



**Nimet Haşıl Korkmaz, Nesrin Demirkan**

Uludağ University, nhasil@uludag.edu.tr, Bursa-Turkey

DOI	<a href="http://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2017.12.4.2B0111">http://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2017.12.4.2B0111</a>
ORCID	0000-0001-6029-6868

### HASTANEDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

#### ÖZ

Bu çalışmada, Hastanede çalışan sağlık personellerinin fiziksel aktivite (FA) düzeyleri belirlenmek hedeflenmiştir. Kişisel özellikleri içeren bir soru formu ve fiziksel aktivite seviyesini belirlemek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin (IPAQ) kısa formu kullanılmıştır. Anket, son 7 gün içinde en az 10 dakika yapılan FA ile ilgili soruları içermektedir. Araştırmanın evrenini Bursa Devlet Hastanesinde çalışan, anketi cevaplamayı kabul eden 20-63 yaş arasında toplam 176 sağlık personeli oluşturmaktadır. Gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile analiz edildi. İstatistiksel karşılaştırmalar sonucunda  $\alpha=0.050$  alındı. Sağlık personellerinin cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, alkol ve sigara içme durumlarına göre FA düzeyleri belirlendi. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre; erkeklerin, orta, şiddetli fiziksel aktivite yürüme değerleri ile kadınların değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Sonuç olarak bu tür araştırmaların sağlık personelleri üzerinde yoğunlaştırılarak farkındalık yaratılması sağlanmalı, sağlık personelinin toplumsal sağlığı korumada etkinliği göz ardı edilmemelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Personeli, Fiziksel Aktivite Düzeyi, Hastane Çalışanları, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney

### PHYSICAL ACTIVITY LEVEL EVALUATION OF HOSPITAL HEALTH PERSONNELS

#### ABSTRACT

In this study, it was aimed to determine the physical activity (FA) levels of health personnel working at the hospital. A questionnaire containing personal characteristics and a short form of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) were used to determine the level of physical activity. The questionnaire contains questions about the FA, which lasted at least 10 minutes in the last 7 days. The universe of the research consists of 176 health personnel working in Bursa State Hospital between the ages of 20 and 63 who accept to answer the questionnaire. Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests were used in the intergroup comparisons. Relations between variables were analyzed by Pearson correlation coefficient. Statistical comparisons result in  $\alpha=0.050$ . The FA levels were determined according to gender, age, and marital status, number of children, alcohol and smoking status of health personnel. According result of the research, there was a significant difference between men's, moderate, severe physical activity values and women's values. As a result, such researches should be focused on health personnel to create awareness and effectiveness of health personnel in protecting social health should not be overlooked.

**Keywords:** Health Personnel, Physical Activity Level, Hospital Employees, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney

#### How to Cite:

Korkmaz, N.H. ve Demirkıran, N., (2017). Hastanede Çalışan Sağlık Personellerinin Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi, **Sport Sciences (NWSASPS)**, 12(4): 52-62, DOI: 10.12739/NWSA.2017.12.4.2B0111.



## 1. GİRİŞ (INTRODUCTION)

Sağlığı geliştirme; doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik etkinlikleri ifade etmektedir. Bireyin var olan davranışlarını en üst düzeye çıkarmasıdır [1]. Kişi bu hedefe ulaşabilmek için, sigara, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir [2]. Sağlığı iyileştiren fiziksel aktivite kavramı Avrupa'da sıklıkla gündeme gelmektedir. Bu kavram, sağlık ve sağlığı iyileştiren, fonksiyonel kapasiteyi arttıran ve insana zarar riski oluşturmayan herhangi bir fiziksel aktivite türü arasındaki bağlantıya vurgu yapmaktadır [3]. Aktif yaşam ise fiziksel aktivitenin günlük işlere entegre edildiği bir yaşam tarzıdır. Erişkinlerin genelinde her gün en az yarım saat fiziksel aktivite hedeflenmelidir [4].

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol model olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir [5]. Sağlık hizmetleri, sağlık kurum ve işletmelerinde sağlık ekibi üyeleri tarafından sunulmaktadır. Sağlık ekibi; sağlık kurumlarında, bireye kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesini ortak hedef edinmiş, değişik sağlık meslek üyelerinin bir araya geldikleri, her birinin kendi görevlerini yerine getirdiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birlik olarak tanımlanmaktadır [6]. Sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde sağlık sektörünün en önemli kaynaklarından biri olan sağlık insan gücü ise kısaca "resmi ve özel sektörde her türlü sağlık hizmetlerini üreten personel" olarak tanımlanmaktadır [7]. Çeşitli profesyonel mesleklerden oluşan sağlık ekibi üyeleri özel ve kamuya ait hastaneler, sağlık merkezi, sağlık ocağı, dispanser, ana ve çocuk sağlığı merkezi, sağlık evi, eczane, çeşitli laboratuvar, poliklinik ve muayenahaneler başta olmak üzere sağlıkla ilgili pek çok kurum ve işletmede çalışmaktadır [6 ve 8].

Fiziksel aktivite, dinlenme seviyesinden daha fazla enerji gerektiren her türlü çizgili kas hareketidir [9]. Bu geniş tanıma göre, ulaşım amacıyla yürüme veya bisiklete binme, dans etme, oyunlar oynama, bahçe, ev işleriyle uğraşma ve benzeri etkinlikler fiziksel aktivite olarak görülmektedir. Spor ve egzersiz özel fiziksel aktivite türleridir; spor içerisinde bir çeşit rekabet barındırırken, egzersiz genelde fiziksel kondisyonu ve sağlığı arttırmak için yapılır. Fiziksel aktivitenin, zinde ve neşeli günlük yaşamın sağlanmasında, vücudun hastalıklara karşı korunmasında, şişmanlığın önlenmesinde, yaşlanmanın getirdiği organik gerilemenin yavaşlatılmasında, sinirsel gerginliklerin azaltılması gibi faydaları vardır. Ayrıca, koroner damar hastalıklarının getirdiği ölüm olaylarını önleyici ve koruyucu etkinin arttırılmasında, kas ve eklemlerin işlerliğinin korunmasında, sosyal kaynaşmanın sağlanıp yalnızlıktan kurtulmada ve duruş bozukluklarının önlenmesinde FA etkili olduğu bildirilmektedir [10, 11, 12, 13 ve 14]. Spor günlük hayatın ayrılmaz bir parçasıdır. Bireyler kendi belirledikleri ve sevdikleri bir fiziksel aktiviteyi günlük yaşamları içerisinde dâhil edebilecekleri gibi, gün içerisinde yapılan bazı işleri bedensel güç kullanarak, daha tempolu ve çok tekrarlı yaparak fiziksel aktivite etkilerini oluşturabilmektedirler. Ancak seçilen aktivitenin düzenli ve devamlı olması gerekmektedir [15]. Fiziksel aktivitenin yararları dikkate alındığında, daha sağlıklı bireyler ve daha sağlıklı toplumlar için, bireylerin en uygun düzeyde fiziksel aktiviteye teşvik edilmeleri gerekmektedir. Yaşam



süresinin uzatılması ve kaliteli yaşam için bunun gerekliliği açıktır [16]. Fiziksel aktivitenin üç tip belirleyicisi ile mücadele etmek gerekmektedir, bunlar arasında kişisel faktörler (fiziksel aktiviteye yaklaşım veya insanların aktif olabileceklerine dair inanç), mikro çevre (insanların yaşadığı, eğitim aldığı ve çalıştığı mekânların fiziksel aktiviteye yönlendirme seviyeleri) ve makro çevre (genel sosyoekonomik, kültürel ve çevresel koşullar) bulunmaktadır. Makro çevre; sosyo-ekonomik koşullar fiziksel aktiviteyi pek çok şekilde etkileyebilir. Boş zamanlarda fiziksel aktiviteye katılımın sosyo-ekonomik durumla direkt olarak ilişkili olduğu görülmektedir. Daha yoksul insanların daha az boş vakti vardır ve fiziksel aktivite imkânlarına erişme imkânları daha azdır veya fiziksel aktiviteyi desteklemeyen ortamlarda yaşamaktadırlar [17]. Mikro çevre; kentleşmenin getirdiği sorunlar, insanların yaşadığı ve çalıştıkları çevre fiziksel olarak aktif olma imkânlarını da güçlü bir şekilde etkilemektedir. Kentsel yoğunluk arttıkça rekreasyon ve eğlence amaçlı faaliyetler için kullanılabilir alan azalmaktadır. Hareketsiz aktivitelere katılım artmıştır, çocuklar artık okul dışı zamanlarının büyük çoğunluğunu bilgisayar, video ve internet ile ekran başında geçirmektedir [18].

Kişisel faktörler; fiziksel aktivite seviyeleri konusunda en büyük etkiyi çevre yapsa da, bazı psikolojik-sosyal faktörler insanların yaşam stilleri üzerinde ve sağlıklı veya sağlıksız davranış kalıpları konusunda verecekleri kararları etkilemektedir. Günümüz ortamı pek çok fiziksel, psikolojik, duygusal ve zihinsel uyaran ile sağlık için tehlike oluşturmaktadır. Son yıllarda iş kaynaklı aşırı yüklenme ile oluşan kas-iskelet sistemi yaralanmalarına oldukça sık rastlanmaktadır. Tekrarlı hareketler, uzun süreli statik çalışma pozisyonları, güç harcanması gereken işler, ergonomik olmayan çalışma koşulları fiziksel stres yaratır. İş yaşamının getirdiği zaman yetersizliği, kontrol edilemeyen faktörler, arka plandaki dikkat dağıtıcı unsurlar, genel belirsizlikler, kişiler arası ast-üst ilişkileri gibi pek çok etken psikolojik stres oluşturmaktadır. Ses, kimyasal maddeler, ısı değişiklikleri, fiziksel travma, radyasyon, kötü postür, titreşim, ağır yükün altına girmek, monoton işler, gece vardiyaları, fazla mesai fiziksel streslere neden olmaktadır. Ceza veya yaptırım korkusu, terfi endişesi, haksızlık karşısında öfke, yeni bir pozisyona uyum sağlama, bezginlik, meslektaşla yarış içinde olma, çelişkili talimatlar, negatif düşünceler, zaman baskısı, yapısal değişiklikler ve düşük maaşla çalışma duygusal ve zihinsel strese neden olmaktadır [19].

Fiziksel aktivite konusundaki faaliyetler genelde kentsel planlama, ulaşım ve spor alanlarındaki profesyonellerin sorumluluk alanında yer alsa da sağlık sektörü de bu konularda önemli katkılarda bulunabilir. Sağlık sektörü özellikle fiziksel aktivite konusunda liderlik ve yöneticilik rolünü üstlenmelidir. Çünkü konu çok sektörlüdür ve hiç bir sektörün sorumluluğu almaması tehlikesini oluşturmaktadır. Sağlık sektörü doğru ortaklıkları güçlendirerek gerçekleştirilecek faaliyetleri etkin bir şekilde ileri taşıyabilir. Fiziksel aktivite temel sağlık hizmetlerinde daha güçlü bir role sahip olmalıdır, örneğin doktorlar ve diğer temel sağlık hizmetleri profesyonelleri fiziksel aktivite konusunda öneri ve tavsiyelerde bulunabilmeli ve bunu gerçekleştirmek için iyi bir eğitim almış olmalıdırlar. İsveç Ostergotland bölgesi kapsamlı bir yaklaşım geliştirmiştir. 2005 yılında Ostergotland'daki tüm temel sağlık birimleri toplumsal bir yaklaşım kullanarak ve yerel ortaklarla işbirliği yaparak fiziksel aktivite tavsiyesinde bulunmaya başlamıştır. Gerçekleştirilen bir değerlendirmede 2004 yılında 3344



hastanın (tüm hastaların %1.6'sı) bu konuda tavsiye aldığı ortaya çıkmıştır. 12 ay sonra bu hastaların %49 birimleri tekrar ziyaret etmiş ve bunlardan %21'inin ilk tavsiye edilenden farklı bir şekilde olsa da düzenle aktivitede bulunduğu saptanmıştır. Bu müdahale ayrıca hareketsiz olarak yaşayan kişilerin oranını da azaltmıştır [20]. Fiziksel aktivite düzeyi ile kalıtım, yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, sağlık düzeyi, eğitim düzeyi gibi pek çok faktör arasında ilişki kurulmaktadır. Bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesinde deney ve ölçekler veri toplama yöntemi olarak kullanılmaktadır. Deneysel ölçümler pahalı ve çok zaman gerektirmesinden dolayı pratik bulunmamaktadır [21 ve 22]. Anketler ile yapılan ölçeklerde ise, uygulaması kolay ve pratik olan fiziksel aktivite soruları kullanılmakta ve çok sayıda deneğin katıldığı araştırmalarda tercih edilmektedir [23].

Fiziksel aktivite seviyesini ölçmek halk sağlığı için önemlidir. Fakat bu parametre ile ilgili literatürde 30'dan fazla yöntem bulunması sonuçları karşılaştırmada bir zorluk olarak karşımıza çıkmaktadır [26]. Fizibilite ve maliyet nedeniyle birçok araştırmacı anket kullanmayı tercih etmekte ve bu amaçla birçok anket kullanılmaktadır [25]. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ:www.ipaq.ki.se) bu anketlerden birisidir. İki uluslararası fiziksel aktivite anketi, fiziksel aktivitenin sağlıkla ilişkisini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bunlardan birincisi olan Uluslararası Aktivite Anketi (28) ülkeler arasındaki fiziksel aktivite seviyelerinin doğrudan mukayese edilmesini sağlamaktadır. İki versiyon (uzun ve kısa) olarak geliştirilmiş ve birçok farklı dilde sunulmuştur. İkinci anket yöntemi ise, Küresel Fiziksel Aktivite Anketidir [29]. Bu ankette gelişen ülkeler ile kültürel farklı toplumları karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Bu çalışmada Bursa Devlet Hastanede çalışan sağlık personellerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin IPAQ ölçeği ile belirlenerek, eğitim düzeyi, cinsiyet ve çocuk sayısı açısından karşılaştırılmıştır.

## **2. ÇALIŞMANIN ÖNEMİ (RESEARCH SIGNIFICANCE)**

Bu çalışmada, Hastanede çalışan sağlık personellerinin fiziksel aktivite (FA) düzeyleri belirlenmek hedeflenmiştir. Kişisel özellikleri içeren bir soru formu ve fiziksel aktivite seviyesini belirlemek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin (IPAQ) kısa formu kullanılmıştır. Anket, son 7 gün içinde en az 10 dakika yapılan FA ile ilgili soruları içermektedir.

## **3. YÖNTEM (METHOD)**

Bu çalışmada tarama yöntemi kullanılarak Bursa Devlet Hastanesinde çalışan toplam 250 sağlık personellini üzerinde veri toplanmıştır. Çalışmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeme, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli ya da raporlu olma vb. nedenlerle 176 sağlık personeline ulaşılabilmiştir (katılım oranı %60.8). Ancak 152 kişinin anketi değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmanın verileri, sağlık personellerine yönelik "Kişisel Bilgi Formu" ve "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) kısa formu" kullanılarak 06 Aralık-26 Aralık 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formu, demografik özelliklerle ilgili bilgi toplamak üzere araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu formda araştırmaya katılan sağlık personellerinin, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, mesleği, mesleki kıdem, haftalık çalışma süresi, çalışma biçimi, çalışma birimi, çocuğu olup olmadığı, kronik hastalığının olup olmadığı, çevresindekilere fiziksel



aktivite konusunda rol model olup olmadığı ve Sağlık Bakanlığı'nın fiziksel aktivite programları hakkında bilgisinin olup olmadığı ile ilgili sorular yer almaktadır.

IPAQ'ın gelişim süreci, Dr. Micheal Booth (Sidney-Avustralya) 1996 yılında, toplumun sağlık ve fiziksel aktivite düzeylerini ve bunların arasındaki ilişkisini incelemek için güvenilir ve geçerli bir anket tasarlamıştır. Bir yıl sonra Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Grubu bu ankete dayanarak IPAQ'ı geliştirmişlerdir. IPAQ, yetişkinlerin fiziksel aktivite ve sedanter hayat biçimlerini tespit etmek için kısa ve uzun form şeklinde tasarlanmıştır. 1998-1999, 6 kıtada bulunan toplam 12 ülke ve 14 araştırma merkezinde IPAQ test-tekrar-test yöntemiyle güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalar neticesinde IPAQ fiziksel aktiviteyi belirlemek için güvenilir ve geçerli bir yöntem olduğu açıklanmıştır [24]. Araştırmamızda IPAQ kısa formunu uygulanmıştır. Anket 4 ayrı bölüm ve toplam 7 sorudan oluşmaktadır. Anket, 20-63 yaşları arasındaki yetişkinlere uygulanması tavsiye edilmektedir. Anket son 7 günde en az 10 dk yapılan FA ile ilgili sorular içermektedir. Ankette son haftada kaç gün ve her bir gün için ne kadar süre ile a) Ağır fiziksel aktiviteler (AFA), b) Orta yoğunlukta fiziksel aktiviteler (OFA), c) Yürüyüş yapıldığını belirlenmektedir (Y). Son soruda ise günlük olarak hareket etmeden (oturarak, yatarak vs.) harcanan zaman belirlenmektedir. Fakat son bölüm olan, fiziksel aktivite yapmadan günlük harcanan zaman ile ilgili soru yetişkinlerin FA düzeylerinin belirlenmesinde analiz çalışmaları yapılırken değerlendirmeye alınmamıştır. IPAQ kısa formu anketi bölümlerinin hesaplanmasında oluşan toplam harcanan enerji IPAQ scoring protocol (short-forms) verilerine göre hesaplanmıştır.

Anket ile son 7 gün içerisinde; şiddetli fiziksel aktivite (futbol, basketbol, aerobik, hızlı bisiklet çevirme, ağırlık kaldırma, yük taşıma vb.) süresi (dk), orta dereceli fiziksel aktivite (hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling, masa tenisi vb.) süresi (dk), yürüme ve bir günlük oturma süreleri (dk) sorgulanmıştır. Şiddetli, orta dereceli aktivite ve yürüme süreleri aşağıdaki hesaplamalarla, bazal metabolik hıza karşılık gelen MET'e çevrilerek, toplam fiziksel aktivite skoru (MET-dk/hafta) hesaplanmıştır [27].

Yürüme skoru;  $(MET-dk/hf)=3.3 * \text{yürüme süresi} * \text{yürüme günü}$

Orta şiddetli aktivite skoru;  $(MET-dk/hf)=4.0 * \text{orta şiddetli aktivite süresi} * \text{orta şiddetli aktivite günü}$

Şiddetli aktivite skoru;  $(MET-dk/hf)=8.0 * \text{şiddetli aktivite süresi} * \text{şiddetli aktivite günü}$

İstatistiksel analizlerde verilerin normal dağılım uygunluğu Shopiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Veriler normal dağılıma uygun olmadığı için parametrik olmayan istatistiksel testler kullanılmıştır. İki grup arasındaki farkın önemi, parametrik test varsayımları yerine gelmediği için Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney testi kullanılmıştır. Değişkenler arasında ilişkiler Pearson Korelasyon katsayısı (r) ile analiz edilip İstatistiksel karşılaştırmalar  $\alpha=0.050$  alınmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için belirtilen kurumlardan yazılı izin ve çalışmaya katılan sağlık personeline araştırmacının amacı anlatıldıktan sonra onam alınmıştır. Anket formları sağlık personellerine mesai saatleri içerisinde dağıtılmış ve doldurularak istenmiştir. Daha sonra doldurulan formlar araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Anketin cevaplama süresi ortalama 5 dakika sürmüştür.



#### 4. BULGULAR (FINDINGS)

Araştırma Bursa ilinde 20-63 yaşları arasında Devlet Hastanesinde görev yapan 43 doktor, 64 ebe/hemşire, 44 sağlık memuru üzerinde uygulanmıştır. Araştırma grubunu n=152; 63 erkek 89 kadın oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların %72.4'i evli %27.6'i bekârdır. Araştırmaya katılanların %14.4'ü lise, %30.2'i ön lisans, %25.7'i lisans, %29.7'i yüksek lisans mezunudur. Araştırmaya katılanların %16.4'ü sürekli gündüz çalışırken %83.6'sı gündüz ve nöbet/vardiya çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların %11.1'i acil servis, %46.7'si ameliyathane, %8.6'sı yoğun bakım, %33.6'sı diğer birimlerde çalışmaktadır. Araştırma grubunun %36.1'i çevresindekilere fiziksel aktivite konusunda rol model olduğunu düşünür iken %63.9'u rol model olduğunu düşünmemektedir. Araştırma grubunun %15.1'inin Sağlık Bakanlığının fiziksel aktivite programları hakkında bilgisi var iken %84.9'unun programlar hakkında bilgisi bulunmamaktadır. Araştırma grubunun %83.6'inin herhangi bir kronik hastalığı yok iken %16.4'ün de kronik hastalığına rastlanmıştır.

Tablo 1. Deneklerin cinsiyetlerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması

(Table 1. Comparison of participants' Physical activity level respect to gender)

Değişkenler		AFA	OFA	Y
Kadın	Med MET dk/hf	.0000	.0000	3564.0000
	Min MET dk/hf	.00	.00	.00
	Max MET dk/hf	80640.00	3360.00	24948.00
Erkek	Med MET dk/hf	.0000	.0000	3960.0000
	Min MET dk/hf	.00	.00	.00
	Max MET dk/hf	53760.00	13440.00	26334.00
P		p<0.05	p<0.05	p<0.05

Min: En Düşük Değer  
Max: En Yüksek Değer  
Med: Medyan

AFA: Ağır Fiziksel Aktivite  
OFA: Orta Fiziksel Aktivite  
Y: Yürüme

Tablo 1'e göre Kadınlar AFA, OFA ve Y'de medyan, minimum, maksimum değerleri, Erkekler aralarında U testine göre anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (p<0.05).

Tablo 2. Deneklerin eğitim durumlarına göre fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması

(Table 2. Comparison of the participants' physical activity level respect to education)

Değişkenler		AFA	OFA	Y
Lise	Med MET dk/hf	.0000	.0000	4950.0000
	Min MET dk/hf	.00	.00	.00
	Max MET dk/hf	3840.00	960.00	17820.00
Önlisans	Med MET dk/hf	.0000	.0000	3960.0000
	Min MET dk/hf	.00	.00	00.00
	Max MET dk/hf	80640.00	1200.00	18018.00
Lisans	Med MET dk/hf	.0000	.0000	3564.0000
	Min MET dk/hf	.00	.00	264.00
	Max MET dk/hf	53760.00	13440.00	26334.00
Yüksek Lisans	Med MET dk/hf	.0000	.0000	3168.0000
	Min MET dk/hf	.00	.00	.00
	Max MET dk/hf	3600,00	3360,00	13068.00
P		p>0.05	>0.05	p>0.05

Min: En Düşük Değer  
Max: En Yüksek Değer  
Med: Medyan

AFA: Ağır Fiziksel Aktivite  
OFA: Orta Fiziksel Aktivite  
Y:Yürüme



Tablo 2'e göre Lise mezunları, Önlisans, Lisans mezunları Yüksek lisans mezunları aralarında AFA, OFA ve Y değerlerinde anlamlı farklılık olmadığı gözükmektedir ( $p>0.05$ ).

Tablo 3. Deneklerin çocuk sayısına göre fiziksel aktivite düzeylerinin Karşılaştırılması

(Table 2. Comparison of the participants' physical activity level respect to their children number)

Değişkenler		AFA	OFA	Y
Çocuk Yok	Med MET dk/hf	.0000	.0000	4851.0000
	Min MET dk/hf	.00	.00	.00
	Max MET dk/hf	11520.00	3360.00	18018.00
Bir (1) Çocuğu Olan	Med MET dk/hf	.0000	.0000	2920.5000
	Min MET dk/hf	.00	.00	00.00
	Max MET dk/hf	53760.00	13440.00	26334.00
İki (2) Çocuğu Olan	Med MET dk/hf	.0000	.0000	3118.5000
	Min MET dk/hf	.00	.00	.00
	Max MET dk/hf	80640.00	2880.00	18018.00
Üç (3) Çocuğu Olan	Med MET dk/hf	200.0000	80.0000	6187.5000
	Min MET dk/hf	.00	.00	4504.50
	Max MET dk/hf	480.00	400.00	8316.00
P		$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$

Min: En Düşük Değer  
Max: En Yüksek Değer  
Med: Medyan

AFA: Ağır Fiziksel Aktivite  
OFA: Orta Fiziksel Aktivite  
Y: Yürüme

Tablo 3'e göre çocuğu olmayanlar, bir çocuğu, iki çocuğu ve üç çocuğu olanların hareketlilik düzeylerinde ve aralarında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

##### 5. TARTIŞMA VE SONUÇ (DISCUSSIONS AND CONCLUSION)

Spesifik topluluklarda, düşük düzeyde fiziksel aktivitesi olan kişileri saptamak için IPAQ kullanılabilir. Üçok ve ark. [31] kısa form IPAQ anketi ile 256 Tıp Fakültesi öğrencisinin toplam fiziksel aktivitelerini belirlemiş ve 47 öğrencinin düşük düzeyde fiziksel aktivitesi olduğunu saptamışlardır. Benzer şekilde, çalışmamızda da, 152 katılımcının düşük düzeyde fiziksel aktivitesinin olması dikkat çekicidir. Bu kişilerin aktivite düzeyini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmak hem bireylerin sağlığı ile ilgili, hem de çevresindekilere rol model olma açısından çok sayıda kazanım sağlayabilir. Savcı ve ark. [32] 1097 üniversite öğrencisinde fiziksel aktivite düzeylerini sorguladılar. Erkeklerin toplam, orta ve şiddetli fiziksel aktivite ve yürüme puanlarını kadınlardan daha yüksek olduğunu tesbit etmişlerdir. Mevcut çalışmamızda ise yukarıdaki çalışmalara benzer şekilde erkeklerin, orta, şiddetli fiziksel aktivite ve yürüme değerleri ile kadınların değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Çalışma grubunun %15.1'inin Sağlık Bakanlığının fiziksel aktivite programları hakkında bilgisi var iken %84.9'unun programlar hakkında bilgisi bulunmamaktadır. Fiziksel aktivite karşısındaki tutum, kişinin aktivite yapabileceğine olan inancı veya aktivite konusunda sunulan fırsatlar hakkındaki bilgi sahibi olma gibi bireysel faktörler de kişinin yeni aktiviteye yönelme olasılığını etkileyebilir[30].Çalışanlara bakanlık çalışmalarını yeterince bilgilendirmediği ortaya çıkmaktadır. Düzenli fiziksel egzersizlerin, haftada 3 gün, 30-45 dakikalık sürelerde yapıldığı takdirde, vücutta sağlık açısından önemli fizyolojik değişimler meydana geldiği bilinmektedir [34, 35, 39 ve 40]. Araştırmamıza katılan sağlık personellerinden aktivite yapanların bu bilimsel kurala yakın haftalık aktivite yaptıkları gözlenmektedir.



Araştırma grubunun %83.6'sinin herhangi bir kronik hastalığı yok iken %16.4'ün de kronik hastalığı olmadığını beyan etmiştir. Fiziksel aktivite azlığının birçok kronik hastalık riskini de beraberinde getirdiği literatürde sıkça yer almaktadır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; Orta derecede (haftada 3 saat yürümek) fiziksel aktivite önemli derecede birçok kronik sağlık bozukluğunun (şeker hastalığı, şişmanlık, kalp-damar hastalıkları, kemik erimesi, şeker ve birçok kanser tipini) önlemektedir. Fiziksel aktivite alışkanlıkları bu hastalıkların artışını başlangıç safhasında engelleyebilmektedir [35, 35, 36, 37 ve 38]. Araştırma grubumuzda (n:152) 19 farklı kronik hastalık beyan edilmiştir. Bu hastalıkların %47'sini kalp ve damar hastalıkları oluşturmaktadır. Fiziksel aktivitenin en büyük yararı kalp ve damar hastalıkları riskini azaltmasıdır [41 ve 42]. Hareketsiz insanlar, aktivitede bulunanlara göre iki kat daha fazla kalp hastalıkları riski taşırlar. Bununla birlikte fiziksel aktivite felci önleyici etkiye sahiptir [43 ve 44], ve yüksek kan basıncı ve yüksek kolesterol da dahil olmak üzere kalp ve damar hastalıklarına sebep olabilecek birçok risk faktörünü azaltır [45].

Beş yıllık takipli bir araştırmada, Türk toplumun yapısının ve alışkanlıklarının fazla bir değişiklik meydana getirmediği, fiziksel aktivite düzeyinin düşük ve ayrıca aktivite düzeylerinde de zaman içinde azalma olması oldukça kaygı verici olduğu belirtilmektedir [33]. Araştırma bulgularımızda benzer sonuçların elde edilmiş olması, sağlık personellerin de Türk toplumunun yapısal alışkanlıklarını yansıttıkları görülmektedir. Sonuç olarak bu tür araştırmaların sağlık personelleri üzerinde yoğunlaştırılarak farkındalık yaratılması sağlanmalı, sağlık personelinin toplumsal sağlığı korumada etkinliği göz ardı edilmemelidir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı'nın tüm personelini hizmet içi eğitim kursları ile sağlıklı yaşam ve hareket eğitimi konusunda bilgilendirilmeleri önerilebilir.

#### **KAYNAKLAR (REFERENCES)**

1. Ocakçı, A. (2007). Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü, <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm> (Erişim Tarihi: 08.01.2007).
2. Yalçınkaya, M., Özer F.G. ve Karamanoğlu, A.Y., (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6):409-420.
3. Foster, C., (?). Guidelines for Health Enhancing Physical Activity Promotion Programmes.
4. The European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity, (2000). Tampere, the UKK Institute for Health Promotion Research.
5. Leadership for Active Living, (2003). Leadership Action Strategies. San Diego, San Diego State University. ([http://www.leadershipforactiveliving.org/pdf\\_file/LeadershipActionStr%20web.pdf](http://www.leadershipforactiveliving.org/pdf_file/LeadershipActionStr%20web.pdf), accessed 28 July 2006).
6. Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F., (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2):26-34.
7. Apaydın, K., (2007). Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetimsel ve Organizasyonel Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Marmara Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
8. Yaman, M., (2002). Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Ortamından Kaynaklanan ve Sağlığına Etki





- Eden Mesleki Risklerin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara
9. Bayhan, S., (2005). Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Ve Tıp Fakültesi Hemşirelerinin Mesleki Riskler Konusunda Bilgi Düzeyi. Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
  10. Caspersen, C.J., Powell, K.E., and Christensen, G.M., (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. Public Health Reports, 100:126-131.
  11. Blair, S.N., Kohl, H.W., and Barlow, C.E., (1989). Physical Activity, Physical Fitness, and All-Cause Mortality A Prospective Study of Healthy Men and Women. J. Am Med Assoc: 262:2395-2401.
  12. Blair, S.N., Goodyear, N.N., Gibbons, L.W., and Cooper, K.N., (1984). Physical Fitness and Incidence of Hypertension in Healthy Normotensive Men and Women. J. Am. Med Assoc. 252:487-490.
  13. Larsson, I., Lissner, L., Näslund, I., and Lindroos, A.K., (2004). Leisure and Occupational Physical Activity in Relation to Body Mass Index in Men and Women. Scandinavian Journal of Nutrition; Dec, Vol:48 Issue:4, P:165, 8p.
  14. Lee, I.M., (1994). Physical Activity, Fitness and Cancer. In: Bouchard, C, Shepard, RJ, Stephens, T, Eds. Physical Activity, Fitness and Health: International, Proceedings and Consensus Statement. Champaign IL. Human Kinetics, 814-831.
  15. Manson, L.E., Nathan, D.M., Krolewski, A.S., Stampfer, M.J., Willett, W.C., Hennekens, C.H., (1992). A Prospective Study of Exercise and Incidence of Diabetes among US Male Physicians. JAMA 268:63-67.
  16. Bek, N., (2008). Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
  17. Yüksel, E., (2001). Çalışan Kadınların Fiziksel Aktivitelerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans. Ankara Üniversitesi, Ankara.
  18. Gordon-Larsen, P., et al., (2006). Inequality in the Built Environment Underlies Key Health Disparities in Physical Activity And Obesity. Pediatrics, 117(2):417-424.
  19. Young people and sport in England. Trends in participation 1994-2002. London, Sport England, 2003 (<http://www.sportengland.org/downloads/Young-People-and-Sport-2002-report.pdf>, accessed 28 July 2006).
  20. Özer, D. ve Baltacı, G., (2008). İş Yerinde Fiziksel Aktivite. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
  21. Leijon, M. and Jacobsson, M., (2006). Fysisk aktivitet på recept fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen [Physical activity on prescription-Does it work? An evaluation of the model used in Ostergotland]. Linköping, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstingeti Ostergotland, (Rapport 2006:2) (in Swedish).
  22. Ainsworth, B.E., Jacobs, D.R., Leon, A.S., et al., (1993). Assessment of the accuracy of physical activity questionnaire occupational data. J Occup Med.35: 1017-1027.
  23. Carroll, S., Cooke, C.B., and Butterly, R.J., (2000). Leisure Timephysical Activity, Cardiorespiratory Fitness and Plasma Fibrinogen Concentrations in Nonsmoking Middle Aged Men. Med. Sci Sports Exerc; 32:620-62



24. Washburn, R.A. and Montoye, H.J., (1986). The Assessment of Physical Activity by Questionnaire. *Am J Epidemiol*; 123:563-576.
25. Atenz, A.A., (2001). A Review of Empirically Based Physical Activity Program for Middle Aged to Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9:38-55.
26. Kreska, A.M. and Caspersen, C.J., (1997). Introduction to Collection of Physical Activity Questionnaires. *Med. Sports Exerc.* 29:5-9.
27. Laporte, R.E., Montoye, H.J., and Caspersen, C.J., (1985). Assesment of Physical Activity in Egidemiologic Research; Problems and Prospects, *Public Health Rep.* 100. 131-146.
28. Craig, C.L., Mashall, A.L., Sjöström, M., et al. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*; 35:1381-1395.
29. International Physical Activity Questionnaire [web site]. Stockholm, Karolinska Institute, 2006 (<http://www.ipaq.ki.se>, Erişim Tarihi: 28 Temmuz 2016).
30. Global Physical Activity Surveillance [web site]. Geneva, World Health Organization, (2006). (<http://www.who.int/chp/steps/GPAQ/en/index.html>, Erişim Tarihi: 28 Temmuz 2016).
31. Sallis, J.F. and Owen, N., (1999). *Physical Activity and Behavioral Medicine*. Thousand Oaks, Sage:108-134.
32. Üçok, K., Genç, A., Şener, Ü., et al., (2011). Investigation of Physical Activity Level of Medical School Students. *Eur J Basic Med Sci*; 1:33-38.
33. Savcı, S., Öztürk, M., Arıkan, H., ve ark., (2006). Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern Arş*; 34:166-172.
34. Koylan, N., (2001). Türk Toplumunu ve koroner kalp hastalığı trendindeki artış. *Türkiye Kard Derneği Arşivi*; 29:610-611.
35. Agita, M., (2002). Move for health. The World Health Organization (WHO). World Health Organization. 7th April-World Health Day.
36. Erkan, N., (2000). Yaşam Boyu Spor. Ankara. Bağırğan Yayınevi, 13.
37. Mahley, R.W., Palaoğlu, K.E., Atak, Z., et al., (1995). Turkish Heart Study: Lipids, lipoproteins and Apoproteins. *J Lipid Res*; 36:839-859.
38. Chakravarthy, M.V., Joyner, M.J., and Booth, F.W., (2000). An Obligation for Primary Care Physicians to Prescribe Physical Activity to Sedentary Patients to Reduce the Risk of Chronic Health Conditions. *Mayo Clin Proc*; 77(2):165-73.
39. Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., et al., (1995). Physical Activity and Public Health. A Recommendation from Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*:273-402.
40. Miller, T.D., Balady, G.J., and Fletcher, G.F., (1997). Exercise and its Role in the Prevention and Rehabilitation of Cardiovascular Disease. *Ann Behav Med*; 19:220-229.
41. Wannamethee, S.G. and Shaper, A.G., (1999). Physical Activity and the Prevention of Stroke. *J Cardiovasc Risk*; 6:213-216.
42. Berlin, J.A. and Colditz, G., (1990). A meta-analysis of Physical Activity in the Prevention of Coronary Heart Disease. *American Journal of Epidemiology*, 132:612-628.
43. Powell, K.E., et al., (1987). Physical Activity and the Incidence of Coronary Heart Disease. *Annual Review of Public Health*, 8:253-287.



- 
44. Ellekjaer, H., et al., (2000). Physical Activity and Stroke Mortality in Women. Ten-year follow-up of the Nord-Trondelag health survey, 1984-1986. *Stroke*, 31:14-18.
  45. Wannamethee, S. and Shaper, A., (1999). Physical Activity and the Prevention of Stroke. *Journal of Cardiovascular Risk*, 6:213-216.
  46. Hardman, A. and Stensel, D., (2003). *Physical Activity and Health: the Evidence Explained*. London, Routledge.