1.

MÜCAHİT ÇİĞDEM	**HASTANEYE AYAKTAN BAŞVURAN BİREYLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTELERİNE ETKİSİ SİVAS ÖRNEĞİ**	**CÜSBE SİVAS 2019**

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANEYE BAŞVURAN BİREYLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN, YAŞAM KALİTELERİNE ETKİSİ, SİVAS ÖRNEĞİ

MÜCAHİT ÇİĞDEM

YÜKSEKLİSANS TEZİ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR
ANA BİLİM DALI

TEZDANIŞMANI
DR.ÖĞR.ÜYESİ ZÜHAL YURTSIZOĞLU

SİVAS 2019

“Hastaneye Başvuran Bireylerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin, Yaşam Kalitelerine Etkisi, Sivas Örneği” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Beden Eğitimi ve Spor** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____

Üye _____

Üye (Danışman) _____

ONAY

Bu tez çalışması, …….. Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimde bana kazandırdığı değerler ve tez aşamamda desteğini hiç esirgemeyen, kapısını her çaldığımda bana zaman ayıran, tez çalışmam süresince tez konumu daha iyi anlamam için, alan yazın desteği sağlayan, yazım aşamasında, desteklerini ve tecrübelerini paylaşan, tüm sorularıma sabırla yanıtlar veren değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zühal Yurtsızoğlu'na teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma yöntemlerinde ve istatistiksel süreçlerde, her zaman yanımda olan çok kıymetli Dr. Öğr. Üyesi Ziynet Çınar'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Üzerimdeki haklarının en küçük parçasını bile ne yaparsam yapayım ödeyemeyeceğimi bildiğim, tüm akademik hayatım boyunca maddi manevi desteklerini hiç esirgemeyen başta babam Ziya Çiğdem'e ve annem Emine Çiğdem olmak üzere, tüm bu süreçte yanımda olan ve motivasyonumu yüksek tutmamı sağlayan, sevgisini ve içtenliğini her zaman hissettiğim eşim Cansu Çiğdem'e ve kızım Beren Çiğdem'e teşekkür ve şükranlarımı sunuyorum.

ÖZET

HASTANEYE BAŞVURAN BİREYLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN, YAŞAM KALİTELERİNE ETKİSİ, SİVAS ÖRNEĞİ

Mücahit ÇİĞDEM
Yüksek Lisans Tezi
Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Zühal YURTSIZOĞLU
2019, 95 Sayfa

Bu araştırma hastaneye başvuran bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin, yaşam kalitelerine etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Bu nedenle öncelikle katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kaliteleri araştırılmıştır. Daha sonra katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler bazı demografik özellikler yönünden incelenmiştir.

Araştırmada, tarama modeli uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini 2019 yılı Sivas Merkez kamu ve özel hastanelere ayakta tedavi olmak amacıyla başvuran yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise veri toplama tarihlerinde (1 hafta boyunca 09.00-17.00 saatleri arasında) hastaneye ayakta tedavi olmak için gelen yetişkin hastalardan gönüllü olan 352 birey (164 erkek, 188 kadın) oluşturmaktadır.

Araştırmada, hastaların demografik özelliklerini belirlemek için on dört sorudan oluşan kişisel bilgi formu, hastaların fiziksel aktivite düzeyini ölçmek amacıyla IPAQ (Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi) kısa formu ve yaşam kalitesi düzeylerini ölçmek amacıyla da SF-36 (Short Form-36), yaşam kalitesini değerlendirme anketi kullanılmıştır.

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences 22.0) programına yüklenmiş ve bu program aracılığıyla analiz edilmiştir. Araştırmada yüzde ve frekans değeri tespit edilmiştir. Ayrıca bağımlı ve bağımsız değişkenlerin arasında anlamlı farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla anova ve t test değerleri kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinden Kolmogorov Smirnov testi, ölçümle elde edilmiş bir değişken yönünde bağımsız iki grup karşılaştırılırken Mann-Whitneyy-U testi, ölçümle elde edilmiş bir değişken yönünden bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılırken Kruskall-wallis testi, farklılık yapan grup ya da grupları bulabilmek için Tukey ve Mann-Whitneyy-U testi kullanılmıştır. Veriler tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değer, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilmiştir ve yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Elde edilen veriler sonucunda yaşam kalitesi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye ayaktan başvuran bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin genel anlamda düşük olduğu ve yaşam kalitelerinin de aynı oranda değiştiği tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşları arttıkça fiziksel aktivite düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin düştüğü tespit edilmiştir. Kadınların erkeklerden ve bekarların evlilerden daha aktif oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yaşam kaliteleri incelendiğinde fiziksel ve mental sağlık kategorilerindeki anlamlı fark gençlerin, kadınların ve evli olmayanların lehine olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, Yaşam kalitesi, Sağlık, Spor, Hastane, Sivas

ABSTRACT

THE EFFECT ON QUALITY OF THEİR LIFE OF PHYSICAL ACTIVITY LEVELS OF INDIVIDUALS APPLIED TO THE HOSPITAL, SIVAS SAMPLE.

Mücahit ÇİĞDEM
Master Thesis
Department of Physical Education and Sports
Supervisor: Dr. Assistant Professor. Zühal YURTSIZOĞLU
2019, Page 95

The main purpose of this study is the effect on quality of life of physical activity levels of individuals who apply to hospitals due to their health problems. Therefore, physical activity levels and quality of life of the participants were investigated first. Afterwards, the relationships between the participants' physical activity levels and quality of life were examined in terms of some demographic characteristics.

İn the study, the scanning model was applied. The population of the study consists of adult individuals who apply to Sivas Centre Public and Private Hospitals for outpatient treatment in the year 2019. As for the sample of the study consisted of 352 volunteers (164 males, 188 females) who were volunteers from adult patients who came to hospital for outpatient treatment (between 09.00-17.00 for 1 week) at the time of data collection.

İn the study, a personal information form consisting of fourteen questions to determine the demographic characteristics of the patients, short form of IPAQ (International Physical Activity Assessment Questionnaire) to measure the physical activity level of the patients and SF-36 (Short Form-36) to measure the quality of life of the patients evaluation questionnaire was used.

The data obtained from the study were loaded into SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences 22.0) and analyzed through this program. The percentage and frequency value were determined in order to make the analysis the most accurate way. İn addition, Anova and T test values were determined on the purpose of

specify whether there is a significant difference between dependent and independent variables.

When parametric test assumptions were not met in the evaluation of the data, Kolmogorov Smirnov test and when comparing two independent groups in the direction of a variable obtained by measurement, Whitneyy-U test and when comparing more than two groups independent of a variable obtained by measurement, Kruskall-wallis test and to be able to find the group or groups that makes a difference, Turkey and Mann-Whitney-U test was used. The data are expressed as arithmetic mean, standard deviation, median, minimum and maximum, number of and percentage of individuals in the tables and the error level in the table was taken as 0.05.

As a result of the data obtained, it was determined that there is a relationship between quality of life and the level of physical activity. İt was determined that the physical activity levels of the individuals who applied to the hospital were lower in general and their quality of life changed at the same rate. As the age of the participants increased, it was determined that their physical activity levels and quality of life decreased. İt is reached the end of which women are more active than men and singles are more active than married. When the quality of life of the participants was examined, it was observed that the significant difference in physical and mental health categories was in favor of young people, women and singles.

Key Words: Physical Activity, Quality of Life, Health, Sports, Hospital, Sivas

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY ..... **i**

TEŞEKKÜR ..... **iii**

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **vi**

İÇİNDEKİLER ..... **viii**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **x**

KISALTMALAR/SİMGELER ..... **xii**

1.GİRİŞ **1**

1.1.Problem Tanımı ve Önemi 1

1.2. Problem Cümlesi 3

1.2.1.Alt Problemler 3

1.3. Araştırmanın Önemi 4

1.4. Araştırmanın Amacı 5

1.5. Hipotez 5

1.6. Varsayımlar 5

1.7. Sınırlılıklar 6

1.8. Tanımlar 6

2.GENEL BİLGİLER **7**

2.1. Fiziksel Aktivite 7

2.1.1. Fiziksel aktiviteler 9

2.1.2. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri 10

2.1.3.Fiziksel Aktivitenin Beden Sağlığı Üzerine Olan Etkileri 10

2.1.4. Ruhsal ve Sosyal Sağlık Üzerindeki Etkileri 12

2.1.5. Gelecekteki Yaşantının Üzerindeki Olası Etkiler 12

2.1.6. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler 13

2.1.7. Fiziksel Aktivitenin Ölçümü 14

2.1.8. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ) 16

2.2. Yaşam Kalitesi 18

2.2.1. Yaşam Kalitesi Ölçme Yöntemleri 21
2.3. Yaşam Kalitesi ve Fiziksel aktivite 23
2.4. İlgili Araştırmalar 25

3.YÖNTEM 29
3.1. Araştırmanın Modeli 29
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 29
3.3. Veri Toplama Araçları 29
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu 29
3.3.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi 30
3.3.3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ Short Form - International Physical Activity Questionnaire Short Form) 31
3.3.3.1. IPAQ Anketinin Puan Değerlendirilmesi ve skorlaması 32
3.4. Veri Analizi 34
3.5. Araştırmanın Etik Yönü 34

4.BULGULAR 35
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri 35

5. TARTIŞMA 65

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 72
5.1. Sonuç 72
5.2. Öneriler 76

7. KAYNAKÇA 77

8. EKLER 81
8.1. EK-1. Etik kurul raporu 81
8.2. EK-2. Sivas Numune Hastanesi izin yazısı 82
8.1 EK-3: KİŞİSEL BİLGİ FORMU 83
8.4. EK-4: YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ SF-36 KISA FORMU 86
8.5. EK-5: FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ ÖLÇEĞİ IPAQ KISA FORMU. 92

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: SF-36 Sorularının Birleştirilmesi ve Ham Puanları (Bozdemir, 2006) . 31
Tablo 2 : Yüzde ve frekansa göre katılımcıların yaş durumu 35
Tablo 3 : Katılımcıların Meslekleri ile Fiziksel Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişki 38
Tablo 4 : Katılımcıların Cinsiyetleri ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişki 39
Tablo 5 : Katılımcıların Medeni Durumları ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişki 39
Tablo 6: Katılımcıların Yaş Grupları ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişki 40
Tablo 7 : Eğitim Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Eğitim Durumları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Kruskal-Wallis Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması 41
Tablo 8 : Katılımcıların Meslekleri ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki..... 44
Tablo 9 : Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki puanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması 48
Tablo 10 : Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki puanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması 49
Tablo 11: Katılımcıların Yaş Grupları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Anova Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması 50
Tablo 12 : Katılımcıların aile yapıları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Anova Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması 54
Tablo 13 : Katılımcıların Gelir Durumları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Anova Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması 56
Tablo 14 : Katılımcıların Yaşadıkları Yer ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Anova Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması 57
Tablo 15 : Katılımcıların Kronik Hastalıkları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması 60
Tablo 16 : Katılımcıların Sigara Kullanımı ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkiPpuanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması 61
Tablo 17 : Katılımcıların Alkol Kullanımı ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması 62

Tablo 18 : Katılımcıların İlaç Kullanımı ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması 63
Tablo 19 : Katılımcıların Yaşam Kaliteleri ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Anova Testi ile Karşılaştırılması..... 64

KISALTMALAR/SİMGELER

SF 36	Uluslararası Yaşam Kalitesi Ölçeği
IPAQ	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
YK	Yaşam Kalitesi
SS	Standart Sapma
%	Yüzde
f	Frekans
N	Kişi sayısı
Min.	Minimum
Max.	Maximum

1.GİRİŞ

Son yıllarda bireylerin yaşam standartlarındaki değişiklikler, çalışma ortamlarının bilgisayar ve makine temelli olması iş yerlerinde hareketsiz ve stresli ortamlar bireyleri daha rahat ve hareketsiz yaşama yönlendirmiştir. Bu nedenle bireyler daha sık hastalanmaya başlamıştır. Bu çalışmanın amacı, hastaneye ayaktan başvuran bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri nedir ve fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesine etkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

Yapılan bu çalışmanın ilk bölümünde; problem durumunu ifade eden giriş bölümü, araştırmanın temel problemi, araştırmanın önemliliği, araştırmanın varsayımları, sınırlılıkları ve tanımları üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde araştırmanın genel bilgileri verilmekte ve fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi konuları detaylandırılmaktadır. Üçüncü bölümde araştırmanın yöntemi belirtilmiş, dördüncü bölümde ise elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Beşinci bölüm olan son bölümde ise tüm bu çalışma sonucunda elde edilen veriler ışığındaki öneriler ve sonuçlar yer almaktadır.

1.1.Problem Tanımı ve Önemi

Günümüzde yoğun iş temposu, stresli yaşam, sağlıksız ve düzensiz beslenme insan yaşamını olumsuz anlamda etkilemiştir. Bu durum yaşam kalitesi düşük bir toplumun oluşmasına zemin hazırlamıştır. İnsan hayatına adapte edilmiş düzenli bir fiziksel aktivite, bu sorunların ve düzensiz yaşamın ortadan kalkmasını sağlayacaktır (Özüdoğru, 2013). Böylelikle daha sağlıklı ve yaşam kalite düzeyi yüksek bir toplum oluşacaktır.

İnsanların yaşam süreleri uzamış ve bazı kronik hastalıklarda artışlar meydana gelmiştir. Fakat bu kronik hastalıkları tedavi etmek için kullanılan yöntemler, hastalık ve bulguları hafifletmesine rağmen, tam iyileşme sağlayamamaktadır (Tüzün vd. 2003). Bu noktada bireylerin yaşam süreleriyle beraber yaşam kalitelerini artırabilecekleri spor ve fiziksel aktiviteler yaşamdan alınan hazzın artmasına, sağlıksız yaşam nedeniyle ortaya çıkan hastalık bulguların azalmasına neden olacaktır.

Asırlardır insanların bedenlerinden aldıkları verimi ve yaşam kalitelerini artırmak, daha enerjik bir yaşam sürmelerini sağlamak için birçok alanda, çeşitli bilimsel araştırmalar yapılmaktadır. İnsan doğumundan ölümüne kadar geçen süre içerisinde yaşamından aldığı hazzı artırmak ve kontrolü elinde tutmak istemiştir. Bu nedenle insanların yaşam kalitelerini, yaşam sürelerini ve enerjilerini artıracak en önemli şeyin düzenli fiziksel aktivite olduğu düşünülmektedir (Özüdoğru, 2013).

İnsanoğlu sağlıklı yaşamın kaynağını elde etmek istemekte ve teknolojiyi bu amaçla kullanmaktadır. Ancak her ne kadar teknolojinin yaşamı kolaylaştırarak yaşam kalitesini yükselttiği düşünülse de aslında gün içerisindeki fiziksel aktivitemizi ve harcadığımız enerjiyi azaltarak sağlığımızı olumsuz yönde etkilemiş ve yaşam kalitemizi düşürmüştür (Özer ve Baltacı, 2008).

Hareketsiz yaşam şekli, çalışma hayatının stresli olması ve uygun olmayan koşullar içermesi bireylerin mental, fiziksel ve sosyal açıdan dengelerinin bozulmasına dolayısıyla da yaşam kalitelerinde ve fiziksel aktivite düzeylerinde düşüş ve azalmaya neden olmaktadır (Özer ve Baltacı, 2008).

Fiziksel aktivite, yaşam boyunca oldukça önemli bir konuma sahip ve her yaşta sağlığa yararı olan bir olgudur. Düzenli fiziksel hareketler, çocukların büyümesinin ve gelişiminin sağlıklı bir biçimde ilerlemesine katkı sağlar. Bireylerin kötü alışkanlıklardan uzak durmasını veya kurtulmasını sağlarken, sosyalleşmeyi ve toplumsal kaynaşmayı kolaylaştırır. Düzenli fiziksel aktivite yaşlılıkta görülebilen çeşitli kronik hastalıklardan korunmayı ve bu hastalıkların tedavi edilmesini sağlayarak, yaşlıların aktif bir yaşlılık dönemi geçirmelerini sağlar. Fiziksel aktivite yaşam kalitesini arttıran bir etkinliktir (Bayrakçı, 2008).

Yapılan araştırmalara incelendiğinde, fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu açıkça görülmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktiviteler bireylerin ruh halinin iyileşmesini sağlamasının yanı sıra, beden sağlığını da güçlendirerek yaşam kalitesini arttırmaktadır (Özüdoğru, 2013).

Bu çalışmada, yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyi arasında ki ilişki araştırılmıştır. Yaşam kalitesi belli bir rahatsızlıktan dolayı etkilenmiş olan ve hastaneye ayakta başvuran hastalar üzerine yapılan bir çalışmadır.

1.2. Problem Cümlesi

Hastaneye ayaktan başvuran bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.2.1.Alt Problemler

Temel alınan problemin içerisinde yer alan alt problemler şu şekildedir:

1. Araştırmaya katılan bireylerin kişisel nitelikleri nelerdir?

2. Hastaneye ayaktan başvuran bireylerin mesleklerine göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

3. Hastaneye ayaktan başvuran bireylerin cinsiyet durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

4. Hastaneye ayaktan başvuran bireylerin medeni durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

5. Hastaneye ayaktan başvuran bireylerin yaş gruplarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

6. Hastaneye ayaktan başvuran bireylerin mesleklerine göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

7. Hastaneye ayakta başvuran bireylerin cinsiyet durumlarına göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

8. Hastaneye ayaktan başvuran bireylerin medeni durumlarına göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

9 Hastaneye ayaktan başvuran bireylerin yaş gruplarına göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

10. Hastaneye ayaktan başvuran bireylerin yaşam kaliteleri ve fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Türkiye kapsamındaki literatüre bakıldığında hastaneye başvuran hastaların yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi hakkında çok az çalışma olduğu görülmektedir. Bu konuyla ilgili az sayıdaki araştırmalar incelendiğinde ise araştırmaların daha çok sağlık sorunlarına ya da psikolojik rahatsızlıklara odaklandığı görülmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalar ya yalnızca fiziksel aktiviteyi temel almakta ya da yalnızca yaşam kalitesini temel almaktadır. Oysa yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite arasındaki bir ilişki olduğu yadsınamaz bir gerçektir ve ne yazık ki bu konuda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır (Tekkanat, 2008).

Gün içerisinde fiziksel aktivite düzeyi düşük olan kişilerin hareket düzeyleri de düşüktür. Hızla artan nüfusla beraber, şehirlerde insanların Fiziksel aktivitelerini gerçekleştirecekleri alanların yeterli olmaması hareketsiz bir toplum oluşmasına neden olmuştur. İnsanların fiziksel aktiviteler hakkında yetersiz bilgiye sahip olmaları ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte sanal ortamlar ve hareketsiz yaşam toplumda hastalıkların görülme olasılığını artırmaktadır. Hareketsiz yaşamın engellenmesi için fiziksel aktivite konusunda insanların bilinçlendirilmesi önemlidir (Özüdoğru, 2013). Bu hususta şehir nüfusuyla orantılı olarak tesis sayılarının artırılması ve toplumun fiziksel aktivite düzeylerini artırmaya yönelik özendirici çalışmaların yapılması son derece önemlidir.

Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite, sağlık problemlerinin büyük bir bölümünün çözülmesine yardımcı olmaktadır. Yaşam kalitesinin iyi olabilmesi ise sağlığın iyi olabilmesine bağlıdır. Bu yüzden yaşam kalitesinin artırılması için fiziksel aktivite düzeyi çok önemlidir. Bununla birlikte yaşam kalitesi, bireylerin ihtiyaçlarını belirleyebilmek, bu amaçla yapılan hizmetlerin neler olduğunu ve olabileceğini ortaya koymak ve yürütülen programları değerlendirmek için bizlere bir bakış açısı sunacaktır (Özüdoğru, 2013).

Bu çalışmanın bireyleri sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirmesi ve yapılacak olan benzer çalışmaları desteklemesi, bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitelerini nasıl daha iyi düzeye getirebilecekleri konusunda rehber olacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Amacı

Günümüzde yaşanan hızlı teknolojik gelişim beraberinde hareketsiz ve stresli bir yaşamı ortaya çıkarmış, bu durum ise fiziksel aktivitenin azalmasına ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmuştur. Yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesi ve fiziksel aktivite düzeylerinin azalması sağlıksız, mutsuz ve yaşam kalitesi düşük bireylerden oluşan bir toplum yaratmıştır. Durumun düzeltilmesi için ise fiziksel aktivite, egzersiz ve spor tavsiye edilmektedir. Böylece yaşam kalitesi daha yüksek bir toplum oluşturulabilir.

Yapılan bu çalışmada yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite arasındaki ilişki araştırılmaktadır. Ayrıca araştırmada, tedavi olmak amacıyla, hastaneye başvuran bireylerin, fiziksel aktivite düzeylerinin, yaşam kalitelerine etkisi incelenmek istenmektedir. Tedavi almak amacıyla hastaneye başvuran bireylerin tedavi alma sebebi; yeterli yapılmayan Fiziksel aktivite düzeyi olabilmektedir. Fiziksel aktivite yetersizliği, bireyin sağlık kalitesini düşürmekte ve buna bağlı olarak da yaşam kalitesi olumsuz anlamda etkilemektedir. Tüm bu nedenlere bağlı olarak fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesini hangi bağlamda etkilediği önemli bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmada hastaneye başvuran bireyler demografik özelliklerine göre ayrıştırılarak fiziksel aktivite düzeleri belirlenmiş ve bu aktivitenin yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır.

1.5. Hipotez

Araştırmanın hipotezi; hastaneye ayaktan başvuran bireylerin yaşam kalitesi fiziksel aktivite düzeylerinden etkilenmektedir.

1.6. Varsayımlar

Literatür taraması sonucunda elde edilen verilerin yeterli olduğu, katılımcıların doldurdukları anket ve ölçek formuna doğru ve içten cevap verdikleri varsayılmıştır.

1.7. Sınırlılıklar

Bu çalışmada elde edilen veriler 2019 yılında bir haftalık süre içerisinde, Sivas Merkez, Kamu ve Özel Hastanelere ayaktan başvuran bireyler olarak sınırlanmıştır.

1.8. Tanımlar

Yapılan bu çalışmada ele alınan temel kavramlar özellikle fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi olup tanımları aşağıdaki gibidir.

Fiziksel Aktivite : Günlük yaşam içerisinde iskelet kasları yardımıyla vücudun hareketini sağlayarak enerji harcanmasıdır. Bireyin günlük yaşamındaki hareket toplamıdır (Özüdoğru, 2013). Bireyin gün içerisinde nabız sayısını ortalamanın üzerine çıkaracak her türlü hareket toplamına Fiziksel aktivite denir.

Yaşam Kalitesi : Dünya sağlık Örgütü yaşam kalitesini; bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları olarak tanımlamaktadır (Özüdoğru, 2013). Yaşam kalitesi, bireyin yaşamından aldığı haz düzeyi olarak algılanabilir

2.GENEL BİLGİLER

Çalışmanın bu bölümünde, fiziksel aktivite nedir, fiziksel aktivite olarak varsayılan aktiviteler nelerdir, fiziksel aktivitenin insan sağlığına etkileri nelerdir sorularına literatürde yanıtlar aranmıştır. Fiziksel aktiviteyi hangi faktörler etkiliyor, fiziksel aktivite hangi yöntemlerle değerlendirilir, yaşam kalitesi nedir, tarihi gelişimi nasıl olmuştur, yaşam kalitesini olumlu ve olumsuz yönde etkileyen durumlar nelerdir, yaşam kalitesi nasıl ölçülür ve değerlendirilir, tüm bu sorulara cevap verilmeye çalışılacaktır. Bununla birlikte yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite ile ilgili daha önce yapılmış olan araştırmalara da yer verilmektedir.

2.1. Fiziksel Aktivite

Halk arasında fiziksel aktivite genellikle "egzersiz ve spor" kelimeleri ile özdeşleşmektedir. Ancak fiziksel aktivite, spor ve egzersiz, kavramları çoğu zaman birbirlerinin yerine kullanılsa da fiziksel aktivite kavramı farklı anlamlar da içermektedir (Özüdoğru, 2013).

"Spor; kişinin kendi kendisini ya da rakibini aşmasını hedefleyen, rekabet içeren, belirli kurallarla sınırlanan, bireysel veya takım olarak yapılan kurallarla yönetilen fiziksel aktivitelerdir " (Zorba; akt. Özüdoğru, 2013). Spor, Kuzey Amerika'da sadece yarışma anlamını ifade ederken, Avrupa'da da yarışmanın yanı sıra yürüyüş veya dağcılık gibi aktiviteleri de içeren bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Zorba, 2005). Egzersiz ise; "planlı olarak yapılan ve fiziksel uygunluğun bir ya da daha fazla birimini artırmak için vücudun tekrarlayan hareketleri" olarak tanımlanmaktadır (Özüdoğru, 2013).

Fiziksel aktivite, "kaslara dinlenme seviyesi üzerinde uygulanan ve enerji harcanmasına sebep olan herhangi bir güç" olarak tanımlanabilir (Vural, 2010). Bu tanımın dışında fiziksel aktivite üzerine birçok tanımın yapılmış olduğunu da söyleyebiliriz. Bu tanımların bazıları şöyledir:

Rowland ve Freedson (1994) fiziksel aktiviteyi, iskelet kasları kullanılarak, vücudun hareketi ve bu hareketin sonucunda enerji harcaması olarak tanımlamış

bireyin günlük olarak yaptığı hareket miktarı ile fiziksel aktiviteyi eşleştirmiştir (Özüdoğru, 2013).

Literatürdeki bir başka tanıma göre fiziksel aktivite; iskelet kaslarının kasılmasının sonucunda üretilen, dinlenme esnasında harcanılan enerji düzeyinin üzerinde enerji tüketimi sağlayan bedensel hareketler olarak tanımlanmaktadır (Özer, 2001).

Zorba (2010) fiziksel aktiviteyi, üç başlıkta değerlendirmiştir. Bunlar;

1. Zaman (dakika, saat gibi),
2. Tekrarlılık (her hafta yada her ay gibi),
3. Ağırlık (her dakikadaki kilo kalori ya da her saat başına kilo jul) (Zorba, 2010)

Ayrıca egzersiz kelimesi fiziksel aktivitenin alt başlığı olarak kullanılmaktadır (Özüdoğru, 2013). Bu tanımlamalardan hareketle gün boyu yapılan çeşitli egzersizler, spor ve oyun, fiziksel aktivite adı altında değerlendirilebilir.

Serbest zaman fiziksel aktivite iş yaşamı dışında ki yapılan tüm aktiviteleri kapsar ve kendi içinde üçe ayrılır;

1. Formda kalmak, fit görünmek için yapılan ve bunlara ek olarak oyun ve sporda bu gurubun içine dahil edilir,
2. Stres atmak rahatlamak amaçlı yapılan sporlar yürüyüş, bisiklet, tırmanma, merdiven çıkma vb.
3. Boş vakitlerimizde kendimize yarattığımız bedensel aktifliği sağlayan işler araba yıkamak, bahçeyle uğraşmak, ev temizlemek vb. (Özüdoğru, 2013).

Fiziksel aktivite; iskelet kaslarının kasılmasının bir sonucu olmakla birlikte aynı zamanda vücudun kalori harcamasına da neden olan bir olgudur. Yapılan her fiziksel aktivite enerji harcatmalı ve kalori yaktırmalıdır (Zorba, 2010).

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte insanlar için birçok kolaylık sağlanmıştır. Bu durum her ne kadar insan yaşamı için faydalı olsa da beraberinde yaşanan günlük fiziksel aktivite düzeyinin azalması ve bireylerin daha az hareket etmesi durumu faydalı olmaktan çok zararlı bir hal almıştır. Bununla birlikte, hızlı gelişen

kentleşme sonucunda fiziksel aktivitenin yapılabileceği sosyal alanların yetersizliği ya da olmaması durumu da bireyleri hareketli olmayan yaşam biçimlerine yöneltmiştir. Bu nedenlerden dolayı genel anlamda bakıldığında toplumda bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin oldukça düştüğü gözlemlenmiştir. Ayrıca bireylerin fiziksel aktivite noktasındaki bilgi yetersizlikleri ve günümüz koşullarının genellikle hareketsiz bir yaşam tarzına bireyleri sürüklemesi toplumda çeşitli kronik hastalıkların görülme sıklığını artmasında önemli bir etkendir (Bulut, 2010; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Hayatın her döneminde yapılan düzenli spor ve fiziksel aktivite bireyin beden gücünü ve bağışıklığını artırdığı için hastalıklardan korunmasını sağlamıştır. Bununla birlikte çalışma yaşamındaki performansta, evin içerisinde yapılan aktivitelerde, boş zamanları değerlendirme imkânları ve ruhsal sağlıkta fiziksel aktivitenin olumlu katkılar sunduğu yadsınamaz. Sağlıklı bir toplum, bireylere küçük yaşlardan itibaren fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırılmalı ve fiziksel aktiviteyi arada sırada yapılan bir olgu olmaktan çıkarıp hayatın her döneminde yapılan bir alışkanlık haline dönüştürmelidir (Zorba, 2010). Bu bakımdan Fiziksel aktivite sağlıklı bir toplumun oluşmasını sağlamak için vazgeçilmez bir unsurdur.

2.1.1. Fiziksel aktiviteler

Sağlık Bakanlığı fiziksel aktivite etkinliklerini şöyle sıralamıştır:

- Yüzme
- Sıçrama
- Bisiklete binme
- Çömelme - kalkma
- Yürüme
- Kol ve bacak hareketleri
- Koşma

gibi en temel vücut aktivitelerinin bir kısmını ya da tamamını içeren spor dallarıyla birlikte gün içerisindeki aktiviteler, oyun, dans ve egzersizler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2012; Özüdoğru, 2013).

2.1.2. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri

İnsan sağlığına fiziksel aktivitenin etkileri üç başlık altında incelenmektedir. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2012; Özüdoğru, 2013):

1. Bireylerin beden sağlığı üzerine olan etkileri,
2. Bireylerin sosyal ve ruhsal sağlıkları üzerine etkileri,
3. Bireylerin gelecekteki yaşantılarına olan etkileri,

2.1.3.Fiziksel Aktivitenin Beden Sağlığı Üzerine Olan Etkileri

Fiziksel aktivitenin vücut sağlığı üzerine etkilerini iki başlık altında incelenmektedir. Bunlar; iskelet-kas sitemi üzerindeki etkileri ve Diğer beden hareket sistemleri üzerine etkileri şeklindedir (Sağlık Bakanlığı, 2012; Özüdoğru, 2013).

a. Kas İskelet Sistemi Üzerindeki Etkileri

Fiziksel aktivitenin iskelet-kas sistemi üzerindeki etkileri şu şekilde sıralanabilir:

- Eklemlerin rahat hareket etmesini sağlar.
- Beden hareket kabiliyeti kazandırır ve artırır (dayanıklık ve kondisyon).
- Aktivite sırasındaki maksimum sayıda yapılan hareket sayısının artırılmasına yardımcı olur.
- Tepki ve refleks zamanının gelişmesine yardımcı olur.
- Vücut sistemlerini hareket ettiren zıt gurup kaslar arasındaki koordinasyonun sağlanmasına yardımcı olur.
- Eklem-kas kontrolünü arttırarak stabiliteyi sağlar.
- Vücut düzgünlüğünü ve postürün korunmasını sağlar.
- Vücudu tanımayı ve öğrenmeyi kolaylaştırır.
- Düzeltme ve denge reaksiyonlarının gelişmesini sağlar.
- Aktivite sırasında ve sonrasındaki yorgunluğun azalmasını sağlar.
- Kas dokusunca kullanılan oksijen ve enerji miktarının artmasını sağlar.
- Kas gücünün korunmasını ve daha güçlü hale gelmesini sağlar.
- Kas ahenginin korunmasını ve daha iyi hale gelmesini sağlar.

- Olası sakatlık, yaralanma ve kazalara karşı vücudun bağışıklık sistemini güçlendirir.
- Hareket sırasında kas kasılması ve aktivitenin etkisiyle kemik mineral yoğunluğunun korunarak osteoporozun önlenmesine yardımcı olur (Bek, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2012).

Bu maddelerden yola çıkarak yaşam tarzına dönüştürülmüş bir fiziksel aktivitenin insan sağlığı, mental sağlık ve vücut sağlığı açısından önemi son derece büyüktür.

b. Diğer Vücut Sistemleri Üzerindeki Etkileri

Fiziksel aktivitenin diğer vücut sistemleri açısından önemi ve etkileri nelerdir aşağıda sıralanmaktadır (Bek, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2012):

- Damarlardan kan akışı kolaylaşır ve kan basıncı düşer.
- Nabzı düşürür, nabzı düzenler.
- Beyin, sinir ve damar hastalıklarının gelişmesini engeller.
- Kalbin boşluklarında genişleme meydana gelir, bir atımda pompalanan kan miktarında artış olur, kalbin bir atımdaki pompaladığı kan miktarı artar ve kalbin boşluklarında genişleme meydana gelir.
- Akciğerlerin hava kapasitesi artar.
- Trigliserit ve kolestrol düzeyini düzenleyerek damar hastalıklarını riskini en aza indirir.
- Vücudun enerji ihtiyacını yağlardan yakarak karşılama alışkanlığı kazandırır. Bunun sonucunda metabolizmayı hızandırır ve kilo alımını önler.
- Damar yapısının esnekliği artar.
- Düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin fiziksel aktivite yapmayan bireylere oranla sigara bağımlığından kurtulma oranı daha fazladır.
- Düzenli fiziksel aktivite kan şekerini ve insülin direncini dengeli hale getirdiği için şeker hastalığının kontrolüne yardımcı olur.
- Vücudun tuz, mineral, su kullanımının dengelenmesine yardımcı olur.
- Kalbi güçlendirir böylece kalp krizi riskini azaltır. Ayrıca geçirilecek kalp kriziyle başa çıkmayı kolaylaştırır.

- Yetişkin bireylerin cinsel aktiviteleri üzerinde olumlu etkileri vardır.
- Damar yapısına olumlu etkileri nedeniyle beyne giden kan miktarını artırarak demans (bunama) ve unutkanlık gibi hastalıkların gelişmesini engeller.
- Kalbin ritmi en iyi düzeye gelir.
- Kadınlarda menopoza girme sürecini geciktirir, menopozun yan etkilerinin hafiflemesine yardımcı olur (Bek, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2012).

2.1.4. Ruhsal ve Sosyal Sağlık Üzerindeki Etkileri

Fiziksel aktivitenin beden sağlığına olduğu kadar ruhsal ve sosyal sağlığa da etkileri söz konusudur. Bu etkiler şu şekilde sıralanabilir (Bek, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2012).

- Her yaştan bireyler için kabul görme ve sosyal uyum oranını arttırır,
- Fiziksel aktivite vücut dengesinin korunmasını sağladığı için bireyin kendini daha zinde ve fit hissetmesini de sağlayacağından daha bedeniyle barışık bireyler oluşmasını sağlayacaktır,
- Bireyin kendini mutlu ve enerjik hissetmesini sağlar,
- Fiziksel aktivite yapılan zamanlar bireyin kendine ayırdığı zamanlardır ve yaşama karşı bireyin hoşgörüsünü artırır,
- Pozitif düşünebilmeyi ve stresli yaşamla başa çıkabilme yeteneğini geliştirir,
- Bireyler arası iletişimi artırır ve geliştirir (Bek, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2012).

2.1.5. Gelecekteki Yaşantının Üzerindeki Olası Etkiler

Fiziksel aktivitenin gelecekteki yaşantımız üzerindeki olası etkiler şu şekilde sıralanabilir (Bek, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2012).

- Bireylerin sağlıklı yaşlanma süreci geçireceğinden dolayı aktif ve kendiyle barışık yaşlı bireyler oluşacaktır.
- Kanserin gelişimini engelleyerek kansere karşı koruma sağlar.
- Biranda gelişen hastalıklardan dolayı ani ölüm riskini azaltır.

- Kas – iskelet sistemini güçlü tuttuğu için yaşlılıkta sık görülen denge kayıplarını en aza indirir.
- Aktif yaşayan bireylerde vücudun oksijen kullanma yeteneği gelişeceği için vücut bağışıklığı artar ve hastalıklara karşı koruma gelişir.
- Yaşlılık ve ileri yaşlılık dönemlerinde insanları etkisi altına alan atıl kalma, işe yaramama duygularından kurtulma konusunda yardımcı olur.
- Depresyon, anksiyete ile başa çıkma gücünü arttırır, bireylerin yaşamdan keyif almasını sağlar (Bek, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2012).

2.1.6. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler

Fiziksel aktiviteyi biyolojik, demografik, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve davranışsal özellikler gibi pek çok unsur etkileyebilir. Buna ek olarak fiziksel aktivitenin özellikleri de fiziksel aktiviteyi etkileyen unsurlar arasındadır. Bu unsurları şu şekilde detaylandırmamız mümkündür (Nahas, Goldfine ve Collins akt. Öztürk, 2005; Özüdoğru, 2013):.

- ***Çevresel ve genetiksel faktörler:*** Bireyin kalıtım, cinsiyet, medeni durum, sosyal, kültürel ve çevresel vb.
- ***Fiziksel çevre faktörleri:*** Hizmetlerden yararlanma, hava, mevsim, boş zamanları değerlendirme alanların varlığı, bu alanların güvenli ve kolay ulaşılabilir olması.
- ***Beceriler ve davranışsal özellikler:*** Çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki beslenme alışkanlıkları, aktivite öyküsü, okul sporları, sigara ve alkol kullanımı, engellerle başa çıkma becerileri vb.
- ***Fiziksel aktivitenin özellikleri:*** Şiddet, harcanan efor.
- ***Duygusal, zihinsel ve psikolojik faktörler:*** Egzersiz ve sağlık hakkında bilgi, ruhsal motivasyon bozukluğu, zamanda kısıtlılık, kişilik bozuklukları ve değişimleri, egzersizin alışılamayan ve algılanamayan engelleri, kendine güven, motivasyon vb.
- ***kültürel ve Sosyal faktörler:*** Sosyal izolasyon, Grup uyumu, aile ve arkadaşlardan sosyal destek, geçmiş aile etkileri. (Nahas, Goldfine ve Collins akt. Öztürk, 2005:69; Özüdoğru, 2013:10).

2.1.7. Fiziksel Aktivitenin Ölçümü

Fiziksel aktivitenin ölçüm yöntemi olarak tek bir standart olmamasının yanı sıra, değerlendirmelerde kullanılan birçok farklı yöntem, fiziksel aktivitenin niteliğini ve bazı boyutlarını ölçmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalara bakıldığında birçok değerlendirme yönteminde harcanılan enerji miktarına odaklanmaktadır (Şahin, 2010). Fiziksel aktivitede harcanan enerji düzeyinin incelenmesi ve değerlendirilmesi, sağlığın temel alındığı proje ve araştırmalarda kullanılan fiziksel aktivite ölçme yöntemleri şunlardır;

1. Kriter Yöntemler:

***Doğrudan (Davranışsal) Gözlem*:** Fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesinde ve değerlendirilmesinde kullanılan en eski yöntemlerden biridir. Doğrudan takip ve izleme yoludur. Tecrübeli bir gözlemci tarafından yapılan gözlemle motor hareketlerin direk gözlenmesi ve değerlendirilmesidir. Kalori harcamasının hesaplamasın için genel rehberin kullanılması bireye özel yapılan aktiviteler ile ilgilidir. Diğer tekniklerin birçoğunun çocuklarda ölçüm aracı olarak kullanılması zor olduğundan en sık kullanılan yöntemdir (Vural, 2010).

***Direkt (oda) Kalorimetre (Vücut Sıcaklığı Üretimi)*:** Vücudun aktivite sırasında ve sonrasındaki ürettiği sıcaklığın ve ısı kaybının ölçülmesiyle değerlendirilen kalori yakımı hesaplama yöntemidir. Diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında üst standarttır çünkü uygulama ve maliyet açısından zor bir yöntemdir. Bu nedenle çok tercih edilmemektedir (Vural, 2010).

İndirekt Kalorimetre: oksijen, karbondioksit ve ısı üretiminin ölçülmesiyle ve bunları birbiriyle ilişkilendirerek bulunan bir yöntemdir (Vural, 2010).

Çift Katmanlı Su Yöntemi: bu yöntem laboratuvar koşulları gerektirmeden bireylerin enerji tüketimini güvenilir şekilde ölçen bir yöntemdir. Güvenirlik düzeyi konusunda diğer yöntemler arasında altın standarttır. Çift seviyeli su yöntemi indirek kalorimetrenin başka bir yöntemidir. Bireyin diyetteki yediği yiyeceklerin karbondioksit üretimini belirlemek için doğrudan kullanılan bir yöntemdir.(Vural, 2010)

2. Objektif Yöntemler:

Elektronik ve mekanik ölçümler grubuyla ilgilidir. Çeşitli materyallerle kalp hızı monitörize edilir. Fiziksel aktivitenin süresini şiddetini yansıtan fizyolojik özelliklerin kaydını yapar. Elektronik, mekanik cihazlar, fizyolojik ölçümler süresince fiziksel aktivitenin arada bir ölçüm materyali olmadan doğrudan ölçümü, anketlerin en büyük muadilidir. Bu tür ölçümler zayıf hafıza problemlerinin elenmesini sağlar. Fakat yüksek maliyetleri nedeniyle kullanımları azdır. Test uygulanan bireylerin bu cihazları üzerlerinde taşımak zorunda olması bu testin dezavantajıdır. Neticede bu ölçüm yöntemi son zamanlarda daha büyük boyutlu çalışmalarda kendine kullanım alanı bulsa bile, sonuç olarak az sayıda olguda yapılabilir (Vural, 2010). Objektif yöntemlerde kullanılan ölçüm aletleri ise şu şekildedir:

- *Kalp Hızı Monitörizasyonu*
- *Pedometre (Adım sayar)*
- *Akselerometre (ivmeölçer/hareketlerin miktarını ve şiddetini ölçer)*

3. Subjektif Yöntemler:

Günlük: Belli bir zaman diliminde yapılan fiziksel aktivitelerin detaylı olarak incelenmesini sağlar (Özüdoğru, 2013). Bireyin kendini günlük olarak rapor etmesi yöntemidir. Gün boyunca yapılan aktiviteler süresi ve özelliği bakımından belirli aralıklarla kayıt altına alınır ve özet bir sonuç çıkarılır.

1- belirlenen aktivitenin yapılması sırasındaki geçen süre ile o geçen süre içerisindeki harcanan kalori oranının çarpılması
2- Yapılan aktiviteler süresince biriken zamanı listelemek (Şanlı, 2008).

Kayıtlar: Günlüklere benzer fakat genel aktiviteden çok bireyin özel aktivitelerinin kaydını tutar yapılıp yapılmadığını ne zaman başlayıp ne zaman bittiği önemlidir. Aktivite sonunda kaydedilebilir (Özüdoğru, 2013).Günlüğün özele indirgenmiş halidir günlük içerisindeki özel bir aktivitenin detaylandırılmasını sağlar.

Hatırlama Anketleri: Davranışı çok etkilemez kayıt ve günlüklere göre genel olarak daha az sorumluluk gerektirir. Buna rağmen bazı durumlar fiziksel aktivite detaylarını, son katılım zamanını hatırlatmakta güçlük çekerler. Fiziksel aktivitenin değerlendirilme noktasında hatırlatma anketleri bir haftalık veya ömür boyu olarak bir zaman aralığı seçilir. Yapılan Fiziksel aktivitelerin türü, frekansı, tipi ve zamanı sorgulanmaktadır. 10 ila 20 maddeden oluşur. Karmaşık ve uygulaması çok zor olan bir ankettir. Fiziksel aktivite değerlendirmesini çok detaylı olarak yapabilmektedir (Özüdoğru, 2013). Basit puanlamalar türlerine ayrıştırılarak özetlenir, ortaya çıkan verilerden toplam puana ulaşma gibi yöntemlerle bu anketin puanlama şekli ortaya çıkarılır.

Retrospektif Geçmiş Veriler: fiziksel aktivitenin en genel formudur hatırlatma anketidir. Zamanlama olarak yaklaşık bir yıllık bir dönemin özel detaylarından oluşur. Zaman aralığı çok uzun değilse zamanın başındaki verilerin yıllık fiziksel aktiviteyi yansıttığı kabul edilir. Örneğin; Minnesota Boş Zaman Fiziksel Aktivite anketi ve Tecumseh anketi önceki yıllarda uygulanan özellikli aktivitelerin listesi nasıl yapıldığı ortalama zamanı aralığı hakkında bilgi verir. Ama şöyle bir sıkıntı söz konusudur birçok veri söz konusu olduğu için cevaplayan katılımcının kafasının karışma olasılığı da yüksektir. Bu nedenle anketin karmaşık olması zorluk yaratır (Özüdoğru, 2013).

Evrensel Anketler: Hatırlama anketlerinin başka bir türü olan evrensel anketler fiziksel aktivitenin seviyesini ölçen kısa anketler olarak tanımlanmaktadır (Vural, 2010).

2.1.8. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ)

Anketler ile günlük yapılan fiziksel aktivitelerin belirlenmesi açısından ekonomik ve uygulanması kolay bir özelliğe sahiptir. Fiziksel aktivite alışkanlıklarının ne düzeyde olduğunu tespit edebilmek için anket uygulama yöntemleri yaygın şekilde kullanılmaktadır.

Anket yöntemi ile fiziksel aktivite verilerinin incelenebilmesi amacıyla gerçekleştirilen ilk çalışma, 1987 de Stanford Üniversitesi'nde görev yapan Dr. Bill Haskell tarafından gerçekleştirilmiştir. Bunun çalışmada çeşitli fiziksel aktivite için MET değerleri tanımlanmıştır. "MET değeri, istirahat halinde iken 60

kg'lık bir insanın bir dakikada tükettiği oksijenin ml cinsinden ifadesi olarak kullanılmaktadır. MET değeri kişiye haftada kaç gün ve günde kaç saat fiziksel aktivite yaptığı sorularak, elde edilen verilerin her aktivite türü için belirtilen katsayılar ile çarpımı sonucu hesaplanan toplam puan değeridir" (Bulut, 2010).

Fiziksel aktivite düzeyini belirlemek amacıyla tasarlanan anketlerden biri olan Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi de (International Physical Activity Questionnaire) bu yöntemler arasında yer almaktadır. Kısa adı IPAQ olarak bilinen anket Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Koruma ve Hastalık Kontrol Merkezi (Center for Disease Control -CDC) tarafından geliştirilmiştir (Bulut, 2010).

IPAQ yönteminde ilk pilot çalışma 1998-1999 yılları içerisinde yapılmıştır. IPAQ'da amaç, bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini tespit etmektir. Anketin sekiz versiyonu bulunmaktadır. Bu versiyonların dördü kısa ve dördü uzun form şeklinde geliştirilmiştir (Tekkanat, 2008).

IPAQ kısa formu; yürüme gibi hafif aktiviteler, orta şiddette aktiviteler ve yüksek düzeydeki aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgiler verir. IPAQ uzun formu (IPAQ Long Form) ise günlük kendimize oluşturduğumuz işleri bahçe işleri ev işleri ulaşım ve boş zaman aktivitelerini bile çok detaylı şekilde değerlendirmektedir (Tekkanat, 2008; Öztürk, 2005).

IPAQ kısa formunda ayrıca oturma da sorular arasında yer almaktadır. Ancak ek bir belirleyici sorusu olması bakımından puanlamada yer almaz. Bütün aktivitelerin değerlendirilmesi için her seferinde en az 10 dakika yapılmış olması gerekir. Hesaplamalarda metabolik eşdeğer anlamına gelen MET değeri kullanılmaktadır. 1 MET, yürürken, otururken, kitap okurken, telefonla konuşurken harcanan enerji olarak tanımlanmaktadır. Yakılan enerji miktarı ne kadar fazla olursa, MET değeri de o kadar fazla olur "IPAQ verilerinin analizi için aşağıdaki değerler kullanılır (Tekkanat, 2008):

- Hafif derecede fiziksel aktivite=3.3 MET
- Orta seviye fiziksel aktivite=4.0 MET
- Yoğun fiziksel aktivite=8.0 MET

Hesaplamaya örnek verecek olursak; haftada 5 gün 30 dakika yürüyen bir kişinin yürüme MET-dk/hafta skoru; 3.3x30x5=495 MET-dk/hafta olarak bulunmaktadır (Tekkanat, 2008; Öztürk 2005).

Elde edilen MET değeri hesaplamasına göre, fiziksel aktivitenin sıklık derecesi ve şiddetine göre anket katılımcıları şu şekilde sınıflandırılmaktadır (Tekkanat, 2008):

1. Düşük düzey grubu: "600 MET-dk/hafta' dan az egzersiz katılımı olduğunu bildiren gruptur."
2. Orta düzey grubu: "601-3000 MET-dk/hafta aralığında egzersiz katılımı olduğunu bildiren gruptur."
3. Aktif düzey grubu: "3000 MET-dk/hafta' dan fazla egzersiz katılımı olduğunu bildiren gruptur."

2.2. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi birçok bilimsel alanda kullanılan ve yaşamımızı yakından ilgilendiren önemli bir kavramdır. Bu nedenle konu ile ilgili daha önce yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi kavramının oldukça fazla tanımı bulunmaktadır. Ayrıca konu ile ilgili de çok sayıda çalışmaların yapılmış olduğu görülmektedir.

Yaşam kalitesi Geçmişten günümüze kadar değişen yaşam koşulları ve yeniliklerden etkilenmiş bir olgudur. Konuya dolaylı olarak değinen ilk kişi Aristo'dur. Hayatımızdaki son amaç Aristo'ya göre Eudamania olarak adlandırılmaktadır. Bunun anlamı şu şekildedir; iyi enerji ve iyi bir ruh ile yaşama başlamaktır (Tekkanat, 2008). Aristo'nun bahsettiği Eudamania ve daha sonra diğer filozofların da değindiği yaşamın en temel amacı olan en yüksek düzeye ulaşma durumunun yaşam kalitesi anlamına geldiğini söyleyebiliriz.

Yaşam kalitesi kavramı ilk olarak 1943' de Priestley'in "Cumartesi Işıkları" (Daylight on Saturday) oyununda kullanılmıştır (Gerharz, Emberton; akt. Özüdoğru, 2013). Yaşam kalitesine tanımı ise 1948 yılında, WHO tarafından bir sağlık kavramı olarak tanımlanmıştır (Akyüz, 2006). 1960'lı yıllarda Yaşam

kalitesi kavramının, politik kararların alınmasında etkili olduğu savunulmuştur (Aksungur, 2009).

Yaşam kalitesinin sistemli olarak incelenebilmesi amacıyla çeşitli ölçümler geliştirilmiştir. Bentham tarafından psikiyatride yaşam kalitesinin ölçümü hakkında ilk bilgiler 1800'lerin başında sunulmuştur. Ölçeklerin bu dönemde gelişmesini 1920 ve 1930'da Thurstone ve Likert sağlamıştır (Özüdoğru, 2013).

Yaşam kalitesine ilişkin çok sayıda araştırma yapılmış olmasına karşın yaşam kalitesinin tanımlanması çok güç olan bir kavram olması ve kullanılan alana göre de tanımlardaki bakış açısı farklılıkları kavramın evrensel bir tanımının yapılmasını zorlaştırmaktadır. Yapılan yaşam kalitesi tanımlarına bakacak olursak (Özüdoğru, 2013);

- 1973'de Dalkey ve Rourke yaşam kalitesini şu şekilde değerlendirmiştir; bireyin kendini iyi hissetmesi, yaşamdan aldığı haz ve mutluluk ya da mutsuzluk şeklinde tanımlamıştır.
- 1963'e Havighurst'a göre, yaşam kalitesi bireyin hayatıyla ilgili kişisel düşüncelerini içeren iç faktörlerle birlikte; sosyal yaşam ve sosyal davranışları gibi ölçülebilir davranışları içeren dışsal faktörlerin toplamıdır.
- 1978'de Shin ve Johnson yaşam kalitesini; kişinin isteklerini gerçekleştirmesi, aktivitelere katılması, bireysel gelişim olanaklarından faydalanması yönünden yeterli kaynaklara sahip olması olarak tanımlar.
- 1976'da Andrews ve Withey yaşam kalitesini, bireyin sosyal birlikteliklerinden ve ilişkilerinden aldığı haz ve mutluluk olarak tanımlamışlardır.
- Mendola ve Pelligrini yaşam kalitesini, kişinin algıladığı fiziksel kapasite sınırları içerisinde başardığı sosyal durumu, şeklinde tanımlamışlardır.
- WHO yaşam kalitesini, bireylerin içinde yaşadıkları çevre ve kültürle alakalı olarak kendi yaşam algıları olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesini, bireyin içinde bulunduğu toplumsal ortamda kendi sağlığını bireysel bazda algılayışı şeklinde tanımlamamız mümkündür. Bu açıdan bakıldığında kavram sübjektif bir niteliğe sahiptir. Ayrıca kavramın pahalı zevklerle

doğrudan bir ilişkisi yoktur. Yaşam kalitesinde asıl amaçlanan bireylerin kendi sosyal, fiziksel ve psikolojik işlevlerinden ne derece memnun olduklarının saptanmasıdır (Özüdoğru, 2013).

Yapılan yaşam kalitesi tanımları incelendiğinde araştırmacıların yaşam kalitesini açıklama amacıyla çeşitli özelliklere odaklandıklarını görmekteyiz. Tanımlarda dikkate alınan bu özellikler, çevresel, ekonomik, sosyolojik ve psikolojik özellikler olarak belirtilebilir. Yaşam Kalitesi ile ilgili göstergeler şunlardır (Tekkanat, 2008):

1. İçsel - spesifik alan: (arzular, değerler, inançlar, bireysel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb)
2. Bireysel – sosyal alan: (ailenin gelir durum düzeyi, ailenin yapısı, ailenin ve kişinin iş durumu, çevresel faktörlerin ve toplumun sağladığı olanaklar vb)
3. Dışsal – dış çevre alanı: (su kalitesi, hava vb.)
4. Dışsal – toplumsal çevre alanı: (sosyal, kültürel, okul, dini kurumlar, sağlık hizmetleri, ulaşım, güvenlik ve alışveriş gibi toplumsal olanaklar) (Tekkanat, 2008).

Literatüre bakıldığında yaşam kalitesinin çeşitli terimlerle eş anlamlı sayıldığını da söylememiz mümkündür. Araştırmacıların çoğu yaşam kalitesi kavramını, yaşamdan alınan haz, yaşam memnuniyeti, yaşamadan alınan doyum olarak eş anlamlı kullanılmıştır (Bayrak, 2011).

Yaşam kalitesi içerisinde, birden çok bileşeni barındırmaktadır. Bunlar; eğitim ve sağlık bölümlerinden yararlanma, barınma ve yeterli beslenme, cinsiyet eşitliği hak ve statüsü gibi. Bu bileşenlerin her biri önemli olmakla birlikte birbirleri ile bütünlükleri söz konusudur. Bu maddelerin birinin eksikliği bile ‘‘ben kaliteli bir yaşam sürüyorum’’ duygusuna zarar vermektedir (Özüdoğru, 2013).

Yaşam kalitesini azaltan faktörler şunlardır (Savcı, 2006):

- Temel ihtiyaçların karşılanamaması,
- Beden imajının negatif yönde değişmesi,
- Kişisel bakımın ve yapılan günlük aktivitelerinin yetersizliği,
- Bitkinlik, kronik yorgunluk, halsizlik

- Cinsel aktivitelerde azalma ve bozulma,
- Kaygıların artması,
- Sosyal destek aktivitelerindeki bozulmalar,
- Kronik ve ya akut sağlık problemleri.

Bireyin yaşam hazzını üst seviyeye çıkaracak durumlar şunlardır (Savcı, 2006):

- Sosyal yaşantını ve ekonomik düzeyin yeterli olması ,
- Toplumsal alanda güven içinde olmak,
- Yaşantının gereken konfora ve rahatlığa sahip olması,,
- Düzenli olarak aktif bir hayatın içinde olmak,
- Sosyal çevre ile aktif ve olumlu olumlu ilişkilerde olmak,
- Eğlendiği ve hoşlandığı aktivitelerin içinde olmak,
- Saygı görmek,
- Bireysel özgürlüğe sahip olmak,
- Özel yaşantısına gereken değerin verilmesi,
- Kendini rahat ifade edebilmek,
- Her açıdan yeterli olmak,
- Kendine özgü bir birey olarak algılanmak,
- Mutluluk içinde olmak

2.2.1. Yaşam Kalitesi Ölçme Yöntemleri

Yaşam kalitesi bazı göstergelerle ölçülür. Bu göstergeler (Savcı, 2006);

1. Gözlenebilir bilgiler,
2. Biyokimya testleri gibi fizyoloji göstergeler,
3. Ruhsal bozukluklar, intihar oranları ve alkol bağımlılığı gibi göstergeler,
4. Kendi öz benliğini ortaya koyması belirlemektedir

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en çok başvurulan yöntem bireyin kendini ifade etmesi yöntemidir. Bunun sebebi duygu ve düşünce gibi öznel yaşam kalitesi göstergelerinin gözlenemez olmasıdır. Dönem dönem elde edilen bulguların fiziksel şikayetlerle ilgili olabildiği görülmektedir (Savcı, 2006).

1980'lerden bu yana yaşam kalitesinin ölçümüyle ilgili çeşitli araçlar geliştirilmiştir. Bazı araştırmacılara göre geliştirilen bu ölçekler tek boyutlu olmayıp birçok boyutu ölçen araçlar olmalıdır. Çünkü burada amaçlanan yaşam kalitesini birçok açıdan değerlendirebilmektir. Yaşam kalitesi ölçeklerini geliştirmede farklı yollara başvurulmaktadır. Göstergeleri oluştururken önemli noktaları şöyle sıralayabiliriz (Savcı, 2006):

- Sağlıkla ilişkili olmalıdır, sağlığın bozulması ağrının artması ile yaşam kalitesinin azalması ters bir orantı olduğunu gösterir.
- Karakter özellikleri ve günlük duygusal değişiklikler ile arasında düşük düzeyde bağlantı olmalıdır. Kişilik özellikleri ile arasında yüksek düzeyde olan göstergeler, belirli değişiklikleri tespit etmede duyarsız olabilir.
- İçerik yapısı etik olarak uygun olmalıdır.
- Yapılan ölçümlerde hata en az seviyede olmalıdır.
- Yeterli test güvenilirliğine ve iç tutarlılığa sahip olmalıdır.
- Göstergeler farklılıkları belirleyen değişikliklere karşı duyarlı olmalıdır.

Günümüzde yaşam kalitesi düzeyini ölçmek için güvenirlik ve geçerlilikleri kanıtlanmış, amaçlarına göre birçok ölçek kullanılmaktadır. Bu ölçekler şu şekilde sınıflandırılmaktadır (Savcı, 2006):

1. *Sağlık problemlerine özel ölçekler:* Sağlık sorunu hakkında hastanın algısını belli eden ölçeklerdir. Rehabilitasyon programlarını değerlendirme aşamasında Aberdeen Boyun ağrısı, Bel Ağrısı Ölçeği, Disabilite ve Rolls Royce Ölçeği gibi çok sayıda hastalığa özel ölçek vardır.
2. *Spesifik bir konuya yönelik ölçekler:* psikolojik sağlık problemleri gibi özel bir alanda ölçüm yapar. Beck Depresyon Ölçeği gibi.
3. *Genel kapsamlı ölçekler:* Bu ölçekler mental, sosyal ve fiziksel alanları kapsayan ve sağlıkla ilgili bilgi veren detaylı ölçüm yapan yaşam kalitesi ölçekleridir. En çok kullanılan ölçekler; Nottingham Sağlık Profili, Kısa Form-36 (SF-36), Hastalık Etki Profili şeklindedir (Savcı, 2006).

Yapılan araştırmalarla birlikte yaşam kalitesi ölçümlerinin özellikle sağlık bölümünde önemi artmaktadır. Günümüzde hastaların algısına dayalı olarak,

yaşam kalitelerinin tespit edilmesi sağlık hizmetlerinin de dikkatini çekmekte ve iyileştirilmelerin yapılabilmesi için başvurulan yöntemlerden biri haline gelmiştir.

Yapılan bu çalışmada hastaneye ayakta başvuran hastaların yaşam kalitelerini tespit edebilmek amacıyla Kısa Form-36 (SF-36) ölçeği kullanılmıştır.

SF-36 ölçeği genel kapsamlı bir ölçektir. Genellikle. Laboratuvar ortamında yapılan araştırmalarda ve tedavilerde bireyin sağlık durumunun değerlendirilmesi ve medikal tedavinin sonuçlarının ortaya konulması açısından uygulanmaktadır "Medical outcomes Study"den geliştirilen, 36 maddeyi baz alan bir ölçektir. Her maddeye cevaplar 0'dan (negatif, kötü sağlık) 100'e (pozitif, iyi sağlık) kadar skorlanarak, skalalar 0–100 arasında puanlanır. Üst puanlar sağlık durumunun daha iyi olduğunu ifade etmektedir. SF 36'nın Türkçe güvenirlik ve geçerliliğiyle ilgili çalışma, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Koçyiğit ve arkadaşları, 1999).

2.3. Yaşam Kalitesi ve Fiziksel aktivite

Günümüzde fiziksel aktivite ile ilgili toplum yeterli bilince sahip değildir ve, fiziksel aktivitenin sağlık için önemi anlaşılamamıştır. Giderek daha hareketsiz bir hayatın benimsenmesi ve fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılamaması, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, obezite, diyabet, osteoporoz gibi çeşitli hastalıkların görülme oranını artıran en önemli sebeplerden biri olmuştur (Vural, 2010).

Doğada yaşayan canlıların en temel gereksinimi yaşamını devam ettirmektir. Doğadaki canlılardan olan insanoğlu yaşamını devam ettirmeyi amaçlamanın yanı sıra yaşamın kalitesini de üst düzeye çekmeye çalışmaktadır. Yaşam kalitesi yüksek bir hayat biçimi üretmeyi, çalışmayı ve sağlıklı bir birey olmayı gerektirir. Bu durum insanın günlük yaşamındaki fiziksel aktivitenin temelini oluşturmaktadır (Vural, 2010).

Egzersiz ve fiziksel aktivite: bireyin koruyucu sağlık yaklaşımı olmakla birlikte; bireyin sağlık durumunu iyiye götüren ve bağışıklığını geliştiren, hastalıklara karşı koruyan, yorgunluğunu gideren hareketler toplamıdır (Özüdoğru, 2013).

Fiziksel aktivitenin yokluğu veya düşük seviyede olması çeşitli hastalıklar ve erken ölümün nedenlerinden de olabilmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel çalışmaların, pek çok hastalığı ve yine bu hastalıklara bağlı erken ölümleri önlediği ve sağlık açısından kalitesi yüksek bir hayatı sağladığı ortaya çıkmıştır (Vural, 2010).

Fiziksel aktivite alışkanlığı genel olarak fiziksel görünümü iyileştirmekte ve sağlıklı, dayanıklı bir fiziksel yapının gelişimine olanak sağlamaktadır. Böylece kalitesi yüksek bir hayat standartlarına sahip olma imkanının olacağını söylenebilir (Özer ve Baltacı, 2008).

Düzenli bir şekilde yapılan fiziksel aktivitenin sağlıklı ve kaliteli yaşama katkıları şöyle sıralanabilir (Özüdoğru, 2013):

- Kilo alıp vermeye ve kilo dengesine yardımcı olur.
- Fiziksel aktivitenin etkisiyle kas kasılması meydana gelir, bu durumun sonucunda kemik içi yapısı, minerali ve yoğunluğu korunmuş olur. Böylece kemik erimesi (osteoporoz) önlenmiş olur.
- Yüksek kan trigliserit, kolestrol değişim düzeylerini etkileyerek, damar hastalıkları riskini en aza indirir.
- Yapılan fiziksel aktiviteler kalbi güçlendirerek kalbe olan kan akışını artırır ve kalp krizi geçirme olasılığını en aza indirir.
- Düzenli olarak aktivite yapan kişilerde sigaraya olan bağımlılıktan kurtulma olasılığı pasif bireylere göre başarılıdır.
- Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıldığında insülin ve kan şekeri kontrolünü sağlayacağı için dolayısıyla şeker hastalığını da kontrolde tutmaya yardımcı olur.
- Kadınların menopoza girme yaşını geciktirir, menopoza bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz etkileri azaltır ve ortadan kaldırır. Dolayısıyla rahat bir menopoz dönemi geçirilmesine zemin hazırlar.
- Kendini pozitif ve mutlu hissetmeyi sağlar.
- Sağlıklı eklem, kas ve kemik yapısına kavuşturacağı için sağlıklı ve fit bireyler oluşturacaktır Bu durumun sonucu olarak mutlu, özgüvenli ve bedeniyle barışık bireyler ortaya çıkaracaktır.

- Pozitif düşünebilme ve sorunlarla, streslerle başa çıkabilme yetisini geliştirir.
- Yaşlanma sürecini bireylerin sağlıklı, huzurlu ve mutlu geçirmesini sağlar.
- Sistemik hastalıklar nedeniyle ani ölüm riskini en aza indirir.
- Vücutta kanser hücrelerinin gelişimini ve oluşumunu azaltır.
- Fiziksel aktiviteleri düzenli bir şekilde yapan bireylerin vücudundaki oksijen kullanma yeteneğini geliştirir. Vücudun enfeksiyonlara ve hastalıklara karşı savunması artar.
- Değişen duygu durumları, anksiyete, depresyon vb durumlarla başa çıkabilme gücünü artırır, bireylerin hayatından daha fazla keyif almasını sağlar (Sağlık Müdürlüğü, 2012; akt. Özüdoğru, 2013).

2.4. İlgili Araştırmalar

Fiziksel aktivite düzeyinin farklı yöntemlerle değerlendirilmesini amaçlayan Baş Aslan'ın 2003 yılında yapmış olduğu çalışmaya 18 ile 25 yaş aralığında 106 erkek 101'kadın toplam 207 üniversite öğrencisi katılmıştır. Çalışmanın sonucunda fiziksel aktivite düzeylerinin cinsiyete bağlı olarak farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Bu farklılığa göre erkeklerin fiziksel aktivite düzeyleri kadınlarınkine oranla yüksektir (Baş ve Aslan, 2003)

2005 yılında Yeşil; perkütan intrakoroner girişim uygulanan hastaların fiziksel aktivite düzeyleri ve bu düzeyleri etkileyen faktörleri konu alan bir çalışma yapmıştır. Çalışmanın sonucunda18 yaş ve üzerinde olan toplam 150 hastanın fiziksel aktivite olarak çoğunlukla yürüyüş yaptığı sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca bu hastaların yarısından fazlasının minimal aktif düzeyde olduğunu tespit etmiştir (Yeşil, 2005).

Savcı ve arkadaşları 2006 yılında üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri üzerine bir çalışma yapmıştır. Çalışmanın sonucunda öğrencilerin çoğunluğunun minimal aktif düzeyde oldukları tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda kız öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin erkek öğrencilere oranla daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Savcı ve Arkadaşları, 2006).

Parmaksız 2007 yılında günümüzde önem kazanan obezite konusu üzerinde durarak obezite sorunu yaşayan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini incelemiştir. Bu çalışmaya toplamda 71 kişi katılmıştır. Katılımcılardan 40' çalışma grubunu oluşturmuş, 31'i ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Çalışma sonucunda, obezite sorunu yaşayan bireylerin normal bireylere kıyasla inaktif seviyede oldukları belirtilmiştir (Parmaksız, 2007).

Arabacı ve Çankaya 2007 yılında, beden eğitimi öğretmenlerinin fiziksel aktivite düzeylerini incelemiştir. Çalışmanın sonucunda beden eğitimi öğretmenlerin çoğunlukla minimum aktif veya inaktif seviyede oldukları tespit edilmiştir (Arabacı ve Çankaya, 2007).

Cengiz'in 2007 yılında, ODTÜ öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerini incelemiştir.. Yapılan bu çalışmaya 953 öğrenci katılmıştır, öğrencilerin çoğunluğunun fiziksel aktivite seviyelerinin minimal aktif düzeyde olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışma sonucunda öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin sağlıklı olan düzeyin altında olduğu tespit edilmiştir (Cengiz, 2007).

2008 yılında Kurtoğlu metabolik sendromlu bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini incelemiştir. Çalışmaya, 25 kişi kontrol grubu, 25 kişi de çalışma grubu olarak katılım sağlamıştır. Çalışma sonucunda, çalışma grubunun fiziksel aktivite düzeylerinin kontrol grubuna oranla daha düşük seviyede fiziksel aktiviteye sahip oldukları gözlemlenmiştir (Kurtoğlu, 2008).

2008 yılında öğretmenlerde fiziksel aktiviteyi temel alarak bir çalışma yapan Şanlı, çalışmasında yaşı, cinsiyeti ve beden kitle indeksini değişken olarak almıştır. Çalışmaya katılan 286 öğretmenden elde edilen veriler incelendiğinde katılımcıların çoğunlukla minimal düzeyde fiziksel aktiviteye sahip oldukları tespit edilmiştir (Şanlı, 2008).

Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezinde çalışan personelin fiziksel aktivitelerini inceleyen Bulut, 2010 yılında bir çalışma yapmıştır. Çalışmaya katılan 366 çalışandan elde edilen veriler sonucunda, çalışanların görev yaptığı alanlara göre fiziksel aktivite düzeylerinin farklılık gösterdiği bulunmuştur. Özel şirket çalışanlarının çok aktif olduğu ve idari çalışanların aktif olmadığı ayrıca 25

yaşından küçük olan çalışanların hiçbirinin inaktif düzeyde olmadığı ancak 45 yaşından büyük olan çalışanların çoğunlukla inaktif düzeyde oldukları saptanmıştır (Bulut, 2010).

Yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi temel alarak yapılan sınırlı çalışmalardan biri olarak karşımıza Tekkanat' ın 2008 yılında yapmış olduğu çalışma çıkmaktadır. Bu çalışmada örneklem olarak öğretmenlik bölümü okuyan öğrenciler seçilmiştir. Çalışma sonucunda öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri ile fiziksel sağlıkları arasında paralellik içeren bir ilişki bulunmuştur (Tekkanat, 2008).

Bir diğer yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi temel alan çalışma da, Vural'ın 2010 yılında yapmış olduğu çalışmadır. Vural çalışmasında masa başı çalışanlarını örneklem olarak almış ve çalışmasında Ankara'da masa başında çalışan toplam 313 kişi yer almıştır. Çalışmanın sonucunda bireylerin büyük çoğunluğunun minimal aktif düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bununla yaşam kalitesinde cinsiyet ve yaşın anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışma sonucunda fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Vural, 2010).

Koçak ve Özkan'ın 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Çalışma sonucunda her ne kadar kadınlar inaktif düzeyde olup erkekler minimal düzeyde olduğu belirtilse de bu farklılığın bir anlam ifade etmediği belirtilmiştir. Bununla birlikte bu çalışmada fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından olan fiziksel işlev, yaşamsallık ve genel sağlık boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Koçak ve Özkan, 2010).

Fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleme amacıyla diğer çalışmalardan farklı bir araştırma grubu seçen Genç ve arkadaşları 2011 yılında kadın ve erkek genç yetişkin grubunu incelemiştir. Bu çalışmanın sonucunda ise erkeklerin fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitesi ölçeğinin iki alt kategorisi olan fiziksel sağlık kategorisi ile mental sağlık kategorisi puanlarının, kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ancak fiziksel aktivite düzeyleri

noktasında cinsiyet farklılığı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Genç ve Arkadaşları, 2011).

Deniz, 2011 yılında yapmış olduğu çalışmanın sonucunda kadınların çoğunlukla minimal aktif düzeyde olmasına karşılık erkeklerin çoğunlukla inaktif seviyede olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca fiziksel aktiviteyi medeni durum açısından da ele alan araştırmacı evli olan katılımcıların çoğunlukla inaktif düzeyde olmasına karşılık bekar olan katılımcıların çoğunlukla minimal aktif düzeyde olduklarını belirtmiştir (Deniz, 2011).

3.YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada; şuan var olan sonuçlar betimsel olarak sorgulanmaktadır. Sivas ili merkezinde bulunan özel ve devlet hastanelerine ayakta başvuran hastaların yaşam kalite düzeyi ve fiziksel aktivite düzeylerini incelemek amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli iki ve daha fazla değişken arasında birlikte değişim varlığını veya derecesini belirlemeyi amaçlar (Karasar, 2009).

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evreni Sivas il merkezinde bulunan özel ve kamu hastanelerine tedavi almak amacıyla ayaktan başvuran bireylerdir. Araştırmanın örneklemi 2019 Ocak ayının ikinci haftasında hastanelere tedavi almak amacıyla ayaktan başvuran bireylerden, gönüllülerin seçimi modeli esas alınarak araştırmamıza katılan erkek (n=164) ve kadın (n=188) toplamda 352 kişi oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, anket formu kullanılmıştır. Kullanılan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm katılımcıların; sosyo-demografik özelliklerini tespit etmek amacıyla oluşturulan, kişisel bilgi formudur (EK-1). İkinci bölümde katılımcıların yaşam kalitelerini ölçme amacıyla, Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36 (EK-2) kullanılmıştır. Son olarak üçüncü bölümde katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerini tespit edebilmek amacıyla Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ Short Form - International Physical Activity Questionnaire Short Form) (EK-3) kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafında katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin tespit edilmesi amacıyla kişisel bilgi formu oluşturulmuştur (EK-1).

Kişisel bilgi formu ile katılımcıların tedavi amacıyla başvurdukları poliklinik, cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, sağlık güvencesi, aile yapısı, aylık gelir durumu ve sürekli yaşanılan yer hakkında bilgi toplanmıştır. Ayrıca yine kişisel bilgi formu ile katılımcıların kronik bir hastalığının ve sürekli kullanılan bir ilacın olup olmadığının yanı sıra sigara ve alkol kullanımı hakkında da bilgi toplanmıştır.

3.3.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi

SF-36 (Short Form- 36; Kısa Form 36) 1992 yılında Rand Corporation tarafından yaşam kalitesini değerlendirmek için oluşturulmuş bir ankettir. 1990 yılının başında çalışmalara başlanmıştır ilk olarak 149 madde ile başlanmış 22000 den fazla birey üzerinde uygulanmış faktör analiziyle birlikte 20 maddeli şekli olan SF-20 hazırlanmış fakat psikometrik kapsamın ve özelliklerin artırılmasıyla son hali olan SF-36 şeklini almıştır (Aksungur, 2009).

SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi geçerliliği yapılmış olan ve oldukça fazla tercih edilen bir ankettir. Araştırmacı tarafından belirlenen bir yaş grubunun veya hastalığın kategorisi içerisinde değerlendirilmeyen genel sağlık kavramını içeren bir ankettir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasını Koçyiğt ve arkadaşları 1999 yılında yapmıştır (Aydemir, 1999).

Anket toplamda 36 maddeden ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; fiziksel işlev, sosyal işlev, fiziksel rol, mental rol, mental işlev, yaşamsallık, ağrı, genel sağlık şeklindedir. Anketin ikinci sorusu son bir yılda sağlıkta yaşanan değişimin varlığını sorgulamaktadır. Bu nedenle bu soru herhangi bir boyut kapsamında değerlendirilmemektedir. Katılımcılardan ikinci soru dışında diğer tüm soru maddeleri son dört haftayı az alarak yanıtlamaları istenmektedir. (Koçoğlu, 2006).

Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3,5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d, maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde toplam puan hesaplaması söz konusu değildir. Alt ölçekler sağlığı 0-

100 arasında değerlendirir ve 0 ‘kötü sağlık’ durumunu, 100 ‘iyi sağlık’ durumunu göstermektedir (Bozdemir, 2006).

Tablo 1: SF-36 Sorularının Birleştirilmesi ve Ham Puanları (Bozdemir, 2006).

Sf-36 Boyutları	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	*Olası ham skor aralığı*
Fiziksel işlev	3(a+b+c+d+e+f+g+i+j)	10-30	20
Fiziksel rol	4(a+b+c+d)	4-8	4
Ağrı	7+8	2-12	10
Genel Sağlık Algısı	1+11(a+b+c+d)	5-25	20
Yaşamsallık	9(a+b+c+d)	4-24	20
Sosyal İşlev	6+10	2-10	8
Mental Rol	5(a+b+c)	3-6	3
Mental Sağlık	9(b+c+d+f+h)	5-30	25

$$\text{Boyut skoru} = \frac{\text{alınan ham puan} - \text{olası en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan aralığı}} \times 100$$

$$\text{Örneğin Fizik işlev ham puanı 21 ise FF} = \frac{21-10}{20} \times 100 = 55$$

3.3.3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ Short Form - International Physical Activity Questionnaire Short Form)

15-65 yaş aralığındaki bireylerin fiziksel aktivite seviyelerini ölçmek amacıyla IPAQ (Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi) kullanılmıştır.

Fiziksel aktivite anketi (IPAQ) uluslararası düzeyde anlık ve günlük olarak yapılan fiziksel aktivite düzeyi hakkında karşılaştırılabilir güvenli ve geçerli veri elde etmek için geliştirilmiştir. 1998 yılında IPAQ geliştirme çalışmaları Cenevre'de başlamıştır tam olarak 12 ülkede güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmıştır sonucunda farklı kültür ve ortamların fiziksel aktivite katılım düzeylerini ve oranlarını rahatlıkla ölçebildiği görülmüştür (Tekkanat, 2008).

IPAQ anketinin Türkiye'ye uyarlanabilmesi için güvenirlilik ve geçerlilik çalışması Melda Öztürk tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Ayrıca Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri ve Teknolojisi Yüksekokulu Tarafından 2007 yılında IPAQ anketinin Türkiye'ye uyarlanabilmesi amacıyla güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır (Karaca ve Turnagöl, 2007).

3.3.3.1. IPAQ Anketinin Puan Değerlendirilmesi ve skorlaması

IPAQ Kısa form (7 soru); yürüme, orta şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman ve otururken harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır.

Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Aktiviteler için gerekli olan enerji MET-dakika skoru ile hesaplanır. Bu aktiviteler için standart MET değerleri oluşturulmuştur. Bunlar;

Düşük tempo = 3.3 MET,

Orta şiddetli tempo= 4.0 MET,

Yüksek şiddetli tempo= 8.0 MET,

Durma pozisyonu = 1.5 MET.

Bu değerler kullanılarak günlük ve haftalık fiziksel aktivite seviyesi hesaplanır.

Örneğin; 3 gün 30 dakika yürüyen bir kişinin yürüme MET-dk/hafta skoru:

3.3 X 3 X 30 = 297 MET-dk/hafta olarak hesaplanmaktadır.

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

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

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

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

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

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

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

a. 3 veya daha fazla gün en az 20 dakika şiddetli aktivite yapmak.

b. 5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması.

c. Minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli aktivitenin birleşimi.

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

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

3.4. Veri Analizi

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences 22.0) programına yüklenerek bu program aracılığıyla analiz edilmiştir. Yüzde değerleri ve frekans değerleri tespit edilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin arasında anlamlı farklılık varmı, yokmu belirlemek amacıyla da Anova ve T testi yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinden Kolmogorov Smirnov testi, bağımsız 2 grup karşılaştırılırken ölçümle elde edilmiş bir değişken yönünde bağımsız 2 grup karşılaştırılırken Whitneyy-U testi, ölçümle elde edilmiş bir değişken yönünden bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılırken Kruskall-wallis, testi farklılık yapan grup ya da grupları bulabilmek için Tukey ve Mann-Whitneyy-U, testi kullanılmıştır. Veriler tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değer, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip, yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 07.11.2018 tarih ve 2018-11/09 sayılı kararı ile “etik açıdan sakınca olmadığına” dair rapor alınmıştır. Sivas Numune Hastanesi, Sivas Özel Medicana Hastanesi ve Sivas Özel Gültepe Hastanesinden izin yazıları alınarak araştırmaya başlanılmıştır. Araştırmada veri toplama sırasında bütün bireyler araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve bireylerden gönüllü olanlar araştırmaya katılmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve araştırmanın problemlerine dair elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya 188 kadın (%53,4), 164 erkek (%46,6) olmak üzere toplamda 352 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılanların tedavi amacıyla geldikleri poliklinikler; Acil, Cildiye, Dahiliye, Diş, Diyetisyen, Fizik Tedavi, Genel Cerrahi, Göğüs, Gastroenteroloji, Göz, Kadın Doğum, Kardiyoloji, Kulak Burun Boğaz, Nöroloji, Onkoloji, Ortopedi, Üroloji şeklinde sıralanmaktadır.

Tablo 2 : Yüzde ve frekansa göre katılımcıların yaş durumu

Değişkenler	Alt değişkenler	f	%
Yaş grubu	18-25 yaş	64	18,2
	26-30 yaş	73	20,7
	31-40 yaş	96	27,3
	41-50 yaş	61	17,3
	51 ve üzeri	58	16,5
Cinsiyet	Erkek	164	46.6
	Kadın	188	53.4
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden az	138	39,2
	Gelir gidere eşit	172	48,9
	Gelir giderden fazla	42	11,9
Aile yapısı	Yalnız	56	15,9
	Çekirdek aile	254	72,2
	Geniş aile	42	11,9
Yaşanılan yer	Köy	26	7,4
	Şehir merkezi	46	13,1
	İlçe	280	79,5
Sağlık güvencesi	Var	8	8
	Yok	92	92
Eğitim durumu	Okur yazar	2	0,6
	İlköğretim	22	6,3
	Ortaöğretim	24	6,8
	Lise	142	40,3
	Yüksek öğrenim ve üzeri	162	46

Tablo 2'nin devamı

Değişkenler	Alt değişkenler	f	%
Meslek durumu	Öğrenci	42	11,9
	Emekli	10	2,8
	İşçi	98	27,8
	Memur	88	25
	Serbest meslek	59	16,8
	Ev hanımı	40	11,4
	Diğer	15	4,3
Kronik hastalık	Var	138	38,1
	Yok	214	61,9
Sürekli kullanılan ilaç	Var	140	39,8
	Yok	212	60,2
Sigara kullanımı	Var	164	46,6
	Yok	188	53,4
Alkol kullanımı	Var	82	23,3
	Yok	270	76,7
Fiziksel aktivite düzeyi	İnaktif	134	38,1
	Minimal aktif	80	22,7
	Çok aktif	138	39,2

Tablo 2'ye göre katılımcıların yaş gruplarını incelediğimizde; en fazla katılım %27,3'le 31-40 yaş aralığında, en az katılım ise %16,5 ile 51 yaş ve üzeri yaş aralığında gerçekleşmiştir.

Tablo 2'ye göre araştırmaya 188 kadın (%53,4), 164 erkek (%46,6) olmak üzere toplamda 352 kişi katılmıştır.

Tablo 2'ye göre katılımcıların gelir durumlarına bakıldığında katılımcıların %39,2'si gelirlerinin giderlerden az olduğunu, %48,9'u gelirlerinin giderleriyle eşit olduğunu %11,9'u gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2'ye göre aile yapılarına bakıldığında katılımcıların %15,9'u yalnız yaşamakta, %72,2'si çekirdek aile içerisinde yaşamakta ve %11,9'u geniş aile içerisinde yaşamaktadır.

Tablo 2'ye göre katılımcıların yaşadıkları yer incelendiğinde %7,4'ü köyde, %13,1'i ilçede ve %79,5'i şehir merkezinde yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 2'ye göre katılımcıların sağlık güvence durumuna bakıldığında ise yalnızca %2,3'ünün sağlık güvencesi olmadığı ancak diğer tüm katılımcıların sağlık güvencesi olduğu ve bu sosyal güvence biçiminde de en yüksek oranın %61,9 ile SSK olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2'ye göre katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında okuma yazma bilmeyen bireyin olmadığı görülmektedir. En yüksek oranın ise %46 ile yükseköğrenim ve üzeri olduğunu görmekteyiz.

Tablo 2'ye göre katılımcıların meslek durumlarına bakıldığında en yüksek oranların sırasıyla %27.8 ile işçi, %25 ile memur, %16.8 ile serbest meslek olduğu görülmektedir.

Tablo 2'de katılımcılara kronik bir hastalığının olup olmadığı, sürekli ilaç kullanıp kullanmadığı ve sigara, alkol kullanıp kullanmadıkları da sorulmuştur. Elde edilen sonuçlara bakıldığında katılımcıların;

- Katılımcıların %38,1'i kronik bir hastalığı olduğu, %61,9'u ise kronik bir hastalığının olmadığını belirtmiştir.
- Katılımcıların %39,8'i sürekli kullandığı bir ilacın olduğu, %60,2'si sürekli kullandığı bir ilacın olmadığını belirtmiştir.
- Katılımcıların %46,6'sı sigara kullandığını, %53,4'ü ise sigara kullanmadığı belirtmiştir.
- Katılımcıların %23,3'ü alkol kullandığını, %76,7'si ise alkol kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo 2'ye göre katılımcıların %39,2'sinin çok aktif düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda inaktif düzey ile çok aktif düzeyin birbirine yakınlığı da dikkat çekmektedir.

Tablo 3 : Katılımcıların Meslekleri ile Fiziksel Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişki

Meslekler	**Fiziksel Aktivite Düzeyleri**					
	İnaktif		**Minimal Aktif**		**Çok Aktif**	
	f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Öğrenci	16	11,9	2	2,5	24	17,4
Emekli	10	7,5	0	0,0	0	0,0
İşçi	32	23,9	27	33,8	39	28,3
Memur	24	17,9	29	36,3	35	25,4
Serbest Meslek	29	21,6	11	13,8	19	13,8
Ev hanımı	13	9,7	9	11,3	18	13,0
Diğer	10	7,5	2	2,5	3	2,2
Toplam	**134**	**100**	**80**	**100**	**138**	**100**

Tablo 3'yebakıldığında öğrencilerin %17,4'ünün çok aktif düzeyde olduğu, emeklilerin inaktif düzeyde oldukları, işçilerin çok aktif düzey ile inaktif düzeyin birbirlerine yakın değerlerde oldukları, memurların %25,4'ünün çok aktif düzeyde olup inaktif ve minimal aktif düzeylerinin birbirine yakın olduğu, serbest meslekte olanların %21,6'sının inaktif olduğu, ev hanımlarının %13'ünün çok aktif olduğu ve diğeri işaretleyen katılımcıların ise inaktif düzeylerinin %7,5 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4 : Katılımcıların Cinsiyetleri ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişki

Cinsiyet	**Fiziksel Aktivite Düzeyleri**					
	İnaktif		**Minimal Aktif**		**Çok Aktif**	
	f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Kadın	45	33,6	47	58,8	96	69,6
Erkek	89	66,4	33	41,3	42	30,4
Toplam	**134**	**100**	**80**	**100**	**138**	**100**

Tablo 4'e göre katılımcıların cinsiyetlerine göre fiziksel aktivite düzeylerine bakıldığında kadınların erkeklere oranla çok daha aktif olduğu, erkeklerin en fazla İnaktif düzeyde oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 5 : Katılımcıların Medeni Durumları ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişki

Medeni Durum	**Fiziksel Aktivite Düzeyleri**					
	İnaktif		**Minimal Aktif**		**Çok Aktif**	
	f	%	f	%	f	%
Evli	75	56,0	46	57,5	73	52,9
Bekar	59	44,0	34	42,5	65	47,1
Toplam	**134**	**100**	**80**	**100**	**138**	**100**

Tablo 5'e göre katılımcıların medeni durumları göz önüne alınarak fiziksel aktivite düzeylerine bakıldığında evli katılımcıların %56'sı inaktif düzeyde olduğu ancak çok aktif düzeyleriyle inaktif düzeyin birbirine yakın oldukları bekar katılımcıların ise %47.1'i çok aktif düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Evli katılımcılar ile bekar katılımcılar karşılaştırıldığında evli katılımcıların daha çok inaktif düzeyde oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların Yaş Grupları ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişki

Yaş Grupları	**Fiziksel Aktivite Düzeyleri**					
	İnaktif		**Minimal Aktif**		**Çok Aktif**	
	f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
18-25 yaş	22	16,4	7	8,8	35	25,4
26-30 yaş	7	5,2	25	31,3	41	29,7
31-40 yaş	30	22,4	27	33,8	39	28,3
41-50 yaş	37	27,6	11	13,8	13	9,4
51 ve üzeri	38	28,4	10	12,5	10	7,2
Toplam	**134**	**100**	**80**	**100**	**138**	**100**

Tablo 6'ya bakıldığında katılımcıların yaşları arttıkça fiziksel aktivite düzeyleri azalmaktadır. 18-25 yaş aralığının %25.4'ü, 31-40 yaş aralığının %28,3'ü aktif düzeyde olduğunu, 41 50 yaş aralığının %27.6'sı, 51 yaş ve üzerinin %28,4'ünün ise inaktif düzeyde olduğunu görmekteyiz.

Tablo 7 : Eğitim Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Eğitim Durumları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Kruskal-Wallis Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

Eğitim durumu		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Min.	Max.	p
Fiziksel İşlev	İlköğretim	24	20,58	6,60	13	30	KW=46,66 P=0,001*
	Ortaöğretim	24	26,33	3,24	20	30	
	Lise	142	24,30	4,45	15	30	
	Yükseköğretim Ve Üzeri	162	27,09	3,27	18	30	
Fiziksel Rol	İlköğretim	24	6,25	1,96	4	8	KW=16,31 P=0,001*
	Ortaöğretim	24	7,75	0,44	7	8	
	Lise	142	6,56	1,59	4	8	
	Yükseköğretim Ve Üzeri	162	7,09	1,23	4	8	
Ağrı	İlköğretim	24	6,25	1,45	4	8	KW=38,65 P=0,001*
	Ortaöğretim	24	9,00	1,77	5	11	
	Lise	142	7,59	1,85	3	11	
	Yükseköğretim Ve Üzeri	162	8,15	1,83	3	11	
Genel Sağlık	İlköğretim	24	14,25	4,07	9	19	KW=22,86 P=0,001*
	Ortaöğretim	24	18,08	1,53	14	19	
	Lise	142	15,83	3,19	7	23	
	Yükseköğretim Ve Üzeri	162	16,54	3,12	8	22	
Yaşamsallık	İlköğretim	24	11,92	1,35	10	14	KW=39,82 P=0,001*
	Ortaöğretim	24	17,92	2,96	12	22	
	Lise	142	14,45	3,73	8	23	
	Yükseköğretim Ve Üzeri	162	14,68	3,20	6	22	

Tablo 7'nin devamı.

Eğitim durumu		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Min.	Max.	p
Sosyal İşlev	İlköğretim	24	5,17	1,99	2	7	KW=48,40 P=0,001*
	Ortaöğretim	24	8,17	1,61	6	10	
	Lise	142	6,39	1,78	3	10	
	Yükseköğretim Ve Üzeri	162	7,52	1,44	5	10	
Mental Rol	İlköğretim	24	4,33	1,27	3	6	KW=7,35 P=0,062
	Ortaöğretim	24	5,00	1,25	3	6	
	Lise	142	4,72	1,19	3	6	
	Yükseköğretim Ve Üzeri	162	4,96	1,15	3	6	
Mental Sağlık	İlköğretim	24	19,17	2,94	17	25	KW=7,80 P=0,056
	Ortaöğretim	24	20,67	3,74	16	26	
	Lise	142	21,14	3,49	16	28	
	Yükseköğretim Ve Üzeri	162	20,43	3,70	13	28	
Fiziksel Sağlık	İlköğretim	24	47,33	12,71	30	61	KW=37,87 P=0,001*
	Ortaöğretim	24	61,17	5,75	46	68	
	Lise	142	54,28	8,82	37	72	
	Yükseköğretim Ve Üzeri	162	58,86	6,74	40	69	

Tablo 7'de bireylerin eğitim durumlarına göre mental rol ve mental sağlık puanları karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Bireylerin eğitim düzeyine göre fiziksel işlev puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplara ilişkin değerler ikişerli olarak karşılaştırıldığında ilköğretim ile ortaöğretim, ilköğretim ile lise, ilköğretim ile yükseköğretim, lise ile yükseköğretim arasında fark bulunurken ($p<0,05$), diğer eğitim grupları arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Fiziksel rol yönünden bireylerin puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında ilköğretim ile ortaöğretim, ilköğretim ile yükseköğretim, ortaöğretim ile lise, lise ile yüksekokul arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$), diğerleri arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Ağrı yönünden bireylerin puanları karşılaştırıldığında, farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında ilköğretim ile ortaöğretim, ilköğretim ile lise, ilköğretim ile yükseköğretim, ortaöğretim ile lise, lise ile yüksekokul arasındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Genel sağlık açısından bireylerin puanları karşılaştırıldığında, farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında ilköğretim ile ortaöğretim, ilköğretim ile yükseköğretim, ortaöğretim ile lise arasındaki farklılık önemli bulunurken diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Yaşamsallık yönünden bireylerin puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında ilköğretim ile ortaöğretim, ilköğretim ile lise, ilköğretim ile yüksekokul, ortaöğretim ile lise, ortaöğretim ile yükseköğretim arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Sosyal işlev yönünden bireylerin ölçek puanı karşılaştırıldığında, farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında ilköğretim ile ortaöğretim, ilköğretim ile lise, ilköğretim ile yüksekokul, ortaöğretim ile lise, lise ile yüksekokul arasındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Fiziksel sağlık yönünden bireylerin ölçek puanları önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında ilköğretim ile diğer eğitim düzeyleri arasında, lise ile ortaöğretim ve lise ile yükseköğretim arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Mental sağlık yönünden bireylerin ölçek puanları önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında ilköğretim ile diğer eğitim düzeyleri, ortaöğretim ile de lise arasında ki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 8 : Katılımcıların Meslekleri ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki

Mesleğe göre		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Standart Hata	Min.	Max.	p
Fiziksel İşlev	Öğrenci	42	27,43	2,96	0,46	19	30	**KW=40,47**
	Emekli	10	17,80	4,13	1,31	13	21	**P=0,001***
	İşçi	98	26,65	3,45	0,35	18	30	
	Memur	88	25,39	4,16	0,44	17	30	
	Serbest meslek	59	24,58	4,85	0,63	15	30	
	Ev hanımı	40	24,95	4,77	0,75	16	30	
	Diğer	15	22,67	5,80	1,50	14	28	
Fiziksel Rol2	Öğrenci	42	7,29	1,25	0,19	4	8	**KW=34,13**
	Emekli	10	6,40	2,07	0,65	4	8	**P=0,001***
	İşçi	98	7,22	1,46	0,15	4	8	
	Memur	88	6,86	1,28	0,14	4	8	
	Serbest meslek	59	6,47	1,47	0,19	4	8	
	Ev hanımı	40	6,60	1,48	0,23	4	8	
	Diğer	15	5,87	1,46	0,38	4	8	
Ağrı	Öğrenci	42	9,10	1,65	0,25	5	11	**KW=53,44**
	Emekli	10	5,80	1,55	0,49	4	7	**P=0,001***
	İşçi	98	8,30	1,95	0,20	3	11	
	Memur	88	7,84	1,81	0,19	3	11	
	Serbest meslek	59	7,27	1,28	0,17	5	11	
	Ev hanımı	40	6,95	1,93	0,31	4	9	
	Diğer	15	7,60	1,92	0,50	5	11	
Genel Sağlık	Öğrenci	42	18,67	2,10	0,32	15	23	**KW=47,71**
	Emekli	10	15,00	5,16	1,63	9	19	**P=0,001***
	İşçi	98	15,98	3,36	0,34	7	21	
	Memur	88	15,80	3,40	0,36	8	20	
	Serbest meslek	59	15,44	2,43	0,32	10	22	
	Ev hanımı	40	17,20	2,30	0,36	15	22	
	Diğer	15	14,33	3,52	0,91	9	19	

Tablo 8'in devamı

Mesleğe göre		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Standart Hata	Min.	Max.	p
Yaşamsallık	Öğrenci	42	17,19	3,02	0,47	10	23	**KW=32,23 P=0,001***
	Emekli	10	12,80	1,55	0,49	11	14	
	İşçi	98	14,66	3,69	0,37	6	22	
	Memur	88	14,27	2,37	0,25	9	19	
	Serbest meslek	59	14,53	3,86	0,50	11	23	
	Ev hanımı	40	13,45	3,88	0,61	9	19	
	Diğer	15	13,87	4,26	1,10	11	22	
Sosyal İşlev	Öğrenci	42	8,52	1,45	0,22	6	10	**KW=53,74 P=0,001***
	Emekli	10	5,00	2,58	0,82	2	7	
	İşçi	98	6,88	1,63	0,16	3	10	
	Memur	88	7,27	1,04	0,11	6	10	
	Serbest meslek	59	6,44	2,25	0,29	3	10	
	Ev hanımı	40	6,20	1,38	0,22	4	9	
	Diğer	15	6,40	2,35	0,61	3	10	
Mental Rol	Öğrenci	42	5,19	1,19	0,18	3	6	**KW=26,24 P=0,001***
	Emekli	10	3,60	0,52	0,16	3	4	
	İşçi	98	5,07	1,19	0,12	3	6	
	Memur	88	4,80	1,06	0,11	3	6	
	Serbest meslek	59	4,61	1,34	0,17	3	6	
	Ev hanımı	40	4,75	1,06	0,17	3	6	
	Diğer	15	4,20	1,21	0,31	3	6	
Mental Sağlık	Öğrenci	42	22,29	3,28	0,51	17	28	**KW=14,59 P=0,001***
	Emekli	10	20,80	3,61	1,14	18	25	
	İşçi	98	20,21	3,83	0,39	15	28	
	Memur	88	20,23	3,71	0,40	13	27	
	Serbest meslek	59	20,69	3,08	0,40	16	27	
	Ev hanımı	40	20,95	3,46	0,55	16	27	
	Diğer	15	20,27	3,67	0,95	17	26	
Fiziksel Sağlık	Öğrenci	42	62,48	5,52	0,85	49	72	**KW=42,48 P=0,001***
	Emekli	10	45,00	12,91	4,08	30	55	
	İşçi	98	58,15	8,25	0,83	37	68	
	Memur	88	55,89	7,72	0,82	40	69	
	Serbest meslek	59	53,76	8,19	1,07	39	68	
	Ev hanımı	40	55,70	7,67	1,21	42	67	
	Diğer	15	50,47	12,07	3,12	32	62	

Tablo 8'de bireylerin mesleklere göre fiziksel işlem puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Mesleklere göre puanlar 2 şerli karşılaştırıldığında öğrenci ile emekli, öğrenci ile serbest meslek, öğrenci ile diğerleri arasında, emekli ile işçi, emekli ile memur, emekli ile serbest meslek, emekli ile ev hanımı, işçi ile diğerleri arasında serbest meslek ve diğerleri arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer guruplar arasında önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Fiziksel rol yönünden mesleklere ilişkin puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Değerler ikişerli karşılaştırıldığında öğrenci ile diğer, işçi ile serbest meslek, işçi ile diğer meslekler arasında fark bulunurken ($p<0,05$), diğer guruplar arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Mesleklere göre ağrı puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli karşılaştırıldığında öğrenci ile emekli, öğrenci ile memur, öğrenci ile serbest meslek, öğrenci ile ev hanımı, emekli ile işçi, emekli ile memur. işçi ile serbest meslek, işçi ile ev hanımı arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$), diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Genel sağlık yönünden bireylerin ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplara ilişkin puanlar ikişerli karşılaştırıldığında öğrenci ile diğer tüm meslekler arası farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğerleri arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p<0,05$).

Bireylerin yaşamsallık yönünden puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında öğrenci ile diğer meslekler arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Sosyal işlev yönünden puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında öğrenci ile diğer meslek grupları arasında emekli ile işçi, emekli ile memur, memur ile serbest meslek, memur ile ev hanımı arasında fark bulunurken ($p<0,05$), diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Mental rol yönünden puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında öğrenci ile emekli, emekli ile işçi, emekli ile memur arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Mental sağlık yönünden bireylerin puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında öğrenci ile işçi, öğrenci ile memur arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$), diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Fiziksel sağlık yönünden bireylerin puanları karşılaştırıldığın da farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında öğrenci ile emekli, öğrenci ile memur, öğrenci ile serbest meslek, öğrenci ile ev hanımı, öğrenci ile diğer guruplar emekli ile işçi, emekli ile memur, emekli ile serbest meslek, emekli ile ev hanımı, işçi ile serbest meslek, işçi ile diğer meslek gurupları arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 9 : Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki puanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

Cinsiyete göre		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Hata	Min.	Max.	Sonuç p
fiziksel işlev	kadın	188	26,62	3,77	16	30	**0,001***
	erkek	164	24,15	4,81	13	30	
fiziksel rol	kadın	188	7,17	1,26	4	8	**0,001***
	erkek	164	6,51	1,58	4	8	
ağrı	kadın	188	8,17	1,91	4	11	**0,001***
	erkek	164	7,49	1,82	3	11	
genel sağlık	kadın	188	16,76	2,86	8	22	**0,001***
	erkek	164	15,57	3,50	7	23	
yaşamsallık	kadın	188	14,99	3,65	6	22	**0,027***
	erkek	164	14,20	3,27	8	23	
sosyal işlev	kadın	188	7,40	1,62	4	10	**0,001***
	erkek	164	6,43	1,86	2	10	
mental rol	kadın	188	5,04	1,14	3	6	**0,267**
	erkek	164	4,57	1,20	3	6	
mental sağlık	kadın	188	20,83	3,59	13	28	**0,001***
	erkek	164	20,44	3,60	15	28	
fiziksel sağlık	kadın	188	58,71	7,19	40	69	**0,001***
	erkek	164	53,72	9,61	30	72	

Tablo 9'da bireylerin cinsiyete göre yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında mental rol yönünden cinsiyetler arası farklılık önemsiz bulunurken ($p>0,05$), fiziksel rol, fiziksel işlev, rol, ağrı ve diğerleri yönünden cinsiyetler arası farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 10 : Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki puanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

Medeni duruma göre		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Min.	Max.	sonuç p
fiziksel işlev	evli	194	24,65	4,53	14	30	**0,001***
	bekar	158	26,47	4,16	13	30	
fiziksel rol	evli	194	6,64	1,56	4	8	**0,001***
	bekar	158	7,14	1,26	4	8	
ağrı	evli	194	7,45	2,02	3	11	**0,001***
	bekar	158	8,34	1,60	4	11	
genelsağlık	evli	194	16,30	2,78	7	22	**0,001***
	bekar	158	16,09	3,71	8	23	
yaşamsallık	evli	194	14,14	3,17	6	23	**0,001***
	bekar	158	15,20	3,80	8	23	
sosyal işlev	evli	194	6,44	1,70	3	10	**0,001***
	bekar	158	7,57	1,73	2	10	
mental rol	evli	194	4,46	1,20	3	6	**0,001***
	bekar	158	5,27	1,03	3	6	
mental sağlık	evli	194	20,48	3,63	13	28	**0,001***
	bekar	158	20,85	3,56	16	28	
	Total	352	20,65	3,60	13	28	
fiziksel sağlık	evli	194	55,04	8,47	32	69	**0,001***
	bekar	158	58,04	8,84	30	72	
mental sağlık	evli	194	45,54	7,01	32	59	**0,001***
	bekar	158	48,89	8,32	32	65	

Tablo 10'da bireylerin medeni duruma göre ölçek puanları karşılaştırıldığında tüm alt ölçekler yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$)

Tablo 11: Katılımcıların Yaş Grupları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Anova Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

Yaşa göre	Yaş	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Min.	Max.	Sonuç p
fiziksel işlev	18-25	64	28,09	2,61	19	30	**KW=89,58 P=0,001***
	26-30	73	26,86	3,37	18	30	
	31-40	96	26,41	3,61	18	30	
	41-50	61	23,87	3,73	17	30	
	51+	58	20,93	5,33	13	30	
fiziksel rol	18-25	64	7,53	1,07	4	8	**KW=37,59 P=0,001***
	26-30	73	7,00	1,09	4	8	
	31-40	96	7,01	1,53	4	8	
	41-50	61	6,36	1,53	4	8	
	51+	58	6,24	1,63	4	8	
ağrı	18-25	64	8,97	1,75	5	11	**KW=56,76 P=0,001***
	26-30	73	8,01	2,02	4	11	
	31-40	96	8,01	1,71	3	10	
	41-50	61	7,34	1,82	3	11	
	51+	58	6,69	1,45	4	9	
genel sağlık	18-25	64	18,34	2,37	15	23	**KW=60,25 P=0,001***
	26-30	73	16,63	3,43	8	22	
	31-40	96	16,41	2,89	8	21	
	41-50	61	15,13	2,46	7	18	
	51+	58	14,10	3,41	9	19	
yaşamsallık	18-25	64	17,19	3,05	10	23	**KW=60,95 P=0,001***
	26-30	73	14,56	3,85	6	19	
	31-40	96	14,82	3,66	8	23	
	41-50	61	12,52	1,63	10	15	
	51+	58	13,72	2,88	10	19	

Tablo 11’in devamı

Yaşa göre	Yaş	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Min.	Max.	Sonuç P
sosyal işlev	18-25	64	8,53	1,38	6	10	**KW=75,68**
	26-30	73	6,96	1,20	5	9	**P=0,001***
	31-40	96	7,04	1,36	4	10	
	41-50	61	5,90	1,68	3	8	
	51+	58	6,14	2,31	2	10	
mental rol	18-25	64	5,28	1,11	3	6	**KW=22,38**
	26-30	73	4,59	1,13	3	6	**P=0,001***
	31-40	96	5,01	1,16	3	6	
	41-50	61	4,46	1,10	3	6	
	51+	58	4,69	1,33	3	6	
mental sağlık	18-25	64	22,19	3,72	16	28	**KW=23,20**
	26-30	73	19,70	3,49	13	27	**P=0,001***
	31-40	96	20,47	3,64	15	28	
	41-50	61	19,69	2,81	17	27	
	51+	58	21,45	3,62	16	27	
fiziksel sağlık	18-25	64	62,94	4,87	49	72	**KW=106,97**
	26-30	73	58,51	7,53	39	69	**P=0,001***
	31-40	96	57,83	6,87	39	67	
	41-50	61	52,70	7,46	37	65	
	51+	58	47,97	9,63	30	61	

Tablo 11’de bireylerin Yaş gruplarına göre fiziksel işlem puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Guplara ilişkin değerler ikişerli karşılaştırılırken 18-25 yaş ile 31-40 yaş, 18-25 yaş ile 41-50 yaş, 18-25 yaş ile 51+ yaş arası, 26-30 yaş ile 41-50 yaş, 26-30 yaş ile 51+ yaş üzeri, 31-40 yaş ile 41-50 yaş, 31-40 yaş ile 51+ yaş üzeri farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Fiziksel rol yönünden yaş gruplarına göre puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş gruplarına ilişkin puanlar ikişerli karşılaştırıldığında 18-25 yaş ile 41-50 yaş, 26-30 yaş ile 51+ yaş, 31-40 yaş ile

41-50 yaş, 31-40 yaş ile 51+ yaş farlılık önemli bulunurken (p<0,05), diğerleri önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Ağrı yönünden yaş grupları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Diğer guruplar ikişerli olarak karşılaştırıldığında 18-25 yaş ile 26-30 yaş, 18-25 yaş ile31-40 yaş, 18-25 yaş ile 41-50 yaş, 18-25 ile 51+ yaş, 26-30 yaş ile 51+ yaş, 31-40 yaş ile 51+ yaş, arasındaki farklılık önemli bulunurken (p<0,05) diğerleri önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Genel sağlık yönünden yaş gruplarına göre puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (P<0,05). Değerler yaş gruplarına göre ikişerli olarak karşılaştırıldığında 18-25 yaş ile 26-30 yaş, 18-25 yaş ile 31-40 yaş, 18-25 yaş ile 41-50 yaş, 18-25 yaş ile 51 üzeri yaş, 26-30 yaş ile 41-50 yaş, 26-30 yaş ile 51+ yaş, 31-40 yaş ile 51+ yaş arasında fark önemli bulunurken (p<0,05) diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Yaşamsallık yönünden yaş gruplarına göre puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Değerler yaş gruplarına göre ikişerli karşılaştırıldığında 18-25 yaş ile 26-30 yaş, 18-25 yaş ile 31-40 yaş, 18-25 yaş ile 41-50 yaş, 18-25 yaş ile 51+ yaş, 26-30 yaş ile 41-50 yaş, 31-40 yaş ile 41-50 yaş arasında fark önemli bulunurken (p<0,05) diğerleri önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Sosyal işlev yönünden yaş gruplarına göre puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Değerler yaş gruplarına göre ikişerli olarak karşılaştırıldığında 18-25 yaş ile 26-30 yaş, 18-25 yaş ile 31-40 yaş, 18-25 yaş ile 41-50 yaş, 18-25 yaş ile 51 üzeri yaş, 26-30 yaş ile 41-50 yaş, 26-30 yaş ile 51+ yaş, 31-40 yaş ile 41-50 yaş, 31-40 yaş ile 51+ yaş arasında fark önemli bulunurken (p<0,05), diğerleri önemsiz bulunmuştur (p>0,05)

Mental rol yönünden yaş gruplarına göre puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Değerler yaş gruplarına göre ikişerli karşılaştırıldığında 18-25 yaş ile 26-30 yaş, 18-25 yaş ile 31-40 yaş, 18-25 yaş ile 51+ yaş, 31-40 yaş ile 41-50 yaş arasında fark önemli bulunurken (p<0,05) diğerleri önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Mental sağlık yönünden yaş gruplarına göre puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Değerler yaş gruplarına göre ikişerli karşılaştırıldığında 18-25 yaş ile 26-30 yaş, 18-25 yaş ile 31-40 yaş, 18-25 yaş ile 41-50 yaş, 26-30 yaş ile 51+ yaş arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Fiziksel sağlık yönünden yaş gruplarına göre puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Değerler yaş gruplarına göre ikişerli karşılaştırıldığında 18-25 yaş ile 26-30 yaş, 18-25 yaş ile 31-40 yaş, 18-25 yaş ile 41-50 yaş, 18-25 yaş ile 51+ yaş, 26-30 yaş ile 41-50 yaş, 26-30 yaş ile 51+ yaş, 31-40 yaş ile 41-50 yaş, 31-40 yaş ile 51+ yaş, 41-50 yaş ile 51+ yaş arasındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Mental sağlık yönünden yaş gruplarına göre puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Değerler yaş gruplarına göre ikişerli karşılaştırıldığında 18-25 yaş ile 26-30 yaş, 18-25 yaş ile 31-40 yaş, 18-25 yaş ile 41-50 yaş, 18-25 yaş ile 51+ yaş, 31-40 yaş ile 41-50 yaş arasında fark önemli bulunurken ($P<0,05$), diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 12 : Katılımcıların aile yapıları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Anova Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

Aile yapısına göre		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Standart Hata	Min.	Max.	Sonuç p
fiziksel işlev	Yalnız	56	27,25	4,10	0,55	18	30	**KW=27,97**
	Çekirdek aile	254	25,42	4,40	0,28	13	30	**P=0,001***
	Geniş aile	42	23,38	4,33	0,67	17	30	
fiziksel rol	Yalnız	56	7,29	1,42	0,19	4	8	**KW=12,06**
	Çekirdek aile	254	6,74	1,46	0,09	4	8	**P=0,002***
	Geniş aile	42	7,05	1,34	0,21	4	8	
ağrı	Yalnız	56	8,68	1,45	0,19	5	11	**KW=11,05**
	Çekirdek aile	254	7,68	2,07	0,13	3	11	**P=0,004***
	Geniş aile	42	7,81	0,67	0,10	7	9	
genel sağlık	Yalnız	56	17,64	3,55	0,47	9	23	**KW=25,22**
	Çekirdek aile	254	15,99	3,22	0,20	7	22	**P=0,001***
	Geniş aile	42	15,57	2,22	0,34	12	19	
yaşamsallık	Yalnız	56	15,71	4,35	0,58	8	23	**KW=11,42**
	Çekirdek aile	254	14,63	3,45	0,22	6	23	**P=0,003***
	Geniş aile	42	13,10	1,46	0,23	10	15	
sosyal işlev	Yalnız	56	7,54	1,72	0,23	5	10	**KW=8,60**
	Çekirdek aile	254	6,93	1,83	0,11	2	10	**P=0,014***
	Geniş aile	42	6,29	1,50	0,23	3	8	
mental rol	Yalnız	56	4,89	1,41	0,19	3	6	**KW=1,82**
	Çekirdek aile	254	4,83	1,15	0,07	3	6	**P=0,527**
	Geniş aile	42	4,71	1,17	0,18	3	6	
mental sağlık	Yalnız	56	20,54	4,05	0,54	13	28	**KW=5,75**
	Çekirdek aile	254	20,87	3,52	0,22	15	28	**P=0,058**
	Geniş aile	42	19,48	3,27	0,50	17	27	
fiziksel sağlık	Yalnız	56	60,86	8,88	1,19	39	72	**KW=30,14**
	Çekirdek aile	254	55,83	8,76	0,55	30	68	**P=0,001***
	Geniş aile	42	53,81	6,36	0,98	44	62	

Tablo 12'de aile tipine göre bireylerin ölçek puanları karşılaştırıldığında mental rol ve mental sağlık yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Bireylerin aile tipine göre fiziksel işlev puanı karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Yalnız yaşayanlarla çekirdek aile, yalnız yaşayanlarla geniş aile, çekirdek aile ile geniş aile arasındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Fiziksel rol yönünden bireylerin puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar 2 şerli olarak karşılaştırıldığında yalnız yaşayanlarla çekirdek aile arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Ağrı yönünden bireylerin puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar 2 şerli olarak karşılaştırıldığında yalnız yaşayanlarla çekirdek aile arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Genel sağlık yönünden bireylerin aile tipine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar 2 şerli olarak karşılaştırıldığında yalnız yaşayanlarla çekirdek aile, yalnız yaşayanlarla geniş aile arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Yaşamsallık yönünden bireylerin aile tipine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar 2 şerli olarak karşılaştırıldığında yalnız yaşayanlarla geniş aile, çekirdek aile ve geniş aile arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Sosyal işlev yönünden bireylerin aile tipine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar 2 şerli olarak karşılaştırıldığında yalnız yaşayanlarla geniş aile arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Fiziksel sağlık yönünden bireylerin aile tipine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar 2 şerli olarak karşılaştırıldığında yalnız yaşayanlarla çekirdek aile, yalnız yaşayanlarla geniş aile arasında farklılık önemli bulunurken (p0,05) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Mental sağlık yönünden bireylerin aile tipine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar 2 şerli olarak karşılaştırıldığında yalnız yaşayanlarla geniş aile, çekirdek aile ve geniş aile arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 13 : Katılımcıların Gelir Durumları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Anova Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

Gelir durumuna göre		**Kişi Sayısı**	**Ortalama**	**Standart sapma**	**Min.**	**Max.**	**sonuç p**
fiziksel işlev	Gelir giderden az	138	25,06	5,21	13	30	**KW=0,19**
	Gelir gidere eşit	172	25,70	4,09	16	30	**p=0,909**
	Gelir giderden fazla	42	25,86	2,85	22	30	
fiziksel rol	Gelir giderden az	138	6,96	1,61	4	8	**KW=5,88**
	Gelir gidere eşit	172	6,78	1,41	4	8	**p=0,058**
	Gelir giderden fazla	42	6,90	1,08	5	8	
ağrı	Gelir giderden az	138	7,64	1,99	3	11	**KW=1,04**
	Gelir gidere eşit	172	7,95	1,97	3	11	**p=0,544**
	Gelir giderden fazla	42	8,14	1,05	6	11	
genel sağlık	Gelir giderden az	138	16,01	3,55	7	23	**KW=4,64**
	Gelir gidere eşit	172	16,48	2,90	8	22	**p=0,098**
	Gelir giderden fazla	42	15,71	3,35	10	22	
yaşamsallık	Gelir giderden az	138	14,26	3,82	6	23	**KW=2,97**
	Gelir gidere eşit	172	14,93	3,41	9	23	**p=0,227**
	Gelir giderden fazla	42	14,52	2,57	12	19	
sosyal işlev	Gelir giderden az	138	6,23	1,83	2	10	**KW=31,71**
	Gelir gidere eşit	172	7,43	1,66	3	10	**p=0,001***
	Gelir giderden fazla	42	7,33	1,51	6	10	
mental rol	Gelir giderden az	138	4,87	1,20	3	6	**KW=0,60**
	Gelir gidere eşit	172	4,78	1,21	3	6	**p=0,769**
	Gelir giderden fazla	42	4,86	1,14	3	6	
mental sağlık	Gelir giderden az	138	20,17	3,60	15	28	**KW=9,14**
	Gelir gidere eşit	172	21,19	3,48	16	28	**p=0,010***
	Gelir giderden fazla	42	20,00	3,79	13	27	
fiziksel sağlık	Gelir giderden az	138	55,67	10,51	30	72	**KW=1,24**
	Gelir gidere eşit	172	56,91	7,66	40	68	**p=0,524**
	Gelir giderden fazla	42	56,62	6,29	48	69	

Tablo 13'de bireylerin ölçek puanları karşılaştırıldığında fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, mental rol ve fiziksel sağlık yönünden gruplar arası farklılık ve gelir düzeyleri arası fark önemsiz bulunmuştur (p>0,05). Gelir düzeyine göre bireylerin sosyal işlev puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli

bulunmuştur (p<0,05). Değerler ikişerli olarak karşılaştırıldığında geliri giderden az olanlarla, geliri gidere eşit olanlar arasında fark önemli bulunurken (p<0,05) diğerleri önemsiz bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 14 : Katılımcıların Yaşadıkları Yer ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Anova Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

Yaşadıkları yere göre		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Min.	Max.	Sonuç p
fiziksel işlev	köy	26	23,00	5,28	17	30	**KW=12,77**
	ilçe	46	23,09	6,01	13	30	**p=0,002***
	şehir	280	26,09	3,84	14	30	
fiziksel rol	köy	26	6,46	1,30	4	8	**KW=27,93**
	ilçe	46	5,74	1,79	4	8	**p=0,001***
	şehir	280	7,09	1,31	4	8	
ağrı	köy	26	8,62	1,86	5	11	**KW=21,41**
	ilçe	46	6,70	1,99	4	11	**p=0,001***
	şehir	280	7,97	1,81	3	11	
genel sağlık	köy	26	15,77	2,53	12	19	**KW=18,31**
	ilçe	46	14,43	3,38	9	20	**p=0,001***
	şehir	280	16,54	3,17	7	23	
yaşamsallık	köy	26	13,69	3,31	10	19	**KW=66,43**
	ilçe	46	11,04	1,85	8	14	**p=0,001***
	şehir	280	15,29	3,35	6	23	
sosyal işlev	köy	26	7,38	1,72	5	10	**KW=58,77**
	ilçe	46	5,26	1,24	2	7	**p=0,001***
	şehir	280	7,19	1,74	3	10	
mental rol	köy	26	4,31	1,16	3	6	**KW=16,28**
	ilçe	46	4,30	1,31	3	6	**p=0,001***
	şehir	280	4,96	1,14	3	6	
mental sağlık	köy	26	21,08	3,68	16	27	**KW=20,28**
	ilçe	46	18,61	2,87	16	25	**p=0,001***
	şehir	280	20,94	3,60	13	28	
fiziksel sağlık	köy	26	53,85	9,52	44	68	**KW=25,06**
	ilçe	46	49,96	10,43	30	61	**p=0,001***
	şehir	280	57,68	7,85	32	72	

Tablo 14'de yerleşim yerine göre bireylerin fiziksel işlem yönünden puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Puanlara ilişkin değerler ikişerli karşılaştırıldığında köy ile şehir, ilçe ile şehir arasında farklılık

önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Yerleşim yerine göre bireylerin Fiziksel rol puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında ilçe ile şehir arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Yerleşim yerine göre bireylerin Ağrı yönünden puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında köy ile ilçe, ilçe ile şehir arasında fark önemli bulunurken diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Yerleşim yerine göre bireylerin genel sağlık puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında ilçe ile şehir arasında fark önemli bulunurken diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur. ($p>0,05$).

Yerleşim yerine göre bireylerin yaşamsallık yönünden puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında köy ile ilçe, köy ile şehir, ilçe ile köy, ilçe ile şehir arasında ki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Yerleşim yerine göre bireylerin sosyal ilişkiler yönünden puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında köy ile ilçe içe ile şehir arasında ki farklılık önemli bulunurken diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Yerleşim yerine göre bireylerin mental rol yönünden puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında köy ile şehir, ilçe ile şehir arasında ki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Yerleşim yerine göre bireylerin mental rol yönünden puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında köy ile

ilçe, ilçe ile şehir arasında ki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur.($p>0,05$).

Yerleşim yerine göre bireylerin fiziksel sağlık yönünden puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında ilçe ile şehir arasında ki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur. ($p>0,05$).

Yerleşim yerine göre bireylerin mental sağlık yönünden puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında köy ile şehir, ilçe ile şehir arasında ki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Yerleşim yerine göre bireylerin yönünden puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında arasında ki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 15 : Katılımcıların Kronik Hastalıkları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

kronik hastalıklara göre		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Min.	Max.	sonuç p
fiziksel işlev	evet	134	23,66	4,68	13	30	**p=0,001***
	hayır	218	26,58	3,92	15	30	
fiziksel rol	evet	134	6,22	1,59	4	8	**p=0,001***
	hayır	218	7,26	1,21	4	8	
ağrı	evet	134	7,06	1,91	3	11	**p=0,001***
	hayır	218	8,34	1,71	4	11	
genel sağlık	evet	134	14,12	2,78	7	18	**p=0,001***
	hayır	218	17,49	2,79	8	23	
yaşamsallık	evet	134	13,33	3,06	8	23	**p=0,001***
	hayır	218	15,41	3,52	6	23	
sosyal işlev	evet	134	6,15	1,83	2	10	**p=0,001***
	hayır	218	7,44	1,60	3	10	
mental rol	evet	134	4,66	1,23	3	6	**p=0,001***
	hayır	218	4,93	1,16	3	6	
mental sağlık	evet	134	19,87	3,11	16	27	**p=0,001***
	hayır	218	21,13	3,79	13	28	
fiziksel sağlık	evet	134	51,06	8,42	30	62	**p=0,001***
	hayır	218	59,66	7,23	39	72	

Tablo 15'de bireylerin kronik hastalıkları olup olmama durumuna göre fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık, fiziksel sağlık, puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 16 : Katılımcıların Sigara Kullanımı ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkiPpuanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

Sigara kullanımına göre		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Min.	Max.	sonuç p
fiziksel işlev	evet	164	26,34	4,32	15	30	**p=0,001***
	hayır	188	24,70	4,44	13	30	
Fiziksel rol	evet	164	7,11	1,42	4	8	**p=0,001***
	hayır	188	6,65	1,45	4	8	
ağrı	evet	164	8,02	1,83	3	11	**p=0,074**
	hayır	188	7,70	1,94	3	11	
genel sağlık	evet	164	16,67	2,91	8	22	**p=0,095**
	hayır	188	15,80	3,44	7	23	
yaşamsallık	evet	164	15,51	3,42	9	23	**p=0,001***
	hayır	188	13,84	3,39	6	23	
sosyal işlev	evet	164	7,26	1,56	3	10	**p=0,003***
	hayır	188	6,68	1,95	2	10	
mental rol	evet	164	4,98	1,16	3	6	**p=0,034***
	hayır	188	4,69	1,21	3	6	
mental sağlık	evet	164	20,72	3,36	15	28	**p=0,473**
	hayır	188	20,59	3,80	13	28	
fiziksel sağlık	evet	164	58,15	7,58	39	68	**p=0,031***
	hayır	188	54,85	9,41	30	72	

Tablo 16'da çalışmaya alınan bireylerin sigara kullanma durumuna göre fiziksel işlev, fiziksel rol, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), ağrı genel sağlık mental sağlık yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 17 : Katılımcıların Alkol Kullanımı ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

Alkol kullanımına göre		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Min.	Max.	sonuç P
fiziksel işlev	evet	82	27,68	4,09	15	30	**p=0,001***
	hayır	270	24,79	4,35	13	30	
fiziksel rol	evet	82	7,15	1,40	4	8	**p=0,031***
	hayır	270	6,78	1,46	4	8	
ağrı	evet	82	8,49	2,19	3	11	**p=0,001***
	hayır	270	7,66	1,76	3	11	
genel sağlık	evet	82	17,73	2,46	13	22	**p=0,001***
	hayır	270	15,74	3,29	7	23	
yaşamsallık	evet	82	15,56	2,60	11	19	**p=0,001***
	hayır	270	14,33	3,68	6	23	
sosyal işlev	evet	82	7,59	1,87	3	10	**p=0,001***
	hayır	270	6,76	1,74	2	10	
mental rol	evet	82	4,76	1,27	3	6	**p=0,544**
	hayır	270	4,84	1,17	3	6	
mental sağlık	evet	82	20,88	2,99	17	28	**p=0,221**
	hayır	270	20,58	3,76	13	28	
fiziksel sağlık	evet	82	61,05	7,60	39	68	**p=0,001***
	hayır	270	54,97	8,60	30	72	

Tablo 17'de çalışmaya alınan bireylerin alkol kullanımına göre mental rol ve mental sağlık puanları karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunurken ($p>0,05$), fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, fiziksel sağlık yönünden önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 18 : Katılımcıların İlaç Kullanımı ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki Puanlarının Varyans Analizi ve Mann-Whitney-U Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

İlaç kullanma durumuna göre		Kişi Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Min.	Max.	sonuç p
fiziksel işlev	evet	140	23,16	4,81	13	30	**p=0,001***
	hayır	212	26,99	3,45	15	30	
fiziksel rol	evet	140	6,19	1,57	4	8	**p=0,001***
	hayır	212	7,31	1,18	4	8	
ağrı	evet	140	7,21	1,89	3	11	**p=0,001***
	hayır	212	8,27	1,78	4	11	
genel sağlık	evet	140	13,73	2,97	7	18	**p=0,001***
	hayır	212	17,84	2,18	14	23	
yaşamsallık	evet	140	13,21	3,08	8	23	**p=0,001***
	hayır	212	15,55	3,45	6	23	
sosyal işlev	evet	140	6,24	1,83	2	10	**p=0,001***
	hayır	212	7,42	1,62	3	10	
mental rol	evet	140	4,66	1,21	3	6	**p=0,034***
	hayır	212	4,93	1,17	3	6	
mental sağlık	evet	140	19,91	3,37	16	27	**p=0,001***
	hayır	212	21,13	3,67	13	28	
fiziksel sağlık	evet	140	50,29	8,58	30	62	**p=0,001***
	hayır	212	60,42	6,17	39	72	

Tablo 18'de çalışmaya alınan bireylerin ilaç kullanma durumuna göre fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 19 : Katılımcıların Yaşam Kaliteleri ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Anova Testi ile Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Boyutları	İnaktif		Minimal Aktif		Çok Aktif		
	X	S	X	S	X	S	sonuç p
Fiziksel İşlev	23,68	5,02	26,25	2,69	26,73	4,12	**0***
Fiziksel Rol	6,58	1,64	7,25	1,04	6,91	1,41	**0,004***
Ağrı	7,57	1,65	8,05	1,65	8	2,2	**0,097***
Genel Sağlık	15,23	3,3	16,21	3,3	17,14	2,82	**0***
Yaşamsallık	13,91	3,19	14,98	3,15	15,09	3,86	**0,011***
Sosyal İşlev	6,08	1,82	7,7	1,42	7,34	1,63	**0***
Mental Rol	4,6	1,2	5,05	1,6	4,9	1,22	**0,017***
Mental İşlev	20,38	3,68	20,66	3,26	20,89	3,7	**0,495**
Fiziksel Sağlık	53,07	9,8	57,76	6,22	58,8	7,93	**0***
Mental Sağlık	44,98	8,15	48,4	6,24	48,24	7,87	**0***

Tablo 19'da fiziksel sağlık kategorisine bakıldığında çok aktif düzeydeki bireylerin yaşam kalitesi puanı (58,80±7,93) inaktif ve minimal aktif düzeydeki bireylere kıyasla en yüksek olandır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Mental sağlık kategorisine bakıldığında minimal aktif düzeydeki bireylerin yaşam kalitesi puanı (48,40±6,24) diğer düzeydeki bireylere oranla daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$).

Yaşam kalitesinin alt boyutlarından olan ağrı boyutu ve mental işlev boyutundaki fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitesi arasındaki puan farklılıklarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada günümüz yaşam standartlarından dolayı artan hareketsiz yaşamın doğurduğu sonuçlardan yola çıkarak, tedavi almak için hastaneye başvuran bireylerin fiziksel aktivite seviyeleri ne düzeyde ve bu fiziksel aktivite düzeyinin sağlık problemlerine ve yaşam kalitelerine etkisi nedir araştırılmak istenmiştir.

5.1.Araştırmanın ilk alt problemi, katılımcıların niteliklerinin neler olduğudur. Elde edilen veriler incelendiğinde araştırmaya 188'i kadın 164'ü erkek olmak üzere toplamda 352 kişi katılmıştır. Bu katılımcıların; yaşları incelendiğinde 18 yaş ile 51 üzeri yaş aralığından en fazla katılım 31-40 yaş aralığından sağlanmıştır. Yapılan araştırmada tahmin edilenin aksine orta yaş grubunun daha çok hastanelere başvurduğu görülmüştür.

- Eğitim durumları incelendiğinde okur yazar olmayan hiçbir katılımcının olmadığı tespit edilmiş ve katılımcılardan 162 (%46) kişi yüksek öğrenim ve üzerinde eğitim durumuna sahip olduğu tespit edilmiştir.
- Medeni durumlarına bakıldığında katılımcıların 194'ünün evli, 158'inin bekar olduğu tespit edilmiştir.
- Meslek durumlarına bakıldığında ise en yüksek oran (%27,8) 98 kişi ile işçi sınıfına ait olduğu bununla beraber (%25) 88 kişi ile memur sınıfının da çoğunlukta olduğu tespit edilmiştir.
- Sağlık güvencesi durumunda yalnızca 8 kişinin sosyal güvencesinin olmadığı diğer tüm katılımcıların sağlık güvencesinin olduğu ve bu sağlık güvencesinde de çoğunluğun SSK'lı olduğu tespit edilmiştir.
- Aile yapılarına bakıldığında katılımcıların çoğunun çekirdek aile yaşantısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Geniş aile yaşantısı ise en az işaretlenen seçenek olmuştur.

- Katılımcıların gelir durumları incelendiğinde %39,2'sinin gelirlerinin giderleriyle eşit olduğu bir ekonomik duruma sahip olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte gelirlerinin giderlerinden az olduğunu belirten katılımcı oranıda %48,9'dur. Günümüz ekonomik koşulları dikkate alındığında bu durum oldukça normal sayılmaktadır.

- Yaşanılan yer durumuna bakıldığında katılımcıların %7,4'ü köyde, %13,1'i, %79,5'inin şehir merkezinde yaşadığı belirlenmiştir.

5.2.Araştırmanın ikinci alt problemi, hastaneye ayakta başvuran bireylerin mesleklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesini içermektedir. Çalışma sonunda öğrencilerin çoğunlukla çok aktif düzeyde oldukları, emeklilerin inaktif düzeyde oldukları, işçilerin çok aktif düzey ile inaktif düzeyin birbirlerine yakın değerlerde oldukları, memurların çoğunlukla çok aktif düzeyde olup inaktif ve minimal aktif düzeylerinin birbirine yakın olduğu, serbest meslekte olanların çoğunlukla inaktif oldukları, ev hanımlarının çoğunlukla çok aktif oldukları ve diğeri işaretleyen katılımcıların ise inaktif düzeylerinin çoğunlukta olduğu tespit edilmiştir. Emekli kategorisindeki bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin inaktif seviyede olması özellikle yaş faktöründen ve yaşadıkları sağlık sorunlarından olduğu düşünülebilir.

5.3.Araştırmanın üçüncü alt problemi, cinsiyet durumuna göre fiziksel aktivite düzeyinin incelenmesini içermektedir. Elde edilen veriler incelendiğinde kadınların erkeklere oranla çok daha aktif oldukları tespit edilmiştir. Literatür de Baş ve Aslan (2003), Savcı ve ark. (2006), Genç ve ark. (2011) çalışmalarında da benzer sonuçların elde edildiği gözlemlenmiştir. Bunun sebebinin günümüzde kadınlara zayıf beden imajının dayatılması olarak düşünülebilir. Belirlenen zayıf beden imajı nedeniyle kadınlar fiziksel aktivitelerine günümüzde daha çok ağırlık vermek zorunda kalmıştır. Türkiye ve Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda kadınlar ve erkekler arasında cinsiyet bakımından fiziksel aktivite düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Amerika'da (Buckworth vd. 2004), Avrupa ülkerinde (Steptoe vd. 1997), ve Türkiye'de (Öztürk 2005, Vaizoğlu vd. 2005, Aşcı 2006, Savcı vd. 2006, Cevdet, 2007, Ebem 2007) yapılmış çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir. Çalışmamızda cinsiyet bakımından fiziksel aktivite

düzeylerinde fark bulunmakla birlikte bu fark istatiksel açıdan anlamlı değildir. Brown ve arkadaşlarının (2004) üniversitede hazırlık sınıfı öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada ise bu çalışmada elde edilen bulguyu destekler şekilde erkek ve kadın bireyler arasında fiziksel aktivite düzeyi bakımından anlamlı bir fark bulgulanmamıştır. Sonuçların farklı olması çalışmalarda seçilen örneklemlerin kendilerine özgü sosyo demografik, kültürel, çevresel koşullara sahip olması ile örneklemlerin alındığı çevresel koşulların etkisi olduğu düşünülebilir.

5.4.Araştırmanın dördüncü alt problemi, medeni duruma göre fiziksel aktivite düzeyinin incelenmesini içermektedir. Elde edilen veriler incelendiğinde evli katılımcıların çoğunlukla inaktif düzeyde oldukları ancak çok aktif düzey ile inaktif düzeylerin birbirine yakın sayılarda olduğu, bekar katılımcıların ise çoğunlukla çok aktif düzeyde oldukları tespit edilmiştir. Evli katılımcıların bekarlara kıyasla çoğunlukla inaktif düzeyde olmaları evde geçirilen zamanın daha fazla olması ile açıklanabilir. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyini konu alarak 2011 yılında Deniz'in yapmış olduğu çalışmada, evli olan katılımcıların bekar katılımcılara oranla fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

5.5.Araştırmanın beşinci alt problemi, yaş gruplarına göre fiziksel aktivite düzeyinin incelenmesini içermektedir. katılımcıların yaşları arttıkça fiziksel aktivite düzeyleri de azalmaktadır. 18-25 yaş aralığı ile 31-40 yaş aralığına kadar katılımcıların çoğunlukla çok aktif düzeyde olduğunu 41 yaş ve üzerinin ise çoğunlukla inaktif düzeyde olduğunu görmekteyiz. Bu sonucun yaş artışıyla birlikte fiziksel foksyonlardaki azalmanın fiziksel aktivite düzeyini olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

5.6.Araştırmanın altıncı alt problemi, mesleklerine göre yaşam kalite düzeyinin incelenmesini içermektedir. Meslek durumlarına bakıldığında ise en yüksek oran %27,8 ile işçi sınıfına ait olduğu bununla beraber %25 ile memur sınıfının da çoğunlukta olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin çoğunlukla çok aktif düzeyde oldukları, emeklilerin inaktif düzeyde oldukları, işçilerin çok aktif düzey ile inaktif düzeyin birbirlerine yakın değerlerde oldukları, memurların çoğunlukla

çok aktif düzeyde olup inaktif ve minimal aktif düzeylerinin birbirine yakın olduğu, serbest meslekte olanların çoğunlukla inaktif oldukları, ev hanımlarının çoğunlukla çok aktif oldukları ve diğeri işaretleyen katılımcıların ise inaktif düzeylerinin çoğunlukta olduğu tespit edilmiştir. Tablolardan yola çıkarak emeklilerin hareketsiz bir yaşam benimsedikleri ve yaşam kalitelerinin de aynı oranda az olduğunu görmekteyiz, ev hanımları, memur ve öğrencilerin aktif ve yaşam kalite düzeylerinin iyi düzeyde olduğunu görmekteyiz, işçilerin ise bir bölümünün aktif bir bölümünün aktif olmadığını görüyoruz. Katılımcıların yaşam kalite düzeylerinin fiziksel aktivite düzeyi ile aynı oranda artıp azaldığı görülmektedir.

Mesleklere göre bireylerin fiziksel işlem puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur Mesleklere göre puanlar 2 şerli karşılaştırıldığında; öğrenci ile emekli, öğrenci ile serbest meslek, öğrenci ile diğerleri arasında; emekli ile işçi, memur, serbest meslek, ev hanımı arasında; işçi ile diğerleri arasında; serbest meslek ve diğerleri arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer guruplar arasında önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Fiziksel rol yönünden mesleklere ilişkin puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur değerler ikişerli karşılaştırıldığında öğrenci ile diğer, işçi ile serbest meslek, işçi ile diğer meslekler arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer meslekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Mesleklere göre ağrı puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur. Puanlar ikişerli karşılaştırıldığında öğrenci ile emekli öğrenci ile memur öğrenci ile serbest meslek öğrenci ile ev hanımı emekli ile işçi, emekli ile memur işçi ile serbest meslek işçi ile ev hanımı arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Genel sağlık yönünden bireylerin ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplara ilişkin ikişerli karşılaştırmalarda öğrenci ile diğer tüm meslekler arası farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Bireylerin yaşamsallık yönünden puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında öğrenci ile diğer

meslekler arasında farklılık önemli bulunurken (p<0,05), diğerleri önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Sosyal işlev yönünden puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında öğrenci ile diğer meslek grupları arasında; emekli ile işçi, emekli ile memur, memur ile serbest meslek, memur ile ev hanımı arasında fark önemli bulunurken (p<0,05), diğerleri önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Mental rol yönünden puanlar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında öğrenci ile emekli, emekli ile işçi, emekli ile memur arasında fark önemli bulunurken (p<0,05), diğerleri önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Mental sağlık yönünden bireylerin puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında öğrenci ile işçi, öğrenci ile memur arasında fark önemli bulunurken, diğerleri önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Fiziksel sağlık yönünden bireylerin puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında öğrenci ile emekli, öğrenci ile memur, öğrenci ile serbest meslek, öğrenci ile ev hanımı, öğrenci ile diğer guruplar, emekli ile işçi, emekli ile memur, emekli ile serbest meslek, emekli ile ev hanımı, işçi ile serbest meslek, işçi ile diğer guruplar arasında fark önemli bulunurken (p<0,05), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

5.7.Araştırmanın yedinci alt problemi, cinsiyet durumlarına göre yaşam kalite düzeyinin incelenmesini içermektedir. Cinsiyete göre bireylerin yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında mental rol yönünden cinsiyetler arası farklılık önemsiz bulunurken (P>0,05), fiziksel rol, fiziksel işlev, rol, ağrı ve diğerleri yönünden cinsiyetler arası farklılık önemli bulunmuştur (P<0,05). Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaşam kalite düzeylerine bakıldığında kadınların erkeklere oranla yaşam kalite düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın 3'ncu alt probleminde tespit edildiği üzere kadınların erkeklerden

daha aktif fiziksel aktivite düzeylerinin olduğu sonucuna varılmıştı, bu sonuçtan hareketle yaşam kalitesi düzeyinin fiziksel aktivite düzeyiyle doğrudan ilişkisi vardır yorumunu yapabiliriz.

5.8.Araştırmanın sekizinci alt problemi, medeni durumlarına göre yaşam kalite düzeyinin incelenmesini içermektedir. Medeni duruma göre bireylerin ölçek puanları karşılaştırıldığında tüm alt ölçekler yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmadan elde edilen verilere göre Bekar olan katılımcıların evli olan katılımcılara oranla fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek olmasına rağmen, evli olanların bekarlara oranla yaşam kalite düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5.9.Araştırmanın dokuzuncu alt problemi, yaş gruplarına göre yaşam kalite düzeyinin incelenmesini içermektedir yapılan incelemede yaş gruplarına göre, fiziksel rol yönünden, ağrı yönünden, genel sağlık yönünden, yaşamsallık yönünden, sosyal işlev yönünden, mental rol yönünden, mental sağlık yönünden, farklılık önemli bulunuştur ($p<0,05$). Tablolar icelendiğinde yaşlar büyüdükçe fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Literatüre bakıldığında benzer sonuçların olduğu çalışmalara rastlamak mümkündür.

5.10.Araştırmanın onuncu alt problemi, Hastaneye ayaktan başvuran bireylerin yaşam kaliteleri ve fiziksel aktivite düzeyleri arasında ki farkın incelenmesini içermektedir. Bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesine olan etkisi incelendiğinde fiziksel sağlık kategorisinde çok aktif düzeydeki bireylerin yaşam kalitesi puanı ($58,80\pm7,93$) inaktif ve minimal aktif düzeydeki bireylere kıyasla en yüksek olandır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mental sağlık kategorisine bakıldığında minimal aktif düzeydeki bireylerin yaşam kalitesi puanı ($48,40\pm6,24$) diğer düzeydeki bireylere oranla daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Yaşam kalitesinin alt boyutlarından olan ağrı boyutu ve mental işlev boyutundaki fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitesi arasındaki puan farklılıklarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu Brown ve arkadaşlarının (2003) çalışmasını desteklemektedir. Brown ve arkadaşları önerilen derecede fiziksel aktiviteye katılmanın yaşam kalitesinin fiziksel ya da bedensel alanıyla diğer alanlarına göre güçlü bir ilişkisi olduğunu

bulmuşlardır. Öğrencilerde fiziksel olarak aktif olanlarda yaşam kalitesi ruhsal alanı ortalamaları fiziksel aktivite düzeyi bakımından diğer gruplara göre yüksek olmakla birlikte, bu bulgu istatiksel olarak anlamlı değildir. Vuillemin ve arkadaşlarının çalışmasına göre de kısa süreli fiziksel aktivitenin ruhsal skor ile ilişkisi zayıf bulunmuştur. Brown ve arkadaşları (2003) benzer bir şekilde yeteri derecede fiziksel aktivite yapmamanın ve-veya önerilen düzeyde fiziksel aktivite yapmamanın sağlı yönelimli yaşam kalitesinin ruhsal alanında fark yaratmadığını bulmuşlardır.

Genel olarak katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun çok aktif düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ancak çok aktif düzeydeki katılımcı sayısı ile inaktif düzeydeki katılımcı sayısı birbirine yakın olmaktadır. Bunu günümüz teknolojinin yaratmış olduğu hareketsiz yaşam ve bu hareketsiz yaşamın sonuçları sebebiyle bireylerin aktif yaşama teşvik edilmesi ile açıklayabiliriz. Yaşam kalitesi düzeyinin artırılması noktasında aktif bir fiziksel aktivite düzeyine sahip olunması gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmada yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite arasındaki ilişki araştırılmaktadır. Çalışmada hastaneye başvuran bireyler demografik özelliklerine göre ayrıştırılarak fiziksel aktivite düzeleri belirlenerek ve bu aktivitenin yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır.

5.1. Sonuç

Katılımcıların meslek durumlarına göre fiziksel aktivite düzeylerine bakıldığında, öğrencilerin çoğunlukla çok aktif düzeyde oldukları, emeklilerin inaktif düzeyde oldukları, işçilerin çok aktif düzey ile inaktif düzeyin birbirlerine yakın değerlerde oldukları, memurların çoğunlukla çok aktif düzeyde olup inaktif ve minimal aktif düzeylerinin birbirine yakın olduğu, serbest meslekte olanların çoğunlukla inaktif oldukları, ev hanımlarının çoğunlukla çok aktif oldukları ve diğeri işaretleyen katılımcıların ise inaktif düzeylerinin çoğunlukta olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre fiziksel aktivite düzeylerine bakıldığında kadınların erkeklere oranla çok daha aktif olduğu, erkeklerin en fazla İnaktif düzeyde oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların medeni durumları göz önüne alınarak fiziksel aktivite düzeylerine bakıldığında evli katılımcıların çoğunlukla inaktif düzeyde oldukları ancak çok aktif düzeyle inaktif düzeyin birbirine yakın oldukları bekar katılımcıların ise çoğunlukla çok aktif düzeyde oldukları tespit edilmiştir. Evli katılımcılar ile bekar katılımcılar karşılaştırıldığında evli katılımcıların daha çok in aktif düzeyde oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaş durumları göz önüne alınarak fiziksel aktivite düzeylerine bakıldığında bireylerin yaşları arttıkça fiziksel aktivite düzeyleri de azalmaktadır. 18-25 yaş aralığı ile 31-40 yaş aralığına kadar katılımcıların çoğunlukla çok aktif düzeyde olduğu 41 yaş ve üzerinin ise çoğunlukla inaktif düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi düzeylerine bakıldığında bireylerin eğitim düzeyine göre fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık,

yaşamsallık, sosyal işlev, fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Özellikle ilköğretim mezunlarının yaşam kalite düzeylerinin diğer eğitim gruplarına oranla daha düşük olduğu, yükseköğretim grubunun en yüksek yaşam kalite düzeyine sahip olduğu, lise ve orta öğretiminde birbirlerine çok yakın bir yaşam kalite düzeyine sahip olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Katılımcıların mesleklere göre fiziksel işlem puanları karşılaştırıldığında fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık, fiziksel sağlık, puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Meslek dağılımda en yüksek oran %27,8 ile işçi sınıfına ait olduğu bununla beraber %25 ile memur sınıfının da çoğunlukta olduğu tespit edilmiştir. Emeklilerin hareketsiz bir yaşam benimsedikleri ve yaşam kalitelerinin de aynı oranda düşük olduğu, ev hanımları, memur ve öğrencilerin aktif ve yaşam kalite düzeylerinin yüksek kalite düzeyine sahip olduğu, işçi grubunun ise inaktif ve aktif düzeylerinin birbirine yakın olduğu ve fiziksel aktivite düzeyiyle yaşam kalite düzeyleri arasında doğru orantı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların cinsiyete göre yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında fiziksel rol, fiziksel işlev, rol, ağrı ve diğerleri yönünden cinsiyetler arası farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Erkek katılımcıların oranı %46,6, kadın katılımcıların oranı %53,4'tür. Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaşam kalite düzeylerine bakıldığında kadınların erkeklere oranla yaşam kalite düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde tüm alt ölçekler yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcılardan evli olanların oranı %55, bekar olanların oranı %45'dir. Evli olanların bekarlara oranla yaşam kalite düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yaş gruplarına göre bireylerin puanları karşılaştırıldığında fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık ve fiziksel sağlık puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların

yaş oranlarına bakıldığında 18-25 yaş %18,2, 26-30 yaş %20,7, 31-40 yaş, %27,3, 41-50 yaş %17,3, 51 ve üzeri yaş %16,5'tir Yaşlar büyüdükçe fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların aile tipine göre yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, fiziksel sağlık, mental sağlık puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların %72 si çekirdek aile, %16 yalnız yaşayan, %12 geniş aileden oluşmaktadır. Çekirdek aile içerisinde yaşayan bireylerin yaşam kalite düzeylerinin yalnız yaşayan ve geniş aile içerisinde yaşayan bireylere oranla yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında sosyal işlev yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir giderden az olanların oranı %40, geliri giderine eşit olanların oranı %49, geliri giderinden fazla olanların oranı ise %11'dir. Katılımcıların yaşam kalite düzeylerini gelir durumlarına göre incelediğimizde geliri giderinden fazla olan bireylerin yaşam kalite düzeylerinin diğer gelir gruplarına oranla yüksek olduğu geliri giderine eşit olan grubun geliri giderinden az olan gruptan biraz daha fazla yaşam kalite düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bireylerin yaşadıkları yere göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde fiziksel işlem, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, fiziksel sağlık, mental sağlık yönünden incelendiğinde farklılık önemli bulunmuştur $p<0,05$). Köyde yaşayanların oranı %7, ilçede yaşayanların oranı %13, şehirde yaşayanların oranı ise %80'dir. Yapılan araştırmaya göre şehirde yaşayanların yaşam kalite düzeyleri diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu, ilçede yaşayanların ise köyde yaşayanlara oranla yaşam kalite düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bireylerin kronik hastalıkları olup olmama durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık, fiziksel sağlık, puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların %38,1'i kronik bir hastalığı

olduğu, %61,9'u ise kronik bir hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin kronik hastalığı olan bireylere oranla yaşam kalite düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Bireylerin sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde fiziksel işlev, fiziksel rol, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). •Katılımcıların %46,6'sı sigara kullandığı, %53,4'ü ise sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. Sigara kullanmayan bireylerin sigara kullanan bireylere oranla daha yüksek yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları sonucuna varılmıştır.

Bireylerin alkol kullanımına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde, fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, fiziksel sağlık yönünden önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların %23,3'ü alkol kullandığı, %76,7'si ise alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Alkol kullanmayan bireylerin kullanan bireylere oranla yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların ilaç kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların %39,8'i sürekli kullandığı bir ilacın olduğu, %60,2'si sürekli kullandığı bir ilacın olmadığını belirtmiştir. Sürekli ilaç kullanan bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin sürekli ilaç kullanmayan bireylere oranla daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır

Katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesine olan etkisi incelendiğinde fiziksel sağlık kategorisinde çok aktif düzeydeki bireylerin yaşam kalitesi puanı (58,80±7,93) inaktif ve minimal aktif düzeydeki bireylere kıyasla yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mental sağlık kategorisine bakıldığında minimal aktif düzeydeki bireylerin yaşam kalitesi puanı (48,40±6,24) diğer düzeydeki bireylere oranla daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Bu araştırmanın sonucunda yaşam kalitesi düzeyinin fiziksel aktivite düzeyiyle arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İnaktif bireylerle minimal aktif bireyler arasında yaşam kalite düzeyi bakımından fazla bir fark bulunamamıştır. Aktif bireylerin minimal aktif ve inaktif bireylere oranla yaşam kalite düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Genel olarak tablolara bakıldığında katılımcıların inaktif ve minimal aktif düzeyde olanların, aktif düzeydeki katılımcılara oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buradan şu sonuca varılmaktadır tedavi almak amacıyla hastaneye başvuran bireylerin genel anlamda fiziksel aktivite düzeyleri düşük aynı doğrultuda yaşam kalite düzeylerinin de düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

5.2. Öneriler

Araştırmanın sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda;

- Orta yaş ve daha yaşlı gruplara uygun olan fiziksel aktivite programlarının tanıtılması ve bu fiziksel aktivitelere özendirilmeleri,
- Evli katılımcıların fiziksel aktiviteye katılımlarını sağlamak, onlara stres attıracak özendiren ve eğlendiren fiziksel aktivitelerin düzenlenmesi,
- Yaşam kalitesinin ruhsal alanında ruh sağlığının korunması veya iyileştirilmesi amacıyla geliştirici programlar düzenlenmesi, bu doğrultuda çeşitli rehberlik hizmetlerinin her yaşta bireylere sağlanması,
- Konu ile ilgili yapılan çalışmaların az olması sebebiyle oluşan bilgi eksikliğinin giderilmesi ve birbirinden farklı örneklem grubu seçilerek konu ile ilgili daha çok çalışmanın yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

Aksungur, A. (2009). Dr. Zekai Tahir Burak Hastanesi'nde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı.

Akyüz, G. (2006) Geriatrik hastalarda yaşam kalitesi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 52 (Özel Ek A), 57-59.

Arabacı, R., Çankaya, C. (2007). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin fiziksel aktivite düzeylerinin araştırılması. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1, (20), 1-15.

Aydemir, Ö. (1999). Konsültasyon-Liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36. 3-P/Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 7, 14-22.

Baş Aslan, U. (2003). Fiziksel aktivite düzeyinin farklı yöntemlerle değerlendirilmesi, Doktora tezi, Ankara; Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bayrakçı, T.V. (2008). Yetişkinlerde fiziksel aktivite. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Bek, N. (2008). Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. (1. Baskı). Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Bozdemir, H. (2006). Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.

Bulut, S. (2010). Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan personelin fiziksel aktivite düzeyi ve ilgili faktörlerin belirlenmesi. Ankara; Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Cengiz, C. (2007). Orta Doğu Teknik Üniversitesi öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ve egzersiz davranışının değişim basamakları. Yüksek lisans tezi, Ankara; Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı.

Deniz, M. (2011). Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişkinin araştırılması. Yüksek lisans tezi, Bursa; Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı.

Genç, A., Şener, Ü., Karabacak, H., Üçok, K. (2011) Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıkların araştırılması. Kocatepe Tıp Dergisi. 12: 145-150.

Karaca, A., Turnagöl, H.H. (2007). Çalışan bireylerde üç farklı fiziksel aktivite anketinin geçerlilik ve güvenirlilik çalışması. Hacettepe üniversitesi spor bilimleri dergisi, 18, (2), 68-84.

Karasar, N. (2009). Bilimsel Araştırma Yöntemi, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Koçak, F.Ü., Özkan, F. (2010) Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri Dergisi, 2, 46-54.

Koçoğlu, D. (2006). Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı.

Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N., Memiş, A. (1999). SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin Türk Popülasyonunda geçerlilik ve güvenirliği. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12, 6-102

Kurtoğlu, F. (2008). Metabolik sendromlu olgularda fiziksel aktivite seviyesinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özer, D. ve Baltacı, G. (2008). İş yerinde fiziksel aktivite, Fiziksel aktivite bilgi serisi. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Öztürk, M. (2005). Üniversitelerde eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı.

Özüdoğru, E. (2013). Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Burdur: Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Programı.

Parmaksız, H. (2007). Yetişkin obezlerde fiziksel aktivite seviyesinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir; Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı.

Savcı, B.A. (2006). Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi, Erzurum; Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.

Savcı, S., Öztürk, M., Arıkan, H., İnal, İ. D., Tokgözoğlu, L. (2006). Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. Türk Kardiyol Dern. Arş., 34, 166-172.

Şahin, G. (2010). Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi değerlendirme yöntemleri. Turkish Journal of Geriatrics, 14, 2, 172-178.

Şanlı, E. (2008). Öğretmenlerde fiziksel aktivite düzeyi-yaş, cinsiyet ve beden kitle indeksi ilişkisi, Yüksek lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). Fiziksel aktivite bilgi serisi. Ankara. (https://docplayer.biz.tr/1891041-Fiziksel-aktivite-bilgi-serisi.html adresinden alınmıştır.)

Tekkanat, Ç. (2008). Öğretmenlik bölümünde okuyan öğrencilerde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sporda Psiko-Sosyal Alanlar Anabilim Dalı.

Tüzün, H.E., Eker, L. (2003). Sağlık değerlendirme ölçütler ve yaşam kalitesi. *Sağlık ve Toplum,* 13: 2.

Vural, Ö. (2010). Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara; Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı.

Zorba, E. (2005). Vücut yapısı ölçüm yöntemleri ve şişmanlıkla başa çıkma. İstanbul: Morpa Yayıncılık

Zorba, E. (Ocak 2010). Yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite. 10. Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi, Kongre kitapçığı, 82-85.

8. EKLER

8.1. EK-1. Etik kurul raporu

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastaneye Başvuran Bireylerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitelerine Etkisi, Sivas Örneği

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 2018-11/09**	**Tarih: 07.11.2018**	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	**Prof. Dr. Muhittin Sönmez**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	katılmadı
Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğret. Üyesi Engin Altınkaya	İç hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	katılmadı

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

8.2. EK-2. Sivas Numune Hastanesi izin yazısı

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SİVAS NUMUNE HASTANESİ

SİVAS NUMUNE HASTANESİ - SİVAS NUMUNE HASTANESİ
15/02/2019 14:11 - 91742806-799-1193
00087530956

Sayı : 93848782/799
Konu : Anket Çalışması Talebi

Sayın; Mücahit ÇİĞDEM

Hastanemizde yapmayı planladığınız, 'Hastaneye Başvuran Bireylerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitelerine Etkisi, Sivas Örneği' başlıklı anket çalışmasını 01.01.2019-31.05.2019 tarihleri arasında hastanemizde uygulamanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Emin Ertan TEMİZÖZ
Başhekim

8.1 EK 3: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı;

Aşağıda "Hastaneye Başvuran Bireylerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitelerine Etkisi" başlıklı bir yüksek lisans tez çalışması amacıyla oluşturulmuş sorular yer almaktadır. Sorularda size en uygun olan seçeneğin işaretlenmesi rica olunur. Ankete katıldığınız ve bize zaman ayırdığınız için teşekkür eder iyi günler dilerim.

Saygılarımla.

Mücahit ÇİĞDEM

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Beden Eğitimi ve Spor

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Cinsiyetiniz:
( ) Kadın **( )**Erkek
2. Kaç yaşındasınız?……..

3. Eğitim durumunuz?
( ) Okur-yazar değil **( )**Okur-yazar
( )İlköğretim **( )**Ortaöğretim
( ) Lise **( )**Yükseköğretim ve üzeri

4. Medeni durumunuz?
( ) Evli ( )Bekâr (Hiç evlenmemiş, dul)

5.Mesleğiniz nedir?
( )Öğrenci **( )**Emekli
( )İsçi **( )**Memur
( ) Serbest meslek **( )**Ev hanımı
Diğer (açıklayınız).....

6.Sağlık güvenceniz var mı?
( ) Yok **( )**Emekli sandığı
( ) Bağ kur **( )**Yeşil kart
( )SSK **( )**Özel sağlık sigortası
7.Aile yapınız?
( ) Yalnız yaşıyorum **( )**Çekirdek aile(anne, baba, çocuklar)

8. Aylık gelir durumunuz nasıl?
( ) Gelir giderden az **( )**Gelir gidere eşit **( )**Gelir giderden fazla

9. Sürekli yaşadığınız yer:
( )Köy-kırsal bölge **( )**İlçe **( )**Şehir

10. Kronik bir hastalığınız var mı?
( ) Evet **( )**Hayır

( ) Diabetes mellitus **( )**Hipertansiyon

( ) Kalp yetmezliği **( )**Kanser

( )Böbrek yetmezliği **( )** Astım

Diğer……

11. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
( ) Evet **( )**Hayır

12. Sigara kullanıyor musunuz?
( ) Evet **( )**Hayır

Ne zamandan beri ve günde ne kadar kullanıyorsunuz?.....

13. Alkol kullanıyor musunuz?
( ) Evet **( )**Hayır

8.4. EK 4: YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ SF-36 KISA FORMU

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. <u>Geçen yıl ile karşılaştırıldığında</u>, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır.

Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç Kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İstediğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı(ağrı) hissettiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a.Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c.Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d.Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f.Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içende, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c.Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

8.5. EK 5: FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ ÖLÇEĞİ IPAQ KISA FORMU

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

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?
Haftada___gün
Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?
Günde ___ saat
Günde ___ dakika
Bilmiyorum/Emin değilim ☐

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

3.Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük tasıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? (Yürüme hariç)
Haftada___gün
Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?
Günde ___ saat
Günde ___ dakika
Bilmiyorum/Emin değilim ☐

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

5. Geçen 7 gün,bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?
Haftada___gün
Yürümedim. (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?
Günde ___ saat
Günde ___ dakika
Bilmiyorum/Emin değilim ☐

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

7. Geçen 7 gün içerisinde,günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?
Günde ___ saat
Günde ___ dakika
Bilmiyorum/Emin değilim ☐

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Mücahit Çiğdem
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas-1990
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu, Sivas
E-posta Adresi	cigdemmucahit@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Gazi Lisesi, 2007
Lisans	Erciyes Üniversitesi, 2014
Pedagojik Formasyon	Bozok Üniversitesi 2015
Unvan	Beden Eğitimi ve Spor Öğretmeni

İş Tecrübesi

Nitrocare	-	Ar-Ge 2019-….
Türkiye Yüzme Federasyonu		2.Kademe Antrenör
Türkiye Hentbol Federasyonu		2.Kademe Antrenör
Türkiye Futbol Federasyonu		Amatör Futbol Hakemi