankara Büyükşehir Belediyesi Demetevler Hanımlar Lokali'ne üye olan 70 bayan ile sınırlıdır.
2. Bu araştırma sonuçları WHOQOL-BREF ölçeğinin ölçüm gücüyle sınırlıdır.
3. Bu araştırmanın sonuçları fiziksel kapasite ölçümleri ile sınırlıdır.

### **1.5. Varsayımlar**

Çalışmaya katılan bayanlar WHOQOL-BREF ölçeğini gerekli zamanı ayırarak hiçbir etki altında kalmadan, samimi bir şekilde cevaplamışlardır.

### **1.6. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı; Ankara Büyükşehir Belediyesi Demetevler Hanımlar Lokali spor bölümüne üye olan bayanların fiziksel kapasitelerini ve yaşam kalitelerini değerlendirmektir.

### 1.7. Araştırmanın Önemi

Egzersiz bireyde hem akut hem de kronik bir takım değişiklikler meydana getirdiği artık herkes tarafından bilinmektedir (Çolakoğlu, Hazar, 2004). Fiziksel durumu, postürü, aile ve toplum içindeki yeri etkilenmedikçe kişinin kendine güveni ve yaşam memnuniyeti, dolayısıyla yaşam kalitesi korunabilecektir. Bu fikirden hareketle, son yıllarda yapılan çalışmalarında, düzenli olarak yapılan fiziksel egzersizin, kişilerin yaşam memnuniyeti üzerine etkileri araştırılmaktadır. Bu çalışmalarda, yaşam memnuniyeti skorları ile onlara etki edeceği düşölen sosyodemografik özellikler, fonksiyonel kapasite, genel sağlık durum gibi kriterler arasındaki ilişkiler incelenmektedir. Sonuçta, düzenli egzersiz yapmanın kişilere ileri yaşlarda sağladığı yararlar belirlemekte ve erken yaşlardan başlayarak egzersiz yapmanın aktif olarak spor ile ilgilenmenin yaşam kalitesi açısından sağladığı olumlu gelişmeler vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, erken yaşlardan başlayarak sağlıklı yaşamının bir gereği olan doğru beslenme, egzersiz ve spor yapma konularında aydınlatıcı çalışmaların yapılmasında yarar vardır (İnal, 2003).

## II. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Fiziksel Kapasite

#### 2.1.1. Fiziksel Uygunluğun Tanımlanması

Teknolojinin gelişmesi fiziksel olarak yaptığımız birçok günlük işimizi araç gereçlerle yapmaya yönlendirerek bizi hareketsiz bir yaşama itmiştir. Her ne kadar insan bedeni hareket etmek ve zorlu fiziksel aktivitelere katılabilecek biçimde düzenlenmiş olsa da egzersiz, ortalama bir yaşam biçiminin günlük uğraşları arasında değildir. Fiziksel kapasite geliştikçe sağlıkla ilişkili riskler azalır ve yaşamdan beklentiler artar. Fiziksel uygunluk çalışmalarının yararları olduğu kadar zararları da vardır. Çok fazla egzersiz, kas ve iskelet yaralanmalarına, bağışıklık sistemini baskılamaya ve enfeksiyonlara karşı direnci azaltmaya, çok fazla ağırlık kaybı da hormonal problemlere ve mineral kaybına neden olmaktadır (Özer, 2001).

Fiziksel uygunluk, beklenmedik durumlara cevap vermek ve boş zaman aktivitelerini yapmak için yeterli enerjiyle aşırı yorgunluk olmadan günlük yaşam aktivitelerini yapmak için gereklidir. Aynı zamanda kişinin yorulmadan, uyanık ve istekli bir şekilde günlük işlerini yapabilme becerisidir. Kalp, solunum dayanıklılığı, kassal dayanıklılık, kas kuvveti, kas gücü, sürat, çeviklik, denge, reaksiyon zamanı ve beden kompozisyonunu içermektedir. Burke, fiziksel uygunluk öğelerini; kuvvet, aerobik güç, anaerobik güç, kas dayanıklılığı, hız, çeviklik, denge ve vücut kompozisyonu şeklinde sıralamıştır (Ceviz, 2008).

Fiziksel fonksiyonları ve yaşam kalitesini korumak için kas kuvvetinin, motor koordinasyonun ve esnekliğin fonksiyonel performansa katkısını anlamak oldukça önemlidir. Genel olarak bu ilişki yeterince anlaşılammıştır (Günay ve ark., 2008).

Daha önce açıklandığı gibi fiziksel uygunluk genel anlamda aşırı yorgunluk olmaksızın kişinin fiziksel, fizyolojik ve psikolojik olarak iyi hissetmesi ile birlikte günlük aktiviteleri başarma yeteneğidir (Kayıhan, 2007). Batılılardan tarafından kullanılan “Physical Fitness” karşılığı olarak ülkemizde “fiziksel uygunluk” ve “kondisyon” kelimeleri kullanılmaktadır (Zorba, 2001).

Fiziksel ve fizyolojik uygunluk, hareketlerin doğru olarak yapılmasını ve fiziksel dayanıklılıkla ilgili olarak vücudun mevcut kondisyon durumunu ifade eder. Bu tanıma göre fiziksel uygunluğu en yüksek olan kişi yorulmaksızın en uzun süre hareket edebilen kişidir (Zorba, 2001).

Yaş, cinsiyet, genetik, yaşam tarzı, egzersiz ve beslenme alışkanlığı fiziksel kapasiteyi etkileyen unsurlardır. Bu parametrelerden ilk 3'ü değişiklik göstermez fakat diğerler parametreler değiştirilebilir (Pangrazi ve ark., 2002).

Fiziksel ve fizyolojik uygunluk düzeylerine göre insanların ölüm oranlarını incelenmiş, fiziksel ve fizyolojik uygunluk düzeyi düşük olan kişilerin ölüm oranları yüksek, uygunluk düzeyi yüksek olanların ise düşük bulunmuştur (Yargıcı, 2007).

Fiziksel ve fizyolojik uygunluk, sağlıkla ilgili uygunluk ve beceri ile ilgili uygunluk olarak ayrılmaktadır (Ergun ve Baltacı, 1997);

#### 1. Sağlıkla ilgili uygunluk (Ergun ve Baltacı, 1997)

- a. Aerobik Dayanıklılık
- b. Vücut Kompozisyonu/Beslenme
- c. Kassal Uygunluk (Kassal kuvvet, kassal dayanıklılık, esneklik)

#### 2. Sporla ilgili uygunluk (Ergun ve Baltacı, 1997)

- a. Sağlıkla ilgili uygunluk komponentleri
- b. Patlayıcı kuvvet, güç, hız, çeviklik
- c. Koordinasyon, denge, reaksiyon zamanı
- d. Özel bir disiplinle ilişkili diğer yetenekler

### **2.1.2. Kadınlarda Fiziksel Kapasite**

Kız ve erkek çocukların fiziksel kapasiteleri 10 yaşına kadar eşittir. Kızlarda ergenlik daha erken başlar ve özellikle fiziksel gelişim daha hızlı seyredir (Günay, Tamer, Cicioğlu, 2006). Ergenlik döneminin başlamasıyla birlikte, gonad hormonlarının anabolizan etkisi ile boy uzamasında belirgin bir hızlanma görülür.

Ergenlik dönemi süresince beden ağırlığı kızlarda 16 kg artar. Kızlardaki bu ağırlık artışı daha çok yağ depolanmasından kaynaklanır. Ekstremitelerin deri altı yağ tabakası kalınlığı ergenlikte erkeklerde azalırken, kızlarda ise artmaya devam eder (İri, 2007).

Cinsiyete göre fiziksel gelişim üç döneme ayrılır (Önder, 2007).

**Birinci Dönem:** 7 - 9 yaşları arasındır. Bu dönemde kız ve erkek çocuklarının gelişme özelliği paralellik gösterir. Boy uzunluğu ve vücut ağırlıklarındaki artışa paralel olarak genişlik ölçüleri de artar.

**İkinci Dönem:** 10 - 13 yaşları arasındır. Kızlardaki fiziki gelişmenin erkeklere göre hızlı olduğu dönemdir. Boy uzunluğu ve genişlik ölçülerinde hızlı bir artış söz konusudur. Böylece 13 yaşına gelindiğinde kız ve erkek çocukları arasında belirgin farklılıklar ortaya çıkar. 13 yaşından itibaren kızlarda boy uzaması yaşanırken, erkeklerde ergenlik belirtileri görülmeye başlar.

**Üçüncü Dönem:** 14-18 yaşları arasını kapsar. Kızların yıllık büyüme oranlarının önemli ölçüde yavaşlamasına karşın, erkeklerde hızlandığı dönemdir. 14 yaş sonlarına doğru erkek çocuklar erişkin hareketleri büyük ölçüde kazanmış olurlar.

Bayanların özellikle iskelet sisteminde önemli farklılıklar vardır. Bayanların omurga uzunluğu erkeklerin yaklaşık %86'sı kadardır. Bu ağırlığın kalça ve uyluk civarında daha fazla yayılması, kadında nispeten alçak bir ağırlık merkezi sağlar (Önder, 2007).

### **2.1.3. Kadınların Morfolojik Özellikleri**

#### **2.1.3.1. Vücut Yağı Yüzdesi**

Vücut yağ oranı önemli bir fiziksel uygunluk parametresidir (Gökmen, 1995). Fazla vücut yağı, fazla kilo, şişmanlık demektir. Bu tür şişmanlık, diyabet, kronik damar hastalığı, fiziksel görünümünden dolayı psikolojik rahatsızlık, böbrek hastalığı, hipertansiyon, kalp krizi, karaciğer rahatsızlıkları, sırt ve ayak problemleri gibi birçok sağlık sorunlarına yol açar (Solak, 1995).

Deri altı yağ kalınlığı metodu ile yapılan ölçümler sonucu elde edilen değerler vücut yağ kalınlığının 7 yaşına kadar sabit kaldığı ve bundan sonra ergenliğe kadar kademeli olarak arttığını göstermektedir. Bayanlardaki kademeli artış yetişkinlik dönemine kadar sürerken, erkeklerdeki vücut yağ yüzdesi düşmektedir (Gökmen, 1995).

Kadınların sporda erkeklerden başarısız olması konusunda gösterilen nedenlerden biri de, vücut yağ oranıdır. Yağ aktif olmayan ve dezavantaj doğuran bir kitledir (Zorba, 2001).

Erkeklerde vücut yağ oranı, vücut ağırlığının %15 ile %17 arasında iken, bayanlarda vücut ağırlığının %25 oranındadır. Kadınlarda salgılanan östrojen hormonundan dolayı yağ oranını, kadınlarda daha yüksektir. Kadın ve erkeklerde vücudun %3-5'i kadar oranında esansiyel yağ vardır. Kadınlarda buna ek olarak, %5-8 oranında cinsiyete özel yağ mevcuttur (Zorba, 2004).

Egzersiz vücut yağ kitesini azaltır. Fakat bu azaltmanın derecesi egzersizin tipine, şiddetine ve sıklığına bağlıdır.(haftada 3 gün %60 şiddete ve 45 dk-1 saat arasında egzersiz). Vücutta yağ oranı arttıkça egzersize aktif olarak katılan yağsız vücut kitlesi olan kas azalır, vücut ağırlığının kilogram başına düşen aerobik kapasite azalır, dolayısıyla bir kg vücut kitesini hareket ettirmek için gerekli oksidatif enerji metabolizması düşer. Erkek ve kadın arasında hatta bireyler arasında dayanıklılık sporlarında performans farklılıkları kısmen de olsa vücut yağ oranının ve yağsız vücut kitesinin farklı oluşuna bağlıdır (Zorba, 2004).

Kısaca kadınlarda 11 yaşına kadar erkeklere oranla biraz daha ağır ve uzun boylu olabilir. Ancak erkeklerde puberteye kadar daha hızlı büyürler. Pubertede vücut kompozisyonu değişir. 12 yaşından sonra erkeklerde vücut yağı oranı düşer. Puberte öncesi vücut yağ oranı; kızlarda, %19 erkeklerde ise %15 daha az bulunmuştur. Puberteden sonra bu oran kadınlarda 523, erkeklerde ise %15 şeklindedir (<http://sbe.dpu.edu.tr/9/239.pdf>).

### 2.1.3.2. Kas Sistemi

Hareket sisteminin temelini iskelet ve kaslar oluşturur. Tüm sportif etkinlikler, kassal aktivite sayesinde gerçekleşir. İnsan vücudunda 217 çift kas vardır. Kaslar tüm vücut ağırlığının %40-45'ini oluşturur. Kadınlarda kas kitlesi aynı ölçülerdeki erkeğe nazaran %15-20 daha az orandadır. Kas tonusu ve kas kuvveti daha zayıftır. Kaslar daha kolay yorulur ve verimi düşüktür (Koç, 1997).

Kadınların kas sistemi özellikle üst ekstremiteler de hacim ve uzunluk bakımından erkeklere nazaran daha az gelişmiştir. Kadınların kas kitlesi aynı ölçüdeki erkeğe nazaran %15-20 daha az orandadır (Uslu, 2004). Kas kütlesi bayanlarda 16-20 erkeklerde ise 18-25 yaşları arasında düzenli egzersiz ve diyet uygulamaları ile en üst seviyeye ulaşabilir (Çilli, 1997). Kadınların kas kitlesinin azlından kaynaklanan ağırlık, vücut yağ oranındaki fazlalıkla telafi edilmektedir. Kadınlarda kas daha kolay yorulur, kas verimi daha düşüktür. Kas tendonları daha küçük, daha zayıf ve daha gevşektir (Akgün, 1992). Kadınlarda tendonların daha düşük, daha zayıf ve gevşek oluşu, kas tonusunun zayıf oluşu eklemlere daha fazla hareketlilik kazandırır. Yani esneklik ve eklemlerin hareketlilik açıları erkeklere oranla daha geniştir. Bu özellikler ışığı altında cimnastik branşında kadınların daha başarılı olduğu yapılan çalışmalarla ispatlanmıştır (<http://sbe.dpu.edu.tr/9/239.pdf>).

### 2.1.3.3. Sinir Sistemi

Kadınların motor ve nörovejatif sistemle ilgili reaksiyon zamanları daha süratlidir. Psşik durum; genellikle kadınlar erkeğe oranla daha heyecanlıdır. Bu heyecanlı olma yarışma sporlarına kadın için önemli bir dezavantajdır (Akgün, 1992).

### 2.1.3.4. Hormonal Sistem

Bayanlarda cinsel olgunlaşma ilk menstürasyonla başlar. Buna menarş denir. Cinsler arasında cinsiyet değişikliğine sebep, erkeklerde testosteron, bayanlarda östrojen hormonları daha fazla salgılanmasıdır. Testesteron hormonun salgısıyla kas gelişimi artış gösterirken östrojen hormonlarının salgısıyla daha yağ hücreleri gelişmektedir (Sevim, 2002). Yüksek enerji harcayan yüzücü ve koşucularda menarş,

sporcu olmayanlara oranla daha geç başlar. Sporcu olmayan kızlarda 10-12 yaşta menarş görülürken, sporcularda 13-14 yaşa kadar menarş görülmeyebilir. Menarş yaşı dünyanın değişik bölgelerinde de farklılık göstermektedir. Bu farklılık genetik ve beslenme alışkanlıklarına bağlı olduğu sanılmaktadır (Akgün, 1992).

Yüksek şiddetteki antrenmanlar adrenalenden androjen üretimi uyarırlar. Maksimal egzersizde androjen artışı olmasına karşın submaksimal egzersizde yoktur. Testesteron yanıt, egzersiz yoğunluğu süresi ve yapılan işle doğru orantılıdır. 30dk ağırlık çalışmasından sonra erkeklerde testesteron seviyesi artarken kadınlarda değişiklik olmadığı saptanmıştır (Akgün, 1992).

#### **2.1.3.4. Egzersiz ve Kan**

Kanın hacmi, miktarı ve içerisindeki şekilli elemanlarından özellikle hemoglobin(hb) ve alyuvarları aerobik performansta temel belirleyiciler bir niteliğe sahip olduğu bilinmektedir. Yetişkin erkeklerde eritrosit sayısı 5.2 kadınlarda 4.8 milyon/mm'dir. Total kan ve kan hücrelerinin birbirine oranına hemtokrit denir ki, erkekler için %42- 54, kadınlar için %38-46 normal sınırlandırır. Yetişkinlerde hb içinde aynı şekilde, erkeklerde kadınlara oranla yüksek değerler bulunur (<http://sbe.dpu.edu.tr/9/239.pdf>).

Oksijenin ihtiyaç olan vücut bölgelerine taşınmasında görevli olan hemoglobin kadınlarda erkeklere oranla daha düşüktür (Durusoy, 1985). Hemoglobinin 10 mm kandaki oranı kadınlarda 14gr kadardır. Erkeklerde ise bu oran 15-16 gr civarındadır. (Sevim,2002) Kadınlardaki ortalama hemoglobin kan konsantrasyonu erkeklerden yaklaşık %10 daha azdır. Bu nedenle kadınlar erkeklere oranla daha düşük aerobik kapasiteye sahiptir (Durusoy, 1985).

Kanın antrenmanla ilişkisine bakacak olursak, total kan volümü antrenmanda hafifçe artar. Bu artma daha ziyade plazma volümündeki artmaya bağlıdır. Total hücre volümü pek değişmez. Yapılan araştırmada 9 erkek 7 kız öğrencide; günde yarım saat, haftada 6 gün olmak üzere 2 aylık bir antrenman periyodundan önce ve sonra iyot 131 ile işaretlenmiş, serum albümün olarak tespit edilen plazma volümü değerlerinde antrenman sonunda plazma volümünün erkeklerde %11, kadınlarda



%7'e arttığı, total kan volümünde erkeklerde %10, kadınlarda %7,5 arttığını ve bu farklılıkların istatistiki yönden anlamlı bulunmuştur (<http://sbe.dpu.edu.tr/9/239.pdf>).

Total bilirubin, albumin, total protein, ürik asit, alkalen fozfataz kadında aşağı yukarı erkekte olduğu kadardır. Bununla beraber bir kolesterol kadında, puberteden sonra erkeğe oranla daha yüksektir. Kreatin fosfokinaz, inorganik fosfat, açlık kan şekeri, plazma testesteron, eritrosit, hematokrit, hemoglobin, serum demiri, idrar 17-ketosteroidi, idrar 17- hidroksi steroidi kadında daha düşüktür. Bazal metabolizma da keza kadında daha düşük bulunur. Gerek istirahatta gerekse egzersizde büyüme hormonu daha yüksek bulunmuştur. Aynı glisemi düzeyinde plazma insulini de gerekse egzersizde yüksektir. Adrenerjik aktivite erkeğe oranla daha düşüktür (Akgün, 1992).

### **2.1.3.5. Kalp ve Dolaşım Sistemleri**

Kalp atımı, kalbin bir dakikadaki atım sayısı olarak tanımlanır. Dolaşım sisteminin merkezi kalptir. Kadınlarda 250-280 gr. erkeklerde 280-300 gr. civarındadır (Tamer, 2000). Kalp oksijen taşıma sisteminde bir anahtar görevi yapar ve devamlı olarak vücut sistemine kan pompalar (Gökdemir, 1991). Egzersiz başladığı zaman kaslar daha fazla kana ihtiyaç duyar ve böylece kalp atımı daha hızlı bir şekilde ihtiyaca cevap vermeye çalışır (Altun, 1998).

Kadınlarda kalp hacmi erkeklere oranla daha küçük olduğu için kanın pompalanması da erkeğe oranla daha düşük seviyededir. İşte maksimal O<sub>2</sub> alım kapasitelerindeki kadın/erkek farklılığında bu yapısal nedenler etkilidir (Durusoy, 1985).

Kadınlardaki kas kitlesi erkeklere göre daha az olduğu için kalbin büyüklüğü, kan miktarı ve kanın hacmini belirleyen eritrosit yoğunluğu daha azdır. Damarlar kalbin yapısı, pompalama gücü ve kan hacminin miktarı ile orantılı olarak zayıf ve daha dardır (Sevim, 2002).

Kadınlarda kalp volümü gerek mutlak gerek nispi anlamda daha düşüktür (Akgün, 1992). İstirahat nabızı yaşla birlikte giderek azalır. Doğumda 130 kadar olan dakikadaki nabız, yetişkinlerde ortalama 70-80'e düşer. Bayanlarda istirahat kalp

atım sayısı genellikle erkeklerden 5-10 atım/dk daha yüksektir. Yavaş kalp atımlarının daha sağlıklı olduğu ve daha az O<sub>2</sub> kullanıldığı bir gerçektir (Çolakoğlu, 2003).

#### **2.1.3.6. Solunum Sistemleri**

Kana oksijen vermek ve kandaki karbondioksiti atmakla görevli olan solunum sistemi, ağızdan ve burundan başlayarak akciğerde sonlanır (Gökmen, 1995). Akciğerler kadında gerek mutlak gerekse nispi açıdan daha küçüktür. Solunum yollarının enine kesiti ve vital kapasite de erkeklere oranla daha küçüktür. İstirahat solunum frekansı ise yüksektir. Maksimal solunum dakika volümü, maksimal solunum kapasitesi, maksimal O<sub>2</sub> alımı ve kullanımı daha düşüktür (Gökmen, 1995). 18-30 yaşları arasındaki kadınlar için MaxVO<sub>2</sub> değeri yaklaşık olarak antrenmansız kadınlarda 40 ml.kg./dk. 30 ile 50 yaş arasındaki antrenmansız olan kadınlar için ise bu değer 25 ile 30 ml.kg./dk. (Zorba, 2001).

Maksimal oksijen tüketimi, kalıtıma, yaşa, cinsiyete ve hemoglobinin içeriğine bağlıdır. Normal sağlıklı bir kadının akciğer kapasitesi aynı yaş ve ölçülerdeki bir erkeğin akciğer kapasitesinden %10 daha düşüktür (<http://sbe.dpu.edu.tr/9/239.pdf>). Doğumdan itibaren MaxVO<sub>2</sub> artar, 12 yaşına kadar belirgin bir cinsiyet farkı yoktur. Fakat bu yaştan sonra erkek ve kadınlarda MaxVO<sub>2</sub> değeri cinsiyete bağlı olarak değişmektedir. Bayanların O<sub>2</sub> kullanma kapasiteleri erkeklerin ancak %70-75'ine ulaşabilmektedir. Bu durum bayanların akciğer ve kalp hacimlerinin küçük oluşuna bağlanılmıştır. Dolayısıyla vücut yapısına bağlı olarak, kadınların MaxVO<sub>2</sub> değerleri daha düşük olmaktadır (Akgün, 1994).

#### **2.1.3.7. Kadında Isı Uyumu**

Sıcak havada yapılan egzersizler, fiziksel aktiviteye olan vücut cevabını büyütür. Cildin sıcaklığı, terleme, kalp hızı ve sistolik kan basıncı artar. Bu cevaplar vücudun dengesinin sağlanmasını kolaylaştırır. Bu mekanizmaların işleminde kadın ve erkekler arasında bir fark olup olmadığı bilinmemektedir. Ancak kadınların erkeklerden daha az terledikleri bilinmektedir (Açıkada, Ergen, 1990).

## 2.2. Yaşam Kalitesi

### 2.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımlanması

Son yıllarda, özellikle gelişmiş toplumlardaki bilim ve yönetim çevrelerinin, üzerinde yoğunlaştıkları alan olarak, yaşam kalitesi kavramıyla sıkça karşılaşmaktayız. Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişme içerisinde olması ve çok yönlü özellik taşıması tanımlanmasını güçleştirmektedir (Gupta M. A., 1995).

Günlük yaşamdaki gözlemlerimiz, yaşam kalitesinin çeşitli boyutlarda değişiklik gösterdiğini, bir başka deyişle yaşamın kişilere ortamlara, toplumlara ve dönemlere göre farklılaştığını, daha az ya da daha çok kaliteli olduğunu ortaya koymaktadır (Akyol, 1993).

Yaşam kalitesi, duygusal, zihinsel sosyal, fiziksel ve davranışsal bileşenleri içeren çok boyutlu bir kavramdır (Janse, 2004).

Yaşam kalitesine ilişkin birçok yayın ve akademik çalışma olmasına karşın; kavramın günlük konuşmalarda ve çeşitli bilimlerde kesin tanımı yoktur. Çünkü, yaşam kalitesi subjektif bir kavramdır ve doğal olarak da tanımları farklı olacaktır. Farklı tanımlar; bir dereceye kadar çakışan, ancak mutlaka eş anlamlı olmayan; doyum, mutluluk, moral, pozitif etki-negatif etki dengesi, algı değerlendirme, sağlık, subjektif ve psikolojik esenlik gibi kavramları ifade ederler (Özpancar, 2005).

Yaşamın kalite ve kantite olmak üzere 2 boyutu vardır. Yaşamın kalitesi; yaşam süresini tanımlamakta ve beklenen yaşam süresi, mortalite oranları ve belirli nedenlerle bağlı ölüm olaylarının değerlendirilmesi ile ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi ise değişik göstergeler kullanmayı gerektirmektedir. Yaşam kalitesi estetik ve güzellik olarak algılabildiği gibi, yaşam memnuniyeti olarak da ele alınabilmektedir (Taşçı, 1998).

Yaşam kalitesine ilişkin farklı disiplinlerde yapılan çalışmalarda, kavram farklı olarak ele alınmıştır. Sonuçta bu farklı yaklaşımlar, kavramın farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur (Karamanoğlu, 1999; Pınar, 1995).

Yaşam kalitesinin en geniş tanımlarından biri Patrick ve Erikson tarafından yapılmıştır. Yazarlar ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlık persepsiyonu ile sosyal-kültürel dezavantajları içeren bir temel kavram tanımlamışlardır. Hoernquist ise yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda memnuniyet gereksinim derecesi olarak tanımlamıştır (Arslan, Kutsal, 1999).

Eski'ye (1999) göre, .Michigan Üniversitesi'nde Campbell tarafından yapılan yaşam kalitesi çalışmalarında, yaşam kalitesi boyutlarının fiziksel sağlığın dışında diğer özel durumlarla ilişkili olduğu belirtilmekte ve yaşam kalitesi boyutları şu şekilde gösterilmektedir.

#### *Fonksiyonel durum*

- Özbakım
- Hareket
- Fiziksel aktivite

#### *Rol aktiviteleri*

- İş (meslek)
- Evdeki rol

#### *Sosyal fonksiyon*

- Kişisel etkileşim
- Dostluk, arkadaşlık
- Toplumsal etkileşim

#### *Emosyonel durum*

- Anksiyete
- Stres
- Depresyon
- Kontrol kaybı
- İyilik hali

*Algılama*

*Uyku ve istirahat*

*Enerji ve canlılık*

*Sağlık algılamaları*

*Genel sağlık memnuniyeti*

DSÖ ise, yaşam kalitesini bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını, yaşamlarındaki değer sistemlerini, hedeflerini, standartlarını ve ilgilerini algılamaları olarak tanımlamaktadır. DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren 6 alan bulunmaktadır. Acaray'ın (2003) yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında ise, DSÖ'ye göre yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanların kapsadığı maddeleri şu şekilde belirtmiştir:

1. Fiziksel Sağlık

- Ağrı, rahatsızlık
- Enerji, halsizlik, yorgunluk
- Uyku, dinlenme

2. Psikolojik durum

- Pozitif düşünceler
- Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon
- Kendine güven
- Beden imajı ve dış görünüş
- Negatif düşünceler

3. Bağımsızlık düşünceler

- Hareket edebilme
- Günlük yaşam aktiviteleri
- İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu

- Çalışma kapasitesi

#### 4. Sosyal ilişkiler

- Kişisel ilişkiler
- Sosyal destek
- Seksüel aktivite

#### 5. Çevresel özellikler

- Fiziksel güvenlik
- Ev çevresi
- Finansal kaynaklar
- Sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite
- Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı

### **2.3. Sağlık Açısından Spor ve Egzersizin Yaşam Kalitesine Etkisi**

#### **2.3.1. Fiziksel Aktivitenin Faydaları**

Yıllardır düzenli fiziksel aktivitenin sağlık üzerine olumlu etkileri üzerine araştırmalar yapılmıştır. Fiziksel aktivite, Amerika Birleşik Devletlerinde ölümlerin başlıca birinci ve üçüncü sebepleri olan, kalp krizi ve hastalıkların risklerini azaltabilir (Dishman, 2003). Blair ve arkadaşlarına göre (1989), bayanlar ve erkekler arasında bütün ölüm sebeplerinin oranları standart fitness seviyeleri ile ölçüldüğünde, fitness seviyeleri ve ölüm oranları arasında tersine bir orantı vardır. Yapılan bir araştırmada, düşük fitness oranlarında ölüm seviyelerinin inanılmaz bir artış gösterdiğini ve fitness oranları arttıkça ölümlerde doğrusal bir azalma görüldüğünü belirtmiştir (Blair ve ark., 1989).

Egzersizin etkili olması için yapılan egzersizin şiddetli olması gerekmez. Orta düzeyde yapılan fiziksel aktivitelerin, değişik yaştaki insanların sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturmasında önemli bir etkiye sahiptir. Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi'nin yaptığı bir açıklamada, orta şiddette yapılan herhangi bir fiziksel aktivite ile dakikada 3,5 – 7 kalori yakılmaktadır. Bu, sağlıklı bir insanın hızlı yürüdüğü zamana, serbest zamanlarında dans etmesine, bisiklet sürmesine, serbest

yüzdüğü zamanda harcadığı enerjiye eş değerdir. Yüksek düzeydeki fiziksel aktivite ise, dakikada 7 kalorinin harcanmasına denk gelir. Bu da sağlıklı bir insanın hafif tempoda koşmasına, ağır bahçe işlerine, devamlı tur atarak yüzmesine, tepe yukarı bisiklet sürmesine, yüksek şiddette aerobik dans yapmasındaki enerji harcamasına denk gelmektedir (Carothers, 2008).

Wei ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, orta seviyede fitness yapan kişilerin aşırı kiloya karşı önlem aldığını belirtir. Araştırmada, eğer bütün alanlarda sağlık faydaları arttırılmak isteniyorsa “ağrı yok, kazanç da yok (no pain, no gain) felsefesinin gereksiz olduğu belirtiliyor (Dishman 2003). Birçok çalışma göstermektedir ki sağlık, orta şiddette yapılan fiziksel aktivite ile doğru orantılıdır. Örneğin orta şiddette bir yürüyüş veya jogging programına katıldıktan 6 ila 10 ay sonra trigliseridte ve LDL-kolestrolde yaklaşık olarak %5-10 düşüş görülmektedir (Duncan, Gordon, ve Scott, 1991). Ayrıca Duncan ve arkadaşları (1991), 6-10 ay arasında orta şiddette düzenli fiziksel aktivite ardından iyi kolestrol veya HDL-kolestrolde %10 a varan bir artış olduğunu ve bunun sonucu kalp hastalıklarında bir azalma olduğunu tespit etmişlerdir. Buna rağmen yapılan birçok çalışmada, yapılan yoğun şiddetteki egzersizlerin bireyi daha çok forma soktuğu belirtilmektedir. Ancak yüksek şiddette spor, her zaman çok sağlıklı olmak anlamına gelmez (Duncan ve ark., 1991). Örneğin yapılan bu araştırmada enerji harcaması oranı, artan HDL seviyeleri açısından önemli değildir. HDL seviyeleri sportif faaliyetin yoğunluk seviyesinden bağımsız olarak artmıştır, bu da şu izlenimi uyandırmakta, sağlıklı yaşam başlangıcı insanların durağan hayattan hareketli yaşama geçmesi ile bağlantılıdır ve yüksek yoğunlukta yapılan egzersizlerin daha çok sağlık getirisi yoktur (Dishman, 2003).

Egzersiz belli bir oranda nefes alıp vermemizi sıklaştırıp derinleştiren, kalp atışlarımızı hızlandıran ve bir süre yapıldıktan sonra az da olsa terlemeye neden olan, kollarımız ve bacaklarımız gibi büyük kas gruplarıyla yaptığımız bedensel hareketlerdir (Zorba, 2004).

Yoke’a göre (2003), kardiyovasküler uygunluğu arttırmada temel faktörlerden biri, haftalık olarak kapsamlı bir egzersiz yapmaktır. Kardiyovasküler gelişim ile eğer aktivitelerin toplam kalori harcaması eşit ise kısa süreli ağır egzersizler ve uzun

sürekli düşük yoğunluklu egzersizler benzer şekilde etki göstermektedir. Bununla beraber yoğun fiziksel aktivite yüksek oranda kardiyovasküler risklere, ortopedik yaralanmalara ve bağımlı yaşamının azalmasına neden olur. Bu nedenle yetişkinler için uzun süreli düşük-orta yoğunlukta fiziksel aktivite rejimleri önerilir (Yoke, 2003).

Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi önerilerine göre “fiziksel aktivitenin etkili olması için şiddetli olması gerekmez. Kısmen yoğun fiziksel aktivite yapmak, çeşitli yaş grupları ve seviyesindeki insanlar için sağlıklı bir hayat tarzı görüşü için yeterli olabileceği bildirilmektedir (U.S. Department of Health and Human Services Centers, 1996).

Teknolojinin hayatımızı kolaylaştırması, hareketsizliğin başlıca sebeplerinden biridir. Günümüzde eskiye oranla daha az hareket ediyoruz ve daha az enerji harcıyoruz (<http://www.nhs.uk/Livewell/fitness/Pages/Whybeactive.aspx>). Genelde insanlar, artık yürümekte, merdiven çıkamamakta bunun yerine asansörü tercih etmektedirler. Özellikle, masa başında sürekli oturmak, saatlerce TV seyretmek ve yine uzun süreli araba kullanmak ya da trafik araçlarında kısıtlı hareketlilik içinde oturmak günlük hayatımızı olumsuz yönde etkilemektedir. Bütün bu olumsuzluklardan kurtulmak organizmayı zinde ve sağlıklı kılmak için spor yapma mecburi bir gereksinim olarak ortaya çıkmaktadır. İnsanların, yeme, içme, uyuma vb günlük ihtiyaçları gibi spor da en az bu ihtiyaçlar kadar önemli ve sağlıklı olumlu yönde etkileyen, sindirim, dolaşım, sinir sisteminin düzenli çalışmasını sağlayan, yaşam süresini uzatan bir ihtiyaç olarak kabul edilmektedir (Erkan, 2000).

Endüstrileşme ve teknolojik gelişmeler doğrultusunda, tüm sağlık unsurlarında gerileme saptanmakta, kardiyovasküler hastalıklar, özellikle koroner arter basta olmak üzere, birçok hastalık sonucu mortalite oranında artış gözlenmektedir. Bu sonucun, hem sedanter (fiziksel olarak hareketsiz) yaşam tarzının artması ile fiziksel ve fizyolojik uygunluk parametrelerinde gerileme, hem de artan stresin ve stresle etkili olmayan bas etme yöntemleri ile ilgili olduğu düşünülebilir (Yargıcı, 2007).

Düzenli yapılan egzersizin insan organizmasını güçlendirerek hem fiziksel hem de zihinsel boyutlarda iyileşme sağladığı artık bilinmektedir (Yargıcı, 2007). Ayrıca



düzeni fiziksel aktivite ve sağlıklı bir yaşam biçimi kişinin daha iyi hissetmesine, kilosunu korumasına ve sağlığına önemli etkileri vardır (Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2002). Aktif yaşamın kişilere kazandırdığı diğer faydalar; (<http://www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volume2/22Physical.htm>);

- Gelişmiş ruhsal durum
- Kan şekeri, kan basıncı, kolesterol ve kilo kontrolü,
- Yaşlılarda bağımsız yaşama,
- Kronik hastalığı olanlar ve engelli kişiler için daha sağlıklı bir yaşam,
- Tüm insanlar için daha yüksek yaşam kalitesi

Haskell ve arkadaşlarının bir önerisi ise, 18-65 yaş arası tüm sağlıklı yetişkinlerin, fiziksel ve fizyolojik uygunluğu geliştirmek, sağlığı korumak ve kronik sağlık sorunlarını önlemek için haftada 5 gün en az 30 dakikalık orta şiddette aerobik egzersiz yapmalı ya da haftanın 3 günü en az 20 dakikalık ağır şiddette aerobik türde fiziksel aktivitede bulunması gerekmektedir (Haskell ve ark., 2007).

Sonuç olarak, doğumdan itibaren başlayan büyüme, gelişme ve özellikle yaşlanma süreci içerisinde organizmadaki değişiklikler nedeniyle kişilerin zihinsel ve fonksiyonel kapasitelerinde ve yaşam kalitelerinde bir azalma başlamasıyla sağlıkları da olumsuz etkilenmektedir. Aktif ve hareketsiz yaşam süren kişilerin fiziksel kapasiteleri farklıdır. Bu nedenle erken yaşta başlayarak düzenli egzersiz yapmak ve bunu bir yaşam tarzı haline getirmek, sağlık açısından ve daha mutlu ve bağımsız bir yaşlılık geçirmek açısından önem taşımaktadır.

### **2.3.2. Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi**

Doğadaki diğer canlılardan farklı olarak insanoğlu, yaşamı basit anlamda devam ettirmenin yanında yaşamının kalitesini de artırmaya çalışır. Daha kaliteli bir yaşam biçimi de çalışmayı, üretmeyi ve sağlıklı olmayı gerektirmektedir (<http://www.mavi-yesil.com.tr/icerik>).

Yaşam kalitesi, bireyin yaşamının belirli bir alanının memnuniyetinin önemine göre ağırlık kazanır ya da bireylerin toplam yaşam memnuniyetine dahil edilmiş alan ile değerlendirilmektedir (Frisch, 1994). Bundan dolayı kişi hangi alanı çok

önemserse o alan bireyin toplam yaşam kalitesini diğer alanlara göre daha çok etkileyecektir. Yaşam kalitesi sağlık değerlendirmesinin geleneksel hedeflerini, zenginliğin ve iyi bilinen mutluluğun algılarının sebebini düşünmek için sosyal başarıları genişletmektedir. Dahası yaşam kalitesi, fiziksel, psikolojik ve sosyal hayat görüşü ile ilgili istenen ve elde edilen beklentiler arasındaki uygunluğu içermektedir (Lustyk ve ark., 2004).

Fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi üzerine yapılmış bazı çalışmalar:

Martin Ginis ve arkadaşları (2003), tarafından yapılan bir çalışmada, omurilik sakatlanmalarında, fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi üzerine etkileri incelenmiştir. Bu çalışmada bireyler üzerinde haftada iki kere 45 ila 60 dakika arasında dayanıklılık çalışması, 15 dakikalık aerobik çalışma ve 5 dakikalık esnetmeyi de içeren fiziksel aktivitenin etkilerini göstermişlerdir. Sonuçlarının analizi göstermektedir ki önceden tanımlanmış düzenli fiziksel aktivite rejiminin devam ettirildiği 3 aydan sonra, katılımcılar hayatlarında büyük bir kalite algısını belirtmişlerdir. Martin Ginis ve arkadaşları buradan, omurilik rahatsızlıkları olan insanlar arasında yaşam kalitesi ve iyi olma algısını arttırmak için düzenli fiziksel aktiviteyi kullanmanın potansiyel değerini vurgulamıştır (Ginis ve ark., 2003).

Lustyk ve arkadaşları, sağlık, özsaygı, amaçlar, değerler, para, iş, eğlence, öğrenim, yaratıcılık, yardımlaşma, arkadaşlık, çocuk, görecelik, ev, komşu, ve toplum gibi 16 alanı kapsayan, 32 sorudan oluşan Yaşam Kalitesi Anketi (QOLI) kullanılarak, üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesine bakışları belirlenmiştir. Araştırmacılar, fiziksel aktivite seviyesinin yoğun olduğu ve daha aktif yaşayan grupta en yüksek yaşam kalitesi saptanmıştır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi değerleri, post-hoc testler sonucunda yüksek aktivite gösteren gruptaki katılımcıların, orta ve daha düşük şiddette egzersizde bulunan gruptakilere oranla daha yüksek tespit edilmiştir (Lustyk ve ark., 2004) Bununla birlikte veriler araştırmacıların yoğun fiziksel aktivitede bulunan katılımcıların yüksek yaşam kalitesiyle ilişkili olabileceğini desteklemişlerdir. Ayrıca rahat bir şekilde egzersiz yapan katılımcıların daha yüksek yaşam kalitesi değerine sahip oldukları belirtilmiştir. Yapılan çalışmaya göre, egzersiz şiddeti ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki vardır (Carothers, 2008).

Acree ve arkadaşları, yaşlı bireylerde (60 yaş ve üstü) yaptıkları çalışmalarında, fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sağlıkla ilişkili bir yaşam kalitesinde esas boyut, fiziksel ve sosyal fonksiyon, psikolojik iyilik, aktivite rolü ve bireysel sağlık yaklaşımlarından oluşan değerlendirilmiştir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, duygusal rol, fiziksel rol, zindelik, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlık gibi 8 alanı kapsadığı göz önüne alındığında, bu çalışmanın sonucunda, yaşam kalitesinin bu 8 alanı, yüksek düzeyde aktivite bulunan gruplarda düşük düzeyde fiziksel aktivitede bulunanlara oranla daha yüksek çıkmıştır. Bu çalışma, haftada bir gün, bir saatten fazla egzersiz yapan, sağlıklı yaşlı bireylerin (60 yaş ve üstü) hareketsiz yaşayanlara göre fiziksel ve ruhsal açıdan daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermiştir (Acree ve ark., 2006).

Amerikan Kalp Birliği Konferansında (2007), sedanter ya da aşırı kilolu bayanlarda yaşam kalitesinin, günde 10 ila 30 dakika arasında yapılacak olan egzersiz ile geliştirebileceğini belirtilmiştir (<http://americanheart.mediaroom.com>).

Yine yapılan bir çalışmada, obez olan 430 sedanter bayan, haftada 70 dakika, 135 dakika, 190 dakika egzersiz yapan ve hiç egzersiz yapmayan kontrol grubu olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. 6 ay öncesinde ve sonrasında SF-36 genel yaşam kalitesi anketi uygulanmıştır. Çalışmanın sonucuna göre, 6 aylık egzersiz ile yaşam kalitesi arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Yine egzersiz süresi ve sıklığı arttıkça yaşam kalitesi değerlerinin de arttığı belirtilmiştir. Çalışma süresince bazı kadınlarda kilo kaybı olmuştur fakat bu kişiler tarafından bildirilen yüksek yaşam kalitesi değerlerinin kilo kaybına bağımlı olmadığı da ayrıca belirtilmiştir (<http://americanheart.mediaroom.com>).

Bu çalışmalar, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu desteklerken, erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu da göstermiştir (Carothers, 2008).

### 2.3.3. Kadın ve Spor

Son zamanlarda çevresel ve toplumsal koşulların değişmesine paralel olarak kadınların da egzersize ilgisi artmıştır.

Fiziksel çalışma birçok kadın için temel fiziksel aktiviteler olmaya devam ederken, günümüzde sporu bir boş zaman faaliyeti olarak görmeyip uğraş olarak kabul eden kadınların sayısı da her geçen gün artmaktadır. Özellikle son 10 yılda bu ilgi patlama şeklinde artışa neden olmuştur. Bu gün başta atletizm olmak üzere kadınların pek çok spor dalında yer almaları kurumlaşmış ve olimpiik yarışmalar kapsamına alınmıştır (Zorba, 2001).

Gelişen teknoloji insanları daha pasif yaşama itmekte ve onları hareketsiz bir canlı varlık haline getirmektedir. Hareketsiz bir yaşam tarzı; kalp-dolaşım hastalıkları, stres, eklemlerde deforme, hazımsızlık, yüksek tansiyon, obezite, omurga hastalıkları, psikolojik depresyonlar ve daha birçok hastalığın direk ya da dolaylı sebebi olarak görülmektedir (Zorba ve ark., 2004).

Yağ, kas oranlarını dengede tutan egzersiz ve doğru beslenme kadına görsellik ve sağlık katar. Dünyamızda hızla gelişen sağlıklı yaşam felsefesi akımları ülkemizi de etkisi altına aldı. Ergenlik dönemlerinde erkeklerde spor ve egzersiz; güç kazanmak, sportif mücadelelerde başarılı olmak için yapılırken kadınlarda bu çalışmalar yağsız bir vücuda sahip olabilmek, vücut kaslarının güzel görünmelerini sağlamak için yapılmaktadır (<http://www.diyetuzmani.com>).

Kadınları diğer cinsten ayıran morfolojik, fizyolojik ve bazı performans farklılıkları vardır. Kadınlarda boy genelde kısadır. Gövdelerin üst kısımları bacaklara oranla daha iyi gelişmiştir. Vücut ağırlığı ve kassal kuvvet daha düşüktür; ayak ve eller erkeğe oranla daha küçüktür; dirsek açısı daha geniştir; göğüs kafesi küçüktür; pelvis düşük, daha geniş ve daha yayvandır. Kalça oynakları arasındaki aralık erkeğinkinden daha büyüktür. Kemik yoğunluğu bayanlarda daha düşüktür (Zorba, 2001).

Egzersiz ve antrenmana verilen yanıtlar ve egzersizde fizyolojik ve biyokimyasal yanıtları kontrol eden mekanizmalar her iki cinste de aynıdır. Kadınlar

ve erkekler arasındaki sportif performans farklılıkları mekanizma farkından değil vücut kompozisyonu, enerji sistemleri, kas gücü ve fonksiyonu, antrenman yapabilme kapasitesi, jinekolojik faktörler gibi anatomik ve fizyolojik faktörlere ve bu faktörlerin büyüklüğüne bağlıdır (Ergen ve ark., 2002).

Yoğun egzersiz vücut yağ kitlesini azaltır. Bu azalmanın derecesi egzersiz tipine, sıklığına ve şiddetine bağlıdır. Özellikle dayanıklılık sporu yapan kadınların vücut yağ oranının %8 - 10'a kadar düştüğü bilinmektedir. Kadınlarda kas içi yağ miktarı da daha fazladır ve yağ dokusundaki oksidatif enzim aktiviteleri daha yüksektir (Ergen ve ark., 2002).

Kadınların spor yapmasında ve kız çocuklarının bedensel eğitiminde, dişi cinsiyetin getirdiği bazı fizyolojik, anatomik ve ruhsal özellikler göz önünde tutulmalıdır. Cinsiyete ilişkin özellikler puberte ile belirginleşmeye başlar. Ancak daha erken yaşlarda da vücut yapısına ve ilgi alanına ilişkin bazı farklılıklar vardır. Kız ve erkek çocuklarının fiziksel kapasitesi 10 yaşına kadar eşittir (Heipertz, Böhmer, 1985).

Kızlarda ergenlik daha erken başlar ve daha hızlı seyreder. Bu nedenle kız çocuğu daha çabuk sportif açıdan verimli hale gelir. Kadının sportif verimi, menstruasyondan farklı oranlarda etkilenir (Heipertz, Böhmer, 1985).

Menstruasyon fizyolojik bir akıntıdır, ancak spor yapmaya engel değildir ve sportif performansı bozamaz. Yapılan çalışmalarla menstruasyon döngüsünün tüm safhalarında dünya rekorlarının kırılabildiği tespit edilmiştir. Bu dönemde vücutta 0.5 - 2.5 kg. sıvı birikimi vardır. Bu da sportif performansı olumsuz yönde etkileyebilir (Ergen ve ark., 2002).

Menstruasyon sonrası devre, genel olarak menstruasyon öncesine göre, spor için daha uygundur. En verimli devre adet kanamasından sonraki ilk günlerdir (Heipertz, Böhmer, 1985).

Düzenli antrenman yapan kadınlarda vücut yağının azaldığı bilinmektedir. Kan basıncı normal değerlere inmekte, aynı eforu yaparken kalp atış sayısında

azalma, istirahat anında nabız sayısının düşüŖü gibi değişmeler görölmektedir (Dönmez, 1998).

### III. METOT

Bu bölümde, araştırmada kullanılan yöntem açıklanmıştır. Öncelikle, katılımcıların sayısı ve demografik özellikleri hakkında detaylı bilgi verilmiştir. İkinci bölümde, araştırmada kullanılan veri toplama yöntemi anlatılmıştır. Üçüncü bölümde, WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Anketi ile araştırmada uygulanacak ölçüm ve testler hakkında bilgi verilmiştir. Son bölümde ise, toplanan verilerin istatistiksel analizi hakkında bilgi verilmiştir.

#### 3.1. Katılımcılar

Çalışmanın evrenini, Ankara Büyükşehir Belediyesi Demetevler Hanımlar Lokali, spor bölümüne üye olan, en az 2 yıl düzenli egzersiz yapan, genel sağlık durumları stabil 70 gönüllü kadın oluşturmuştur. Kadınlardan araştırmaya katılmayı kabul eden ve düzenli egzersiz yapmaya gelenlere anket uygulanmıştır. Uygulanması düşünölen testler ise bir defa uygulanmış ve testler öncesinde tüm katılımcıların her hangi bir sağlık problemleri olup olmadığı hakkında bilgi alınmıştır.

Çalışmaya katılanların yaş, eğitim durumu, medeni durum ile ilgili demografik özelliklerle ilgili bilgi alınmıştır.

Katılımcılara çalışmanın amacı ve çalışma sırasında kendilerine uygulanacak fiziksel testler ve anket hakkında bilgi verilmiştir.

#### 3.2. Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada katılımcıların yaşam kalitelerinin belirlenebilmesi için, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 15 işbirliği merkezinin katılımıyla hazırladığı 27 soruluk WHOQOL-BREF ölçeğinin Türkçe versiyonu uygulanmıştır (Ek 1).

Yine katılımcıların fiziksel kapasitelerini belirlemek için, esneklik değeri (cm), aerobik kapasite (ml/kg/dk), anaerobik kapasite (ml/kg/dk), kalp atım hızı (atım/dk), kan basıncı (mmHg), vücut yağ yüzdesi (%), boy (cm) ve vücut ağırlığı (kg) ölçümleri alınmıştır.

### 3.2.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQL)

Bireyin kendi yaşam kalitesini nasıl algıladığını değerlendiren bir ankettir. 100 sorudan oluşan WHOQOL ve bunun 26 sorudan oluşan kısaltılmış şekli olan WHOQOL-BREF olmak üzere iki formu vardır (Başaran, Güzel, Sapel, 2005). WHOQOL-BREF ölçeği; bedensel alan, psikolojik alan, sosyal ilişkiler ve çevre olmak üzere dört alt alandan oluşmaktadır. WHOQOL-BREF ölçeği katılımcı tarafından ve son 15 gün dikkate alınarak doldurulmaktadır. Ölçek Likert skalasına uygun kapalı uçlu sorular içermektedir. Farklı kültürlerde saha çalışmaları yapılmış olan ölçek, erişkin yaş grubuna uygulanabilmekte ve yaşam kalitesinin güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olarak kabul edilmektedir (Fidaner ve ark., 1999b).

WHOQOL-BREF toplumda farklı amaçlar için kullanılabilir. Dünya Sağlık Örgütü bünyesinde 18 ülkenin katılımıyla uzmanlarca hazırlanan bu ölçek hekime uygun bir tedavi yöntemi seçmede yardımcı olmak amacıyla tedavi hizmetlerinde, tedavi yöntemlerinin birbirleriyle ve bu yöntemlerin zaman içindeki etkilerinin karşılaştırılmasında kullanılmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde, sağlıkla ilgili araştırmalarda ve yeni sağlık politikaları geliştirilmesinde de yaygın olarak kullanım alanı bulunmaktadır (Fidaner ve ark., 1999a).

WHOQOL-BREF ölçeği bir toplam puana sahip değildir, yani bütün alanların puanları toplanarak tek bir yaşam kalitesi puanına ulaşılamamaktadır. Ölçek ile dört alan puanı hesaplanmaktadır. Birinci değerlendirilen alan “Fiziksel Alan”dır. Bu alan günlük yaşam aktiviteleri, tıbbi bakıma ihtiyaç duyma durumu, canlılık, yorgunluk, hareketlilik, ağrı, rahatsızlık, uyku, dinlenme ve iş kapasitesi gibi konuları değerlendirmektedir. İkinci alan “Psikolojik Alan”dır. Psikolojik Alan, beden algısı, olumsuz düşünceler, olumlu düşünceler, kendine güven, dini ve kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, hafıza ve konsantrasyon gibi konuları değerlendirmektedir. Üçüncü alan “Sosyal Alan”dır. Sosyal Alan, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam konularını değerlendirmektedir. Son alan ise “Çevre Alanı”dır. Bu alanda maddi kaynaklar, özgürlük, fiziksel güvenlik, sağlık sosyal hizmetlerin erişilebilirliği ve kalitesi, ev çevresi, yeni bilgi ve becerilere ulaşılma fırsatları, boş



zaman aktivitelerine katılma, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim) ve ulaşım konuları değerlendirilmektedir (Telatar, 2007).

Her bir alanın puanı, kendi başına önem taşımaktadır. Her alanda alınan yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Yaşam kalitesi ölçeğinin ilk iki sorusu puanlamaya katılmamakta, ayrı olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin orijinalinde 26 olan soru sayısı, Türkçe versiyonda 27 olarak kullanılmaktadır. Türkçe versiyonda kullanılan 27. soru da puanlamaya katılmamakta ve ayrı olarak değerlendirilmektedir (Telatar, 2007).

Her sorudan alınan puanların ortalamaları alan puanlarının hesaplanmasında kullanılmaktadır. Daha sonra ortalama puanlar 4 ile çarpılarak, WHOQOL-100 ölçeği ile karşılaştırılabilir hale getirilmektedir. Puanların hesaplanmasında ilk olarak bütün sorulara verilen cevapların 1 ve 5 arasında olduğu kontrol edilmeli ve farklı bir değer varsa bunlar boş olarak değiştirilmelidir. Ardından 3, 4 ve 6. soruların cevapları olumsuzluk belirttiği için puanları ters çevrilmektedir (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Bu işlemlerden sonra; Fiziksel Alan puanının hesaplanması için 3, 4, 10, 15, 16, 17 ve 18. soruların puanlarının aritmetik ortalamaları alınarak dörtle çarpılır (en az altı sorunun tam olarak cevaplanmış olması gereklidir). Psikolojik Alan puanının hesaplanmasında 5, 6, 7, 11, 19 ve 26. soruların puanlarının aritmetik ortalaması alınarak dörtle çarpılır (en az beş sorunun tam olarak cevaplanmış olması gereklidir). Sosyal Alan puanı; 20, 21 ve 22. soruların puanlarının aritmetik ortalamasının 4 ile çarpılmasıyla hesaplanmaktadır (en az iki sorunun tam olarak cevaplanmış olması gereklidir). Dördüncü alan olan Çevre Alanı puanı; 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 ve 25. soruların puanlarının aritmetik ortalamalarının 4 ile çarpılması ile hesaplanır (en az altı sorunun tam olarak cevaplanmış olması gereklidir) (Telatar, 2007).

WHOQOL-BREF ölçeğinin Türk dili ve toplumu için geçerlik ve güvenilirliği Fidaner ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmış ve ölçek Türk toplumu için uygun bulunmuştur. Ölçeğin geçerliliğinin değerlendirilmesinde; yapı geçerliliği, eş zaman geçerliliği, ayırt edici geçerlilik ve alanların genel sağlık ve yaşam kalitesini açıklayabilmedeki önemleri değerlendirilmiş ve ölçek bu alanlarda geçerli bulunmuştur. Güvenilirlik değerlendirmesinde ise WHOQOL-BREF ölçeğinin bütün bölüm ve alanlarının iç tutarlılığı (Cronbach alfa) hesaplanmış ve 0,53 ile 0,83

arasında bulunmuştur. Bu değerler ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Fidaner, 1999).

### **3.2.2. Araştırmada Uygulanan Ölçüm ve Yöntemler**

#### **3.2.2.1. Boy ve Vücut Ağırlığı**

Deneklerin vücut ağırlıkları 0.01 kg hassasiyeti olan kantarda kilogram cinsinden çıplak ayak, tişört ve tayt ile ölçüldü. Boyları ise kantarda sabit olan 0.001 cm hassasiyetinde metal bir metre ile denekler dik pozisyonda çıplak ayaklı ölçüldü.

#### **3.2.2.2. İstirahat Kalp Atım Sayısı ve Kan Basıncı**

Sistolik ve diastolik kan basınçları dijital tansiyon aleti ile mmHg cinsinden ölçüldü. İstirahat kalp atım sayısı ise, katılımcılar 5 dk sırt üstü yatar pozisyonda dinlenmeleri sağlandıktan sonra steteskopla ölçülmüştür.

#### **3.2.2.3. Aerobik Kapasitelerinin (Maks VO<sub>2</sub>) Belirlenmesi**

MaksVO<sub>2</sub>'nin belirlenmesinde 20 m mekik koşu testi (Shuttle Run Test) kullanıldı. Test, parke salonda önceden belirlenmiş 20 m'lik alanda gidiş-dönüş şeklinde koşularak yapıldı. Koşu temposu belli aralıklarla sinyal sesi veren bir teyple denetlendi. Sporcular duyduğu birinci sinyal sesinde koşmaya başladılar ve ikinci sinyal sesine kadar diğer çizgiye ulaşmak zorundaydılar. İkinci sinyal sesi duyulduğunda ise tekrar geri dönerek diğer sinyale kadar başlangıç çizgisine dönmüş ve koşu bu şekilde sinyallerle devam etmiştir. Katılımcılar tempolarını sinyal sesiyle birlikte kendileri ayarladılar. Kadınlar bir sinyal sesini kaçırdığında teste devam edebilmesi için akabindeki sinyali yakalamak zorundadır. Kadınlar iki sinyal sesini üst üste kaçırdığında test sona erdirilmiştir. Testte kadınların değerlendirilebilmesi için seviye formu bulunduruldu. Her 20 m'lik çizgi geçildiğinde, form üzerine işaret konuldu. Testin sonunda sporcunun aldığı işaretler hesaplandı ve değerlendirme tablosundan deneğin maksimal VO<sub>2</sub> değeri ml/kg/dk cinsinden tahmini olarak bulundu (Zorba ve ark., 2004).

### 3.2.2.4. Vücut Kompozisyonu

Deneklerin vücut yağ yüzdelerini belirlemek için Holtain Skinfold Caliper marka skinfold kaliper kullanıldı. Skinfold (deri kıvrım kalınlığı) ölçümleri her deneğin sağ tarafından 7 bölgeden (biceps, triceps, göğüs, subscapula, karın, suprailiak, üst bacak) alındı. Vücut yağ yüzdesi, triceps ve iliak'tan alınan deri kıvrım değerlerinin Sloan ve Weir'in formülünde kullanılmasıyla belirlendi (Zorba ve ark., 2004).

$$\text{Vücut Yoğunluğu gm/ml} = 1.0764 - 0.00081 (\text{siliak SF}) - 0.00088 (\text{triceps SF})$$

$$\text{Yağ \% 'si} = \frac{(4.57 - 4.142) \times 100}{\text{Yoğunluk}}$$

$$\text{S.E} = 0,0082$$

### 3.2.2.5. Anaerobik Kapasitelerinin ( Dikey Sıçrama) Belirlenmesi

Çalışma grubunun anaerobik güç değerleri; dikey sıçrama ve vücut ağırlığı değerlerinden yararlanılarak Lewis namogramı ile belirlenmiştir (Tamer, 2000).

$$P = \sqrt{4,9 (\text{Ağırlık}) \sqrt{D^n}}$$

$$P = \text{Güç}$$

$$D^n = \text{Dikey sıçrama mesafesi}$$

### 3.2.2.6. Esneklik Ölçümü

Denekler, yere oturup çıplak ayak tabanını test sehпасına dayamışlar, gövdelerini ileri doğru eğerek, dizlerini bükmeden elleri vücudun önünde olacak şekilde uzanabildiği kadar öne doğru uzatmış, böylece en uzak noktada öne ya da geriye esnemenen 1-2 sn beklemişler. Test iki defa tekrar edilerek en yüksek değer kaydedilmiştir (Tamer, 2000).

### 3.3. Veri Toplama Yöntemi

Bu çalışmada veri toplama araçları olan anketlerin ve fiziksel ölçümlerin Ankara Büyükşehir Belediyesi Demetevler Hanımlar Lokali'nde uygulanabilmesi için, Ankara Büyükşehir Belediyesi, Kadın ve Aile Şube Müdürlüğü'nden sözlü izin alınmıştır.

Uygulamalar için lokalde çalışan spor eğitmenleri ile de görüşülmüştür. Her egzersiz öncesinde üyeler çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve hemen ardından çalışmaya katılacak olan gönüllülerden anketler doldurulup araştırmacıya teslim edilmesi istenilmiştir. Bu işlem yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Bu kişilerin diğer günlerde egzersizden yarım saat önce gelmeleri istenmiş ve fiziksel ölçümleri alınmıştır.

### 3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen veriler, SPSS 11,5 istatistiksel paket programında analiz edilmiştir.

İlk olarak, çalışmaya katılan bayanların yaş, boy ve vücut ağırlıklarının ortalamaları, standart sapmaları, minimum ve maksimum değerleri hesaplanarak tablolarda yorumlanmıştır. Ayrıca medeni durum ve eğitim durumlarının da frekans ve yüzde oranları hesaplanarak tablolarda yorumlanmıştır. Yaşam kalitesi alt ölçeklerinin ortanca değerleri belirlenerek, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Ayrıca değerlendirmeye katılmayan, yaşam kalitesi algısı, sağlık algısı ve kendine yakın hissettiği kişilerle ilişki durumu ile ilgili frekans ve yüzde dağılımları gösterilmiştir. Bayanların medeni durum, eğitim durumları ve yaşlarına göre, yaşam kalitesi puanlarının ortalama değerleri de tablo şeklinde verilmiştir. Daha sonra, katılımcıların yaşam kalitelerini ve fonksiyonel kapasitelerini değerlendiren ölçümler arasında ilişki olup olmadığını anlamak için Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Basit korelasyon analizinde anlamlılık derecesi, ( $p$ ) 0,05 seviyesinde belirlenmiştir. Yapılan basit korelasyon analizinde; korelasyon katsayısı ( $r$ ) değerlerinin yorumlanması literatürdeki bilgilere paralel olarak yapılmıştır. Ancak bu konuda literatürde de farklı görüşlere rastlanmaktadır (Ural, Kılıç, 2005). Thomas ve

Nelson'a (1996) göre; katılımcı ve/veya gözlem sayısının fazla olduğu korelasyon analizlerinde düşük düzeyli korelasyon katsayısı anlamlı çıkmaktadır. Yapılan bu çalışmada korelasyon katsayısının ( $r$ ) 0,00 ve 0,10 arasındaki değeri "çok düşük düzeyde ilişki"; 0,10 ve 0,30 arasındaki değeri "düşük düzeyde ilişki"; 0,30 ve 0,50 arasındaki değeri "orta düzeyde ilişki"; 0,50 ve 0,70 arasındaki değeri "yüksek düzeyde ilişki"; 0,70 ve 0,90 arasındaki değeri "çok yüksek düzeyde ilişki" ve 0,90 ve 1,00 arasındaki değeri "mükemmel ilişki" olarak yorumlanmıştır (Müftüler, 2008).

## IV. BULGULAR

Bu bölümde, yapılan çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi sonucu ortaya çıkan bulgulara yer verilmiştir. Bu bölüm,

- Katılımcıların, sosyo-demografik özelliklerinin ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, frekans ve yüzde dağılımları,
- Katılımcıların, fiziksel kapasite değişkenlerinin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri,
- Katılımcıların, yaşam kalitesi alt ölçeklerinin ortanca, ortalama ve standart sapma değerleri,
- Katılımcıların, WHOQL-BREF ölçeği ile değerlendiren ve puanlamaya katılmayan sorulara verdikleri yanıtların dağılımları,
- Katılımcıların, sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri,
- Katılımcıların, yaşam kalite alanları ve fiziksel kapasite değişkenleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Pearson Korelasyon Analizi, olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır.

### 4.1. Çalışmaya Katılan Bayanların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan bayanların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımları aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

**Tablo 1:** Çalışmaya katılan bayanların yaş, boy ve vücut ağırlık bulguları

<i>Sosyodemografik Özellikler</i>	<i>n</i>	<i>x±ss</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>
<b>Yaş (yıl)</b>	70	39,4 ± 8,93	26	63
<b>Boy (cm)</b>	70	159,5 ± 5,84	150	172
<b>Vücut Ağırlığı (kg)</b>	70	68,89 ± 8,93	47	90

*x = Ortalama, ss = Standart sapma*

Çalışmaya katılan toplam 70 bayanın, yaş ortalamaları 39,4 ± 8,93 yıl, boy uzunluk ortalamaları 159,5 ± 5,84 cm ve vücut ağırlık ortalamaları ise 68,89 ± 8,93 kg olduğu görülmektedir. Katılımcılara ait kişisel özellikler Tablo 1’de gösterilmektedir

**Tablo 2:** Çalışmaya katılan bayanların medeni durum bulguları

<i>Medeni Durum</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Bekar	10	14,3
Evli	55	78,5
Evli gibi yaşıyor	-	-
Ayrılmış	-	-
Boşanmış	3	4,3
Eşi ölmüş	2	2,9
<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Çalışmaya katılan bayanların medeni durumlarına göre dağılımları Tablo 2’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan toplam 70 bayanın %14,3’ü bekar (10 kişi), %78,5’i evli (55 kişi), %4,3’ü boşanmış (3 kişi), %2,9’unun ise eşi ölmüş (2 kişi) olduğu görülmektedir.

**Tablo 3:** Çalışmaya katılan bayanların eğitim durumu bulguları

<i>Eğitim Durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Hiç	1	1,4
İlkokul- Ortaokul	34	48,6
Lise ve dengi	23	32,9
Yüksek	12	17,1
<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Tablo 3’de ise, araştırmaya katılan bayanların, %1,4’ünün hiç eğitim almadığı (1 kişi), %48,6’sının ilkokul veya ortaokul mezunu (34 kişi), %32,9’unun lise ve dengi (23 kişi), %17,1’nin ise yüksek öğrenim (12 kişi) gördüğü görülmektedir.

#### 4.2. Çalışmaya Katılan Bayanların Fiziksel Kapasite Değerleri

Araştırmaya katılan bayanların, dinlenik kalp atım hızı, esneklik, sistolik ve diastolik kan basıncı, vücut yağ yüzdesi, aerobik - anaerobik kapasite ölçümlerinin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 4’de gösterilmiştir.

**Tablo 4:** Çalışmaya katılan bayanların fiziksel kapasite değişkenlerinin bulguları

<i>Fiziksel kapasite değişkenleri</i>	<i>x±ss</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>
Esneklik (cm)	33,1±6,9	18	49
Vücut yağ (%)	22,9±2,7	28,6	16,3
Aerobik kapasite (ml/kg/dk)	24,6±3,4	38,3	9,1
Anaerobik kapasite (kg.m/sn)	20,3±5,7	11	40
İstirahat kalp atım hızı (atım/dk)	70,8±10,8	43	93
Sistolik kan basıncı (mmHg)	100,6±11,1	8	14
Diastolik kan basıncı (mmHg)	75,1±7,9	5	9

*x = Ortalama, ss = Standart sapma*



Tablo 4’de çalışmaya katılan bayanların esneklik ölçümleri sonucunda ortalama değerleri 33,1±6,9 cm, vücut yağ yüzdesi ortalama değerleri 22,9±2,7, aerobik kapasite ortalama değeri 24,6±3,4 ml/kg/dk, anaerobik kapasite ortalama değeri 20,3±5,7 kg.m/sn, kalp atım hızı ortalama değeri 70,8±10,8 atım/dk, sistolik kan basıncı ortalama değeri 10,6±1,1 mmHg, diastolik kan basıncı ortalama değerleri ise 7,1±0,9 mmHg olarak tespit edilmiştir.

#### 4.3. Çalışmaya Katılan Bayanların Yaşam Kalitesi Puan Değerleri

Araştırmaya katılan bayanların The World Health Organization Quality of Life (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi, WHOQOL-BREF) ölçeği kullanılarak elde edilen yaşam kalitesi puanları Tablo 5 ve Tablo 6’da gösterilmiştir.

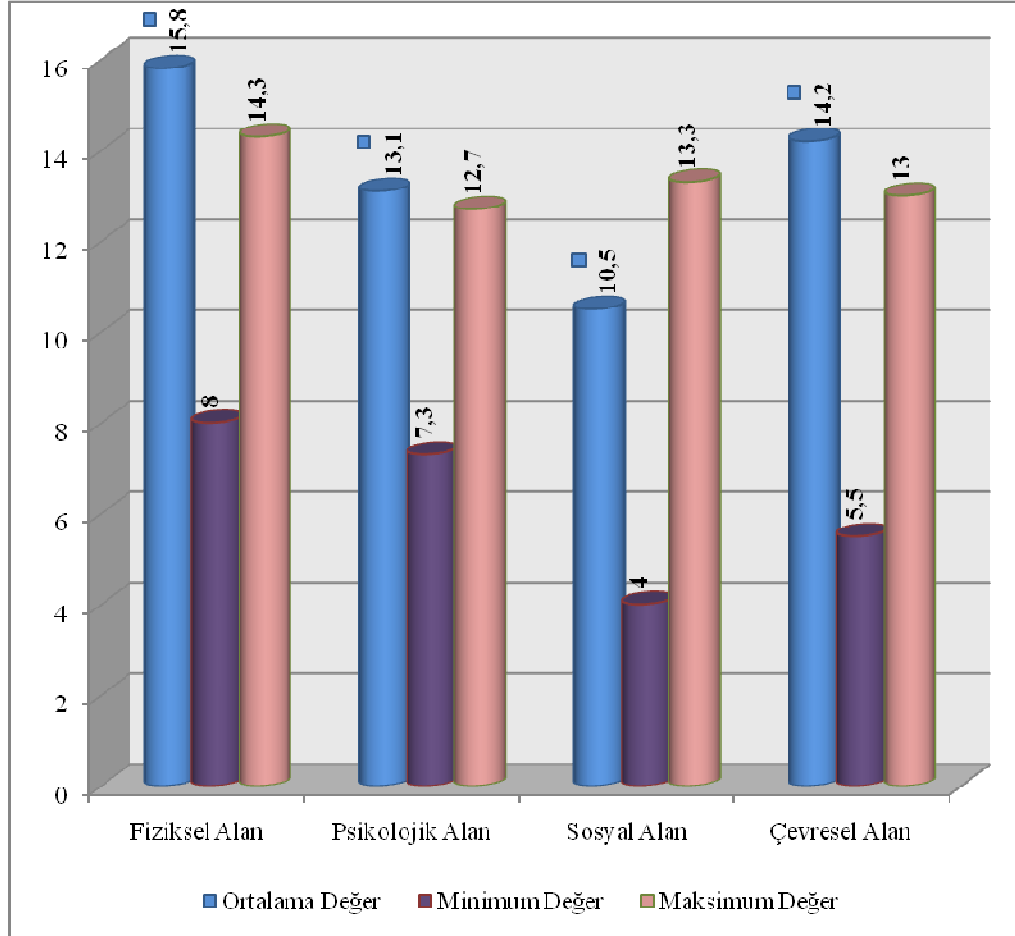
**Tablo 5:** Çalışmaya katılan bayanların WHOQOL-BREF puanlarının bulguları

<i>WHOQOL-BREF Alanları</i>	<i>Median</i>	<i>x ± ss</i>	<i>Minumum</i>	<i>Maksimum</i>
Fiziksel Alan	16	15,8 ± 2,17	8,0	14,3
Psikolojik Alan	13	13,1 ± 1,62	7,3	12,7
Sosyal Alan	10,8	10,5 ± 2,51	4,0	13,3
Çevresel Alan	14,5	14,2 ± 2,47	5,5	13,0

*x = Ortalama, s = Standart sapma*

Detaylı olarak, WHOQOL-BREF ölçeği ile değerlendirilen yaşam kalitesinin fiziksel alan alt ölçeğinin ortalama değeri 15,8 ± 2,17 puan olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınan en küçük değer 8,0; en yüksek değer 14,3 olarak belirlenmiştir. Aynı şekilde, WHOQOL-BREF ölçeği ile değerlendirilen yaşam kalitesinin psikolojik alan alt ölçeğinin puan ortalaması 13,1 ± 1,62 puan olarak belirlenmiş, en küçük değer 7,3; en yüksek değer ise 12,7 olarak tespit edilmiştir. Sosyal alan alt ölçek puan ortalaması 10,5 ± 2,51, en küçük değer 4,0; en yüksek değer 13,3 olarak belirlenmiştir. Son alt ölçek çevresel alan alt ölçeğinin puan ortalaması ise 14,2 ± 2,47 olarak belirlenmiş ve en küçük değer 5,5 olarak; en yüksek değer ise 13,0 olarak bulunmuştur (Şekil 1).

**Şekil 1:** WHOQOL-BREF alt alan puanlarının analiz bulguları



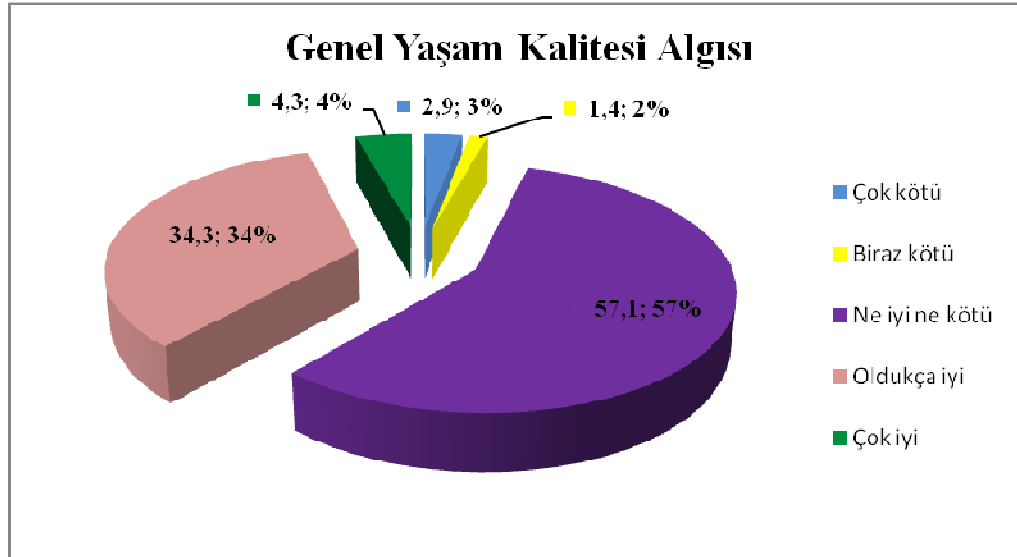
Çalışmaya katılan bayanların WHOQOL-BREF ölçeği ile değerlendiren ve puanlamaya katılmayan sorulara verdikleri yanıtların dağılım bulguları Tablo 6'da gösterilmektedir.

Genel olarak katılımcıların genel sağlık ve genel yaşam kalitelerinden memnun oldukları görülmektedir. Tablo 6'ya göre, bayanların %34,3'ünün oldukça iyi genel yaşam kalitesi algısına sahip oldukları görülmektedir. Genel sağlığından hoşnut olma derecesine bakıldığında ise, %45,7'sinin epeyce hoşnut, yine yaşamında kendisine yakın hissettiği kişilerle yaşadığı zorlukların derecesinin dağılıma bakıldığında, %31,4'ünün çok az, zorluk yaşadığı görülmektedir.

**Tablo 6:** Çalışmaya katılan bayanların WHOQL-BREF ölçeği ile değerlendiren ve puanlamaya katılmayan sorulara verdikleri yanıtların dağılım bulguları

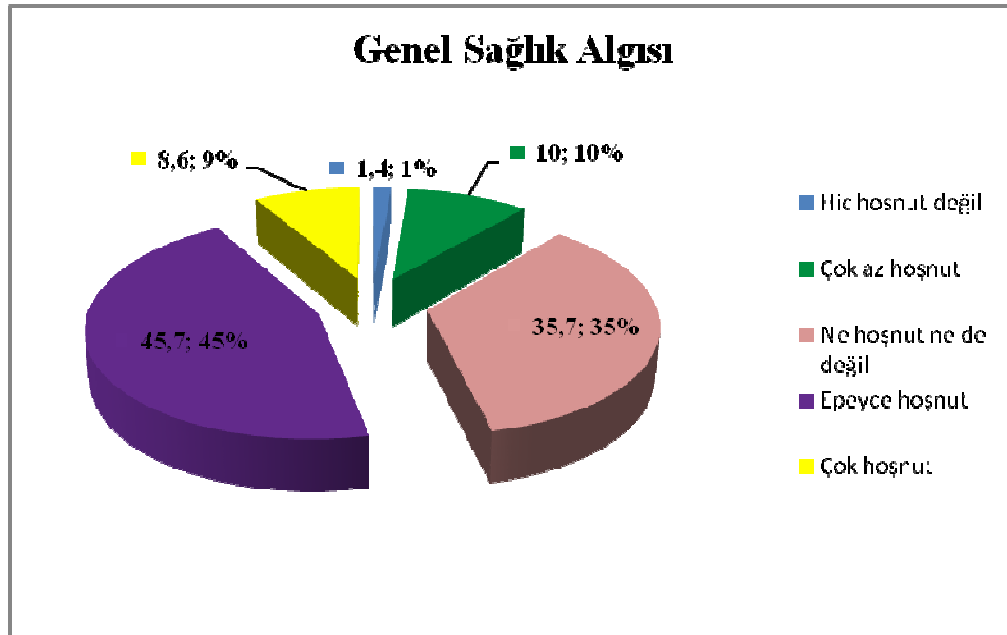
<i>WHOQL-BREF ölçeğinde puanlamaya katılmayan değişkenler</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Yaşam kalitesi algısı</b>		
Çok kötü	2	2,9
Biraz kötü	1	1,4
Ne iyi ne kötü	40	57,1
Oldukça iyi	24	34,3
Çok iyi	3	4,3
<b>Sağlığından hoşnut olma derecesi</b>		
Hiç hoşnut değil	1	1,4
Çok az hoşnut	7	10
Ne hoşnut, ne değil	25	35,7
Epeyce hoşnut	32	45,7
Çok hoşnut	6	8,6
<b>Yaşamında kendisine yakın hissettiği kişilerle yaşadığı zorlukların derecesi</b>		
Hiç	13	18,6
Çok az	22	31,4
Orta derecede	20	2,9
Çokça	13	18,6
Aşırı derecede	2	2,9
<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**Şekil 2:** Araştırmaya katılan bayanların genel yaşam kalitesi frekans analizi bulguları



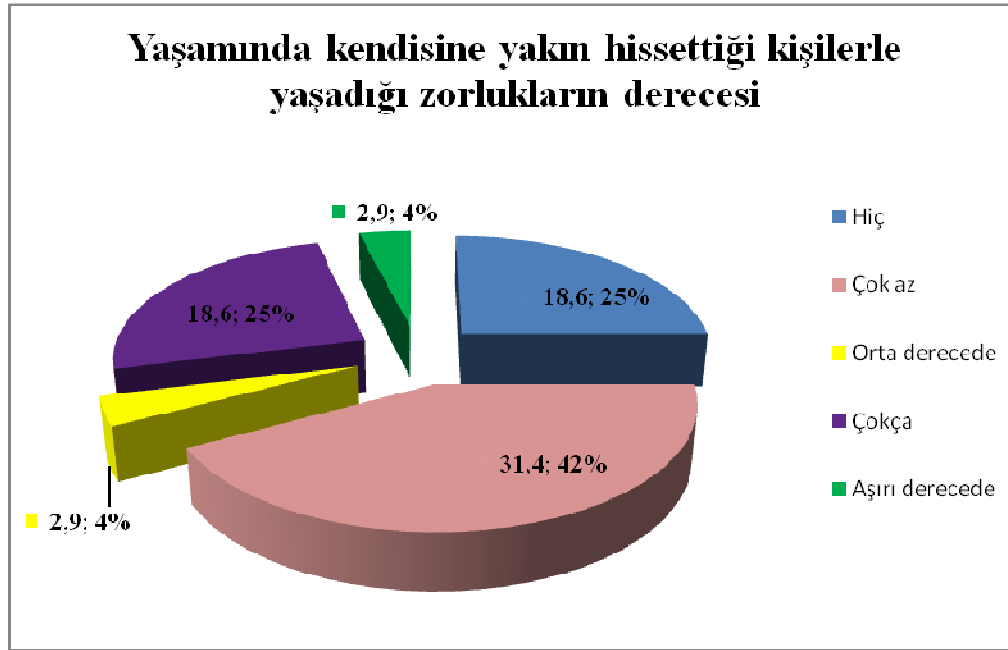
Araştırmaya katılan bayanların %57,1 'i ne iyi ne kötü, %34,3'ü oldukça iyi, %4,3'ü çok iyi, %2,9'u çok kötü, %1,4'ünün ise çok kötü yaşam kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir.

**Şekil 3:** Araştırmaya katılan bayanların genel sağlık algısı frekans analizi bulguları



Şekil 3 incelendiğinde çalışmaya katılan bayanların genel sağlıklarından, %45,7'sinin epeyce hoşnut, %35,7'sinin ne hoşnut ne de değil, %10'unun çok az, %8,6'sının çok az ve %1,4'ünün ise hiç hoşnut olmadığı görülmektedir.

**Şekil 4:** Araştırmaya katılan bayanların yaşamında kendisine yakın hissettiği kişilerle yaşadığı zorlukların derecesi frekans analizi bulguları



Şekil 4'de bayanların yaşamında kendisine yakın hissettiği kişilerle yaşadığı zorlukların derecesinin frekans analizi bulguları verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan bayanların %31,4'ü çok az, %18,6'sı hiç yine %18,6'sı çok az, %2,9'u orta derecede, %2,9 'u ise kendine yakın kişilerle aşırı derecede zorluk yaşamaktadır.

#### 4.4. Çalışmaya Katılan Bayanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Değerleri

Sosyodemografik özelliklere göre, yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında, fiziksel alan ve psikolojik alan alt ölçekleri puanları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Ayrıca yaş ile yaşam kalitesi sosyal alan alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

**Tablo 7:** Çalışmaya katılan bayanların yaşlarına göre yaşam kalitesi puanlarının bulguları

<i>Yaşam Kalitesi Alanları</i>	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>ss</i>
<b>Fiziksel Alan</b>			
18 – 29 yaş	10	16,5	1,9
30 – 39 yaş	28	15,6	2,5
40 -49 yaş	21	16,3	1,6
50- 59 yaş	11	14,8	2,2
<b>Psikolojik Alan</b>			
18 – 29 yaş	10	13,5	1,2
30 – 39 yaş	28	13,8	1,5
40 -49 yaş	21	16,7	1,6
50- 59 yaş	11	13,9	2,1
<b>Sosyal Alan</b>			
18 – 29 yaş	10	13,9	1,8
30 – 39 yaş	28	12,8	3,4
40 -49 yaş	21	13,2	3,1
50- 59 yaş	11	12,5	2,6
<b>Çevresel Alan</b>			
18 – 29 yaş	10	13,2	2,6
30 – 39 yaş	28	13,7	2,7
40 -49 yaş	21	14,8	1,8
50- 59 yaş	11	14,9	2,5

$x = \text{Ortalama}$ ,  $ss = \text{Standart Sapma}$

Tablo 7'ye göre, katılımcıların fiziksel alan puan ortalamalarının 18 – 29 yaş arasında  $16,5 \pm 1,9$ , 30 – 39 yaş arasında  $15,6 \pm 2,5$ , 40 – 49 yaş arasında  $16,3 \pm 1,6$ , 50 – 59 yaş arasında  $14,8 \pm 2,2$  olduğu görülmektedir. Psikolojik alan puan ortalamalarının 18 – 29 yaş arasında  $13,5 \pm 1,2$ , 30 – 39 yaş arasında  $13,8 \pm 1,5$ , 40 – 49 yaş arasında  $16,7 \pm 1,6$ , 50 – 59 yaş arasında  $13,9 \pm 2,1$  olduğu görülmektedir. Sosyal alan puan ortalamalarının 18 – 29 yaş arasında  $13,9 \pm 1,8$ , 30 – 39 yaş arasında

12,8±3,4, 40 – 49 yaş arasında 13,2±3,1, 50 – 59 yaş arasında 12,5±2,6 olduğu görülmektedir. Yine çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında 18 – 29 yaş arasında 13,2±2,6, 30 – 39 yaş arasında 13,7±2,7, 40 – 49 yaş arasında 14,8±1,8, 50 – 59 yaş arasında 14,9±2,25 olduğu görülmektedir.

**Tablo 8:** Çalışmaya katılan bayanların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarının bulguları

<i>Yaşam Kalitesi Alanları</i>	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>ss</i>
<b>Fiziksel Alan</b>			
Hiç	1	10,3	-
İlkokul- Ortaokul	34	15,8	1,7
Lise ve Dengi	23	15,4	2,6
Yüksek	12	17	1,9
<b>Psikolojik Alan</b>			
Hiç	1	9,3	-
İlkokul- Ortaokul	34	12,9	1,6
Lise ve Dengi	23	12,9	1,5
Yüksek	12	14	1,6
<b>Sosyal Alan</b>			
Hiç	1	10,8	-
İlkokul- Ortaokul	34	15,6	2,8
Lise ve Dengi	23	13,6	3,8
Yüksek	12	14,2	2,7
<b>Çevresel Alan</b>			
Hiç	1	11,5	-
İlkokul- Ortaokul	34	14,3	2,3
Lise ve Dengi	23	13,8	2,6
Yüksek	12	14,7	2,7

*x = Ortalama, ss = Standart Sapma*

Tablo 8 incelendiğinde, katılımcıların fiziksel alan puan ortalamalarının hiç eğitim almamış olanlarda 10,3±-, ilkokul ve ortaokul mezunlarında 15,8±1,7, lise ve

dengi okul mezunlarında  $15,4\pm 2,6$ , yüksek öğrenim görmüş olanlarda ise  $17\pm 1,9$  olduğu görülmektedir. Psikolojik alan puan ortalamalarının hiç eğitim almamış olanlarda  $9,3\pm$ , ilkokul ve ortaokul mezunlarında  $12,9\pm 1,6$ , lise ve dengi okul mezunlarında  $12,9\pm 1,5$ , yüksek öğrenim görmüş olanlarda ise  $14\pm 1,6$  olduğu görülmektedir. Sosyal alan puan ortalamalarının hiç eğitim almamış olanlarda  $10,8\pm$ , ilkokul ve ortaokul mezunlarında  $15,6\pm 2,8$ , lise ve dengi okul mezunlarında  $13,6\pm 3,8$ , yüksek öğrenim görmüş olanlarda ise  $14,2\pm 2,7$  olduğu görülmektedir. Çevresel alan puan ortalamalarının hiç eğitim almamış olanlarda  $11,5\pm$ , ilkokul ve ortaokul mezunlarında  $14,3\pm 2,3$ , lise ve dengi okul mezunlarında  $13,8\pm 2,6$ , yüksek öğrenim görmüş olanlarda ise  $14,7\pm 2,7$  olduğu görülmektedir.



**Tablo 9:** Çalışmaya katılan bayanların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarının bulguları

<i>Yaşam Kalitesi Alanları</i>	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>s</i>
<b>Fiziksel Alan</b>			
Hiç evlenmemiş	10	16,4	2,4
Evli	55	15,8	2,2
Boşanmış	3	14,5	2,7
Eşi ölmüş	2	16,6	0,8
<b>Psikolojik Alan</b>			
Hiç evlenmemiş	10	13,7	1,9
Evli	55	12,9	1,5
Boşanmış	3	12,9	3,7
Eşi ölmüş	2	13,3	0,9
<b>Sosyal Alan</b>			
Hiç evlenmemiş	10	14	2,3
Evli	55	14,9	3,1
Boşanmış	3	10,7	6,9
Eşi ölmüş	2	17,3	3,6
<b>Çevresel Alan</b>			
Hiç evlenmemiş	10	14,1	2,7
Evli	55	14,2	2,5
Boşanmış	3	12,7	1,2
Eşi ölmüş	2	15,3	1,1

$x = \text{Ortalama}$ ,  $s = \text{Standart Sapma}$ ,  $ns = \text{İstatistiksel olarak fark yok}$

Çalışmaya katılan bayanların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi alt alanlarının puan ortalamaları Tablo 9’da görülmektedir. Medeni duruma bağlı olarak, fiziksel alan puan değerleri hiç evlenmemiş olanlarda  $16,4 \pm 2,4$ , evli olanlarda  $15,8 \pm 2,2$ , boşanmış olanlarda  $14,5 \pm 2,7$ , eşi ölmüş olanlarda ise  $16,6 \pm 0,8$  olduğu görülmektedir. Psikolojik alan puan değerleri hiç evlenmemiş olanlarda  $13,7 \pm 1,9$ , evli olanlarda  $12,9 \pm 1,5$ , boşanmış olanlarda  $12,9 \pm 3,7$ , eşi ölmüş olanlarda ise  $13,3 \pm 0,9$  olduğu görülmektedir. Sosyal alan puan değerleri hiç evlenmemiş olanlarda  $14 \pm 2,3$ , evli olanlarda  $14,9 \pm 3,1$ , boşanmış olanlarda  $10,7 \pm 6,9$ , eşi ölmüş olanlarda

ise  $17,3\pm 3,6$  olduğu görülmektedir. Çevresel alan puan değerleri hiç evlenmemiş olanlarda  $14,1\pm 2,7$ , evli olanlarda  $14,2\pm 2,5$ , boşanmış olanlarda  $12,7\pm 1,2$ , eşi ölmüş olanlarda ise  $15,3\pm 1,1$  olduğu görülmektedir.

#### 4.5. Yaşam Kalitesi Alanları İle Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasında Basit Korelasyon Analizi

Aşağıda detaylı olarak verilen Tablo 10 incelendiğinde, genel olarak bayanların yaşam kalitesi alanları ile fiziksel kapasite değişkenleri arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmektedir. Sadece fiziksel alan toplamı ve psikolojik alan toplamı ile vücut yağ yüzdesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Ayrıca fiziksel alan ile diastolik kan basıncı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır.

Her yaşam kalitesi alt ölçeği ile fiziksel kapasite değişkenleri arasındaki basit korelasyon analizleri sonraki bölümlerde detaylı olarak incelenmiştir.

**Tablo 10:** Yaşam Kalitesi Alanları Ve Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasındaki Basit Korelasyon Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>A</i>	0,02	-0,25*	0,16	0,14	0,12	-0,02	0,24*
<i>B</i>	-0,15	-0,28*	0,21	0,04	-0,12	0,13	0,04
<i>C</i>	-0,22	0,05	-0,06	-0,02	0,01	-0,17	-0,15
<i>D</i>	-0,13	0,03	-0,17	0,10	0,07	0,16	0,11

\*Korelasyon katsayısı 0,05 seviyesinde anlamlıdır.

**1= Esneklik Değeri, 2= Vücut Yağ Yüzdesi Değeri, 3= Aerobik Kapasite, 4= Anaerobik Kapasite, 5= Kalp Atım Hızı, 6= Sistolik Kan Basıncı, 7= Diastolik Kan Basıncı**

*A= Fiziksel Alan Toplam Puanı, B= Psikolojik Alan Puan Toplamı, C= Sosyal Alan Puan Toplamı, D= Çevresel Alan Puan Toplamı*

#### 4.5.1. Fiziksel Alan Puan Toplamı ve Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasındaki Basit Korelasyon Analizi

Tablo 11'a göre fiziksel alan ile fiziksel kapasite değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Detaylı olarak, fiziksel alan toplam puanının esneklik değeri ile ( $r = 0,02$ ;  $p = 0,89$ ), aerobik kapasite ile ( $r = 0,16$ ;  $p = 0,18$ ), anaerobik kapasite ile ( $r = 0,14$ ;  $p = 0,23$ ), kalp atım hızı ile ( $r = 0,12$ ;  $p = 0,32$ ), sistolik kan basıncı ile ( $r = -0,02$ ;  $p = 0,91$ ) arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Ancak, fiziksel alan puan toplamı ve vücut yağ yüzdesi ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,05$ ) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre, vücut yağ yüzdesi arttıkça fiziksel alan puanı düşmektedir. Ayrıca, diastolik kan basıncı ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,04$ ) arasında da düşük düzeyde anlamlı ilişki vardır.

**Tablo 11:** Katılımcıların fiziksel alan ve fiziksel kapasiteleri arasındaki basit korelasyon bulguları

<i>Yaşam Kalitesi Alanı</i>	<i>Fiziksel Kapasite Değişkenleri</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>Yorum</i>
Fiziksel Alan	Esneklik	0,02	0,89	Anlamlı değil
	Vücut Yağ Yüzdesi	-0,25	0,04	Anlamlı-Düşük
	Aerobik Kapasite	0,16	0,18	Anlamlı değil
	Anaerobik Kapasite	0,14	0,23	Anlamlı değil
	KAH	0,12	0,32	Anlamlı değil
	Sistolik Kan Basıncı	-0,02	0,91	Anlamlı değil
	Diastolik Kan Basıncı	0,24	0,04	Anlamlı-Düşük

#### 4.5.2. Psikolojik Alan Puan Toplamını ve Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasındaki Basit Korelasyon Analizi

Tablo 12'e göre psikolojik alan ve fiziksel kapasite değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir. Psikolojik alan toplam puanı ve esneklik değeri ile ( $r = -0,15$ ;  $p = 0,21$ ), aerobik kapasite ile ( $r = 0,21$ ;  $p = 0,08$ ), anaerobik kapasite ile ( $r = 0,04$ ;  $p = 0,74$ ), kalp atım hızı ile ( $r = -0,12$ ;  $p = 0,33$ ), sistolik kan basıncı ile ( $r = -0,13$ ;  $p = 0,30$ ), diastolik kan basıncı ile ( $r = 0,04$ ;  $p = 0,73$ ) arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Bunun yanı sıra, psikolojik alan puan toplamı ve vücut yağ yüzdesi ( $r = -0,28$ ;  $p < 0,05$ ) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Negatif yönde olan bu anlamlı ilişkiye göre, vücut yağ yüzde oranı arttıkça, psikolojik alan puanı düşmektedir.

**Tablo 12:** Psikolojik alan puan toplamı ve fiziksel kapasite değişkenleri arasında basit korelasyon bulguları

<i>Yaşam Kalitesi Alanı</i>	<i>Fiziksel Kapasite Değişkenleri</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>Yorum</i>
Psikolojik Alan	Esneklik	-0,15	0,21	Anlamlı değil
	Vücut Yağ Yüzdesi	-0,28	0,02	Anlamlı-Düşük
	Aerobik Kapasite	0,21	0,08	Anlamlı değil
	Anaerobik Kapasite	0,04	0,74	Anlamlı değil
	KAH	-0,12	0,33	Anlamlı değil
	Sistolik Kan Basıncı	-0,13	0,30	Anlamlı değil
	Diastolik Kan Basıncı	0,04	0,73	Anlamlı değil

#### 4.5.3. Sosyal Alan Puan Toplamı ve Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasında Basit Korelasyon Analizi

Tablo 13 incelendiğinde, sosyal alan toplam puanı ile fiziksel kapasite değişkenleri arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Sosyal alan puanı ve esneklik değeri ile ( $r = -0,22$ ;  $p = 0,06$ ), vücut yağ oranı ile ( $r = 0,05$ ;  $p = 0,68$ ), aerobik kapasite ile ( $r = -0,06$ ;  $p = 0,60$ ), anaerobik kapasite ile ( $r = -0,02$ ;  $p = 0,86$ ), kalp atım hızı ile ( $r = 0,01$ ;  $p = 0,97$ ), sistolik kan basıncı ile ( $r = -0,17$ ;  $p = 0,17$ ), diastolik kan basıncı ile ( $r = -0,15$ ;  $p = 0,23$ ) arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır.

**Tablo 13:** Sosyal Alan Puan Toplamı Ve Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasında Basit Korelasyon Bulguları

<i>Yaşam Kalitesi Alanı</i>	<i>Fiziksel Kapasite Değişkenleri</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>Yorum</i>
Sosyal Alan	Esneklik	-0,22	0,06	Anlamlı değil
	Vücut Yağ Yüzdesi	0,05	0,68	Anlamlı değil
	Aerobik Kapasite	-0,06	0,60	Anlamlı değil
	Anaerobik Kapasite	-0,02	0,86	Anlamlı değil
	KAH	0,01	0,97	Anlamlı değil
	Sistolik Kan Basıncı	-0,17	0,17	Anlamlı değil
	Diastolik Kan Basıncı	-0,15	0,23	Anlamlı değil

#### 4.5.4. Çevresel Alan Puan Toplamı ve Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasında Basit Korelasyon Analizi

Tablo 14’de yer alan verilere göre, çevresel alan puanı ile fiziksel kapasite değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çevresel alan puanı ve esneklik değeri ile ( $r = -0,13$ ;  $p = 0,30$ ), vücut yağ oranı ile ( $r = 0,03$ ;  $p = 0,84$ ), aerobik kapasite ile ( $r = -0,17$ ;  $p = 0,17$ ), anaerobik kapasite ile ( $r = 0,10$ ;  $p = 0,40$ ), kalp atım hızı ile ( $r = 0,07$ ;  $p = 0,56$ ), sistolik kan basıncı ile ( $r = 0,16$ ;  $p = 0,18$ ), diastolik kan basıncı ile ( $r = 0,11$ ;  $p = 0,39$ ) arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır.

**Tablo 14:** Çevresel Alan Puan Toplamı Ve Fiziksel Kapasite Değişkenleri Arasında Basit Korelasyon Bulguları

<i>Yaşam Kalitesi Alanı</i>	<i>Fiziksel Kapasite Değişkenleri</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>Yorum</i>
Çevresel Alan	Esneklik	-0,13	0,30	Anlamlı değil
	Vücut Yağ Yüzdesi	0,03	0,84	Anlamlı değil
	Aerobik Kapasite	-0,17	0,17	Anlamlı değil
	Anaerobik Kapasite	0,10	0,40	Anlamlı değil
	KAH	0,07	0,56	Anlamlı değil
	Sistolik Kan Basıncı	0,16	0,18	Anlamlı değil
	Diastolik Kan Basıncı	0,11	0,39	Anlamlı değil

## V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzde genel sağlık durumu, mental, sosyal, emosyonel ve fiziksel fonksiyonların bileşkesi olarak kabul edilmektedir (İnal, 2007). Bu nedenle yapılan bu çalışmada, Ankara Büyükşehir Belediyesi Demetevler Hanımlar Lokali'nde spor bölümüne üye olan kadınların sosyodemografik özellikleri, fiziksel kapasiteleri, yaşam kaliteleri ve bu değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda, hanımlar lokaline düzenli egzersiz yapmaya gelen, 70 gönüllü bayana yaşam kalitesi anketi ve fiziksel ölçümler uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan bayanların yaş ortalaması,  $39,4 \pm 8,93$  yıl, boy uzunlukları ortalaması  $159,5 \pm 5,84$  cm., vücut ağırlıkları ise  $68,89 \pm 8,93$  kg. olarak tespit edilmiştir (Tablo 1). Bayanların medeni durumlarına bakıldığında ise, %14,3'ü bekar, %78,5'i evli, %4,3'ü boşanmış, %2,9'unun ise eşinin ölmüş olduğu görülmektedir (Tablo 2). %1,4'ünün hiç eğitim almadığı, %48,6'sının ilkökul veya ortaokul mezunu, %32,9'unun lise ve dengi, %17,1'nin ise yüksek öğrenim mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Yapılan fiziksel ölçümler sonucunda, kadınların esneklik değerleri  $33,1 \pm 6,9$  cm, vücut yağ yüzdesi değerleri ortalaması  $22,9 \pm 2,7$  %, aerobik kapasite değerlerinin ortalamaları  $24,6 \pm 3,4$  ml/kg/dk, anerobik güç değerleri  $20,3 \pm 5,7$  kg.m/sn, istirahat kalp atım hızı  $70,8 \pm 10,8$  atım/dk, sistolik kan basıncı  $100,6 \pm 11,1$  mmHg, diastolik kan basıncı ölçümleri ortalaması ise  $75,1 \pm 7,9$  mmHg olarak tespit edilmiştir (Tablo 4). Düzenli fiziksel aktivitenin sağlık üzerine olumlu etkilerinin olduğu yapılan araştırmalarda belgelenmiştir. Obezite ve diabet riskini azaltmanın yanında düzenli fiziksel aktivite, kan basıncını ve kolesterol seviyesini de düşürür (Dishman,2003). Özellikle egzersizin vücut kompozisyonu üzerine etkilerini saptamaya yönelik yapılan birçok araştırma bulgusu egzersiz sonrası vücut kompozisyonunda değişimler ortaya koymaktadır (Yargıcı, 2007).

Zorba ve arkadaşlarının orta yaşlı sedanter bayanlara 8 hafta boyunca haftada 3 gün 45 dakika yüksek tempoda step çalışması uygulamışlar ve dikey sıçrama,

esneklik, aerobik güç değerlerinde anlamlı bir fark bulmuşlardır (Zorba ve ark., 2000).

Yine Dönmez'in yaptığı bir çalışmada, yaş ortalaması  $44,07 \pm 4,15$  olan ve vücut ağırlığı ortalaması  $72,27 \pm 9,01$  olan 30 gönüllü bayan üzerinde haftada 3 gün olmak üzere 12 haftalık egzersiz sonucunda deney grubunda vücut ağırlığında %5.33'lük, vücut yağ yüzdesinde %5,64'lük, istirahat kalp atım sayısında %7.27 atım/dk.'lık, diastolik kan basıncında %4.35 mmHg'lik, sistolik kan basıncında %3.23 mmHg'lik bir azalma görülürken, esneklik değerlerinde %12.66 cm.'lik bir artış tespit edilmiştir (Dönmez, 1998).

Yaşam kalitesini etkileyen diğer unsurlar ise, fiziksel ve psikolojik durum, genel sağlık ve sosyal yaşam olarak sıralanabilir (İnal, 2003). Yaşam kalitesi spor ile yükseliyor; yapılan çalışmalarda, kilo verdimse dahi kadınların egzersiz yaptıkları zaman kendilerini daha iyi hissettiği tespit edilmiştir. Araştırmaların büyük bir bölümünün sonucuna göre düzenli fiziksel aktivite kan basıncını, kolesterolü düşürdüğü, kalp hastalıkları, diyabet ve kanser riskini azalttığı bilinmektedir (Hellmich, 2009). Ayrıca egzersizin zihinsel boyutta da iyileşme sağladığı, kaygı ve stres parametreleri üzerinde etkili olduğuna ilişkin birçok araştırma bulunmaktadır (Yargıcı, 2007).

Dünyada WHOQOL ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalar devam etmektedir. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar, kanser, şizofreni, lepra, diabet, artrit, epilepsi ve yaşlı kişilere ilişkin çalışmalar literatürde yer almaktadır (Karabilgin, 2001). Günümüzde egzersizin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilerinin herkes tarafından bilinmesine rağmen bu alanda yapılan çalışma sayısı özellikle kadınlarda yapılan çalışma sayısı çok azdır.

Çalışmaya katılan kadınların yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puanlarına bakıldığında ise, fiziksel alan puanı  $15,8 \pm 2,17$ , psikolojik alan  $13,1 \pm 1,62$ , sosyal alan  $10,5 \pm 2,51$ , çevresel alan  $14,2 \pm 2,47$  puan olarak belirlenmiştir (Tablo 5). Karabilgin, yaşları 15 – 49 olan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, fiziksel alandan alınan puanların ortalamasını  $10,2 \pm 2,44$ , psikolojik alandan alınan puanların



ortalamasını  $10.8 \pm 2.41$ , sosyal alandan alınan puanların ortalamasını  $10.6 \pm 3.29$ , çevresel alandan alınan puanların ortalamasını ise  $8.6 \pm 2.62$  olarak tespit etmiştir.

Bu bulgulara bakılarak çalışmamızda yaşam kalitesi değerleri sosyal alan hariç (eşit), her alanda daha yüksek bulunmuştur. Bu farkı, katılımcıların düzenli egzersiz yapmalarına bağlayabiliriz. Araştırmacılar, hayatın her alanında: çeviklik, enerji, genel sağlık, zihinsel sağlık, duygusal sağlık ve tüm sosyal alanlarda, yaşam kalitesinin düzenli spor ile arttığını belirtilmektedir. Yapılan bir araştırma sonucuna göre, spora başlayan kadınların hareketsiz hayatlarına oranla daha enerjik ve ruhsal olarak daha iyi oldukları saptanmıştır (Hellmich, 2009).

Blacklock ve arkadaşları tarafından Kolombiya'daki yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada, fiziksel aktivite (yürüyüş de içeren) ile sağlık ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu araştırma özellikle yürüyüş egzersizi ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki çerçevesinde genişletilmiştir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bileşenlerinden olan yaşama gücü, sosyal iyilik ve genel sağlık ile yürüyüş ve yürüyüş içeren fiziksel aktiviteler arasında benzer, olumlu gelişmeler saptanmıştır. Fakat genel sağlık hariç olmak üzere, toplam fiziksel aktivitelerde sadece yürüyüş egzersizlerine göre daha yüksek sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi değerleri saptanmıştır (Blacklock ve ark, 2007).

Tessier ve arkadaşları tarafından sağlık ilişkili yaşam kalitesini 8 boyutta ölçen yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) ile yapılan bir çalışmada, Fransa'da yaşayan yetişkin bireylerin 3 yıl boyunca serbest zamanlarında fiziksel aktivitenin sağlık ilişkili yaşam kalitesini etkileyip etkilemediği üzerine medikal bir çalışma yapmışlardır. 3 yıl boyunca artan serbest zaman fiziksel aktivite ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçümlerinde : "fiziksel aktiflik, zihinsel sağlık, her iki cins için de canlılık ve sadece kadınlar için sosyal hareketlilik" değerlerinde yüksek oranlarda artış tespit edilmiştir. Bunun yanında erkeklerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, kadınlara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fakat yaşam kalitesindeki değişiklikler her iki cins için de benzer bulunmuştur ( Tessier ve ark., 2007)

Baştuğ, fibromiyaljili tanısı konmuş olan 27 gönüllü kadınla yaptığı bir çalışmada, kalistenik egzersiz eğitiminin hastaların semptomlarında bir artış

sağlamadan, fonksiyonellik, yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinde, kavrama kuvveti ve esneklikte gelişme sağlandığını belirtmiştir (Baştuğ, 2007).

Yine, yüksek kan basıncı olan, aşırı kilolu 464 sedanter (45-70 yaş) bayan üzerinde, Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün (NIH), haftanın çoğu gününde 30 dakika orta şiddette egzersiz yapılmalı, önerisinin geçerliliği değerlendirilmiştir. Katılımcılar, egzersiz yapmayan, NIH yönergesinin %50'sini uygulayan, NIH yönergesini eksiksiz uygulayan ve NIH yönergesinin %150 oranında uygulayan olmak üzere, 4 gruba ayrılmıştır. 6 ay boyunca haftada 3-4 kez egzersiz yaptırılmıştır. Çalışma sonunda ruhsal ve fiziksel iyilik hali ölçülmüş ve daha çok egzersiz yapanların yaşam kalitelerinin daha fazla geliştiğini belirtmişlerdir (Environmenatl Nutrition, 2009).

WHOQOL-BREF ölçeği ile değerlendiren fakat puanlamaya katılmayan soruların dağılımlarına bakıldığında, bayanların %2,9'unun çok kötü, %1,4'ünün biraz kötü, %57,1'inin ne iyi ne kötü, %34,3'ünün oldukça iyi, %4,3'ünün çok iyi genel yaşam kalitesine sahip olduklarını belirttikleri görülmektedir (Şekil 1). Genel sağlık durumlarından ise, %1,4'ünün hiç hoşnut olmadığı, %10'unun çok az hoşnut, %35,7'sinin ne hoşnut, ne de değil, %45,7'sinin epeyce hoşnut, %8,6'sının ise çok hoşnut olduğu tespit edilmiştir (Şekil 2). Buna göre bayanların genel olarak yaşam kalitelerinden ve sağlık algılarından memnun oldukları anlaşılmaktadır. Yine yaşamında kendisine yakın hissettiği kişilerle yaşadığı zorlukların derecesinin dağılıma bakıldığında, %18,6'sının hiç, %31,4'ünün çok az, %2,9'unun orta derecede, %18,6'sının çokça, %2,9'unun aşırı derecede zorluk yaşadığı görülmektedir (Şekil 3).

Katılımcıların yaş, eğitim durumu ve medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında, yaş gruplarına göre fiziksel alan puan ortalamalarının 18 – 29 yaş arasında  $16,5 \pm 1,9$ , 30 – 39 yaş arasında  $15,6 \pm 2,5$ , 40 – 49 yaş arasında  $16,3 \pm 1,6$ , 50 – 59 yaş arasında  $14,8 \pm 2,2$  olduğu görülmektedir. Psikolojik alan puan ortalamalarının 18 – 29 yaş arasında  $13,5 \pm 1,2$ , 30 – 39 yaş arasında  $13,8 \pm 1,5$ , 40 – 49 yaş arasında  $16,7 \pm 1,6$ , 50 – 59 yaş arasında  $13,9 \pm 2,1$  olduğu görülmektedir. Sosyal alan puan ortalamalarının 18 – 29 yaş arasında  $13,9 \pm 1,8$ , 30 – 39 yaş arasında  $12,8 \pm 3,4$ , 40 – 49 yaş arasında  $13,2 \pm 3,1$ , 50 – 59 yaş arasında  $12,5 \pm 2,6$  olduğu

görülmektedir. Yine çevresel alan puan ortalamalarına bakıldığında 18 – 29 yaş arasında  $13,2\pm 2,6$ , 30 – 39 yaş arasında  $13,7\pm 2,7$ , 40 – 49 yaş arasında  $14,8\pm 1,8$ , 50 – 59 yaş arasında  $14,9\pm 2,25$  olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Eğitim durumlarına göre, fiziksel alan puan ortalamalarının hiç eğitim almamış olanlarda  $10,3\pm$ -, ilkokul ve ortaokul mezunlarında  $15,8\pm 1,7$ , lise ve dengi okul mezunlarında  $15,4\pm 2,6$ , yüksek öğrenim görmüş olanlarda ise  $17\pm 1,9$  olduğu görülmektedir. Psikolojik alan puan ortalamalarının hiç eğitim almamış olanlarda  $9,3\pm$ -, ilkokul ve ortaokul mezunlarında  $12,9\pm 1,6$ , lise ve dengi okul mezunlarında  $12,9\pm 1,5$ , yüksek öğrenim görmüş olanlarda ise  $14\pm 1,6$  olduğu görülmektedir. Sosyal alan puan ortalamalarının hiç eğitim almamış olanlarda  $10,8\pm$ -, ilkokul ve ortaokul mezunlarında  $15,6\pm 2,8$ , lise ve dengi okul mezunlarında  $13,6\pm 3,8$ , yüksek öğrenim görmüş olanlarda ise  $14,2\pm 2,7$  olduğu görülmektedir. Çevresel alan puan ortalamalarının hiç eğitim almamış olanlarda  $11,5\pm$ -, ilkokul ve ortaokul mezunlarında  $14,3\pm 2,3$ , lise ve dengi okul mezunlarında  $13,8\pm 2,6$ , yüksek öğrenim görmüş olanlarda ise  $14,7\pm 2,7$  olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi alt alanlarının puan ortalamalarına bakıldığında ise fiziksel alan puan değerleri hiç evlenmemiş olanlarda  $16,4\pm 2,4$ , evli olanlarda  $15,8\pm 2,2$ , boşanmış olanlarda  $14,5\pm 2,7$ , eşi ölmüş olanlarda ise  $16,6\pm 0,8$  olduğu görülmektedir. Psikolojik alan puan değerleri hiç evlenmemiş olanlarda  $13,7\pm 1,9$ , evli olanlarda  $12,9\pm 1,5$ , boşanmış olanlarda  $12,9\pm 3,7$ , eşi ölmüş olanlarda ise  $13,3\pm 0,9$  olduğu görülmektedir. Sosyal alan puan değerleri hiç evlenmemiş olanlarda  $14\pm 2,3$ , evli olanlarda  $14,9\pm 3,1$ , boşanmış olanlarda  $10,7\pm 6,9$ , eşi ölmüş olanlarda ise  $17,3\pm 3,6$  olduğu görülmektedir. Çevresel alan puan değerleri hiç evlenmemiş olanlarda  $14,1\pm 2,7$ , evli olanlarda  $14,2\pm 2,5$ , boşanmış olanlarda  $12,7\pm 1,2$ , eşi ölmüş olanlarda ise  $15,3\pm 1,1$  olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Arslantaş ve arkadaşlarının Eskişehir Mahmudiye İlçesi'ndeki 65 yaş üzeri yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmada, yaşam kalitesi puan ortalamaları dul olanlarda ve öğrenimi düşük olanlarda daha düşük bulunmuştur. Bu durum yaşın yansımalarının yanı sıra, yaşam kalitesi alan puanlarına direkt olarak medeni durum ve öğrenim durumunun etkisinden de olabilir. Tayvan'da yapılan çalışmada yaşam kalite alan

puan ortalamalarının öğrenim düzeyi düştükçe azaldığı bildirilmiştir (Arslantaş, Metintaş, Ünsal, Kalyoncu, 2005).

Akal, Sivas il merkezinde bulunan, toplam 10 sağlık ocağında kayıtlı 12.344, 65 yaş ve üzeri bireyler üzerinde yaptığı yaşam kalitesi değerlendirilmesiyle ilgili çalışmada, bireylerin medeni duruma göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sosyal fonksiyon ve mental sağlık farklılığın önemsiz, diğer parametreler yönünden farklılığın önemli, dul olanların yaşam kalitesi puanlarının evli olanlara göre daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bireylerin eğitim düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlaması, mental sağlık yönünden gruplar arası farklılığın önemsiz, fiziksel fonksiyon puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılığın önemli bulunduğu, eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının arttığını saptamıştır (Akal, 2005).

Karabilgin, yaşları 15 – 49 olan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, eğitim durumu ile fiziksel alanda alınan yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Ortaokul ve üstü eğitimi olan kadınların fiziksel alanda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon ve genel sağlık dışındakilerde alınan puanlar arasındaki fark ise küçük olarak belirlenmiştir (Karabilgin, 2001).

Yeni Zelanda’da yapılan bir çalışmada özellikle fiziki sağlık ile ilgili 4 skalada eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Akal, 2005).

İnal ve arkadaşlarının 65 yaş ve üzeri 30 gönüllü yaşlı ile yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların yaşam memnuniyet testinden daha yüksek puan almalarına karşın, medeni durum ile yaşam memnuniyeti arasında anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır (İnal, 2003).

Çalışmada, araştırma grubunun yaşam kalitesi alanları ile fiziksel kapasite değişkenleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre ise, genel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır (Tablo 10).

Fiziksel alan toplam puanının esneklik değeri, aerobik kapasite, anaerobik kapasite, kalp atım hızı, sistolik kan basıncı ile arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Ancak, fiziksel alan puan toplamı ve vücut yağ yüzdesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ( $p < 0,05$ ). Buna göre, vücut yağ yüzdesi arttıkça fiziksel alan puanı düşmektedir. Vücuttaki yağ dokuları oranının fazla olması kişinin çalışma kapasitesini düşürür ve fazla vücut ağırlığı, vücut hareket ederken yapılan harekete ekstra yük ekler (Çolakoğlu, 2003). Ayrıca vücuttaki yağ oranı arttıkça; kullanılan yağsız vücut kitlesi, vücut ağırlığının kilogramı başına düşen aerobik kapasiteyi azaltır, dolayısıyla bir kilogram vücut kütlelerini hareket ettirmek için gerekli oksidatif enerji metabolizması düşer (Zorba, 2001). Diastolik kan basıncı ile fiziksel alan arasında da düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < 0,04$ ).

Psikolojik alan ve fiziksel kapasite değişkenleri karşılaştırıldığında genel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir. Psikolojik alan toplam puanı ve esneklik değeri, aerobik kapasite, anaerobik kapasite, kalp atım hızı, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ile arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Fakat fiziksel kapasite değişkenlerinden vücut yağ yüzdesi ile psikolojik alan puan toplamı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ( $p < 0,05$ ). Negatif yönde olan bu anlamlı ilişkiye göre, vücut yağ yüzde oranı arttıkça, psikolojik alan puanı düşmektedir. Bayanların fiziksel aktivitelere katılma sebeplerinin en başında fiziksel görünümünden duydukları rahatsızlık ve öncelikle buna sebep olan aşırı yağ dokusundan kurtulmak gelmektedir (Cicioğlu, Sökmen, Onay, 2005).

Araştırmaya katılan bayanların, sosyal alan puan ortalaması ile esneklik değeri, vücut yağ oranı, aerobik kapasite, anaerobik kapasite, kalp atım hızı, sistolik kan basıncı ve diastolik kan basıncı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır.

Aynı şekilde çevresel alan puanı ile fiziksel kapasite değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çevresel alan puanı ve esneklik değeri, vücut yağ oranı, aerobik kapasite, anaerobik kapasite, kalp atım hızı, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ile arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır.

Sonuç olarak; hem yapılan literatür taramasından hem de yapılan bu çalışmada fiziksel kapasite ve yaşam kalitesi arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Özellikle vücut yağ yüzdesinin düşük değerde olması bayanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Sağlıklı ve kaliteli bir yaşam için fiziksel kapasitenin önemli olduğu ve sağlıklı bir toplum için düzenli egzersizin bir yaşam tarzı haline getirilmesi gerektiği söylenebilir.

Yapılan bu çalışma sonucunda, hem elde edilen bulgular hem de yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite alanında yapılmış olan araştırmalar doğrultusunda ileriki çalışmalar için bazı öneriler aşağıda sıralanmıştır:

1. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında kadınlara sunulacak hizmetlerin planlanması ve uygulanmasında geniş bir bakış açısı sağlanmalı, yaşam kalitesine etki eden etkenler göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gerekmektedir.
2. Egzersizin kadınların yaşam kaliteleri üzerine olumlu etkileri göz önüne alınarak kadınların sağlık ve bireysel sınırlılıklarına uygun egzersiz programları hazırlanmalıdır.
3. Sağlığı geliştirme ve koruma davranışları arasında önemli bir yeri olan fiziksel aktivitede bulunma davranışlarının geliştirilebilmesi için öncelikle uygun tesislerin yapılması gerekmektedir.
4. Çoğu kadının egzersiz yapmaya fazla kilolarından kurtulmak için geldiği göz önüne alındığında, amaca uygun egzersiz programları hazırlanmalıdır.
5. Yapılmış olan bu çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular göz önünde bulundurulduğunda, toplumumuzda kadınların düzenli egzersizi bir yaşam tarzı haline getirmeleri konusunda çalışmalar yapılabilir.

## KAYNAKÇA

1. Acaray, A. (2003). Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin belirlenmesi ve hasta yakınlarının hastalara ilişkin algıladıkları yaşam kalitesi görüşleri ile karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
2. Acree, L. S., Longfors, J., Fjeldstad, A. S., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., et al. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. BioMed Central, 1-6
3. Açıkada, C., Ergen, E. (1990). *Bilim ve Spor*. Ankara: Büro-tek Ofset
4. Akal, Ç. (2005). Evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesine etki eden etmenlerin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sivas
5. Akgün, N. (1992). *Egzersiz Fizyolojisi*. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları
6. Akgün, N. (1994). *Egzersiz ve Spor Fizyolojisi*. C.2, İzmir: 5. Baskı
7. Akyol, A. (1993). Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. İzmir: *E.Ü.H.Y.O. Yayını*, 9 (3), 71 – 75
8. Altun, P. (1998). Orta yaşlı sedanter bayanlarda 3 aylık egzersizin bazı fiziksel ve fizyolojik parametreler üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Samsun
9. Arslan, B., Kutsal, G.Y. (1999). Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2 (4), 173-178

10. Arslantaş, D., Metintaş, S., Ünsal, A., Kalyoncu, C. (2006). Eskişehir Mahmudiye İlçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28 (2), 81-89
11. Aydın, D. Z. (2006). Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13 (4), 43 – 49
12. Baştuğ, Ö. Z. (2007). Fibromiyaljili kadınlarda kalistenik egzersiz eğitiminin ağrı, kardiyorespiratuar endurans, fiziksel yetersizlik, yaşam kalitesi, depresyon ve kaygı üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Programı, Ankara
13. Behavioral Risk Factor Surveillance System, Surveillance for Certain Health Behaviors Among Selected Local Areas—United States, Behavioral Risk Factor Surveillance System. (2002). Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 53, No SS-05
14. Blacklock, R. E., Rhodes, R. E., & Brown, S. G. (2007). Relationship between regular walking, physical activity, and health-related quality of life. *Journal of Physical Activity and Health*, 4, 138-152.
15. Blair, S. N., Kohl, H. W., Paffenbarger, R. S., Clark, K. H., & Gibbons, L. W. (1989). Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and women. *Journal of the American Medical Association*, 262, 2395-2401
16. Carothers, C. de S. L. (2008). Minimum levels of physical activity and perceived quality of life. Master of Science (Recreation and Leisure Studies), University Of North Texas
17. Ceviz, D. (2008). Kamuda çalışan erkek ve kadınların fiziksel uygunluk, beslenme ve spor alışkanlıklarının değerlendirilmesi (Elazığ ili örneği). Yüksek



Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı, Elazığ

18. Cicioğlu, İ., Sökmen, T., Onay, M. (2005). Aerobik dansın orta yaş bayanlarda bazı fiziksel-fizyolojik parametreler ve kronik kalp hastalığı risk faktörleri üzerine etkileri. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 1, 65 – 72
19. Çilli, M. (1997). Yükseltinin dolaşım ve solunum parametrelerine etkisi. Eskişehir: *Anadolu Yayınevi*
20. Çolakoğlu, F., Hazar, S. (2004). Orta yaş sedanter bayanlarda sekiz haftalık aerobik egzersizle meydana gelen EKG değişiklikleri. *Kastamonu Education Journal*, 2(2)
21. Çolakoğlu, F. (2003). Sekiz haftalık aerobik egzersiz programının sedanter orta yaşlı bayanların bazı fiziksel, fizyolojik ve kan parametreleri üzerine etkileri. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Ankara
22. Dishman, R. K. (2003). The impact of behavior on quality of life. *Quality of Life Research*, 12, 43-49
23. Dönmez, G. (1998). Kalistenik çalışmaların orta yaşlı sedanter bayanların fizyolojik ve fiziksel parametreleri üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı, Ankara
24. Duncan, J. J., Gordon, N. F., & Scott, C. B. (1991). Women walking for health and fitness: How much is enough? *Journal of the American Medical Association*, 266, 3295-3299
25. Durusoy, F. (1985). Genç Kadın ve Spor. *Spor Hekimliği Dergisi*, 20 (4), 151 – 155

26. Environmental Nutrition. (2009). Exercise holds key to better quality of life. The Newsletter of Food, *Nutrition and Health*, 32(4)
27. Erboz S. (1998). Dermatoloji Staj Rehberi. *E. Ü. Tıp Fakültesi Yayını*, 37-48
28. Ergen, E., Demirel, H., Güner, R., Turnagöl, H., Başoğlu, S., Zergeroğlu, A.M., Ülker, B. (2002). *Egzersiz Fizyolojisi Ders Kitabı*. Ankara: Nobel Kitapevi, 181-182
29. Ergun, N., Baltacı G. (1997). Spor yaralanmalarında fizyoterapi ve rehabilitasyon prensipleri, *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, Ankara
30. Erkan N. (2000). *Yaşam Boyu Spor*. Bağırhan Yayinevi, Ankara: Sporsal Kuram Dizisi: 12
31. Eski, S. (1999). Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara
32. Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Eser, E., Göker, E. (1999). Yaşam kalitesinin ölçülmesi: WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF, *3P Dergisi*, 5-13
33. Fidaner, H., ve ark. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri, *3P Dergisi*, 23-40
34. Frisch, M. B. (1994). *Quality of Life Inventory: Manual and treatment guide*. Minneapolis, MN: NCS Pearson, Inc.
35. Gökdemir, K. (1991). Karakucak güreş projesi doğrultusunda müsabaka yöntemi ile seçilmiş olan erkek çocukların bazı fizyolojik özelliklerinin yetenek

seçimindeki etkisinin araştırılması. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, İstanbul

36. Gökmen, H., Karagül, T., Aşçı, H. (1995). *Psikomotor Gelişim*. T.C Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Ankara
37. Gupta, M. A., Gupta, A. K. (1995) Age and Gender Differences In The Impact Of Psoriasis On Quality Of Life, *International Journal Of Dermatology*, 34 (10), 700 – 703
38. Günay, M., Tamer, K., Cicicoğlu, İ. (2006). *Spor Fizyolojisi Ve Performans Ölçümü*. Ankara: Gazi Kitapevi
39. Günay, M. ve ark. (2008). Yaşlıların fiziksel performans test skoruna göre fiziksel uygunluk düzeylerinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 11 (2), 72 – 81
40. Haskell, WL., Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA., Heath GW, Thompson PD, Bauman A. (2007). American College of Sports Medicine; American Heart Association., Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. 116(9), 1081-93
41. Heipertz, B., Böhmer, D. (1985). *Spor Hekimliği*. (Çeviren: Arman, M.,İ.), Kırklareli: Sermet Matbaası, 110 - 115
42. Hellmich, N. (2009). Quality of life improves with exercise; Study finds women feel better even if they do not lose weight. *USA TODAY*, McLean, D.5
43. İnal, S. ve ark. (2003). Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6 (3)3, 95

44. İri, R. (2007). Yürüyüş egzersizinin 18-22 yaş arası bayanların bazı fiziksel ve fizyolojik parametrelere etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Kütahya
45. Janse, A. J., Gemke, R. J., Uiterwaal, C. S., Tweel, I., Kimpen, J. L., Sinnema, G. (2004). Quality Of Life: Patients and Doctors Don't Always Agree: A Meta Anlysis. *Journal Of Clinical Epidemiology*, 57 (7), 653 – 661
46. Kamil, Ö. (2001). *Fiziksel Uygunluk*, Nobel Yayınları, Ankara
47. Karabilgin, S. Ö. (2001). Balatçık Sağlık Ocağı bölgesinde 15 – 49 yaş kadınlarda depresyon prevalansı ve WHOQOL-BREF ölçeği ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Programı, İzmir
48. Karamanoğlu, A. E. (1999). Kemoterapi alan kanser hastalarında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, İstanbul
49. Kayıhan, G. (2007). Ankara Polis Koleji öğrencilerinin fiziksel uygunluk düzeylerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Ankara
50. Koç, H. (1997). *Egzersiz Fizyolojisi Ders Notları*. Kütahya: Tekin Ofset
51. Lustyk, K. B., Widman, L., Paschane, A. A., & Olson, K. C. (2004). Physical activity and quality of life: Assessing the influence of activity frequency, intensity, volume, and motives, *Behavioral Medicine*, 30, 124-131
52. Martin Ginis, K. A., Latimer, A. E., McKechnie, K., Ditor, D. S., McCartney, N., Hicks, A. L., et al. (2003). Using exercise to enhance subjective well-being

among people with spinal cord injury: The mediating influences of stress and pain. *Rehabilitation Psychology*, 48, 157-164

53. Müftüler, M. (2008). Muğla Üniversitesi'nde okuyan öğrencilerin çoklu zekâ alanlarına göre rekreasyon tercihlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rekreasyon Anabilim Dalı, Muğla
54. Önder, U. Ö. (2007). Ankara birinci lig takımlarında oynayan bayan voleybolcuların bazı fiziksel ve fizyolojik parametrelerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı, Ankara
55. Özpancar, N. (2005). Hipertansiyonu olan hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
56. Pangrazi, R. et al. (2002). Factors that influence physical fitness in children and adolescents, health benefits of physical activity and fitness in children. *Fitnessgram Reference Guide Dallas*, The Cooper Institute
57. Peker, İ., Cicioğlu, F., Buruk, Ş. (2000). Egzersiz ve Egzersiz + Diyetin Kan Lipidleri Üzerine Etkisi. *Spor Araştırmaları Dergisi*, 4(2):33-46
58. Pınar, R. (1995). Diabetes mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Ana Bilim Dalı, İstanbul
59. Solak, H. (1995). *Kroner Arter Cerrahisi*, Konya: Gökçe Ofset
60. Sevim, Y.(2002). *Antrenman Bilgisi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım

61. Tamer, K. (2000). *Sporda Fiziksel–Fizyolojik Performansın Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi*. Ankara: Bağrgan Yayınevi
62. Taşçı, S. (1998). Kronik böbrek yetmezliğindeki hastaların yaşam kaliteleri. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Anabilim dalı, Ankara
63. Telatar, G. T. (2007). Sanayide çalışan 20–24 yaş grubu erkeklerin yaşam kalitesi ve riskli davranışlarının belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara
64. Tessier, S., Vuillemin, A., Bertrais, S., Boini, S., Le Bihan, E., Oppert, J., et al. (2007). Association between leisure-time physical activity and health-related quality of life changes over time. *Preventive Medicine*, 44, 202-208.
65. Ural, A., Kılıç, İ. (2005). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi: SPSS 12.0 for Windows*, Ankara: Detay Yayıncılık
66. Uslu, D. (2004) Bayanlarda Kuvvet. *Hacettepe Üniversitesi Bilim ve Spor Teknolojisi Dergisi*, 32, 17 – 33
67. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). (1996). Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: HHS, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
68. U.S. Department of Health and Human Services. (1996). Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services Centers for Chronic Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, International Medical Publishing

69. Wei, M., Kampert, J. B., Barlow, C. E., et al. (1999). Relationship between low cardiorespiratory fitness and mortality in normal-weight, overweight, and obese men. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1547-1553.
70. Yargıcı, S. (2007). Kadınlarda farklı egzersiz yöntemlerinin seçilmiş fiziksel, fizyolojik uygunluk ve psikolojik parametreler üzerine etkilerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Ankara
71. Yoke, M. (2003). *A guide to personal fitness training*. California: Aerobics and Fitness Association of America
72. Zorba, E., Yıldırım, S., Saygın, Ö., Yaman, R., Yıldırım, K. (2000). Orta yaşlı sedanter bayanlarda step çalışmasının bazı fizyolojik, motorik ve yapısal değerlere etkisi. 26-27 Mayıs, Ankara: 1. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Kongresi
73. Zorba, E. (2001). *Fiziksel Uygunluk*; Gazi Kitapevi Yayınlar, Muğla
74. Zorba Erdal. (2004). *Yaşam Boyu Spor*. İstanbul: Marmara Yayınları
75. <http://www.mavi-yesil.com.tr/icerik-10.05.2009>
76. [www.yaslilikrehberi.org.tr/UserFiles/File/495-YASAM KALITESI.doc-10.05.2009](http://www.yaslilikrehberi.org.tr/UserFiles/File/495-YASAM%20KALITESI.doc-10.05.2009)
77. <http://www.nhs.uk/Livewell/fitness/Pages/Whybeactive.aspx-13.05.2009>
78. <http://www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volume2/22Physical.htm-13.05.2009>
79. <http://sbe.dpu.edu.tr/9/239.pdf-13.05.2009>
80. <http://americanheart.mediaroom.com-28.05.2009>

**EKLER**

**EK 1**

**WHOQOL-BREF YAŞAM KALİTESİ ANKETİ**



**YAŞAM KALİTESİ (WHOQOL-BREF)**

Lütfen **bütün soruları**, size en uygun gelen şekilde cevaplayınız. Soruları cevaplarken lütfen yaşamınızın **son iki haftasını göz önüne alınız**.

1) Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

1. Çok kötü
2. Biraz kötü
3. Ne iyi, ne kötü
4. Oldukça iyi
5. Çok iyi

2) Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil
2. Çok az hoşnut
3. Ne hoşnut, ne değil
4. Epeyce hoşnut
5. Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı sorgulamaktadır.

3) Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

4) Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

5) Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

6) Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

7) Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

8) Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

9) Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi sorgulamaktadır.

**10) Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?**

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Tamamen

**11) Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?**

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Tamamen

**12) İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?**

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Tamamen

**13) Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?**

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Tamamen

**14) Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?**

1. Hiç
2. Çok az
3. Orta derecede
4. Çokça
5. Tamamen

Aşağıdaki sorularda son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

**15) Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yere gidebilme) beceriniz nasıldır?**

1. Çok kötü
2. Biraz kötü
3. Ne iyi, ne kötü
4. Oldukça iyi
5. Çok iyi

**16) Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?**

1. Hiç hoşnut değil
2. Çok az hoşnut
3. Ne hoşnut, ne değil
4. Epeyce hoşnut
5. Çok hoşnut

**17) Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?**

1. Hiç hoşnut değil
2. Çok az hoşnut
3. Ne hoşnut, ne değil
4. Epeyce hoşnut
5. Çok hoşnut

**18) İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?**

1. Hiç hoşnut değil
2. Çok az hoşnut
3. Ne hoşnut, ne değil
4. Epeyce hoşnut
5. Çok hoşnut

**19) Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?**

1. Hiç hoşnut değil
2. Çok az hoşnut
3. Ne hoşnut, ne değil
4. Epeyce hoşnut
5. Çok hoşnut

**20) Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?**

1. Hiç hoşnut değil
2. Çok az hoşnut
3. Ne hoşnut, ne değil
4. Epeyce hoşnut
5. Çok hoşnut

**21) Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**

1. Hiç hoşnut değil
2. Çok az hoşnut
3. Ne hoşnut, ne değil
4. Epeyce hoşnut
5. Çok hoşnut

**22) Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?**

1. Hiç hoşnut değil
2. Çok az hoşnut
3. Ne hoşnut, ne değil
4. Epeyce hoşnut
5. Çok hoşnut

**23) Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?**

1. Hiç hoşnut değil
2. Çok az hoşnut
3. Ne hoşnut, ne değil
4. Epeyce hoşnut
5. Çok hoşnut

**24) Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**

1. Hiç hoşnut değil
2. Çok az hoşnut
3. Ne hoşnut, ne değil
4. Epeyce hoşnut
5. Çok hoşnut

**25) Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**

1. Hiç hoşnut değil
2. Çok az hoşnut
3. Ne hoşnut, ne değil
4. Epeyce hoşnut
5. Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkla hissettiğiniz ya da yaşadığınızla ilişkilidir.

**26) Ne sıklıkla hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?**

1. Hiçbir zaman
2. Nadiren
3. Ara sıra
4. Çoğunlukla
5. Her zaman

**27) Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?**

- 1. Hiç**
- 2. Çok az**
- 3. Orta derecede**
- 4. Çokça**
- 5. Aşırı derecede**