



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN
KİşİLERİN EGZERSİZ YAPMA DURUMLARININ
SAğLIKLI OLMA İNANCINA ETKİSİ

Dr. Gamze Seçil ERGİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN
KİşİLERİN EGZERSİZ YAPMA DURUMLARININ
SAğLIKLI OLMA İNANCINA ETKİSİ

Dr. Gamze Seçil ERGİN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mustafa ÇELİK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve desteklerini esirgemedен eğitimime katkı sağlayan, kliniğimizde bir aile ortamı oluşmasına katkıda bulunan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e,

Asistanlık hayatım süresince ve tez çalışmamda başından itibaren her zorlandığım yerde, gerektiğinde bir telefonla rahatça ulaşabildiğim, bir abi olarak desteklerini hissettiğim saygıdeğer hocam Doç. Dr. İsmail ARSLAN'a,

Asistanlığım boyunca desteklerini esirgemeyen bir abla olarak yardımcı olan Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ'ye

Rotasyonlarım sırasında bilgilerini ve yardımlarını esirgemeyen tüm değerli hocalarımıza, asistanlığım süresince beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum ve birçok anıyı paylaştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda duran, beni hep destekleyen mutluluk kaynaklarım canım aileme, özellikle annem Aynur Ergin'e,

En içten teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

Dr. Gamze Seçil ERGİN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. FİZİKSEL AKTİVİTE VE EGZERSİZİN TANIMI	3
2.2. EGZERSİZ TÜRLERİ, ÖZELLİKLERİ VE BİLEŞENLERİ	3
2.2.1. Egzersiz Şekli.....	3
2.2.1.1. Dayanıklılık egzersizleri (Aerobik egzersizler).....	3
2.2.1.2. Kuvvet egzersizleri	4
2.2.1.3. Esneklik egzersizleri	4
2.2.1.4. Denge egzersizleri.....	4
2.2.2. Egzersiz Süresi	5
2.2.3. Egzersiz Sıklığı	5
2.2.4. Egzersiz Yoğunluğu.....	5
2.3. EGZERSİZİN SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE SÜRDÜRÜLMESİNDEKİ ÖNEMİ	7
2.4. SAĞLIK İNANÇ MODELİ (SİM).....	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM	11
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ	11
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	11
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	11
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	11
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	11
3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI	11
3.6.1. Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği	12
3.6.2. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	13

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	13
4. BULGULAR.....	15
4.1. TANIMLAYICI BULGULAR.....	15
4.2. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	19
4.3. SAĞLIK İLE İLGİLİ VERİLER İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	23
4.4. FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	27
4.5. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI.....	28
4.6. SAĞLIKLA İLGİLİ VERİLER İLE FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI	30
4.7. OTURMA MİKTARI İLE SOSYODEMOGRAFİK VE SAĞLIĞA İLİŞKİN VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	31
5. TARTIŞMA	33
5.1. FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	33
5.2. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	34
5.3. SAĞLIK İLE İLGİLİ VERİLER İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	37
6. SONUÇLAR	39
7. KAYNAKLAR.....	40
8. ÖZGEÇMİŞ	45
9. EKLER.....	46
EK-1: TEZ KONUSU ONAYI	46
EK-2: ETİK KURUL ONAYI	47
EK-3: ANKET FORMU	48

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UFAA	: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
ESİMÖ	: Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
HBMS-E	: The Health Belief Model Scale for Exercise
BMI	: Body Mass Index
CDC:	: Center for Disease Control and Prevention
IPAQ-LF	: International Physical Activity Questionnaire-Long Form
IPAQ-SF	: International Physical Activity Questionnaire-Short Form
UAFAA-KF	: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences for Windows

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1.	Yoğunluklarına göre bazı aktivitelerin metabolik eşdeğerleri.....	6
Tablo 4.1.	Katılımcılar ile İlgili Sosyodemografik Verilerin Dağılımı (n=269).....	15
Tablo 4.2.	Sağlığa İlişkin Verilerin Dağılımı (n=269).....	16
Tablo 4.3.	Katılımcıların Fiziksel Aktivite Verilerinin Dağılımı (n=269).....	16
Tablo 4.4.	Katılımcıların ESİMÖ Sorularına Verdiği Yanıtların Dağılımı	17
Tablo 4.5.	ESİMÖ alt boyutları verileri.....	19
Tablo 4.6.	Katılımcıların yaşları ile ESİMÖ alt boyutları puanlarının korelasyonu.....	19
Tablo 4.7.	ESİMÖ alt boyutları ile cinsiyetin karşılaştırılması	20
Tablo 4.8.	ESİMÖ alt boyutları ile medeni durumun karşılaştırılması.....	21
Tablo 4.9.	ESİMÖ alt boyutları ile eğitim durumun karşılaştırılması	22
Tablo 4.10.	ESİMÖ alt boyutları ile gelir durumun karşılaştırılması	23
Tablo 4.11.	ESİMÖ alt boyutları ile sigara durumun karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.12.	Egzersiz sağlık inanç modeli alt ölçekleri ile alkol içme durumun karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.13.	ESİMÖ alt boyutları ile kronik hastalık durumun karşılaştırılması	26
Tablo 4.14.	Egzersiz sağlık inanç modeli alt ölçekleri ile VKİ'nin karşılaştırılması	27
Tablo 4.15.	ESİMÖ alt boyutları ile fiziksel aktivite durumunun karşılaştırılması..	28
Tablo 4.16.	Katılımcıların yaşı ile aktivite durumunun karşılaştırılması	29
Tablo 4.17.	Katılımcıların sosyodemografik veriler ile aktivite durumlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.18.	Katılımcıların sağlık ile ilgili verileri ile fiziksel aktivite durumlarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.19.	Katılımcıların yaşları ile oturma miktarının korelasyonu.....	31
Tablo 4.20.	Katılımcıların oturma miktarı ile sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması.....	32

ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN EGZERSİZ YAPMA DURUMLARININ SAĞLIKLI OLMA İNANCINA ETKİSİ

Amaç: Bu çalışmada, bireylerin fiziksel aktivite yapma durumlarını, egzersize yönelik sağlık inançlarını ve etkileyen faktörleri saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tanımlayıcı, kesitsel bir araştırmadır. Araştırmaya Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri, egzersiz yapmaya fiziksel engeli olmayan ve iletişim engeli olmayan, klinik olarak bilinen zihinsel durum bozukluğu olmayan 269 kişi dahil edildi. Çalışmada katılımcılara sosyodemografik ve sağlığa ilişkin özellikleri sorgulayan veri formu, uluslararası fiziksel aktivite anketi ve Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği uygulandı. Sosyodemografik ve sağlığa ilişkin veriler ile ilgili sorular literatür taranması ile hazırlandı. Veriler IBM SPSS 25.0 programı ile analiz edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $35 \pm 12,7$ 'dir. Katılımcıların %36,8'i inaktif, %49,1'i minimal aktif, %14,1'i çok aktifti. Katılımcıların fiziksel aktivite durumları ile ESİMÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; fiziksel aktivite arttıkça genel sağlık değerlerinin de arttığı bulundu ($p=0,024$). Bireylerin egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inançları (ciddiyet) ile fiziksel aktivite durumları arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,003$). Minimal aktif kişilerin ESİMÖ alt boyutlarından ciddiyet puanları en yüksek saptandı. Katılımcıların fiziksel aktivite durumları ile egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit) ve egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları (yarar maliyet) arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Bireylerin egzersiz yapmama sakıncaları hakkındaki inançları (yapmama sakıncaları) ile fiziksel aktivite durumu arasında negatif yönlü ilişki saptandı ($p<0,001$). Katılımcıların yaşları ile genel sağlık değerleri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p=0,017$). Yapmama sakıncaları puanları ($p<0,001$) ve ESİMÖ toplam puanı ($p=0,005$) ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı. Yapmama sakıncaları puanı ($p<0,001$) ve ESİMÖ toplam puan ($p=0,001$) kadınlarda daha yüksek saptanmıştır. Evli olmayanların, fiziksel

olarak daha aktif ve genel sağlık değerlerinin daha yüksek olduğu saptandı (p=0,029). Tehdit puanı (p=0,036), yapmama sakıncaları puanı (p<0,001) ve ESİMÖ toplam puan (p<0,001) evlilerde daha yüksek bulundu. Egzersiz yapmama sakıncaları puanı, kronik hastalığı bulunanlarda daha yüksek bulundu (p<0,001). Katılımcıların VKİ'si ile yapmama sakıncaları puanı arasında pozitif yönlü ilişki saptandı (p<0,001).

Sonuç: Bulgularımıza göre, yeterli düzeyde egzersiz yapan bireylerin egzersiz sağlık inançları daha yüksektir. Fiziksel olarak daha az aktif kişiler, egzersiz yapmanın ciddiyeti ve yapmamanın sakıncaları hakkında daha endişelidir. Evli olmayanların, yüksek eğitim düzeyinde olanların ve gençlerin genel sağlık değerleri daha yüksektir. Kadınlar, daha ileri yaşta olanlar, evliler, kronik hastalığı olanlar ve obezler egzersiz yapmamanın sakıncalarına hakkında daha kaygılıdır.

Anahtar Kelimeler: Egzersiz, Sağlık İnancı, Aile Hekimliği

ABSTRACT

THE EFFECT OF EXERCISE STATUS OF PEOPLE APPLYING TO FAMILY MEDICINE POLYCLINIC ON BEING HEALTHY BELIEF

Aim: In this study, we aimed to determine the physical activity status of individuals, their health beliefs about exercise, and the factors affecting them.

Material and Methods: Our study is a descriptive, cross-sectional research. The study included 269 people who applied to Ankara Training and Research Hospital Family Medicine outpatient clinics for any reason, agreed to participate in the study, were 18 years of age and older, had no physical disability to exercise, had no communication barrier, and had no clinically known mental disorder. In the study, a data form questioning sociodemographic and health-related characteristics, an international physical activity questionnaire, and the Exercise Health Belief Model Scale (HBMS-E) were applied to the participants. Questions about sociodemographic and health data were prepared by reviewing the literature. The data were analyzed with the IBM SPSS 25.0 program.

Results: The mean age of the participants was 35 ± 12.7 years. Of the participants, 36.8% were inactive, 49.1% were minimally active, and 14.1% were very active. When the physical activity status of the participants was compared with the sub-dimensions of ESIM; It was found that general health values increased as physical activity increased ($p=0.024$). A significant difference was found between the individuals' beliefs about the seriousness of exercising (severity) and their physical activity status ($p=0.003$). The severity scores of the minimally active individuals were found to be the highest among the ESMI sub-dimensions. There was no significant difference between the participants' physical activity status and their belief that exercise reduces the risk of disease (threat) and their belief that exercise benefits outweigh the cost of exercise (benefit cost). A negative correlation was found between individuals' beliefs about the drawbacks of not doing exercise (disadvantages of not doing it) and their physical activity status ($p<0.001$). A negative significant correlation was found between the ages of the participants and their general health values ($p=0.017$). A positive and significant correlation was

found between the drawbacks of not doing it ($p<0.001$) and the total ESSIM score ($p=0.005$) with age. Disadvantages of non-doing score ($p<0.001$) and ESSIM total score ($p=0.001$) were higher in females. It was determined that unmarried people were more physically active and had higher general health values ($p=0.029$). Threat score ($p=0.036$), drawbacks of not doing it ($p<0.001$), and ESIM total score ($p<0.001$) were found to be higher in married people. The inconvenience of not doing exercise score was found to be higher in patients with chronic disease ($p<0.001$). A positive correlation was found between the BMI of the participants and the inconveniences of not performing it ($p<0.001$).

Conclusion: According to our findings, exercise health beliefs of individuals who exercise adequately are higher. People who are less physically active are more concerned about the seriousness of exercising and the drawbacks of not doing it. Unmarried, highly educated and young people have higher overall health values. Women, older people, married people, those with chronic diseases and obese are more concern about the drawbacks of not exercising.

Key Words: Exercise, Health Belief, Family Medicine.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği; koruma, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere sağlık hizmetlerinin her üç basamağında bulunan bir uzmanlık alanıdır. Koruma yani hastalık durumunun oluşumunun önlenmesi konusunda aile hekimleri, hem kişisel hem de toplumsal olarak risk faktörlerini belirleyip, kişilerin ihtiyaçlarını göz önünde tutarak, kişilerin risk faktörlerinden nasıl kaçınacağı konusunda onları eğitebilir. Sağlık hizmetlerinin ilk başvuru basamağında bulunmasının etkisiyle aile hekimleri, bireylere sağlık ile alakalı her konuda rehberlik edebilen kişilerdir (1).

Dünya sağlık örgütü (DSÖ), fiziksel aktivite ve sporun sağlıklı bir yaşam biçimi için vazgeçilmez unsurlar olduğunu ifade etmektedir. Uygun fiziksel aktivite ve düzenli spor yapmak, yaş ayırt etmeksizin tüm bireylere fiziksel, zihinsel ve sosyal yararlar sağlamaktadır. DSÖ, egzersiz ve fiziksel aktivitenin hem hastalıkları önlemenin hem de genel halk sağlığını geliştirmenin uygun maliyetli yolları olduğunu vurgulamaktadır (2). Günümüzde teknolojiye büyük ilerlemeler nedeniyle fiziksel aktivite azalmış ve insanlar iş ve boş zamanlarının çoğunu hareketsiz geçirmektedir. Ulaşım, eğlence ve ev işleri gibi faaliyetler bile teknoloji sayesinde çok daha az enerji gerektirir durumdadır (3). Azalan fiziksel aktivite aynı zamanda hareketsizliğe bağlı sağlık sorunlarının da artmasına neden olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kalp hastalığı, inme, kanser, diyabet ve kronik akciğer hastalığı gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar) dünya çapındaki ölümlerin yaklaşık %70'inden sorumludur. Fiziksel hareketsizlik, bulaşıcı olmayan hastalıklardaki artıştan sorumlu dört ana risk faktöründen biridir. Diğerleri sigara içmek, alkol kullanmak ve düzensiz beslenmektir. (2). Bu bilgilerin yanında, DSÖ'nün son verilerine göre, dünyada her dört yetişkinden biri (1.4 milyar kişi) yaygın kronik hastalıkların azaltılması ve sağlığın iyileştirilmesi için önerilen fiziksel aktivitelere uymuyor (3). Türkiye'de, 2017'de yürütölen araştırmada erkeklerin % 33,1'inin ve kadınların %53,9'unun DSÖ'nün fiziksel aktivite önerilerini karşılamadığı bulunmuştur (4).

Bireylerin davranışları ve tutumları, sağlıklarını korumada ve geliştirmede; tedaviye olan inancında ve isteğinde önemli yer tutmaktadır (5). 1950'li yılların

başından beri, Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlık ile alakalı davranış araştırmalarında oldukça yaygın kullanılan bir modeldir. Bu model, bazı insanların neden sağlıklı kalmakla ilgilendiğini, bazılarının ise sağlıklarının devam etmesi için neden çabalamadığını ve taramalara katılmadığını açıklamaya çalışır.

Sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde yaşam tarzı değişikliklerinin temel bileşenlerinden olan egzersiz davranışını etkileyen sağlık inancının belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle araştırmamızda bireylerin fiziksel aktivite yapma durumlarını, egzersize yönelik sağlık inançlarını ve bunları etkileyen faktörleri saptamayı amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. FİZİKSEL AKTİVİTE VE EGZERSİZİN TANIMI

Fiziksel aktivite, insan vücudundaki tüm kasların kasılmasını içeren, bazal seviyesinin üzerinde enerji harcamasını gerektiren, iskelet sisteminin kullanılması yoluyla kan akışını ve solunum hızını artıran ve farklı düzeylerde yorgunluğa neden olan fiziksel efor olarak tanımlanır. (6). Fiziksel aktivite; çalışma zamanlarında, gündelik aktiviteler sırasında veya boş vakitlerde vücudu fiziksel olarak hareketli tutma halidir. Yürümek, koşmak, yüzmek, bisiklete binmek, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü veya bir bölümünü içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak açıklanmaktadır (7). Egzersiz, bu fiziksel aktivitenin bir bölümü ve fiziksel kapasiteyi geliştirmek için yapılan, düzenli ve tekrarlı hareketler olarak belirtilmektedir (8).

2.2. EGZERSİZ TÜRLERİ, ÖZELLİKLERİ VE BİLEŞENLERİ

Egzersiz yapmaya yeni başlayacak kişilerin, yapacakları egzersize karar verilirken; yaş, cinsiyet, klinik durum ve ilgi alanlarına dikkat edilmelidir. Egzersiz seviyenize karar vermeden önce dört temel faktörün bilinmesi gerekir:

2.2.1. Egzersiz Şekli

Dayanıklılık, kuvvet, esneklik ve denge hareketleri olarak sayılabilir (9).

2.2.1.1. Dayanıklılık egzersizleri (Aerobik egzersizler)

Vücudun daha fazla oksijen harcamasını sağlayan, büyük kas gruplarının hareketli ve eşgüdümlü olarak çalıştığı egzersizlerdir. Uzun süre ve yorulmadan yapılabilen fiziksel aktivite türüdür (10).

Aerobik egzersizler, kalp atım hızında ve nefes almada artışa sebep olurlar. Yürüyüş, koşu, yüzmek, tenis ve bisiklete binmek gibi aktiviteleri kapsamaktadır (10, 11).

2.2.1.2. Kuvvet egzersizleri

Bir dirence karşılık olarak çalışan kas gruplarıyla yapılan egzersizlerdir. Ağırlık kaldırma, itme, çekme, mekik çekmek ve kardiyo çalışmak bunlardan bazılarıdır (12).

Bu egzersizler sadece belirli bir bölgeye yönelik yapılmamalı, vücudun alt ve üst kısmı, sağ ve sol kısmı, ön ve arkadaki gövde kaslarını koordineli şekilde çalıştırmak amaçlanmalıdır (10).

Amerikan Kalp Derneği (AHA) kuvvet egzersizlerinin sağlığa katkılarına şöyle değinmiştir:

- Yaşam kalitesi artar,
- Kemik, kas ve bağ dokularının dayanıklılığı artar ve incinme burkulma oranı azalır,
- Vücudun yağ oranı azalır,
- Kas kütesinin artmasıyla birlikte kalori yakılması artar ve vücudun sağlıklı kiloları koruması kolaylaşır (9).

2.2.1.3. Esneklik egzersizleri

Eklemelerin hareket açıklığını genişleterek bireylerin günlük yaşamında daha kolay aktivite yapabilmesine yarayan egzersiz grubudur (12). Dayanıklılık veya kas gücüne fazla etkileri yoktur.

Germe egzersizleri öncesinde kasları ısıtmak için yürüyüş yapmak önemlidir. Dayanıklılık ve kuvvet egzersizlerinden sonra esneklik egzersizleri yapmanın daha faydalı olacağı bildirilmektedir. Yoga ve pilates esneklik egzersizleri grubuna örnektir (9, 13).

2.2.1.4. Denge egzersizleri

Birey sabit ya da hareketliken düşmeye neden olan vücut içinden veya dışından olan kuvvetlere karşı koyma yeteneğini artıran hareketlerdir (12).

Gündelik işlerde ve merdiven inme-çıkma dengede kalabilmek önemlidir. Özellikle inme hastalarında ve yaşlılarda düşmeleri önlemede denge egzersizleri önemli yer tutmaktadır. Tai Chi ve Yoga bu gruba örnektir (9, 14).

2.2.2. Egzersiz Süresi

Egzersizin ne kadar sürede yapıldığını gösterir, genellikle dakika ile ifade edilir.

2.2.3. Egzersiz Sıklığı

Egzersizin hangi sıklıkla yapıldığını gösterir, genellikle haftalık sayı olarak ifade edilir.

2.2.4. Egzersiz Yoğunluğu

Egzersizi yapmak için harcanan enerjiye göre düşük, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılır (2).

Egzersiz yoğunluğunu ölçmenin birkaç yolu vardır:

-Maksimum kalp hızı (MKH): Maksimum kalp hızı $[=220-\text{yaş}]$ formülü kullanılarak hesaplanır.

Orta yoğunluklu aktivite için hedef kalp hızı, MKH'nın %50-70'i hesaplanarak belirlenir. Yoğun aktivite için ise %70-90'ı alınarak hedef kalp hızı belirlenir (15).

- Kalp hızı rezervi (KHR): Kalp atış hızı rezervinde, bir kişinin dinlenme kalp atış hızı MKH ve elektrokardiyogram kullanılarak hesaplanır. Aralarındaki fark, kalp atış hızı rezervini verir. KHR, planlanan egzersiz yüzdesi ile çarpılır ve hedef kalp atış hızını hesaplamak için bu değere dinlenme kalp atış hızı eklenir. (16).

- Zorlanma derecesi: Kişinin yorgunluğunu değerlendirdiği subjektif bir yöntemdir. Borg ölçeği yaygın olarak kullanılmaktadır. Kişinin egzersiz sırasında hissettiği yorgunluk; hiç (6), çok çok hafif (7-8), çok hafif (9-10), hafif (11-12), biraz zor (13-14), zor (15-16), çok zor (17- 18), çok çok zor (19), tükenme (20) arasında ifade edilir. (17).

- Oksijen tüketimi yönteminde kişiye egzersiz tolerans testi uygulanarak maksimum oksijen tüketimi hesaplanır. Bu değerin %60-70'i hesaplanarak egzersiz reçetesi hazırlanır.

-Metabolik eşdeğer (MET); Egzersiz sırasında tüketilen oksijen miktarının ml/kg/dk olarak hesaplanmasıyla elde edilir ve harcanan enerji miktarı hakkında fikir verir. Dinlenme halindeki enerji harcaması (3,5 ml/kg/dak) 1 MET olarak hesaplanır. Egzersiz sırasında maksimum oksijen tüketiminin eşdeğeri 10 MET'tir. Fiziksel aktivite yoğunluğu 6-8 MET olarak belirlenir ve bunların " %60-80'ine karşılık gelir. Yavaş tempoda yürümek 2,9 MET'e, aerobik 3,5 MET'e ve yüzme 9 MET'e karşılık gelir. (12, 16, 18).

Düşük yoğunlukta; kalp atış hızı ve solunum hızı normalden biraz daha yüksektir. Metabolik eşdeğeri 1,1- 2,9 arasındaki aktivitelerine karşılık gelir; kolay ev işleri ve yavaş yürüyüş gibi...

Orta yoğunlukta; Kalp atış hızı ve solunum hızı artar, kişi konuşabilir ancak hareket ederken şarkı söyleyemez. Tempolu yürüyüş, dans, masa tenisi gibi 3- 5,9 MET arasında enerji harcanması gereken aktivitelerdir.

Öte yandan, **yüksek yoğunlukta** aktiviteler, 6 MET'in üzerindeki, kalp atış hızının ve solunum hızının sadece birkaç kelime söyleyebileceğiniz kadar hızlı arttığı aktivitelerdir; örneğin basketbol, futbol veya koşu (Tablo 1.1), (12, 18).

Tablo 1.1. Yoğunluklarına göre bazı aktivitelerin metabolik eşdeğerleri

Aktivite yoğunluğu	Aktivite örnekleri	MET değeri
Hafif yoğunlukta aktiviteler (<3 MET)	Uyku	0,9
	Ev işleri	1,0
	Yazı yazma, masa başı işleri	1,5-3,0
	Hafif tempoda yürüyüş (<3 km/saat)	2,9
	Sabit bisiklet kullanımı	3,0
Orta yoğunlukta aktiviteler (3-6 MET)	Bahçe işleri	3,3
	Jimnastik hareketleri	3,5
	Normal tempoda yürüyüş (3-6 km/saat)	3-5
	Bisiklet kullanımı (9-12 km/saat)	4,0
	Eşli danslar	4,8
	Tempolu yürüyüş (6-7 km/saat)	5,0-7,0
Yüksek yoğunlukta aktiviteler (>6 MET)	Merdiven çıkma	6,5
	Koşu, tenis, ağırlık kaldırma	8,0
	Yüzme	9,0
	İp atlama	10,0

Kaynak: Demirel ve Kayıhan, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2014.

2.3. EGZERSİZİN SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE SÜRDÜRÜLMESİNDEKİ ÖNEMİ

Sağlıklı bir yaşam sürmenin olmazsa olmaz koşullarından biri de egzersiz yapmaktır. Egzersiz yapan bireylerde hem akut, hem de kronik uyumla birlikte, fizyolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır (19). Fiziksel aktivite ve egzersiz, fiziksel sağlığı koruyup geliştirirken, sağlıklı yaşama engel olan kilo, bağımlılık ve hareketsizlik gibi birçok konuda farkındalık ve fayda sağlamaktadır. (20).

DSÖ, haftanın çoğu gününde, düzenli olarak en az 30 dakika, orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapmanın kardiyovasküler hastalık, diyabet, kolon ve meme kanseri riskini azalttığını belirtmiştir (21). Amerikan Fiziksel Aktivite Rehberi, düzenli fiziksel aktivitede bulunmanın kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkların gelişmesinin önlenmesinde, Tip 2 diyabet ve hipertansiyonun sıklığının azaltılmasında, bazı gebelik risklerinin önlenmesinde, uyku kalitesinin artmasında ve kemik sağlığı üzerine olumlu etkilerinin olduğunu vurgulamaktadır (12).

Düzenli fiziksel aktivitenin osteoartrit ve diğer romatizmal rahatsızlıklarda tedaviye katkısı olduğu belirtilmiştir. Haftada düzenli olarak 150 dakika orta yoğunluklu aerobik fiziksel aktivite ve kas güçlendirme egzersizleri yaşam kalitesinde ve ağrı yönetiminde etkili olduğu görülmüştür. Günlük 10.000 adıma kadar yürüyüş yapmak osteoartrit gelişme riskini azalttığı saptanmıştır (22).

Yürüme programlarının yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu ve sosyal fobi tanımlı hastalarda depresyon, anksiyete ve stresi belirgin olarak azalttığı belirtilmiştir (23). Ayrıca egzersiz ile uyku ve sirkadiyen ritm de düzenlenmektedir. Düzenli yapılan egzersizin melatonin salgısıyla beraber uyku kalitesini artırdığı belirtilmiştir (24).

Fiziksel aktivite ile mortalite ve morbidite oranlarında ciddi azalmalarla birlikte bireylerin duygu durumları ve iyilik hallerine katkı sağlayarak daha sağlıklı ve huzurlu toplum oluşmasında önemli derecede katkı sağlanmış olmaktadır (25, 26).

Hızlı şehirleşme ile fiziksel aktivite yapılabilecek sosyal alanlar azalmıştır. Bunun yanında teknoloji ve makineleşme de hızla artmaktadır. Bu gelişimin insan hayatına kazandırdığı boş zamanın artmasına rağmen, hareketsiz bir yaşam tarzının

giderek arttığı görülmektedir. Bireylerin fiziksel aktivite konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olması, fiziksel aktivitenin sağlık için yararının ve gerekliliğinin yeterince bilinmemesi; toplumda obezite, hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını arttırmaktadır (27).

Bireylerin kendi sağlıklarını kontrol etmeleri ve geliştirmeleri sağlığı geliştirici bir davranış olarak tanımlanmaktadır. Bu kontrolü sağlamayı başaranlar sağlıklı kabul edilmektedir. Aynı zamanda bir disiplin olan sağlığın iyileştirilmesi, kendi sağlığı ile alakalı sorumluluk almak, iyi beslenmek ve stres yönetimi gibi faktörlerin yanında, düzenli egzersiz veya fiziksel aktivite ile sağlanabilir. İnsan hayatında bir alışkanlık olarak sürdürülmesi gereken fiziksel aktivite, sağlıklı kalmanın ön koşullarından biridir. (28).

2.4. SAĞLIK İNANÇ MODELİ (SİM)

İnanç, bireylerin kendi içlerindeki herhangi bir konu hakkındaki tanımlamalardan kaynaklanan, sürekliliği olan duyguları ve kişisel ölçütleri belirtmektedir. Davranış ise, bu inançların dışı yansımaları ifade etmektedir (29).

1948 DSÖ Tüzüğü'nde sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal tam bir iyilik hali olarak açıklanmıştır. Sağlıklı olma halini etkileyen pek çok faktör vardır. Bu faktörlerden bir bölümü bireye ait özelliklerdir; bu özellikler arasında genetik faktörler olduğu gibi, bireyin bilgi, tutum ve davranışları da yer almaktadır (30).

Sağlık inancı, bireylerin sağlıklı olma ve hastalık hali ile ilgili düşünce, tutum ve davranışlarını ifade eder. Sağlıklı olmak, sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için bireylerin davranışlarına yön vermesi açısından önem taşımaktadır (31). Olumlu taraftan benimsenen sağlık inancı bireylerin sağlıklarını pozitif yönde etkilerken, olumsuz taraftan benimsenen sağlık inancı hayatlarını negatif yönde etkilemektedir (32).

Bilimsel araştırmalar bireylerin sağlıkla alakalı davranışlarını birçok farklı model üzerinden açıklamaktadır. Bu modeller arasında en fazla öne çıkan, 1950'li yıllarda bazı psikologların bireyler henüz sağlıklı iken, hastalıkların önlenmesi amacıyla geliştirmiş oldukları “Sağlık İnanç Modeli'dir (SİM) (33). Davranış

bilimlerdeki kuramların sağlıkla ilgili sorunlara uygulandığı ilk model olan Sağlık İnanç Modeli, beklenen değer kavramını inceler (35). Bu model, bireylerde var olan bilişsel değişkenlere dayalı çıkarımlarda bulunur. Buna göre değer; olası hastalıkların önlenmesi, beklenti ise; koruyucu sağlık davranışlarının gelecekteki olası hastalıkları önleyeceğine dair inancın belirlenmesidir. (34, 35).

SİM'e göre bireyin hastalığa yakalanmasına engel olmak için önlem alma olasılığı bireyin; hastalığa yakalanabileceği (algılanan duyarlılık), hastalığın ciddi neticelerinin doğabileceği (algılanan ciddiyet), hastalığa karşı önlem almanın hastalığı açıkça engelleyeceğe (algılanan yarar), hastalığın risklerini azaltmanın yararının, harekete geçmenin zararlarından açık ara fazla olduğunu anlamasına (algılanan engel) bağlıdır. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin gücünü azalttığında davranış gerçekleşmiş olur (36).

Sağlık İnanç Modeli “Algılanan Duyarlılık, Algılanan Ciddiyet, Algılanan Engeller, Algılanan Yarar” olmak üzere dört ana kavramdan oluşmaktadır. Daha sonra fazla yemek yeme ve sigara kullanımı gibi sağlığa zararlı davranışları değiştirebilmek için öz-yeterlilik kavramı 1988 yılları içerisinde eklenen kavramdır (37). Sağlık İnanç Modeli'ni oluşturan kavramlar aşağıdaki şekildedir:

1. Ciddiyet/Önemseme Algısı;

Hastalığın olası kötü sonuçları hakkındaki bireyin düşüncelerini ifade etmektedir. Bireyin genel ve tıbbi bilgisine bağlı olarak değişmekte olup, bir hastalık ile ilgili kendi düşüncelerinden etkilenebilmektedir (38). Bir hastalık veya sağlık durumu bireyler arasında çeşitli şekillerde algılanabilmektedir (39). Hastalığın morbidite ve mortalite sonuçlarıyla beraber sosyal sonuçları da sağlık ciddiyetini etkileyen nedenlerdir (34, 40, 41).

2. Duyarlılık/Hassasiyet Algısı;

Bireyin sağlık durumu veya hastalık riski ile ilişkili düşüncelerinin tanımlıyor (40). Kişileri sağlıklı davranışlara yönlendiren bir farkındalık olarak görülür. Algılanan duyarlılık seviyesi arttıkça, riskten kaçınma eylemlerinin sayısının da artması beklenir (38, 39).

3. Tehdit Algısı;

Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet unsurlarının birleşimi, bireyde oluşan bir farkındalığı ifade eder. Tehdit algısı, ciddi bir hastalığa yönelikse davranışı değiştirir (38).

4. Yarar Algısı;

Kişilerin koruyucu sağlık davranışında bulunarak hasta olma riskinin azalacağına veya var olan hastalığın muhtemel mortalite ve morbidite risklerinin azalacağına olan inancını ifade etmektedir (42).

5. Engel Algısı;

Koruyucu sağlık davranışlarının oluşmasını engelleyen faktörleri ifade etmektedir. Bu tür davranışlar, zaman zaman bireylere için zorlayıcı, maliyetli veya çaba gerektirici olabilir (40, 41). Davranış değişikliğindeki en temel unsur engel algısıdır (38).

6. Öz-Etkililik Algısı;

Bireylerin, koruyucu sağlık davranışlarını oluşturma ve benimseme sürecinde kendilerine olan inançlarını ve bu alandaki kararlılıklarını yansıtır (43).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Çalışmamız tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Çalışmamız 01.12.2022-01.03.2023 tarihleri arasında S. B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğinde yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Hastanemiz Aile Hekimliği polikliniklerine 3 ay içerisinde başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin sayısı yaklaşık 20.000 kişidir. Örneklem büyüklüğü; evren 20.000, güven aralığı %95, hata payı %5 alınarak yapılan hesaplamada %90 güven seviyesinde 268 kişi olarak hesaplandı.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri, egzersiz yapmaya fiziksel engeli olmayan ve iletişim engeli olmayan, klinik olarak bilinen zihinsel durum bozukluğu olmayan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H₀: Egzersiz yapmanın sağlıklı olma inancı üzerine etkisi yoktur.

H₁: Egzersiz yapmanın sağlıklı olma inancı üzerine etkisi vardır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nden tez konusu onayı (Sayı: E-86241737-100—188295) (Ek-1) ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'undan 23.11.2022 tarihinde E-22-1146 karar no ile onay (Sayı: E-93471371-51499) (Ek-2) alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile

12Hekimliği Polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 269 katılımcıya anketler yüz yüze uygulandı.

Çalışmada katılımcılara sosyodemografik ve sağlığa ilişkin özellikleri sorgulayan veri formu, katılımcıların egzersiz yapma durumlarını saptamak için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (44) ve egzersiz sağlık davranışlarını açıklamak için Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (ESİMÖ) uygulanmıştır. (EK-3) Literatür taraması ile hazırlanan anket soruları; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, boy, kilo, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve kronik hastalık varlığı bilgilerini içerir.

3.6.1. Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA), farklı ülkelerden araştırmacıların Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Hastalığın Kontrolü ve Korunma Merkezi (CDC)'nin desteği ile oluşturulan Uluslararası Konsensüs Grubu tarafından geliştirilen “International Physical Activity Questionnaire; (IPAQ)” isimli standart bir araçtır. IPAQ'in geliştirilmiş olan dört uzun (IPAQ-LF) ve dört kısa (IPAQ-SF) formundan en az ikisi için 2000 yılında, 12 ülkeden 14 merkezde, güvenilirlik ve / veya geçerlilik çalışması yapılmıştır (44, 45). Bu ölçek, uzun form (UF) ve kısa form (KF) olarak Türkçeye uyarlanıp, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Sağlam ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (46). Çalışmamızda, katılımcıların son bir haftadaki fiziksel aktivite düzeyini değerlendiren, ölçeğin 7 soruluk kısa formu (UFAA-KF) kullanılmıştır.

Değerlendirmelerde, her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dakika yapılmış olması gerekmektedir. Dakika, gün ve MET (Metabolic Equivalent of Task-Fiziksel Aktivite Enerji Değeri) değeri çarpılarak “MET-dakika/hafta” olarak bir puan hesaplanmaktadır. MET, yapılan fiziksel aktivitenin enerji tüketimi değerini ifade eder. 1 MET=1 kcal/kg/saatte harcanan metabolik hız değeridir. 1 MET, dinlenme halindeki metabolik hız değerine karşılık olarak kabul edilmektedir. Yürüme puanının hesaplanmasında yürüme süresi (dakika) 3.3 MET ile; orta düzeyde fiziksel aktivite 4 MET, şiddetli düzeyde fiziksel aktivite 8 MET ile çarpılarak hesaplanmaktadır. Hesaplama sonrasında elde edilen fiziksel aktivite değeri ile kişi; inaktif, minimal aktif veya çok aktif olarak sınıflandırılabilir.

Oturma puanı ayrı olarak hesaplanan ek bir belirleyicidir. Oturma verisi ortalanca ve çeyrekliklerle rapor edilmektedir. Sedanter davranışlar üzerine az veri vardır ve kategorisel seviye olarak gösterilen kabul edilmiş bir eşik değeri yoktur (47).

3.6.2. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Lewin ve Becker'in sosyo-psikolojik kuramından faydalanılarak, 2007 yılında Meksika'da Esparza Del Villar ve arkadaşları tarafından bireylerin egzersiz sağlık davranışlarını açıklamak amacıyla geliştirilmiş ve geçerlilik güvenirliği 2019 yılında Müge Demet YILMAZ tarafından yapılmıştır (43). Ölçek ilk olarak, 32 madde olarak geliştirilmiş olsa da analizler sonucunda 7 maddenin ölçekten çıkarılmasıyla 25 maddelik son haliyle bu araştırmada kullanılmıştır. Genel sağlık değerleri, egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inançlar (ciddiyet), egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit), egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar (yarar maliyet), egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar (yapmama sakıncaları) alt ölçeklerdir. Ölçeğin değerlendirilmesinde puan artıka o alt boyuta ilişkin sağlık inancı artmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa güvenirlik katsayıları 0,85 ile 0,93 arasında oldukları sonucuna varılmıştır (43).

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 25.0 programı kullanıldı.

Verilerin normallik dağılımını göstermek için Shapiro Wilk-W testi, Kolmogorov Smirnov testi, skewness ve kurtosis değerleri kullanılmıştır.

Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma ile, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir.

Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımını karşılayanlarda

Independent Samples-T Test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) testi kullanılmıştır.

Normal dağılım varsayımı karşılamayanlarda ise Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Sayısal değişkenlerin ilişki derecesinin incelenmesinde ise Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Tüm testlerde önem düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.



4. BULGULAR

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmamıza 269 kişi katılmıştır. Katılımcıların 149'u (%55,4) kadın, 120'si (%44,6) erkektir. Yaş ortalaması $35 \pm 12,7$ 'dir.

Gönüllülerin 130'u (%48,3) evli, 139'u (%51,7) evli değildir. Eğitim durumları değerlendirildiğinde; 90 (%33,5) kişinin lise mezunu ya da altı olduğu, 179 (%66,5) kişinin üniversite mezunu ve üstü olduğu saptandı. Gelir durumları konusunda katılımcıların 67'si (%24,9) gelirin giderinden fazla olduğunu, 112'si (%41,6) gelirin giderine eşit olduğunu, 90'ı (%33,5) ise gelirin giderinden az olduğunu belirtti. Katılımcılarla ilgili sosyodemografik verilerin dağılımı Tablo 4.1'de sunuldu.

Tablo 4.1. Katılımcılar ile İlgili Sosyodemografik Verilerin Dağılımı (n=269)

Sosyodemografik değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	149	55,4
	Erkek	120	44,6
Medeni durum	Evli	130	48,3
	Evli değil	139	51,7
Eğitim durumu	Lise mezunu ve altı	90	33,5
	Üniversite mezunu ve üstü	179	66,5
Gelir durumu	Gelirim giderimden fazla	67	24,9
	Gelirim giderime eşit	112	41,6
	Gelirim giderimden az	90	33,5

Sigara içme durumları “Hiç içmedim”, “Bıraktım” ve “Halen içiyorum” şeklinde gruplandırıldı. Katılımcıların 119'u (%44,2) hiç içmediğini, 68'i (%25,3) daha önce içtiğini fakat şu anda kullanmadığını, 82'si (%30,5) ise halen içtiğini belirtti. Gönüllülerin 111'inin (%41,3) alkol kullandığını, 158'inin (%58,7) hiç alkol içmediğini saptadık. Gönüllülerin 72'si (%26,8) kronik bir hastalığının olduğunu belirtti. Gönüllülerin boy ve kilo bilgileri alınarak hesaplanan vücut kitle indeksi

(VKİ) ortalaması 25.01 ± 4.59 olarak belirlendi. VKİ değerlerine göre; katılımcıların 10'u (%3,7) zayıf, 146'sı (%54,3) normal kilolu, 75'i (%27,9) fazla kilolu, 38'i (%14,1) obez olarak saptandı. Katılımcıların sağlığa ilişkin verilerin dağılımı Tablo 4.2'de verildi.

Tablo 4.2. Sağlığa İlişkin Verilerin Dağılımı (n=269)

Sağlığa ilişkin veriler		n	%
Sigara içme durumu	Hiç içmedim	119	44,2
	Bıaktım	68	25,3
	Halen içiyorum	82	30,5
Alkol içme durumu	Evet	111	41,3
	Hayır	158	58,7
Kronik hastalık varlığı	Evet	72	26,8
	Hayır	197	73,2
VKİ	Zayıf (<18,5)	10	3,7
	Normal kilolu (18,5-24,9)	146	54,3
	Fazla kilolu (25,0-29,9)	75	27,9
	Obez (>30,0)	38	14,1

UFAA'ne göre, çalışmamıza katılan kişilerin 99'u (%36,8) inaktif, 132'si (%49,1) minimal aktif, 38'i (%14,1) çok aktif saptandı. Katılımcıların fiziksel aktivite verilerinin dağılımı Tablo 4.3'te gösterildi.

Tablo 4.3. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Verilerinin Dağılımı (n=269)

Fiziksel aktivite durumu	n	%
İnaktif	99	36,8
Minimal aktif	132	49,1
Çok aktif	38	14,1

“Son bir haftada günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?” sorusuna 52 (%19,3) kişi “Bilmiyorum/ Emin değilim.” cevabını vermiştir. Bu verileri çıkarıp

hesapladığımızda son bir haftada ortalama oturma süresi $376,9 \pm 218,05$ dakika (6 saat 17 dakika) olarak saptandı. ESİMÖ, genel sağlık değerleri, egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inançlar (ciddiyet), egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit), egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar (yarar maliyet), egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar (yapmama sakıncaları) olmak üzere 5 alt boyutta değerlendirilir. Katılımcıların ESİMÖ sorularına verdikleri yanıtlar Tablo 4.4'te gösterildi.

Tablo 4.4. Katılımcıların ESİMÖ Sorularına Verdiği Yanıtların Dağılımı

ESİMÖ Soruları	1. Hiç n (%)	2. Biraz n (%)	3. Ne az ne çok (Orta) n (%)	4. Oldukça n (%)	5. Çok fazla n (%)
Alt Boyutlar					
Genel Sağlık Değerleri					
1. Sağlığınız ile ne kadar ilgilisiniz?	7 (2,6)	29 (10,8)	81 (30,1)	88 (32,7)	64 (23,8)
2. Sağlığınızı ne kadar düşünüyorsunuz?	6 (2,2)	21 (7,8)	65 (24,2)	98 (36,4)	79 (29,4)
3. Sağlığınızı ne kadar önemsiyorsunuz?	5 (1,9)	10 (3,7)	55 (20,4)	108 (40,1)	91 (33,8)
Egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inançlar (ciddiyet)					
4. Sizce kalp krizi geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?	6 (2,2)	2 (0,7)	7 (2,6)	20 (7,4)	234 (87,0)
5. Sizce felç geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?	5 (1,9)	2 (0,7)	7 (2,6)	15 (5,6)	240 (89,2)
6. Sizce kansere yakalanmak ne kadar ciddi bir durumdur?	5 (1,9)	2 (0,7)	8 (3,0)	15 (5,6)	239 (88,8)
Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit)					
7. Egzersiz yapmanın yüksek tansiyon hastası olmanızı önlemeye ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	8 (3,0)	7 (2,6)	36 (13,4)	110 (40,9)	108 (40,1)
8. Egzersiz yapmanın şeker hastalığını önlemede/kontrol altında tutmada ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	6 (2,2)	5 (1,9)	27 (10,0)	105 (39)	126 (46,8)
9. Egzersiz yapmanın kalp krizini önlemede size ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	6 (2,2)	5 (1,9)	27 (10,0)	105 (39)	126 (46,8)
10. Egzersiz yapmanın, felç geçirmeyi önlemede ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	8 (3,0)	8 (3,0)	37 (13,8)	107 (39,8)	109 (40,5)
11. Egzersiz yapmanın kansere yakalanmayı önlemede ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	14 (5,2)	24 (8,9)	58 (21,6)	91 (33,8)	82 (30,5)
12. Egzersiz yapmanın kilo almanızı önlemede ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	6 (2,2)	5 (1,9)	20 (7,4)	75 (27,9)	163 (60,6)
13. Egzersiz yapmanın daha sağlıklı olmak için size ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	3 (1,1)	4 (1,5)	20 (7,4)	67 (24,9)	175 (65,1)

ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Tablo 4.4. (Devamı) Katılımcıların ESİMÖ Sorularına Verdiği Yanıtların Dağılımı

ESİMÖ Soruları	1. Hiç n (%)	2. Biraz n (%)	3. Ne az ne çok (Orta) n (%)	4. Oldukça n (%)	5. Çok fazla n (%)
Alt Boyutlar					
Egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar (yarar maliyet)					
14. Egzersiz yapmanın hastalıkları önlemede ne kadar etkili olacağını düşünüyorsunuz?	4 (1,5)	4 (1,5)	33 (12,3)	103 (38,3)	125 (46,5)
15. Daha sağlıklı olmak için egzersiz yapmak ne kadar gereklidir?	3 (1,1)	6 (2,2)	19 (7,1)	105 (39)	136 (50,6)
16. Daha kaliteli bir yaşama sahip olmak için egzersiz yapmak ne kadar gereklidir?	3 (1,1)	6 (2,2)	22 (8,2)	93 (34,6)	145 (53,9)
17. Daha uzun yaşamak için egzersiz yapmak ne kadar gereklidir?	3 (1,1)	10 (3,7)	40 (14,9)	96 (35,7)	120 (44,6)
18. Daha iyi görünmek için egzersiz yapmak ne kadar gereklidir?	3 (1,1)	4 (1,5)	30 (11,2)	97 (36,1)	135 (50,2)
19. Egzersiz yapmak zor olsa bile, hastalıkları önlemek için yapmaya değer.	3 (1,1)	7 (2,6)	31 (11,5)	91 (33,8)	136 (50,6)
ESİMÖ Soruları	1. Hiç düşünmüyorum m n (%)	2. düşünmüyorum m n (%)	3. Düşünüyorum m n (%)	4. Çoğunlukla düşünüyorum n (%)	5. Her zaman düşünüyorum n (%)
Alt Boyutlar					
Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar (yapmama sakıncaları)					
20. Yüksek tansiyon hastası olabileceğini düşünüyor musunuz?	58 (21,6)	81 (30,1)	74 (27,5)	17 (6,3)	39 (14,5)
21. Şeker hastası olabileceğini düşünüyor musunuz?	53 (19,7)	67 (24,9)	76 (28,3)	38 (14,1)	35 (13)
22. Kalp krizi geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?	37 (13,8)	76 (28,3)	92 (34,2)	34 (12,6)	30 (11,2)
23. Felç geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?	53 (19,7)	94 (34,9)	76 (28,3)	20 (7,4)	26 (9,7)
24. Kanser hastası olabileceğinizi düşünüyor musunuz?	51 (19)	76 (28,3)	87 (32,3)	25 (9,3)	30 (11,2)
25. Kilo alabileceğinizi düşünüyor musunuz?	31 (11,5)	48 (17,8)	71 (26,4)	51 (19)	68 (25,3)

ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Katılımcıların egzersiz sağlık inançlarının değerlendirilmesinde kullandığımız ESİMÖ'nün alt boyutlarının ortalama ve ortanca değerleri Tablo 4.5'te sunuldu.

Tablo 4.5. ESİMÖ alt boyutları verileri

ESİMÖ Alt Boyutları	Ort±SS	Ortanca (min-maks)
Genel Sağlık Değerleri	11,48±2,7	12 (3-15)
Egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inançlar (ciddiyet)	14,35±2,01	15 (3-15)
Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit)	29,37±5,2	30 (8-35)
Egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar (yarar maliyet)	25,83±4,2	26 (7-30)
Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar (yapmama sakıncaları)	16,63±5,9	16 (6-30)
Toplam puan	97,65±13,1	99 (36-125)

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma. ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

4.2. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların yaşları ile ESİMÖ alt boyutlarından genel sağlık değerleri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu. Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar ve ESİMÖ toplam puanı ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı. Ciddiyet, tehdit ve yarar maliyet puanları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Katılımcıların yaşları ile ESİMÖ alt boyutları puanlarının korelasyonu Tablo 4.6’da gösterildi.

Tablo 4.6. Katılımcıların yaşları ile ESİMÖ alt boyutları puanlarının korelasyonu

ESİMÖ Alt Boyutlar	Yaş	
	r	p*
Genel Sağlık Değerleri	-0,146	0,017
Ciddiyet	0,047	0,443
Tehdit	-0,026	0,675
Yarar maliyet	-0,070	0,250
Yapmama sakıncaları	0,407	<0,001
Toplam puan	0,173	0,005

r= Korelasyon katsayısı. *Spearman’s rho Korelasyon Analizi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır. ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Katılımcıların ESİMÖ alt boyutları puanları ile cinsiyet arasındaki ilişkiye baktığımızda, egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları (yapmama sakıncaları) ($p<0,001$) ve ESİMÖ toplam puan kadınlarda daha yüksek saptandı ($p=0,001$). Egzersiz sağlık inanç modeli alt boyutları ile cinsiyetin karşılaştırılması Tablo 4.7’de gösterildi.

Tablo 4.7. ESİMÖ alt boyutları ile cinsiyetin karşılaştırılması

ESİMÖ Alt Boyutları	Cinsiyet				p*
	Kadın (n=149)		Erkek (n=120)		
	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	
Genel sağlık değerleri	12 (3-15)	11,42±2,6	12 (3-15)	11,55±2,8	0,594
Ciddiyet	15 (3-15)	14,52±1,6	15 (3-15)	14,13±2,3	0,229
Tehdit	31 (9-35)	30,11±4,3	29 (8-35)	28,44±6,09	0,058
Yarar maliyet	26 (7-30)	26,03±3,8	26 (8-30)	25,58±4,7	0,829
Yapmama sakıncaları	18 (6-30)	17,93±5,6	14 (6-30)	15,03±5,9	<0,001
Toplam puan	101 (44-125)	100,01±11,6	96 (36-124)	94,73±14,3	0,001

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma. *Mann-Whitney U Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır. ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Katılımcıların medeni durumları ile ESİMÖ alt boyutlarından genel sağlık değerleri evli olmayanlarda daha yüksek bulundu ($p=0,039$). Gönüllülerin egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit) ($p=0,036$), egzersiz yapmama sakıncaları hakkındaki inançları ($p<0,001$) ve ESİMÖ toplam puanı ($p<0,001$) evli olanlarda daha yüksek saptandı. Egzersiz sağlık inanç modeli alt boyutları ile medeni durumun karşılaştırılması Tablo 4.8’de gösterildi.

Tablo 4.8. ESİMÖ alt boyutları ile medeni durumun karşılaştırılması

ESİMÖ Alt Boyutları	Medeni durum				p*
	Evli (n=130)		Evli değil (n=139)		
	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	
Genel sağlık değerleri	11 (3-15)	11,12±2,7	12 (3-15)	11,81±2,6	0,029
Ciddiyet	15 (3-15)	14,56±1,5	15 (3-15)	14,14±2,3	0,120
Tehdit	31 (9-35)	29,98±4,9	29 (8-35)	28,79±5,4	0,036
Yarar maliyet	27 (12-30)	26,22±3,9	26 (7-30)	25,47±4,5	0,201
Yapmama sakıncaları	18 (6-30)	18,32±5,7	15 (6-30)	15,05±5,6	<0,001
Toplam puan	102 (54-123)	100,01±11,6	97 (36-125)	95,27±13,5	<0,001

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma. *Mann-Whitney U Testi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.
ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Katılımcıların egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları üniversite mezunu ve üstünde anlamlı yüksek bulundu (p=0,033). ESİMÖ alt boyutları ile eğitim durumunun karşılaştırılması Tablo 4.9'da verildi.

Tablo 4.9. ESİMÖ alt boyutları ile eğitim durumun karşılaştırılması

ESİMÖ Alt Boyutları	Eğitim durumu				p*
	Lise mezunu ve altı (n=90)		Üniversite mezunu ve üstü (n=179)		
	ortanca (min-maks)	ort± ss	ortanca (min-maks)	ort± ss	
Genel sağlık değerleri	12 (3-15)	11,8±2,9	12 (3-15)	11,31±2,6	0,108
Ciddiyet	15 (3-15)	14,56±1,5	15 (3-15)	14,47±1,7	0,272
Tehdit	30 (8-35)	28,66±6,1	30 (9-35)	29,73±4,7	0,423
Yarar maliyet	27 (8-30)	25,64±4,6	26 (7-30)	25,93±4,09	0,929
Yapmama sakıncaları	15 (6-30)	15,63±7,2	17 (6-30)	17,13±5,1	0,033
Toplam puan	99 (36-123)	95,83±14,3	100 (44-125)	98,57±12,5	0,194

*Mann-Whitney U Testi. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır. ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Katılımcıların ESİMÖ puanları ile gelir durumu arasında anlamlı fark bulunmadı. ESİMÖ alt boyutları ile gelir durumunun karşılaştırılması Tablo 4.10'da verildi.

Tablo 4.10. ESİMÖ alt boyutları ile gelir durumun karşılaştırılması

ESİMÖ Alt Boyutları	Gelir Durumu						p*
	Gelirim Giderimden Az (n=90)		Gelirim Giderime Eşit (n=112)		Gelirim Giderimden Fazla (n=67)		
	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	
Genel sağlık değerleri	12 (3-15)	11,4±2,3	12 (3-15)	11,35±2,7	12 (6-15)	11,64±3,0	0,615
Ciddiyet	15 (3-15)	14,6±1,1	15 (3-15)	14,24±2,2	15 (9-15)	14,29±2,1	0,931
Tehdit	30 (8-35)	30,75±3,3	29 (9-35)	29,04±5,5	31 (21-35)	28,76±5,8	0,148
Yarar maliyet	26 (8-30)	26,27±3,3	26 (7-30)	25,71±4,5	26 (18-30)	25,67±4,6	0,938
Yapmama sakıncaları	16 (6-30)	15,48±4,5	17 (6-30)	17,04±6,1	16 (6-30)	16,99±6,6	0,298
Toplam puan	99 (36-125)	98,55±8,2	98 (44-125)	97,37±14,2	100 (69-119)	97,34±14,8	0,940

Ort+SS= Ortalama±Standart Sapma. *Kruskal-Wallis Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.
ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

4.3. SAĞLIK İLE İLGİLİ VERİLER İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların sigara kullanma durumları ile ESİMÖ alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. ESİMÖ alt boyutları ile sigara içme durumunun karşılaştırılması Tablo 4.11’de verildi.

Tablo 4.11. ESİMÖ alt boyutları ile sigara durumun karşılaştırılması

ESİMÖ Alt Boyutları	Sigara Durumu						p*
	Hiç İçmedim (n=119)		Bıraktım (n=68)		Halen İçiyorum (n=82)		
	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	
Genel sağlık değerleri	12 (3-15)	11,6±2,6	12 (3-15)	11,53±2,4	11 (3-15)	11,13±3,1	0,570
Ciddiyet	15 (3-15)	14,39±1,8	15 (9-15)	14,62±1,1	15 (3-15)	14,06±2,6	0,551
Tehdit	30 (8-35)	29,59±5,1	31 (9-35)	30,18±4,7	29,5 (11-35)	28,38±5,8	0,125
Yarar maliyet	25 (7-30)	26,27±3,3	28 (15-30)	26,54±3,8	26 (12-30)	25,65±4,5	0,280
Yapmama sakıncaları	17 (6-30)	16,95±5,6	16 (6-30)	16,37±5,7	16 (6-30)	16,39±6,5	0,713
Toplam puan	99 (36-125)	98,16±13,4	100 (54-120)	99,24±10,1	97,5 (53-123)	95,61±14,2	0,321

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma. *Kruskal-Wallis Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.
ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Katılımcıların ESİMÖ alt boyutları ile alkol kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. ESİMÖ alt boyutları ile alkol durumunun karşılaştırılması Tablo 4.12’de verildi.

Tablo 4.12. ESİMÖ alt boyutları ile alkol içme durumun karşılaştırılması

ESİMÖ Alt Boyutları	Alkol Durumu				p*
	Evet (n=111)		Hayır (n=158)		
	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	
Genel sağlık değerleri	12 (3-15)	11,49±2,7	12 (3-15)	11,47±2,7	0,820
Ciddiyet	15 (3-15)	14,40±1,7	15 (3-15)	14,31±2,2	0,435
Tehdit	30 (11-35)	29,09±5,2	30 (8-35)	29,56±5,3	0,379
Yarar maliyet	26 (12-30)	25,84±4,1	26,5 (7-30)	25,83±4,3	0,973
Yapmama sakıncaları	15 (6-30)	15,89±5,4	17 (6-30)	17,15±6,2	0,058
Toplam puan	97 (53-124)	96,70±12,1	100,5 (36-125)	98,32±13,9	0,092

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma. * Mann-Whitney U Testi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.
ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Katılımcıların ESİMÖ alt boyutları ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişkiye baktığımızda katılımcıların egzersiz yapmama sakıncaları hakkındaki inançları (p<0,001) ve ESİMÖ toplam puanı (p=0,013) kronik hastalığı olanlarda anlamlı yüksek bulundu. ESİMÖ alt boyutları ile kronik hastalık karşılaştırılması Tablo 4.13'te gösterildi.

Tablo 4.13. ESİMÖ alt boyutları ile kronik hastalık durumun karşılaştırılması

ESİMÖ alt boyutları	Kronik hastalık				p*
	Evet (n=72)		Hayır (n=197)		
	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	
Genel sağlık değerleri	12 (6-15)	11,54±2,7	12 (6-15)	11,45±2,7	0,897
Ciddiyet	15 (6-15)	14,42±1,5	15 (3-15)	14,32±2,1	0,900
Tehdit	30 (14-35)	29,46±4,6	30 (8-35)	29,34±5,4	0,887
Yarar maliyet	25 (12-30)	25,42±4,1	27 (7-30)	25,98±4,3	0,157
Yapmama sakıncaları	19 (6-30)	19,42±5,6	15 (6-30)	15,61±5,7	<0,001
Toplam puan	101 (56-124)	100,25±12,7	99 (36-125)	96,71±13,2	0,013

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma. * Mann-Whitney U Testi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.
ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Katılımcıların VKİ ile ESİMÖ alt boyutları karşılaştırıldığında, egzersiz yapmama sakıncaları hakkındaki inançları anlamlı farklılık bulundu. VKİ arttıkça egzersiz yapmama sakıncaları hakkındaki inançlarının arttığı saptandı(p<0,001). ESİMÖ alt boyutları ile VKİ karşılaştırılması Tablo 4.14'te gösterildi.

Tablo 4.14. ESİMÖ alt boyutları ile VKİ'nin karşılaştırılması

ESİMÖ alt boyutları	VKİ								p*
	Zayıf (n=10)		Normal (n=146)		Fazla kilolu (n=75)		Obez (n=38)		
	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	
Genel sağlık değerleri	13 (8-15)	12,6±2,2	12 (3-15)	11,71±2,7	12 (3-15)	11,09±2,9	11 (6-15)	11,05±2,4	0,135
Ciddiyet	15 (13-15)	14,7±0,6	15 (3-15)	14,37±2,1	15 (3-15)	14,23±2,1	15 (3-15)	14,39±1,9	0,923
Tehdit	28 (21-35)	29,10±4,6	30 (8-35)	29,44±5,4	30 (11-35)	29,71±4,8	30 (11-35)	28,50±5,5	0,645
Yarar maliyet	27 (22-30)	26,50±2,8	27 (7-30)	25,99±4,5	26 (12-30)	25,81±4,1	25 (15-30)	25,11±3,9	0,397
Yapmama sakıncaları	13 (8-25)	14,10±4,7	15 (6-30)	15,21±5,5	18 (6-30)	17,96±5,9	20,5 (6-30)	20,13±5,9	<0,001
Toplam puan	95 (86-110)	97,00±8,9	98 (36-125)	96,71±13,5	101 (56-124)	98,80±12,5	102 (53-119)	99,18±0,8	0,283

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma. *Kruskal-Wallis Testi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

ESİMÖ= Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği. VKİ= Vücut Kitle İndeksi

4.4. FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların fiziksel aktivite durumları ile ESİMÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; fiziksel aktivite arttıkça genel sağlık değerlerinin de arttığı bulundu (p=0,024).

Egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inançlar ile fiziksel aktivite durumları arasında anlamlı fark bulundu (p=0,003). Gruplar arasında yapılan ikili karşılaştırmalarda inaktif olanlar ile minimal aktifler arasında anlamlı farklılık bulundu (p=0,01). Minimal aktifler ile çok aktifler arasında da anlamlı farklılık saptandı (p=0,013). İnaktifler ile çok aktifler arasında farklılık bulunmadı (p=0,98).

Katılımcıların fiziksel aktivite durumları ile egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit) ve egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları (yarar maliyet) arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Katılımcıların egzersiz yapmama sakıncaları hakkındaki inançları fiziksel aktivite durumu ile anlamlı farklı tespit edildi. Gruplar arası tüm karşılaştırmalar

anlamlı olarak farklı bulundu. ESİMÖ alt boyutları ile fiziksel aktivite durumunun karşılaştırılması Tablo 4.15'te gösterildi.

Tablo 4.15. ESİMÖ alt boyutları ile fiziksel aktivite durumunun karşılaştırılması

ESİMÖ alt boyutları	Fiziksel aktivite durumu						p*
	Inaktif (n=99)		Minimal aktif (n=132)		Çok aktif (n=38)		
	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	
Genel sağlık değerleri	11 (3-15)	10,9±2,8	12 (3-15)	11,73±2,5	12 (3-15)	12,03±3,1	0,024
Ciddiyet	15 (3-15)	14,09±2,2	15 (3-15)	14,65±1,4	15 (3-15)	13,95±2,7	0,003
Tehdit	30 (9-35)	28,75±6,1	30 (9-35)	29,59±4,4	31,5 (8-35)	30,21±5,4	0,372
Yarar maliyet	27 (7-30)	25,57±4,8	25 (12-30)	25,73±3,7	28 (8-30)	26,87±4,3	0,089
Yapmama sakıncaları	18 (6-30)	18,22±6,1	16 (6-30)	16,39±5,3	13 (6-30)	13,32±5,9	<0,001
Toplam puan	100 (44-125)	97,56±12,2	99 (50-125)	98,1±11,1	98,5 (36-119)	96,37±14,1	0,756

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma. *Kruskal-Wallis Testi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır. ESİMÖ= Egzersiz Sağık İnanç Modeli Ölçeği

4.5. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların yaşları ile fiziksel aktivite durumları karşılaştırıldığında, çok aktif olanların yaş ortalamasının daha düşük olduğu görüldü (p=0,002). Çok aktif katılımcılar, inaktif (p=0,002) ve minimal aktif katılımcılara (p=0,002) göre daha gençtir. Katılımcıların yaşı ile fiziksel aktivite durumunun karşılaştırılması Tablo 4.16'da gösterildi.

Tablo 4.16. Katılımcıların yaşı ile aktivite durumunun karşılaştırılması

Değişken	Fiziksel aktivite durumu						p*
	İnaktif (n=99)		Minimal aktif (n=132)		Çok aktif (n=38)		
	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	
Yaş	34 (18-69)	36,07±11,4	32 (18-76)	36,3±13,8	24 (18-57)	28,97±10,2	0,002

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma. *Kruskal-Wallis Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

Katılımcıların fiziksel aktivite durumları ile cinsiyet, medeni durum ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Eğitim durumu ile aktivite arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Katılımcıların sosyodemografik veriler ile fiziksel aktivite durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.17’de verildi.

Tablo 4.17. Katılımcıların sosyodemografik veriler ile aktivite durumlarının karşılaştırılması

Sosyodemografik değişkenler		Fiziksel aktivite durumu			Total n (%)	p*
		İnaktif n (%)	Minimal aktif n (%)	Çok aktif n (%)		
Cinsiyet	Kadın	68 (45,6)	72 (48,3)	9 (6,1)	149 (100)	<0,001
	Erkek	31 (25,8)	60 (50)	29 (24,2)	120 (100)	
Medeni durum	Evli	54 (41,5)	68 (52,3)	8 (6,2)	130 (100)	0,001
	Evli değil	45 (32,4)	64 (46)	30 (21,6)	139 (100)	
Eğitim durumu	Lise mezunu yada altı	39 (43,3)	38 (42,2)	13 (14,4)	90 (100)	0,238
	Üniversite mezunu ve üstü	60 (33,5)	94 (52,5)	25 (14)	109 (100)	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	34 (37,8)	46 (51,1)	10 (11,1)	90 (100)	0,006
	Gelirim giderime denk	50 (44,6)	42 (37,5)	20 (17,9)	112 (100)	
	Gelirim giderimden fazla	15 (22,4)	44 (65,7)	8 (11,9)	58 (100)	

* Ki Kare Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır. n= Sayı, %= Sütun yüzdesi

4.6. SAĞLIKLA İLGİLİ VERİLER İLE FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların fiziksel aktivite durumları, VKİ ile karşılaştırıldığında obez olanların %60,5'inin inaktif olduğu saptandı ($p=0,022$). Kronik hastalığı olmayanların daha aktif olduğu bulundu ($p=0,035$). Katılımcıların sağlıkla ilgili verileri ile fiziksel aktivite durumlarının karşılaştırılması Tablo 4,18'de gösterildi.

Tablo 4.18. Katılımcıların sağlık ile ilgili verileri ile fiziksel aktivite durumlarının karşılaştırılması

Sağlık ile ilgili veriler		Fiziksel aktivite durumu			Total	p*
		İnaktif n (%)	Minimal aktif n (%)	Çok aktif n (%)		
Sigara	Hiç İçmedim	43 (36,1)	58 (48,7)	13 (15,1)	119 (100)	0,114
	Bıraktım	18 (26,5)	44 (64,7)	6 (8,8)	68 (100)	
	Halen İçiyorum	38 (46,3)	30 (36,6)	14 (17,1)	82 (100)	
Alkol	Evet	45 (40,5)	52 (46,8)	14 (12,6)	54 (100)	0,545
	Hayır	54 (34,2)	80 (50,6)	24 (15,2)	265 (100)	
Kronik hastalık	Evet	32 (44,4)	36 (50)	4 (5,6)	72 (100)	0,035
	Hayır	67 (34)	96 (48,7)	34 (17,3)	109 (100)	
VKİ	Zayıf	5 (50)	5 (50)	0 (0)	10 (100)	0,022
	Normal	43 (29,5)	80 (54,8)	23 (15,8)	146 (100)	
	Fazla Kilolu	28 (37,3)	35 (46,7)	12 (16)	75 (100)	
	Obez	23 (60,5)	12 (31,6)	3 (7,9)	38 (100)	

*Ki Kare Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır. n= Sayı, %= Sütun yüzdesi.

4.7. OTURMA MİKTARI İLE SOSYODEMOGRAFİK VE SAĞLIĞA İLİŞKİN VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Oturma miktarı ile ilgili istatistikler ‘Bilmiyorum/Emin değilim’ cevabını veren 52 kişi çıkarılarak toplam 217 kişi üzerinden yapıldı.

Katılımcıların yaşları ile oturma miktarı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Sonuçlar Tablo 4.19’te gösterildi.

Tablo 4.19. Katılımcıların yaşları ile oturma miktarının korelasyonu

Yaş	Oturma miktarı (dakika/gün)
r	-0,130
p*	0,056

r= Korelasyon katsayısı. *Spearman’s rho Korelasyon Analizi. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kadın katılımcıların oturma miktarının anlamlı daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,018$). Oturma miktarı ile katılımcıların medeni durumları ve eğitim durumları, gelir durumları, sigara, alkol kullanma durumları, kronik hastalık varlığı ve VKİ’leri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Katılımcıların oturma miktarı ile sosyodemografik ve sağlığa ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması Tablo 4.20’de gösterildi.

Tablo 4.20. Katılımcıların oturma miktarı ile sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması

Sosyodemografik ve sağlığa ilişkin değişkenler		Oturma miktarı (dakika/gün)		P
		Ortanca (min-maks)	Ort± SS	
Cinsiyet	Kadın (n=116)	360 (40-1080)	409,74±228,4	0,018*
	Erkek (n=101)	300 (30-1200)	339,21±200,0	
Medeni durum	Evli (n=109)	300 (40-1200)	363,67±217,1	0,235*
	Evli Değil (n=108)	360 (30-1080)	390,28±219,2	
Eğitim durumu	Lise mezunu ve altı (n=60)	300 (60-960)	350,0±220,9	0,177*
	Üniversite mezunu ve üstü (n=157)	360 (30-1200)	387,20±216,7	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az (n=65)	300 (30-1080)	344,0±210,8	0,094**
	Gelirim giderime denk (n=94)	300 (60-1200)	381,38±242,9	
	Gelirim giderimden fazla (n=58)	360 (120-900)	406,55±178,4	
Sigara	Hiç İçmedim (n=98)	360 (60-1080)	396,43±204,9	0,149**
	Bıraktım (n=58)	300 (30-900)	355,52±201,6	
	Halen İçiyorum (n=61)	300 (60-1200)	365,90±251,8	
Alkol	Evet (n=84)	360 (30-1200)	367,50±227,1	0,470*
	Hayır (n=133)	360 (40-1080)	382,86±212,8	
Kronik hastalık	Evet (n=57)	360 (60-960)	358,95±196,2	0,496*
	Hayır (n=160)	360 (30-1200)	383,31±225,5	
VKİ	Zayıf (n=7)	480 (180-720)	428,57±178,08	0,561**
	Normal (n=124)	360 (30-1080)	380,16±213,9	
	Fazla Kilolu (n=61)	300 (60-900)	355,57±208,9	
	Obez (n=25)	300 (60-1200)	398,40±271,5	

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma. *Mann Whitney U Testi. **Kruskal Wallis Testi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, aile hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran bireylerin demografik özellikleri, bazı sağlık verileri, fiziksel aktivite yapma durumları, egzersiz sağlık inançları belirlenmiştir. Saptanan sonuçlar incelenmiş ve araştırmanın içeriği çerçevesinde tartışılarak literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırılmıştır.

5.1. FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda, katılımcıların genel sağlık değerleri, egzersiz miktarı ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Literatüre baktığımızda yeterli egzersiz yapanların genel sağlık değerlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (43, 48-50). Uca ve arkadaşlarının (2022), ESİMÖ kullanarak, İstanbul’da 211 kişi üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, daha aktif olan bireylerin fiziksel aktivite ile ilgili sağlık inançlarının daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (48). Aynı yıl Mardin’de aile hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada daha az aktif olan hekimlerin, egzersiz sağlık inançlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (49). Çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Kendi sağlığı ile daha fazla ilgilenen bireylerin, ilgilenmeyenlere kıyasla daha yüksek düzeyde egzersiz yaptığı gözlemlenmiştir.

Araştırmamızda, minimal aktif kişiler, toplam katılımcıların yaklaşık yarısını (%49,1) oluşturmaktadır ve yeterli miktarda egzersiz yapmamaktadırlar. Katılımcıların ESİMÖ’nün alt boyutlarından egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inanç puanları, minimal aktiflerde en yüksek olarak saptanmıştır. İnaktif kişiler ile çok aktif kişiler arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Literatürde, düzenli egzersiz yapma durumu ve egzersiz sıklığı ile ESİMÖ puanları karşılaştırılmış; yeterli miktarda egzersiz yapanların, ciddiyet inancının daha fazla olduğu görülmüştür (49, 50). Minimal aktif kişilerin egzersiz yapmanın ciddiyetinin farkında olmalarına rağmen harekete geçmediklerini düşünebiliriz. Bu kişileri harekete geçirecek motivasyonel görüşmelere ağırlık verilmesi gerekir.

Çalışmamızda, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı (tehdit) ve egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı (yarar maliyet) inançları egzersiz yapanlarda daha yüksek olduğu sayısal olarak görülse de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde bireylerin egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı (tehdit) ve egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı (yarar maliyet) inançları egzersiz yapanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (48-50). Bu sonuç, çalışmamızın literatür ile benzer olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda, daha az aktif kişilerin, egzersiz yapmamanın sakıncaları hakkındaki inançlarının daha güçlü olduğu bulundu. Yılmaz (2019), Isparta ilinde bulunan üç Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 18 yaş ve üzeri 350 katılımcıyla yaptığı çalışmada ve Aktaş (2021), İstanbul'da, 331 sağlıklı gönüllü ile, egzersizin sağlıklı olma inancına etkisini ve bireylerin sağlık anksiyete durumlarını araştırdığı çalışmada, egzersiz yapmama sakıncaları hakkındaki inançlarının, sedanter olan bireylerde daha fazla olduğunu saptanmışlardır (43, 50). Diğer yandan, Uca ve arkadaşlarının, düzenli egzersiz yapan 114 ve yapmayan 97 kişi üzerinde yaptığı çalışmada; düzenli egzersiz yapanların, egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin ESİMÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (48). Bireylerin egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları hakkındaki literatür verileri tutarsız görünmektedir. Bu durumu iki şekilde açıklamamız mümkündür: Birincisi, yeterli fiziksel aktivite yapan bireylerin, egzersiz yapmamanın yol açabileceği risklerin daha fazla farkında olduğu ve olası sağlık sorunlarını önlemek amacıyla egzersiz yaptıklarıdır. Diğer ise; yeterli fiziksel aktivite yapmayanların, egzersiz yapmamanın getireceği olası olumsuz durumlarla karşılaşma risklerinin fazla olduğu düşüncesidir. İkinci görüşte, bireyler egzersiz yapmamanın getireceği risklerin farkında olmalarına rağmen düzenli egzersiz yapmaktan kaçınmaktadırlar. Bu konuyu daha anlaşılır kılabilmek için bireyleri egzersize yönlendiren motivasyonları ve bireylerin egzersiz yapmasına engel olan inançlarının araştırılması yararlı olabilir.

5.2. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda kadınların %93,9'unun, erkeklerin %75,8'inin yeterli düzeyde egzersiz yapmadığı bulunmuştur. S.B. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2019

verilerine göre, ülkemizde kadınların %77'sinin, erkeklerin %68'inin ve toplumun genelinin %72'sinin yeterli fiziksel aktivite yapmadığı saptanmıştır (51).

Katılımcıların ESİMÖ alt boyut puanları ile cinsiyet karşılaştırıldığında egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit) ve egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar (yapmama sakıncaları) ve ESİMÖ toplam puan kadınlarda daha yüksek saptanmıştır. Diğer alt boyutlarda farklılık bulunmamıştır. Literatür taramasında cinsiyetin egzersiz sağlık inancına etkisinin olmadığı görülmüştür (43, 49, 50). Kadınların fiziksel aktiviteye ilişkin inançları üzerine yapılan bir çalışmada, egzersizin faydalarına yönelik inançlarının olumlu olmasına rağmen, önemli bir bölümünün düzenli egzersiz yapmaktan kaçınmalarının nedenini, egzersiz engel algılarının ağırlıkta olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Engel olarak yaklaşık yarısı ailesine zaman ayıramayacağını belirtmişlerdir (52). Bu durumun sebeplerini, etkileyen faktörleri sosyo-kültürel açıdan ele alarak ileri araştırmalar yapılması gerektiği görüşündeyiz.

Çalışmamızda fiziksel aktivite düzeyinin yaş ilerledikçe azaldığı tespit edilmiştir. Genç katılımcıların, ESİMÖ alt boyutlarından, genel sağlık değerleri puanlarının daha yüksek olduğu, egzersiz yapmamanın sakıncalarına ilişkin inanç puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Gençlerin genel sağlık inançları daha yüksektir, gençler fiziksel olarak daha aktiftirler ve egzersiz yapmamanın sakıncalarına ilişkin kaygıları daha azdır. Ölçek toplam puanı, gençlerde daha düşük bulunmuştur. Ciddiyet, tehdit ve yarar maliyet puanları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde egzersiz yapmama sakıncalarının gençlerde daha düşük puan aldığı, egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı (yarar maliyet) inançları ise gençlerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (50). Egzersiz yapan ve sedanter yaşayanları karşılaştıran başka bir çalışmada, ESİMÖ tüm alt boyutlarında egzersiz yapan grubun her yaş grubunda sağlık inanç puan ortalamaları, egzersiz yapmayan grubun aynı yaş gurupları için ortalamalarından oldukça yüksek olduğu bulunmuştur (48). Gençlerin egzersiz yapma sebepleri, sağlıklarını geliştirme ve sürdürmenin yanı sıra sosyal yönlerini güçlendireceğine inanmalarıdır. Yaş ilerledikçe, düşme, yaralanma riskleri, kronik hastalıklar, denge problemleri artmakta, fiziksel fonksiyonlar ve kas gücü azalmaktadır (53). Bu

nedenle, yaş ilerledikçe fiziksel aktivite düzeyi azalmaktadır. Bununla birlikte egzersiz yapmamanın sakıncalarına ilişkin inancın arttığı görüşündeyiz.

Çalışmamızda evli olmayanların, fiziksel olarak daha aktif ve genel sağlık değerlerinin daha yüksek olduğu saptandı. Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı (tehdit) inançları, egzersiz yapmamanın sakıncaları hakkındaki inançları ve ESİMÖ toplam puan evlilerde daha yüksek bulundu. Aktaş ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada egzersiz sağlık inancı ile medeni durum arasında bir ilişki bulunmamıştır (50). Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında evli olmayanların genel sağlık değerleri ve egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit) daha yüksek olduğu görülmüştür (43). Çalışmamızda evli olma durumunun fiziksel aktivite düzeyleri ve egzersiz sağlık inancı üzerinde etkili olabileceği bulundu. Farklı çalışmaların sonuçları arasındaki farklılıkların nedenleri, katılımcıların özellikleri, kullanılan ölçüm araçları, yöntemler ve diğer değişkenlerin farklılık göstermesi olabilir. Bu sebeple, daha fazla araştırma yapılması ve farklı bağlamlarda çalışmaların tekrarlanması önemlidir.

Çalışmamıza katılanların eğitim durumları değerlendirildiğinde; %33,5'inin lise mezunu ya da altı olduğu, %66,5'inin üniversite mezunu ve üstü olduğu saptanmıştır. Lise mezunu ya da altı olan kişilerin oransal olarak daha inaktif oldukları görülmüştür fakat anlamlı olarak değerlendirilmemiştir. Üniversite mezunu ve üstü kişilerde egzersiz yapmamanın sakıncaları hakkındaki inançları daha yüksek saptanmıştır. Aktaş ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, kişilerin eğitim düzeyi düşük olsa da egzersizin önemine inandığı ve fiziksel olarak daha aktif bulunmuştur (50). Gedik ve arkadaşlarının çalışmasında, eğitim düzeyinin artmasıyla fiziksel aktivite yapma durumunun da arttığı bulunmuştur (54). Literatürdeki farklı sonuçlara rağmen çalışmamızda, yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin, egzersiz sağlık inancının daha güçlü olduğunu ve egzersiz yapmamanın olası olumsuz sonuçlardan daha fazla endişe duyduklarını ve daha aktif bir yaşam sürdürdüklerini bulduk. Literatürdeki bu farklılık, egzersiz ile eğitim durumu arasındaki ilişkiyi gösterebilmek için farklı bağlamlarda farklı değişkenlerle daha fazla çalışmanın gerekebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu (%41,6) gelirinin giderine denk olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda gelir durumunun egzersiz sağlık inancına etkisi olmadığı bulunmuştur. Literatürdeki benzer çalışmalarda da aynı sonuca ulaşılmıştır (43, 50). Aile hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada geliri giderlerinden az olan aile hekimlerinin, genel sağlık değerlerine ilişkin inançlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (49).

5.3. SAĞLIK İLE İLGİLİ VERİLER İLE ESİMÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda katılımcıların egzersiz sağlık inançları ile sigara ve/veya alkol kullanımı arasında doğrudan bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların %44,2 hiç sigara içmediğini, %25,3 daha önce içtiğini fakat şu anda kullanmadığını, %30,5 ise halen içtiğini belirtti. Gönüllülerin %41,3 alkol kullandığını, %58,7 hiç alkol içmediğini saptadık. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada alkol ve sigara kullanımının egzersiz ile ilişkisi bulunmamıştır (55). Fabrika çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, çalışanlarının sigara içmeyenlerin fiziksel olarak daha aktif olduğu saptanmıştır (56).

Katılımcıların %26,8'i kronik bir hastalığının olduğunu belirtti. Egzersiz yapmamanın sakıncaları hakkındaki inançları, kronik hastalığı bulunanlarda daha yüksek bulundu. Aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada, kronik hastalığı olmayanlar, olanlara göre, egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığına ve egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğine daha çok inanmaktadır (49). Kronik hastalığı olan aile hekimleri de böyle bir hastalığı bulunmayan aile hekimlerine göre egzersiz yapmamanın sakıncalarına daha çok inanmaktadır (49). Başka bir çalışmada kronik hastalığı bulunan kişilerin egzersiz yapmamanın sakıncaları hakkındaki inançları daha yüksek bulunmuştur (43). Genel olarak kronik hastalığı olan bireylerin egzersiz yapmamanın getirdiği risklerin daha fazla farkında olduğunu söyleyebiliriz. Bu durumun kronik hastalık sahibi bireylerin daha sık sağlık kuruluşlarına başvurmaları, doktor görüşmelerinin daha sık olması nedeniyle olabileceği görüşünderiz.

Gönüllülerin vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması 25.01 ± 4.59 olarak belirlendi. VKİ değerlerine göre; katılımcıların %3,7 zayıf, %54,3 normal kilolu,

%27,9 fazla kilolu, %14,1 obez olarak saptandı. Katılımcıların VKİ'si arttıkça, egzersiz yapmamanın sakıncaları hakkındaki inançlarında artış görülmektedir. Diğer alt boyutlarda farklılık bulunmamıştır. Pamukkale Üniversitesi'nde kronik venöz yetmezlik tanılı hastaların üzerinde yapılan egzersiz sağlık inancı çalışmasında, obez bireylerin egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları daha yüksek bulunmuş, zayıf bireylerin genel sağlık değerleri diğer bireylerden daha yüksek bulunmuştur (57). Lise öğrencilerinin fiziksel aktiviteye katılım motivasyonu ile VKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada, fiziksel aktiviteye katılım motivasyonu düşük olan öğrencilerin VKİ değerlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (58). Sonuç olarak, egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin kaygıların azaltılması, egzersiz yapmanın önündeki engellerin belirlenip ortadan kaldırılması, kişilerin egzersiz alışkanlığı edinme sürecine ve kilo kontrolüne katkı sağlayabilir. Ayrıca düzenli egzersiz yapmanın sağlık üzerine olan olumlu etkilerini bilmek, kişilerin egzersiz yapma konusundaki motivasyonunu arttırıp hareket etmekten çekinmelerini azaltabilir.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda;

1. Egzersiz yapanların, genel sağlık değerlerinin daha yüksek olduğu, sağlıkları ile daha ilgili oldukları bulundu.
2. Egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkında, yeterli egzersiz yapmayan kişilerin inançlarının daha yüksek olduğu saptandı.
3. Daha az aktif kişilerin, egzersiz yapmamanın sakıncalarına ilişkin inançları daha yüksekti.
4. Kadınlar, erkeklere göre fiziksel olarak daha az aktifti ve egzersiz yapmanın hastalık riskini azaltıcı etkilerine ve egzersiz yapmamanın sakıncalarına ilişkin inançları daha yüksekti.
5. Yaş ilerledikçe, bireylerin fiziksel aktivitesinin azaldığını, egzersiz sağlık inancının arttığını, egzersiz yapmamasının sakıncalarına ilişkin kaygılarının arttığını saptadık.
6. Evlilerin egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı (tehdit) inançları ve egzersiz yapmamanın sakıncaları hakkındaki inançları daha yüksek saptandı.
7. Evli olmayanların, kendi sağlıkları ile daha ilgili oldukları saptandı.
8. Yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin egzersiz sağlık inancı daha güçlü bulundu ve bu kişiler egzersiz yapmamanın olası olumsuz sonuçlarından daha fazla endişe duymaktaydı.
9. Gelir durumunun egzersiz sağlık inancına etkisi yoktu.
10. Kronik hastalığı bulunan bireylerin egzersiz yapmamanın sakıncalarına ilişkin kaygıları daha yüksekti.
11. Bireylerin, VKİ'si arttıkça, egzersiz yapmamanın sakıncaları hakkındaki inançları da artmaktaydı.

7. KAYNAKLAR

1. Dikici M, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, Yariş F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2007;27:412-8.
2. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization Copyright © World Health Organization 2010. Erişim linki: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>. Erişim tarihi: 15.06.2023.
3. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. Lancet Glob Health. 2018;6(10):e1077-e86.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Erişim linki: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagli-gi-db/Dokumanlar/Raporlar/turkey-risk-factors-tur_STEPS-2017.pdf. Erişim tarihi: 01.08.2023.
5. Oztek Z, Üner S, Eren N. Halk sağlığı kavramı ve gelişmesi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012. s 20.
6. Bek N. Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2008: 7-22.
7. Alkaya SA, Okuyan CB. Hemşirelik öğrencilerinin egzersiz davranışları ve uyku kaliteleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2017;10(4):236-41.
8. Altıok M. Kalp Yetersizliğinin Yönetimi ve Egzersiz: Sistematik Bir İnceleme. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics. 2016;2(3):37-45.
9. American Heart Association. Physical Activity. Erişim linki: <https://www.heart.org/en/healthy-living/fitness/fitness-basics/aha-recs-for-physical-activity-in-adults>. Erişim tarihi: 18.06.2023.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Erişim linki: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayatb/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf. Erişim tarihi: 18.06.2023.
11. Australia's Physical Activity and Sedentary Behaviour Guidelines. Physical Activity. Erişim linki: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phy-activity>. Erişim tarihi: 16.06.2023.
12. Physical activity guidelines for Americans. Olson RD, Vaux-Bjerke A, Quam JB, Piercy KL, Troiano RP, George SM, et al. Physical activity guidelines for Americans. NADAR!

- SWIMMING MAGAZINE-Periódico científico em esportes e fitness aquático-natação, pólo aquático, nado sincronizado, saltos ornamentais, travessias aquáticas. 2023. Erişim linki: <https://revistanadar.com.br/index.php/Swimming-Magazine/article/view/48>. Erişim tarihi: 18.06.2023.
13. Shaw B, Shaw I, Brown G. Resistance exercise is medicine: Strength training in health promotion and rehabilitation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2015;22:385-9.
 14. Centers for Disease Control and Prevention. Benefits of Physical Activity. Erişim linki: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pa-health/index.htm#bones-muscles>. Erişim tarihi: 16.06.2023.
 15. Grubbs L. The critical role of exercise in weight control. *Nurse Pract*. 1993;18(4):20-2, 5-6, 9.
 16. Çelik C, Yalbuздаğ ŞA. Obesity and exercise. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2014;5(143):244-7.
 17. Ardiç F. Egzersiz Reçetesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2014;60(Özel Sayı 2):1-8.
 18. Demirel H, Kayıhan H. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık; 2014. Erişim linki: <http://fizikselaktivite.gov.tr/wpcontent/uploads/FizikselAktiviteRehberiTR.pdf>. Erişim tarihi: 17.06.2023.
 19. Çolakoğlu FF. 8 Haftalık koş yürü egzersizinin sedanter orta yaşlı obez bayanlarda fizyolojik, motorik ve somatotip değerleri üzerine etkisi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2003;23(3):275-90.
 20. World Health Organization. Health Education and Health Promotion Unit (2003). Health and development through physical activity and sport. Geneva: World Health Organization. Erişim linki: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67796> Erişim tarihi: 08.03.2023.
 21. World Health Organization Global strategy on diet, physical activity and health. 2004. Erişim linki: <https://www.who.int/publications/i/item/9241592222>. Erişim tarihi: 23.04.2023.
 22. White L. Osteoporosis Prevention, Screening, and Diagnosis: ACOG Recommendations. *Am Fam Physician*. 2022;106(5):587-588.
 23. Merom D, Phongsavan P, Wagner R, Chey T, Marnane C, Steel Z, et al. Promoting walking as an adjunct intervention to group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders--a pilot group randomized trial. *J Anxiety Disord*. 2008;22(6):959-68.
 24. Barger LK, Wright KP, Jr., Hughes RJ, Czeisler CA. Daily exercise facilitates phase delays of circadian melatonin rhythm in very dim light. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2004;286(6):R1077-84.

25. Blair SN, Kohl HW, 3rd, Barlow CE, Paffenbarger RS, Jr., Gibbons LW, Macera CA. Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *Jama*. 1995;273(14):1093-8.
26. Haskell WL, Leon AS, Caspersen CJ, Froelicher VF, Hagberg JM, Harlan W, et al. Cardiovascular benefits and assessment of physical activity and physical fitness in adults. *Med Sci Sports Exerc*. 1992;24(6 Suppl):S201-20.
27. Aksoy K. Çalışanların fiziksel aktivite düzeyi ile saldırganlık düzeyi arasındaki ilişki: Afyonkarahisar’da Bir Uygulama. *Türkiye Spor Bilimleri Dergisi*. 2017;1(1):21-30.
28. Kafalı N. Transteoretik Modele göre adölesanların egzersiz davranışları. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı; 2009.
29. Peker AT, Zengin S. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Spor Sağlık İnanç Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Ekev Akademi Dergisi*. 2019(77):45-56.
30. T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı. Toplum sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik sağlığın geliştirilmesi eğitimi rehberi. Ankara: Deniz Matbaacılık; 2011.
31. Ünsal A. Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık ve Hastalık, Hemşirelik. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;1(1):11-28.
32. Cavill, Nick, Kahlmeier, Sonja and Racioppi, Francesca. Physian activity and health in Europe: evidence for action. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2006. Erişim linki: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328052> rişim tarihi: 04.02.2023.
33. Hochbaum G. Public participation in medical screening programs: a sociopsychological study. Washington: Government Printing Office; 1958.
34. Atak N, Çenesiz E. Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(6):427-34.
35. Gristwood j. Applying the health belief model to physical activity engagement among older adults. *Illuminare: A student journal in recreation, Parks and Leisure Studies*. 2011;9(1):59-71.
36. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardiç E. Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Dergisi*. 2015;5(1):28-34.
37. Champion, V.L. and Skinner, C.S. (2008) The Health Belief Model. In: Glanz, K., Rimer, B.K. and Viswanath, K. Eds., *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 4th Edition, Jossey-Bass, San Francisco, 189-193.
38. Hayden J. Health belief model. *Introduction to health behavior theory*. 3rd ed: Burlington, Jones & Bartlett Learning; 2019.

39. Al-Battawi J, Ibrahim W. Applying Health Belief Model to Predict Factors influencing Women decision regarding Mode of Delivery. J Nurs Heal Sci. 2017;6(6):44-56.
40. Glanz K, Rimer B, Lewis F. Health Behavior and Health Education. San Francisco: Jossey- Boss CO; 2002.
41. Rosenstock I. Historical origins of the Health Belief Model. Heal Educ Monogr. 1974;2:328-35.
42. Gözümlü S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi. 2014;7(3):230-7.
43. Yılmaz MD. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı; 2019.
44. Craig C, Marshall A, Sjöström M, Bauman A, Booth M, al ABe. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. Medicine & Science In Sports & Exercise. 2003;195(9131/03):1381-95.
45. Booth M. Assessment of physical activity: An international perspective. Research Quarterly for Exercise and Sport. 2000;71:114-20.
46. Sağlam M, Arıkan H, Savcı S, Inal-Ince D, Bosnak-Güclü M, Karabulut E, et al. International physical activity questionnaire: reliability and validity of the Turkish version. Perceptual and motor skills. 2010;111(1):278-84.
47. IPAQ research committee Guidelines for data processing and analysis of International Physical Activity Questionnaire. Erişim linki: <http://www.ipaq.ki.se>. Erişim tarihi: 10.03.2023.
48. Uca M, Sivrikaya K, Özivgen H. Serbest Zamanlarında Düzenli Egzersiz Yapan ve Sedanter Kişilerin Sağlık İnançlarının İncelenmesi. CBU Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2022;17(2):180-93.
49. Kılıç F. Aile Hekimlerinin Spora Yönelik Tutumları ve Egzersiz Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. Mardin: T.C. Mardin Artuklu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı; 2022.
50. Aktaş R. Bireylerde Egzersizin Sağlıklı Olma İncasına Etkileri ve Sağlık Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı; 2021.
51. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1132; 2019.
52. Kitiş Y, Gümüş Y. 20 yaş ve üzeri kadınların fiziksel aktivite düzeyleri, fiziksel aktiviteye ilişkin inançları ve davranış aşamalarının belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4(3):399-411.

53. Erdem Ö, Selma A. Acil servise başvuran bireylerde düşme riski ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018;5(2):128-37.
54. Gedik S. Kırsal alanda yaşayan Tip 2 Diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde öz-etkililik düzeyleri. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı; 2016.
55. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(6):409-20.
56. Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. Bakırköy Tıp Dergisi. 2018;14(3):267-74.
57. Reis R. Kronik venöz yetmezlik hastası bireylerin egzersiz inançlarının değerlendirilmesi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı; 2022.
58. Bozdağ B, Özbek S. Lise Öğrencilerinin Fiziksel Aktiviteye Katılım Motivasyonlarının İncelenmesi. Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi. 2020;3(2):395-406.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Gamze Seçil Ergin
Doğum yeri ve tarihi :
Uyruğu :
Medeni durumu :
İletişim adresi ve telefonu :
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi

Kumluca Mehmet Akif Ersoy İlköğretim Okulu 1999-2017
Bartın Anadolu Öğretmen Lisesi 2007-2011
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi 2011-2018

III- Mesleki Deneyimi

Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi-Pratisyen Hekim
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Asistan Hekim

IV- Bilimsel İlgi Alanları

GETAT Yöntemleri

V- Bilimsel Etkinlikleri

15. Aile Hekimliği Güz Okulu (2021)
Olgularla Aile Hekimliğinde Sık Rastlanan Cinsel Sorunların Yönetimi Kursu
Aile Hekimliğinde Obezite Yönetimi Kursu
Kupa Uygulama Sertifikası

9. EKLER

EK-1: TEZ KONUSU ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.11.2022-188295



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100-188295
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik
Kurulu Kararları

28.11.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 24.11.2022 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Doç.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 85 (seksen beş) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığına
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSF5ZJ3LSB* Pin Kodu :28182
Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-93471371-514.99
Konu : E.Kurul – E-22-1146- Etik Kurul
Kararı

1146 - no'lu çalışma

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nden **"Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kişilerin Egzersiz Yapma Durumlarının Sağlık Olma İnancına Etkisi"** konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

23/11/2022
Prof. Dr. Uğur KOÇER
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 54277a97-0088-440a-857c-d024861a5e82 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Birimi, Hacettepe Mah.
Ulucanlar Cad. No:89 Altındağ / ANKARA
Telefon: Faks No: 0312 363-33 96
e-Posta: ayse.ozkul1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ayse.ozkul1@saglik.gov.tr
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 312) 595 31 89



EK-3: ANKET FORMU

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN EGZERSİZ YAPMA DURUMLARININ SAĞLIKLI OLMA İNANCINA ETKİSİ

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran kişilerin egzersiz yapma durumunu saptamak ve sağlıklı olma inancı ile ilişkisini araştırmaya yönelik bir çalışma için veri toplamak amacıyla size uygulanmaktadır.

Çalışmaya katılım, gönüllülük esasına dayanır. Bu çalışmada herhangi bir tetkik ve tedavi uygulanmayacaktır. Bu anket formundaki sorulara vereceğiniz yanıtlar, söz konusu çalışma dışında, başka hiçbir amaçla kesinlikle kullanılmayacaktır ve gizli tutulacaktır.

Anketteki sorulara vereceğiniz doğru yanıtlar, bu çalışmanın geçerli ve güvenilir bir şekilde sonuçlandırılması açısından önem taşımaktadır. Anket formundaki tüm soruları içtenlikle cevaplamanızı rica ederiz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Mustafa ÇELİK

Dr. Gamze Seçil ERGİN

A. SOSYODEMOGRAFİK SORULAR:

1. Yaşınız: (Yıl olarak belirtiniz.)

2. Cinsiyet:

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Boyunuz: (cm).....

4. Kilonuz: (kg).....

5. Medeni durumunuz nedir?

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Boşanmış

☐ Eşini kaybetmiş

6. Eğitim durumunuz nedir?

- ☐ Okur-yazar değil
- ☐ Okur yazar, ama herhangi bir okul mezunu değil.
- ☐ İlkokul mezunu
- ☐ Ortaokul mezunu
- ☐ Lise mezunu
- ☐ Üniversite ve üstü

7. Gelir-gider durumunuzu ifade eden en uygun seçeneği işaretleyiniz.

- ☐ Gelir giderden fazla
- ☐ Gelir gidere eşit
- ☐ Gelir giderden az

8. Sigara içme durumunuz aşağıdakilerden hangisine uyuyor?

- ☐ Hayatım boyunca hiç sigara içmedim, halen içmiyorum.
- ☐ Hayatımda içtiğim sigara sayısı 100 taneyi geçmez, halen içmiyorum.
- ☐ Hayatım boyunca içtiğim sigara sayısı yüzden fazladır ancak bıraktım.
- ☐ Bırakalı **6 aydan az** oldu ve halen içmiyorum.
- ☐ Bırakalı **6 aydan çok** oldu ve halen içmiyorum.
- ☐ Sigara içiyorum (Günde _____ adet)

9. Hayatınız boyunca hiç alkol kullandınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır (11. Soruya geçiniz.)

10. Ne sıklıkta alkollü içecek kullanıyorsunuz?

- ☐ Ayda 1 veya daha az
- ☐ 15 günde bir
- ☐ Haftada bir
- ☐ Haftada 2-3 kez
- ☐ Her gün

11. Kronik hastalığınız var mı?

- ☐ Evet
(Belirtiniz.....
.....)
- ☐ Hayır

12. Düzenli kullandığınız ilacınız var mı? (Varsa belirtiniz.)

- ☐ Evet
(Belirtiniz.....
.....)
- ☐ Hayır

B. FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA)

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz. Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır.

Lütfen yaptığınız aktiviteleri düşünün; işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri.

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

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

- ☐ Haftada ___ gün
- ☐ Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (15. soruya gidin.)

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

- ☐ Günde ___ saat
- ☐ Günde ___ dakika
- ☐ Bilmiyorum/Emin değilim.

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

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

- ☐ Haftada ___ gün
- ☐ Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (17. soruya gidin.)

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

- ☐ Günde ___ saat
- ☐ Günde ___ dakika
- ☐ Bilmiyorum/Emin değilim.

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

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

- ☐ Haftada ____ gün
- ☐ Yürümedim. → (19. soruya gidin.)

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

- ☐ Günde ____ saat
- ☐ Günde ____ dakika
- ☐ Bilmiyorum/Emin değilim.

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

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

- ☐ Günde ____ saat
- ☐ Günde ____ dakika
- ☐ Bilmiyorum/Emin değilim.

C. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (ESİMÖ)

Aşağıda sağlığını hakkında bir dizi soru bulacaksınız. Bunların her birini düşünüp, son günlerde durumunuza en yakın olanı “X” olarak işaretleyiniz.

Cevap seçenekleri şunlardır:

1. Hiç 2. Biraz 3. Ne az ne çok (Orta) 4. Oldukça 5. Çok fazla

SORULAR	1	2	3	4	5
1. Sağlığınızla ne kadar ilgilisiniz?					
2. Sağlığınızı ne kadar düşünüyorsunuz?					
3. Sağlığınızı ne kadar önemsiyorsunuz?					
4. Sizce kalp krizi geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?					
5. Sizce felç geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?					
6. Sizce kansere yakalanmak ne kadar ciddi bir durumdur?					
7. Egzersiz yapmanın yüksek tansiyon hastası olmanızı önlemeye ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
8. Egzersiz yapmanın şeker hastalığını önlemede/kontrol altında tutmada ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
9. Egzersiz yapmanın kalp krizini önlemede size ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
10. Egzersiz yapmanın, felç geçirmeyi önlemede ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
11. Egzersiz yapmanın kansere yakalanmayı önlemede ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
12. Egzersiz yapmanın kilo almanızı önlemede ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
13. Egzersiz yapmanın daha sağlıklı olmak için size ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
14. Egzersiz yapmanın hastalıkları önlemede ne kadar etkili olacağını düşünüyorsunuz?					
15. Daha sağlıklı olmak için egzersiz yapmak ne kadar gereklidir?					
16. Daha kaliteli bir yaşama sahip olmak için egzersiz yapmak ne kadar gereklidir?					
17. Daha uzun yaşamak için egzersiz yapmak ne kadar gereklidir?					
18. Daha iyi görünmek için egzersiz yapmak ne kadar gereklidir?					
19. Egzersiz yapmak zor olsa bile, hastalıkları önlemek için yapmaya değer.					

Aşağıdaki sorular için cevap seçenekleri şunlardır:

1. Hiç düşünmüyorum
2. Düşünmüyorum
3. Düşünüyorum
4. Çoğunlukla düşünüyorum

SORULAR	1	2	3	4	5
20. Yüksek tansiyon hastası olabileceğini düşünüyor musunuz?					
21. Şeker hastası olabileceğini düşünüyor musunuz?					
22. Kalp krizi geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?					
23. Felç geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?					
24. Kanser hastası olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
25. Kilo alabileceğinizi düşünüyor musunuz?					

5. Her zaman düşünüyorum

ANKETİMİZ BİTTİ.

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.