

Suriye TAN



SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ
FİZİKSEL
AKTİVİTE
DÜZEYİ İLE
YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ
İLİŞKİSİ



**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ İLE
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ
İLİŞKİSİ¹**

Suriye TAN

EDİTÖR

Doç. Dr. Oğuzhan ALTUNGÜL

¹ Bu Çalışma Danışmanlığını Doç. Dr. Oğuzhan ALTUNGÜL'ün yaptığı Suriye TAN'a ait Doktora tezinden üretilmiştir



***Sağlık alışanlarının Fiziksel Aktivite Düzeyi ile
Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkisi***
Suriye TAN

Genel Yayın Yönetmeni: Berkan Balpetek
Editör: Doç. Dr. Oğuzhan ALTUNGÜL
Kapak ve Sayfa Tasarımı: Duvar Design
Baskı: MAYIS 2023
Yayıncı Sertifika No: 49837
ISBN: 978-625-6945-95-1

© Duvar Yayınları
853 Sokak No:13 P.10 Kemeraltı-Konak/İzmir
Tel: 0 232 484 88 68

www.duvar yayinlari.com
duvarkitabevi@gmail.com

Baskı ve Cilt:REPRO BİR
Repro Bir Mat Kağ. Rek. Tas. Tic. Ltd. şti.
İvoğsan 1518. Sokak 2/30 Mat-Sit iş Merkezi Ostim
Yenimahalle/Ankara

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	V
KISALTMALAR LİSTESİ	IX
1. GİRİŞ	1
1.1. Fiziksel Aktivite	2
1.1.1. Fiziksel Aktivite Kavramının Tarihçesi	3
1.1.2. Fiziksel Aktivite Türleri	4
1.1.3. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler	4
1.1.4. Fiziksel Aktivite ve Sağlık	5
1.1.5. Fiziksel Aktivite Ölçüm Yöntemleri	6
1.1.6. Fiziksel Aktivitenin Bedensel Sağlığımız Üzerine Etkileri	7
1.1.6.1. Kas İskelet Sistemi Üzerindeki Etkileri	7
1.1.6.2. Diğer Vücut Sistemleri Üzerine Etkileri	8
1.1.6.3. Fiziksel Aktivitenin Ruhsal ve Sosyal Sağlığımız Üzerine Etkileri	8
1.1.6.4. Fiziksel Aktivitenin Gelecekteki Yaşantımız Üzerine Etkileri	8
1.1.6.5. Düzenli Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri	9
1.1.7. Ülkemizde Fiziksel Aktivite Raporu	9
1.1.8. Fiziksel Aktivite ve Sağlık Üzerine Etkileri	10
1.1.9. Fiziksel Hareketsizliğin Doğrudan ve Dolaylı Maliyetleri	10
1.1.10. Düzenli Fiziksel Aktivitenin Faydaları	13
1.2. Yaşam Kalitesi	17
1.2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı Tarihi	19
1.2.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	21
1.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçümü	22
1.2.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	22
1.2.5. Tıpta Yaşam Kalitesi	23
1.2.6. Yaşam Kalitesi Göstergesi	25
1.3. Egzersiz ve Yaşam Kalitesi	26
1.4. Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	28
2. GEREÇ VE YÖNTEM	33
2.1. Araştırmanın Modeli	33
2.2. Araştırmanın Amacı	33
2.3. Araştırmanın Önemi	33
2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
2.5. Araştırmanın Varsayımları	34

2.6. Evren ve Örneklem	34
2.7. Veri Toplama Araçları	35
2.8. Verilerin Toplanması	38
2.9. Verilerin Analizi	38
3. BULGULAR.....	41
3.1. Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Aktivitesine İlişkin Bulgular.....	42
3.2. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	52
4. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	79
5. KAYNAKLAR.....	93
ÖZ GEÇMİŞ.....	109

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Fiziksel Aktivite Yetersizliği Kaynaklı Sorunlar	12
Tablo 1.2. Düzenli Fiziksel Aktiviteye Katılımın Sağladığı Sağlık, Ekonomik ve Sosyal Faydalar	14
Tablo 1.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri	25
Tablo 2.1. SF-36'nın Alt Ölçeklerinin Puanlamasının Anlamı	37
Tablo 2.2. SF-36 Sorularının Birleştirilmesi ve Ham Puanları	38
Tablo 2.3. Fiziksel Aktivite Düzeyi Anketi Normallik Analizi	39
Tablo 2.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi Normallik Analizi	39
Tablo 3.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Özellikler	41
Tablo 3.2. Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Düzeyleri	42
Tablo 3.3. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Man-Whitney U Testi Analizi	43
Tablo 3.4. Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Man-Whitney U Testi Analizi	44
Tablo 3.5. Katılımcıların VKİ İndeksine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Man-Whitney U Testi Analizi	45
Tablo 3.6. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Kruskal Wallis Testi Analizi	46
Tablo 3.7. Katılımcıların Meslek Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Kruskal Wallis Testi Analizi	48
Tablo 3.8. Katılımcıların Çalışma Süresi Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Kruskal Wallis Testi Analizi	50
Tablo 3.9. Katılımcıların Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Kruskal Wallis Testi Analizi	51
Tablo 3.10. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalite Düzeyi	52
Tablo 3.11. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Yaşam Kalite Düzeyi t-Testi Analizi	53
Tablo 3.12. Sağlık Çalışanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Yaşam Kalite Düzeyi t-Testi Analizi	54
Tablo 3.13. Sağlık Çalışanlarının VKİ İndeksine Değişkenine Göre Yaşam Kalite Düzeyi t-Testi Analizi	55
Tablo 3.14. Sağlık Çalışanlarının Yaş Değişkenine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi	58
Tablo 3.15. Sağlık Çalışanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi	61

Tablo 3.16. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Statüsü Değişikine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi	64
Tablo 3.17. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yılı Değişikine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi	67
Tablo 3.18. Sağlık Çalışanlarının Gelir Düzeyi Değişikine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi	70
Tablo 3.19. Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Düzeyi Değişikine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi.....	72
Tablo 3.20. Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerine Göre Fiziksel ve Mental Yaşam Kalitesi Analizi	74
Tablo 3.21. Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Durumları ile Fiziksel -Mental Yaşam Kalitesi Korelasyon Analizi	75
Tablo 3.22. Sağlık Çalışanlarının VKİ İndeksi ile Yaşam Kalite Düzeyi Korelasyon Analizi.....	76
Tablo 3.23. Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalite Düzeyi Korelasyon Analizi.....	77

KISALTMALAR LİSTESİ

df	: Serbestlik Derecesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)
IPAQ	: Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
Kort	: Kareler Ortalaması
Ktop	: Kareler Toplamı
N	: Sayı
SF-36	: Short Form 36 (Yaşam Kalitesi Anketi)
Ss	: Standart Sapma
Vkay	: Varyans Kaynağı
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WHOQOL-100	: Yüz Soruluk Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi
X	: Ortalama

1. GİRİŞ

Hareketsiz yaşam biçiminin ciddi bir halk sağlığı olarak kabul edilmesinin asıl sebebi insan sağlığı üzerine gerçekleştirdiği negatif etkilerdir. Kişinin gerçekleştireceği fiziksel aktiviteler; organizmada metabolik, psikolojik aynı zamanda fizyolojik göstergelerin iyileşmesini, kişinin sahip olduğu kronik rahatsızlıkların etkisinin azaltılması ve yaşın ilerlemesine bağlı olarak gerçekleşebilecek bedensel rahatsızlıkların minimize edilmesine yardımcı olur. Düzenli bir şekilde gerçekleştirilecek egzersizler bireyde oluşabilecek birçok bedensel ve psikolojik rahatsızlıkların azaltılmasına yardımcı olur. Bu olumlu sonuçlar yapılacak olan düzenli egzersizlerin süresi ve şiddetiyle doğrudan ilişkilidir (1, 3).

Düzenli bir şekilde gerçekleştirilen egzersizler bireyin vücudunun fiziksel olarak hazır hale getirilmesinde başrol oynar. Aynı zamanda düzenli olarak uygulanan egzersizler bireyin fiziksel uygunluğunun korunması ve yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdürebilmesi için iki yönden katkı sağlar. Bunlardan ilki fiziksel kondisyon ve kilo kontrolünün sağlanması iken ikincisi de bireyin hastalıklarla baş edebilmesi ve bağışıklık sistemine olumlu yönde katkı sağlamasıdır (4).

Bireyin sağlık durumlarını belirlemek için nesnel değerlendirmelerin yanında bireylerin sağlık ve hastalık durumlarına ‘yaşam kalitesi’ kavramına gereksinim duyulmuştur. Zorba (5), bireyin yaşam kalitesinin sağlıklı olmasının yanı sıra aktif bir sosyal hayatının olmasına ve psikolojik olarak da kendisini iyi hissetmesine ayrıca yaşamış olduğu hayattan ne derece memnun olduğuna bakılarak bireyin yaşam kalitesinin açıklamasının yapılabileceğini ifade etmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme, eğitim ve sağlık imkânlarından yararlanma, sosyal hayata katılım ve saygınlık düzeyi gibi pek çok etken kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu etkenlerin herhangi birinde meydana gelebilecek olumsuzluklar yaşam kalitesinin düşmesine neden olacaktır. Bütün bu ifadeler bireyin yaşam kalitesi seviyesinde fiziksel aktivite ve egzersizlerin ne kadar önemli bir yer edindiğini açıkça ortaya koymaktadır (6).

Fiziksel aktivite, hem fiziksel hem de psikolojik sağlığın önemli bir belirleyicisidir. Düzenli fiziksel aktivite, bir dizi kronik hastalığın başlangıcını geciktirebilir, ilerlemesini engelleyebilir, iyilik hali üzerinde faydalı etkiler göstererek, toplumlar ve toplumlar üzerinde olumlu bir etki bırakır (1, 5).

Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir.

1.1. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivitenin tanımı çağımızda önemli bir yere sahip olup en kapsayıcı tanımıyla vücudun iskelet ve kas sistemi aracılığıyla belirli bir enerjinin harcanması olarak ifade edilebilir (7). Fiziksel aktiviteyi T.C. Sağlık Bakanlığı ise; enerji kullanmak şartıyla kas ve eklemleri hareket ettiren, kalp ritmini ve solunumunu arttıran, bireylerde değişken oranlarda yorgunluk oluşturan aktiviteler olarak tanımlamıştır (8).

Bu tanım her türlü faaliyeti içerir: ev ve açık hava işleri, ev dışında yapılan işler (mesleki faaliyet), yürüyüş, bisiklete binme, alışveriş, spor, kasıtlı egzersizler ve diğer günlük yaşam faaliyetleri veya diğer eğlence faaliyetleri. Buna karşılık, egzersiz, özellikle zindeliği ve sağlığı geliştirmek için tasarlanmış, planlanmış ve yapılandırılmış güçlü bir aktivitedir. Örnekler arasında tempolu yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, rekabetçi sporlar sayılabilir. Fiziksel uygunluk, fiziksel aktiviteyi gerçekleştirme yeteneği ile ilişkili dayanıklılık, hareketlilik ve güç gibi nitelikler kümesi olarak tanımlanır. Fiziksel hareketsizlik, enerji harcamasında dinlenme seviyesinin üzerinde belirgin bir artış olmaması durumu olarak tanımlanır (9).

Bazı zamanlarda egzersiz kavramı ile fiziksel aktivite kavramı birbiriyle karıştırılmakta ve birbirinden farklı olan bu iki kavram çoğunlukla birbirlerinin yerine kullanılabilir. DSÖ'ye göre fiziksel aktivite; bünyesinde egzersiz kavramını da barındıran bireylerin sağlığı için çokça faydası olan planlı, programlı ve tekrarlı bir biçimde gerçekleştirilen bir aktivite çeşididir. Fiziksel aktivite egzersize göre çok daha geniş kapsamlı bir kavram olup, serbest zamanlarda gerçekleştirilen yürüyüşleri de kapsayacak şekilde bireyin gün boyu yapmış olduğu rutin işleri de kapsamaktadır (11). Egzersiz ise fiziksel aktivitenin çatısı altında olup tekrarlı, planlı ve programlı bir biçimde gerçekleştirilmek suretiyle fiziksel uygunluğun iyileştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması görevini içeren, bireyin uygunluk durumunun bilimsel bir takım testlerle saptandığı önemli bir kavramdır (7).

Bütün bu veriler ışığında fiziksel aktivitenin bahçe işleri, serbest zaman etkinlikleri, günlük rutin ev işleri, bir yerden başka bir yere gidip geri gelmesinin yanı sıra mesleki gerekliliklerden kaynaklanan fiziksel işleri de kapsamaktadır (12). Sonuç olarak enerji harcanması ile neticelenen bütün bedensel hareketleri fiziksel aktivite olarak ifade etmemize olanak sağlamaktadır (13).

1.1.1. Fiziksel Aktivite Kavramının Tarihçesi

En kapsamlı tanımıyla fiziksel aktivite enerji harcamak için gerçekleştirilen eylemlerdir (14). İnsan vücudu tabiatı gereği hareket edebilme kabiliyeti niyeti ile oluşturulmuştur. Fiziksel aktivite olarak günlük hayatımızda kalp-damar ile kas-iskelet sistemimizde değişikliğe neden olabilecek bütün etkinlikleri tanımlayabiliriz (15). Yürüme, koşma, ip atlama, yoga, baş gövde hareketleri vb. gibi her çeşit hareket dizisini fiziksel aktivite olarak örneklendirebiliriz.

Kişilerin yaşamlarını sürdürdükleri sosyal çevreleri fiziksel aktiviteyi spor ve egzersiz terimleri ile ilintilemekte ve çoğu kez bu terimleri farkında olmadan birbirleri ile aynı şeymiş gibi kullanmaktadır. Fakat yukarıda saymış olduğumuz spor egzersiz ve fiziksel aktivite terimleri farklı anlamlara gelmektedir (16). Zorbay'a göre kas ve eklem hareket genişliğinden yararlanılarak gerçekleştirilen ve amacı enerji harcamak olan bedensel hareketleri fiziksel aktivite olarak nitelendirebiliriz (5). Scott ise kaslar aracılığıyla yapılmış olan, sonucunda bir enerji tüketilen bedensel hareketlerin fiziksel aktivite olduğunu ifade etmektedir (17). Vural, iskelet kasları vasıtasıyla enerji üretimini çoğaltan bedensel hareketleri fiziksel aktivite olarak ifade etmektedir (18).

Birçok eski uygarlıklarda fiziksel aktivitenin zihinsel ve bedensel iyi olma durumunu pozitif yönde etkilediği ifade edilmiştir. Eski zamanlardaki birçok tanınmış ünlü hekimler (Claudius, Galenus, Hipokrat, Çinli ve Hindu) 5000 yıl önceden fiziksel aktivitenin sağlığı olumlu yönde etkilediğini keşfetmiştir. O zamanlarda Antik Yunan hekimleri birçok hastalığın iyileştirilmesinde egzersizi bir reçete olarak ifade etmişlerdir. 16 yy'a gelindiğinde İtalyan hekimler egzersizin çocukların sağlıklı bir şekilde gelişmesinde önemini ifade etmiştir. Ayrıca sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri için de yaşlılara ve hastalara egzersizi tavsiye etmişlerdir. 1950'li yıllarda uzmanlar düzenli yapılan fiziksel aktivitelerin sağlık için olumlu bir etkisinin olup olmadığı araştırmalarına başlamıştır. Bu çalışmaların sonucunda fiziksel aktivitelerin insan yaşamında olumlu sonuçlar ortaya çıkardığı düşüncesi hakim olmuştur. 2000'li yıllara gelindiğinde ise fiziksel aktivitelerin spor sakatlıklarını minimize ettiği, bireyin yaşam süresini uzattığı ve yaşam kalitesinde pozitif etkiler oluşturduğu ifade edilmiştir (19). Bütün bu verilerin ışığında sağlıklı bir yaşamın temelinde fiziksel aktivitenin yer aldığı ifade edilebilir. Günümüze yaklaştıkça gelişen ve değişen teknolojiler bireylerin daha az hareket etmelerini ve oturarak vakit geçirmelerini kolaylaştırmıştır. Bunun neticesinde hareketsiz bir yaşam sitilinin ortaya çıkması kaçınılmazdır (20). Günümüzde birçok sağlık etkinliği hareketsiz bir yaşam sitilinin kardiyovasküler sistem açısından risk oluşturduğu ve düzenli bir şekilde gerçekleştirilecek fiziksel aktivitelerin sağlığı olumlu yönde etkileyeceğini ifade etmektedir (21).

1.1.2. Fiziksel Aktivite Türleri

Fiziksel aktivite günlük yaşam aktivitelerini baz alan oldukça kapsayıcı bir kavramdır. Corbin ve Lindsey aktivite şiddetine, süresine ve fizyolojik etkilerine göre bilhassa genç kesim üzerinde sıklıklaştırdıkları araştırmalarında dengeli beslenme ile yeterli enerji tüketimi arasındaki kırılmalı ilişkiyi etkileyen fiziksel aktivite çeşitlerini 5 basamakta ele almaktadır. Araştırmacılara göre ilk ve en kapsamlı basamağında ılımlı aktiviteler yer alır. Yürümek, ev işleri yapmak, günlük rutinler, bowling oynamak, park bahçe işleri yapmak ılımlı aktivitelere örnek olarak gösterilebilir. Bu aktiviteler bireyin sağlıklı bir hayat için vücut yağ dengesini kontrol ve koruması bakımından önemlidir. Güçlü aerobik aktiviteler ise piramidin 2. Basamağında yer alır. Bu basamağa bisiklet sürmek, hafif tempoda koşu, yüzmek, merdiven çıkmak vb. gibi aktiviteler örnek olarak gösterilebilir. Sıralanan bu aktiviteler uzun süre gerçekleştirilebileceğinden kişiyi terletir, kalp ritmini artırır, solunum hızı ve miktarını çoğaltır. Bu sayede birey sağlıklı bir vücuda ve yüksek derecede kalp-solunum dayanıklılığı elde eder. Piramidin 3. basamağı da güçlü sporlar ve rekreasyon olarak tanımlanır. Bu basamağa ise futbol, basketbol, tenis, kano vb. gibi aktiviteler örnek olarak gösterilebilir. Kalbin hızlı bir şekilde atması ile kas oksijen ihtiyacının artmasına sebep olur. 4. basamakta ise kas kuvvetini ve dayanıklılığını arttıracak egzersizler bulunmaktadır. Duvar tırmanışı, kısa aralıklı max kuvvet, dayanıklılık antrenmanları, jimnastik hareketleri piramidin 4. basamağına örnek olarak gösterilebilir. Piramidin son basamağı olan 5. basamakta ise esneklik çalışmaları bulunmaktadır. Bu basamağa örnek aktiviteler ise; yoga, esnetme çalışmaları ve jimnastik olarak gösterilebilir (22).

1.1.3. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler

Egzersizlerin gerçekleşmesinde ana belirleyici konumundaki unsurlar biyolojik, bedensel ve sosyal çevredir. Bu unsurlar sayesinde fiziksel aktivite daha pratik ve elverişli şekilde yapılmasına olanak sağlamaktadır (23). Teknolojideki ani gelişmeler, şehirleşme vb. gibi durumların bu konu etrafında yapılan araştırmaların bireyleri çok daha durağan bir yaşam stiline teşvik edeceği ifade edilmiştir. Bu çerçevede sosyo ekonomik gelişmişliği yüksek olan ülkelerde fiziksel aktivite yapma durumunda azalma çok daha fazladır (24). Bilhassa elli yaş ve üzeri bireylerde son zamanlarda aktivite gerçekleştirme miktarlarında önemli bir artışın varlığı görülmektedir (25).

Demografik ve Biyolojik Unsurlar: Kişilerin eğitim durumu, cinsiyeti, çocuk sahibi olma durumu, genetik yapısı, ekonomik düzeyi, obezite durumu ve ırktır.

Bilişsel, Psikolojik ve Duyusal Unsurlar: Kendine güven, motivasyon ve stres, ruhsal bozukluklar, dini inanç, kişinin ruh sağlığı, davranışlar, yapılan egzersizden zevk alma, egzersiz ve sağlık hakkında bilgi sahibi olma durumu, yeterli zaman elde edememedir (26).

Yetenekler ve Davranışsal Nitelikler: Spor yapılan zaman, sporlara katılım durumu, zorluklarla mücadele edebilme yeteneği, sigara tüketim durumu, çocuk ve yetişkinlik çağında fiziksel aktivite gerçekleştirme durumudur (26).

Sosyal Kültürel Unsurlar: Kişinin içerisinde yaşadığı sosyal çevre, gerçekleştirilen egzersizin türü, bireylerin kendi aralarındaki iletişimi topluca egzersiz yapılmasında çok büyük paya sahiptir. Çalışma mekânlarında çalışanlara işveren tarafından yeterli bir süre çalışanların egzersiz yapmalarına imkân ve zaman tanınmalıdır (26).

Fiziksel aktivitelere katılım azlığı çağımızda masa başı yapılan işlerin miktarının ve bu işleri yapan kişilerin sayısının artmasına bağlıdır. Fiziksel aktivitelere katılımın iyi bir düzeyde gerçekleşebilmesi için özellikle masa başında çalışan bireylere patronları tarafından egzersizlerini yapabilmeleri için gerekli imkânların ve yeterli zamanın verilmesi gerekmektedir (27).

Bedensel, biyolojik ve sosyal gruplar fiziksel aktivitenin etkili olduğu bilinen boyutlarıdır. Bu boyutların bireye fiziksel aktivitelere iştirak etme oranını arttıran ve kolaylık sağlayan ana etmenler olduğu ifade edilmektedir. Yeterli zamanın olmaması fiziksel aktiviteye katılımı zorlaştıran en ciddi problemlerin başında gelmektedir. Ayrıca bedensel, ruhsal ve davranışsal etmenler bireylerin fiziksel aktiviteyi gerçekleştirmesinde olumsuz sonuçlar ortaya koymaktadır (27).

Yapılan araştırmalarda bireylerin sıradan bir yaşam biçimine sahip olmaları konusunda zorlayan etkenlerin; ekonomideki gelişmeler, gelişen teknoloji ve kentleşme miktarının artması olarak ifade edilmektedir. Bunlara ek olarak gelişmiş ülkelerde bireylerin hareketsizlik miktarlarında da olumsuz bir artışın olduğu görülmektedir (27). Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde ekonomik geliri yüksek durumda olan bireylerin fiziksel aktivite tercihlerinin de çeşitli, daha güvenli ve bu etkinliklere daha hızlı bir biçimde ulaşabildiklerini ortaya koymaktadır. Bu durumun sonucunda bireylerin aktif yaşama yönelmesiyle pozitif doğrultuda bir ilişkinin varlığından söz edilebilir.

1.1.4. Fiziksel Aktivite ve Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'nün ifadesine göre sağlık, bireyin kendisini mikroplardan ve hastalıklardan muhafazası değil; ruhsal, fiziksel ve sosyal bakımdan kendini iyi hissetme şekli olarak tanımlanmaktadır (28). Fiziksel aktivite açısından toplumumuzda yeterli bir bilgi seviyesinin olmadığı bilinmektedir. Bunun yanı sıra sağlık için fiziksel aktivitenin öneminin yeteri

kadar anlaşılmadığı da belirtilmektedir. Nihayetinde ise giderek artan bir hareketsiz yaşam stilinin benimsendiği ifade edilmektedir. Tüm bunların sonucunda da kalp damar hastalıkları, obezite vb. gibi kronik hastalıkların tanısında kayda değer sebepleri arasında belirtilmektedir (29). Ayrıca hareketsiz yaşam biçiminin ifade edilen hastalıkların oluşması veya ilerlemesinde olumsuz bir etkiye sahip olmasının yanı sıra bireylerin iyileşme sürecinde de negatif etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Bireyin bu tür kronik rahatsızlıklardan kurtulmasında düzenli yapılacak fiziksel aktivitelerin önemli bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir. Yapılan araştırmalarda fiziksel aktivitelerin kalp damar hastalıkları konusunda olumlu yönde etkilerinin olduğu ifade edilmektedir (30).

Bireylerde var olan kronik kalp damar hastalıklarının önemli bir miktarı hareketsiz bir yaşam stiliyle doğrudan bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Egzersiz ve fiziksel aktivitelerin bireyler açısından pozitif yönde etkilerini ifade etmek gerekirse bireyin vücudundaki var olan insülin hassasiyetini artırarak plazma insülin miktarında azalma meydana getirmekte ve glikoz toleransını artırarak plazma insülin miktarında azalma oluşturarak glikoz toleransını yükseltici yönde olumlu etki ettiği ifade edilmektedir. Kilolu bireylerde dahi egzersiz ve fiziksel aktivitelerde bulunmanın yetişkin diyabeti olarak bilinen (Tip 2) meydana gelme ihtimalini azaltıcı yönde etki ettiği ifade edilmektedir. Fiziksel aktivitenin şişmanlığın meydana gelmesinde ve tedavisinde pozitif etkilerin olduğu bilinmektedir. Bu durumun ana sebebinin enerji harcamasının bir bileşeni olduğu ifade edilmektedir. Bireye egzersize ek olarak diyet uygulamasında yaktığı yağ oranı ile sadece diyet yaparak yaktığı yağ oranında egzersiz ile takviye edilen diyetle çok daha fazla yağ yakıldığı ifade edilmektedir (31). Kişilerin sağlığına pozitif katkıların yanı sıra çocukların da gelişim dönemleri süresince fiziksel aktivitelere maruz kalmaları olumlu bir bedensel gelişime katkı sağlayacaktır (32).

1.1.5. Fiziksel Aktivite Ölçüm Yöntemleri

Kişinin günlük rutininin bir parçası olarak düzenli olarak gerçekleştirilen fiziksel aktiviteler (giyinme, banyo yapma, tırmanma, merdiven çıkma, yürüme) olağan aktiviteler olarak adlandırılır. Buna karşılık kasıtlı faaliyetler, olağan faaliyetlere ek olarak gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Bu faaliyetler planlanır ve genellikle boş zamanlarda yapılır.

Türü ne olursa olsun (evsel, mesleki, boş zaman etkinliği olarak da adlandırılan eğlence, ulaşım-yürüme, bir yere gitmek amacıyla bisiklete binme) fiziksel aktivitenin tam değerlendirmesi, üç bileşenini içermelidir: Sıklık, süre ve yoğunluktur (33). Sıklık, belirli bir süre içinde etkinliğin üstlenilme sayısını tanımlar (ör. haftada üç kez). Süre, aynı dönemde aktivitede harcanan toplam süre

hakkında bilgi verir (ör. haftada 30 dakika). Yoğunluk, bir kişinin aktivite sırasında harcadığı enerji miktarını tanımlar.

Fiziksel aktivitenin yoğunluğu genellikle üç seviyeye ayrılır: Hafif (<3 MET), orta (3-6.0 MET) veya şiddetli (>6 MET). Enerji harcamasının metabolik eşdeğeri olan bir MET, sessizce oturma sırasında harcanan enerjidir. Bu birim, 70 kg ağırlığındaki bir yetişkin için dakikada vücut ağırlığının kilogramı başına 3.5 mL oksijen alımına eşdeğerdir (34). MET değeri, bir aktivitenin metabolik hızının dinlenme metabolik hızına oranını tanımlar. Örneğin, koşu (7 MET), sessizce oturmaktan 7 kat daha fazla enerji gerektirir. Orta – barış yürüyüşü yaklaşık 3-4 MET değerine sahipken, hareketsiz davranışlar 1 ila 1.5 MET arasında değişir. Orta düzeyde fiziksel aktiviteler, tempolu bir yürüyüşe eşdeğer bir çaba gerektiren aktivitelerdir (35). Orta derecede aktivite yoğunluğu, kalp atış hızını maksimumunun yaklaşık %64-76'sına yükseltir (36). Orta yoğunlukta aktivite 3.5-7 kcal/dk yakar; örnek aktivite şunlardır: dans etme, yavaş bisiklete binme, voleybol, badminton, bahçe işleri, iş sırasında yürüme ve ağırlık kaldırma, çiftçilik (37).

Güçlü fiziksel aktiviteler büyük kas gruplarını çalıştırır ve kalp atış hızında (maksimum %77-93), solunum hızlarında belirgin artışa neden olur ve terlemeye neden olur (35, 36). Jogging, koşma, hızlı bisiklete binme, yüzme, bekarlar tenisi, basketbol, kasma, marangozluk, ormancılık, kuvvetli aktivite örnekleridir. Şiddetli yoğunlukta aktivite 7 kcal/dk'dan fazla yakar (33).

Direkt, objektif ve subjektif olmak üzere fiziksel aktivite ölçüm kriterleri üçe ayrılır. Direkt gözlem yöntemi fiziksel aktivitelerin tanımlanmasında aktivelerin değerlendirilmesi için en elverişli yöntem olarak belirtilmiştir. Diğer yandan çift etiketli su yöntemi ile indirekt kalorimetre yöntemi de fiziksel aktivitelerin değerlendirilmesinde bir ölçüm kriteri olarak kullanılmaktadır. Fakat ölçüm yöntemleri fiziksel aktivite ölçümlerinin enerji tüketimi ile ilişkilerinin kısıtlı olduğunu göstermiştir. Kalp atım monitörleri, akselerometreler ve adım sayaçlar fiziksel aktiviteyi ölçmek için birer objektif metot olarak kullanılır. Bu ölçüm standartları fiziksel aktivitelerin subjektif ölçümlerinin geçerliliği için kullanılabilir. En düşük geçerlilik verilerine sahip olanlar ise anketler ve diğer direkt uygulanan bireysel subjektif tekniklerdir (38).

1.1.6. Fiziksel Aktivitenin Bedensel Sağlığımız Üzerine Etkileri

1.1.6.1. Kas İskelet Sistemi Üzerindeki Etkileri

Kas kuvvetini korur ve artırır, kaslar arasındaki senkronizasyonu sağlar, kas ve eklem esnekliğini artırır, reflekslerin gelişimini sağlar, postür bozukluğunu önler, kişinin yorgunluk hissini azaltır, kemik mineral yoğunluğunu düzenler,

kondisyon ve dayanıklılığı artırır, kasların kullandığı oksijen miktarı artar, yaralanma sakatlık ve kazalara karşı bedensel korumayı geliştirir (39).

1.1.6.2. Diğer Vücut Sistemleri Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivite ile kişinin kalbinin dakikadaki atım sayısı azalır, kalbin her bir atımda vücuda pompaladığı kan miktarı artar. Kan basıncı azalır ve kolestrol ile trigliserit miktarını etkileyerek bireyde oluşabilecek olası damar hastalıklarını azaltır. Düzenli gerçekleştirilen fiziksel aktivite kan şekerinin kontrolüne ve sütünuz-mineral kullanımının ayarlanmasına destek olur. Fiziksel aktivite metabolizmayı hızlandırarak kilo artışıını önler. Ayrıca fiziksel aktivitenin cinsel aktiviteler üzerine de pozitif etkileri bulunmaktadır (39).

1.1.6.3. Fiziksel Aktivitenin Ruhsal ve Sosyal Sağlığımız Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivite bireyin kendini iyi hissetmesine yardımcı olur. Kişide oluşabilecek postür bozukluklarını önlediği için toplum içerisindeki konumları bakımından oldukça olumlu sonuçlar doğurur. Düzenli yapılan fiziksel aktiviteler ile birey bedeniyle barışık, özgüveni yüksek olur. Bireyde stres ile mücadele edebilme kabiliyetinin gelişmesine yardımcı olur (39).

1.1.6.4. Fiziksel Aktivitenin Gelecekteki Yaşamımız Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivite; bireylere yaşlanma zamanlarının daha aktif olma ve bu zamanlarında kimseye muhtaç olmadan geçirebilme yeteneği kazandırır. Fiziksel aktivitelerle birlikte bireylerin oksijen kullanım oranlarında artış görülür. Buna bağlı olarak kansere karşı ekstra bir koruma sağlanır, hastalık ve enfeksiyonlara karşı vücut direncini geliştirir, kas-kemik gücü korunduğundan sakatlanma olasılığı azalır, depresyonu önler, bireyin hayatından keyif almasını sağlar (39).

Yukarıda dile getirdiğimiz pozitif durumların oluşabilmesi için bazı kurallara uyulması gerekmektedir. Bu kuralları şu şekilde sıralayabiliriz: fiziksel aktivitenin düzen içerisinde yapılması ve sürekliliği, kişinin fiziksel durumuna uygun yoğunluk tercihi, süresi ve ilerleyici bir program. Birey ve toplum sağlığının korunması için toplumların sağlık giderlerini azaltabilme adına bireylerin günlük fiziksel aktiviteye olan yönelim ve isteklerinin artırılması gerekmektedir. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri giderlerinin tedavi giderlerinden çok daha az olduğu artık çokça bilinen bir gerçektir. Bu durumu bir örnekle açıklayacak olursak; bankada masa başında çalışan bir bireyin gün içerisinde belirli aralıklarla boyun, omuz ve bel egzersizleri yapmaması bu bireyde zamanla bel ve boyun fıtığı rahatsızlığına sebep olacaktır. Bu olumsuz durumu ortadan kaldırmak için birey çalıştığı bankadan izin alıp hastaneye gitmek zorunda kalacaktır. İş yerinden alınan izin ile ortaya çıkan iş gücü kaybı,

hastanede ortaya çıkan muayene ücretleri, muayene sonrası tedavi giderleri, sağlık çalışanları üzerine oluşan iş yoğunluğu, bireyin rahatsızlık durumuna göre alacağı rapor, işe geri dönüşte ortaya çıkacak olan iş verimliliğindeki düşüş gibi birçok olumsuz sonuç ile baş başa kalınacaktır. Oysaki aynı birey gün içerisinde yapabileceği basit egzersizlerle bunca olumsuz durumdan kurtulabilmesi mümkün ve çok daha az maliyetlidir (39).

Bireylerin iş yoğunluklarından kaynaklı günlük fiziksel aktivitelerini yapamamaları bir gerekçe olarak kabul edilemez. Gün içerisinde gidilmesi gereken kısa mesafelere yürüyerek gitmek, yapılan işi her zamankinden daha tempolu yapmak, asansör yerine merdiven kullanmak gün içerisinde yapmamız gereken fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmek için yeterli olacaktır (40). Her gün düzenli ve istikrarlı bir şekilde yapılan fiziksel aktiviteler bireyin yaşam kalitesini destekler. Bu bağlamda fiziksel aktivitenin bireyin yaşam kalitesiyle doğrudan bir ilişkisinin olduğu ifade edilebilir (41, 42).

1.1.6.5. Düzenli Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri

Düzenli bir şekilde gerçekleştirilen fiziksel aktivite bireyde oluşabilecek hastalıklara karşı bireyin direncini artırır ve spor yapmayan bireylere göre daha sağlıklı bir hayat geçirmelerini sağlar. İstenen bu sağlıklı hayatın bireylerde görülebilmesi için fiziksel aktivitelere katılımın küçük yaşlarda başlaması ve bu durumun bir alışkanlık haline getirilmesi gerekmektedir. Gerçekleştirilmeyen fiziksel aktiviteler bireyler için beklenmedik hastalıklar ve ani ölümler ortaya çıkarmaktadır (41). Yapılan çalışmalar düzenli gerçekleştirilen fiziksel aktivitelerin bireye sağlık açısından yüksek kalitede bir hayat sunduğunu ortaya çıkarmıştır (43).

1.1.7. Ülkemizde Fiziksel Aktivite Raporu

6-11 yaş grubundaki çocukların yaklaşık olarak yüzde 60'ının düzenli bir şekilde fiziksel aktivite yapmadığı Türkiye'de yapılan fiziksel aktivite raporuyla belirlenmektedir. Bu yaş aralığındaki çocuklar gün içerisindeki 6 saatini televizyon izleyerek ve bilgisayar karşısında vakit harcayarak geçirmektedir (44). Bu durumun yaş durumuna göre dağılımında hareketsiz kalanların oranının yüzde 43'ünü 12-18 yaş arası erkekler, yüzde 71'inin ise 12-18 yaş grubu kadınlar oluşturur. Bu oran 19-30 yaşları arasındaki erkeklerde yüzde 70, kadınlarda yüzde 76'dır. 31-50 yaşları arasında ise erkeklerde ortalama yüzde 75, kadınlarda yüzde 88'dir. Verilerden yola çıkarak kadınlardaki hareketsizlik oranının erkeklerdekinden daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (44).

1.1.8. Fiziksel Aktivite ve Sağlık Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivite ve sağlık üzerine yapılan araştırmalar, dzenli fiziksel aktivitenin önemli sağlık yararları olduğunu aııa gstermiştir. Her ne kadar sağlıklı olmak için gereken optimal doz (süre x frekans x aktivite yoğunluğu) belirsizliğini koruyor olsa da, çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlar tarafından geliştirilen yeterli kasıtlı fiziksel aktiviteye ilişkin halk sağlığı önerileri, epidemiyolojik literatürdeki doz birikimine ilişkin kanıtlarla birlikte değişmiştir (33).

Hastalığın önlenmesine yönelik en son öneriler, yetişkinler için haftanın 5 veya daha fazla gününde en az 30 dakika orta düzeyde fiziksel aktiviteyi veya haftada 3 veya daha fazla gün en az 20 dakika şiddetli yoğunlukta fiziksel aktiviteyi vurgulamaktadır. Bu kılavuzlar, 7 gün boyunca birikmiş haftada 50 MET-saat toplam orta dereceli aktivite veya 3 gün boyunca birikmiş şiddetli yoğunlukta haftada 25 MET-saatlik Eurobarometer 2002 çalışmasına karşılık gelmektedir.

Çocuklar ve ergenler için fiziksel aktivite miktarı, haftada en az 5 gün, tercihen günlük en az 60 dakika orta yoğunlukta aktivite tavsiyesini karşılamaktadır (45). Sağlık kazanımının büyük bir kısmı yukarıda belirtilen aktivite dozuyla elde edilse de dozun belirli kanserlere karşı korunmak için yeterli olmayabileceğini belirtmekte fayda var. Bu nedenle Amerikan Kanser Derneği, her 5 yılda bir fiziksel aktivite kılavuzlarını güncellemektedir. Son zamanlarda kanseri önlemeye yönelik WCRF/AICR yönergeleri, her gün en az 30 dakika orta düzeyde fiziksel aktivite yapılmasını önermektedir.

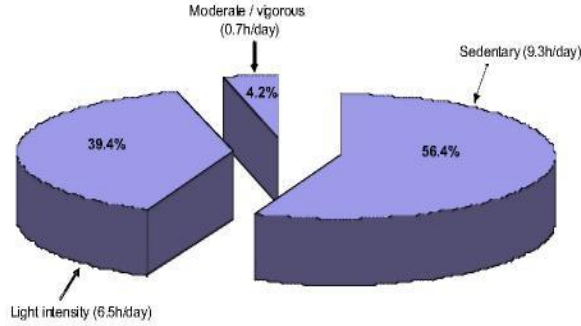
Zindeliğin iyileştirilmesi, her gün 60 dakika veya daha fazla orta düzeyde aktivite ya da 30 dakika veya daha fazla şiddetli fiziksel aktivite gerektirir (36).

1.1.9. Fiziksel Hareketsizliğin Doğrudan ve Dolaylı Maliyetleri

Sağlık ve esenlik için dzenli olarak fiziksel aktiviteye katılımın önemi genel nüfusun çoğu tarafından kabul edilmektedir. Bununla birlikte özellikle sanayileşmiş ülkelerdeki insanların çoğu, hareketsiz veya yetersiz düzeyde fiziksel aktivite gerçekleştirmektedir. Profesör Steven Blair (46), “fiziksel hareketsizliğin 21. yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olduğunu ve hatta belki de en önemlisi olduğunu” savunuyor. Bir ivme ölçer tekniği kullanılarak fiziksel aktivitenin doğrudan ölçümleri, yetişkinlerin ortalama olarak uyanma zamanlarının %56,4'ünü hareketsiz aktivitelere (şekil 1) ve uyanıklık zamanlarının sadece %4,2'sini orta şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivitelere geçirdiğini gstermiştir (47).

Günlük olarak oturarak geçirilen uzun süre (9,3 saat), olumsuz metabolik ve sağlık etkilerine neden olabilir. Çünkü 0,7 saat/günlük orta/şiddetli boş zaman aktivitesi, örneğin aşını kilo ve obeziteye karşı korunma için yeterli olmayabilir (36). Bu nedenle sağlıklı kiloyu korumak ve daha fazla kilo alımını önlemek için oturma

süresinin azaltılması önerilmelidir. Hareketsiz zamandaki molaların bile çeşitli metabolik profiller için faydalı olabileceği unutulmamalıdır (46).



Şekil 1. Hareketsiz, Hafif Yoğunlukta ve Orta/Yüksek Yoğunlukta Fiziksel Aktivite Elde Eden Yetişkinlerin Uyanma Saatlerinin Yüzdesi (49)

Fiziksel hareketsizliğin sağlık maliyeti (haftada 2.5 saatten az orta yoğunlukta fiziksel aktivite veya haftada 1 saat şiddetli yoğunlukta) çok yüksek görünmektedir (Tablo 1). 2002'de Dünya Sağlık Örgütü, fiziksel hareketsizliği erken ölüm için 10 güçlü risk faktöründen biri olarak listelemiştir. Örgüt, dünya çapında 1,9 milyon erken ölümün ve Avrupa Bölgesi'nde yaklaşık 600.000 erken ölümün ve ayrıca 19 milyon engelliliğin yetersiz fiziksel hareketsizlikten kaynaklanabileceği sonucuna varmıştır (50).

Ölüm nedenleri olarak koroner kalp hastalığı (KKH), felç, tip 2 diyabet, bazı kanserler (kolon, rektum, meme) ve depresyon belirtildi. Ayrıca, fiziksel hareketsizliğin, yaklaşık %22 iskemik kalp hastalığının ve yukarıda belirtilen kanser türlerinin her birinin %10-16'sının nedeni olduğu tahmin edilmektedir (51).

Fiziksel olarak aktif olmayan kişilerin, aktif olanlara kıyasla kalp hastalığı riskinin iki katına kadar olduğuna dair güçlü kanıtlar mevcuttur (52). Ayrıca 2030 yılına kadar, gelişmekte olan ülkelerde kardiyovasküler ve koroner kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin yaklaşık %9'unda, gelişmiş ülkelerde ise %1'lik bir artış öngörülmektedir (53). Dünyanın birçok ülkesinde fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme, kalori fazlalığı, obezite ve kronik hastalıklarla ilişkili sigara içme gibi yaşam tarzının beş belirleyicisi en büyük halk sağlığı sorunudur. Genellikle 18-29 yaşlarında en yüksek olan fiziksel aktivitenin, geç yetişkinlik yılları boyunca yaşla birlikte keskin bir şekilde düştüğünü belirtmekte fayda var (54).

Fiziksel hareketsizlik ve kötü beslenme prevalansı, yaştan bağımsız olarak dünya çapındaki popülasyonları etkileyen aşırı kilo (vücut kitle indeksi, $VKİ \geq 25$ - $< 30 \text{ kg/m}^2$) ve obezite ($VKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) salgınının başlıca nedenleridir. Bunun nedeni de insanların

hareketsiz davranışlarla çok fazla zaman harcaması, örneğin televizyon izlemek, bilgisayar kullanmak ve ulaşım için araba, otobüs kullanmak. Kilonun korunması, enerji alımı ve enerji harcaması arasındaki dengeye bağlıdır. Denge bozulduğunda ve belirli bir süre boyunca alınan enerji harcanan enerjiden fazla olduğunda fazla kilo ve obezite gelişir. Dünya çapında bir milyardan fazla yetişkinin aşırı kilolu olduğu ve en az 300 milyonun da klinik olarak obez olduğu tahmin edilmektedir (51). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990-2000 döneminde obezite prevalansı en az %50 arttığı ve yılda 300.000 ölüme neden olduğunu bildirmektedir. Latin Amerika, Orta Doğu ve Asya'nın birçok ülkesinde de daha yüksek obezite oranı görülmektedir. WHO (51) göre 2013 yılında Çin'de 200 milyon insanın obez olduğu bildirmiştir.

Avrupa'da obezite insidansı erkeklerin %10-20'sinde ve kadınların %10-25'inde meydana gelmiştir, bu da onları kronik hastalıklar (hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, kanser) için yüksek risk altına sokmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında 65 yaş üstü yetişkinlerin %18'i obez, %40'ı ise fazla kiloluydu ve fazla kilolu/obezin toplam maliyeti 117 milyar dolar olarak değerlendirildi (55). Obezite nedeniyle yılda yaklaşık 300.000 Amerikalı ölmektedir (51).

Obezite; enerji alımı ve aşırı enerji harcaması arasındaki dengesizliğin bir sonucudur. Sonuç olarak enerji fazlalığı çok sayıda inflamatuvar ve hormonal yolu uyarabilmekte, inflamasyon ve yağ dokusu ile ilgili bir dizi hastalığa neden olabilmektedir (56). Bazı kanıtlar, aşırı kilo ve hareketsiz bir yaşam tarzının dünya çapında kanser vakalarının yaklaşık %25'ine neden olduğunu göstermektedir (57).

Tablo 3.1. Fiziksel Aktivite Yetersizliği Kaynaklı Sorunlar

Sağlık Sorunları

- Fazla kilo ve obezite
- İskemik kalp hastalığı
- İnme
- Diyabet, tip II
- Hipertansiyon
- Yüksek kan kolesterol seviyeleri
- Osteoporoz ve ilgili kırıklar
- Kanser (kolon, meme, bağırsak)
- Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları (artrit, sırt ağrısı)
- Nörolojik bozukluklar (karpal tünel sendromu)
- Ruh sağlığı bozuklukları (aneksite, depresyon)

Ek Sorunlar

- Ağrı, sakatlık
 - Daha uzun rehabilitasyon süreleri
 - Yaşam kalitesinde azalma
 - İşgücü katılımına etkisi (devamsızlık)
 - Erken ölümler
 - Ekonomik maliyetler
-

Fiziksel hareketsizliğin doğrudan maliyetleri tıbbi bakım, işçi tazminatı ve üretkenlik kaybı ile ilişkilidir (58). İşten ayrılma ve hareketsizliğin sosyal maliyetleri gibi dolaylı maliyetler, yedek işçiler, kaybedilen fırsatlar ve daha uzun rehabilitasyon süreleri, tıbbi hizmetlerin ek kullanımı ile bağlantılı verimsizlikleri içerir (59). Fiziksel aktivitenin ekonomik maliyetlerinin ölçülmesi zordur.

Oldridge (60), gelişmiş ülkelerde toplam doğrudan sağlık harcamalarının %1.5-3.0'nun fiziksel hareketsizlikten kaynaklandığını belirtmektedir. Son tahminler, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2012

yılında fiziksel hareketsizlik nedeniyle tıbbi maliyetlere yılda yaklaşık 75 milyar dolar harcadığını göstermektedir (61).

Kanada'da fiziksel hareketsizliğin doğrudan maliyeti yaklaşık 2,1 milyar dolar olarak hesaplanmıştır (62). Ayrıca Kanadalılar fiziksel hareketsizliklerini %10 oranında azaltırlarsa maliyetlerin yıllık 150 milyon dolar azalabileceği tahmin ediliyordu. İngiltere'de, başlıca yaşam tarzı hastalıklarının doğrudan tedavisine bağlı fiziksel hareketsizliğin toplam maliyeti ve dolaylı maliyetler yılda 8,2 milyar sterline tekabül edecektir. Son tahminlere göre doğrudan maliyetler 1,5 milyar dolar olarak hesaplanmıştır.

Kronik hastalıkların maliyeti, ürettikleri erken ölüm ve sakatlıklardan kaynaklanmaktadır. Yetişkinler, sağlığı iyileştirmek için bir hafta süresince önerilen aktivite seviyelerine ulaşırlarsa tablo 1'de listelenen kronik hastalığa eşlik eden verimlilik kayıplarının ekonomik maliyetinden kaçınılacaktır. Mevcut kanıtlar, Minnesota'da yaşayan yetişkinler arasında kronik hastalıklar için fiziksel hareketsizliğe atfedilebilen aşağıdaki sağlık harcaması sırasını göstermektedir:

İskemik kalp hastalığı > inme > hipertansiyon > depresyon ve anksiyete > diyabet > osteoporoz > düşmeler > kolon kanseri > meme kanseri (63).

Buna karşılık fiziksel hareketsizliğe atfedilebilen doğrudan maliyetlerin sırası biraz farklıdır: Düşmeler > KKH > diyabet > depresyon > inme > kolon kanseri > meme kanseri. Gelişmekte olan ülkelerde fiziksel hareketsizlik maliyetlerine ilişkin veriler eksiktir (51).

1.1.10. Düzenli Fiziksel Aktivitenin Faydaları

Düzenli fiziksel aktivite veya daha fazla fiziksel aktivite, sağlığın birçok yönü üzerinde faydalı bir etki gösterir ve çeşitli kronik hastalık riskini azaltır. Fiziksel aktivitenin ek faydaları, bulaşıcı olmayan hastalıkların tüm nedenlere bağlı ölüm riskinin azaltılmasını içerir (Tablo 3.2). Çok sayıda rapor, düzenli fiziksel aktivitenin çeşitli hastalıkların ve psikolojik bozuklukların hem birincil hem de ikincil önlenmesinde etkili olduğunu belgelemektedir. Çeşitli sistematik incelemeler ve meta-analizlerle ilgili ayrıntılı ayrıntılar için okuyucu, Warburton ve Ark.'nın son incelemelerine başvurur (10).

Tablo 3.2. Düzenli Fiziksel Aktiviteye Katılımın Sağladığı Sağlık, Ekonomik ve Sosyal Faydalar

- Yaştan bağımsız olarak aşırı kilo ve obezite riskini azaltır.
 - Kardiyovasküler hastalık riskini azaltır (koroner kalp hastalığı, felç, kan damarı bozuklukları).
 - Diyabet geliştirme riskini azaltır.
 - Yüksek tansiyon geliştirme riskini azaltır.
 - Hipertansiyonu olan kişilerde kan basıncını düşürür.
 - Bazı kanserlerin (kolon, meme, bağırsak, endometriyal, akciğer, prostat) riskini azaltır.
 - Kas kütlelerini ve gücünü korumaya veya artırmaya yardımcı olur.
 - Osteoporoz, kemik kaybı ve kırılmayı önler.
 - Artritli kişilerde işlevi iyileştirir.
 - Akıl sağlığını iyileştirir.
 - Yaştan bağımsız olarak yaşam kalitesini ve işlevini iyileştirir.
 - Düşme ve yaralanma riskini azaltır.
 - Anksiyete ve depresyon hissini azaltır.
 - Erken ölüm riskini azaltır.
 - Uyku kalitesini artırır.
 - Psikolojik esenliği destekler, stresi azaltır.
 - Yaşlı yetişkinin bağımsızlığını daha uzun süre korumasına yardımcı olabilir.
 - Alkol, tütün ve uyuşturucu kullanımı gibi riskli davranışların önlenmesine yardımcı olur.
 - Sanayi kayıp üretim maliyetlerini azaltır.
 - Çevrenin korunmasını teşvik eder.
 - Gelecek nesle yatırım içerir.
 - Sosyal etkileşimi ve entegrasyonu teşvik eder.
 - Şiddeti azaltmaya yardımcı olur.
-

Ayrıca fiziksel aktivite, kardiyovasküler, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol düzeyi, kronik akciğer hastalığı, obezite, diyabet ve osteoporoz gibi çeşitli hastalıkların tedavisinde etkilidir. Portegijs ve Ark. (64), Finlandiya’da ikamet eden 75 ve 80 yaşlarındaki erkek ve kadınların 558 topluluğunun ölüm oranı üzerine, yüksek düzeyde fiziksel aktivitenin, düşük kas gücüne sahip kişilerde ölüm riskini azaltabileceğini bulmuşlardır.

Fiziksel aktivitenin iki temel rolü yaşa bağlı olarak detaylandırılabilir. Erken yaşta fiziksel aktivite, çeşitli hastalıkların önlenmesine yardımcı olabilir. Buna karşılık yaşam boyunca düzenli aktivitede bulunmak, yaşlı yetişkinlerde yaygın hastalıklara eşlik eden ağrı ve sakatlığı önleyebilir. Faaliyet, nüfusun yaşlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Önümüzdeki 20 yıl için tahminler, 60 yaş ve üzeri yetişkin sayısının %100 artacağını gösteriyor. Düzenli fiziksel aktivitenin faydaları, kronik hastalıklara yakalanma olasılığının yüksek olması nedeniyle yaşlı insanlar için özellikle önemlidir. Daha yaşlı yetişkinlerin, fiziksel işlevlerini sınırlayabilen artrite sahip olma olasılığı daha yüksektir. Bu kişiler yüzme, hızlı

yürüyüş, esneme veya su egzersizleri gibi orta yoğunluktaki fiziksel aktivitelerin etkilerine karşı hassastırlar. Yetişkinler ve yaşlanan kişiler, gelişmiş denge, güç, esneklik, koordinasyon, dayanıklılık, zihinsel sağlık, motor kontrol ve bilişsel işlev yaşayabilirler. Geliştirilmiş esneklik, denge ve kas tonusu düşmelere karşı koruma sağlar (51).

Yüksek ve orta düzeyde fiziksel aktivite yoğunluğunun, KKH'dan ölümlerde sırasıyla %37 ve %10 azalma ile bağlantılı olduğunu göstermiştir (65). Buna karşılık, düşük aktiviteye kıyasla orta ve şiddetli aktivite yoğunluğu için bir meta-analizde iskemik inmeden kaynaklanan insidans ve mortalite riskinde %9 ve %21'lik bir azalma rapor edilmiştir (66).

Egzersiz ve spor katılımıyla ilişkili KKH ve iskemik inme azalması riski için yaygın mekanizmalar arasında endotelial fonksiyonda iyileşme (67), HDL kolesterol konsantrasyonlarında bir artış bulunmaktadır. Fiziksel aktivite ile tip 2 diyabet arasındaki ilişkiye dair bir dizi çalışma sınırlı olmasına rağmen, çalışmalar daha aktif kişilerin bu hastalığa yakalanma riskinin, hareketsiz insanlara kıyasla %30-50 daha düşük olduğunu göstermektedir. Fiziksel aktivite, glukoz intoleransının diyabete dönüşmesini geciktirebilir veya önleyebilir ve kan şekeri seviyesinde önemli gelişmeler sağlayabilir (68).

Düzenli fiziksel aktivite, prostaglandinler, azalan bağırsak geçiş süresi ve artan antioksidan seviyeleri üzerindeki etkileri ile kolorektal kanser riskini %40-50 oranında azaltır. Uygun fiziksel aktivite seviyeleri, endojen ve metabolik hormon seviyelerindeki değişiklikler, insülin ve insülin büyüme faktörleri konsantrasyonlarındaki değişiklikler, kilo alımı veya abdominal yağlanmanın önlenmesi ve bağışıklık fonksiyonunu etkileyerek meme kanseri riskini ortalama %30-40 kadar azaltır (69).

Fiziksel aktivite karın bölgesindeki şişmanlığı azaltmada etkilidir ve tipik orta yaş kilo alımına karşı koruma sağlar. DSÖ Küresel Diyet, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Stratejisi'nin (51) şunları belirtmesi dikkat çekicidir: “Diyet ve fiziksel aktivite sağlığı hem birlikte hem de ayrı olarak etkiler”.

Kasları ve kemikleri etkileyen sağlık sorunları (artrit, osteoporoz, sırt ağrısı) en azından orta-yoğun düzeyde düzenli egzersiz eğitimi ile azaltılabilir. Kas gücünü artırmak için özel olarak tasarlanmış programların, yaşlı yetişkinlerin düşme riskini azaltmaya yardımcı olduğu bildirildi. Bu fayda, her hafta orta yoğunlukta denge ve kas güçlendirme egzersizleri yapmayı gerektirir (70).

Bu miktardaki aerobik aktivite kalça kırıklarını da önleyebilir. Kronik hastalık ve erken ölümlerin azaltılmasından sorumlu mekanizmalarla bağlantılı daha fazla ayrıntının gözden geçirilmesi için son büyük gözden geçirmeye bakın (10).

Birkaç epidemiyolojik çalışma, fiziksel aktivitenin depresyonu ve tekrarını azaltabileceğini göstermiştir. Egzersiz ayrıca kaygıyı azaltır ve strese tepkiyi

iyileştirir. Ek olarak, fiziksel aktivite, zihinsel işleyişin bazı yönlerini (örneğin, kısa süreli hafıza, karar verme), bunama ve alzheimer hastalığını azaltmada etkili olmaktadır (71).

Sağlık yararına ek olarak, haftada yaklaşık 7 saat fiziksel olarak aktif olan kişilerin, haftada 30 dakikadan daha az aktif olanlara kıyasla erken ölme riskinin %40 daha düşük olduğuna dair kanıtlar vardır.

Fiziksel aktivitenin hem sağlık, ekonomik ve sosyal faydaları hem de hareketsizliğin yüksek maliyetleri, artan obezite ve diyabet ve yaşlanan nüfus nedeniyle birçok ülke fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için ulusal girişimler uygulamıştır. 1994'ten beri boş zamanlarında, ev ve açık hava işlerinde veya iş yerinde sağlığı güçlendiren fiziksel aktiviteye yönelik bilimsel ilginin teşvik edilmesinde dünya çapında bir artış olmuştur (72). Birkaç yıl sonra ulaşım için fiziksel aktivite (yürüme, bisiklete binme, toplu taşıma kullanımı) ilgi konusu olmuştur.

Fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik müdahalelerin etkinliği, dünya çapında aşırı kilo ve obezite, çocuklarda ve ergenlerde kronik hastalık kanıtı ve dünyanın birçok yerinde yaşlanan nüfus konusunda artan farkındalıkla hızlandırıldı.

Çeşitli müdahale yaklaşımlarının etkinliği ve dünya çapındaki yerleşik yaşam tarzı salgınıyla mücadele ile ilişkili maliyetleri, son zamanlarda yapılan birkaç incelemede kapsamlı bir şekilde rapor edilmiş ve değerlendirilmiştir (73). İncelemeler, fiziksel aktiviteyi teşvik etmek ve her yaşta nüfusta fiziksel aktivite ve spora katılımın faydaları hakkında toplumda farkındalık düzeyini etkili bir şekilde yükseltmek için kanıtlanmış birkaç yaklaşım olduğunu göstermiştir. Fiziksel aktivitenin teşviki, hükümet ve sivil toplum kuruluşlarının ve çok sektörlü politikanın (sağlık, spor, eğitim ve kültür, medya, kentsel planlama ve ulaşım) etkisini gerektirir (51).

Fiziksel hareketsizlik toplumsal bir sorun olduğundan, aktivite düzeyini yükseltmek, toplumda daha fazla farkındalık ve düzenli aktivitenin çoklu faydaları hakkında ilgili bilgi gerektirir. Öncelikli eylem alanları arasında özellikle önemli olanlar şunlardır: çocuklar ve ergenler, yaşlı yetişkinler arasında fiziksel aktiviteyi teşvik etmek, yani aktiviteyi insanların yaşamının günlük bir parçası haline getirmek için bireysel olarak benimsenen sağlık davranışı değişikliği oluşturmak. Yaşlı yetişkinlerin de fiziksel aktivite miktar ve düzeylerinin kendileri için güvenli ve uygun olduğu konusunda hekime danışmaları önerilir.

Sonuç olarak, fiziksel hareketsizlik kronik hastalıklar, aşırı kilo/obezite ve bazı kanserler için değiştirilebilir bir risk faktörüdür. Araştırmalar, fiziksel hareketsizliğin ekonomik maliyetlerinin yüksek olduğunu ve bireyleri, işletmeleri ve ulusları etkilediğini gösteriyor. Buna karşılık, her gün en az 30

dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite, birçok kronik hastalığa karşı korunmak, ruh sağlığını iyileştirmek ve kadınlarda, yaşlılarda, daha az zinde ve hareketsiz kişilerde genellikle yeterlidir (74).

Ek olarak, daha uzun süre ve güçlü yoğunluk, ek faydalı etkilerle ilişkilendirilebilir. Özellikle orta yaşlı erkekler, şiddetli yoğunluktaki faaliyetlerden sağlık yararları elde edebilir. Myers ve Ark. (75), maksimum egzersiz kapasitesi 8 MET olan deneklerde tüm nedenlere bağlı mortalitenin, kapasitesi 5 MET'den az olanlardan iki kat daha küçük olduğuna dikkat çekmiştir. Avrupa Gıda Bilgi Konseyi'nin açıklamasına göre "Fiziksel aktivite sadece yaşama yıllar ekleme potansiyeline sahip olmakla kalmaz, aynı zamanda yıllara hayat katabileceğine dair kanıtlar da birikmektedir".

1.2. Yaşam Kalitesi

Felsefe ve bilimin yıllar boyunca öznesi konumunda olan kavram, yaşam kalitesidir. Felsefe alanındaki mühim filozoflardan Aristoteles, etik konusu ile alakalı olan Eudemos'a Etik adlı yapıtında 'iyi yaşam' şartlarından söz etmiştir. Türkçede mutluluk, İngilizcede well-being, Yunancada eudaimonia diye yorumlanan yaşam kalitesi kavramı, insan yaşamındaki hedefler içerisinde asıl hedefin eudaimonia olduğunu ifade eder. Felsefede en iyi yaşam kalitesi belirleyicileri varılabilecek en iyi hissetme ve en mutlu olma durumudur (76). Geçmişten günümüze dek yaşam kalitesi kavramı güncellenmiş olsa bile oluşturulan yeni tanımlar da eudaimonia kavramıyla bağlantılıdır. Mesela son zamanlarda gerçekleştirilen bir çalışmada yaşam kalitesi kavramı şu şekilde tanımlanmıştır: Bireysel refah, serbest vakitlerdeki faaliyetler, genel olarak memnun olma ve iyi olma hali, fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olma ve bireylerin esas manasıyla fizyolojik sağlığının yanında psikolojik, toplumsal ve ekonomik anlamda rahat olması durumu (7).

Yaşam kalitesi, dünyada uzun süredir çalışılmaktadır. Yaşam kalitesini belirlemek için üç ana felsefi yaklaşım vardır. İlk yaklaşım; dini, felsefi veya diğer sistemlere dayalı normatif fikirler tarafından dikte edilen iyi yaşamın özellikleri tanımlanmıştır. İkinci yaklaşım ise tercihlerin tatminine dayanmaktadır. Sonuncusu da bireylerin deneyimleriyle ilgilidir (78).

Her ülkenin veya bölgenin gelişmişlik düzeyine, sosyal ve kültürel kavram ve geleneklerine bağlı olarak yaşam kalitesinin birçok farklı tanımı vardır. Ancak evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı yoktur. Yaşam kalitesinin hangi yaklaşımı yansıtması gerektiği konusunda dünya çapındaki araştırmacılar arasında sürekli tartışmalar olmuştur. Öznel veya nesnel, yaşam kalitesi tek boyutlu veya çok boyutlu bir yapıdır, değerlerin rolleri, yaşam kalitesi mutlak veya göreceli bir kavramdır.

Araştırmacıların etrafında en çok tartıştığı konu, *Yaşam Kalitesi* Yaklaşımıdır. Objektif yaklaşım, belirli bir kültürel veya coğrafi birimde insanların gerçek koşullarını yansıtan objektif veya sosyal göstergelerin ölçülmesine odaklanır (79). Buna suç oranı, işsizlik oranı, kişi başına düşen doktor sayısı vb. gibi dış yaşam koşulları dahildir. Bu arada öznel yaklaşım, bireyin tüm yaşamına karşı bilişsel ve duygusal tepkilerini değerlendirmek için öznel iyi oluşun ölçülmesidir (70). Birçok tartışmadan sonra çoğu araştırmacı, yaşam kalitesini değerlendirmek için hem öznel hem de nesnel bilgileri birleştirmemiz gerektiği konusunda hemfikir bir duruş sergilemiştir (80-83). Bu anlaşma, Diener ve Suh'da kolayca bulabileceğimiz her yaklaşımın güçlü ve zayıf yönlerinin kabulüne dayanıyordu (79). Bununla birlikte yaşam kalitesinin ölçülmesinde nesnel göstergelere karşı öznel göstergelerin göreceli önemi ve aralarındaki ilişki hakkında tartışma devam etmektedir.

Yaşam kalitesi ile ilgili ikinci tartışmalı konu, *Yaşam Kalitesi* kavramının tek veya çok boyutlu olmasıdır. Andrasik ve Arkadaşları (83), tek boyutlu yaşam kalitesi kavramını, kavramı tek bir değerde yakalamaya çalışmıştır. Yaşam kalitesi değerlendirmelerine yönelik en eski temel yaklaşım ekonomiden gelmiştir. Para yaşam kalitesi olmuştur. Bu nedenle yaşam kalitesi zenginlikle ilgili yapılar açısından tanımlanmıştır (84). Ayrıca tek boyutlu tanımlar tek başına sağlıklı eş anlamlı olmuştur (85). Ancak bu tür tanımlar bir azınlıktı. Oysa çok boyutlu bir kavram olarak yaşam kalitesi, çoğu zaman her biri için bir veya daha fazla puanla yansıtılan birçok boyuttan oluşuyordu. Günümüzde yaşam kalitesinin çok boyutlu bir yapı olduğu konusunda geniş bir fikir birliği vardır (86, 87).

Yaşam kalitesi, yalnızca bir faktöre dayalı değerlendirme ile tutarsız olacak kadar karmaşık bir kavram olduğu için tamamen mantıklıdır. Bu fikir birliğine ek olarak birçok araştırmacı yaşam kalitesi faktörlerini belirlemeye çalışmıştır, ancak belirli sayıda faktör veya onlar için üzerinde anlaşmaya varılmış bir liste yoktur (88).

Yaşam kalitesi kavramı ile ilgili özellikli bir tanım yapılamamıştır. Bu kavram pek çok değişkeni hem kapsamakta hem de bu değişkenlerden etkilenmektedir. Bireyin yaşamının iyi anlamda ilerlediğini hissetmesi yönündeki kişisel algılama biçimi olarak tanımlanan bir kavramdır (103).

Yaşam kalitesi kavramını Dünya Sağlık Örgütü ise şu şekilde tanımlamaktadır; bireyin amaçları, standartları, endişe ve beklentileri doğrultusunda, içinde bulunduğu kültürel yapı ve değer kalıplarının tamamı içerisinde kendini algılayışıdır. Ayrıca bu kavramın bireyin fiziksel ve psikolojik olarak iyi olma, özgürlük gibi pek çok şeyden etkilenme durumunu da içinde barındırmıştır (89).

Yaşam kalitesini ölçmek amacıyla yapılan güncel bilimsel çalışmalar genel olarak tanımlayıcı ve betimleyicidir (90). Yaşam kalitesi; mutluluk, ruhsal ve bedensel iyi olma durumu, adaptasyon, erdem ve sağlık kelimeleri ile ifade

edilebilir (91). Ruhun ve bedenun iyi olma veya rahatsızlığı olan kişilerin iyileşme süreçlerinde ele alınması gereken en önemli konulardan biri yaşam kalitesi kavramıdır. Ancak farklı kişilerin farklı düşünceleri olduğu için net bir şekilde yaşam kalitesi açıklaması yapılamamaktadır. Bu kavramı psikolojik, bedenun ve toplumsal açıdan iyi olma ile açıklayabiliriz (92). Yani bu kavram; bireyin ihtiyaç duyduğu, kendini yetersiz hissettiği konularda ilerisi için geleceğini etkileyen planlarla ilişkilidir. Bireylerin içinde bulunduğu kültürel yapı onların ihtiyaçlarını, cinsiyet, eğitim durumu, bedenun ve ruhun iyi olma durumunu belirler (93).

Değişik yaklaşımlarla yaşam kalitesi kavramı farklı şekillerde açıklanabilir. Mesela bu kavramı ileri bir boyuta çıkarmak isteyen yaklaşım varken, ekonomiye öncelik veren yaklaşım da vardır. Sosyolojik olaylar incelenerek yaşam kalitesi üzerinde olumlu ve olumsuz etki bırakan toplumsal ve çevresel etmenler belirlenir. Bu yaklaşım ile öznel ve toplumsal etmenlerle ilişki incelenir. Ruhsal açıdan ele alınırsa kendine güvenen, yaşam standartı yüksek, kararlarını kendisi alan ve kendini tüm konuda yeterli bulan kişi olarak açıklanır (94).

Çeşitli semboller ile yaşam kalitesi açıklanır. Bu semboller yapılan çalışmalarda 2 şekilde incelenmiştir.

Objektif Semboller: Bu semboller içinde bedenun iyi olma vardır. Kişinin bulunduğu şartlar ne olursa olsun bireysel bakımlarını yapış seviyesi yeterli ise koşma, yüzme, bisiklete binme, ip atlama, yürüme gibi etkinlik ve günlük yaptığı etkinlikleri uygun bir düzeyde ise ve kişi mutluydu bu durum çok önemlidir. Ayrıca kişinin hayat biçimi, ekonomik durumu, yaşadığı yer ve mekân, aile durumu da bu semboller içinde yer alır (95).

Subjektif Semboller: Kişinin psikolojik açıdan iyi olması bu semboller arasındadır. Bu sembolleri belirlemek için hayattaki deneyimleri, duygusal yönden iyilik hali, ruhsal etkiler, hayattan aldığı haz ile değerlendirme yapılır. Bireyin yaşamını değerlendirmede psikolojik semboller çok önemlidir (93).

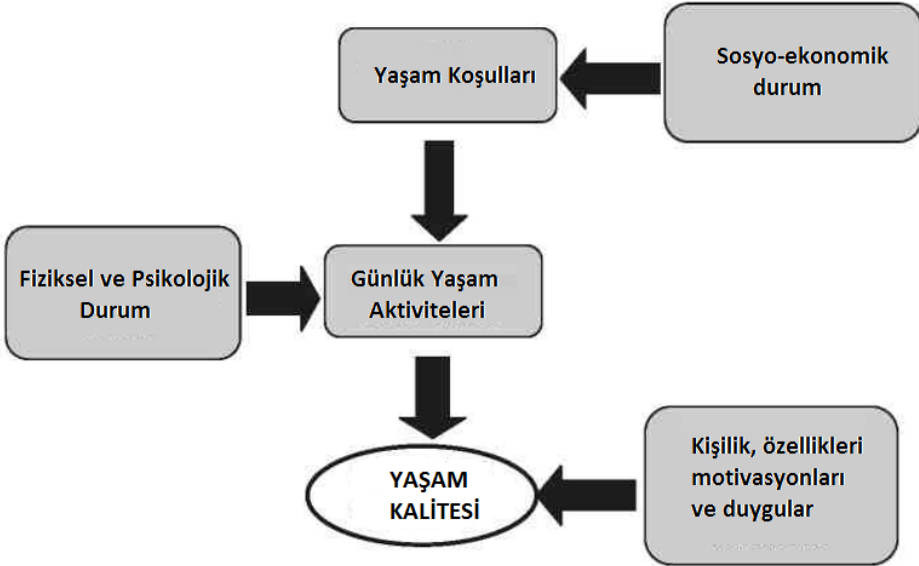
1.2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı Tarihi

Tarih olarak çok eski çağlara dayanır. Günümüze gelene kadar hayat şartları ve değişen yeniliklerle şekillenmiş ve bugünkü halini almıştır. Bu konuyla alakalı olanlardan biri Aristo'dur. Yaşam kalitesi kavramı eudamania diye adlandırılmış, iyi olma durumu ve enerji dolu bir yaşama başlama olarak tanımlanmıştır (96). Mutsuzluğu tanımlarken de bu kavrama değinmiştir (97). Yaşamın asıl amacını çoğu filozof en üst düzeyde yaşamın el verdiği en iyi duruma sahip olma olarak açıklanmıştır.

Yaşam kalitesi terimi, II. Dünya Savaşı'ndan sonra Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıktı. İlk başta "iyi yaşam" anlamına geliyordu ve tipik

tüketici mallarına sahip olmak ya da olmamakla sınırlıydı. İyi yaşam kalitesi, refah anlamına geliyordu - bir arabaya, kendine ait bir eve veya başka mallara sahip olmak. Bu bir “sahip” kategorisiydi. Konsept yavaş yavaş gelişti ve yaşam doyumunu, kişinin ihtiyaç ve isteklerini gerçekleştirmesini ve bununla daha iyi başa çıkabilmek için çevresini değiştirmesini kapsayacak şekilde kapsamı genişledi. Başka bir deyişle, yaşam kalitesi kavramı yavaş yavaş “sahip” olmaktan “olmak”a geçti. O günlerde yüksek yaşam kalitesi sağlıklılara ayrılmıştı. Yalnızca sağlıklı bir toplum -tartışmaya göre- maddi ve kültürel mallar üretebilir ve insanların bunları kullanmasını ve daha iyi bir yaşam kalitesinin işareti olan yüksek gelişme düzeyine ulaşmasını sağlayabilirdi. Yaşam kalitesi değerlendirme sürecine dikkat edildi. Son olarak genel yaşam kalitesi, bireyin belirli bir zaman aralığında kendi yaşam durumunu değerlendirmesi olarak tanımlanmaya başlandı (98).

Başka bir deyişle insan öznesi tarafından dış çevreden ve iç çevreden (kendisi) onu etkileyen faktörler arasında gerçekleşen kişinin hayatının bir parçasının değerlendirilmesidir. İnsanların yaşamın çeşitli yönlerine atfettikleri önem, kısmen değerlendiricinin teşhis sürecinde oynadığı role ve değerlendiricinin mesleğine bağlıdır. Hekimler somatik duruma ve yaşam kalitesini düşürebilecek fiziksel şikayetlere daha fazla dikkat etmektedirler. Psikologlar ve hastanın ailesi psikososyal boyutlara daha fazla dikkat etmektedir. Öznel kaynak artık en önemli ve en geçerli bilgi kaynağı olarak kabul edilmektedir.



Şekil 3.1. Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri

Öyleyse birinin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmesinin belirleyicileri nelerdir? Herkes yaşam kalitesini değerlendirirken çeşitli faktörleri göz önünde bulundurur. Bu faktörlerin bazıları nesnel, bazıları ise öznel.

Hem sağlıklı hem de sağlıksız insanlar için önemli olan dış faktörler ekonomik durum, eğitim, ikamet yeri, iş, aile ilişkileri ve sosyal ilişkileri içerir. Yaşam durumunun değerlendirilmesi değişkendir ve değerlendiricinin daha önceki deneyimleri ve sosyal statüsü tarafından şekillendirilen kişiliğine bağlıdır (Şekil 1). Büyük ölçüde genetik olarak belirlenen mizaç, kişinin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmesini de etkiler.

İçinde bulunduğumuz çağda yaşam kalitesi öğelerini ilk araştıran Cambel ve arkadaşları bu öğeyi barınmak, iş memnuniyeti, medeni durum, öz yeterlilik, meslek gibi kavramları içeren bir kavram olarak açıklamıştır (99).

1939-1945 seneleri ardından ekonominin gelişmesi, hayat kalitesinin artması yaşamdaki rahatlık ve memnuniyet beklentisini arttırmıştır (97). Bu süre zarfında Yetkeci Kişilik Ölçeğini Likert ve Thurstone literatüre kazandırmıştır. Bu ölçek 1920-1930'lu yıllarda kullanılmakta olan bir ölçektir (100). Yaşam kalitesi kavramının ihtiyaçları zaman ve mekâna göre değişmektedir. Bu kavramı kişinin fiziki ve sosyal açıdan var olmasının güvende olması olarak açıklayabiliriz. Bütün insanlar için yok sayılamaz bir gerçeklik olan yaşam kalitesi unsuru toplumun yaşama aktif bir şekilde dahil olduğu süreçleri kapsar. Başka bir unsur da kişinin yaşamının her sürecinde kişisel gelişim olanaklarına sahip olması olarak açıklanabilir (101).

Dünya Sağlık Örgütü de yaşam kalitesi kavramını tanımlamıştır. Tanımlamayı bireyin sağlık bakımından ve ruhen içinde bulunduğu durumunu, toplumsal ve önemsedığı konular kapsamında algılayışı olarak yapmıştır. Bu kavramı etkileyen etmenler arasında bedenen ve ruhen sağlıklı olmak, hür olmak, sosyal ilişkiler, yaşadığı alan faktörleri ve bireyin sahip olduğu değer yargıları yer alır (102).

1.2.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesi kavramı ile ilgili özellikli bir tanım yapılamamıştır. Bu kavram pek çok değişkeni hem kapsamakta hem de bu değişkenlerden etkilenmektedir. Bireyin yaşamının iyi anlamda ilerlediğini hissetmesi yönündeki kişisel algılama biçimi olarak tanımlanan bir kavramdır (103). Yaşam kalitesi çok geniş bir kapsama sahip olduğundan etkilendiği etmenleri belirlemek ve betimlemek çok güçtür. Bazı çalışmalarda bu kavram üzerinde etkin olan altı bileşen belirlenmiştir. Bu bileşenler duygusal hal, entelektüel işleyiş, fiziksel beceriler, sosyal etkileşim, bireyin kendisini algıladığı öznel sağlık durumu ile ekonomik durumdur. Bu kapsamla bakıldığında bireyin var olan alışkanlıklarının, hayat tarzı ve eylemlerinin, iş kapasitesi ve yaratıcılık kapasitesinin bilinmesi de çok

önemlidir (104). Kronikleşen rahatsızlıklar, fiziksel eksiklikler, ağrı faktörleri, bilişsel hal, sağlık hizmetlerine ulaşabilme, ev ve aile ile ilgili durumlar, hayattan alınan haz, hayattan beklentiler, iş durumu ve sosyal izole oluşa bağlı olan etmenlerin yaşam kalitesine etkisi olduğu saptanmıştır (105).

1.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçümü

Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılında sağlık kavramını 'Sağlık sadece rahatsızlığın ve sakatlığın bulunmaması değil; bedensel, zihinsel ve toplumsal yönden tam iyilik halidir' biçiminde açıklamıştır. Halk sağlığını ölçerken hali hazırda kullanılan genel morbidite ve mortalite bakış açısı ve tahmini olarak öne sürülen hayat boyu sağlıklı oluşun belirlenmesinde yeterli olmadığı sağlıklı bir hayat için yapılan çalışma sonuçlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin zorunlu olarak yapılması gerekliliği açıklanmıştır (106).

Yapılan bilimsel yöntemler neticesinde tıbbi tekniklerin kötü olarak belirlemediği bir kişi de kendini hasta hissedebilir. Dünya Sağlık Örgütü bu durumların oluşmasını önlemek için yaşam kalitesinin belirten bazı ölçekler düzenlemiştir. Örgüt bunun için araştırmalarında World Health Organization Quality of Life tasarlamıştır. Kişinin iyilik halini belirleyen ve tarihsel karşılaştırma yapmaya zemin hazırlayan bir tasarıdır. Dünyada geniş bir yelpazede türlü merkezlerde yapılan pilot uygulamalar neticesinde 100 soruluk WHOQOL-100 ve içinden belirlenmiş olan 26 soru ile 30 WHOQOL-BREF belirlenmiştir. WHOQOL-BREF genellikle kullanıldığı geriatsi olarak adlandırılan bir dönemdir. WHOQOL-BREF Türkçe'nin de içinde bulunduğu 20'yi aşkın lisana çevrilmiştir. Ölçek, Türkçe diline dâhil edilmiş milli kapsam alanı (Alan V) diye kullanılmış ve bundan sadece bilimsel çalışmalarda yararlanılmıştır (106). Türlü guruplara yarar sağlamak maksadıyla ek parça geliştirme gayretleri devam etmektedir (107).

1.2.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesini ölçerken bazı kriterlerin ölçme araçlarında bulunması gerekmektedir. Bunlar arasında aracın işlevsel olması, pek çok boyutu ele alması, nesnel ve herkes tarafından onaylanmış geçerlilik ile güvenilirliğe sahip olması gösterilebilir (108). Çeşitli ölçüm araçları ile puanlama yapılarak yaşam kalitesi ölçülmektedir. Ölçeklerde değerlendirilen konular şunlardır: toplumsal işlev, bedensel işlev, duygusal işlev, bedensel rol işlevi, zihinsel işlev, sağlamlık, halsiz olma, acı, genel olarak sağlığın algılanması (109). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, çeşitli klinik semptom ve fenomenleri derecelendirmek için derecelendirme ölçeklerini kullanma bilimi olan klinimetrik-lerin geliştirilmesiyle mümkün olmuştur (110).

Yaşam kalitesi, hasta öz-bildirim araçları (anketler) aracılığıyla ölçülür. İki tür anket vardır: Genel ve özel anketlerdir. Genel anketler evrenseldir ve geniş bir uygulama alanına sahiptir. Hem hastaları hem de sağlıklı bireyleri incelemek için kullanılabilirler. Geniş anlamda öznel iyi oluşu ve herhangi bir spesifik hastalıkla veya ilerleme düzeyiyle ilgili olmaksızın hastalığın hastanın genel işleyişi üzerindeki etkilerini, tedavi yöntemlerinden veya çalışılan hasta grubunun demografik ve kültürel parametrelerinden bağımsız olarak değerlendirirler.

Genel anketler, hastaların genel sağlığını değerlendirmek ve özetlemek ve çeşitli hastalıklarda ve çeşitli hasta popülasyonlarında yaşam kalitesini karşılaştırmak için kullanılır. Bu anketler, belirli hastalıkları olan hastaların yaşam kalitesi skorlarını sağlıklı popülasyonla karşılaştırmak ve dolayısıyla gerçek işlev bozukluğu seviyesini değerlendirmek için kullanılabilir.

Hastalığa ve boyuta özel anketler, belirli tanıları olan hastaları değerlendirmek ve doktorlara ve hastalara göre, söz konusu hastalık veya tedavisi ile doğrudan ilgili olan yaşamın yönleriyle ilgilenmek için kullanılır. Hem genel sağlık hem de bir hastalığın spesifik semptomları ve tedavisi ile ilgili öğelerin kombinasyonlarını içeren araçlar çok sık kullanılmaktadır. Aşağıdaki dört yaşam kalitesi boyutu en sık çalışılan boyutlardır: somatik durum, psikolojik iyilik, sosyal ilişkiler ve fiziksel uygunluk. Bu dört boyutun yaşam kalitesini tanımlamada yeterli olduğu genel olarak kabul edilmektedir (111).

Bazı araştırmacılara göre, anket puanları gerçek yaşam kalitesi seviyesini gerçekten yansıtmamaktadır (112,113). Bunun nedeni, yaşam kalitesi kavramının yeterli kesinlik ile iyi ve genel kabul görmüş bir tanımdan yoksun olmasıdır. Kavramın çok genel ve belirsiz olduğunu düşünülmektedir. Anlamının tamamı bulanık ve kesin değildir. Ayrıca yaşam kalitesinin önemli ölçüde sosyo-ekonomik duruma, özel alana, kültüre ve diğer tıbbi olmayan faktörlere bağlı olduğunu ileri sürerler. Bununla birlikte genel olarak bu yazarlar, kavramın yararlı olabileceğini ve bu kavramı kullanan ampirik araştırmaların avantajları olduğunu kabul etmektedir.

1.2.5. Tıpta Yaşam Kalitesi

Araştırmacılar, yirminci yüzyılın ortalarından beri sağlığın biyolojik ve kesinlikle tıbbi dışındaki yönlerine dikkat etmişlerdir. Karnofsky, bu soruna şu sözlerle dikkat çekmiştir: “Kanser hastasını tedavi edebiliriz, ömrünü aylar hatta yıllarca uzatabiliriz, ancak yaşam süresinin uzamasını tıbbi başarının bir ölçüsü olarak tedavi etmek kritik meseledir” (114) . Bu, herkesin en zor sorusuna yol açar: Kim en temel işlevlerinden yoksun, tamamen çevreye bağımlı bir acı içinde yaşamak ister?

Biyo-psiko-sosyal konulara ilgi arttıkça hastalarda yaşam kalitesi değerlendirme kriterlerinin tanımlanması ve belirlenmesi gerekli hale gelmiştir. Yaşam kalitesiyle ilgili birçok çalışma, öznel durumların da önemli olduğu insan doğasının daha bütünsel bir anlayışına doğru kaymaya yanıt olarak tıp bilimlerinde ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu subjektif faktörler kesinlikle hastanın yaşam durumunu etkiler. Tıbbi açıdan bakıldığında sağlığın yalnızca nesnel olarak iyileştirilmesi değil, aynı zamanda öznel yaşam kalitesi de çok önemlidir.

Yaşam kalitesi kavramı 1970'lerde tıp bilimlerinde ortaya çıkmaya başlamıştır. Bundan önce, yaşam kalitesinin çeşitli boyutlarını tanımlamaya yönelik girişimlerde bulunulmuş ancak bu boyutları doğrudan yaşam kalitesi ile ilişkilendirmemek için girişimlerde bulunulmamıştı. Örneğin; bu boyutlar, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1949 yılında yaptığı sağlık tanımına dahil edilmiştir. Bu tanıma göre sağlık, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Daha sonra yaşam kalitesi, bireyin kendi kültür ve değerler sistemi bağlamında ve ayrıca hedefleri, beklentileri ve standartları açısından kendi yaşam durumuyla ilgili deneyimi olarak tanımlanmıştır (115). Bu tanımın yazarları ayrıca yaşam kalitesinin geniş bir kavram olduğuna ve fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi ve sosyal ilişkiler ile kişisel inançlar ve bunların yaşamla olan ilişkileri ile ilgili birçok faktör tarafından değiştirilebileceğini belirtmektedir.

Araştırmacılar bu tanıma atıfta bulunmaya ve iyi yaşam kalitesini, bilişsel iyi oluş (yaşamın yargısı) ve duygusal iyi oluş (öznel mutluluk) olarak ayırdıkları öznel iyi oluş ile eşitlemeye başladılar. Daha sonra bu şekilde tanımlanan yaşam kalitesini diğer değişkenlerle (sosyo-demografik, kişilik ve ekonomik, yaşam olayları vb.) ilişkilendirmeye başladılar. Yaşam kalitesini daha kesin olarak tanımlamaya yönelik çabalar, sonunda tıp bilimlerinde, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQL) içinde uygulanabilecek yeni bir yaşam kalitesi kavramının geliştirilmesine yol açmıştır. Schipper ve işbirlikçileri bu kavramı yirminci yüzyılın sonlarına doğru tıp bilimlerine tanıtmışlar ve bunu “hastalığın ve tedavisinin hasta tarafından algılanan (deneyimlenen) işlevsel etkisi” olarak tanımlamışlardır. HRQL'nin dört yönü vardır: Fiziksel durum – somatik deneyim ve motor uygunluk, psikolojik durum, sosyal durum ve ekonomik koşullar (116).

Bu dört temel boyutun, yaşam kalitesinin temel bileşenlerinin değerlendirilmesi için yeterli olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Geniş anlamda; yaşam kalitesi, kişinin mutluluğunun ve hayattan memnuniyetinin öznel değerlendirmesi anlamına gelir.

Tablo 1.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri (116)

Fiziksel Sağlık	Genel sağlık durumu, günlük yaşam aktiviteleriyle baş etme etkinliği, hastalığın alevlenme sıklığı ve şiddeti, tedavinin yan etkilerinin yaşanması
Psikolojik Durum	İyi olma halinin değerlendirilmesi, kişinin uygunluğunun değerlendirilmesi (depresif düşünce, kaygı), bilişsel işlevlerle ilgili sorunlar (dikkat, hafıza)
Sosyal İşlevsellik Ekonomik Durum	Aile, arkadaşlar, işteki sosyal ilişkiler (üstler, astlar) Mali bağımsızlık, kişisel gelir, istihdam

1.2.6. Yaşam Kalitesi Göstergesi

Tıp bilimlerinde yaşam kalitesi kavramı, hastalığın sağlıkla ilgili ve sağlıkla ilgili olmayan sonuçlarının araştırılması bağlamında ve ayrıca sağlık bakımının ve tıbbi müdahalelerin tıbbi ve tıbbi dışı sonuçlarını değerlendirmek için kullanılır. Hem yaşamı uzatma hem de optimal yaşamsal aktiviteyi sağlamak için terapötik çaba gösterme anlamında, kişiden sorumlu tıbbi bakımın daha geniş kavramının bir parçasıdır. Bu önemlidir, çünkü WHO tanımına göre sağlık, hastalık veya sakatlığın olmamasından daha fazlasıdır, aynı zamanda iyi bir fiziksel, psikolojik ve sosyal refah, sosyal rolleri yerine getirme kapasitesi, değişen çevreye uyum sağlama ve başa çıkma yeteneğidir (117).

Yaşam kalitesi, istenen durum ile gerçek durum arasındaki farkın bir fonksiyonudur, yani bir kişinin deneyimlediği ve bu kişinin yaşamının tüm yönlerine (fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal) yansıttığı öznel tatmindir. Sağlıkın geri dönüşü olmayan şekilde bozulması ve sınırlı hareket kabiliyeti, günlük yaşam aktivitelerinde sakatlıklara ve dolayısıyla yaşam kalitesinin daha da kötüleşmesine neden olur. İstenen durum ile gerçek durum arasındaki fark artar ve ne kadar büyük olursa hastanın yaşam kalitesine ilişkin puanları o kadar kötü olur. Bunun nedeni, bağımsızlık aralığını belirleyen tüm faaliyetlerin, hastanın diğer insanların yardımına ve sağlık sistemine ne ölçüde ihtiyaç duyduğu üzerinde doğrudan ve dolaylı bir etkiye sahip olmasıdır (117).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmemizin nedenlerinden biri, bireysel hastaların veya belirli bir hasta grubunun refahı hakkında derinlemesine bir anlayış kazanmak ve belirli tıbbi prosedürlerin avantajlarını veya dezavantajlarını değerlendirmek istememizdir. Yaşam kalitesini değerlendirerek psikososyal yönleri de dahil olmak üzere hastaların sağlık durumu ve terapötik müdahalelerimizin etkinliği hakkında değerli bilgiler elde ederiz. Yaşam kalitesi değerlendirmesi ayrıca ilaçların klinik ve ekonomik etkinliğini, tıbbi müdahaleleri ve bunların hastaların yaşamları üzerindeki etkilerini belirlememize ve maliyetli

tıbbi prosedürlerin meşruiyetini ve sağlık bakım sisteminin maliyet etkinliğini değerlendirmemize olanak tanır (117).

Yaşam kalitesi değerlendirmesi, sağlık sisteminin ekonomik etkilerinin ve işleyişinin iyileştirilmesi bağlamında son derece ilginç ve faydalı sonuçlar üretebilir. Bu sistem çok büyük maliyetler getiriyor. Sistemin emebileceği, sindirebileceği ve israf edebileceği para miktarının sınırı yoktur. Bu nedenle sistemin işleyişinin ekonomik meşruiyetini geliştirmek için sosyal olarak haklı bir ihtiyaçtır. Bu açıdan hasta yaşam kalitesi ile sağlık bütçesi arasındaki ilişkilere daha yakından bakmak ilginç ve faydalı olacaktır. Bu iki değişken için regresyon eğrilerini analiz ederek sisteme daha fazla para pompalamanın hala rasyonel ve ekonomik olduğunu görebilmekteyiz. Bunun da ötesinde daha fazla paranın hastaların tedavi kalitesinde orantılı olarak daha fazla iyileşmeye dönüşmeyeceği sınırlar hakkında kesin tahminlerde bulunabiliriz. Hastaların kendi yaşam kalite değerlendirmeleri, kronik hastalığın tedavi maliyeti üzerindeki etkilerini tahmin etmek için bu verileri kullanan sigorta şirketleri için güvenilir verilerdir (118). Bu, yaşam kalitesi değerlendirmesinin meşru bir uygulamasıdır. Sağlık sistemi yönetimini rasyonalize eder ve devlet bütçesinin büyük miktarda para tasarrufu yapmasına yardımcı olabilir (119).

1.3. Egzersiz ve Yaşam Kalitesi

Egzersiz insan hayatında pek çok yararı vardır. Bunlar arasında kalp rahatsızlığı, yüksek tansiyon, insülin yetersizliği sebebiyle oluşan şeker hastalığı, kolon kanseri, obezite gibi negatif hastalıkların oluşma miktarını azaltması gösterilir. Bunun dışında kişide sağlıklı olma duygusu oluşturması, enerjiyi yükseltmesi, depresyon ve stres düzeyini indirmesi, kişinin kendisine güvenini ve sosyal etkinliklerdeki bireysel başarısını arttırması gibi psikolojik yararları da vardır (120).

Sağlıklı olmak için alınacak önlemlerin başında hareketli olmak gerektiğini uzmanlar vurgulamaktadır. Çünkü tembel ve hareketsiz olan kişilerin sayısı nüfus içerisinde fazla yer almaktadır. Sadece sigara kullanan, sadece çok kilolu olan veya kolesterol düzeyi yüksek olan kişilerin sayısı düzenli olarak spor yapmayan kişilerden daha azdır (121). Bu sebeptendir ki Unesco Avrupa Konseyi spor üzerinde önemle durmaktadır. Son yıllarda kadınların farklı farklı egzersiz programlarına olan merakı yükselmiş, bu etkinliklerin hamilelikte de yapılması, özellikle de bu süreçte estetik yönden duyulan endişe ile egzersiz isteğinin çoğalmasını sağlamıştır (122). Hal böyle olunca yaşam kalitesi kavramı yine ön plana çıkmaktadır.

Yaşam kalitesi kavramı, köken olarak antik çağlardan beri farklılaşan hayat standartları ve farklılaşmanın yol açtığı yeniliklerle biçim almış bir kavramdır

(123). Aristo ve başka filozoflar ise bunu hayatın asıl gayesinin en yüksek seviyeye ve yaşamın el verdiği ölçüde en iyi hale ulaşma olarak açıklamıştır. Yani bu hedefe ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olmuş demektir. Hipokrat zamanında da doktorlara hastaların iyi olması sürecinde ve şikâyetlerinin geçmesi sırasında mümkün olduğunca iyilik seviyesinin maximum seviyeye yükseltilmesi için sorumluluk üstlenmeleri gerektiği belirtilmiştir (124).

Bu perspektiften bakınca da canlıların asıl amacı bir şekilde yaşamlarını devam ettirmektir. İnsanlar ise yaşamı basit şekilde devam ettirmenin yanında yaşam kalitesini de yükseltmek için çalışmaktadır (125). Bunun için de yapılması gereken en önemli şey; fiziksel etkinlik ve egzersizdir. Fiziksel aktivite ve egzersiz; bireyin sağlığını olumlu yönde etkileyen, gelişen halinin devamını sağlayan, yorgun olmaya ve hastalıklara karşı dirençli olmayı sağlayan hareketlerin toplamıdır. Düzenli olarak spor yapmak genelde vücudun daha düzgün olmasını ve fiziksel yapının daha sağlam olmasını sağlamaktadır. Bu durum da bireyin daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmasını sağlamaktadır (126).

Yapılan etkinlikleri bireyin kalp ve damar hastalıklarına, diyabet ve obeziteye yakalanma ihtimalini yüzde 50 oranında, hipertansiyonda ise yüzde 30 oranında azalma sağlar. Ayrıca tansiyon hastası bireylerdeki kan basıncındaki azalma, kemiklerdeki yoğunluğun artması ile kemik erimesine karşı önlem alma, uyum sağlama, ruhsal ve psikolojik açıdan iyilik hali içinde olma, güçte artış, rahatsızlıklarda azalma ve daha dirençli olmayı sağlamaktadır (127).

Belirli aralıklarla yapılan fiziksel aktivitelerin kişileri hem bedenen hem ruhen iyi anlamda etkilediği belirlenmiştir. Stres ve kötü alışkanlıkları azalttığı, uyku rutininin ve hayatın daha nitelikli olmasını sağladığı, pek çok hastalığın tedavisinde yarar sağladığı açıklanmıştır (128). Egzersiz yapmanın bütün vücuda yararlı olduğu belirlenmiştir. Pek çok hastalığın tedavisindeki en önemli etmendir (129).

İnsan yaşamının her gün yapılan 45 dakikalık bir egzersizin kalp damar hastalıklarına yakalanma oranını azalttığı belirlenmiştir. USDHHS, Health People 2010'da bir çalışmasında kişilerin fiziksel aktivitedeki amaçlarını şöyle belirlemiştir;

1. Günlük olarak 30 dakika fiziksel aktivite yapanların sayısını arttırmak.
2. Boş vakitlerde fiziksel aktivite yapmayanların sayısını yüzde 20'den daha az olmasını sağlamak.
3. Bireyleri haftada en az 3 gün daha yüksek seviyede fiziksel aktiviteye katılması için teşvik etmek (127).

1.4. Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu tanıma göre sağlık; sadece hasta veya sakat olmamak değil ayrıca beden, ruhen ve sosyal yönden de tam bir iyilik durumu içerisinde bulunma durumu olarak tanımlanmaktadır. Birçok tanımı yapılmış olan “Spor” kavramına da bakılacak olursa Spor; insana yönelik hareket faaliyetlerini insanların yeteneklerine özgü kılarak çeşitli branşlarda somutlaşmış, üst düzeyde yapıldığı zaman maddi ve manevi kazançları da olan; fizyolojik, psikolojik kazanımlar sağlayan, içerisinde kazanıp-kaybetmenin de bulunduğu katı kurallarla çevrili bir organizasyon olarak tanımlanabilir. Tanım irdelendiğinde; kişinin spor neticesinde sağlıkla ilgili kazanımlar elde etmiş olduğu, kendi iradesine veya rakibine karşı bir mücadele içerisinde olduğu, kişinin yeteneklerine özgü olduğu bunun neticesinde de branşlara ayrılmış olduğu ve belirli kurallara sahip olduğu ifade edilebilir. Sporun bir disiplin olduğu, hayatın ve sağlıklı bir yaşamın ayrılmaz bir parçası olduğu veya olması gerektiği düşünülebilir. Spora temel ve kaynaklık ettiği ifade edilebilecek olan Fiziksel Aktivite ise; yürüme, koşma, sıçrama, kol-bacak, baş ve gövde egzersizleri, çeşitli spor dalları, egzersiz ve kalp-dolaşım sistemini daha da fazla çalıştırdığı ifade edilebilecek gün boyunca gerçekleştirilen hareketler fiziksel aktivite olarak isimlendirilebilir. Egzersiz, planlı bir şekilde gerçekleştirilen fiziksel aktiviteleri, tekrarlı hareketleri ifade etmektedir. Spor, fiziksel aktivite ve egzersiz bireylerin yaşamında bu kadar önemli iken günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte bireylerin, adeta hareketsiz bir yaşam içerisinde sürüklenmekte olduğu ve kendi dünyalarında yalnızlaşmak sureti ile hareket etmekten uzak, fiziksel aktivite ve spor kavramına yabancı bir hüviyet içerisine bürünmüş oldukları ifade edilebilir. İnsanların teknolojinin sağlamış olduğu avantaj ile günlük ihtiyaçlarını dahi internet üzerinden sağladıkları düşünüldüğünde, bireylerin hareketsiz bir yaşam sürdürmelerinin yanı sıra yapılacak olan işlerde teknolojik alet, araç ve gereçlerin sağlamış olduğu rahatlığın da efor gerektiren bir iş veya işlemleri daha az bir efor ile halledebilme kolaylığı sağladığı söylenebilir. Bu kolaylık, bireyleri hareketsiz bir yaşam döngüsüne yönlendirip fiziksel aktivitelerden uzak bir yaşam sürmelerine sebep olduğu şeklinde ifade edilebilir. Sağlıklı bir birey olabilmede fiziksel aktiviteler ve sporun önemli olduğu düşünülebilir. Sağlıklı bir yaşam için hareket etmenin, spor yapmanın öneminin reddedilemez bir gerçek olarak karşımıza çıktığı da düşünülebilir. Öyle ki bireylerin; günlük yaşamlarında spora veya efor gerektirecek fiziksel aktiviteler yer verememekte olduğu, bunun neticesinde de sağlıksız bir vücut yapısı ve düşük kalitede bir yaşam içerisine girmekte oldukları ifade edilebilir. Tabii fiziksel aktivite ve spordan uzak bir yaşam neticesinde oluşabilecek psikolojik rahatsızlıkların da dikkate alınması gerektiği düşünülebilir. Günlük yaşamda, alışkanlık haline getirilmiş bir fiziksel

veya sportif aktivitenin insan sağlığı üzerindeki olumlu etkisi gözlemlenebilmektedir. Ayrıca alışkanlık haline getirilmiş bu yaşam şeklinin sürdürülebilir olmasının sağlıklı bir birey ve dolayısı ile sağlıklı bir toplum yapısını da oluşturabileceği ifade edilebilir. Çünkü fiziksel aktivite çoğu hastalıkta engelleyici ve tedavi edici bir etkiye sahiptir. Düzenli yapılan fiziksel aktivite kalp, damar ve şeker hastalığı, felç ve vücut yağ oranını ve glukoz metabolizmasını düzenlemekte ve kan basıncını azaltmaktadır. Fiziksel aktivitenin, bağırsak geçiş zamanını kısaltarak kolon kanseri tehlikesini, hormonal metabolizma üzerinde etkileri sonucu da meme kanseri riskini azalttığı bilinmektedir.” Fiziksel aktivite ve düzenli egzersiz alışkanlığına sahip bireylerin iskelet-kas sistemi ve psikolojik rahatsızlıklar bakımından da avantajlı bir konumda olduğu, bu alışkanlıklara sahip olmayan bireylerin ise dezavantajlı oldukları, bu anlamda fiziksel aktivitelerin sağlık harcamaları alanında da bireylere olumlu anlamda katkısı olduğu söylenebilir. Çünkü, literatür taraması yapıldığında, “Amerika’da 1995 yılındaki yapılan sağlık giderlerinin %9.4’ü aşırı kiloluluk ve hareketsizlik sonucu yapılmış olduğu, Kanada’da ise toplam sağlık giderlerinin %6’sına hareketsiz yaşamın sebep olduğu görülmektedir. Yine, 1998 yılındaki bilgiler ışığında, fiziksel aktivitenin kişisel sağlık giderlerinde senelik 500 dolarlık düşüş sağladığı, yine 2000 yılındaki bütün sağlık giderlerinin de 75 milyar dolarını hareketsiz bir hayatın sebep olduğu harcamaların oluşturduğu görülmektedir (130).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2002 yılında yayımladığı bilgilere göre, hareketsiz yaşam dünya genelinde senede 1.9 milyon bireyin hayatını kaybetmesine sebep olmaktadır (131,132).

Hareketsiz yaşam dünyanın tümünde % 10-16 oranında kolon kanseri, meme kanseri ve diyabet olaylarına %22 oranında da kalp hastalıklarına neden olmaktadır. Bireyler gün boyunca iş yeri, ulaşım, ev içi işler ve boş zaman aktiviteleri başlıkları altında fiziksel olarak aktif olabilirler. Yaş ilerledikçe fiziksel hareketler azalmakta, beslenme problemleri kaynaklı sağlık sorunları ortaya çıkmakta ve erkeklere oranla kadınlar arasındaki hareketsiz yaşam daha sık görülmektedir (132). Dünya genelinde yapılan çalışmalara bakıldığında kadınların erkeklere göre daha az fiziksel aktivite ile ilgilendikleri sonucu çıkmaktadır (131,133-137). Farklı uygarlıklar için elverişli olan fiziksel aktivite şiddeti, cinsi ve tekrar aralığı bilinmemektedir. Buna rağmen günlük orta şiddette 30 dakikalık bir fiziksel aktivite önerisi hakkında görüş birliği vardır. Şiddet seviyesi yüksek ve süresi daha uzun çalışmalar gençler üzerinde kemik ve kasların çok daha güçlü olmasını sağlamaktadır. Fiziksel aktivite demek profesyonel olarak bir spor dalıyla ilgilenmek demek değildir. İş yerine yürüyerek gitmek, kısa mesafelerde şahsi araçları kullanmak yerine yürümeyi

tercih etmek, asansör yerine merdiveni kullanmak, çocuklar için parkta oyun oynamak birer fiziksel aktivite olarak ifade edilebilir. Gelişmiş olan ülkelerdeki bireylerin hayatlarındaki hareket oranı gelişmekte olan ülkelere göre daha azdır. Dünya genelinin %60 'ının da hayatlarında yeterli fiziksel aktivitenin de rol almadığı öngörülmektedir. Bireylerde fiziksel aktivite davranışının alışkanlık haline gelebilmesi için en uygun zaman aralığı çocukluk ve genç erişkinlik dönemidir. Bu dönemde kazanılamayan hareketli bir yaşam ve düzenli beslenme alışkanlığını ileriki zamanlarda kazanmak oldukça zor olacaktır. İnsan fiziksel aktiviteleri yapabilmek için tasarlanmış muazzam bir bedene sahiptir. Son 20 yılda gerçekleştirilen toplumsal ve klinik çalışmalarla fiziksel aktiviteden mahrum bir yaşamın hastalık ve genç yaşta bireyin hayatının sona ermesine sebep olduğu ispatlanmıştır (132).

Kişilerin fiziksel aktivite ve yaşam kaliteleri arasındaki etkiyi araştırmak amacıyla Blacklock ve arkadaşları tarafından Kolombiya'da gerçekleştirdikleri çalışma sonucuna göre yalnızca yürüyüşü düzenli bir şekilde gerçekleştiren bireylerde dahi pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (131,138).

Araştırmacı tarafından literatür tarama yapıldığında; sporun, fiziksel aktivite ve egzersiz yaşam kalitesi üzerine etkinliği ile ilişkili birçok çalışma yapıldığı görülmektedir. İncelenen literatür çalışmaların tamamında; sporun, egzersiz ve fiziksel aktivitelerin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu araştırmacı tarafından görülmüştür. Bu noktada “yaşam ve yaşam kalitesi” kavramını da açıklamak gerekmektedir. Yaşam, kalite (nitelik) ve kantite (nicelik) olarak iki farklı boyutta ele alınabilmektedir. Yaşamın kantitesi ya da niceliği, hayatın süresi olarak tanımlanabilir, ancak kalitesi ise kişinin var olduğu fiziki çevre ve sosyoekonomik durum gibi birçok etkeni kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Yaşam kalitesi ise gelir durumu, çevre şartları, özgürlük gibi birçok faktöre bağlı olan karmaşık bir kavram olup önemli faktörlerden birisi ise sağlık olmaktadır (139,140).

Yaşam kalitesinin, günümüzde bütün bilimlerden onaylanacak tek bir açıklaması yoktur (141). Fakat bütün tanımlardaki ortak payda insan etkeni ve onun kişisel değerlendirme sistemidir. Yaşam kalitesi kavramı Dünya Sağlık Örgütü tarafından ‘bireyin kendi hedeflerine, isteklerine ve menfaatlerine göre kendi yaşamını algılaması’ şeklinde ifade edilmektedir. Burada önemli olan husus; kişinin kendi yaşam kalitesi hedeflerine ulaşmak için hayatının bütününi kendisinin değerlendirmesi ve bu değerlendirmeyi devam ettirebilir olmasıdır (140-142). Yaşam kalitesini DSÖ şu şekilde tanımlamaktadır: Kişilerin hayattaki hedefleri, istekleri, korkuları ve koşullarını; hayatlarını idame ettikleri toplumun kültür ve değerleri ile harmanlayarak kendilerini hangi seviyede olduklarını algılama durumudur (143). World Health Organization (1997), WHOQOL

Measuring Quality of Life, Geneva: World Health Organization). Yaşam kalitesi kavramsal olarak bir bireyin kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından sosyokültürel bağlamda yaşamındaki algısı olarak tanımlanır. Kişisel refah ile ilgilidir ve sağlık, serbest zaman, kişisel memnuniyet, alışkanlıklar ve yaşam tarzı gibi çeşitli yönleri içerir. Dolayısıyla yaşam kalitesi, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilgili olarak hayattaki konumlarının algısı olarak tanımlanmıştır (144,145).

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan tanımlamalar objektif ve subjektif olmak üzere iki farklı bakış açısı ile ele alınmaktadır (141, 146). Objektif doneler; kişinin geliri, sağlık durumu, eğitimi, yaşam koşulları vb. iken subjektif doneler ise kişinin objektif donelerden duyduğu hazdır (141, 147-149). Araştırmacı tarafından yapılan literatür taramalarında, objektif ve subjektif göstergelerle ilgili geçerliği sağlanmış bir bilimsel kriterlerin oluşturulmuş olduğuna dair herhangi bir veriye ulaşılamamıştır. Fakat konuyla alakalı gerçekleştirilen çalışmalarda yaşam kalitesi göstergeleri; eğitim durumu, cinsiyet, yaş, sağlık durumu, gelir düzeyi, boş zaman etkinlikleri ve hayatın devam ettirildiği konutun özellikleri olarak sınıflandırılabilir (141, 147, 150-152). Günümüzde bu sınıflandırma ise bireysel tatmin merkezli, insan merkezli ve ortam merkezli olmak üzere üç ana başlık altında ele alınmaktadır (143, 153, 154)

Yaşam kalitesi kavramının ele alındığı alanlara göre gösterge setlerinde farklılıklar olması bu kavram üzerinde bir konsensüs olmamasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda yaşam kalitesi kavramına nesnel ve öznel olarak farklı açılardan yaklaşıldığı görülmektedir. Bu duruma örnek ise İskandinav ile Amerikan yaklaşımıdır. İskandinav yaklaşımı objektif yaşam koşullarını ele alırken Amerikan yaklaşımı ise yaşam koşulları sonucundaki nihai durumu ele almaktadır (143, 165)

Felsefe tarihindeki iki önemli ismin (Rene Descartes, Benedictus de Spinoza) çok uzun seneler boyunca töz kavramı üzerinde anlatmaya çalıştığı beden ve zihin arasındaki ilişki, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi açısından düşünülünce köken olarak benzerlikler fark edilmektedir. Töz: En temeldeki ve asıl olan varlık demektir. Descartes zihin beden ilişkisi ile alakalı düalist bir anlayış geliştirmiş ve düşünen varlık olarak 'ben' dışındaki bütün şeylere kuşku ile yaklaşılması gerçeğini açıklamıştır (166).

Descartes, yönetsel kuşku olarak şüpheyi kullanır ve bu yüzden bedenimize yüklenen duygularımızın bizi ara sıra yanıltabileceği gibi her zamanda yanıltma ihtimalinin olabileceğinden bahseder. Ona göre varlık düşüncedir ve var olmak adına kendisi dışında hiçbir maddi şeye bağlı değildir. Bu kapsamda zihin ve beden bütünüyle farklı iki kavramdır ve şüphesiz tek kavram zihindir (167).

Düalist anlayışta zihin bedenden daha üstündür. Spinoza'ya göre ise tek töz tanrıdır. Tanrının ebedi sıfatları vardır. İnsanlar bu sıfatlardan yalnızca zihin ve bedeni bilir. Bu felsefeye göre hem beden hem zihin aynı derecede etkiye açık haldedir. İnsan zihni bedenin bir parçası olduğu için bedenle alakalı her şey için düşünce üretir. Yani zihnin daha fazla düşünce üretmesi bedenin dışarı ile yaptığı alışverişin çoğunluğu ile bağlantılıdır. Zihnin aldığı kararlar beden üzerinde de değişime sebep olur. Bunun nedeni Spinoza ruhun daha yetkin veya eksik oluşunun, bedeni daha yetkin veya eksik yapması ile açıklanır (168). Bundan yola çıkarak şunu diyebiliriz ki; beden bir bütündür ve zihin de bu bedendeki ayrılmaz bir parçadır.

Fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki beden zihin kavramlarına bağlıdır. Bu ilişki yıllarca spor ve sağlık bilimlerindeki araştırmaların konusu olmuştur. Günümüzde de zihnin varlığını sürdürebilmesi adına bedeni araç olarak kullanması veya yaşam kalitesi üzerinde beden sağlığının etkileri bireyleri bu anlayışa yöneltmektedir. Bu bütüncül anlayış araştırma yapan kişileri fiziksel aktivite seviyesini yükselterek daha verimli, sağlıklı ve uzun bir hayat adına çalışmalar yapmaya yöneltmiştir. Genel geçer kabul edilen düşünce de fiziksel aktivitelerin yaşam kalitesi üzerine çok etkili olması şeklindedir.

T.C Sağlık Bakanlığı fiziksel aktivitelerin bireyin stresle daha iyi baş edebilmesine ve pozitif düşünme becerisinin gelişmesine katkıda bulunduğunu; zihinsel, psikolojik ve fizyolojik açıdan hayat standartını geliştirdiğini açıklamıştır (169).

Yaşlılık sonucu gelişen çeşitli hastalıklar ve olumsuz sağlık risklerini önlemek adına doğru beslenme ve yeterli seviyede fiziksel aktivite önerilmiştir (170). Sağlık ve egzersiz konuları ile ilgili bir çalışmada fiziksel aktivite ve sağlık arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğu ve bunun ileri düzeydeki egzersiz ile arttığı neticesine ulaşılmıştır. Bu sebeple de genel halk sağlığı için daha ileri seviyede fiziksel aktivitelere teşvik edilmesi önerilerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (171). Bu çalışmaya benzer olan bir çalışmada fiziksel aktivite seviyesindeki artış ile yaşam kalitesinin daha iyi olması arasında ilişki kurulmuştur (172).

Kişinin beden, ruhen ve toplumsal açıdan memnun oluşunun seviyesini belirlemek yaşam kalitesindeki esas amaçtır (173). Yaşam kalitesi kavramı toplumsal, ruhsal, çeşitli hastalıkların olası yan etkileri, ailevi etmenler, mali bilgi seviyesi gibi çeşitli alanları kapsar. Yaşam kalitesini ölçerken kullanılan ölçütler; geniş kapsamlı, geçerli, güvenilir, öznel ve ergonomik olmalıdır (173).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın modeli

Bu çalışmada, genel tarama modellerinden biri olan İlişkisel Tarama Yöntemi kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, birbirinden etkilenebilecek iki farklı durum arasındaki ilişkilerin farklı değişkenler açısından incelendiği araştırmalardır (44). Çalışmaya temel teşkil edecek literatür verileri, konuyla ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılarak elde edilmiştir.

2.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmada böyle toplumsal bir sorunu ele alarak, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçlar çerçevesinde, aşağıda yer alan soruların cevabı aranacaktır.

1. Araştırmaya katılan sağlık çalışanının kişisel nitelikleri nelerdir?
2. Sağlık çalışanlarının statülerine göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında fark vardır?
3. Sağlık çalışanlarının cinsiyet durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında fark vardır?
4. Sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında fark vardır?
5. Sağlık çalışanlarının yaş durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında fark vardır?
6. Sağlık çalışanlarının statülerine göre yaşam kaliteleri arasında fark vardır?
7. Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre yaşam kaliteleri arasında fark vardır?
8. Sağlık çalışanlarının cinsiyet durumlarına göre yaşam kaliteleri arasında fark vardır?
9. Sağlık çalışanlarının yaşam kaliteleri ve fiziksel aktivite düzeyleri arasında ilişki vardır?

2.3. Araştırmanın Önemi

Fiziksel aktivitenin sağlık çalışanlarında meydana gelen yaşam kalitesini arttırdığını ortaya koymayı amaçlayan bu çalışma, yaşam kalitesinin yükseltilmesinin nedenlerinden biri olarak tanımlanan fiziksel aktivitenin sağlık çalışanlarının bakış açısı ile değerlendirilmesi açısından ilk adım niteliği taşımaktadır. Çalışma, fiziksel aktivitenin ne şekilde sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini arttırmadaki etkisi noktasında bir çerçeve sunması açısından da önemlidir. Aynı zamanda bu çalışma, sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite

yapmasını artırarak kronik hastalıkların ve ani ölümleri önleme noktasındaki önemini ortaya koymak ve bu bağlamda yaşam kalitesinin artırılması için fiziksel aktivite yapmanın artırılması özendirilerek bu konuda eğitici faaliyetlere yönlentilmelerinde kaynaklık etmesi açısından da önemli olduğu düşünülmektedir.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya ilişkin sınırlılıkları şu şekilde sıralamak mümkündür;

1. Araştırma 2020 yılında Elazığ il merkezinde bulunan Fırat Üniversitesi Hastanesi ile sınırlıdır.
2. Araştırma Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi ölçekleri ile sınırlıdır.
3. Sağlık çalışanlarının görüşleri ile sınırlıdır.

2.5. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmanın amacı ve önemi göz önüne alınarak 4 varsayım oluşturulmuştur;

1. Sağlık çalışanlarının Fiziksel Aktivite, Yaşam Kalitesi düzeyleri hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının algılarına göre belirlenebilir.
2. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yansıttıkları düşünceler, onların gerçek algılarını oluşturmaktadır.
3. Sağlık çalışanlarının Fiziksel Aktivite, Yaşam Kalitesi düzeyleri arasında anlamlı/manidar bir ilişki vardır.
4. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Fiziksel Aktiviteye ilişkin algıları, Yaşam Kalitesinin anlamlı/manidar bir yordayıcısıdır.

2.6. Evren ve örneklem

Tanımlayıcı türdeki bu araştırmanın evrenini Elazığ şehir merkezinde bulunan Fırat Üniversitesi Hastanesinde 2020 yılında çalışan 2775 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

Örneklemin boyutu Sample Size Calculator değerlendirilmesinde %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık değerinde yapılan hesaplama ile saptanmıştır. Bu bağlamda Örneklem, Sample Size Calculator internet sitesi üzerinden yapılan hesaplama ile sağlık çalışanlarının 338'i, araştırmanın minimum örneklem sayısını oluşturmaktadır. Evrendeki sağlık çalışanı sayısının fazla olması nedeniyle örneklem alma yoluna gidilmiştir. Araştırmanın örneklemini Elazığ il merkezinde bulunan Fırat Üniversitesi Hastanesinde görev yapan 802 sağlık çalışanından oluşmaktadır.

2.7. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Sağlık çalışanlarının demografik bilgilerini elde etmek için araştırmacı tarafından “ Kişisel Bilgi Formu” oluşturulmuştur.

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

Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ) katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (45). IPAQ, uluslararası arenada günlük olarak yapılan fiziksel aktiviteyi bireysel raporlara dayanarak fiziksel aktivite düzeyi hakkında geçerli ve karşılaştırılabilir bilgi elde etmek amacıyla geliştirilmiştir. IPAQ geliştirme çalışmaları 1998 yılında Cenevre’ de başlamıştır ve bunu 12 ülkede yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları izlemiştir. Sonuçlar anketin toplumda fiziksel aktiviteye katılma yaygınlığını gösterebileceğini ve bu amaçla anketin birçok farklı kültür ve ortamda uygulanabileceğini düşündürmüştür (105). Türkiye’ de Öztürk tarafından 2005 yılında üniversitelerde eğitim-öğretim gören öğrencilerde ayrıca Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri ve Teknolojisi Yüksekokulu tarafından 2007 yılında IPAQ anketinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (123).

Anketin sekiz versiyonu vardır. Dört kısa, dört uzun form olarak geliştirilmiştir. Bunlar; telefon ile sorgulama, görüşme ve kendi kendine uygulanabilir yöntemler olarak bilinmektedir. Ayrıca “son 7 gün” veya “herhangi bir haftada” biçimli soru tipleri de bulunmaktadır (126).

IPAQ Anketinin Puanlanması ve Skoruması: 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;

Oturma = 1.5 MET,

Yürüme = 3.3 MET,

Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite = 4.0 MET,

Şiddetli Fiziksel Aktivite = 8.0 MET.

Bu değerler kullanılarak günlük ve haftalık fiziksel aktivite seviyesi hesaplanır. Örneğin; 3 gün 30 dakika yürüyen bir kişinin yürüme MET-dk/hafta skoru: $3.3 \times 3 \times 30 = 297$ MET-dk/hafta olarak hesaplanmaktadır.

Yürüme MET-dk/hafta = 3.3 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

$\text{Şiddetli MET-dk/hafta} = 8.0 \times \text{şiddetli aktivite dakikası} \times \text{şiddetli aktivite yapılan gün sayısı}$ Toplam, $\text{MET-dk/hafta} = (\text{yürüme} + \text{orta şiddetli} + \text{şiddetli} + \text{oturma}) \text{MET-dk/hafta}$

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
 - b. Minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu (127).

SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi: SF-36 (Short Form- 36; Kısa Form 36) Rand Corporation tarafından 1992 yılında yaşam kalitesini değerlendirme anketi olarak geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (128).

1990 yılında başlanan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22.000'ini aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur (129).

Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramını içerir. Koçyiğit ve arkadaşları da ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili çalışma yapmışlardır (170).

SF-36 kişisel değerlendirme için uygun olmakla birlikte bilgisayar ortamında veya yetiştirilmiş bir personel yoluyla yüz yüze veya telefon görüşmesi ile de 14 yaş ve üzerindeki kişilere uygulanabilmektedir.

SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme anketi olması gelmektedir. Anketin adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal

fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağılı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağılı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağılık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağırı (2 madde) ve sağılığın genel algılanması (5 madde). Ayrıca son 12 ayda sağılıktaki değışim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır ve bu şu an için ölçümde kullanılmamaktadır. Adı geçen madde dışında anket son dört haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir (171).

SF-36 için ayrıca, fiziksel komponent (Physical Component Summary, PCS) ve mental komponent (Mental Component Summary, MCS) olmak üzere iki özet skalası şeklinde de değerlendirme yapılabilmektedir. Fiziksel komponent özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağırsı ve genel sağılık alt skalalarından, mental komponent özet skalası ise; zindelik (vitalite), sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağılık alt skalalarından oluşur (174, 175).

Tablo 2.1. SF-36'nın Alt Ölçeklerinin Puanlamasının Anlamı (172).

<i>Alt Ölçekler</i>	<i>Düşük Puan</i>	<i>Yüksek Puan</i>
Fiziksel Fonksiyon	Yıkama ve giyinme dâhil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	Fiziksel sağılığın bozulmasının sonucu olarak işte yada diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağılık olarak işte veya diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağılı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağılı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Ağırı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağırı	Ağırı olmaması yada ağırıya bağılı kısıtlılık olmaması
Mental Sağılık	Sürekli sinirlilik yada depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	Emosyonel sorunların sonucu işte yada diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunların sonucu işte yada diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Enerji	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sağılığın Genel Algılanması	Sağılığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağılığın mükemmel olduğuna inanma

Anketin değerlendirilmesi her bölüm için farklılık göstermektedir. Anketin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Anketin 1, 6, 7, 8, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d, maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. SF-36 yaşam kalitesi

anketinde toplam puan hesaplaması söz konusu değildir. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 “kötü sağlık durumu”, 100 “iyi sağlık” durumunu göstermektedir (173).

Tablo 2.2. SF-36 Sorularının Birleştirilmesi ve Ham Puanları (173)

Sf-36 Boyutları	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham skor aralığı
Fiziksel İşlev	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

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

2.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın fiziksel aktivite değişkeniyle ilgili verileri “Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ Short Form - International Physical Activity Questionnaire Short Form)” ile yaşam kalitesi değişkeniyle ilgili verileri “Yaşam Kalitesi Anketi SF-36” ve sosyo-demografik bilgilerle ilgili verileri ise “Kişisel Bilgi Formu” ile elde edilmiştir.

Araştırmanın Elazığ ilindeki Fırat Üniversitesi Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilebilmesi için, Fırat Üniversitesi Hastanesinden gerekli izinler alınmıştır.

2.9. Verilerin Analizi

Veriler SPSS paket (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak yüzde, ortalama ve standart sapma teknikleri kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılımları Kolmogorov-Smirnov ve çarpıklık – basıklık testi yapılmıştır. Normallik testi sonucunda fiziksel aktivite düzeyi veri seti non-parametrik dağılım göstermiştir. Bu verilerin analizinde ikili grup analizlerinde Mann-Whitney U testi, Çoklu grup analizlerinde Kruskal Wallis-H testi uygulanmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi

veri seti normallik analizi sonucunda normal dağılım göstermiş bu nedenler parametrik analizler olan ikili gruplarda t-testi, çoklu gruplarda One way ANOVA testi kullanılmıştır. One way ANOVA, farklılıkların kaynağını belirlemede post hoc testleri kullanılarak çıkan değerler tablo haline getirilmiştir. Anlamlılık düzeyi ($p < .05$) olarak alınmıştır.

Tablo 2.3. Fiziksel Aktivite Düzeyi Anketi Normallik Analizi

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			Çarpıklık	Basıklık	
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	ort±ss	İstatistik	İstatistik
Şiddetli	,203	181	,000	,676	181	,000	291,73±23,30	4,767	35,016
Orta	,212	181	,000	,738	181	,000	412,56±26,17	3,285	14,531
Şiddetli									
Yürüme	,182	181	,000	,881	181	,000	1177,54±33,23	1,382	2,101
Oturma	,262	181	,000	,788	181	,000	1022,35±35,02	1,768	2,565
Toplam	,099	181	,000	,903	181	,000	2904,20±66,76	1,418	3,462

a. Lilliefors Significance Correction

Tablo 4.3’de belirtildiği gibi fiziksel aktivite anketine katılan katılımcıların toplam fiziksel aktivite ve şiddetli, orta şiddetli, yürüme ve oturma kaynaklı fiziksel aktivite düzeyi verilerinin normallik analizi verilmiştir. Bu verilere göre örneklem büyüklüğü açısından Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda verilen normal dağılım göstermediği örneklem grubu arasında istatistiksel olarak farklılık sergilediği görülmüştür. İkinci normallik analizinde çarpıklık basıklık analizinde de tüm kategorilerin veri seti dağılımı -1.5 +1.5 aralığında dağılım göstermediği veri setinin normal dağılım göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 2.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi Normallik Analizi

	Skewness	Kurtosis
Fiziksel Fonksiyon	-,897	,283
Fiziksel Rol güçlüğü	-,065	-1,414
Emosyonel Rol güçlüğü	-,022	-1,782
Enerji canlılık Vitalite	-,054	-,485
Ruhsal sağlık	-,088	-,081
Sosyal işlevsellik	-,181	1,112
Ağrı	1,470	1,415
Genel Sağlık Algısı	,002	-,125

Tablo 4.4’da belirtildiği gibi SF -36 Yaşam Kalite Anketi Normallik Analizi verilmiştir. Bu verilere göre arpıklık basıklık analizinde de tüm kategorilerin veri seti dağılımı -1.5 +1.5 aralığında bulunduğu ve veri setinin normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölüm, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından ölçekler aracılığıyla elde edilen verilerin analizi sonucundaki bulguları oluşturmaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır

Tablo 3.1. Sağlık Çalışanlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler

		Sayı (n=802)	%
Cinsiyet	Kadın	473	59,0
	Erkek	329	41,0
Yaş	18-28	364	45,4
	29-39	229	28,6
	40-50	189	23,6
	51-61	20	2,5
Medeni durum	Evli	411	51,2
	Bekar	391	48,8
Öğrenim durumu	İlkokul	23	2,9
	Ortaokul	83	10,3
	Lise	208	25,9
	Önlisans	126	15,7
	Lisans	296	36,9
	Lisansüstü	66	8,2
Meslek	Uzman Doktor	15	1,9
	Doktor	33	4,1
	Hemşire	317	39,5
	Hasta Bakıcı	62	7,7
	Sürekli İşçi	256	31,9
Sağ Sek Çalışma süresi	Diğer	119	14,8
	1-5 yıl	376	46,9
	6-10 yıl	206	25,7
	11-15 yıl	99	12,3
	16-20 yıl	45	5,6
Gelir Düz	20+	76	9,5
	3000-6000	629	78,4
	6001-8000	130	16,2
VKİ	8001+	43	5,4
	<25	281	35,0
Fiziksel aktivite düzeyi	≥25	521	65,0
	İnaktif	15	1,9
	Düşük aktivite	471	58,7
	Yeterli aktivite	316	39,4
	Toplam	802	100,0

Tablo 3.1’de belirtildiği gibi araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 473’ü (%59,0) kadın, 329’u (%41,0) erkeklerden oluşmuştur. Çalışanların yaş durumlarına göre 364’ü (%45,4) 18-28 yaş, 229’u (%28,6) 29-39 yaş, 189’u (%23,6) 40-50 yaş, 20’si (%2,5) 51-61 yaş grubuna aittir. Sağlık çalışanlarının Medeni durumlarına göre 411’i (%51,2) evli, 391’i (%48,8) bekârdır. Eğitim durumlarına göre 23’ü (%2,9) ilkokul, 83’ü (%10,3) ortaokul, 208’i (%25,9) lise, 126’sı (%15,7) önlisans, 296’sı (%36,9) lisans, 66’sı (%8,2) lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir. Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre incelendiğinde; 15’i (%1,9) uzman doktor, 33’ü (%4,1) doktor, 317’si (%39,5) hemşire, 62’si (%7,7) hasta bakıcı, 256’sı (%31,9) sürekli işçi, 119’u (%14,8) diğer meslek gruplarında görev yapan çalışanlardan oluşmuştur. Çalışma sürelerine göre 376’sı (%46,9) 1-5 yıl, 206’sı (%25,7) 6-10 yıl, 99’u (%12,3) 11-15 yıl, 45’i (%5,6) 16-20 yıl, 76’sı (%9,5) 21+ ve üstü çalışma süresine sahip oldukları görülmüştür. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından 629’u (%78,4) 3000-6000 TL, 130’u (%16,2) 6001-8000 TL, 43’ü (%5,4) 8001 TL+ gelir durumuna sahiptir.

Sağlık çalışanlarının VKİ göre 281’i (%35,0) <25 (ideal kilolu), 521’i (%65,0) ≥25 (kilolu) olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 14’ü (%1,9) inaktif, 471’i (%58,7) yetersiz aktivite, 316’sı (%39,4) yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3.1. Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.2. Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Düzeyleri

	N	%	Min	Max	Med	\bar{x}	ss	Aktivite düzeyi
Şiddetli	261	32,54	80,00	7200,00	720,00	896,42	892,98	Düşük aktivite
Orta Şiddetli	377	47,01	80,00	5760,00	560,0	877,66	872,50	Düşük aktivite
Yürüme	798	99,50	33,00	5544,00	924,00	1183,44	939,95	Düşük aktivite
Fiziksel Aktivite	802	100,0	212,00	4284,00	871,00	1075,20	729,81	Düşük aktivite

Tablo 3.2’de belirtildiği gibi katılımcıların son yedi gün içinde yaptığı fiziksel aktivite katılım ve düzeyleri verilmiştir. Katılımcıların %32,54’ü şiddetli fiziksel aktiviteye katıldığı, %47,01’i orta şiddetli fiziksel aktiviteye katıldığı, %99,50’ si yürüme aktivitesine katıldığını belirtmişlerdir. Katılımcıların toplam fiziksel aktivite ortalamasının (1075,20±729,81 MET-dk/hafta) olarak ölçülmüştür. Bu sonuç şiddetli, orta şiddetli ve yürüme aktivitesi kategorilerinde katılımcıların düşük aktiveye sahip olduğunu göstermektedir. Şiddetli fiziksel aktivite yapan 261’inin (%32,54) fiziksel aktivite ortalama (896,42±892,98 MET-dk/hafta), orta şiddetli fiziksel aktivite yapan 377’sinin (%47,01) fiziksel aktivite ortalama

(877,66±872,50 MET-dk/hafta), yürüme fiziksel aktivite yapan 798'inin (%99,50) fiziksel aktivite ortalama (1183,44±939,95 MET-dk/hafta) ile düşük aktivite düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.3. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Man-Whitney U Testi Analizi

Fiziksel Aktivite	Cinsiyet	N	\bar{x}	ss	Med	Man-Whitney U testi		z	p
						S _{Ort}	S _{Top}		
Şiddetli	Kadın	112	177,33	457,62	480,0	362,54	171481,50	-	,007*
	Erkek	149	456,19	846,21	720,0	457,51	150521,50	2,702	
Orta şiddetli	Kadın	170	262,19	518,73	480,0	351,51	166262,50	-	,011*
	Erkek	207	628,75	935,48	720,0	473,38	155740,50	2,544	
Yürüme	Kadın	470	1155,25	975,24	792,0	389,43	184202,50	-	,088
	Erkek	328	1209,60	890,74	990,0	418,85	137800,50	1,708	
Oturma	Kadın	473	1026,03	1045,28	360,0	395,62	187129,00	-	,958
	Erkek	329	1017,06	910,88	810,0	409,95	134874,00	-9,18	
Toplam	Kadın	473	2620,82	1648,58	3068,0	369,20	174630,50	-	,000*
	Erkek	329	3311,61	2129,94	4343,0	447,94	147372,50	2,849	

*p<0,05

Tablo 3.3'de belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyete göre fiziksel aktivite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan Man-Whitney U testi analizi sonucuna göre; toplam fiziksel aktivitede kadın çalışanların (2620,82 MET-dk/hafta), erkek çalışanların (3311,61 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Şiddetli fiziksel aktivite düzeyinde kadın çalışanların (177,33 MET-dk/hafta), erkek çalışanların (456,19 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Buna göre, erkeklerin şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine bu sonuca göre, kadınların şiddetli fiziksel aktivite düzeyinin (300 MET-dk/hafta) şiddetli fiziksel aktivitede inaktif bir düzeye sahip olduğu görülmüştür.

Orta şiddetli fiziksel aktivite düzeyinde kadın çalışanların (262,19 MET-dk/hafta), erkek çalışanların (628,75 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre erkeklerin orta şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine bu sonuca göre kadınların orta şiddetli fiziksel aktivite düzeyinin (300 MET-dk/hafta) şiddetli fiziksel aktivitede inaktif bir düzeye sahip olduğu görülmüştür.

Yürüme ve oturma sağlık çalışanları cinsiyet değişkenine göre, fiziksel aktivite düzeylerinin benzer olduğu ve anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.4. Sağlık Çalışanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Man-Whitney U Testi Analizi

Fiziksel Aktivite	Medeni Durum	N	\bar{x}	ss	Min	Max	Med	Man-Whitney U testi			
								S _{Ort}	S _{Top}	z	p
Şiddetli	Evli	133	896,42	892,98	80	6720	720	128,00	17024,00	-,667	,505
	Bekâr	128	877,66	872,50	80	2352	640	134,12	17167,00		
Orta şiddetli	Evli	198	1183,44	939,95	80	5760	700	199,19	39440,00	-2,126	,034
	Bekâr	179	1022,35	991,77	80	5760	480	177,73	31813,00		
Yürüme	Evli	410	2904,20	1890,72	200	5544	742,50	359,95	147580,00	-5,002	,000
	Bekâr	388	896,42	892,98	61,38	5544	1039,50	441,29	171221,00		
Oturma	Evli	411	877,66	872,50	225	4410	360	382,38	157159,50	-2,554	,011
	Bekâr	391	1183,44	939,95	135	4410	810	421,59	164843,50		
Toplam	Evli	95	1022,35	991,77	996	13662	3642	372,97	153289,00	-3,577	,000
	Bekâr	86	2904,20	1890,72	1038	13350	4040,50	431,49	168714,00		

Tablo 3.4’de belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durum değişkenine göre fiziksel aktivite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan Man-Whitney U testi analizi sonucuna göre; toplam fiziksel aktivitede evli çalışanların (1022,35 MET-dk/hafta), Bekâr çalışanların (2904,20 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, bekâr çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin evli çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Şiddetli fiziksel aktivitede evli çalışanların (896,42 MET-dk/hafta), bekâr çalışanların (877,66-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, bekâr çalışanların şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinde medeni durumların etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Orta şiddetli fiziksel aktivitede evli çalışanların (1183,44 MET-dk/hafta), bekâr çalışanların (1022,35 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, evli çalışanların orta şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin bekâr çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yürüme fiziksel aktivitede evli çalışanların (2904,20 MET-dk/hafta), bekâr çalışanların (896,42 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, evli çalışanların yürüme fiziksel aktivite düzeylerinin bekâr çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Oturma fiziksel aktivitede evli çalışanların (877,66 MET-dk/hafta), bekâr çalışanların (1183,44 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, bekâr

çalışanların oturma fiziksel aktivite düzeylerinin evli çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.5. Sağlık Çalışanlarının VKİ Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Man-Whitney U Testi Analizi

Fiziksel Aktivite	VKİ	N	\bar{x}	ss	Min	Max	Med	Man-Whitney U			p
								testi		z	
								S _{Ort}	S _{Top}		
Şiddetli	<25	128	896,42	892,98	80,00	7200	1100	171,21	21914,50	-	,000*
	>25	133	877,66	872,50	80,00	5760	480	92,30	12276,50	8,500	
Orta şiddetli	<25	180	1183,44	939,95	33,00	5544	720	207,73	37391,00	-	,001*
	>25	197	1022,35	991,77	135,00	4410	480	171,89	33862,00	3,216	
Yürüme	<25	329	2904,20	1890,72	459,00	13662	990	426,26	140240,50	-	,006*
	>25	469	896,42	892,98	80,00	7200	792	380,73	178560,50	2,758	
Oturma	<25	331	877,66	872,50	80,00	5760	360	386,06	127787,00	-	,092
	>25	471	1183,44	939,95	33,00	5544	810	412,35	194216,00	1,686	
Toplam	<25	331	2904,20	1890,72	459,00	13662	2886	374,17	176234,50	-	,000*
	>25	471	1022,35	991,77	135,00	4410	4987	440,39	145768,50	3,986	

*p<0.05

Tablo 3.5'te belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının VKİ göre fiziksel aktivite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan Man-Whitney U testi analizi sonucuna göre; toplam fiziksel aktivitede ideal kilolu çalışanların (2904,20 MET-dk/hafta), kilolu çalışanların (1022,35 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, kilolu çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin ideal kilolu çalışanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (z:-3,986; p<0,05).

Şiddetli fiziksel aktivitede ideal kilolu çalışanların (896,42 MET-dk/hafta), kilolu çalışanların (877,66 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, kilolu çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin ideal kilolu çalışanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (z:-3,216; p<0,05).

Orta şiddetli fiziksel aktivitede ideal kilolu çalışanların (1183,44 MET-dk/hafta), kilolu çalışanların (1022,35 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, kilolu çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin ideal kilolu çalışanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (z:-3,216; p<0,05).

Yürüme fiziksel aktivitede ideal kilolu çalışanların (2904,20 MET-dk/hafta), kilolu çalışanların (896,42 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, kilolu çalışanların yürüme fiziksel aktivite düzeylerinin ideal kilolu çalışanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (z:-2,758; p<0,05).

Oturma fiziksel aktivitede ideal kilolu çalışanların (877,66 MET-dk/hafta), kilolu çalışanların (1183,44 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, VKİ göre anlamlı bir farklılık sonucuna ulaşılmamıştır (z:-1,686; p>0,05).

Tablo 3.6. Sağlık Çalışanlarının Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Kruskal Wallis Testi Analizi

	Öğrenim Durumu	N	\bar{x}	ss	Sort	F	p	Farklılık Kaynaklı
Şiddetli	Orta Okul	28	962,86	1180,73	136,89	16,703	,002	1,2,3/4,5
	Lise	69	1022,84	659,74	155,72			
	Önlisans	47	970,89	1009,93	135,86			
	Lisans	94	832,77	954,05	118,06			
	Lisansüstü	23	544,35	415,82	92,61			
	Toplam	261	896,43	892,98				
Orta şiddetli	Orta Okul	72	1063,89	944,62	220,49	19,055	,001	1,2/3,4,5
	Lise	145	949,93	934,08	203,52			
	Önlisans	41	754,15	837,70	165,88			
	Lisans	96	731,67	766,67	159,68			
	Lisansüstü	23	668,70	539,39	162,50			
	Toplam	377	877,67	872,50				
Yürüme	Orta Okul	106	1000,74	829,89	350,80	13,840	,008	3,4,5/1,2
	Lise	208	1189,09	947,58	385,69			
	Önlisans	126	1339,75	886,61	403,17			
	Lisans	294	1148,75	949,35	454,71			
	Lisansüstü	64	1319,38	1094,62	423,01			
	Toplam	798	1183,45	939,95				
Oturma	Orta Okul	106	987,40	1078,38	371,34	16,944	,002	3,4,5/1,2
	Lise	208	886,49	912,55	366,00			
	Önlisans	126	1007,88	860,52	415,77			
	Lisans	296	1075,11	1026,03	414,57			
	Lisansüstü	66	1297,73	1112,54	475,93			
	Toplam	802	1022,36	991,78				
Toplam	Orta Okul	23	3065,12	2209,67	93,28	8,938	,043	1,2,3/4,5
	Lise	51	3077,10	1831,97	101,32			
	Önlisans	28	2955,18	1779,39	94,48			
	Lisans	64	2857,86	1888,68	82,92			
	Lisansüstü	15	2809,85	1710,36	80,37			
	Toplam	181	962,86	1180,73				

Tablo 3.6’da belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumları esas alındığında fiziksel aktivite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal Wallis H testi analizi sonucuna göre; toplam fiziksel aktivitede ortaokul çalışanların (3065,12 MET-dk/hafta), lise mezunu çalışanların (3077,10 MET-dk/hafta), önlisans mezunu çalışanların (2955,18 MET-dk/hafta), lisans

mezunu çalışanların (2857,86 MET-dk/hafta), lisansüstü mezunu çalışanların (2809,85 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; ortaokul, lise, önlisans mezunu çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin lisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 8,938; $p<0,05$).

Şiddetli fiziksel aktivitede ortaokul çalışanların (962,86 MET-dk/hafta), lise mezunu çalışanların (1022,84 MET-dk/hafta), önlisans mezunu çalışanların (970,89 MET-dk/hafta), lisans mezunu çalışanların (832,77 MET-dk/hafta), lisansüstü mezunu çalışanların (544,35 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; ortaokul, lise, önlisans mezunu çalışanların şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin lisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 16,703; $p<0,05$).

Orta şiddetli fiziksel aktivitede ortaokul çalışanların (1063,89 MET-dk/hafta), lise mezunu çalışanların (949,93MET MET-dk/hafta), önlisans mezunu çalışanların (757,15 MET-dk/hafta), lisans mezunu çalışanların (731,67 MET-dk/hafta), lisansüstü mezunu çalışanların (668,70 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; ortaokul, lise, mezunu çalışanların orta şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin önlisans, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 19,055; $p<0,05$).

Yürüme fiziksel aktivitede ortaokul çalışanların (1000,74 MET-dk/hafta), lise mezunu çalışanların (1189,09MET-dk/hafta), önlisans mezunu çalışanların (1339,75 MET-dk/hafta), lisans mezunu çalışanların (1148,75 MET-dk/hafta), lisansüstü mezunu çalışanların (1319,38 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre önlisans, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanların yürüme fiziksel aktivite düzeylerinin ortaokul ve lise mezunu çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 13,840; $p<0,05$).

Oturma fiziksel aktivitede ortaokul çalışanların (987,40 MET-dk/hafta), lise mezunu çalışanların (886,49 MET-dk/hafta), önlisans mezunu çalışanların (1007,88 MET-dk/hafta),lisans mezunu çalışanların (1075,11 MET-dk/hafta), lisansüstü mezunu çalışanların (1297,73 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; önlisans, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanların oturma fiziksel aktivite düzeylerinin ortaokul ve lise mezunu çalışanlara göre; daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 16,944; $p<0,05$).

Tablo 3.7. Sağlık Çalışanlarının Meslek Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Kruskal Wallis Testi Analizi

		N	x	ss	S _{ort}	F	p	Farklılık Kaynağı
Şiddetli	Doktor ^a	18	471,11	295,39	82,44	14,854	,005	c,d/a
	Hemşire ^b	99	814,14	685,32	125,33			
	Hasta	32	1333,75	1809,50	142,14			
	Bakıcı ^c							
	Sürekli İşçi ^d	69	960,81	575,25	152,07			
	Diğer ^e	43	835,16	776,44	122,28			
	Toplam	261	896,43	892,98				
Orta Şiddetli	Doktor ^a	22	510,91	483,31	124,18	32,789	,000	c,d/a
	Hemşire ^b	103	699,42	713,11	157,17			
	Hasta	33	1329,09	1373,15	216,06			
	Bakıcı ^c							
	Sürekli İşçi ^d	179	974,08	844,97	216,29			
	Diğer ^e	40	734,50	825,81	162,18			
	Toplam	377	877,67	872,50				
Yürüme	Doktor ^a	47	1392,53	991,37	456,81	13,748	,008	a,b,c,e/d
	Hemşire ^b	314	1229,03	996,56	405,67			
	Hasta	62	1419,85	931,60	460,40			
	Bakıcı ^c							
	Sürekli İşçi ^d	256	1020,95	839,06	363,90			
	Diğer ^e	119	1207,02	932,62	405,43			
	Toplam	798	1183,45	939,95				
Oturma	Doktor	48	1329,88	1154,01	471,08	6,139	,189	
	Hemşire	317	979,73	925,53	397,22			
	Hasta Bakıcı	62	936,77	957,14	383,23			
	Sürekli İşçi	256	1033,49	1058,71	393,23			
	Diğer	119	1032,50	953,51	412,16			
	Toplam	802	1022,36	991,78				
	Toplam	Doktor ^a	48	3104,23	1617,27			
Hemşire ^b		317	2678,64	1748,41	373,45			
Hasta		62	3752,43	2853,85	469,23			
Bakıcı ^c								
Sürekli İşçi ^d		256	2994,50	1817,73	416,84			
Diğer ^e		119	2788,20	1767,88	390,13			
Toplam		802	2904,20	1890,72				

Tablo 3.7’de belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek değişkeni esas alındığında fiziksel aktivite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal Wallis H testi analizi sonucuna göre; toplam fiziksel aktivitede doktor olarak çalışanların (3104,23 MET-dk/hafta), hemşire olarak çalışanların (2678,64 MET-dk/hafta), hasta Bakıcı olarak çalışanların (3752,43 MET-dk/hafta), sürekli işçi çalışanların (2994,50 MET-dk/hafta), diğer meslek grubu

çalışanların (2788,20 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre doktor, hasta bakıcı ve işçi statüsünde çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin hemşire ve diğer statülerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 13,105; $p<0,05$).

Şiddetli fiziksel aktivitede doktor olarak çalışanların (471,11 MET-dk/hafta), hemşire olarak çalışanların (814,14 MET-dk/hafta), hasta Bakıcı olarak çalışanların (1333,75 MET-dk/hafta), sürekli işçi çalışanların (960,81 MET-dk/hafta), diğer meslek grubu çalışanların (835,16 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; hasta bakıcı ve işçi statüsünde çalışanların şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin doktor, hemşire ve diğer statülerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 14,854; $p<0,05$).

Orta şiddetli fiziksel aktivitede doktor olarak çalışanların (510,91 MET-dk/hafta), hemşire olarak çalışanların (699,42 MET-dk/hafta), hasta bakıcı olarak çalışanların (1329,09 MET-dk/hafta), sürekli işçi çalışanların (974,08 MET-dk/hafta), diğer meslek grubu çalışanların (734,50 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; hasta bakıcı ve işçi statüsünde çalışanların orta şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin doktor, hemşire ve diğer statülerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 32,789; $p<0,05$).

Yürüme fiziksel aktivitede doktor olarak çalışanların (1392,53 MET-dk/hafta), hemşire olarak çalışanların (1299,03 MET-dk/hafta), hasta bakıcı olarak çalışanların (1419,85 MET-dk/hafta), sürekli işçi çalışanların (1020,95 MET-dk/hafta), diğer meslek grubu çalışanların (1207,02 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre doktor, hemşire, hasta bakıcı ve diğer statüsünde çalışanların yürüme fiziksel aktivite düzeylerinin işçi statüsünde çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 13,748; $p<0,05$).

Oturma fiziksel aktivitede doktor olarak çalışanların (1329,88 MET-dk/hafta), hemşire olarak çalışanların (979,73 MET-dk/hafta), hasta bakıcı olarak çalışanların (936,77 MET-dk/hafta), sürekli işçi çalışanların (1033,49 MET-dk/hafta), diğer meslek grubu çalışanların (1032,50 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; sağlık çalışanların oturma fiziksel aktivite düzeylerinin benzer olduğu gruplar arasında bir anlamlı farklılık oluşmadığı sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 :6,139; $p<0,05$).

Tablo 3.8. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Süresi Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Kruskal Wallis Testi Analizi

	Sağ Sek Çalışma Süresi	N	x	ss	Sort	χ^2	p	Farklılık Kaynağı
Şiddetli	1-5 yıl	117	1002,39	994,00	141,74	5,799	,215	
	6-10 yıl	65	787,20	585,68	125,77			
	11-15 yıl	30	704,00	669,30	108,92			
	16-20 yıl	21	984,76	1354,61	131,88			
	20+	28	847,14	808,33	121,25			
	Toplam	261	896,43	892,98				
Orta Şiddetli	1-5 yıl	191	859,16	858,68	184,31	5,282	,260	
	6-10 yıl	110	910,18	936,37	196,82			
	11-15 yıl	35	840,57	519,56	207,66			
	16-20 yıl	18	971,11	848,17	204,14			
	20+	23	859,13	1143,57	150,28			
	Toplam	377	877,67	872,50				
Yürüme	1-5 yıl	373	1317,55	970,76	437,32	30,937	,000	1,4/3,5
	6-10 yıl	206	1143,53	874,07	395,57			
	11-15 yıl	99	892,17	885,67	308,89			
	16-20 yıl	45	1170,77	823,63	405,23			
	20+	75	1018,29	991,62	338,37			
	Toplam	798	1183,45	939,95				
Oturma	1-5 yıl	376	1110,61	1031,92	372,15	10,792	,037	4,5/1,2,3
	6-10 yıl	206	912,98	941,92	386,83			
	11-15 yıl	99	1041,36	1088,54	383,53			
	16-20 yıl	45	1072,20	1036,11	412,24			
	20+	76	827,96	682,26	423,79			
	Toplam	802	1022,36	991,78				
Toplam	1-5 yıl	91	3165,99	1941,44	436,91	4,357	,000	
	6-10 yıl	42	3090,97	2311,44	412,49			
	11-15 yıl	14	2790,91	1713,84	394,37			
	16-20 yıl	17	2444,04	1742,26	333,55			
	20+	17	2404,96	1808,88	327,66			
	Toplam	181	2904,20	1890,72				

Tablo 3.8’de belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının çalışma süresi değişkeni esas alındığında fiziksel aktivite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal Wallis H testi analizi sonucuna göre; toplam fiziksel aktivitede 1-5 yıl çalışma süresi olan çalışanların (3165,99 MET-dk/hafta), 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların (3090,97 MET-dk/hafta), 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların (2790,91 MET-dk/hafta), 16-20 yıl çalışma süresi olan çalışanların (2444,04 MET-dk/hafta), 20+yıl çalışma süresi olan çalışanların (2404,96 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl

çalışma süresi olan çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin 16-20 yıl ve 21+ yıl çalışma süresi olan çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 4,357; $p<0,05$).

Tablo 3.9. Sağlık Çalışanlarının GelirDüzeyi Değişkenine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Kruskal Wallis Testi Analizi

	Gelir Düzeyi	N	x	ss	Sort	χ^2	p
Şiddetli	3000-6000	201	924,06	929,50	134,75	2,807	,246
	6001-8000	46	868,52	837,11	122,63		
	8001-+	14	591,43	340,92	104,64		
	Toplam	261	896,43	892,98			
Orta Şiddetli	3000-6000	312	923,27	916,75	195,03	5,631	,060
	6001-8000	49	660,82	589,32	160,06		
	8001-+	16	652,50	543,32	160,06		
	Toplam	377	877,67	872,50			
Yürüme	3000-6000	627	1160,96	923,37	396,41	,929	,628
	6001-8000	129	1271,98	1048,63	404,50		
	8001-+	42	1247,32	828,98	430,27		
	Toplam	798	1183,45	939,95			
Oturma	3000-6000	629	981,70	962,53	388,34	4,607	,101
	6001-8000	130	1309,45	1011,76	430,54		
	8001-+	43	1200,00	1211,09	446,20		
	Toplam	802	1022,36	991,78			
Toplam	3000-6000	629	2882,22	1917,29	397,10	2,741	,254
	6001-8000	130	2928,05	1869,00	404,33		
	8001-+	43	3153,66	1552,47	457,29		
	Toplam	802	2904,20	1890,72			

Tablo 3.9’da belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının gelir düzeyi değişkeni esas alındığında fiziksel aktivite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal Wallis H testi analizi sonucuna göre; toplam fiziksel aktivitede 3000-6000 TL geliri olan çalışanların (2882,22 MET-dk/hafta), 6001-8000 TL geliri olan çalışanların (2928,05 MET-dk/hafta), 8001 TL-+ geliri olan çalışanların (3153,66 MET-dk/hafta), olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; gelir düzeyinin değişkeninin fiziksel aktivite yapma açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır (2χ 2,741; $p>0,05$).

Şiddetli fiziksel aktivitede 3000-6000 TL geliri olan çalışanların (924,06 MET-dk/hafta), 6001-8000 TL geliri olan çalışanların (868,52 MET-dk/hafta), 8001 TL-+ geliri olan çalışanların (591,43 MET-dk/hafta), olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; gelir düzeyi değişkeninin şiddetli fiziksel aktivite yapma

açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 2,807; $p>0,05$).

Orta şiddetli fiziksel aktivitede 3000-6000 TL geliri olan çalışanların (923,27 MET-dk/hafta), 6001-8000 TL geliri olan çalışanların (660,82 MET-dk/hafta), 8001 TL-+ geliri olan çalışanların (652,50 MET-dk/hafta), olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre gelir düzeyinin değişkeninin orta şiddetli fiziksel aktivite yapma açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 5,631; $p>0,05$).

Yürüme fiziksel aktivitede 3000-6000 TL geliri olan çalışanların (1160,96 MET-dk/hafta), 6001-8000 TL geliri olan çalışanların (1271,98 MET-dk/hafta), 8001 TL-+ geliri olan çalışanların (1247,32 MET-dk/hafta), olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; gelir düzeyinin değişkeninin yürüme aktivitesi yapma açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 0,929; $p>0,05$).

Oturma fiziksel aktivitede 3000-6000 TL geliri olan çalışanların (981,70 MET-dk/hafta), 6001-8000 TL geliri olan çalışanların (1309,45 MET-dk/hafta), 8001 TL-+ geliri olan çalışanların (1200,00 MET-dk/hafta), olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; gelir düzeyinin değişkeninin oturma aktivitesi yapma açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır (χ^2 : 4,607; $p>0,05$).

3.2. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 3.10. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalite Düzeyi

	n		ss	Min.	Maks.
Fiziksel Fonksiyon	802	75,94	22,71	10,00	100,00
Fiziksel Rol Güçlüğü	802	59,53	33,88	25,00	100,00
Emosyonel Rol Güçlüğü	801	80,70	27,08	33,33	100,00
Enerji Vitalite Canlılık	791	50,53	22,11	5,00	100,00
Ruhsal Sağlık	798	53,84	20,02	4,00	100,00
Sosyal İşlevsellik	794	45,65	14,74	12,50	100,00
Ağrı	802	26,66	22,30	1,10	100,00
Genel Sağlık Algısı	802	50,08	15,72	10,00	95,00

Tablo 3.10'da belirtildiği gibi katılımcıların yaşam kalitesi alt indeks değerlerinin fiziksel fonksiyon ortalaması $75,94\pm 22,71$, fiziksel rol güçlüğü ortalaması $59,53\pm 33,88$, emosyonel rol güçlüğü ortalaması $80,70\pm 27,08$, enerji vitalite canlılık ortalaması $50,53\pm 22,11$, ruhsal sağlık ortalaması $53,84\pm 20,02$, sosyal işlevsellik ortalaması $45,65\pm 14,74$, ağrı ortalaması $26,66\pm 22,30$ ve genel sağlık algısı ortalaması $50,08\pm 15,72$ tespit edilmiştir.

Tablo 3.11. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyet Değişikine Göre Yaşam Kalite Düzeyi t-Testi Analizi

	Cinsiyet	N	x	ss	Levene's Test		t	p
					F	P		
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	472	72,91	23,68	4,071	,044	-4,203	,000*
	Erkek	329	79,88	22,17				
Fiziksel Rol güçlüğü	Kadın	470	52,23	43,07	,881	,348	,354	,724
	Erkek	328	51,14	42,53				
Emosyonel Rol güçlüğü	Kadın	470	48,10	44,65	,163	,687	-2,194	,039
	Erkek	328	54,17	44,35				
Enerji canlılık Vitalite	Kadın	472	45,74	22,51	,057	,812	-5,356	,000*
	Erkek	328	54,51	23,15				
Ruhsal sağlık	Kadın	472	51,94	20,94	,403	,526	-2,100	,038
	Erkek	327	54,79	20,65				
Sosyal işlevsellik	Kadın	469	45,31	15,18	6,079	,014	2,082	,045
	Erkek	326	43,22	17,71				
Ağrı	Kadın	470	25,86	23,96	3,418	,065	3,556	,000*
	Erkek	328	20,10	20,17				
Genel Sağlık Algısı	Kadın	471	49,64	15,18	2,646	,104	-1,231	,219
	Erkek	328	51,02	16,28				

*p<0.05

Tablo 3.11’de belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkenine göre yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan t-testi analizi sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, kadın çalışanların puan ortalaması (72,91±23,68), erkek çalışanların puan ortalaması (79,88±22,17)’dir. Bu sonuca göre; erkek çalışanların, kadın çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeyleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($t_{(801)}$: -4,203; $p<0.05$).

Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, kadın çalışanların puan ortalaması (52,23±43,07), erkek çalışanların puan ortalaması (51,14±42,53)’dir. Bu sonuca göre; sağlık çalışanların fiziksel rol güçlüğü düzeyleri boyutunda anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür. ($t_{(801)}$: 0,354; $p>0.05$).

Emosyonel rol güçlüğü boyutunda, kadın çalışanların puan ortalaması (48,10±44,10), erkek çalışanların puan ortalaması (54,17±44,35)’dir. Bu sonuca göre; erkek çalışanların, kadın çalışanlara göre emosyonel rol güçlüğü düzeyleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür. ($t_{(801)}$: -2,194; $p<0.05$).

Enerji canlılık vitalite boyutunda, kadın çalışanların puan ortalaması (45,74±22,51), erkek çalışanların puan ortalaması (54,51±23,15)’dir. Bu sonuca

göre; erkek çalışanların, kadın çalışanlara göre enerji canlılık vitalite düzeyleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür. ($t_{(801)}: -5,356: p<0.05$).

Ruhsal sağlık boyutunda, kadın çalışanların puan ortalaması ($51,94\pm 20,94$), erkek çalışanların puan ortalaması ($54,79\pm 20,65$)'dir. Bu sonuca göre; erkek çalışanların, kadın çalışanlara göre enerji canlılık vitalite düzeyleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür. ($t_{(801)}: -2,100: p<0.05$).

Sosyal işlevsellik boyutunda, kadın çalışanların puan ortalaması ($45,31\pm 15,18$), erkek çalışanların puan ortalaması ($43,22\pm 17,71$)'dir. Bu sonuca göre; kadın çalışanların, erkek çalışanlara göre Sosyal işlevsellik düzeyleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür. ($t_{(801)}: 2,082: p<0.05$).

Ağrı boyutunda, kadın çalışanların puan ortalaması ($25,86\pm 23,96$), erkek çalışanların puan ortalaması ($20,10\pm 20,+17$)'dir. Bu sonuca göre kadın çalışanların, erkek çalışanlara göre ağrı düzeyleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür. ($t_{(801)}: 3,556: p<0.05$).

Genel sağlık algısı boyutunda, kadın çalışanların puan ortalaması ($49,64\pm 15,18$), erkek çalışanların puan ortalaması ($51,02\pm 16,28$)'dir. Bu sonuca göre; genel sağlık algısı düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturduğu görülmemiştir ($t_{(801)}: -1,231: p<0.05$).

Tablo 3.12. Sağlık Çalışanlarının Medeni Durum Değişikine Göre Yaşam Kalite Düzeyi t-Testi Analizi

	Medeni Durum	N	x	ss	Levene's Test		t	p
					F	p		
Fiziksel Fonksiyon	Evli	410	75,02	23,31	,202	,654	-,932	,352
	Bekâr	391	76,56	23,33				
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evli	408	54,04	43,13	,901	,343	1,525	,128
	Bekâr	390	49,42	42,44				
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evli	408	52,78	45,40	5,319	,021	1,417	,157
	Bekâr	390	48,31	43,68				
Enerji Canlılık Vitalite	Evli	410	50,10	22,33	,619	,432	,953	,341
	Bekâr	390	48,54	24,01				
Ruhsal Sağlık	Evli	409	54,62	20,24	,094	,760	2,108	,035*
	Bekâr	390	51,52	21,40				
Sosyal İşlevsellik	Evli	406	44,86	16,13	,295	,587	,718	,473
	Bekâr	389	44,03	16,46				
Ağrı	Evli	408	24,07	22,09	,761	,383	,742	,458
	Bekâr	390	22,88	23,23				
Genel Sağlık Algısı	Evli	409	51,53	15,82	,041	,839	2,459	,014*
	Bekâr	390	48,82	15,37				

* $p<0.05$

Tablo 3.12’de belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durum değişkeni esas alındığında yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan t-testi analizi sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, evli çalışanların puan ortalaması (75,02±23,31), bekâr çalışanların puan ortalaması (76,56±23,33)’dir. Bu sonuca göre çalışanların, medeni durumlarına göre fiziksel fonksiyon düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($t_{(801)}: -,932; p>0.05$).

Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, evli çalışanların puan ortalaması (54,04±43,13), bekâr çalışanların puan ortalaması (49,42±42,44)’dir. Bu sonuca göre; çalışanların, medeni durumlarına göre fiziksel rol güçlüğü düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($t_{(801)}: 1,525; p>0.05$).

Emosyonel rol güçlüğü boyutunda, evli çalışanların puan ortalaması (52,78±45,40), bekâr çalışanların puan ortalaması (48,31±43,68)’dir. Bu sonuca göre çalışanların, medeni durumlarına göre emosyonel rol güçlüğü düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($t_{(801)}: 1,417; p>0.05$).

Enerji canlılık vitalite boyutunda, evli çalışanların puan ortalaması (50,10±22,33), bekâr çalışanların puan ortalaması (48,54±24,01)’dir. Bu sonuca göre çalışanların, medeni durumlarına göre Enerji canlılık vitalite düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($t_{(801)}: 0,953; p>0.05$).

Ruhsal sağlık boyutunda, evli çalışanların puan ortalaması (54,62±20,24), bekâr çalışanların puan ortalaması (51,52±21,40)’dir. Bu sonuca göre; çalışanların medeni durumlarına göre ruhsal sağlık düzeylerinde evli çalışanların daha yüksek olduğu sonucuna varılmış ve anlamlı farklılık oluşturmuştur ($t_{(801)}: 2,108; p<0.05$).

Sosyal işlevsellik boyutunda, evli çalışanların puan ortalaması (44,86±16,13), bekâr çalışanların puan ortalaması (44,03±16,46)’dir. Bu sonuca göre çalışanların, medeni durumlarına göre sosyal işlevsellik düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($t_{(801)}: 0,718; p>0.05$).

Ağrı boyutunda, evli çalışanların puan ortalaması (24,07±22,09), bekâr çalışanların puan ortalaması (22,88±23,23)’dir. Bu sonuca göre çalışanların, medeni durumlarına göre ağrı düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($t_{(801)}: 0,742; p>0.05$).

Genel sağlık algısı boyutunda, evli çalışanların puan ortalaması (51,53±15,82), bekâr çalışanların puan ortalaması (48,82±15,37)’dir. Bu sonuca göre; çalışanların medeni durumlarına göre genel sağlık algı düzeylerinde evli çalışanların daha yüksek olduğu görülmüş ve anlamlı farklılık oluşturmuştur ($t_{(801)}: 2,459; p<0.05$).

Tablo 3.13. Sağlık Çalışanlarının VKİ Değişkenine Göre Yaşam Kalite Düzeyi t-Testi Analizi

	VKİ	N	x	ss	Levene's Test		t	p
					F	p		
Fiziksel Fonksiyon	<25	330	85,11	20,10	,436	,509	16,845	,000*
	>25	471	61,23	18,54				
Fiziksel Rol Güçlüğü	<25	330	65,78	34,24	40,481	,000	6,801	,000*
	>25	468	49,51	30,79				
Emosyonel Rol Güçlüğü	<25	330	83,13	25,97	9,391	,002	2,831	,005*
	>25	468	75,93	28,62				
Enerji Canlılık Vitalite	<25	329	53,83	23,01	7,918	,005	5,452	,000*
	>25	471	45,10	19,37				
Ruhsal Sağlık	<25	329	57,62	20,91	19,133	,000	6,950	,000*
	>25	470	47,70	16,79				
Sosyal İşlevsellik	<25	328	45,34	14,28	1,474	,225	-,752	,452
	>25	467	46,16	15,44				
Ağrı	<25	330	22,49	18,47	26,567	,000	-5,950	,000*
	>25	468	32,39	25,63				
Genel Sağlık Algısı	<25	329	52,16	15,85	1,760	,185	4,817	,000*
	>25	470	46,74	14,94				

*p<0.05

Tablo 3.13’de belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının VKİ değişkenine göre yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan t-testi analizi sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, ideal kilolu çalışanların puan ortalaması (85,11±20,10), kilolu çalışanların puan ortalaması (61,23±18,54)’dir. Bu sonuca göre ideal kilolu çalışanların, kilolu çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeyleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($t_{(801)}$: 16,845; $p<0.05$).

Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, ideal kilolu çalışanların puan ortalaması (65,78±34,24), kilolu çalışanların puan ortalaması (49,51±30,79)’dir. Bu sonuca göre ideal kilolu çalışanların, kilolu çalışanlara göre fiziksel rol güçlüğü düzeyleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($t_{(801)}$: 6,801; $p<0.05$).

Emosyonel rol güçlüğü boyutunda, ideal kilolu çalışanların puan ortalaması (83,13±25,97), kilolu çalışanların puan ortalaması (75,93±28,62)’dir. Bu sonuca göre; ideal kilolu çalışanların, kilolu çalışanlara göre Emosyonel rol güçlüğü düzeyleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($t_{(801)}$: 2,831; $p<0.05$).

Enerji canlılık vitalite boyutunda, ideal kilolu çalışanların puan ortalaması (53,83±23,01), kilolu çalışanların puan ortalaması (45,10±19,37)’dir. Bu sonuca göre ideal kilolu çalışanların, kilolu çalışanlara göre Enerji canlılık vitalite

düzeyleleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görölmüştür ($t_{(801)}: 5,452; p<0.05$).

Ruhsal sağlık boyutunda, ideal kilolu çalışanların puan ortalaması ($57,62\pm20,91$), kilolu çalışanların puan ortalaması ($47,70\pm16,79$)'dir. Bu sonuca göre; ideal kilolu çalışanların, kilolu çalışanlara göre ruhsal sağlık düzeylelerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görölmüştür ($t_{(801)}: 6,950; p<0.05$).

Sosyal işlevsellik boyutunda, ideal kilolu çalışanların puan ortalaması ($45,34\pm14,28$), kilolu çalışanların puan ortalaması ($46,16\pm15,44$)'dir. Bu sonucun VKİ göre sosyal işlevsellik düzeylelerinde anlamlı farklılık oluşturduğu görölmüştür ($t_{(801)}: -,752; p<0.05$).

Ağrı boyutunda, ideal kilolu çalışanların puan ortalaması ($22,49\pm18,47$), kilolu çalışanların puan ortalaması ($32,39\pm25,63$)'dir. Bu sonuca göre; kilolu çalışanların, ideal kilolu çalışanlara göre ağrı düzeyleleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görölmüştür ($t_{(801)}: -5,950; p<0.05$).

Genel sağlık algısı boyutunda, ideal kilolu çalışanların puan ortalaması ($52,16\pm15,85$), kilolu çalışanların puan ortalaması ($46,74\pm14,94$)'dir. Bu sonuca göre; ideal kilolu çalışanların, kilolu çalışanlara göre genel sağlık algı düzeyleleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görölmüştür ($t_{(801)}: 4,817; p<0.05$).

Tablo 3.14. Sağlık Çalışanlarının Yaş Değişikine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi

Yaş	N	x	ss	Vkay	Ktop	df	Kort	F	p	LSD
Fiziksel Fonksiyon	18-28^a	363	77,92	23,55	G.ars	4784,263	3	1594,754	2,955	,032*
	29-39^b	229	75,76	22,27	G.içi	430085,83	797	539,631		a,b,d/c
	40-50^c	189	71,72	23,75	Top	434870,1	800			
	51-61^d	20	75,25	23,25						
	Toplam	801	75,77	23,31						
Fiziksel Rol Güçlüğü	18-28	364	51,79	41,54	G.ars	12469,884	3	4156,628	2,277	,078
	29-39	227	53,41	44,15	G.içi	1449360,473	794	1825,391		
	40-50	187	47,59	43,62	Top	1461830,357	797			
	51-61	20	52,50	38,81						
	Toplam	798	51,79	42,83						
Emosyonel Rol Güçlüğü	18-28	364	49,56	43,72	G.ars	7927,136	3	2642,379	1,330	,263
	29-39	227	50,66	45,58	G.içi	1577326,703	794	1986,558		
	40-50	187	50,45	45,11	Top	1585253,839	797			
	51-61	20	50,00	43,12						
	Toplam	798	50,59	44,60						
Enerji Canlılık Vitalite	18-28^a	363	54,71	21,00	G.ars	9540,464	3	3180,155	6,038	,000*
	29-39^b	229	50,75	22,20	G.içi	419210,734	796	526,647		a/c
	40-50^c	188	50,05	23,58	Top	428751,199	799			
	51-61^d	20	46,03	23,54						
	Toplam	800	49,34	23,16						
Ruhsal Sağlık	18-28	363	51,38	21,88	G.ars	2169,238	3	723,079	1,666	,173
	29-39	229	54,78	21,84	G.içi	344969,988	795	433,925		
	40-50	187	53,99	17,69	Top	347139,226	798			
	51-61	20	57,00	15,78						
	Toplam	799	53,11	20,86						
Sosyal İşlevsellik	18-28^a	363	45,12	16,38	G.ars	2185,144	3	728,381	2,765	,041*
	29-39^b	227	45,82	16,22	G.içi	208403,059	791	263,468		a,b/d
	40-50^c	185	42,03	15,98	Top	210588,203	794			
	51-61^d	20	39,38	15,85						
	Toplam	795	44,45	16,29						
Ağrı	18-28	364	24,17	23,71	G.ars	2784,960	3	928,320	1,816	,143
	29-39	227	24,54	22,91	G.içi	405934,182	794	511,252		
	40-50	187	21,95	20,78	Top	408719,142	797			
	51-61	20	13,69	12,32						
	Toplam	798	23,49	22,65						
Genel Sağlık Algısı	18-28	363	49,22	14,80	G.ars	984,062	3	328,021	1,341	,260
	29-39	228	51,54	16,44	G.içi	194398,520	795	244,526		
	40-50	188	50,13	16,43	Top	195382,582	798			
	51-61	20	53,57	13,16						
	Toplam	799	50,20	15,64						

*p<0.05

Tablo 3.14'de belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş değişkeni esasında yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan anova-testi analizi sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, 18-28 yaş çalışanların puan ortalaması (77,92±23,55), 29-39 yaş çalışanların puan ortalaması (75,76±22,27), 40-50 yaş çalışanların puan ortalaması (71,72±23,75), 51-61 yaş çalışanların puan ortalaması (75,25±23,25)'dir. Bu sonuca göre; 18-28 yaş çalışanların 51-61 yaş grubu çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(3;797)}: 2,955: p<0.05$).

Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, 18-28 yaş çalışanların puan ortalaması (51,79±41,54), 29-39 yaş çalışanların puan ortalaması (53,41±44,15), 40-50 yaş çalışanların puan ortalaması (47,59±43,62), 51-61 yaş çalışanların puan ortalaması (52,50±38,81)'dir. Bu sonuca göre; yaş grubu değişkenine göre çalışanların fiziksel rol güçlüğü düzeyleri arasında anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($F_{(3;794)}: 0,078: p>0.05$).

Emosyonel rol güçlüğü boyutunda, 18-28 yaş çalışanların puan ortalaması (49,56±43,72), 29-39 yaş çalışanların puan ortalaması (50,66±45,58), 40-50 yaş çalışanların puan ortalaması (50,45±45,11), 51-61 yaş çalışanların puan ortalaması (50,00±43,12)'dir. Bu sonuca göre; yaş grubu değişkenine göre çalışanların emosyonel rol güçlüğü düzeyleri arasında anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($F_{(3;794)}: 1,330: p>0.05$).

Enerji canlılık vitalite boyutunda, 18-28 yaş çalışanların puan ortalaması (54,71±21,00), 29-39 yaş çalışanların puan ortalaması (50,75±22,20), 40-50 yaş çalışanların puan ortalaması (50,05±23,58), 51-61 yaş çalışanların puan ortalaması (46,03±23,54)'dir. Bu sonuca göre; 18-28 yaş çalışanların 51-61 yaş grubu çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeyleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(3;796)}: 6,038: p<0.05$).

Ruhsal sağlık boyutunda, 18-28 yaş çalışanların puan ortalaması (51,38±21,88), 29-39 yaş çalışanların puan ortalaması (54,78±21,84), 40-50 yaş çalışanların puan ortalaması (53,99±17,69), 51-61 yaş çalışanların puan ortalaması (57,00±15,78)'dir. Bu sonuca göre; yaş grubu değişkenine göre çalışanların Ruhsal sağlık düzeyleri arasında anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($F_{(3;795)}: 1,666: p>0.05$).

Sosyal işlevsellik boyutunda, 18-28 yaş çalışanların puan ortalaması (45,12±16,38), 29-39 yaş çalışanların puan ortalaması (45,82±16,22), 40-50 yaş çalışanların puan ortalaması (42,03±15,98), 51-61 yaş çalışanların puan ortalaması (39,38±15,85)'dir. Bu sonuca göre; 18-28 ve 29-39 yaş grubu çalışanların 51-61 yaş grubu çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeyleri daha

yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(2;765)}: 2,765: p<0.05$).

Ağrı boyutunda, 18-28 yaş çalışanların puan ortalaması (24,17±23,71), 29-39 yaş çalışanların puan ortalaması (24,54±22,91), 40-50 yaş çalışanların puan ortalaması (21,95±20,78), 51-61 yaş çalışanların puan ortalaması (13,69±12,32)'dir. Bu sonuca göre; yaş grubu değişkenine göre çalışanların ağrı düzeyleri arasında anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($F_{(3;794)}: 1,816: p>0.05$).

Genel sağlık algısı boyutunda, 18-28 yaş çalışanların puan ortalaması (49,22±14,80), 29-39 yaş çalışanların puan ortalaması (51,54±16,44), 40-50 yaş çalışanların puan ortalaması (50,13±16,43), 51-61 yaş çalışanların puan ortalaması (53,57±13,16)'dir. Bu sonuca göre; yaş grubu değişkenine göre çalışanların genel sağlık algısı düzeyleri arasında anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($F_{(3;794)}: 1,341: p>0.05$).

Tablo 3.15. Sağlık Çalışanlarının Eğitim Düzeyi Değişkinine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi

	Eğitim Düzeyi	N	x	ss	Vkay	Ktop	df	Kort	F	p	LSD
Fiziksel Fonksiyon	Ortaokul ^a	106	71,32	24,93	G.ars	14415,864	4	3603,966	6,823	,000*	e/a,b,c
	Lise ^b	208	74,62	24,06	G.içi	420454,236	796	528,209			
	Önlisans ^c	125	76,76	22,74	Top	434870,100	800				
	Lisans ^d	296	79,09	20,98							
	Lisansüstü ^e	66	85,30	18,01							
	Toplam	801	75,77	23,31							
Fiziksel Rol Güçlüğü	Ortaokul ^a	105	49,05	42,87	G.ars	22912,488	4	5728,122	3,157	,014*	e/a,b,c,d
	Lise ^b	207	47,71	43,21	G.içi	1438917,869	793	1814,524			
	Önlisans ^c	126	56,15	41,44	Top	1461830,357	797				
	Lisans ^d	295	50,34	42,95							
	Lisansüstü ^e	65	67,31	40,73							
	Toplam	798	51,79	42,83							
Emosyonel Rol Güçlüğü	Ortaokul ^a	105	53,02	44,74	G.ars	21611,195	4	5402,799	2,740	,028*	e/a,b,c,d
	Lise ^b	207	52,36	45,41	G.içi	1563642,644	793	1971,807			
	Önlisans ^c	126	52,65	44,69	Top	1585253,839	797				
	Lisans ^d	295	44,86	43,93							
	Lisansüstü ^e	65	63,08	42,13							
	Toplam	798	50,59	44,60							
Enerji Canlılık Vitalite	Ortaokul ^a	105	56,81	22,60	G.ars	26091,438	4	6522,860	12,879	,000*	a,b/ c,d
	Lise ^b	207	55,61	22,05	G.içi	402659,761	795	506,490			
	Önlisans ^c	126	45,75	23,05	Top	428751,199	799				
	Lisans ^d	296	43,45	22,65							
	Lisansüstü ^e	66	51,06	22,08							
	Toplam	800	49,34	23,16							
Ruhsal Sağlık	Ortaokul ^a	104	56,08	19,89	G.ars	5808,105	4	1452,026	3,378	,009*	e/ c,d
	Lise ^b	207	53,82	18,92	G.içi	341331,121	794	429,888			
	Önlisans ^c	126	51,43	22,20	Top	347139,226	798				
	Lisans ^d	296	50,81	22,00							
	Lisansüstü ^e	66	59,70	18,61							
	Toplam	799	53,11	20,86							
Ağrı	Ortaokul ^a	105	20,17	20,03	G.ars	6130,842	4	1532,711	3,019	,017	
	Lise ^b	207	20,24	22,46	G.içi	402588,299	793	507,678			d,e/a,b
	Önlisans ^c	126	21,55	22,30	Top	408719,142	797				
	Lisans ^d	295	22,42	19,61							
	Lisansüstü ^e	65	26,97	25,23							
	Toplam	798	23,49	22,65							
Genel Sağlık Algısı	Ortaokul ^a	105	48,94	15,58	G.ars	2556,242	4	639,061	2,631	,033*	a,b/c,d,e
	Lise ^b	207	48,76	14,95	G.içi	192826,340	794	242,854			
	Önlisans ^c	126	52,48	16,47	Top	195382,582	798				
	Lisans ^d	295	52,42	15,36							
	Lisansüstü ^e	66	52,80	17,30							
	Toplam	799	50,21	15,65							

*p<0.05

Tablo 3.15'te belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre; yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan anova-testi analizi sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, ortaokul

mezunu çalışanların puan ortalaması (71,32±24,93), lise mezunu çalışanların puan ortalaması (74,62±24,06), önlisans mezunu çalışanların puan ortalaması (76,76±22,74), lisans grubu çalışanların puan ortalaması (79,09±20,98), lisansüstü mezunu çalışanların puan ortalaması (85,30±18,01)'dir. Bu sonuca göre; lisans ve lisansüstü mezunu çalışanların ortaokul ve lise mezunu çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4:796)}: 6,823: p<0.05$).

Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, ortaokul mezunu çalışanların puan ortalaması (49,05±42,87), lise mezunu çalışanların puan ortalaması (47,71±43,21), önlisans mezunu çalışanların puan ortalaması (56,15±41,44), lisans grubu çalışanların puan ortalaması (50,34±42,95), lisansüstü mezunu çalışanların puan ortalaması (67,31±40,73)'dir. Bu sonuca göre; lisans ve lisansüstü mezunu çalışanların ortaokul ve lise mezunu çalışanlara göre fiziksel rol güçlüğü düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4:796)}: 6,823: p<0.05$).

Emosyonel rol güçlüğü boyutunda, ortaokul mezunu çalışanların puan ortalaması (53,02±44,74), lise mezunu çalışanların puan ortalaması (52,36±45,41), önlisans mezunu çalışanların puan ortalaması (52,65±44,69), lisans grubu çalışanların puan ortalaması (44,86±43,93), lisansüstü mezunu çalışanların puan ortalaması (63,08±42,13)'dir. Bu sonuca göre önlisans, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanların ortaokul ve lise mezunu çalışanlara göre emosyonel rol güçlüğü düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4:793)}: 2,740: p<0.05$).

Enerji canlılık vitalite rol güçlüğü boyutunda, ortaokul mezunu çalışanların puan ortalaması (56,81±22,60), lise mezunu çalışanların puan ortalaması (55,61±22,05), önlisans mezunu çalışanların puan ortalaması (45,75±23,05), lisans grubu çalışanların puan ortalaması (43,45±22,65), lisansüstü mezunu çalışanların puan ortalaması (51,06±22,08)'dir. Bu sonuca göre ortaokul, lise ve lisansüstü çalışanların, önlisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre enerji canlılık vitalite rol güçlüğü düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4:793)}: 2,740: p<0.05$).

Ruhsal sağlık boyutunda, ortaokul mezunu çalışanların puan ortalaması (56,08±19,89), lise mezunu çalışanların puan ortalaması (53,82±18,89), önlisans mezunu çalışanların puan ortalaması (51,43±22,20), lisans grubu çalışanların puan ortalaması (50,81±22,00), lisansüstü mezunu çalışanların puan ortalaması (59,70±18,61)'dir. Bu sonuca göre ortaokul ve lisansüstü çalışanların, önlisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre ruhsal sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4:794)}: 3,378: p<0.05$).

Sosyal işlevsellik boyutunda, ortaokul mezunu çalışanların puan ortalaması (44,30±16,02), lise mezunu çalışanların puan ortalaması (44,12±17,22), önlisans mezunu çalışanların puan ortalaması (44,05±14,55), lisans grubu çalışanların puan ortalaması (44,96±14,55), lisansüstü mezunu çalışanların puan ortalaması (44,23±16,69)'dir. Bu sonuca göre eğitim durumu değişkenine göre sosyal işlevsellik düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(4:790)}: 0,116: p>0.05$).

Ağrı boyutunda, ortaokul mezunu çalışanların puan ortalaması (50,17±20,03), lise mezunu çalışanların puan ortalaması (20,24±22,46), önlisans mezunu çalışanların puan ortalaması (21,55±22,30), lisans grubu çalışanların puan ortalaması (22,42±19,61), lisansüstü mezunu çalışanların puan ortalaması (26,97±25,23)'dir. Bu sonuca göre ortaokul ve lise mezunu çalışanların, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre ağrı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4:793)}: 3,019: p<0.05$).

Genel sağlık algısı boyutunda, ortaokul mezunu çalışanların puan ortalaması (48,94±15,58), lise mezunu çalışanların puan ortalaması (48,76±14,95), önlisans mezunu çalışanların puan ortalaması (52,48±16,47), lisans grubu çalışanların puan ortalaması (52,42±15,36), lisansüstü mezunu çalışanların puan ortalaması (52,80±17,30)'dir. Bu sonuca göre; ortaokul ve lise mezunu çalışanların, önlisans, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4:793)}: 2,631: p<0.05$).

Tablo 3.16. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Statüsü Değişikine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi

Statüsü	Çalışma			V _{kay}	K _{top}	df	Kort	F	p	LSD	
	N	X	SS								
Fiziksel Fonksiyon	Doktor ^a	48	84,69	17,85	G.ars	19933,210	4	4983,303	9,560	,000*	a,b/c,d
	Hemşire ^b	316	80,29	20,52	G.içi	414936,890	796	521,277			
	Hasta Bakıcı ^c	62	72,31	23,66	Top	434870,100	800				
	Sürekli İşçi ^d	256	65,24	26,01							
	Diğer ^e	119	77,14	25,20							
	Toplam	801	75,77	23,31							
Fiziksel Rol Güçlüğü	Doktor ^a	48	59,90	42,76	G.ars	23619,107	4	5904,777	3,256	,012	a,b,c/d,e
	Hemşire ^b	316	59,45	42,06	G.içi	1438211,250	793	1813,633			
	Hasta Bakıcı ^c	62	52,96	44,78	Top	1461830,357	797				
	Sürekli İşçi ^d	253	49,37	42,16							
	Diğer ^e	119	38,31	35,85							
	Toplam	798	51,79	42,83							
Emosyonel Rol Güçlüğü	Doktor ^a	48	54,86	43,75	G.ars	83825,057	4	20956,264	11,068	,000	a,b,c/d,e
	Hemşire ^b	316	62,06	44,25	G.içi	1501428,782	793	1893,353			
	Hasta Bakıcı ^c	62	57,98	44,57	Top	1585253,839	797				
	Sürekli İşçi ^d	253	40,84	43,43							
	Diğer ^e	119	36,02	38,32							
	Toplam	798	50,59	44,60							
Enerji Canlılık Vitalite	Doktor ^a	48	47,60	19,46	G.ars	44056,593	4	11014,148	22,762	,000	b/a,d,e
	Hemşire ^b	316	42,12	22,77	G.içi	384694,606	795	483,893			
	Hasta Bakıcı ^c	61	46,23	22,30	Top	428751,199	799				
	Sürekli İşçi ^d	256	59,57	20,16							
	Diğer ^e	119	48,78	24,36							
	Toplam	800	49,34	23,16							
Ruhsal Sağlık	Doktor ^a	48	54,08	17,39	G.ars	9010,372	4	2252,593	5,290	,000	d/b,c
	Hemşire ^b	316	49,92	21,88	G.içi	338128,854	794	425,855			
	Hasta Bakıcı ^c	60	49,28	18,05	Top	347139,226	798				
	Sürekli İşçi ^d	256	57,45	18,47							
	Diğer ^e	119	53,75	23,83							
	Toplam	799	53,11	20,86							
Sosyal İşlevsellik	Doktor	48	42,19	18,35	G.ars	1683,025	4	420,756	1,591	,175	
	Hemşire	315	45,83	15,93	G.içi	208905,178	790	264,437			
	Hasta Bakıcı	60	46,29	21,47	Top	210588,203	794				
	Sürekli İşçi	253	42,89	15,71							
	Diğer	119	44,12	14,26							
	Toplam	795	44,45	16,29							
Ağrı	Doktor ^a	48	18,11	15,63	G.ars	11248,045	4	2812,011	5,610	,000	a,d/b,c
	Hemşire ^b	316	26,94	23,80	G.içi	397471,097	793	501,225			
	Hasta Bakıcı ^c	62	28,76	25,19	Top	408719,142	797				
	Sürekli İşçi ^d	253	19,38	18,95							
	Diğer ^e	119	22,50	25,77							
	Toplam	798	23,49	22,65							
Genel Sağlık Algısı	Doktor	48	52,87	16,91	G.ars	753,679	4	188,420	,769	,546	
	Hemşire	315	49,22	14,66	G.içi	194628,903	794	245,125			
	Hasta Bakıcı	61	50,50	15,00	Top	195382,582	798				
	Sürekli İşçi	256	50,85	16,28							
	Diğer	119	50,21	16,62							
	Toplam	799	50,21	15,65							

Tablo 3.16'da belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının çalışma statüsü değişkeni esasında yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan anova-testi analiz sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, doktor statüsünde çalışanların puan ortalaması (84,69±17,85), hemşire statüsünde çalışanların puan ortalaması (80,29±20,52), hasta bakıcı statüsünde çalışanların puan ortalaması (72,31±23,66), sürekli işçi statüsünde çalışanların puan ortalaması (65,24±26,01), diğer statülerde çalışanların puan ortalaması (77,14±25,20)'dir. Bu sonuca göre; doktor ve hemşire statüsünde çalışanların işçi statüsünde çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4;796)}: 9,560: p<0.05$).

Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, doktor statüsünde çalışanların puan ortalaması (59,90±42,76), hemşire statüsünde çalışanların puan ortalaması (59,45±42,06), hasta bakıcı statüsünde çalışanların puan ortalaması (52,96±44,78), sürekli işçi statüsünde çalışanların puan ortalaması (49,37±42,16), diğer statülerde çalışanların puan ortalaması (38,31±35,85)'dir. Bu sonuca göre; doktor, hemşire ve hasta bakıcı statüsünde çalışanların işçi statüsünde çalışanlara göre fiziksel rol güçlüğü düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4;796)}: 3,256: p<0.05$).

Emosyonel rol güçlüğü boyutunda, doktor statüsünde çalışanların puan ortalaması (54,86±43,75), hemşire statüsünde çalışanların puan ortalaması (62,06±44,25), hasta bakıcı statüsünde çalışanların puan ortalaması (57,98±44,57), sürekli işçi statüsünde çalışanların puan ortalaması (40,84±43,43), diğer statülerde çalışanların puan ortalaması (36,02±38,32)'dir. Bu sonuca göre; doktor, hemşire ve hasta bakıcı statüsünde çalışanların işçi statüsünde çalışanlara göre emosyonel rol güçlüğü düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4;793)}: 11,068: p<0.05$).

Enerji canlılık ve vitalite boyutunda, doktor statüsünde çalışanların puan ortalaması (47,60±19,46), hemşire statüsünde çalışanların puan ortalaması (42,12±22,77), hasta bakıcı statüsünde çalışanların puan ortalaması (46,23±22,30), sürekli işçi statüsünde çalışanların puan ortalaması (59,57±20,16), diğer statülerde çalışanların puan ortalaması (48,78±24,36)'dir. Bu sonuca göre; sürekli işçi statüsünde çalışanların doktor, hemşire ve hasta bakıcı statüsünde çalışanlara göre enerji canlılık vitalite düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4;793)}: 22,762: p<0.05$).

Ruhsal sağlık boyutunda, doktor statüsünde çalışanların puan ortalaması (54,08±17,39), hemşire statüsünde çalışanların puan ortalaması (49,92±21,88), hasta bakıcı statüsünde çalışanların puan ortalaması (49,28±18,05), sürekli işçi statüsünde çalışanların puan ortalaması (57,45±18,47), diğer statülerde çalışanların puan ortalaması (53,75±23,85)'dir. Bu sonuca göre; doktor, işçi ve

diğer statüsünde çalışanların hemşire ve hasta bakıcı statüsünde çalışanlara göre ruhsal sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4;794)}: 5,290: p<0.05$).

Sosyal işlevsellik boyutunda, doktor statüsünde çalışanların puan ortalaması (42,19±18,35), hemşire statüsünde çalışanların puan ortalaması (45,83±15,93), hasta bakıcı statüsünde çalışanların puan ortalaması (46,29±21,47), sürekli işçi statüsünde çalışanların puan ortalaması (42,89±15,71), diğer statülerde çalışanların puan ortalaması (44,12±14,26)'dir. Bu sonuca göre; sağlık çalışanlarının çalışma statüsü boyutunda sosyal işlevsellik düzeyleri açısından sonuçların benzer olduğu ve anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(4;790)}: 1,591: p>0.05$).

Ağrı boyutunda, doktor statüsünde çalışanların puan ortalaması (18,11±15,63), hemşire statüsünde çalışanların puan ortalaması (26,94±23,80), hasta bakıcı statüsünde çalışanların puan ortalaması (28,76±25,19), sürekli işçi statüsünde çalışanların puan ortalaması (19,38±18,95), diğer statülerde çalışanların puan ortalaması (22,50±25,77)'dir. Bu sonuca göre; doktor, işçi statüsünde çalışanların hemşire ve hasta bakıcı statüsünde çalışanlara göre ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4;793)}: 5,610: p<0.05$).

Genel sağlık algısı boyutunda, doktor statüsünde çalışanların puan ortalaması (52,87±16,91), hemşire statüsünde çalışanların puan ortalaması (49,22±14,66), hasta bakıcı statüsünde çalışanların puan ortalaması (50,50±15,00), sürekli işçi statüsünde çalışanların puan ortalaması (50,85±16,28), diğer statülerde çalışanların puan ortalaması (50,21±16,62)'dir. Bu sonuca göre; çalışma statüsünde çalışanların genel sağlık algısı arasında anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(4;794)}: 0,769: p>0.05$).

Tablo 3.17. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yılı Değişikine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi

	Çalışma yılı	N	X	SS	Vkay	Ktop	df	Kort	F	p	LSD
Fiziksel Fonksiyon	1-5 ^a	376	77,70	23,71	G.ars	9114,587	4	2278,647	4,260	,002	a,b/d,e
	6-10 ^b	205	77,98	20,96	G.içi	425755,513	796	534,869			
	11-15 ^c	99	72,24	24,77	Top	434870,100	800				
	16-20 ^d	45	69,95	23,23							
	20+ ^e	76	68,44	24,51							
	Toplam	801	75,77	23,31							
Fiziksel Rol Güçlüğü	1-5 ^a	375	51,00	42,57	G.ars	20718,485	4	5179,621	2,850	,023	a,b,c,d/e
	6-10 ^b	205	46,59	42,74	G.içi	1441111,872	793	1817,291			
	11-15 ^c	99	54,80	44,56	Top	1461830,357	797				
	16-20 ^d	45	52,78	44,02							
	20+ ^e	74	65,54	38,97							
	Toplam	798	51,79	42,83							
Emosyonel Rol Güçlüğü	1-5 ^a	375	51,39	43,90	G.ars	14485,578	4	3621,395	1,828	,121	
	6-10 ^b	205	44,88	45,76	G.içi	1570768,261	793	1980,792			
	11-15 ^c	99	50,17	45,77	Top	1585253,839	797				
	16-20 ^d	45	55,56	42,64							
	20+ ^e	74	59,91	43,44							
	Toplam	798	50,59	44,60							
Enerji Canlılık Vitalite	1-5 ^a	375	49,19	23,49	G.ars	1174,542	4	293,636	,546	,702	
	6-10 ^b	205	50,73	22,78	G.içi	427576,657	795	537,832			
	11-15 ^c	99	46,77	22,63	Top	428751,199	799				
	16-20 ^d	45	50,78	23,21							
	20+ ^e	76	48,82	23,54							
	Toplam	800	49,34	23,16							
Ruhsal Sağlık	1-5 ^a	375	53,37	21,37	G.ars	2819,805	4	704,951	1,626	,166	
	6-10 ^b	204	52,10	20,27	G.içi	344319,422	794	433,652			
	11-15 ^c	99	49,90	21,21	Top	347139,226	798				
	16-20 ^d	45	57,60	18,73							
	20+ ^e	76	56,05	20,17							
	Toplam	799	53,11	20,86							
Sosyal İşlevsellik	1-5 ^a	374	44,56	16,21	G.ars	498,094	4	124,524	,468	,759	
	6-10 ^b	204	44,91	16,11	G.içi	210090,109	790	265,937			
	11-15 ^c	99	44,82	15,57	Top	210588,203	794				
	16-20 ^d	45	41,39	18,04							
	20+ ^e	73	44,01	17,19							
	Toplam	795	44,45	16,29							
Ağrı	1-5 ^a	375	23,84	23,31	G.ars	1949,072	4	487,268	,950	,434	
	6-10 ^b	205	22,01	19,59	G.içi	406770,070	793	512,951			
	11-15 ^c	99	25,61	23,49	Top	408719,142	797				
	16-20 ^d	45	26,89	25,06							
	20+ ^e	74	20,92	24,43							
	Toplam	798	23,49	22,65							
Genel Sağlık Algısı	1-5 ^a	375	49,52	15,47	G.ars	1559,990	4	389,997	1,598	,173	
	6-10 ^b	205	49,66	14,90	G.içi	193822,592	794	244,109			
	11-15 ^c	98	50,01	15,76	Top	195382,582	798				
	16-20 ^d	45	52,47	17,48							
	20+ ^e	76	53,99	16,93							
	Toplam	799	50,21	15,65							

Tablo 3.17’de belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının çalışma yılı değişkeni esasında yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan anova-testi analizi sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda 1-5 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (77,70±23,71), 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (77,98±20,96), 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (72,24±24,77), 16-20 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (69,95±23,23), 20+ çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (68,44±24,51)’dir. Bu sonuca göre; 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların 16-20 yıl ve 20+ yıl çalışma süresi olan çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4;796)}: 4,260; p<0.05$).

Fiziksel rol gücü boyutunda, 1-5 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (51,00±42,57), 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (46,59±42,74), 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (54,80±44,56), 16-20 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (52,78±44,02), 20+ çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (65,54±38,97)’dir. Bu sonuca göre 20+ süresi olan çalışanların 1-5 ve 6-10 yıl çalışma 16-20 yıl çalışma süresi olan çalışanlara göre fiziksel rol gücü düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(4;797)}: 2,850; p<0.05$).

Emosyonel rol gücü boyutunda, 1-5 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (51,39±43,90), 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (44,88±45,76), 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (50,17±45,77), 16-20 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (55,56±42,64), 20+ çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (59,91±43,44)’dir. Bu sonuca göre çalışma süresi değişkeninin emosyonel rol gücü düzeyinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(4;793)}: 1,828; p>0.05$).

Enerji canlılık vitalite boyutunda, 1-5 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (49,19±23,49), 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (50,73±22,78), 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (46,77±22,63), 16-20 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (50,78±23,21), 20+ çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (48,82±23,54)’dir. Bu sonuca göre çalışma süresi değişkeninin enerji canlılık vitalite düzeyinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(4;795)}: 0,546; p>0.05$).

Ruhsal sağlık boyutunda, 1-5 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (53,37±21,37), 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (52,10±20,27), 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan

ortalaması (49,90±21,21), 16-20 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (57,60±18,73), 20+ çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (56,05±20,17)'dir. Bu sonuca göre; çalışma süresi değişkeninin ruhsal sağlık düzeyinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(4:794)}: 1,626; p>0.05$).

Sosyal işlevsellik boyutunda, 1-5 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (44,56±16,21), 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (44,91±16,11), 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (44,82±15,57), 16-20 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (41,39±18,04), 20+ çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (44,01±17,19)'dir. Bu sonuca göre; çalışma süresi değişkeninin sosyal işlevsellik düzeyinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(4:790)}: 0,468; p>0.05$).

Ağrı boyutunda, 1-5 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (23,84±23,31), 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (22,01±19,59), 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (25,61±23,49), 16-20 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (26,89±25,06), 20+ çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (20,92±24,43)'dir. Bu sonuca göre; çalışma süresi değişkeninin ağrı düzeyinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(4:790)}: 0,950; p>0.05$).

Genel sağlık algısı boyutunda, 1-5 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (49,52±15,47), 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (49,66±14,90), 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (50,01±15,76), 16-20 yıl çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (52,47±17,48), 20+ çalışma süresi olan çalışanların puan ortalaması (53,99±16,93)'dir. Bu sonuca göre; çalışma süresi değişkeninin genel sağlık algısı düzeyinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(4:794)}: 1,598; p>0.05$).

Tablo 3.18. Sağlık Çalışanlarının Gelir Düzeyi Değişikine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi

		N	X	SS	Vkay	Ktop	df	Kort	F	p	LSD
Fiziksel Fonksiyon	3000-6000 ^a	628	74,78	23,49	G.ars	5164,548	2	2582,274	4,796	,009	a,b/c
	6001-8000 ^b	130	77,31	23,46	G.içi	429705,552	798	538,478			
	8001-+ ^c	43	85,70	17,51	Top	434870,100	800				
	Toplam	801	75,77	23,31							
Fiziksel Rol Güçlüğü	3000-6000 ^a	627	50,12	42,90	G.ars	13358,224	2	6679,112	3,666	,026	a,b/c
	6001-8000 ^b	128	54,69	42,87	G.içi	1448472,133	795	1821,978			
	8001-+ ^c	43	67,44	38,78	Top	1461830,357	797				
	Toplam	798	51,79	42,83							
Emosyonel Rol Güçlüğü	3000-6000	627	50,36	44,91	G.ars	6562,659	2	3281,329	1,652	,192	
	6001-8000	128	47,92	43,02	G.içi	1578691,180	795	1985,775			
	8001-+	43	62,02	43,99	Top	1585253,839	797				
	Toplam	798	50,59	44,60							
Ruhsal Sağlık	3000-6000	626	53,15	20,58	G.ars	818,740	2	409,370	,941	,391	
	6001-8000	130	51,72	21,94	G.içi	346320,486	796	435,076			
	8001-+	43	56,74	21,51	Top	347139,226	798				
	Toplam	799	53,11	20,86							
Sosyal İşlevsellik	3000-6000	624	44,19	16,31	G.ars	198,760	2	99,380	,374	,688	
	6001-8000	128	45,43	16,57	G.içi	210389,443	792	265,643			
	8001-+	43	45,35	15,19	Top	210588,203	794				
	Toplam	795	44,45	16,29							
Ağrı	3000-6000	627	23,86	22,67	G.ars	1323,425	2	661,712	1,291	,275	
	6001-8000	128	23,50	23,58	G.içi	407395,717	795	512,447			
	8001-+	43	18,12	19,02	Top	408719,142	797				
	Toplam	798	23,49	22,65							
Genel Sağlık Algısı	3000-6000	627	49,72	15,32	G.ars	820,854	2	410,427	1,679	,187	
	6001-8000	129	51,53	16,11	G.içi	194561,728	796	244,424			
	8001-+	43	53,42	18,58	Top	195382,582	798				
	Toplam	799	50,21	15,65							

Tablo 3.18’de belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının gelir düzeyi değişkeni esasında yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan anova-testi analizi sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, 3000-6000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (74,78±23,49), 6001-8000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (77,31±23,46), 8001 TL+ gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (85,70±17,51)’dir. Bu sonuca göre 8001 TL+ gelir düzeyi olan çalışanların 3000-6000 TL gelir düzeyi olan çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür (F_(2;798): 4,796; p<0.05).

Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, 3000-6000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (50,12±42,90), 6001-8000 TL gelin düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (54,69±42,87), 8001 TL+ gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (67,44±38,78)'dir. Bu sonuca göre 8001 TL+ gelir düzeyi olan çalışanların 3000-6000 TL gelir düzeyi olan çalışanlara göre fiziksel rol güçlüğü düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(2:795)}: 3,666; p<0.05$).

Emosyonel rol güçlüğü boyutunda, 3000-6000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (50,36±44,91), 6001-8000 TL gelin düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (47,92±43,02), 8001 TL+ gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (62,02±43,99)'dir. Bu sonuca göre; gelir düzeyinin emosyonel rol güçlüğü düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(2:795)}: 1,652; p>0.05$).

Enerji canlılık vitalite boyutunda, 3000-6000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (49,95±23,18), 6001-8000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (46,81±22,93), 8001 TL+ gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (48,02±23,53)'dir. Bu sonuca göre; gelir düzeyinin Enerji canlılık vitalite düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(2:797)}: 1,066; p>0.05$).

Ruhsal sağlık boyutunda, 3000-6000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (53,15±20,58), 6001-8000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (51,72±21,94), 8001 TL+ gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (56,74±21,51)'dir. Bu sonuca göre; gelir düzeyinin Ruhsal sağlık düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(2:796)}: 0,941; p>0.05$).

Sosyal işlevsellik boyutunda, 3000-6000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (44,19±16,31), 6001-8000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (45,43±16,57), 8001 TL+ gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (45,35±15,19)'dir. Bu sonuca göre; gelir düzeyinin sosyal işlevsellik düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(2:792)}: 0,374; p>0.05$).

Ağrı boyutunda, 3000-6000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (23,86±22,67), 6001-8000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (23,50±23,58), 8001 TL+ gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (18,12±19,02)'dir. Bu sonuca göre; gelir düzeyinin ağrı düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(2:795)}: 1,291; p>0.05$).

Genel sağlık algısı boyutunda, 3000-6000TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (49,72±15,32), 6001-8000 TL gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (51,53±16,11), 8001 TL+ gelir düzeyi olan çalışanların puan ortalaması (53,42±18,58)'dir. Bu sonuca göre; gelir düzeyinin genel sağlık algısı düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(2:796)}: 1,679; p>0.05$).

Tablo 3.19. Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Düzeyi Değişikine Göre Yaşam Kalite Düzeyi Anova-Testi Analizi

		N	x	ss	Vkay	Ktop	df	Kort	F	p	LSD
Fiziksel Fonksiyon	İnaktif	15	64,67	26,56	G.ars	4914,4	2	2457,2	4,810	,008	
	Düşük aktivite	471	74,56	21,72	G.içi	408199,8	799	510,8			
	Yeterli aktivite	316	78,53	23,68	Top	413114,2	801				
	Toplam	802	75,94	22,71							
Fiziksel Rol güçlüğü	İnaktif	15	51,67	35,94	G.ars	5854,7	2	2927,3	2,560	,078	
	Düşük aktivite	471	57,64	33,54	G.içi	913674,6	799	1143,5			
	Yeterli aktivite	316	62,74	34,13	Top	919529,3	801				
	Toplam	802	59,54	33,88							
Emosyonel Rol güçlüğü	İnaktif	15	75,00	34,50	G.ars	319,8	2	159,9	,217	,805	
	Düşük aktivite	471	80,49	27,38	G.içi	366497,6	498	735,9			
	Yeterli aktivite	316	81,17	26,55	Top	366817,4	500				
	Toplam	802	80,71	27,09							
Enerji canlılık Vitalite	İnaktif	15	43,67	17,47	G.ars	8492,5	2	4246,2	8,860	,000	
	Düşük aktivite	471	48,05	21,18	G.içi	372881,5	778	479,2			
	Yeterli aktivite	316	54,55	23,08	Top	381374,0	780				
	Toplam	802	50,54	22,11							
Ruhsal sağlık	İnaktif	15	50,40	19,17	G.ars	9616,0	2	4808,0	12,332	,000	
	Düşük aktivite	471	51,05	19,11	G.içi	306065,7	785	389,8			
	Yeterli aktivite	316	58,17	20,67	Top	315681,8	787				
	Toplam	802	53,85	20,03							
Sosyal işlevsellik	İnaktif	15	48,96	6,44	G.ars	164,2	2	82,0	,377	,686	
	Düşük aktivite	471	45,44	15,38	G.içi	167801,9	771	217,6			
	Yeterli aktivite	316	45,85	14,00	Top	167966,1	773				
	Toplam	802	45,66	14,74							
Ağrı	İnaktif	15	27,88	14,11	G.ars	663,1	2	331,5	3,460	,014	
	Düşük aktivite	471	25,44	22,53	G.içi	348547,6	700	497,9			
	Yeterli aktivite	316	21,44	22,26	Top	349210,7	702				
	Toplam	802	26,67	22,30							
Genel Sağlık Algısı	İnaktif	15	48,32	11,49	G.ars	2550,5	2	1275,2	5,209	,006	
	Düşük aktivite	471	48,66	15,48	G.içi	195631,3	799	244,8			
	Yeterli aktivite	316	52,30	16,06	Top	198181,8	801				
	Toplam	802	50,09	15,73							

Tablo 3.19’da belirtildiği gibi çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeyi değişkenine göre yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan anova-testi analizi sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, inaktif düzeye sahip çalışanların puan ortalaması (64,67±26,56), düşük aktivite düzeye sahip olan çalışanların puan ortalaması (74,56±21,72), yeterli aktiviteye sahip olan çalışanların puan ortalaması (78,53±23,68)’dir. Bu sonuca göre; yeterli aktiviteye sahip olan çalışanların inaktif düzeye sahip olan çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür (F_(2:799): 4,810; p<0.05).

Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, inaktif düzeye sahip çalışanların puan ortalaması (51,67±35,94), düşük aktivite düzeye sahip olan çalışanların puan ortalaması (57,64±33,54), yeterli aktiviteye sahip olan çalışanların puan ortalaması (62,74±34,13)'dir. Bu sonuca göre; fiziksel aktivite düzeyinin fiziksel rol güçlüğü düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(2:799)}: 2,560; p<0.05$).

Emosyonel rol güçlüğü boyutunda, inaktif düzeye sahip çalışanların puan ortalaması (75,00±34,50), düşük aktivite düzeye sahip olan çalışanların puan ortalaması (80,49±27,38), yeterli aktiviteye sahip olan çalışanların puan ortalaması (81,17±26,55)'dir. Bu sonuca göre; fiziksel aktivite düzeyinin emosyonel rol güçlüğü düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(2:798)}: 0,217; p<0.05$).

Enerji canlılık vitalite boyutunda, inaktif düzeye sahip çalışanların puan ortalaması (43,67±17,47), düşük aktivite düzeyine sahip olan çalışanların puan ortalaması (48,05±21,18), yeterli aktiviteye sahip olan çalışanların puan ortalaması (54,55±23,08)'dir. Bu sonuca göre; yeterli aktiveye sahip olan çalışanların inaktif düzeye sahip olan çalışanlara göre enerji canlılık vitalite düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(2:778)}: 8,860; p<0.05$).

Ruhsal sağlık boyutunda, inaktif düzeye sahip çalışanların puan ortalaması (50,40±19,17), düşük aktivite düzeye sahip olan çalışanların puan ortalaması (51,05±19,11), yeterli aktiviteye sahip olan çalışanların puan ortalaması (58,17±20,67)'dir. Bu sonuca göre; yeterli aktiveye sahip olan çalışanların inaktif ve düşük aktivite düzeyine sahip olan çalışanlara göre ruhsal sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(2:785)}: 12,332; p<0.05$).

Sosyal işlevsellik boyutunda, inaktif düzeye sahip çalışanların puan ortalaması (48,96±6,44), düşük aktivite düzeye sahip olan çalışanların puan ortalaması (45,44±15,38), yeterli aktiviteye sahip olan çalışanların puan ortalaması (45,85±14,00)'dir. Bu sonuca göre; aktivite düzeyinin sosyal işlevsellik düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($F_{(2:773)}: 0,377; p>0.05$).

Ağrı boyutunda, inaktif düzeye sahip çalışanların puan ortalaması (27,88±14,11), düşük aktivite düzeye sahip olan çalışanların puan ortalaması (25,44±22,53), yeterli aktiviteye sahip olan çalışanların puan ortalaması (21,44±22,26)'dir. Bu sonuca göre; yeterli aktivite düzeyine sahip çalışanların inaktivite düzeyine sahip çalışanlara göre daha düşük olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(2:700)}: 3,460; p<0.05$).

Genel sağlık algısı boyutunda, inaktif düzeye sahip çalışanların puan ortalaması (48,32±11,49), düşük aktivite düzeyine sahip olan çalışanların puan ortalaması (48,66±15,48), yeterli aktiviteye sahip olan çalışanların puan ortalaması (52,30±16,06)'dir. Bu sonuca göre; yeterli aktivite düzeyine sahip çalışanların inaktif ve düşük aktivite düzeyine sahip çalışanlara göre genel sağlık algılarının daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F_{(2:799)}: 5,209; p<0.05$).

Tablo 3.20. Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerine Göre Fiziksel ve Mental Yaşam Kalitesi Analizi

		Fiziksel Komponent		Mental Komponent	
		x	ss	x	ss
Cinsiyet	Kadın	204,92	44,68	237,21	57,33
	Erkek	204,85	49,05	249,49	51,87
	t		,019		-2,406
	p		,985		,017
Medeni Durum	Evli	207,12	45,413	248,19	52,49
	Bekâr	202,49	47,47	236,61	57,63
	t		1,323		2,293
	p		0,186		0,22
VKİ	<25	216,37	46,13	252,18	57,61
	>25	189,10	42,09	223,21	44,79
	t		8,025		5,522
	p		0,000		0,000
Yaş	18-28	207,22	44,71	235,86	56,44
	29-39	207,96	47,58	250,33	55,74
	40-50	194,57	47,65	245,72	52,47
	51-61	223,31	38,97	246,69	49,01
	F		4,264		2,098
	p		0,005		0,100
Eğitim	Ortaokul	196,02	47,59	252,18	55,17
	Lise	202,46	44,21	250,58	52,12
	Önlisans	210,62	45,19	242,59	54,73
	Lisans	203,40	47,86	232,13	57,34
	Lisansüstü	223,60	42,68	242,02	54,38
	F		3,648		2,576
p		0,006		0,037	
Meslek	Doktor	215,45	46,83	227,04	47,90
	Hemşire	203,78	46,72	229,96	58,65
	Hasta	191,88	44,36	224,01	52,80
	Sürekli İşçi	204,39	47,01	256,86	50,92
	Diğer	212,16	44,19	250,46	52,78
	F		2,298		7,254
p		0,058		0,000	
Çalışma yılı	1-5 yıl	206,13	46,22	241,82	55,75
	6-10 yıl	199,57	45,60	242,45	55,74
	11-15 yıl	205,32	48,58	241,37	56,00
	16-20 yıl	206,10	47,24	243,14	52,20
	20+	212,82	46,20	246,43	55,49
	F		1,104		0,081
p		0,354		0,988	
Gelir	3000-6000	203,02	45,93	244,09	55,57
	6001-8000	208,54	49,82	233,73	55,88
	8001-+	223,08	39,49	244,88	50,36
	F		3,504		1,136
	p		0,031		0,322

Tablo 3.20’de belirtildiği gibi SF-36 için ayrıca fiziksel komponent ve mental component olmak üzere iki özet skalası şeklinde de değerlendirme yapılabilmektedir. Fiziksel komponent özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından, mental komponent özet skalası ise; zindelik (vitalite), sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından oluşur (25, 26).

Fiziksel yaşam kalitesinde cinsiyet ve medeni durum bağlamında anlamlı bir farklılığa ulaşmamıştır. VKİ göre ideal kiloluların fiziksel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaş değişkenine göre 18-39 yaş grubu katılımcıların fiziksel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim değişkenine göre önlisans, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanlarının fiziksel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Doktor olarak çalışan sağlık çalışanlarının fiziksel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Mental yaşam kalitesinde erkek ve evli sağlık çalışanlarının mental yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İdeal kilolu sağlık çalışanlarının mental yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ortaokul ve lise eğitim düzeyine sahip katılımcıların mental yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sürekli işçi olarak çalışanların mental yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.21. Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Durumları ile Fiziksel-Mental Yaşam Kalitesi Korelasyon Analizi

		Şiddetli	Orta Şiddetli	Yürüme	Oturma	Toplam
Fiziksel komponent	r	,011	-,061	,106*	,112**	,108*
	p	,869	,270	,018	,003	,013
	N	214	327	700	703	703
Mental komponent	r	,091	,112	,129	,175**	,120**
	p	,237	,025	,001	,000	,009
	N	170	238	472	475	475

Tablo 3.21’de belirtildiği gibi yürüme fiziksel aktivite ile fiziksel yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki vardır (r:106; p:0.018).

Toplam fiziksel aktivite ile fiziksel yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki vardır (r:108; p:0.013).

Oturma fiziksel aktivite ile fiziksel yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki vardır (r:112; p:0.003).

Orta şiddetli fiziksel aktivite ile mental yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki vardır (r:112; p:0.025).

Yürüme fiziksel aktivite ile mental yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki vardır (r:129; p:0.001).

Oturma fiziksel aktivite ile mental yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki vardır. (r:175; p:0.000).

Toplam fiziksel aktivite ile mental yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki vardır (r:120; p:0.009).

Tablo 3.22. Sağlık Çalışanlarının VKİ ile Yaşam Kalite Düzeyi Korelasyon Analizi

	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji Canlılık Vitalite	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
R	-,512**	-,234**	-,126**	-,192**	-,241**	,027	,219**	-,168**
VKİ p	,000	,000	,005	,000	,000	,452	,000	,000
N	802	802	501	781	788	774	703	802

Tablo 3.22’de belirtildiği gibi araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının VKİ ile yaşam kalite düzeyi korelasyon analizi sonucunda;

VKİ ile fiziksel fonksiyon düzeyi arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki belirlenmiştir.

(r:-0,512; p<0.01)

VKİ ile fiziksel rol güçlüğü düzeyi arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (r:-0,234; p<0.01).

VKİ ile emosyonel rol güçlüğü düzeyi arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (r:-0,126; p<0.01)

VKİ ile enerji canlılık vitalite düzeyi arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (r:-0,192; p<0.01).

VKİ ile ruhsal sağlık düzeyi arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (r:-0,241; p<0.01).

VKİ ile ağrı düzeyi arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,219; p<0.01).

VKİ ile genel sağlık algısı düzeyi arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (r:-0,168; p<0.01).

Tablo 3.23. Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalite Düzeyi Korelasyon Analizi

		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji Canlılık Vitalite	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	
Şiddetli	r	,034	,005	,026	,093**	,084*	-	,095**	-,035	,044
	P	,339	,884	,456	,009	,017	,007	,321	,215	
	n	801	798	798	800	799	795	798	799	
Orta şiddetli	r	,071*	-,042	,010	,168**	,089*	,042	-,082*	,004	
	P	,045	,238	,782	,000	,012	,238	,021	,909	
	n	801	798	798	800	799	795	798	799	
Yürüme	r	,101**	,174**	,162**	,131**	,184**	-,011	-	,137**	
	P	,004	,000	,000	,000	,000	,766	,001	,000	
	n	801	798	798	800	799	795	798	799	
Oturma	r	,036	,006	,014	-,024	,024	,017	,010	,024	
	P	,312	,862	,691	,495	,503	,634	,780	,497	
	n	801	798	798	800	799	795	798	799	
Toplam Fiziksel Aktivite	r	,110**	,080*	,105**	,155**	,173**	-,014	-	,101**	
	P	,002	,024	,003	,000	,000	,694	,005	,004	
	n	801	798	798	800	799	795	798	799	

Tablo 3.23’de belirtildiği gibi toplam fiziksel aktivite ile fiziksel fonksiyon düzeyi arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,110; p<0.01).

Toplam fiziksel aktivite ile fiziksel rol güçlüğü düzeyi arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,080; p<0.05).

Toplam fiziksel aktivite ile emosyonel rol güçlüğü düzeyi arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,105; p<0.05).

Toplam fiziksel aktivite ile enerji canlılık vitalite düzeyi arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,155; p<0.01).

Toplam fiziksel aktivite ile ruhsal sağlık d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,173; p<0.01).

Toplam fiziksel aktivite ile ağrı d#zeyi arasında negatif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: -0,099; p<0.01).

Toplam fiziksel aktivite ile genel sağlık algısı d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,101; p<0.01).

şiddetli fiziksel aktivite ile enerji canlılık vitalite d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,093; p<0.01).

şiddetli fiziksel aktivite ile ruhsal sağlık d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,084; p<0.01).

şiddetli fiziksel aktivite ile sosyal işlevsellik d#zeyi arasında negatif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: -0,95; p<0.05).

Orta şiddetli fiziksel aktivite ile fiziksel fonksiyon d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,071; p<0.05).

Orta şiddetli fiziksel aktivite ile enerji canlılık vitalite d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,168; p<0.01).

Orta şiddetli fiziksel aktivite ile ruhsal sağlık d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,089; p<0.01).

Orta şiddetli fiziksel aktivite ile ağrı d#zeyi arasında negatif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: -0,082; p<0.05).

Y#r#me fiziksel aktivite ile fiziksel fonksiyon d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,101; p<0.05).

Y#r#me fiziksel aktivite ile fiziksel rol g#çl#đ# d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,174; p<0.05).

Y#r#me fiziksel aktivite ile emosyonel rol g#çl#đ# d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,162; p<0.05).

Y#r#me fiziksel aktivite ile enerji canlılık vitalite d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,131; p<0.01).

Y#r#me fiziksel aktivite ile ruhsal sağlık d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,184; p<0.01).

Y#r#me fiziksel aktivite ile ağrı d#zeyi arasında negatif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: -0,113; p<0.01).

Y#r#me fiziksel aktivite ile genel sağlık algısı d#zeyi arasında pozitif y#nl# d#ř#k d#zeyde bir ilişki belirlenmiştir (r: 0,137; p<0.01).

4. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %59,0'u kadın, %41,0'i erkeklerden oluşmuştur. Çalışanların yaş durumlarına göre %45,4'ü 18-28, %28,6'sı 29-39, %23,6'sı 40-50, %2,5'i 51-61 yaş grubuna aittir. Sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre %51,2'si evli, %48,8'i bekarlardır. Eğitim durumlarına göre %2,9'u ilkokul, %10,3'ü ortaokul, %25,9'u lise, %15,7'si önlisans, %36,9'u lisans, %8,2'si lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir. Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre incelendiğinde; %1,9'u uzman doktor, %4,1'i doktor, %39,5'i hemşire, %7,7'si hasta bakıcı, %31,9'u sürekli işçi, %14,8'i diğer meslek gruplarında görev yapan çalışanlardan oluşmuştur. Çalışma sürelerine göre %46,9'u 1-5 yıl, %25,7'si 6-10 yıl, %12,3'ü 11-15 yıl, %5,6'sı 16-20 yıl, %9,5'i 21+ ve üstü çalışma süresine sahip oldukları görülmüştür. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından %78,4'ü 3000-6000 TL, %16,2'si 6001-8000 TL, %5,4'ü 8001 TL + gelir durumuna sahiptir. Sağlık çalışanlarının VKİ göre %35,0'i <25 (ideal kilolu), %65,0'i ≥25 (kilolu) olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %1,9'u inaktif, %58,7'si yetersiz aktivite, %39,4'ü yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde Bozdağ (176) öğrencilerin üzerinde yaptığı çalışmada çok aktif %25,5'i, minimal aktif %74,5'i öğrenci ve inaktif kategoride ise öğrenci olmadığı tespit edilmiştir. Vural (18) beyazyakalılar üzerine yaptığı çalışmada, % 25,2'sinin inaktif, % 48,9'unun yetersiz aktivite, % 25,9'unun ise yeterli aktiviteye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Savcı vd. (177) üniversite öğrencileri örnekleminde yaptığı çalışmada katılımcıların % 15' i inaktif, % 68'i yetersiz aktivite, % 18'i yeterli aktivite oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Şanlı (133) öğretmenler üzerinde yaptığı araştırmada ise % 17, 1'i inaktif, % 63,9'u düşük aktivite, % 19'u ise yeterli aktivite yaptıkları bulgusuna ulaşılmıştır. Öztürk (178) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmasında da % 14,8'i inaktif, % 67,5'i düşük aktivite, % 17,7'si yeterli aktivite düzeyine sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Tüm bu çalışmalar incelendiği çalışmamız örneklemini olan sağlık çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Temel sebebinin pandemi döneminde sağlık çalışanları üzerinde iş yükünün olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerinin yeterli olmadığı veya inaktivite düzeyde olduğu olduğu görülmektedir (179). Yetim (180) çalışma bulgularında sağlık çalışanlarının %51,6'sının aktif olmadığı ve sadece %6,9'unun yeterli düzeyde fiziksel aktivite yaptıkları bulunmuştur (180). Aydın ve Kamuk (181) yaptığı çalışmada hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinde %52,8'inin inaktif, %25,0'inin yetersiz düzeyde aktif düzeyde olduğu bulgulamıştır. Sağlık

çalışanları üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Genel sebebinin; yoğun iş temposu, vardiyalı çalışma sisteminin getirdiği zorluklar, işten arta kalan zamanın azlığı ve hemşirelik mesleğinin fiziksel olarak yorucu bir meslek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının son yedi gün içinde yaptığı fiziksel aktivite katılım düzeyinde katılımcıların %32,54'ünün şiddetli fiziksel aktiviteye katıldığı, %47,01'inin orta şiddetli fiziksel aktiviteye katıldığı, %99,50'sinin yürüme aktivitesine katıldığını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının toplam fiziksel aktivite ortalaması (1075,20±729,81) olarak ölçülmüştür. Bu sonuç; şiddetli, orta şiddetli ve yürüme aktivitesi kategorilerinde katılımcıların düşük aktiviteye sahip olduğunu göstermektedir. Şiddetli fiziksel aktivite yapan %32,54'ünün fiziksel aktivite ortalama (896,42±892,98 MET-dk/hafta), orta şiddetli fiziksel aktivite yapan %47,01'inin fiziksel aktivite ortalama (877,66±872,50 MET-dk/hafta), yürüme fiziksel aktivite yapan %99,50'sinin fiziksel aktivite ortalama (1183,44±939,95 MET-dk/hafta) ile düşük aktivite düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

DSÖ (2006) Avrupa Birliği'nde 15 yaşın üzerindeki insanların en az üçte ikisinin günlük 30 dakikadan daha az orta yoğunlukta fiziksel aktivitede bulunduğunu tahmin etmektedir. Polonya'da, sağlığı iyileştirmek için önerilen eğlence amaçlı fiziksel aktivite düzeyine (çoğu gün 30 dakika) sahip olan nüfusun yüzdesinin yetişkin erkekler için %38 ve yetişkin kadınlar için %34 olduğu tahmin edilmektedir. Avrupa Birliği üye devletleri genelinde Polonya, Hollanda ve Litvanya'da 2005 yılında "iş yerinde çok fazla fiziksel aktivite yapan" kişilerin yüzdesi en yüksek (%27) ve bu oran İtalya ve Malta'da ise (%10) en düşüktür (9). 2002'de küresel nüfusun %17'si fiziksel olarak aktif değil ve diğer %41'i sağlık ve esenlik için yetersiz aktif olarak sınıflandırılmıştır (51).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyete göre fiziksel aktivite düzeyleri sonucuna göre; erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Şiddetli fiziksel aktivite ve orta şiddetli fiziksel aktivite düzeyinde erkeklerin şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların şiddetli fiziksel ve orta şiddetli aktivite düzeyinin (300 MET-dk/hafta) şiddetli fiziksel aktivitede inaktif bir düzeye sahip olduğu görülmüştür. Yürüme ve oturma sağlık çalışanları cinsiyet değişkenine göre fiziksel aktivitede düzeylerinin benzer olduğu ve anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Savcı vd. (177) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmalarında, erkek öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin kız öğrencilerden daha yüksek olduğu

bulgulamıştır. Arabacı ve Çankaya (182) beden eğitimi öğretmenleri ile ilgili yaptığı çalışmada yine erkek öğretmenlerinin kadınlardan daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Türkiye’de yapılan benzer çalışmalarda da fiziksel aktivite düzeyinde kadın ve erkek katılımcılar arasında önemli farklılıklar olduğu çalışmalar bulunmaktadır (183, 185). Vatansever vd. (186) erkeklerin fiziksel aktivite düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Özüdoğru (187) üniversite personeli arasında erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Genç ve Ark. (4) erkeklerin kadınlara göre daha yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğunu bulmuşlardır. Koçak (188) erkekler ve kadınlar arasındaki UFAA toplam puanlarında erkeklerin fiziksel aktivite düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Sander vd. (189) orta düzeyde fiziksel aktivite ile yoğun fiziksel aktivite arasında kadın ve erkek arasında bir fark bulmuşlardır. Bu farklılığın nedeninin erkeklerin kadınlara göre ev dışında daha aktif bir yaşam sürmeleri ve günlük yürüyüş aktivitelerinin kadınlara göre daha yüksek olması ve fiziksel aktivite değerlerini artırması olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durum değişkenine göre toplam fiziksel aktivitede evli çalışanların (1022,35 MET-dk/hafta), bekâr çalışanların (2904,20 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; bekâr çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin evli çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bekâr çalışanların şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin medeni durumların etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Orta şiddetli fiziksel aktivitede evli çalışanların orta şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin bekâr çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yürüme fiziksel aktivitesinde evli çalışanların bekâr çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Oturma fiziksel aktivitesinde bekâr çalışanların evli çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aydın ve Kamuk (181) bekâr hemşirelerin evlilere göre daha yüksek aktivite düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. Bu durum, hemşirelerin çalışma ve sosyal yaşam koşullarından toplumun hemşirelik mesleğine yüklediği değerden kaynaklandığı olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının VKİ göre; toplam fiziksel aktivitede ideal kilolu çalışanların (2904,20 MET-dk/hafta), kilolu çalışanların (1022,35 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; kilolu çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin ideal kilolu çalışanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Şiddetli fiziksel aktivitede kilolu çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin ideal kilolu çalışanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Orta şiddetli fiziksel aktivitede kilolu çalışanların düzeylerinin ideal

kilolu çalışanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yürüme fiziksel aktivitede kilolu çalışan düzeylerinin ideal kilolu çalışanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Oturma fiziksel aktivitede anlamlı bir farklılık sonucuna ulaşılmamıştır. Yapılan literatür çalışma sonuçlarından (190, 191) 'in araştırmalarıyla benzerlik gösterse de, Vural'ın (18) beyazyakalılar üzerine yaptığı çalışma ve Şanlı'nın (133) öğretmenler örneklemini üzerinde yaptığı çalışma bulgularıyla farklılık göstermiştir. Bu durumun normal VKİ deki öğrencilerin yeterli fiziksel aktiviteye katılma ihtiyaç duymamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmalar arasındaki farklılığın kilolu öğrencilerin spora ve fiziksel aktiviteye karşı olumsuz tutum geliştirmesi; spora ve fiziksel aktiviteye karşı motivasyon düşüklüğü nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Parmaksız (166) yetişkin obezlerle ilgili yapmış olduğu fiziksel aktivite çalışmasında obezite ile fiziksel aktivite seviyesi arasında anlamlı ilişki tespit etmiştir. Vural (18) VKİ ile fiziksel aktivite arasında istatistikî olarak anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. Levine ve Ark. (124) fiziksel aktivite ile VKİ arasında negatif ilişki olduğunu ve bunun tüm yaş ve cinsiyet grupları için geçerli olduğunu belirtmişlerdir. Hallal ve Ark. (192) Brezilya'da öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada fiziksel aktivite ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Bazı çalışmalarda kilolu insanların sürekli zayıflamak için sürekli egzersiz yaptıklarından dolayı fiziksel aktivite seviyelerinin yüksek olabileceği bildirilmektedir (193).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumlarına göre toplam fiziksel aktivitede ortaokul çalışanların (3065,12 MET-dk/hafta), lise mezunu çalışanlarının (3077,10 MET-dk/hafta), önlisans mezunu çalışanların (2955,18 MET-dk/hafta), lisans mezunu çalışanların (2857,86 MET-dk/hafta), lisansüstü mezunu çalışanların (2809,85 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; ortaokul, lise, önlisans mezunu çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin lisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Şiddetli fiziksel aktivitede ortaokul, lise, önlisans mezunu çalışanların lisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Orta şiddetli fiziksel aktivitede ortaokul, lise, mezunu çalışanların önlisans, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yürüme fiziksel aktivitesinde önlisans, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanların yürüme fiziksel aktivite düzeylerinin ortaokul ve lise mezunu çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Oturma fiziksel aktivitesinde önlisans, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanların ortaokul ve lise mezunu çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan çalışmalarda da erkek gönüllülerin Fiziksel Aktivite Anketi MET ile eğitim düzeyi değerleri karşılaştırmasında, ilkokul mezunu ile üniversite mezunu arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulgulanmıştır. Sander ve Ark. (189) genç bireyler üzerinde çalışma sonucuna göre, eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların, yükseköğrenim düzeyine sahip katılımcılara göre fiziksel aktivite seviyesinin daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça fiziksel aktivite anketi MET değerlerinin de arttığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, eğitim seviyesi arttıkça fiziksel aktivite düzey değerlerinin de arttığı görülmektedir. Bunun sebebi ise eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin fiziksel fonksiyonlardan olan koşu, yürüyüş, gönüllü merdiven çıkmak ve spor yapmak gibi fiziksel aktivitelerin yaşam kalitesini attırdığını bilincine sahip oldukları şeklinde düşünülmektedir (194). Tüm bu çalışma sonuçları çalışmamızda farklılık göstermektedir. Genel sebebin doktor ve hemşire olarak çalışanların fiziksel aktiviteye yeterli zaman bulamadıkları, mesai var diye ve pandemi dolayısıyla iş yoğunluğundan kaynaklandığı olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek değişkenine göre; toplam fiziksel aktivitede doktor olarak çalışanların (3104,23 MET-dk/hafta), hemşire olarak çalışanların (2678,64 MET-dk/hafta), hasta bakıcı olarak çalışanların (3752,43 MET-dk/hafta), sürekli işçi çalışanların (2994,50 MET-dk/hafta), diğer meslek grubu çalışanlarının (2788,20 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; doktor ve hemşire statüsünde çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin işçi ve diğer statülerde çalışanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Şiddetli fiziksel aktivitede hasta bakıcı ve işçi statüsünde çalışanların doktor, hemşire ve diğer statülerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Orta şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin hasta bakıcı ve işçi statüsünde çalışanların doktor, hemşire ve diğer statülerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yürüme fiziksel aktivitesinde doktor, hemşire, hasta bakıcı ve diğer statülerde çalışanların işçi statüsünde çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Oturma fiziksel aktivitesinde sağlık çalışanların oturma fiziksel aktivite düzeylerinin benzer olduğu gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Aydın ve Kamuk (181) sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü meslek grupları içerisinde yer almakta ağır iş yükü, stres ve vardiya sistemine göre çalışma zorunluluğu gibi nedenlerle doktor ve hemşirelerin yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapma imkânı kısıtlanmaktadır (195,196). Bu sonuç sağlık çalışanları için önemli bir sorun olarak görülmelidir. Fiziksel aktiviteye katılım imkânlarının oluşturulması, sağlık çalışanları için yapılabilir hale getirilmesi ve sağlık çalışanlarının fiziksel aktiviteye katılımları sağlanmalıdır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının çalışma süresi değişkenine göre; toplam fiziksel aktivitede 1-5 yıl çalışma süresi olan çalışanların (3165,99 MET-dk/hafta), 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların (3090,97 MET-dk/hafta), 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların (2790,91 MET-dk/hafta), 16-20 yıl çalışma süresi olan çalışanların (2444,04 MET-dk/hafta), 20+yıl çalışma süresi olan çalışanların (2404,96 MET-dk/hafta) olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; 1-5, 6-10 ve 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin 16-20 ve 21+ yıl çalışma süresi olan çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının çalışma süresi değişkenine göre; toplam fiziksel aktivitede 3000-6000 TL geliri olan çalışanların (2882,22 MET-dk/hafta), 6001-8000 TL geliri olan çalışanların (3153,06 MET-dk/hafta), 8000TL+ geliri olan çalışanların (3153,66 MET-dk/hafta), olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; gelir düzeyi değişkeninin fiziksel aktivite yapma açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Şiddetli, orta şiddetli, yürüme ve oturma fiziksel aktivitesinde gelir düzeyi değişkeninin şiddetli fiziksel aktivite yapma açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların yaşam kalitesi alt indeks değerlerine fiziksel fonksiyon ortalaması 75,94±22,71, fiziksel rol güçlüğü ortalaması 59,53±33,88, emosyonel rol güçlüğü ortalaması 80,70±27,08, enerji vitalite canlılık ortalaması 50,53±22,11, ruhsal sağlık ortalaması 53,84±20,02, sosyal işlevsellik ortalaması 45,65±14,74, ağrı ortalaması 26,66±22,30 ve genel sağlık algısı ortalaması 50,08±15,72, tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre; sağlık çalışanlarının enerji vitalite canlılık boyutu ile genel sağlık algısı en düşük puan ortalamasına sahiptir. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlar bulunmuştur. Örneğin; Aydın ve Kamuk (181) çalışmasında hemşirelerin yaşam kalitesi puanlarında, en yüksek puan fiziksel fonksiyon ve en düşük puanın ise enerji/canlılık/vitalite boyutunda görülmüştür. İncelenen diğer çalışmalarda da benzer bulgular görülmüştür. Erkıral (197) Kılınç ve Tosun (179) ve Yıldırım ve Ark. (198) çalışmalarında sağlık çalışanlarının fiziksel fonksiyon boyutu en yüksek puan alırken ve en düşük puanlarının ise canlılık/enerji boyutlarında aldığını bulgulamışlardır. Literatür incelendiğinde; sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü, farklı vardiya uygulamaları, yönetimsel sorunlar, fazla çalışma saatleri, hayatta kalması zor olan hastaların bakımı stres ve gerginlik enerji/canlılık/vitalite puanlarını düşürdüğü sonucunu belirtilmiştir. Elde edilen bulguların bu alandaki çalışma sonuçları ile benzerlik gösterdiği görülmüştür. Sağlık çalışanlarının yoğun ve stresli çalışma şartları çalışanların yaşam kalitesini düşürdüğü, enerji/canlılık/vitalite ve genel sağlık algılarını azaltığının önemli bir

nedeni olduğu düşünülmektedir. Yine Aydın ve Kamuk (181) çalışmasında hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin kabul görülen değerlerin çok altında kaldığı yalnızca %22,2'lik kısmının yeterli derece aktif yaşam sürdürdüğünü tespit etmiştir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %58.7'sinin düşük aktivite düzeyine sahip olduğu sonucu yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkeni temelinde erkek çalışanların, kadın çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Emosyonel rol güçlüğü boyutunda, enerji canlılık vitalite boyutunda, ruhsal sağlık boyutunda erkek çalışanların, kadın çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçta sağlık çalışanlarında özellikle hemşire grubunda kadınların daha fazla oluşu etkindir. Kadın sağlık çalışanlarının hasta ile birebir temasının oluşu nedeniyle ruh sağlığı düzeylerinin düşük oluşu neden olarak görülmüştür. Ayrıca kadınların sorumlu olduğu annelik fonksiyonu yapmaları gereken birçok fiziksel fonksiyonları ve emosyonel rol güçlüğü nedeni ile kadınlar aleyhine çıkan bir gösterge olarak görülmüştür.

Sosyal işlevsellik boyutunda, ağrı boyutundaki düzeylerin kadın çalışanların erkek çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Sosyal işlevsellik boyutu yine toplumun kadınlara daha fazla yüklediği bir başka boyuttur. Toplumumuzda kadınların aile ve arkadaş ilişkilerine daha fazla önem verışı sebep olarak görülebilir. Genel sağlık algısı boyutunun ise cinsiyet değişkenine göre benzerlik gösterdiği görülmemiştir. Literatür çalışmaları incelendiğinde benzer sonuçların elde edildiği çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda erkek hemşirelerin, kadınlara göre yaşam kalite düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (179, 198). Yine Tekkanat'ın (199) öğretmen adayları üzerine yaptığı çalışmasında, erkek öğrencilerin, kadınlara göre yaşam kalitelerinin yaşam kalitesi ile cinsiyet arasındaki bulguları incelendiğinde ise Kaya (200), acil servis çalışanları üzerinde yaptığı araştırmasında erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Aldinç vd. (201) çalışma hayatında, Vural (18) mavi yakalılar, İlhan (202) üniversite takımlarındaki sporcu çalışmasında erkeklerin yaşam kalite düzeylerinin kadınlardan daha yüksek bulunduğu çalışmalardır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşam kalite düzeylerinin medeni durum değişkenine göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, fiziksel rol güçlüğü boyutunda, emosyonel rol güçlüğü boyutunda, enerji canlılık vitalite boyutunda, sosyal işlevsellik boyutunda, ağrı boyutunda anlamlı farklılık oluşturmamıştır. Ruhsal sağlık boyutunda ve genel sağlık algısı boyutunda, evli çalışanların daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Literatür araştırmalarında, evlilerin yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar bolca mevcuttur (197,203,204). Diğer yandan

medeni durum değişkenine göre sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi puanlarında farklılık oluşturmadığı bulgularan çalışmalar da bulunmaktadır (205). Literatürde bilinen çalışmaların sonuçlarından elde edilen bulgular incelendiğinde farkın, katılımcıların ekonomik ve sosyokültürel düzeylerindeki farklı oluştan kaynaklanmış olabileceği düşünölmektedir.

Çalışmaya katılan sağlık alışanlarının VKİ değişkeni temelinde yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik analiz sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, fiziksel rol güçlüğü boyutunda, emosyonel rol güçlüğü boyutunda, enerji canlılık vırtalite boyutunda, ruhsal sağlık boyutunda, sosyal işlevsellik boyutunda, genel sağlık algısı boyutunda ideal kilolu çalışanların, kilolu çalışanlara göre daha yüksek olduğu görölmüştür. Ağrı boyutunda, kilolu çalışanların, ideal kilolu çalışanlara göre ağrı düzeyleri daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görölmüştür.

Aydın ve Kamuk (181) SF-36 puanlarının VKİ kategorilerine göre incelenmesi sonucunda ideal kilodaki hemşirelerin kilolu ve obez hemşirelere fiziksel fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kilolu hemşirelerin fiziksel fonksiyon ve bedensel ağrı boyutlarının olumsuz etkilendiği de belirtilmiştir (179). Sağlık alışanlarında VKİ artışı fiziksel aktivite düzeyinin azalmasına sebep olarak bildirilmiştir (206). Literatürde yer alan bilgiler ile elde edilen bulgular birbirini desteklemektedir. Kilolu veya obez sağlık çalışanlarının ideal kilodaki sağlık çalışanlarına göre inaktif oldukları bilinen ve beklenen bir sonuç olduğu ve aktivite ile VKİ arasındaki var olduğu negatif ilişkinin sağlık çalışanları için geçerli olduğudur.

Sağlam (207) yaptığı çalışmada öğretmenlerin fiziksel aktivite düzeylerini ve yaşam kalitelerini incelemiş; İdeal ağırlık gruplarının BKİ ile yaşam kalitesi arasında fiziksel fonksiyon ve sosyalleşme boyutları açısından daha iyi düzeyde olduğunu bulmuştur. Literatürdeki sonuçlarda sedanter yaşam tarzını terk etmek için fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik önerilerini de sıralamıştır. alışmalar arasındaki fark, BMI sınıflamasına göre fazla kilolu kabul edilen katılımcıların fiziksel aktiviteye karşı olumlu bir tutum geliştirmemesi; fiziksel aktiviteye yönelik bilgi, deneyim ve motivasyon eksikliğinden kaynaklandığı düşünölmektedir. Ancak sedanter bir yaşam tarzının önüne geçebilmek için kültürel aktivite ve rekreasyon alanlarının yanı sıra günlük fiziksel aktivite düzeyinin artırılmasına yönelik program veya projelerin hayata geçirilmesinin, yürüyüş ve bisiklet kullanımının teşvik edilmesinin faydalı olacağı düşünölmektedir (208).

Vural (125) yaptığı araştırmaya göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, zindelik, sosyal fonksiyon, mental rol, mental fonksiyon ve fiziksel sağlık puanı arasındaki ilişkinin yaşam kalitesi puanları açısından

araştırmaya katılan bireylerin vücut kitle indekslerine göre anlamlı olmadığını bulmuştur. Aşırı vücut yağı, yürüme, eğilme, çarpma ve diz çökme gibi günlük fiziksel aktiviteleri engelleyebileceğinden fazla kilolu yaşlı yetişkinler yaşam kalitesinde düşüş yaşayabilir (209). Bu fiziksel görevleri yerine getirme yeteneğinin azalması, günlük ev işlerinde yardım için diğer bireylere bağımlı hale gelmesine neden olabilir (210).

Çalışmamız sonucunda erkek sağlık çalışanlarının vücut ağırlığı ile yaşam kalitesinin alt boyutu olan fiziksel fonksiyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bunun nedeni kilolu kişilerin kilo vermek için fiziksel fonksiyon aktivitelerine sahip olmalarıdır; koşma, yürüme, merdiven çıkma gibi aktiviteleri yaptıkları için bu parametreler arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir (194). Vücut ağırlığı ile fiziksel rol, güç, enerji, canlılık, canlılık ve ağrı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Kişilerin vücut ağırlığı artarsa, fiziksel rol güçlüğü; kişinin fiziksel sağlığı ile ilgili iş ve diğer faaliyetlerde zorluk yaşamaktadır (125). Enerji canlılığı, canlılık; bitkin, yorgun, ağrı hissetmek; kişinin günlük hayatta ne kadar ağrı hissettiği gibi parametrelerin değerleri artar (194, 211). Fjeldstad ve Ark. (212) aşırı kilolu grupta, düşük yaşam kalitesi ölçümleri; fiziksel rol zorluğu, enerji canlılığı, canlılık ve ağrı ile anlamlı bir ilişki bulmuştur.

Fiziksel aktivite anketinde yer alan aktivite toplam değerleri ile kişinin kendini nasıl hissettiğini ve genel olarak sağlığının nasıl olacağını tahmin edebileceği genel sağlık algısı ile ağrı değerleri, nerede olduğu, ağrı değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ağrının kişinin hayatını ne kadar etkilediğini öğrenilebilir (212, 213). Vural (125) yaptığı çalışmada bireylerin fiziksel aktivite düzeylerine göre genel sağlık ve ağrı arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Tekkanat (199) yaptığı çalışmada öğrencilerin MET değerleri ile vücut bölgeleri arasında WHOQOL-BREF yaşam kalitesi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulmuştur. Bu çalışmaların sonuçları araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bireylerin fiziksel aktivite puanları ne kadar yüksekse yaşam kalitesi alt indeks değerlerinin de o kadar yüksek olması beklenmektedir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş değişkeni temelinde yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik analiz sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, enerji canlılık vitalite boyutunda, sosyal işlevsellik boyutunda, 18-28 yaş ve 29-39 yaş grubu çalışanların 51-61 yaş grubu çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, emosyonel rol güçlüğü boyutunda, ruhsal sağlık boyutunda, ağrı boyutunda, genel sağlık algısı boyutunda, yaş grubu değişkenine göre benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi değişkeni esasında yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanların ortaokul ve lise mezunu çalışanlara göre fiziksel fonksiyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, emosyonel rol güçlüğü boyutunda, ruhsal sağlık boyutunda, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanların düzeylerinin ortaokul ve lise mezunu çalışanlara göre daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür. Ağrı boyutunda, genel sağlık algısı ve enerji canlılık vitalite rol güçlüğü boyutundaki düzeylerin ortaokul ve lise mezunu çalışanların, lisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür. Sosyal işlevsellik boyutunda, eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının çalışma statüsü değişkeni esasında yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, fiziksel rol güçlüğü boyutunda, emosyonel rol güçlüğü boyutundaki düzeylerin doktor ve hemşire statüsünde çalışanların işçi statüsünde çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Enerji canlılık ve vitalite boyutunda, ruhsal sağlık boyutundaki düzeylerin ağrı boyutunda, sürekli işçi ve doktor statüsünde çalışanların, hemşire ve hasta bakıcı statüsünde çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Sosyal işlevsellik boyutunda ve genel sağlık algısı boyutundaki düzeylerin ise tüm çalışanlarda benzer olduğu, farklılık oluşturmadığı görülmüştür.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının çalışma yılı değişkeni temelinde yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonucuna göre; 1-5 ve 6-10 yıl çalışma süresi olan çalışanların 16-20 ve 20+ çalışma süresi olan çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, emosyonel rol güçlüğü boyutunda, enerji canlılık vitalite boyutunda, ruhsal sağlık boyutunda, ağrı boyutunda ve genel sağlık algısı boyutunda, çalışma süresi değişkeninin anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür.

Aydın ve Kamuk (181) SF-36 puanları kıdeme göre incelendiğinde sadece fiziksel fonksiyon alt boyutunda farklılık olduğu ve bu farklılığın kıdem düzeyi düşük olanlar lehine olduğu görülmüştür. Kıdem arttıkça yaşam kalitesi içinde fiziksel işlev boyutundan alınan puanların düştüğü daha önce bildirilmişti (204). Hemşirelerin çalışma süreleri arttıkça genel sağlık ve sosyal işlev puanlarının düştüğü de belirlenmiştir (198).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının gelir düzeyi değişkeni temelinde yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, fiziksel rol güçlüğü boyutunda 8001 tl+ gelir düzeyi olan çalışanların 3000-6000 tl gelir düzeyi olan çalışanlara göre daha

yüksek olduğu görülmüştür. Emosyonel rol güçlüğü boyutunda, enerji canlılık vitalite boyutunda, ruhsal sağlık boyutunda, sosyal işlevsellik boyutunda, ağrı boyutunda ve genel sağlık algısı boyutunda, gelir düzeyinin anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeyi değişkeni esasında yaşam kalite düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonucuna göre; fiziksel fonksiyon boyutunda, enerji canlılık vitalite boyutunda, ruhsal sağlık boyutunda ve genel sağlık algısı boyutunda fiziksel aktivite düzeyinin olumlu etki sağladığı görülmüştür. Ağrı boyutunda ise fiziksel aktivite düzeyinin ağrı düzeyini azaltıcı bir etki sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Fiziksel rol güçlüğü boyutunda, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik boyutunda, fiziksel aktivite düzeyinin bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde, fiziksel aktivite ve egzersizin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğunu tespit eden çalışmalar mevcuttur.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının VKİ ile yaşam kalite düzeyi korelasyon analizi sonucunda; VKİ ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık düzeyi, genel sağlık algısı düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki bulunduğu VKİ ile ağrı düzeyi arasında ise pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki belirlenmiştir.

Toplam fiziksel aktivite ile fiziksel fonksiyon düzeyi, fiziksel rol güçlüğü düzeyi, emosyonel rol güçlüğü düzeyi, vitalite düzeyi, ruhsal sağlık düzeyi, genel sağlık algısı düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Toplam fiziksel aktivite ile ağrı düzeyi arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir. Şiddetli fiziksel aktivite ile enerji canlılık vitalite ruhsal sağlık düzeyi, sosyal işlevsellik düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Şiddetli fiziksel aktivite ile ağrı düzeyi arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir. Orta şiddetli fiziksel aktivite ile fiziksel fonksiyon düzeyi, enerji canlılık vitalite ruhsal sağlık düzeyi, sosyal işlevsellik düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Orta şiddetli fiziksel aktivite ile ağrı düzeyi arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir. Yürüme fiziksel aktivite ile fiziksel fonksiyon düzeyi, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık düzeyi, genel sağlık algısı düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Yürüme fiziksel aktivite ile ağrı düzeyi arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki belirlenmiştir.

Tekkanat (199) öğretmenlik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri ile yaptığı araştırma sonucunda öğrencilerin yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulmuştur. Fiziksel aktivite, yaşam kalitesinin fiziksel alanı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Vuillemin vd.'nin (215) Fransız Kadınları, fiziksel aktivite ile

yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaları sonucunda; genç kadınların fiziksel aktivite düzeylerinin, yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı dışında diğeri boyutları ile ilişkili olduğu ve fiziksel aktiviteye katılan kadın ve erkek katılımcıların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Blair (19) düzenli fiziksel aktivitenin faydaları üzerine yaptığı çalışmada; egzersiz yaşam kalitesini iyileştirdiğini, hastalıkları ve sakatlıkları önlediğini ve ölüm oranını azalttığını bulmuştur. Özüdoğru (41) akademik ve idari personelin yaşam kalitesi ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmış ve akademik personelin fiziksel aktivite düzeylerine göre yaşam kalitesi karşılaştırıldığında genel olarak anlamlı bir farklılık bulmuştur. Erdal (216) yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve sosyal katılım düzeylerine etkisini incelemiş ve fiziksel aktivite düzeyi, yaşam kalitesi ve sosyal katılım arasında bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Motl ve McAuley (217), Sağlam (207) fiziksel aktivitelerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu yönündeki çalışmalarının sonuçları, çalışmayı destekleyen çalışmalardan bazılarıdır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %58.7'si yetersiz aktivite, %39.4'ü yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tüm bu çalışmaların incelendiği araştırmamız, örnekleme olan sağlık çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin daha iyi düzeyde olduğu görölmüştür.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının son yedi gün içinde yaptığı fiziksel aktivite katılım düzeyinde %32,54'ü şiddetli %47,01'i orta şiddetli, %99,50 si yürüme aktivitesine katıldığı bulunmuştur. Katılımcıların toplam fiziksel aktivite ortalaması (1075,20±729,81) olarak ölçölmüştür. Bu sonuç şiddetli, orta şiddetli ve yürüme aktivitesi kategorilerinde katılımcıların düşük aktiviteye sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet temelinde fiziksel aktivite düzeyleri sonucuna göre; erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. şiddetli fiziksel aktivite ve orta şiddetli fiziksel aktivite düzeyinde erkeklerin şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bekâr çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin evli çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kilolu çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin ideal kilolu çalışanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ortaokul, lise, önlisans mezunu çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin lisans ve lisansüstü mezunu çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Doktor ve hemşire statüsünde çalışanların fiziksel aktivite

düzeylerinin işçi ve diğer statülerde çalışanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışma süresi olan çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin 16-20 yıl ve 21+ yıl çalışma süresi olan çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların yaşam kalitesi alt indeks değerlerine fiziksel fonksiyon ortalaması, fiziksel rol güçlüğü ortalaması, emosyonel rol güçlüğü ortalaması, enerji vitalite canlılık ortalaması, ruhsal sağlığı ortalaması, sosyal işlevsellik ortalaması, ağrı ortalaması ve genel sağlık algısı ortalaması Türkiye ortalamasının altında kalmıştır. Sağlık çalışanlarının enerji vitalite canlılık boyutu ile genel sağlık algısı en düşük puan ortalamasına sahiptir. Bu değerler Türkiye ortalamasının altındadır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi alt indeksi olan fiziksel fonksiyon düzeylerinde erkekler, 18-39 yaş aralığında, 1-10 yıl görev yapan ideal kilolu, lisansüstü eğitim düzeyinde, doktor-hemşire olarak görev yapan sağlık çalışanlarının fiziksel fonksiyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Fiziksel rol güçlüğü düzeyleri boyutunda ideal kilolu, lisansüstü eğitim düzeyine sahip, 1-10 çalışma yılı olan doktor-hemşire-hasta bakıcı olarak çalışan sağlık çalışanlarının fiziksel rol güçlüğü düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Emosyonel rol güçlüğü düzeyleri boyutunda erkek sağlık çalışanları ideal kilolu, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyi olan, doktor-hemşire-hasta bakıcı olarak çalışanların emosyonel rol güçlüğü daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Enerji canlılık vitalite düzeyleri boyutunda erkek sağlık çalışanları, ideal kilolu, ortaokul-lise eğitim düzeyi olan sürekli işçi olarak çalışanların enerji canlılık vitalite düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Ruhsal sağlık düzeylerinde erkek sağlık çalışanların, evli ve ideal kilolu, lisansüstü eğitim düzeyine sahip ve sürekli işçi olarak çalışanlarının ruhsal sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyal işlevsellik düzeylerinde 18-39 yıl çalışma süresi olan erkek sağlık çalışanların sosyal işlevsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ağrı düzeyleri boyutunda kilolu, kadın sağlık çalışanlarının, lisans-lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşire-hasta bakıcı olarak görev yapan sağlık çalışanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Genel sağlık algısı boyutunda evli, ideal kilolu, ortaokul-lise eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanlarının genel sağlık algı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Öneriler

Fiziksel aktivitenin hem sağlık çalışanlarına hem de diğer kamu ve özel sektörde çalışanlara yönelik yaptıkları işlerden daha başarılı ve mutlu olmaları için fiziksel aktivitenin yararlarının ve bilimsel ilgilinin teşvik edilmesi ülkemizin her kurumunda yaygınlaştırılabilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan bu çalışma fiziksel aktivitenin farkındalığını artırmak için ülkemizin diğer illerinde de benzer çalışma yapılabilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik iş yerlerinde fiziksel aktivite yapacak uygun salonlar oluşturulabilir.

Sağlık çalışanlarına, fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarını özendirerek programlar düzenlenebilir.

Sağlık alışanlarının boş zamanlarında düzenli fiziksel aktivite etkinliklerine katılması teşvik edilebilir. Ayrıca sağlık çalışanlarının düzenli fiziksel aktivite yapabilmeleri için yetişmiş spor eğitimcileri, (Beden Eğitimi Öğretmeni, Antrenör, Spor Uzmanı) gibi personel istihdamı sağlanabilir.

Sağlık çalışanlarına hastane bahçesinde yürüyüş yolları ve spor alanlarının oluşturulması imkânları sağlanabilir.

5. KAYNAKLAR

- American College of Sports Medicine (ACSM), ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 6th ed, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2009: 5-7.
- Heyward VH. Advanced Fitness Assessment and Exercise Prescription. 5th ed. USA: Human Kinetics, 2006: 1-5.
- Ehrman JK, Gordon PM, Visich PS, Steven J. Clinical Exercise Physiology. 2nd ed. USA: Human Kinetics Publishers; 2005: 17-19.
- Genç A, Şener Ü, Karabacak H, Üçok K. Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması. Kocatepe Tıp Dergisi, 2011;12 (3): 145-150.
- Zorba, E. (2010). Fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluk ders notları. Web: <http://www.erdalzorba.com/categories/news.php?katid=9vekat>
- Ölçücü B, Vatansver Ş, Özcan G, Çelik A. Orta Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi, 2015; 2 (2), 63-73.
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports. 1985; 100: 126- 131.
- Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK),2014.Erişim:<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/FizikselAktiviteRehberi/TurkiyeFizikselAktiviteRehberi.pdf> Erişim tarihi: 09.01 2021
- EUPHIX (2018). Physical activity, available at: http://www.euphix.org/object_class/euph_physical_activity.html, 22 May.
- Warburton DER, Katzmarzyk PT, Rhodes RE, Shephard RJ (2007). Evidence – informed physical activity guidelines for Canadian adults. Appl Physiol Nutr Metab, 32, S16-S68.
- Health and development through physical activity and sport, noncommunicable diseases and mental health. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Noncommunicable Disease Prevention And Health Promotion, 2003. Erişim tarihi: 25.08.2021 Erişim: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67796/WHO_NHM_NPH_PAH03.2.pdf
- Booth ML. Assessment of physical activity: an international perspective by the American Alliance for Health. Physical Education, Recreation and Dance. 2000; 71: 2: 114-120.

- Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel aktivite, beslenme ve sağlıklı yaşam. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008; 1: 8 -12.
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. (1985) Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep.;100 (2):126–31
- Frontera, W. (2010). DeLisa Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. 5. Baskı. Ankara: Güneş
- Butte NF, Watson KB, Ridley K, Zakeri IF, McMurray RG, Pfeiffer KA, et al. (2018) A Youth Compendium of Physical Activities: Activity Codes and Metabolic Intensities. Med Sci Sports Exerc. 50 (2):246–56
- Scott, S. (2008). Able bodies balance training. New York: Human Kinetics.
- Vural, Ö. (2010). Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Ankara: Yüksek lisans tezi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Hareket Bilimleri Programı.
- Blair, S.N. Physical Activity, Epideniology, Public Health and the American Collage of Sport Medicine. Medicine and Science in Sports and Exercise. 2003; 35 (9): 1463-65
- Kozanoğlu, M.E. Adölesan ve Egzersiz http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/229_28egzeersiz.pdf 2004
- Butte NF, Watson KB, Ridley K, Zakeri IF, McMurray RG, Pfeiffer KA, et al. A Youth Compendium of Physical Activities: Activity Codes and Metabolic Intensities. Med Sci Sports Exerc. 2018;50 (2):246–56
- Corbin CB, Lindsey R. Fitness for life. Updated fifth edition, Human Kinetics, United States of America, 2005; 63-65.
- Trost SG, Owen, N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. Medicine and Science in Sports and Exercise, 2002; 34 (12), 1996-2001.
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein, T. The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response. WHO EUROPE. Denmark, 2007
- Gutold R, Ono T, Strong KL, Chatterji S, Morabia A. Worldwide variability in physical inactivity A 51-Country Survey, Am J Prev Med. 2008; 34(6):486-491.
- Vanhees L, Lefevre J, Philippaerts R, et al. How to assess physical activity? How to assess physical fitness? European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, 2005; 12(2): 102-114.
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response. WHO EUROPE. Denmark, 2007

- Özer, K. Fiziksel Uygunluk. Nobel Yayınevi, Ankara 2006
- Baltacı, G. Çocuk ve Spor. Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008
- Kromer, KHE, Grandjean, E. Fitting the Task to the Human. Bristol. 1997
- Ersoy G. Egzersiz ve Spor Yapanlar için Beslenme. Nobel Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ankara, 2004
- Blair S N. Physical Activity, Epideniology, Public Health and the American Collage of Sport Medicine. Medicine and Science in Sports and Exercise. 2003; 35(9): 1463-65
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. The Panel's judgements Washington, DC: AICR, 2007; 8-14, 200.
- Ainsworth BE, Haskell WL, Leon AS, et al. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. Med Sci Sports Exerc, 1993;25:71-80.
- Shephard RJ, Fitcher R. Physical activity and cancer: how may protection be maximized. Crit Rev Oncog, 1997; 8: 219-72.
- Warburton DER, Nicol C, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. Can Med Assoc J, 2006; 174: 801-89.
- Kushi LH, Byers T, Doyle C, et al. American Cancer Society. Choices for Good Health: American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention. CA Cancer J Clin, 2006; 56: 254-81.
- Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. N Engl J Med 1990; 322: 882-889.
- Bek N. Fiziksel Aktivite Ve Sağlığımız. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t43.pdf> S.10-14 27.03.2020.
- Tunay BV. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t43.pdf>, S.8, 27.03.2020.
- Özüdoğru E, Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Burdur: Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Programı, 2013.
- Tessier S, Vuillemin A, Bertrais S, Boini S, Bihan EL, Oppert JM, Herberg S, Guillemin F, Briançon S. Association Between Leisuretime Physical Activity And Health-Related Quality Of Life Changes Over Time. Preventive Medicine, 2007; 44 (3):202-208.

- Vural, Ö. Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, 2010.
- Türkiye toplumunun fiziksel aktivite düzeyi araştırması, Aktif Yaşam Derneği, 2010. (<https://aktifyasam.org.tr/pdf/fiziksel-aktivite-arastirmasi-raporu.pdf>)
- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2008. Atlanta: American Cancer Society: 2008.
- Blair SN. Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *Br J Sports Med*, 2009; 43, 1-2.
- Owen N, Bauman A, Brown W. Too much sitting: a novel and important predictor of chronic disease risk? *Br J Sports Med*, 2009; 43: 81-3.
- Healy GN, Dunstan DW, Salomon J, et al. Breaks in sedentary time: beneficial associations with metabolic risk. *Diabetes Care*, 2008; 31: 661-6.
- Owen N, Bauman A, Brown W. Too much sitting: a novel and important predictor of chronic disease risk? *Br J Sports Med*, 2009; 43, 81-3.
- World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO 2002.
- World Health Organization. (WHO) Noncommunicable Diseases and Mental Health. Health and Development Through Physical Activity and Sport. Geneva. U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Fundamental to Preventing Disease, June 20, 2002.
- Cavill N, Foster C, Oja P, Martin BW. An evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: contrasting case studies. *Promot Educ*, 2006; 13:104-11.
- Oldridge NB. Economic burden of physical inactivity: healthcare costs associated with cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2008; 15:130-9.
- Bull F. Population-based approaches to increasing physical activity. In: *Cancer Prevention and Management through Exercise and Weight Control* (McTiernan A. ed.), CRC Taylor & Francis 2006; 487-98.
- Physical Activity and Older Americans (PAOA): Benefits and Strategies. Agency for Healthcare Research and Quality and the Centers for Disease Control, available at <http://www.ahrq.gov/ppip/activity.htm> 2002
- Kern PA, Saghizadeh M, Ong JM, et al. The expression of tumor necrosis factor in human adipose tissue. Regulation by obesity, weight loss, and relationship to lipoprotein lipase. *J Clin Invest*, 1995; 95: 2111-9.
- McTiernan . Mechanisms linking physical activity with cancer. *Nat Rev Cancer*, 2008; 8:205-211.

- Michigan Governor's Council on Physical Fitness Health and Sports. The Economic Cost of Physical Inactivity in Michigan, 2003, available at: www.michiganfitness.org/active
- Brady W, Bass J, Moser R Jr, et al. Defining Toplam corporate health and safety costs-significance and impact. Review and recommendations. *J Occup Environ Med*, 1997; 39: 224-31.
- Oldridge NB. Economic burden of physical inactivity: healthcare costs associated with cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2014; 15: 130-9.
- Wang G, Pratt M, Macera CA, Zheng ZJ, Heath G. Physical activity, cardiovascular disease, and medical expenditures in U.S. adults. *Ann Behav Med*, 2004; 28, 88-94.
- Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Can J Appl Physiol*, 2004; 29, 90-115.
- Minnesota Department on Health Fact Sheet (MDHFS). Health care costs of physical inactivity in Minnesota, May 15, 2002, available at: www.health.state.mn.us/news/pressrel/inactivity
- Portegijs E, Rantanen T, Sipilä S, Laukkanen P, Heikkinen E. Physical activity compensates for increased mortality risk among older people with poor muscle strength. *Scand J Med Sci Sports*, 2007; 17: 473-9.
- Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Am J Epidemiol*, 1990; 132: 612-628.
- Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke*, 2003; 34: 2475-81.
- Clarkson P, Montgomery HE, Mullen MJ, et al. Exercise training enhances endothelial function in young men. *J Am Coll Cardiol*, 1999; 33: 1379-85.
- European Food Information Council (EUFIC). Physical activity, available at: http://www.eufic.org/article/en/page/_BARCHIVE/expid/basics-physical-activity. (The Basics 06/2006).
- Friedenreich CM, Cust AE. Physical activity and breast cancer risk: impact of timing, type and dose of activity and population subgroup effects. *Br J Sports Med*, 2008; 42: 636-47.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) 4, 2008; available at: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/health/index.html>
- Fox KR. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr*, 1999; 2:411-8.

- Martin BW, Kahlmeier S, Racioppi F, et al. Evidence-based physical activity promotion - HEPA Europe, the European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity. *J Public Health*, 2006;14:53-7.
- Roux L, Pratt M, Tengs TO, et al. Cost effectiveness of community-based physical activity interventions. *Am J Prev Med*, 2008; 35: 578-88.
- Bucksch J, Schlicht W. Health-enhancing physical activity and the prevention of chronic diseases – An epidemiological review. *Soz Präventiv Med*, 2006; 51: 281-301.
- Myers J, Prakash M, Froelicher V, et al. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med*, 2002; 346: 793-801.
- Aristoteles, Eudemos'a Etik. Eudemos'a Etik, 1. Baskı, Babür S, Bilge Su Yayıncılık, Ankara, 2015.
- Dinç N, Güzel P, Özbey S. Rekreasyonel fiziksel aktiviteler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018; 5: 4: 181-186.
- Brock, "Quality of life measures in health care and medical ethics," *The quality of life*, 1993; 95-132.
- Diener E, Suh E. Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators," *Social Indicators Research*, 1997; 40:189-216.
- Felce D., Perry, J. Quality of life: Its definition and measurement," *Research in developmental disabilities*, 1995; 16: 51-74, 1995.
- Cummins, R.A. Instruments assessing quality of life. *Assessing adults with intellectual disabilities: A service provider's guide*, 2005;119-137.
- Hagerty MR, Cummins R, Ferriss AL, et al. Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research," *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 2001; 71: 58-78, 2001.
- Andrasik, F, Goodie JL, Peterson, AL. *Biopsychosocial assessment in clinical health psychology*: Guilford Publications, 2015.
- Cummins RA, Lau, AL, Stokes M. HRQOL and subjective well-being: Noncomplementary forms of outcome measurement. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, vol. 2004; 4: 413-420.
- Executive, S. *Quality of Life and Well-Being: Measuring the Benefits of Culture and Sport—A Literature Review*, Edinburgh (ed:) Education Department Research Programme Research Findings, 2006.
- Felce, D. Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 1997; 41: 126-135, 1997.
- Snoek FJ. Quality of life: a closer look at measuring patients' well-being. *Diabetes spectrum*, vol. 2000;13:24-28.

- Alkire, S. The capability approach to the quality of life. Oxford Department of International Development 2010
- Physical inactivity a leading cause of disease and disability, warns. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ),2002.Erişim:<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/en/>
- Hickey A, Barker M, McGee H, O'boyle, C. Measuring health-related quality of life in older patient populations. *Pharmacoeconomics*, 2005; 23(10): 971-993.
- Işık A, Meriç M. Hayatin kalitesi (Quality Of Life) kavramının felsefik temelleri; aristo, bentham ve nordenfelt. *Ege Akademik Bakış*, 2010; 10(1): 421- 434
- Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri [Quality of life and health outcome assessment questionnaires]. *Romatizma [Acta Rheumatologica Turcica]*, 2005; 20:55-63.
- Durmaz B, Atamaz F. Stroke and quality of life. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2006; 52: 45-49.
- Altuntuğ, K, Ege E. Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15: 214-222.
- Tüzün HE, Eker L. Sağlık Değerlendirme Ölçütler ve Yaşam Kalitesi Sağlık ve Toplum. 13: 2, Nisan-Haziran 2003
- Işık KA. Hayat Kalitesi (Quality Of Life) Kavramının Felsefik Temelleri <http://tubitak.gov.tr/~w/b08.-html> (16.12.2004)
- Mandzuk LL, McMillan DE. A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 2005; 9: 12–18.
- De Walden-Gałaszko, K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem wia. Warsaw: Centrum Onkologii-Institut, 1997
- Wagner U, Degirmenci M, Drosopoulos S, Perras B, Born J. Effects of cortisol suppression on sleep-associated consolidation of neutral and emotional memory. *Biological psychiatry*, 2005; 58(11): 885-893.
- Yapıcı, A. Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2006
- Oktiler N. Huzurevinde yaşam ve yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, 2004
- The WHOQOL Group. What Quality of Life? *World Health Forum* 1996; 17(4): 354-356
- Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004;7:3:162-65

- Wenger NK, Hlattsos ME, Furberg CD, Elinson J. In assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *The American Journal of Cardiology*. 1984; 54: 7: 908-913
- Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, et al. İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;21(3): 145 – 153.
- Fidaner, H. Measuring quality of life WHOQOL-100 and WHOQOL-bref. *J Psychiatr Psychol Psychopharmacol.*, 1999; 7: 23-41
- Arsıntaş D, Metıntaş S, Ünsal A, Koyuncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2006; 28(2): 81-89
- Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. In *Seminars in oncology* 1995; 22(2) :73-81.
- Pektekin Ç. Hemşirelik Bülteni, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın Organı; 1994: 31
- Feinstein AR. *Clinimetrics*. New Haven, Connecticut: Yale University Press. 1987
- Kiebert GM. Jakość życia jako rezultat badań klinicznych w onkologii. In: J. Meyza (ed.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Warsaw: Centrum Onkologii, 1997: 43-57
- Leplege AL, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 3:47-50.
- Dziurawicz-Kozłowska, A. (). Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 2002; 1(2), 77-99
- Karnofsky D, Burchenak J. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: C.M. MacLeod, (ed.), *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press. 1949: 191- 205
- World Health Organisation Quality Of Life Group. What quality of life? World Health Organisation quality of life assessment. *World Health Forum*, 1996; 17(4): 354-356.
- Schipper H, Clinch J, Olweny CL. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: B. Spilker (ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 1996
- Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 2002; 1(2): 77-99
- Pachalska M, Kiejna A, Frańczuk B, Talar J, et al. Post-coma paraschizophrenia and quality of life in patients with closed head injuries. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. 2001; 3(3):401-411
- Taylor SE. *Health psychology*. New York: McGraw-Hill Inc. 1995

- Ransdell LB, Detling N, Hildebrand K, Moyer-Mileur L, Shultz B. Can Physical Activity Interventions Change Perceived Exercise Benefits and Barriers? *American Journal of Health Studies*, 2004; 19(4): 195-203.
- Karacabey, K. Türk Spor Eğitiminde Optimum Verimin Alınabilmesinin Şartları. *Fırat Üniversitesi Doğu Araştırmaları Dergisi*, 2004; 3(1): 76-80.
- Akbayrak T, Kaya S, Tedavi F. Gebelik ve Egzersiz. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Klasmat Matbaası, Ankara. 2008
- Tekkanat Ç. Öğretmenlik bölümünde okuyan öğrencilerde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri. Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 2008
- Levine RJ. Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective. *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996; 51: 489-495.
- Vural Ö. Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2010
- Özer D, Baltacı G. İş yerinde fiziksel aktivite, Fiziksel aktivite bilgi serisi. Ankara: Klasmat Matbaacılık. 2008
- US Department of Health and Human Services, A Report of the Surgeon General. 1996. *Physical Activity and Health Adults*, <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/execsumm.pdf>
- Artal M, Sherman C. Exercise Against Depression. *The Physician and Sports Medicine*, 1998; 26; 10: 57-61.
- WHO. <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter1.pdf> 2002
- Gıda ve beslenme Derneği. Fiziksel Aktivitenin Yararları Erişim: <http://gidabeslenme.org/fiziksel-aktivitenin-yararlari-nelerdir/18.12.2019-12:37>.
- Vural Ö, Eler S, Atalay GN. Masa Başlı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2010; 7(2): 69-75.
- Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Birinci Basım, Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.
- Şanlı E. Öğretmenlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi-Yaş, Cinsiyet ve Beden Kütle İndeksi İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı, 2008.

- Genç ME, Eğri M, Kurçer MA, Kaya M, Pehlivan E, Karaoğlu L, Güneş G. Malatya Kent Merkezindeki Banka Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Sıklığı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2002; 9 (4): 237-240.
- Acree LS, Longfors J, Fjeldstad A, Fjeldstad C, Schank B, Nickel KJ, Gardner, AW. Physical activity is related to quality of life in older adults. Health and Quality of Life Outcomes. 2006; 4 (1):37.
- Shibata A, Oka K, Nakamura Y, Muraoka I, Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. Health and Quality of Life Outcomes, 2007; 5 (1):64.
- Fişne M. Fiziksel Aktivitelere Katılım Düzeyinin, Üniversite Öğrencilerinin Akademik Başarıları, İletişim Becerileri ve Yaşam Tatminleri Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Spor Yöneticiliği Anabilim Dalı, Spor Yöneticiliği Bilim Dalı 2009.
- Blacklock RE, Rhodes RE, Brown SG. Relationship Between Regular Walking, Physical Activity, And Health-Related Quality Of Life. Journal of Physical Activity and Health, 2007; 4: 138-152.
- Akyüz H, Yaşartürk F, Aydın İ, Zorba E, Türkmen M. Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Ve Mutluluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (UKSAD), 2017; 3(2): 253-262.
- Bilir, Özcebe H, Vaizoğlu SA, Aslan D, Subaşı N, Telafar TG. Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde Sf-36 İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2005; 25 (5): 663-668.
- Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri, Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 2016; 8(15):13-150.
- Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. Psikiyatride Yaşam Kalitesi. Düşünen Adam, 2003; 16 (1), 18-23.
- Sarı Vİ, Kındap A. Türkiye’de Kentsel Yaşam Kalitesi Göstergelerinin Analizi. Journal of Turkish Court of Accounts, 2018;108:39-72.
- Diñç N, Güzel P, Özbey S. Rekreasyonel Fiziksel Aktiviteler ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2018; 5(4):181-186.
- World Health Organization (WHO). WHOQOL, Measuring Quality of Life, Programme on Mental Health, WHO Publications, 1997.
- Boylu AA. Ailelerin Yaşam Kalitelerini Etkileyen Bazı Objektif ve Sübjektif Göstergelerin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aile ve Tüketici Bilimleri Anabilim Dalı, 2007.

- Torlak SE, Yavuzçehre PS. Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme”, Çağdaş Yerel Yönetimler, 2008;17(2):23-44.
- Malkina-Pykh, IG. Rhythmic Movement Psychotherapy, St Petersburg: INENCO Center of RAS, 2001.
- Veenhoven R. Developments in Satisfaction Research. Social Indicators Research, 1996; 37 (1):1-46.
- Özmete E. Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2010;3(11):455-465.
- Tüzün EH, Eker L. Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2003; 13(2):3-8.
- Gössweiner, Pfeiffer C, Richter R. Quality of Life and Social Quality, Working Paper 12, Austrian Institute for Family Studies, 2001.
- Işığışok E. Yaşanabilir İller Araştırmasının Güvenilirliği-2.
[http://www.ekohaber.com.tr/ekohaber-prof-dr-erkan-isigicok-20-09-2011-yazisi-yazi id-13577.html](http://www.ekohaber.com.tr/ekohaber-prof-dr-erkan-isigicok-20-09-2011-yazisi-yazi-id-13577.html), 23.01.2022.
- Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The Quality Of American Life: Perceptions, Evaluations, And Satisfactions, Russell Sage Foundation, Newyork, 1976.
- Akder AH. Türkiye’de İnsani Gelişme ya da Yaşam Kalitesi, Asomedy, 2004; 40-61.
- Descartes R. 1637, Discours de la methode. Metot Üzerine Konuşma, Birinci Basım, Altınörs A, Paradigma Yayıncılık, İstanbul, 2010.
- Descartes R. 1637, Discours de la methode. Yöntem Üzerine Konuşma, İkinci Basım, Minareci R, Morpa Kültür Yayınları İstanbul, 2004.
- Spinoza, B. 1675, Ethica. Ethica, Birinci basım, Dürüşken Ç, Kabcacı Yayınları, İstanbul, 2013
- Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK), 2014.Erişim:[https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenmehareketlihayatdb/Fiziksel Aktivite Rehberi/Turkiye Fiziksel Aktivite Rehberi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenmehareketlihayatdb/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf)
- Vural Ö, Eler S, Güzel NA. Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2010; 8: 2: 69-75.
- Boutelle KN, Murray DM, Jeffery RW, Hennrikus DJ, Lando HA. Associations between exercise and health behaviors in a community sample of working adults. Preventive Medicine. 2000; 30: 3: 217-224.

- Pucci GC, Rech CR, Fermino RC, Reis RS. Association between physical activity and quality of life in adults. *Revista de Saúde Pública*. 2012 Feb; 46: 1: 166-179.
- Dilbaz N. Yaşam kalitesi: ölçümü ve psikiyatri. *Psycho Med*, 1996; 2: 1-20.
- Hammoudeh W, Mataria A, Wick L, Giacaman R. In search of health: quality of life among postpartum palestinian women. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2009; 9(2): 123
- Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2003; 35, 1381- 1395.
- Parmaksız, H. Obezlerde fiziksel aktivite seviyesinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir; Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 2007.
- Savcı S, Öztürk M, Arıkan H, İnal İD, Tokgözoğlu, L. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern. Arş*, 2006; 34:166-172.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection, *Med Care*, 1992; 30, 473-483.
- Aksu MT. Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri depresyon, anksiyete, problem çözme yeteneği ve yaşam kaliteleri açısından değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, 2008.
- Aydemir, Ö. Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36. 3-P/Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 1999; 7, 14-22.
- Koçoğlu, D. 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, 2006.
- İnan, N. Alerjik rinit ve kronik rinosinüzitli hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Trakya: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Ana Bilim Dalı, 2003
- Ware, J.E. The Most 36-Item short form health survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 1992; 30, (6), 328-334.
- Bellamy N. Principles of Outcome Assessment In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, (Editors). *Rheumatology*. Toronto: Mosby, 2003: 893-905.
- Ware JE, Kosinski M, Bayliss MS, et al. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures:

Summary of results from the Medical Outcomes Study. Med Care 1995; 33: 264-279.

- Bozdağ B. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı, 2019,
- Savcı BA. Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum. 2006
- Öztürk, M. Üniversitelerde eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirlik ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2005
- Kılınç, F. ve Tosun, N. (). Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: tanımlayıcı bir araştırma. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020; 6(2): 207-215.
- Yetim, M. Sağlık çalışanlarının genel sağlık durumu fiziksel aktivite düzeyleri ve etkileyen faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul. 2017
- Aydın Y, Kamuk YU. Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin, yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeylerine etkisi. Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 2021; 6(1):88-105.
- Arabacı R, Çankaya C. Beden eğitimi öğretmenlerinin fiziksel aktivite düzeylerinin araştırılması. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2007; 1(20): 1-15.
- Kızar O, Kargün M, Togo O T, Biner M, Pala A. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Spor Bilimler Dergisi, 2016; 1(1): 61-72
- Civan A, Sayın N. Relationship between physical activity levels and physical fitness of young (15-17 ages). Turkish Journal of Sport and Exercise, 2017; 19(2): 234-240.
- Vaizoglu S, Akça O, Güler Ç, Omar AH, Çoşkun D, Güler Ç. Genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3(4).
- Vatansever S, Ölçücü B, Özcan G ve ark. Orta Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. The Journal Of International Education Science 2015; 1: 63-73

- Özüdoğru, E. Üniversite personelinin fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Burdur. 2013
- Koçak FÜ, Özkan F. Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri Journal Of Sports Sciences, 2010; 2(1): 46-54.
- Sander MS, Albertine JS, Marijke JM, et al. Physical activity disagreement assessed by accelerometer and personal report in subgroups of age, gender, education and weight status, International Behavioral Nutrition and Physical Activity Journal 2009; 6: 17.
- Fine JT, Colditz GA, Coakley EH, Moseley G, Manson JE, Willett WC ve Kawachi I. A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. Jama, 1999; 282(22): 2136-2142.
- Memiş UA, Yıldırım İ. Çocukluk Ve Ergenlikteki Fiziksel Aktivite Deneyimleri İle Yetişkinlikteki Fiziksel Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişki. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2008; 13(1): 13-32.
- Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults, Med. Sci. Sports. Exerc 2003; 35: 1894-1900
- Welk, Gregory J, Blair, et al. Physical activity protects against the health risks of obesity. J Public Health 1998; 88: 1807-1813.
- Savas Y. Genel ya da Bölgesel Anestezi ile Yapılan Kasık Fıtığı Onarımlarının Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon. 2009: 54.
- Oliver A, Sanso N, Galiana L, Tomas JM, Benito E. Evaluacion psicometrica en profesionales de enfermeria de cuidados paliativos. Aquichan, 2017; 17(2): 183-194.
- Oshodi TO, Bruneau B, Crockett R, Kinchington F, Nayar S, West E. The nursing work environment and quality of care: content analysis of comments made by registered nurses, responding to the essentials of Magnetism II scale. Nursing Open, 2019; 6(3): 878–888.
- Erkiral, C. Hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2014
- Yıldırım Dİ, Yıldırım A, Eryılmaz MA. Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi. Cukurova Medical Journal, 2019; 44(2): 325-333
- Şahin DS, Önal Ö, Sütü SP, Kılınç AS, Mutluay D. Acil servis ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014; 2(2): 81-92.

- Tekkanat Ç. Öğretmenlik bölümünde okuyan öğrencilerde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sporda Psiko-Sosyal Alanlar Anabilim Dalı. Denizli. 2008: 27.
- Kaya M. Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin öznel yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2003
- Aldınç H, Aytar B, Demetçi EM, Seçen EA, Şahin A, Yılmaz H. Ankara İlinde Seçilen Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kişilerin Medikososyal Özelliklerine göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. 2004
- İlhan EL. Examination on the healthy life style behaviors of the student-athletes in university teams in Turkey. Energy Education Science And Technology Part B-Social And Educational Studies, 2012; 4(3): 1511-1522.
- Avcı K ve Pala, K. Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 30(2): 81-85.
- Kılınç F. Hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep. 2018
- Başkale H, Günüşen NP, Serçekuş P. Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çalışan yaşam kalitesi düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Pamukkale Tıp Dergisi, 2016; 9(2): 125-133.
- Yıldırım Dİ, Yıldırım A, Eryılmaz MA. Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi. Cukurova Medical Journal, 2019; 44(2), 325-333.
- Sağlam, Y. Öğretmenlerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması (Bitlis İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Niğde. 2015
- Wilde BE, Corbin CB, Le Masurier GC. Free-living pedometer step counts of high school students. Pediatric Exercise Science, 2004; 16(1): 44-53.
- Han TS, Tjihuis MAR, Lean MEJ. Quality of life associated with excessive weight and fat distribution. Public Ealth Magazine 1998; 88: 20-1814.
- Jensen GL, Rogers J. Obesity in older people. J Am Diet Assoc. 1998; 98: 1308-1311.
- Özbay A. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği Müdahalesinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Zonguldak. 2010: 33.

- Fjeldstad C, Fjeldstad AS, Luke AS, et al. Impact of obesity on falls and quality of life, *Dyn Med* 2008; 7: 4
- İnan N. Alerjik Rinit ve Kronik Rinosinüzitli Hastaların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Ana Bilim Dalı. Trakya. 2003: 22.
- Yıldız AU. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği Müdahalesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans. Zonguldak: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, 2010: 57.
- Vuillemin A, Boini S, Bertrais S, et al, Leisure time physical activity and health related quality of life. *Preventive Medicine*, 2005; 41: 562– 569.
- Erdal, M. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kaliteleri ve toplumsal katılım düzeylerine etkisi. Yüksek Lisans Tez, Samsun On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun. 2018
- Motl RW, McAuley E. Physical activity, disability, and quality of life in older adults. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 2010; 21(2): 299-308.

ÖZ GEÇMİŞ

Yazar 1980 yılında Diyarbakır ili Ergani ilçesinde dünyaya geldi, ilk, orta öğrenimini Ergani’de ve lise ve Lisans öğrenimini Elazığ’da tamamladıktan sonra, 1998 yılında Fırat Üniversitesi Hastanesinde hemşire olarak göreve başladı. 2014 yılında Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Yönetimi, Teftişi, Planlaması ve Ekonomisi Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimine başladı ve aynı bölümden 2017 yılında mezun oldu. 2018 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalında doktora eğitimine başladı. Yazarın ulusal ve Uluslararası kongrelerde sunulan bildirileri, ulusal ve uluslararası indekslerde taranan makaleleri bulunmaktadır.

Evli ve iki çocuk annesi olan yazar Fırat Üniversitesi Hastanesi Kalite Yönetim Biriminde hemşire olarak görevine devam etmektedir.